

Rot-grüne
Gesundheitsreform
2000:

**Dirigismus statt
Eigenverantwortung**

**Planwirtschaft
statt Wettbewerb**

I. Bezahlbare Gesundheit für alle

Strukturreformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind geboten. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Zahl älterer Menschen, der steigenden Lebenserwartung unserer Bevölkerung sowie des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts kommt es in Zukunft darauf an, das Gesundheitssystem auf qualitativ hohem Niveau weiterzuentwickeln, so daß die Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierbar und die Belastungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragbar und überschaubar bleiben.

Mehr Eigenverantwortung und Eigenvorsorge, mehr Sparsamkeit und Effizienz der Mittelverwendung sind auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung unverzichtbar. Mit dieser Einsicht waren wir bei der Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgreich. Wenn alle Leistungserbringer und Versicherte, die über die Inanspruchnahme von Leistungen entscheiden, für Sparsamkeit gewonnen werden können, dann kann Mittelverschwendung bei Gesundheitsleistungen eingedämmt werden. Das heißt Zuzahlung oder Eigenbeteiligung, soweit dies sozial zumutbar und vertretbar ist – und es funktioniert. Unter Verantwortung der früheren CDU-geführten Bundesregierung wurde der Anstieg der Ausgaben

Veränderungsraten in wichtigen Leistungsbereichen

	GKV-Bund	GKV-West	GKV-Ost
Ärztliche Behandlung	1,8	1,7	1,9
Zahnärztliche Behandlung	2,9	2,9	2,6
Zahnersatz	-29,1	-27,2	-38,5
Arzneimittel	4,8	5,5	1,9
Heilmittel	12,3	11,9	14,4
Krankenhaus	3,4	3,2	4,1
Krankengeld	-4,3	-3,7	-6,9
Fahrkosten	5,4	6,1	2,9
Kuren	11,5	12,3	7,3
Leistungsausgaben insgesamt	1,8	1,9	0,9
Verwaltungskosten	5,4	5,5	4,7

Quelle: BMG, Presseerklärung Nr. 13 vom 3. März 1999

„Wir wollen den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensivieren, die Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen ausbauen und besser nutzbar machen, die Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erweitern, die Wahlmöglichkeiten der Versicherten erhöhen und die Krankenhäuser noch stärker in die Gesundheitsreform einbeziehen.

Geringverdiener dürfen nicht überfordert werden. Jeder, der krank ist, muß die medizinische Versorgung erhalten, die er braucht, unabhängig von seinem Alter und Einkommen. Zusätzlich gewünschte, medizinisch nicht notwendige Leistungen können und müssen im Interesse der Beitragszahler, der Arbeitnehmer wie der Arbeitgeber privat abgesichert werden. Nur so läßt sich ein weiterer Anstieg der Beitragslasten und damit der Arbeitskosten verhindern.“

Zukunftsprogramm der CDU von Mai 1998

gebremst. 1997 und 1998 wurden sogar Überschüsse erwirtschaftet. So bleibt die bestmögliche Gesundheitsversorgung wirtschaftlich tragbar.

Erstmals seit Anfang 1995 hat die Gesetzliche Krankenversicherung wieder **Überschüsse** erzielt: rund 5 Milliarden DM im zweiten Halbjahr 1997, davon rund 4,2 Milliarden DM in den alten und rund 0,8 Milliarden DM in den neuen Ländern. 1998 haben die Krankenkassen mit einem Überschuß von 1,1 Milliarden DM bei den Gesamtausgaben abgeschlossen.

Die positive Finanzentwicklung ist bei weitgehend stagnierenden Einnahmen durch die Einsparerfolge des Beitragsentlastungsgesetzes und der beiden GKV-Neuordnungsgesetze sowie durch verstärkte Einsparbemühungen der Beteiligten im Gesundheitswesen zustande gekommen. Ohne diese Einsparungen hätten wir

das Jahr 1997 voraussichtlich mit einem Defizit von mehr als 10 Milliarden DM abgeschlossen. Der durchschnittliche Beitragssatz läge dann nicht bei 13,6 Prozent, sondern bei deutlich über 14 Prozent.

Die Gesundheitsreform hat einen vernünftigen Ausgleich zwischen Begrenzung der Lohnzusatzkosten und Sicherung der Arbeitsplätze im Gesundheitswesen geschaffen. Ein wichtiger Punkt, denn der Gesundheitssektor ist mit drei Millionen Arbeitsplätzen einer der größten Arbeitgeber in Deutschland.

Die Schröder-Regierung hat mit dem Vorschaltgesetz 1998 das Rad in der Gesundheitspolitik zurückgedreht. Im Schnelldurchlauf wurden viele Maßnahmen der von der Koalition aus CDU/CSU und FDP beschlossenen Gesundheitsreform zurückgenommen, ohne daß es dafür vernünftige Gründe gab.

Die Senkung der Zuzahlungen, die Streichung von Zuzahlungen für chronisch Kranke, die Rücknahme des Krankenhausnotopfers und die Wiedereinführung von Zuschüssen für Zahnersatz bei jungen Menschen führt unweigerlich bei den Krankenkassen zu mehr Ausgaben in Milliardenhöhe und damit zu Beitragssatzsteigerungen. Was sagen die Krankenkassen:

„Die Krankenkassen befürchten zum Jahresende und damit noch vor Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2000 ein ‚Defizit bis zu acht Milliarden DM‘ für alle Kassen. Die Summe entspreche 0,5 Beitragssatzpunkte und drohe die Beitragssatzstabilität zu zerstören, sagte der Vorstandsvorsitzende des Ersatzkassenverbandes Herbert Rebscher gegenüber der Welt.“

Die Welt, 25. Mai 1999

II. Rot-grüne Gesundheitsreform bringt mehr staatlichen Dirigismus und weniger Eigenverantwortung

Die weiteren Pläne der rot-grünen Bundesregierung zur „Gesundheitsreform 2000“ zeigen deutlich, daß sie mit ihren Vorstellungen auch in der Gesundheitspolitik einen Kurs in

Richtung mehr staatlicher Steuerung und Umverteilung verfolgt. Es handelt sich um ein Sammelsurium ideologischer Programmsätze und um bürokratische Regelungen bisher nicht gekannten Ausmaßes.

Globalbudget gefährdet Versorgungssicherheit

Die Schröder-Regierung will, daß für sämtliche Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eines Jahres ein Globalbudget festgesetzt wird. Es soll jährlich um die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder (Grundlohnsumme) erhöht werden.

Folgen: Die Budgetierung der Ausgaben für medizinische Leistungen hat sich bereits in der Vergangenheit als untaugliches Mittel zur finanziellen Steuerung des Gesundheitswesens erwiesen, denn Budgets können nur unzureichend die medizinischen Notwendigkeiten erfassen. Sie führen damit automatisch zu Ungerechtigkeiten und zur Rationierung von Leistungen. Das Festhalten an einem Globalbudget ist das unausgesprochene Eingeständnis der rot-grünen Koalition, daß die strukturellen Reformmaßnahmen allein nicht die erhoffte Wirkung zeigen.

Die Krankenkassen sollen künftig gemeinsam die Verantwortung für sämtliche Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Gleichzeitig sollen die einzelnen Kas-

sen im Wettbewerb um Qualität und Effizienz bei der Versorgung stehen. Dies paßt nicht zusammen und kann nicht funktionieren. Hier bahnt sich eine Blockade der Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen an. Jede Form von Wettbewerb und Eigenverantwortung wird damit verhindert. Diese Pläne nehmen auf die Wünsche der Versicherten, denen

die Qualität der einzelnen Krankenkassen wichtig ist, keine Rücksicht. Die rot-grüne Koalition will die gesetzlichen Krankenkassen zu Einheitlichkeit und Gemeinsamkeit verpflichten, statt darauf zu setzen, daß ein Wettstreit der Ideen das Gesundheitswesen weiterbringt.

Unter dem Globalbudget für sämtliche Ausgaben der Gesetzlichen Kran-

„Wolfgang Pföhler, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, kritisierte: Die vorgesehenen Ausgaben-Obergrenzen nach Ermessen der Krankenkassen würden mehrere tausend Arbeitsplätze in den Krankenhäusern wegfällen lassen. ‚Mittelfristig ist die Rationierung von Leistungen in Form von Wartelisten für Operationen oder anderen Einschränkungen in der Patientenversorgung unausweichlich‘, betonte er. Die Wirtschaftlichkeitsreserven der Kliniken seien erschöpft. 17.000 abgebaute Stellen im Jahre 1997 allein bewiesen dies.“

Reuters, 27. Mai 1999

„Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vorsitzender des Marburger Bundes: mit dem Gesamtbudget und der ‚völlig unzureichenden Steuerung‘ könne die Qualität des Gesundheitssystems auf Dauer nicht aufrechterhalten werden. Er betonte: ‚Wir haben zehn Jahre Erfahrung mit Budgetierung und immer wieder gesehen, daß das nicht klappt‘. Der Rationalisierungsdruck im Gesundheitswesen werde ‚enorm wachsen, und die Politik wird bald wieder Leine lassen müssen‘.“

ADN, 27. Mai 1999

„Die Budgets sind festgezogen an den Bruttolöhnen, und Krankheit und Gesundheit verhalten sich nun einmal nicht wie Lohnverhandlungen und wie Löhne. Ein Budget ist immer eine Art von Rationierung, der Anfang von einer Rationierung. Dann müssen eben Leistungen eingeschränkt werden, das ist völlig eindeutig. Wenn wir weiter kein Geld zur Verfügung haben, ist die logische Folge, daß es Leistungen für die Versicherten in Zukunft in dem Umfang nicht mehr geben wird.“

Dr. Hans-Jürgen Thomas, Vorsitzender des Hartmannbundes, SWR-Tagesgespräch, 26. Mai 1999

kenversicherung werden auch weiterhin sektorale Budgets für die einzelnen Ausgabenbereiche, wie z.B. Arzneimittel, Arzthonorare, Krankenhausausgaben, fortgeführt. Damit sind Versorgungsengpässe und die Rationierung von medizinischen Leistungen auch künftig vorprogrammiert. Dies entspricht nicht einer am medizinischen Bedarf der Bevölkerung orientierten Gesundheitspolitik.

Einschränkung der Therapiefreiheit durch Positivliste

Die Schröder-Regierung will durch Rechtsverordnung eine Positivliste mit Medikamenten erlassen, die von Kassenärzten zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können. Homöopathische Mittel sollen in einem Anhang aufgeführt werden.

Folgen: Mit einer solchen Positivliste würden nicht weniger Arzneimittel verordnet, wie ausländische Erfahrungen zeigen. Eine Positivliste für Arzneimittel verbessert die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung nicht. Sie würde jedoch zu Lasten der chronisch kranken Menschen zu nicht hinnehmbaren finanziellen Belastungen führen, weil nicht mehr erstattete Arzneimittel aus eigener Tasche finanziert werden müßten. Die Positivliste gefährdet zudem die Therapieviefalt, weil durch die Ausgrenzung ganzer Indikationsgebiete therapeutische Lücken

entstünden. Gespart wird nichts, weil ausgegrenzte Arzneimittel durch andere – meist teurere – ersetzt würden.

Daß eine Reduzierung der verfügbaren Arzneimittel nicht zwangsläufig zu Einsparungen führt, belegen auch die Zahlen der Vergangenheit: von 1986 (134.000 verkehrsfähige Arzneimittel) bis 1999 (53.000 Arzneimittel) hat sich die Zahl der Arzneimittel mehr als halbiert, die Ausgaben für Arzneimittel sind jedoch im gleichen Zeitraum gestiegen. Die Ausgrenzung von Arzneimitteln durch eine Positivliste führt also nicht zu geringeren Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, sondern

„Wir halten unsere Bedenken gegen die Liste (aufrecht), denn sie ist unsozial, weil gerade ältere Leute, die diese milde wirksamen Arzneimittel bisher bekommen konnten, dann selber zuzahlen müssen. Sie (schränken) das therapeutische Spektrum des Arztes ein, obwohl keinerlei wirtschaftliche Vorteile für die Krankenkassen dabei herauskommen. Und ich denke mir, die Qualität der Versorgung hängt ja nicht von der Zahl der Arzneimittel ab.“

**Thomas Postina, Geschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI),
ARD-Morgenmagazin,
26. Mai 1999**

alleine zu einer Mehrbelastung der Versicherten.

Außerdem dürfen die Kriterien für den Marktzugang für Arzneimittel nicht vom Arzneimittelgesetz auf das Sozialgesetzbuch übergehen. Soweit es um Wirksamkeit und Qualität eines Arzneimittels geht, reicht eine staatliche Prüfung als Grundlage für die Entscheidungen über Verkehrsfähigkeit und Erstattung völlig aus. Ein Nebeneinander von ähnlichen, aber nicht deckungsgleichen Maßstäben und die Beurteilung durch zwei Gremien im öffentlich-rechtlichen Sektor ist keine sachgerechte Nutzung der wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Ressourcen.

Unsicherheit in der Krankenhausfinanzierung

Die Schröder-Regierung will die seit 1972 bestehende duale Finanzierung durch die Länder, die die Investitionen tragen, und die Krankenkassen, von denen die Betriebskosten gezahlt werden, abschaffen und schrittweise durch eine alleinige Finanzierung durch die Kassen ersetzen (Monistik). Zusätzlich zu den heute schon von den Kassen gezahlten Instandhaltungsmaßnahmen sollen die Kassen 2003 zunächst 400 Millionen DM von insgesamt zwei Milliarden DM pauschaler Investitionsförderung der Länder übernehmen. Die Zahlungen der Länder werden stufenweise bis zur vollständigen Übernah-

me durch die Kassen im Jahr 2007 zurückgeführt. Im Jahr 2003 sollen die Kassen nicht mehr verpflichtet sein, mit jedem im Bedarfsplan des Landes aufgeführten Krankenhaus einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Das soll einen Abbau der Kapazitäten erleichtern. Der dritte Umstellungsschritt wird gesetzlich für das Jahr 2008 festgelegt. Dann sollen die Kassen auch die restlichen Investitionen, die heute 4,5 Milliarden DM betragen, übernehmen. Zum Ausgleich sollen die Länder den Kassen von 2008 an Ausgaben für Mutterschafts- und Sterbegeld in Höhe von 2,76 Milliarden DM erstatten. Sie werden als versicherungsfremde Leistungen eingestuft. Darüber hinaus sollen die Krankenhäuser ein Preissystem entwickeln, das die heutigen Tagespflegesätze ersetzt. Die neuen Preise sollen ab 2003 eingeführt werden.

Folgen: Der Krankenhaussektor ist der mit Abstand größte Ausgabenbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung. Mit rund 80 Milliarden DM macht er etwa 35 Prozent der gesamten Kosten im Gesundheitswesen aus. Die für diesen Bereich vorgesehenen Maßnahmen sind daher der Prüfstein für jede strukturelle Reform im Gesundheitswesen. So werden zwar den Kassen die Kosten für die sämtliche Instandhaltungsmaßnahmen aufgebürdet (etwa 4 Milliarden DM jährlich), gleichzeitig jedoch nur halbherzige Steuerungs-

möglichkeiten bei der Kapazitätsplanung zugestanden. Die Kassen sollen immer mehr Kosten übernehmen, die Planungshoheit bleibt jedoch letztlich bei den Ländern. Warum sollten die Länder vor diesem Hintergrund künftig Interesse an Sparmaßnahmen oder Kapazitätsbegrenzungen haben, wenn die Finanzverantwortung auf die Kassen übertragen wird? Diese Frage läßt Rot-Grün offen. Die Kosten sollen auf die Kassen abgewälzt werden. Zahlen werden letztlich aber hierfür die Beitragszahler.

„Der Vorstandsvorsitzende der Barmer Ersatzkasse, Eckart Fiedler, hat die ‚mangelnde Gegenfinanzierung‘ der Gesundheitsreform kritisiert. Durch die schrittweise Änderung der Krankenhausfinanzierung kämen vom Jahr 2008 an Belastungen von acht Milliarden DM auf die Kassen zu. Dafür fehle eine ‚ausreichende Gegenfinanzierung‘.“

ADN, 26. Mai 1999

Bürokratisierung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Schröder-Regierung will, daß die Krankenkassen in ihren Satzungen vorsehen können, daß Versicherte, die sich verpflichten, stets zunächst ihren Hausarzt aufzusuchen, einen Bonus bekommen. Dessen Höhe richtet sich nach den dadurch erziel-

ten Einsparungen. Für die Übermittlung von Befunden und Berichten zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern soll es verbindliche Regeln geben. Die Krankenkassen bekommen mehr Mitspracherechte bei der Verteilung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Kassenärzte. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Kassen sollen bundeseinheitliche Kriterien festlegen, um den Hausärzten einen angemessenen Vergütungsanteil zu sichern. So bekommen die Hausärzte einen eigenen Honorartopf.

Folgen: Es fehlt der Nachweis, daß mit diesem Hausarztmodell Geld eingespart wird. Möglicherweise kommt es sogar zu zusätzlichen finanziellen Belastungen, weil ein weiterer Arzt in der Versorgungskette abrechnet. Wenn jeder zweite Patient von einem Beitragsbonus für ein Hausarztmodell Gebrauch machen würde und dafür sein Beitragssatz zehn Prozent geringer wäre, dann würde das zu milliardenschweren Kosten führen. Damit wären Beitragssteigerungen vorprogrammiert.

Bürokratie in Reinkultur wird geschaffen. Die Krankenkassen müßten ihr Verwaltungssystem umstellen und darüber hinaus Kontrollen einführen, um zu prüfen, wer sich an das Hausarztmodell hält und damit den Bonus bekommt. So wird ein monströser Überwachungsapparat installiert, mit

dem die Ärzte gegängelt und entmündigt werden. Seitenlange Vorschriften sollen praktisch jede ärztliche Handlung reglementieren. Alles und jedes muß künftig begründet und belegt werden. Wie die Ärzte unter diesen Bedingungen zum Wohle jedes einzelnen Patienten handeln sollen, bleibt schleierhaft.

„Hartmannbund: Durch die Einführung von Versichertenboni in der hausärztliche Versorgung werde zumindest indirekt die freie Arztwahl beeinflusst, sehr wahrscheinlich würden die Ärzte in der fachärztlichen Versorgung benachteiligt.“

Dienst für Gesellschaftspolitik,
19/99

Kampf um die Patienten

Die Schröder-Regierung will, daß die Krankenhäuser für ambulante Behandlungen schwerer Krankheiten zu Lasten des niedergelassenen Bereichs geöffnet werden. Die Fristen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus sollen in Verträgen differenziert gestaltet werden. Die Selbstverwaltung kann den Katalog ambulant durchführbarer Eingriffe erweitern. Ihre Durchführung im Krankenhaus wird von einer Genehmigung der Kasse abhängig gemacht.

Folgen: Massive Ausweitung der Bürokratie. Denn bestimmte Behand-

lungen sollen künftig erst von der Krankenkasse genehmigt werden, bevor das Krankenhaus sie durchführen darf. Künftig entscheidet die Kassenlage über die Notwendigkeit von Behandlungen.

Angeblich mehr Patientenrechte

Die Schröder-Regierung will die Krankenkassen verpflichten, Versicherte bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern zu unterstützen.

Folgen: Bei diesem Thema beeindrucken nur die Überschriften. Denn hinter den wohlklingenden Worte steht wenig Gehaltvolles. Im Prinzip beschränken sich die Vorschläge auf die Finanzierung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung und auf die Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherte bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern zu unterstützen.

Neben der Beratung durch Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und andere Gesundheitsberufe soll eine weitere Instanz zur Beratung von Patienten eingerichtet werden. Verbraucher- und Patientenberatungsstellen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst und die einzelnen Heilberufe konkurrieren dann um die Beratung der Patienten. Während im Bereich der Heilberufe Überkapazitäten beklagt werden und durch Bedarfsplanungen

„Mit Sorge sehen wir aber, daß sich nun verschiedene Versorgungsstrukturen ggf. auch Doppelstrukturen nebeneinander aufbauen. Unklar ist hier, ob dabei dem Patienten die freie Arzt- und Therapeutenwahl erhalten bleibt.“

Clara Scheepers, Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände, 27. Mai 1999

„Wir müssen auch feststellen, daß der bewährte Grundsatz ambulant vor stationär mit diesem Referentenentwurf nicht verfolgt wird. Zwar sehen wir kleine Änderungen im stationären Bereich, ein wirklicher Ansatz, stationäre Leistungen in den preisgünstigeren ambulanten Bereich zu verlagern, ist aber nicht erkennbar.“

Werner Trockel, Vizepräsident der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, 27. Mai 1999

„Der Hartmannbund befürchtet weitere Probleme der Bedarfsplanung zu Lasten der niedergelassenen Vertragsärzte. Es bedürfe keiner Erweiterung der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser für komplizierte Verläufe bei schweren Krankheitsbildern, weil bisher schon Krankenhausärzte im Rahmen ihrer Ermächtigung für diese Behandlungsfälle eingeschaltet worden sind.“

Dienst für Gesellschaftspolitik, 19/99

reduziert werden sollen, sollen andererseits zusätzliche kostspielige Ausgaben geschaffen werden. Zum Hausarzt als „Lotsen“ für den ärztlichen Bereich, dem Apotheker für den Arzneimittelbereich usw. können dann auch Lotsen für den Bereich der Behandlungsfehler hinzukommen. Das Gesundheitssystem wird dadurch unübersichtlicher und verwirrender. Daraus spricht ein tiefes Mißtrauen gegen das Urteilsvermögen der Patienten und gegen die Kompetenz und Zuverlässigkeit der Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

III. Das Chaos wird zum Programm erhoben

Die Gesundheitspolitik der früheren CDU-geführten Bundesregierung hat die Stärkung der Patientinnen und Patienten und den medizinischen Bedarf in den Mittelpunkt ihrer Reformpolitik gestellt. Rot-Grün will die Gesundheitspolitik dagegen wieder auf eine fiskalische Kostendämpfungspolitik reduzieren. Alle Elemente, die freiheitliche und leistungsorientierte Aspekte enthalten, sollen

ersatzlos entfallen. Wahlrechte, Wettbewerb, Handlungsspielräume sollen zu Gunsten eines bürokratischen Regelwerks und eines Überwachungsapparates erstickt werden. Dabei kommen die Rechte der Patienten unter die Räder, nämlich das Recht auf freien Zugang zu allen medizinischen Leistungen unabhängig von Einkommen und Alter, das Recht auf freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses sowie die Verfügbarkeit aller medizinischen Leistungen im Bedarfsfall.

Die rot-grüne Bundesregierung verspricht den Bürgern „den Himmel auf Erden“. Sie bietet mehr Vorsorge, geringere Eigenbeteiligung und bessere Versorgung an und sichert zudem stabile Beiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu. Das ist die Quadratur des Kreises mit Hilfe planwirtschaftlicher Mittel.

Die Union hat in der Vergangenheit durch die finanzielle Konsolidierung der Gesetzlichen Krankenversicherung die Voraussetzungen für eine umfassende Reformdiskussion geschaffen. Daran müssen wir anknüpfen. Wir wollen ein freiheitliches Gesundheitswesen, in dem Versi-

cherte ihre Krankenkasse, ihren Arzt frei wählen und sich für verschiedene Gestaltungsformen ihrer medizinischen Versorgung entscheiden können. Nicht die Bevormundung durch den Staat oder die Krankenkassen, sondern die Stärkung von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung des einzelnen muß das Ziel einer humanen, patientenorientierten Gesundheitspolitik sein.

„Die Krankenkassen sind die natürlichen Ansprechpartner von Versicherten und Patienten bei Fragen der gesundheitlichen Information, Beratung und Aufklärung. Insofern halten die Spitzenverbände der Krankenkassen die Verpflichtung der Krankenkassen, gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung zu unterstützen, für nicht sachgerecht und ausgabensteigernd. Entweder müßten sich diese auch wieder das Expertenwissen von den Krankenkassen einholen oder neue und teure Strukturen aufbauen.“

Dienst für Gesellschaftspolitik,
19/99

Die Wahlmöglichkeiten der Versicherten erhöhen

„Wir wollen den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensivieren, die Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen ausbauen und besser nutzbar machen, die Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erweitern, die Wahlmöglichkeiten der Versicherten erhöhen und die Krankenhäuser noch stärker in die Gesundheitsreform einbeziehen.

Geringverdiener dürfen nicht überfordert werden. Jeder, der krank ist, muß die medizinische Versorgung erhalten, die er braucht, unabhängig von seinem Alter und Einkommen. Zusätzlich gewünschte, medizinisch nicht notwendige Leistungen können und müssen im Interesse der Beitragszahler, der Arbeitnehmer wie der Arbeitgeber privat abgesichert werden. Nur so läßt sich ein weiterer Anstieg der Beitragslasten und damit der Arbeitskosten verhindern.“

Zukunftsprogramm der CDU von Mai 1998