

Mit dem Gesundheitsfonds zeichnet sich eine Unterfinanzierung der Krankenkassen ab

# Sparen bis der Arzt kommt

**Die Bundesregierung hat kürzlich den einheitlichen Beitragssatz für die gesetzlichen Krankenkassen auf 15,5 Prozent festgesetzt. Dieser gilt ab Januar des nächsten Jahres und wird vermutlich nicht alle anfallenden Ausgaben im Gesundheitsbereich decken. Es steht zu befürchten, dass vor allem Krankenkassen mit einer hohen Anzahl älterer Versicherter ihre Leistungen in Zukunft restriktiver bewilligen und auch insgesamt weniger Service und Beratung anbieten werden.**

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds kommt es ab dem 1. Januar 2009 zu einer einschneidenden Umorganisation der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Betroffen davon sind rund 70 Millionen Beitragszahler, die dann unabhängig von ihrer jeweiligen Kassenzugehörigkeit einen bundesweit einheitlichen Beitragssatz leisten müssen. Dieser wurde von der Bundesregierung auf 15,5 Prozentpunkte festgelegt. Das Geld wird zentral vom Bundesversicherungsamt in Bonn verwaltet und von dort nach festgelegten Kriterien an die insgesamt 215 gesetzlichen

Krankenkassen in Deutschland verteilt. Grundsätzlich erhalten dabei Krankenkassen künftig mehr Geld für kranke Mitglieder als für gesunde. Nach einer Berechnung der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung bekäme eine Kasse danach für einen gesunden 64-jährigen Mann knapp 500 Euro aus dem Gesundheitsfonds überwiesen; für einen ebenso alten Versicherten, der an Prostatakrebs und Leberzirrhose leidet, dagegen 4500 Euro.

Der zugrunde liegende Gedanke, für kostenintensive Erkrankungen mehr Geld zur Verfügung zu stellen, ist dabei aus Sicht des SoVD

durchaus zu begrüßen. Problematisch dagegen ist die unzureichende Ausgestaltung dieser Regelung, die längst nicht alle kostenaufwendigen Krankheitsbilder berücksichtigt.

Auf Dauer werden viele Krankenversicherer die Erhebung eines Zusatzbeitrages von ihren Mitgliedern kaum vermeiden können. Gleichzeitig stellt dieser Zusatzbeitrag, der bis zu einem Prozent des Bruttoverdienstes ausmachen kann, einen deutlichen Wettbewerbsnachteil dar. Schließlich zahlt niemand gerne freiwillig mehr Geld als nötig für seine Krankenversicherung und wird diese im Zweifelsfall wechseln. Eine Zwickmühle für Versicherer und Versicherte gleichermaßen. Die Kassen werden daher versuchen zu sparen wo immer es geht. Angesichts stetig steigender Ausgaben für Medikamente, sowie einer bereits zugesagten höheren Entlohnung für niedergelassene Ärzte steht zu befürchten, dass der Rotstift bei den kranken Menschen angesetzt wird. Aus Sicht des SoVD ein Horrarszenario, wie Verbandspräsident Adolf Bauer ausführt: „Wir befürchten, dass Satzungs- und Ermessensleistungen gestrichen und Regelleistungen restriktiver bewilligt werden und sich Service und Beratung der Kassen verschlechtern. Dazu darf es nicht kommen.“

In die Diskussion um die Gesundheitsreform hat der SoVD immer wieder konstruktive Vorschläge eingebracht und schon früh vor den Folgen des Gesundheitsfonds gewarnt. Nachdem die große Koalition an der Einführung des Fonds zum Januar des kommenden Jahres festhält, fordert der Verband nun im Interesse der Versicherten dringend nötige Korrekturen (siehe Kasten rechts). Entscheidendes Manko ist die sich abzeichnende Unterfinanzierung. Damit die gesamten Ausgaben der Gesetzlichen Kranken-



Foto: Schlemmer

**Gemeinsam mit SoVD-Präsident Adolf Bauer (li.) wies Klaus Kirschner, Mitglied im Sozialpolitischen Ausschuss des SoVD, auf einer Pressekonferenz Anfang Oktober auf Finanzierungslücken für die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitsfonds hin.**

versicherung durch die Einnahmen des Fonds abgedeckt werden, müssen aus Sicht des SoVD zunächst die versicherungsfremden Leistungen in vollem Umfang aus Steuermitteln finanziert werden. Nach Berechnungen von Klaus Kirschner, Mitglied im Sozialpolitischen Ausschuss des SoVD (SPA), sind allein hierfür insgesamt sieben Milliarden Euro zusätzlich erforderlich. Durch deren Wegfall würde sich der einheitliche Beitragssatz bereits um 0,7 Prozentpunkte reduzieren.

Besonders betroffen von den Mehrausgaben sind rund 20 Millionen gesetzlich versicherte Rentner in Deutschland. Für sie lag der durchschnittliche Beitragssatz bisher bei 14,92 Prozentpunkten, im nächsten Jahr zahlen sie 15,5 Prozent und müssen darüber hinaus mit der Erhebung eines Zusatzbeitrages rechnen. Anders als Arbeitnehmer, die zum Ausgleich für diese höheren Aufwendungen mit einer Absenkung ihres Beitrages zur Arbeitslosenversicherung rechnen dürfen, profitieren die Ruheständler von dieser Umschichtung nicht.

Waltraud Wagner, Referentin beim SoVD-Bundesverband, äußerte sich zu der Problematik des Gesundheitsfonds zuletzt auch als Sachverständige vor dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Eine kurzfristig umsetzbare Einsparmöglichkeit sieht sie in der Reduzierung der Mehrwertsteuer im Arznei- und Hilfsmittelbereich, wie dies zahl-

reiche andere europäische Länder bereits vorgemacht hätten. Wagner verweist in diesem Zusammenhang auf Studien, nach denen allein eine Absenkung des Steuersatzes auf sieben Prozent den Krankenkassen eine jährliche Entlastung von rund vier Milliarden Euro brächte. *jb*

## Wie setzt sich der Einheitsbeitrag zusammen?

Von dem einheitlichen Beitrag in Höhe von 15,5 Prozent des Bruttolohns werden 14,6 Prozent zu gleichen Teilen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen, während die restlichen 0,9 Prozent von den Versicherten allein bezahlt werden müssen.

## Wie funktioniert der Gesundheitsfonds?

Sämtliche Beitragseinnahmen gehen zunächst an eine zentrale Sammelstelle und werden von dort auf die gesetzlichen Krankenkassen aufgeteilt. Dabei bekommen solche Krankenkassen mehr Geld, die Menschen mit kostenintensiven chronischen Krankheiten versichern. Auch Alter und Geschlecht der Versicherten spielen eine Rolle. Grundlage hierfür ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), der im Vorfeld auf insgesamt 80 entsprechende Erkrankungen eingegrenzt wurde. In den Topf des Gesundheitsfonds zahlt übrigens auch der Staat ein, da er den Krankenkassen versicherungsfremde Leistungen aufgebürdet hat, die mit „Krankheit“ im eigentlichen Sinne nichts zu tun haben – etwa die Mutterschaftshilfe oder die kostenfreie Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern.

## Was passiert, wenn eine Krankenkasse mit den ihr zugewiesenen Beiträgen nicht auskommt?

Dann darf sie einen Zusatzbeitrag erheben, der allerdings maximal 1 Prozent des Bruttoverdienstes betragen darf. Diesen Zusatzbeitrag zahlen allein die Versicherten. Umgekehrt dürfen die Krankenkassen Prämien an ihre Versicherten ausschütten, wenn sie mehr Geld aus dem Fonds erhalten, als sie für ihre Leistungsausgaben benötigen.

## Soll jetzt noch schnell die Krankenkasse gewechselt werden?

Das macht – objektiv gesehen – keinen Sinn. Zunächst sollte abgewartet werden, welche Krankenkasse unter Umständen einen Zusatzbeitrag erhebt. Tritt dieser Umstand ein, so müssen die Versicherten rechtzeitig über die neue Situation informiert werden. Für den Wechsel der Krankenkasse gilt dann eine Frist von zwei Monaten.

## Das fordert der SoVD:

- Festsetzung eines Beitragssatzes, der die gesamten Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung abdeckt.
- Jährliche Beitragssatzanpassung, die 100 Prozent der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung deckt, um eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung abzuwenden.
- Überarbeitung des Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA), Aufnahme aller kostenintensiven Krankheitsbilder.
- Wirksame Instrumente zur Senkung der Arzneimittelausgaben.
- Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in vollem Umfang.
- Beteiligung der privaten Krankenversicherung am Morbi-RSA und am Gesundheitsfonds.

Erfolg trotz mehrerer zunächst nachteiliger Gutachten

## SoVD Bremen erwirkt rückwirkend die volle Erwerbsminderungsrente

**Trotz mehrerer nachteiliger Gutachten konnte der Sozialverband Deutschland, Landesverband Bremen, für eines unserer Mitglieder die rückwirkende Anerkennung der vollen Erwerbsminderungsrente erreichen und somit große Hilfe leisten.**

Ein Mitglied des SoVD hatte bereits im Juli 2004 einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bei der Rentenversicherung Bund (damals BfA, jetzt DRV) gestellt. Das Mitglied litt schon seit etlicher Zeit unter einer Bandscheibenerkrankung im Lendenwirbelbereich und ist seit Juni des selben Jahres arbeitsunfähig. Die ständig auftretenden Nervenschmerzen ließen eine Wiederaufnahme der Tätigkeit als Verkäuferin nicht zu. Die DRV Bund lehnte den Antrag jedoch im Februar 2005 ab.

Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde im Mai 2006 zurückgewiesen, obwohl mehrere Fachärzte ein bestehendes hochgradiges Schmerzsyndrom attestiert hatten. Daraufhin erhob der Sozialverband Deutschland Klage beim Sozialgericht Bremen. Im Laufe des Klageverfahrens beauftragte das Sozial-

gericht mehrere Gutachter mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten gelangten die Gutachter anfangs zu dem Ergebnis, das Mitglied könne noch eine leichte Erwerbstätigkeit vollschichtig ausüben.

**Wir haben geholfen**

Das Ergebnis der Gutachten war aufgrund der dem Landesverband Bremen vorliegenden Berichte der behandelnden Ärzte nicht zu akzeptieren.

Der SoVD hatte daher beim Sozialgericht darauf gedrungen, dass neben den bereits vorliegenden zwei Gerichtsgutachten noch ein weiteres

erstellt würde. Im August 2008 kam schließlich die Wende. Der nunmehr eingeschaltete Gerichtsgutachter legte dar, dass das Mitglied unter einer sehr schwerwiegenden chronischen Schmerzkrankheit leidet. Nach seiner Einschätzung ist und war das Mitglied damit nicht mehr in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Erst dieses Gutachten überzeugte schließlich das Sozialgericht und auch die DRV Bund, dass der Leistungsfall einer Erwerbsminderungsrente gegeben war. Die Rentenversicherung hat daher jetzt die volle Erwerbsminderungsrente rückwirkend ab Antragstellung im Juli 2004 anerkannt. Fazit: Es zeigt sich, dass es sich in geeigneten Fällen lohnt, trotz mehrerer negativer Gutachten nicht aufzugeben, sondern im Interesse der SoVD-Mitglieder um deren Rechte zu kämpfen.

## Versicherungsmerkblatt für Mehrfachbehinderte

Der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. hat in Zusammenarbeit mit dem UNION Versicherungsdienst ein Versicherungsmerkblatt für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige herausgegeben. Die Broschüre gibt einen umfassenden Überblick über die relevanten Versicherungssparten und geht auf Besonderheiten beim Versicherungsschutz für Menschen mit Behinderungen ein. So können die Ratschläge helfen, besondere Risiken abzudecken und den Nutzen einzelner Versicherungsangebote einzuschätzen.

Näher erörtert werden zum Beispiel die Sterbegeld-, die Haftpflichtversicherung oder die Riester-Rente. Die Broschüre enthält zudem wertvolle Tipps bei Haftungsfragen der Aufsichtspflichtigen, Spezialversicherungen sowie zum Versicherungsschutz für betreuende Einrichtungen. Hinweise gibt es auch zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz.

Das Versicherungsmerkblatt steht auf den Internetseiten des Bundesverbandes unter [www.bvkm.de](http://www.bvkm.de) in der Rubrik „Recht und Politik“ (Rechtsratgeber) kostenlos als Download zur Verfügung. Wer die gedruckte Version bestellen möchte, sendet bitte einen mit 1,45 Cent frankierten und an sich selbst adressierten Rückumschlag (DIN lang) an: Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., Stichwort „Versicherungsmerkblatt“, Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf.