

Berlin, 28. September 2001

Beschluss
der Kommission Humane Dienste
der Kommission Sozialstaat 21 der CDU

***FÜR EIN PATIENTENORIENTIERTES UND
ZUKUNFTSFÄHIGES GESUNDHEITSWESEN
MIT LEISTUNGSFÄHIGEN STRUKTUREN***

1. Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt

Ein patientenorientiertes und zukunftsfähiges Gesundheitswesen bedeutet Förderung des medizinischen Fortschritts und Teilhabe aller an diesem Fortschritt. Die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Leistungen darf keine Frage des Geldbeutels sein.

Wir sind uns bewusst, dass die Weiterentwicklung unseres qualitativ hochwertigen und international anerkannten Gesundheitssystems eine besondere Herausforderung darstellt. Im Mittelpunkt aller Reformüberlegungen steht die körperliche und seelische Gesundheit der Menschen sowie der dafür notwendige medizinische Bedarf. Dabei gelten für uns folgende Grundsätze:

- der medizinische Fortschritt muss für die gesamte Bevölkerung zugänglich bleiben,
- der soziale Ausgleich zwischen jungen und alten, zwischen gesunden und kranken Menschen, zwischen Beziehern höherer und niedriger Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Familien muss aufrecht erhalten werden,
- das Gesundheitswesen soll pluralistisch bleiben,
- Patienten und Leistungsanbieter sollen so viel Freiheit wie möglich erhalten,
- Versicherte sollen sich auch selbst um ihre Gesundheit kümmern,
- Transparenz fördert die Verantwortung aller Beteiligten,
- Gesundheitspolitik muss die Wachstumsdynamik des Gesundheitssektors im Rahmen des finanziell Möglichen unterstützen.

2. Steigende Nachfrage

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird weiter steigen. Die Gründe dafür sind:

- der anhaltende medizinisch-technische Fortschritt, mit dessen Hilfe immer mehr Krankheiten immer besser behandelt werden können;

- die demografische Entwicklung mit einem steigenden Anteil älterer Menschen und steigender Lebenserwartung. Gerade im hohen Alter nimmt der Bedarf an Gesundheitsleistungen besonders stark zu;
- die steigende Wertschätzung der Gesundheit, die im Bewusstsein der Bevölkerung als ein sehr hohes Gut eingestuft wird;
- da die Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung steigen, können Hunderttausende neuer Arbeitsplätze geschaffen werden.

3. Entwicklung der Beitragseinnahmen

Dem gegenüber werden die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit den durch die steigende Nachfrage verursachten Kosten der Gesundheitsleistungen nicht Schritt halten. Die Gründe dafür sind:

- Veränderungen in der Einkommensstruktur, die wegen der Lohnanbindung zu einer langfristigen Schwächung der Beitragseinnahmen führen,
- die zunehmende Zahl von Beitragszahlern mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen (z.B. Rentner, Arbeitslose, Teilzeitbeschäftigte).

Die sich deshalb weiter öffnende Schere zwischen Demografie und Innovation einerseits und den Finanzierungsmöglichkeiten andererseits verlangt eine Neugewichtung der Grundsätze der GKV, nämlich von Solidarität, Subsidiarität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Bei den anstehenden Reformschritten ist Sorgfalt und Augenmaß geboten. Das mehr als 115 Jahre alte und bewährte System der GKV ist kein Exerzierfeld für unbekümmerte oder unausgelegene Experimente.

4. Prävention und Rehabilitation stärken

Die Prävention ist eine wichtige Option, um die demografische Herausforderung des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert zu bestehen. Große Teile der heutigen Gesundheitsausgaben könnten insbesondere durch präventive Ansätze vermieden werden. Eine solche Prävention zielt auf die Verringerung vermeidbarer Krankheiten und Behinderungen und will die Selbständigkeit im Alter möglichst lange erhalten.

Deshalb müssen die Investitionen für lang- und mittelfristig wirksame Prävention verstärkt werden. Außerdem sollten leistungs- und beitragsrechtliche Anreize für eine Förderung der Prävention in der Kranken- und Pflegeversicherung geschaffen werden.

Prävention kann nicht allein von der GKV übernommen, sondern muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen und als solche von der Politik auch vermittelt werden. Wir halten deshalb ein umfassendes, ressortübergreifendes „Aktionsprogramm Prävention“ für erforderlich. Dazu sind Strategien im Sinne einer Bündelung von Ressourcen gemeinsam mit allen Beteiligten auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zu entwickeln. Eine Bündelung, Abstimmung und Neukodifizierung der weit verstreuten Ansätze zur Prävention auf Bundesebene soll durch ein Präventionsgesetz erreicht werden.

Auch die medizinische Rehabilitation ist konsequent und indikationsbezogen auszubauen. Ziel ist eine funktionale Gleichstellung von Prävention, Akutbehandlung und Rehabilitation als gleichberechtigte und notwendige Säulen des Versorgungssystems.

5. Bei begrenzten Finanzmitteln keine unbegrenzten Leistungen

Kein Gesundheitswesen in der Welt kann mit begrenzten Mitteln unbegrenzte Leistungen versprechen. Es sind drei Ebenen, auf denen diese zentrale Erkenntnis umgesetzt wird.

- a) Gesetzgebungsebene:
Der Gesetzgeber definiert den Leistungskatalog der GKV.

- b) Selbstverwaltungsebene:
Die Selbstverwaltung präzisiert den Leistungskatalog unter dem Gesichtspunkt, was wirtschaftlich und medizinisch notwendig ist.

c) **Versichertenebene:**

Der Versicherte entscheidet in bestimmten Grenzen über den Umfang des von ihm gewünschten Leistungspakets.

Die drei Ebenen können nicht getrennt voneinander gesehen werden. Je stärker die Möglichkeiten der Selbstverwaltungs- und Versichertenebene ausgeschöpft werden, desto umfassender kann der Gesetzgeber den Leistungskatalog definieren; je weniger die Möglichkeiten dieser Ebenen genutzt werden, umso enger muss der Gesetzgeber den Leistungskatalog definieren.

6. Kernleistungen solidarisch finanzieren

Der Gesetzgeber muss abwägen, ob die Erfordernisse einer modernen medizinischen Versorgung Vorrang haben vor einem möglichst umfassenden Leistungskatalog. Wenn wegen des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität die in der GKV zur Verfügung stehenden Finanzmittel beschränkt sind, müssen auch die solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen damit in Einklang gebracht werden. Der Grundgedanke der Solidarität verlangt, dass auf der einen Seite die Krankenversicherung für diejenigen Risiken aufkommen muss, die der Einzelne nicht selbst tragen kann. Auf der anderen Seite muss jedoch der Einzelne für die Risiken, die er selbst tragen kann, auch selbst aufkommen.

Deshalb muss nach 115 Jahren GKV überprüft werden, was künftig solidarisch und kollektiv finanziert werden muss und was vom Einzelnen privat bezahlt werden kann. In diesem schwierigen Prüfprozess ist der Schutz der sozial Schwachen wichtiges Gebot.

Bei der Neudefinition des solidarisch zu finanzierenden Leistungsumfangs muss vorrangig geprüft werden, wie und in welchem Umfang die GKV von versicherungsfremden Leistungen entlastet werden kann, die mit ihrem originären Versorgungsauftrag nichts zu tun haben. Soweit es sich um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt, auf die nicht verzichtet werden soll (z.B. Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation, beitragsfreier Versicherungsschutz während des Erziehungsurlaubs), müssen sie aus Steuermitteln finanziert werden.

Auch die nicht gerechtfertigte steuerliche Belastung von Gesundheitsleistungen, wie beispielsweise der volle Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel für Menschen, während Tier-Arzneimittel nur mit dem halben Satz besteuert werden, muss kritisch hinterfragt werden. Es geht nicht an, dass sich der Staat an der Krankheit seiner Bürger bereichert.

Wir wollen auch überlegen, ob die Solidargemeinschaft weiterhin für Leistungen einstehen muss, deren Inanspruchnahme eindeutig auf ein bewusst risikoreiches Freizeitverhalten von Versicherten zurückzuführen ist, oder ob insoweit nicht eine Verpflichtung zur privaten Versicherung einzuführen ist.

Der Katalog von Kernleistungen soll medizinisch notwendige Leistungen umfassen, auf die ein modernes Sicherungssystem im Krankheitsfall nicht verzichten kann, wie die ambulante und die stationäre (zahn)ärztliche und pflegerische Behandlung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln. Zu den Kernleistungen zählt auch das nach Ablauf der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall zu zahlende Krankengeld.

Die Kernleistungen werden paritätisch durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber finanziert.

Auch bei den Kernleistungen muss es Selbstbeteiligung geben. Das geltende Zuzahlungssystem muss von Fehlanreizen befreit und übersichtlich gestaltet werden, z.B. durch eine maßvolle durchgängige prozentuale Selbstbeteiligung mit Obergrenzen und eine soziale, unbürokratische Härtefallregelung.

7. Kernleistungen wirtschaftlich erbringen

Eine medizinisch unsinnige und unwirtschaftliche Leistungserbringung belastet Patienten und vergeudet Ressourcen. Sie muss unter allen Umständen verhindert werden. Die Konkretisierung des Kernleistungskataloges unter medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten sowie seine indikationsgerechte Präzisierung sollten nicht dem staatlichen Ordnungsgeber überlassen werden. Diese Aufgabe

muss weiterhin von den damit beauftragten Institutionen der Gemeinsamen Selbstverwaltung wahrgenommen werden.

Der Auftrag des Gesetzgebers an die Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung und deren Kompetenzen müssen klarer gefasst und unter Solidaritätsgesichtspunkten präzisiert werden. Der Gesetzgeber hat dafür zu sorgen, dass die Selbstverwaltung diese Aufgabe auf einer rechtlich sicheren Grundlage erfüllen kann. Dazu bedarf es einer ausreichenden gesetzlichen Absicherung der Tätigkeit der Bundesausschüsse und aller übrigen Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung, die Einwendungen, aber auch Anforderungen und Einsichten aus dem Verfassungsrecht, dem Kartell-, und Wettbewerbsrecht Rechnung trägt.

8. Wahlleistungen anbieten

Als Wahlleistungen sollen medizinisch sinnvolle und wünschenswerte Leistungen angeboten werden, die noch nicht oder nicht mehr im Kernleistungskatalog enthalten sind. Zu den Wahlleistungen zählen deshalb auch die Leistungen des geltenden Rechts, die der Kernleistungskatalog der GKV unter den Gesichtspunkten der medizinischen Notwendigkeit und gesteigerten Eigenverantwortung nicht mehr enthalten muss. Nicht zu den Kernleistungen gehören ferner versicherungsfremde Leistungen, soweit sie nicht aus Steuermitteln finanziert werden.

Wahlleistungen werden allein aus Beiträgen der Versicherten finanziert. Der Arbeitgeber kann sich freiwillig an diesen Beiträgen beteiligen.

Wahlleistungen sollen sowohl von der GKV wie der privaten Krankenversicherung angeboten werden. Für beide Versicherungssysteme müssen die gleichen Wettbewerbs- und Rahmenbedingungen gelten.

Um den Versicherten die größtmögliche Wahlfreiheit zu eröffnen, sollten Wahlleistungen durch den Gesetzgeber nicht abschließend und einheitlich für alle Krankenkassen in einem Katalog festgelegt, sondern nur in ihren Grundzügen umschrieben werden. Die einzelne Krankenkasse sollte die Möglichkeit haben, in

eigener Verantwortung die Wahlleistungen festzulegen, die sie ihren Versicherten anbieten will.

Der einzelne Versicherte hat die Möglichkeit, sich für oder gegen die von seiner Kasse angebotenen Wahlleistungen zu entscheiden; er kann seine Wahl auch auf einzelne Leistungen oder Leistungspakete beschränken oder sich für das Wahlleistungsangebot eines privaten Krankenversicherungsunternehmens entscheiden. Für die gesetzlichen Krankenkassen herrscht bei Wahlleistungen Kontrahierungszwang.

Versicherte sollen die Möglichkeit haben, bei der Finanzierung der Wahlleistung in beiden Versicherungssystemen zwischen verschiedenen Modellen (z.B. Selbstbehalt, Beitragsrückvergütung, Bonussysteme) zu wählen, um ihre Beitragsbelastung zu verringern.

9. Mehr Transparenz im Gesundheitswesen

Wir wollen, soweit irgendwie möglich, die Transparenz des Gesundheitswesens verbessern und Überregulierungen und Bürokratisierung abbauen. Patienten müssen auf ihren Wunsch über Inhalt und Kosten der Behandlung sowie die Qualität der Versorgung zeitnah und verständlich unterrichtet werden. Krankenkassen wie Leistungserbringer sollten qualitätsgesicherte Auskünfte über Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und die von ihnen erzielte Ergebnisqualität in ausgewählten Bereichen erteilen. Außerdem sollte geprüft werden, inwieweit Vertreter der Patienten in Steuerungsgremien im Gesundheitswesen ein Mitspracherecht erhalten. Die Möglichkeit, Kostenerstattung zu wählen, soll für alle Versicherten - und nicht nur für die freiwillig Versicherten - wieder eingeführt werden. Moderne, leistungsfähige und personenbezogene Datenträger (Chipkarte) dienen der Verbesserung der Transparenz.

10. Solidarischer Wettbewerb, Steuerung durch die Selbstverwaltung

Das deutsche Gesundheitswesen ist gut und international anerkannt. Gleichwohl kann eine Lösung seiner Probleme nur erwartet werden, wenn durch die Einführung

wettbewerbsorientierter Rahmenbedingungen das Eigeninteresse der unmittelbar Beteiligten an Effizienz und Qualität verstärkt und ihre Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten erweitert werden. Die dynamische Kraft, die in der freiheitlichen Ordnung steckt, muss auch im Gesundheitswesen geweckt, Kreativität und Aktivität der dort Tätigen müssen verstärkt werden. Deshalb sind die individuellen Wahlmöglichkeiten der Versicherten und die solidarischen Wettbewerbselemente auszubauen.

Wettbewerb in der GKV soll der Suche nach der ständigen Verbesserung der Versorgung der Patienten in wirtschaftlicher, qualitativer und humaner Hinsicht dienen. Gegen ungerechtfertigte Beschränkungen und unlautere Praktiken ist er zu sichern. Die Wettbewerbsordnung begründet hier wie überall Entscheidungsfreiräume für die Beteiligten und entspricht so dem Menschenbild mündiger Bürger. Der Wettbewerb muss aber dort begrenzt werden, wo er entsolidarisierend und risikoselektierend wirkt und wo er die qualifizierte Versorgung der Versicherten gefährdet.

Deshalb kann auf einen Risikostrukturausgleich nicht vollständig verzichtet werden; er ist aber so zu modifizieren, dass von ihm keine fehlsteuernden Anreize, insbesondere Überkompensationen ausgehen und die Morbidität der Versicherten differenzierter als im geltenden Recht berücksichtigt wird.

Für eine zukunftsfähige GKV muss der bisher vernachlässigte Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern um die bessere Versorgungslösung gefördert werden. Erst innovative Öffnungen der Anbieterseite ermöglichen einen effizienzfördernden Wettbewerb um Versorgungsstrukturen, Versorgungsqualitäten und Vergütungen/Preise in der GKV. Deshalb müssen in allen Versorgungsbereichen die kollektivvertraglichen Strukturen flexibler gestaltet werden.

Der vertragliche Wettbewerb benötigt ein Vergütungssystem, das dazu beiträgt, die ärztliche Therapiefreiheit auf eine rationale medizinische Basis zu stellen und von ökonomischen Erwägungen möglichst unabhängig zu machen. Deshalb brauchen wir ein rationales Preissystem in allen Gesundheitsbereichen, mit dem die sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Vergütungsbereich

schrittweise überwunden werden kann. Das Vergütungssystem muss so gestaltet werden, dass der Arzt nicht länger der einzige Beruf ist, der darüber im Unklaren bleibt, was er für seine Leistung bekommt.

Das Vertragssystem zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern hat sich grundsätzlich bewährt. Die vertragliche Steuerung durch die Selbstverwaltung verdient den Vorzug gegenüber staatlichem Dirigismus. Allerdings sollte die Verpflichtung der Kassenarten zu einheitlichem und gemeinsamem Handeln abgebaut werden. Die Bindung der Krankenkassen an das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen sollte gelockert werden. Wettbewerb und Monopole vertragen sich nicht.

Im Arznei- und Hilfsmittelsektor hat sich das Festbetragskonzept als wettbewerbsförderndes Modell der begrenzten Leistungszusage für die Versicherten erwiesen. Es definiert die Kernleistungszusage der GKV gegenüber ihren Versicherten und lässt die preislich teurere Wahlleistung offen. Dieses Modell hat sich auch bei der zahnärztlichen Behandlung bewährt und sollte konsequent weiter entwickelt werden, insbesondere dort, wo Versicherte eine Versorgung wünschen, die über das Ausreichende und Zweckmäßige hinausgeht.

Auch unterschiedliche Organisationsstrukturen beeinträchtigen die Wettbewerbsposition der Krankenkassen. Deshalb sollten die Arbeitgeber in der Selbstverwaltung der Ersatzkassen ebenfalls vertreten sein. Alle Krankenkassen sollten geöffnet werden, damit Sonderrechte für einzelne Kassenarten (Errichtungs-, Eröffnungs- und Schließungsoptionen) nicht strategisch im Wettbewerb benutzt werden. Außerdem sollten bundesweit alle Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, ihren Beitragssatz regional zu differenzieren.

Den privaten Krankenversicherungsunternehmen soll die Möglichkeit direkter Vertragsvereinbarungen mit den Leistungserbringern eingeräumt werden.

11. Veränderungen bei der Finanzierung

Die Finanzierung unseres Krankenversicherungssystems erfolgt bisher über die Anbindung an den Lohn. Sie führt auf Grund der gesellschaftlichen und arbeitsmarktlichen Veränderungen, aber auch durch gesetzliche Verschiebungen zu Lasten der GKV (z.B. Absenkung der Beiträge für Arbeitslose) nur mehr zu einem schwachen Wachstum der Beitragseinnahmen. Andere Einkommensarten erlangen eine immer größere Bedeutung, ohne dass sie generell zur Beitragsbemessung herangezogen werden. Mit Beitragseinnahmen aus dem Lohn allein werden wir aber den medizinischen Fortschritt und die demografischen Herausforderungen nicht finanzieren können.

Es sollte geprüft werden, ob sonstige Einkommen zur Beitragsbemessung herangezogen werden. Dies könnte stufenweise über einen längeren Zeitraum geschehen, wobei die Erhebung z.B. durch Freibeträge erleichtert werden könnte. Eine solche Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage könnte zu einer Verringerung der Beitragssatzlast für alle Beitragszahler führen.

Die beitragsfreie Familienversicherung von Ehegatten und Kindern ist für uns ein wesentliches Element des Solidarausgleichs in der GKV. Sie soll deshalb beibehalten werden; ihre Ausgliederung wäre nur dann akzeptabel, wenn der Familienlastenausgleich auf andere Weise mindestens im gleichen Umfang realisiert würde. Es sollte aber geprüft werden, ob die Beitragsfreiheit von familienversicherten Ehegatten aus Gründen der Solidarität in dem großzügigen Umfang wie bisher aufrechterhalten werden kann.

12. Für eine realistische und sozial verträgliche Krankenhausreform

Die Einführung eines neuen Vergütungssystems bis zum Jahr 2003/2004 wird zu einer Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft führen. Um Verwerfungen zu vermeiden, müssen auch krankenhausspezifische und auf das einzelne Krankenhaus bezogene Besonderheiten berücksichtigt werden; dazu ist eine mehrjährige Anpassungsphase erforderlich. Die Vergütungen sollten als prospektiv festzulegende Festpreise ausgestaltet werden. Mengenüberschreitungen aus medizinischer Notwendigkeit müssen auch weiterhin möglich sein und sollten über degressive Vergütungsregelungen finanziert werden.

Auch für den Krankenhausbereich ist eine wettbewerbliche Orientierung erforderlich. Ein funktionsfähiger Wettbewerb um Qualität und Versorgungseffizienz im Krankenhaus entsteht nur, wenn über die Krankenhausentgelte (Preise) sowohl die Betriebs- als auch zunehmend die Investitionskosten vergütet werden. Deshalb sollte das duale Finanzierungssystem modifiziert werden. Die Krankenkassen sollten die Anlagegüter und die Instandhaltung übernehmen, während die Länder weiterhin Krankenhausneubauten, -ausbau und -sanierung einschließlich der Medizintechnik finanzieren sollten.

Die letzte Verantwortung für die Krankenhausplanung sollte bei den Ländern verbleiben. Gleichwohl ist durch eine einheitliche Finanzverantwortung eine ökonomisch sinnvolle Steuerung der Mengen, der Preise und der Qualität der Leistungen im stationären Sektor erreichbar. Deshalb gehört zur wettbewerblichen Steuerung der Krankenhausversorgung auch eine neue Definition der bisher bestehenden Planungshoheit der Länder. Sie sollte auf eine mehr auf Leistungsstrukturen bezogene Krankenhausrahmenplanung beschränkt werden, die die Standorte festlegt, jährlich fortgeschrieben wird und an der die Krankenkassen über einen Planungsausschuss verantwortlich beteiligt werden. Die Verzahnung ambulant-stationär sowie die Verzahnung von Akutversorgung und Rehabilitationsversorgung muss durch eine Kooperation im Rahmen von Modellvorhaben und integrierten Versorgungsstrukturen gefördert werden. Dafür sind die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu verbessern.

Der durch das neue Vergütungssystem forcierte Wettbewerb darf nicht zu einem Verschwinden der Trägervielfalt im Krankenhauswesen führen. Das Leistungsangebot sollte bedarfsorientiert sein und nicht nur durch ökonomische Bedingungen sondern auch durch soziale und solidarische Vorgaben strukturiert sein. Die Krankenhäuser sollten verpflichtet werden, Informationen zur Ergebnisqualität zu veröffentlichen. Außerdem sollte überlegt werden, in den Wettbewerb im stationären Sektor auch die Krankenhäuser einzubeziehen, die nicht im Landeskrankenhausplan berücksichtigt werden. Den berechtigten Forderungen nach einer ausreichenden Personalausstattung muss Rechnung getragen werden.

13. Lösung von Schnittstellenproblemen

Um die Zielgenauigkeit der sozialen Sicherungssysteme zu verbessern und Reibungsverluste zu vermeiden, darf die Reform des Gesundheitswesens sich nicht in einer Neuordnung des Krankenversicherungssystems erschöpfen, sondern muss den Bereich der Pflege, der Rehabilitation und der Behindertenhilfe mit einschließen. Vor allem am Beispiel der Pflegeversicherung ist deutlich geworden, dass sich etwa der Bedarf der älteren Mitbürger an Sozialleistungen auf mehrere Sicherungssysteme erstreckt, insbesondere auf die Rentenversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Sozialhilfe. Die heute daraus folgende Notwendigkeit, mehrere soziale Leistungsträger in Anspruch nehmen zu müssen, muss Anlass sein, über die Veränderung von Zuständigkeiten nachzudenken, um die Zielgenauigkeit und Effizienz der Leistungsgewährung zu erhöhen. Die Zusammenführung von Pflegeversicherung und Krankenversicherung ist in diesem Zusammenhang zu prüfen.

14. Wachsender Gesundheitsmarkt als Chance der Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik

Die vorrangige Aufgabe unseres Gesundheitswesens ist es, Leben zu retten, Krankheit zu heilen, Gesundheit zu erhalten, Leiden zu lindern und Sterbenden zu helfen. Zur Wirklichkeit gehört auch die Tatsache, dass das Gesundheitswesen mit insgesamt 4,2 Millionen Arbeitsplätzen einer der größten Arbeitgeber in Deutschland ist. Alle arbeitsmarktpolitischen Analysen gehen davon aus, dass gerade das Gesundheitswesen ein gesamtwirtschaftlicher Wachstumsmarkt der Zukunft ist. Deshalb müssen bei den Reformansätzen, die GKV zukunftsfest zu machen, diese dynamischen Wachstumschancen entfaltet werden, ohne dass die Finanzierung der GKV dadurch gefährdet wird.

15. Gesetzliche Krankenversicherung auf Europa vorbereiten

Wir wollen mit unserer Gesundheitspolitik die Vorteile des europäischen Binnenmarktes sinnvoll und ohne Verlust an Solidarität allen Bürgern auch im Gesundheits- und Pflegesektor zukommen lassen, ohne dass wir eine

Harmonisierung der sozialen Sicherungssysteme in Europa anstreben. Deshalb sollte der deutsche Gesetzgeber selbst alle erforderlichen Schritte zu einem verbesserten Zugang zu Gesundheitsleistungen in Europa einleiten. Krankenkassen müssen die Möglichkeit erhalten, unter Beachtung verbindlicher deutscher Standards Verträge mit ausländischen Dienstleistern zu schließen; Gesundheitsdienstleister in Deutschland müssen mit Krankenversicherungen der EU-Mitgliedstaaten kontrahieren können. Außerdem müssen wir dafür sorgen, dass die Reformansätze für die GKV vor den Anforderungen des EU-Rechts und des Europäischen Gerichtshofs bestehen können.

**Kommission Humane Dienste –
Gesundheit, Pflege und Rehabilitation**

Vorsitzender

Ulf Fink MdB

Mitglieder

Hermann-Josef Arentz MdL

Vorsitzender der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft Deutschlands

Dr. Hans-Georg Faust MdB

Wolfgang Lohmann MdB

Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Johannes Pöttering

Mitglied des Bundesvorstands der Jungen Union Deutschlands

Dr. Wilfried Prewé

Hauptgeschäftsführer der Industrie- und Handelskammer Hannover-Hildesheim

Peter Rauen MdB

Vorsitzender der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU

Erika Reinhardt MdB

Rüdiger von Voss

Bundesgeschäftsführer des Wirtschaftsrates der CDU e.V.

Baldur Wagner

Staatssekretär a.D.

Annette Widmann-Mauz MdB

Sachverständige

Dr. Warnfried Dettling

Günter Dibbern

Mitglied des Vorstandes der DKV AG

Dieter Hanz

Ministerialdirigent

Karl Jung

Staatssekretär a.D.

Vorsitzender des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen

Prof. Dr. Eckhard Knappe

Universität Trier

Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Löwisch

Universität Freiburg

Dr. Ulrich Oesingmann

Ehrevorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Dr. Frank Michael Pietzsch MdL

Minister für Soziales, Familie und Gesundheit des Freistaates Thüringen

Dr. Herbert Rische

Präsident der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Dr. Ulrich Roppel

Bundesknappschaft

Gerhard Schulte

Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes Bayern

Karin Schwemin
Vorstandsvorsitzende der AOK Hamburg

Prof. Dr. Eberhard Wille
Universität Mannheim

Prof. Dr. Klaus Zimmermann
Wissenschaftlicher Direktor des IZA Bonn

Dr. Manfred Zipperer
Ministerialdirektor a.D.

Geschäftsführung

Albert Markstahler
Referent für Gesundheit und Pflege der CDU-Bundesgeschäftsstelle