

Hausarbeit

Das Modell des Gesundheitsfonds

Studiengang

Soziale Arbeit

Hochschule Ravensburg-Weingarten

Vorgelegt von

Peggy Veese

Matrikelnummer: 31805

Henri-Dunant-Straße 6

88213 Ravensburg

Linda Lopez

Matrikelnummer: 31553

Marsweilerstraße 9

88255 Baidt:

Patrizia Querengässer

Matrikelnummer: 31552

Briachstraße 2

88250 Weingarten

Abgabedatum

15. Februar 2019

Betreuer

Herr Dr. Prof. Wasel

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Hausarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit habe ich bisher keinem anderen Prüfungsamt in gleicher oder vergleichbarer Form vorgelegt. Sie wurde bisher auch nicht veröffentlicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Arbeit mit Hilfe eines Plagiatserkennungsdienstes auf enthaltene Plagiate überprüft wird.

Albeck 15.02.2019
(Ort, Datum)



(Unterschrift)

Inhalt

1.	Einleitung	1
2.	Das Gesundheitssystem	1
3.	Vorgeschichte und Entstehung des Gesundheitsfonds	2
3.1.	Kopfpauschale	4
3.2.	Bürgerversicherung	4
4.	Die Funktionsweise	5
5.	Der morbiditätsorientierte-RSA	5
6.	Der Zusatzbeitrag	6
7.	Die Ausgaben der GKV und Einnahmen des Gesundheitsfonds.....	7
8.	Reaktionen und Kritik	8
9.	Fazit.....	11
10.	Literaturnachweis	12
11.	Internet-Quellen.....	12
12.	Abbildungsverzeichnis.....	12

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausgaben der GKV und Einnahmen des Gesundheitsfonds Quelle: BMG; GKV-Spitzenverband; Bundesversicherungsamt, Satista 2018.

Der Gesundheitsfonds

1. Einleitung

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 wurde das Konzept zur Neufinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherungen erarbeitet, dadurch erhielt Wettbewerbssteigerung der Krankenkassen einen äußerst hohen Stellenwert. Mit dem einheitlichen Beitragssatz, welchen jeder gesetzlich Versicherte seit dem ersten Januar 2009 in den Gesundheitsfonds, unabhängig der selbst gewählten Krankenkasse, bezahlt, soll die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit und ein solidarisches Finanzierungsprinzip erreicht werden.

Dieses solidarische Finanzierungsprinzip wurde im Rahmen der Modifizierung des Risikostrukturausgleichs auch auf die Auszahlungen an die gesetzlichen Krankenversicherungen übertragen. Seit dem Jahr 2009 wird der Risikostrukturausgleich schwerpunktmäßig anhand des Krankheitszustandes, der Morbidität der Mitglieder ermittelt.

Im Rahmen dieser Arbeit wird zunächst ein kurzer Überblick über das Gesundheitssystem in Deutschland geboten, anschließend wird die Vorgeschichte und die genaue Entstehung des Gesundheitssystems erläutert. Danach die Funktionsweise, der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich und der Zusatzbeitrag. Als nächstes die Reaktionen und Kritik an den Reformen, die den Gesundheitsfonds mit sich brachten, um dann mit einem Fazit abzuschließen.

2. Gesundheitssystem:

Um den Gesundheitsfonds in das große Ganze einordnen zu können, möchte ich zunächst einen kleinen Einblick in das deutsche Gesundheitssystem bieten. Das Gesundheitssystem beruht auf vier Prinzipien – der Versicherungspflicht, der Beitragsfinanzierung, dem Solidaritätsprinzip und der Selbstverwaltung.

Selbstverwaltung bedeutet, dass alle Bürger der BRD dazu verpflichtet sind sich bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern, sofern sie nicht mehr als 5.062,50 € monatlich verdienen. Wenn dies der Fall ist, dürfen sie entscheiden ob sie in die private Krankenversicherung wechseln möchten.

Beitragsfinanzierung heißt, dass sich die Krankenversicherungen durch die Beiträge der Bürgerinnen und Bürgern sowie der Arbeitgeber und durch Steuerzuschüsse finanzieren. Zum Vergleich: Staatliche Gesundheitssysteme wie z.B. in Schweden oder Großbritannien wirtschaften nur mit Steuermitteln. In den USA müssen viele Bürgerinnen und Bürger selbst für Krankheitskosten aufkommen. Der Beitrag beträgt 14,6% vom Bruttolohn. Dabei zahlt 7,3% der Versicherte selbst, während die andere Hälfte der Arbeitgeber finanziert. Zusätzlich kann die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag von bis zu einem Prozent oder pauschal 8€ erheben.

Das Solidaritätsprinzip heißt, dass alle Versicherten durch ihre finanziellen Beiträge füreinander einstehen. Denn dadurch, dass die Beiträge je nach Einkommen unterschiedlich hoch sind und alle in einem „Topf“ landen, stehen Reiche für Arme und Gesunde für Kranke ein.

Das Selbstverwaltungsprinzip steht dafür, dass der Staat zwar die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung beschließt. Die weitere Organisation und Finanzierung der einzelnen medizinischen Leistungen aber die Aufgabe der sogenannten Selbstverwaltung im

Gesundheitswesen ist. Sie wird gemeinsam von den Vertreterinnen und Vertretern der Ärzte und Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherten wahrgenommen.

Die Rolle des Gesundheitsfonds besteht darin, die ganzen Kassenbeiträge zu sammeln und die Gelder wiederum an die gesetzlichen Krankenkassen zu verteilen. Die Höhe hängt dabei jeweils von der Zusammensetzung der Mitglieder der Krankenkassen ab, aber dazu später genaueres. Die Krankenkasse steht dann für die Behandlungen ihrer Mitglieder ein, dabei werden die Höhe der Honorare zwischen den Ärzten und der sogenannten Kassenärztlichen Vereinigung verhandelt. Die Aufsicht über diese Institutionen liegt bei den Gesundheitsministerien der Länder und dem Bundesministerium für Gesundheit.

3. Vorgeschichte und Entstehung des Gesundheitsfonds:

Um einen groben Überblick über das Gesundheitswesen zu bieten, haben wir uns mit der Geschichte seit der Einführung der Sozialversicherungen befasst, konzentrieren uns aber nur auf die Eckdaten und wesentlichen Punkte der Krankenversicherung.

1883 wird das Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter (KGV) durch Otto von Bismarck verkündet (GERLINGER, BURKHARDT 2012). Und tritt im folgenden Jahr in Kraft. Dabei enthält das Gesetz folgende Punkte und zwar das Krankengeld ab dem 3. Tag, dabei bekommt der Arbeiter bis zu 13 Wochen 50% seines Gehaltes ausgezahlt, die ärztliche Behandlung, Arznei und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, Sterbegeld und Wöchnerinnenunterstützung (Mutterschaftshilfe). Die Beiträge dieser Leistungen tragen zu einem Drittel der Arbeitgeber und zu zwei Drittel der Arbeitnehmer. Außerdem wird eine Beitragsbemessungsgrenze festgelegt. Träger sind die Ortskrankenkassen (OK), Innungskrankenkassen (IKK), Gemeindekrankenkassen, Hilfskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Baukrankenkassen. Am

1. Januar 1989 wird das Gesundheitsreformgesetz als fünftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingegliedert. Die wesentlichen Neuerungen sind unter anderem Leistungen zur Förderung der Gesundheit, Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten, die Leistung bei Schwerpflegebedürftigkeit und die Kostenerstattung bei kieferorthopädischen Behandlungen. 1993 wird das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Der Kernpunkt ist dabei die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ziel, bei Erhaltung des gegliederten Versicherungssystems mehr Beitragsgerechtigkeit für die Versicherten und mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu bekommen.

Die wichtigsten Neuerungen sind die Einführung der Wahlfreiheit der Krankenkasse für alle Mitglieder ab 1996 und der Risikostrukturausgleich. Dieser steht im Zusammenhang mit der freien Krankenkassenwahl 1996, da die Gefahr bestand, dass Krankenkassen hauptsächlich Menschen umwerben würden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit wenig Kosten verursachen würde, wie z.B. junge Leute ohne chronische Erkrankungen („gute Risiken“). Der RSA berücksichtigte – Alter, Geschlecht, Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, Bezug oder Nicht-Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Im weiteren Verlauf wird der Risikostrukturausgleich noch genau erklärt. Am 1. Januar 1997 tritt das Gesetz zur Beitragsentlastung für die gesetzliche Krankenversicherung in Kraft. Ziel dieses Gesetzes war es, bis zum Jahr 2000 die Staatsquote wieder auf 46 Prozent des Bruttoinlandsproduktes und die Summe der Sozialversicherungsbeiträge auf unter 40 Prozent zurückzuführen. Im Jahre 2000 bis 2007 werden unterschiedliche Gesetze zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt, alle mit dem Ziel die Gesundheitsversorgung wirtschaftlicher und qualitätsgesicherter zu gestalten. Zu den Regelungsbereichen zählten unter anderem die

Stärkung der hausärztlichen Versorgung, die Qualitätssicherung, das Finanzierungssystem in der stationären Versorgung und diverse Einzelmaßnahmen im Mitgliedschafts-, Beitrags- und Organisationsrecht. Die wichtigste Neuregelung ist die am 1. April 2007 eingeführte Allgemeine Krankenversicherungspflicht (SOZIALPOLITIK 2015: 44) und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit der Einführung des Gesundheitsfonds. Die gesetzlichen Sozialversicherungen beinhalten die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), die Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), die Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI, die Gesetzliche Arbeitslosenversicherung (SGB III) und die Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI) (ebda.). Diese Versicherungen sind Pflichtversicherungen, die Ausnahme bildet die Gesetzliche Krankenversicherung. Hier können die Versicherten ab einem bestimmten Einkommen wählen, ob sie in die Private Krankenversicherung (PKV) wechseln wollen (ebda.). Nachdem für das Jahr 2008 immer noch eine fast unveränderte Zahl von nichtversicherten Menschen - geschätzte 200.000 Bundesbürger - festgestellt worden war, wurde die Krankenversicherungspflicht ab 1. Januar 2009 auch auf alle bis dahin Nichtversicherten ausgeweitet, die bei einer Wiederversicherung mit Strafbeiträgen zu rechnen hatten. 2009 tritt der Gesundheitsfonds schließlich in Kraft. Grundproblem und Grund für diese Reform war der demografische Wandel. Bei einer alternden Gesellschaft und damit steigenden Kosten, wurde die Finanzierung für die Krankenkassen immer schwieriger. Die Idee hinter dem Gesundheitsfonds war, dass nicht nur Krankenversicherte zahlen, sondern alle Bürger durch den Steuerzuschuss an der Finanzierung beteiligt werden.

Der Gesundheitsfond, der am 1. Januar 2009 in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt wurde ist die wichtigste Reform des Finanzierungssystems. Dem Gesundheitsfond geht das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz), welches am 1. April 2007 in Kraft getreten ist, voraus. Die einzelnen Elemente des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz traten nach und nach in Kraft: Der Gesundheitsfond, neue tarifliche Wahlmöglichkeiten und der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich. Ziel des Ganzen war, wie der Name schon sagt, die Stärkung und Intensivierung des Wettbewerbs der gesetzlichen Krankenversicherungen untereinander. Durch die Intensivierung des Wettbewerbs erhoffte man sich einen Anstieg der Qualität im Gesundheitswesen. Jedoch ist die Reform zwischen den politischen Parteien heftig umstritten.

Unterschiedliche Problemwahrnehmungen und Ziele führten zu der Notwendigkeit das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu reformieren. Der demographische Wandel ist ein großes Problem. Es kommen weniger Kinder zur Welt bei steigender Lebenserwartung, was dazu führt, dass der Anteil der älteren Bevölkerung zu nimmt und somit auch die Kosten im Gesundheitswesen steigen.

Auf der einen Seite wollte man die Arbeitgeber von den steigenden Krankenversicherungskosten entlasten, da der Arbeitgeber Beitrag Bestandteil der Lohnkosten ist, führt ein Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge auch zu einem Anstieg der Lohnkosten. Dieses Problem sollte durch die Einführung einer Kopfpauschale (Gesundheitsprämie) eingedämmt werden. Auf der anderen Seite wollte man die Ungerechtigkeiten im Finanzierungs- und Versicherungssystems beseitigen, die Ungerechtigkeit entsteht durch die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung weil Besserverdienende sich so dem Solidarausgleich entziehen können. Des Weiteren wurden die finanzierungsregeln der gesetzlichen Krankenversicherung als ungerecht angesehen aufgrund der Beitrags Bemessung da bei dieser nur das erwerbseinkommen nicht aber andere einkommensarten berücksichtigt

wurden. Die Einführung einer Bürgerversicherung könnte ein Lösungsansatz dieser Probleme sein.

3.1. Das Modell der Kopfpauschale (Gesundheitsprämie)

Die Trennung der gesetzlichen Krankenversicherung und private Krankenversicherung soll bei dem Modell der kopfpauschale grundsätzlich fortbestehen. Der Arbeitgeber Beitrag bei der gesetzlich Krankenversicherung würde entfallen und an die Versicherten ausgezahlt werden jeder versicherte würde einen gleich hohen Versicherungsbeitrag (unabhängig vom Gesundheitszustand, Alter, Geschlecht und des Einkommens) an seine jeweilige Krankenkasse bezahlen.

Das Modell sieht auch die Einführung eines Selbstbehalts vor, bei dem die versicherten einen bestimmten Beitrag der Behandlungskosten pro Jahr selbst übernehmen sollen. Für diejenigen die den Beitrag nicht selbst leisten können, wie zum Beispiel Arbeitslose, soll es einen steuerfinanzierten sozial Ausgleich geben, dieser sozialausgleich wird auch durch die Einkommensteuer finanziert was bedeutet das auch die besserverdienenden ihren Beitrag dazu leisten müssten. Die CDU und CSU stehen stark hinter dem Modell der Kopfpauschale. Die Kritik hierbei ist jedoch das Menschen mit geringerem Einkommen überproportional belastet werden da die Prämien für viele nicht bezahlbar wären.

3.2. Das Modell der Bürgerversicherung

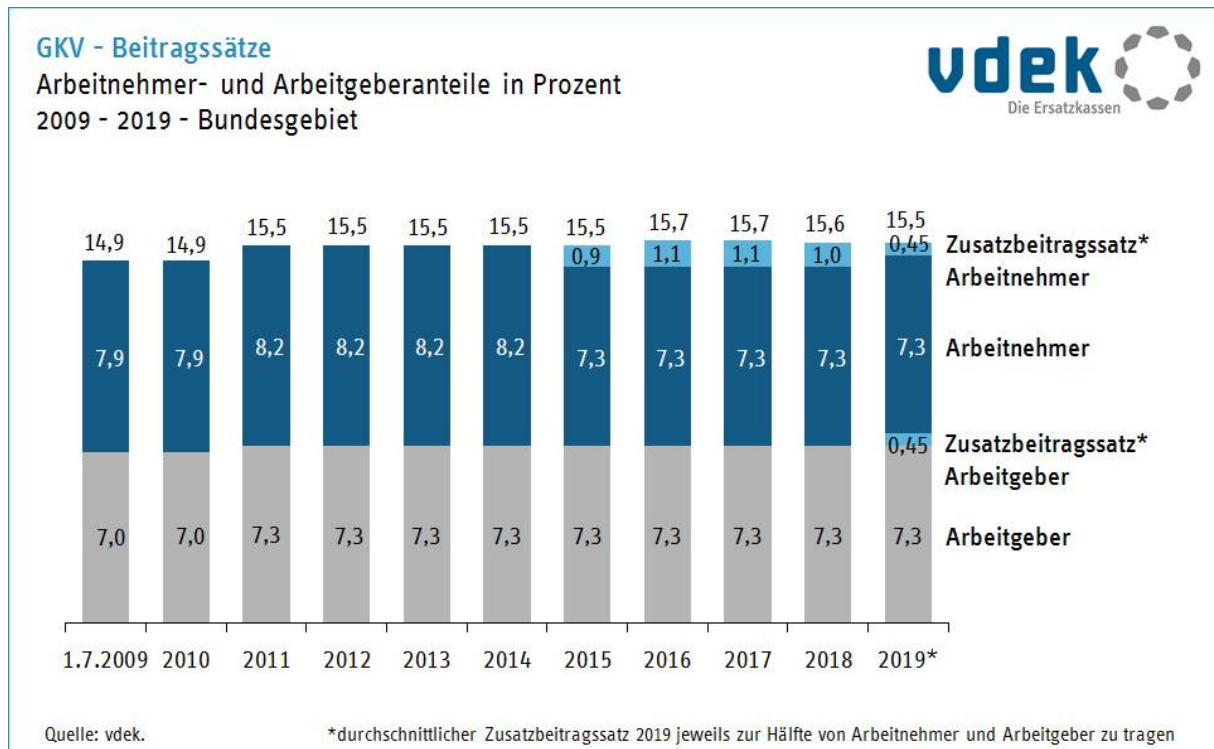
Das Modell der Bürgerversicherung sieht zwei Haupt Veränderungen vor, zum einen soll die gesamte Bevölkerung in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden, auch die welche sich privat versichern können. Die Versicherungspflichtgrenze soll entfallen und die private Krankenversicherung soll als Krankheitsvollversicherung abgeschafft werden, jedoch dürfen privatversicherte in ihrer Krankenversicherung bleiben wenn sie möchten. Zum anderen soll bei der Beitragsbemessung nicht nur das erwerbseinkommen sondern auch andere einkommensarten berücksichtigt werden, wie zum Beispiel Einkommen durch Vermietung oder zins und kapital Einkünfte. Außerdem sollen Freibeträge für gering Verdiener und Höchstbeträge für besser verdienende eingeführt werden. Befürworter dieses Modells sind SPD, Linke, Bündnis 90/ Die Grünen. Jedoch haben die Parteien unterschiedliche Vorstellungen über die konkrete Ausgestaltung des Modells. Kritisch betrachtet wurde hier nun aber die steuerähnliche Abgabe der gesetzlichen Krankenversicherung durch Einbeziehung anderer Einkunftsarten.

Reformkompromiss 2007

Eine Einigung auf ein Modell dieser beiden gab es nicht, jedoch wurden einzelne Elemente Aufgegriffen und das Modell des Gesundheitsfonds entstand.

4. Funktionsweise

Im Großen und Ganzen ist die Funktionsweise des Gesundheitsfonds mit einer Art Topf zu vergleichen. Jedes Mitglied einer Gesetzlichen Krankenkasse zahlt einen Beitrag in den Gesundheitsfonds ein. Dieser Beitrag wird bei Beschäftigten zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgeteilt, der allgemeine Beitragssatz wurde vom Gesetzgeber auf 14,6% des Bruttolohns festgelegt. Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen sich den Beitrag je zur Hälfte, so zahlen sie jeweils 7,3%.



Da der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen aber nicht immer kostendeckend ist, kann von ihnen ein Zusatzbeitrag ermittelt werden und ist somit nicht bei jeder Kasse gleichhoch. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag liegt jedoch bei 0,9%. Seit dem 01.01.2019 wird auch dieser zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgeteilt.

Des Weiteren fließt auch ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds. Nachdem nun alle Beitragseinnahmen an den Fonds geleitet wurden, bekommt jede Krankenkasse einen festen Betrag je Versicherten, dieser Betrag wird auch pro Kopf Pauschale genannt. Auch ein Risikozuschlag wird verteilt, für dessen Höhe das Alter, das Geschlecht sowie bestimmte Gesundheitsmerkmale maßgeblich sind. Krankenkassen mit vielen Älteren und Versicherten die an bestimmten Krankheiten leiden erhalten zusätzliche Mittel aus dem Fonds, dieses Verfahren wird dann als Risikostrukturausgleich bezeichnet.

5. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich:

Der Morbi-RSA setzt sich aus Morbidität=Krankheitsbezogen und Risikostrukturausgleich=Finanzieller Aufwandsausgleich zusammen. Finanzieller Aufwandsausgleich bedeutet, dass das individuelle Ausgabenniveau einer Krankenkasse

zwischen allen Krankenkassen ausgeglichen sein soll. Die Einführung des Morbi-RSA ist eine der Strukturänderungen in der GKV, die auf dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) basieren. Durch die Einführung des morbiditätsorientierten Strukturausgleichs soll gewährleistet werden, dass keine Krankenkasse gegenüber einer anderen benachteiligt ist. Eine Benachteiligung wäre dann der Fall, wenn eine Krankenkasse z.B. übermäßig viele alte bzw. kranke Versicherte hätte.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich hat direkten Einfluss auf die Höhe der Gelder aus dem Gesundheitsfonds, die einer Krankenkasse zugewiesen werden. Dafür gibt es eine Grundpauschale mit Zu- und Abschlägen. Die Grundpauschale ist in der Höhe der durchschnittlichen pro-Kopf-Ausgaben in der GKV. Um zu vermeiden, dass eine Versicherung mit vielen gesunden Versicherten gegenüber einer mit vielen Kranken, viel mehr verdient, gibt es den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, der neben den Faktoren Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente auch noch bestimmte Krankheiten berücksichtigt. Hierfür werden jährlich zwischen 50-80 Krankheiten ausgewählt, für die eine Krankenkasse einen extra „Zuschlag“ bekommt, wenn ein Versicherter eine dieser Krankheiten hat (DETER, RENSMANN 2009: 1). Zu den Krankheiten, die sich 2018 in der Liste befanden, gehören unter vielen anderen HIV/AIDS, Asthma bronchiale, Niereninsuffizienz, schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen und Epilepsie. Bei Experten ist diese Liste umstritten, was auch dazu führte, dass der wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im März 2008 geschlossen zurückgetreten ist. Ein Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats, Herr Prof. Dr. Wolfgang GREINER, hat nun die Gründe für den geschlossenen Rücktritt erläutert. Das Gremium ist nach seiner Schilderung deshalb zurückgetreten, weil zwischen dem Beirat und dem Bundesversicherungsamt Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Liste der Krankheiten bestanden. Denn in der Liste der Krankheiten stehen auch Krankheiten, die durch Prävention verhindert werden können, wie z.B. Diabetesfälle, doch weil sie in dem Krankheitskatalog stehen, wird den Krankenkassen der Anreiz genommen, präventive Leistungen zu erbringen (SOZIALVERSICHERUNG-KOMPETENT.DE). Außerdem führte der Krankheitskatalog in der Vergangenheit immer wieder dazu, dass Krankenkassen mit Ärzten vereinbarten, Krankheiten aus dem Krankheitskatalog stärker zu honorieren als andere (DETER, RENSMANN 2009: 2). Das wiederum schadet dem Patienten bzw. Versicherten, wenn er eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen möchte, dafür werden nämlich die Diagnosen der letzten Jahre herangezogen, wenn da dann beispielsweise eine Depression in der Akte steht, von der der Patient gar nichts weiß, ist es gut möglich, dass ihn die Versicherung nicht annimmt.

Abschließend lässt sich also sagen, dass die Einführung des Morbi-RSA die Zielgenauigkeit der Mittelzuweisungen auf jeden Fall erhöht hat, dennoch ist zu kritisieren, dass der Krankheitskatalog durch die Berücksichtigung bestimmter Krankheiten nicht auf präventive Gesundheitsleistungen abzielt.

6. Der Zusatzbeitrag:

Seit dem 01.01.2015 können Krankenkassen einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern verlangen. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag liegt 2018 bei 1,0%.

Der Zusatzbeitrag wurde eingeführt, damit Krankenkassen finanzielle Engpässe bewältigen können und auch um den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu erhalten. Denn die

Mitglieder können bei Erheben eines solchen Zusatzbeitrages von ihrem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen (DETER, RENSMANN 2009: 2), dadurch bleibt für die verschiedenen Krankenkassen der Anreiz bestehen, den Zusatzbeitrag möglichst gering zu halten, um ihre Mitglieder nicht an eine andere Krankenkasse zu verlieren.

Dieser Zusatzbeitrag kommt also zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz von 14,6% hinzu, bis 2019 wurde dieser allerdings nicht vom Arbeitgeber mitfinanziert, sondern alleine vom Versicherten. Am 18.10.18 wurde der Gesetzesentwurf der paritätischen Beitragsfinanzierung vom Bundesrat bestätigt und trat zum 01.01.19 wurde die paritätische Beitragsfinanzierung in Kraft. Neben der Teilung des Beitragssatzes von 14,6%, wird nun auch der Zusatzbeitrag zu gleichen Teilen von dem Arbeitnehmer und Arbeitgeber gezahlt.

Der Zusatzbeitrag darf maximal 1% des Bruttogehalts betragen oder aber pauschal 8 €. In diesem Fall kann das auch die 1% übersteigen bei Personen, die weniger als 800 € pro Monat verdienen (ebda.).

Bei den 1% ist die Beitragsbemessungsgrenze zu beachten, sie beschreibt nämlich die Grenze, bis zu welcher der Versicherte prozentual seinen Beitrag abgeben muss, alles darüber wird ihm nicht abgezogen. Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich von der Regierung festgelegt. Im Jahre 2018 lag die Beitragsbemessungsgrenze bei 4.425 € im Monat. Im Jahr 2019 ist der Wert auf 4.537,50 € gestiegen.

Jahr	jährlich	monatlich	Jahr	jährlich	monatlich
2018	53.100 €	4.425,00 €	2012	45.900 €	3.825,00 €
2017	52.200 €	4.350,00 €	2011	44.550 €	3.712,50 €
2016	50.850 €	4.237,50 €	2010	45.000 €	3.750,00 €
2015	49.500 €	4.125,00 €	2009	44.100 €	3.675,00 €
2014	48.600 €	4.050,00 €	2008	43.200 €	3.600,00 €
2013	47.250 €	3.937,50 €	2007	42.750 €	3.562,50 €

(KRANKENKASSEN ZENTRALE)

Allgemein ist seit 2007 bis 2018 bzw. 2019 eine stetige Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze feststellbar, was wahrscheinlich hauptsächlich mit den Finanzierungsschwierigkeiten des Gesundheitswesens in Zusammenhang steht.

7. Ausgaben der GKV und Einnahmen des Gesundheitsfonds im Vergleich – das Finanzierungsproblem

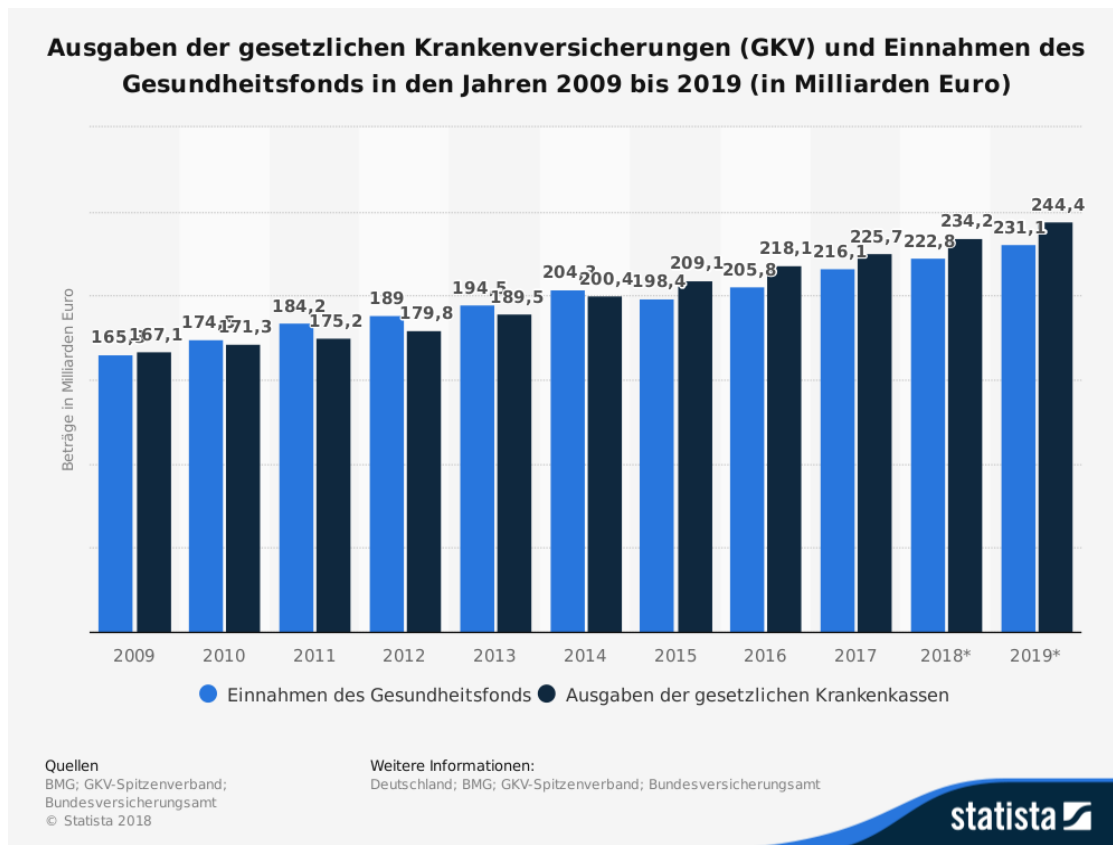


Abbildung 1: Ausgaben der GKV und Einnahmen des Gesundheitsfonds Quelle: BMG; GKV-Spitzenverband; Bundesversicherungsamt, Statista 2018.

Anhand dieser Statistik ist das Finanzierungsproblem der Krankenkassen sehr gut zu erkennen. Denn das Schaubild zeigt seit 2015 höhere Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, als Einnahmen durch den Gesundheitsfonds an.

Die steigenden Kosten hängen mit dem demografischen Wandel zusammen, mit welchem Deutschland konfrontiert ist. Wir haben mehr ältere Bürgerinnen und Bürger, deren Gesundheitskosten erfahrungsgemäß über denen eines jungen Menschen. Außerdem ist eine Kostenzunahme durch den medizinisch-technischen Fortschritt zu verzeichnen, was allerdings natürlich eine positive Entwicklung ist und die Kostenzunahme nur ein negativer Nebenfaktor, den man gerne in Kauf nimmt.

8. Kritik & Reaktionen

Der Gesundheitsfonds wurde während den Gesundheitsreformen natürlich in der Politik heiß diskutiert, doch neben den Parteien, meldeten sich auch andere Akteure zu Wort, die von dem Gesundheitsfonds berührt wurden, wie z.B. Krankenkassen und Verbände der Leistungsanbieter sowie Verbände, deren Klientel unmittelbar von den Gesundheitsreformen betroffen sind, z.B. Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften.

Im Folgenden erläutern wir die jeweiligen Positionen eben genannter Akteure. Angefangen mit Oppositionsparteien, der damaligen Regierung. Zwar stimmten auch von den im Bundestag vertretenen Parteien immerhin 65 Mitglieder gegen die Gesundheitsreformen, aber die Aussagen decken sich im Wesentlichen mit denen, der Oppositionsparteien.

Bei der folgenden Kritik beziehe ich mich auf den Artikel von GERLINGER, welcher 2012 auf der Internetseite Bundeszentrale für politische Bildung erschienen ist.

Bündnis 90/ die Grünen:

Die Grünen sehen keinen Nutzen in der Einführung des Gesundheitsfonds. Er löse nicht die Finanzierungsprobleme der GKV und bringe bürokratischen Aufwand mit sich. Die bundeseinheitliche Festsetzung eines Beitragssatzes schwäche den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen und die Unterteilung zwischen privat und gesetzlich bleibe damit weiterhin bestehen. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich sei zwar ein Schritt in die richtige Richtung, doch sich auf 80 Krankheiten zu beschränken, sei sachlich nicht begründbar.

FDP:

Die FDP kritisiert, dass der Gesundheitsfonds nicht die Finanzierungsprobleme löse. Er sei zu bürokratisch und intransparent. Künftig seien weitere Beitragssatzsteigerungen zu erwarten. Mit der Festlegung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes sei ein wichtiger Parameter im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen abgeschafft worden. Der Gesundheitsfonds veranlasse Krankenkassen dazu Einsparungen den Qualitätsverbesserungen vorzuziehen.

Die Linke:

Bemängelt im Großen und Ganzen dieselben Punkte, wie sie schon erwähnt wurden, mit dem weiteren Kritikpunkt, dass der Arbeitgeberanteil de facto eingefroren wird, der Arbeitnehmer hingegen mit einem Zusatzbeitrag nochmal belastet. Da das durch die Reform der paritätischen Beitragsfinanzierung zum 01.01.2019 geändert wurde, ist dieser Kritikpunkt hinfällig. Außerdem sagt die Linke, die Ausweitung von Markt und Wettbewerb auf Gesundheitswesen habe zur Folge, dass PatientInnen zu KundInnen werden und Gesundheit damit zu einer Ware verkomme.

Finanzierungsträger

Die gesetzliche Krankenversicherung:

Die gesetzlichen Krankenversicherungen lehnen den Gesundheitsfonds eigentlich einstimmig ab, sie sehen in ihm keine Problemlösung der Finanzierung und auch die Steuerzuschüsse seien keine langfristige Lösung. Die Festlegung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung erweitere den Staatseinfluss im Gesundheitswesen und damit werde der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eher geschwächt statt gestärkt, wie die große Koalition dies behauptet hatte. Außerdem verlieren sie ihre Finanzautonomie durch den einheitlichen Beitragssatz, der finanzielle Spielraum beschränke sich jetzt nur noch auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen. Zum Morbi-RSA nehmen die Krankenkassen unterschiedliche Meinungen ein, die AOK insbesondere begrüßt ihn, andere Krankenkassen jedoch eher weniger, da sie durch ihn weniger Finanzmittel zu Verfügung haben.

Private Krankenversicherung:

Die PKV hat nicht viel zu kritisieren, da sie durch den Gesundheitsfonds nicht betroffen ist. Sie begrüßt aber, dass das Vorhaben, die PKV an den Ausgaben der GKV zu beteiligen, nicht durchgesetzt wurde und der Gesundheitsfonds auf den Bereich der GKV beschränkt sei.

Leistungsträger

Deutsche Krankenhausgesellschaft:

Die deutsche Krankenhausgesellschaft betrachtet den Gesundheitsfonds aus der Sicht der Krankenhäuser und lehnt ihn aus dieser Perspektive ab. Sie befürchtet, dass es durch den Gesundheitsfonds zu einer Unterfinanzierung des Gesundheitswesens komme. Durch das Mitbestimmen der Haushaltspolitik in der Gesundheitspolitik durch den Beitragssatz, werde den Krankenkassen die Möglichkeit genommen, flexibel auf einen höheren Finanzbedarf zu reagieren. Außerdem werde der stationäre Sektor gegenüber der ambulanten Versorgung diskriminiert, weil der Morbiditätsausgleich primär ambulante Leistungen berücksichtigt.

Bundesärztekammer:

Auch sie befürchtet, dass durch den Beitragssatz die finanziellen Mittel knapp werden könnten, was eine Verschlechterung der medizinischen Versorgungsqualität zur Folge habe. Angesichts der alternden Gesellschaft, hält die Bundesärztekammer es für notwendig, eine Demografiereserve in der Krankenversicherung aufzubauen.

Kassenärztliche Bundesvereinigung:

Die kassenärztliche Bundesvereinigung lehnt den Gesundheitsfonds nicht ganz so strikt ab, ist jedoch hinsichtlich des einheitlichen Beitragssatzes skeptisch eingestellt, sowie hinsichtlich dessen, dass der Zusatzbeitrag nur 1% des Bruttoeinkommens betragen darf. Deshalb befürchtet auch diese Vereinigung eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung.

Patientenverbände:

Verbraucherzentrale Bundesverband:

Auch dieser Verband glaubt, dass das Finanzierungsproblem durch den Gesundheitsfonds nicht gelöst werde. Außerdem bemängelt er, dass die privaten Kassen nicht in das Solidarsystem einbezogen wurden. Stattdessen komme es zu einer Mehrbelastung der gesetzlich Versicherten, da der Beitragssatz erhöht wurde und sie auch noch den Zusatzbeitrag zu tragen hätten. Hierbei leiden darüber hinaus wiederum auch die Krankenkassen mit vielen Geringverdienern, da der Zusatzbeitrag sich am Bruttoeinkommen orientiert. Durch den Morbi-RSA würde es wieder zu einer Risikoselektion kommen, da die Morbidität nur teilweise im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werde.

Arbeitgeber und Gewerkschaften:

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände:

Die Arbeitgeberverbände kritisieren dieselben Punkte, die auch schon genannt wurden, doch finden sie nun auch etwas Positives am Gesundheitsfonds und zwar den individuellen Zusatzbeitrag sowie die schrittweise Anhebung des Bundeszuschusses. Damit werde ein Schritt in Richtung auf die Abkoppelung der GKV-Beiträge von den Lohnkosten getan.

Zusammenfassend haben sich folgende Kritikpunkte bezüglich des Gesundheitsfonds trotz sehr verschiedener Perspektiven herauskristallisiert:

- Löst nicht das Finanzierungsproblem
- Ist zu bürokratisch
- Bundeseinheitliche Festsetzung des Beitragssatzes schwächt den Wettbewerb und vermindert den finanziellen Spielraum der Krankenkassen enorm
- Furcht der Verschlechterung der medizinischen Versorgung / Unterfinanzierung des Gesundheitswesens
- Morbi-RSA ist ein guter Ansatz, aber noch nicht ausgereift, da ein Katalog von 80 Krankheiten zu wenig ist
- Politiker und Kassen streiten darüber, ob die Überschüsse den Versicherten in Form von Prämien ausgezahlt werden soll oder lieber als Reserve in den Krankenkassen zurückgehalten werden soll

9. Fazit

Anhand der doch recht einstimmigen Kritik der verschiedenen Institutionen ist zu sagen, dass der jetzige Zustand wohl noch nicht das Ende der Reformen im Gesundheitswesen ist. Der Gesundheitsfonds konnte das Finanzierungsproblem nicht lösen, allerdings ist die Wettbewerbsstärkung durch den Zusatzbeitrag weitestgehend gelungen. Die Kritik an dem Morbi-RSA ist begründet und bedarf, damit der Anreiz zu präventiven Leistungen gegeben ist, noch an Bearbeitung. Dennoch ist der Grundgedanke gelungen, denn so kann es zu keiner Risikoselektion kommen und als Versicherte kann man keine extremen Vor- oder Nachteile durch die Versicherung, bei der man Mitglied ist, erzielen.

10. Literaturverzeichnis:

Gerlinger, Thomas / Burkhardt, Wolfram (2012). Bundeszentrale für politische Bildung.

Deter, Gerhard / Rensmann, Alice (2009). Der Gesundheitsfonds: Funktionsweise, Erwartungen und Kritik. O. Ort, Aktueller Begriff.

Sozialpolitik (2015). Bonn, bpb. Nr. 327.

Gerlinger, Thomas (2012). Reaktionen wichtiger politischer Akteure auf des Gesundheitsfonds. Bundeszentrale für politische Bildung.

11. Internet-Quellen

https://www.vdek.com/presse/daten/c_einnahmen-ausgaben.html (18.11.18)

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72987/vorgeschichte> (18.11.18)

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html> (18.11.18)

<https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/beitragsbemessungsgrenze#> (20.11.18)

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/73015/reaktionen> (23.11.18)

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72991/funktionsweise-des-gesundheitsfonds?p=all> (13.02.19)

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72553/deutsche-besonderheiten>

(13.02.19) https://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze/index_15051.html (11.02.19)

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72985/der-gesundheitsfonds-ueberblick> (13.02.19)

<https://www.bundestag.de/blob/494366/4762e0107aedd53b58060d3ac8ae2c88/der-gesundheitsfonds-data.pdf> (14.02.19)

www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/179275/die-kopfpauschale (14.02.19)

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/179291/buergerversicherung> (14.02.19) https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/morbi_rsa.html (14.02.19)

<https://sozialversicherung-kompetent.de/krankenversicherung/versicherungsrecht/91-gesundheitsfonds-liste-der-krankheiten-veroeffentlicht.html> (14.02.19)

<https://krankenkassen.net/gesetzliche-krankenversicherung/gesundheitsfonds.html> (15.02.19)

<https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.2698.de.html?part=einleitung-co> (15.02.19)

12. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausgaben der GKV und Einnahmen des Gesundheitsfonds Quelle: BMG; GKV-Spitzenverband; Bundesversicherungsamt, Statista 2018.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/73331/umfrage/einschaetzung-der-einnahmen-und-ausgaben-der-gkv/> (15.02.19)

https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/einnahmen-ausgaben/beitragssaetze_arbeitgeber_arbeitnehmer_anteil.jpg/_jcr_content/renditions/cq5dam.web.1280.1280.jpeg (14.02.19)