



**Elke Ferner**

Mitglied des Deutschen Bundestages  
Stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion

---

Elke Ferner MdB • SPD-Bundestagsfraktion • 11011 Berlin

An die  
Mitglieder  
der SPD-Bundestagsfraktion

im Hause

Berlin, 25. Januar 2007

### **Politische Bewertung Gesundheitsreform (aktualisierte Fassung)**

Liebe Genossinnen und Genossen,

nach langwierigen und schwierigen Verhandlungen hat die Koalitionsarbeitsgruppe eine Einigung bei den noch offenen Punkten erzielt.

Unter dem Strich bleibt die Gesundheitsreform ein tragfähiger Kompromiss.

- Die SPD hat eine allgemeine Versicherungspflicht für alle durchsetzen können.
- Die Strukturreformen beinhalten viele unserer Forderungen und tragen die Handschrift der SPD.
- Mit dieser Gesundheitsreform wird durch die Aufnahme von sinnvollen und medizinisch notwendigen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog der GKV die Versorgungsqualität der Versicherten verbessert, insbesondere von älteren und schwerstkranken Patienten und Patientinnen.
- Auch in Zukunft werden alle die notwendige medizinische Versorgung erhalten und am medizinischen Fortschritt teilhaben.
- In der PKV wird durch die Portabilität der Alterungsrückstellungen und den Basistarif mit Kontrahierungszwang erstmals Wettbewerb ermöglicht.
- Die unterschiedliche Einnahmenstruktur und krankheitsbedingten Ausgaben der einzelnen Kassen werden solidarischer als bisher ausgeglichen.

### **Die Regelungen im Einzelnen:**

#### **1. Versicherungspflicht für alle – sozialpolitischer Meilenstein**

Die SPD konnte ihre Forderung nach einer Versicherungspflicht für alle durchsetzen. Damit besteht ab dem 1.1.2009 zum ersten Mal in der deutschen Sozialgeschichte für alle Einwoh-

---

#### **Postanschrift**

SPD-Bundestagsfraktion  
11011 Berlin

Tel.: (+49) 030 / 227-7 90 86  
Fax: (+49) 030 / 227-7 60 86

#### **Dienstgebäude**

Jakob-Kaiser-Haus  
Wilhelmstraße 68

**E-Mail-Anschrift**  
elke.ferner@bundestag.de

#### **Wahlkreisbüro**

Talstraße 58  
66119 Saarbrücken

Tel.: (+49) 0681 / 5 10 60  
Fax: (+49) 0681 / 5 22 07

nerinnen und Einwohner die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen. Die Bezahlbarkeit der Krankenversicherung ist dabei sichergestellt.  
Die Versicherungspflicht ist ein sozialpolitischer Meilenstein!

Detail-Regelung:

Ab dem 1.1.2009 müssen alle Bürgerinnen und Bürger einen Krankenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Versorgung abschließen. Für Versicherte, die dem GKV-System zuzuordnen sind, gilt dies bereits ab dem 1.4.2007. Und ab 1.1.2009 müssen sich alle, die weder in der GKV pflicht- bzw. freiwillig versichert sind noch einen anderweitigen Krankenversicherungsschutz wie z. B. freie Heilfürsorge haben, in der PKV entweder über den neuen Basistarif mit Kontrahierungszwang und bezahlbaren Prämien oder in einem anderen PKV-Tarif für ambulante und stationäre Leistungen absichern.

## 2. Regelungen zur PKV

### Zugang für Nichtversicherte in Standardtarif ab 1.7.2007

Nichtversicherte, die dem PKV-System zuzuordnen sind, erhalten bereits ab dem 1.7.2007 - und damit 6 Monate früher als im Gesetzentwurf vorgesehen - die Möglichkeit sich im bisherigen Standardtarif der PKV ohne Risikoprüfung und -zuschläge zu versichern. Es besteht Kontrahierungszwang. Für die Bezahlbarkeit (Reduzierung bei niedrigem Einkommen) gelten die gleichen Regelungen wie sie künftig für den Basistarif ab 2009 vorgesehen sind. Damit diese Regelung nicht ins Leere läuft, muss die PKV die Behandlung der Versicherten auch in diesem neuen Standardtarif sicherstellen. Der Standardtarif wird zum 31.12.2008 in den neuen Basistarif „überführt“, indem die Versicherten das Recht erhalten, in den neuen Basistarif zu wechseln.

### Zugang zum Basistarif ab 1.1.2009

Zugang 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, danach in den Basistarif ihres Versicherungsunternehmens, wenn sie mindestens 55 Jahre alt sind oder durch die Zahlung der Versicherungsprämie bedürftig würden.

Dabei werden die Alterungsrückstellungen beim **Wechsel vom Voll- in den Basistarif innerhalb eines Unternehmens vollständig** übertragen, beim Wechsel **in ein anderes Unternehmen im Umfang des Basistarifes**.

### 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.

Ab dem 1.1.2009 können die bereits gebildeten Alterungsrückstellungen unter folgenden Bedingungen in den neuen Vertrag übertragen werden:

**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

Im Basistarif besteht jeweils Kontrahierungszwang.

### **Bewertung des Ergebnisses bei der PKV**

Die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht und die Zugangsmöglichkeit für alle Nichtversicherten schon ab dem 1.7.2007 in den heutigen Standardtarif zu den Bedingungen des Basistarifs wiegen die Verschiebung des In-Kraft-Tretens des Basistarifs und die für Bestandsversicherte in der PKV eingeschränkte Wechselmöglichkeit vom Volltarif in den Basistarif auf.

**Darüber hinaus konnten wir eine Reihe von Verbesserungen und Klarstellungen für die GKV erreichen.**

## **3. Regelungen in der GKV**

### **Kostenerstattung**

Die bisher im Gesetzentwurf vorgesehene einmalige Kostenerstattung entfällt. Damit bleibt ausgeschlossen, dass jemand sozusagen „auf dem Behandlungsstuhl“ des Arztes zur „Wahl“ der Kostenerstattung angehalten wird. Die grundsätzliche Option, Kostenerstattung als Wahltarif nach entsprechender Beratung durch die Krankenkasse freiwillig und mit Bindung von 3 Jahren zu wählen, bleibt erhalten.

### **Reha-Leistungen**

Um für die Versicherten mehr Rechtssicherheit zu schaffen, werden neben Eltern-Kind-Kuren und geriatrischer Reha auch **alle anderen Reha-Leistungen** in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen. Durch die RSA-Fähigkeit dieser Leistungen entstehen den Krankenkassen im Wettbewerb keine Nachteile.

### **Hospize**

Es konnten weitere Verbesserungen im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung vereinbart werden:

Zum einen wird auf eine außerordentliche Genehmigung der Leistung durch die Krankenkassen verzichtet und zum anderen wird klargestellt, dass auch Kinder die Leistung in Anspruch nehmen können und deren besonderen Belange zu berücksichtigen sind.

### **Ambulante Versorgung am Krankenhaus**

Es bleibt bei der im Gesetzentwurf vorgesehenen Öffnung der Krankenhäuser zur Erbringung hoch spezialisierter ambulanter Leistungen. Insbesondere für Krebspatienten und -patientinnen ist dies eine deutliche Verbesserung, denn sie können künftig die SpezialistInnen in ausgewählten Krankenhäusern aufsuchen.

## Hausarzttarif

Es bleibt bei der Verpflichtung, dass alle Kassen einen Hausarzttarif anbieten müssen und dass die Kassenärztlichen Vereinigungen hierfür kein eigenes Verhandlungsmandat erhalten.

## Arzneimittel/Apotheken

Anstelle des einmaligen Beitrages der Apotheken in Höhe von 500 Mio. € wurde eine dauerhafte Erhöhung des Apothekenrabattes zugunsten der Kassen von 2 € auf 2,30 € vereinbart. Außerdem werden die Apotheken verpflichtet, bei Verschreibung von Wirkstoffen auch das Präparat, das für die jeweilige Krankenkasse am preiswertesten ist, an die Patienten und Patientinnen abzugeben. Die Krankenkassen erhalten eine Verhandlungsoption mit den Apotheken für Zytostatika (Chemotherapie).

Eine noch vorhandene Lücke (sog. „Preisschaukel“) im Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) wird geschlossen.

## Ärztehonorar

Die wesentlichen Regelungen treten bereits am 1.1.2009 in Kraft. Komplexe Regelungen werden vereinfacht und treten zeitlich gestreckt in Kraft. Für Ärzte und Ärztinnen in unterversorgten Gebieten können Honorarzuschläge vereinbart werden. Für hohe Qualität können Zuschläge bezahlt werden.

## Hilfsmittel

Es bleibt bei dem Grundsatz, dass die Kassen die Hilfsmittel ausschreiben können. Allerdings wurde klargestellt, dass bei Hilfsmitteln, die angepasst werden müssen, z. B. Prothesen, eine wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden muss.

## Weitere Änderungen

Für den **Personalübergang der Beschäftigten der bisherigen Spitzenverbände** zum neuen Spitzenverband Bund konnten tragfähige Regelungen vereinbart werden.

Die **Vorsorgeregelung** wurde so präzisiert, dass Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 2 und 3) und Behinderung (Grad der Behinderung ab 60 %) als Nachweis zur Inanspruchnahme der 1 %-Regelung genügt, sowie dass im Einzelfall die Ärztin bzw. der Arzt belegen kann, dass die Patientin oder der Patient sich entsprechend am Genesungsprozess beteiligt, wenn kein DMP genutzt wird oder werden kann.

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

## 4. Mit den Ländern noch abzustimmende Regelungen

### Insolvenzfähigkeit der Kassen

Die Koalition hat vereinbart, grundsätzlich bei der Insolvenzfähigkeit zu bleiben, in **diesem** Gesetzgebungsverfahren aber **kein** Datum für die Insolvenzfähigkeit zu nennen. Die Kassen werden verpflichtet, ab dem 1.1.2010 Rückstellungen für die Versorgungszusagen der DO-

Angestellten zu bilden. Die Einzelheiten sowie das In-Kraft-Treten der Insolvenzfähigkeit sollen in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren geregelt werden.

### **Konvergenzklausel (Bayernrabatt)**

Die Einzelheiten werden in einer Verordnung mit Zustimmung des Bundesrates geklärt.

### **Höhe der Einsparungen Krankenhäuser und Rettungsdienste**

Hier haben wir den Ländern Entgegenkommen signalisiert, unter der Voraussetzung, dass der Bundesrat auf Fristeinrede verzichtet und es nicht zu einem Vermittlungsverfahren kommt.

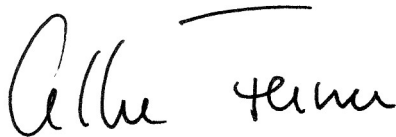
### **5. Ausblick**

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.

Mit freundlichen Grüßen

Handwritten signature in black ink, appearing to read "Olaf Henning".