



An die Mitglieder der Fraktionen der
CDU/CSU und der SPD
im Deutschen Bundestag

Ulla Schmidt

Bundesministerin
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL +49 (0)228 99 441-1000
FAX +49 (0)228 99 441-1193
E-MAIL poststelle@bmg.bund.de

Bonn, 7. Oktober 2008

Gesundheitsfonds / Festlegung der GKV-Beitragssätze

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit Einrichtung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 gilt für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung ein einheitlicher Beitragssatz, der von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung festgelegt wird.

Heute morgen hat das Bundeskabinett den Entwurf dieser Verordnung beschlossen. Dieser wird dem Deutschen Bundestag heute zur Unterrichtung zugeleitet. Über den Inhalt des Verordnungsentwurfs und seine Bedeutung für den Start des Gesundheitsfonds möchte ich Sie gerne informieren:

Nach dem Verordnungsentwurf beträgt der paritätisch finanzierte Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung künftig 14,6 Prozent, der ermäßigte Beitragssatz 14,0 Prozent (für Versicherte ohne Krankengeldanspruch (z.B. Selbstständige)). Dazu kommt jeweils ein Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten, der nur von den Mitgliedern der Krankenkassen zu tragen ist. Die Verteilung der Beitragsbelastung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ändert sich nicht.


Die Beitragssätze beruhen auf den Ergebnissen des beim Bundesversicherungsamt gebildeten Schätzerkreises und sind so ausgestaltet, dass durch die erwarteten Einnahmen

der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 100 Prozent der erwarteten Ausgaben gedeckt werden.

Die endgültige Beschlussfassung im Bundeskabinett wird voraussichtlich am 29. Oktober 2008 erfolgen. Die Verordnung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Anbei erhalten Sie zur weiteren Information ein allgemeines Papier zum Gesundheitsfonds, Hintergrundinformationen zu den Ergebnissen des Schätzerkreises und die wichtigsten Fragen und Antworten zum Gesundheitsfonds und zum Beitragssatz.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, reading "Inge Ullrich". The signature is written in a cursive, flowing style with a large initial 'I'.

Gesundheitsfonds

1. Beitragssatz 2009 – solide Kalkulation

Der einheitliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung wird nächstes Jahr so bemessen sein, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen der Krankenkassen zusammen mit dem Bundeszuschuss von 4,0 Mrd. Euro 100 Prozent der voraussichtlichen Ausgaben decken. Der von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf der Rechtsverordnung legt auf Basis der mehrheitlich von den Experten von BVA und BMG getragenen Empfehlung des Schätzerkreises den um 0,6 Prozentpunkte erhöhten paritätisch finanzierten Beitragssatz auf 14,6 Prozent fest, zuzüglich 0,9 Beitragssatzpunkten, die wie bisher von den Mitgliedern alleine zu tragen sind. Die Vertreter der Kassen halten dagegen eine Erhöhung des Beitragsatzniveaus um 0,9 Beitragssatzpunkte für erforderlich, was unter Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht akzeptabel und auch nicht nachvollziehbar ist.

Die Experten des Schätzerkreises haben in ihrer Empfehlung Annahmen zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ebenso berücksichtigt wie bereits eingetretene oder absehbare Entwicklungen im Ausgabenbereich der Krankenkassen für das Jahr 2009. Dabei wurden die Auswirkungen der Honorarreform im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung, eine verbesserte Finanzausstattung der Krankenhäuser sowie weiter steigende Ausgaben im Arzneimittelbereich berücksichtigt. Konsens bestand im Schätzerkreis über die Einschätzung der Finanzentwicklung 2008. Hier wird von einem ausgeglichenen Finanzergebnis zum Jahresende ausgegangen.

Auch bei der Beurteilung der Einnahmenentwicklung des Jahres 2009 gab es keinen Dissens. Danach stehen der Krankenversicherung bei einem paritätisch finanzierten Beitragssatz von 14,6 Prozent und von den Mitgliedern zu tragenden Zusatzbeitragssatz von 0,9 Prozent (inklusive der bereits feststehenden Erhöhung des Bundeszuschusses von 2,5 auf 4,0 Mrd. Euro und höheren Beitragseinnahmen durch steigende Löhne und Renten von rd. 3,5 Mrd. Euro) rd. 11 Mrd. Euro Mehreinnahmen zur Finanzierung der Ausgabenzuwächse 2009 und der benötigten Finanzmittel (0,8 Mrd. Euro) zum vierjährigen Aufbau einer Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung.

Unterschiedliche Prognosen gab es zu Teilen der Ausgabenentwicklung, bei der die Kassen insbesondere bei den Krankenhausausgaben (hier schätzen die Kassen über 9 Pro-

zent Mehrausgaben gegenüber 2008, die schlicht nicht nachvollziehbar sind), der ärztlichen Vergütung und der eigenen Verwaltung höhere Ausgaben vermuteten.

2. Der Fonds ist kostenneutral

Der Gesundheitsfonds führt nicht zu höheren Kosten im Gesundheitswesen. Ein höherer Finanzbedarf der Krankenkassen und ein im Vergleich zum aktuellen Durchschnittsbeitrag höherer einheitlicher Beitragssatz haben nichts mit der Einführung des Gesundheitsfonds zu tun. Denn dieser verändert grundsätzlich weder die Gesamteinnahmen noch die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Es werden allein die Zahlungsströme neu geordnet. Beitragssatzerhöhungen resultieren u.a. aus einer besseren Vergütungen für ambulante ärztliche Leistungen, finanziellen Entlastungen der Krankenhäuser, sowie aus steigenden Arzneimittelausgaben. Die Finanzierung des medizinisch technischen Fortschritts und die Zunahme chronischer Krankheiten im Rahmen einer älter werdenden Gesellschaft erfordern zusätzliche Finanzmittel.

3. Neuordnung der Finanzierung schafft mehr Gerechtigkeit

Mit Einführung des Gesundheitsfonds und dem bundesweit einheitlichen Beitragssatz wird die Beitragsgerechtigkeit verbessert. Alle Kassen erhalten die zur Versorgung ihrer Versicherten notwendigen Mittel auf einer fairen und gerechten Grundlage.

Die heutige Verteilung ist nicht fair. Viele Mitglieder zahlen heute nicht deswegen höhere Beiträge, weil ihre Kasse unwirtschaftlich ist, sondern deswegen, weil ihre Kasse eine ungünstige Versichertenstruktur hat. Beispielsweise muss die AOK Berlin einen Beitragssatz von 15,8 Prozent (plus 0,9 Prozent Sonderbeitrag) erheben, vor allem, weil etwa die Hälfte ihrer Versicherten Rentner sind.

Ähnliches gilt für die AOK Saarland mit einem paritätischen Beitragssatz von 15,8 Prozent, in der mittlerweile nur noch 170 000 Menschen versichert sind, davon gut 84 000 Rentner. Der größte Konkurrent der AOK-Saarland, die IKK-Südwest mit einem Beitragssatz von bisher 12,3 Prozent, versichert 314 000 Menschen, davon gerade noch einmal 10 000 Rentner. D.h., die AOK-Saarland muss allein auf Grund ihrer Versichertenstruktur mehr Leistungen finanzieren als ihre Konkurrenz, da das Krankheitsrisiko gerade im Alter zunimmt. Einige sog "Internetskassen" aus dem Bereich der BKKen und IKKEn haben hingegen nur einen sehr geringen Anteil älterer Versicherter und kommen auch deshalb mit Beitragssätzen von bisher unter 13 Prozent zurecht.

Mit der Neuordnung der Finanzierung wird dafür gesorgt, dass dieser verzerrte Wettbewerb aufhört und dass die Beitragsmittel fair und gerecht verteilt und damit ungerechtfertigt

tigte Beitragsvorteile und -belastungen abgebaut werden. Krankenkassen, die mehr ältere und mehr kranke Menschen versichern, erhalten durch die Neuordnung mehr Geld aus dem "Solidartopf" als bisher.

4. Stärkung des Wettbewerbs durch die Neuordnung der Finanzierung

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird sich in Zukunft von einer eindimensionalen Konkurrenz um niedrige Beitragssätze unter ungerechten Rahmenbedingungen zu einem Wettbewerb um die besseren Versorgungsangebote entwickeln. Die faire Verteilung der Beitragseinnahmen schafft mehr Wettbewerb um die beste Qualität der Angebote. Im Vordergrund stehen künftig die Qualität von Service, Betreuung und Versorgung der Versicherten. Die Kassen verfügen seit dem GKV-WSG mit neuen Vertragsmöglichkeiten, Wahlтарifen und besonderen Versorgungsinstrumenten über neue Wettbewerbsinstrumente, die mit Einführung des Gesundheitsfonds ihre vollständige Wirkung entfalten können. Davon profitieren insbesondere die Versicherten, die hierdurch qualitativ verbesserte und wirtschaftliche Leistungen erhalten.

5. Mehr Wettbewerb durch Effizienz und Transparenz

Jeder Versicherte kann künftig besser erkennen, ob seine Krankenkasse wirtschaftlich arbeitet oder nicht. Kommt eine Krankenkasse mit den ihr zugewiesenen Mitteln nicht aus, muss sie Effizienzreserven erschließen; reicht auch dies nicht aus, kann sie direkt von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Um soziale Härten zu vermeiden, dürfen die Krankenkassen höchstens 1% des beitragspflichtigen Einkommens des einzelnen Mitgliedes zusätzlich verlangen. Gut wirtschaftende Krankenkassen können an ihre Mitglieder Prämien auszahlen. Dies setzt ein transparenteres und wirksames Preissignal als die gegenwärtigen, nur in Prozentpunkten benennbaren Unterschiede zwischen den verschiedenen Beitragssätzen der Krankenkassen, die vielfach bei den Versicherten unbekannt sind.

6. Der Fonds schafft keine neue Bürokratie

Der Fonds ist kein neues "bürokratisches Monster". Heute organisieren 14 Frauen und Männer im Bundesversicherungsamt einen unzureichenden Versorgungsausgleich und einen unzureichenden Risikostrukturausgleich. In Zukunft werden es 21 Frauen und Männer sein. Mit einem Bürokratiemonster hat das nichts zu tun. Und auch der mögliche Mehraufwand für die Kassen selbst hält sich angesichts der Effizienzreserven in engen Grenzen.

Hintergrundinformationen über die Ergebnisse des Schätzerkreises

Der neue Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt (BVA) hat die gesetzliche Aufgabe, für das Jahr 2009 den erforderlichen Beitragssatz in der GKV so zu schätzen, dass 100% der durchschnittlichen Ausgaben der GKV gedeckt sind. Im Schätzerkreis vertreten sind Finanzexperten der Krankenkassen, des BVA und des BMG. Die Bundesregierung legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises diesen Beitragssatz per Verordnung fest. Der Schätzerkreis tagte vom 29. September bis zum 2. Oktober 2008. Er erzielte einen Konsens über die Entwicklung der Ausgaben und der Einnahmen im laufenden Jahr, sowie über die Grundannahmen zur Entwicklung der Einnahmen im Jahr 2009. Keinen Konsens gab es bei der Beurteilung der Entwicklung der Ausgaben im Jahre 2009. Dazu im einzelnen folgende Kurzinformation:

Beurteilung der Finanzentwicklung des laufenden Jahres 2008:

- **Konsens** zwischen allen Beteiligten zur Einnahmen- **und** Ausgabenentwicklung im laufenden Jahr mit einem **ausgeglichenen Ergebnis zum Jahresende 2008**.
- Ausgabendeckender Beitragssatz entspricht jahresdurchschnittlich erhobenem Beitragssatz von 14,0 Prozent, durch aktuelle Beitragsatzanhebung, z.B. der AOK Baden Württemberg liegt der Beitragssatz zum Stand Oktober 2008 bei **knapp 14,1 v.H.**

Beurteilung der Finanzentwicklung im Jahr 2009:

- **Konsens** zu Grundannahmen der **Einnahmenentwicklung**, d.h. Mehreinnahmen von rd. 1,5 Mrd. Euro durch Anhebung Bundeszuschuss, ca. 3,5 Mrd. Euro durch Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen (insb. Lohn-und Rentenanstieg, Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze). Die vorgeschlagene Anhebung des Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte (BVA/BMG) bringt zusätzlich 6 Mrd. Euro (**gesamte Mehreinnahmen (Konsens) rd. 11 Mrd. Euro**). Eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,9 Prozentpunkte, wie von den Kassen vorgeschlagen, ergäbe Mehreinnahmen von 9 Mrd. Euro (= Gesamt-Mehreinnahmen über **14 Mrd. Euro!**).
- **Konsens** zu **Teilen der Ausgabenentwicklung**: insbesondere die Bereiche Arzneimittel, Zahnärzte, Fahrkosten, Krankengeld, Mutterschaft, häusliche Kranken-

pflege, Vorsorge/Reha, Verwaltungskostenerstattungen, Telematik.

- **Dissens** gab es zwischen BVA / BMG auf der einen und den Kassen auf der anderen Seite vor allem zum Ausgabenbereich
 - **Krankenhaus** (Kassen schätzen **4,6 Mrd. Euro Mehrausgaben**, das wären **9%!** Zuwachs; BMG/BVA: Hinweis auf die Möglichkeit der Begrenzung der **Mehrausgaben auf 3,5 Mrd. Euro**, Gesetzentwurf wird derzeit im Bundesrat beraten),
 - **Ärztl. Honorare** (hier angeblich 600 Mio. Euro mehr wg. anstehender regionaler Vereinbarungen, die die Kassen selbst verhandeln), Krankengeld, Heil- und Hilfsmitteln;
 - **Verwaltungskosten (300 Mio. über (!) Lohnentwicklung);**
- **Gesamtunterschied in der Ausgabenschätzung 2009: ca. 2,6 Mrd. Euro (erklärt Unterschied in der Beitragssatzprognose)**
- **Beitragssatzschätzung 2009:** Während BVA und BMG daher einen Beitrag von **14,6 v.H.** (14,5988 v.H.) für ausreichend halten, kommen die Kassen auf einen Wert von **14,9 v.H.** (14,8503 v.H.), jeweils zuzüglich des allein vom Versicherten zu zahlenden Beitrages von 0,9 Prozent. Der von den Kassen geforderte Beitragssatz entspräche einem unrealistischen Ausgabenzuwachs von **14 Mrd. Euro** oder **9%** gemessen an den Ausgaben 2008. Zum Vergleich siehe nachstehende Tabelle zur Entwicklung in der Vorjahren:

GKV: Einnahmen, Ausgaben und Beitragssatz

Jahr	1998	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	in Mrd. Euro							
Einnahmen insgesamt	127,7	135,8	139,7	140,8	144,3	145,7	149,5	155,4
Ausgaben insgesamt	127,5	138,8	143,0	145,1	140,2	143,8	147,6	153,6
Überschuss/Defizit	+ 0,61	- 2,69	- 3,41	- 3,44 ¹	+ 4,02 ¹	+1,67 ¹	+1,63 ¹	+1,78 ¹
	in %							
GKV-Ausgaben/BIP	6,6	6,6	6,7	6,7	6,4	6,4	6,4	6,3
	in %							
durchschnittlicher Beitragssatz in %	13,62	13,58	13,98	14,31	14,22	13,28 ²	13,32 ²	13,90 ²

(Quellen: GKV-Statistiken KJ1 und KG1, eigene Berechnungen). ¹ Überschuss bzw. Defizit ergeben sich unter Berücksichtigung des Saldos der RSA-Zahlungen; die jeweils genannte Zahl entspricht daher nicht dem Saldo von Einnahmen und Ausgaben. ² Ohne Sonderbeitrag der GKV-Mitglieder in Höhe von 0,9%.

Die wichtigsten Fragen und Antworten zum Gesundheitsfonds und zum Beitragssatz

1. Warum brauchen wir den Gesundheitsfonds?

Der Fonds führt zu einer gerechteren und einfacheren Verteilung der Beiträge der Versicherten. Es kann nicht sein, dass bestimmte Kassen in Schwierigkeiten geraten, weil sie immer höhere Beiträge verlangen müssen, da sie besonders viele kranke, alte oder Menschen mit geringen Einkommen zu versorgen haben. Künftig werden die unterschiedlichen Krankheitslasten der Versicherten besser berücksichtigt. Jeder Versicherte ist seiner Krankenkasse gleich willkommen, ganz gleich ob wenig verdient oder ein höheres Einkommen hat. Der Fonds macht den Kassenwettbewerb transparent. Die Kassen werden sich im Qualitätswettbewerb um den besten Service sehr anstrengen. Davon profitieren alle Versicherten und Patienten.

2. Wie funktioniert der Gesundheitsfonds genau?

Ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle gesetzlich Versicherten denselben prozentualen Krankenkassenbeitrag. Das Geld wird – zusammen mit dem wachsenden Zuschuss des Bundes – in dem Fonds gebündelt. In einem zweiten Schritt wird das Geld aus dem Fonds an die Kassen bezahlt und zwar nach einem bestimmten Verteilungsschlüssel, der sich nach Alter, Geschlecht und Krankheit der Versicherten richtet (der so genannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich). Für ältere und kranke Versicherte bekommen Kassen mehr Geld als für gesunde und junge Versicherte. Übrigens gibt es bereits seit 1995 Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen. Der Fonds vereinfacht dieses System und macht es dadurch transparenter. Die Idee dahinter ist, dass die Kassen zu fairen Bedingungen in den Wettbewerb untereinander treten.

3. Warum gibt es künftig einen einheitlichen Beitragssatz?

In einem Solidarsystem wie der gesetzlichen Krankenversicherung ist es richtig und gerecht, wenn für gleiche Leistungsansprüche zunächst auch ein gleicher Beitragssatz bezahlt wird. Es gibt derzeit 217 Krankenkassen mit gleichen Leistungen, aber unterschiedlichen Beitragssätzen. Die Versicherten besuchen aber das gleiche Krankenhaus oder den gleichen Arzt. Dies wird künftig über einen bundesweit einheitlichen Beitragssatz finanziert. Mit ihm gilt in Zukunft in Ost, West, Nord oder Süd: Gleicher Beitragssatz für gleiche Leistung – wie auch in der gesetzlichen Arbeitslosen-, Renten- und Pflegeversicherung.

4. Einheitlicher Beitragssatz und Wettbewerb – passt das zusammen?

Ja, denn die Krankenkassen können vom einheitlichen Beitragssatz abweichen. Gut wirtschaftende Kassen werden ihren Kunden Geld zurückzahlen. Krankenkassen, deren Manager sich nicht anstrengen, können von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag verlangen. Dieser ist sozial begrenzt. Die Versicherten werden sich ihre Kassen genau ansehen: Welche Kasse bietet eine gute Versorgung? Welche Kasse bietet guten Service für Versicherte und Patienten? Welche schafft das ohne Zusatzbeitrag, welche nicht? Und wer kann Prämien auszahlen? Das bringt viel mehr Wettbewerb als heute. Umfragen der Kassen selbst belegen, dass die Menschen die Kassen viel stärker als Fürsprecher der Patienten haben wollen, zum Beispiel, wenn es um zeitnahe Termine beim Facharzt geht. Darum geht es.

5. Steigen die Beiträge durch den Gesundheitsfonds?

Nein. Der Gesundheitsfonds hat nichts mit der Höhe des Beitragssatzes zu tun und verteuert auch nichts. Der Fonds verteilt lediglich die Beitragsgelder der Versicherten und die Steuermittel genauer und zielgerichtet. Wenn die Ausgaben einer Krankenkasse steigen, weil beispielsweise mehr Arzneien verschrieben werden, müsste diese Kasse auch ohne Fonds ihren Beitragssatz für das nächste Jahr anheben. Und: Durch den Fonds werden weder Leistungen gestrichen noch Zuzahlungen erhöht.

6. Führt der Fonds zu mehr Bürokratie?

Nein. Im Gegenteil – die Organisation der Krankenversicherung wird vereinfacht: Es gibt nur noch einen einheitlichen Beitragssatz – wie in der gesetzlichen Arbeitslosen-, Renten- und Unfallversicherung. Der komplizierte Ausgleich unterschiedlicher Einnahmen, das komplexe Verrrechnungsverfahren zwischen den Krankenkassen und der sehr aufwändige Risikopool für teure Patienten entfallen vollständig. Und auch der Verwaltungsaufwand des Beitragseinzugs wird vereinfacht: Ab dem 1. Januar 2011 können Unternehmen die Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Weiterleitungsstelle entrichten und müssen nicht wie bisher 217 unterschiedlich hohe Beiträge an 217 unterschiedliche Krankenkassen zahlen.

7. Was ändert sich für die Versicherten?

Mit Start des Fonds am 1. Januar 2009 zahlen alle gesetzlich Versicherten den gleichen allgemeinen Beitragssatz. Über den Einzug müssen sie sich aber keine Gedanken machen, denn daran ändert sich nichts. Bis zum 31. Dezember 2010 überweist der Arbeitgeber wie gewohnt den Anteil des Versicherten und seinen Anteil des Beitrages an die jeweilige Krankenkasse, danach kann er die Beiträge für alle seine Beschäftigten gebündelt an eine Gemeinsame Einzugsstelle überweisen.

8. Kann die Krankenkasse wirklich nicht mehr Geld vom Versicherten verlangen?

Kommt eine Krankenkasse mit dem überwiesenen Geld nicht aus, darf sie einen Zuschlag erheben. Dessen Höhe ist aber begrenzt: Die Kasse darf höchstens ein Prozent des Bruttoeinkommens vom Versicherten verlangen. Wenn der Versicherte den geforderten Zusatzbeitrag nicht akzeptiert, kann er die Kasse wechseln, der Zusatzbeitrag wird dann nicht fällig.

9. Was bringt der Fonds den Versicherten?

Durch den allgemeinen Beitragssatz können die Versicherten künftig die Zusatzleistungen der verschiedenen Kassen leichter und besser vergleichen. Wie bei einem Autorennen: Nur wenn alle ein gleichwertiges Auto fahren, weiß man, wer der beste Fahrer ist. Dazu kommt: Durch den Gesundheitsfonds müssen die Kassen zwangsläufig ihren Service verbessern. Denn im Wettbewerb zwischen den Kassen entscheiden künftig Service und Leistungen, nicht vorrangig der Beitragssatz.

10. Können die Versicherten die Krankenkasse künftig noch wechseln?

Ja. Nach heutigem und auch nach künftigem Recht gilt die gesetzliche Kündigungsfrist von zwei vollen Kalendermonaten. Aber: Wenn ein Versicherter seiner Kasse kündigen will, muss er 18 Monate lang dort versichert gewesen sein. Ausnahme: Die Kasse erhebt erstmals einen Zusatzbeitrag, der Zusatzbeitrag wird erhöht oder die Prämie, die die Kasse auszahlt, wird gesenkt. Dann hat der Versicherte ein Sonderkündigungsrecht, die 18-monatige Bindungsfrist entfällt. Die Kasse muss den Versicherten über die Erhöhung des Zusatzbeitrags so rechtzeitig informieren, dass er die Kasse wechseln kann, ohne dass der neue Beitrag fällig wird.

11. Gilt der allgemeine Beitragssatz auch für Rentner?

Ja, auch Rentnerinnen und Rentner zahlen ab dem kommenden Jahr den allgemeinen Beitragssatz.

12. Werden die Rentner nicht über Gebühr belastet?

Zunächst muss festgehalten werden, dass rund 70% aller Rentnerinnen und Rentner bisher einen überdurchschnittlichen Beitrag zahlen, weil sie Mitglied in einer der sog. Vorsorgekassen (wie AOKen oder Ersatzkassen) sind. Viele ältere Menschen, die z.B. in der AOK Berlin versichert sind, zahlen daher ab Januar 2009 auch mit dem angehobenen Beitragssatz weniger als bisher. Dies trifft im übrigen auch bei den AOKen in acht weiteren Bundesländern zu.

Etwa 56% aller Rentnerinnen und Rentner zahlen mit dem Beitragssatz 2009 entweder weniger oder maximal 0,1% von ihrer Rente mehr an die Krankenkassen als bisher. Bei einer gesetzlichen Rente von etwa 1.100 Euro zum Beispiel wären das 1,10 Euro im Monat oder 13,20 Euro im Jahr. Darunter fallen z.B. auch die rund 3,4 Mio. Rentnerinnen und Rentner, die bei den beiden großen Ersatzkassen BEK und DAK versichert sind.

Bei rund 30% aller Rentnerinnen und Rentner liegt die Belastung zwischen 0,1% und 0,5%, also im gewählten Beispiel zwischen 1,10 Euro und 5,50 Euro im Monat. Gut 13% aller Rentner sind bei Kassen, die für das Mitglied zwischen 0,5% und 0,95% teurer werden (5,50 Euro bis 10,45 Euro im Monat).

Es muss ferner festgehalten werden, dass die der Anhebung des Beitragssatzes zugrundeliegende Steigerung der Kosten der medizinischen Versorgung **ohne** den Fonds mit seinem einheitlichen Beitrag und der fairen Verteilung der Mittel zu einer sehr ungleichen Belastungsverteilung geführt hätte. Die großen Versorgerkassen mit ihren vielen Rentnerinnen und Rentnern hätten ihren Beitrag sicherlich um einen ganzen Prozentpunkt oder mehr anheben müssen, während die "Internetkassen", die fast nur junge und gesunde versichern, mit einer weitaus niedrigeren Anhebung ausgekommen wären. Die Beiträge wären noch weiter auseinandergegangen. Der unfaire Wettbewerb hätte sich weiter verschärft.

13. Gilt die Mitversicherung des Ehepartners und der Kinder weiter?

Ja, die Mitversicherung von Ehepartner und Kindern besteht auch mit Einführung des Fonds. Und: Für die Kinder und den mitversicherten Partner muss der eventuell anfallende Zusatzbeitrag nicht gezahlt werden.

14. Gibt es Ausnahmeregelungen für finanzschwache Versicherte?

Sozialhilfeempfänger, Bezieher einer Grundsicherung und Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, müssen nicht mehr bezahlen, da ihre Beiträge ganz oder teilweise vom Grundsicherungsträger bezahlt werden. Auch ein möglicher Zusatzbeitrag muss von nichterwerbsfähigen Grundsicherungsbeziehern nicht selbst bezahlt werden. Diesen übernimmt das Grundsicherungs- bzw. das Sozialamt. Bei ALG-II-Beziehern wird der Zusatzbeitrag in Härtefällen von der Bundesagentur für Arbeit übernommen.

15. Wie unterscheiden sich die Leistungen der Krankenkassen ab 2009?

Die Basisleistungen der Krankenkassen sind heute weitgehend identisch, notwendige Maßnahmen werden bezahlt. Dies wird auch künftig so sein. Die Unterschiede wird es geben, weil die Kassen sich im Wettstreit um den besten Service und die beste Versor-

gung der Versicherten beweisen müssen. Im Vordergrund stehen Fragen wie: Kümmert sich die Kasse genug um ihre Versicherten? Gibt es eine Hotline, bei der der Versicherte anrufen kann, wenn er beim Facharzt zu lange auf einen Termin warten muss? Ist die jeweilige Kasse familienfreundlich? Welche Präventionsangebote bietet die Kasse? Sind die Wahltarife passgenau auf den Versicherten zugeschnitten? Auf solche Service-Angebote sollten die Versicherten genau achten.

16. Gilt der allgemeine Beitragssatz auch für privat Versicherte?

Nein, der allgemeine Beitragssatz gilt nur für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen.

17. Was kann der Versicherte tun, wenn seine Kasse einen Zusatzbeitrag erhebt?

In diesem Fall hat der Versicherte ein Sonderkündigungsrecht. Er könnte dann zum Beispiel zu einer gut wirtschaftenden Krankenkasse wechseln, die ihre Mitglieder mit einer Prämie am Erfolg beteiligt, oder zumindest keinen Zusatzbeitrag erhebt.