

Thema Gesundheitsreform

Ein tragfähiger Kompromiss mit SPD-Handschrift

Die Große Koalition hat sich auf eine weit reichende Gesundheitsreform verständigt. Nach langwierigen und schwierigen Verhandlungen haben sich CDU, CSU und SPD jetzt bei den zuletzt offenen Punkten auf einen Kompromiss geeinigt. Die Gesundheitsreform steht. Sie kann Anfang Februar 2007 im Deutschen Bundestag verabschiedet werden.

Unter dem Strich ist die Gesundheitsreform ein tragfähiger Kompromiss, der den Wandel des Gesundheitswesens zu einer Versicherung für alle Bürgerinnen und Bürger öffnet.

- Die SPD hat eine allgemeine Versicherungspflicht für alle durchsetzen können.
- Die Strukturreformen setzen viele unserer Forderungen um und tragen die Handschrift der SPD.
- Mit dieser Gesundheitsreform wird durch die Aufnahme von sinnvollen und medizinisch notwendigen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Versorgungsqualität der Versicherten verbessert – insbesondere die von älteren und schwerstkranken Patienten und Patientinnen.
- Auch in Zukunft werden alle die notwendige medizinische Versorgung erhalten und am medizinischen Fortschritt teilhaben.
- In der Privaten Krankenversicherung (PKV) wird

durch die Möglichkeit bei einem Kassenwechsel, die Alterungsrückstellungen mitzunehmen, und durch den Basistarif mit Kontrahierungszwang (Pflicht der Kassen zu Aufnahme von Versicherten) erstmals Wettbewerb ermöglicht.

- Die unterschiedliche Einnahmestruktur und die krankheitsbedingten Ausgaben der einzelnen Kassen werden solidarischer als bisher ausgeglichen.
- Mit dem Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben aus dem Bundeshaushalt wird die GKV auf eine langfristig stabilere und gerechtere Basis gestellt. Dies ist eine grundlegende Neuerung bei der Finanzierung des Gesundheitswesens, weil jetzt auch langfristig möglich ist, die besonders gut Verdienenden an der solidarischen Finanzierung zu beteiligen.

Unsere Ziele und Erfolge

Durch die Gesundheitsreform wird unser Gesundheitswesen zukunftsweisend in den Struk-

turen, in der Organisation, in den Finanzen und vor allem in der privaten Krankenversicherung umgestaltet.

Wir haben unsere Ziele als Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten erreicht:

- die Qualität der Versorgung für die Menschen zu verbessern und allen Menschen Versicherungsschutz zu geben,
- die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten zu erhöhen,
- durch mehr Wirtschaftlichkeit, Transparenz, Wettbewerb und Bürokratieabbau die Krankenversicherung fit für die Zukunft zu machen.

Versicherungspflicht für alle – ein sozialpolitischer Meilenstein

Die SPD konnte ihre Forderung nach einer **Versicherungspflicht für alle** durchsetzen. Dies war der wichtigste der zuletzt noch offenen Punkte. Damit besteht ab dem 1. 1. 2009 zum ersten Mal in der deutschen Sozialgeschichte für alle Einwohnerinnen und Einwohner die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen. Die Bezahlbarkeit der Krankenversicherung ist dabei sichergestellt.

Die Versicherungspflicht ist ein sozialpolitischer Meilenstein!

Im Einzelnen sieht dies so aus:

- Ab dem 1. 1. 2009 müssen alle Bürgerinnen und Bürger einen Krankenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Versorgung abschließen.
- Für Versicherte, die bisher in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, gilt dies ab dem 1. 4. 2007.
- Ab dem 1. 1. 2009 müssen sich alle, die weder gesetzlich versichert sind noch einen anderweitigen Krankenversicherungsschutz (wie beispielsweise die freie Heilfürsorge) haben, privat versichern. Sie müssen sich entweder über den neuen Basistarif mit Kontrahie-

rungszwang (Pflicht der der Kassen zur Aufnahme von Versicherten) und bezahlbaren Prämien oder in einem anderen Tarif einer privaten Krankenversicherung für ambulante und stationäre Leistungen absichern.

Zugang für Nichtversicherte in einen Standardtarif ab 1.7.2007

Personen, die bislang nicht krankenversichert waren und nicht gesetzlich versichert werden können, erhalten ab dem 1. 7. 2007 und damit 6 Monate früher als ursprünglich vorgesehen, die Möglichkeit sich im bisherigen Standardtarif der PKV ohne Risikoprüfung und -zuschläge zu versichern. Die PKV muss sicherstellen, dass die Betroffenen, die diesen Standardtarif nutzen, auch von den Ärzten behandelt werden. Der Standardtarif wird zum 31. 12. 2008 in den neuen Basistarif überführt, der ihn ersetzt.

Zugang zum Basistarif ab 1. 1. 2009

Zugang zum neuen Basistarif erhalten

- alle Nichtversicherten, die zum PKV-System gehören,
- alle freiwillig in der GKV Versicherten innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten nach Beendigung der Versicherungspflicht und
- bis zum 30. 06. 2009 alle freiwillig Versicherten, deren Versicherungspflicht vor dem 1.1.2009 beendet war,
- alle Bestandskunden der PKV bis zum 30. 06. 2009 in den Basistarif jedes beliebigen PKV-Unternehmens und danach in den Basistarif ihres Versicherungsunternehmens, wenn sie mindestens 55 Jahre alt sind oder durch die Zahlung der Versicherungsprämie bedürftig würden.

Für neu PKV-Versicherte ab dem 1. 1. 2009

Ab dem 1. 1. 2009 geschlossene PKV-Neuverträge müssen das Wechselrecht in den Basistarif jedes beliebigen Unternehmens mit entsprechender Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen enthalten.

Altersrückstellungen werden unter folgenden Bedingungen in den neuen Vertrag übertragen:

- **vollständig:** beim Wechsel vom Volltarif in den Basistarif des gleichen Versicherungsunternehmens
- **im Umfang des Basistarifs:** beim Wechsel in ein anderes Versicherungsunternehmen in den Volltarif oder den Basistarif

Wichtig: Im Basistarif besteht jeweils „Kontrahierungszwang“. Das heißt: Das Versicherungsunternehmen kann die Aufnahme nicht verweigern.

Bessere Leistungen – keine Kürzungen

Diese Gesundheitsreform ist die erste seit vielen Jahren, die den Patientinnen und Patienten keine neuen Lasten aufbürdet:

- Es gibt keine Zuzahlungserhöhung.
- Es gibt keine Ausgrenzung von Leistungsbe-reichen.

Im Gegenteil: Da wo es notwendig ist, werden Leistungen zielgenau ausgebaut:

Ambulante Versorgung in Krankenhäusern

Bei der Versorgung von Menschen mit schweren Krankheiten, wie Krebserkrankungen oder seltenen Krankheiten, die Spezialisten erfordern, werden die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung geöffnet.

Palliativversorgung

Bei der Versorgung Sterbenskranker werden so genannte „Palliativ Care Teams“ aus ärztlichem und pflegerischem Personal zugelassen, um ein würdevolles Sterben mit möglichst wenig Schmerzen zu ermöglichen.

Es wurden weitere Verbesserungen im Bereich der ambulanten Versorgung vereinbart. So wird klargestellt, dass auch Kinder die Leistung in Anspruch nehmen können und deren besondere Be-lange zu berücksichtigen sind.

Rehabilitation

Um für die Versicherten mehr Rechtssicherheit zu schaffen, werden neben Eltern-Kind-Kuren und

geriatrischer Rehabilitation jetzt auch alle anderen Rehabilitationsleistungen in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen. Dies stärkt die Rehabilitation, die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit, insgesamt. Dieser Fortschritt konnte ebenfalls in den letzten Verhandlungen erreicht werden.

Schutzimpfungen

Medizinisch empfohlene Impfungen werden in Zukunft von den Kassen bezahlt.

Vorsorge und Zuzahlungsgrenze

Nicht nur die Teilnahme an Vorsorgeleistungen, sondern auch das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit oder Behinderung berechtigt künftig zur Inanspruchnahme der Chronikerregelung, der abgesenkten Belastungsgrenze bei Zuzahlungen von 1% des Einkommens.

Im Einzelfall können Ärztin oder Arzt bescheinigen, dass die Patientin oder der Patient sich aktiv am Genesungsprozess beteiligt, wenn kein Behandlungsprogramm genutzt wird oder genutzt werden kann.

Medizinischer Fortschritt

Der unmittelbare Zugang zu besseren Arzneimitteln und zu neuen diagnostischen und therapeutischen Verfahren soll erhalten bleiben. Deshalb müssen sich künftig neue Produkte und Medikamente an ihrem Nutzen und an ihren Kosten messen lassen. Die begrenzten Mittel sollen nicht für fragwürdige Therapien oder gar Schein-Innovationen ausgegeben werden. Die Prüfung erfolgt durch die zuständigen Gremien und Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung von gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern, insbesondere durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Selbstständige

Selbstständige können sich in Zukunft günstiger in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern. Der Mindestbeitrag für Selbstständige kann über die Satzung der Kassen entsprechend abgesenkt werden.

Der neue Gesundheitsfonds: Mehr Wettbewerb und Transparenz im Gesundheitssystem

Mit Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz für die Krankenversicherung. Damit gelten wie in allen übrigen gesetzlichen Sozialversicherungen (Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) einheitliche Beitragssätze. Durch den Ausgleich der unterschiedlichen Finanzkraft der Kassen wird die gesamtstaatliche Solidarität gestärkt.

Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen für jeden Versicherten den gleichen Betrag. Dieser wird gleichzeitig nach Alter, Geschlecht und bestimmten Krankheitsfaktoren verändert – das ist das Ziel des neuen Risikostrukturausgleichs.

Der neue Risikostrukturausgleich – mehr Solidarität

Der neue, zielgenaue so genannte „morbidity-orientierte“ Risikostrukturausgleich orientiert sich an den jeweils unterschiedlichen Krankheitsrisiken der Versicherten der einzelnen Kassen. Maßstab sind dabei die Aufwendungen der Kassen für die Behandlung bestimmter schwerer Krankheiten mit hohen Behandlungskosten. Der neue Risikostrukturausgleich wird ebenfalls zum 1. Januar 2009 eingeführt, zeitgleich mit dem Fonds. Krankenkassen, die besonders viele Menschen versichern, die hohe Krankheitsrisiken haben, bekommen Zuschläge. So wird das schädliche „Rosinenpicken“ der guten Risiken unter den gesetzlichen Kassen verhindert. Die Solidarität ist gestärkt!

Der Zusatzbeitrag – niemand wird überfordert

Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Mitteln nicht aus, erhebt sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag. Dieser Zusatzbeitrag darf 1 % des beitragspflichtigen Einkommens der Versicherten nicht übersteigen. Feste oder prozentuale Zusatzbeiträge in einer Höhe bis zu 8 Euro werden – falls für die Kasse erforderlich – ohne Einkommensprüfung erhoben. Wird ein Zusatzbeitrag erforderlich, muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels hinweisen.

Mehr Wettbewerb im System – für bessere Leistungen

Das neue Finanzierungssystem macht die Leistungen der Krankenkassen beim Leistungs- und Kostenmanagement transparent. Eine Krankenkasse, die besser wirtschaftet, kann ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen bzw. Beitragsrückerstattungen gewähren. Eine Kasse die schlechter wirtschaftet, muss bei ihren Mitgliedern einen zusätzlichen Beitrag erheben. Dann jedoch kann das Mitglied zu einer günstigeren Kasse wechseln.

Die Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. die Auszahlung eines Bonus setzt ein deutlicheres Preissignal als die gegenwärtigen prozentualen Beitragssatzunterschiede. Daher werden die Kassen viel stärker als bisher die Vertrags- und Tarifmöglichkeiten nutzen, um zu Kosteneinsparungen zugunsten der Versicherten zu kommen.

Breitere Angebote der Kassen – für zielgenaue Versorgung

Damit die Kassen den neuen Anforderungen gerecht werden, wird der Wettbewerb zusätzlich gestärkt, indem jede Krankenkasse verpflichtet wird, den Versicherten Wahlmöglichkeiten zu gewähren: Neben Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarifen muss jede Kasse auch eine Hausarztversorgung anbieten. Gleichzeitig wird der Spielraum der Krankenkassen für Verträge mit einzelnen Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern sowie bei der Integrierten Versorgung erheblich ausgeweitet.

Wir haben dazu die Möglichkeiten der Krankenkassen erweitert, den Versicherten unterschiedliche Angebote zu machen. Damit sollen diejenigen, die z. B. an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen und etwas für ihre Gesundheitsvorsorge tun oder die im Krankheitsfall eine von ihrer Kasse optimierte Versorgung wählen, besser gestellt werden, als diejenigen, die keine gesundheitliche Verantwortung für sich selbst übernehmen. Wenn Kassen ihre Mitglieder zu einem verantwortungsvollen Handeln bewegen, werden unnötige Kosten vermieden und auf mögliche Zusatzbeiträge kann verzichtet werden.

Strukturreformen – für bessere Leistungen und Transparenz

Leistungserbringer konkurrieren in Zukunft durch gute Qualität und bezahlbare Preise um Verträge mit den Krankenkassen. Dies gilt sowohl für Ärzte und Krankenhäuser wie für die Versorgung mit Arzneimitteln und Hilfsmitteln.

Gleichzeitig erhalten viele Leistungserbringer mehr Transparenz über die Vergütung ihrer Leistungen. Eine neue Gebührenordnung mit Euro- und Cent-Beträgen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung wird das bisherige völlig undurchschaubare Punktesystem ersetzen. Dann weiß jeder Arzt, was er für seine Leistungen bekommt und jeder Patient, was eine Leistung kostet.

Der Beitragseinzug

Bis zum 1. Januar 2011 bleibt die bisherige Struktur des Beitragseinzuges über die Krankenkassen erhalten. Die Kassen können aber die Weichen für gemeinsame Einrichtungen stellen, um die Arbeitgeber von unnötigem Verwaltungsaufwand zu entlasten.

Ab dem 1. Januar 2011 erhalten die Arbeitgeber die Option, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Weiterleitungsstelle zu entrichten. Diese leitet die Beiträge an alle Sozialversicherungsträger weiter. Der neue Spitzenverband „Bund der Krankenkassen“ sichert eine bundesweit einheitliche Einzugspraxis.

Bürokratieabbau

Ein wichtiges Ziel der Reform ist die Entbürokratisierung. Der überbordende Verwaltungsaufwand hemmt eine zielgerichtete, gute Gesundheitsversorgung. Deshalb bauen wir im gesamten System Bürokratie ab:

- bei der ärztlichen Vergütung und den Prüfmechanismen,
- bei den notwendigen Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser,

- bei den neuen und innovativen Versorgungsformen wie z.B. Chronikerprogrammen oder Integrierter Versorgung und
- bei den Entscheidungsstrukturen in den Gremien der Selbstverwaltung und den Verbänden mit ihren zahllosen Vorständen und Stellvertretern.
- Wir heben die überholte Aufteilung in verschiedene Kassenarten auf und ermöglichen Fusionen von Krankenkassen aller Kassenarten.
- Die Verbandsstrukturen der Krankenkassen werden gestrafft. Künftig vertritt ein einheitlicher Spitzenverband (statt bisher sieben) die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene und regelt die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.
- Für den Personalübergang der Beschäftigten der bisherigen Spitzenverbände zum neuen Spitzenverband Bund konnten tragfähige Regelungen vereinbart werden.

Fazit und Ausblick

Die SPD hat sich in zentralen Punkten durchgesetzt. Die SPD wird sich für eine zügige und verlässliche Umsetzung der Reform einsetzen. Den Weg zu mehr Solidarität im Gesundheitswesen wollen wir konsequent weitergehen.

Das politische Ziel der SPD bleibt die solidarische Bürgerversicherung.

Um das Gesundheitswesen auf Dauer auf eine sichere finanzielle Grundlage zu stellen, halten wir am Ziel fest, schrittweise eine steuerfinanzierte Finanzierungssäule für die GKV einzuführen und damit sicherzustellen, dass alle sich nach ihrer individuellen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung beteiligen.

Darüber hinaus muss die unterschiedliche Verteilung der Risiken zwischen GKV und PKV fair ausgeglichen werden. ■