

Ordentlicher SPD-Parteitag Berlin vom 4.-6. Dezember 2011

Beschluss - Nr. 59

Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger

Langfassung

Die solidarische gesetzliche Krankenversicherung ist als großer Zweig der Sozialversicherung die tragende Säule für unser Gesundheitssystem. Sie sichert mehr als die gute gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger. Sie ist eine der wichtigsten Ressourcen für den gesellschaftlichen Zusammenhalt in unserem Land. Seit Generationen können sich die Menschen in unserem Land darauf verlassen: In der Krankenversicherung stehen wir gegenseitig füreinander ein. Alle bekommen ihr soziales Recht auf umfassende medizinische und pflegerische Versorgung, unabhängig von Einkommen, Alter oder sozialer Situation. Dieses Prinzip zu bewahren, Ungerechtigkeiten abzubauen und unser Gesundheitssystem und die Krankenversicherung dafür kontinuierlich weiterzuentwickeln, ist eine zentrale politische Gestaltungsaufgabe der SPD.

Unser Gesundheits- und Pflegesystem steht am Scheideweg. Die Alterung der Gesellschaft und der medizinische Fortschritt stellen die Gesellschaft vor die große Herausforderung, die Teilhabe aller an einer umfassenden und guten medizinischen und pflegerischen Versorgung auch in Zukunft zu gewährleisten. Die Förderung und der Erhalt von gleichen gesundheitlichen Chancen sind zugleich Voraussetzung für die Chancengleichheit in der Gesellschaft insgesamt. Denn wir müssen um jedes Talent kämpfen: Ein Kind, das schlechtere soziale Startbedingungen hat, darf nicht für sein Leben gesundheitlich beeinträchtigt sein. Ein Facharbeiter darf nach schwerer Erkrankung nicht schlechtere Möglichkeiten auf Heilung und Rehabilitation haben als eine Führungskraft. Ein Gesundheitssystem, das den Einzelnen benachteiligt, lässt die ganze Gesellschaft hinter ihren Möglichkeiten zurück. Die solidarische Absicherung der Risiken Krankheit und Pflege bringt alle nach vorn. Die Gesellschaft darf in dieser wichtigen Frage nicht sozial gespalten werden. Es geht daher darum, die politische Mehrheit zu erreichen, um die gleiche Gesundheitsversorgung wieder als soziales Recht für alle Bürgerinnen und Bürger durchzusetzen.

Die SPD hat bis 2009 im Bundesrat und in der Bundesregierung die Gesundheitspolitik maßgeblich mitgestaltet. Es ist unser Markenkern, dass wir kontinuierlich die Versorgung der Menschen verbessert haben- und die solidarische Ausrichtung der Krankenversicherung bewahrt haben. Seit 2009 hat die schwarz-gelbe Koalition in der Gesundheitspolitik mit dem Pfad der Solidarität gebrochen und Paradigmenwechsel eingeleitet. Vor allem die Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge und die Einführung

von Kopfpauschalen greifen den solidarischen Kern der Krankenversicherung an und gefährden die Chancengleichheit im Gesundheitssystem. Ebenso ist das Versorgungsgesetz nicht effektiv, weil es nicht um die wirkliche Verbesserung der Versorgung geht. Auch in der Pflege bleibt die Bundesregierung leider Lösungen schuldig. Kurzum: In der Gesundheits- und Pflegepolitik der schwarz-gelben Bundesregierung sind die Zeiten seit 2009 verlorenen Jahre. Die SPD will den Pfad 2013 wieder aufnehmen, das solidarische Gesundheitssystem weiterzuentwickeln und zu stärken. Fehlentscheidungen, wie das unsoziale Finanzierungsgesetz, werden wir durch die Einführung der Bürgerversicherung rückgängig machen.

Mit unserem Konzept zur Bürgerversicherung haben wir bereits vor sechs Jahren eine tragfähige Alternative zur zukünftigen Finanzierung des Gesundheitssystems vorgelegt. Die Bürgerversicherung genießt breite Unterstützung. Mit dem jetzt vorgelegten Vorschlag legen wir ein umsetzbares Konzept vor, das den solidarischen Charakter stärkt, die großen Einkommen einbezieht und dem System insgesamt mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung garantiert. Mit der Bürgerversicherung wollen wir aber auch einen wichtigen Versorgungseffekt auslösen: In Zukunft sollen die Patientinnen und Patienten gleich behandelt werden – nicht die Versichertenkarte, sondern die Schwere der Erkrankung soll über Schnelligkeit der Behandlung entscheiden. Und weil zunehmend der Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert ist, wollen wir mit einem einheitlichen Versicherungssystem für gleiche Versorgungsbedingungen in ganz Deutschland sorgen sowie die Qualität verbessern. Es geht uns darum, eines der modernsten, leistungsfähigsten und gerechtesten Gesundheitssysteme der Welt zu entwickeln, das für alle Bürgerinnen und Bürger da ist.

Soziale Rechte sichern:

Eine gute medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger.

Am Gesundheitssystem nehmen fast alle teil: Als Patientinnen und Patienten, als Angehörige, als Ärztinnen und Ärzte sowie medizinischen Fachpersonal, als Unternehmerinnen und Unternehmer, als Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft. Der härteste Alltagstest findet im Warte- und Behandlungszimmer statt. Gesundheitspolitik gelingt, wenn sie den alltäglichen Praxistest der Bürgerinnen und Bürgern besteht. Wir wollen, dass unsere Gesundheitspolitik diesen Test besteht und Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem behebt, die Menschen jeden Tag erleben:

Wir wollen die Zwei-Klassen-Medizin verhindern.

Wir wollen die wohnortnahe hausärztliche Versorgung sichern.

Wir wollen das Vertrauen in die Arzt-Patient-Beziehung stärken.

Wir wollen mit den Ärztinnen und Ärzten die Grundlagen für ein modernes Berufsbild schaffen, das Zufriedenheit und Motivation bringt.

Wir wollen fair bezahltes und motiviertes Fachpersonal auf allen Ebenen

Unser Gesundheitssystem ist am Scheideweg. Eine moderne Medizin erfordert zeitgemäßere Strukturen, als sie heute vorzufinden sind. Moderne, hochkomplexe Therapien treffen heute immer noch z.T. auf „Einzelkämpfertum“ in den Praxen.

Mangelnde Vernetzung verursacht belastende Doppeluntersuchungen und schlechte Koordination. Dies geht zu Lasten aller: Patientinnen und Patienten, die keine genügend integrierte Versorgung genießen können; Personal, das durch Reibungsverluste und Ineffizienzen im System völlig überlastet ist sowie die Versicherten, die mit immer höheren Beiträgen diese Ineffektivität bezahlen müssen.

In einer Situation des Umbruchs herrscht Verunsicherung: Die Wahrung althergebrachter Strukturen wird zum beherrschenden Handlungsmuster. Um die Versorgung für die Bürgerinnen und Bürger zu verbessern, brauchen wir stattdessen mehr Orientierung an den Versorgungsprozessen, statt nur auf einzelne Leistungserbringer zu blicken. Daher wird die SPD alle Vorschläge und Ideen daran messen, welchen tatsächlich messbaren Nutzen sie für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten haben. Dies gilt für den Abbau von Über- und Unterversorgung ebenso, wie für eine sektorübergreifende Neuausrichtung der Versorgungsbereiche.

Auch für die Entscheidung, welche neuen Therapien von der Solidargemeinschaft erstattet werden, ist der tatsächlich messbare Nutzen für die Patientinnen und Patienten das entscheidende Kriterium. Dafür werden wir die unabhängige Versorgungsforschung ausbauen. **Sie soll sowohl die Wirkung medizinischer Maßnahmen auf die Versorgungsqualität und Behandlung des Menschen untersuchen, als auch die Effekte von gesundheitspolitischen Maßnahmen selbst.** Hierzu muss das evidenzbasierte Vorgehen, die interdisziplinäre Kooperationskultur und ein abgestimmtes interprofessionelles Zusammenarbeiten mit anderen Versorgungsbereichen vorangebracht werden.

Einheitliche Vergütung für gesetzlich und privat Versicherte

Die unterschiedliche Vergütung für die ambulante Versorgung von gesetzlich und privat Krankenversicherten ist die Hauptursache für die Zwei-Klassen-Medizin. Durch die unterschiedliche Vergütung von privat und gesetzlich Versicherten werden falsche Anreize gesetzt, die im gesamten System zu Fehlentwicklungen führen. Denn nicht die Indikation ist der Hauptmaßstab für Zugang zu medizinischen Leistungen, sondern die Höhe der Vergütung.

Die Menschen spüren die Auswirkungen dieser falschen Weichenstellungen jeden Tag: Im Wartezimmer, wenn Privatpatienten bevorzugt werden, beim Spezialisten in den Unikliniken, wo man oft Monate auf Termine wartet. Im Gespräch mit den Ärzten, wo z.T. Extra-Leistungen gegen Barzahlungen angeboten werden, weil die Kassen vermeintlich nicht oder zu schlecht honorieren und in strukturschwachen Regionen, wo es zu wenige Ärzte gibt, weil sie sich an Orten niederlassen, wo es viele Privatpatienten gibt. Dies muss beendet werden. Chancengleichheit bedeutet für uns, dass alle einen guten Zugang zu medizinischer Versorgung haben, unabhängig von sozialem Status und Wohnort:

Wir werden daher auf der Basis der evidenzbasierten Medizin eine einheitliche Honorarordnung einführen, damit die Honorarverteilung innerhalb der Ärzteschaft gerechter wird sowie unsinnige und für eine flächendeckende Versorgung schädliche Anreize entfallen.

Eine einheitliche Honorarordnung wird die medizinisch unbegründete, verstärkte Ansiedlung von Haus- und Fachärzten in Regionen mit einem hohen Anteil an Privatversicherten abbauen helfen. Gerade in strukturschwachen Regionen mit hoher Morbidität wird sie für gerechte Honorierung sorgen.

Die neue Honorarordnung gilt für Versicherte in der GKV/Bürgerversicherung, wie für Bestandsversicherte der PKV gleichermaßen. Gegenüber den Leistungserbringern sind Versicherte damit statusneutral. Dies ist die Voraussetzung für eine gleiche, indikationsbezogene Behandlung. Die Fehlanreize für eine Bevorzugung Privatversicherter entfallen. Gesetzlich Versicherte müssen damit keine Diskriminierungen, wie längeren Wartezeiten oder Nachteile bei der medizinischen Behandlung mehr hinnehmen. Die einheitliche Honorarordnung soll insgesamt nicht zu weniger Mitteln für die ambulante Versorgung führen. Dafür werden die Honorare entsprechend angepasst.

Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Die Versorgungsstrukturen in unserem Gesundheitssystem sind in ihrer Ausrichtung - gemessen an den Anforderungen - an ihre Grenzen gestoßen. Starre Sektorgrenzen und ungelöste Schnittstellenprobleme werden den Bedingungen einer modernen Medizin und der zunehmenden alterungsbedingten Multimorbidität nicht mehr gerecht. Wer das moderne medizinische Wissen in seiner Komplexität den Patientinnen und Patienten zu Gute kommen lassen will, braucht neue Kooperationskulturen und -strukturen sowie stärkere Vernetzung der Versorgungsbereiche. Deshalb müssen wir Anreize für mehr echte, an Qualitätssteigerung ausgerichtete integrierte Versorgung schaffen. In Zukunft muss belohnt werden, wer durch Kooperation und Qualifikation ein mehr an Behandlungsqualität erreicht. Der Blick auf koordinierte Behandlungsprozesse muss den Blick auf die einzelnen, begrenzten Funktionsbereiche ersetzen. Deshalb werden wir wieder verstärkt die Bildung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) fördern, in denen fachübergreifend versorgt werden kann. Der Schlüssel zur Erschließung von Effizienz und Effektivität der Versorgung liegt vor allem an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer fachärztlicher Versorgung.

Stärkung der hausärztlichen Versorgung

Die hausärztliche Versorgung hat eine zentrale Rolle für eine stärkere Kooperation im Gesundheitssystem. Dennoch nimmt in Deutschland die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte weiter ab. Die vergleichsweise schlechtere Honorierung ist ein Grund dafür. Dabei ist die Verschlechterung der hausärztlichen Versorgung eine besonders teure Fehlentwicklung. Denn gerade die Hausärzte sind diejenigen, die eine Koordinationsfunktion im Gesundheitswesen übernehmen können und Patientinnen und Patienten auch bei komplexen Behandlungen begleiten. Dies hat Vorteile sowohl für die Patienten, die effektiver und effizienter durch das Gesundheitssystem gelotst werden und insgesamt für die Versichertengemeinschaft, weil teure und unnötige Doppelbehandlungen stärker vermieden werden. Ebenso können Hausärzte mehr effektive Vorbeugemedizin anbieten, weil sie oft ihre Patienten über lange Zeiträume hinweg versorgen.

Nur durch eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung lässt sich die Wirtschaftlichkeit und Qualität unseres Gesundheitssystems langfristig sichern. Insgesamt muss die

hausärztliche Versorgung auch stärkeres Gewicht in der Ausbildung bekommen. Viele Medizinstudierenden bekommen in der Ausbildung die zentrale Rolle und die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung nicht umfassend vermittelt. Auch eine gezielte Förderung der Weiterbildung steigert die Attraktivität des Hausarztberufs.

Zur Stärkung des hausärztlichen Bereichs wollen wir die Hausärztliche Versorgungszentren (HVZ) ermöglichen. Die hausärztliche Versorgung muss noch stärker auf die Behandlung chronischer Erkrankungen ausgerichtet werden. Das Honorarsystem muss entsprechend angepasst werden, um diese hausärztlichen Leistungen angemessener zu vergüten.

Um diesen Prozess zu unterstützen und die hausärztliche Versorgung und damit die Vorbeugemedizin zu fördern, kehren wir zum Rechtszustand von vor dem 22.9.2010 bei der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zurück. Zur weiteren Stärkung der Hausärzte im System erhält der Deutsche Hausärzteverband umfassende Beteiligungsrechte in den ärztlichen und den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung".

Weiterentwicklung des fach- und spezialärztlichen Bereichs

Eine umfassende und qualitativ hochwertige fach- und spezialärztliche Versorgung ist ein zentraler Versorgungsbereich. Wir wollen ihn so weiterentwickeln, dass er die komplexen Anforderungen moderner Therapien bewältigen kann. Dazu ist eine stärkere Vernetzung aber auch klare Aufgabentrennung zum hausärztlichen Bereich notwendig. In Zukunft darf der Ausbau des fachärztlichen Bereichs nicht mehr zu Lasten des hausärztlichen Sektors gehen.

Wir werden die Schaffung eines spezialärztlichen Bereichs fördern, der einheitlich für den ambulanten und stationären Sektor gebildet werden soll. Anders als die derzeitige Koalition wollen wir dies mit einer klaren Bedarfsplanung und Zulassungs- sowie Mengensteuerung verbinden. Damit wollen wir eine auch regional bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen.

Weiterentwicklung des stationären Sektors

Auch der stationäre Sektor steht vor Veränderungen. Einerseits müssen stationäre Angebote populationsbezogen weiterentwickelt werden. Andererseits erfordert die stärkere Vernetzung mit der ambulanten Versorgung auch von stationären Einrichtungen Anpassungsprozesse.

Insgesamt muss die stationäre Behandlung stärker auf die Behandlung multimorbider älterer Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden. Dazu gehören nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch eine Verstärkung der Unterstützungsleistungen sowie ein qualifiziertes Entlassungsmanagement.

Besonders im Rahmen der Neuordnung des spezialärztlichen Sektors und bei der Versorgung in unterversorgten Gebieten müssen die Krankenhäuser für die ambulante geöffnet werden.

Die Verbesserung der Versorgungsqualität und der Krankenhaushygiene müssen durch ein stetig zu verbesserndes System an Richtlinien und Kontrollen sowie Veröffentlichungspflichten gewährleistet werden.

Die stärkere Integration vom ambulanten und stationären Sektor erfordert mittelfristig eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser.

Bessere Bedarfsplanung - Stärkung der Beteiligungsrechte der Länder

Die Weiterentwicklung der Versorgungsbereiche erfordert ebenso eine bessere Bedarfsplanung, die regional stärker durch die Länder mitbestimmt und gestaltet werden muss. Entscheidend dabei ist, dass alle, unabhängig vom sozialen Status und von der Strukturstärke ihrer Region einen angemessenen Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung haben. Das Versorgungssystem muss den regionalen Anforderungen gerecht werden.

Der geteilte Sicherstellungsauftrag für die ambulante und stationäre Versorgung verursacht Schnittstellenprobleme, die mittelfristig vor allem in der Verantwortung der Länder behoben werden müssen.

In Zukunft setzen wir auf eine an der Morbiditätsentwicklung ausgerichtete, flexible und kleinräumige Versorgungsplanung, die an der Erreichbarkeit von medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen für Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist. Eine umfassende teilhabeorientierte Gesundheitsversorgung ist auch für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten.

Die Versorgungsplanung wollen wir nach Versorgungsstufen – von der hausärztlichen bis zur spezialärztlichen Versorgung organisieren.

Wir wollen den Ländern in ihrer Gesamtverantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge das Recht einräumen, im Gemeinsamen Bundesausschuss an der Versorgungsplanung mitzuwirken. Dies schließt die Anwesenheit bei der Beschlussfassung und das Recht, Anträge zu stellen, ein. Wir wollen die Landesausschüsse zu Gemeinsamen Landesausschüssen weiterentwickeln, die die sektorübergreifende Versorgungsplanung voranbringen sollen und über die die Länder Rechtsaufsicht haben. Ebenso können sektorübergreifende regionale Versorgungskonferenzen gebildet werden, um die Versorgung wohnortnah mit den Kommunen zu planen.

Unter- und Überversorgung abbauen - Weiterentwicklung des Vertragsarztrechts

Im Kampf gegen Unter- und Überversorgung ist die einheitliche Vergütungsordnung das zentrale Element, um Fehlanreize zu beheben. Um Unterversorgung zu bekämpfen, wollen wir zusätzlich ärztliche Leistungen in nachweislich unterversorgten Gebieten aus den Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen immer zum vollen Preis vergüten.

Durch klare Änderungen im Vertragsarztrecht wollen wir ebenso eine bedarfsgerechte Verteilung der Ärzteschaft erreichen.

Wir wollen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Gebieten mit festgestellter Überversorgung verpflichtet werden, freiwerdende Arztsitze aus eigenen Mitteln aufzukaufen und zu schließen. In unterversorgten Gebieten wollen wir bestehende und neue Niederlassungsverhältnisse mit arbeitsentlastenden Maßnahmen für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte zu flankieren.

Dazu wollen wir z.B. Ärztinnen und Ärzten erweiterte Möglichkeiten zur Anstellung von Entlastungs- und Dauerassistentinnen und Assistenten einräumen. Eigeneinrichtungen oder Arztsitze, die durch andere Betreiber geführt werden, sollen zukünftig auch mit wechselnder ärztlicher Besetzung (Allgemeinmedizin und allgemeine fachärztliche Versorgung) betrieben werden können. Der Betreiber mehrerer Eigeneinrichtung oder Arztsitze soll nach dem Praxis-Sharing-Prinzip dafür Sorge tragen, dass in zu definierenden zeitlichen Abständen die abwechselnde Präsenz primärärztlicher und allgemein-fachärztlicher Versorgung gewährleistet ist. Ebenso können mobile Praxen mit wechselnder haus- und fachärztlicher Besetzung eingesetzt werden.

Medizineraus- und Weiterbildung

Die ausreichende Gewinnung von Nachwuchskräften bei Medizinerinnen und Medizinern ist eine wichtige Herausforderung der Zukunft, um die Versorgung sicherzustellen. Dazu wollen wir die Medizinerausbildung reformieren und stärker fördern. Wir wollen mehr Studienplätze im Bereich Humanmedizin und Zahnmedizin durch eine Beteiligung des Bundes an der Finanzierung.

Wir wollen mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin schaffen und einen größeren Stellenwert des Fachs in der Ausbildung. Ebenso müssen mehr Lehrstühle im Fach Geriatrie eingerichtet werden - sowie die Aus- und Fortbildung in diesem Bereich gestärkt werden. Die Studieninhalte müssen insgesamt stärker an praktischen Versorgungserfordernissen ausgerichtet werden. Wir wollen die Zugangskriterien für das Medizinstudium für diejenigen verbessern, die bereits Berufserfahrung in einer nicht-ärztlichen Versorgungstätigkeit mitbringen.

Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Die Berufsbilder im Gesundheitssystem ändern sich. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bekommt immer größeren Stellenwert. Vor allem die zunehmende Zahl von Medizinerinnen hat andere Vorstellungen, hinsichtlich der Rahmenbedingungen von ärztlicher Tätigkeit. Diese Herausforderungen müssen sich in der Organisationsstruktur der medizinischen Einrichtungen niederschlagen. Die stärkere Orientierung auf Versorgungszentren, in denen Ärztinnen und Ärzte in Anstellung arbeiten, ist ein wesentlicher Schritt zur Entlastung. Dennoch müssen auch für niedergelassene Mediziner und Medizinerinnen verbesserte Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Wir wollen, dass im Zusammenhang mit Geburt, Kindererziehung und Pflege von Angehörigen niedergelassene Ärzte für die gleichen Zeiten eine Vertretung oder einen Entlastungsassistenten anstellen können, wie Angestellte Anspruch auf Mutterschutz, Elternzeit oder Pflegezeit haben.

Fertig ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die nach dem Studium zunächst in anderen Berufsfeldern arbeiten oder ihre Arzttätigkeit für längere Zeit wegen Kindererziehung, Auslandsaufenthalten oder anderen Gründen unterbrechen, müssen beim

Wiedereinstieg in die Versorgung unterstützt werden. Daher sollen die Selbstverwaltung und die Kammern Werbungs-, Schulungs- und Weiterbildungsprogramme für Wiedereinsteiger auflegen, mit dem Ziel, einen möglichst großen Anteil der Absolventen der medizinischen Fakultäten für die Versorgung zu gewinnen.

Gute Arbeit in der Kranken- und Altenpflege

Die Arbeit der Pflegerinnen und Pfleger liegt uns besonders am Herzen. Arbeitsverdichtung und höhere Anforderung sorgen für immer mehr krankheitsbedingte Ausfälle beim Pflegepersonal. Auch die Vergütung – gerade in der Altenpflege – entspricht oft nicht den Leistungen, die hier erbracht werden.

Wir werden die Ausbildung der Pflegeberufe reformieren, um mehr Qualifikations- und Aufstiegsmöglichkeiten zu schaffen. Dazu wird die Pflegeausbildung modularisiert. Ebenso werden wir den Pflegeberufen bei gleichzeitig besserer Vergütung mehr Verantwortung durch arztentlastende Tätigkeiten ermöglichen. Zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Altenpflege werden wir die Finanzierung der dreijährigen Umschulung von Arbeitslosen zu Pflegefachkräften sicherstellen.

Mit der Bürgerversicherung wollen wir die finanzielle Grundlage schaffen, unser Versprechen auf bessere Arbeits- und Vergütungsbedingungen einzulösen. Weil wir mit der Bürgerversicherung soziale Spaltung verhindern, verhindern wir auch die Spaltung des Gesundheitssystems in wenige Luxuseinrichtungen und viele Einrichtungen der Grundversorgung mit schlechteren Arbeitsbedingungen – wir wollen gute Arbeit für alle!

Gute Arzneimittelversorgung für faire Arzneimittelpreise

Deutschland nimmt in Europa den Spitzenplatz bei den Preisen für Arzneimittel ein. Die von der schwarz-gelben Regierung gemachten Schritte sind noch unzureichend. Ob sich die Regelungen neben der Erhöhung des Herstellerrabatts strukturell positiv auf die Arzneimittelpreise auswirken, bleibt abzuwarten.

Die SPD will den Arzneimittelmarkt umfassender ordnen, um faire Preise für die Versicherten zu erreichen, echte Innovationen zu fördern und für diese einen schnellen Marktzugang zu ermöglichen sowie Patienten vor teuren, weitgehend nutzlosen Therapien zu schützen.

Daher wollen wir die Preise für Arzneimittel dem durchschnittlichen Preisniveau in Europa angleichen. Zum Zeitpunkt der Zulassung soll für neue Arzneimittel eine Kosten-Nutzen-Bewertung vorliegen, um eine Erstattungsfähigkeit zu erlangen. Die finanziellen Risiken bei innovativen, sehr teureren Therapien (z.B. in der Krebstherapie) sollen zwischen Krankenversicherungen und Herstellern geteilt werden. Der GBA soll eine Positivliste aller Arzneimittel, die zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen, erarbeiten. Den Arzneimittelvertrieb werden wir liberalisieren, um Preisvorteile von größeren Vertriebsstrukturen zu erreichen. Die Einsparungen kommen vor allem den Versicherten zu Gute und werden nicht zwischen den verschiedenen Leistungserbringern umverteilt, wie es sich Schwarz-Gelb zum Prinzip gemacht hat.

In Würde alt werden: Pflegebedürftige und Pflegende solidarisch unterstützen

Die Reform der Pflege ist die große sozialpolitische Herausforderung der kommenden Jahrzehnte. Prognosen gehen von einer Verdoppelung der Pflegebedürftigen bis 2050 aus, besonders die Zahl der Menschen mit altersbedingter Demenz wird massiv steigen. Die Reform der Pflege muss daher mehr sein als eine Reform der Pflegeversicherung. In Würde altern und gepflegt zu werden, ist eine Querschnittsaufgabe: Die altersgerechte Umgestaltung des Wohnumfelds gehört ebenso dazu, wie Prävention, ein pflegesensibles Arbeitsumfeld und familienpolitische Leistungen für Angehörige sowie eine verstärkte geriatrische Orientierung der medizinischen Versorgung. Im Zentrum stehen die Neuausrichtung der Pflegeversicherung selbst, eine verbesserte Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und die Wiederbelebung der kommunalen Pflegepolitik im Quartier und im Dorf, dort wo die Menschen leben.

Die SPD will in der kommenden Legislaturperiode die zentralen Weichen für eine bessere Pflege stellen. Alle Menschen in Deutschland sollen sich darauf verlassen können: In Würde alt werden und auch die letzten Lebensphasen so zu gestalten, darf kein Luxusgut werden. Gute Pflege und soziale Teilhabe auch im hohen Alter für alle zu gewährleisten, ist unser Ziel. Das geht nur in einer Solidarität, von der alle profitieren.

Gute Pflege ist für uns eine Frage von übergeordneter Bedeutung – sie zu organisieren und zu verbessern darf nicht an ideologischen Scheuklappen und politischer Handlungsunfähigkeit der schwarz-gelben Koalition scheitern. Das Bild, das die schwarz-gelbe Koalition in dieser zentralen gesellschaftspolitischen Frage offenbart, ist ein weiteres Armutszeugnis für diese Koalition. Das Verhalten der Beteiligten ist unverantwortlich, weil es zu Lasten von Millionen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie Pflegekräften geht. Sie erwarten zügige Entscheidungen und tragfähige Lösungen. Die schwierige Lebenssituation der Betroffenen duldet keinen Aufschub.

Pflegeleistungen verbessern – den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführen.

Wir werden in der kommenden Legislaturperiode umgehend mit der Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf der Grundlage der Empfehlungen des Beirats beginnen. Wir werden prüfen, den Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB I zu verankern. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird zu mehr Teilhabeorientierung in der Pflege führen. Nicht mehr nur wenige Einrichtungen sollen der Maßstab für die Bemessung der Pflegeleistungen sein, sondern die Einschränkung der Selbständigkeit und das Ziel, die verbliebenen Alltagskompetenzen zu erhalten und zu stärken. Diese neue Sichtweise führt zu mehr Gerechtigkeit und passgenaueren Leistungen, insbesondere für Demenzkranke.

Um den Pflegebedürftigkeitsbegriff umzusetzen, werden wir die Leistungen des SGB XI flexibilisieren. Dabei wollen wir in Zukunft nicht nach bestimmten Wohn- und Versorgungsformen unterscheiden. Die Betroffenen sollen in möglichst großer Selbstbestimmung entscheiden können, ambulante und stationäre Sachleistungen bedarfsgerecht zu kombinieren.

Um die Leistungen passgenau an die Betroffenen zu vermitteln, werden wir die Pflegeberatung konsequent ausbauen. Gute Pflegeberatung ist ein wichtiger Bestandteil von Pflege, um die komplexen Angebote, die der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ermöglicht, gebündelt anzubieten. Ohne intensivierte

Pflegeberatung werden bessere, einzelfallbezogene Leistungen bei vielen Menschen nicht ankommen.

Mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändern sich nachhaltig die Schnittstellen des Leistungsrechts der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe. Wir prüfen die Weiterentwicklung des Leistungsrechts für Menschen mit Behinderung zu einem neuen Teilhabegesetz des Bundes. Dabei müssen die Schnittstellen zwischen beiden Bereichen neu beschrieben und neu austariert werden, so dass sie mit der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung vereinbar sind. Die Schaffung eines neuen Teilhaberechts kann eine Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht ersetzen, wie es z.B. die CSU suggeriert. Im Gegenteil, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist die Voraussetzung der Reformen des SGB XI und des SGB XII/IX.

Bessere ambulante und stationäre Pflege gibt es nur durch Evaluierung und Transparenz der Pflegequalität. Wir werden die bestehenden Regelungen auf der Basis wissenschaftlich fundierter Konzepte weiterentwickeln und stetig verbessern.

Unterstützung für pflegende Angehörige – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Angehörige – i.d.R. Frauen - leisten den Großteil der Pflege in unserer Gesellschaft. Sie brauchen Hilfe und Unterstützung durch Beratung, Zeit und Infrastruktur. Mit guter, zugehender Beratung beginnt die Unterstützung für Pflegepersonen – wir werden sie zur Regel machen und mit einheitlichen Standards unterlegen und den Ausbau der Pflegestützpunkte voranbringen. Ebenso werden wir die Anleitung und Schulung von pflegenden Angehörigen und Ehrenamtlichen stärken.

Um pflegenden Angehörigen mehr Zeit zu verschaffen, werden wir die Ansprüche auf Verhinderungs- und Kurzzeitpflege auf acht Wochen verlängern und die entsprechende Sachleistung verdoppeln. Ebenso werden wir die einmalige Freistellungsmöglichkeit von 10 Tagen bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen mit einer Lohnersatzleistung, wie beim sogenannten Kinderkrankengeld, unterlegen.

Zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden wir die Pflegezeit zu einer flexiblen Pflegezeit weiterentwickeln. Flexibel heißt: Wir werden einen Rechtsanspruch auf ein flexibles Zeitbudget von 1000 Stunden einführen, das insgesamt einer Freistellung von 6 Monaten bei Vollzeitbeschäftigung entspricht. Dieses Zeitbudget steht einmal pro Pflegebedürftigen zur Verfügung und kann auf verschiedene pflegende Angehörige und verschiedene Zeiträume oder Teilzeitbeschäftigung je nach Erforderlichkeit verteilt werden. Die Umsetzung der flexiblen Pflegezeit muss durch geschlechtergerechte Lösungen erfolgen. Die flexible Pflegezeit dient den Angehörigen dazu, Akutphasen oder Zeiten des Übergangs – etwa von der Häuslichkeit in eine (teil-)stationäre Einrichtung zu begleiten. Die flexible Pflegezeit wird mit einem Rechtsanspruch auf Rückkehr in den Beruf und einer Lohnersatzleistung ausgestattet. Ebenso werden Pflegezeiten rentenrechtlich besser berücksichtigt.

Uns ist klar, dass auch mit der flexiblen Pflegezeit die häusliche Pflege von Angehörigen mit langen Pflegeverläufen nicht vollständig zu gewährleisten ist.

Deshalb arbeiten wir intensiv an Konzepten, wie häusliche Pflege auch über lange Zeiträume besser gewährleistet werden kann.

Schließlich wollen wir mit einem zusätzlichen Zeitbudget mit Lohnersatz von wenigen Wochen jenen Angehörigen helfen, die einen sterbenden Menschen in seiner letzten Lebensphase begleiten.

Ausbau kommunaler Pflegestrukturen

Die Pflege der Zukunft ist eine Pflege im Quartier und – in ländlichen Gebieten - im Dorf. Nur mit einer gezielten Förderung ehrenamtlicher und nachbarschaftlicher Hilfen und deren Verknüpfung mit den Leistungen verschiedener Sozialversicherungszweige wird die Pflege der Zukunft gelingen. Zentraler Akteur dieser sozialräumlichen Aufgabe sind die Kommunen. Deshalb müssen wir sie für diese Aufgabe stärken. Wir wollen die Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger verbessern und quartiersbezogene Kooperationen unterstützen – die Kommunen sollen hier eine koordinierende Funktion erfüllen. Wir wollen in den kommenden Jahren 500 Millionen Euro jährlich für die kommunalen infrastrukturellen Leistungen zur Verfügung stellen.

Bei der Förderung von Wohnungsbau und Wohnraumsanierung, muss das Kriterium altersgerecht/barrierefrei einen hohen Stellenwert haben. Das KfW-Programm „Altersgerecht umbauen“ muss auch 2011 verlässlich fortgeführt werden. Den Leistungsanspruch von § 40 Abs. 4 SGB XI für die Verbesserung des Wohnumfeldes wollen wir von derzeit 2 557 Euro auf 5 000 Euro erhöhen.

Prävention vor Rehabilitation

Mit einer Präventions- und Rehabilitationsoffensive kann Pflegebedürftigkeit vorgebeugt werden. Die Einlösung des Rechtsanspruchs auf geriatrische Rehabilitation, gerade in mobiler und ambulanter Form, wollen wir verwirklichen. Dies muss bereits in der Pflegeberatung Leitgedanke sein und in das Fallmanagement einfließen. Wir wollen Präventionsleistungen wie Ernährungsberatung, Bewegungs- und Kontaktförderung, Sturz- und Dekubitusprophylaxe für ältere oder pflegebedürftige Menschen stärken. Die haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung und die Prävention müssen in den stationären Pflegeeinrichtungen weiter verbessert werden.

Pflegebürgerversicherung

Wir wollen mit der solidarischen Bürgerversicherung auch in der Pflege eine nachhaltige Alternative zur Finanzierung umsetzen. Dazu wollen wir die Grundprinzipien der Bürgerversicherung in der Krankenversicherung auf die Pflege übertragen, wie z.B. Risikoausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung oder einkommensabhängige Beiträge. Obligatorische, ergänzende, kapitalgedeckte Zusatzversicherungen oder Kopfpauschalen, wie sie in Koalitionskreisen gefordert werden, lehnen wir ab.

Patientenrechte stärken: Bürgerinnen und Bürgern Schutz geben

In unserem Land gibt es eine zunehmend gesundheitsbewusstere Bevölkerung, die nicht nur Empfänger verordneter medizinischer Leistungen sein wollen. Patientinnen

und Patienten wollen aktiv mitwirken und mitentscheiden. Die Bürgerinnen und Bürger fordern zunehmend auch mehr transparente und klare Regelungen für ihre Rechte. Patientenrechte dienen auch dem Schutz von Leistungserbringern. Denn sie tragen zur Klarheit bei. Ein Patientenrechtegesetz hilft in jedem Fall, die Qualität medizinischer Leistungen zu verbessern. Die Bundesregierung bleibt eine Vorlage für ein Patientenrechtegesetz schuldig. Die SPD setzt sich für einen besseren Schutz und für bessere Rechte von Patientinnen und Patienten ein. Deshalb wollen wir ein Patientenrechtegesetz schaffen, das nachfolgende Forderungen aufnimmt.

Die sich in der Regel über Jahre hinziehenden Verfahren zur Durchsetzung der Rechte der Patienten müssen in zeitlich vorgegebener Frist abgeschlossen werden. Dafür wollen wir bei den zuständigen Gerichten Spezialkammern für Arzthaftungssachen einrichten. Die Mitbestimmungsrechte der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) wollen wir weiterentwickeln.

Damit Patientinnen und Patienten mehr Selbstbestimmung verwirklichen können, muss klar geregelt werden, welche Rechte und Pflichten aus einem Behandlungsvertrag hervorgehen. Dazu gehören die Rechte auf eine fachgerechte und wissenschaftliche, qualitätsabgesicherte Behandlung, wie Aufklärung und Beratung über Alternativen und Methoden.

Wir wollen Verbesserung des Risikomanagements auch in der ambulanten Versorgung fördern. Aufgetretene Fehler müssen jedoch auch bekannt werden, um Wege zu ihrer Vermeidung zu erörtern und umzusetzen. Deshalb ist es wichtig, gesetzlich arbeitsrechtliche Sanktionen für Meldungen eigener und fremder Fehler auszuschließen.

Wir wollen einen Rechtsanspruch auf Unterstützung durch die Krankenkassen bei Behandlungsfehlern einführen. Außerdem müssen Entschädigungssysteme eingerichtet werden – z.B. in Form eines verpflichtenden, umlagefinanzierten Arzthaftungssystems.

Prävention ausbauen: Gesundheitschancen für alle Bürgerinnen und Bürger verbessern.

Angesichts der Alterung der Gesellschaft und des großen Erkenntnisfortschritts in den Gesundheitswissenschaften nimmt Vorbeugemedizin einen immer größeren Stellenwert ein. Eine gute Prävention kann helfen, die soziale Sicherung nachhaltiger zu finanzieren durch Vermeidung von Krankheits- und Pflegekosten – die gilt besonders für chronische Erkrankungen. Vor allem steigert ein neues präventives Verständnis im Gesundheitssystem die Lebensqualität insgesamt: Die präventive Neuausrichtung des Gesundheitssystems ist daher die praktische Ausformung unseres vorsorgenden Sozialstaats.

Prävention ist dabei nicht nur Aufgabe des Gesundheitssystems, sie ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Die zunehmende Dominanz chronischer Erkrankungen, der Anstieg psychischer Krankheiten sowie die Wechselbeziehung zwischen Gesundheit und sozialer Lage können durch eine verstärkte Prävention und Gesundheitsförderung besser gemeistert werden. Um gleiche Chancen in unserer Gesellschaft zu gewährleisten, ist es, die Förderung eines gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen, die Vorbeugung von Krankheiten, die Verhütung von

arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, Hilfebedürftigkeit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung sowie die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern. Dabei ist es notwendig, Strukturen aufzubauen, die langfristig tragfähig sind und nicht nur Modellcharakter haben. Insbesondere muss dort investiert werden, wo die soziale Lage sich in schlechteren Gesundheitschancen ausdrückt und zu einer – auch regional – spürbaren Ungleichheit der Lebensverhältnisse führt.

Prävention hat immer zwei Seiten: Einerseits die gesundheitsfördernde Veränderung des Lebensumfelds, z.B. im Wohnumfeld, am Arbeitsplatz oder in der Schule. Insofern ist gesundheitliche Prävention eine zentrale Aufgabe der Gesellschaft insgesamt. Prävention ist aber andererseits auch vom Verhalten einzelner und damit von Bildung und gesellschaftlichen Leitbildern abhängig. Die SPD weiß jedoch um die Begrenztheit der Wirkung von verhaltenssteuernden Sanktionen. Vielmehr wollen wir mehr Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten und gesundheitsfördernde Leitbilder in der Gesellschaft fördern.

Um gesundheitlicher Prävention einen neuen gesamtgesellschaftlichen Stellenwert zu geben, wollen wir Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule neben Kuration, Pflege und Rehabilitation in der GKV etablieren. Wir wollen nationale Präventionsziele definieren, an denen sich die Strategien und Aktivitäten der unterschiedlichsten Akteure ausrichten können. Hierbei müssen alle Politikbereiche sowie alle staatlichen Ebenen einbezogen werden.

Wir werden eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung als neue gemeinsame Organisationseinheit der Sozialversicherung des Bundes und der Länder errichten, die finanziell von allen unterstützt wird. Die Stiftung soll Maßnahmen der Prävention in allen Bereichen umsetzen und Forschung und Vernetzung fördern.

Gesundheit nachhaltig finanzieren: Eine solidarische Versicherung für alle Bürgerinnen und Bürger.

Die SPD hat 2003 auf dem Bochumer Parteitag die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung beschlossen. Im Jahr 2004 ist erstmals ein umfassendes Konzept durch eine Kommission des Parteivorstands vorgelegt worden. Das Konzept der Bürgerversicherung genießt in der Bevölkerung hohe Sympathien und Unterstützung. Zur Vorbereitung auf eine erneute Regierungsbeteiligung hat die SPD einen konkreten Vorschlag zur Umsetzung erarbeitet.

Mit der der Bürgerversicherung wollen wir folgende zentrale Ziele erreichen:

Wir wollen die Finanzierung auf eine langfristig nachhaltigere Basis stellen, um eine gute und qualitative hochwertige Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten.

Wir wollen die Art der Krankenversicherung nicht mehr am Erwerbsstatus sondern am Bürgerstatus orientieren – ein einheitliches Versicherungssystem gewährt allen in jeder Lebenslage guten sozialen Schutz und fördert die Menschen, ihre Chancen in unterschiedlichen Erwerbsformen ein Leben lang wahrzunehmen.

Wir wollen erreichen, dass die Krankenkassen mehr in die Qualität der Versorgung investieren und dass das Ziel des Wettbewerbs um die beste Versorgung Wirklichkeit wird.

Wir wollen durch einen einheitlichen, solidarischen Krankenversicherungsmarkt gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Anbieter der Krankenversicherung schaffen – öffentlich wie privat.

Wir wollen mehr Gerechtigkeit bei den Beiträgen: Alle sollen einkommensabhängig einzahlen, niemand soll überfordert werden, die großen Einkommen müssen ihren Beitrag leisten.

Wir wollen die paritätische Finanzierung wieder herstellen. Arbeitgeber müssen ihrer größer werdenden Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung entsprechend an den Kosten und Investitionen im Gesundheitssystem beteiligt werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung genießt in der Bevölkerung als Institution ein hohes Vertrauen. In einer Bürgerversicherung halten wir daher an einem gegliederten, öffentlich rechtlichen und selbstverwalteten Kassensystem als tragende Säule der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Wir wollen es stärken. Daneben erfordert die Verfassungsmäßigkeit einer Bürgerversicherung, dass die bisherigen PKV-Anbieter in Zukunft eine Bürgerversicherung zu exakt gleichen Wettbewerbsbedingungen, wie die GKV-Unternehmen anbieten können.

Mit der Bürgerversicherung sorgen wir dafür, dass alle Versicherten in Deutschland in Zukunft einen guten, solidarischen Versicherungsschutz haben können:

Alle heute gesetzlich Versicherten und alle künftigen Krankenversicherten werden automatisch Mitglied der Bürgerversicherung. In Zukunft wird es daher nur noch die Bürgerversicherung als Krankenvollversicherung geben.

Dies gilt ebenso für Beamte und Selbständige.

Die Mindestbeitragsbemessung für Selbständige wird auf das Niveau oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze von 400,01 Euro abgesenkt. Somit können auch Selbständige mit geringem Einkommen einen fairen Beitrag zahlen.

In der Bürgerversicherung wird ein beihilfefähiger Tarif geschaffen. Den Bundesländern obliegt es daher zu prüfen, wie sie die Bürgerversicherung bzgl. des Beihilferechts umsetzen.

Vertrauensschutz ist uns wichtig. Deshalb wollen wir bisherigen Privatversicherten eine Wahloption einräumen, um sich aus einer heute schon nicht mehr beherrschbaren Prämienspirale nach oben befreien zu können. Damit eröffnen wir Privatversicherten zum ersten Mal echte Wahlfreiheit:

Privatversicherte können unabhängig von Alter und Gesundheitszustand in einem befristeten Zeitrahmen von einem Jahr nach Einführung wählen, ob sie in die Bürgerversicherung wechseln oder in ihren bestehenden PKV-Verträgen verbleiben

wollen. Bei einem Wechsel in die Bürgerversicherung erfolgt die Mitnahme der Alterungsrückstellungen im verfassungsrechtlich zulässigen Rahmen.

Die Wahloption erstreckt sich ausdrücklich auch auf Selbständige und Beamte.

Die Finanzierung der Bürgerversicherung setzt sich aus drei Beitragssäulen zusammen und entwickelt somit die bisherige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung fort. Ebenso bleibt der Gesundheitsfonds erhalten. Dadurch werden ein effektiver Finanzkraftausgleich sowie ein Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich bürokratiearm umgesetzt. Der Morbi-RSA wird weiterentwickelt. Damit werden bestehende Finanzierungsungleichgewichte behoben.

Der Bürgerbeitrag

Der Bürgerbeitrag wird auf diejenigen Einkommensanteile erhoben, welche sich aus selbständiger und unselbständiger Tätigkeit ergeben.

Die Beitragsbemessungsgrenze wird entsprechend dem heutigen Niveau beibehalten und entsprechend dem hergebrachten Verfahren fortgeschrieben.

Die Krankenkassen setzen den Bürgerbeitragssatz kassenindividuell selbstständig fest.

Die Regelungen für beitragsfrei mitversicherte Personen bestehen fort.

Zusatz- und Sonderbeiträge fallen ersatzlos weg.

Arbeitgeberbeitrag

Mit einem neu ausgestalteten Arbeitgeberbeitrag wollen wir die tatsächliche Bedeutung der Arbeitswelt für die Gesundheit der Bevölkerung in der Krankenversicherung abbilden. Gleichzeitig kann es gelingen, durch ein neues lohnsummenbasiertes Bemessungsverfahren die Krankenversicherung zum einen unabhängiger von der sich verstärkenden Lohndifferenzierung zu machen und andererseits diejenigen Branchen und Unternehmen stärker als bisher einzubeziehen, die sich aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Einkommensstruktur bislang zu gering an der Finanzierung der Krankenversicherung beteiligen:

Der Arbeitgeberbeitrag wird als ein linearer, prozentualer Anteil an der gesamten Lohnsumme für bürgerversicherte Arbeitnehmer beglichen. In dieser Lohnsumme enthalten sind neben den regulären Löhnen und Gehältern auch einmalige Bonuszahlungen etc.. Die Unternehmen führen den Beitrag als Summe an den Gesundheitsfonds ab. Der Gesundheitsfonds leitet die Mittel entsprechend dem Risikostrukturausgleich an die Krankenkassen weiter.

Für die Rentenversicherungsträger hat die Einführung des lohnsummenbasierten Arbeitgeberbeitrags keine Auswirkungen.

Dynamisierter Steuerbeitrag:

Mit einem dynamisierten Steuerbeitrag wollen wir weitere Einkommensarten zur Finanzierung der Krankenversicherung heranziehen, die Beitragsbelastung in vertretbarem Rahmen halten und die Krankenversicherung nachhaltig finanziell stabilisieren. Zukunftsszenarien zeigen, dass wir eine stärkere Steuerfinanzierung auch im Gesundheitssystem brauchen. Um die Verlässlichkeit des Vorschlags zu untermauern, greifen wir auf bewährte Instrumente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zurück und übertragen sie auf die GKV.

Der bestehende Steuerzuschuss wird zu einem Steuerbeitrag und entsprechend dem Verfahren in der Renten- und Arbeitslosenversicherung gemäß der Veränderungsrate der Umsatzsteuereinnahmen dynamisiert, mindestens bis die Differenz zum bestehenden Zuschuss der Höhe einer (fiktiven) Verbeitragung der Kapitaleinkünfte der privaten Haushalte entspricht. Die Mittel werden aus einer Erhöhung der Steuern auf Kapitalertrag geschöpft.

Paritätische Finanzierung:

Die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung ist ein zentrales Prinzip der deutschen Sozialversicherung. Die paritätische Finanzierung macht sich in den großen Sozialversicherungszweigen an gleichen Beitragsteilen für Versicherte und Arbeitgeber/Sozialversicherungsträger fest. Dies wollen wir mit der Bürgerversicherung auch für die Krankenversicherung wieder herstellen:

Zwischen Arbeitgeberbeitrag und Bürgerbeitrag wird die tatsächliche Parität hergestellt.

Der Schätzerkreis berechnet dazu jährlich die zu erwartenden Ausgaben der Bürgerversicherung. Von diesem Ergebnis wird der dynamisierte Steuerzuschuss abgesetzt und der verbleibende Betrag hälftig geteilt und auf Arbeitgeberbeitrag und Bürgerbeitrag umgelegt. Durch die unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen (Beitragsbemessungsgrenze beim Bürgerbeitrag bzw. deren Wegfall beim Arbeitgeberbeitrag) ergeben sich bei tatsächlicher Parität unterschiedliche Prozentsätze für Arbeitnehmer und Arbeitgeber.

PKV

Für die private Krankenversicherung bedeutet die Einführung einer Bürgerversicherung einen tiefen Einschnitt. Als Volkspartei haben wir auch eine Verantwortung besonders für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter privater Krankenversicherungsunternehmen. Daher wollen wir, dass mit der Einführung der Bürgerversicherung auch die PKV-Unternehmen eine neue Rolle in einem einheitlichen Versicherungsmarkt übernehmen können:

PKV-Unternehmen können ebenso wie öffentlich-rechtliche Krankenkassen die Bürgerversicherung anbieten. Für Sie gelten exakt die gleichen Bedingungen.

Für Versicherte, die die Bürgerversicherung bei einer PKV abschließen, gilt der gleiche Tarif, die Einbeziehung in den Gesundheitsfonds mit entsprechenden Zuweisungen an die Kasse, sowie risiko- und altersunabhängiger Kontrahierungszwang. Im Gegenzug erhält die PKV für ihre bürgerversicherten Mitglieder alle Kostenvorteile des Bürgerversicherungssystems.

Für bislang Privatversicherte bedeutet dies, dass sie bei ihrer Krankenkasse aus einem PKV-Tarif in den Bürgerversicherungstarif wechseln können, sofern ihre PKV diesen anbietet.

Die PKVen führen weiterhin ihre Bestandsversicherten. Die Kosten müssen aus individuellen Prämien und individuellen Altersrückstellungen voll gedeckt werden. Ein Anspruch für Bestandsprivatversicherte, Mittel aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen, gibt es nicht.

Wir werden mit den PKV-Unternehmen und den Mitarbeitern in einen Dialog treten, um den Übergang in einen einheitlichen solidarischen Versicherungsmarkt mit der Bürgerversicherung vorzubereiten.

Sicherstellung eines umfassenden Leistungskatalogs

Wir wollen, dass auch in Zukunft alle Versicherten am medizinischen Fortschritt teilhaben – unabhängig von ihrem sozialen Status oder Wohnort. Mit der Bürgerversicherung wollen wir die Finanzierung dieses sozialen Rechtsanspruchs absichern.

Der umfassende Leistungskatalog der heutigen GKV soll auch in Zukunft beibehalten und durch die gemeinsame Selbstverwaltung auf der Basis der evidenzbasierten Medizin weiterentwickelt werden.

In Bereichen, wo es bereits heute eine stärkere Selbstbeteiligung gibt, z.B. durch Festzuschussregelungen, werden wir die Auswirkungen auf die Versorgung genau analysieren und Maßnahmen ergreifen, um Fehlentwicklungen vorzubeugen oder abzubauen.

Insbesondere wollen wir die Zunahme an sog. IGeL-Leistungen auf notwendige Maßnahmen, wie Schutzimpfungen von Tropenkrankheiten, zurückführen, die nicht durch die Versichertengemeinschaft getragen werden müssen. Dies wird wesentlich zur Erneuerung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient beitragen.

Eine solidarische Zukunft für Gesundheit und Pflege in der nächsten Legislaturperiode gestalten

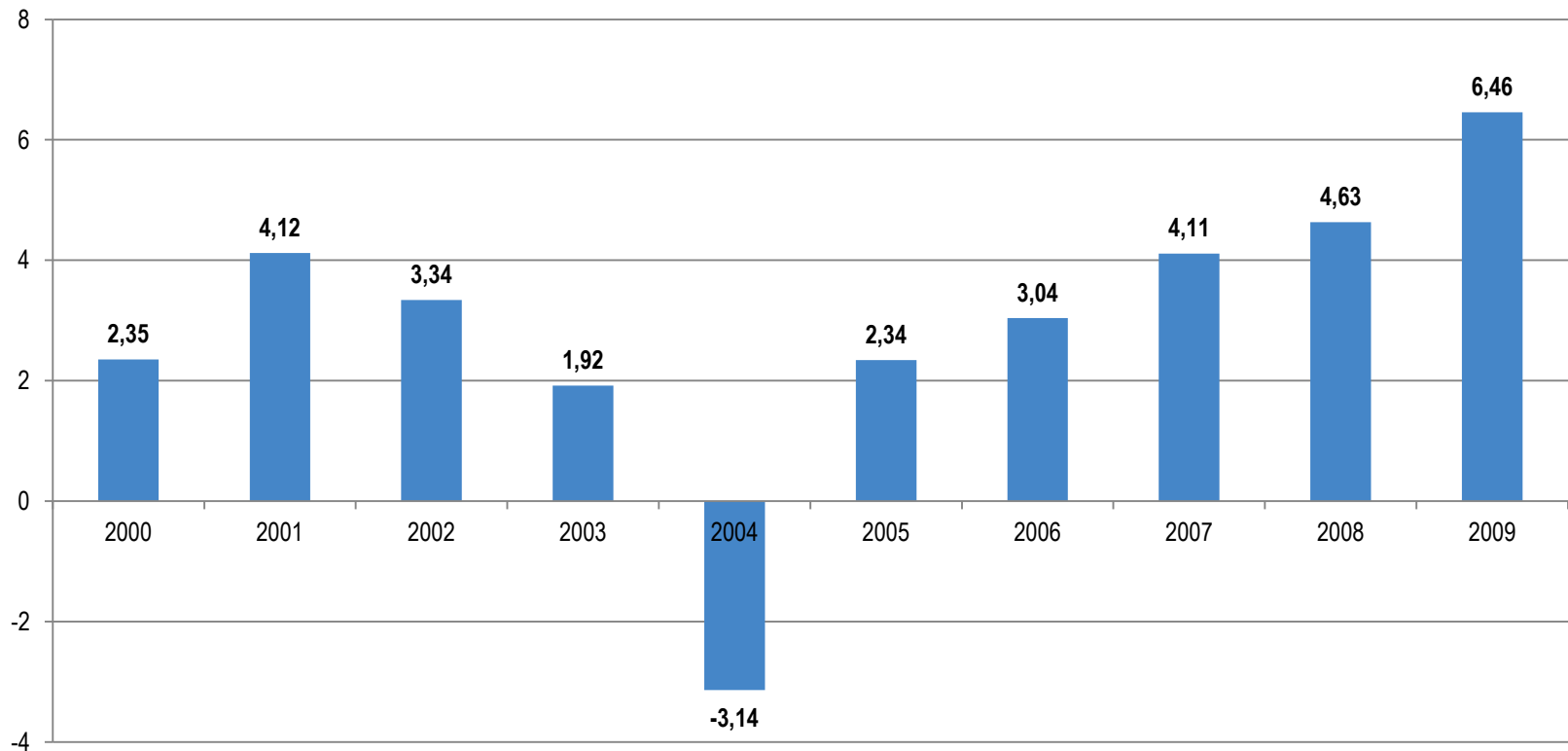
Die Richtung ist klar: Um der Klientel der FDP und Union weitere Vorteile einzuräumen, werden unter Schwarz-Gelb die gesetzlich Versicherten mehr und mehr belastet und Leistungskürzungen werden die Folge sein. Eine solidarische Weiterentwicklung des Gesundheits- und Pflegesystems, von der alle Bürgerinnen und Bürger profitieren, wird es mit der aktuellen Bundesregierung nicht geben.

Für die SPD ist die solidarische und qualitätsorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems eine zentrale Frage der Gerechtigkeit. Wir wollen nicht, dass die Gesellschaft an der Frage der Gesundheit auseinanderfällt.

Wir brauchen mehr gesellschaftlichen Zusammenhalt durch ein starkes und nachhaltiges Gesundheitssystem, das gleiche Teilhabe und gleiche Chancen bietet. Ein modernes, leistungsfähiges Gesundheitssystem, das allen gleichen Zugang bietet, ist

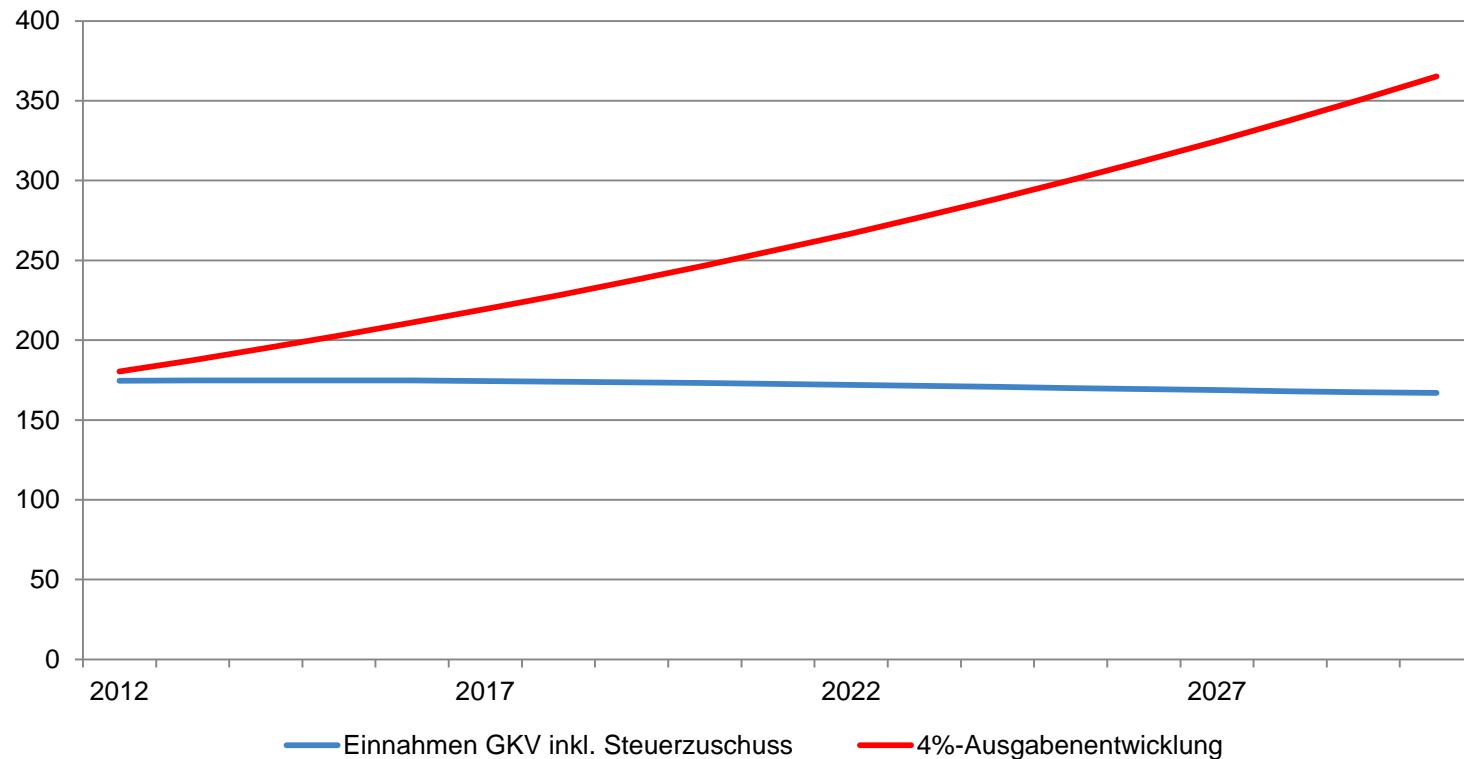
eine entscheidende Grundlage für Wohlstand und Prosperität in unserer Gesellschaft.
Dafür stehen wir ein.

Anstieg der GKV-Ausgaben je Versicherten in Prozent



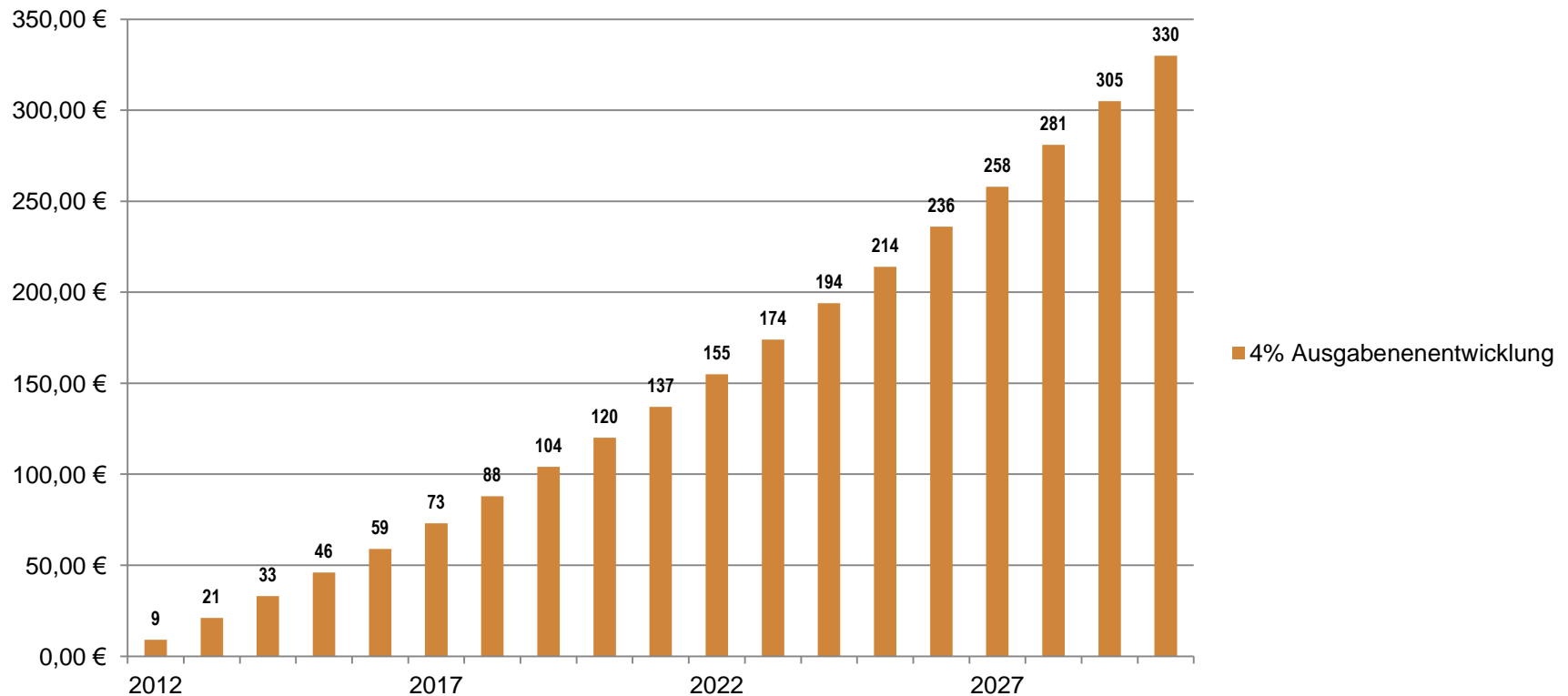
Quelle: BMG, KV 45

Ausgaben der GKV steigen auch weiter stark an!



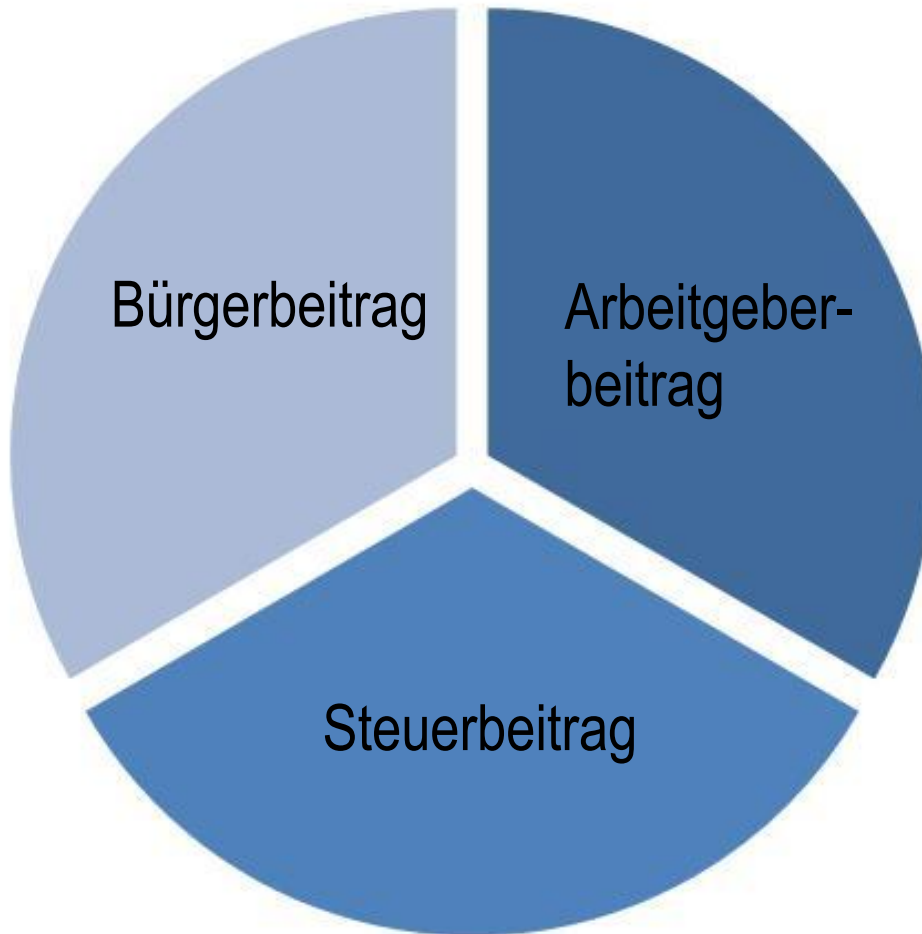
Quelle: IGKE

So hoch ist künftig die monatliche Kopfprämie!

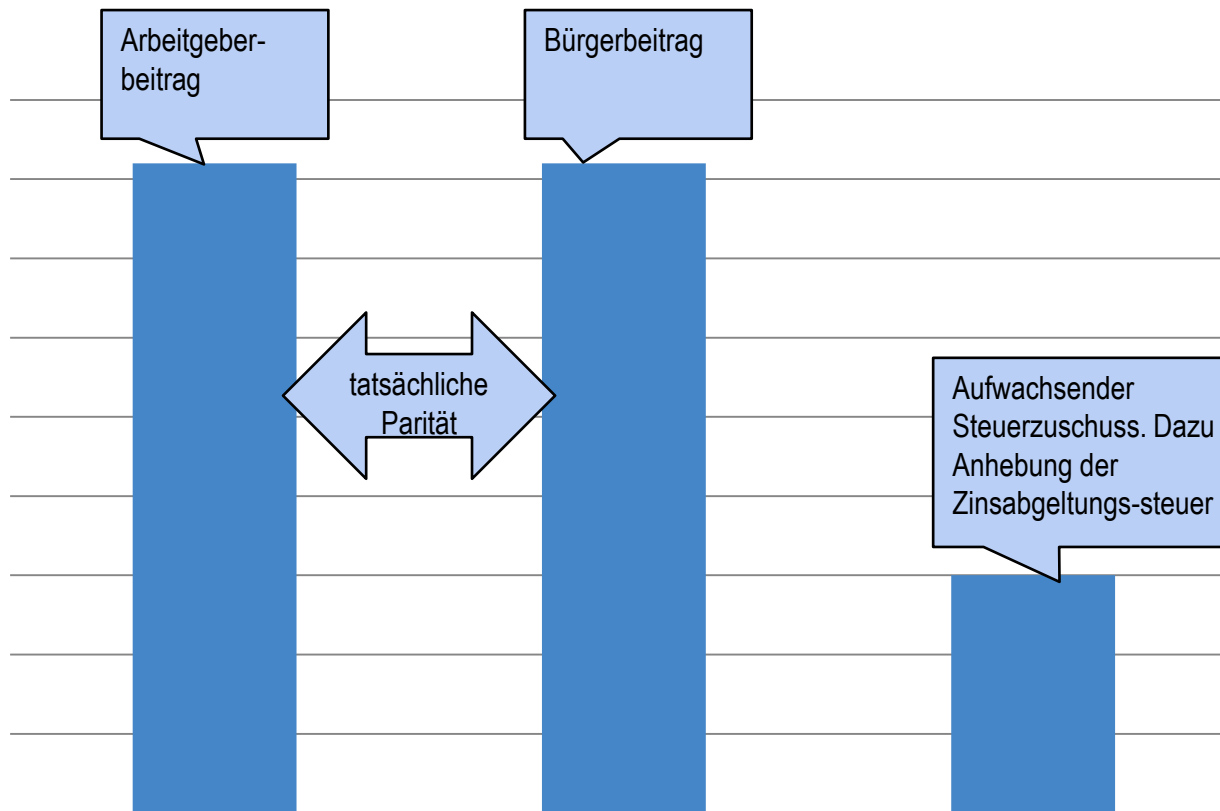


Quelle: IGKE

Grundstruktur der Finanzierung der neuen Bürgerversicherung



Finanzierung der neuen Bürgerversicherung



Beitragssätze und Steuerzuschuss der neuen Bürgerversicherung bei der Einführung

