



## Eckpunkte zur Gesundheitsreform

Die Eckpunkte für die Gesundheitsreform stehen fest. Nicht alles, was für uns wünschenswert gewesen wäre, konnten wir erreichen. Das jetzt vorliegende Ergebnis ist ein Kompromiss mit unserem Koalitionspartner. Leider waren mutigere Schritte mit der Union nicht zu machen. Wir hätten gerne die jetzt notwendig gewordenen Beitragssatzerhöhungen vermieden. Dies wäre durch eine stärkere Steuerfinanzierung oder die Einbeziehung weiterer Einkommen möglich gewesen.

In den kommenden Wochen werden die Eckpunkte in Gesetzesform gebracht und im Herbst im Bundestag beraten. Die Reform soll zum 1. Januar 2007 in Kraft treten.



### Warum diese Reform?

Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbständigen Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen ist damit eine dynamische Wirtschaftsbranche mit Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland.

Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen wettbewerbsfähig, und die Qualität der Gesundheitsversorgung wird hierzulande als hoch eingeschätzt. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche auch, dass die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es auch zu Über- und Unterversorgung kommt, die Qualität der Versorgung erheblich variiert und Ressourcen nicht nur an den Schnittstellen nicht effizient genug eingesetzt werden.

Angesichts großer Herausforderungen, insbesondere des demografischen Wandels und des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts, muss das Ge-

sundheitssystem ständig weiterentwickelt werden. Das gilt sowohl für die Finanzierungs- als auch für die Versorgungsseite.

### Effiziente Strukturen für das Gesundheitssystem von morgen

Im Kern geht es bei der Reform um die Verbesserung der Strukturen für mehr Wettbewerb und Effizienz. Zum Beispiel werden die Vertragsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Ärzten deutlich erweitert. Künftig müssen alle Krankenkassen ihren Versicherten Hausarzttarife anbieten. Die „integrierte Versorgung“ als Instrument zur besseren Zusammenarbeit verschiedener Leistungsbereiche und unterschiedlicher Heilberufe wird fortgeführt und ausgeweitet.

Neu ist auch, dass die Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung eingebunden wird. Im Interesse einer kontinuierlichen Behandlung der Patientinnen und Patienten werden die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Arztgruppen sowie ambulantem und stationärem Sektor verbessert und die Übergänge erleichtert.

Die Krankenkassenverbände werden neu geordnet und einem gemeinsamen Spitzenverband der GKV unterstellt. Das ärzt-

liche Vergütungssystem wird vereinfacht und entbürokratisiert. Abgerechnet wird in Zukunft nicht mehr über abstrakte Punktwerte, sondern in Euro und Cent. Die meisten ärztlichen Leistungen, die in der Regel auch in Kombination erbracht werden, sollen zu einer überschaubaren Zahl sogenannter „Komplex-Pauschalen“ zusammengeführt und pauschal abgerechnet werden.

### Solidarische Finanzierung

Diese Strukturmaßnahmen wirken sich finanziell jedoch erst mittelfristig aus. Deshalb soll der Beitragssatz ab 1. Januar 2007 um etwa 0,5 Prozent steigen. Ab 2008 wird die Kindergesundheit als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe nach und nach aus Steuermitteln finanziert. Im Haushaltsjahr 2008 sollen dafür 1,5 Milliarden Euro und 2009 bereits 3 Milliarden Euro bereit gestellt werden.

Für die künftige Finanzierung des Gesundheitswesens ist es für die SPD von herausragender Bedeutung, dass die individuelle Leistungsfähigkeit der Versicherten ein zentrales Merkmal der solidarischen Finanzierung bleibt. Die SPD konnte durchsetzen, dass an diesem Prinzip nicht gerüttelt wird.

## Die wichtigsten Eckpunkte:

### Versicherungsschutz für jeden

200.000 bis 300.000 Menschen sind in Deutschland derzeit ohne Krankenversicherungsschutz, weil sie ihre Beiträge nicht mehr bezahlen konnten. Künftig wird die Krankenversicherung, in der sie zuletzt versichert waren (gesetzlich oder privat), verpflichtet, sie wieder aufzunehmen. Damit wird sichergestellt, dass jeder Bürger in Deutschland krankenversichert ist.

### Finanzielle Leistungsfähigkeit bleibt Maßstab

Die Bemessung der Beiträge nach der Leistungsfähigkeit der Versicherten ist das wichtigste Merkmal der solidarischen Versicherung. Die SPD konnte durchsetzen, dass an diesem Prinzip nicht gerüttelt wird. Ab 2008 zahlen alle Versicherten ihren Beitrag in einen neuen Gesundheitsfonds ein. Dieser leitet jeder Kasse einen einheitlichen Beitrag für jeden Versicherten zu, sowie einen zusätzlichen Beitrag, der sich nach Alter und Gesundheit der Versicherten richtet. Das ist gerecht, weil dann jeder Versicherte unabhängig von Einkommen, Alter und Gesundheitszustand für jede Kasse gleich viel wert ist.

### Arbeitgeberbeiträge nicht eingefroren

Die Arbeitgeber bleiben, entgegen den Vorstellungen der Union, an der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beteiligt. Sie können das Risiko steigender Gesundheitskosten nicht auf die Versicherten abwälzen.

### Private Unfälle gesetzlich versichert

Es ist gelungen, die geforderte Ausgliederung ganzer Leistungsbereiche zu verhindern. So bleibt die Behandlung von Folgen privater Unfälle in der GKV abgesichert. Auch die Forderungen, für chronisch Kranke die Zuzahlungen zu erhöhen, wurden von uns abgewehrt.

### Private Krankenversicherungen müssen Basistarif anbieten

In einem bezahlbaren Basistarif, der allen PKV-Versicherten, den Rückkehrern und allen freiwillig Versicherten offen steht, darf es weder Ablehnungen noch Risikozuschläge geben. Im System der Privatversicherungen wird erstmals Wettbewerb hergestellt, weil die dort Versicherten künftig das Versicherungsunternehmen wechseln und dabei ihre Altersrückstellungen mitnehmen können. Dies ist ein

Schritt hin zu der von der SPD gewollten Annäherung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung.

### Einstieg in die zusätzliche Steuerfinanzierung

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 damit schrittweise in Zukunft alle an der solidarischen Finanzierung beteiligt werden.

### Anreize zur „Zwei-Klassen-Medizin“ werden abgebaut

Die SPD hat dafür gesorgt, dass innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gleiche ärztliche Leistungen künftig auch gleich bezahlt werden, egal, ob sie von einem niedergelassenen Arzt oder von einem Krankenhausarzt erbracht werden. Generell gelten die Grundsätze „Gleiches Geld für gleiche Leistungen“ auch für die Honorarzahungen an die Ärzte, denn im ambulanten Bereich zahlen GKV und PKV künftig für vergleichbare Leistungen eine vergleichbare Vergütung.

### Kosten-Nutzen-Bewertung

Sowohl in der Arzneimittelversorgung als auch bei Hilfsmitteln und anderen Leistungen wird weiterhin viel Geld verschwendet. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung soll vermeiden helfen, teure Produkte ohne Mehrwert für die Patienten zu finanzieren. Über Ausschreibungen sollen die Kassen ihren Einfluss geltend machen können, günstigere Preise zu erzielen.

> Weitere Informationen zu den Eckpunkten unter:

[www.spdfraktion.de](http://www.spdfraktion.de) oder unter

[www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)