

**Positionierung der MIT zu den  
„Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“  
vorgelegt von der Bundesregierung am 4. Juli 2006**

## **Einleitung**

---

Am 6. März 2006 hat der Bundesvorstand der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung von CDU/CSU (MIT) auf Vorschlag der Kommission Gesundheitspolitik einstimmig ein Positionspapier zur Gesundheitspolitik („Gesundheit für Deutschland“) beschlossen. Die darin enthaltenen Feststellungen und Forderungen werden im folgenden den von der Bundesregierung am 4. Juli 2006 vorgelegten „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“ gegenüber gestellt und bewertet.

## **Inhaltsübersicht**

---

### **Allgemeine Forderungen der MIT**

#### **Forderungen im Einzelnen / Eckpunkte-Effekte**

- **Finanzierung: lohnunabhängig, solidarisch, wettbewerbsfreundlich**
  1. Versicherungspflicht
  2. Basissicherung
  3. Zusatzversicherung
  4. Wettbewerb zwischen Versicherungen
  5. Krankenversicherungsprämien
  6. Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages
  7. Soziale Absicherung
  8. Kapitaldeckung
  9. Generationengerechtigkeit
  
- **Leistung: Eigenverantwortung, Qualität, Wirtschaftlichkeit**
  10. Eigenverantwortung
  11. Kostentransparenz
  12. Versorgungseffizienz
  13. Bürokratieabbau
  14. Planungssicherheit
  15. Versorgungssicherheit
  16. Freiberuflichkeit
  17. Prävention
  18. Forschungsstandort

### **FAZIT**

## Allgemeine Forderungen der MIT

### I. Die MIT hat gefordert:

Der wünschenswerte medizinisch-technische Fortschritt macht es erforderlich, die Leistungen der solidarisch finanzierten Krankenversicherung auf die medizinisch notwendige Grundversorgung zu beschränken.

Stattdessen wird der Leistungskatalog ausgeweitet. Wenn Leistungen zugefügt werden, um der demographischen Entwicklung zu entsprechen, (z. B. geriatrische Rehabilitation und Palliativversorgung, Impfungen, Mutter-Vater-Kind-Kuren als Regel- bzw. Pflichtleistungen, Förderung der Inanspruchnahme medizinischer Früherkennung und Vorsorgemaßnahmen) so fehlt die klare Aussage, welche Leistungen mit bedeutendem Kostenvolumen im Gegenzug aus der Solidarleistung herausgenommen werden sollen. Eine Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung auf der Finanzierungsseite ist ohne Reduzierung des Leistungskataloges nicht vorstellbar.

### II. Die MIT hat gefordert:

Eine lohnunabhängige, solidarische, demografiefeste und wettbewerbsfreundliche Finanzierung.

Stattdessen schlägt die Bundesregierung einen so genannten Gesundheitsfonds vor, der für jeden Versicherten einen gleichen Betrag - ergänzt um „risikoadjustierte Zuweisungen“ (Eckpunkte, zu 15) - an die gesetzlichen Krankenkassen auszahlt.

Es bleibt im Wesentlichen bei der Koppelung der Beiträge an die Löhne, lediglich mit der Maßgabe, dass diese „gesetzlich fixiert“ werden.

Die Beitragsbelastung der Versicherten (mit bereits heute geleistetem „Sonderbeitrag“ in Höhe von 0,9 Prozent) soll weiter steigen, wobei jetzt bereits erkennbar ist, dass die angekündigten 0,5 Prozent Beitragspunkte insbesondere bei verschuldeten Kassen nicht ausreichend sein werden, um die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung auch nur mittelfristig zu stabilisieren.

Die beabsichtigte beitragsfreie Mitversicherung von Kindern erfordert einen weiteren Finanzbedarf, der bei ca. 16. Mrd. EURO liegt; rätselhaft bleibt, wie der Einstieg in die beitragsfreie Kinderversicherung mit einem angekündigten Bundeszuschuss in Höhe von 1,5 Milliarden EURO (bis 2009: 3 Mrd. EURO) auch nur halbwegs gelingen soll. Es fehlt eine verlässliche Aussage, wie zukünftig nötige Anpassungen garantiert sind.

Auch wenn anzunehmen ist, dass dieser Gesundheitsfonds die einzige koalitionspolitische Kompromissmöglichkeit ist, so wäre es doch sinnvoller und wettbewerbsfreundlicher, wenn die Versicherten diese in Eurobeträgen zu beziffernde Pauschalprämie direkt an die Krankenkassen abführten.

### III. Die MIT hat gefordert:

Der Versicherte soll und muss stärker in den Mittelpunkt des Gesundheitswesens treten. Um eigenverantwortlich Entscheidungen treffen zu können, braucht er Transparenz und Unterstützung. Dazu zählen auch finanzielle Anreize bei nachweisbar gesundheitsförderndem Verhalten. Vertragsfreiheit zwischen Versicherten und Leistungserbringer sind herzustellen als Ausdruck von Eigenverantwortung und Wettbewerb.

Statt dessen lassen die Eckpunkte die Frage offen, ob das intransparente und bürokratische Sachleistungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich durch das Kostenerstattungsprinzip abgelöst wird, wie dies auch weite Teile der Leistungsträger und ihrer Verbände fordern.

Die von der Bundesregierung angekündigte „Erweiterung der Wahl und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten“ (Eckpunktepapier zu 2.) ist derzeit nicht genügend erkennbar.

## **Forderungen der MIT<sup>1</sup> und Effekte der Eckpunkte<sup>2</sup> im Einzelnen:**

### **1. Versicherungspflicht**

Jeder Bürger muss eine Krankenversicherung im Umfang einer Grundversorgung abschließen. Die entsprechende Absicherung kann bei einem Träger der jetzigen gesetzlichen Krankenversicherung, einer Privaten Krankenversicherung geschehen oder durch eine staatliche Beihilfe/Heilfürsorge gewährleistet werden.

#### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Die wettbewerbsorientierte freie Wahl der sozialen Absicherung für den Krankheitsfall fehlt. Durch die von der MIT angemahnte Öffnung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen und privaten Trägern wird auf der Seite der Kostenträger der notwendige Wettbewerb um Leistungen und Preise intensiviert. Durch das Festhalten an Bismarckschen Traditionen wird eine wesentliche Chance verspielt ein Modell, welches auf Eigenverantwortung, Leistung und Wettbewerb ausgerichtet ist, für Deutschland umzusetzen.

Die Beibehaltung oder Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze verhindert die Freiheit bei der Wahl der Versicherungsform für den Versicherungsnehmer.

### **2. Basissicherung**

Die gesetzlich verankerte Grundversorgung umfasst einen medizinisch notwendigen Leistungskatalog. Damit wird die ambulante und stationäre Versorgung sichergestellt.

Alle derzeit krankenversicherungsfremden Leistungen werden aus dem Leistungskatalog gestrichen.

#### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Der Leistungskatalog wird erweitert, die öffentlich behaupteten Einschränkungen bei selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten haben nur geringe Auswirkungen auf die Kosten. Die konsequente Entrümpelung der gesetzlichen Krankenversicherung von krankenversicherungsfremden Leistungen fehlt vollständig.

### **3. Zusatzversicherung**

Krankenversicherungen können zusätzliche Leistungen außerhalb der Grundversorgung absichern. Der Versicherte erhält mehr Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Umfang und Ausgestaltung seiner Krankenversicherung.

#### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Ein barrierefreier Zugang aller Bürger zur GKV oder PKV ist nicht vorgesehen. Lediglich der Wechsel freiwillig Versicherter zur Privaten Krankenversicherung bzw. eine Rückkehrmöglichkeit soll erleichtert bzw. zu einem PKV-Basistarif eingeräumt werden. Die Wechselmöglichkeit von gesetzlicher zu privater Krankenversicherung soll hingegen zukünftig nur dann möglich sein, wenn die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinanderfolgenden Jahren überschritten wird.

<sup>1</sup> Positionspapier „Gesundheit für Deutschland“ der MIT zur Gesundheitspolitik, Beschluss des MIT-Bundesvorstands am 06.03.2006

<sup>2</sup> Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform 2006

#### **4. Wettbewerb zwischen Versicherungen**

Durch die freie Wahl der Krankenversicherung innerhalb der Grundversorgung stehen alle Versicherte im Bereich der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung im Wettbewerb. Hierfür besteht Kontrahierungszwang. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Notwendige Übergangsregelungen beim Wechsel zu der kapitalgedeckten Grundversorgung in der PKV (Fristen, Altersgrenzen) werden in Abstimmung mit den Beteiligten getroffen. Der hochbürokratische Risikostrukturausgleich wird schrittweise reduziert.

##### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Für die eingeschränkten Wechsel- bzw. Beitrittsmöglichkeiten ist ein Kontrahierungszwang ohne Risikoausschluss festgelegt.

Der hochbürokratische RSA wird durch einheitliche lohnunabhängige Prämien abgeschafft. Der vorgesehene Risikozuschlag sollte sich auf die unbürokratisch festzustellenden Faktoren Alter und Geschlecht beschränken.

Perfektionismus durch Einführung eines Morbi-RSA bzw. eines Morbi-Verteilungsschlüssels im Sinne eines Gesundheitsfonds führt in diesem Punkt unweigerlich zu einem Erlöschen des Wettbewerbs zwischen den Kostenträgern.

#### **5. Krankenversicherungsprämien**

Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben wird von den Arbeitsverhältnissen abgekoppelt. Jeder Erwachsene entrichtet eine Krankenversicherungsprämie.

##### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Die sozialversicherungspflichtigen Lohnbestandteile sind nach wie vor Bezugsgröße für die Beiträge. Die ursprünglich von der Union favorisierte „Gesundheitsprämie“ schrumpft zum „zweiten“ Krankenkassenbeitrag in Gestalt einer „Mini-Prämie“, falls die Einheitsprämie der einzelnen Krankenkasse nicht genügt, um ihre Ausgaben zu leisten. Ihren wettbewerbsfördernden Charakter kann die Gesundheitsprämie in einem solchen System von Mini-Prämien aber nicht ausreichend entfalten.

#### **6. Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages**

Der Arbeitgeberbeitrag ist an den Arbeitnehmer auszuzahlender Bestandteil des Bruttolohns. Ein gesetzlich vorgeschriebener Arbeitgeberbeitrag wird auf dem Niveau der Grundversorgung (etwa 6 Prozent) festgeschrieben.

##### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Die Höhe des Arbeitgeberbeitrages ist im Gesundheitsfonds nicht erkennbar gesetzlich festgeschrieben, sondern es heißt: „Beide Beitragssätze werden gesetzlich fixiert“, was für den Arbeitgeberbeitrag bedeutet, dass dieser ebenfalls in einen gesetzlich festgelegten Anpassungsprozess involviert ist. Die Kritik daran aus den Reihen der Arbeitgeberverbände ist durchaus nachvollziehbar.

#### **7. Soziale Absicherung**

Kinder bleiben bis zum 18. Lebensjahr beitragsfrei mitversichert. Die Gesundheitsausgaben für Kinder werden aus Steuermitteln finanziert, die sich zum Teil aus der Versteuerung der an die Versicherten ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge erwirtschaften werden. Mitglieder, die durch die Krankenversicherungsprämie finanziell überfordert werden, haben einen Anspruch auf einen Prämienzuschuss aus Steuermitteln. Für Versicherte in der privaten Krankenversicherung gilt als Basis dafür maximal die Prämie der gesetzlichen Krankenversicherung.

##### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Mit den in Aussicht gestellten Mitteln kann der „Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt“ nicht geleistet werden; keinesfalls „wird die Finanzierung auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt“.



## 8. Kapitaldeckung

Das System wird schrittweise um eine individuell zurechenbare Kapitaldeckung ergänzt, um dem demographisch bedingten Ausgabenanstieg vorzubeugen und die fortgesetzte Verschiebung alterungsbedingter Lasten auf nachwachsende Generationen zu unterbinden. In der Krankenversicherung werden individuell zurechenbare Altersrückstellungen beim Versicherungswechsel, auch zwischen PKV und GKV, übertragen.

### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Diese notwendige und nachhaltige Finanzierung alterungsbedingter Lasten fehlt vollkommen. Damit ist eine erneute Finanzierungsdebatte spätestens in einem Jahr notwendig.

## 9. Generationengerechtigkeit

Eine einheitliche solidarische Gesundheitsprämie reduziert die fortschreitende Unterdeckung der Krankenversicherung der Rentner. Dieser Beitrag zur Generationengerechtigkeit und Demographieabsicherung wird über die schrittweise Abkehr vom reinen Umlageverfahren und der Einführung des Anwartschaftsdeckungsverfahrens ergänzt.

### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Generationengerechtigkeit im Hinblick auf die fortschreitende Unterdeckung der Krankenversicherung der Rentner wird in den „Eckpunkten“ nicht berücksichtigt. Bei den darauf abzielenden Finanzierungsbeiträgen muss nachgebessert werden.

## 10. Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung setzt klare Anreize zur Stärkung der Eigenverantwortung. Dazu zählen unter anderem Selbstbehalte, Bonusregelungen, Zuschüsse und Beitragsrückerstattungen.

### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Anreize zur Eigenverantwortung und Prävention werden ansatzweise umgesetzt (z. B. durch eine Bonus-Malus-Regelung bei Früherkennung und Vorsorgeleistungen, Selbstbehalte). Im Gesetzgebungsverfahren muss hier darauf geachtet werden, dass dieser Ansatz am Ende nicht verwässert wird.

## 11. Kostentransparenz

Ein wichtiges Steuerungsinstrument in der Krankenversicherung ist die Schaffung von Kostentransparenz für die Versicherten. Dies wird für alle Beteiligten durch einen konsequenten Wechsel vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip erreicht.

- Bei Inanspruchnahme einer über die Grundversorgung hinausgehenden Leistung behält der Versicherte seinen Anspruch auf den Betrag der Grundversorgung, beispielsweise als Festzuschuss.
- Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarifen werden geschaffen.
- Eine prozentuale Zuzahlung abgedeckt durch Überforderungsklauseln fördert kostenbewusstes Verhalten.

### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Es gibt nur eine unverbindliche Absichtserklärung im Hinblick auf die Erhöhung der Transparenz, unterschiedliche Auffassungen der Koalitionspartner konnten im Eckpunktepapier nicht zusammengeführt werden.

Auf jeden Fall müssen sowohl Patient als auch Leistungsträger für Teilgebiete in zeitlich überschaubarem Rahmen ohne bürokratische Einschränkungen Kostenerstattung wählen dürfen, die auch für Behandlungen durch Heilberufe gilt, die nicht kollektivvertraglich gebunden sind. Kostenerstattung ist kein Mittelentzug für die GKV, denn es sollen nur die Beträge erstattet werden, die auch in der GKV geleistet würden.

## 12. Versorgungseffizienz

Der Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen wird gestärkt. Verfügbare Daten zur Strukturqualität der Leistungserbringung sollen dem Versicherten zugänglich gemacht werden. Auch sollten die Möglichkeiten der Leistungserbringer, mit ihrer Strukturqualität zu werben, erweitert werden. Statt der heutigen integrierten Versorgung werden sich in einem System der Vertragsfreiheit effektive Versorgungsformen entwickeln.

### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Maßnahmen, die zur Versorgungseffizienz führen, wurden nur ansatzweise entfaltet im Rahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), dort allerdings mit Privilegierung zentralisierter Strukturen, wie z. B. Medizinischer Versorgungszentren.

Auch die Präferenzierung der Integrierten Versorgung durch Verlängerung der Anschubfinanzierung soll offenbar dazu genutzt werden, die Leistungsträger in Organisationen zu führen, die den amerikanischen *Health Maintenance Organization nachgebildet* werden; dabei muss die Therapiefreiheit des Arztes jedoch stets gewährleistet bleiben.

## 13. Bürokratieabbau

Der Verwaltungsaufwand im Gesundheitswesen wird durch den Abbau gesetzlicher Vorschriften und Verordnungen reduziert. EU-Vorgaben sind bereits bei ihrer Entstehung auf ihre bürokratischen Auswirkungen zu überprüfen und allenfalls 1:1 ins nationale Recht umzusetzen.

### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Der Gesetzentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) zeigt – ebenso wie die Entwürfe zu einem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der GKV (GKV-WSG)“, dass die Bundesregierung im Gesundheitsbereich nach wie vor auf staatliche Regulierung setzt.

Daraus erklärt sich auch, dass sich die Bundesregierung dafür ausgesprochen hat, Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich einer Richtlinie über Dienstleistungen im EU-Binnenmarkt herauszunehmen, obwohl diese durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes unter die in den Europäischen Verträgen gewährte Dienstleistungsfreiheit fallen.

## 14. Planungssicherheit

Vergütungen im Gesundheitswesen werden in Verträgen oder Gebührenordnungen in Eurobeträgen angegeben. Strukturabhängige Qualitätsunterschiede führen zu unterschiedlichen Vergütungen.

### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Die beabsichtigte Einführung von „Euro-Gebühren“ wird im vertragsärztlichen Bereich zugleich mit Mengensteuerung und Abstufungen verknüpft und stellt somit nur eine neue Form der Budgetierung dar.

Die Absicht, zukünftig in den Bereichen GKV und Privatbehandlung vergleichbare Leistungen mit vergleichbaren Vergütungen zu versehen, darf nicht zu einer Absenkung der Qualität und Gebühr führen und muss Raum lassen für Leistungs- und Preisunterschiede sowie Innovationen.

## 15. Versorgungssicherheit

Bestehende Zulassungsbeschränkungen im Gesundheitssystem werden aufgehoben. Durch die Einführung der Kostenerstattung können alle Bürger jede medizinische Leistung frei wählen. Die Erstattung richtet sich nach den Inhalten der Grundversorgung oder der Zusatzversicherung.

### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Nur zum Teil – Zahnärzte – umgesetzt; dort sollen Zulassungsverfahren entfallen.

## 16. Freiberuflichkeit

Wann immer möglich, ist die Leistungserbringung durch freiberuflich tätige Heilberufe zu fördern. Freiberuflich tätige Heilberufler verantworten unmittelbar und persönlich für die Erbringung einer optimalen Gesundheitsleistung.

### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Die Bundesregierung geht davon aus, dass durch die Umsetzung ihrer Eckpunkte „die Leistungssteuerung verbessert“ wird. Offensichtlich hat sich hier die SPD mit ihrem Leitbild eines staatlich dirigierte Gesundheitsystems bereits sehr weit durchgesetzt.

Verfassungsrechtlich höchst bedenklich ist die in einem ersten Arbeitsentwurf für das GKV-WSG (wie allerdings auch im Koalitionsvertrag) enthaltene Behandlungsgebot für privat Versicherte. Der Gesetzgeber greift damit in das grundgesetzliche geschützte Recht der freien Berufsausübung ein, Art. 12 Abs. 1 GG.

## 17. Prävention

Die Prävention ist primär als eine individuelle, aber auch als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen und keine originäre Aufgabe ausschließlich der Sozialversicherungen.

### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Konkrete Präventionsmaßnahmen bleiben offen; allerdings lässt die Ankündigung, die „Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie die Selbsthilfeförderung“ über ein Präventionsgesetz verbessern zu wollen, befürchten, dass eine Aufgabenkritik bereits bestehender Einrichtungen, wie beispielsweise der gesetzlichen Unfallversicherung, nicht stattfindet. Damit ist zu befürchten, dass bei einer Reform der gesetzlichen Unfallversicherung die Unternehmen weiter mit in der Höhe nicht gerechtfertigten Beiträgen, aber auch mit einer Vielzahl bürokratischer Auflagen in Form einzelner Unfallverhütungsvorschriften belastet bleiben.

Soweit bislang in diesem Zusammenhang überwiegend über eine Fusion bestehender Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nachgedacht wird, geht dieser Ansatz nicht weit genug.

## 18. Forschungsstandort

Eine sachgerechte Honorierung für Forschungsaufwendungen der Forschungsarbeit für innovative und wettbewerbsfähige Arzneimittel ist für die MIT ein entscheidender Standortfaktor für eine forschungsintensive Pharma- und Medizintechnikindustrie. Tatsächliche Innovationen brauchen angemessene Marktchancen. Eine konsequente Umsetzung des Festbetragssystems für Arzneimittel soll die derzeitigen unübersichtlichen und sich zum Teil widersprechenden Eingriffe in den Markt ablösen.

### **Eckpunktepapier - Effekte:**

Mit Vorschlägen zur Reform des Arzneimittelsektors vertreibt die Bundesregierung die forschenden Arzneimittelhersteller und gefährdet leichtfertig die flächendeckende Arzneimittelversorgung. Die geplanten Maßnahmen im Bereich des Arzneimittelvertriebs (Eckpunkte zu 6, Anlage 3), hier insbesondere die zum wiederholten Male angedrohte Zwangsrabattierung, bedeuten einen verfassungsrechtlich bedenklichen Eingriff in die Freie Berufsausübung.

Offen bleibt, ob die gesetzten Ziele, hier vor allem Kostenersparnisse, nicht auch anders, z. B. durch Lösungen, welche die Selbstverwaltung angeboten hat, erreichbar sind.

Die zukünftig geplante „Verblindung“ der Arzneimittelhersteller in Hinblick auf regionale Verschreiberdaten widerspricht der notwendigen Datenerhebung für die vom Gesetz intendierten Rabattverhandlungen zwischen Apotheken und Herstellern sowie Krankenkassen und Herstellern.

**Beschluss**  
**MIT-Bundesvorstandsklausur**  
**22.9. – 23.9.2006**



KOMMISSION GESUNDHEITSPOLITIK

Die Kosten-Nutzen-Bewertung muss im Anforderungskatalog unabdinglich mit anderen nationalen medizinischen Bewertungsinstituten abgestimmt werden, um den hohen Investitionsrahmen überhaupt zu ermöglichen. Darüber hinaus müssen die Kostenträger entsprechende Ergebnisse unabhängig von ihrer kurzatmigen Budgetplanung berücksichtigen.

## **FAZIT der MIT**

Die sogenannten „Eckpunkte“ sind enttäuschend wenig geeignet, Eigenverantwortung, Qualität und Wettbewerb im Gesundheitswesen zu stärken. Die darin beschriebene Politik negiert die Wachstumspotentiale des Gesundheitswesens, welche zu einem nachhaltigen Wachstum der deutschen Wirtschaft im internationalen Wettbewerb führen könnten.

Der Gesundheitsmarkt kann sein Potenzial nur in einem koordinierten wettbewerblich geprägten Umfeld entfalten. Dieses Umfeld ist in den vorgelegten Eckpunkten nicht erkennbar, es steht vielmehr zu befürchten dass in der konkreten Ausformulierung durch die Ministerialbürokratie die Tendenz zur Umsetzung eines staatsdirigistischen Systems die Oberhand gewinnt.

Im Gegenteil: Der Gesundheitsmarkt in Deutschland wird weiter reguliert und bürokratisiert. Freiberufliche und mittelständische Strukturen werden offen in Frage gestellt. Strukturen sollen sowohl auf Seiten der Leistungsträger wie auch der Kostenträger in Richtung eines zentral gesteuerten Gesundheitswesens verändert werden. Auf diese Weise wird der Weg in Richtung standardisierter Behandlung zu Einheitspreisen geebnet.

An die dringend notwendige Reform der Selbstverwaltungseinrichtungen geht die Bundesregierung, sieht man von den Vorhaben ab, den Gemeinsamen Bundesausschuss künftig hauptamtlich zu besetzen und die Krankenkassen zwangsweise zu fusionieren, nicht heran. Die Erweiterung der Dienstleistungsfunktionen in den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen steht in Widerspruch zu deren Körperschaftsstatus und ist wettbewerbsrechtlich mehr als bedenklich.

Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen über einen Gesundheitsfonds bedeutet einen weiteren Schritt in Richtung Einheitsversicherung und zugleich den Auf- bzw. Ausbau (im Falle der Übernahme dieser Funktion durch eine bereits bestehende Bundesbehörde) einer neuen bürokratischen Institution.

Der zu begrüßende Erhalt der Privaten Krankenversicherung wird (von der Union) teuer erkauft, wenn durch einheitliche Gebühren für gesetzlich wie privat Versicherte Leistungsanreize entfallen und Leistungsunterschiede bald nicht mehr feststellbar sein werden. Ohnehin birgt die Fokussierung der politischen Diskussion auf die PKV die große Gefahr, dass Strukturveränderungen im Bereich der Leistungsträger völlig in den Hintergrund treten, obwohl gerade in dieser Hinsicht der „Gesundheitsstandort Deutschland“ nachhaltig an Qualität einbüßen wird.

Die mittelständischen Strukturen des Gesundheitssystems werden auf dem Altar der Großen Koalition geopfert.

**Auf dieser Basis entfernt sich die Große Koalition zunehmend von ihrem Anspruch, Deutschland wieder wettbewerbsfähig zu machen und die sozialen Sicherungssysteme dauerhaft zu stabilisieren.**