

Der Gesundheitsfonds **Die häufigsten Fragen und Antworten**

Am 1. Januar 2009 tritt der Gesundheitsfonds in Kraft. Damit gilt zunächst ein einheitlicher Beitragssatz von 15,5 Prozent für alle gesetzlich Krankenversicherten. Ab dem 1. Juli 2009 wird der Beitragssatz dann auf 14,9 Prozent abgesenkt. Die finanzielle Belastung steigt insbesondere für die Mitglieder der bisher kostengünstigeren Krankenkassen. Außerdem kommt es voraussichtlich zu weiteren Belastungen durch Zusatzbeiträge, die die Versicherten alleine bezahlen.

Der Gesundheitsfonds ist das Kernstück der Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz). Mit dem Fonds kommt es zu einer Umorganisation der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Das betrifft rund 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland.

Wie funktioniert der Gesundheitsfonds?

Unter dem Gesundheitsfonds versteht man einen großen Topf, in den zukünftig sämtliche Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung hineinfließen. Ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle gesetzlich Krankenversicherten einen Beitragssatz von 15,5 Prozent – egal bei welcher Kasse sie versichert sind. Im Rahmen des zweiten Konjunkturprogramms wird ab dem 1. Juli 2009 der Beitrag auf 14,9 Prozent abgesenkt. Dieser einheitliche allgemeine Beitragssatz wurde von der Bundesregierung festgelegt. Die Beiträge werden weiterhin von der jeweiligen Krankenversicherung erhoben und anschließend an das Bundesversicherungsamt in Bonn, das den Gesundheitsfonds verwaltet, weitergeleitet. Zusätzlich zu den Beiträgen der gesetzlich Versicherten fließen auch die Beiträge der Arbeitgeber sowie Steuermittel in den Fonds. Die Krankenkasse erhält dann für jeden Versicherten eine pauschale Zuweisung. Da die Krankenkassen unterschiedliche Versichertenstrukturen aufweisen, wird diese Zuweisung durch einen krankheitsorientierten Ausgleichszuschlag ergänzt, auch morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich genannt (Morbi-RSA).

Muss der Sonderbeitrag von 0,9 Prozent weiterhin von den Versicherten alleine bezahlt werden?

Ja. In dem allgemeinen Beitragssatz von 15,5 Prozent ist der Sonderbeitrag von 0,9 Prozent bereits enthalten. Während der Arbeitgeber anteilig die Hälfte des Krankenversicherungsbeitrages (also 7,3 Prozent) übernimmt, zahlt der Versicherte selbst ebenfalls 7,3 Prozent und zusätzlich den Sonderbeitrag von 0,9 Prozent. Insgesamt hat der Versicherte mit einem Anteil von 8,2 Prozent einen höheren Beitrag als der Arbeitgeber zu leisten.

Nach der Absenkung des Beitragssatzes zum 1. Juli 2009 hat der Versicherte dann einen Anteil von 7,9 Prozent zu zahlen und der Arbeitgeberanteil liegt bei 7,0 Prozent (insgesamt 14,9 Prozent).

Was passiert, wenn die Krankenkasse zu wenig oder zu viel Geld aus dem Gesundheitsfonds erhält?

Wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen, muss die Kasse einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern verlangen. Dieser darf maximal ein Prozent des monatlichen Bruttoeinkommens des Versicherten betragen. Wenn eine Einkommensprüfung nicht durchgeführt wird, darf der Zusatzbeitrag nicht höher als acht Euro liegen.

Entsteht der Kasse durch die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds ein Überschuss, so darf sie eine Prämie an ihre Mitglieder ausschütten. Alternativ hierzu können die Krankenkassen auch besondere Serviceleistungen wie alternative Heilverfahren, Sport- und Anti-Raucherкурse oder eine besondere ärztliche Versorgung (z. B. strukturierte Behandlungsprogramme) anbieten.

Muss ein Zusatzbeitrag auch für Kinder oder für beitragsfrei mitversicherte Partner gezahlt werden?

Nein, nur der Versicherte muss den eventuellen Zusatzbeitrag entrichten, die beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder nicht. Gleiches gilt natürlich auch für eine mögliche Prämie.

Wie kann ich gegebenenfalls meine Krankenversicherung wechseln?

Nach heutigem Recht gilt eine gesetzliche Kündigungsfrist von zwei vollen Kalendermonaten zum Monatsende. Man muss allerdings mindestens 18 Monate lang bei der jetzigen Kasse versichert gewesen sein. Von einem so genannten Sonderkündigungsrecht – also Kündigung noch vor Ablauf der 18 Monate – kann man nur dann Gebrauch machen, wenn die Kasse erstmals einen Zusatzbeitrag erhebt. Die Kasse muss ihre Mitglieder rechtzeitig über die Erhebung des Zusatzbeitrages informieren, damit diese gegebenenfalls noch die Kasse wechseln können.

Ich bin chronisch krank und war dieses Jahr von den Zuzahlungen befreit, weil ich die Belastungsgrenze von einem Prozent meines Einkommens erreicht hatte. Wird sich mit dem Gesundheitsfonds auch etwas an diesen Regelungen ändern?

Nein. Die Regeln der Zuzahlungsbefreiung haben mit dem Gesundheitsfonds nichts zu tun.

Schon mit der Gesundheitsreform 2004 ist eine vollständige Befreiung von der Zuzahlungspflicht entfallen. Damit die Versicherten durch die Zuzahlungen nicht finanziell überfordert werden, gibt es eine so genannte Belastungsgrenze. Zuzahlungen sind nur bis zu dieser Grenze zu leisten. Alles, was darüber hinausgeht, muss von der Krankenkasse erstattet werden. Wird die Belastungsgrenze innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, so stellt die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber aus. Die Versicherten sind dann für den Rest des Kalenderjahres von der Zuzahlungspflicht befreit.

So können Sie feststellen, ob Sie die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht erfüllen:

Berechnen Sie zunächst, ob Sie die Belastungsgrenze erreichen. Die Belastungsgrenze beträgt grundsätzlich zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Bei der Berechnung werden sowohl die Zuzahlungen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen als auch ihre Bruttoeinnahmen zusammengerechnet. Dabei erhalten Familien entsprechende Familienabschläge, die man bei der Krankenkasse erfragen kann. Wenn Sozialhilfe bzw. Arbeitslosengeld II bezogen wird, gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze. Die Freibeträge kommen dann nicht in Betracht.

Für schwerwiegend chronisch kranke Menschen gilt eine verringerte Belastungsgrenze von einem Prozent der Jahresbruttoeinkünfte. Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal im Quartal ärzt-

lich behandelt wurde und bei dem zusätzlich eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- eine Pflegebedürftigkeit der Stufe 2 oder 3 liegt vor, oder
- ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 Prozent liegt vor, oder
- eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent liegt vor, oder
- eine kontinuierliche medizinische Versorgung ist erforderlich, da ohne sie eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Krankheit zu erwarten ist.

Dies muss durch eine ärztliche Bescheinigung bei der Krankenkasse belegt werden.

Verschärfung der so genannten Chronikerregelung

Die 1-Prozent-Regelung wurde ab dem 1. Januar 2008 an zwei weitere Voraussetzungen geknüpft:

- regelmäßige Teilnahme an bestimmten medizinischen Früherkennungsuntersuchungen und
- therapiegerechtes Verhalten der Patientin bzw. des Patienten.

Für Früherkennungsuntersuchungen von Darm-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs gibt es folgende Regelung: Danach reicht es aus, dass eine ärztliche Beratung zu Chancen und Risiken von Früherkennungsuntersuchungen stattgefunden hat. Da diese Untersuchungen Risiken haben, sollen die Patientinnen und Patienten selbst entscheiden, ob sie sich untersuchen lassen wollen. Die Regelung gilt für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen und für nach dem 1. April 1962 geborene Männer.

Schwer psychisch kranke sowie geistig behinderte Menschen sind von der Beratungspflicht ausgenommen.

Eine Bescheinigung des Arztes soll dann noch Auskunft geben, ob sich Arzt und Patient über die weitere Therapie verständigt haben und ein therapiegerechtes Verhalten des Patienten vorliegt. Das Ausstellen der Bescheinigung darf nur verweigert werden, wenn keine chronische Krankheit vorliegt oder der Patient ausdrücklich erklärt, sich entgegen der gemeinsamen Verständigung verhalten zu haben und dies auch weiterhin zu tun gedenkt. Ausgenommen von dieser Regelung sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Versicherte, bei denen die Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt, und Versicherte, bei denen ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent vorliegt.

Was versteht man unter dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)?

Durch die Zusammensetzung ihrer Versichertenstruktur entstehen den Krankenkassen unterschiedliche Kosten. Differenziert nach Alter und Geschlecht der Versicherten erhalten die Kassen bereits heute hierfür einen finanziellen Ausgleich (Risikostrukturausgleich). Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wird dieser Finanzausgleich noch ausgebaut: zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Dafür wurden 80 schwerwiegende und kostenintensive Krankheiten vom Bundesversicherungsamt festgelegt. Das heißt, eine Kasse erhält mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, wenn sie viele Versicherte in diesen Krankheitsgruppen nachweisen kann.

Was versteht man unter Hausarztmodellen und Chronikerprogrammen?

Die Krankenkassen sind verpflichtet, für ihre Versicherten so genannte „Tarife für besondere Versorgungsformen“ anzubieten. Hierzu gehören Hausarztmodelle und Chronikerprogramme. Beim Hausarztmodell müssen Patienten bei gesundheitlichen Beschwerden zunächst ihren Hausarzt aufsuchen, der sie bei Bedarf an Fachärzte bzw. Krankenhäuser überweist (ausgenommen sind Notfälle). Die Chronikerprogramme sind systematische Behandlungsprogramme, die chronisch kranken Menschen eine aufeinander abgestimmte Gesundheitsversorgung ermöglichen (z. B. bei Diabetes, Asthma, Brustkrebs usw.).

Wer sich als Versicherter für eine Teilnahme entscheidet, kann von seiner Krankenkasse Vergünstigungen bekommen. Prüfen Sie genau, ob diese Modelle und Programme auf Ihren individuellen Bedarf eingehen. Die Vor- und Nachteile sind abzuwägen.

Was versteht man unter Wahltarifen?

Die Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung sind spezielle Versicherungstarife. Möglich sind z. B. Selbstbehalt- und Kostenerstattungstarife oder Prämienzahlungen, wenn keine Leistungen in Anspruch genommen wurden. Auch Zusatztarife für besondere Arzneimittel und Therapierichtungen (z. B. Homöopathie) können von den Krankenversicherungen angeboten werden.

Diese Angebote der Krankenkassen sind zurzeit schwer zu durchschauen und zu vergleichen. Wer sich allerdings für einen Wahltarif entscheidet, ist drei Jahre lang an diese Entscheidung gebunden. Die dreijährige Bindungsfrist ist ein wesentliches Manko der neuen Selbstbehalt-, Beitragsrückerstattungs- oder Kostenerstattungstarife, denn Krankheitsrisiken lassen sich kaum prognostizieren.

Das Insolvenzrecht für Krankenkassen ist verändert worden. Welche Folgen hat das für die Versicherten?

Für die Patienten und Versicherten ist der Versicherungsschutz auch bei einer Insolvenz ihrer Krankenkasse gesichert. Die Haftung hierfür übernehmen andere Krankenkassen.

Das neue Insolvenzrecht für Krankenkassen sieht vor, dass ab dem 1. Januar 2010 alle gesetzlichen Krankenkassen Insolvenz anmelden können. Bislang galt dies nur für die großen Ersatzkassen, die unter Bundesaufsicht stehen. Künftig können auch gesetzliche Krankenkassen auf Länderebene zahlungsunfähig werden. Die Mitglieder einer insolventen Krankenkasse werden bei Schließung ihrer Kasse von einer anderen übernommen.

Bewertung des SoVD zum Gesundheitsfonds

Schon mit der Gesundheitsreform im Jahr 2004 mussten die Patientinnen und Patienten hohe finanzielle Belastungen hinnehmen – etwa im Rahmen der Praxisgebühr oder höherer Zuzahlungen. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds befürchtet der SoVD eine Verstärkung der Mehrklassenmedizin sowie eine weitere einseitige finanzielle Belastung der Versicherten durch Zusatzbeiträge.

Die Lasten des Gesundheitsfonds sind ungleich verteilt: Arbeitnehmer tragen den Sonderbeitrag wie auch einen möglichen Zusatzbeitrag alleine; Rentner erhalten keinen Ausgleich für finanzielle Mehrbelastungen; Geringverdiener würden bei Erhebung eines Zusatzbeitrages unverhältnismäßig hoch belastet. Während die grundsätzlichen Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gelöst werden, befürchtet der SoVD, dass es zu Streichungen von freiwilligen Leistungen sowie zu einer qualitativen Verschlechterung auf der Service- und Beratungsebene kommt und Regelleistungen mit Zeitverzögerung gewährt werden.

Der SoVD ist der Auffassung, dass mit der Begrenzung der Diagnosen auf 80 Krankheitsbilder im Rahmen des Morbi-RSA kein Anreiz für die Krankenkassen geschaffen wurde, die Genesung des Patienten in den Vordergrund zu stellen. Im Gegenteil: Für den Erhalt finanzieller Mittel würde es sich für die Krankenkassen nicht mehr lohnen, präventive Maßnahmen für Patienten anzubieten.

Bei Einzelfragen wenden Sie sich bitte an Ihre SoVD-Beratungsstelle. Die Anschriften der SoVD-Landes- und Kreisverbände erfahren Sie auch auf unserer Internetseite unter www.sovd.de.

Herausgeber:
Sozialverband Deutschland
Abteilung Sozialpolitik
Stralauer Straße 63, 10179 Berlin
Telefon: 030-72 62 22-0
E-Mail: contact@sovde.de
Verfasser: Waltraud Wagner