

Gute Versorgung – gerecht und sozial

Unser Gesundheitswesen zukunftssicher machen

Wir wollen auch in Zukunft ein langfristig finanzierbares und vor allem solidarisches Gesundheitswesen. Dies war unser Ziel bei den Verhandlungen mit unserem Koalitionspartner CDU/CSU. Alle Menschen sollen die medizinische Versorgung erhalten, die sie brauchen, und am medizinischen technischen Fortschritt teilhaben können und zwar unabhängig von ihrem Einkommen.

Die Versicherten kommen für uns zuerst

Für uns stehen die Versicherten, die Patientinnen und Patienten und soziale Gerechtigkeit an erster Stelle. Wir haben uns dafür eingesetzt, dass das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhalten bleibt, dies ist uns auch gelungen. Die SPD-Bundestagsfraktion konnte eine allgemeine Versicherungspflicht durchsetzen. Wir haben uns dafür stark gemacht, dass dies die erste Gesundheitsreform ist, die ohne Leistungskürzungen und ohne weitere Zuzahlungen auskommt. Uns war es wichtig, dass die Versicherten mehr Leistungen, mehr Wahlmöglichkeiten und eine bessere Versorgung erhalten. Wir haben mehr Transparenz und Effektivität bei den Finanzströmen im System der GKV erreicht und den bürokratischen Aufwand z. B. auf Seiten der Ärzte, der Krankenkassen und der Versicherten vermindert.

Der SPD-Bundestagsfraktion kam es darauf an, dass die Ausgaben der GKV für gesamtgesellschaftliche Aufgaben zunehmend solidarischer aus Steuermitteln finanziert werden. Entscheidend war für uns auch, die stark variierende Einnahme- und Ausgabensituation der einzelnen Krankenkassen, die sich aus der unterschiedlichen Verteilung der Einkommen der Versicherten und der Risiken,

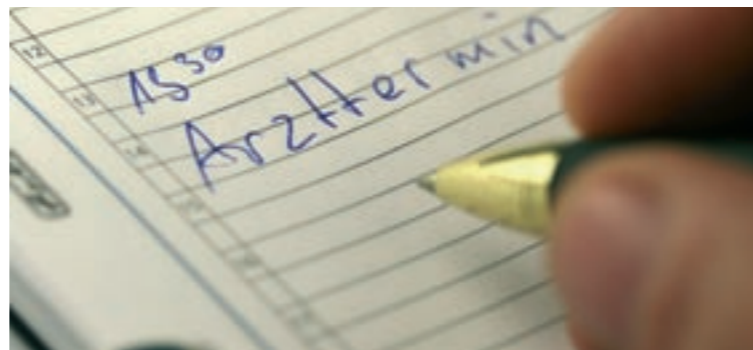
die durch Alter und Krankheit entstehen, solidarischer als bisher auszugleichen. Und wir haben erreicht, dass die private Krankenversicherung (PKV) sich ihre Versicherten im neuen Basistarif nicht wie bisher aussuchen kann, sondern sie in Zukunft ohne Risikoprüfung versichern muss. Außerdem konnten wir durchsetzen, dass in der PKV durch die Möglichkeit der Mitnahme der Alterungsrückstellungen erstmals Wettbewerb entsteht.

Krankenversicherung für alle – kein Rosinenpicken für die Privaten

Dank der SPD-Bundestagsfraktion gibt es zum ersten Mal ab 1. Januar 2009 einen Versicherungsschutz gegen Krankheitsrisiken für alle, die in unserem Land leben. Und das zu bezahlbaren Tarifen. Nichtversicherte, die dem GKV-System zuzuordnen sind, werden bereits ab 1. April 2007 in die GKV aufgenommen. Für Selbstständige mit kleinen Einkünften von bis zu 1.225 Euro pro Monat wird die GKV künftig günstigere Beiträge anbieten. Nichtversicherte, die früher privat versichert waren oder die dem PKV-System zuzuordnen sind, wie z. B. Selbstständige, Freiberufler und Beamte, können sich ab 1. Juli 2007 im erweiterten Standardtarif der PKV versichern und das ohne die bisher übliche Gesundheitsüberprüfung. Außerdem hat der Versicherte einen Anspruch darauf, dass das Versicherungsunternehmen mit ihm einen Vertrag abschließt. Die PKV darf im erweiterten Standardtarif niemanden mehr wegen Krankheitsrisiken ablehnen. Ab 1. Januar 2009 ist die PKV dann verpflichtet, einen Basistarif zu den genannten Konditionen anzubieten, der das Leistungsangebot der GKV umfasst und nicht teurer als der Höchstbeitrag der GKV (derzeit monatlich ca. 500 Euro) sein darf. Er löst den erweiterten Standardtarif ab. Damit niemand durch die Beitragszahlungen finanziell überfordert wird, wurden in der PKV Sozialklauseln zur Reduktion der Beiträge und für Bedürftige Zuschüsse durch die Grundsicherungsträger vorgesehen. In der GKV richten sich die Beiträge generell nach dem jeweiligen Einkommen des Versicherten.

Mehr Leistungen und keine Zuzahlungen

Es ist die erste Gesundheitsreform, die ohne Leistungskürzungen und Zuzahlungen für die Versicherten der GKV auskommt. Dort, wo es notwendig ist, werden Leistungen zielgerichtet ausgebaut wie z. B. bei der speziellen Versorgung zur Linderung von Beschwerden bei Sterbenden und Schwerstkranken (sog. Palliativmedizin) und bei der häuslichen Krankenpflege für Pflegebedürftige und Behinderte. Außerdem gehören nun alle Impfungen, die von der Ständigen Impfkommision empfohlen werden, genauso in den Pflichtleistungskatalog der GKV wie Eltern-Kind-Kuren, Reha-Maßnahmen für ältere und pflegebedürftige Menschen sowie alle weiteren Leistungen der medizinischen Reha. Private Unfälle sind dank der SPD-Bundestagsfraktion auch weiterhin über die GKV abgesichert. Wer allerdings nicht medizinisch bedingte Eingriffe (wie Schönheitsoperationen oder Piercings) vornehmen lässt, kann jetzt stärker als bisher an den Folgekosten beteiligt werden.



Mehr Wahlmöglichkeiten und bessere Versorgung

Die Versicherten der GKV erhalten nun mehr Wahlmöglichkeiten zwischen Versicherungs-, Selbstbehalt- und Kostenerstattungstarifen. Die SPD-Bundestagsfraktion hat erreicht, dass das sogenannte Sachleistungsprinzip in der GKV die Regel bleibt. Danach erhalten Patientinnen und Patienten die notwendige Versorgung bei Vorlage ihrer Versichertenkarte und die Leistungserbringer wie z. B. Ärzte oder Krankenhäuser rechnen mit den Kas-

sen ab. Beim Modell der Kostenerstattung strecken die Versicherten die Kosten vor und bekommen sie gegebenenfalls zum Teil von den Kassen erstattet. Die Kassen sind verpflichtet, ihre Versicherten vor einem möglichen Wechsel in den Kostenerstattungstarif umfangreich über bestehende Risiken aufzuklären und sie zu beraten. Alle Krankenkassen müssen ihren Versicherten künftig Hausarzttarife anbieten. Zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung von Patienten und zur Erreichung einer lückenlosen Versorgungskette wird die integrierte Versorgung ausgebaut. Dabei arbeiten zur optimalen Behandlung der Patientinnen und Patienten Haus- und Fachärzte, nichtärztliche Leistungserbringer wie z. B. Physiotherapeuten und weitere Heilberufe, Krankenhäuser sowie Apotheken eng zusammen.

Gesundheitsbewusstsein wird honoriert

Aktive Vorsorge wird künftig noch mehr gefördert. Versicherte, die bestimmte Verhaltensanreize (z. B. Vorsorgeuntersuchungen) wahrnehmen oder die im Krankheitsfall eine optimale Versorgung (z. B. Integrierte Versorgung oder Hausarztmodell) wählen, sollen von ihrer Krankenkasse besser gestellt werden, als diejenigen, die keine gesundheitliche Verantwortung für sich selbst übernehmen.

Bei Chronikern wird die Belastungsgrenze bei Zuzahlungen in Höhe von 1 Prozent des Haushaltseinkommens an eine regelmäßige Wahrnehmung von wissenschaftlich unstrittigen Vorsorgeuntersuchungen gebunden. Selbstverständlich gilt diese Regelung nur für die Zukunft. Versicherte, die heute bereits chronisch krank sind und von der 1-Prozent-Regelung profitieren, können diese auch weiterhin in Anspruch nehmen. Auch für Versicherte, die beim Inkrafttreten des Gesetzes auf Grund ihres Alters die Vorsorgeuntersuchungen nicht mehr vollständig in Anspruch nehmen können, gilt dasselbe, wenn sie einmal chronisch krank werden sollten.

Mehr Effektivität und Transparenz

Auch weiterhin werden die Arbeitgeber an der Finanzierung der Krankenkassenbeiträge beteiligt, genauso wie an steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Das wollten CDU/CSU übrigens ändern. Ab 1. Januar 2009 gibt es einen bundeseinheitlichen Beitragssatz in der GKV, der von der Regierung festgelegt wird. Dadurch fallen die bisherigen Unterschiede bei den Beitragssätzen zwischen den einzelnen Kassen und Regionen weg, die bis zu 3 Prozent ausmachen. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben der GKV werden ab 2007 zunehmend aus Steuern finanziert. Der Steuermittelanteil wurde während der Verhandlungen noch deutlich ausgebaut. Er beträgt 2007 und 2008 2,5 Milliarden Euro und steigt dann jährlich um 1,5 Milliarden bis auf 14 Milliarden an. Alle GKV-Beiträge und Steuermittel fließen ab 1. Januar 2009 in den neuen Gesundheitsfonds. Daraus erhalten alle Kassen einen einheitlichen Betrag pro Versichertem, der sich an der Risikoverteilung (Alter, Krankheit und Geschlecht) unter ihren Versicherten orientiert. Durch den Fonds werden außerdem die Einkommensunterschiede zu 100 Prozent ausgeglichen. Dadurch ist der „Wert“ eines jeden Versicherten für die Versicherungen gleich und der Konkurrenzkampf der Kassen um möglichst junge, gesunde Versicherte mit hohen Einkünften wird überflüssig. Das alles entspricht dem Grundgedanken der GKV als Solidargemeinschaft und macht die Finanzströme innerhalb unseres Gesundheitssystems insgesamt für die Kassenmitglieder nachvollziehbarer. Werden Überschüsse erwirtschaftet, können Beitragsrückerstattungen an die Versicherten ausgezahlt werden.



Wenn die Kassen trotz aller wirtschaftlicher Anstrengungen mit den Zuweisungen aus dem Fonds nicht auskommen, können sie einen prozentualen oder festen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten erheben. Die SPD-Bundestagsfraktion hat durchgesetzt, dass der Zusatzbeitrag nicht mehr als 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens betragen darf. Wenn ein Zusatzbeitrag erhoben oder verändert wird, müssen die Kassen ihre Mitglieder über die Möglichkeit eines Kassenwechsels informieren. Nimmt der Versicherte sein Kündigungsrecht wahr, muss im Kündigungszeitraum (2 bis 3 Monate) der Zusatzbeitrag nicht bezahlt werden. Jede Kasse – auch die, die eine Auszahlung leistet – muss Wechselwillige aufnehmen.

Mehr Wettbewerb bei den Privaten

Damit ein Versicherter künftig von der GKV in die PKV wechseln kann, muss sein Einkommen in drei aufeinanderfolgenden Jahren oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von monatlich 3.975 Euro liegen. Damit werden vorschnelle Wechsel vermieden. Mehr Wettbewerb im PKV-System entsteht vor allem dadurch, dass nun die Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel in einen anderen Tarif oder zu einem anderen Versicherungsunternehmen im Umfang des Basistarifs übertragen werden können. Bislang war ein privat Versicherter quasi an die einmal getroffene Entscheidung für ein bestimmtes Versicherungsunternehmen gebunden. Nach 10 bis 20 Jahren Vertragsdauer mit einer PKV war ein Wechsel für den Versicherten finanziell kaum tragbar. Er scheiterte vor allem daran, dass ein privat Versicherter die aus seinen eigenen Beiträgen aufgebauten Alterungsrückstellungen nicht auf eine neue Versicherung übertragen konnte. Diese verblieben bislang bei der früheren Versicherung und waren für den Versicherten verloren. Zudem wurde beim Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages sein aktuelles Alter zu Grunde gelegt und nicht das des Vertragsbeginns in der früheren Versicherung. Viele Menschen wurden durch die bestehenden Bedingungen bislang am Wechsel des Ver-

sicherungsunternehmens gehindert. Wir wollen, dass die Verbraucherrechte der privat Versicherten gestärkt werden und es für sie einfacher wird, wenn sie mit ihrem Versicherungsunternehmen nicht mehr zufrieden sind, eine bessere oder günstigere Versicherung abzuschließen.

Gutes Ergebnis mit sozialdemokratischer Handschrift

Dass die Verhandlungen über die Gesundheitsreform 2007 hart sein würden, war allen von vornherein klar. Schließlich liegen die Modelle beider Koalitionspartner zur Reform unseres Gesundheitswesens weit auseinander. Während die SPD die solidarische Bürgerversicherung anstrebt, wollen CDU/CSU die Kopfpauschale, bei der der Manager und die Sekretärin den gleichen Festbeitrag bezahlen sollen. Dennoch konnten die Verhandlungsführer der SPD-Bundestagsfraktion entscheidende Verbesserungen für die Menschen durchsetzen und einschneidende Ungerechtigkeiten verhindern. Wir schreiben damit unsere 1998 begonnene Gesundheitspolitik fort.



Die solidarische Bürgerversicherung bleibt das Ziel

Gerade weil die Menschen in unserem Land immer älter werden und wir wollen, dass auch allen älteren Menschen der medizinische Fortschritt zur Verfügung steht, brauchen wir mehr Solidarität. Und mehr Solidarität heißt solidarische Bürgerversicherung. Mit der Gesundheitsreform wurden wichtige Voraussetzungen dafür

geschaffen. Den Weg zur solidarischen Bürgerversicherung gehen wir weiter. Sie bleibt unser Modell für eine sozial gerechte Finanzierung unseres Gesundheitswesens. Wir wollen, dass junge für alte Menschen, Reiche für Arme und Gesunde für Kranke eintreten und dass die Finanzierung unseres Gesundheitswesens auf mehr Schultern verteilt wird. Wir wollen, dass alle Menschen zu den gleichen Bedingungen versichert werden und die Grenzen zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung überwinden.

Gesundheitsreform 2007: Was tritt wann in Kraft

Ab 1. April 2007:

- Versicherungspflicht in der GKV
- Neuer Krankenkassenbeitrag in der GKV für Selbstständige mit kleinen Einkünften
- Erweiterung des Leistungskatalogs in der GKV
- Finanzielle Beteiligung von Versicherten an den Folgekosten medizinisch nicht notwendiger Maßnahmen
- Förderung des Ausbaus der integrierten Versorgung
- Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln
- Entwicklung von Maßnahmen gegen den Missbrauch von Versicherungskarten

Ab 1. Juli 2007:

- Beitrittsrecht für Versicherte des PKV-Systems

Ab 1. Januar 2009:

- Versicherungspflicht für alle
- Einführung des Basistarifs in der Krankenversicherung
- Wechselmöglichkeit in den Basistarif jedes beliebigen PKV-Unternehmens
- Start des Gesundheitsfonds
- Einführung einer neuen vertragsärztlichen Euro-Gebührenordnung

Impressum

Herausgeberin:
SPD-Bundestagsfraktion
Petra Ernstberger MdB
Parlamentarische Geschäftsführerin

Bezugsadresse:
SPD-Bundestagsfraktion
Öffentlichkeitsarbeit
Platz der Republik 1
11011 Berlin
oder unter:
www.spdfraktion.de

Gesamtherstellung:
SPD-Bundestagsfraktion
Öffentlichkeitsarbeit

Fotos: FOTOLIA | Bilderbox.com

März 2007

Diese Veröffentlichung der SPD-Bundestagsfraktion dient ausschließlich der Information. Sie darf während eines Wahlkampfes nicht zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden.

www.spdfraktion.de

Gute Versorgung – gerecht und sozial

Gesundheitsreform 2007