

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie und  
Rehabilitationswissenschaft  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Reagibilität des Bundesgesundheitsministeriums auf die  
Herausforderungen des demografischen Wandels

Responsiveness of the Federal Ministry of Health to the challenges  
of demographic change

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Josef Kim

Datum der Promotion: 23.03.2024

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	4
Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis .....	5
Abstract .....	8
1. Einleitung .....	10
1.1 Der demografische Wandel und das Gesundheitssystem.....	10
1.1.1 Gesundheit im Alter .....	11
1.1.1.1 Morbidität.....	11
1.1.1.2 Pflegebedürftigkeit .....	12
1.1.1.3 Sozioökonomischer Status .....	13
1.1.1.4 Prävention.....	14
1.1.1.5 Klimawandel .....	15
1.1.1.6 Chancen.....	15
1.2 Zielsetzung der Arbeit.....	16
2. Methode.....	17
2.1 Studiendesign und Datenzugang .....	17
2.2 Analyse.....	18
3.1 Reformmaßnahmen .....	22
3.1.2 17. Legislaturperiode.....	27
3.1.3 18. Legislaturperiode.....	31
3.1.4 19. Legislaturperiode.....	36
3.2 Reagibilität der Gesetzgebung .....	43
3.2.1 16. Legislaturperiode.....	43
3.2.2 17. Legislaturperiode.....	47
3.2.3 18. Legislaturperiode.....	52
3.2.4 19. Legislaturperiode.....	57

4. Diskussion .....	63
4.1 Ergebnisübersicht .....	63
4.2 Limitationen .....	64
4.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	68
5. Ausblick .....	74
6. Quellenverzeichnis .....	75
6.1 Literaturverzeichnis.....	75
7. Eidesstattliche Versicherung .....	91
8. Curriculum Vitae.....	92
9. Danksagung.....	92

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide 1990 und 2022 © Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019.....	10
Abbildung 2: Methodik der qualitativen Analyse in Anlehnung an Mayring P. (2020).....	20

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Formen der Rationierung nach Fuchs C. et al. (2009).....	19
Tabelle 2: Übersicht Reformmaßnahmen der 16. Legislaturperiode.....	43
Tabelle 3: Übersicht Reformmaßnahmen der 17. Legislaturperiode.....	47
Tabelle 4: Übersicht Reformmaßnahmen der 18. Legislaturperiode.....	52
Tabelle 5: Übersicht Reformmaßnahmen der 19. Legislaturperiode.....	58
Tabelle 6: Übersicht über alle Gesetze und Verordnungen der 16. – 19. Legislaturperiode ...	63
Tabelle 7: Übersicht Gesetze und Verordnungen nach Kategorien geordnet und zusammengefasst.....	66

## Abkürzungsverzeichnis

5. SGB XI-ÄndG	Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Beitragssatzanpassung
AMNOG	Arzneimittelneuordnungsgesetz
AM-NutzenV	Arzneimittelnutzenverordnung
AMVSG	Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz
ÄndG	Änderungsgesetz
ÄndV	Änderungsverordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AssPflBedRG	Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRG	Betriebsrentenfreibetragsgesetz
BSV	Beitragssatzverordnung
BT	Bundestag
CDU	Christlich Demokratische Union
CO <sub>2</sub>	Kohlenstoffdioxid
Covid-19	<i>corona virus disease 2019</i>
CSU	Christlich Soziale Union
d.h.	das heißt
DiGA	digitale Gesundheitsanwendungen
DiGAV	Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung
DRG	<i>diagnosis related groups</i>
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
DVPMG	Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungsgesetz
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ePA	elektronische Patientenakte
FDP	Freie Demokratische Partei

FinG	Finanzierungsgesetz
FKG	Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz
FQWG	Finanzstruktur-und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GPVG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz
GroKo	Große Koalition
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz
i.e.	<i>id est</i> – das heißt
IPReg	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFRG	Krebsfrüherkennungs und -registergesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz
KVBeitrSchG	Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung
LP	Legislaturperiode
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
Mrd	Milliarden
OrgWG	Organisationsweiterentwicklungsgesetz
PDSG	Patientendatenschutzgesetz
PflAFinV	Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung
PflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe
PflBRefG	Pflegeberufereformgesetz
PflvDV	Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
PpSG	Pflegepersonalstärkungsgesetz
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
PrävG	Präventionsgesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz

RSA	Risikostrukturausgleich
RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung
S.	Seite
s.	siehe
SARS-CoV-2	<i>Severe-Acute-Respiratory-Syndrom-Corona-Virus-2</i>
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	<i>socio-economic panel</i>
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
Tab.	Tabelle
TI	Telematikinfrastuktur
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
VEG	Versichertenentlastungsgesetz
VStG	Versorgungsstrukturgesetz
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
z.B.	zum Beispiel

## **Abstract**

Die kontinuierlich alternde Gesellschaft in Deutschland birgt zunehmend ökonomische und kapazitive Herausforderungen für das Gesundheitssystem. Zur Aufrechterhaltung des hohen medizinischen Versorgungsstandards ergibt sich aufgrund der drohenden Mittelknappheit ein Handlungsbedarf seitens der Gesetzgebung. Ziel dieser Arbeit war es daher, ihre Reagibilität und Zukunftstauglichkeit im Kontext des demografischen Wandels zu diskutieren.

Dazu wurden in einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring P. (2020) die in der 16. – 19. Legislaturperiode in Kraft getretenen Reformmaßnahmen unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums untersucht und auf Aussagen und Reformen bezüglich einer alternden Gesellschaft analysiert. Den Handlungsrahmen bildeten die Herausforderungen durch die alternde Gesellschaft, wobei zentrale Handlungspunkte die Rationalisierung, Priorisierung, Rationierung und Prävention im Gesundheitswesen darstellten. Beginnend mit der Einführung des Gesundheitsfonds bis zur Pandemie durch das neuartige Sars-CoV-2 wurde eine Moment- und Übersichtsaufnahme der letzten 16 Jahre der Gesundheitspolitik im Kontext des demografischen Wandels erstellt. Gesetze und Verordnungen aufgrund der Pandemie-Lage wurden nicht miteinbezogen. Vollends wurden hierfür 38 Gesetze und 11 Verordnungen aufgeführt. Daraus zeigten sich insgesamt deutliche Reaktionen aus der Gesetzgebung besonders auf Ebene der Rationalisierung mit der Zielsetzung eines effizienteren und effektiveren Gesundheitssystems.

Die Begrenztheit von Rationalisierungspotenzialen aber wurde zugleich durch die Pandemie unverhohlen deutlich, sodass andere Handlungsebenen wie die Priorisierung schneller notwendig wurden als bisher vermutet. Diese gesundheitspolitische Momentaufnahme beleuchtet nur einen kleinen Teil des Ganzen. Inwieweit die Maßnahmen mit ihren Intentionen und Zielen tatsächlich greifen werden, ist noch ungewiss und bleibt somit abzuwarten.

*The continuously aging society in Germany increases growing economic and capacitive challenges for the healthcare system. To maintain the high medical standard of healthcare there is a need for legislative action to obtain the high standard of medical care. Therefore, the object of the work was to discuss the responsiveness and future suitability of the legislation. Including all the laws that have entered into force in the past four legislatures under leadership of the Bundesgesundheitsministerium the legal texts were analyzed for their response on challenges by demographic change. The method based on the qualitative content analysis following Mayring P. (2020). Key points of actions were rationalizing, prioritization, rationing and prevention in healthcare system. Starting with the installation of the Gesundheitsfonds to the pandemic through the Sars-CoV-2 an overview of the past 16 years of legislation was drawn up in German health policy which included 38 laws and 11 executive orders excluding those that have been forced by the pandemic. All in all, the legislation has shown plain response particularly in rationalizing the healthcare system to improve its efficiency and effectiveness. However, the limitations of rationalizing were especially exposed by the pandemic, so that other fields of action like prioritization became necessary more quickly than expected. This overview portrays just a small part of the whole legislation. Furthermore, it remains often uncertain how far the legislation has reached its intentions and goals.*

# 1. Einleitung

## 1.1 Der demografische Wandel und das Gesundheitssystem

Schon seit mehreren Jahrzehnten zeichnet sich ab, dass die sinkende Geburtenrate (2020 bei 1,55 Kinder/ Frau) und steigende Lebenserwartung unter moderater Annahme (bei Geburt 2060 ca. 84,4 für Jungen und 88,1 für Mädchen) einen steigenden Anteil hochbetagter Menschen zur Folge haben und den demografischen Wandel in Deutschland prägen werden. Die Grafik des Statistischen Bundesamtes zum aktuellen Bevölkerungsaufbau in Deutschland (Abbildung 1) spricht weiterhin für diese Entwicklung: Der Anteil derjenigen im Alter über 67 ist seit der Wiedervereinigung von 13 % auf 19 % gestiegen und wird wahrscheinlich fortlaufend bei moderater Entwicklung der Fertilität, Lebenserwartung und Wanderung 2050 auf 26 % steigen, während die Zahl derjenigen im erwerbsfähigen Alter (20 - 66) im selben Zeitraum von 65 % auf 62 % gesunken ist und bis 2050 wohl auf 56 % sinken wird. Infolgedessen kommt es zu einem Anstieg des Medianalters im Jahre 2050 auf 49 Jahre, wobei das Medianalter 1990 noch bei 37,6 Jahren lag.<sup>1</sup>

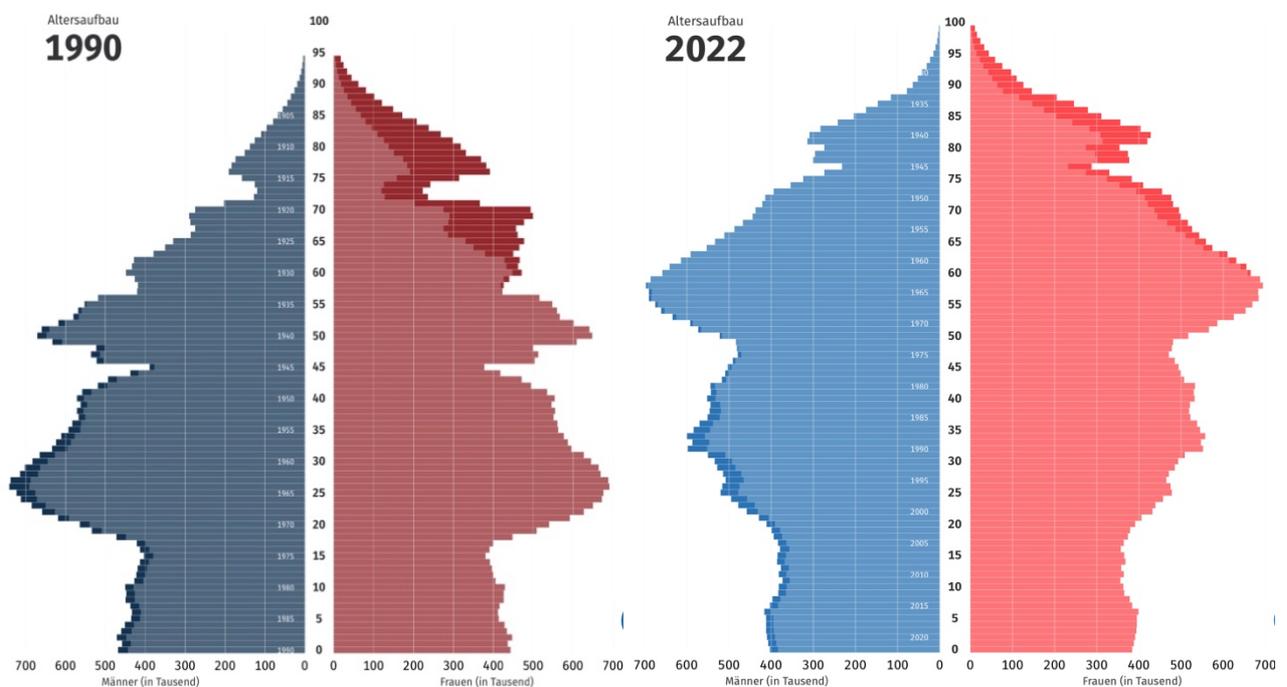


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide 1990 und 2022 © Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019

Dieser Trend des demografischen Wandels widerspiegelt gewissermaßen die Ambivalenz des demografischen Wandels: So ist zum einen die gesteigerte Lebenserwartung neben anderen Faktoren Ausdruck einer verbesserten medizinischen Versorgung und eines funktionierenden Gesundheitssystems, das sich beispielsweise durch einen außerordentlich umfangreichen Leistungskatalog mit hohem quantitativem Versorgungsniveau und einem guten Zugang zur Gesundheitsversorgung auszeichnet.<sup>1,2</sup> Die Verschiebung der Alterskohorten in Richtung hochbetagten Alters bedeutet jedoch zum anderen eine erhöhte finanzielle Belastung für die schrumpfende Zahl an Beitragszahlenden der Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung.

Daraus resultieren im Grunde vermehrt kapazitive und ökonomische Herausforderungen für die Strukturen des Gesundheitssystems. Dies bedeutet, der zunehmenden Begrenztheit an Ressourcen entgegenwirken zu müssen, um den Erhalt des hohen medizinischen Versorgungsstandards in Deutschland zu sichern.

### **1.1.1 Gesundheit im Alter**

Der multidimensionale Prozess des Alterns besonders in Hinblick auf den Gesundheitserhalt erfordert ein breites Blickfeld. Denn dabei steht nicht nur das biologische Altern im Fokus des gesunden Alterns, sondern auch andere Faktoren wie Lebensstil, soziale und gesellschaftliche Integration und Rahmenbedingungen, sowie die Berücksichtigung von Umweltfaktoren.<sup>3</sup> Somit ergeben sich aus diesen verschiedenen Einflussfaktoren umfangreiche Verflechtungen zwischen dem Gesundheitssystem und der alternden Gesellschaft, die dem Gesundheitserhalt der alternden Bevölkerung angesichts des demografischen Wandels Bedeutung verleiht und eine Vielzahl erforderlicher Maßnahmen offenbart.

#### **1.1.1.1 Morbidität**

Mit zunehmendem Alter steigen die Inzidenzraten für Erkrankungen mit leichten funktionellen Einschränkungen wie kognitive Defizite und für altersassoziierte Erkrankungen wie Makuladegeneration, Apoplexie oder ambulant erworbener Pneumonie. Die Zunahme älterer Alterskohorten und der Anstieg des individuellen Krankheitsrisikos mit zunehmendem Lebensalter ergeben einen Anstieg der Prävalenz altersbedingter chronischer

Multimorbidität.<sup>4-9</sup> Die Prävalenz in der älteren Bevölkerung von Multimorbidität ist dabei sogar höher als die Prävalenz der am häufigsten vorkommenden Krankheiten wie Herzinsuffizienz oder Demenz.<sup>10</sup> Chronische Multimorbidität wird assoziiert mit erhöhten Hospitalisierungsraten und längeren stationären Aufenthalten und dadurch mit höheren Kosten für die medizinische Versorgung.<sup>11,12</sup> Die mit der Multimorbidität korrelierende Polypharmazie ist außerdem mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, schlechterer Medikamentenadhärenz und Hospitalisierung verbunden.<sup>13,14</sup> Somit bildet vor allem der zur Regel werdende chronisch multimorbide und betagte Patient eine wesentliche Herausforderung in der medizinischen Versorgung, die sich seither mehr auf monomorbide Leitlinientherapie beschränkt hat. Aus diesem Grund steigt die Notwendigkeit einer patientenadaptierten und -komplementären Behandlung.<sup>15</sup> Die Komplexität chronisch multimorbider Patienten manifestiert sich im besonderen Maße in der Langzeitpflege und verdeutlicht die Bedeutung des zu unterstützenden Kompetenzzuwachses des Pflegepersonals, zumal eine Korrelation zwischen Pflegequalität und dem Qualitätsniveau des Pflegepersonals beschrieben wird.<sup>16</sup> Ferner ergeben sich aus chronischer Multimorbidität etliche Restriktionen im Alltag und damit komplexe Schwierigkeiten bei der Selbstversorgung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit.<sup>17</sup>

### **1.1.1.2 Pflegebedürftigkeit**

Gemäß Sozialgesetzbuch XI § 14 Absatz 1 werden Personen unter dem Begriff „pflegebedürftig“ gefasst, die auf Dauer „körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können“.<sup>18</sup> Die Zahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI wird 2050 unter konstanten Rahmenbedingungen aller Voraussicht nach von 4,1 Millionen, von denen mehr als 80 % 65 Jahre und älter sind (2019), auf über 5 Millionen steigen.<sup>19,20</sup> 2019 wurden ca. 77,9 % der Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung betreut. 22,1 % wurden in einem stationären Pflegeheim versorgt, wobei diese Art der Versorgungsform neben der Geld- und Sachleistung vor allem von Pflegebedürftigen über 60 Jahren beansprucht wird, bei denen es sich zumeist um Patienten handelt, die aufgrund ihrer Multimorbidität in der häuslichen Umgebung nicht mehr versorgt werden können.<sup>19</sup> Rund 590.000 Personen wurden in der Pflege und Betreuung im Jahr 2019 benötigt. Bis 2030 könnte es bei gleichbleibendem Verhältnis von ambulanter zu stationärer Pflege (ca. 75% zu

25 %) zu einem Bedarf von zusätzlich 130.000 Pflegestellen kommen, welcher sich bis 2060 auf 980.000 summieren könnte. Die steigenden Belastungen in den Pflegeberufen – wesentlich in der stationären Langzeitpflege - offenbaren insofern einen großen Handlungsbedarf bei der Entlastung, Förderung und Aufwertung.<sup>20</sup> Aktuell zeigen sich durch die fortdauernde Pandemie erhebliche Versorgungsdefizite gerade in der Pflege: Personalmangel, pflegerische Qualitätsdefizite und unzureichende Patientensicherheitskonzepte führten unter anderem dazu, dass die Mortalität nach dem ersten Lockdown im März 2020 in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu den Vorjahren 20 % höher lag und Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohnern besonders bei Notfallindikationen signifikant gesunken sind.<sup>21</sup> Das Pflegepersonal sah sich durch erhöhte Krankenstände und Schutzmaßnahmen mit wesentlich erhöhtem psychischen und physischem Belastungsdruck auseinandergesetzt, der sich verschärfend auf den bestehenden Personalmangel auswirkte.<sup>22</sup> Ambulant wie stationär wurden negative Auswirkungen unter anderem auf den Zugang zur pflegerischen Versorgung und auf die Bewältigung des Pflegehaushaltes perzipiert.<sup>23</sup>

### **1.1.1.3 Sozioökonomischer Status**

Der sozioökonomische Status älterer Menschen steht indes immer mehr im Fokus der Gesundheitspolitik. Dieser Status als Beschreibung für die individuelle Position in einem Gesellschaftsgefüge wird unter anderem mittels eines mehrdimensionalen Index basierend auf Bildungsstand, Beruf und Haushaltsnettoeinkommen erfasst.<sup>24</sup>

Ein niedriger sozioökonomischer Status im hohen Alter wird mit einem erhöhten Versorgungs- und Unterstützungsbedarf sowie mit einer zusätzlichen Beanspruchung der Strukturen des Gesundheitssystems assoziiert.<sup>25</sup> Der Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) des Robert-Koch-Institutes aus den Jahren 2014/2015 zufolge gaben 62,8 % der über 65-jährigen Männern und 64,8 % der gleichaltrigen Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status einen mittelmäßigen, schlechten oder sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand an, während dies nur auf 36,3 % der Männer und 35,7 % der Frauen derselben Altersgruppen mit hohem Status zutraf.<sup>26</sup> Nicht nur aufgrund der Eindämmungsmaßnahmen während der Pandemie durch das Sars-CoV-2 rückte die Gefahr, dass ältere Menschen zunehmender Vereinsamung ausgesetzt würden, in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Kontroverse, sondern auch vorher zeichnete sich ein solcher Trend ab. Laut

dem SOEP (*socio-economic panel*) von 2018, das sich nur auf Daten von Privathaushalten beschränkte, lebten circa 38,7 % der über 65-jährigen und circa zwei Drittel der über 85-jährigen in Einpersonenhaushalten mit eingeschränkten sozialen Kontaktmöglichkeiten. Der Anteil der einsamen Menschen in der Altersgruppe über 60 erwies sich hier als am höchsten.<sup>27</sup> Einsamkeit und soziale Isolation werden wiederum mit einem erhöhten Risiko für physische oder mentale Morbidität im hohen Alter in Zusammenhang gebracht.<sup>28</sup>

#### **1.1.1.4 Prävention**

Die chronische Multimorbidität wird also das Patientenbild älterer Menschen verstärkt prägen und einen bedeutenden Teil der medizinischen Versorgung beanspruchen. Diese Erkenntnis macht präventive Maßnahmen zur Gesunderhaltung und Vermeidung solcher Zustände unabdingbar. Wie auch bei der chronischen Multimorbidität steigt mit zunehmendem Alter die Zahl der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung.<sup>29</sup> Die medizinische (und berufliche und soziale) Rehabilitation wird zur tragenden Säule in der Versorgung chronisch Kranker gezählt und verfolgt das Ziel, der Progredienz einer chronischen Erkrankung entgegenzuwirken und die eigene Selbstbestimmtheit im Alltag möglichst zu erhalten.<sup>30</sup> So führen Prävention und Gesundheitsförderung auch im hohen Alter trotz gesundheitlicher Einbußen zu einem Gewinn an Gesundheit und Lebensqualität.<sup>31</sup> Neben der Multimorbidität wird ebenso häufig der Begriff „Gebrechlichkeit“ (englisch: *“frailty“*) aufgeführt, der das gleichzeitige Auftreten verschiedener, zum Teil krankheitsbedingter Einschränkungen bezeichnet, sodass ältere Menschen weniger belastbar und anfälliger für Erkrankungen, Behinderungen oder Stürze werden mit steigendem Risiko für Pflegebedürftigkeit.<sup>32</sup> Es konnte gezeigt werden, dass dieses Gebrechlichkeitssyndrom besonders bei hochbetagten Menschen in Deutschland weit verbreitet ist. Das Potenzial zur Prävention von Gebrechlichkeit und die Verbesserung der Rehabilitation beinhaltet demnach auch ein bedeutsames Entlastungspotenzial für die medizinischen Versorgungsstrukturen und kann unter Berücksichtigung des multidimensionalen Prozesses des Alterns realisiert werden.<sup>33</sup>

### **1.1.1.5 Klimawandel**

Trotz des noch hohen Forschungsbedarfs bei den Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit sind doch wesentliche Folgen beschrieben:

In Deutschland äußert sich der Klimawandel meist durch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von extremen Hitzeperioden mit Rückgang der kalten Tage, die aus medizinischer Sicht von Bedeutung ist.<sup>34</sup> Mit erhöhten Durchschnittstemperaturen und Extremwetterlagen steigen Morbiditäts-, Mortalitäts- und Hospitalisierungsraten gerade bei älteren Menschen. Das Mortalitätsrisiko in den westeuropäischen Staaten steigt um 0,2 bis 5,5 % pro 1°- Celsius - Anstieg über einer lokalen Durchschnittswelle.<sup>35,36</sup> So zeigte beispielsweise der extreme Hitzesommer in Deutschland 2018, dass allein in Hessen und Berlin die hitzebedingte Mortalität bei den 75- bis 84-Jährigen bei etwa 60/100.000 und den über 84-Jährigen bei etwa 300/100.000 lag.<sup>37</sup> An diesen Beispielen werden die Folgen des Klimawandels deutlich, die sich verschärfend auf die bisher einleitend beschriebenen Herausforderungen des demografischen Wandels auswirken.

Das Gesundheitssystem selbst ist beteiligt an 5,2 % des CO<sub>2</sub> - Ausstoßes in Deutschland und liegt deutlich über dem weltweiten Durchschnitt von 4,4 %.<sup>38</sup> Somit trägt ein klimafreundlicheres Gesundheitssystem wesentlich zur Eindämmung von schädlichen Emissionen und Einflüssen auf die Gesundheit bei, welches gewissermaßen auch als Präventionsmaßnahme verstanden werden kann.

Die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels und seiner Konsequenzen wirken sich demnach auffallend auf die Gesundheit im Alter aus und sensibilisieren die große Notwendigkeit des Klimaschutzes, wie zur Vermeidung solcher Extremwetterlagen, auch aus gesundheitspolitischen Aspekten des demografischen Wandels in Deutschland.

### **1.1.1.6 Chancen**

Der nicht nur gesellschaftliche, sondern auch politische und medizinische Bedeutungszuwachs des Klimaschutzes - als Gesundheitsschutz - bietet die Chance, die klimaneutrale Gestaltung medizinischer Versorgungsstrukturen, allen voran der Krankenhäuser, als präventive Maßnahme voranzutreiben. Darüber hinaus birgt dieser Trend des demografischen Wandels durch die Nachfragesteigerung großes Potenzial für die Wirtschaft im Gesundheitssektor, das gemessen an der Beschäftigtenzahl (5,7 Millionen) zur

größten Wirtschaftsbranche in Deutschland zählt.<sup>39,40</sup> Jedoch bedarf es angesichts der sich durch den demografischen Wandel anbahnenden Herausforderungen steter Weiterentwicklung des Gesundheitswesens besonders in seiner Effektivität und Effizienz sowie in der Qualität der Versorgung.<sup>2,41,42</sup>

## **1.2 Zielsetzung der Arbeit**

Die Zukunftstauglichkeit des Gesundheitssystems wird in absehbarer Zeit also zunehmend an der Bewältigung der Herausforderungen durch den demografischen Wandel gemessen.

In Anbetracht dieser schon länger bekannten Entwicklung und Herausforderungen lohnt sich ein Blick auf die Gesetzgebung, ob sie tatsächlich die in der Literatur dargestellten Probleme aufgreift und mit Reformmaßnahmen reagiert, um überdies das wirtschaftliche Potenzial des Gesundheitssektors auszuschöpfen. Die große Bedeutung des demografischen Wandels zeigt besonders in Zeiten der Pandemie durch das neuartige SARS-CoV-2, wie schnell ältere Menschen in den Fokus der Politik geraten können und ihr gesundheitlicher Status zu einem gesamtgesellschaftlichen Gut werden kann.

Ziel dieser Arbeit soll es folglich sein, Gesetzestexte zu analysieren und ihre zukunftsstaugliche Reagibilität auf den demografischen Wandel und seine Herausforderungen im Gesundheitswesen zu diskutieren. Denn angesichts dieser Herausforderungen sieht sich in besonderer Weise die Ärzteschaft zunehmend unter anderem mit steigenden Leistungsanforderungen und wirtschaftlichem Produktivitätsdruck auseinandergesetzt, sodass die gesetzgeberische Reagibilität letztlich direkten Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit ausübt, die stets den Anspruch auf eine hochqualitativen Versorgung erhebt.<sup>43</sup>

## 2. Methode

Einleitend wurden nun die Herausforderungen durch den demografischen Wandel dargelegt. Aus der beschriebenen Verflechtung des demografischen Wandels mit der Gesellschaft und den konsekutiven Herausforderungen ergeben sich viele ressortübergreifende Handlungsmöglichkeiten seitens der Gesetzgebung, zu denen beispielhaft das Bundesgesundheitsministerium (BMG), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) oder für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gehören. In dieser Abhandlung aber soll es hauptsächlich um die Reagibilität des BMG als wesentlichen Taktgeber im Gesundheitswesen gehen.

### 2.1 Studiendesign und Datenzugang

In der vorliegenden Arbeit wurde eine sozialwissenschaftliche Dokumentenanalyse durchgeführt, um die Fragestellung nach der Reagibilität des BMG mit interpretativem Verfahren zu explorieren. Diese Methode entstammt der Organisationsforschung, bei der sie beispielsweise als Orientierung bzw. Einordnung von Arbeitsprozessen dient.<sup>44</sup> „Dokumente“ stellen hierbei „prozessproduzierte Daten“ dar, die „als Aufzeichnungen öffentlicher und privater Organisationen im Rahmen ihrer Tätigkeit und nicht nur zum Zwecke wissenschaftlicher bzw. statistischer Auswertung gesammelt werden bzw. wurden“.<sup>45,46</sup> Es handelt sich bei den Dokumenten in dieser Arbeit um „interne Dokumente“, die aus staatlicher Verwaltungsorganisation stammen und sich aus den Gesetzestexten- und entwürfen unter Schriftführung des BMG zusammensetzen.<sup>45</sup> Die Gesetzesentwürfe und -texte wurden zur Datengewinnung aus den Archiven des Bundesgesetzblattes und des Dokumentations- und Informationssystems für Parlamentsmaterialien von Januar bis Juli 2021 exzerpiert. Die Daten sind digitalisiert und jederzeit über das Internet zugänglich unter folgender Verlinkung:

1. <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startSkin=mobile>
2. <https://dip.bundestag.de>

Begrenzt wurde der zu untersuchende Zeitraum auf die letzten vier Legislaturperioden (16. – 19. LP) vom 18.10.2005 bis 26.09.2021. Die 16. Legislaturperiode aus schwarz-roter Koalition (CDU/CSU, SPD) konstituierte sich 2005 – 2009 erstmalig unter Kanzlerin Angela Merkel. Ende Oktober 2009 – 2013 führte sie ihr Amt in einer schwarz-gelben Koalition

(CDU/CSU, FDP) weiter. Es folgten darauf zwei weitere Legislaturperioden unter ihrer Führung in der Großen Koalition (GroKo aus CDU/CSU, SPD) von 2013 – 2017 und 2017 – 2021. Es handelt sich also um eine gesundheitspolitische Aufnahme der Kabinette Merkel I-IV. Die vor dem Hintergrund der Pandemie durch das Sars-CoV-2 beschlossenen Gesetze und Verordnungen in der 19. Legislaturperiode wurden für die Ausführungen nicht miteinbezogen.

## 2.2 Analyse

Die systematische Analyse erfolgte zunächst als **Totalerhebung** aller verabschiedeten Gesetze und Verordnungen des BMG im genannten Zeitraum, die einen Umfang von über 200 Gesetzestexten aufzeigten ( $N_{\text{total}} > 200$ ). Aufgrund der großen Datenmenge erfolgte eine **qualitative Inhaltsanalyse**, die sich als effizientes Verfahren für die Bewältigung solcher Datenmengen anbietet, um überdies „die interpretative Textanalyse intersubjektiv überprüfbar durchzuführen“.<sup>47</sup> Der Datensatz konnte dann anhand der Auswahl- und Analysekriterien schließlich auf 49 Gesetzestexte reduziert werden. Die ihr zugrunde liegende Technik geschah in Anlehnung an Mayring P. (2020) folgendermaßen (vgl. Abb. 2): Die Gesetzestexte wurden besonders unter Einbeziehung ihrer Entwürfe dahingehend analysiert, inwieweit aus ihnen Aussagen zu den beschriebenen demografischen Herausforderungen im Gesundheitswesen deutlich werden und in welchen Punkten sie durch Reformen ihre Reagibilität auf diese Herausforderungen darlegt. Die Entwurfsfassungen erlaubten einen übersichtlichen Einblick in die Intention, den Reformmaßnahmen und die Ziele der zu beschließenden Gesetzestexte. Die Reformmaßnahmen wurden dann mit der rechtskräftigen Fassung auf Übereinstimmung überprüft, da z.B. nicht alle angestrebten Maßnahmen mehrheitsfähig umgesetzt werden konnten. Zuvor wurden die Koalitionsverträge der jeweiligen Legislaturperiode miteinbezogen und abschließend auf ihre Realisierung untersucht, da auch sie jene Aussagen zum demografischen Wandel und fahrplanmäßige Handlungsschwerpunkte vermitteln. Die einleitend aus der Literatur festgestellten Herausforderungen für das Gesundheitswesen durch den demografischen Wandel und beschriebenen Handlungsmöglichkeiten bildeten dabei die Grundlage für die **Auswahl- und Analysekriterien der Gesetzestexte**. Denn sie schafften den **Handlungsrahmen**, in dem die Gesetzgebung durch Reformmaßnahmen zu reagieren vermag. So wurden vorab Auswahl- und Analysekriterien festgelegt, anhand derer die Textanalyse erfolgte. Sodann erfolgte nach der Analyse die Zusammenfassung der Texte mit

**Reduzierung auf wesentliche Kernaussagen**, um sie übersichtlich und kategorisiert darstellen zu können, sowie die **Explication des Inhalts**. Anschließend wurde eine **induktive Kategorienbildung** (Kategorien werden direkt aus den Dokumenten abgeleitet) durchgeführt, bei der die Gesetzestexte ihrer übergeordneten Handlungsebene zugeordnet wurden, die der Übersichtlichkeit dienen sollte.<sup>47</sup> Auf diese Weise wurden die Gesetzestexte in die Kategorien „Finanzstruktur“, „Versorgungsstruktur“, „Arzneimittelmarkt“, „Pflege“ und „Prävention“ (vgl. Tab. 7) gefasst.

Die Gesetzestexte wurden ferner auf folgenden Ebenen **operationalisiert**, um der Reagibilität Handlungsinstrumente zur Konkretisierung beizumessen:

1. Die Rationalisierung, i.e., dem Mangel an Ressourcen durch Ausschöpfen von Effizienz-, Effektivitäts- und Produktionsreserven in der Gesundheitsversorgung entgegenzusteuern mit zugleich ausgabensenkenden Effekten. Dazu gehört insbesondere die Prävention, die gesundheitspolitisch das Ziel verfolgt, generationsspezifisch präventive Maßnahmen zu ergreifen und problembezogen zu versorgen, um ressourcenschonende Effekte zu erzielen.<sup>41</sup>
2. Die Priorisierung von Gesundheitsleistungen durch Bestimmung von Vorrangigkeitskriterien bei bestimmten Indikationen, sodass eine Reihenfolge in der Beanspruchung der Versorgungsleistungen (auch zu Lasten der entscheidungstragenden Ärzte) gebildet wird.
3. Die Rationierung, also Begrenzung medizinischer Ressourcen oder Leistungen, wobei unterschiedliche Formen zu unterscheiden sind (s. Tabelle 1).<sup>48,49</sup>

harte Rationierung	nicht ausdehnbare Verfügbarkeit von Ressourcen
weiche Rationierung	Zukauf von Ressourcen möglich zur Ressourcenausweitung
heimliche Rationierung	intransparente Form
offene Rationierung	transparente Form
direkte Rationierung	festgelegte Kriterien führen zu einer Selektion, die die Leistungsanspruchnahme begrenzt
indirekte Rationierung	Begrenzung von Ressourcen auf Makroebene (z.B. Budget)
explizite Rationierung	bestimmten Patientengruppen werden Leistungen vorenthalten
implizite Rationierung	Ressourcenmanagement bei Versorgungsempässen auf Mikroebene (z.B. Bettenbegrenzung in Krankenhäusern)

Tabelle 1: Formen der Rationierung nach Fuchs C. et al. (2009)

## 1. Festlegung von Auswahl- und Analyse Kriterien

Die einleitend beschriebenen Herausforderungen durch den demografischen Wandel bilden einen Handlungsrahmen:

- Ökonomisch und kapazitiv
- Pflege
- Sozioökonomischer Status
- Prävention
- Klimawandel

$N_{\text{total}} > 200$



## 2. Zusammenstellung der ausgewählten Gesetzestexte

$N_{\text{ges}} = 49$

Reduzierung auf wesentliche Kernaussagen

Explication



## 3. Analyse der Gesetzestexte

Operationalisierung der Gesetzestexte mit den Handlungsinstrumenten:

1. Rationalisierung
2. Priorisierung
3. Rationierung

Induktive Kategorienbildung:

- Finanzstruktur
- Versorgungsstruktur
- Arzneimittelmarkt
- Pflege
- Prävention

Hinzuziehung wissenschaftlicher Analysen zu den einzelnen Gesetzestexten als solide Diskussionsgrundlage



## 4. Zusammenstellung der Ergebnisse



## 5. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerung

Abbildung 2: Methodik der qualitativen Analyse in Anlehnung an Mayring P. (2020)

Der schließlich entstandene Datensatz bestand aus insgesamt **38 Gesetzen und 11 Verordnungen** ohne Entwurfsfassungen ( $N_{\text{ges.}} = 49$ ), die auf den dargestellten Handlungsrahmen projiziert und dann interpretativ unter **Einbeziehung wissenschaftlicher Analysen** zu den einzelnen Reformen diskutiert wurden, um sie wissenschaftlich fundiert durchführen zu können. Dazu gehörten beispielsweise die Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und die Krankenhaus- und Pflegereports. Diese Einbeziehung sollte der Limitation der Dokumente, nämlich, dass aus ihnen nicht ersichtlich wird, welche Wirkungen sie tatsächlich erzielen, eine nachvollziehbare und objektive Diskussionsgrundlage geben, um so in der Gesamtschau die Reagibilität schlussfolgern zu können.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Reformmaßnahmen

Im Folgenden werden die in Kraft getretenen Gesetze und Verordnungen unter Schriftführung des Bundesministeriums für Gesundheit kurz erläutert, die sich auf den dargestellten Handlungsrahmen projizieren lassen. Einleitend zu jeder Legislaturperiode werden die jeweiligen Koalitionsverträge mit ihren Kernpunkten aufgeführt.

#### 3.1.1 16. Legislaturperiode

Im Koalitionsvertrag der 16. Legislaturperiode unter schwarz-roter Führung wird der Bedeutung des demografischen Wandels aus gesundheitspolitischen Aspekten deutlich Rechnung getragen. Dazu setzte sich die Große Koalition Ziele wie den Ausbau medizinischer Versorgungsstrukturen und die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Weitere relevante Bestrebungen waren die Förderung der Prävention und Rehabilitation, sowie besonders die Sicherstellung einer zukunftstauglichen Finanzierung und Leistungsfähigkeit der Kranken- und Pflegeversicherung.<sup>50</sup> Das Bundesministerium für Gesundheit unterstand der Führung von Ulla Schmidt (SPD).

Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung  
(**Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG**), 17.02.2005

Die von 2004 auf 2005 gestiegenen Arzneimittelausgaben um 16,8 % ergaben den Handlungsdrang, dass der Gesetzgeber sich einen besseren Standpunkt zur Steuerung der Arzneimittelausgaben schafft.<sup>51</sup> Ziel des AVWG ist laut Gesetzentwurf unter anderem die Senkung der stark ansteigenden Arzneimittelausgaben mit Einsparungen in Höhe von 1,3 Milliarden Euro und ihre Stabilisierung, sodass die gesetzlichen Krankenversicherungen finanzwirksam entlastet und das Beitragssatzniveau stabil gehalten werden sollen (BT-Drucksache 16/194, S.2). Maßnahmen sind unter anderem die Absenkung der Festbeträge für Arzneimittel, ein Abschlag von 10 % auf patentfreie und wirkstoffgleiche Arzneimittel für die GKV sowie der Beschluss zu einer Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze. Die Bonus-Malus-Regelung, welche Zuzahlungen für Ärzte bei

Überschreitung von festgelegten Tagestherapiekosten bei bestimmten Krankheiten vorsieht, beabsichtigt eine wirtschaftlichere Verschreibung. Bei kostengünstigen Verschreibungen dagegen erhalten sie Bonus-Zahlungen von der Kassenärztlichen Vereinigung.

#### **Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (14. RSA-ÄndV), 22.12.2006**

Das SGB V legte in § 266 Absatz 2 Risikogruppen anhand von Risikomerkmale wie Alter, Morbidität oder regionale Merkmale fest. Durch risikoangepasste Zuweisungen an die gesetzlichen Krankenversicherungen soll ein Risikostrukturausgleich erfolgen. Dazu regelte die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) aus dem Jahre 1994 das Verfahren zum Risikostrukturausgleich der GKV. Zahlreiche Änderungsverordnungen zur RSAV regelten nachträglich weitere Anforderungen für die Umsetzung von Behandlungsprogrammen mit dem Ziel einer sowohl effizienteren und effektiveren als auch verbesserten Versorgung.<sup>52</sup>

Die 14. Änderungsverordnung beabsichtigt unter anderem die Änderung der Risikomerkmale nach einem vom Bundesversicherungsamt festgelegten und evidenzbasierten Versichertenklassifikationsmodells, sowie nach der Differenzierung nach Alter und Geschlecht bei Minderung der Erwerbsfähigkeit und nach Alters- und Geschlechtsgruppen. Damit soll eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches erreicht werden.

#### **Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG), 01.04.2007**

Kern des Gesetzes ist die Stärkung des Wettbewerbs der Akteure des Gesundheitssystems, insbesondere der GKV und der Leistungserbringer, beispielsweise durch mehr Vertragsfreiheit z.B. mit Leistungserbringern wie in der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Der Kernpunkt ist die Einführung des Gesundheitsfonds als zentraler Einzahlungsfonds für die Beitragszahlenden, aus dem die Mittel dann an die einzelnen Versicherungsträger verteilt werden. Neben dieser Grundpauschale erhalten die Kassen alters- und risikoadjustierte Zuschläge. Zum ersten Mal wird dadurch der Beitragssatz per Gesetz auf 15,5 % für alle Beitragszahlenden vereinheitlicht und der Bund übernimmt so fortan die

Verantwortung für die Finanzierung der GKV. Darüber hinaus wird die allgemeine Versicherungspflicht in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung eingeführt, die in § 5 des Sozialgesetzbuches V niedergeschrieben ist. Der seit 1994 bestehende Risikostrukturausgleich wurde durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ersetzt, aus dem die Krankenkassen für bestimmte schwere Erkrankungen, die das Bundesversicherungsamt der Versicherten bestimmt, Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

**Sechszehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (16. RSA-ÄndV), 22.12.2007**

Die Verordnung beinhaltet Folgeänderungen zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Nach der politischen Debatte über den Gesundheitsfonds einigten sich Bund und Länder auf eine Konvergenzklausel, die eine aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds entstehende Mehrbelastung für besonders betroffene Bundesländer begrenzen soll. Entsprechend dieser Lösung schafft die Verordnung nun den Rahmen für die Konvergenzklausel und soll einen sanften strukturellen Übergang schaffen.

**Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG), 30.05.2008**

Durch umfangreiche Maßnahmen zugunsten aller Beteiligten sollen die Strukturen der Pflege verbessert und dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen werden. Wichtige Reformen sind die graduellen Anhebungen der Leistungen sowohl in der ambulanten und häuslichen Pflege als auch im stationären Bereich (vor allem für demenzielle Pflegebedürftige). Zudem wird ein Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung (Fallmanagement) gesetzlich festgelegt, sowie die Einrichtung von Pflegestützpunkten. Durch diese und weitere Reformen soll die Pflegeversicherung besser auf die Bedürfnisse und Wünsche von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen abgestimmt werden zur Qualitätssicherung und -entwicklung in der pflegerischen Versorgung. Dazu gehören unter anderem der Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung von bis zu zehn Arbeitstagen zur Versorgung von pflegebedürftigen Familienangehörigen und eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten.

Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung  
**(GKV-Beitragssatzverordnung – GKV-BSV)**, 01.01.2009

Die zum 01.01.2009 rechtsgültig werdende Verordnung legt nach Einführung des Gesundheitsfonds einen bundeseinheitlichen paritätischen Beitragssatz fest. Dieser wird von 14,6 % auf 14 % reduziert, ebenso der ermäßigte Beitragssatz von 14 % auf 13,4 %.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz - GKV-OrgWG**),  
01.01.2009

Das Gesetz schafft die Insolvenzfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen. Es soll dadurch eine bessere finanzielle Nachhaltigkeit und der Erhalt der Versorgungsverpflichtungen gesichert werden. Mit dem Start des Gesundheitsfonds wird damit eine weitere Voraussetzung für seine Einführung geschaffen. Die Länder werden von der Haftungspflicht für landesunmittelbare Kassen im Falle einer Insolvenz befreit, da sie keinen finanziellen Einfluss auf diese Kassen mehr ausüben können. Zudem verpflichtet es die Krankenkassen zur Bildung eines ausreichenden Deckungskapitals. So strebt das GKV-OrgWG eine höhere Transparenz der finanziellen Situation der Krankenkassen an und schafft gleiche Rahmenbedingungen für die Krankenkassen zum Start des Gesundheitsfonds.

**Neunzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (19. RSA-ÄndV)**, 18.03.2009

Ebenso vor dem Hintergrund der Einführung des Gesundheitsfonds soll diese Änderungsverordnung die Umsetzung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, wie durch Einführung weiterer Risikogruppen für Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im ambulanten Bereich, sowie Details zum Zahlungsverkehr zwischen den Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds konkretisieren.

Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009  
**(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), 25.03.2009**

Im Jahr 2000 wurde mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz der Übergang in ein pauschalierendes Entgeltsystem beschlossen und mit dem Fallpauschalgesetz aus dem Jahre 2002 eingeführt, sodass graduell die Umstellung auf die Diagnosis Related Groups (DRG) eingeführt wurde. Nach Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems endete zum 1. Januar 2009 die Konvergenzphase, in der eine graduelle Angleichung der Krankenhausbudgets an landesweit einheitliche Preise geregelt wurde. Vor diesem Hintergrund schafft das Gesetz neue Rahmenbedingungen ab 2009 für die Krankenhausfinanzierung und Investitionsfinanzierung in Form von leistungsorientierten Investitionspauschalen für Krankenhäuser und psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Dabei verlängert sie die Konvergenzphase um ein weiteres Jahr. Es wurde zudem eine anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen für das Jahr 2009 ermöglicht, ein Wegfall des GKV-Rechnungsabschlags in Höhe von 0,5 % vom Rechnungsbetrag festgelegt, sowie die Einführung eines Bundesbasisfallwertes, der die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte von 2010 bis 2014 angleichen soll. Überdies wurde ein Förderprogramm mit anteiliger Finanzierung für bis zu 21 000 zusätzlichen Pflegedienststellen zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern eingeführt.

**Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus (AssiPflBedKrh),  
05.08.2009**

Pflegebedürftige mit Behinderung und ambulanter Pflegebetreuung sind bei einem stationären Aufenthalt Problemen ausgesetzt, wie die Finanzierung des Assistenzbedarfs, den fehlenden Anspruch auf Mitnahme der Pflegeassistenz oder die Weiterzahlung dieser Leistungen. Das Gesetz erweitert dahingehend die Assistenzpflege bei Pflegebedürftigen mit Behinderung unter anderem dadurch, dass die Pflegebedürftigen ihre Pflegekräfte mit einem Kostenanspruch zur stationären Behandlung mitnehmen können und dass für die Dauer eines stationären Krankenaufenthaltes das Pflegegeld weiter ausgezahlt und weitere finanzielle Hilfe gewährt wird.

### 3.1.2 17. Legislaturperiode

Aus dem Koalitionsvertrag der 17. Legislaturperiode, geführt von CDU und FDP, gehen eine Reihe Reformmaßnahmen hervor, die sich (explizit) auf den demografischen Wandel beziehen. Dazu gehören weitere Anpassungen der Struktur, Finanzierung, Organisation und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsorientierten medizinischen Versorgung und die Stärkung der Krankenhausversorgung und einer qualifizierten Rehabilitation. Hinzu kommen der Ausbau der Telematikinfrastruktur und die Weiterentwicklung der Pflege und Pflegeversicherung.<sup>53</sup> Das Gesundheitsministerium unterstand bis 2011 der Führung von Philipp Rösler (FDP), der dann ins Wirtschaftsministerium wechselte und von Daniel Bahr (FDP) abgelöst wurde.

#### Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (**GKV-Änderungsgesetz** – GKV-ÄndG), 30.07.2010

Für weitere Einsparungen im Arzneimittelsektor bestimmt der Gesetzgeber einen Abschlag von 16 % (vorher 6 %) auf Medikamente ohne Festbeträge, den die Pharmahersteller den gesetzlichen Krankenkassen gewähren sollen. Zudem regelt das Gesetz weitere Einzelheiten wie die Insolvenzsicherung von Wertguthaben für Altersteilzeit oder die berufszulassungsrechtlichen Regelungen von beispielsweise Ärzten oder Krankenpflegenden.

#### Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (**Arzneimittelneuordnungsgesetz** - AMNOG), 01.01.2011

Aufgrund gestiegener Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um 5,3 % je Versicherten im Jahr 2009 ordnet das Gesetz den Arzneimittelmarkt neu. Das Maßnahmenbündel mit Änderungen des Arzneimittelgesetzes sieht vor, Markteinführungen von Medikamenten zu prüfen und je nach Nutzen zu zahlende Beträge (Festbetrag oder Erstattungsbetrag) über den Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen. Darüber hinaus zielt das Gesetz durch Verbot von selbst festgelegten Preisen seitens der Pharmaunternehmen und Verpflichtung zur Veröffentlichung von Ergebnissen aus klinischen Prüfungen auf Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben und auf die Stärkung des Wettbewerbs und der Transparenz im Arzneimittelmarkt.

Verordnung über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a Absatz 1 SGB V für Erstattungsvereinbarungen nach § 130b SGB V (**Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung** – AM-NutzenV), 01.01.2011

Die im AMNOG festgelegte Nutzenbewertung von patentgeschützten Arzneimitteln wird in der AM-NutzenV konkret normiert. Hierbei führt der Gemeinsame Bundesausschuss die Nutzenbewertung durch, auf Boden dessen dann Erstattungsbeiträge für die Arzneimittel nach § 130b SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Pharmaunternehmen vereinbart werden.

Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Finanzierungsgesetz** – GKV-FinG), 01.01.2011

Auf mehreren Handlungsebenen beabsichtigt das Gesetz, wegen der steigenden Ausgaben in der GKV eine nachhaltige und angemessene Finanzierung des Gesundheitssystems zum Erhalt seiner Leistungsfähigkeit und Qualität. Wichtig zu nennen sind dafür die Festlegung des Beitragssatzes von 14,9 % auf 15,5 % und die der Arbeitgeberbeiträge auf 7,3 % sowie die Aufhebung der Zusatzbeitragsbegrenzung. Zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Belastung der Beitragszahlenden wird überdies ein Sozialausgleich eingeführt, der individuell den einkommensabhängigen Beitragssatzanteil ab einer Zwei-Prozentgrenze verringert. Durch temporäre Begrenzung der Mehrausgaben bei den Leistungserbringern und Krankenkassen sollen weitere Kosteneinsparungen erzielt werden. Dies betrifft etwa die Begrenzung der Ausgaben von Verwaltungskosten oder der Honorare in der vertragsärztlichen und hausärztlichen Versorgung. Damit einhergehen laut Entwurfsfassung eine Mehrbelastung für Bund und Länder beispielhaft durch Steuermindereinnahmen von ca. 590 Mio Euro. Die GKV dagegen soll durch jährliche Mehreinnahmen von ca. 6,3 Milliarden Euro entlastet. Bis 2011 werden so geschätzte Einsparungen von ca. 3,5 Milliarden Euro erwartet. Hinzu kommt eine Finanzspritze von zwei Milliarden Euro aus Steuermitteln. (BT-Drucksache 17/3040, S. 5)

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Versorgungsstrukturgesetz** – GKV-VStG), 01.01.2012

Das Maßnahmenbündel zur Verbesserung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung beinhaltet beispielsweise die flexiblere

Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einflussnahmemöglichkeiten der Länder und seine Weiterentwicklung wie mit einer Erweiterung von Sonderbedarfszulassungen, das Schaffen von Anreizen in der ambulanten Versorgung für den ärztlichen Beruf, die Reformierung des vertragsärztlichen Vergütungssystems durch seine Flexibilisierung und Regionalisierung sowie die Erweiterung der Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen. Hinzu kommt der Ausbau der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung als eigenständiger Sektor im Versorgungssystem für komplexe Erkrankungsmuster aus, dessen Vergütung bis auf Weiteres über einen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfolgt.

### **Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (AssPflBedRG), 28.12.2012**

Anknüpfend an das AssiPflBedKrh wird der Bedarf und die finanzielle Entlastung für die Leistungen der Assistenzpflege ebenso auf die stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erweitert. Dem Gesetz angehängt wurde die Abschaffung der Praxisgebühr, die eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro u.a. bei Arztbesuchen bei gesetzlich Versicherten vorsah. Die Abschaffung der Praxisgebühr aufgrund unzureichender Funktion zur Entlastung von Versicherten und Ärzten hat gemäß Entwurf Mindereinnahmen in Höhe von bis zu 2 Milliarden für die Kassen zur Folge, die aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen werden (BT-Drucksache 17/11396, S. 6).

### **Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG), 01.01.2013**

Die steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen und die sinkende Zahl Beitragszahlender gaben dem Gesetzgeber Anlass, Maßnahmen mit dem PNG zur Stärkung einer zukunftsfesten pflegerischen Versorgung zu ergreifen. Diese beinhalten mitunter die Leistungsverbesserung für an Demenz erkrankte Menschen, die Steigerung der Flexibilität bei der Leistungsanspruchnahme durch Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, die Stärkung des Anspruches auf Rehabilitation, die Weiterauszahlung des Pflegegeldes (zur Hälfte) bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege und die Förderung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen. Des Weiteren wird eine staatliche finanzielle Förderung für eine private Pflegevorsorge eingeführt. Zur Finanzierung des Gesetzes wurde der

Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung um 0,1 Beitragssatzpunkte ab 01.01.2013 erhöht.

Verordnung zur Durchführung der Zulage für die private Pflegevorsorge nach dem Dreizehnten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch (**Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung** – PflvDV), 04.01.2013

Die private Pflegevorsorge wird staatlich mit einem Zulageverfahren in Höhe von bis zu 60 Euro jährlich gefördert (sog. „Pflege-Bahr“). Hinzu kommt die Begrenzung der Verwaltungs- und Abschlusskosten der Versicherungsunternehmen.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (**Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz** – KFRG), 09.04.2013

Der Gesetzgeber stärkt die Krebsfrüherkennung, indem er gesetzlich zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme verpflichtet und mit Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses und der gemeinsamen Selbstverwaltung Rahmenbedingungen dafür schafft. Altersgrenzen werden für die Inanspruchnahme dem wissenschaftlichen Stand nach zielgruppengerecht flexibilisiert. Bestehende Krebsfrüherkennungsangebote sollen dadurch von besserer Qualität und Wirksamkeit profitieren. Ergänzend wird ein bundesweites, flächendeckendes klinisches Krebsregister etabliert. Dadurch sollen unter anderem die Qualität und Transparenz in der onkologischen Versorgung gesichert werden.

**Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung**, 01.08.2013

Nachdem das GKV-WSG eine Versicherungspflicht eingeführt hatte und Versicherte bei nicht getätigten Beitragszahlungen fortan nicht mehr aus dem Versicherungsverhältnis entlassen werden durften, wurde ein Säumniszuschlag eingeführt. Der Säumniszuschlag in Höhe von 5 % des rückständigen Betrages als Schutzinstrument der Solidargemeinschaft bei nicht gezahlten Beiträgen in die private und gesetzliche Krankenversicherung erwies sich eher als problemverschärfend. Aufgrund dessen wird der reguläre Säumniszuschlag von 1 % des rückständigen Betrages wieder für freiwillig Versicherte in der GKV geltend gemacht, ebenso für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989. Für

privat Versicherte wird ein Notlagentarif eingeführt. Bisherige Schulden werden erlassen.

### **3.1.3 18. Legislaturperiode**

Unter dem Titel „Deutschlands Zukunft gestalten“ zentrierte der schwarz-rote Koalitionsvertrag in der Gesundheitspolitik die flächendeckende Patientenversorgung und ihre Qualität. Sowohl die ambulante als auch stationäre Versorgung und die Arznei- und Heilmittelversorgung sollen weiterentwickelt, die ambulante mit der stationären Versorgung besser verzahnt und der Handlungsfreiraum für Krankenkassen zur Wettbewerbsstärkung erweitert werden. Weiterhin beinhaltet der Vertrag die Förderung elektronischer Kommunikations- und Informationstechnologien und der Versorgungsforschung. Darüber hinaus kündigt er die Stabilisierung der Finanzierungsgrundlage der GKV und eine Fortentwicklung der Pflege, insbesondere durch Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, an.<sup>54</sup> Das Bundesgesundheitsministerium unterstand der Führung von Hermann Gröhe (CDU).

#### **13. Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (13. SGB V-Änderungsgesetz – 13. SGB V-ÄndG), 01.01.2014**

Das Instrument des gesetzlichen Preismoratoriums bei Arzneimittelpreisen bewährte sich aus Sicht des Gesetzgebers zur Dämpfung der steigenden Ausgaben. Die Änderung verlängert die Frist dieses Instruments bis zum 31. März 2014.

#### **14. Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (14. SGB V-Änderungsgesetz – 14. SGB V-ÄndG), 01.01.2014**

Die Änderung hebt die Nutzenbewertung von Arzneimitteln im Bestandsmarkt auf, damit der administrative Aufwand für die pharmazeutischen Unternehmer und beteiligten Institutionen der Selbstverwaltung entfällt. Kompensatorisch wird das Preismoratorium bis zum 31.12.2017 verlängert und der allgemeine Herstellerabschlag in Form des Mengenrabatts von 6 % auf 7 % erhöht. Dadurch soll die GKV weiter finanziell entlastet und der Ausgabenanstieg der Arzneimittelversorgung begrenzt werden.

Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (**Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I**), 17.12.2014

Als erste von drei Maßnahmen zur Stärkung der Pflege sieht sie die Ausweitung und Flexibilisierung der Pflegeversicherung bei Leistungen der ambulanten und stationären Pflege (z.B. zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Anspruch auf Tages- und Nachtpflege). Zudem wurde die Zahl semi-professioneller Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen erhöht.

Die finanziellen Grundlagen der Pflegeversicherung werden mit einer Erhöhung des Beitragssatzes um 0,3 Punkte ausgebaut (für Eltern auf 2,35 % und Kinderlose auf 2,6 %). Die Mehreinnahmen aus den 0,1 Prozentpunkten fließen in den Aufbau eines Pflegevorsorgefonds mit einem Ansparzeitraum von 20 Jahren, der die Beiträge in Zukunft stabilisieren soll. Die restlichen Mehreinnahmen werden für die Ausweitungen der Leistungen verwendet.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz - GKV-FQWG**), 01.01.2015

Das Gesetz sieht ein Maßnahmenbündel für eine dauerhafte und stabile Finanzierungsgrundlage der GKV. Schwerpunkte sind die gesetzliche Festsetzung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes von 15,5 % auf 14,6 % bei einem Arbeitgeberanteil von 7,3 % und die Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags (0,9 %) und des damit zusammenhängenden steuerfinanzierten Sozialausgleichsverfahrens. Anstelle dieses pauschalen Sonderbeitrags von 0,9 % werden kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge, die fast von allen Kassen erhoben werden, eingeführt, um die Unterdeckung laut Entwurf von 11 Milliarden Euro zu decken (BT-Drucksache 18/1307, S. 3). Die einkommensabhängigen Zusatzbeiträge der Krankenkassen sollen die Dominanz finanziell stabiler Kassen vermeiden und somit den Wettbewerb zu fördern.

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (**Präventionsgesetz - PräVG**), 27.07.2015

Das Präventionsgesetz schafft strukturelle Voraussetzungen für die Förderung von Gesundheit und Prävention in allen Altersgruppen. Hierfür wird die Kooperation der gesetzlichen Kranken-, Renten-, und Unfallversicherung sowie die soziale

Pflegeversicherung und private Krankenversicherungen gestärkt. Auf einer nationalen Präventionskonferenz sollen alle Akteure gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen festlegen, die anschließend umgesetzt werden sollen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellt in einem Gutachten fest, welche Präventionsmaßnahmen geeignet sind. Diese Gutachten werden den Versicherten regelmäßig zugesandt.

Es werden laut Entwurf mehr als 500 Millionen Euro für gesundheitsfördernde Leistungen zur Verfügung gestellt. Auch wird die gesundheitliche Selbsthilfe finanziell mit einer Erhöhung der Fördermittel auf über 30 Millionen Euro unterstützt. (BT-Drucksache 18/5261, S. 42)

Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze (**E-Health-Gesetz**), 29.12.2015

Das Gesetz zielt mit der Schaffung von finanziellen Anreizen bei der Einführung und Nutzung von Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur (bspw. Grundlagen für den Austausch personenbezogener Daten) mit erweitertem Zugang für beispielsweise nicht-approbierte Leistungserbringer im Gesundheitssystem auf einen schnelleren Eingang der nutzbaren elektronischen Kommunikationsverfahren in die Versorgung. Dazu gehören beispielsweise die finanzielle Förderung der Online-Video-Sprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung und Vergütungszuschläge auf elektronische Entlassbriefe in den Krankenhäusern.

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (**Krankenhausstrukturgesetz** – KHSG), 01.01.2016

Um den zukünftigen Herausforderungen zu begegnen, setzt das Gesetz weitere Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung zur fest. Die Qualität der stationären Versorgung wird als weiteres Kriterium für die Krankenhausplanung ergänzend zu § 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz bestimmt. Anhand von Qualitätsindikatoren und daran anknüpfenden Maßnahmen und Vorgaben soll eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch in Zukunft gewährleistet werden. Außerdem wird sich das Maß der Qualität in der stationären Versorgung auf die Krankenhausvergütung Zu- oder Abschläge auswirken. Erstmals werden bundesweit

einheitliche Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geschaffen, die den Krankenhäusern Sicherstellungszuschläge zur Verfügung stellt. Aus einem Krankenhausstrukturfonds, der mit 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds finanziert wird, sollen Verbesserungen und Umstrukturierungsprozesse in den Versorgungsstrukturen der Länder teilweise mitfinanziert werden (§ 12 Abs. 1). Die Einrichtung eines Pflegestellen-Förderprogramms mit Fördermittel von bis zu 660 Millionen Euro sowie eines Pflegezuschlages, der an die Krankenhäuser nach den Pflegepersonalkosten verteilt wird, soll die stationäre Pflege verbessern (BT-Drucksache 18/5867, S. 2-4).

Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (**Zweites Pflegestärkungsgesetz** -PSG II), 01.01.2016

Nach jahrelanger Vorarbeit des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs führt das PSG II nach Bestätigung der Einführungsreife den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein Begutachtungsassessment ein. Die entsprechende Änderung des § 14 SGB XI sieht eine stärkere Orientierung an den individuellen Bedürfnissen, Beeinträchtigungen und Fähigkeiten, damit ein gleichberechtigter Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung gewährleistet kann. Demnach greift der Begriff unabhängig davon, ob die Pflegebedürftigkeit kognitiv, psychisch oder physisch bedingt ist. Zur Sicherstellung der Finanzierung wird der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung um weitere 0,2 Punkte erhöht.

Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (**Drittes Pflegestärkungsgesetz** - PSG III), 01.01.2017

Das PSG III soll abschließend zur Pflegereform die Rolle der Kommunen in der Pflegeversorgung stärken und beabsichtigt damit eine Optimierung der Steuerung, Kooperation und Koordination von Beratung und Pflege. Die Kommunen werden verpflichtet, regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten unter Mitarbeit der Landesverbände der Pflegekassen. Ihre Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur sollen dann bei Vertragsverhandlungen (Versorgungs-, Rahmen-, Vergütungsverträge) miteinbezogen werden. Die durch die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs notwendig gewordenen Anpassung der im Zwölften Sozialgesetzbuch verankerten

Hilfe zur Pflege und des Bundesversorgungsgesetzes erfolgte ebenso durch das PSG III. Bis 2020 soll wissenschaftlich evaluiert werden, welche Kosten das PSG III für die Sozialhilfe verursacht.

**Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG), 11.04.2017**

Zur Besserung der Prävention, Progressionsverhinderung von chronischer Multimorbidität und Selbstbestimmung im Alltag verfasst das Gesetz Rahmenbedingungen zur Qualitätsoptimierung in der Struktur der Heil- und Hilfsmittelversorgung der GKV. Dazu gehören unter anderem die Flexibilisierung des Preisfindungssystems im Heilmittelbereich, die Stärkung der Beratungs- und Informationsrechte der Versicherten und Erprobung einer stärkeren Einbindung in die Versorgungsverantwortung der Heilmittelerbringer. Die Ausgabensteigerung wurde von der Grundlohnsumme entkoppelt.

**Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG), 13.05.2017**

Mit einem Anteil von 17,2 % an den Gesamtleistungsausgaben in der GKV stellen die Arzneimittelausgaben für ihre Finanzlage eine eminente Bedeutung angesichts des demografischen Wandels dar. Um dahingehend zu reagieren, wurden in diesem Gesetz Maßnahmen zur Stabilisierung der Arzneimittelversorgung und der finanziellen Situation der GKV formuliert. Diese beinhalten unter anderem die Begrenzung von Preissteigerungen und die Verlängerung des Preismoratoriums bis Ende 2022 von Arzneimitteln ohne hinreichender Ausgabenregulierung, die Weiterentwicklung des AMNOG und die schnelle Zurverfügungstellung von Innovationen und neuen Wirkstoffen, indem Ärzte über eine Praxissoftware von solchen Präparaten schneller informiert werden sollen. Schätzungsweise würden laut Entwurf allein durch die Verlängerung des Preismoratoriums inflationsabhängig jährliche Mehrausgaben in Höhe von 1,5 bis 2 Milliarden Euro verhindert (BT-Drucksache 18/10208, S. 4).

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (**Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG**), 01.01.2020

Das 2017 verkündete Gesetz mit Inkrafttreten am 01.01.2020 sieht die zukunftsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeberufe vor. Die Dreigliederung in Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wird aufgehoben und in eine primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung zusammengefasst, sodass auf einen universellen Einsatz vorbereitet werden soll. Das Ausbildungskonzept umfasst im Schwerpunkt eine zweijährige generalistische Ausbildung mit anschließender Vertiefung in der Kinderkranken- und Altenpflege. Differenzierte Abschlüsse in Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bleiben daher weiterhin möglich.

### **3.1.4 19. Legislaturperiode**

Der Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode formulierte folgende, vereinfachte, handlungsbedürftige Ansatzpunkte: Die sektorenübergreifende Versorgung, die Stärkung der Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen, die ambulante Versorgung, die Prävention von Pflegebedürftigkeit, die Stärkung der Pflege und die Unterstützung der Seniorinnen und Senioren.<sup>55</sup> Jens Spahn (CDU) löste Hermann Gröhe als Gesundheitsminister ab.

Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (**Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV**), 11.10.2018

Die aktuelle Verordnung ist eine Weiterführung einer Altfassung vom Oktober 2018. Sie setzt für pflegesensitive Bereiche in der stationären Behandlung wie die Intensivstation, Neurologie und Geriatrie Personaluntergrenzen fest und damit eine gewisse Anzahl an Patienten pro betreuende Pflegekraft. Zusätzlich werden Vorgaben für die gesamte Pflege im Krankenhaus definiert, aus dem der Pflegeaufwand und -bedarf eines Krankenhauses ermittelt werden soll.

Unterschreitungen werden sanktioniert. Durch die verbesserte Pflegepersonalausstattung soll die Versorgungssicherheit in der Pflege der Patienten gewährleistet werden. Im Zuge der Pandemie wurde die Verordnung einstweilig im November 2020 außer Kraft gesetzt.

**Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch –  
Beitragssatzanpassung, 01.01.2019**

Die in der Vergangenheit wider Erwarten mehr in Anspruch genommenen verbesserten Leistungen der Pflegeversicherung und weitere geplante Maßnahmen stellten einen Finanzierungsmehraufwand da, weshalb der Beitragssatz um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 angehoben wurde. Dadurch sollen laut Entwurf Mehreinnahmen von rund 7,6 Milliarden pro Jahr sichergestellt werden und eine Sicherung kontinuierlicher Anpassungen an Sachleistungen für die Legislaturperiode und somit eine Beitragssatzstabilität bis zum Jahr 2022 ermöglicht werden. Für private Arbeitgeber ergibt sich eine Mehrbelastung von 2,1 Milliarden Euro, wobei mögliche Auswirkungen dadurch nicht deutlich abschätzbar sind. (BT-Drucksache 19/5464, S. 1)

**Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG), 01.01.2019**

Die positive Wirtschaftsentwicklung sichert weiterhin die finanzielle Stabilität der GKV und erlaubt Entlastungen der Versicherungszahler. Der Zusatzbeitrag der GKV wird hierdurch fortan paritätisch finanziert, die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für Selbstständige gesenkt und ein Maßnahmenpaket zur Reduzierung der Beitragsschulden geschnürt. Darüber hinaus wurden Höchstgrenzen für Finanzreserven und Liquiditätsreserven aus Zusatzbeiträgen gesetzt. Insgesamt sollen laut Entwurf die Mitglieder der GKV von rund 8 Milliarden Euro jährlich entlastet werden. Aus dem Vorhaben ergeben sich für die Wirtschaft eine Mehrbelastung von ca. 4,9 Milliarden Euro jährlich. Die Beitragsbemessungsgrundlage entlastet die selbstständigen Berufstätigen 800 Millionen Euro jährlich. (BT-Drucksache 19/4454, S. 3 - 6).

**Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG),  
01.01.2019**

Zweck dieses Gesetzes ist die gesundheitlichen Potenziale der Beschäftigten in der Pflege zu bewahren, indem insbesondere die Arbeitsbedingungen verbessert werden sollen. Die Pflegekosten werden aus den DRG-Fallpauschalen herausgenommen und auf neue krankenhausindividuelle Vergütung der Pflegepersonalkosten umgestellt,

damit Krankenhäuser nicht auf Kosten der Pflege sparen. Für jede zusätzliche und jede aufgestockte Stelle für Pflegekräfte sowie für Ausbildungsvergütungen werden die Krankenhäuser künftig mitfinanziert. Der Krankenhausstrukturfonds wird mit dem Gesetz bis 2022 weitergeführt.

Jede vollstationäre Pflegeeinrichtung erhält zusätzlich Pflegepersonal, das von der Krankenversicherung vollfinanziert wird. Die Pflegeversicherung erhält einen Zuschuss für Digitalisierung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Zudem sollen verbindliche Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten die Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen stärken.

Verordnung über die Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege sowie zur Durchführung statistischer Erhebungen (**Pflegeberufe-**

**Ausbildungsfinanzierungsverordnung** - PflAFinV), 01.01.2019

Auf Grundlage der Ermächtigungen in § 55 Absatz 1 und § 56 Absatz 3 des Pflegeberufegesetzes regelt diese Verordnung unter anderem die Finanzierung der Pflegeausbildung, die aus Ausgleichsfonds, in die alle Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die Länder und die Pflegeversicherungen einzahlen, gedeckt werden sollen.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (**Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung** - PflAPrV), 01.01.2020

Als Ergänzung des Pflegeberufegesetzes (2017) soll diese Verordnung die Pflegeausbildung durch berufspädagogische Konzepte modernisieren und schafft hierdurch neue und einheitliche Mindestanforderungen an alle Pflegeberufe.

Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (**Terminservice- und Versorgungsgesetz** - TSVG), 11.05.2019

Durch den Ausbau von Terminservicestellen, die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebots der Vertragsärzte auf 25 Stunden pro Woche, die verbesserten Vergütungen von Ärzten für Zusatzangebote, obligatorische regionale Zuschläge für Ärzte auf dem Land und verpflichtende Strukturfonds für Krankenversicherung wird vor allem die ambulante Versorgung, insbesondere im

ländlichen Raum, gestärkt. Im Endeffekt soll der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung gestärkt und die ambulante Versorgung in strukturschwachen Regionen sowie eine für die Patienten praktikable Nutzung der Digitalisierung gefördert werden.

**Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz - DVG), 19.12.2019**

Digitalisierungsmaßnahmen wie Gesundheitsapps auf Rezept, deren Kosten von nun an die GKV erstattet, Erweiterung der Telematikinfrastruktur, Stärkung der Telemedizin, Ausbau des digitalen Netzwerks im Gesundheitswesen und eine besser digitalisierte Verwaltung sollen zukünftig eine bessere Versorgung garantieren und die Innovationskraft fördern. Dafür wird weiterhin der Innovationsfonds finanziell gefördert und Krankenhäuser und Apotheken verpflichtet, sich an die Telematik-Infrastruktur anschließen zu lassen, um unter anderem die elektronische Patientenakte flächendeckend nutzen zu können.

**Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz - GKV-BRG), 01.01.2020**

Ziel dieses Gesetzes ist es, die betriebliche Altersversorgung zu stärken und für Beschäftigte attraktiver zu machen. Dazu sollen Betriebsrentner von Krankenversicherungsbeiträgen entlastet und Versicherungspflichtige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) neben der Freigrenze durch einen Freibetrag für Leistungen der betrieblichen Altersvorsorge ganz oder teilweise von Beiträgen befreit werden zur Entlastung von insgesamt 1,2 Milliarden Euro pro Jahr. Diese Mindereinnahmen werden durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgeglichen. (BT-Drucksache 19/15438, S. 1)

**Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV (GKV-Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz - GKV-FKG), 01.04.2020**

Wettbewerbsverzerrungen zwischen den GKVen können durch bestimmte Versichertengruppen, die entweder wie bei multimorbiden und älteren Versicherten überdeckt (Zuweisungen > Ausgaben) oder unterdeckt (Ausgaben > Zuweisungen) sind, bei überdurchschnittlich hoher Anzahl in einer GKV oder durch regionale Unterschiede in den Ausgabenstrukturen entstehen. Dazu soll das Gesetz den

bestehenden Risikostrukturausgleich (RSA) modernisieren wie mit der Einführung einer Regionalkomponente, eines Risikopools und eines Krankheits-Vollmodells anstelle des Morbi-RSA, Förderung von Präventionsanreizen durch eine Vorsorgepauschale und Berücksichtigung von Abschlägen und Rabatten für Arzneimittel.

Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen der Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (**Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung - DiGAV**), 21.04.2020

Auf Grundlage des TSVG formuliert diese Verordnung den Anspruch gesetzlich Versicherter auf digitale Gesundheitsanwendungen und Anforderungen wie Funktionstauglichkeit, Sicherheit und Qualität, die solche Anwendungen zu erfüllen haben.

Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (**Patientendaten-Schutzgesetz - PDSG**), 20.10.2020

Im Zuge der Digitalisierung im Gesundheitssystem soll die sichere digitale Vernetzung insbesondere mit Blick auf die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) zum 01.01.2021 gewährleistet werden. Dazu setzt sich die PDSG unter anderem das Ziel, für die ePA als wesentliche Digitalisierungsmaßnahme ein hohes Schutzniveau zu schaffen, klare Zugriffsrechte zu formulieren, Nutzerfreundlichkeit zu sichern und Anreize für ihre Einführung zu bieten.

Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (**Krankenhauszukunftsgesetz - KHZG**), 29.10.2020

Mit 3 Milliarden Euro vom Bund und weiteren Mitteln der Länder sollen Krankenhäuser in moderne Notfallkapazitäten, die Digitalisierung und IT-Sicherheit, sowie in die gezielte Entwicklung und Stärkung von regionalen Versorgungsstrukturen investieren zum effizienten Ressourceneinsatz aus dem in Zukunftsprogramm Krankenhäuser vorgesehenen Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a).

Gesetz zur Stärkung der intensivpflegerischen Versorgung und Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (**Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReg**), 29.10.2020

Zum Erhalt eines möglichst langen selbstbestimmten Lebens nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ werden der Zugang zu medizinischer/geriatrischer Rehabilitation erleichtert. Krankenkassen werden an ärztliche Verordnungen zur geriatrischen Rehabilitation gebunden. Die Regeldauer einer geriatrischen Rehabilitation wird ambulant auf 20 Tage und stationär auf 30 Tage festgelegt. Zur Qualitätssicherung in Rehabilitationseinrichtungen schließen Krankenkassen und Leistungserbringer auf Bundesebene Rahmenempfehlungen ab, die zu gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien Regelungen treffen sollen. Vergütungen durch Vergütungsverträge zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen werden bei Mehrausgaben angepasst und demnach von der Beitragssatzstabilität befreit und die Grundlohnsummenbindung für Vergütungsverhandlungen aufgehoben. Eigenanteile an der Versorgung in vollstationären außerklinischen Intensivpflegeeinrichtungen werden reduziert und nur noch qualitätsgeprüfte Pflegedienste für die Erbringung von außerklinischer Intensivpflege zugelassen.

Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (**Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz - GPVG**), 01.01.2021

Beschlossen wurden erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge zur Bildung von sozialleistungsträgerübergreifenden Netzwerken zur Anpassung an regionale Bedürfnisse und zur Verbesserung der Versorgung aus einer Hand, sowie die Vergütung von bis zu 20.000 weiteren Stellen für Pflegehilfskräfte in der Altenpflege über einen Vergütungszuschlag aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung, der die Pflegeeinrichtungen hierfür finanziell entlasten soll. Weitere Beschlüsse vor dem Hintergrund der Pandemie werden hier ausgeklammert.

Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (**Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungsgesetz - DVPMG**), 09.06.2021

Digitalisierungsanstrengungen in der Pflege betreffen die Einführung von digitalen Pflegeanwendungen wie telepflegerische Beratungen auf Kosten der sozialen Pflegeversicherung. Neben der Pflege werden andere Versorger wie Heil- und Hilfsmittelerbringer und außerklinische Intensivpfleger stärker an die

Telematikinfrastruktur angebunden. Zu ihrer anwendungsfreundlicheren Gestaltung erhält die Gesellschaft für Telematik den Auftrag, einen sicheren und nutzerangepassten Zugang zu entwickeln. Überdies werden die Strukturen der Telematik beispielsweise durch Förderung von Videosprechstunden und telemedizinische Leistungen weiter ausgebaut. Die elektronische Patientenakte wird nur noch als Versicherungsnachweis dienen, aus der aber der Medikationsplan sowie Notfalldaten ersichtlich werden. Geregelt werden zudem elektronische Rezepte für Arzneimittel.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung

**(Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz - GVWG), 20.07.2021**

Ab 2022 erhalten Pflegebedürftige bei der Pflegeheimversorgung zusätzlich zum Leistungsbetrag einen Zuschlag von der Pflegeversicherung. Außerdem gilt für Pflegeheime künftig gemessen durch ein Personalbemessungsverfahren ein bundeseinheitlicher Personalschlüssel, der den Personalbedarf abbilden soll und die Einstellung von weiterem Personal ermöglichen soll.

Die Sachleistungsbeträge in der ambulanten Pflege erhöhen sich auf 5 %. Der Leistungsbetrag in der Kurzzeitpflege wird um 10 % angehoben.

Im Bereich der Altenpflege werden ab September 2022 nur noch Pflegeeinrichtungen zugelassen, die Pflege- und Betreuungspersonal nach Tarif und mindestens in Tariffhöhe oder nach kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen bezahlen. Tarifbezahlungen werden vollständig refinanziert, während tarifungebundenen Einrichtungen eine Refinanzierung von bis zu 10 % gewährleistet wird.

Dahingehend finanziert wird die Pflegeversicherung ab 2022 mit einem Bundeszuschuss in Höhe von 1 Milliarde Euro (§ 61a) und der Beitragszuschlag für Kinderlose ab 23 Jahren steigt um 0,1 Prozentpunkt. Damit steigt der Zuschlag auf 0,35 % ab 2022. Die GKV erhält 2022 einen Bundeszuschuss in Höhe von 7 Milliarden Euro, um den Zusatzbeitragssatz auf 1,3 % zu halten (§ 221a Abs. 3).

## 3.2 Reagibilität der Gesetzgebung

### 3.2.1 16. Legislaturperiode

Reformmaßnahme	Inkrafttreten
Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)	17.02.2005
Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (14. RSA-ÄndV)	22.12.2006
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) - Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009	01.04.2007
Sechszehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (16. RSA-ÄndV)	22.12.2007
Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG)	30.05.2008
GKV-Beitragssatzverordnung (GKV-BSV)	01.01.2009
GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG)	01.01.2009
Neunzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (19. RSA-ÄndV)	18.03.2009
Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)	25.03.2009
Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus (AssiPflBdKrh)	05.08.2009

Tabelle 2: Übersicht Reformmaßnahmen der 16. Legislaturperiode

Die für die 16. Legislatur prägendste Gesundheitsreform war das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das mit der Einführung des Gesundheitsfonds und eines staatlich festgelegten Beitragssatzes sowie der allgemeinen Versicherungspflicht in der Krankenversicherung eine grundlegende Neuordnung in der Finanzierung der GKV einführte. Mit dem GKV-WSG beabsichtigte die Gesetzgebung in erster Linie eine wesentliche Stärkung des Vertragswettbewerbs in einem transparenteren Finanzierungssystem, die die Krankenkassen zu mehr Proaktivität bewegen sollte. Die wettbewerbliche Ausrichtung des Vertragsrechts für mehr Flexibilität und das Ziel der Transparenzsteigerung sind demnach als

Rationalisierungsmaßnahme zu verstehen, da sie zu einem breiteren und verbesserten Angebot von Seiten der Kassen und Leistungserbringern führen können, welches zu einer Effizienzsteigerung beiträgt.<sup>56</sup> Für eine bessere finanzielle Nachhaltigkeit der GKV ist der Gesundheitsfonds einerseits aufgrund seiner Flexibilität, Beiträge zur solidarischen Finanzierung breit aufstellen zu können, ein durchaus praktikables Instrument. Andererseits ist die staatliche Einflussnahme durch die Festlegung der Beitragssätze und die Steuerfinanzierung des Fonds durch Bundeszuschüsse mit Bedenken verbunden, dass Gesundheitsleistungen eine vom politischen Kontext abhängige leicht verstellbare Größe werden.<sup>57</sup> Der festgelegte Beitragssatz und die kassenspezifischen Zusatzbeiträge können zudem möglicherweise eine Wettbewerbsverzerrung verursachen, zumal die kassenindividuellen Beitragssätze selbst einen Parameter für Wettbewerb darstellten und die Zusatzbeiträge mit der Begrenzung auf 1 % des beitragspflichtigen Einkommens oder auf acht Euro keine wesentliche Wettbewerbsfunktion zugeordnet werden. Darüber hinaus wird die Einführung des Gesundheitsfonds als eine politische Konsens-Lösung bezeichnet, der noch weitere Verbesserungen folgen müssen.<sup>58</sup>

Die Senkung des Beitragssatzes durch die GKV-BSV, ermöglicht durch hohe Bundeszuschüsse, lassen zumindest in dieser Wahlperiode einen positiven Effekt zur Entlastung der Beitragszahlenden in die GKV durch staatliche Einflussnahme erkennen. Der neue morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich im GKV-WSG sowie die daran anknüpfende 19. RSA-ÄndV sind eine dem demografischen Wandel entsprechende Anpassung der Finanzierung, die auf eine gezielte und faire Verteilung von Geldern an die Krankenkassen unabhängig ihrer Versichertenstruktur abzielt. Somit sind sie genauso als wettbewerbsstärkende und rationalisierende Maßnahme zu werten. Der neue Morbi-RSA mindert zugleich die Anreize für die Krankenkassen, in Präventionsmaßnahmen zu investieren und verschlechtert die Nutzen-Kosten-Relation integrierter präventionsfördernder Versorgungsprojekte.<sup>41</sup> Für eine Ausbalancierung sind in der Hinsicht weitere Maßnahmen zur Stärkung der Prävention und Rehabilitation erforderlich. Darüber hinaus ist die Realisierung des Morbi-RSA durchaus auch ohne Gesundheitsfonds technisch möglich.<sup>57</sup> Rechtgrundlage für den Morbi-RSA bildete die zuvor veranlasste 14. RSA-ÄndV, die über jenen differenzierteren Risikostrukturausgleich verfügte.

Für die Einführung des Gesundheitsfonds waren neben der Festlegung eines einheitlichen Beitragssatzes und des neuen Morbi-RSA weitere Voraussetzungen zu erfüllen. So mussten für gleiche Startbedingungen alle Krankenkassen frei von Schulden sein, ihre

Insolvenzfähigkeit gewährleistet und die Mittelabflüsse der Länder bei zu hohen Finanzbelastungen begrenzt werden.<sup>59</sup> Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahre 2004 (15. Legislatur) wurden die Krankenkassen dazu verpflichtet, die Schulden bis Ende 2007 abzubauen. Die Insolvenzfähigkeit wurde über das GKV-OrgWG eingeführt, die ebenfalls im Sinne der Wettbewerbsstärkung und Nachhaltigkeit rationalisierende Wirkung hat, indem für alle Krankenkassen dafür die gleichen Rahmenbedingungen geschaffen wurden. Über die Konvergenzklausel in der 16. RSA-ÄndV wurde eine weitere Voraussetzung für den Gesundheitsfonds etabliert, sodass eine übermäßige finanzielle Belastung bestimmter Länder durch seine Einführung verhindert werden sollte. Diese musste anfangs jedoch nicht zum Tragen kommen.<sup>60</sup> Der Gesundheitsfonds zog eine Reihe weiterer politischer Maßnahmen mit sich, sodass auf ihn im weiteren Verlauf der Arbeit rückbezogen wird.

Andere unter dem Begriff „Rationalisierung“ zu fassende Reformanstrengungen sind das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz, das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz und das Pflegeweiterentwicklungsgesetz. Es konnte etwa gezeigt werden, dass die gesetzgeberischen Regulierungsmaßnahmen über das AVWG einen deutlich preissenkenden Effekt über die Zuzahlungsbefreiungsgrenzen bei Produkten von Generika-Herstellern bewirkte und damit eine Entlastung bei den Arzneimittelausgaben der GKV, nicht aber bei Arzneimitteln innovativer Firmen.<sup>61</sup> Im Vergleich mit den europäischen Nachbarn bleiben die Generika-Preise höher, was auf andere gesetzliche Regelungen (z.B. 19 % Mehrwertsteuersatz, Apothekenfestzuschlag) zurückzuführen ist und weitere Wirtschaftlichkeitsreserven aufweist.<sup>62</sup> Die trotzdem sukzessive steigenden Ausgaben (2006 bei 25,1 Mrd. Euro, 2009 bei 30 Mrd. Euro), wovon ein Großteil auf ältere Menschen zurückzuführen ist, lassen weiterhin starken Handlungsbedarf für eine effizientere Allokation im Arzneimittelmarkt aufgrund des demografischen Wandels erkennen.<sup>51,63</sup>

Das Reformpaket des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes setzt in seinem Kern an rationalisierende Maßnahmen an, die laut der Zielsetzung des Gesetzgebers eine nachhaltigere Krankenhausfinanzierung unter anderem durch verbesserte Rahmenbedingungen für Investitionsmaßnahmen anstrebt. Dem KHRG wird ein positiver Einfluss auf den Preiseffekt zugeschrieben, der im Jahre 2010 nennenswerte Auswirkungen auf die Budgetsteigerung der (hierfür untersuchten) Krankenhäuser ausübte.<sup>64</sup> Der erreichte Rationalisierungseffekt des KHRG in seiner Gesamtheit ist dagegen als unzureichend zu bewerten. So ist zu bemängeln, dass die Bundesländer weiterhin aus der Verpflichtung zur finanziellen Beteiligung an

Krankenhausinvestitionen herausgenommen werden und die mangelnde Ausgestaltung des Vertragswettbewerbs im stationären Sektor sowie die Finanzierung der Investitionskosten den Rationalisierungseffekt mindern. Denn die fehlende Berücksichtigung beispielsweise der damals geforderten wettbewerbsstärkenden Option durch Förderung von Einzelverträgen und die Investitionsfinanzierung im stationären Sektor überwiegend aus Mitteln der GKV - laut Gesetzgeber in Höhe von ca. 2 Milliarden Euro (BT-Drucksache 16/10807, S. 2) - sind aus Rationalisierungsaspekten den Gesamteffekt mindernde Faktoren.<sup>65</sup>

Weiterhin versprach der Koalitionsvertrag eine Dynamisierung der Pflegeleistungen, da seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 keine Anpassungen der Leistungen erfolgten, sodass die reale Kaufkraft der Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung deutlich sank und eine Anpassung Finanzierung nötig wurde.<sup>66</sup> Den ersten Schritt in diese Richtung lieferte das Pflegeweiterentwicklungsgesetz, das schwerpunktmäßig eine Leistungsanpassung vornimmt, sowie zusätzlich die Einführung von Pflegestützpunkten und eine Ausweitung des Leistungskatalogs umfasst. Die sich ergebenden Beratungsmöglichkeiten über die Pflegestützpunkte sind der Transparenzsteigerung dienlich, die wiederum bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen und den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern verstärken.<sup>67</sup> Mit den Entlastungsmaßnahmen von pflegenden und arbeitstätigen Angehörigen unter anderem über die neugefasste kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegezeit zeigt sich der Gesetzgeber sensibel für einen wichtigen Teil der pflegerischen Versorgung (Pflege nur durch Angehörige), der nahezu 50 % ausmacht.<sup>68</sup> Die Beitragssatzerhöhung und die Leistungsdynamisierung durch graduelle Leistungssatzanhebungen sind erste wichtige Handlungen zur finanziellen Stabilisierung der Pflegeversicherung, die jedoch alleine besonders durch die Herausforderungen des demografischen Wandels keine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung sicherstellt.<sup>66</sup> Ein weiteres, die Pflege betreffende Gesetz ist das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus, das Pflegebedürftige mit Behinderung weiterhin Anspruch auf Assistenzpflege bei stationärer Behandlung ermöglicht. Dem statistischen Bundesamt zufolge treten Pflegebedürftigkeit mit Behinderung vor allem bei älteren Menschen über 65 Jahre auf, die mit Stand 2019 mehr als 50 % ausmachen.<sup>69</sup> Der kontinuierliche Anstieg von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf bedingen die Notwendigkeit zur Unterstützung dieser Gruppen, der dieses Gesetz zumindest im stationären Bereich nachkommt, zugleich aber weiter ausbaufähig ist.<sup>70</sup>

**Zusammenfassend** zeigt die Gesetzgebung in der 16. Legislaturperiode seine Reagibilität ausschließlich auf Wegen der Rationalisierung. In ihrem Mittelpunkt dominierte vor allem die komplexe **Einführung des Gesundheitsfonds** zur wettbewerblichen Weiterentwicklung der GKV, sodass andere Handlungsfelder im demografischen Kontext, die im Koalitionsvertrag vereinbart wurden, teilweise indifferent bearbeitet wurden. Dies betrifft insbesondere die Themenfelder Pflege und Pflegeversicherung, Krankenhausversorgung und -investition sowie die Prävention und Rehabilitation.

### 3.2.2 17. Legislaturperiode

<b>Reformmaßnahme</b>	<b>Inkrafttreten</b>
GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄndG)	30.07.2010
Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG)	01.01.2010
Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung (AM-NutzenV)	01.01.2011
GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)	01.01.2011
GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)	01.01.2012
Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (AssPflBedRG)	28.12.2012
Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)	01.01.2013
Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung (PflvDV)	04.01.2013
Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG)	09.04.2013
Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung	01.08.2013

Tabelle 3: Übersicht Reformmaßnahmen der 17. Legislaturperiode

Der Gesundheitsfonds und seine zukunftsfähige Finanzierung beschäftigten so auch die neue christlich-liberale Koalition, die sich zu Anfang um die finanzielle Notlage der GKV aufgrund der steigenden Leistungsausgaben und der damaligen weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise befassen musste, die erhebliche Mindereinnahmen aus den Beiträgen

verursachte.<sup>71</sup> Unter Federführung des Finanzministeriums und Mitwirkung des Gesundheitsministeriums (und anderer) wurde das Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz (BGBl. I 2010, Nr. 16 16.04.2010, S. 410) verabschiedet, das unter anderem einen Bundeszuschuss in Höhe von 3,9 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds vorsah. Nach dieser behelfsmäßigen Finanzspritze wurde die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung des Finanzierungssystems in der GKV somit immanent. Als Reaktion brachte der Gesetzgeber das GKV-Finanzierungsgesetz auf den Weg, das rationalisierend eine nachhaltige Finanzierung der GKV intendierte. Kurzfristig konnten auf diese Weise aus den Mehreinnahmen durch die Beitragssatzerhöhung und durch einen weiteren Steuerzuschuss von 2 Milliarden Euro sowie durch kurzwirksame Kosteneinsparungen die Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds aufgefüllt werden, der entgegen seiner eigentlichen Funktion dann den neu geschaffenen Sozialausgleich finanzieren soll.<sup>72</sup> Zugleich aber bestand weiterhin ein relatives Ungleichgewicht in der Belastung der Beitragszahlenden, die unter anderem wegen der Beitragsbemessungsgrenze und fehlender Berücksichtigung anderer Einkommensarten (z.B. aus Vermietung oder Erbschaft) größtenteils von geringen bis mittleren Einkommen getragen wurde. Der Ausbau kassenindividueller und einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge bis zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens verstärken insofern die ungleichen Beitragsbelastungen, da auch sie einkommensschwache Schultern eher belasten.<sup>73</sup> Der Sozialausgleich sieht dahingehend zwar eine Entlastung vor, die aber ebenso aus Verteilungsaspekten ungenügend wirksam ist. Seine nachhaltige Finanzierung bleibt darüber hinaus offen. So sind die Maßnahmen des GKV-FinG insgesamt kurzfristig gedacht und lassen ausgewogene und langfristige Rahmenbedingungen einer nachhaltigen GKV-Finanzierung und somit einen ersichtlichen Reformfortschritt unzureichend erkennen, sodass es lediglich als Modifizierung und Nachjustierung des Gesundheitsfonds zu werten ist.<sup>72,73</sup> Das intendierte Rationalisierungspotenzial ist demnach ungenügend erreicht worden. Auf die weiterhin steigenden Arzneimittelausgaben reagierte die Regierung mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz und in Teilen mit dem GKV-Änderungsgesetz. Das AMNOG schließt mit der Nutzenbewertung von patentgeschützten Arzneimitteln und davon abhängigen Preisbestimmung eine bedeutende Regulierungslücke im Arzneimittelmarkt zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben, da die pharmazeutischen Hersteller bis dahin den Preis für neue Arzneimittel selbst festlegen konnten. Auf diese Weise konnten eine effizientere Allokation, die jedoch ein konstantes Ausmaß an vorgegebenen Ressourcen mit der Zeit voraussetzt, und eine bessere Innovation von Arzneimitteln im Sinne der

Rationalisierung erreicht werden.<sup>74</sup> Im Zeitraum von 2012 bis 2016 konnten so dem GKV-Spitzenverband zufolge 2,85 Milliarden Euro eingespart werden.<sup>75</sup> Das Verfahren zur Nutzenbewertung gemäß der AM-NutzenV zog aber unter anderem die Kritik auf sich, dass eine Kosten-Nutzen-Bewertung nicht als Kriterium für die Preisverhandlungen gebraucht wird und es durch die alleinige Berücksichtigung direkter Arzneimittelkosten in Form von Erstattungsbeträgen ohne Berücksichtigung indirekter Kosteneffekte an einer mehrdimensionalen Perspektive über die GKV hinaus mangelt.<sup>31</sup> Die Auswirkungen des AMNOG markieren im Großen und Ganzen dennoch eine wichtige Rationalisierungsmaßnahme in der Regulierung des Arzneimittelmarktes zur Kostendämpfung. Eine weitere Regulierung der Arzneimittelausgaben stellt schwerpunktmäßig das GKV-Änderungsgesetzes dar, das den Krankenkassen einen Abschlag von 16 % statt 6 % auf Medikamente ohne Festbeträge gestattet, um kurzfristig die Ausgaben – zu Lasten der Pharma-Industrie – zu senken.

Die Allokationsdefizite in der flächendeckenden und bedarfsorientierten Versorgung bei steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen greift der Gesetzgeber mit einem Maßnahmenbündel über das GKV-Versorgungsstrukturgesetz auf.<sup>31</sup>

So bezweckt beispielsweise die flexibilisierte Bedarfsplanung eine Besserung der intersektoralen und regionalen Versorgung, der es jedoch einer stärkeren Berücksichtigung der demografischen Entwicklung wie dem regionalen Morbiditätsspektrum bedarf. Durch den Ausbau der ambulanten spezialärztlichen Versorgung rücken zwar der ambulante und stationäre Sektor näher zusammen, aber das unterschiedliche Vergütungssystem (DRG – EBM) bildet weiterhin zu überwindende Hürden in der intersektoralen Zusammenarbeit.<sup>76</sup>

Das Maßnahmenbündel signalisiert den Handlungswillen des Gesetzgebers auf die Allokationsdefizite in der Versorgung zu reagieren, der dahingehend rationalisierende Schritte zur bedarfsgerechten und somit effizienteren Versorgung ansetzt. Den negativen Trend der Defizite aber konnte das Gesetz aufgrund fehlender Gesamtkonzeption und Auslassung wichtiger Details bei der Umsetzung nicht aufhalten.<sup>31,76</sup>

Die im Koalitionsvertrag angekündigte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung beruhte im Schwerpunkt auf das Pflegeneuausrichtungsgesetz und die daran anknüpfende Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung mit Neuerungen in der Finanzierung und Pflegeleistung. Der Gesetzgeber sah dieses Gesetz in Hinblick auf die Leistungsausweitung beispielsweise für Demenzkranke als Übergangslösung für einen neu zu definierenden Pflegebedürftigkeitsbegriff. So konnte die schwarz-gelbe Koalition den zur Aussicht

gestellten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der 17. Legislatur nicht realisieren, auch ohne aber die strukturelle Benachteiligung kognitiv eingeschränkter größtenteils aufheben.<sup>68</sup> Der nach dem Gesundheitsminister benannte „Pflege-Bahr“, der die staatliche Förderung von privater Pflegevorsorge vorsieht, war eine Kompromisslösung, da der Koalitionsvertrag eigentlich eine verpflichtende Vorsorge beabsichtigte. Damit sollte zu einer zusätzlichen Pflegevorsorge animiert und eine ergänzende pflegerische Versorgung gesichert werden, zumal die gesetzliche Pflegepflichtversicherung nicht vollumfänglich Kosten im Pflegefall übernimmt. Kritisiert wurde der Pflege-Bahr jedoch, dass die erreichte Reichweite des Versicherungsschutzes den Erwartungen des Gesetzgebers entgegen deutlich geringer ausfiel. Die umverteilende Wirkung durch die staatliche Förderung, die zwar von allen Steuerzahlenden aufgebracht, aber zumeist von einkommensstärkeren beansprucht wird, und durch den Ausschluss von bereits Pflegebedürftigen an der Förderung, wirkt sich negativ auf eine ausgewogene Belastungsverteilung in der Pflegeversicherung aus. Darüber hinaus weist der Pflege-Bahr einen unzureichenden Versicherungsschutz auf, dem weitere Leistungsdynamisierungen in der Pflegeversicherung folgen müssten.<sup>68</sup> Denn solch eine durch Kapital gedeckte Pflege-Zusatzversicherung sichert kein reales Leistungsniveau ab, das die Leistungsentwicklung in der Pflegeversicherung und Versorgungskostenentwicklung kaum berücksichtigen kann – anders als die umlagefinanzierte Sozialversicherung zu gewährleisten vermag -, sodass der solidarisch finanzierten Pflegeversicherung Schäden entstehen.<sup>77</sup> Eine durch den Pflege-Bahr angestrebte stabilere Pflegeversicherung durch Vorsorge angesichts der demografischen Entwicklung genügt daher kaum den Ansprüchen der Rationalisierung. Seit 2009 wurde die Mitnahme einer privat angestellten Pflegeperson im Krankenhaus bereits geregelt. Durch eine Erweiterung über das AssPflBedRG können pflegebedürftige Behinderte, die privat Pflegekräfte anstellen, von diesen auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ohne Entstehung zusätzlicher Kosten betreut werden. Entsprechend dem AssiPflBedRG zeigt sich der Gesetzgeber auch hier sensibel für die Unterstützung dieser Patientengruppe in weiteren Versorgungsbereichen. Die Steuerungswirkung der Praxisgebühr zur Vermeidung inadäquater Leistungsanspruchnahme sollte rationalisierende Effekte erzielen, die aber insbesondere bei chronisch Kranken mit zugleich niedrigem sozioökonomischen Status wirksam wurde und die soziale Ungleichheit verstärkte.<sup>78</sup> Der bürokratische Aufwand zur Realisierung der Praxisgebühr machte sie ebenfalls ineffektiv.<sup>79</sup> Die dem AssiPflBedRG angehängte Abschaffungsregelung der Praxisgebühr war insofern die daraus folgende Reaktion.

Gleichermaßen ineffektiv wirkte sich die Steuerungswirkung des Säumniszuschlages bei nicht gezahlten Beiträgen in die Krankenversicherungen. Die Abkehr vom Säumniszuschlag in Höhe von 5 % auf 1 % sollte dazu führen, dass Versicherte ihre Beiträge mittel- bis langfristig regelmäßig zahlen können, um auch den Leistungskatalog vollumfänglich wieder wahrnehmen zu können. Der Beitragsschuldenerlass bezifferte sich auf mehr als eine Milliarde Euro in der GKV und ca. 55 000 Personen konnten auf diese Weise wieder in das Versicherungssystem eingegliedert werden (Stand 10/2014).<sup>80</sup> Beide Umkehrmaßnahmen können in dieser Hinsicht durch Beseitigung ineffektiver Steuerungsinstrumente als rationalisierend gewertet werden, die aber aufgrund vorangegangener Fehleinschätzung zu einem erheblichen finanziellen Mehraufwand führten.

Aufgrund der demografischen Entwicklung werden die Krebsneuerkrankungen bis 2030 um mindestens 20 % steigen, sodass ihre Prognose für die zukünftige Bedarfsplanung im Gesundheitswesen an Bedeutung zunimmt und das Patientenbild prägen wird.<sup>81</sup> Vor diesem Hintergrund wurde als Präventions- und Rationalisierungsmaßnahme das Krebsfrüherkennungs- und registergesetz veranlasst. Die Etablierung von einheitlichen Krebsfrüherkennungsprogrammen mit Einführung des Krebsregisters zielt auf einen sparsamen und effizienten Ressourceneinsatz bei gleichzeitiger Verbesserung der Leistungsqualität und Forschungsgrundlage. Weiteres Rationalisierungspotenzial ergibt sich dagegen noch aus mangelnder Transparenz.<sup>82</sup>

**Zusammenfassend** zeigt sich, dass die 17. Legislaturperiode von weiteren Kostendämpfungs- und Regulierungsmaßnahmen im Rahmen der **Rationalisierung** geprägt ist, die besonders **die Finanzierung des Gesundheitsfonds** und den **Arzneimittelmarkt** betreffen. Die angekündigte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung fällt bescheiden aus. Die **Leistungsdynamisierungen in der Pflegeversicherung** beispielsweise, die vor allem kognitiv eingeschränkte Pflegebedürftige miteinbeziehen, heben zwar wichtige Versorgungsdefizite auf, lassen aber weitere zukunftstaugliche Reformen kaum feststellen. So ist entgegen den Erwartungen aus dem Koalitionsvertrag das insgesamt ausgeschöpfte Rationalisierungspotenzial im demografischen Kontext zumeist von kurzfristiger Wirkung und oftmals aus Verteilungsaspekten wenig fortschrittlich.

### 3.2.3 18. Legislaturperiode

Reformmaßnahme	Inkrafttreten
13. SGB V-Änderungsgesetz (13. SGB V-ÄndG)	01.01.2014
14. SGB V-Änderungsgesetz (14. SGB V-ÄndG)	01.01.2014
Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)	17.12.2014
GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)	01.01.2015
Präventionsgesetz (PrävG)	27.07.2015
E-Health-Gesetz	29.12.2015
Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)	01.01.2016
Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)	01.01.2016
Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)	01.01.2017
Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)	11.04.2017
GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG)	13.05.2017
Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG)	01.01.2020

Tabelle 4: Übersicht Reformmaßnahmen der 18. Legislaturperiode

Die 18. Legislaturperiode konstituierte sich wieder aus der Großen Koalition mit Hermann Gröhe (CDU) als Bundesgesundheitsminister.

In einem Dreischritt erließ der Gesetzgeber für die angekündigte Pflegereform die Pflegestärkungsgesetze I - III. Das PSG I weitet nach dem Pflegeneuausrichtungsgesetz die Leistungen für Pflegebedürftige und Angehörige erneut um 4 % aus. Die Leistungsdynamisierungen werden alle drei Jahre angepasst. Die weiter steigenden Eigenfinanzierungsanteile in der pflegerischen Versorgung aufgrund des stattgehabten Wertverlustes lassen die Leistungsdynamisierungen von 4 % und in einem dreijährigen Rhythmus als notwendig, aber unzureichend erkennen.<sup>83</sup> Die funktionelle Aufgabenteilung durch Stärkung sozialversicherungspflichtiger Betreuung fördert die Tätigkeiten semi-professioneller Leistungen im Alltag und damit auch die Ausbildung solcher Hilfskräfte, die

aber den Fachkräftemangel nicht beseitigen können.<sup>84</sup> Die Einrichtung des Pflegevorsorgefonds als Sondervermögen bindet Beitragszahlende in die soziale Pflegeversicherung stärker ein, sodass sie sich stärker an ihren zukünftigen Ausgaben beteiligen.<sup>85</sup> Unter generationsgerechten Verteilungsaspekten also entfaltet der Fonds durchaus rationalisierende Wirkung. Der Pflegevorsorgefonds reicht aber nicht aus, um einen Generationenausgleich mit stabilisierender Wirkung auf Dauer zu gewährleisten. Dafür könnten die Ausgabensteigerungen mit moderaten Beitragssatzerhöhungen und mit einem graduell steigenden Zuschuss aus Steuermitteln begegnet werden.<sup>85</sup> In einem zweiten Schritt wurde mit dem PSG II zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in den §§ 14, 15 SGB XI eingeführt. Dieser fundiert auf pflegewissenschaftlichen Verständnissen von „Pflegebedürftigkeit“ und umfasst die Selbstständigkeit und Fähigkeiten Pflegebedürftiger sowie physische, psychische und kognitive Beeinträchtigungen. So stehen fortan auch die rehabilitativen und präventiven Potenziale im Fokus der Betrachtung. Dadurch ebnet der Begriff nicht nur einen gerechten Leistungszugang für alle Pflegebedürftigen, sondern läutet auch einen „Paradigmenwechsel für die Pflegeversicherung“ ein, der wegweisend für die Stärkung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten durch pflegerische Maßnahmen in der Praxis ist. Zur Umsetzung dieses wissenschaftlich fundierten Verständnisses erfordert es ferner, neben den gesetzlichen auch die vertraglichen Rahmenbedingungen wie Personalausstattung und Vergütungsstrukturen danach auszurichten.<sup>86</sup> In einem letzten Schritt beschloss der Gesetzgeber das PSG III, das eine stärkere Rolle der Kommunen bei den regionalen Versorgungsstrukturen in der Pflege vorsieht. Es ist eine Antwort auf die geforderte „pflegepolitische Revitalisierung der Kommunen in der Pflege“, die mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 keinen großen Einfluss mehr ausüben konnten (Bundes- und Ländersache).<sup>87</sup> Eine Stärkung der Gestaltungsmacht bezieht sich vor allem auf die Planung und Steuerung der lokalen Pflegestruktur, da die Kommunen aufgrund ihrer Nähe und lokalen Kenntnis den Handlungsbedarf besser einschätzen können und daher für diese Aufgaben geeignet erscheinen.<sup>88</sup> Somit könnte eine Rekommunalisierung der Pflegestruktur, die dem Bedarf entsprechend die Strukturen ausbaut, aus Rationalisierungsaspekten sinnvoll sein. Die Stärkung der Kommunen durch das PSG III dagegen blieb hinter den Möglichkeiten, da ihnen weiterhin keine wirkungsreichen Instrumente oder Kompetenzen in der Planung und Steuerung der Pflegestruktur zugestanden wurden. Es kann zugleich nicht abgeschätzt werden, ob sich solch eine Stärkung der Kommunen tatsächlich positiv auf die Pflegestrukturen auswirkt.<sup>88</sup>

Demografisch bedingte komplexere Ansprüche an Pflegekräfte können eine Zusammenfassung der bisher getrennten Pflegeausbildung erforderlich machen, die das Pflegeberufereformgesetz aufgreift. Absolventen nach diesem Gesetz behalten sich durch Kompetenzsteigerung erstmals Tätigkeiten wie Feststellung des individuellen Pflegebedarfs oder Organisation des Pflegeprozesses vor, die in der Praxis jedoch zu Klärungsbedarf mit Ärzten führen kann.<sup>89</sup> Wohl können auf diese Weise auch akademisch qualifizierte Pflegekräfte ergänzend zur primärärztlichen Versorgung tätig werden und zu einer besseren flächendeckenden Versorgung beitragen, deren Anteil in der Langzeitversorgung jedoch noch minimal ist.<sup>90,91</sup>

Das Präventionsgesetz legt einen wichtigen Stellenwert auf die bestehende Unterversorgung in der Prävention und Gesundheitsförderung und schafft neue Strukturen für eine Zusammenarbeit der sozialen Pflege-, gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, um Präventionsstrategien zu entwickeln. Begleitend zum Präventionsgesetz veröffentlichte die Nationale Präventionskonferenz einen ersten Präventionsbericht. Durch das Gesetz gelungen sind demzufolge die Etablierung tragfähiger Strukturen und koordinierter Prozesse zur Umsetzung einer nationalen Präventionsstrategie. Weitere Ziele werden sein, sowohl die Bundesrahmenempfehlungen als auch die etablierten Strukturen und Prozesse unter besserer Einbindung der Länder und Kommunen bei zunehmender interdisziplinärer Kommunikation zu verstetigen, um die in der Präventionsstrategie formulierten Präventionsziele weiterzuverfolgen.<sup>92</sup> Ferner werden für eine präzisere Berichterstattung unter anderem zusätzlich die Erhebung prospektiver Daten erforderlich sein.<sup>93</sup>

Im Arzneimittelmarkt wurde das preisratorische Regulierungsinstrument nach mehrmaliger Evaluation über das 13. und 14. SGB V-Änderungsgesetz zunächst kurzfristig und dann über das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz bis zum 31.12.2022 verlängert, um die wichtige kostendämpfende Wirkung zu erhalten. Der Inflationsausgleich, der hierin den Herstellern gewährt wurde, führte dazu, dass bei vielen der vom Preisratorium betroffenen Arzneimitteln eine Preiserhöhung vorgenommen wurde, die einen Rückgang der Preisratoriumsabschläge und Mehrausgaben der GKV in Höhe von 181 Mio. Euro zur Folge hatten. Darüber hinaus besteht weiterhin eine Regulierungslücke bei älteren Wirkstoffen für neue Indikationen, die von der Nutzenbewertung kaum betroffen sind.<sup>94</sup>

Eine im Entwurf des AMVSG formulierte Umsatzschwelle von 250 Millionen Euro, ab dem der zwischen Hersteller und GKV ausgemachte niedrigere Erstattungsbetrag rückwirkend gelten würde, wurde zur weiteren Kostenregulierung nicht realisiert.

Der hohe Beitragssatz von 15,5 % führte dazu, dass der Gesundheitsfonds übersättigt wurde und die pauschalen Zusatzbeiträge von den Krankenkassen nicht mehr zu erheben nötig waren. Ihre wettbewerbsstärkende Funktion konnte sich nicht mehr entfalten und die Finanzreserven der Krankenkassen entwickelten sich unterschiedlich. Die für den Wettbewerb durchaus praktikable Kombination aus Gesundheitsfonds und einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen mit Sozialausgleich unter ausgewogener Belastung von Arm und Reich kam so nicht mehr zum Tragen.<sup>57</sup> Auf diese Entwicklung reagierte die Gesetzgebung mit der Verabschiedung des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetzes. Fortan können die Krankenkassen wieder einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben. Außerdem wurde der Sozialausgleich abgeschafft. Das GKV-FQWQ ist insofern eine Rückkehr von der im GKV-WSG und GKV-FinG geschaffenen Finanzierungsstruktur, versteht sich aber mit seinen Zielen der Wettbewerbs- und Qualitätsstärkung als rationalisierende Maßnahme. Die Zielerfüllung bleibt umstritten. Die Übersättigung des Gesundheitsfonds und die daraus folgende Minderwirkung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge ließen sich womöglich durch eine alleinige Senkung des Beitragssatzes lösen. Die Kassen konkurrieren nun aber wie vor der Gesundheitsreform 2009 über Beitragssätze, die wiederum einen Finanzkraftausgleich erfordern, um Kassen mit einkommensschwachen Mitgliedern wettbewerblich nicht zu benachteiligen. Zudem findet durch die Abschaffung des staatlich finanzierten Sozialausgleichs dieser wieder innerhalb der GKV statt, den einkommensstärkere Beitragszahlende ausgleichen müssen.<sup>57</sup>

Das Krankenhausstrukturgesetz formulierte ein großes Maßnahmenbündel, das laut dem Entwurf die Krankenhausversorgung u.a. vor dem demografischen Hintergrund zukunftsfähig gestaltet und die notwendigen Strukturanpassungen unterstützen soll.

Die verfasste stärkere Qualitätsorientierung zur Beseitigung von Qualitätsunterschieden wie durch Qualitätszu- und -abschlägen weisen die richtige Richtung auf, greift aber zu kurz und setzt eher auf Bestandsschutz als auf Konsolidierung. Bundeseinheitliche Vorgaben für Sicherstellungszuschläge nehmen die Gestaltungsmacht der Länder und der Gemeinsame Bundesausschuss übernimmt die Funktion der Regulierungsbehörde. Finanziert werden die Sicherstellungszuschläge aus Mitteln der Krankenkassen. Auf diese Weise wird zentral die Krankenhausstruktur dem Bedarf nach reguliert und die Auswirkungen des demografischen

Wandels aufgegriffen. Die Reichweite der Sicherstellungszuschläge erwies sich dagegen als zu gering, als dass sie die gewünschte Wirkung erzielen konnte. Ausschöpfungsquoten konnten zeigen, dass der Krankenhausstrukturfonds deutliche Wirkung entfaltete und von den Akteuren größtenteils angenommen wurde. Bei den angestrebten Strukturanpassungen handelt es sich aber um längerfristige Prozesse, die den Ausbau der finanziellen Grundlage des Fonds beispielsweise aus Steuermitteln voranzutreiben nötig machen.<sup>95,96</sup>

Über das Pflegestellen-Förderprogramm sollte die Personalsituation in den Krankenhäusern verbessert und die Versorgungsqualität gesteigert werden. Ob eine Gefährdung der Versorgungsqualität durch die Personalsituation in Krankenhäusern besteht, konnte bislang nicht genügend eruiert werden.<sup>96</sup> In den Pflegestellen-Förderjahren 2016 bis 2019 wurden über 800 Millionen Euro verausgabt und es wurden 7403 zusätzliche Vollzeitstellen vereinbart, die jedoch nicht gänzlich auf das Pflegestellen-Förderprogramm zurückgeführt werden können.<sup>97</sup>

Ab Mitte 2016 wurde mit der Umsetzung des E-Health-Gesetzes begonnen, das den Ausbau der Telematikinfrastruktur fördern sollte. Dahingehend zeigt sich das Gesetz als ein weiterer kleiner Schritt in der Digitalisierung und Effizienzsteigerung des Gesundheitswesens, die besonders die Arzt-Patientenbeziehung betrifft und eine verbesserte flächendeckende Versorgung sichern kann.<sup>98</sup> Auf das Rationalisierungspotenzial, die sich aus der Digitalisierung ergibt, wird im weiteren Verlauf näher eingegangen.

Heil- und Hilfsmittel betreffende Versorgungssegmente sind integrale Bestandteile der Rehabilitation insbesondere älterer Menschen, sodass auch hier die Rationalisierung bedeutsam wird.<sup>99</sup> Das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz stärkt diese Versorgungssegmente und setzt weiterentwickelte Rahmenbedingungen für die Gewährleistung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fest. Rationalisierungspotenzial ergibt sich unter anderem aus der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit (wie unter Einbeziehung von Qualitäts- und Zweckmäßigkeitskriterien) im Rahmen von Ausschreibungsverträgen zur Hilfsmittelversorgung und aus den gestärkten Beratungs- und Informationsrechten der Versicherten. Die Maßnahmen führten laut Barmer zu einem direkten Ausgabenzuwachs von 120,86 Millionen Euro, der wiederum die Therapeuten-Berufe durch Steigerung des Gehaltes attraktiver gestalten sollte.<sup>100</sup>

**Zusammenfassend** kennzeichnete sich die Reagibilität in der 18. Legislaturperiode besonders durch die PSG I - III, darunter durch den **neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff** und das GKV-

FQWG, das erneut auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge setzt und eine **Abkehr von der bisher durch den Gesundheitsfonds geschaffene Finanzstruktur** darstellt. Hervorzuheben ist das **Präventionsgesetz** und ihre besondere Berücksichtigung des Präventionspotenzials, sowie weitere rationalisierende Maßnahmen im Krankenhaussektor (KHSG) und im Arzneimittelmarkt (AMVSG). Mit dem **E-Health-Gesetz** wurde ein wichtiger Schritt zur Digitalisierung und Rationalisierung des Gesundheitswesens eingeleitet.

So konnten die im Koalitionsvertrag vereinbarten Punkte hinsichtlich des demografischen Wandels größtenteils erfüllt werden. Antworten auf eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens aber bleiben nach dem Rückwärtsgang durch das GKV-FQWG unbefriedigend.

### 3.2.4 19. Legislaturperiode

<b>Reformmaßnahme</b>	<b>Inkrafttreten</b>
Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)	11.10.2018
Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Beitragssatzanpassung	01.01.2019
GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)	01.01.2019
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)	01.01.2019
Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV)	01.01.2019
Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	11.05.2019
Digitale-Versorgungsgesetz (DVG)	19.12.2019
Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV)	01.01.2020
GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (GKV-BRG)	01.01.2020
GKV-Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)	01.04.2020
Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV)	21.04.2020
Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG)	20.10.2020
Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)	29.10.2020

Intensivpflege- und Rehabilitationsgesetz (GKV-IPReg)	29.10.2020
Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG)	01.01.2021
Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG)	09.06.2021
Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)	20.07.2021

Tabelle 5: Übersicht Reformmaßnahmen der 19. Legislaturperiode

Die Große Koalition konstituierte sich ein weiteres Mal in der 19. Legislaturperiode mit Jens Spahn (CDU) als Gesundheitsminister und erlebte aufgrund der Pandemie eine Zäsur in der Gesetzgebung, sodass sie in eine gesetzgeberische Phase seit März 2018 vor der Pandemie und zum anderen in eine Phase zur Pandemiebewältigung seit Februar 2020 eingeteilt werden kann. Beide Phasen sind dabei von einer großen Anzahl an Gesetzen und Verordnungen charakterisiert, die den Herausforderungen durch den demografischen Wandel einerseits begegnen und andererseits offenlegen.

Mit großem Aufwand wurde in der 19. Legislatur versucht, die bestehenden Defizite in der Digitalisierung des Gesundheitswesens anzugehen. Dazu gehören schwerpunktmäßig das Digitale-Versorgung-Gesetz, das Terminservice- und Versorgungsgesetz und in Teilen das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Das DVG war grundsteinlegend für den Ausbau der Telematikinfrastruktur als zentrales Element der Digitalisierung sowie der Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) und der elektronischen Patientenakte (ePA). Die datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen für die ePA wurden durch das Patientendatenschutzgesetz sowie durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz, das über sichere Kommunikationsdienste und digitale Identitäten zur Authentifizierung verfügt, geregelt. Weitere Digitalisierungsmaßnahmen im DVPMG beziehen sich vor allem auf weitere Dienstleister wie Pflege und Heil- und Hilfsmittelerbringer. Gesetzgeberisch wurden auf diese Weise wichtige Voraussetzungen für eine digitale Infrastruktur geschaffen, die einen effizienteren Datenaustausch zwischen Versicherten und Leistungserbringern ermöglichen. Dasselbe gilt auch für die Förderung von datenbasierten Entwicklungen und Innovationen durch die Digitalisierung. Das Ausschöpfen von Rationalisierungspotenzialen umfasst dahingehend das Beheben von Koordinationsdefiziten, die die verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems – sowohl die ambulanten und stationären als auch die rehabilitativen und pflegerischen – an einer kommunikativen interdisziplinären Zusammenarbeit hindern.

Demnach wirkt der Ausbau der digitalen Infrastruktur dem entgegen und bestrebt, diese Sektoren interdisziplinär ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen.<sup>41</sup>

Außerdem bietet die Digitalisierung über gesundheitsfachspezifische Kompetenzen hinaus weitere Kompetenzbereiche, die besetzt werden können und das Gesundheitswesen breiter aufstellen. Dies zeigt sich beispielsweise im Bereich der Versorgungsinnovationen und DiGA zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), die beide digitale Innovationen zu fördern berechtigt sind und so im gegenseitigen Wettbewerb stehen.

Wettbewerbsverzerrungen können hingegen unter anderem durch die Marktmacht der KBV als Anbieter beim Kommunikationsdienst vor allem bei Leistungserbringern, die zur vertragsärztlichen Versorgung zu gelassen sind, entstehen.<sup>101</sup>

Lässt man die noch unbezifferten Betriebskosten für die Digitalisierung außer Acht, so bietet sie überdies Kosteneinsparungen und ist somit im Sinne der Rationalisierung.<sup>102</sup>

Die im Digitalisierungspaket ebenso enthaltenen Fördermaßnahmen im ambulanten Bereich, die besonders strukturschwache Regionen betreffen, zeigen, dass sich die steigende Nachfrage nach medizinischen Leistungen unter anderem durch die Verschiebung der Alterskohorten auch in dieser Legislatur widerspiegelt. Die Telemedizin als zentrales Element der Digitalisierung kann zusätzlich eine breitere ambulante Versorgung ermöglichen. Aus Umfragen zur Digitalisierung wird jedoch deutlich, dass die Digitalisierung eher jüngere Patienten anspricht.<sup>103</sup> Es bleibt daher eine Herausforderung, die Digitalisierung auch Patienten höheren Alters zugänglich zu machen, um den vollständigen Nutzen auszuschöpfen. Insgesamt wurden gesetzgeberisch in der Digitalisierung fortschrittliche Maßnahmen ergriffen, die besonders aus Rationalisierungsaspekten notwendig waren. Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz stellte der Bund weitere Mittel zur Förderung der Digitalisierung und Investition im Krankenhauswesen bereit. So fördert der Gesetzgeber gezielt das rationalisierende Instrument der Digitalisierung im Krankenhauswesen, das die Behandlungs- und Versorgungsprozesse effizient bezüglich Zeit, Kosten und Qualität gestalten soll.<sup>104</sup> Die Frage nach der Kostenaufteilung in der Krankenhausinvestitionsförderung zwischen Bund und Ländern bleibt aber weiterhin offen. Die digitale Nutzung von personenbezogenen Daten auf freiwilliger Basis der Patienten unter Berücksichtigung des Datenschutzes zu Forschungszwecken kann durch verbesserte Studienlagen auch zu einer verbesserten und zielgerechteren Versorgung führen, sodass die Digitalisierung auch zu Qualitätssteigerung beiträgt. Für eine breite Anwendung der Digitalisierung werden noch weitere Maßnahmen für optimale Rahmenbedingungen nötig sein, die insbesondere sowohl die Daten- und

Informationssicherheit als auch Funktionssicherheit garantieren können, um letztlich dem Zweck der Digitalisierung, dem Patientenwohl, für eine zukunftstaugliche Versorgung vollends gerecht zu werden.<sup>101</sup>

Gleichzeitig fordert der erhöhte Bedarf an Gesundheitsleistungen in besonderer Weise eine effiziente und effektive Nutzung von personellen Ressourcen. Dem sind die Vorgaben für die gesamte Pflege im Krankenhaus in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung ein wichtiges Instrument, das den Bedarf gemessen am Pflegeaufwand festzustellen vermag. Dabei wird für die Zukunft eine detailreichere Erfassung von Pflegebedarf und -leistungen nötig werden, um mehr Stationen einzubinden und den unterschiedlichen Pflegebedarf festzustellen, dem die Digitalisierung wiederum ein wichtige Grundlage bieten kann.<sup>105</sup> Zwar sind der Ausbau und die Förderung der Pflege mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung unabdingbar, aber das Rationalisierungspotenzial von personellen Ressourcen wird zunehmend Grenzen aufweisen. Ob diese Maßnahmen neben anderen Verordnungen (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe, Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung), die die Attraktivität des Berufes steigern sollen, tatsächlich dem steigenden Bedarf an Pflegepersonal gerecht werden, ist eher unwahrscheinlich. Ende 2019 waren lediglich 2260 von 13.000 Vollzeitstellen in Pflegeheimen, von denen nur ein Viertel die Förderung durch das PpSG beantragt hatten, besetzt, da es aktuell an ausgebildetem und qualifiziertem Personal fehlt.<sup>106,107</sup>

Die unausweichlichen Bemühungen um die Stärkung der Pflege bringen einen hohen finanziellen Aufwand mit sich, der sich zum Teil in der Erhöhung des Beitragssatzes der Pflegeversicherung äußert, und werfen aus Wirtschaftlichkeitsaspekten der Rationalisierung durchaus Bedenken auf. Trotz alledem markieren die Reformmaßnahmen, allen voran das PpSG, zur Stärkung der Pflege weitere Schritte, um der Herausforderung durch mangelndes Pflegepersonal zu begegnen. Die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System durch das PpSG ist ein Schritt zurück zur Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, die eine bessere Vergütung sichern sollte. Diesbezüglich bleibt abzuwarten, ob sich diese Ziele erreichen lassen. Kritisiert wurde dieser bedeutende Eingriff in das DRG-System für die Verkomplizierung des Vergütungssystems und die Manipulationsmöglichkeiten, die sich in zweckfremden Umbuchungen in das Pflegebudget äußern können, um Kosten vollstättet zu bekommen. Zudem können die in der Pflege vollständig refinanzierten Krankenhäuser Altenpfleger aus den Pflegeheimen abwerben und dort die Situation verschärfen. Aufgrund

dessen zeigt sich Handlungsbedarf bei der Weiterentwicklung des Pflegebudgets, damit die Selbstkostendeckung anderweitig abgelöst werden kann.<sup>105</sup>

Die Regelungen im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz können Anreiz gebend für bessere Löhne in der Altenpflege sein. Die Begrenzung von Eigenanteilen in der stationären Pflege ist zwar im Sinne der Entlastung von Pflegebedürftigen und Angehörigen, die längst gefordert wurde, stellen aber zugleich eine hohe finanzielle Belastung der Pflegeversicherung dar, die weitere Gegenfinanzierungen aus Bundeszuschüssen für einen stabilen Beitragssatz notwendig machen werden. Ob die vorgesehenen Steuerzuschüsse und die Beitragssatzanhebung für Beitragszahler ohne Kinder ab 23 Jahren zur Gegenfinanzierung sich aus Verteilungsaspekten rechnen werden, bleibt jedoch ungewiss. Die Anhebung der Leistungen für die Kurzeitpflege unterstützen ihre Inanspruchnahme mit ihrer präventiven und rehabilitativen Funktion, die zudem Defizite in der pflegerischen Versorgung beheben können.<sup>108</sup> Über die Gesundheitsversorgung- und Pflegeverbesserungsgesetz bestrebt bessere Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen werden 20.000 Stellen für Pflegehilfskräfte aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert. Es ist daher eine weitere Reaktion auf den Pflegepersonalbedarf. Ebenso mitenthalten ist die Erweiterung der Handlungsräume bei Selektivverträgen für die Krankenkassen und die Förderung von Versorgungsinnovationen, die so regionale Bedürfnisse besser abbilden können. Der RSA wurde mit dem GKV-Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz erneuert, sodass vor allem Anreize für die Präventionsförderung durch die Kassen geschaffen wurden. Die Weiterentwicklung des Finanzausgleichs der gesetzlichen Krankenkassen erhöht laut Gesetzgeber die Zielgenauigkeit des Finanzausgleichs, sodass Über- und Unterdeckungen abgebaut werden sollen. Auf diese Weise sollen eine kosteneffizientere medizinische Versorgung und eine zusätzliche Wettbewerbsstärkung zwischen den Krankenkassen entstehen. Wider diesen Ziele mindern jedoch laut AOK Bundesverband wesentliche Nebenwirkungen des Gesetzes die Effektivität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung. Dazu gehören beispielsweise die Zentralisierung der GKV, die regionale Bedürfnisse schlechter abbilden kann, sowie die Einführung des Risikopools und des Zuschlages für Regionalkomponenten, die zwar Ausgaben ausgleichen, aber nicht dem eigentlichen Ziel des RSA, Unterschiede in den Risikostrukturen samt ihren Ausgabenrisiken auszugleichen, Rechnung tragen, sodass direkte Kostenausgleiche neue Fehldeckungen (z.B. bei Multimorbidität) herbeiführen können.<sup>109</sup>

Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz stärkt die Verbindlichkeit von ärztlichen Verordnungen zur Rehabilitation und verbessert ihren Zugang und trägt dem

Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ Rechnung. Die Aufhebung der Grundlohnsummenbindung bei Vergütungsanpassungen führt zwar zu weiteren Mehrkosten für die GKV, wurde aber von den Rehabilitationsträgern begrüßt, da sie fortan Vergütungserhöhungen oberhalb der Veränderungsrate verlangen können, die meist aus betriebswirtschaftlichen Gründen notwendig sind und so den Wettbewerb zwischen Rehabilitationsträgern stärken.<sup>110</sup>

Das GKV-VEG ist eine weitere Reaktion auf die Mehrbelastung der schrumpfenden Zahl an erwerbstätigen Beitragszahlenden und zielt ebenso auf die Entlastung von Rentnerinnen und Rentnern ab. Die paritätische Finanzierung als Solidaritätszeichen bei gleichwertiger Verantwortung trägt zu einer nachhaltigen Entwicklung bei. Der GKV-Spitzenverband kritisierte in einer Stellungnahme zum GKV-VEG das vorschnelle Abschmelzen der Finanzreserven, die durch nachfolgende Ausgabensteigerungen wiederum zu Beitragssatzerhöhungen führen können.<sup>111</sup> Dass das Abschmelzen von Finanzreserven der gesetzlichen Krankenversicherungen in der Tat zur Senkung der Zusatzbeiträge führt, ist somit eher mit Skepsis zu erwarten. Durch das GKV-BRG darüber hinaus finanzielle Anreize zur (betrieblichen) Altersvorsorge zu schaffen, ist perspektivisch sicherlich von gesundheitspolitischer Bedeutung zur Bekämpfung von Altersarmut und den mit ihr assoziierten verminderten Gesundheitsstatus. Sie können somit im Sinne der primären Prävention zur Gesunderhaltung verstanden werden.

**Zusammenfassend** folgte das BMG in der 19. Legislaturperiode nicht mehr der Dichotomie der Kostendämpfung und -regulierung, sondern konnte aufgrund der guten finanziellen Ausgangslage eine **Vielzahl kostenintensiver Reformen** angehen. Die große Zahl an Gesetzen ist charakterisiert durch jeweils kleine, sich addierende Gesetzesvorhaben. Das enorme Tempo zu Anfang der Gesetzgebung machte es trotz Pandemie möglich, den Koalitionsvertrag weitgehend abzuarbeiten. Vor allen Dingen sind die Maßnahmen zur **Stärkung der Pflege** vorzeigend für diese Gesetzgebung, sowie die wichtigen Schritte zur **Digitalisierung** und somit zur zukunftstauglichen Modernisierung des Gesundheitssystems. Der hohe finanzielle Aufwand bei den Maßnahmen ist jedoch zu berücksichtigen und kann womöglich Folgen mit sich bringen.

## 4. Diskussion

### 4.1 Ergebnisübersicht

Die mit einer alternden Gesellschaft zunehmenden kapazitiven und ökonomischen Herausforderungen legen die Notwendigkeit nahe, einerseits auf die drohende Mittelknappheit seitens der Gesetzgebung auf den Ebenen der Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung zu reagieren, und andererseits die Strukturen des Gesundheitswesens zukunftstauglich auszubauen. Ziel dieser Arbeit war es, die Reagibilität und Zukunftstauglichkeit der Gesetzgebung im Kontext des demografischen Wandels zu diskutieren.

16. Legislaturperiode	17. Legislaturperiode	18. Legislaturperiode	19. Legislaturperiode
AVWG	GKV-ÄndG	13. SGB V-ÄndG	PpUGV
14. RSA-ÄndV	AMNOG	14. SGB V-ÄndG	5. SGB XI-ÄndG**
GKV-WSG	AM-NutzenV	PSG I	GKV-VEG
16. RSA-ÄndV	GKV-FinG	GKV-FQWG	PpSG
PfWG	GKV-VStG	PrävG	PflAFinV
GKV-BSV	AssPflBedRG	E-Health-Gesetz	TSVG
GKV-OrgWG	PNG	KHSG	DVG
19. RSA-ÄndV	PflvDV	PSG II	PflAPrV
KHRG	KVBeitrSchG*	PSG III	GKV-BRG
AssiPflBdKrh	KFRG	AMVSG	GKV-FKG
		HHVG	DiGAV
		PflBRefG	PDSG
			KHZG
			GKV-IPReg
			GPVG
			DVPMG
			GVWG

Tabelle 6: Übersicht über alle Gesetze und Verordnungen der 16. – 19. Legislaturperiode

Die Gesetzgebung zeigte seine Reagibilität unter Ausschluss der Pandemiemaßnahmen hauptsächlich auf Ebene der Rationalisierung, die das Gesundheitssystem effizienter, effektiver und patientenorientierter gestalteten. Beginnend mit der 16. Legislaturperiode und der Einführung des Gesundheitsfonds endet die Analyse der Gesetzgebung mit dem Notstand

durch die Pandemie mit insgesamt 38 Gesetzen und 11 Verordnungen, die hierfür berücksichtigt wurden. Das Bundesgesundheitsministerium handelte zumeist auf Ebene der Kostendämpfung und -regulierung im Sinne der Rationalisierung, die begleitet waren von Investitionen und Modifizierungen in die Strukturen des Gesundheitswesens. Ausgenommen ist die 19. Legislatur, die der Dichotomie der Kostendämpfung und -regulierung nicht mehr folgte. Sie repräsentierte zudem rein quantitativ die meisten Reformmaßnahmen im Kontext des demografischen Wandels (vgl. Tabelle 6).

Die Tabelle 7 veranschaulicht dazu die Reformmaßnahmen nach den induktiv gebildeten Kategorien der einzelnen LP.

## **4.2 Limitationen**

Wie eingangs beschrieben, bildet der gesamte demografische Prozess eine multidimensionale Verflechtung zwischen den einzelnen Gesellschaftsstrukturen. Darunter wurden in dieser Arbeit die Herausforderungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht nahegelegt, sowie ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Daher wird lediglich eine Dimension der Herausforderungen im Rahmen des demografischen Wandels präsentiert. Hierfür wurden nur die Reformmaßnahmen des Bundesgesundheitsministerium als direkter Taktgeber für die medizinische Versorgung und ihre Akteure miteinbezogen. Neben dem BMG besitzt die Gesetzgebung ressortübergreifende und landeseigene Gestaltungsoptionen aus gesundheitspolitischer Sicht in der Bewältigung der demografischen Herausforderungen. Das zeigte sich beispielhaft in der Finanzierung des Gesundheitsfonds aus Bundesmitteln mit maßgeblicher Entscheidungsmacht des Bundesfinanzministeriums und im umweltpolitischen Präventionspotenzial, dessen Relevanz von gesundheitspolitischem Interesse ist. Aufgrund dessen bildet die vorliegende Arbeit nur einen Teil der gesetzgeberischen Reagibilität ab, wobei dem BMG der größte Verantwortungsbereich obliegt. Nicht nur die demografischen Prozesse, sondern auch die analysierten Reformmaßnahmen waren zum Teil große Stellschrauben in einem komplexen Gesundheitssystem, sodass nur Schwerpunkte der Reformmaßnahmen genannt und erörtert wurden. Im Zuge dieser Reduzierung entstand zwar teilweise Inhaltsverlust, aber es konnte ein gesetzgeberischer Verlauf im Kontext des demografischen Wandels als Übersicht dargestellt werden.

	<b>Finanzstruktur</b>	<b>Versorgungsstruktur</b>	<b>Arzneimittelmarkt</b>	<b>Pflege</b>	<b>Prävention</b>
<b>16. LP</b>	<b>Gesundheitsfonds:</b> <b>GKV-WSG</b> <b>14. RSA-ÄndV:</b> Morbi-RSA <b>19. RSA-ÄndV:</b> Morbi-RSA <b>16.RSA-ÄndV:</b> Konvergenzklausel <b>GKV-OrgWG:</b> Insolvenzfähigkeit	<b>KHRG:</b> - Krankenhaus- finanzierung	<b>AVWG:</b> Zuzahlungs- befreiungsgrenzen	<b>PflWG:</b> erstmalige Leistungsdynamisierungen  <b>AssiPflBedKrh:</b> Assistenzpflege im Krankenhaus	
<b>17. LP</b>	<b>GKV-FinG:</b> Beitragssatzanhebung auf 15,5 %, Finanzspritze <b>KVBeitrSchG:</b> Beitragsschuldenaufhebung	<b>GKV-VstG:</b> flexibilisierte Bedarfsplanung	<b>AMNOG</b> und <b>AM-NutzenV:</b> Nutzenbewertung <b>GKV-ÄndG:</b> Abschlag von 16 % für Krankenkassen	<b>PNG:</b> Leistungsdynamisierung besonders für kognitiv Eingeschränkte <b>PflvDV:</b> Pflege-Bahr <b>AssPflBedRG:</b> Assistenzpflege in Reha- Einrichtungen	<b>KFRG:</b> Krebsfrüherkennung
<b>18. LP</b>	<b>GKV-FQWG:</b> Beitragssatzsenkung auf 14,6 %, Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages	<b>KHSG:</b> neu Qualitätskriterium im Krankenhaus <b>E-Health-Gesetz:</b> Förderung Telematikinfrastruktur <b>HHVG:</b> Stärkung der Stärkung in der Heil- und Hilfsmittelversorgung	<b>13. SGB V-ÄndG</b> und <b>14. SGB V-ÄndG:</b> Preismoratorium bis zum 31.12.2017 <b>AMVSG:</b> Verlängerung Preismoratorium bis 2022	<b>PSG I:</b> Leistungsdynamisierungen <b>PSG II:</b> Pflegebedürftigkeitsbegriff <b>PSG III:</b> Kommunalisierung der Pflege <b>PflBRefG:</b> generalistische Pflegeausbildung	<b>PrävG:</b> strukturelle Präventionsförderung.

	Finanzstruktur	Versorgungsstruktur	Arzneimittelmarkt	Pflege	Prävention
19. LP	<p><b>GKV-VEG:</b> paritätische Finanzierung der Zusatzbeiträge</p> <p><b>5. SGB XI-ÄndG:</b> Beitragssatzanpassung auf 3,05 %</p> <p><b>GKV-BRG:</b> Betriebsrentenfreibetrag</p> <p><b>GKV-FKG:</b> Weiterentwicklung RSA</p>	<p><b>Digitalisierung:</b></p> <p><b>TSVG:</b> Ausbau digitale Versorgung</p> <p><b>DVG:</b> Ausbau DiGA, TI, und Telemedizin</p> <p><b>DiGAV:</b> Anspruch auf DiGA und ihre Erstattung</p> <p><b>PDSG:</b> Datenschutz</p> <p><b>DVPMG:</b> Digitalisierung Pflege und weitere</p> <p><b>KHZG:</b> 1,3 Mrd. Euro Fördermittel Krankenhäuser v.a. Digitalisierung</p> <p><b>GPVG:</b> Erweiterung der Bildung von Selektivverträgen</p>		<p><b>PpUGV:</b> Personaluntergrenzen</p> <p><b>PpSG:</b> Entnahme der Pflegekosten aus dem DRG-System, zusätzliche Pflegestellen</p> <p><b>PflAFinV:</b> Finanzierung Pflegeausbildung</p> <p><b>PflAPrV:</b> Ausbildungsmodernisierung</p> <p><b>GKV-IPReg:</b> Verbesserung Intensivpflege, Rehabilitation</p> <p><b>GPVG:</b> Vergütung zusätzlicher Stellen</p> <p><b>GVWG:</b> Leistungszuschlag, Personalschlüssel, Beitragszuschlag für Kinderlose</p>	<p><b>GKV-FKG:</b> RSA-Weiterentwicklung mit Förderung von Präventionsanreizen</p>

Tabelle 7: Übersicht Gesetze und Verordnungen nach Kategorien geordnet und zusammengefasst

Ebenso den Handlungsrahmen einengend war die zeitliche Begrenzung auf vier Legislaturperioden, sodass nur eine gesundheitspolitische Momentaufnahme abgebildet wurde, die sich kaum auf die Reformmaßnahmen der vorangegangenen Gesetzgebung bezieht mit zusätzlicher Limitation der Aussagekraft. Trotz dieser Limitationen bildet die Arbeit dennoch eine gute Grundlage, die den aktuellen Stand der Gesundheitspolitik anschaulich illustriert und einen Ausblick auf weiteren Handlungsbedarf gibt sowie weiteren Forschungsbedarf herausstellt. Um das gesamte Bild zu zeichnen, bedarf es einer umfassenderen und detaillierteren Analyse der gesamten Gesetzgebung. Die Diskussionen in der Öffentlichkeit und Stellungnahmen der einzelnen Gesundheitssektoren zu den Reformmaßnahmen stehen hier außerdem weniger im Fokus und würden ebenso zu einem vollständigeren Bild beitragen, das dem Standpunkt der einzelnen Akteure gerecht wird. Eine weitere Limitation dieser Arbeit ist es, dass bei vielen Maßnahmen nicht zu Genüge ersichtlich werden konnte, ob die Intentionen und Ziele der Gesetze tatsächlich erreicht wurden. Somit bleibt bei vielen Reformmaßnahmen, besonders bei denen aus der 19. Legislatur, abzuwarten, ob sie in naher Zukunft greifen. Eine Weiterverfolgung der zu erreichenden Ziele bleibt daher notwendig. Überdies fand sich in der Literatur bisher keine ähnliche Forschungsarbeit, mit denen die Resultate der Arbeit hätten diskutiert werden können. Dahingehend wurden aber die in der Literatur aufgeführten Analysen zu den einzelnen Reformmaßnahmen und Handlungsebenen in den Ergebnissen kritisch mitaufgeführt, um daraus in seiner Gesamtheit die Reagibilität auf den demografischen Wandel schlussfolgern zu können. Diese Moment- und Übersichtsaufnahme bildet trotz ihrer Limitationen einen guten Einblick in die Gesundheitspolitik der letzten 16 Jahre, der mit der vollkommen neuen Ausrichtung der Finanzierung des Gesundheitssystems über den Gesundheitsfonds beginnt und mit einer Pandemie endet, die die Schwächen des Gesundheitssystems schlagartig offenbarte. So wird der Arbeit durch den gewählten zeitlichen Rahmen ein repräsentativer Charakter zuteil.

Die finanztechnische Neuausrichtung 2007 bildete einen Neustart, der einen guten Anfang für die Analysen hinsichtlich einer zukunftstauglichen Finanzierung markierte. Der pandemischen Notsituation geschuldet wurden eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen erlassen, die aber nicht miteinbezogen wurden. Dahingehend zeigt sich weiterer Forschungsbedarf, um aus der Pandemie, die Versorgungsdefizite wie in der Pflege exponierte, weiteren notwendigen Handlungsbedarf vor dem Hintergrund des demografischen Wandels durch die Gesetzgebung ableiten zu können.

### 4.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Es konnte eine Übersichtsarbeit aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht erstellt werden, die sich explizit mit der Gesetzgebung im Kontext der Herausforderungen durch den demografischen Wandel auseinandersetzt. Mit den herausgearbeiteten 49 Reformmaßnahmen legte die Gesetzgebung ihre Reagibilität dar, die in fünf Kategorien unterteilt wurden (s. Tabelle 7). Der Kategorie „Finanzstruktur“ zugeordnet wurden 12 Reformen, in dessen Mittelpunkt der Gesundheitsfonds steht. Die problematischen Auswirkungen des 2007 eingeführten Gesundheitsfonds zogen sich wie ein roter Faden durch die Gesetzgebung, die sich immer wieder mit der Etablierung und Modifizierung des neuen Finanzierungssystems auseinanderzusetzen hatte (insbesondere GKV-FinG 2011, GKV-FQWG 2014). Als problematisch konnten besonders die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge und die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV, die über vom politischen Kontext abhängige Steuerzuschüsse gedeckt wurden, identifiziert werden. Vollends erweist sich der Kompromiss „Gesundheitsfonds“ zwar als eine Möglichkeit zur Gestaltung der Finanzierungsstruktur, aber die tatsächlich erreichte Effizienz- und Transparenzsteigerung trotz der flexiblen Ausgestaltung des Fonds, des Finanzkraftausgleichs oder des Morbi-RSA ist im Großen und Ganzen wenig spürbar.<sup>57</sup> Die Gesundheitsausgaben übersteigen mittlerweile mehr als 410 Mrd. Euro (2019) und machen einen Anteil von 11,6 % am Bruttoinlandsprodukt aus. Im Vergleich zum Vorjahr wurde ein Anstieg von 19,3 Mrd. Euro (4,9 %) verzeichnet. Dabei sind die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung mit 6,6 % am stärksten gestiegen. Im Vergleich zu 2007 sind die Ausgaben um ca. 155 Mrd. Euro gestiegen.<sup>112</sup> Die Zahlen machen ungeachtet ihrer vielfältigen Ursachen deutlich, dass trotz der stattgehabten Kostendämpfungs- und -regulierungsmaßnahmen die Ausgaben und mit ihr die finanziellen Herausforderungen nach wie vor stark zunehmen. Auf Dauer scheint so zumindest simulationstechnisch die Tragfähigkeit der Kranken- und Pflegeversicherung äußerst gefährdet.<sup>113</sup> Die nachhaltige Finanzierung des Sozialversicherungssystems bleibt daher immer noch ein grundlegendes Problem. Allein für die GKV wird für 2022 eine Finanzierungslücke von ca. 15 - 18 Mrd. Euro erwartet, von denen bereits 7 Mrd. Euro aus Bundeszuschüssen gedeckt werden sollen (GVWG), und für die soziale Pflegeversicherung eine Lücke von ca. 3,5 Mrd. Euro. In Summe gefasst beläuft sich der Finanzierungsbedarf auf fast 22 Mrd. Euro, die aus Steuermitteln gedeckt werden müssen, um den festgesetzten Zusatzbeitragssatz von 1,3 % zu gewährleisten.<sup>114</sup> Nach der Finanz- und Wirtschaftskrise 2008 ist daher nicht nur wegen der Pandemie eine große finanzielle

Herausforderung absehbar, bei der sich der Gesundheitsfonds und die gesetzgeberische Einflussnahme ohne Einschränkung in der Handlungsfähigkeit bewähren muss. Das erreichte Rationalisierungspotenzial durch den Gesundheitsfonds erwies sich in der Ergebnisbetrachtung daher als inadäquate Reagibilität, sodass erneut eine kritische Reevaluation dessen mit Erwägung anderer Möglichkeiten erfolgen sollte. So rückte unter anderem in der politischen Debatte, getragen von den Grünen und der SPD, die Abkehr vom dualen Versicherungssystem (sozial – privat) hin zu einer Bürgerversicherung in den Vordergrund. Durch den abrupten Finanzsystemwechsel kam es überdies zu einer auswirkungsreichen Kapazitätsbelastung in der Gesetzgebung, sodass anderen Herausforderungen durch den demografischen Wandel wie in der Pflege und Digitalisierung nach und nach erst mit seiner Etablierung dezidiert angegangen werden konnten. Dies zeigte sich vor allem in der 16. LP, die kaum andere Handlungsebenen in Angriff nehmen konnte (vgl. Tabelle 7).

In der Kategorie „Versorgungsstruktur“ zeigten sich vor allem die Anstrengungen in der Digitalisierung als zukunftstauglich, die rationalisierend die Strukturen des Gesundheitswesens effizienter gestalten und eine bessere flächendeckende Versorgung garantieren sollen. Der Digitalisierung wird nach Analysen der McKinsey ein Nutzenpotenzial von 34 Mrd. Euro zugeschrieben, das sich aus Effizienzsteigerung und Nachfragereduzierung zusammensetzt.<sup>115</sup> Ob das tatsächliche Potenzial genutzt werden kann, bleibt davon abhängig, inwieweit die Fördermaßnahmen beispielsweise durch das Krankenhauszukunftsgesetz greifen und die Digitalisierung breite Anwendung von Anbietern und Nutzern findet. Hier bleibt es weiterhin Aufgabe der Gesetzgebung, diese Variablen zu konkretisieren. Die großen Anstrengungen zur Digitalisierung vor allem in der 19. LP sind wichtige Schritte zur zukunftstauglichen Rationalisierung im Gesundheitswesen. Es wurde jedoch ersichtlich, dass die Bemühungen zu spät unternommen wurden, um die notwendigen Effizienz- und Effektivitätssteigerungen zu erfassen. Darüber hinaus bildet weiterhin eine wesentliche Lücke für eine zukunftstaugliche Krankenhausversorgung der Dissens über die Verantwortung der Länder bei der Investitionsförderung, die bisher freie Hand über Krankenhausinvestitionen haben. Der Investitionsbedarf von 6 Mrd. Euro im Jahr 2020 wurde nur ungefähr zur Hälfte von den dazu verpflichteten Ländern abgedeckt, sodass ein Mangel von rund 3 Mrd. Euro weiterbesteht.<sup>116</sup> Auch hier bleibt eine noch ungenutzte Gesetzeslücke vorhanden.

Im Arzneimittelsektor stiegen zuletzt bis 2020 die Ausgaben in der GKV moderat an, die sich 2006 bei ca. 25 Mrd. Euro und 2020 bei ca. 43 Mrd. Euro beliefen. Im Vergleich zum Vorjahr 2019 sind sie um 1,2 Mrd. Euro gestiegen.<sup>51</sup> Laut dem Arzneimittel-Atlas 2020 erklärt sich der

Ausgabenwuchs u.a. durch den Mehrverbrauch von Arzneimitteln. Der moderate Anstieg lässt sich dabei auch auf die gestiegenen Herstellerrabatte aus dem AMNOG und der Nutzenbewertung zurückführen mit Einsparungen in Höhe von ca. 6 Mrd. Euro.<sup>117</sup> Die gesetzgeberischen Maßnahmen im Arzneimittelmarkt zeigen also ihre Wirkung hinsichtlich rationalisierender Effekte, die jedoch spätestens nach Ende des Preismoratoriums 2022 weitere Maßnahmen erforderlich machen werden, wie beispielsweise die Senkung der Mehrwertsteuer auf 7 % für Arzneimittel zur Entlastung der GKV.

Die einleitend beschriebenen Herausforderungen im Bereich der Pflege sind in der Gesetzgebung präsent, aber in ihrer Reagibilität unterschiedlich ausgeprägt. Insbesondere in der 18. und 19. LP finden sich umfängliche Reformmaßnahmen (vgl. Tabelle 7). Auf diese Herausforderungen reagierte die Gesetzgebung im gesetzten Zeitraum mit insgesamt 16 Gesetzen und Verordnungen, die von Maßnahmen in der sozialen Pflegeversicherung bis zum Pflegeberuf reichen und ein weites Spektrum abdecken, um sie zukunftstauglich zu reformieren. Herauszustellen sind hierbei der neue allumfassende Pflegebedürftigkeitsbegriff (PSG II), die graduellen Leistungsdynamisierungen in der sozialen Pflegeversicherung (PflWG, PNG, PSG I) und die den Pflegeberuf betreffenden Maßnahmen wie Attraktivitätssteigerungen. Viele Maßnahmen weisen indessen viele Schwachstellen auf, die weiterhin starken Handlungsbedarf für eine zukunftsfeste Pflege offenlegen. Dieser Bedarf manifestiert sich in besonderem Maße in den immer noch bestehenden Versorgungsdefiziten pflegebedürftiger Menschen und in der stabilen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Die Knappheit von Pflegepersonal bleibt ein Grundproblem, dem das BMG bisher mit mehr Wertschätzung, höheren Vergütungen und Akademisierung begegnet ist. Weitere Optionen bilden im Rahmen der Rationalisierung die „Steigerung der Produktivität“ pflegerischer Dienstleistungen.<sup>118</sup> Dennoch zeichnet sich in der Pflege ein zunehmend begrenztes Rationalisierungspotenzial aufgrund mangelnden Personals ab. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des bestehenden pflegerischen Versorgungsdefizites ist eine gesundheitspolitische Kehrtwende dringend notwendig, die lediglich durch konsequente Umsetzung von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation erreicht werden können, da sich die bisherigen Leistungsdynamisierungen, steigenden Steuerzuschüsse und Beitragssatzanhebungen aus durativer Sicht als ungenügend erwiesen haben.<sup>119</sup> Als größte Berufsgruppe unter den Gesundheitsdienstleistern mit umfänglichstem Patientenkontaktpotenzial müssen die Pflegeberufe stärker in die Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden werden.<sup>120</sup> Die angesprochene Gefährdung der Tragfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung bleibt weiterhin ein drängendes Handlungsfeld,

welches ungeachtet der parlamentarischen Debatten über etliche Reformvorschläge, die von einem sogenannten Sockel-Spitze-Tausch (Versicherung mit begrenzten Eigenanteilen bei unbegrenzter Versicherungsleistung) über eine pflegerische Bürgerversicherung bis hin zu einer Vollversicherung reichen, endlich dezidiert und zukunftstauglich angegangen werden muss. Hinsichtlich der Prävention war das BMG nennenswert mit dem Präventionsgesetz tätig, dessen Maßnahmen noch weiter evaluiert und verstetigt werden müssen, sowie in Teilen mit dem GKV-FKG, das den Morbi-RSA um Präventionsanreize erweitert. So bleibt das Potenzial der Prävention zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung im Gesundheitswesen insgesamt ungenügend ausgeschöpft, das teilweise auch auf die Vergütungsstruktur des Gesundheitsfonds zurückzuführen ist. Wie groß dieses Potenzial der Prävention tatsächlich jedoch ist, ist bislang nicht eindeutig quantifizierbar. Das Thema „Klimawandel“ beschäftigt bereits seit mehreren Jahren besonders die Ärzteschaft, die es als einen ihrer Verantwortungsbereiche erkannt hat. Die Korrelationen und der Handlungsbedarf sind derart deutlich, dass die präventiven Handlungspotenziale auf gesetzgeberischer Seite des BMGs vorhanden sind, aber im analysierten Zeitraum nicht vorzufinden sind.

***In conclusio*** konnte also in dieser Arbeit gezeigt werden, dass das BMG auf Ebene der Rationalisierung in den fünf induktiv gebildeten Kategorien Finanz- und Versorgungsstruktur, Arzneimittelmarkt, Pflege und Prävention seine Reagibilität darlegte.

Es konnte gezeigt werden, dass das Rationalisierungspotenzial auf vielen Ebenen noch lange nicht ausgeschöpft ist, um den Herausforderungen zukunftstauglich zu begegnen. Ein erhebliches Rationalisierungspotenzial bleibt in der Prävention und noch schleichenden Digitalisierung ungenutzt.

Es wurde zugleich ersichtlich, dass dem Ausschöpfen von Rationalisierungspotenzialen und den Wirtschaftlichkeitsreserven Grenzen gesetzt sind. Denn die Gesetzgebung investierte hohe Milliardenbeträge durch hohe Steuerzuschüsse in das Gesundheitssystem und reagierte mit vielen notwendigen, aber kostenintensiven Reformmaßnahmen auch zu Lasten der Steuer- und Beitragszahlenden. Somit wird der hohe finanzielle Mehraufwand - auch durch die Pandemie - Folgen für den Gesundheitshaushalt in der nächsten Legislaturperiode mit sich bringen und das größtenteils steuerfinanzierte System erneut auf die Probe stellen. Ebenso offenbarten sich erste Grenzen der Rationalisierung in der Pflege vor allem durch den Personalmangel. Folglich wird der Priorisierung und Rationierung in Zukunft wohl größere Bedeutung zukommen. Dies zeigt(e) sich besonders in der Pandemie, die das Instrument der Priorisierung und Rationierung schneller

von Nöten werden ließ als bisher erahnt. Dahingehend gesetzgeberisch transparente Priorisierungs- und Rationierungsregeln zu formulieren, wird eine wichtige Aufgabe der Gesetzgebung sein, um nicht nur der Ärzteschaft richtungsweisende Handlungsmöglichkeiten bei Mittelknappheit zu geben, sondern auch dem Patienten die Möglichkeit, transparente Behandlungsoptionen zu verstehen und mitzuentcheiden unter Berücksichtigung ethischer Aspekte.<sup>7,121</sup>

So lässt sich aus den Ergebnissen schlussfolgern, dass sich die Herausforderungen durch den demografischen durchgängig in der Reagibilität der Gesetzgebung widerspiegeln. Es bleibt jedoch zu differenzieren, dass sie wichtige Herausforderungen für das Gesundheitswesen, nicht adäquat bewältigen konnte. Die Rationalisierung der Finanzstruktur erwies sich sowohl für die gesetzliche Kranken- als auch soziale Pflegeversicherung als nicht zukunftstauglich, die angesichts der weiterhin zunehmenden finanziellen Herausforderung äußerst dringend einer Reformierung bedürfen. Vor allem aus medizinischer Sicht müssen in der Pflege die Versorgungsdefizite behoben werden, die dem tatsächlichen menschlichen Bedarf gerecht werden. Der Personalmangel bleibt dahingehend weiterhin ein akutes Problem.

Der Handlungsrahmen, der zugleich Auswahl- und Analyse Kriterien darstellte, wurde zwar weit gefasst, aber durch die Kategorienbildung und Operationalisierung der Gesetzestexte engegeführt, sowie mit wissenschaftlichen Analysen fundiert, um die Reagibilität nachvollziehbar und übersichtlich erörtern zu können. So konnte mit der qualitativen Analyse eine solide Übersichts- und Momentaufnahme zur Reagibilität des BMG auf den demografischen Wandel erstellt werden, obgleich etliche Limitationen, wie der Informationsverlust durch die Schwerpunktsetzung bei den Gesetzestexten, ihre Aussagekraft für die gesamte Gesetzgebung einschränken. Weiterer Forschungsbedarf ergibt sich aus einer umfänglicheren Analyse der Gesetzgebung, die vor allem den zeitlichen als auch ressortbetreffenden Rahmen, aber auch die Lehren aus der Pandemie, erweitert untersuchen. Die Reformmaßnahmen müssen überdies weiterhin einem kritischen Blick unterworfen werden, um ihren weiteren Verlauf zu begleiten, da viele erst noch ihre Wirkung entfalten müssen. Dies betrifft vor allem die Reformen aus der 19. LP.

Die dargelegten Erkenntnisse sind zuletzt aus medizinischer Sicht insofern von Bedeutung, da adäquate Antworten auf die Fragen nach der zukunftstauglichen gesetzgeberischen Reagibilität auf den demografischen Wandel dringend gefordert sind, um den Ansprüchen an eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten bei steigenden Leistungsanforderungen - besonders die

komplexen Anforderungen an die „Gesundheit im Alter“ - und steigendem wirtschaftlichen Produktivitätsdruck auf Dauer gerecht zu werden.

So bleibt schließlich noch ein Blick nach vorne auf die 20. Legislaturperiode.

## 5. Ausblick

Nach 16 Jahren Kanzlerschaft unter Angela Merkel (CDU) bahnt sich eine neue Ära in der politischen Landschaft unter dem neuen Kanzler Olaf Scholz an. Die Machtverhältnisse haben sich seitdem stark verändert und konsensfähige Reformen zu finden wird angesichts einer Ampel-Koalition aus drei Parteien (SPD, FDP, Grüne) wahrscheinlich schwieriger werden. Umso schwieriger wird es wohl sein, grundlegende Änderungen im Gesundheitswesen konsensfähig durchzusetzen. Die finanziellen Mehrbelastungen der letzten Jahre unterschiedlicher Genese manifestieren sich in den voraussichtlichen Finanzierungslücken im nächsten Jahr. Dies führt zu einem kurzen Einblick in den Koalitionsvertrag der 20. Legislaturperiode mit dem neuen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Hierbei orientieren sich die folgenden Zusammenfassungen des Vertrags an den aufgeführten Ergebnissen dieser Arbeit: Die kommende Gesetzgebung greift die Situation in der Pflege auf und setzt einen wesentlichen Schwerpunkt in der Gesundheitspolitik auf diesen Bereich. Der Bund stellt unter anderem eine Milliarde Euro für die Pflegebereiche sowie die Steuerfreiheit des Pflegebonus von bis zu 3000 Euro in Aussicht. Außerdem soll das Pflegegeld ab 2022 regelhaft dynamisiert werden und die Prüfung einer Ergänzung der Pflegeversicherung um eine freiwillige und paritätisch finanzierte Vollversicherung erfolgen. In der stationären Pflegeversorgung sollen Löhne und Arbeitsbedingungen verbessert und der Ausbau der Personalbemessungsverfahren beschleunigt werden, um gegen Versorgungsdefizite vorzugehen. Bei der Digitalisierung, die stärker forciert werden soll, soll die Pflege stärker berücksichtigt werden. Das Präventionsgesetz soll weiterentwickelt, die Primär- und Sekundärprävention gestärkt und ein nationaler Präventionsplan aufgestellt werden, um dem Präventionspotenzial Rechnung zu tragen. Außerdem sieht der Vertrag eine bessere Möglichkeit für die GKV vor, Versicherte mit Bonuszahlungen für die Teilnahme an Präventionsprogrammen zu honorieren. Ein sektorengleiches Hybrid-DRG-System soll die intersektorale Zusammenarbeit optimieren. Die Krankenhausfinanzierung soll um ein differenziertes System erlösungsunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt werden.

Die Gesundheitsfinanzierung betreffend stellt die Ampel-Koalition eine regelhafte Dynamisierung der Bundeszuschüsse zur GKV in Aussicht, dessen konkrete Bedeutung ungewiss bleibt.<sup>122</sup> Eine von der SPD und den Grünen geforderte Bürgerversicherung findet sich nicht in den Koalitionsvereinbarungen.

## 6. Quellenverzeichnis

### 6.1 Literaturverzeichnis

1. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden; 2019.
2. Busse R, Blümel M, Spranger A. Das deutsche Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen. 2. Auflage. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2017: 289-290.
3. Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T, Lampert T, Robert-Koch-Institut, eds. Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Inst; 2009.
4. Wiesner G, Bittner E. Zur Inzidenz und Prävalenz von Mehrfachkrankheiten in Deutschland. ASU Z Für Med Prävent 2005.
5. Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs J, Kuhlmeier A. Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2010;53(5):441-450. doi:10.1007/s00103-010-1052-9
6. Peters E, Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A. Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten: Eine Projektion bis 2050. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2010;53(5):417-426. doi:10.1007/s00103-010-1050-y
7. Fuchs C. Demografischer Wandel und Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen: Positionsbestimmung der Ärzteschaft. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2010;53(5):435-440. doi:10.1007/s00103-010-1045-8
8. Nowossadeck E (2012) Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(2) www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 11.04.2012).
9. Koch-Institut R. Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? doi:10.17886/RKIPUBL-2015-003-9
10. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Among the Elderly Population in Sweden. Am J Public Health. 2008;98(7):1198-1200. doi:10.2105/AJPH.2007.121137
11. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, Expenditures, and Complications of

Multiple Chronic Conditions in the Elderly. *Arch Intern Med.* 2002;162(20):2269.

doi:10.1001/archinte.162.20.2269

12. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ.* 2007;334(7602):1016-1017. doi:10.1136/bmj.39201.463819.2C
13. Dagli RJ, Sharma A. Polypharmacy: a global risk factor for elderly people. *J Int Oral Health JIOH.* 2014;6(6):i-ii.
14. Drljevic-Nielsen A, Laursen T. [Polypharmacy to the elderly prevails]. *Ugeskr Laeger.* 2015;177(12):V08140461.
15. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet Lond Engl.* 2012;380(9836):37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2
16. Pfannstiel MA, Da-Cruz P, Mehlich H, eds. Individualisierung durch Digitalisierung am Beispiel der stationären Pflegeversorgung - Organisations- und informationsökonomische Aspekte in Impulse für das Management, pp 205 - 226. Springer Gabler; 2017.
17. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med.* 2003;1(1):15-21. doi:10.1370/afm.4
18. Elftes Buch Sozialgesetzbuch § 14, Absatz 1, Satz 2.
19. Matzk S, Tsiasioti C, Behrendt S, Jürchott K, Schwinger A. Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, eds. *Pflege-Report 2021.* Springer Berlin Heidelberg; 2021:233-270. doi:10.1007/978-3-662-63107-2\_17
20. Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, eds. *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* Springer Berlin Heidelberg; 2020. doi:10.1007/978-3-662-58935-9
21. Kohl R, Jürchott K, Hering C, Gangnus A, Kuhlmeier A, Schwinger A. COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, eds. *Pflege-Report 2021.* Springer Berlin Heidelberg; 2021:3-20. doi:10.1007/978-3-662-63107-2\_1
22. Hering C, Gangnus A, Kohl R, Steinhagen-Thiessen E, Sander C, Gellert P, Kuhlmeier A. Projekt COVID-Heim: Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim. Ergebnisreport Nr. 1. Systemrelevant und stark belastet: Zum Befinden des Pflegepersonals in der Corona-Pandemie. Berlin 31.03.2021.
23. Räker M, Klauber J, Schwinger A. Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der

- COVID-19-Pandemie. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, eds. Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer Berlin Heidelberg; 2021. doi:10.1007/978-3-662-63107-2
24. Lampert T, Kroll LE, Müters S, Stolzenberg H. Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2013;56(1):131-143. doi:10.1007/s00103-012-1583-3
25. Lampert T, Hoebel J. Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. Z Für Gerontol Geriatr. 2019;52(S1):91-99. doi:10.1007/s00391-018-01487-y
26. Robert Koch-Institut. „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. Published online 2017. doi:10.17886/RKI-GBE-2017-012
27. Goebel J, Grabka MM, Liebig S, Kroh M, Richter D, Schröder C, Schupp J. The German Socio-Economic Panel (SOEP). Jahrb Für Natl Stat. 2019;239(2):345-360. doi:10.1515/jbnst-2018-0022
28. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. Gerontology. 2016;62(4):443-449. doi:10.1159/000441651
29. Reha-Bericht 2019. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Deutsche Rentenversicherung. Auflage 4.000. Berlin, Dezember 2019.
30. Buschmann-Steinhage R, Brüggemann S. Veränderungstrends in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2011;54(4):404-410. doi:10.1007/s00103-011-1240-2
31. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; 2014.
32. Robert Koch- Institut (Hrsg) (2016) Prävalenz von körperlicher Gebrechlichkeit (Frailty). Faktenblatt zu DEGS1: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008 – 2011). RKI, Berlin.
33. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Gaertner B, Dapp U, von Renteln-Kruse W, Saum K, Thorand B, Strobl R, Grill E. Frailty in Deutschland: Stand und Perspektiven: Ergebnisse eines Workshops der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie. Z Für Gerontol Geriatr.

2016;49(8):734-742. doi:10.1007/s00391-015-0999-4

34. Brasseur G, Jacob D, Schuck-Zöller S, eds. Klimawandel in Deutschland: Entwicklung, Folgen, Risiken Und Perspektiven. Springer Spektrum; 2017.
35. Schneider A, Ruckerl R, Breitner S, Wolf K, Peters A. Thermal Control, Weather, and Aging. *Curr Environ Health Rep.* 2017;4(1):21-29. doi:10.1007/s40572-017-0129-0
36. European Environment Agency, European Commission, World Health Organization, eds. Impacts of Europe's Changing Climate: 2008 Indicator-Based Assessment: Joint EEA-JRC-WHO Report. European Environment Agency ; Office for Official Publications of the European Communities [distributor]; 2008.
37. An Der Heiden M, Buchholz U, Uphoff H. Schätzung der Zahl hitzebedingter Sterbefälle infolge der Hitzewelle 2018. Published online June 6, 2019. doi:10.25646/6178
38. Health care climate footprint report. 2019. Health care's climate footprint - how the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action.
39. Böhm K. Demografischer Wandel als Chance für die Gesundheitswirtschaft. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 2010;53(5):460-473. doi:10.1007/s00103-010-1042-y
40. Statistisches Bundesamt. Destatis Gesundheitsportal. Published June 22, 2020. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html)
41. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens; 2009.
42. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung; 2018.
43. Fleig M. Arbeitsperspektiven im Krankenhaus: ein Leben lang kompetent. (Hahnenkamp K, Hasebrook J, eds.). medhochzwei; 2019.
44. Schmidt W. Dokumentenanalyse in der Organisationsforschung. In: Liebig S, Matiaske W, Rosenbohm S, eds. *Handbuch Empirische Organisationsforschung.* Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016:1-24. doi:10.1007/978-3-658-08580-3\_16-1
45. Salheiser A. Natürliche Daten: Dokumente. In: Baur N, Blasius J, eds. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019:1119-1134. doi:10.1007/978-3-658-21308-4\_80
46. Müller PJ, ed. *Die Analyse Prozess-Produzierter Daten.* Klett-Cotta; 1977.

47. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G, Mruck K, eds. Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer Fachmedien Wiesbaden; 2020:495-511. doi:10.1007/978-3-658-26887-9\_52
48. Fuchs C, Nagel E, Raspe H (2009) Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? Dtsch Ärztebl 106(12)A:554–557.
49. Fuchs C: Was heißt hier Rationierung? In: Nagel E., Fuchs C. (Hrsg.): Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart: Thieme 1998. S. 42-50.
50. Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. 2005.
51. Statista. Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bis 2020. Link: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/152841/umfrage/arzneimittelausgaben-der-gesetzlichen-krankenversicherung-seit-1999/>. Aufgerufen am 23.06.2021.
52. Kranzer A. Auswirkungen Und Erfolgsfaktoren von Disease Management: Versorgungsansätze Für Chronisch Kranke Patienten Am Beispiel von Asthma Und Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung. Springer-Verlag, 2007. S 109-110.
53. Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 2009.
54. Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 2018.
55. Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. 2018.
56. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Kurzfassung und Empfehlungen, Sondergutachten 1995. Kurzfassung.
57. Kifmann M, Wasem J, Jahn R, Staudt S, Jacobs K, Greß S, Neubauer G. Gesundheitsfonds — effizientere Steuerung des Gesundheitssystems? Wirtschaftsdienst. 2014;94(8):535-552. doi:10.1007/s10273-014-1712-8
58. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, ed. Das Erreichte Nicht Verspielen: Jahresgutachten 2007/08. Bonifatius; 2007.
59. Pressel H. Die Implementation des Gesundheitsfonds. In: Der Gesundheitsfonds. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012:149-186. doi:10.1007/978-3-531-19351-9\_6
60. Bundesversicherungsamt. Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Jahr 2010

abschließend festgestellt - Konvergenzklausel kommt nicht zum Tragen. Pressemitteilung vom 16.11.2011. Bonn.

61. Herr A. Wettbewerb und Rationalisierung im deutschen Arzneimittelmarkt: Ein Überblick. List Forum Für Wirtsch- Finanzpolit. 2013;39(2):163-181. doi:10.1007/BF03373047
62. Schwabe U, Paffrath D, Anlauf M. Arzneiverordnungs-Report 2013: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare.; 2013. Accessed July 7, 2021.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=651732>
63. Schöfer T. Gesundheitsausgabenrechnung nach Alter und Geschlecht. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2003;46(8):636-641. doi:10.1007/s00103-003-0656-8
64. Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2012. Teil IV. Daten und Analysen. Kapitel 18. Die Krankenhausbudgets 2009 und 2010 unter dem Einfluss des KHRG. Schattauer-Verlag, Stuttgart; 2012.
65. Burmann S, Malzahn J. Krankenhausvergütung. Flickwerk statt Finanzreform. Das AOK-Magazin für Politik, Praxis und Wissenschaft. Ausgabe 02/2009, 12. Jahrgang.
66. Rothgang H, Gmünder Ersatzkasse, eds. GEK-Pflegereport. 2: Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung / Heinz Rothgang ...[Hrsg.: GEK-Gmünder Ersatzkasse]. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH; 2009.
67. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Sondergutachten 1997. Kurzfassung.
68. Barmer-GEK-Pflegereport. 2013.; 2013.
69. Destatis. 7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Pressemitteilung Nr. 230. 24.06.2020. Link:  
[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20\\_230\\_227.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_230_227.html).  
Aufgerufen am 06.07.2021.
70. Tiesmeyer K. Pflege von Menschen mit Behinderung - Herausforderungen und Handlungserfordernisse. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Schwinger A, Klauber J, eds. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Pflege-Report. Schattauer; 2017.
71. Pressel H. Die Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds ab 2011. In: Der Gesundheitsfonds. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012:197-210. doi:10.1007/978-3-531-19351-9\_8

72. P. Rauffauf. Die schwarz-gelbe Finanzreform. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Auszug aus: Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2011:66-91.
73. Leiber S, Blank F. Nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems ohne Kopfpauschale. WSI-Mitteilungen. 2010;63(10):542-543. doi:10.5771/0342-300X-2010-10-542
74. Kaier K, Fetzer S. Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) aus ökonomischer Sicht. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2015;58(3):291-297. doi:10.1007/s00103-014-2116-z
75. GKV-Spitzenverband. Fokus: AMNOG-Verhandlungen. 2017. Link: [https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/amnog\\_verhandlungen/s\\_thema\\_amnog\\_verhandlungen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/amnog_verhandlungen/s_thema_amnog_verhandlungen.jsp). Aufgerufen am 07.07.2021.
76. Augurzky B, Beivers A. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz Richtung richtig, Umsetzung unklar.; 2012.
77. Jacobs K, Rothgang H. Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten. Gesundh- Sozialpolitik. 2012;66(5):41-51. doi:10.5771/1611-5821-2012-5-41
78. Rückert IM, Böcken J, Mielck A. Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors. BMC Health Serv Res. 2008;8(1):232. doi:10.1186/1472-6963-8-232
79. F. Osterloh. Praxisgebühr: Das Ende eines Irrtums. Dtsch Ärztebl. 2012; 109;(46): A-2279/B-1857/C-1821.
80. AOK. 1,1 Milliarden an Beitragsschulden in der GKV erlassen. AOK-Verlag 10.10.2014. Link: <https://www.aok-verlag.info/de/news/1-1-Milliarden-an-Beitragsschulden-in-der-GKV-erlassen/36/>. Aufgerufen am 16.08.2021.
81. Robert Koch-Institut. Krebs in Deutschland für 2013/2014. Published online 2017. doi:10.17886/RKIPUBL-2017-007
82. Richter-Kuhlmann E. Krebsfrüherkennung: Defizite bei der Aufklärung. Dtsch Ärztebl. 2019; 116(12):A-572/B-469/C-461.
83. Barmer-GEK-Pflegereport. 2014.; 2014.
84. Görres S, Seibert U, Stiefler S. Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, eds. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Pflege-Report. Schattauer; 2016.
85. Ehrentraut O, Huschiik G, Moog S, Sulzer L, Bertelsmann Stiftung. Langzeitpflege im Wandel: Pflegebedarfe, Pflegeberufe, Pflegefinanzierung. Published online 2019.

doi:10.11586/2019071

86. Hoffer H. Der neue Pflegebefürftigkeitsbegriff im Recht der Pflege-Versicherung - Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Schwinger A, Klauber J, eds. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Pflege-Report. Schattauer; 2017.
87. Naegele G. 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung: eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht ; Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik; 2014.
88. Brettschneider A. Die Rolle der Kommunen: Ziele, Handlungsfelder und Gestaltungsmöglichkeiten kommunaler Pflegepolitik. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, eds. Pflege-Report 2019. Springer Berlin Heidelberg; 2020:219-239.  
doi:10.1007/978-3-662-58935-9\_18
89. Weidner F. Künftig mehr Verantwortung für Pflegende. Pflegezeitschrift. 2019;72(1-2):10-13. doi:10.1007/s41906-018-0001-3
90. Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, Springer-Verlag. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?; 2020.
91. Rohs M, Schmidt HJ, Dallmann HU, eds. Aufstieg durch Bildung? wbv Media; 2020. Accessed August 26, 2021. <https://doi.org/10.3278/6004767w>
92. Die Nationale Präventionskonferenz. Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. 2019.
93. Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Über Prävention berichten – aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes RKI, Berlin 2020.
94. Lohmüller J, Bauckmann J, Schröder M, Niepraschk-Von Dollen K, Telschow C, Sollmann S, Zawinell A, Hoberg M. Bericht 2020 Der GKV-Arzneimittelmarkt. Published online 2020. doi:10.4126/FRL01-006423607
95. Augurzky B, Pilny A. Der KHSG-Strukturfonds nach einem Jahr und Vorschlag zur Weiterentwicklung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, eds. Der KHSG-Strukturfonds nach einem Jahr und Vorschlag zur Weiterentwicklung. Krankenhaus-Report. Schattauer; 2018.
96. Augurzky B. Schwerpunkt: Zukunft gestalten: mit Online-Zugang. (Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, eds.). Schattauer; 2017.

97. GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegestellen-Förderprogramm in den Förderjahren 2016 bis 2019 an das Bundesministerium für Gesundheit. 31.07.2020. Berlin. Link: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/budgetverhandlung/en/pflegesonderprogramm/2020\\_07\\_31\\_KH\\_Bericht\\_Pflegesonderprogramm.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlung/en/pflegesonderprogramm/2020_07_31_KH_Bericht_Pflegesonderprogramm.pdf). Aufgerufen am 28.08.2021.
98. Martenstein I, Wienke A. Das neue E-Health-Gesetz: Was kommt auf Kliniken und niedergelassene Ärzte zu? HNO. 2016;64(7):515-516. doi:10.1007/s00106-015-0118-2
99. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Kurzfassung.
100. Sven Bucksch, Nora Hoffmann, Nicole Osterkamo, Christina Wittkop. Heil- Und Hilfsmittelreport 2019. Vol Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse-19. Barmer; 2019.
101. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems; 2021.
102. Lux T, Breil B, Dörries M, Gensorowsky D, Greiner W, Pfeiffer D, Rebitschek F G, Gigerenzer G, Wagner G G. Digitalisierung im Gesundheitswesen — zwischen Datenschutz und moderner Medizinversorgung. Wirtschaftsdienst. 2017;97(10):687-703. doi:10.1007/s10273-017-2200-8
103. MLP Gesundheitsreport. Repräsentative Umfrage in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach; 2019. Published online 2019.
104. Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, eds. Krankenhaus-Report 2019: Das digitale Krankenhaus. Springer Berlin Heidelberg; 2019. doi:10.1007/978-3-662-58225-1
105. Leber WD, Vogt C. Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Beivers A, eds. Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg. Springer Berlin Heidelberg; 2020. doi:10.1007/978-3-662-60487-8
106. Fricke A. Pflege wird zur weltweiten Baustelle. Der Mangel an Pflegepersonal ist eine globale Herausforderung. ÄrzteZeitung. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Pflege-wird-zur-weltweiten-Baustelle-410554.html>. Published June 2020.
107. Finanzierung. Spahn will Pflege-Beitrag für Kinderlose erhöhen. ÄrzteZeitung. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Spahn-will-Pflege-Beitrag-fuer-Kinderlose-erhoehen-226678.html>. Published November 2018.

108. Kuntzer J, Räker M. Stand und Perspektive der Kurzzeitpflege. In: Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, eds. Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer Berlin Heidelberg; 2021. doi:10.1007/978-3-662-63107-2
109. AOK-Bundesverband. Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des BMG am 06.05.2019. Zum Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz - GKV-FKG).
110. DEGEMED. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz - RISG). 06.09.2019.
111. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018 zum Entwurf des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Versichertenentlastungsgesetz (Bundestagsdrucksache 19/4454).
112. Destatis. Gesundheitsausgaben im Jahr 2019 auf über 400 Milliarden Euro gestiegen. Pressemitteilung Nr. 167 vom 06. April 2021. Link: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/04/PD21\\_167\\_236.html;jsessionid=89BC2850785321DE9C279A7E3DC119E1.live721](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/04/PD21_167_236.html;jsessionid=89BC2850785321DE9C279A7E3DC119E1.live721).
113. Breyer F, Lorenz N. Wie nachhaltig sind die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung finanziert? Wirtschaftsdienst. 2020;100(8):591-596. doi:10.1007/s10273-020-2716-1
114. GKV-Schätzerkreis: Für 2022 fehlen sieben Milliarden Euro. GKV-Spitzenverband. Pressemitteilung; Berlin, 13.10.2021. Link: [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_1312896.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1312896.jsp). Aufgerufen am 02.12.2021.
115. Hehner S, Biesdorf S, Möller M. Digitalisierung im Gesundheitswesen: die Chancen für Deutschland. McKinsey&Company; 2018.
116. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020. Stand: April 2021.
117. Häussler B, Höer A. Arzneimittel-Atlas 2020: Der Arzneimittelverbrauch in der GKV. 1. Auflage. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2020.
118. Paquet R. Struktureller Reformbedarf in der Pflegeversicherung - ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung. In: Jacobs K, Kuhlmeiy A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, eds. Pflege-

Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Springer Berlin Heidelberg; 2020. doi:10.1007/978-3-662-61362-7

119. Blüher S, Stein T, Schilling R, Grittner U, Kuhlmei A. Vermeidung von Pflegebedürftigkeit - Herausforderungen für Forschung und Praxis. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, eds. Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer Berlin Heidelberg; 2021. doi:10.1007/978-3-662-63107-2

120. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Kurzfassung.

121. Noll B, Wolf S. Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. Wirtschaftsdienst. 2017;97(4):272-278. doi:10.1007/s10273-017-2129-y

122. Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. 2021.

## 6.2 Gesetze und Verordnungen

### 16. Legislaturperiode

Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG), BGBl. I 2006, Nr. 21 29.04.2006, S. 984

Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (14. RSA-ÄndV), BGBl. I 2006, Nr. 62 21.12.2006, S. 3224

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), BGBl. I 2007, Nr. 11 30.03.2007, S. 378

Sechszehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (16. RSA-ÄndV), BGBl. I 2007, Nr. 67 22.12.2007, S. 3083

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG), BGBl. I 2008, Nr. 20 30.05.2008, S. 874

GKV-Beitragssatzverordnung (GKV-BSV), BGBl. I 2008, Nr. 49 29.10.2008, S. 2109

GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG), BGBl. I 2008, Nr. 58 15.12.2008, S. 2426

Neunzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (19. RSA-ÄndV), BGBl. 2009, Nr. 13 11.03.2009, S. 497

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), BGBl. 2009, Nr. 15 17.03.2009, S. 534

Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus (AssiPflBdKrh), BGBl. 2009, Nr. 50 30.07.2009, S. 2495

## 17. Legislaturperiode

Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelneuordnungsgesetz - AMNOG), BGBl. I 2010, Nr. 67 27.12.2010, S. 2202

Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz – GKV-ÄndG), BGBl. I 2010, Nr. 39 29.07.2010, S. 983

Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG), BGBl. I 2010, Nr. 68 31.12.2010, S. 2309

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), BGBl. I 2011, Nr. 70 28.12.2011, S. 2983

Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG), BGBl. I 2012, Nr. 51 29.10.2012, S. 2246

Verordnung zur Durchführung der Zulage für die private Pflegevorsorge nach dem Dreizehnten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung – PflvDV), BGBl. I 2012, Nr. 63 20.12.2012, S. 2994

Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (AssPflBedRG), BGBl. I 2012, Nr. 16 27.12.2012, S. 2789

Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, BGBl. I 2013, Nr. 38 18.08.2013, S. 2423

Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - KFRG), BGBl. I 2013, Nr. 16 08.04.2013, S. 617

## 18. Legislaturperiode

13. Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (13. SGB V-Änderungsgesetz – 13. SGB V-ÄndG), BGBl. I 2013, Nr. 77 30.12.2013, S. 4382

14. Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (14. SGB V-Änderungsgesetz – 14. SGB V-ÄndG), BGBl. I 2014, Nr. 11 31.03.2014, S. 261

Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I), BGBl. I 2014, Nr. 61 23.12.2014, S. 2222

Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz - GKV-FQWG), BGBl. I 2014, Nr. 33 24.07.2014, S. 1133

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG), BGBl. I 2015, Nr. 40 23.10.2015, S. 1781 (berichtigte Fassung)

Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze (E-Health-Gesetz), BGBl. 2015, Nr. 54 28.12.2015, S. 240

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), BGBl. I 2015, Nr. 51 10.12.2015, S. 2229

Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz -PSG II), BGBl. I 2015, Nr. 54 28.12.2015, S. 2424

Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III), BGBl. I 2016, Nr. 65 28.12.2016, S. 3191

Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG), BGBl. I 2017, Nr. 25 04.05.2017, S. 1050

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), BGBl. I 2017, Nr. 49. 17.07.2017, S. 2581

## **19. Legislaturperiode**

Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung, BGBl. 2018, Nr. 47 20.12.2018, S. 2587

Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV), BGBl. I 2019, Nr. 37 28.10.2019 S. 14192

Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG), BGBl. I 2018, Nr. 45 11.12.2018, S. 2387

Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG), BGBl. I 2018, Nr. 45 11.12.2018, S. 2394

Verordnung über die Finanzierung der beruflichen Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz sowie zur Durchführung statistischer Erhebungen (Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung - PflAFinV), BGBl. I 2018, Nr. 34 02.10.2018, S. 1622

Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG), BGBl. I, 2019, Nr. 18 06.05.2019, S. 646

Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgungsgesetz - DVG), BGBl. I 2019, Nr. 49 09.12.2019, S. 2562

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe - PflAPrV), BGBl. I 2018, Nr. 34 02.10.2018, S. 1572

Gesetz zur Einführung eines Freibetrags in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz - GKV-BRG), BGBl. 2019, Nr. 52 21.12.2019, S. 2913

Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz - GKV-FKG), BGBl. 2020, Nr. 15 22.03.2020, S. 604

Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung - DiGAV), BGBl. 2020, Nr. 18 08.04.2020, S. 768

Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendatenschutzgesetz - PDSG), BGBl I 2020, Nr. 46 14.10.2020, S. 2115

Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz -KHZG), BGBl. 2020, Nr. 48 23.10.2020, S. 2208

Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsgesetz - GKV-IPReg), BGBl. I 2020, Nr. 48, 23.10.2020, S. 2220

Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz - GPVG), BGBl. I 2020, Nr. 66 22.12.2020, S. 3299

Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungsgesetz - DVPMG), BGBl. I 2021, Nr. 28 03.06.2021, S. 1309

Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG), BGBl. I 2021, Nr. 44 11.07.2021, S. 2754

## 7. Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Josef Kim, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Reagibilität des Bundesgesundheitsministeriums auf die Herausforderungen des demografischen Wandels/ Responsiveness of the Federal Ministry of Health to the challenges of demographic change“

selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **8. Curriculum Vitae**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## **9. Danksagung**

An dieser Stelle gebührt zuerst mein herzliches Dank Frau Prof. Adelheid Kuhlmei, die diese Doktorarbeit angenommen und betreut hat.

So ist diese Arbeit anfangs sicherlich ein gemeinsames Wagnis geworden, die jedoch durch ihre regelmäßige Unterstützung, guten Ratschläge und aufmunternden Worte eine Arbeit wurde, wie sie in dieser Form vorliegt.

Ich bedanke mich genauso bei Herrn Dr. Stefan Blüher für die Zweitbetreuung und bei Frau Christine Jobsky für die organisatorischen Angelegenheiten.

Mein Dank gilt auch Annabell Gangnus für die wertvolle Hilfestellung zur Methode.

S.D.G.