

Deutscher Bundestag ■ Wissenschaftliche Dienste

**Der Gesundheitsfonds:
Funktionsweise, Erwartungen und Kritik**

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 wurden die **Finanzierungsstrukturen** der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine neue Grundlage gestellt - es wurde eine Art „Geldsammelstelle“ eingerichtet. Grundsätzlich ziehen die Krankenkassen die Beiträge weiterhin selbst ein, führen diese aber dann vollständig und nicht wie zuvor unter Abzug ihrer Verwaltungskosten an die Bundesebene ab. Dort werden sie im Gesundheitsfonds - zusammen mit einem wachsenden Zuschuss des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen – gebündelt. Unter versicherungsfremden Leistungen versteht man Leistungen, die mit dem Versorgungsauftrag der GKV streng genommen nichts zu tun haben, aber von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind, wie zum Beispiel die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern oder das Mutterschaftsgeld. Nach der Bündelung der Gelder erhält jede Kasse einen individuellen Zuweisungsbetrag, welcher vom Bundesversicherungsamt ermittelt und weitergeleitet wird. Der Zuweisungsbetrag setzt sich aus einer Grundpauschale zur Deckung der Ausgaben der Krankenkassen sowie Zu- und Abschlägen zum Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben zusammen.

Zur Einführung des Fonds wurde von der Bundesregierung ein **einheitlicher Beitragssatz** zur GKV in Höhe von vorerst **15,5 Prozent** (= allgemeiner Beitragssatz; ermäßigter Beitragssatz: 14,9 %) des monatlichen Einkommens festgesetzt, wobei der Arbeitnehmerbeitrag weiterhin den Sonderbeitrag von 0,9 Prozent enthält. Bereits jetzt mehren sich Stimmen, die eine ausreichende Finanzierung des Gesundheitssystems durch diesen Beitragssatz und die Steuerzuschüsse nicht gesichert sehen und deshalb eine Anpassung noch innerhalb dieses Jahres für erforderlich halten. Als Gründe hierfür werden die steigenden Ausgaben im Bereich der Krankenhausfinanzierung und der Arzneimittelausgaben sowie eine Honorarreform der ärztlichen Vergütung mit noch nicht vollständig absehbaren Folgen angeführt. Schon innerhalb des Schätzerkreises herrschte bezüglich der Höhe der zu erwartenden Ausgaben Uneinigkeit.

Durch die Einführung des einheitlichen Beitragssatzes und die Änderung der Höhe der Zuweisung zum Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen durch den sogenannten **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** („Morbi-RSA“) werden die Bundesländer unterschiedlich be- und entlastet, weshalb eine **Konvergenzphase** bestimmt wurde. Während dieser Phase sollen die finanziellen Belastungen aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen jährlich auf jeweils höchstens 100 Millionen Euro begrenzt werden.

Des Weiteren hat der Gesundheitsfonds eine **Liquiditätsreserve** zu schaffen, aus der unerwartete Kosten gedeckt werden sollen. Sollte diese Reserve nicht ausreichen, ist ein zinsloses Darlehen in Höhe der fehlenden Mittel vorgesehen, um Planungssicherheit herzustellen.

Erklärtes Ziel der Bundesregierung ist es, durch diese Änderungen die Finanzierung der GKV nachhaltig zu sichern und eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln zu garantieren. Dazu sollen die Anreize für einen sparsamen Umgang mit den Einnahmen und für die Entwicklung mehr innovativer Angebote der Kassen erhöht werden.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Mit den nach Alter, Geschlecht und Risiko ausbalancierten Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen. Der bisherige RSA mit den Merkmalen Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente wurde um 80 zu berücksichtigende Krankheiten ergänzt, die das Bundesversicherungsamt festgelegt hat. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen für Versicherte, die an einer oder mehreren der 80 ausgewählten Krankheiten leiden, für die im Durchschnitt von der jeweiligen Krankheit verursachten erhöhten Ausgaben weitere Zuschläge erhalten. Durch diese sogenannten **Morbiditätszuschläge** sollen Kran-

Nr. 09/09 (30. Januar 2009)

kenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter künftig weniger Nachteile im Wettbewerb erleiden. Eben dieser neue RSA bildet auch einen der Kritikpunkte bei der Einführung des Gesundheitsfonds. Einerseits wird von unabhängigen Experten sowie vor allem von den Interessenvertretern der Krankenkassen argumentiert, dass durch die Beschaffenheit des neuen RSA Fehlanreize für Kassen gesetzt würden. Die Kassen könnten dazu neigen, Personen, welche an einer der in der Liste erfassten Krankheiten leiden, bevorzugt zu versichern, da sie finanziell von einer Vielzahl solcher kranker Versicherter profitierten. Auch würden einige Kassen als Reaktion auf den modifizierten RSA nur noch kurzfristig planen, aber nicht in langfristige Projekte zum Beispiel zur Vorsorge investieren. Ein weiterer Grund dafür sei auch, dass die entsprechende Krankheit wieder aus der Liste gestrichen werden könnte und somit eben keine Planungssicherheit bestehe. Auch wäre eine mögliche Folge, dass für Schwerstkranke, deren Krankheit aber nicht auf der Liste stünde, weniger Geld für die Entwicklung entsprechender Programme eingesetzt würde. Bereits bei der Erstellung der Liste habe es so vielfältige Probleme gegeben, dass der ursprünglich für diese Aufgabe bestellte Rat aus renommierten Wissenschaftlern zurückgetreten sei. Auch könnten Ärzte die Kassen damit „erpressen“, dass sie androhten, eine Diagnose nur als vermutet und nicht als gesichert zu stellen, wodurch den Kassen der entsprechende Zuschlag für einen kranken Patienten entginge. Umgekehrt würden Kassen versuchen, die Ärzte zu bestimmten Diagnosen zu drängen. Andere Stimmen wiederum sehen den modifizierten Ausgleich als notwendige Voraussetzung dafür an, dass Kassen gute Versorgungsangebote für Schwerkranke entwickeln könnten, denn durch den Ausgleich seien für die Höhe der Zuweisung nicht die unmittelbaren, sondern die Folgekosten entscheidend, so dass „tricksende“ Krankenkassen sich auf einen ungewissen Ausgang einließen.

Möglicher Zusatzbeitrag

Erwirtschaften Kassen Überschüsse, so können sie diese – soweit sie über eine ausreichende Finanzreserve verfügen – an ihre Versicherten ausschütten. Übersteigt der Finanzbedarf einer Kasse hingegen die Höhe der zur Verfügung stehenden Fondsmittel, muss die Kasse entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Hierzu können die Krankenkassen von ihren Mitgliedern einen **prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag** erheben. Um soziale Härten zu vermeiden, darf dieser Zusatzbeitrag 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Mitglieds nicht überschreiten. Davon abweichend kann der Zusatzbeitrag bis zu einem Betrag von monatlich 8 Euro ohne Einkommensprüfung erhoben werden. Bei erstmaliger Erhebung steht den Versicherten in einer bestimmten Frist ein Sonderkündigungsrecht zu. Auch dieser mögliche Zusatzbeitrag ist Anlass von Kritik. Dazu wird geäußert, dass die Begrenzung der Höhe nicht mit der Bestimmung zusammenpasse, nach der der Gesundheitsfonds nur mindestens 95 Prozent aller Ausgaben decken muss und die fehlenden Prozente über Zusatzbeiträge von den Versicherten extra bezahlt werden sollen. Gegebenenfalls könne die Höhe des fehlenden Betrages aufgrund der Begrenzung des Zusatzbeitrages schon rechnerisch gar nicht erreicht werden. Bereits während der Gesetzesberatungen hätten Sachverständige darauf hingewiesen, dass die 1%-ige Belastungsobergrenze für den Zusatzbeitrag falsch konzipiert sei. Dessen Höhe werde maßgeblich davon abhängen, wie viele Mitglieder einer Kasse unter die Härtefallregel fallen. Die entstehenden Beitragsausfälle müssten durch die Höherbelastung der übrigen Mitglieder ausgeglichen werden, was zur Konsequenz habe, dass manche Kassen damit im Wettbewerb unverschuldet zurückfielen. Die Kassen würden zwar gezwungen, wirtschaftlicher zu arbeiten, doch als Folge der Reform würden zuerst freiwillige Zusatzleistungen gestrichen und Krankenkassen müssten Rabattverträge abschließen, was nicht mit der Konzentration auf eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung zusammenpasse.

Quellen

- Die gesetzlichen Grundlagen für den Gesundheitsfonds bilden im Wesentlichen die §§ 221, 241, 242, 266, 270, 271, 271 a und 272 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).
- Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007, BGBl. I 378; Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15. Dezember 2008, BGBl. I 2426
- Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drucks. 16/3100
- Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzverordnung – GKV-BSV) vom 29. Oktober 2008, BGBl. I 2109; Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vom 3. Januar 1994, BGBl. I 55, zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 12. November 2008, BGBl. I 2200
- Biggi Bender, Problemmaschine Gesundheitsfonds, Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 10/08, S. 15 ff.