

6. ERHALT DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (PKV)

Die PKV bleibt als Vollversicherung erhalten. Gleichwohl wird sie künftig einige neue Solidarleistungen tragen. Ein Handwerker, der wegen Insolvenz seinen Beitrag nicht mehr zahlen konnte, fiel bislang aus der PKV heraus. Seit dem 1.7.2007 werden Nichtversicherte zu bezahlbaren Prämien wieder aufgenommen. Auch freiwillig GKV-Versicherte mit Gesundheitsrisiken müssen aufgenommen werden. Vor dem Wechsel in die PKV gilt allerdings eine vorherige 3-jährige Verweilzeit in der GKV. Insgesamt wird ab dem 1.1.2009 für PKV-Versicherte der Wechsel in eine andere private Versicherung durch Anrechenbarkeit der auf den Basisstarif bezogenen Altersrückstellungen vereinfacht.

DIE VORTEILE DER GESUNDHEITSREFORM AUF EINEN BLICK:

1. MEHR WETTBEWERB ZWISCHEN DEN KRANKENKASSEN
2. MEHR WAHL- UND GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN IM VERSICHERUNGSSCHUTZ
3. MEHR TRANSPARENZ DER KOSTEN
4. WIRTSCHAFTLICHERE VERWENDUNG VON BEITRAGS- UND STEUERMITTELN
5. MEHR WETTBEWERB ZWISCHEN DEN LEISTUNGSERBRINGERN (Z. B. ÄRZTE, KRANKENHÄUSER, ARZNEIMITTELERSTELLER)
6. VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR ALLE
7. BELOHNUNG GESUNDHEITSBEWUSSTEN VERHALTENS
8. STATT LEISTUNGSKÜRZUNG SCHLISSUNG VON VERSORGLÜCKEN
9. BESSERE WECHSELMÖGLICHKEIT UND RÜCKKEHRMÖGLICHKEIT IN DER PKV



>>> DIE GESUNDHEITSREFORM

Mehr Transparenz,
mehr Wettbewerb,
mehr Wahlfreiheit,
weniger Bürokratie.

>>> CDU/CSU FRAKTION IM DEUTSCHEN BUNDESTAG

Text: Pressestelle/Planungsgruppe

Herausgeber: Dr. Norbert Röttgen MdB
Hartmut Koschyk MdB
Parlamentarische Geschäftsführer

Kontakt: Pressestelle/Öffentlichkeitsarbeit
Platz der Republik 1, 11011 Berlin
Telefon (030) 2 27 - 5 30 15
Telefax (030) 2 27 - 5 66 60
fraktion@cducsu.de
www.cducsu.de

Stand: Oktober 2007

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

AUSGANGSLAGE: WARUM ÜBERHAUPT EINE GESUNDHEITSREFORM?

Noch verfügt Deutschland über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem, das allen Versicherten unabhängig von ihrem Einkommen und unabhängig von der Schwere ihrer Erkrankung Zugang zu allen notwendigen medizinischen Leistungen auf der Höhe des wissenschaftlichen Fortschritts bietet.

Durch die demographische Entwicklung und den damit verbundenen wachsenden Anteil älterer Versicherter, durch den medizinisch-technischen Fortschritt, der die Behandlung früher unheilbarer Erkrankungen ermöglicht, und durch den Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse unter Rot-Grün sind die Finanzierungsgrundlagen unseres Gesundheitssystems schon heute erheblich unter Druck geraten. Um zu verhindern, dass der Zugang zu qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung künftig eine Frage des Einkommens wird, war eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens überfällig.

Die Union hatte mit der solidarischen Gesundheitsprämie ein ordnungspolitisch überzeugendes und zukunftsverantwortliches Modell vorgelegt. Mit dem Koalitionspartner war dieses wegweisende Reformkonzept nicht umzusetzen. Dennoch ist es uns gelungen, eine Reform zu verabschieden, die viele unserer Überzeugungen berücksichtigt. Für die CDU/CSU-Bundestagsfraktion stand von Anfang an fest: Neben substanziellen Einsparungen muss das Gesundheitssystem durch Transparenz und Wettbewerb insgesamt leistungsfähiger werden. Wir haben diese Ziele erreicht: Mit der am 1. April 2007 in Kraft getretenen Gesundheitsreform gilt für unser Gesundheitssystem: Mehr Transparenz, mehr Wettbewerb, mehr Wahlfreiheit und weniger Bürokratie.

WAS BRINGT DIE REFORM DEN VERSICHERTEN UND PATIENTEN?

Zuallererst: Wir haben eine Reform verabschiedet, die nicht mit Einschnitten in den Leistungskatalog verbunden ist. In bestimmten Bereichen gibt es sogar zusätzliche Leistungen wie in der Palliativmedizin, im Hospizbereich, bei Impfungen und bei allen Rehabilitationsleistungen.

Es entstehen mehr Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Tarifen, wir bekommen mehr Transparenz bezüglich der Kosten und der Versorgungsangebote. Ein weiterer ganz wichtiger Erfolg ist der Versicherungsschutz für alle. Niemand soll mehr ohne Krankenversicherung bleiben. Gleichzeitig entsteht aber keine

Zwangsversicherung. Alle Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall erhalten eine Rückkehrmöglichkeit in ihre letzte Versicherung – sei es eine gesetzliche oder eine private. Wer nicht versichert war, kann in einem Basistarif der Privaten Krankenversicherung (PKV) mit bezahlbarer Prämie oder in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aufgenommen werden.

Auch innerhalb der PKV kann durch Anrechnung der Altersrückstellungen zwischen Unternehmen leichter und nachteilsfrei gewechselt werden.

WAS BRINGT DIE EINRICHTUNG DES GESUNDHEITSFONDS?

Durch Einrichtung des Fonds zum 1. Januar 2009 werden die Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine neue Grundlage gestellt. Der Fonds garantiert die wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln und intensiviert den Wettbewerb zwischen den Kassen. Durch Festlegung der Beiträge von Arbeitgebern und Mitgliedern können und müssen sich die Kassen in Zukunft im Wettbewerb darauf konzentrieren, ihren Versicherten eine möglichst zielgenaue, qualitätsgestützte und effiziente Versorgung anzubieten. Das Fondsmodell stärkt die Position der Versicherten. Der Versicherte wird in Zukunft in der Lage sein, das Angebot seiner Kasse nach der Leistung und dem Preis zu beurteilen. Die jeweilige Kasse erhält aus dem Fonds für jeden Versicherten einen pauschalen Betrag. Kommt eine Kasse mit den ihr zugewiesenen Mitteln nicht aus, muss sie von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag verlangen, der 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht überschreiten darf. Er wird bis zu einem Beitrag von monatlich 8 Euro ohne Einkommensprüfung erhoben. Benötigt sie weniger Mittel als sie aus dem Fonds erhält, kann sie den Versicherten einen Bonus auszahlen. An der Höhe des Bonus und des Zusatzbeitrags kann der Versicherte sehen, wie wirtschaftlich eine Kasse mit seinen Beiträgen umgeht. Es ist schon ein Unterschied für den Versicherten, ob er 10 Euro hinzuzahlt oder 20 Euro herausbekommt. Das ist ein wichtiger Transparenzgewinn. Außerdem wird so der Druck auf die Kassen erhöht, ihre Kosten zu senken.

WAS DIE UNION WOLLTE UND WAS WIR ERREICHT HABEN:

1. EINE NACHHALTIGE FINANZIERUNG UND EINE ABKOPPLUNG DER GESUNDHEITSKOSTEN VON DEN ARBEITSKOSTEN

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stehen von nun an auf mehreren Säulen: Arbeitnehmer/Arbeitgeberbeitrag – Steuern – Zusatzbeitrag.

Der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerbeitrag werden künftig gesetzlich festgelegt. Das heißt: Es gibt keine automatische Beitragserhöhung, wenn die Ausgaben im Gesundheitswesen steigen. Das heißt auch: Zusätzliche Kosten durch demographische Entwicklung, medizinisch-technischen Fortschritt und beitragsfreie Mitversicherung der Kinder sollen künftig nicht mehr den Faktor Arbeit belasten, sondern werden über Steuern oder über den Zusatzbeitrag finanziert.

2. MEHR TRANSPARENZ UND WIRTSCHAFTLICHKEIT DURCH MEHR WETTBEWERB

Bei keiner Reform zuvor wurden so viele Wahlmöglichkeiten für die Versicherten eingeführt: u. a. Kostenerstattungstarife, Selbstbehalttarife und Hausarzttarife wird es künftig ebenso geben wie Wahlmöglichkeiten bei Vorsorge und Reha-Einrichtungen. Damit wird der Wettbewerb intensiviert, Eigenverantwortung gestärkt und am Bedarf orientierte medizinische Versorgung gefördert. Auch durch die Vertragsmöglichkeiten der Kassen wird der Wettbewerb gestärkt. Erstmals können die Kassen mit den Arzneimittelherstellern über die Preise verhandeln. Sie können mit Ärzten oder mit Arztgruppen Verträge schließen.

3. MEHR EFFIZIENZ

Bei Arzneimitteln wird zum ersten Mal eine Kosten-Nutzen-Bewertung eingeführt. Bei teuren und risikoreichen Arzneimitteln und Therapien wird eine Zweitmeinung eingeholt.

4. MEHR EIGENVERANTWORTUNG

Bei chronisch Kranken wird therapiegerechtes Verhalten belohnt. Das heißt, wer sich nicht an Behandlungsvorgaben hält oder Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnimmt, muss mehr zahlen als derjenige, der sich gesundheitsbewusst verhält (Es gilt dann die Belastungsgrenze von 2 % statt 1 %). Für nicht medizinisch bedingte Eingriffe, wie Schönheitsoperationen, Tätowierungen oder Piercings müssen die Patienten die Folgekosten künftig selbst tragen.

5. WENIGER BÜROKRATIE

Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten werden vereinfacht und reduziert. Im zahnärztlichen Bereich wird die Bedarfsplanung abgeschafft. Verträge zu Chroniker-Programmen werden von ungefähr 1500 auf 10 zurückgeführt. Statt sieben Spitzenverbänden der Krankenkassen, die auf Bundesebene viele Bereiche gemeinsam und einheitlich geregelt haben, wird es nur noch einen Bundesverband geben, der wenige Aufgaben hat und auch nicht in den Wettbewerb eingreifen soll. Er soll sich auf Rahmenrichtlinien beschränken, damit sich der Wettbewerb auf Landes- und Kassenebene besser entfalten kann.