



# Mythos Lahnstein

Er ist ein gesundheitspolitischer Meilenstein, um den sich Legenden ranken: der Kompromiss von Lahnstein. Vor 25 Jahren einigten sich Union und SPD darauf, die freie Kassenwahl und den Risikostrukturausgleich einzuführen. Eine historische Tat, die das Gesundheitswesen bis heute nachhaltig beeinflusst. Von **Hartmut Reiners**

**K**leine Orte stehen gelegentlich für historische Projekte. Das gilt etwa für Bretton Woods als Geburtsstätte eines internationalen Währungssystems nach dem 2. Weltkrieg oder für Weimar als Gründungsort der nach ihm benannten ersten deutschen Republik. Im kleineren Maßstab der deutschen Gesundheitspolitik ist Lahnstein zum Mythos geworden. Dort verständigten sich im Herbst 1992 die damalige christlich-liberale Bundesregierung, die SPD und die Länder auf eine grundlegende Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sie trat am 1. Januar 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft, das als die Mutter aller nachfolgenden Reformen im Gesundheitswesen gelten kann.



Das Gesundheitsstrukturgesetz hatte eine längere Vorgeschichte. In den 1970er Jahren liefen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen aus dem Ruder. Zwischen 1970 und 1975 stieg ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 3,5 auf 5,7 Prozent und der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV von 8,24 auf 10,04 Prozent. Die sozial-liberale Bundesregierung wollte 1977 diese Entwicklung mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) in den Griff bekommen, dem in den frühen 1980er Jahren etliche kleinere Gesetze folgten. Sie unter-

höhte Selbstbeteiligungen der Versicherten (Rezeptblattgebühr, Zahnersatz, Badekuren), Ausweitung der beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten (zum Beispiel um das Weihnachtsgeld) sowie Finanzausgleiche im GKV-System (Krankenversicherung der Rentner, kassenartinterner Ausgleich).

Diese im Politjargon „K-Gesetze“ genannten Eingriffe in das GKV-System hatten zwei Grundmerkmale, die in den Medien Spitznamen bekamen. Nach dem „Rasenmäherprinzip“ wurden die Leistungsausgaben gleichmäßig gekürzt oder budgetiert. Das „Verschiebebahnhofsprinzip“ verlagerte GKV-Ausgaben auf die privaten Haushalte oder andere Kostenträger. Die Strukturen des GKV-Systems blieben unangetastet.

Das wollte die 1982 ans Ruder gekommene christlich-liberale Koalition unter Bundeskanzler Helmut Kohl ändern. Nach ihrem Wahlsieg 1983 kündigte der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesarbeitsminister Norbert Blüm (CDU) eine große Strukturreform der GKV an, lies sich dafür aber zwei Jahre Zeit. Er veröffentlichte erst im Frühjahr 1985 ein „Zehn-Punkte-Programm“ zur Umschichtung der GKV-Ausgaben, um neue Leistungen für pflegebedürftige Personen beitragsneutral finanzieren zu können. Vor allem die Arzneimittelausgaben der GKV boten Einsparmöglichkeiten von bis zu sechs Milliarden D-Mark. Aber die von den Beamten des Bundesarbeitsministeriums aufgestellte Liste verzichtbarer Arzneimittel zerschoss die Pharma-lobby während des Gesetzgebungsverfahrens. Im Ende 1988 verabschiedeten Gesundheits-Reformgesetz (GRG) blieb eine dürftige Version übrig mit einem Einsparpotenzial von lediglich 100 Millionen D-Mark.

**Von Lobbyisten zerschossen.** Allerdings gelang es Norbert Blüm, den Arzneimittelmarkt mit der Einführung von Festbeträgen neu zu ordnen. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen – er ist der Vorläufer des heutigen Gemeinsamen Bundesausschusses – sollte die von den gesetzlichen Krankenkassen zu gewährenden Arzneimittel in drei Gruppen aufteilen: Gruppe 1 Wirkstoffe mit gleicher Zusammensetzung (Generika), Gruppe 2 pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe und Gruppe 3 Wirkstoffe mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung. Die gesetzlichen Krankenkassen legen dann für die Medikamente die jeweiligen Erstattungspreise fest. Liegt ein Arzneimittel mit seinem Marktpreis über diesem Betrag, müssen die Patienten die Differenz zahlen.

Die Festbeträge krepelten zwar den Arzneimittelmarkt um und gelten heute für etwa 80 Prozent der auf Kosten der Krankenkassen verordneten Medikamente. Sie brachten aber keine Einsparungen, weil die Hersteller die durch die Festbeträge erlittenen Einbußen durch Preisanhebungen im festbetragsfreien Markt kompensierten. Damit war eine wesentliche Finanzierungsgrundlage der neuen Pflegeleistungen entfallen. Für die Absicherung des angesichts der demografischen Entwicklung immer dringlicher werdenden Pflegerisikos mussten andere Lösungen gefunden werden. Wenige Jahre später (1994) wurde die Pflegeversicherung als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems eingeführt.

## Anekdoten rund um die Reform

### Mit viel Geschick verhandelt

Das Gesundheitsstrukturgesetz war ein Lehrstück in Sachen Verhandlungstaktik, aufgeführt von den Protagonisten dieses Gesetzes, **Rudolf Dreßler** und **Horst Seehofer**. Zu ihren Tricks gehörte unter anderem, die wirklich wichtigen Fragen schnell und konzentriert abzuräumen, in eher unbedeutenden Fragen aber lange Diskussionen zuzulassen, deren Ende sie jedoch bestimmten. Hier ein Beispiel für eine solche Ermüdungstaktik: Zur Vereinfachung der Abrechnung mit den Krankenkassen sollten die Apotheken dazu verpflichtet werden, Scannerkassen zu verwenden. Das wollten sich die Apotheker von den Kassen extra vergüten lassen und setzten mehrere Abgeordnete auf dieses Thema an. Darüber wurde Ende Oktober 1992 in einer letzten Abstimmungsrunde über noch offene Fragen ausführlich diskutiert. Rudolf Dreßler beendete diese zähe Debatte nach einiger Zeit mit der Frage an den SPD-Abgeordneten und **Apotheker Karl-Hermann Haack**: „Hast du eigentlich in deiner Apotheke Scannerkassen? Was kosten die denn so?“ Antwort: „Ja, schon seit einiger Zeit. Die haben sich längst amortisiert.“ Damit war die Debatte beendet.

lagen dem Prinzip der „einnahmenorientierten Ausgaben“. Die GKV-Ausgaben sollten nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten (Grundlohn).

**Kostendämpfung statt strukturellem Wandel.** Erreicht werden sollte dieses Ziel durch die Budgetierung von Leistungsausgaben, Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Arztpraxen, Ausgrenzung von medizinisch nicht erforderlichen Leistungen (unter anderem Negativliste von nicht erstattungsfähigen Arzneimitteln), er-

Das Gesundheits-Reformgesetz ist ein Beispiel dafür, wie Reformen im Gesundheitswesen von Lobbyisten zerschossen werden können. Norbert Blüm fasste es in dem noch heute gerne zitierten Bonmot zusammen, Gesundheitspolitik sei „Wasserballert im Haifischbecken“.

**Riesige Spannbreite bei Kassenbeiträgen.** Zudem klammerte dieses Gesetz ein zentrales Problem des GKV-Systems aus: die enormen Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen. Ende der 1980er Jahre lag die Spannbreite zwischen acht und 16,8 Prozent. Dafür waren Verwerfungen in den Mitgliederstrukturen der Kassenarten verantwortlich, unter denen vor allem die AOKn litten. Sie stellten 100 der 188 Kassen, die 1989 einen Beitragssatz von über 14 Prozent erheben mussten (Durchschnitt: 12,91 Prozent). Die Grundlöhne der AOK-Versicherten (ohne Rentner) lagen 1988 bei 94,4 Prozent des GKV-Durchschnitts. 61,1 Prozent der Arbeitslosen und 67,4 Prozent der Behinderten und Rehabilitanden waren in der AOK. Diese schlechte Risikostruktur führte zu einem „Kellertreppeneffekt“. Immer mehr Angestellte wanderten von den AOKn zu anderen Kassen ab. Die Folge für die AOKn: eine weitere Verschlechterung ihrer Risikostruktur und Beitragssatzerhöhungen.

Für diese Schieflage sorgte das seit Bismarcks Zeiten unveränderte berufsständische Gliederungsprinzip der GKV. Arbeiter mussten bis auf wenige Ausnahmen in die jeweilige Pflichtkasse ihres Betriebs gehen (AOK, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse oder Knappschaft), während Angestellte je nach Beruf eine der sieben damals existierenden Angestellten-Ersatzkassen wählen konnten. Das Bundessozialgericht in Kassel hatte bereits eine gegen diese Benachteiligung von Arbeitern gerichtete Klage von Mitgliedern der AOK Steinfurt an das Bundesverfassungsgericht weitergereicht. Es war sehr wahrscheinlich, dass die Karlsruher Verfassungsrichter dieser Klage stattgeben würden.

**Organisationsreform angepeilt.** Bundesarbeitsminister Norbert Blüm verschob dieses Problem auf eine nachfolgende Reform. Er hatte sich mit dem Gesundheits-Reformgesetz bei der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft unbeliebt gemacht. Nun wollte er nicht auch noch Kassenverbände, vor allem die der Ersatzkassen, gegen sich aufbringen, deren Privilegien eine Organisationsreform der GKV hätte beschneiden müssen.

Aber auch die SPD konnte sich zunächst nur zu halbherzigen Lösungen durchringen. Ihr Motiv war weniger die Beseitigung ungerechtfertigter Beitragssatzunterschiede als die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten. Darin stimmte sie mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund überein. Im September 1988 verabschiedeten die Sozialdemokraten auf ihrem Parteitag in Münster ein sozialpolitisches Programm, in dem eine Organisationsreform der GKV mit folgenden Schwerpunkten gefordert wurde: Einführung der freien Kassenwahl, kassenartinterner Finanzausgleich sowie eine Anhebung der GKV-Beitragsbemessungsgrenze auf die in der Rentenversicherung geltende Höhe.

Dieser nur mit knapper Mehrheit gefasste Beschluss war in der SPD umstritten, weil der kassenartinterne Finanzausgleich zu einem bundeseinheitlichen Beitragssatz in allen Kassenarten



**Nach dem Treffen  
in Lahnstein ließ  
die Politik den  
Interessenverbänden  
keine Zeit,  
Abwehrkoalitionen  
aufzubauen.**



geführt hätte. Das wäre faktisch das Ende der Regionalkassen gewesen und hätte den Einfluss der Länder stark beeinträchtigt. Daher entwickelten die SPD-regierten Länder ein eigenes Konzept zur Organisationsreform, das neben der freien Kassenwahl einen kassenartenübergreifenden, regional abgestuften Risikostrukturausgleich (RSA) vorsah, wie ihn die Enquete-Kommission zur Strukturreform der GKV und der Gesundheits-Sachverständigenrat vorgeschlagen hatten. Davon konnten auch die von der CDU und CSU regierten Länder überzeugt werden. Anfang Juli 1992 verabschiedete die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder einstimmig eine EntschlieÙung, in der unter anderem ein regionaler Risikostrukturausgleich (RSA) unter allen Kassen gefordert wurde.

**Kassen gegen Wahlfreiheit.** Die Kassenverbände wollten die freie Kassenwahl um jeden Preis verhindern und manövrierten sich

## Anekdoten rund um die Reform

### Verhandlungsführer verstanden sich gut

Das gute persönliche Verhältnis zwischen **Rudolf Dreßler** und **Horst Seehofer** war eine wichtige Voraussetzung für das Zustandekommen des GSG. Nach dessen Verabschiedung luden sie die an der Erarbeitung des Gesetzes beteiligten Beamten und Fraktionsmitglieder in die Kellerkneipe der Berliner Landesvertretung in Bonn ein, wo sie auch über die Basis für dieses gute Verhältnis plauderten. Horst Seehofer war gerade Bundesgesundheitsminister geworden und hatte die glücklose **Gerda Hasselfeldt** abgelöst. Dazu Rudolf Dreßler: „Der Horst konnte sich eine Menge trauen, weil Helmut Kohl nach so kurzer Zeit nicht schon wieder das Gesundheitsministerium neu besetzen konnte.“

mit ihren Vorschlägen ins politische Abseits. Der AOK-Bundesverband präsentierte ein verschärftes Pflichtkassenmodell, das nur noch den freiwillig Versicherten den Wechsel zu einer Wahlkasse gestatten sollte. Die Ersatzkassen forderten erweiterte Möglichkeiten der Gründung von berufsspezifischen Krankenkassen, allerdings unter Beibehaltung der seit dem Lohnfortzahlungsgesetz von 1969 auch arbeitsrechtlich gegenstandslos

gewordenen Unterscheidung von Arbeitern und Angestellten. Diese aus der Zeit gefallenen Konzepte nahm die Politik zur Kenntnis, aber nicht ernst.

Nach den Bundestagswahlen 1991 ging die Zuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung vom Bundesarbeitsministerium an das neu gebildete Bundesgesundheitsministerium unter der Leitung der CSU-Politikerin Gerda Hasselfeldt über. Sie sah keinen Anlass für neue Reformen und lastete die wieder steigenden GKV-Ausgaben Versäumnissen der Akteure im Gesundheitswesen bei der Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes an. Das aber sahen die Gesundheitspolitiker der CDU/CSU-Bundestagsfraktion anders. Deren Obmann Paul Hofacker legte im April 1992 „Vorschläge zur marktwirtschaftlichen Steuerung der GKV“ vor, ohne sich mit der Ministerin abzustimmen. Als nach diesem Affront dann auch noch ihr wichtigster Mitarbeiter als Agent des polnischen Geheimdienstes enttarnt worden war, trat Gerda Hasselfeldt Ende April 1992 von ihrem Ministeramt zurück.

**Gespräche hinter den Kulissen.** Ihr Nachfolger wurde Horst Seehofer (CSU), der bereits Anfang Juni 1992 „Eckpunkte zur Sicherung und Strukturverbesserung in der Krankenversicherung“ präsentierte. Sie bestanden vor allem aus den Instrumenten der Kostendämpfungsgesetze: Rabatte für die von den Krankenkassen erstatteten Arzneimittel, individuelles Arzneimittelbudget für Kassenärzte, höhere Selbstbeteiligungen der Patienten sowie grundlohnorientierte Budgetierung der Vergütungen für Kassenärzte und Krankenhäuser, Anhebung von Zuzahlungen. Zugleich begann Seehofer inoffizielle Gespräche mit dem stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der SPD, Rudolf Dreßler, über eine Zusammenarbeit bei einer größeren Strukturreform der GKV.

Die SPD entwickelte mit Unterstützung der sozialdemokratisch geführten Landesregierungen ein eigenes Konzept. In dessen Mittelpunkt stand eine Organisationsreform der GKV mit freier Kassenwahl und einem regionalen, gegebenenfalls auch bundesweiten Risikostrukturausgleich unter allen Kassen. Außerdem sah es Reformen der Krankenhausfinanzierung, der Vergütung von Kassenärzten und die Einführung einer Positivliste der erstattungsfähigen Arzneimittel vor. Während die SPD diese Eckpunkte als EntschlieÙungsantrag am 9. September 1992 im Gesundheitsausschuss des Bundesrates einbrachte, stellte die christlich-liberale Bundesregierung ihr Gesetzespaket zwei Tage später im Bundestag zur Abstimmung. In dieser Debatte wurde auch offiziell, was hinter den Kulissen bereits geklärt worden war. Seehofer machte im Namen der Bundesregierung der SPD und den Ländern das Angebot zur Zusammenarbeit bei einem „Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)“, das von diesen umgehend angenommen wurde.

**Plazet vom Kanzler.** Bereits drei Wochen später fand vom 1. bis 4. Oktober 1992 in einem Hotel in Lahnstein am Rhein eine Arbeitsklausur der Gesundheitspolitiker der Koalitionsfraktionen, der SPD und der Länder über die Inhalte eines gemeinsamen Gesetzentwurfs statt. Hauptthema war die Organisationsreform der GKV mit freier Kassenwahl und kassenartenübergreifendem

RSA. Rudolf Dreßler hatte als Sprecher der SPD-Seite gleich zu Anfang klar gemacht, dass dies für die SPD ein unverzichtbarer Punkt war und man die Gespräche gleich beenden könne, wenn sich die andere Seite darauf nicht einlasse. Seehofer holte sich dafür per Telefon das Placet von Kanzler Kohl.

Man einigte sich auf folgende Kernpunkte:

- Freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten ab 1996, Kontrahierungszwang für alle Kassen mit Ausnahme der Betriebs- und Innungskrankenkassen, die sich sowohl für alle öffnen als auch ihren Mitgliederkreis auf den traditionellen Personenkreis begrenzen können. Der Sonderstatus von Bundesknappschaft, See-Krankenkassen und Landwirtschaftlichen Kassen bleibt erhalten.
- Einführung eines bundesweiten kassenartenübergreifenden RSA ab 1994 in der allgemeinen Krankenversicherung und ab 1995 auch in der Krankenversicherung der Rentner. Er soll folgende Risiken abdecken: Einkommen, mitversicherte Familienangehörige, Alter und Geschlecht der Versicherten.
- Der RSA soll solange nach West und Ost getrennt durchgeführt werden, bis die Grundlohnsumme in den neuen Ländern 90 Prozent des Grundlohnniveaus der Westländer erreicht hat.
- Vorstand und Vertreterversammlung der Krankenkassen werden ab 1996 zu einem Verwaltungsrat zusammengefasst. Aus den Geschäftsführern der Krankenkassen werden Vorstände mit voller Verantwortung für das operative Geschäft ihrer Kasse.

**Startschuss für den Risikostrukturausgleich.** Der von den Ländern ursprünglich befürwortete regionale RSA wurde verworfen. Dieses Konzept war innerhalb der SPD umstritten. Vor allem aber stieß der regionale Ausgleich auf nicht zu überwindende Schwierigkeiten bei der Datenerhebung. Von Anfang an war Fachleuten auch klar, dass Alter und Geschlecht keine perfekten Indikatoren der Morbiditätsrisiken sind. Seinerzeit konnte man einen direkten Morbiditätsbezug des RSA mit den zur Verfügung stehenden technischen und statistischen Ressourcen nicht in rechtlich tragfähiger Form realisieren.

Neben der Organisationsreform der GKV wurden weitere, die Versorgungsstrukturen und die Kassenausgaben betreffende Reformen vereinbart:

- Einführung einer Positivliste der von der GKV erstattungsfähigen Arzneimittel,
- Leistungskomplexhonorare für Kassenärzte und Förderung der hausärztlichen Versorgung,
- Neuordnung der Krankenhausfinanzierung durch schrittweisen Übergang zu abteilungsbezogenen Pflegesätzen und Fallpauschalen,
- Öffnung der Krankenhäuser für ambulantes Operieren sowie vor- und nachstationäre Behandlung,
- Zulassungsbegrenzungen für Kassenärzte, Einführung einer Altersgrenze von 68 Jahren,
- grundlohnorientierte Budgetierung aller GKV-Ausgaben von 1993 bis 1995,
- an Packungsgrößen orientierte Zuzahlungen bei Arzneimitteln.



**Bernhard Hoffmann** war 1992 junger Politikredakteur in der Zentralredaktion der Rhein-Zeitung in Koblenz mit dem Interessenschwerpunkt Gesundheitspolitik. Im nahe gelegenen Lahnstein verfolgte er vor Ort die gemeinsame Pressekonferenz nach Abschluss der Klausur am 4. Oktober 1992. Heute ist er Chefredakteur Aktuelles und Internet beim KomPart-Verlag.

## Kaum Schlagzeilen wert

**Es war nur ein kleiner Kreis** von sieben, acht Journalisten, die sich an jenem Sonntagvormittag, dem 4. Oktober 1992, nach Lahnstein aufgemacht hatten – die meisten aus Bonn, ich als junger Politikredakteur der Rhein-Zeitung aus dem nahen Koblenz. In einem kleinen Zimmer des Hotels warteten wir mehr oder weniger geduldig darauf, dass die führenden Gesundheitspolitiker der Regierungsparteien Union und FDP sowie der SPD-Opposition und der Länder nach viertägiger Klausur endlich ihre geplante Gesundheitsreform präsentierten.

**Etwas für Spezialisten.** In der Pressekonferenz stellten dann Horst Seehofer, Rudolf Dreßler und Co. selbstverständlich die aus ihrer Sicht historische Bedeutung ihrer Beschlüsse heraus. Kein Bereich, der nicht von irgendeiner Neuerung betroffen war. Doch das schlug sich kaum in der Berichterstattung der Tagesmedien nieder. Hier ging es vorrangig darum, welche finanziellen Auswirkungen das geplante Gesundheitsstrukturgesetz für die Versicherten und Patienten haben sollte. Denn Begriffe wie Risikostrukturausgleich oder Organisationsreform der Krankenkassen waren nur einem kleinen Kreis von Experten verständlich – und den Medien ein erneuter Beleg dafür, dass die gesetzliche Krankenversicherung ein Spezialistenthema sei.

**Flugzeugabsturz beherrscht die Titelseiten.** Wie sehr dies zutraf, erlebte ich noch am selben Abend im Schlussdienst der Nachrichtenredaktion. In Amsterdam stürzte ein israelischer Frachtjumbo in zwei Hochhäuser. Mehr als 40 Menschen kamen in dem Flammenmeer ums Leben. Keine Frage, die Titelseiten der Zeitung mussten komplett umgebaut werden. Der Flugzeugabsturz beherrschte am nächsten Morgen die Titelseite. Lahnstein war kaum noch eine Schlagzeile wert. ■

Beamte des Bundesgesundheitsministeriums und der Länder setzten diese Eckpunkte in den Entwurf eines „Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG)“ um, der Ende Oktober 1992 als Fraktionsentwurf der beteiligten Parteien in das Gesetzgebungsverfahren geleitet wurde. Am 9. Dezember 1992 erfolgte die abschließende Lesung im Bundestag. Der Bundesrat segnete das GSG am 18. Dezember 1992 ab, so dass es am 1. Januar 1993 in Kraft treten konnte.

**Kassenlandschaft schrumpft zusammen.** Insgesamt lässt sich das GSG als „Mutter aller GKV-Reformen“ bezeichnen – aus vier

Tendenzen. Das AOK-System zog schon Mitte der 1990er Jahre die Konsequenzen aus den neuen Rahmenbedingungen und fusionierte die Orts- zu Landeskrankenkassen.

**Einheitlich und gemeinsam oder jeder für sich?** Der Kassenwettbewerb hat Einfluss auf die Verträge der Kassen mit den Leistungserbringern und das Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen. Die Frage, welche Aufgaben die Kassen einheitlich und gemeinsam übernehmen sollen und welche besser von den einzelnen Kassen autonom wahrgenommen werden, ist ein Generalthema aller dem GSG nachfolgenden GKV-Reformen. Das GSG konnte etliche Reformen aus Zeitgründen beziehungsweise wegen politischer Opportunität gar nicht oder nur in ersten Schritten anpacken. Die Politik verschob sie auf ein „GSG II“. Dazu gehörten vor allem die in späteren Gesetzen ausgebauten Ansätze zur Reform der Vergütungssysteme für Ärzte und Krankenhäuser sowie das bis heute ungelöste Problem der segmentierten Versorgungsstrukturen.

Auch aus der Sicht des politischen Handwerks war das GSG beispielhaft. Es wurde in einem hohen Tempo durchgezogen, das den Interessenverbänden keine Zeit ließ, Abwehrkoalitionen aufzubauen. Das war vor allem das Verdienst der Verhandlungsführer Horst Seehofer und Rudolf Dreßler, die ein Lehrstück in Sachen effektiver Vorbereitung und Durchführung eines Reformprojektes boten. Es hatte seine Berechtigung, dass Journalisten das GSG auch „Dreßhofer-Gesetz“ nannten. Beide hatten aus den Erfahrungen gelernt, die Norbert Blüm mit den Lobbyisten machen musste.

**Wohltaten gibt es nicht zu verteilen.** Mit dem GSG wurde Abschied von der Vorstellung genommen, das Gesundheitswesen ließe sich mit einer großen „Jahrhundertreform“ ein für allemal auf den richtigen Kurs bringen. Seither gilt der Grundsatz „Nach der Reform ist vor der Reform“. Fast drei Viertel aller seit 1949 vom Bundestag verabschiedeten Gesetze zur GKV sind nach 1991 verabschiedet worden. Dieser zähe Prozess der schrittweisen Reformen ist kein Politikversagen, sondern zwangsläufige Folge der Entwicklung des Gesundheitswesens zu einem riesigen Wirtschaftszweig, der aus guten Gründen nicht marktwirtschaftlich, sondern von der Politik, den Regeln des Sozialgesetzbuches und Vertragssystemen zwischen den Akteuren gesteuert wird. Das erfordert ein ständiges Anpassen der Mechanismen des GKV-System an die sich verändernden Realitäten in der Gesellschaft und der medizinischen Versorgung. Gesundheitspolitik ist kein Verteilen von Wohltaten, sondern Infrastrukturpolitik und die Steuerung eines zukunfts-trächtigen Wirtschaftszweiges. ■

**Hartmut Reiners** war als Fachbeamter des brandenburgischen Sozialministeriums bei den Verhandlungen in Lahnstein dabei. Der Wirtschaftswissenschaftler hat bis 2010 die Entstehung vieler Gesundheitsreformen begleitet. Bis heute ist er als Fachbuchautor tätig und hat jüngst das Buch „Privat oder Kasse? Politische Ökonomie des Gesundheitswesens“ veröffentlicht.

**Kontakt:** [hartmut-reiners@t-online.de](mailto:hartmut-reiners@t-online.de)

## Anekdoten rund um die Reform

### Liberale bezogen Prügel

Nach Verabschiedung des GSG bekam die FDP politische Prügel von ihrer Klientel: den Ärzten und Apothekern. Daraufhin drückte sie nach der Bundestagswahl 1994 im Koalitionsvertrag mit der Union eine Art Vetorecht in der Gesundheitspolitik durch, das von ihrem neuen gesundheitspolitischen Sprecher **Jürgen Möllemann** konsequent exekutiert wurde. Er verhinderte jede Form der Zusammenarbeit der Bundesregierung mit dem in den 1990er Jahren von der SPD dominierten Bundesrat. **Gesundheitsminister Seehofer** kommentierte diesen Sachverhalt in der Bundespressekonferenz am 25. September 1996 so: „Für mich waren die letzten Monate einfach. Ich musste weder denken noch arbeiten. Ich musste nur abwarten, was die FDP entwickelt, dies übernehmen und habe mich bei der FDP auch bedankt, weil dies ein erfreulicher Beitrag zur Humanisierung meines eigenen Arbeitslebens war. So können wir weitermachen. Es ist eine angenehme Geschichte, als Minister bezahlt zu werden und als Vorrühständer zu arbeiten.“

Gründen: Primäres politisches Ziel der freien Kassenwahl war die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten und nicht, wie oft behauptet, die wettbewerbliche Steuerung der GKV. Die war eine unvermeidliche Folge der Aufhebung des Pflichtkassenprinzips, die die Kassenlandschaft neu gestaltete. Kleinere Kassen waren meist nicht wettbewerbsfähig und gingen in größeren Einheiten auf. 1991 gab es 1.209 Krankenkassen. Heute sind es nur noch 113 – mit einer weiter abnehmenden