



ZUR SACHE

Die Gesundheitsreform



agenda 2010



www.spdfraktion.de



Inhalt

Vorwort	4
1. Wie steht das deutsche Gesundheitswesen da?	6
2. Wird unser Gesundheitssystem immer teurer?	8
3. Wie viele Menschen arbeiten eigentlich im Bereich Gesundheit?	11
4. Warum wird nicht die gesamte Bevölkerung in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen?	12
5. Ist es nötig, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern?	14
6. Wo kann ich mich unabhängig über neueste medizinische Erkenntnisse informieren?	16
7. Wozu soll eine elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden?	18
8. Warum wird es eine neue Gesundheitskarte geben?	20

9. Kann ich auch in Zukunft meinen Arzt frei wählen?	21
10. Welche Rolle soll der Hausarzt spielen?	22
11. Warum nun eine Patientenquittung?	23
12. Wer versichert in Zukunft das Krankengeld?	24
13. Wo und von welchem Arzt kann ich mich in Zukunft ambulant behandeln lassen?	26
14. Welche Änderungen sind beim Zahnersatz vorgesehen?	28
15. Wer muss in Zukunft eine Praxisgebühr bezahlen?	29
16. Was ändert sich bei den Arzneimittelzuzahlungen?	30
17. Werden Arzneimittel teurer, wenn die Preisbindung für frei verkäufliche Medikamente aufgehoben wird?	31
18. Wie hoch ist meine Eigenbeteiligung bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus?	32

19. Werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht mehr von der Krankenkasse bezahlt?	33
20. Stimmt es, dass bestimmte Leistungen bald gar nicht mehr von der Kasse bezahlt werden?	36

Grafiken

Das Geld für die Gesundheit	7
Das kostet die Gesundheit	
Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung in Prozent	9
Die Gesundheitsreform: Aus dem Gesetz	25
Gesundheitskosten: Ländervergleich	35
Die versicherungsfremden Leistungen:	
Einsparungen der Krankenkassen in Mrd. Euro	38



Gudrun Schaich-Walch
Stellvertretende Vorsitzende der
SPD-Bundestagsfraktion

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

am 26. September 2003 haben wir das GKV-Modernisierungsgesetz – GMG – im Bundestag und am 17. Oktober 2003 im Bundesrat beschlossen. Ziel des Gesetzes ist es, unser leistungsfähiges Gesundheitswesen in Richtung mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit weiterzuentwickeln und zukunftssicher zu machen.

Die gesetzliche Krankenversicherung muss für künftige Herausforderungen gewappnet werden, die die demografischen Veränderungen, der medizinisch-technische Fortschritt sowie die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Veränderungen mit sich bringen. Deshalb sind die Versorgungsstrukturen, die Ausgestaltung des Leistungskatalogs und die Sicherung der Finanzgrundlagen umfassend und nachhaltig zu verändern.

Wir wollen die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleisten und das Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung in eine neue Balance bringen. Dabei muss gewährleistet sein, dass auch in Zukunft alle Bürgerinnen und Bürger die präventiven Leistungen erhalten, die Krankheiten vermeiden helfen, und im Krankheitsfall sicher sein können, dass alle medizinisch notwendigen Leistungen zur Verfügung stehen und sie finanziell nicht überfordert werden.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink that reads "G. Schaich-Walch".

Gudrun Schaich-Walch

1 Wie steht das deutsche Gesundheitswesen da?

Das deutsche Gesundheitswesen ist grundsätzlich leistungsfähig und mit erheblichen finanziellen Mitteln ausgestattet. Allein durch Beiträge standen im Jahr 2002 140 Mrd. € für die Versorgung der Patient/innen zur Verfügung. Nur die USA, die Schweiz und Norwegen geben noch mehr Geld für Gesundheit aus.

Wir brauchen Reformen, weil:

- >> aufgrund verkrusteter Strukturen ein nicht unbeträchtlicher Teil des zur Verfügung stehenden Geldes versickert. Er wird für überflüssige und schlechte Leistungen verpulvert.
- >> der medizinische Fortschritt die Kosten weiter erhöht.
- >> die Zahl Älterer, die im Durchschnitt weniger einzahlen und mehr Leistungen in Anspruch nehmen, steigt.
- >> der Faktor Arbeit zu teuer ist. Deshalb will die Regierungskoalition die Lohnnebenkosten deutlich absenken.

Das Preis-Leistungs-Verhältnis unseres Gesundheitswesens stimmt also nicht. Hier muss der Hebel angesetzt werden. Wir brauchen mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit in der Versorgung.

Das Geld für die Gesundheit:

Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland in Mrd. Euro (gesetzliche und private Krankenversicherung, private Haushalte, Pflegeversicherung, u.a.)



Quelle: Statistisches Bundesamt

2 Wird unser Gesundheitssystem immer teurer?

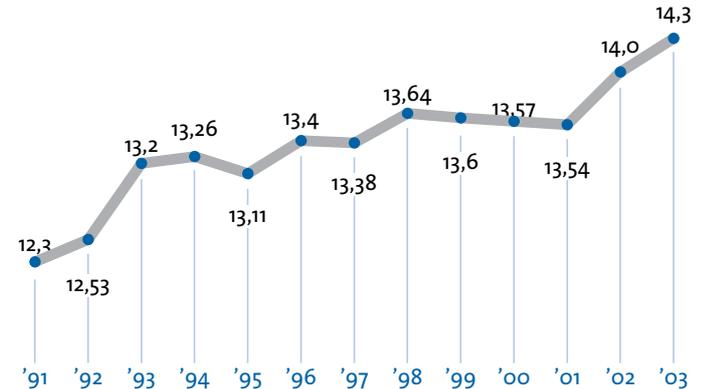
Wir müssen uns mittel- und langfristig darauf einstellen, dass die Gesundheitskosten stetig steigen. Dafür sorgt vor allem der medizinisch-technische Fortschritt. Er macht Krankheiten behandelbar, gegen die früher kein Kraut gewachsen war. Die moderne Medizin ist in der Lage, das Leben schwer- und schwerstkranker Menschen zu verlängern. Das ist gut für diese Menschen selbst und ihre Familien. Ihr Zugewinn an Lebenszeit und Lebensqualität ist den Preis wert, den wir mit unseren Beiträgen dafür zahlen.

Auch die demographische Entwicklung wird die Gesundheitskosten tendenziell weiter in die Höhe treiben. Unsere Gesellschaft altert. Der Anteil alter Menschen wird in den nächsten Jahrzehnten kontinuierlich wachsen. Die besonders behandlungs- und kostenintensiven chronischen Volkskrankheiten aber treten im Alter gehäuft auf. Mit einer höheren

Das kostet die Gesundheit:

Quelle: BMGS

Beitragssätze (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil jeweils Jahresanfang) der gesetzlichen Krankenversicherung in Prozent



3 Wie viele Menschen arbeiten eigentlich im Bereich Gesundheit?

Lebenserwartung steigt auch das Risiko an einem solchen Leiden zu erkranken.

Der Gesunderhaltung und der gesundheitsorientierten Lebensführung kommt deshalb für die künftigen Gesundheitskosten eine Schlüsselrolle zu. Wir alle können durch gesundheitsbewusstes Verhalten dazu beitragen, die Gesundheitskosten von morgen im Griff zu behalten.

Im Gesundheitswesen arbeiten jetzt schon über 4 Millionen Menschen. Zum Vergleich: in der Automobilindustrie arbeiten weniger als 800.000 Menschen!

Der Gesundheitssektor ist ein Wachstumsmarkt, der neue Arbeitsplätze schafft. Wir wollen die Chancen zielstrebig und konsequent nutzen, die die Job-Maschine „Gesundheitswesen“ bietet.



4 Warum wird nicht die gesamte Bevölkerung in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen?

Bei der Reform geht es um höhere Behandlungsqualität und eine Verbesserung des Wettbewerbs. Danach werden wir in einem 2. Schritt die nachhaltige Finanzierung des Systems angehen. Dazu hat die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme im September 2003 ihren Endbericht vorlegt und dort auch Alternativen zur Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten.

Beide müssen noch genauer auf ihre Auswirkungen und Umsetzbarkeit überprüft werden.

Die zwei unterschiedlichen Modelle sind:

- >> eine Erwerbstätigenversicherung für alle Bürger: dabei bleiben die Beiträge einkommensabhängig und der soziale Ausgleich erfolgt innerhalb des Versicherungssystems.

Langfristiges Ziel ist eine Vollversicherung aller Bürger/innen mit dem medizinisch Notwendigen sowie Zusatzversicherungen für die sogenannte „Luxusmedizin“ durch die privaten Krankenkassen.

- >> Finanzierung der Krankenversicherung über eine einheitliche einkommensunabhängige Gesundheitsprämie für jeden erwachsenen Versicherten. Damit würde die Krankenversicherung von den Löhnen entkoppelt, um die derzeit negativen Effekte auf Beschäftigung zu vermeiden. Der soziale Ausgleich würde bei diesem Modell durch Ausgleichszahlungen für Niedrigverdiener in das Steuersystem verlagert.

Über die Umsetzung dieser Vorschläge wird politisch nach einer ausführlichen Diskussion entschieden.

5 Ist es nötig, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern?

Die Grundsatzfrage, ob ein Gesundheitssystem gut oder schlecht ist, lässt sich nur schwer beantworten. Sicherlich hat Deutschland insgesamt eine zufriedenstellende Patientenversorgung. In den letzten Jahren häufen sich allerdings die Hinweise, dass die Versorgung der kranken Menschen in unserem Land teilweise mit Versorgungsmängeln behaftet ist.

Dabei kommt es genauso zu Überversorgung (doppelte Untersuchungen), wie Unter- und Fehlversorgung. Mit der jetzt vorgelegten Gesundheitsreform sollen Versorgungsabläufe in unserem Gesundheitssystem durch ein gezieltes Maßnahmenbündel optimiert werden. Dazu gehört auch

- >> die Verpflichtung zur Fortbildung für Ärzte,
- >> die Einführung von Qualitätsmanagement in den Arztpraxen und
- >> die Einrichtung eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das Nutzenbewertungen von Arzneimitteln durchführt und Leitlinien und pflegerische Standards für ausgewählte Krankheiten bewertet.

6 Wo kann ich mich unabhängig über neueste medizinische Erkenntnisse informieren?

In Zukunft soll es ein „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ geben. Diese Einrichtung wird fachlich wie finanziell unabhängig arbeiten und eine zentrale Aufgabe bei der Verbesserung der Behandlungsqualität in unserem Gesundheitssystem spielen.

Eine der auf diese Einrichtung übertragenen Aufgaben wird der Aufbau und Erhalt eines Informationspools sein. Das Institut wird unter anderem für die Bürgerinnen und Bürger Informationen über

- >> die Leistungen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten und stationären Versorgung und
- >> die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Diagnostik und Therapie in der Medizin bereithalten.

Somit erhält jeder Erkrankte in Zukunft den Zugang zu neutraler Information. Diese steht zusätzlich zu den Ausführungen des behandelnden Arztes, der Krankenkasse und anderer Patientenberatungsinstanzen zur Verfügung.



7 Wozu soll eine elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden?

Ein großes Defizit in unserem Gesundheitssystem besteht darin, dass Behandlungsleistungen nicht miteinander abgestimmt werden. Oft sind vorangegangene Untersuchungsbefunde und Diagnosen, welche einen Patienten betreffen, für den aktuellen Behandler nicht verfügbar. Aus dieser Wissenslücke resultieren kostspielige Doppeluntersuchungen, eine Addition von Diagnostiknebenwirkung (z. B. mehrfache Röntgenuntersuchung zur identischen Fragestellung), verlängerte Behandlungsabläufe bis hin zu im schlimmsten Fall für den Patienten tödlichen Behandlungs- und Kommunikationsfehlern.

Seit langer Zeit wird diskutiert, dass es für einen erkrankten Menschen zumindest theoretisch optimal wäre, wenn seine Krankengeschichte sein ganzes Leben umfassen würde und sämtliche Befunde und Diagnosen enthielte. Die elektronische

Gesundheitskarte wird dieses Ziel greifbar machen. Jeder Versicherte erhält in Zukunft auf freiwilliger Basis die Möglichkeit, seine medizinischen Behandlungsdaten in dieser elektronischen Gesundheitskarte zu sammeln. Hierbei ist es wichtig zu beachten, dass er allein „Herr seiner Daten“ bleibt. Es erhält nur derjenige Einblick in diese Unterlagen, den der betreffende Versicherte hierzu legitimiert.

8 Warum wird es eine neue Gesundheitskarte geben?

Es ist beabsichtigt, allen Versicherten bis zum Jahr 2006 eine elektronische Chipkarte an die Hand zu geben. Im wesentlichen werden damit zwei Ziele verfolgt:

- >> Zum einen soll Missbrauch der Chipkarte (z. B. Nutzung durch Unbefugte) durch die zukünftige Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen (Bild des Versicherten) auf der Chipkarte abgestellt werden.
- >> Außerdem ist davon auszugehen, dass die Digitalisierung der Kommunikationswege im Gesundheitssystem zu erheblichen finanziellen Einspareffekten und zu einer wesentlichen Verbesserung der Qualität der medizinischen Behandlung führen wird. Allein die Umstellung auf ein digitales Rezept wird dem Gesundheitssystem zukünftig den unwirtschaftlichen Umgang mit 760 Mio. Papierrezepten jährlich ersparen.

9 Kann ich auch in Zukunft meinen Arzt frei wählen?

Auch in Zukunft kann jeder Patient seinen Arzt frei wählen. Patienten können jedoch freiwillig auf dieses Recht verzichten. Sie können sich ihrer Krankenkasse gegenüber verpflichten, einen Facharzt nur nach vorheriger Konsultation und auf Überweisung ihres Hausarztes aufzusuchen („hausarztzentrierte Versorgung“).

Für Versicherte, die sich in eine hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben haben, kann die Krankenkasse Zuzahlungen oder Beiträge ermäßigen.

10 Welche Rolle soll der Hausarzt spielen?

Der Hausarzt eines Versicherten soll die Rolle eines „Lotsen“ durch das Gesundheitssystem spielen.

Dies wird zu einer besseren Betreuung der Patienten und zu erheblichen Einspareffekten führen. Mehrfachuntersuchungen und Parallelverordnungen werden wirkungsvoll eingedämmt.

Die Patienten erhalten die Möglichkeit, die von ihrer Krankenkasse anzubietende hausarztzentrierte Versorgung zu wählen.

11 Warum nun eine Patientenquittung?

Mit der Einführung der Patientenquittung kommt die Regierungskoalition einem oft geäußerten Bedürfnis vieler Patienten nach Transparenz nach. In Zukunft kann ein Patient auf Wunsch eine Aufstellung der Leistungen erhalten, die sein Arzt während der Behandlung erbracht hat. Die Quittung soll in allgemein verständlicher Form die ärztlichen Leistungen und die voraussichtliche Vergütung des Arztes enthalten.



12 Wer versichert in Zukunft das Krankengeld?

Im Kern geht es darum, die paritätische Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Leistungen zu konzentrieren, die medizinisch notwendig sind. Das Krankengeld ist aber keine medizinische Leistung.

Zudem muss die gesetzliche Krankenversicherung einen Beitrag zur Entlastung der Arbeitskosten leisten. Deshalb wird ab 2006 ein zusätzlicher Beitragssatz von 0,5% eingeführt, der allein von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung getragen wird. Das ist auch deshalb vertretbar, weil die Arbeitgeber für die ersten sechs Wochen einer Arbeitsunfähigkeit das Entgelt fortzahlen. Hierfür haben sie im Jahr 2002 rd. 26 Mrd. € ausgegeben.

Wichtig ist, dass der Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt und auch in Zukunft solidarisch finanziert wird.

Die Gesundheitsreform:

Aus dem Gesetz



- Krankengeld (nach Ende der Lohnfortzahlung): Umfinanzierung durch zusätzlichen Beitragssatz, getragen von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, wird nur noch von Arbeitnehmern (Versicherten) finanziert**



- Lotsenfunktion des Hausarztes:**

Zum Hausarzt → Praxisgebühren von 10 €
 Mit Überweisung zum Facharzt → keine Praxisgebühren
 Ohne Überweisung direkt zum Facharzt (ausgenommen Kinderärzte) → Praxisgebühren von 10 €



- Versicherungsfremde Leistungen wie Mutterschaftsgeld und Schwangerschaftsabbruch weitgehend über Steuern finanzieren**



- Weitere Einsparungen der Krankenkassen u. a. bei Brillen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln**



- Einrichtung eines „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“**

13 Wo und von welchem Arzt kann ich mich in Zukunft ambulant behandeln lassen?

Wir erhöhen die Wahlfreiheit der Patienten. Neben den niedergelassenen Ärzten wird es künftig auch medizinische Versorgungszentren geben und die Krankenhäuser werden für hochspezialisierte ambulante Leistungen geöffnet (Beispiele: Krebstherapie, Behandlung von Patienten, die an Multipler Sklerose erkrankt sind).

Die besondere Qualifikation und Erfahrung der Krankenhausärzte und die vorhandenen Strukturen sollen besser als bisher genutzt werden. Die flächendeckende Versorgung, vor allem in ländlichen Gebieten soll damit ebenfalls verbessert werden.

Medizinische Versorgungszentren sollen einen Teil der ambulanten Versorgung übernehmen. In ihnen werden angestellte Ärzte und freiberuflich niedergelassene tätig sein. Jungen Medizinern wird damit die ärztliche Tätigkeit ermöglicht, ohne dass sie das finanzielle Risiko einer Praxisgründung oder -übernahme eingehen müssen. Ihren Patienten können die Versorgungszentren ein umfassendes und koordiniertes Versorgungsangebot „aus einer Hand“ anbieten.



14 Welche Änderungen sind beim Zahnersatz vorgesehen?

Um die bisherigen Mitnahmeeffekte beim Zahnersatz auszuschließen – wer sich einen aufwändigeren Zahnersatz leisten kann, bekommt einen höheren Zuschuss –, werden anstelle der bisherigen prozentualen Zuschüsse ab 2005 Festzuschüsse gezahlt. Wer regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen zum Zahnarzt geht, erhält seinen gewohnten Bonus: Die Krankenkasse zahlt einen höheren Zuschuss. Finanziell schlechter gestellte Patienten werden auch in Zukunft durch Härtefallklauseln vor Überforderungen geschützt.

Die Versicherten können entscheiden, ob sie sich gegen das Risiko „Zahnverlust“ weiterhin in der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat versichern wollen. Wenn sie sich für die gesetzliche Krankenversicherung entscheiden, müssen sie den Beitrag für die „Zahnversicherung“ alleine bezahlen. Er wird sich für sie und ihre Familie vorraussichtlich auf etwa 6 € im Monat belaufen.

15 Wer muss in Zukunft eine Praxisgebühr bezahlen?

Bei ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung beträgt die Zuzahlung 10 € je Quartal. Versicherte, die ohne Überweisung noch einen anderen Arzt aufsuchen, zahlen künftig für jede weitere Inanspruchnahme eines Arztes pro Abrechnungsquartal erneut eine Praxisgebühr von 10 €.

Die Praxisgebühr entfällt bei Vorsorgeuntersuchungen und Maßnahmen der Früherkennung sowie bei Schutzimpfungen.

Für Kinder und Jugendliche entfällt die Praxisgebühr.



16 Was ändert sich bei den Arzneimittelzuzahlungen?

Heute beträgt die Zuzahlung zu Arzneimitteln je nach Packungsgröße 4 €, 4,50 € oder 5 €. Ab 2004 beläuft sie sich auf 10 %, allerdings nicht mehr als 10 €, aber mindestens 5 €. Sie ist zudem nie höher als der Preis des Arzneimittels.

17 Werden Arzneimittel teurer, wenn die Preisbindung für frei verkäufliche Medikamente aufgehoben wird?

Nein. Die Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wird aufgehoben und so wird ein für die Patienten vorteilhafter Preiswettbewerb eingeführt, der zu sinkenden Arzneimittelpreisen führen soll. In europäischen Nachbarstaaten gibt es keine Preisbindung für freiverkäufliche Arzneimittel und diese Mittel sind dort oftmals billiger als in Deutschland.



18

Wie hoch ist meine Eigenbeteiligung bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus?

Die Zuzahlung im Krankenhaus wird von 9 € auf 10 € je Krankenhaustag angehoben. Sie ist für maximal 28 Tage im Jahr zu zahlen.



19

Werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht mehr von der Krankenkasse bezahlt?

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel kann jeder Patient ohne Rezept in der Apotheke kaufen. Zu diesen Medikamenten gehören unter anderem Schmerz-, Husten- und Erkältungs-, sowie Magen- und Verdauungsmittel.

Deutschland ist das einzige Land in Europa, in dem die gesetzliche Krankenversicherung nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel noch bezahlt. Da der Durchschnittspreis solcher Medikamente unter 11 € liegt, ist es den Versicherten finanziell zumutbar, die Kosten dieser Präparate selbst zu tragen.

Es wird Ausnahmen geben:

- >> Die Kosten rezeptfreier Arzneimittel, die Kindern bis 12 Jahren verschrieben werden, übernimmt weiterhin die Krankenkasse.



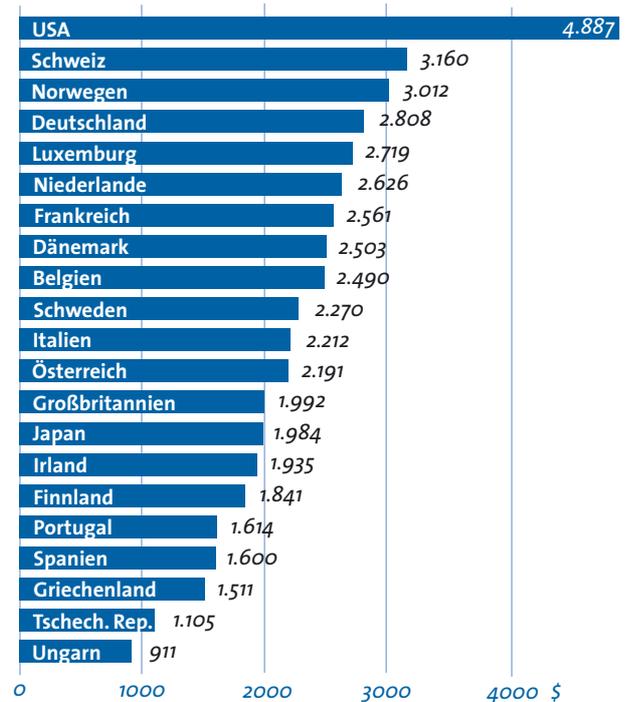
- >> Dasselbe gilt für behinderte Jugendliche, die unter Entwicklungsstörungen leiden, bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres.
- >> Wenn rezeptfreie Arzneimittel zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung zum Therapiestandard gehören, darf der Arzt sie auch in Zukunft zu Lasten der Krankenkasse verordnen. Voraussetzung dafür ist, dass die Arzneimittelrichtlinien diese Therapie zulassen.

Der Ausschluss von der Verordnungsfähigkeit gilt sowohl für rezeptfreie chemisch-synthetische Arzneimittel als auch für pflanzliche Arzneimittel.

Gesundheitskosten: Ländervergleich

Quelle: OECD, Stand 2001

Jährliche Ausgaben für die Gesundheit in Dollar je Einwohner



20 Stimmt es, dass bestimmte Leistungen bald gar nicht mehr von der Kasse bezahlt werden?

Die versicherungsfremden Leistungen Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld und sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Haushaltshilfe sowie Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes werden in Zukunft nicht mehr durch die gesetzliche Krankenversicherung, sondern über Steuern finanziert. Das heißt, nicht nur die Versicherten tragen die Kosten für diese Leistungen, sondern die ganze Gesellschaft.

Für die Mütter ändert sich aber nichts. Da die o. a. Leistungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben, erhalten sie diese weiterhin wie bisher von ihrer Krankenkasse. Nur finanziert werden sie auf einer breiteren Basis.

Das Sterbegeld wird gestrichen. Das Sterbegeld ist ein Bestattungskostenzuschuss und damit dem Grunde nach eine versicherungsfremde Leistung. Bereits jetzt gilt, dass das Sterbegeld nur noch gezahlt wird, wenn der Verstorbene am 1. Januar 1989 versichert war.

Auch bestimmte andere Leistungen (wie künstliche Befruchtung und Sterilisation) werden jetzt stärker nach medizinischer Notwendigkeit hinterfragt. Nur in medizinisch notwendigen Fällen werden hierfür die Kosten noch von der Krankenkasse getragen. Bei der künstlichen Befruchtung tragen die Krankenkassen 50% der Kosten.

Die versicherungsfremden Leistungen:

Einsparungen der Krankenkassen in Mrd. Euro

Medizinische Leistungen bei Schwanger- und Mutterschaft

2,1

Aufhebung der Beitragsfreiheit für Erziehungsgeld,
Mutterschaftsgeld und Elternzeit

1,3

Mutterschafts- und Entbindungsgeld

0,6

Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch

0,2

Haushaltshilfe

0,2

Krankengeld bei Betreuung eines Kindes

0,1

Die gesetzlichen Krankenkassen könnten ab 2004 ca. 4,5 Mrd. € jährlich sparen. Die versicherungsfremden Leistungen sollen dann aus dem Steuertopf (Erhöhung der Tabaksteuer) bezahlt werden.

Impressum

Herausgeberin:
SPD-Bundestagsfraktion
Nina Hauer MdB, Parlamentarische Geschäftsführerin
Platz der Republik
11011 Berlin

Text und Redaktion:
Michael Meier
Jan-Olaf Piontek
Peter Schmidt
Kerstin Villalobos

Bezugsadresse:
SPD-Bundestagsfraktion
Öffentlichkeitsarbeit
Platz der Republik
11011 Berlin
oder unter:
www.spdfraktion.de

Gesamtherstellung:
Petra Bauer, Cicero Werbeagentur, Berlin/Bonn
pb.cicero@t-online.de

Fotos: Lokomotiv-Atelier (Titel, S. 28), Peter Widmann (Titel),
Joker (S. 10, 31, 32), vision-photos (S. 17), argum (S. 23), graffiti (S. 26)

Oktober 2003

Diese Veröffentlichung der SPD-Bundestagsfraktion dient ausschließlich der Information. Sie darf während eines Wahlkampfes nicht zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden.

Station

www.spdfraktion.de