



## Gesundheitsreform auf den Weg gebracht

Nach der Einigung der Koalition über strittige Punkte Mitte Oktober 2006 kommt das Gesetzgebungsverfahren zur Gesundheitsreform in Gang. Die SPD-Bundestagsfraktion hat am 17. und 24. Oktober 2006 den Entwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium diskutiert. Am 25. Oktober 2006 wurde er im Kabinett beschlossen und am 27. Oktober 2006 in 1. Lesung im Bundestag beraten. Mitte Dezember soll die 2./3. Lesung stattfinden und im Februar 2007 soll der Bundesrat das Gesetz beschließen, damit es am 1. April 2007 in Kraft treten kann.

### Unser Gesundheitswesen braucht die Reform

Deutschland verfügt über ein gutes, international konkurrenzfähiges Gesundheitssystem. Doch es muss bestehenden wie künftigen Herausforderungen standhalten können. Seit Jahren laufen die Einnahmen und Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auseinander. Auch mit dem Gesundheitsreformgesetz von 2003 (GMG) konnte dieser Trend nur kurzzeitig gestoppt werden. Gründe dafür sind unter anderem der Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, die Abwanderung von Versicherten in die Private Krankenversicherung (PKV), die steigende Anzahl chronisch Kranker sowie der demographische Wandel. Die Kosten steigen wegen des medizinischen Fortschritts, aber auch durch ineffiziente Strukturen und wachsende Arzneimittelkosten. Außerdem muss die GKV im Jahr 2007 bedingt durch die notwendige Haushaltskonsolidierung die Absenkung des Bundeszuschusses und die Erhöhung des Mehrwertsteuersatzes, der sich insbesondere auf die Preise für Arznei- und Hilfsmittel niederschlagen wird, verkraften. Der Gesetzentwurf reformiert vier Bereiche: die Strukturen, die Organisation, die Finanzen und die PKV.

### Die wichtigsten Inhalte des Gesetzes:

#### Allen steht der Versicherungsschutz offen

Wir können nicht hinnehmen, dass zwischen 200.000 und 300.000 Menschen in diesem Land für den Krankheitsfall nicht abgesichert sind. Künftig wird für sie ein Rückkehrrecht in ihre frühere Krankenversicherung geschaffen. Dies gilt gleichermaßen für die GKV wie für die PKV. Für alle, die zum GKV-System gehören – also alle abhängig Beschäftigten, deren Einkommen nicht oberhalb der Beitragsmessungsgrenze liegt und die nicht verbeamtet sind – besteht eine Versicherungspflicht. Für diejenigen, die dem PKV-System zuzuordnen sind, besteht eine Aufnahmepflicht seitens der Versicherung.

#### Bessere Versorgungsstrukturen

##### > Mehr Wahlmöglichkeiten für GKV-Versicherte

Die Versicherten der GKV können künftig nicht nur zwischen verschiedenen Krankenkassen, sondern auch zwischen Versicherungs-, Selbstbehalt- und Kostenersatztarifen wählen. Alle gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten künftig Hausarzttarife anbieten. Die Teilnahme von Ärzten und Versicherten daran bleibt freiwillig. Das Sachleistungsprinzip bleibt in der GKV die Regel. Patienten erhalten danach die notwendige Versorgung bei Vorlage ihrer Versichertenkarte und die Leistungserbringer (z. B. Ärzte und Krankenhäuser) rechnen mit den Kassen ab. Beim Modell der Kostenersatzung strecken die Versicherten die Kosten selbst vor und bekommen sie ggf. zum Teil von den Kassen erstattet. Diese müssen die Versicherten über die Folgen, insbesondere die damit einhergehenden Risiken der Kostenerstattungswahl informieren.

##### > Leistungen werden ausgeweitet

Das Leistungsspektrum für die Versicherten bleibt nicht nur erhalten, sondern wird zielgenau ausgebaut. Alle sollen die Versorgung bekommen, die sie brauchen. Zur Prävention empfohlene Impfungen und auch Eltern-Kind-Kuren werden Regelleistungen der GKV. Für ältere und pflegebedürftige Menschen wird es künftig einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation geben.

Die Leistungen für Schwer- und Schwerstkranke in der Palliativmedizin werden stark verbessert. Für Heimbewohner mit einem besonders hohen Pflegebedarf werden die Voraussetzungen geschaffen, dass sie den Anspruch auf häusliche Pflege behalten. Geistig und körperlich schwerst behinderte Heimbewohner sollen von der Krankenversicherung so mit Hilfsmitteln versorgt werden, dass ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gewährleistet bleibt. Auch Mitglieder in Wohngemeinschaften und anderen Wohnformen sollen künftig den gleichen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege haben, wie Patienten in Privathaushalten.

##### > Gesundheitsbewusstsein wird honoriert

Die Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für Chroniker soll künftig nur dann bei 1 Prozent des Haushaltseinkommens bestehen bleiben, wenn sie sich therapiegerecht verhalten und regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. Selbstverständlich gilt diese Regelung nur für die Zukunft und nur bei Erkrankungen, für die es wissenschaftlich unstrittige Vorsorgeuntersuchungen gibt. Versicherte, die regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, sollen dafür von ihrer Kasse einen Bonus erhalten können. Private Unfälle sind auch weiterhin über die GKV abgesichert. Wer nicht medizinisch bedingte Eingriffe (wie Schönheitsoperationen) vornehmen

lässt, soll künftig stärker als bisher an den Folgekosten beteiligt werden. Hier wird die Solidargemeinschaft entlastet.

#### > Prävention stärken

Künftig wird die Prävention eine eigene Säule der gesundheitlichen Versorgung werden. Dazu werden die Fraktionen von SPD und CDU/CSU sowie die Bundesregierung ein Präventionsgesetz erarbeiten. Die betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention bei arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren werden bereits jetzt gestärkt. Außerdem werden die Kassen verpflichtet, Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen zu unterstützen.

#### > Die Ausgaben effektiver gestalten

Um künftig eine bessere Kontrolle über die Ausgaben für Arznei- und Hilfsmittel sowie andere medizinische Leistungen zu haben, wird eine Kosten-Nutzen-Bewertung eingeführt. Damit soll verhindert werden, dass teure Präparate ohne Mehrwert für die Patienten verschrieben werden. Zudem erhalten die Krankenkassen mehr Möglichkeiten, mit Pharmaunternehmen günstigere Preise für Arznei-

mittel auszuhandeln. Ergänzend hierzu wird die Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise umgestellt, d.h. durch Verhandlungen kann nach unten von den Preisen abgewichen werden. Bei der Verordnung von speziellen, hoch innovativen und teuren Medikamenten muss die Meinung eines zweiten Arztes eingeholt werden, um die Sicherheit der Patienten und die Versorgungsqualität zu erhöhen sowie die Wirtschaftlichkeit zu stärken. Auch im Bereich der Hilfsmittelversorgung wird der Wettbewerb im Sinne der Versicherten gestärkt. Die Kassen können künftig konsequent Ausschreibungen nutzen.

#### > Neue Gebührenordnung für Ärzte

Zum 1. Januar 2009 soll für die Vertragsärzte der GKV eine neue Gebührenordnung eingeführt werden. Abgerechnet wird künftig nicht mehr nach Punktwerten, sondern nach Pauschalen in Euro und Cent. Gleiche ärztliche Leistungen werden dann innerhalb der GKV auch gleich bezahlt, egal ob sie von einem niedergelassenen Hausarzt, Facharzt oder einem Krankenhausarzt erbracht werden. Für die Erbringung besonders qualifi-

zierter Leistungen sind Honorarzuschläge vorgesehen. Das bringt den Ärzten mehr Planungssicherheit und führt zu einer gerechteren Honorarverteilung. Außerdem werden die Vertragsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Ärzten deutlich erweitert. Für eine bessere Versorgung in bisher unterversorgten Regionen werden finanzielle Anreize für die Niederlassung von Ärzten geschaffen.

#### > Integrierte Versorgung ausbauen

Der Über-, Unter-, und Fehlversorgung von Patienten soll auch mit der ausgeweiteten Integrierten Versorgung begegnet werden. Dabei arbeiten Haus- und Fachärzte, nichtärztliche Leistungserbringer wie z. B. Physiotherapeuten und weitere Heilberufe, ambulante und stationäre Versorgung sowie Apotheken eng zusammen. Die bereits im Jahr 2004 begonnene Anschubfinanzierung zur Etablierung der Integrierten Versorgung wird verlängert, um vor allem große Projekte zu fördern. Künftig wird auch die Pflegeversicherung an der Integrierten Versorgung beteiligt. Krankenkassen und Leistungserbringer sollen beim Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen wie ambulanter und stationärer Behandlung, Akutversorgung und Rehabilitation praktische Strukturen schaffen, die eine lückenlose Behandlungskette für die Patienten gewährleisten.

#### Optimierung der Organisation des Gesundheitswesens

Leistungserbringer und Krankenkassen sollen von unnötiger Bürokratie befreit werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll professionalisiert und deutlich transparenter organisiert werden, damit Entscheidungen z. B. über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden schneller und vor allem nachvollziehbarer getroffen werden können. Dadurch bekommen Versicherte einen schnelleren





Zugang zu medizinischem Fortschritt. Die Krankenkassen können künftig auch über historische Kassenarten hinaus miteinander fusionieren, also z. B. Ersatzkassen mit AOKen. Dadurch sollen finanziell solide ausgestattete Kassen gebildet werden, die auf dem Markt bestehen können. Bei den Verbänden werden die überholten Zwangsmitgliedschaften aufgehoben. Auf Bundesebene wird es künftig anstatt sieben nur noch einen Verband geben, der die Interessen der GKV auf Bundesebene vertritt und die erforderlichen Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung regelt. Die einzelnen Krankenkassen bekommen im Gegenzug deutlich mehr Handlungs- und Vertragsmöglichkeiten.



## Solidarprinzip und Transparenz bei der Finanzierung

Auch künftig werden sich die Beiträge der Versicherten nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit richten. Ebenso bleibt die Arbeitgeberseite weiterhin am Risiko steigender Gesundheitskosten beteiligt. Die Beiträge werden ab 2009 bundeseinheitlich von der Bundesregierung festgelegt. Ab 2008 sollen für die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben zunehmend Steuermittel zur Verfügung gestellt werden. 2008 sind es 1,5 Milliarden Euro und 2009 bereits 3 Milliarden Euro. Dadurch wird die Finanzierung langfristig auf eine stabilere und gerechtere Grundlage gestellt.

### > Gerechte Mittelverteilung über den Fonds

Ab 2009 werden die GKV-Beiträge von Arbeitgebern, Kassenmitgliedern, anderen Sozialversicherungsträgern sowie Steuermitteln in den Gesundheitsfonds fließen. Dieser wird ohne weiteren bürokratischen Aufwand beim Bundesversicherungsamt angesiedelt. Der Beitragseinzug verbleibt

bei den Kassen. Diese leiten die Beiträge an den Fonds weiter. Ab 1. Januar 2011 erhalten die Arbeitgeber ergänzend die Möglichkeit, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Kasse oder eine gemeinsame Einrichtung der GKV zu entrichten. Aus dem Fonds werden alle Kassen einen einheitlichen Betrag pro Versichertem erhalten. Dazu kommt ein Einkommensausgleich sowie ein Zuschlag, der Alter, Geschlecht und die Krankheitsfaktoren der Versicherten berücksichtigt. Dieser neue, zielgenauere Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wird der unterschiedlichen Versichertenstruktur der Kassen gerecht. Für 50 bis 80 kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Ausgaben pro Patient die generellen Durchschnittsausgaben je Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen, werden sogenannte Morbiditätszuschläge errechnet. Der Morbi-RSA ist Voraussetzung für den Fonds und für die neue ärztliche Gebührenordnung. Eine weitere Startbedingung für den Fonds ist die Entschuldung der Krankenkassen. Dies soll bis zum 31. Dezember 2007 geschehen – wenn verbindliche Entschuldungspläne bestehen, in Ausnahmefällen auch bis ins

Jahr 2008 hinein. Ende 2005 betrug der Schuldenstand der verschuldeten Kassen 4 Milliarden Euro. Demgegenüber verfügen die vermögenden Kassen über ein Guthaben von 3,6 Milliarden Euro. Der Fonds wird beim Start 2009 100 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen abdecken und in den folgenden Jahren mindestens 95 Prozent.

### > Zusatzbeiträge oder Rückzahlungen

Sollten die Kassen trotz aller wirtschaftlicher Anstrengungen, Tarif- und Vertragsmöglichkeiten mit den Zuweisungen aus dem Fonds nicht auskommen, können sie einen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten erheben. Dieser darf jedoch nicht mehr als 1 Prozent des Haushaltseinkommens betragen. Zusatzbeiträge von bis zu acht Euro lösen keine individuelle Einkommensprüfung seitens der Kassen aus. Bei Empfängern von Sozialhilfe oder Altersgrundsicherung – insbesondere z. B. bei Heimbewohnern mit Taschengeldanspruch – werden die potenziellen Zusatzbeiträge vom Sozialleistungsträger übernommen. Arbeitsfähige Bedürftige wie Arbeitslosengeld II Bezieher erhalten – wie alle Mitglieder solcher Kassen



– ein Sonderkündigungsrecht. Jede andere Kasse – auch solche, die eine Auszahlung leisten – muss Wechselwillige aufnehmen. Die generelle Überforderungsklausel wird im Jahr 2011 auf ihre Auswirkungen hin überprüft. Wenn ein Zusatzbeitrag erhoben oder verändert wird, müssen die Kassen ihre Mitglieder über die Möglichkeit eines Kassenwechsels informieren. Kassen, die gut wirtschaften, benötigen keinen Zuschlag, überschüssige Mittel sollen sie ihren Versicherten auszahlen können. Die neue Finanzstruktur der GKV gewährt insgesamt mehr Transparenz für die Versicherten.

### Mehr Wettbewerb in der PKV

Für die Rückkehrer und für alle freiwillig Versicherten muss die PKV ab 1.1.2008 einen Basistarif anbieten, der die GKV-Leistungen beinhaltet und den GKV-Höchstsatz (ca. 500 Euro) nicht übersteigen darf.

Er halbiert sich, falls für den Versicherten sonst eine Überforderung entsteht. Bleibt auch danach die Hilfebedürftigkeit bestehen, muss sich der zuständige Träger nach SGB XII (Sozialamt) oder nach SGB II (Agentur für Arbeit) maximal mit dem heute an GKV-Versicherte bezahlten Beitrag an den Kosten beteiligen. Der Wechsel von der GKV in die PKV wird künftig erst dann möglich sein, wenn der Verdienst in drei Jahren hintereinander oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Im Basistarif darf die PKV keinen Versicherten mehr ablehnen oder Risikozuschläge erheben. Lediglich Eintrittsalter und Geschlecht dürfen sich im Beitrag niederschlagen. Außerdem können die Versicherten der PKV künftig leichter zu einem anderen privaten Versicherungsunternehmen wechseln, weil sie ihre Altersrückstellungen mitnehmen. Durch diese Änderungen wird erstmalig Wettbewerb zugunsten der Versicherten auch in die PKV einziehen und die Solidarität innerhalb der privaten Versicherungsgemeinschaft mit Kranken und Ärmern gestärkt.

### Die SPD hat für die Menschen viel erreicht

Die SPD hat hart verhandelt. Wir wollen auch künftig ein solidarisches Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung bietet und sie auch an neuesten Entwicklungen teilhaben lässt. Die Strukturreformen tragen eindeutig unsere Handschrift und es ist die erste Reform, die ohne Leistungskürzungen auskommt. Wir konnten wichtige Punkte durchsetzen und viele Ungerechtigkeiten verhindern. Leider ist unter den jetzigen politischen Mehrheiten im Bund und in den Ländern nicht mehr als dieser Kompromiss machbar. Aber wenn wir jetzt auf die Reform verzichten, riskieren wir schneller steigende Ausgaben und höhere Beiträge.

#### Union wollte z.B.:

- > Kopfpauschale einführen
- > Arbeitgeber-Beiträge einfrieren
- > GKV-Leistungen streichen (z.B. Behandlung nach privaten Unfällen)
- > Chronikerregelung abschaffen
- > Praxisgebühr bei jedem Arztbesuch einführen
- > Sachleistungsprinzip durch Kosten-erstattung ersetzen
- > Generell Selbstbehalte einführen
- > bestehenden RSA vereinfachen (nur Alter und Geschlecht, keine Krankheiten berücksichtigen)
- > Versicherungspflicht maximal für GKV-System einführen

#### SPD wollte z.B.:

- > Bürgerversicherung einführen
- > Paritätische Finanzierung beibehalten
- > alle Einkunftsarten bei der Finanzierung der GKV über zusätzliche Steuern einbeziehen
- > Versicherungspflichtgrenze anheben
- > Beitragsbemessungsgrenze anheben
- > Neue Leistungen in GKV aufnehmen (z.B. Palliativversorgung, Impfungen, Mutter-Kind-Kuren)
- > Hausarztprinzip in der Regelversorgung einführen
- > Umfassenden Morbi-RSA (Alter, Geschlecht, Krankheiten, Erwerbsunfähigkeit) einführen
- > PKV in den Fonds einbeziehen
- > Portabilität der Alterungsrückstellungen auch von der PKV zur GKV einführen
- > Generelle Versicherungspflicht einführen
- > Teilkostentarif für Beihilfeberechtigte in der GKV anbieten

Weitere Informationen unter:  
[www.spdfraktion.de/gesundheitsreform](http://www.spdfraktion.de/gesundheitsreform) oder unter  
[www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)

