

Gesundheitsfonds: Bedeutung für Patienten und Ärzte

Hypophysentag

Max-Planck-Institut für Psychiatrie

09.05.09

DAS MODELL: GESUNDHEITSFONDS

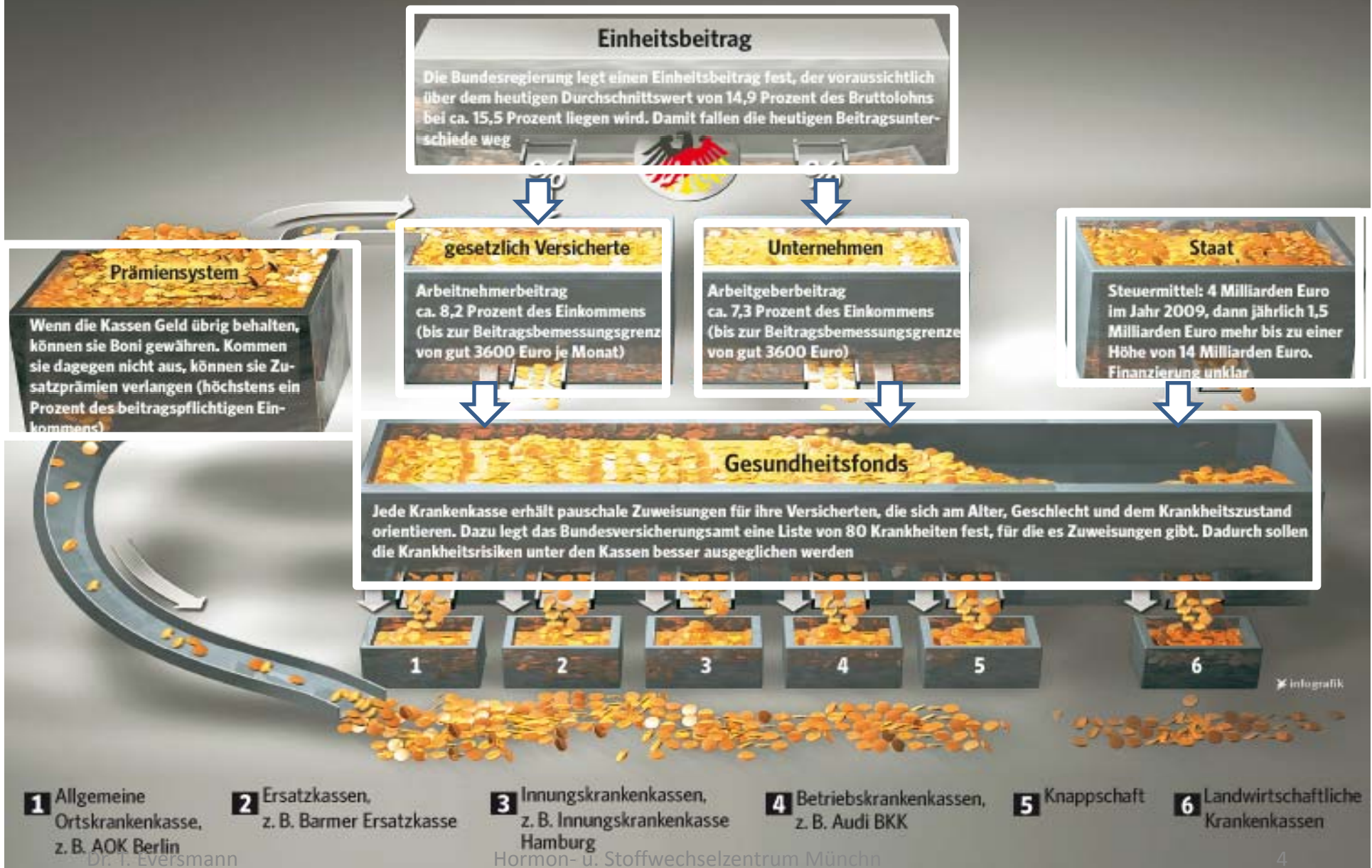


Entstehung des Gesundheitsfonds

- Die Kassenbeiträge der Arbeitgeber werden dabei insoweit eingefroren, wie der Beitragssatz an den Gesundheitsfonds erst erhöht werden soll, wenn der Fonds die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr zu 95 % deckt (mindestens 5 % also durch alleine von den Versicherten aufzubringende Zusatzbeiträge zu finanzieren sind).
- Die Mittelzuteilung an die Krankenkassen berücksichtigt die Krankheits-Wahrscheinlichkeit eines Individuums bezogen auf eine bestimmte Population (Morbidität), wodurch der Risikostrukturausgleich neu gegliedert wird. Dadurch soll jede Kasse annähernd die Finanzmittel erhalten, die sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigt.
- Beim Bundesversicherungsamt (BVA) wurde ein Wissenschaftlicher Beirat (WB) zur Vorbereitung der morbiditätsorientierten Mittelzuweisung eingerichtet; dieser hat 2008 ein Gutachten zur Auswahl von 80 Krankheiten vorgelegt, die bei dieser Mittelzuteilung berücksichtigt wurden. Das BVA hat Ende 2008 die endgültige Liste vorgelegt, bei der es aufgrund einer stärkeren Berücksichtigung der Prävalenz zu erheblichen Abweichungen gegenüber der Liste des Wissenschaftlichen Beirates

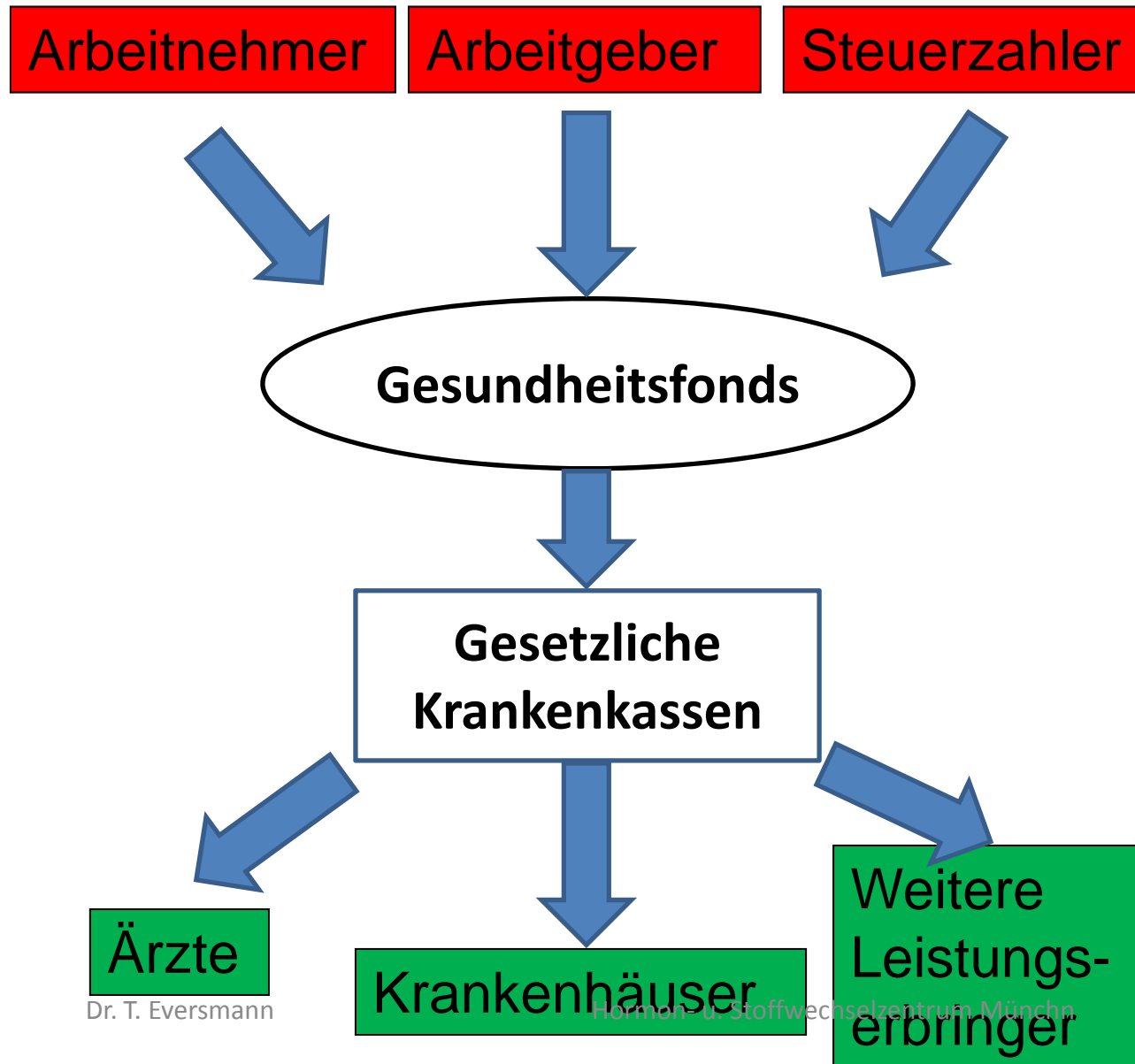
Das Milliarden-Ding

Von Januar 2009 an gelten für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung neue Regeln: Gesammelt werden die Beiträge der Versicherten dann vom Gesundheitsfonds



Infografik

Gesundheitsfonds



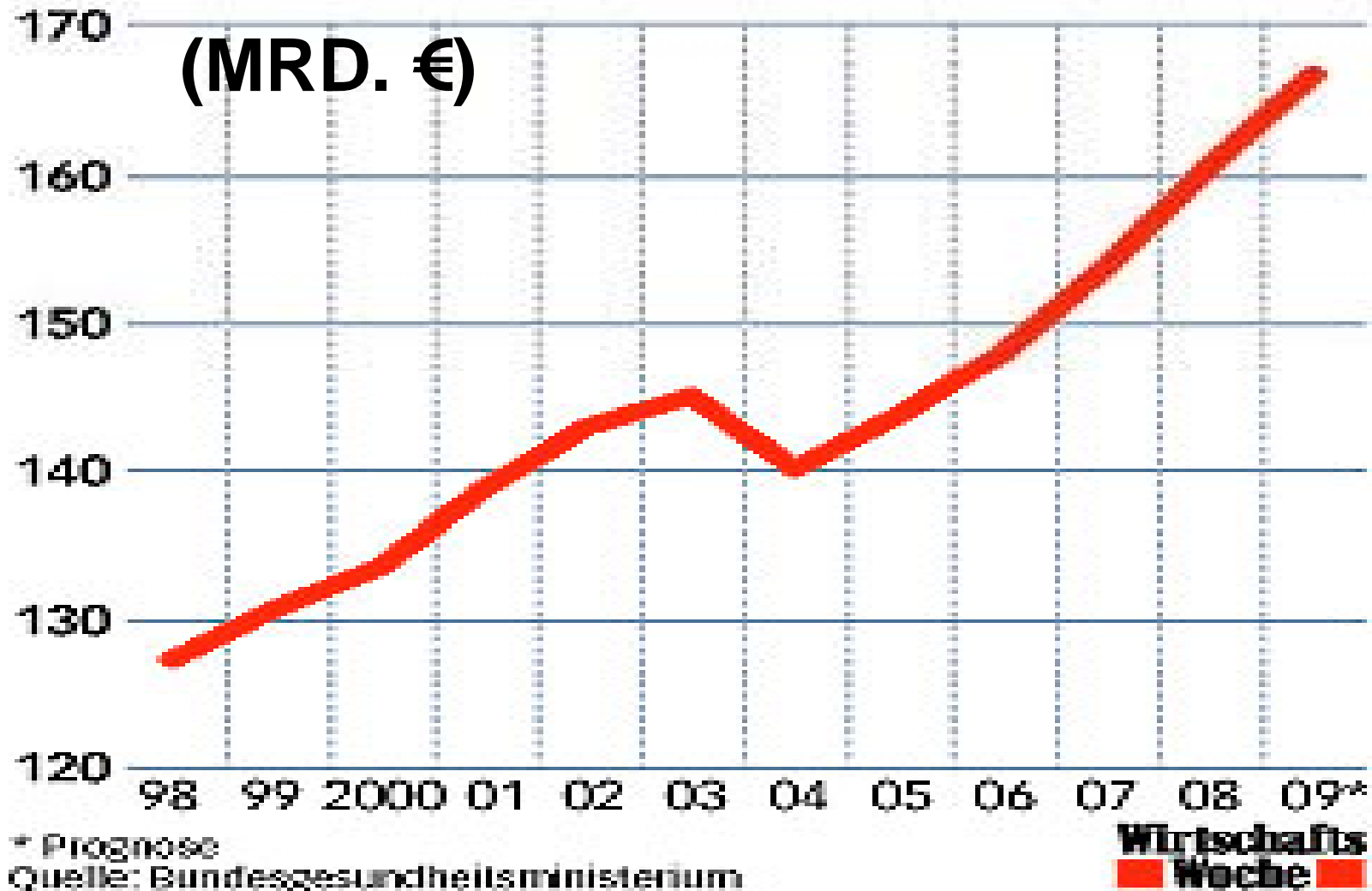
Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Bund zahlen ca. 150 Mrd.€/Jahr ein

Der Gesundheitsfonds und die über 200 Kassen verwalten die Gelder. Verwaltungskosten ca. 10 Mrd. €

Krankenkassen, die gut wirtschaften, können ihren Mitgliedern Beiträge zurückerstatten, sie können aber auch zusätzliche Beiträge verlangen

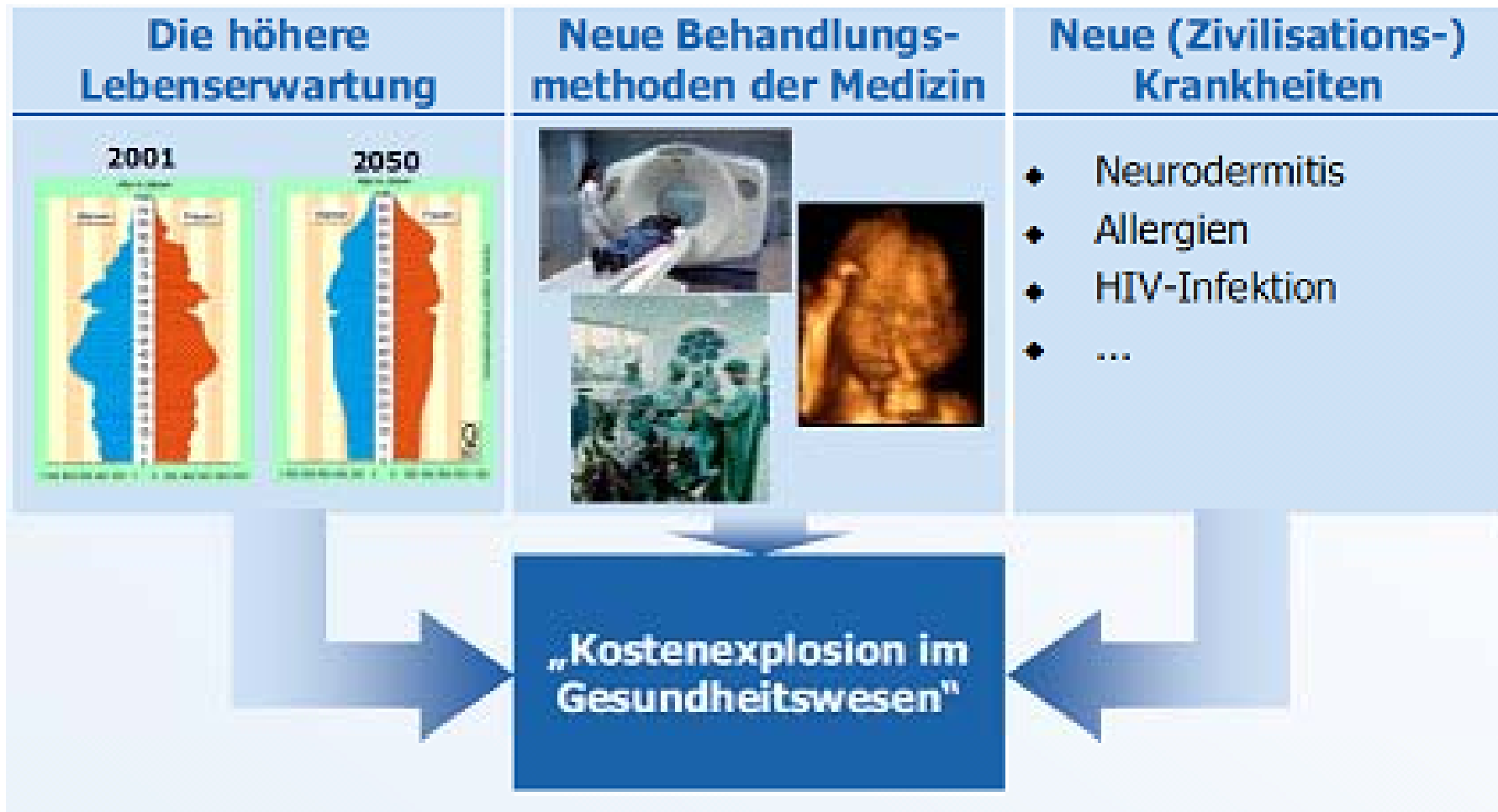
Krankenhäuser, Ärzte und andere Leistungserbringer erhalten Geld für Ihre Leistungen: ca. 140 Mrd.€/Jahr

Teure Gesundheit: Ausgaben der GKV



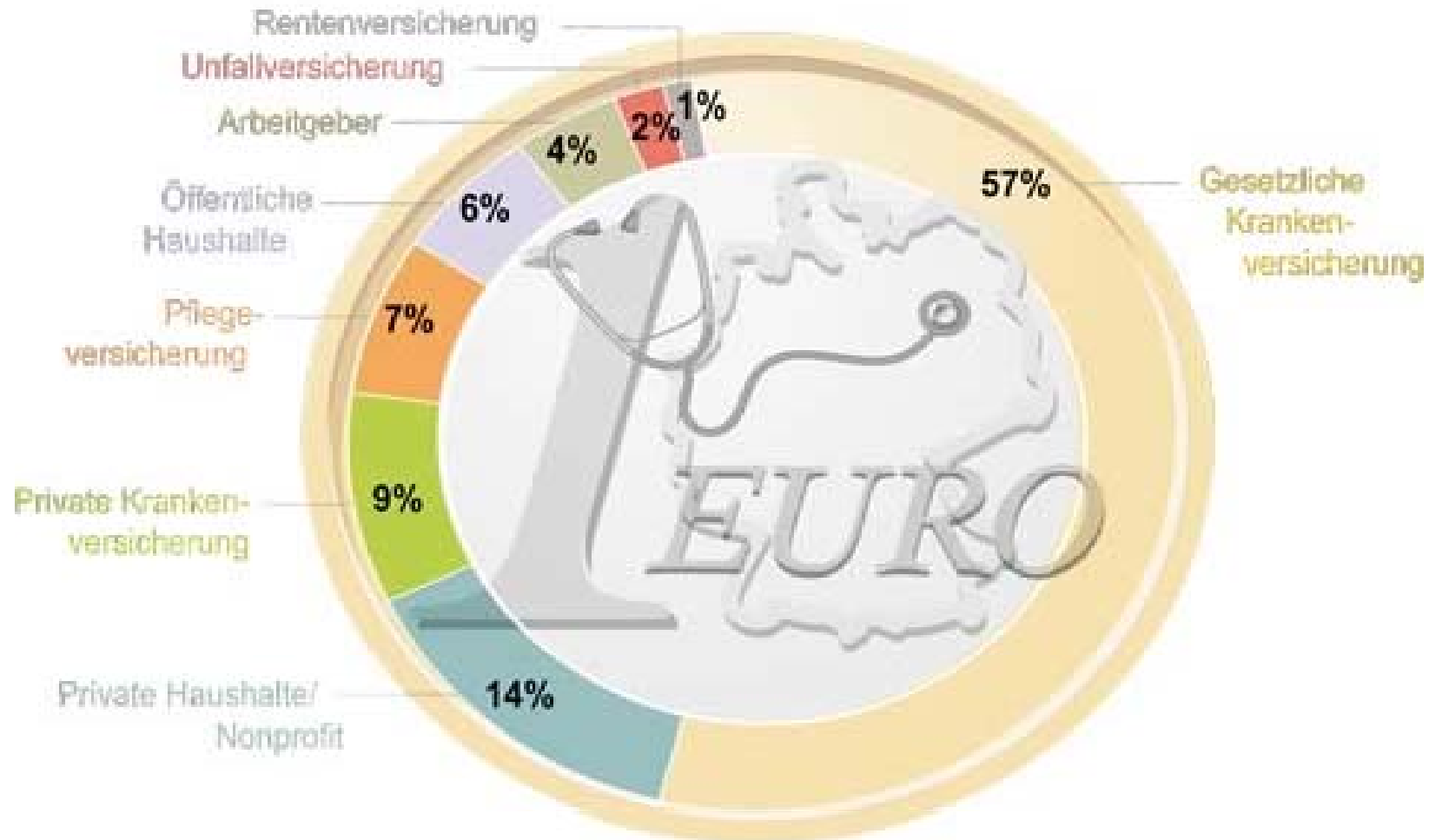
Vorgeschichte der Reform

- Aufgrund der nach nachfolgenden Faktoren gab es in den vergangenen Jahren stetig steigende Gesundheitskosten:



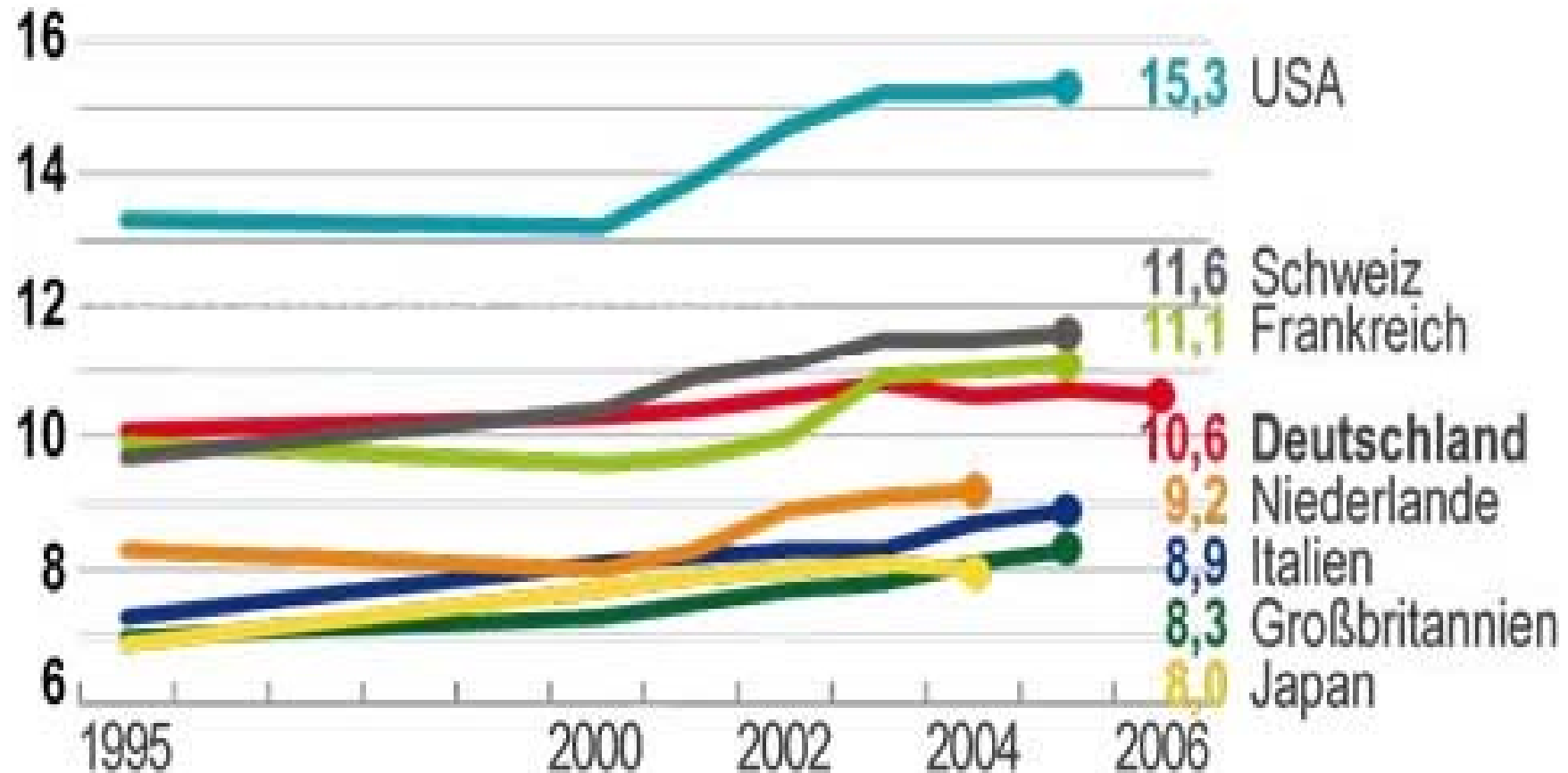
Gesundheitsausgabenverteilung

245 Mrd€, +2,37% zum Vorjahr



* 2005, nach Leistungen und Ausgabebeiträgen
Nach der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes

Gesundheitsausgaben der Länder in Prozent BIP (internat. Vgl.)



Letzte Erhebungen: 2004 bis 2006

Quelle: imedo.de

Dr. T. Eversmann

Hormon- u. Stoffwechselzentrum Münchn

Eckpunkte des Gesundheitsfonds

Arbeitnehmer:

- Krankenkassen, die Überschuss erwirtschaften, können Beiträge erstatten
- Krankenkassen, die mit den Mitteln nicht auskommen, können Zusatzbeitrag erheben
 - max. bis 1% der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, aber bis 8,- € ohne Prüfung
 - Zusatzbeitrag dürfte sich allerdings für die entspr. Krankenkasse wegen der Möglichkeit des Wechsels als „Bumerang“ erweisen

Ausweitung der Wahltarife für gesetzlich Versicherte (1)

- **Wahltarif „Krankengeld“**

freiwillig versicherte Selbständige erhalten ab 01.01.2009 keine Krankengeldleistungen mehr, es sei denn sie schließen einen entsprechenden Wahltarif ab

- **Wahltarif „Selbstbehalt“**

der Versicherte verpflichtet sich einen Teil anfallenden Kosten selbst zu zahlen (z.B. 1.000,00 € / Jahr), im Gegenzug erhält er eine Prämie bis max. 20 % des Jahresbeitrags und nicht mehr als 600,00 €

Ausweitung der Wahltarife für gesetzlich Versicherte (2)

- **Wahltarif „mit Prämie bei Leistungsfreiheit“**

Krankenkassen können ihren Versicherten eine Prämie für den Fall anbieten, daß keine Leistungen in Anspruch genommen werden (max. 20% des Beitrags bis zu 600,00 €; im Gegenzug bindet sich der Versicherte für 3 Jahre an die jeweilige Krankenkasse)

- **Wahltarif „Kostenerstattung“**

Versicherter zahlt die Rechnungen zunächst selbst, und lässt sich den Satz für gesetzliche Versicherte erstatten
-> dadurch wird Arztpraxen ermöglicht höhere Vergütungen zu vereinbaren
-> Versicherter kann Leistungen in Anspruch nehmen, die unter Umständen privatversicherten Patienten vorbehalten sind

Eckpunkte des Gesundheitsfonds

Arbeitgeber(1):

- Organisation des Beitragseinzuges bleibt bis Ende 2010 wie bisher:
 - Meldeverfahren erfolgt wie bisher, nur mit dem Unterschied, daß ein einheitlicher Beitragsatz angewendet wird
 - Arbeitgeber müssen die Krankenversicherungsbeiträge wie bisher an die Krankenkasse des Arbeitnehmers zahlen
 - diese leiten die Beiträge an des Gesundheitsfond weiter, den das Bundesversicherungsamt verwaltet

Eckpunkte des Gesundheitsfonds

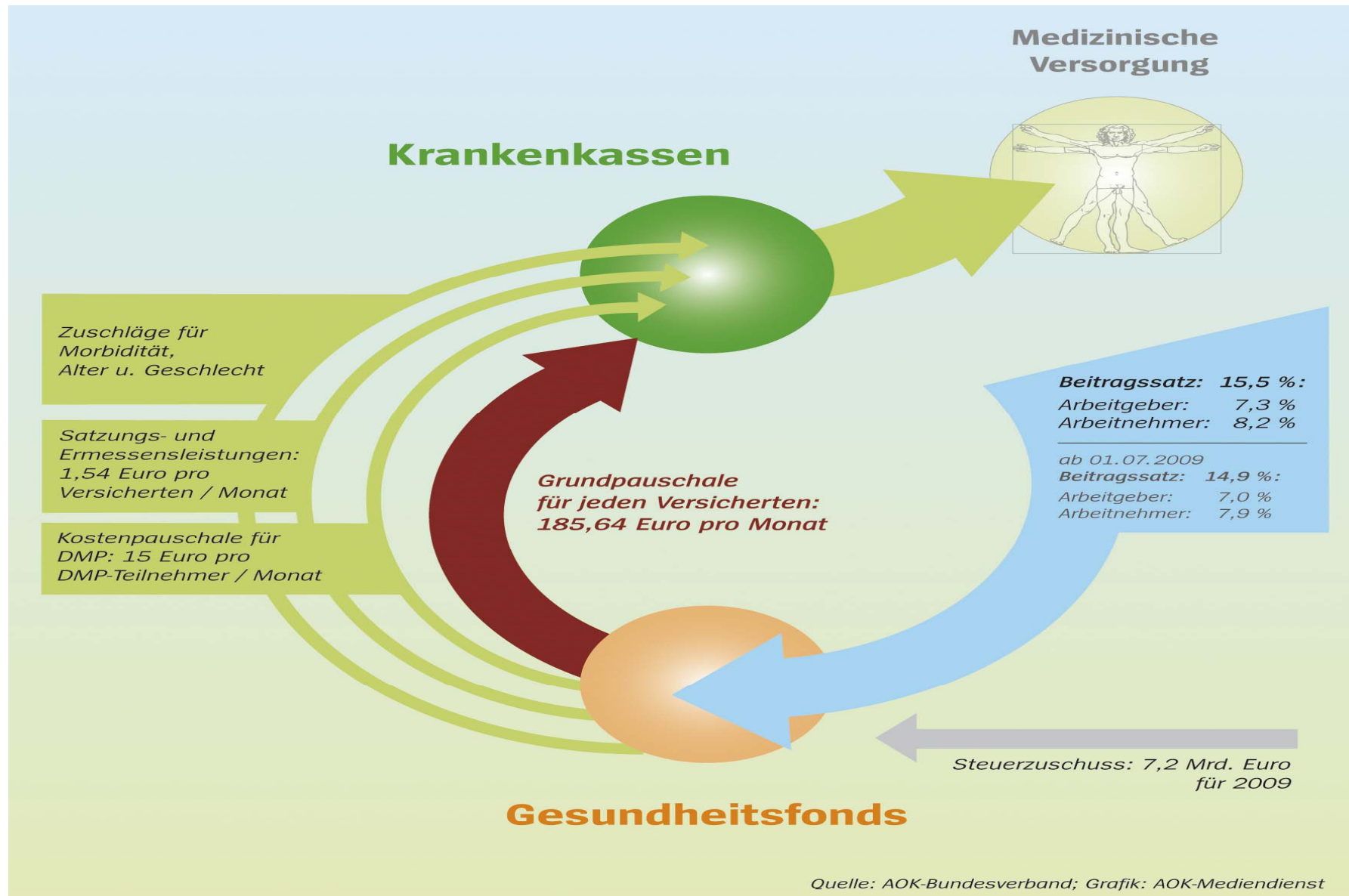
Arbeitgeber(2):

- Ab 2011 können dann voraussichtlich die Beiträge, Meldungen und Beitragsnachweise alternativ an eine einheitliche Weiterleitungsstelle übermittelt werden
- der vergleichsweise erhöhte Krankenversicherungssatz führt auch zu einem höheren Arbeitgeberbeitrag zur KV -> insbesondere bei AG, die viele Arbeitnehmer mit bisher günstigen Versicherungen beschäftigen
- lediglich der Zusatzbeitrag ist nicht vom Arbeitgeber zu zahlen

Eckpunkte des Gesundheitsfonds Krankenkassen(1):

- gleiche Beitragssätze werden voraussichtlich dazu führen, dass die Krankenkassen versuchen werden, sich durch zusätzliche Leistungsangebote zu unterscheiden -> Erhöhter Wettbewerb auf der Leistungsseite
- voraussichtlich werden auch Krankenkassen mit Beitragsausschüttungen werben
- mit der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs werden Unterschiede in der Versichertenstruktur ausgeglichen (Krankheitshäufigkeit wird in den bisherigen Strukturausgleich aufgenommen)

Was die Kassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten



Quelle: AOK-Bundesverband; Grafik: AOK-Mediendienst

Eckpunkte des Gesundheitsfonds

Krankenkassen(2):

- soweit der Fonds zwei Jahre in Folge die Ausgabe der Krankenkassen zu weniger als 95 % abdeckt, kann der Beitragsatz (bundesweit) per Rechtsverordnung erhöht werden
- somit ist bereits im jetzigen System die Erhebung des oben genannten Zusatzbeitrages vorgesehen, der die aller Voraussicht nach eintretende Deckungslücke von 5% abdeckt

Geschätzter zusätzlicher laufender Aufwand (It. Schätzung AOK)

Zusätzlicher Aufwand für die Führung von Selbstzahlerkonten	1.057.018.597,87 EUR
Zusätzlicher Aufwand für die Buchung des Zusatzbeitrages	63.875.724,00 EUR
Zusätzlicher Aufwand für die Vollstreckung des Zusatzbeitrages	106.587.344,00 EUR
Zusätzlicher Aufwand für die Umsetzung der Überforderungsregelung von 1% des Haushaltseinkommens	103.558.216,98 EUR
Zusätzlicher Aufwand gesamt**	1.331.039.882,85 EUR
**ohne Aufwand, der mit der entsprechenden Anpassung, Wartung, Pflege usw. der DV-Soft- und Hardware in Zusammenhang steht	

Schwachstellen des bisherigen Systems

- bisher verwalten die Krankenkassen Einnahmen und Ausgaben relativ selbständig -> Beitragssatz konnte von Krankenkasse selbst bestimmt werden
- hinsichtlich der Beiträge ergab sich in der Vergangenheit das Problem, dass vor allem junge und statistisch gesehen gesündere Beitragszahler flexibel in günstigere Kassen wechselten und bei den „großen“ Kassen sich Mitglieder mit höherem Kostenrisiko sammelten
- dadurch wurde das „Solidarprinzip“ teilweise außer Kraft gesetzt

Risikostrukturausgleich (RSA), Zahler und Empfänger

Angaben in Mrd. Euro, inkl. Risikopool 2006

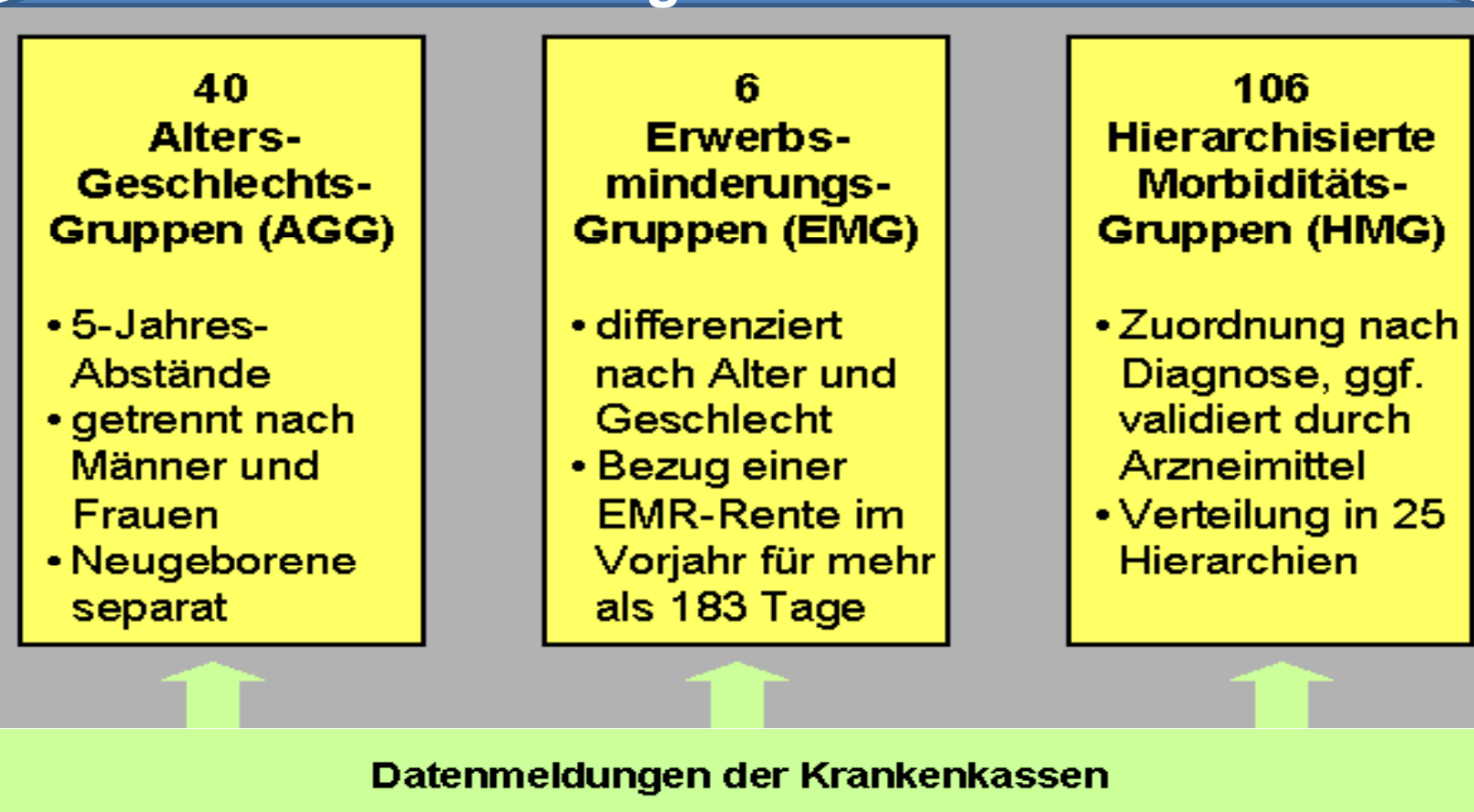
gezahlt		erhalten
0	Ortskrankenkassen	13,381
0	Knappschaft	1,713
-4,057	Angestellten Ersatzkassen	0,924
-8,626	Betriebskrankenkassen	0,624
-1,227	Arbeiter Ersatzkassen	0,455
-0,873	Innungskrankenkassen	0,064
0	Seekrankenkasse	0,008

Morbibiditäts- Risikostrukturausgleich (RSA)

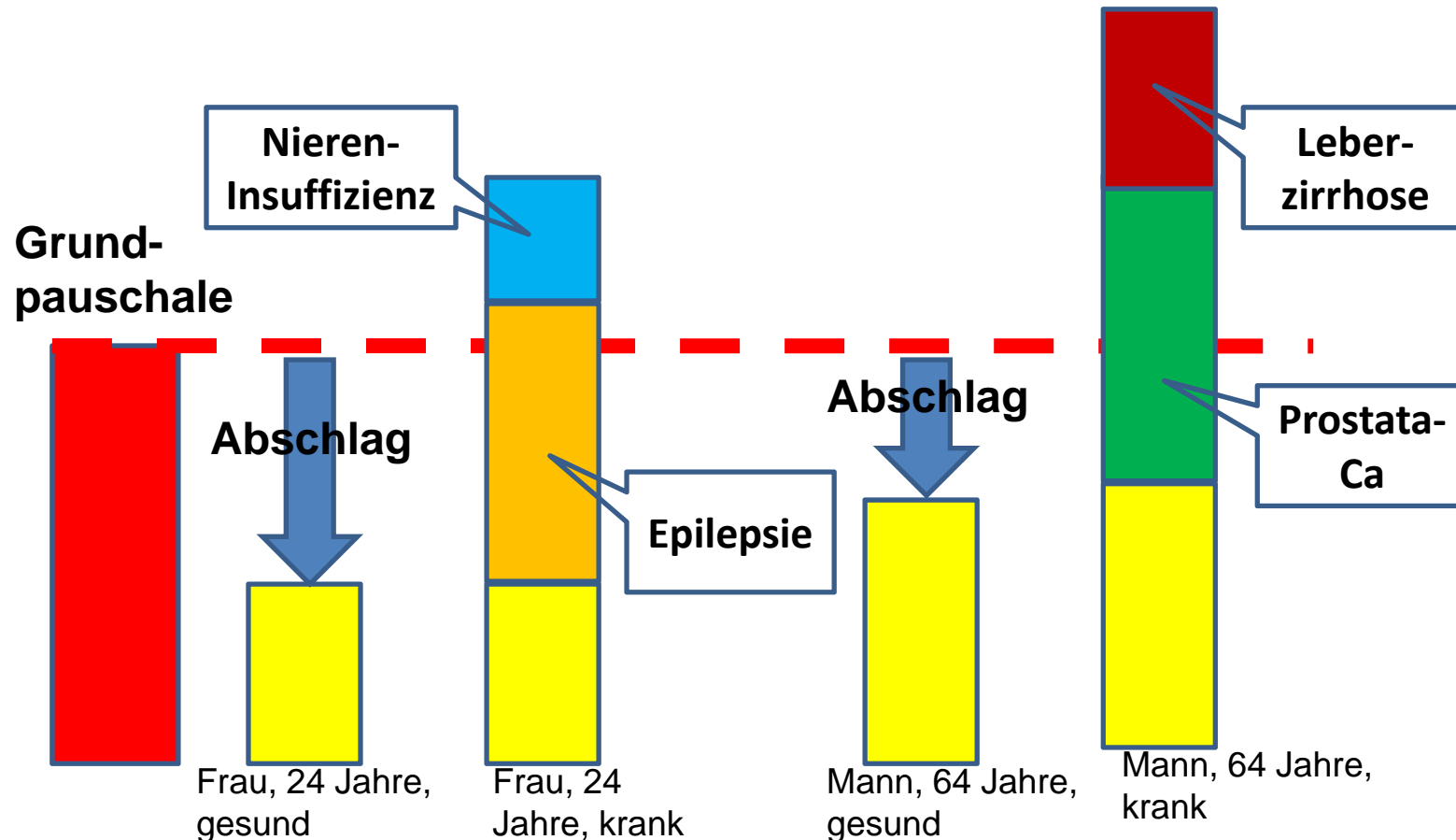
- Seit Anfang 2009 orientiert sich der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auch am Krankheitszustand, der Morbidität, der Versicherten. Mit Einführung dieses sogenannten Morbi-RSA ist der 1994 eingeführte Finanzausgleich auf eine neue Grundlage gestellt worden. Ziel des Morbi-RSA ist, dass die Beitragsgelder dorthin fließen, wo sie zur Versorgung Kranker benötigt werden. Das war mit dem bisherigen RSA nur ungenügend erreicht worden.
- Um ein einwandfreies Funktionieren des Morbi-RSA zu gewährleisten, will die AOK gemeinsam mit den Ärzten und deren Organisationen die Qualität der Diagnose-Dokumentation sichern. Jede Manipulation der Diagnose-Dokumentationen lehnen die Vorstandsvorsitzenden der 15 AOKs und des AOK-Bundesverbandes in ihrer gemeinsamen Deklaration ab.

Wie funktioniert der Morbi-RSA

152 Risikogruppen, für die Zu- und Abschläge ermittelt werden



Morbibiditäts- Risikostrukturausgleich (RSA)



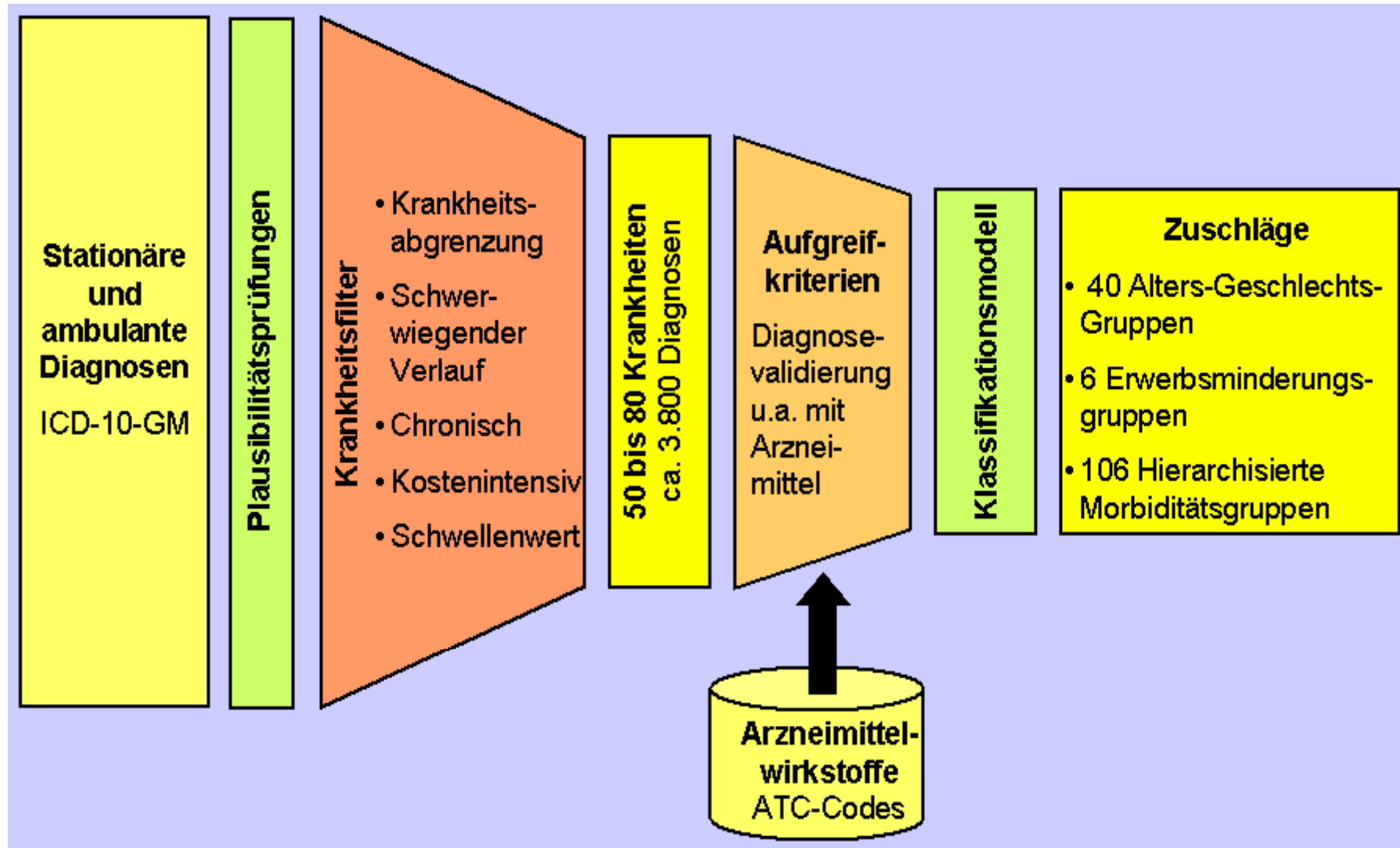
Der neue Risikostrukturausgleich - Abbildung 1: Zuweisungen für Pflichtleistungen der Krankenkasse: Grundpauschale mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschlägen

Neben Zuschlägen für 80 Krankheiten sind weitere Zuschläge vorgesehen, wenn der Versicherte eine Erwerbsminderungsrente bezieht.

In diesen Fällen muss bei dem Versicherten eine schwere Erkrankung vorliegen, die ärztlich bestätigt wurde und in der Regel über die Morbiditätszuschläge hinaus zu Belastungen für die Krankenkassen führt. Der neue Risikostrukturausgleich besteht somit aus drei

Säulen: den Zu- und Abschlägen für Alter und Geschlecht, den Zuschlägen bei Erwerbsminderung und den Krankheitszuschlägen

Wie funktioniert der Morbi-RSA



Gesundheitsfonds im internationalen Vergleich

- Der mit der **Gesundheitsreform** von 2007 in das deutsche System eingeführte Gesundheitsfonds ist international kein Einzelfall.
- In den Niederlanden, Belgien und Israel zum Beispiel, wo ebenfalls mehrere Krankenkassen miteinander konkurrieren, zahlen die Versicherten ihren einkommensabhängigen Beitrag nicht an die individuelle Krankenkasse, sondern an einen Gesundheitsfonds, der die Mittel nach dem Risiko der Versicherten an die Kassen verteilt.
- Demgegenüber zahlen die Versicherten in der Schweiz – wie bis Ende 2008 in Deutschland – ihre Beiträge an die jeweilige Krankenkasse. Aber auch dort besteht ein Risikostrukturausgleich, der die Mittel zwischen den Krankenkassen nach den Risikostrukturen der Versicherten umverteilt.

Gesundheitsfonds: Fazit (1)

- abrechnungstechnisch ergeben sich bis einschließlich 2010 keine wesentlichen Änderungen – ab 2011 sind die Details des Verfahrens noch in weiten Bereichen offen
- die Reform kann das eigentliche Finanzproblem der gesetzlichen KV jedoch nicht lösen
- es werden lediglich die Zahlungsströme und die Verwaltung der Mittel grundlegend umstrukturiert

Gesundheitsfonds: Fazit (2)

- die Versicherten werden in Zukunft mehr auf das genaue Leistungsangebot und entsprechende Wahltarife zu achten haben
- es wird eine neue „Mammutbehörde“ beim Bundesverwaltungsamt geschaffen
- im Gegenzug können bei den Einzugsstellen nicht die gleichen Kapazitäten abgebaut werden, da sie weiterhin für bestimmte Aufgabenbereiche zuständig bleiben

Gesundheitsfond ab 2009 lässt schlimmes befürchten...

Zementierung der 2-Klassen Medizin!

- Da mit dem Gesundheitsfond die Kassen aus dem großen Topf nur noch eine Pauschale erhalten, dürfen diese, wenn sie damit nicht ausreichen, Zusatzbeiträge bei den Versicherten erheben. Diese dürfen bis zu 1% des Jahresbruttoeinkommens des Versicherten betragen, wobei die Kassen hier erst eine Prüfung der Einkommenssituation des Versicherten vornehmen muss, wenn dessen Zusatzbeitrag mehr als 8,00 Euro/Monat = 96,00 Euro/Jahr beträgt. Zum Vergleich: bei ALG II Empfängern liegt die 2% Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu med. Leistungen bei derzeit 83,28 Euro/Jahr, chronisch Kranke zahlen 1% = 41,64 Euro/Jahr.
- Der prüfungsfreie Zusatzbeitrag liegt also höher als die Belastungsgrenze für ALG II Empfänger, was für diese eine Verdoppelung, für chronisch Kranke sogar eine Verdreifachung ihrer Eigenleistungen für med. Versorgung bedeutet, da dieser Zusatzbeitrag nicht vom Leistungsträger übernommen wird. Da sie diesen unmöglich auch noch aus ihrem ALG II zusätzlich zahlen können, sind sie gezwungen, sich eine Kasse zu suchen, welche diesen Zusatzbeitrag nicht erhebt.

Gesundheitsfond ab 2009 läst schlimmes befürchten...

Zementierung der 2-Klassen Medizin!

- Das dürfte zwangsläufig zur Folge haben, dass sich alle ALG II Empfänger demnächst in ein oder zwei Krankenkassen konzentrieren oder dass, als Ersatz für den Zusatzbeitrag, die medizinischen Leistungen für ALG II Empfänger drastisch gekürzt werden, weil die Kassen sich diese Versicherten sonst nicht mehr leisten können. Nicht ausgeschlossen werden kann auch, dass einige Kassen gezielt Zusatzbeiträge erheben werden, um ihren Versichertenbestand von ALG II Empfängern zu "reinigen".
- Was aber passiert, wenn alle Krankenkassen diesen prüfungsfreien Zusatzbetrag von 8 Euro/Monat verlangen?
Dazu schweigt die Bundesregierung. Auf den Punkt gebracht heisst das wohl dann: ALG II Empfänger müssen früher sterben, weil sie sich bestimmte medizinische Leistungen, oder eine Kasse, welche diese anbietet, nicht leisten können.
- Ein weiterer drastischer Schritt zur 2-Klassen Medizin.

Sind die Patienten beim neuen Gesundheitsfond eher Sieger oder Verlierer?

- Die Patienten sind die deutlichen Verlierer des Gesundheitsfonds. Immerhin 90 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten zahlen jetzt erheblich mehr an Beiträgen und das obwohl wir immer noch auf das Versprechen der Ministerin warten, die vor Jahren gesagt hat, wir werden die Krankenkassenbeiträge senken.
- **Wem nutzt der Gesundheitsfond überhaupt?**
- Eigentlich nutzt der Gesundheitsfond keinem Menschen etwas. Da wurde etwas mit ganz heißer Nadel gestrickt, an dem sich jetzt alle die Finger verbrennen werden. Der Gesundheitsfond löst eine Kostenlawine aus, weil das Geld anders verteilt wird. Selbst die Politik weiß in der Zwischenzeit vermutlich nicht mehr, warum sie den Gesundheitsfond überhaupt eingerichtet hat.
- **Und nur weil er einmal eingerichtet wurde, zieht man das jetzt durch?**
Im Grunde genommen ist dieser Gesundheitsfond nichts anderes wie ein Topf, in den das ganze Geld reingeworfen wird, nur irgendjemand muss es aus diesem Topf wieder rausholen und verteilen. Das haben früher die Krankenkassen selbst gemacht und heute muss es eine neue Institution machen und das muss ja auch wieder bezahlt werden, das sind dann wieder zusätzlich Kosten.

Was bringt der Gesundheitsfonds den Ärzten?

- Auch die Mediziner sollen laut den Planungen von der neuen Gesundheitsversicherung profitieren.
- So wird für alle Vertragsärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung eine neue Gebührenordnung eingeführt, die feste Preise innerhalb vorher vereinbarter Leistungsgrenzen vorsieht. Dies soll den Ärzten mehr Planungssicherheit bringen und sie zudem vom Risiko befreien, die zunehmende Behandlungsbedürftigkeit der immer älter werdenden deutschen Bevölkerung alleine zu tragen.
- Diese ‚Last‘ wird durch den Gesundheitsfonds auf die Kassen abgewälzt. Da Ärzteschaft und GKV auch vor der Gesundheitsreform schon nicht die besten Freunde waren, ist davon auszugehen, dass das Verhältnis der beiden auch in den nächsten Jahren nicht von eitel Sonnenschein geprägt sein wird.

Gesundheitsfonds: Das «Ulmer Papier»

zentrale Forderungen der Ärzte

- Die Ärzte stellen fest, bereits heute gebe es Leistungsbeschränkungen, Rationierung, Wartelisten und Unterversorgung. «Die an sich notwendige medizinische Versorgung kann nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden.»
- Die Entscheidung über Einschnitte beim einzelnen Patienten solle den Ärzten abgenommen werden. Ein Gesundheitsrat aus Fachleuten solle die Prioritäten setzen. Auf dieser Grundlage solle die Politik entscheiden, was für Kassenpatienten noch bezahlt wird.
- Für eine breitere Finanzbasis der gesetzlichen Krankenversicherung schlagen die Ärzte vor, versicherungsfremde Leistungen etwa für Kinder oder beitragsfrei mitversicherte Ehegatten weitgehend nicht mehr aus den Beitragseinnahmen der Krankenkassen zu bezahlen. Dafür soll der Steuerzahler einspringen. Um diejenigen zu entlasten, die Beiträge allein aus dem Arbeitseinkommen zahlen, sollen künftig sämtliche Einkünfte herangezogen werden. Für die Krankenversicherung der Rentner fordern die Ärzte eine neue Abgabe, einen Gesundheitssoli. Die private Krankenversicherung soll erhalten bleiben.
- Die Ärzte wollen die Gesundheitsvorsorge deutlich verbessern. Bei Früherkennungsuntersuchungen soll mehr Augenmerk auf Zeichen von psychischer Anfälligkeit und Misshandlungen gelegt werden. Ein Fach Gesundheitskunde soll in Kindergärten und an Schulen eingeführt werden. Bei Nahrungs- und Genussmitteln sollen gesundheitsgefährdende Stoffe gekennzeichnet werden. Auch eine Abgabe auf solche Stoffe wird angeregt.
- Um den teilweise bestehenden Ärztemangel auf dem Land zu mildern, soll die Einführung medizinischer Fachangestellte erprobt werden.

Abschlussüberlegungen (1)

- **Gesundheitsfonds als politischer Kompromiss:**
 - Elemente einer (kleinen) Pauschalprämie implementiert
 - Elemente der Bürgerversicherung potenziell implementierbar, dabei potenziell auch Kapiteldeckungsverfahren berücksichtigbar
 - ausgestaltbar nach der nächsten Bundestagswahl
- **Gesundheitsfonds stärkt die staatliche Einflussnahme auf das Gesundheitswesen:**
 - Wird ein „Makro-Budget“ der GKV etabliert?
 - „Schwarze Peter“-Spiele wegen erforderlicher Zusatzprämien vorprogrammiert

Der Gesundheits-Markt

Das Gesundheitswesen ist kein Markt im klassischen Sinn:

- Es gibt keine selbst regulierende Preisbildung von Angebot und Nachfrage
- Das System kennt keine Investitions-Autonomie der Anbieter. Im Krankenhaus-Bereich wird diese ersetzt durch öffentliche Planungs- u. Bedarfsdeckungsverfahren mit rechtsmittelfähigen Entscheidungen
- Was dem Anbieter an Investitionsautonomie fehlt, fehlt dem Nachfrager an Markttransparenz
- Zur Kennzeichnung des klassischen Markts gehören Konsumfreiheit, Vertragsfreiheit und Kundenautonomie, Elemente, die im Gesundheitswesen nicht existieren
- Ob wir Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, liegt nicht in unserer freien oder freiwilligen Entscheidung

Abschlussüberlegungen (2)

- Der Gesundheitsfonds löst nicht die Finanzprobleme der GKV
- Der Gesundheitsfonds hat ambivalente Wirkungen auf den Kassenwettbewerb und die Qualität der Versorgung
- Zur Lösung der Versorgungs- und Steuerungsprobleme ist die Finanzierung aber ohnehin nur bedingt geeignet – hier ist wesentlich wichtiger die Weiterentwicklung von Steuerungsinstrumenten der Gesundheitsversorgung
- Gesundheitsfonds ist eine Herausforderung für das Management der Kassen, insbesondere mit Blick auf die Verbesserung von Deckungsbeiträgen für ausgabenintensive Versicherte

Krise reißt Finanzloch in Gesundheitsfonds (1)

- **BERLIN (dpa). Wegen der Wirtschaftskrise braucht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in diesem Jahr weitere Steuermittel in Milliardenhöhe. Die Krankenkassen drangen am Donnerstag darauf, dass sie durch sinkende Einnahmen wegen Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit auch langfristig nicht zu stark belastet werden.**
- Trotz der erwarteten Finanzspritze des Bundes dürfte es bald zu Zusatzbeiträgen bei einzelnen Kassen zu Lasten ihrer Mitglieder kommen. Dies liegt nicht an Einnahmeausfällen infolge der Rezession. Diese werden aus dem Bundeshaushalt ausgeglichen. Doch bei Ausgaben für Ärzte, Kliniken und Arznei drohen den Kassen neue Belastungen. Auch über die erwarteten Ausgaben wollten die Finanzexperten des Schätzerkreises Klarheit schaffen. "Dann kann man sich darüber unterhalten, ob und wann Zusatzbeiträge anfallen", sagte Pfeiffer.
- Der Präsident des Bundesversicherungsamts, Josef Hecken, hatte gesagt, schon Mitte dieses Jahres würden die ersten Kassen voraussichtlich Zusatzbeiträge verlangen. Nach derzeitigem Stand seien 4,5 Millionen Mitglieder in 16 Krankenkassen betroffen.

Ärzte Zeitung online, 30.04.2009

Krise reißt Finanzloch in Gesundheitsfonds (2)

- Das Bundesdarlehen zum Ausgleich von Einnahmeausfällen muss nach bisherigen Plänen im Jahr 2011 vom Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden. "Die Politik wird sich dann noch einmal Gedanken machen müssen, wie man diese Rückzahlung finanziert", sagte Pfeiffer. Der Vorsitzende des Ersatzkassenverbands vdek, Thomas Ballast, sprach sich für die Umwandlung in einen Zuschuss aus. Andernfalls führe die Belastung mittelfristig dazu, dass der einheitliche Beitragssatz steigen müsse oder Kassen Zusatzbeiträge erheben müssten.
- Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) war von Beitragsausfällen von rund drei Milliarden Euro ausgegangen. In dieser Größenordnung läge demnach auch die neue Belastung für die Steuerzahler. Nach bisheriger Planung fließen bereits Bundesmittel in Höhe von rund sieben Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds. Mit vier Milliarden soll pauschal ein Teil der versicherungsfremden Kassenleistungen wie etwa die Mitversicherung der Kinder bezahlt werden. 3,2 Milliarden Euro werden gebraucht, damit der Beitragssatz wie geplant am 1. Juli um 0,6 Punkte auf 14,9 Prozent sinken kann. Dies soll die Konjunktur stärken. Der Fonds hat ein Gesamtbudget von **rund 167 Milliarden Euro**.

Abschlussüberlegungen (3)

- **Wettbewerb im Gesundheitswesen?**
- **Pro:**
 - Wettbewerb der Kassen
 - Rabattverträge (Medikamente, Hilfsmittel)
 - Evidenz-basierte Medizin (wissenschaftliche Begründung)
- **Kontra:**
 - Wettbewerb um die Gesundheit sinnvoll?
 - Wettbewerb um den gesunden Kranken?
 - Morbi-RSA: wo bleiben die anderen Patienten



Ziele der Reform

- Gleichstellung der Kassen hinsichtlich Ihrer Beitragseinnahmen
- Einheitlichere Risikostruktur bei den Einzelnen Krankenkassen
- Einfluss des Gesetzgebers auf die Höhe des Beitragssatzes
- kein weiterer wirtschaftsschädlicher Anstieg der Arbeitsgeberkosten
- besserer Ausgleich bei den bestehenden Risikostrukturunterschieden der Krankenkassen
- vereinfachtes Verfahren zur Beitragserhebung

Konvergenzklausel

- Be- und Entlastungen durch die Einführung des Gesundheitsfonds sollen im ersten Jahr höchstens zu 100 Mio. € auf der Ebene der Bundesländer finanzwirksam werden
- Spezifische Interpretation der Wirkungen des Gesundheitsfonds im Gesetz (§ 272)
- Würden die in einem Land tätigen Krankenkassen um mehr als 100 Mio. € belastet, erfolgt eine entsprechende Aufstockung der Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds mit entsprechenden Minderzahlungen an in anderen Bundesländern tätigen Krankenkassen
- die Belastungsgrenze wird jedes Jahr um 100 Mio. € erhöht
- Gutachten zur Umsetzung und Abschätzung der Finanzwirkungen beauftragt

Herausforderungen für das Kassenmanagement /1

- Die vermutete größere Bedeutung der Zusatzprämie verschärft den Wettbewerb – wobei diese These empirisch nicht belegbar und auch umstritten ist
- Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und der Übergang zum Morbi-RSA nehmen Verzerrungen aus dem Wettbewerb raus
- Überforderungsregel führt zu neuen Verzerrungen
- Das gilt verschärft, falls die Finanzierungsquote des Gesundheitsfonds auf unter 100 % absinkt
- Die Risikoselektion nach dem Einkommen hätte hohe Priorität
- Die Konvergenzklausel führt ebenfalls zu Verzerrungen mit bislang unklaren Auswirkungen

Kassenindividueller Zusatzbeitrag , ,

Prämienausschüttung (2)

- Problematik der 1%-Überforderungsregelung
- In „echten“ Gesundheitsprämienmodellen kommt der Zuschuss für die Geringverdiener von „außen“
- Im Modell des GKV-WSG sind die fehlenden Einnahmen von den Mitgliedern der jeweiligen Krankenkassen zu erheben -> Spiraleffekt
- Einkommen wird mit Blick auf die Höhe des Zusatzbeitrages wieder eine zentrale Größe
- Einzelne Kassen werden rasch einen höheren Zusatzbeitrag benötigen als zulässig ...

Herausforderungen für das Kassenmanagement /2

- Gaming und Upcoding zur Verbesserung der Erlössituation
- denkbare Strategien, erfordern das Mitspielen der Leistungserbringer
- Identifikation der hinsichtlich der Ausgabenrisiken steuerbaren Versicherten gewinnt an Bedeutung für Krankenkassen
- Auch mit Blick auf Positionierung als qualitätsorientierter Versicherer
- Zunehmende Bedeutung von Managed Care-Instrumenten, unter denen DMP 2.0 ebenfalls eine Rolle spielen wird
- Nutzung der einzelvertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten

- Nach diesem Gesetz wird des Weiteren die Honorierung der Ärzte neu geregelt und die Arzneimittelversorgung geändert. Beitrags- und Steuergelder werden zentral eingenommen und an die [Krankenkassen](#) weitergeleitet. Die Krankenkassen ziehen die Sozialversicherungsbeiträge zunächst ein und übertragen sie an den Gesundheitsfonds, der vom [Bundesversicherungsamt](#) verwaltet wird. Die bisher unterschiedlichen Beitragssätze der Krankenkassen wurden durch einen einheitlichen Beitragssatz ersetzt, der von der Bundesregierung festgelegt wird.
- Für das Jahr 2009 hat die Bundesregierung den einheitlichen Beitragssatz für Arbeitnehmer auf 15,5 Prozent (7,3 v.H. Arbeitgeberanteil + 7,3 v.H. Versichertenanteil + 0,9 v.H. Versichertenbeitrag = 15,5 v.H.) festgesetzt. Bei den Rentnern, die versicherungspflichtig sind, übernimmt die Rentenversicherung wie die Arbeitgeber seit 2009 genau 7,3 Prozent. Die restlichen 8,2 Prozent werden von der Rente einbehalten. Der Beitragssatz soll nach der Gesetzeskonstruktion zunächst konstant bleiben, auch wenn die Krankenversicherungsausgaben schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder steigen. Erst wenn der Fonds die Ausgaben der Krankenkassen zwei Jahre hintereinander zu weniger als 95 Prozent abdeckt, kommt es zur Erhöhung des Beitragssatzes.
- Krankenkassen, die mit den aus dem Gesundheitsfonds zugeteilten Mitteln nicht auskommen, können einen zusätzlichen Beitrag von ihren Mitgliedern verlangen (bis zu 8 € pro Monat pauschal ohne Einkommensprüfung, bei höheren Pauschalen oder prozentualen Hebesätzen gilt eine Beschränkung auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder). Diese Zusatzprämie muss von den Mitgliedern alleine getragen werden; d. h., dass etwa Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger oder andere Sozialleistungsträger sich hieran nicht beteiligen. In diesem Fall haben die Mitglieder jedoch ein Sonderkündigungsrecht und können schnell die Kasse wechseln, ohne dass der Zusatzbeitrag fällig wird. Sozialhilfeempfänger, Bezieher von Grundsicherung und Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, müssen auch einen möglichen Zusatzbeitrag nicht selbst bezahlen. Krankenkassen, die weniger ausgeben, als sie aus dem Gesundheitsfonds bekommen, können ihren Versicherten eine Prämie ausschütten.
- Der Gesundheitsfonds geht ursprünglich auf einen Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates beim [Bundesministerium der Finanzen](#) zurück, der hierin einen möglichen Kompromiss zwischen den Konzepten der [Bürgerversicherung](#) und der [Gesundheitsprämie](#) sah. Er wurde von der Koalition im Eckpunktepapier mit Zustimmung der SPD/CDU vorgeschlagen. Die Koalition aus [Unionsparteien](#) und [SPD](#) einigte sich am 3. Juli 2006 auf die Einführung des Gesundheitsfonds, wobei die ursprünglich vorgesehene Einbeziehung der [privaten Krankenversicherung](#) gestrichen und die Steuerfinanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (wie z. B. Beiträge für Kinder in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Bedarf von rund 16 Mrd. €) erst 2008 mit 1,5 Mrd. € und 2009 mit 3 Mrd. € einsetzen soll.
- Die Kassenbeiträge der Arbeitgeber werden dabei insoweit eingefroren, wie der Beitragssatz an den Gesundheitsfonds erst erhöht werden soll, wenn der Fonds die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr zu 95 % deckt (mindestens 5 % also durch alleine von den Versicherten aufzubringende Zusatzbeiträge zu finanzieren sind). Die Mittelzuteilung an die Krankenkassen berücksichtigt die Krankheits-Wahrscheinlichkeit eines Individuums bezogen auf eine bestimmte Population ([Morbidity](#)), wodurch der [Risikostrukturausgleich](#) neu gegliedert wird. Dadurch soll jede Kasse annähernd die Finanzmittel erhalten, die sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigt. Beim Bundesversicherungsamt wurde ein Wissenschaftlicher Beirat zur Vorbereitung der morbiditätsorientierten Mittelzuweisung eingerichtet; dieser hat am [9. Januar 2008](#) ein Gutachten zur Auswahl von 80 Krankheiten vorgelegt, die bei dieser Mittelzuteilung berücksichtigt wurden. Das Bundesversicherungsamt hat Ende März 2008 die endgültige Liste vorgelegt, bei der es aufgrund einer stärkeren Berücksichtigung der [Dunkelzonen](#) zu erheblichen Abweichungen gegenüber der Liste der

- **Kritik** [[Bearbeiten](#)]
- Der [Wirtschaftsweiser Bert Rürup](#) kritisierte, „dass der [Faktor Arbeit](#) im nächsten Jahr mit fünf Milliarden Euro belastet werden soll, um dann sukzessive im Jahre 2008 und 2009 4,5 Milliarden Euro zurückzugeben. Unter ökonomischen Aspekten ist das nicht sonderlich überzeugend“ ([Lohnnebenkosten](#))
- Umstritten sind die Auswirkungen des mit der Einführung des Fonds verbundenen Überganges zur [Morbidityorientierung](#) beim [Risikostrukturausgleich](#). Nach dem Gesetz sollen 50 bis 80 schwerwiegende, [chronische Erkrankungen](#) zu besonderen Zahlungen führen. Voraussetzung ist weiterhin, dass die Versicherten, die an diesen Erkrankungen leiden, mindestens 50 Prozent überdurchschnittliche Ausgaben haben. Es wird die These vertreten, durch die Fixierung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches würde der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern erlöschen. Damit träten monopolistisch agierende, vom [Sozialgesetzbuch](#) geschützte Nachfrager (Sachleistungsprinzip) qua Gesetz atomistisch orientierten Leistungserbringern gegenüber. Dies führe über Preis- und Qualitätsdumping automatisch zu Versorgungsverschlechterungen.^[1]
- Allerdings wird auch die gegenteilige These vertreten, wonach erst eine hinreichend genaue Abbildung der Morbidität im Risikostrukturausgleich die Voraussetzungen dafür schaffe, dass die Krankenkassen sich im Wettbewerb um die Versorgung der Patienten bemühen und nicht in erster Linie darauf aus seien, gesunde Versicherten an sich zu ziehen, weil sie mit ihnen günstigere Beiträge bieten könnten.^[2]
- Andreas Köhler, Vorsitzender der [Kassenärztlichen Bundesvereinigung](#) (KBV) bestätigte am 22. Januar 2009, dass einige Krankenversicherungen offenbar versuchten, Ärzte in ihrer Diagnosestellung zu beeinflussen, um über mehr chronisch Kranke höhere Ausgleichszahlungen aus dem Risikostrukturausgleich zu erhalten.^{[3][4]}
- Auch [Heinz Grosseckler](#), der als Miterfinder des Gesundheitsfonds gilt, kritisierte 2006 die Umsetzung der [Großen Koalition](#). Die ursprüngliche Intention sei deutlich eingeschränkt worden und vor allem die Begrenzung des Zusatzbeitrages sei problematisch.^[5]
- Nach Berechnung der [Krankenkassenverbände](#) würden angeblich mindestens 8 Kassen sofort wegen [Insolvenz](#) schließen müssen, da diese bei einem angenommenen Beitragssatz von 15,8 % nicht finanziell überleben können und auch nicht die Einnahmen durch die **Zusatzbeiträge** von ihren Versicherten (wegen der Beschränkung auf 1 Prozent des Einkommens) ausreichen würden.^[6]
- Der Zusatzbeitrag ist nur von den Versicherten und nicht von den Arbeitgebern zu zahlen. Neben dem [Sonderbeitrag](#) (0,9 Prozent des Einkommens) wird der Zusatzbeitrag (bis 1 Prozent des Einkommens) additiv zu einer weiteren Aufweichung des Paritätsprinzips beitragen und könnte auch als 1,9-prozentige gesetzlich verordnete Einkommenskürzung für die Versicherten zu Gunsten der Arbeitgeber interpretiert werden.
- Der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beim [Bundesversicherungsamt](#) zur Weiterentwicklung des [Risikostrukturausgleichs](#) ist kritisiert worden, weil er aufgrund der gewählten statistischen Methode stärker auf je Patient sehr ausgabenintensive und seltenere als auf häufigere, aber nicht je Patient so ausgabenintensive Krankheiten fokussiert.
- Da die Ärzte durch Ihre Diagnosen direkten Einfluss auf die Mittel nehmen können, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, hat der Fonds die Verhandlungsposition der Ärzte gegenüber den Kassen gestärkt. So hat der bayerische Hausärzteverband mit der AOK eine deutliche Honorarsteigerung vereinbart.

- **Was bringt der Gesundheitsfonds?**
- **Bürokratiemonster oder Instrument für mehr Gerechtigkeit? Das Bundeskabinett hat mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum Jahreswechsel auch die Erhöhung des Krankenkassenbeitrags auf einheitlich 15,5 Prozent beschlossen. Was bringt der Fonds und weshalb steht er so in der Kritik?**
- **Was ist der Gesundheitsfonds?**
- Der Gesundheitsfonds ist ein Umverteilungssystem aller Geldströme der gesetzlich Krankenversicherten und zugleich das Kernstück der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Durch den Fonds sollen die Gelder an die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) neu verteilt werden. Gespeist werden soll der Fonds aus den Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie aus Steuermitteln. Jede Kasse erhält aus dem Pool eine bestimmte Pauschale pro Versichertem.
- **Wann kommt der Gesundheitsfonds?**
- Ab 1. Januar 2009 zahlen alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen den gleichen Beitragssatz von höchstwahrscheinlich 15,5 Prozent. Der Bund zahlt zur Abgeltung der versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen für das Jahr 2009 vier Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2010 erhöhen sich diese Leistungen um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einer Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro.
- [Bildunterschrift: Herzstück der Reform ist der umstrittene Gesundheitsfonds]
- **Wie funktioniert der Gesundheitsfonds?**
- Jede Krankenkasse erhält für jeden Versicherten eine pauschale Zuweisung sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit. Dieser sogenannte Risikostrukturausgleich (RSA) existiert zwar bereits längere Zeit, jedoch sollen Kassen mit vielen alten und kranken Mitgliedern durch einen stärker ausdifferenzierten, sogenannten morbiditätsorientierten RSA ab dem 1. Januar 2009 Geld von den Konkurrenten erhalten, bei denen weniger alte und kranke Menschen versichert sind.
- Bei dieser Umverteilung sollen 50 bis 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten berücksichtigt werden. Dieser weiterentwickelte RSA soll laut Bundesgesundheitsministerium dazu führen, dass Kassen mit hohen Anteilen an alten und kranken - also kostenintensiveren - Mitgliedern wettbewerbsfähiger werden.
- **Wer verwaltet den Gesundheitsfonds?**
- Das Bundesversicherungsamt (BVA) in Bonn wird den Gesundheitsfonds verwalten. Dort gehen die Daten aller Kassen ein. Das Geld im Topf wird über Computer neu verteilt - 21 Mitarbeiter sind laut Bundesgesundheitsministerium daran beteiligt. Dabei geht es um große Summen: Bei den Gesundheitskosten nimmt Deutschland mit Ausgaben von mehr als 250 Milliarden Euro einen internationalen Spitzenplatz ein. Allein die gesetzliche Krankenversicherung gibt rund 150 Milliarden Euro im Jahr aus.
- **Was passiert, wenn Kassen mehr Ausgaben als Einnahmen haben?**
- Kommt eine Kasse mit der ihr zugewiesenen Summe aus dem Fonds nicht aus, muss sie im Folgejahr einen Zusatzbeitrag erheben, der ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens eines Patienten nicht übersteigen darf. Mit dieser Klausel sollen sozial Schwache vor Überforderung geschützt werden. Der zwischen Union und SPD geschlossene politische Kompromiss sieht vor, dass ein zusätzlicher Beitrag von bis zu acht Euro monatlich von jeder Kasse ohne Einkommensprüfung erhoben werden darf.
- **Was können Beitragszahler gegen Zusatzprämien tun?**
- Kassen, die einen Zusatzbeitrag erheben, müssen ihre Mitglieder auf die Möglichkeiten eines Kassenwechsels hinweisen. Die Regierung hofft darauf, dass schon aus Wettbewerbsgründen viele Unternehmen bestrebt sein werden, die Prämie nicht erheben zu müssen. Gut wirtschaftende Kassen können ihren Mitgliedern auch Geld erstatten. Da der Fonds zum Startzeitpunkt 2009 hundert Prozent der Kosten abdecken soll, muss parallel anfangs keine Kasse einen Zusatzbetrag erheben. Die Kassen kündigten aber bereits an, dass sie mit den nun festgelegten 15,5 Prozent kaum auskommen werden - daher könnten bereits ab 2010 Zusatzbeiträge fällig werden.
- **Warum gibt es den Gesundheitsfonds?**
- Aus Sicht der Bundeskanzlerin und der Gesundheitsministerin soll das Gesundheitssystem damit gerechter, transparenter und wettbewerbsorientierter werden. Diese vorausgesagte Wirkung ist jedoch umstritten. Ursprünglich geht der Gesundheitsfonds auf einen Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesministerium der Finanzen zurück. Sinn war es, einen möglichen Kompromiss zwischen den Konzepten der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie - auch "Kopfpauschale" genannt - zu finden. Die Koalition aus Unionsparteien und SPD einigte sich am 3. Juli 2006 auf die Einführung.
- Aus politisch-strategischer Sicht bietet der Fonds beiden Volksparteien die Möglichkeit, nach der Bundestagswahl entweder die Kopfpauschale oder die Bürgerversicherung einzuführen - sollte sich nicht noch einmal eine Große Koalition bilden, sondern eine der beiden Volksparteien das Sagen haben. Eine weitere Begründung der Politik für den Fonds lautet, dass nun die Kassen nicht mehr alleine über die Erhöhung der Beitragssätze entscheiden können, sondern die Bundesregierung und der von ihr berufene Schätzerkreis mitreden kann.
- **Warum ist der Gesundheitsfonds umstritten?**
- Es wird immer wieder von verschiedenen Seiten die Frage gestellt, ob es ihn wirklich braucht. Denn bereits heute können gesetzlich Versicherte die Kasse wechseln, was den Wettbewerb fördert. Und den neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich hätte die Bundesregierung auch ohne den Gesundheitsfonds einführen können. Dieser bildet einen der größten Knackpunkte in der Debatte von Lobbyisten, Verbänden und Politikern.
- Bisher lief es im Gesundheitssystem so: Junge, gesunde Gutverdiener waren entweder privat versichert oder bei preisgünstigen Betriebs- und Ersatzkassen. Geringverdiener und Hartz-IV-Empfänger waren häufig bei den großen Kassen, die somit unter geringen Einnahmen pro Mitglied leiden. Das soll sich nun, vor allem durch den einheitlichen Satz, ändern.
- **Wer profitiert vom Gesundheitsfonds?**
- Das ist vorab schwer zu sagen. Wird von den Kassen ein Zusatzbeitrag erhoben, muss den allein der Arbeitnehmer tragen. Die Arbeitgeber können mit dem Einheitssatz stabil kalkulieren. Es gibt deswegen jede Menge Befürchtungen, dass zum Beispiel Rentner, Geringverdiener und Arbeitnehmer von der Einführung des Fonds überproportional getroffen werden. Rentner profitieren beispielsweise nicht von der gleichzeitigen Senkung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, die steigende Kassenbeiträge für Arbeitgeber und Arbeitnehmer in der Summe etwas abmildern.
- **Welche Erfahrungen gibt es im Ausland?**
- Andere Länder zahlen bereits seit Jahrzehnten in einen Gesundheitsfonds ein - zum Beispiel die Niederlande, Belgien und Israel. Auch dort werden die Mittel nach Einschätzung des Bilders an den Versicherten an die Kassen verteilt. Erfahrungen in den Niederlanden zeigen aber auch, dass mittlerweile etwa 50 Prozent der Einnahmen für Krankenkassen aus

Der Risikostrukturausgleich und

- [Zurück zu Kosten des Gesundheitswesens - das deutsche Gesundheitssystem in Zahlen](#)
- **Definition: Risikostrukturausgleich**
- Mit **Risikostrukturausgleich** (RSA) wird ein System staatlich vorgegebener **Ausgleichsregelungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen** (1) bezeichnet. Krankenkassen mit traditionell besonders jungen und gesunden Mitgliedern ("günstige Risikostruktur" z.B. Betriebskrankenkassen, Angestellten-Ersatzkassen) werden dadurch seit 1994 verpflichtet, einen Teil ihres Gewinns an Kassen mit traditionell eher älteren und stärker beeinträchtigten Versicherten ("ungünstige Risikostruktur" z.B. AOK, Bundesknappschaft) abzutreten. Langfristig sollte so verhindert werden, dass sich alle gesetzlichen Krankenkassen nur noch um junge, reiche, und gesunde Mitglieder bemühen. Dass dieses Gesetz seine Berechtigung hat, wird deutlich, wenn man bedenkt, dass die Gesetzlichen Krankenversicherungen der [größte Träger des deutschen Gesundheitssystems](#) sind.
- **Einführung des Risikopools zum Risikostrukturausgleich**
- Bei der Festlegung der Höhe des Ausgleichsanspruchs (bzw. der Zahlungsverpflichtung) wurden dabei zunächst vorwiegend das Durchschnittseinkommen, Geschlecht und Alter, sowie die durchschnittliche Anzahl von beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen pro Versichertem berücksichtigt. Seit 2003 wurde für jede Krankenkasse auch die Anzahl von Mitgliedern, die an besonderen Programmen für chronisch Kranke (sog. "Disease Management Programs") teilnahmen einberechnet. Um zudem die Belastungen durch außerordentlich kostenintensive Einzelfälle besser zu verteilen wird der Risikostrukturausgleich seit 2002 um den sogenannten "Risikopool" ergänzt. Dieser speist sich wiederum aus Beiträgen aller gesetzlichen Krankenkassen und übernimmt ab einem bestimmten Grenzwert 60% der Krankheitskosten eines Versicherten, die sonst von einer einzelnen Krankenversicherung alleine zu tragen wären. 2006 wurden durch die Kombination beider Verfahren insgesamt ca. 17.2 Mrd. Euro zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen umverteilt. Typische "Empfängerkassen" waren hier die AOK (13.5 Mrd.) und die Bundesknappschaft (1.8 Mrd.), typische "Einzahlerkassen" die Angestellten-Ersatzkassen (-3.3 Mrd.) und die Betriebskrankenkassen (-8.0 Mrd.).
- **Der morbiditätsorientierte Strukturausgleich (Morbi-RSA)**
- Ab dem 01.01.2009 wird durch die [Gesundheitsreform](#) gleichzeitig mit dem [Gesundheitsfonds](#) der "**Morbiditätsorientierten Strukturausgleich**" (**Morbi-RSA**) eingeführt, um das Doppelsystem RSA und Risikopool abzulösen. Bei der Berechnung des Morbi-RSA werden erstmals explizit die durchschnittlichen Kosten mehrerer besonders "kostenintensiver Krankheiten": die 80-kostenintensiven-krankheiten in Rechnung gestellt. **Krankenkassen erhalten so z.B. einen besonders hohen Ausgleich, wenn ihre Mitglieder nachweislich überdurchschnittlich häufig und lange an einer bestimmten Krankheit leiden.** Um für einen Versicherten einen Ausgleich aus dem Morbi-RSA zu erhalten, muss jedoch zweifelsfrei belegt werden, dass:
 - Der betreffende Patient von einem Arzt mit einer von 80 festgelegten Erkrankungen diagnostiziert wurde,
 - Die Diagnose entweder mindestens 2 Quartale bestand oder während eines Krankenhausaufenthalts gestellt wurde,
 - Der Patient mit einem bestimmten Wirkstoff behandelt wurde (gilt nur für einige, nicht für alle Diagnosen) und von diesem Wirkstoff mindestens 183 Tagesdosen (bei bestimmten chronischen Krankheiten) bzw. mindestens 10 Tagesdosen (bei bestimmten akuten Krankheiten) erhalten hat.
- **Pro und Contra: Morbi-RSA**
- **Befürworter des Morbi-RSA** sind der Ansicht, dass das neue System die wahre Kostenstruktur der Krankenkassen wesentlich genauer abbilde als die bisherige Kombination aus Risikostrukturausgleich und Risikopool. Hierdurch werde ein "fairer" Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erst ermöglicht.
- **Kritiker des Morbi-RSA** heben jedoch hervor, dass die Liste der 80 Morbi-RSA-relevanten Diagnosen nur vergleichsweise seltene, besonders "kostenintensive Krankheiten": die 80-kostenintensiven-krankheiten berücksichtige. Die große Mehrheit alltäglicher Erkrankungen bleibe dagegen unbeachtet. Der Genauigkeitsgewinn gegenüber dem alten System sei somit wesentlich geringer als von den Verantwortlichen behauptet. Zur genauen Berechnung des Ausgleichsbetrags sei bei rund 70 Millionen gesetzlich Versicherten zudem die fortlaufende Auswertung mehrerer

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009(1)

- **Die Ursprünge des deutschen Gesundheitssystems**
- Seit Bismarck 1883 die europaweit erste gesetzliche Krankenversicherung ins Leben gerufen hat wurde das deutsche Gesundheitssystem zahllose Male den aktuellen Erfordernissen entsprechend modifiziert. Historisch betrachtet traten die einschneidendsten gesetzlichen Eingriffe immer dann auf, wenn das etablierte System in eine Finanzierungskrise geraten war. In den meisten Fällen wäre daher der **Begriff “Finanzierungsreform” treffender als die Bezeichnung “Gesundheitsreform”**. Im Folgenden werden die wichtigsten Veränderungen der letzten 30 Jahre in chronologischer Reihenfolge (und ohne Anspruch auf Vollständigkeit) erläutert.
- **Gesundheitsreform 1977: Kostendämpfungsgesetz**
- **1977:** Im ersten **Kostendämpfungsgesetz** werden Zuzahlungen für Verbands-, Arznei- und Heilmittel neu eingeführt; bisher hatten die Krankenkassen diese Kosten voll übernommen. Die bisherige Gebühr von maximal 2,50 DM pro Rezept wird durch eine Gebühr von 1 DM pro Medikament ersetzt. Die bisherige Eigenbeteiligungsobergrenze beim Zahnersatz von 500 DM wird ersatzlos gestrichen; zudem wird die freie Wahl des Krankenhauses erheblich eingeschränkt. Für Ärzte wird erstmals ein festes Arzneimittelbudget etabliert; überschreitet ein Arzt dieses Budget, so muss er finanzielle Einbußen in Kauf nehmen.

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009(2)

- **Gesundheitsrefomen-Welle der 1980er Jahre**
- Diese hatten bis dato noch nicht einmal den Namen “Gesundheitsreform”, sondern wurden als solche bezeichnet, was sie in Wirklichkeit bringen sollten: Kostendämpfungsgesetz oder Haushaltsbegleitgesetz sorgen für zahlreiche Zuzahlungen und Mehrbelastungen der Patienten.
- **Gesundheitsreform 1982: Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz**
- **1982:** Das “Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz* erhöht die Zuzahlung pro Medikament auf 1,50 DM. Für Sehhilfen wie Brillen wird zudem erstmals eine Zuzahlung von 4 DM eingeführt. Zahntechnische Leistungen im Rahmen eines Zahnersatzes werden nun nur noch zu 60% erstattet.

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009(3)

- **Gesundheitsreform 1983: Haushaltsbegleitgesetz**
- **1983:** Unter der Bezeichnung **Haushaltsbegleitgesetz** wird die Zuzahlung pro Medikament abermals erhöht, nun auf 2 DM. Die beitragsfreie Krankenversicherung der Rentner wird abgeschafft, für Krankenhausaufenthalte werden erstmals Gebühren in Höhe von 5 DM pro Tag fällig.
- **Gesundheitsreform 1989: Gesundheitsreformgesetz**
- **1989:** Das berühmte **Gesundheitsreformgesetz (GRG)** unter Norbert Blüm verdoppelt die Krankenhausgebühren und erhöht die Medikamentenzuzahlung auf 3 DM; zudem werden erstmals Festbeträge eingeführt, bei deren Überschreitung die Mehrkosten an einem Medikament vom Versicherten aus eigener Tasche zu übernehmen sind. Im zahnärztlichen Bereich werden nun allgemein Zuzahlungsbeiträge erhoben, die Kosten für Zahnersatz (abhängig von jährlichen Vorsorgeuntersuchungen) nur noch zu 50% erstattet; die Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung (bei Personen unter 18 Jahren) nur noch zu 75%. Die Eigenbeteiligung an Sehhilfen steigt ebenfalls, zudem werden nun auch bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen Zuzahlungen eingeführt. Das Sterbegeld wird deutlich beschnitten; Im Gegenzug werden erweiterte Früherkennungsuntersuchungen (als Ausdruck einer neuen präventiven Orientierung) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Erstmals werden zudem die Kosten einer häuslichen Pflegehilfe bei Pflegebedürftigkeit erstattet.

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009(4)

- **Gesundheitsreformen in den 1990er Jahren – kleine Schritte**
- In kleinen Schritten haben die Gesundheitsminister der 1990er Jahre das Gesundheitswesen umgekrempelt. Oft nicht ohne eine Menge Bürokratie. Zuzahlungen steigen, Brillen werden nicht mehr mitfinanziert, das Krankengeld wird gesenkt. Gesundheit wird immer teurer.
- **Gesundheitsreform 1993: Gesundheitsstrukturgesetz, “Lahnstein-Kompromiss”**
- **1993:** Im **Gesundheitsstrukturgesetz** (auch bekannt als GSG oder **Lahnstein-Kompromiss** zwischen Horst Seehofer und Rudolf Dreßler) wird der Eigenanteil an Arznei- und Verbandmittelkosten ein weiteres Mal erhöht; der Mindestbetrag steigt auf 3 DM, abhängig von der Höhe des Medikamentenpreises sind jedoch Eigenbeteiligungen von bis zu 7 DM möglich. Die vom Versicherten selbst zu übernehmenden Krankenhausgebühren werden auf 11 DM pro Tag mehr als verdoppelt. Der Leistungsumfang bei besonders aufwändigen Zahnersatzleistungen wird reduziert.

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009(5)

- **Gesundheitsreform 1994: Zuzahlung nach Packungsgröße**
- **1994:** Die **Zuzahlung** zu Arznei- und Verbandmitteln wird neuerdings über die Packungsgröße ermittelt; da für kleine, mittlere und große Packungen nun jeweils 4,6, und 8 DM anfallen werden die Beiträge gleichzeitig indirekt erhöht. Die Krankenhauszuzahlungen steigen auf 12 DM pro Tag.
- **Gesundheitsreform 1996: Beitragsentlastungsgesetz**
- **1996:** Das **Beitragsentlastungsgesetz** schafft Zuschüsse zu Brillengestellen gänzlich ab. Das Krankentagegeld sinkt von 90% des Bruttoentgeldes auf nur mehr 80%. Zahnersatzleistungen für Personen mit Geburtsdatum nach dem 31.12.1978 werden (bis auf wenige Ausnahmen) ersatzlos gestrichen. Die Eigenbeteiligung an Kuren steigt; diese werden durch den Abzug von Urlaubstagen “gegenfinanziert”.

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009(6)

- **Gesundheitsreform 1997: GKV-Neuordnungsgesetze**
- **1997:** Die **GKV-Neuordnungsgesetze** unter Horst Seehofer resultieren in einer weiteren Erhöhung der Eigenbeteiligung bei Arznei- und Heilmitteln; je nach Packungsgröße auf 9, 11, und 13 DM. Dies entspricht einer 1000%igen Steigerung seit 1977. Krankenhauszahlungen schlagen nun mit durchschnittlich 17 DM pro Tag zu Buche, Rehabilitationen gar mit knapp 25 DM. Die Eigenbeteiligung an Fahrtkosten (z.B. zu und vom Krankenhaus) wird ebenfalls angehoben.
- **Gesundheitsreform 1998: Fahrtkostenerhöhung**
- **1998:** Der Eigenanteil bei **Fahrtkosten** steigt auf 25 DM.
- **Gesundheitsreform 1999: Solidaritätsstärkungsgesetz**
- **1999:** Unter der Rot-Grünen Regierung werden im sogenannten **Solidaritätsstärkungsgesetz** erstmals seit 1977 die Medikamenten- und Heilmittelzahlungen gesenkt (je nach Packungsgröße auf 6, 9, und 10 DM). Zahnersatzleistungen für Personen mit Geburtsdatum nach dem 31.12.1978 werden wieder zu 50% von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen.

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009(7)

- **Die letzte Dekade**
- Hier stehen vor allem Arzt-Budgetierung und Veränderung der GKV-Strukturen im Vordergrund. Es wurden unter anderem die Praxisgebühr, der [Gesundheitsfonds](#) und die Pflichtversicherung eingeführt.
- **Gesundheitsreformen 2000-2002: u.A. Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz**
- **2000-2002:** In mehreren Teilschritten wird u.a. die **Budgetierung der Arzt- und Krankenhausleistungen** neu geregelt. Nebenbei werden einige Medikamente und andere medizinische Leistungen umstrittener Wirksamkeit aus dem Leistungskatalog entfernt, das Sterbegeld weiter gekürzt und die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen begrenzt (**Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz**).

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009(8)

- **Gesundheitsreform 2004: Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung**
- **2004:** Neben der Einführung einer Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal werden im **Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)** sowohl Entbindungs- als auch Sterbegeld endgültig gestrichen. Die bisherige pauschalisierte Selbstbeteiligung an Arznei- und Hilfsmitteln beträgt nun jeweils 10% der jeweiligen Kosten, minimal jedoch 5 Euro und maximal 10 Euro. Die Belastungsobergrenze für Zuzahlungen wird allgemein auf 2% des jährlichen Bruttoeinkommens festgelegt (1% bei chronisch Kranken). Die Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalten wird auf 10 Euro pro Tag erhöht. Fahrtkostenzuschüsse und die Krankenkassenleistungen bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten werden ersatzlos gestrichen.

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009(9)

- **Gesundheitsreform 2007: Wahltarife, Aufnahme modalitäten, Piercings**
- **2007:** Die ersten Umsetzungspunkte der **großen Gesundheitsreform** unter Ulla Schmidt betreffen die Aufnahme modalitäten sowohl der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherungen. Beide werden unter bestimmten Umständen erstmals gezwungen, neue Mitglieder zu einem Standardtarif ohne vorherige Gesundheitsprüfung aufzunehmen. Die Kostenübernahme für die Behandlung selbst verschuldeter Behandlungsbedürftigkeit (Piercings, Tattoos) wird deutlich reduziert. Neu sind auch **Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherungen**, mit denen (wie bisher nur bei den privaten Krankenversicherungen) über eine Steigerung des Beitragssatzes attraktive Zusatzleistungen erkaufte werden können.
- **Gesundheitsreform 2008: Chronisch Kranke**
- **2008: Chronisch Kranke**, die vor Ausbruch ihrer Erkrankung nicht an kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben werden ab diesem Jahr mit einer **höheren Eigenbeteiligung** belastet.

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009(10)

- **Gesundheitsreform 2009: Der Gesundheitsfonds**
- **2009:** Erstmals in der Geschichte der Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik wird jeder Bürger ab diesem Jahr explizit verpflichtet, eine Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) abzuschließen. Kommt er der Beitragszahlung nicht fristgerecht nach, so erhält er (neben weiteren Strafen) Kassenleistungen nur noch bei akuten Erkrankungen. Der Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungen wird deutlich erleichtert, jener in eine private Krankenversicherung aus einer Gesetzlichen Krankenversicherung heraus jedoch deutlich erschwert; gleichzeitig erhalten nun alle gesetzlich Versicherten einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation, Impfungen und Kuren sowie – im Bedarfsfall – auf häusliche Krankenpflege. Die Wichtigste Veränderung betrifft jedoch das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherungen an sich; unter anderem wird deren Beitragssatz nun von staatlicher Seite her einheitlich festgelegt.

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009(11)

- **Zwischenfazit zu den Gesundheitsreformen**
- Betrachtet man die Entwicklung der letzten Jahrzehnte, so fällt auf, dass insbesondere bei den gesetzlichen Krankenversicherungen die **drastische Erhöhung der Eigenbeteiligungssätze** nur teilweise durch eine Zunahme des Leistungskatalogs ausgeglichen wird.
- Indirekt entspricht diese Entwicklung einer deutlichen Aufweichung des paritätischen Systems:
- **Die Lasten** der Krankenversicherungen, die sich ursprünglich zu in etwa gleichen Teilen über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanzierten, **werden zunehmend einseitig auf die Arbeitnehmer umverteilt.**
- Die Einführung des Wahltarifsystems in den gesetzlichen Krankenversicherungen lässt zudem Zweifel an den langfristigen Überlebenschancen des solidarischen Versicherungssystems aufkommen:
- Galt bisher die Losung “gleiche Leistung für alle”, so gilt spätestens seit 2007 auch bei den Gesetzlichen Krankenversicherungen

Gesundheitsausgaben in Deutschland

- [Zurück zu Kosten des Gesundheitswesens - das deutsche Gesundheitssystem in Zahlen](#)
- **Warum sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland so hoch?**
- Die Ausgaben im deutschen Gesundheitssystem steigen seit Jahrzehnten unablässig. Doch auch andere Industrienationen sind von dieser Entwicklung betroffen. Warum aber bekommt die Politik dieser Länder die Kostenexplosion trotz unzähliger [Reformversuche](#) nicht in den Griff? Tatsächlich sind mehrere Faktoren für die momentane Entwicklung verantwortlich.
- **Gründe für die Erhöhung der Gesundheitsausgaben**
- Zum einen nimmt, zum Teil durch die Verbesserung der medizinischen Versorgung, die [Lebenserwartung](#) in Deutschland permanent zu, und auch besonders schwere Erkrankungen sind heutzutage prinzipiell behandelbar. Durchschnittlich ältere und schwerer erkrankte Patienten verursachen jedoch im Durchschnitt auch wesentlich [höhere Kosten](#). Gleichzeitig nimmt, mit bedingt durch die niedrige Geburtenrate und Strukturverschiebungen am Arbeitsmarkt, der Anteil junger Menschen in sozialversicherungspflichtigen Vollzeit-Arbeitsverhältnissen permanent ab.
- **Die Zukunft der Gesundheitsausgaben**
- Die Folge: immer weniger Versicherte müssen über ihre Beiträge für ein immer [kostenintensiveres Versicherungssystem](#) aufkommen. Langfristig lassen sich also **im jetzigen Gesundheitsausgaben-Modell** der Krankenkassen entweder Kostensteigerungen oder Leistungskürzungen kaum verhindern.
- **Quellen:**

Ausgaben der einzelnen Geldgeber und Einrichtungen im Gesundheitssystem

- **Ausgaben aller Ausgabenträger:**
- Insgesamt fließt das meiste Geld im deutschen Gesundheitssystem an ambulante Einrichtungen (wie z.B. Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken; 48%) und stationäre bzw. teilstationäre Einrichtungen (wie z.B. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen; 37%). Ca. 6% aller Mittel werden im Durchschnitt für Verwaltungsausgaben verwendet, und nur ein geringer Anteil für Neuinvestitionen.
- **Ausgaben der Arbeitgeber:**
- Der größte Teil der Arbeitgeberausgaben im Gesundheitssystem geht an ambulante Einrichtungen (59%). Hier schlagen vor allem Arztpraxen (25%), Zahnarztpraxen (12%) und Apotheken (13%) zu Buche. Die Zahlungen an stationäre Einrichtungen sind im Gesamtumfang etwas geringer (34%), und lassen sich zu mehr als zwei Dritteln auf Krankenhauskosten zurückführen (22%).
- **Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV):**
- Auch bei den gesetzlichen Krankenversicherungen geht das Gros der Ausgaben an ambulante Einrichtungen (52%), vor allem an Apotheken (17%), Arzt- (18%) und Zahnarztpraxen (7%). Zahlungen an stationäre Einrichtungen (fast ausschließlich Krankenhäuser) verursachen hingegen nur ca. 39% der Gesamtkosten. Die Verwaltungskosten sind relativ gering (6%).
- **Ausgaben der Öffentlichen Haushalte:**
- Ein ungewöhnlich hoher Anteil der öffentlichen Beteiligung am Gesundheitswesen kommt direkt Investitionen (42%) und dem Gesundheitsschutz (15%) zugute. Das restliche Geld fließt vor allem an stationäre (31%; vor allem Pflege- und Rehaeinrichtungen), und in geringerem Umfang auch an ambulante Einrichtungen (10%).
- **Ausgaben der Privaten Haushalte:**
- Private Ausgabenträger leiten ihre Ausgaben vorwiegend an ambulante Einrichtungen (68%), und hier vor allem an Apotheken (20%) und in den Gesundheits-Einzelhandel (17%). Stationären Einrichtungen (fast ausschließlich Krankenhäusern) kommt in ihrer Kostenstruktur eine etwas geringere Bedeutung zu (23%). Daneben beteiligen sich öffentliche Ausgabenträger jedoch auch überproportional an direkten Investitionen ins Gesundheitswesen (9%).
- **Ausgaben der Privaten Krankenversicherung (PKV):**
- Die Ausgabenstruktur der privaten Krankenversicherungen unterscheidet sich von jener der Gesetzlichen Krankenversicherungen vor allem durch die deutlich höheren Verwaltungsausgaben (16%). Im Gegenzug fallen im Gesamtdurchschnitt die Zahlungen an Krankenhäuser (29%), und damit auch die Gesamtausgaben im stationären Bereich (30%) deutlich weniger stark ins Gewicht.
- **Ausgaben der Rentenversicherung (RV):**
- Der überwiegende Teil der Ausgaben der Rentenversicherungen fließt an stationäre bzw. teilstationäre Einrichtungen (79%; fast ausschließlich Vorsorge- und Rehaeinrichtungen). Die Zahlungen an ambulante Einrichtungen sind wesentlich geringer (6%), die Verwaltungsausgaben liegen im mittleren Bereich (10%).
- **Ausgaben der Pflegeversicherung (PV):**
- Wie zu erwarten fließt ein Großteil der Ausgaben der Pflegeversicherungen an stationäre bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtungen (51%), ein weiterer bedeutender Anteil in die ambulante Pflege (15%). Die relativ hohen Ausgaben (27%) an (rechtlich gesehen) private Haushalte (CARITAS, Arbeiterwohlfahrt, Privatpersonen etc.) hängen damit eng zusammen.
- **Ausgaben der Unfallversicherungen (UV):**
- Die Einnahmen der Unfallversicherungen werden zu etwa gleichen Teilen an stationäre (26%; hauptsächlich Krankenhäuser) und ambulante Einrichtungen (30%; hauptsächlich Arztpraxen) verteilt. Der überwiegende Teil des Geldes wird jedoch für Verwaltungsaufgaben verwendet (37%).

- **Quellen:**

• Dr. T. Eversmann
Statistisches Bundesamt (2008). Gesundheit – Ausgaben 1996 bis 2006.

Müssen immer die gleiche..

Beiträge bezahlt werden?

- **Ein Hörer:** Ich beziehe die Renten, Beiträge sind für eine normale Rente und eine Witwenrente von meiner verstorbenen Frau. Muss ich jetzt dreimal Krankenkasse und Pflegeversicherung zahlen?
Heinz Windisch: Das ist leider so. Diese Renten gelten als gesetzliche Einkommen und jedes dieser Einkommen wird mit Versicherungsbeiträgen belegt. Nachvollziehbar ist das nicht.
Ein Hörer: Wie ist das bei Menschen mit einem geringeren Einkommen? Müssen die auch 15, 5 Prozent bezahlen?
Heinz Windisch: Die 15, 5 Prozent gelten für alle, auch für die mit einem geringeren Einkommen. Die Prozente sind aber einkommensabhängig, das heißt, nur das, was da ist wird auch mit diesem Prozentsatz belegt.
- **Gleiche Leistungen bei allen Kassen?**
- Die freie Wahl der Kassen hat ja früher ermöglicht, dass man sich eine günstige Kasse aussuchen konnte. Braucht man jetzt eigentlich noch so viele Krankenkassen?
Heinz Windisch: Das ist eine der spannendsten Fragen überhaupt. Ich glaube nicht, dass man so viele Krankenkassen braucht, aber man braucht einen Wettbewerb und das ginge mit einer Einheitskasse dann auch wieder nicht. Aber diese hohe Zahl von über 200 Krankenkassen braucht man eigentlich nicht.
Ingo Lücke: Wenn ich bei jeder Krankenkasse die gleichen Beiträge zahle, habe ich dann auch die Gewährleistung, dass ich überall die gleichen Leistungen erhalte?
Heinz Windisch: Die haben Sie noch nie gehabt und die werden Sie auch in Zukunft nicht haben. Es gibt eine sogenannte Basisversorgung und die müsste bei jeder Krankenkasse gleich sein. Durch den Gesundheitsfond soll jetzt ein Wettbewerb nur über die zusätzlichen Leistungen der Krankenkassen erreicht werden, aber das halte ich für einen Irrglauben.

Wie sieht es mit der Übernahme von Zusatzleistungen aus?

- **Wird in Zukunft noch alles bezahlt, Augenkontrolle und Zahnersatz zum Beispiel?**
- Schon in der Vergangenheit wurde nicht alles bezahlt und wir sind mit Sicherheit noch nicht am Ende der Fahnenstange angelangt.
- **Was kommt auf die Rentner zu?**
- bei einer Rentenerhöhung von zwei Euro, zahlt man aber vier Euro mehr für den Gesundheitsfond. Wie kann das sein?
- es betrifft sehr viele Rentner, die mehr in den Gesundheitsfond einzahlen, als sie überhaupt an Rentenerhöhung bekommen haben.
- **Was kommt auf die Rentner wirtschaftlich zu?**
- Die Rentner werden leider immer mehr zur Kasse gebeten, nicht nur bei der Rente, sondern auch beim Gesundheitswesen. Das heißt immer mehr Be- statt Entlastung und das ist das, was man ganz massiv kritisieren muss, denn es war eigentlich anders geplant.

Ist ein Wechsel zur private.. Versicherung sinnvoll?

- **Heinz Windisch:** Nein, da kann man sogar davor warnen! Das große Wahljahr steht an, es wird sich vieles wieder ändern und man kann den Menschen eigentlich nur empfehlen, in den gesetzlichen Krankenversicherungen zu bleiben, denn kein Mensch kann absehen, wie das in den privaten Krankenversicherungen weitergeht.
- **Haben die Krankenkassen Vorteile durch den Gesundheitsfond?**
- **Heinz Windisch:** Nein, die Krankenkassen sind mit dem Gesundheitsfond auch nicht zufrieden, es fehlt eigentlich jemand, der sagen kann, dass er mit dem Gesundheitsfond zufrieden ist. Es scheint, als würden noch nicht einmal die Politiker daran glauben.
- **Muss man jetzt noch mehr dazuzahlen?**
- **Ingo Lücke** Gleich zwei Hörerinnen fragen, ob die Kassen jetzt willkürlich Zuzahlungen, mit der Begründung, sie kämen mit dem Fond nicht aus, verlangen können?
Heinz Windisch: Willkürlich können sie nicht irgendwelche Zuzahlungen verlangen. Es gibt eine bestimmte Grenze, was an Zuzahlungen verlangt werden kann. Wobei man unterscheiden muss: Zuzahlungen auf den Einzelfall, also auf eine bestimmte Erkrankung sind möglich. Es geht dann um einen bestimmten Zusatzbeitrag. Im Moment behaupten die Krankenkassen, sie können noch ohne diesen Zusatzbeitrag auskommen.
- **Beginnt jetzt das große Kassensterben?**
- **Ingo Lücke:** Trotzdem befürchten ja die kleineren Krankenkassen, dass sie da nicht mithalten können.
Heinz Windisch: Ich glaube nicht, dass das Kassensterben beginnt, aber ein

Gleiche Beiträge für alle?

- **Ein Hörer:** Meine Frau war freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert und ist es jetzt auch noch. Gelten auch für sie die 15,5 Prozent?
Heinz Windisch: Ganz klar, die 15,5 Prozent gelten für jeden in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten, egal ob er dort privat ist oder der sogenannte gesetzlich Versicherte ist.
- **Lohnt sich ein Wechsel von einer privaten in die gesetzliche Krankenversicherung?**
- **Heinz Windisch:** Wenn man bedenkt, dass im Alter die Privatversicherung steigen könnte, ist die gesetzlich etwas sicherer. Es ist aber schwierig, dies pauschal zu beurteilen, da muss man im Einzelfall entscheiden.
- **Hörerfragen rund um Krankenversicherungen**
- **Ingo Lücke:** Gerade bei Gesundheitsfragen gibt es immer wieder Einzelschicksale, die vielleicht nicht unbedingt etwas mit dem Gesundheitsfond zu tun haben. Ein Hörer hat uns geschildert, dass er nach einem Unfall am Bau im Jahre 1955 seit gut 20 Jahren mit Folgeschäden zu kämpfen hat. Die Krankenkasse wollte trotz neuer Gutachten nicht zahlen. Was kann man da tun?
Heinz Windisch: Man sollte Widerspruch einlegen. In diesem Zusammenhang sollte man sich vertrauensvoll an seinen Hausarzt oder den Arzt des Vertrauens wenden, dass man da eventuell noch einmal eine Art Gegengutachten erstellt.
Ingo Lücke: Eine Hörerin nimmt Morphine gegen Arthrose und bekommt keine Kur, obwohl der Radiologe dazu geraten hat. Warum bezahlt die Kasse nicht?
Heinz Windisch: Das ist eine spannende Fragen. Immer wieder lehnen Krankenkassen Kuren ab, obwohl der Gesetzgeber eigentlich die Prävention fördern möchte. Auch hier kann man nur raten, persönlichen Kontakt zu der Krankenkasse aufzunehmen. Vielleicht kann auch der Verband der Krankenversicherten helfen.
Ingo Lücke: Dafür ist ihr Verband ja auch da und man kann bei Ihnen ja auch Mitglied werden.
Heinz Windisch: Ja, unbedingt. Denn wir sind ehrenamtlich tätig und brauchen die Mitglieder und wir helfen den Versicherten genau in solchen Einzelfragen und setzen uns sogar mit den Krankenkassen in Verbindung. Wir haben auch schon sehr viele Erfolge erzielen können. Unser Sitz ist in Berlin, wir haben allerdings noch keine Regionalverbände. Das ist noch eine Vision. Es gibt uns ja auch erst seit zehn Jahren.

- Eine Hörerin hat 60 Prozent Witwenrente und bekommt ihre wichtigen Tabletten nicht bezahlt. Was kann sie da tun?
- Verschiedene Tabletten dürfen vom Arzt nicht mehr verordnet werden, da gibt es eine Negativliste. Diese müssen vom Patienten selbst bezahlt werden. Es gibt in Deutschland ein Institut für Qualitätssicherung in der Medizin und die haben unter Umständen gesagt, dass genau diese Tabletten nicht mehr bezahlt werden dürfen.
- **Ingo Lücke:** Dieser Hörerin bleibt im Altersheim kein Taschengeld mehr übrig. Gibt es wirklich keine Möglichkeit, von den Mehrzahlungen befreit zu werden?
- Die einzige Möglichkeit, die es gibt ist auch nur eine Hoffnung. Die Krankenkassen können eigene Programme auflegen, die auch eine Beitragsrückzahlung beinhalten. Da kann man der Dame nur empfehlen, nach einer Krankenkasse zu schauen, die eine solche Beitragsrückzahlung vorsieht. Sonst gibt es keine Chance, da irgend etwas zurückzubekommen.
- Ein Hörer fragt, wenn schon die Beiträge teurer werden, kann man dann nicht wenigstens die Praxisgebühr abschaffen? Und sollte man nicht doch besser die Kasse wechseln?
- Die Praxisgebühr wird mit Sicherheit bleiben, ebenso wie die anderen Belastungen, die wir bereits vor der Einführung des Gesundheitsfonds hatten. Die Krankenkasse kann man immer noch wechseln, jetzt müssen sie zunächst ihre Leistungen präsentieren. Frau Ministerin Schmidt möchte mit diesem Einheitsbeitrag den Wettbewerb unter den Kassen stärken, nur es fehlt die Einsicht, dass es so einen Wettbewerb überhaupt geben wird.
- **Ein Hörer:** Ich bin so gesund, dass ich gar keinen Arzt brauche. Bekomme ich nicht dann mal etwas von meinen Beiträgen wieder?
- **Heinz Windisch:** Es gibt Krankenkassen, die haben ein Bonussystem, wo man Geld zurückbekommt, wenn man keinen Arzt in Anspruch nimmt. Da kann man dem Herrn nur empfehlen, dass er sich nach einer solchen Krankenkasse umschaue.

- Einführung
- 6 Status quo der Beitragskalkulation in der GKV
- 6 Einführung des Gesundheitsfonds
 - Das Grundmodell
 - kasseneinheitlicher Beitragssatz
 - Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds
 - kassenindividueller Zusatzbeitrag/ Prämienausschüttung
 - Konvergenzklausel
- 6 Gesundheitsfonds / M-RSA als Herausforderung für das Kassenmanagement
- 6 Abschlussüberlegungen
- Alfried Krupp v. Bohlen u. Halbach-
- Stiftungslehrstuhl f. Medizinmanagement

Verteilung der Mittel des G Gesundheitsfonds

- Bisher Finanzkraftausgleich im RSA kann entfallen
- Bisheriger Beitragsbedarfsausgleich des RSA geht über in Mittelverteilung durch den Fonds
- Kriterien zur Verteilung der Mittel:
- Wie bislang: Alter, Geschlecht u. Erwerbsminderungsstatus
- Künftig zudem: Morbiditätsstatus für 50-80 Erkrankungen
- begrenzt prospektives Modell der Mittelverteilung
- Morbiditätsinformationen des Jahres $t-1$ für den Ausgleich in t standardisierte Leistungsausgaben des Jahres t
- Regressionsmodell
- Fortfall von Risikopool und gesonderten DMP-Gruppen (aber: DMP-Programmkostenpauschalen)
- Risikoadjustierung auch für Deckungslücke des Fonds erforderlich

Zur Auswahl der 50-80 Erkrankungen für die morbiditätsorientierten Zuweisungen

- insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf sind der Auswahl der Morbiditätsgruppen zu Grunde zu legen
- $\text{AE LA je Vers. in Krankheit}^3$ 150 % AE LA aller Vers.
- Begründung: R2^3 12 %
- Vorschlag für Auswahl und Pflege des Klassifikationsmodelles durch Wiss. Beirat beim BVA im Januar vorgelegt
- Kontroversen über die Methodik und die Ergebnisse
- Logarithmierung der Prävalenz
- Fokussierung von „schwerwiegend“ auf Hospitalisierung
Ausschluss von Krankheiten mit Präventionspotenzial
- 6 Alternativentwürfe:
 - Kassenliste
 - Essener Liste

„Ein Wettbewerb über Zusatzbeitrag kommt“

- 9. Februar 2009
- **Anfang des Jahres ist der Gesundheitsfonds in Kraft getreten. Bei Arbeitgebern, Krankenkassen und Versicherten herrscht gleichermaßen Unsicherheit über die Konsequenzen. Ein zentrales Thema der Diskussion: der Zusatzbeitrag.**
- Welche neuen Anforderungen bringt der Zusatzbeitrag für Kassen und Versicherte mit sich? Wie optimal darauf reagieren? Aber auch: Welche Trends lassen sich im Zuge des Gesundheitsfonds insgesamt erkennen? Diese und andere Aspekte beleuchtet unsere neue Serie „Herausforderung Gesundheitsfonds“. Lesen Sie hier das einführende Interview mit Herrn Prof. Dr. Jürgen Wasem, Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen.
- **Herr Prof. Dr. Wasem, am 1. Januar 2009 ist der Gesundheitsfonds gestartet. Was bedeutet seine Einführung für die Wirtschaft allgemein?**

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds haben alle Arbeitgeber einen einheitlichen Beitragssatz. Insgesamt bedeutet das für die Wirtschaft keine zusätzliche Belastung, aber eine deutliche Umverteilung. Zugleich wird der Beitragssatz erhöht, weil die Politik beschlossen hatte, mehr Geld für Ärzte und Krankenhäuser auszugeben. Das wurde mit dem Konjunkturpaket wieder zurückgenommen, so dass der Beitragssatz jetzt durchschnittlich auf dem Niveau wie vor Fonds-Einführung ist.
- **Was bedeutet das für die Krankenkassen?**

Ein wesentlicher Effekt des einheitlichen Beitragssatzes wird sein, dass sich die Krankenkassen nun stärker durch Service und Qualität unterscheiden. Auf der anderen Seite ist davon auszugehen, dass wir schon mittelfristig einen Wettbewerb über den Zusatzbeitrag bekommen werden. Diesen müssen Krankenkassen, die mit dem Geld aus dem Fonds nicht auskommen, erheben. Es wird aber auch Kassen geben, die Geld ausschütten können, weil sie dauerhaft mehr Geld aus dem Fonds haben, als sie für ihre Ausgaben tatsächlich brauchen.
- **Sie haben es angesprochen: Ein großes Thema ist der Zusatzbeitrag. Wie können Ihrer Meinung nach die Krankenkassen dieser Herausforderung entgegen treten?**

Für die Kassen kommt es noch stärker als in der Vergangenheit darauf an, Wirtschaftlichkeitsreserven zu realisieren, um möglichst nicht unter den ersten zu sein, die einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Dies bezieht sich zum einen auf die eigene Verwaltung aber insbesondere auch auf Verträge, die sie mit Leistungserbringern abschließen, wie etwa Rabattverträge mit der Pharmaindustrie, Einzelverträge mit Arztnetzen und integrierten Versorgern etc. Hier wird es wichtig sein, dass sie die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten nutzen, um eine möglichst kostengünstige Versorgung – ohne Zusatzbeitrag – anbieten zu können.

Ist der Zusatzbeitrag also vermeidbar?

- Wenn die Politik bei der Regelung des Gesetzes bleibt, wird auf Dauer niemand an einem Zusatzbeitrag vorbeikommen. Denn die Politik hat ja eigentlich beschlossen, dass der Beitragssatz stabil bleiben soll. Zugleich kommen Mehrausgaben im Gesundheitswesen ohne Zweifel auf uns zu, allein schon wegen der Alterung der Gesellschaft, die über einen Zusatzbeitrag finanziert werden müssen. Dann geht es also nicht mehr um die Frage, kann ich einen Zusatzbeitrag vermeiden oder nicht – sondern mittelfristig darum, wie hoch mein Zusatzbeitrag im Verhältnis zu dem anderer Wettbewerber ist.
- **Der Zusatzbeitrag ist ein wesentlicher Faktor für den sich verschärfenden Wettbewerb. Welche Entwicklungen erwarten Sie allgemein auf dem Krankenkassenmarkt?**

Wir beobachten schon lange eine intensive Konzentration von Krankenkassen. In den 60er Jahren hatten wir noch mehrere tausend. Anfang der 90er waren es gut 1.200, heute sind es rund 200. Die AOK beispielsweise, die es früher auf Kreisebene gab, gibt es jetzt auf Landesebene, zum Teil schon länderübergreifend. Das gleiche gilt für die Innungs- und Betriebskrankenkassen (BKK). Eine große Mehrzahl der Krankenkassen sind inzwischen BKK. Auch bei diesen ist eine längere Konzentrationsentwicklung zu beobachten, die sich sicher durch die Einführung des Gesundheitsfonds verschärfen wird.
- Das hängt auch damit zusammen, dass die Ausschüttungen des Fonds nach der Krankheitslast, der sogenannten Morbidität der Versicherten, differenzieren. Das bedeutet, dass Krankenkassen, die überwiegend Gesunde versichern, weniger Mittel je Versicherte aus dem Fonds bekommen als Kassen, die vorwiegend Kranke versichern. Das ist deswegen wichtig, weil das Geschäftsmodell vieler BKK bisher darin bestand, einen guten Beitragssatz anzubieten, weil sie viele Gesunde versichert haben. Die Basis für dieses Modell ist jetzt verloren gegangen und deswegen wird es hier sicher eine größere Zahl von Fusionen geben.
- **Was ist hier Ihre Prognose?**

Meine Prognose ist, dass wir schon in sehr wenigen Jahren die Zahl von hundert Krankenkassen unterschreiten werden. Denn kleinere Krankenkassen können sich jetzt nicht mehr durch den Beitragssatz differenzieren und bekommen durch die Zuweisung nach Morbidität auch nicht so viele Mittel, dass sie ihren Versicherten Geld ausschütten könnten. Das heißt, ihre eigentliche Attraktivität ist nicht mehr da. Dazu kommen die Nachteile kleinerer Kassen, die viel mehr Schwierigkeiten bei Verträgen mit Ärztenetzen, Rabattverträgen mit Pharmaunternehmen etc. haben. Durch diese Nachteile haben sie einfach schlechtere Karten als die großen, die jetzt umso stärker zum Zuge kommen. Einen Teil wird man sicher durch Kooperationen auffangen können, indem mehrere kleine Krankenkassen zusammenarbeiten, Arbeitsgemeinschaften und Managementgesellschaften bilden oder outsourcen. Dennoch glaube ich, dass der Druck, sich stärkeren Einheiten anzuschließen, stärker werden wird. Eine Halbierung der Kassenzahl innerhalb ganz weniger Jahre halte ich daher für sehr realistisch.

Erste Zwischenbilanz beim

Gesundheitsfonds

- Boris Velter, Referatsleiter im Bundesgesundheitsministerium rechnet offenbar nicht damit, dass die Krankenkassen 2011 die höheren Beiträge an den Gesundheitsfonds verursachten Schulden jemals zurückzahlen müssen. Diese Entwicklung schätzt er im übrigen ganz unabhängig davon ein, wer im nächsten Jahr die Regierung stellt. Die Politik tut seiner Ansicht gut daran, auch künftig durch höhere Staatsbeiträge größeren Einfluss auf die GKV zu gewinnen, um steigende Beiträge für Arbeitgeber zu vermeiden.
- Bei der MedInform-Tagung über „Erste Erfahrungen mit Gesundheitsfonds und Morbi-RSA“ sprach er sich für eine Weiterentwicklung des „Erfolgsmodells in direkter Verantwortung der Politik „unter Ausschluss der Lobbyisten“ zu einem einheitlichen Versicherungsmarkt für eine Integration der privaten Krankenversicherung ins GKV-System aus. Hierbei könnten intelligente Versorgungsmodelle in Zusammenarbeit mit den Unternehmen der Medizintechnologie helfen, nicht nur die Versorgungsqualität zu verbessern, sondern auch die Behandlungskosten zu senken. Als Beispiele wurden Behandlungskonzepte für Herzinsuffizienz und Diabetes vorgestellt. Unternehmensvertreter Gerd Gottschalk forderte „mehr Mut auf Krankenkassenseite“, um neue Versorgungsmodelle gemeinsam mit den MedTech-Unternehmen umzusetzen.
- Magnus Fischer von Fresenius bezeichnete ein besseres Versorgungsmanagement als Thema der Zukunft. Eine hohe Versorgungsqualität müsse dann aber auch entsprechend vergütet werden. Moderator und BVMed- Geschäftsführer Joachim M. Schmitt stellte die Idee eines steuerbegünstigten Innovationssparens im GKV-System vor. Velter zeigte sich offen. Es gebe dafür innerhalb des Gesundheitsfonds durchaus Spielraum.
- **Morbi-RSA darf nicht sterben**
- Gesundheitsökonom und Politikberater Prof. Dr. Jürgen Wasem verteidigte die Weiterentwicklung des „Morbidityorientierten Risikostrukturausgleichs“ (Morbi- RSA). Das Konzept sei unabhängig und würde auch „in den meisten Szenarien einer Welt ohne Gesundheitsfonds notwendig“. Die Behauptung, unter dem Morbi-RSA würden sich für die Kasse nur noch „Kranke“ lohnen, hält Wasem für „dumm oder böswillig – oder beides“. Für 80 Erkrankungen gebe es im Durchschnitt eine auskömmliche finanzielle Ausstattung. Auskömmlich bedeute, dass sich damit Kranke nicht lohnen würden.