



Krankenversicherung für alle

Gutes und bezahlbares Gesundheitswesen für die Menschen gesichert

Am 2. Februar 2007 wurde die Gesundheitsreform nach langen, schwierigen Verhandlungen mit der Union und vor allem mit den unions-geführten Ländern vom Bundestag in 2./3. Lesung beschlossen. Der Bundesrat stimmte am 16. Februar 2007 zu. Die Reform tritt am 1. April 2007 in Kraft. Das Ziel während der Verhandlungen war, das Gesundheitswesen auch in Zukunft leistungsfähig, finanzierbar und vor allem solidarisch zu halten. Dafür hat die SPD-Bundestagsfraktion gekämpft. Sie hat für die Menschen einen tragfähigen Kompromiss erzielen können und der Reform eine eindeutige sozialdemokratische Handschrift verliehen.



Zwei Modelle und harte Verhandlungen

Es war klar, die Verhandlungen mit der CDU/CSU-Fraktion werden hart sein. Schließlich liegen die Modelle der Koalitionspartner – die Kopfpauschale der CDU/CSU und die solidarische Bürgerversicherung der SPD – zur Reform unseres Gesundheitswesens weit auseinander. Die Verhandlungsführer der SPD-Bundestagsfraktion können stolz auf das Erreichte sein, sie haben unser Gesundheitswesen zukunftssicher gemacht, Verbesserungen für die Menschen durchgesetzt und viele Ungerechtigkeiten verhindert. Insbesondere für ältere Menschen werden die Angebote ausgebaut und auch Schwerstkranken wird besser geholfen. Alle Menschen erhalten auch künftig die medizinische Versorgung, die sie brauchen, und haben am medizinischen Fortschritt teil.

Krankenversicherung für alle – kein Rosinenpicken für die PKV

Die SPD-Bundestagsfraktion hat durchgesetzt, dass es zum ersten Mal ab 1.1.2009 eine Versicherungspflicht für alle gibt. Bezahlbare Tarife wurden dabei sichergestellt. Nichtversicherte, die dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuzuordnen sind, werden bereits ab 1.4.2007 in die GKV aufgenommen. Für Selbständige mit kleinen Einkünften wird die GKV günstigere Tarife anbieten. Nichtversicherte, die dem System der Privaten Krankenversicherung (PKV) zuzu-

ordnen sind, können sich ab 1.7.2007 im erweiterten Standardtarif der PKV ohne Risikoprüfung versichern. Ab 1.1.2009 ist die PKV dann verpflichtet, einen Basistarif ohne Risikoprüfung und mit Kontrahierungszwang (das Versicherungsunternehmen muss den Vertrag abschließen) anzubieten, der die Leistungen der GKV umfasst und nicht teurer als der Höchstsatz der GKV sein darf. Um Überforderungen auf Seiten der Versicherten zu vermeiden, wurden Regelungen zur Reduktion des Basistarifs im Bedarfsfall getroffen.

Mehr Leistungen, mehr Wahlmöglichkeiten und bessere Versorgung

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 palliativmedizinischen Versorgung (Fachausdruck für die lindernde Behandlung) von Schwerstkranken und bei der häuslichen Krankenpflege für Pflegebedürftige und Behinderte. Außerdem gehören künftig alle Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission 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. Die Versicherten der GKV erhalten nun mehr Wahlmöglichkeiten zwischen Versi-

cherungs-, Selbstbehalt- und Kostenerstattungstarifen. Die SPD-Bundestagsfraktion hat erreicht, dass das Sachleistungsprinzip in der GKV die Regel bleibt. 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 Kostenerstattung strecken die Versicherten die Kosten vor und bekommen sie ggf. zum Teil von den Kassen erstattet. Die Gesetzlichen Kassen müssen ihren Versicherten Hausarzttarife anbieten. Zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung von Patienten und zur Erreichung einer lückenlosen Versorgungskette wird die integrierte Versorgung ausgebaut.

Mehr Effektivität und Transparenz

Auch weiterhin werden die Arbeitgeber an der Finanzierung der Krankenkassenbeiträge beteiligt, genauso und gegen den Willen der Union wie an steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Ab 1.1.2009 gibt es einen bundeseinheitlichen Beitragsatz in der GKV, der von der Regierung festgelegt wird. Über den Fonds werden die Finanzmittel in der GKV ab 2009 gerechter verteilt. Alle Kassen erhalten einen einheitlichen Betrag pro Versichertem. Dazu kommen ein Einkommensausgleich und der neue zielgenauere Risikostrukturausgleich, der Alter, Geschlecht und Krankheitsfaktoren berücksichtigt. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben der GKV

werden ab 2007 zunehmend aus Steuern finanziert. Dabei wurde der Steuermittelanteil 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.

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 Haushaltseinkommens betragen darf. Wenn ein Zusatzbeitrag erhoben oder verändert wird, müssen die Kassen ihre Mitglieder über die Möglichkeit eines Kassenwechsels informieren.

Zum 1.1.2009 wird eine neue Gebührenordnung mit festen Euro-Preisen für Ärzte eingeführt. Gleiche ärztliche Leistungen werden innerhalb der GKV dann auch gleich bezahlt, egal ob sie

ein Hausarzt, Facharzt oder ein Krankenhausarzt erbringt. Für besonders qualifizierte Leistungen sind Zuschläge vorgesehen. Das bringt den Ärzten mehr Planungssicherheit und führt zu einer gerechteren Honorarverteilung. Das Risiko zunehmender Behandlungsbedürftigkeit von Patienten liegt zukünftig nicht mehr bei den Ärzten, sondern bei der GKV. 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.

Kassen und Leistungserbringer werden von unnötiger Bürokratie befreit und der Gemeinsame Bundesausschuss wird professionalisiert. Die Kassen können über die Kassenarten hinweg fusionieren und auf Bundesebene existiert künftig nur noch ein Verband zur Interessenvertretung der GKV.

Mehr Wettbewerb in der PKV

Um das Recht zu bekommen, von der

GKV in die PKV zu wechseln, muss das Einkommen der Versicherten künftig in drei aufeinanderfolgenden Jahren oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen. Damit werden vorschnelle Wechsel vermieden. Mehr Wettbewerb im PKV-System entsteht vor allem dadurch, dass die Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel in einen anderen Tarif oder zu einem anderen Versicherungsunternehmen im Umfang des Basistarifs nun übertragen werden können.

Solidarische Bürgerversicherung bleibt das Ziel

Die SPD-Bundestagsfraktion steht weiter dafür ein, dass die Absicherung gegen Krankheitsrisiken eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, bei der Reiche für Arme, Gesunde für Kranke und Junge für Alte einstehen. Gerade mit Blick auf den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt wird künftig noch mehr Solidarität notwendig sein, für die alle einstehen müssen. Deshalb heißt mehr Solidarität: Solidarische Bürgerversicherung und daran hält die SPD-Bundestagsfraktion auch in Zukunft fest.



> Weitere Informationen:

www.spdfraktion.de/gesundheitsreform

www.die-gesundheitsreform.de