



Franz Knieps Hartmut Reiners

Gesundheitsreformen in Deutschland

Geschichte – Intentionen – Kontroversen



HUBER



Knieps / Reiners
**Gesundheitsreformen
in Deutschland**

Verlag Hans Huber
Programmbereich Gesundheit

Wissenschaftlicher Beirat:

Ansgar Gerhardus, Bremen

Klaus Hurrelmann, Berlin

Petra Kolip, Bielefeld

Milo Puhan, Zürich

Doris Schaeffer, Bielefeld



Franz Knieps
Hartmut Reiners

Gesundheitsreformen in Deutschland

Geschichte – Intentionen – Kontroversen

Verlag Hans Huber

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Adrian Susin
Bearbeitung: Ulrike Weidner, Berlin
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2015
© 2015 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95433-2)
(E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-456-75433-8)
ISBN 978-3-456-85433-5

Inhalt

Einleitung: Die Reform des Gesundheitswesens – eine unendliche Geschichte	7
1. Ökonomische, rechtliche und politische Parameter der GKV	19
1.1 Zur politischen Ökonomie des deutschen Gesundheitswesens	21
1.2 Das Spannungsfeld zwischen Solidarausgleich und Sozialrecht	37
1.3 Ablauf und Dramaturgie von GKV-Reformen	42
2. Von Bismarck bis Blüm: Die ersten 100 Jahre der GKV	51
2.1 Von der Kaiserlichen Botschaft zur Reichsversicherungsordnung: Die Gründerjahre der GKV von 1881-1918	53
2.2 Die GKV in der Weimarer Republik	64
2.3 Die GKV unter dem Nationalsozialismus	68
2.4 Die GKV in den Nachkriegsjahren: Restauration und Reformstau	70
2.5 Die GKV unter der sozialliberalen Koalition: Expansion und Kostendämpfung	77
2.6 Das Gesundheits-Reformgesetz: Norbert Blüms Kampf mit dem Lobbyismus	84
2.7 Das Gesundheitswesen der DDR und die Folgen des Einigungsvertrags	90
3. Reformen der Organisation und Finanzierung der GKV	101
3.1 Lahnstein und die Folgen: Von der berufsständischen zur wettbewerblichen Gliederung der GKV	102
3.2 Die neue Wettbewerbsordnung der GKV und die Folgen	122
3.3 Zwischenspiel: Der Streit um die Kopfpauschale	132
3.4 Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Gesundheitsfonds, Zusatzbeitrag und allgemeine Krankenversicherungspflicht	137
3.5 «Weiter so» statt Übergang zu einem integrierten Krankenversicherungssystem: Reformen zur Finanzierung der GKV nach dem GKV-WSG	158
3.6 Die Zukunft des dualen Krankenversicherungssystems	166

4.	Reformen im Leistungsrecht der GKV	171
4.1	Leistungsarten der GKV	173
4.2	Leistungsumfang der GKV: Sachleistungen, Zuzahlungen, Kostenerstattung und Wahlleistungen	189
4.3	Steuerung der Leistungsqualität	199
5.	Reformen der Vergütungssysteme für Ärzte und Krankenhäuser	205
5.1	Die Vergütung ärztlicher Leistungen im Spannungsfeld von Gesamtvergütung und Leistungsmenge	207
5.2	Die Vergütung von Krankenhausbehandlung: Der lange Weg zu den DRGs	230
6.	Reformen der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen	245
6.1	Reformen in der ambulanten Versorgung	248
6.2	Krankenhausstrukturreformen: Dauerbrenner «Monistik» und Zugang der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung	265
6.3	Ausblick: Neue Versorgungsformen und die Verantwortung der Länder	271
7.	Die Reformen in der Arzneimittelversorgung	275
7.1	Die Arzneimittelversorgung im Kontext von Veränderungsprozessen im deutschen Gesundheitswesen	276
7.2	Schüsse aus dem Schrotgewehr – Regulierungsinstrumente der Arzneimittelversorgung	279
7.3	Interessenkonflikte und Reformperspektiven	290
8.	Kurze Geschichte der Pflegeversicherung	295
8.1	Das Pflegeversicherungsgesetz vom 26. Mai 1994	296
8.2	Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in den 2000er-Jahren	301
8.3	Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, zweite Stufe: der «Pflege-Bahr» und die Reform des Pflegebedürftigkeits- begriffs im SGB XI	307
9.	Ausblick: Nach der Reform ist vor der Reform – Umsetzung des Koalitionsvertrages und Herausforderungen für die Gesundheitspolitik der Zukunft	315
Anhang:		
	Gesetze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung seit 1949	321
	Literatur	351
	Abkürzungen	373
	Namensregister	377
	Sachregister	379
	Über die Autoren	387

Einleitung:

Die Reform des Gesundheitswesens – eine unendliche Geschichte

«Je weniger die Leute davon wissen,
wie Würste und Gesetze gemacht werden, desto besser schlafen sie.»
Otto von Bismarck

Die deutsche Umgangssprache ist reich an «Falschwörtern» (Ivan Nagel), die unter Missachtung dessen, was man im Deutschunterricht gelernt haben sollte, bestimmte Phänomene und Vorgänge etikettieren, bei denen man dennoch sofort weiß, worum es geht. Die 1988 zum Wort des Jahres gekürte «Gesundheitsreform» ist ein solcher Sprachfehler, den Vicco von Bülow alias Loriot zu seinem Lieblingswort erklärte: «Denn Gesundheit soll dabei ja nicht reformiert werden, soweit ich das beurteilen kann» (Der Spiegel, Nr. 52/2006). Damit bringt er es auf den Punkt. Die gängige Bezeichnung der mit der Behandlung von Krankheiten beschäftigten medizinischen Versorgungseinrichtungen als «Gesundheitswesen» ist ebenso irreführend wie das Wort «Gesundheitsreform», das bei den Bürgerinnen und Bürgern zudem zwiespältige Reaktionen hervorruft. Einerseits belegen Umfragen ihre relativ hohe Zufriedenheit mit unserer medizinischen Versorgung, andererseits erwecken die in regelmäßigen Abständen über sie hereinbrechenden Reformen im Gesundheitswesen den Eindruck, dass es sich um einen permanenten Krisenherd handle. Die entsprechenden Gesetze haben oft seltsame Namen wie «Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz» oder «GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz» und warten mit Sprachmonstern wie «morbidityorientierter Risikostrukturausgleich» oder «Zahnersatz-Zusatzversicherung» auf, die sich gut als Übungseinheiten in der logopädischen Rehabilitation von Schlaganfallpatienten eignen würden.¹ In den Medien werden gesund-

1 Diesen Hinweis verdanken wir Bernd Seguin.

heitspolitische Themen mit einer Aufgeregtheit diskutiert, die in merkwürdigem Kontrast zu den meist staubtrockenen Inhalten von GKV-Reformen steht. Sehr beliebt sind Phrasen wie «krankes Gesundheitswesen», «konzeptionslose Regulierungswut», «bürokratisches Monster», «Missgeburt» oder «fauler Kompromiss». Regelmäßig wird die Politik ermahnt, sie müsse endlich eine «richtige» Reform «aus einem Guss» machen, die nicht schon nach ein paar Jahren die nächste Reform nach sich ziehe.

Solche Forderungen nach einer «richtigen» Reform, die die Probleme im Gesundheitswesen mit einem großen Kraftakt dauerhaft löst, weisen darauf hin, dass ihre Wortführer wenig oder gar nichts über die komplexen Strukturen des Gesundheitswesens und Abläufe der Gesundheitspolitik wissen, die perfekte und in sich widerspruchsfreie Problemlösungen kaum zulassen. Bei den landläufig als Gesundheitsreformen bezeichneten Gesetzen geht es um die Verteilung der Ressourcen in einem riesigen Wirtschaftszweig, der 11 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) erwirtschaftet und über fünf Millionen Menschen beschäftigt. Schon deshalb gibt es je nach ökonomischen Interessen unterschiedliche, wenn nicht konträre Sichtweisen zu Reformnotwendigkeiten.

Das Gesundheitswesen hat sich zu einem unverzichtbaren Teil der Infrastruktur moderner Volkswirtschaften entwickelt, der aus guten Gründen nicht marktwirtschaftlich, sondern vor allem über Recht und Politik gesteuert wird. Fast 80 Prozent der vom Statistischen Bundesamt erfassten Gesundheitsausgaben werden öffentlich über das Sozialversicherungssystem bzw. den Staatshaushalt finanziert. Das ist keine deutsche Besonderheit, sondern europäischer Standard. Der Anspruch moderner Zivilgesellschaften, allen Bürgern den Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung zu gewähren, kann mit einer privaten Finanzierung und rein marktwirtschaftlichen Instrumenten des Austarierens von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage gar nicht eingelöst werden. Ressourcenverteilungen, die in anderen Branchen der Markt regelt, werden im Gesundheitswesen von Regierungen und Parlamenten vollzogen. Es sind politische Entscheidungen, die zwangsläufig nicht nur von Sachfragen geprägt sind, sondern auch von Machtkonstellationen, Wertvorstellungen und Ideologien. Die Gesundheitspolitik hat zudem mit ihren die menschliche Exis-

tenz unmittelbar berührenden Themen ein besonders hohes Erregungspotenzial, wie man in TV-Talkshows regelmäßig beobachten kann. Unter Politikern gilt es als Gewissheit, dass man als Regierungspartei mit Gesundheitsreformen Wahlen verlieren, aber nicht gewinnen kann. Man sollte sie deshalb zu möglichst wahlfernen Zeiten in Angriff nehmen und abgeschlossen haben.

Um das fast 200 Milliarden Euro umfassende Budget der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) streiten sich Ärzte und andere Gesundheitsberufe, Kliniken und Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Auch die privaten Krankenversicherungen (PKV) finanzieren staatlich regulierte Leistungen, schon weil die Hälfte ihrer Mitglieder beihilferechtigte Beamte sind. Die für Privatpatienten geltenden Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) werden von der Bundesregierung erlassen, und die PKV zahlt für Krankenhausbehandlung die gleichen in der Bundespflegesatzverordnung festgelegten Fallpauschalen wie die GKV, wenn keine Zusatzversicherung abgeschlossen wurde. Kein anderer Wirtschaftszweig, mit Ausnahme der vor allem über die EU gesteuerten Landwirtschaft, unterliegt einer derart detaillierten politischen Regulierung. Natürlich wollen darauf alle Berufe und Unternehmen Einfluss nehmen, die dort ihr Geld verdienen.

Fast jeder vierte der beim Bundestag offiziell registrierten Lobbyisten kümmert sich ausschließlich um den Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums (BMG). Sie vertreten sehr unterschiedliche Interessen von Berufsgruppen, Versorgungsunternehmen, Krankenversicherungen sowie Herstellern von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Alle versuchen, über Interventionen auf verschiedenen Ebenen ein möglichst großes Stück vom Kuchen abzubekommen. Hinzu kommen wirkungsmächtige Interessen, die mit Gesundheitspolitik direkt nichts zu tun haben, aber dennoch betroffen sind, vor allem die Arbeitgeber und die Gewerkschaften, für die Krankenkassenbeiträge Lohn- bzw. Lebenshaltungskosten darstellen. Das föderalistische Politiksystem der Bundesrepublik Deutschland sorgt für weitere Komplikationen, weil Kernbereiche der Gesundheitspolitik unter die konkurrierende Gesetzgebung des Bundes und der Länder oder in die alleinige Kompetenz der Länder fallen.

Insgesamt ergibt sich daraus eine komplizierte, mitunter seltsame Melange aus divergierenden wirtschaftlichen Interessen, Machtstreben, Parteipolitik und ideologischen Grundsätzen, mit der jeder Versuch, das Gesundheitswesen zu reformieren, fertig werden muss. Diesem für die Bürger schwer durchschaubaren Geflecht von wirtschaftlichen und politischen Interessen stehen ebenso komplexe Sachfragen gegenüber, für die es nicht immer klare und widerspruchsfreie Antworten gibt. Die Vorstellung, dass «es ein Gemeinwohl als sichtbaren Leitstern der Politik gibt, das stets einfach zu definieren ist und das jedem normalen Menschen mittels rationaler Argumente sichtbar gemacht werden kann», verspottete Joseph Schumpeter (1950/1972: 397), der neben Keynes wohl bedeutendste Ökonom des 20. Jahrhunderts, in seinem Klassiker «Kapitalismus, Sozialismus, Demokratie» als naive Vorstellung aus dem 18. Jahrhundert. Auch aus diesem Grund ist die Forderung nach einer «Gesundheitsreform aus einem Guss» realitätsfern. In der Praxis sind derartige Reformen zumeist Fortsetzungsgeschichten, ihr Inkrementalismus ist unvermeidlich. Gesundheitspolitiker benötigen bei der Verfolgung ihrer Ziele sehr viel Geduld, Beharrungsvermögen und Kompromissfähigkeit. Es gilt in spezifischer Weise die berühmte Maxime von Max Weber, Politik bedeute «ein starkes Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich» (Weber 1919/2006: 610).

Diesem Buch über die Geschichte der Gesundheitsreformen – oder besser: GKV-Reformen – liegt die These zugrunde, dass diese Ära mit dem ihr quasi den Namen gebenden GKV-Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 21. Dezember 1988 beginnt. Dieses Gesetz war in mehrfacher Hinsicht ein Wendepunkt in der Geschichte der GKV und der Gesundheitspolitik:

- Die rechtlichen Grundlagen der GKV aus der 1914 in Kraft getretenen und nicht mehr zeitgemäßen Reichsversicherungsordnung (RVO) wurden in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) transferiert und neu formuliert.
- Die GKV wurde im § 1 SGB V als einheitliches solidarisches Krankenversicherungssystem definiert und nicht als eine Zusammenfassung von nur in sich solidarischen Krankenkassenarten. Auf diesem Grundsatz beruhten spätere wichtige Reformen der Organisation und Finanzierung der GKV.

- Das GRG enthielt erstmals Ansätze zu einer Reform der seit Anfang des 20. Jahrhunderts im Prinzip unveränderten Struktur der GKV, die sich zunächst auf die Arzneimittelversorgung und den Einstieg in die Absicherung des Pflagerisikos beschränkten. Sie beendete in Ansätzen die Kostendämpfungspolitik der 1970er und 1980er-Jahre, die vergeblich versucht hatte, mit Budgetrestriktionen und Leistungskürzungen die Ausgaben der GKV in den Griff zu bekommen, ohne deren Strukturen zu verändern.
- Die Entstehung des GRG wurde begleitet von einem bis dahin in dieser Dimension nicht gekannten Großeinsatz der Interessenverbände, der den verantwortlichen Minister Norbert Blüm zu dem mittlerweile zum geflügelten Wort gewordenen Bonmot veranlasste, Gesundheitspolitik sei «Schwimmgymnastik im Haifischbecken.» Seither gilt es als ratsam, Reformen im Gesundheitswesen möglichst schnell durchzuziehen, um der Lobby keine Zeit zur Bildung von Abwehrkoalitionen zu lassen.

Ursprünglich hatte Norbert Blüm eine «Jahrhundertreform» angekündigt. Er musste angesichts der erheblichen politischen Widerstände, auch in den Reihen der christlich-liberalen Koalition, diesen großen Anspruch reduzieren. Es war nach Verabschiedung des GRG nur noch von einer «ersten Stufe der Gesundheitsreform» die Rede, der nach Blüms Vorstellungen eine zweite folgen sollte mit einer Organisationsreform der GKV. Diese kam dann 1992 mit dem vom neuen Gesundheitsminister Horst Seehofer gemeinsam von der Union, der SPD und den Ländern erarbeiteten Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Es krepelte die Organisationsstruktur der GKV nachhaltig um, indem die freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten eingeführt und mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) die Grundlage gelegt wurde für einen Wettbewerb in der GKV mit gleichen Spielregeln für alle Kassen. Das GSG verschob wichtige Reformprojekte, vor allem in der ambulanten und stationären Versorgung, auf eine nächste Reformetappe. Diese geplante «dritte Stufe der Gesundheitsreform» versandete Mitte der 1990er-Jahre in fruchtlosen «Petersberger Gesprächen»; im damaligen Gästehaus der Bundesregierung auf dem Petersberg bei Bonn versuchte der Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen vergeblich, politische Handlungs-

fähigkeit zu zeigen. Er war wegen koalitionsinterner Streitigkeiten mit der FDP und einer fehlenden Mehrheit im Bundesrat zu einer in der US-Politik «lame duck» genannten Person geworden – ein Politiker, der nichts mehr bewegen kann.

Sein Scheitern machte aber auch klar, dass eine «große» Gesundheitsreform in wie vielen Stufen auch immer eine Schimäre ist. Niemand wollte nunmehr das Risiko eingehen, sich mit der Ankündigung einer «Jahrhundertreform» zu blamieren. Es setzte sich die Erkenntnis durch, dass die Reform bzw. Steuerung des Gesundheitswesens eine politische Daueraufgabe ist, die nur mit stabilen, möglichst parteiübergreifenden Mehrheiten bewältigt werden kann.

Das bekam auch die Ende 1998 an die Regierung gekommene rot-grüne Koalition unter Bundeskanzler Gerhard Schröder zu spüren. Die neue Gesundheitsministerin Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) wollte da weitermachen, wo die große Sachkoalition von Lahnstein 1992 mit dem GSG aufgehört hatte. Sie widmete sich der Reform der Krankenhausfinanzierung sowie der Überwindung der starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Das Ende 1999 verabschiedete GKV-Reformgesetz 2000 setzte zwar mit der Einführung von Fallpauschalen in der Vergütung von Krankenhäusern und ersten Ansätzen zur Bildung integrierter Versorgungsformen wichtige Akzente. Jedoch waren diese Neuerungen ohne eine Mitwirkung der Länder nicht wirklich umsetzbar, was wegen der damaligen Mehrheit im Bundesrat gleichbedeutend mit dem Zwang zu einer Zusammenarbeit mit der Union war. Diese kam erst nach der Bundestagswahl 2002 mit dem im November 2003 verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zustande, das nicht nur integrierten Versorgungsformen erstmals eine gesetzliche Grundlage gab, sondern auch die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen mit effektiven Instrumenten zur Bewertung von Kosten und Nutzen medizinischer Innovationen ausstattete.

Die nächste Etappe war vier Jahre später das von der großen Koalition unter Kanzlerin Angela Merkel erarbeitete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das den Gesundheitsfonds einführt und damit den Krankenkassen endgültig die Finanzautonomie nahm. Diese war durch

den RSA, der über 90 Prozent Beitragseinnahmen umfasste, sowieso nur noch auf dem Papier vorhanden. Die Verteilung der finanziellen Ressourcen erfolgte nunmehr nicht mehr über ein vom Bundesversicherungsamt kontrolliertes Verrechnungsverfahren unter den Kassen, sondern wurde von dieser Behörde als Träger des Gesundheitsfonds direkt vorgenommen. Die zum Teil wütenden Proteste der Krankenkassen gegen den Fonds machten einmal mehr deutlich, dass Veränderungen in den Verwaltungsabläufen des GKV-Systems mehr Aufregung verursachen können als Reformen der Versorgungsstrukturen.

Die Bundestagswahl 2009 wurde für die FDP zu einem großen Erfolg und führte zu einer schwarz-gelben Koalition mit dem von ihr gestellten Gesundheitsminister Philipp Rösler, dem zwei Jahre später sein Parteifreund Daniel Bahr folgte. Zunächst beschäftigten sich die Koalitionsparteien in der Gesundheitspolitik eher mit sich selbst als mit neuen Reformprojekten. Die FDP und die CSU verzettelten sich in einem auch mit Verbalinjurien gewürzten Streit über die Einführung einer Kopfpauschale, ein politisch längst erledigtes Thema.

Zur allseitigen Überraschung präsentierte Gesundheitsminister Rösler Ende 2010 ein Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG), das diesen Namen voll und ganz verdiente. Patentgeschützte Arzneimittel sollen nicht mehr zu jedem von den Herstellern festgelegten Preis zu Lasten der GKV abgegeben werden. Diese Präparate müssen ihren Zusatznutzen gegenüber anderen vergleichbaren Präparaten nachweisen. Ist diese Prüfung erfolgreich, verhandeln die Hersteller mit den Krankenkassen den Preis, wenn nicht, bestimmen die Krankenkassen einen Festbetrag. Röslers Vorgängerin Ulla Schmidt (SPD) hatte in ihrer Amtszeit eine ähnliche Idee, konnte sich damit aber gegenüber der Union nicht durchsetzen. Umso überraschender kam daher dieser Vorstoß eines FDP-Ministers, hatte sich doch die FDP bislang stets als Wahrer der Interessen der Pharmaindustrie gezeigt. Das Lob, das Philipp Rösler in der Öffentlichkeit für dieses Gesetz bekam, konnte den Niedergang der FDP jedoch nicht aufhalten. Sie scheiterte bei der Bundestagswahl 2013 an der Fünf-Prozent-Hürde, und es kam zu einer Neuauflage der Großen Koalition. Deren Koalitionsvereinbarungen sahen Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes und die Neuge-

staltung des Zusatzbeitrages vor. Der neue Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) setzte diese und andere Vereinbarungen umgehend in einem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der GKV (GKV-FQWG) um, das im Juli 2014 verabschiedet wurde. Den Schwerpunkt setzten die Koalitionsvereinbarungen in der Gesundheitspolitik auf neue Regelungen zu den Leistungen der Pflegeversicherung, die bei Redaktionsschluss dieses Buches noch in Arbeit waren.

Dieser Schnelldurchgang durch die wichtigsten GKV-Reformen der vergangenen 25 Jahre zeigt, dass deren Themen und Maßnahmen bei allen Umwegen und Rückschlägen durchaus eine Kontinuität haben. In gewisser Weise ähnelt die Gesundheitspolitik der Echternacher Springprozeession: zwei Schritte vor, einer zurück. Ihre Kunst besteht nicht darin, umfassende Reformentwürfe zu konzipieren und durchzusetzen, sondern «Reformviren» in das System zu implantieren, die zwar einer bestimmten politischen Konzeption folgen, von denen man aber nicht immer weiß, ob, wann und wie sie aktiv werden. Auf diese Weise entsteht eine im Prinzip endlose Kette von GKV-Reformen, die jeweils die Keime der folgenden Reform in sich tragen. Es gilt der Grundsatz «nach der Reform ist vor der Reform». Wie dieses anstrengende politische Geschäft abläuft, zeigt das vorliegende Buch in einer thematischen Gliederung.

Im ersten Kapitel wird der allgemeine Rahmen beschrieben, in dem sich Reformen im Gesundheitswesen bewegen. Zunächst wird begründet, weshalb es keine ökonomisch rationale Alternative zu einer politischen Steuerung des Gesundheitswesens gibt. Die Tatsache, dass in fast allen europäischen Ländern die Gesundheitsausgaben zwischen 75 und 85 Prozent öffentlich aus Steuern oder Sozialversicherungsabgaben gedeckt werden, ist Resultat eines spezifischen Marktversagens im Gesundheitswesen. Entscheidungen über die Verteilung wirtschaftlicher Ressourcen werden dort von der Politik in Form von Gesetzen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsakten getroffen. Die sich daraus ergebenden Fragen der Rechtssystematik und die Besonderheiten des Sozialgesetzbuches werden ebenso in einem eigenen Abschnitt dieses Kapitels behandelt wie die konkreten Abläufe von Gesetzgebungsprojekten.