

## Fragen und Antworten zur Gesundheitsreform

### 1. Warum wird die Krankenversicherung teurer?

Dank moderner Medizin haben wir die Chance, immer älter zu werden. Das ist eine erfreuliche Entwicklung. Die Veränderungen im Bevölkerungsaufbau und der medizinisch-technische Fortschritt haben gleichwohl Folgen für das Gesundheitssystem. Seit vielen Jahren wachsen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen. Ohne Reform ergäbe sich für das Jahr 2011 ein Defizit von ca. neun Milliarden Euro für die gesetzliche Krankenversicherung. Zur Lösung des Finanzierungsproblems müssen deshalb alle Beteiligten die Aufgabe gemeinschaftlich angehen: Arzneimittelhersteller, Ärzte und Krankenhäuser müssen sparen. Das alleine wird aber nicht ausreichen.

Alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf eine optimale Versorgung und sollen daher auch zukünftig unabhängig von ihrem Einkommen von den Fortschritten der Medizin profitieren. Die Versicherten müssen sich daher langfristig auf einen Anstieg der Gesundheitsausgaben einstellen.

### 2. Steigen die Krankenkassenbeiträge?

Im Lichte der günstigen wirtschaftlichen Entwicklung wird der Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung zum 1. Januar 2011 von jetzt 14,9 Prozent wieder auf das vor der weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise geltende Niveau von 15,5 Prozent angehoben. Damit läuft die über das Konjunkturpaket finanzierte Absenkung des Beitragssatzes zum Jahresende aus.

### 3. Was ändert sich für Arbeitnehmer und Rentner?

Der Beitragssatz für Arbeitnehmer und Rentner wird um 0,3 Prozentpunkte angehoben: er steigt am 1. Januar 2011 von 7,9 auf dann 8,2 Prozent. Auf diesem Niveau wird er dauerhaft festgeschrieben. Für Rentner mit einer monatlichen Durchschnittsrente von 1.000 Euro bedeutet das eine Beitragserhöhung um drei Euro pro Monat.

### 4. Was ändert sich für Arbeitgeber?

Der Beitragssatz der Arbeitgeber wird am 1. Januar 2011 von jetzt 7,0 auf 7,3 Prozent angehoben. Auch der Arbeitgeberbeitrag wird auf diesem Niveau dauerhaft festgeschrieben.

### 5. Bleiben Familienangehörige beitragsfrei mitversichert?

Ja, an der bisherigen Regelung zur beitragsfreien Mitversicherung von nicht berufstätigen Ehegatten und Kindern ändert sich nichts.

## **6. Was ist der Zusatzbeitrag?**

Der Zusatzbeitrag ist ein einkommensunabhängiger Betrag in Euro und Cent, der vom Mitglied direkt an die Krankenkasse zu leisten ist. Er ist unterschiedlich hoch, je nachdem wie gut eine Krankenkasse wirtschaftet, welchen Service sie anbietet, welche Preisvereinbarungen sie mit Leistungserbringern abgeschlossen hat und wie die Versorgung organisiert wird. Der Zusatzbeitrag schafft Transparenz und bietet den Versicherten die Möglichkeit, das Preis-Leistungs-Verhältnis anhand der eigenen Vorstellungen zu beurteilen. Die Versicherten können sich dann entscheiden, welche Krankenkasse ihnen mehr zusagt.

## **7. Erheben künftig alle Krankenkassen einen Zusatzbeitrag?**

Im nächsten Jahr ist das nach Einschätzung von Experten wohl nur bei wenigen Krankenkassen der Fall. In den darauffolgenden Jahren werden jedoch je nach Entwicklung der Ausgaben und der Einnahmen weitere Kassen einen Zusatzbeitrag erheben. Die Krankenkassen brauchen diese Mittel, um ihren Versicherten auch künftig eine hohe Versorgungsqualität zu bieten.

## **8. Dürfen die Kassen ihre Zusatzbeiträge in beliebiger Höhe festsetzen?**

Theoretisch: ja. Im Wettbewerb werden die Krankenkassen faktisch jedoch alles daran setzen, das Verhältnis von Zusatzbeitrag und Leistungsangebot angemessen zu wählen. Sonst droht ihnen, dass die Versicherten sich zu günstigeren Kassen orientieren.

## **9. Muss jedes Mitglied einer Kasse den gleichen Zusatzbeitrag zahlen?**

Ja. Der Zusatzbeitrag ist eine feste Eurosumme. Er ist unabhängig vom Einkommen ebenso wie vom Gesundheitszustand, Alter und Geschlecht des Mitgliedes. Aber diejenigen, die nur wenig Einkommen haben, werden dafür bei den Beiträgen automatisch und unbürokratisch entlastet. Sie müssen dafür keinen Antrag stellen.

## **10. Wie wird der Zusatzbeitrag bezahlt?**

Die Krankenkasse muss ihre Mitglieder benachrichtigen, sobald sie einen Zusatzbeitrag einführt. Der Zusatzbeitrag wird direkt an die Krankenkasse gezahlt. Das kann man per Überweisung machen oder indem man der Krankenkasse eine Einzugsermächtigung erteilt.

## **11. Kann ich meine Krankenkasse kündigen, wenn sie einen Zusatzbeitrag verlangt?**

Ja. Wenn die Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder den Zusatzbeitrag erhöht, hat man ein außerordentliches Kündigungsrecht. Die Sonderkündigung kann bis zur erstmaligen Fälligkeit bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrages erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt

zwei Monate zum Monatsende. Den Zusatzbeitrag bzw. den erhöhten Zusatzbeitrag muss man während dieser Kündigungsfrist nicht (mehr) zahlen.

## **12. Müssen auch beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige einen Zusatzbeitrag bezahlen?**

Nein. Der Zusatzbeitrag muss nur von den beitragspflichtigen Mitgliedern der Krankenkasse bezahlt werden. Familien werden dadurch nicht zusätzlich belastet.

## **13. Gibt es einen Sozialausgleich für den Zusatzbeitrag?**

Ja. Eine gesetzliche Überforderungsklausel stellt sicher, dass kein Mitglied einer Krankenkasse über Gebühr belastet wird. Der Sozialausgleich erfolgt unbürokratisch über die Beitragsabführung durch den Arbeitgeber bzw. die Rentenversicherung. Dem Versicherten entsteht kein Aufwand. Er muss nicht tätig werden.

## **14. Wann hat man Anspruch auf einen Sozialausgleich?**

Der Sozialausgleich greift immer dann, wenn der „durchschnittliche Zusatzbeitrag“ die Grenze von zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt. Ob das der Fall ist, wird vom Arbeitgeber bzw. von der Rentenversicherung geprüft.

## **15. Was bedeutet „durchschnittlicher Zusatzbeitrag“?**

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist eine Rechengröße, die für Arbeitgeber und Rentenversicherer zur Berechnung des Sozialausgleichs erforderlich ist. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird künftig auf Grundlage von Berechnungen eines Expertengremiums, dem sog. Schätzerkreis, für das Folgejahr neu festgelegt. Auf der Basis der wirtschaftlichen Entwicklung und der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird dabei geschätzt, wie hoch der Finanzbedarf der Krankenkassen sein wird, der nicht durch Beitragszahlungen und Steuerzuschüsse gedeckt ist. Aus dieser Deckungslücke wird abgeleitet, wie hoch der Zusatzbeitrag des Folgejahres im Durchschnitt sein muss. Dieser „durchschnittliche Zusatzbeitrag“, der vom Bundesgesundheitsministerium im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen festgelegt und bekanntgegeben wird, ist die Berechnungsgrundlage für den Sozialausgleich.

## **16. Wie funktioniert der Sozialausgleich?**

Wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag mehr als zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (Lohn, Rente, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit) ausmacht, wird diese Differenz ausgeglichen. Das geschieht sehr einfach, indem der einkommensbezogene Krankenversicherungsbeitrag um den entsprechenden Euro-Cent-Betrag des durchschnittlichen

Zusatzbeitrages reduziert wird. Das ausgezahlte Nettoeinkommen ist entsprechend höher. Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger werden das unbürokratisch und unkompliziert über ihre Computerprogramme handhaben können.

Beispiel 1:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 16 Euro  
Beitragspflichtige Einnahmen: 800 Euro  
Davon zwei Prozent: 16 Euro  
Ergebnis: Ein Sozialausgleich findet nicht statt

Beispiel 2:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 20 Euro  
Beitragspflichtige Einnahmen: 800 Euro  
Davon zwei Prozent: 16 Euro  
Ergebnis: Vier Euro werden ausgeglichen und mit dem Lohn / der Rente ausgezahlt.

**17. Wird im Sozialausgleich der individuelle Zusatzbeitrag des Mitglieds ausgeglichen?**

Nein. Für die Berechnung des Sozialausgleichs spielt es keine Rolle, wie hoch der tatsächliche Zusatzbeitrag einer Krankenkasse ist. Ausgeglichen wird immer der Betrag, um den der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Krankenkassen zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen übersteigt.

Beispiel 1:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 20 Euro  
Tatsächlicher Zusatzbeitrag der Krankenkasse XY: 22 Euro  
Beitragspflichtige Einnahmen: 800 Euro  
Davon zwei Prozent: 16 Euro  
Ergebnis: Vier Euro werden sozial ausgeglichen. Das Mitglied zahlt unter dem Strich 18 Euro.

Beispiel 2:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 20 Euro  
Tatsächlicher Zusatzbeitrag der Krankenkasse XY: 18 Euro  
Beitragspflichtige Einnahmen: 800 Euro  
Davon zwei Prozent: 16 Euro  
Ergebnis: Vier Euro werden sozial ausgeglichen. Das Mitglied zahlt unter dem Strich 14 Euro.

**18. Warum wird beim Sozialausgleich der durchschnittliche Zusatzbeitrag zugrunde gelegt und nicht der Zusatzbeitrag, der tatsächlich bei der gewählten Krankenkasse bezahlt werden muss?**

Auch für diejenigen, die die Unterstützung der Gemeinschaft brauchen, muss es einen Anreiz geben, sich für eine wirtschaftliche Krankenkasse zu entscheiden. Würde man auch einen sehr

teuren Zusatzbeitrag über den Sozialausgleich durch die Gemeinschaft bezahlen lassen, gäbe es diesen Anreiz nicht.

### **19. Mit welchen durchschnittlichen Zusatzbeiträgen ist in der Zukunft zu rechnen?**

2011 wird kein durchschnittlicher Zusatzbeitrag erforderlich sein. Durch die Beitragssatzanhebung zum 01.01.2011, die gute konjunkturelle Entwicklung und die Ausgabenbegrenzungsmaßnahmen auf Seiten der Leistungserbringer werden daher die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen decken. Die weitere Entwicklung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge in den Folgejahren hängt von der Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Es ist damit zu rechnen, dass der Zusatzbeitrag in den Folgejahren langsam ansteigen wird.

### **20. Muss man für den Sozialausgleich einen Antrag stellen?**

Nein. Der Sozialausgleich funktioniert für die Anspruchsberechtigten automatisch, indem der Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger den einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeitrag des Mitglieds um die errechnete Überforderung verringert und die Differenz an den Arbeitnehmer bzw. Rentner auszahlt. Dies ist ein großer Vorteil gegenüber dem derzeit noch geltenden System: Heute muss ein Versicherter einen Antrag bei seiner Krankenkasse stellen, wenn er durch einen Zusatzbeitrag von über acht Euro überfordert wird. Im neuen System muss der Versicherte keinen Antrag stellen. Er erhält den Sozialausgleich automatisch über seinen Arbeitgeber oder über die Rentenversicherung.

### **21. Wie wird der Sozialausgleich finanziert?**

Der Sozialausgleich wird aus Steuermitteln finanziert. Hierdurch wird das System in Zukunft gerechter, denn der Ausgleich zwischen Arm und Reich findet nicht mehr nur innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung statt, sondern auch über Steuern.

### **22. Müssen wirklich keine Steuern für den Sozialausgleich erhöht werden?**

Da die Zusatzbeiträge zunächst gering ausfallen und auch nur langsam anwachsen, wird auch das Finanzvolumen für den Sozialausgleich in absehbarer Zeit nur langsam ansteigen. Daher ist eine Finanzierung aus allgemeinen Haushaltsmitteln grundsätzlich darstellbar, ohne zusätzliche Steuereinnahmen über Steuererhöhungen zu generieren.

### **23. Wo ist das Signal für mehr Wettbewerb und Transparenz?**

Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag in Euro und Cent macht die Kassen für die Mitglieder vergleichbar. Jeder kann jetzt die Preisunterschiede zwischen den Kassen auf einen Blick erkennen – das ist transparent. Der Zusatzbeitrag ist damit auch ein starkes Preissignal und

zwingt die Kassen untereinander in den Wettbewerb um bessere Preise und bessere Leistungen. Sie werden zukünftig ein noch größeres Interesse daran haben, eine kostengünstige Versorgung anzubieten und dafür gute Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen und innovative Versorgungsangebote zu machen. Davon werden die Versicherten und das System insgesamt profitieren.

#### **24. Was ist an dem Konzept gerechter als bisher, zumal die Kostensteigerungen der Versicherte alleine trägt? Wie teilen sich die Lasten auf?**

Sie werden sie nicht alleine tragen, es gibt ja den Sozialausgleich. Starke Schultern müssen mehr tragen als schwache. Das gewährleistet das neue System viel besser als die heutige Krankenversicherung. Auch Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, die Pharmaindustrie und die Krankenkassen müssen ihren Beitrag leisten. Von den ca. neun Mrd. Euro, die nächstes Jahr im Gesundheitssystem fehlen werden, tragen sie etwa dreieinhalb Mrd. Euro bei. Und das, ohne dass die Versicherten über Leistungseinschränkungen oder höhere Selbstbeteiligungen belastet werden.

#### **25. Warum gibt es nicht mehr Einsparungen bei den Leistungserbringern (Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern)?**

Die Leistungserbringer und die Krankenkassen tragen mit rund dreieinhalb Mrd. Euro entscheidend zur Deckung der Finanzierungslücke für 2011 bei:

Dies betrifft neben den bereits beschlossenen Maßnahmen im Arzneimittelbereich die stationäre und ambulante Versorgung sowie die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen.

Bei den Arzneimitteln hat die verabschiedete Erhöhung der Herstellerrabatte bereits ab August 2010 finanziellen Spielraum geschaffen. Mit dem von den Fraktionen bereits eingebrachten Gesetzesentwurf werden zudem strukturelle Veränderungen vorgenommen für die Zukunft hin zu einer Preisbildung über Verhandlungen und eine Nutzenbewertung, ohne dass der Zugang zu innovativen Arzneimitteln beschränkt wird. Damit werden die Hersteller nicht mehr die Preise für Arzneimittel eigenständig festsetzen können.

Im stationären Bereich werden die akutstationären Preise im Jahr 2011 um 0,25 Prozentpunkte und im Jahr 2012 um 0,5 Prozentpunkte weniger als die Grundlohnrate steigen. Außerdem werden Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum Vorjahr zusätzlich erbringen (Mehrleistungen), geringer vergütet. Dies bremst den Ausgabenanstieg bei den Krankenhäusern.

Im ambulanten Bereich werden Regelungen getroffen, die die Mehrkosten der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber der „normalen“ hausärztlichen Vergütung begrenzen.

Auch im zahnärztlichen Bereich steigt die Vergütung nur entsprechend den Regelungen im stationären Bereich. Zudem soll über die Vergütung ärztlicher Leistungen, die ohne jegliche

Mengenbegrenzung zum festen Preis vergütet werden (extrabudgetär), noch einmal verhandelt werden.

Schließlich müssen auch die Krankenkassen selbst ihren Beitrag zur Ausgabenbegrenzung leisten. Ihre Verwaltungskosten werden hierfür in den nächsten beiden Jahren auf dem Niveau von 2010 eingefroren.

Reines Sparen kann aber in der Folge auch zur Rationierung von Leistungen führen, wenn die Leistungserbringer keine angemessene Abrechnungsmöglichkeit für zusätzliche Leistungen mehr sehen. Bei den Krankenhäusern stellen z. B. die Personalkosten den überwiegenden Teil aller Ausgaben dar. Sparmaßnahmen führen hier zu der Gefahr des Personalabbaus gerade auch im pflegerischen Bereich. Einsparmöglichkeiten im Gesundheitswesen gibt es eher über strukturelle Maßnahmen und wettbewerbliche Elemente. So kann das Zusammenspiel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung deutlich verbessert werden. Hier gibt es noch Effizienzreserven. Wir brauchen auch eine leistungsgerechte Vergütung und mehr Anreize im System.

## **26. Verändert sich die Beitragsbemessungsgrenze?**

Das gesetzlich festgeschriebene Verfahren zur Ermittlung der Beitragsbemessungsgrenze wird nicht geändert. Es bleibt bei den jährlichen Anpassungen aufgrund der durchschnittlichen Lohn- und Gehaltsentwicklung. Entsprechend sinkt die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2011 auf 3.712,50 Euro/Monat.

## **27. Müssen Arbeitgeber und Rentenversicherer eine Software entwickeln, um alle Zusatzbeiträge zu kennen und entsprechend zu wissen, ob der Versicherte Anspruch auf einen Sozialausgleich hat?**

Nein, eine neuartige Software wird nicht nötig sein. Das Bundesministerium für Gesundheit legt für jedes Jahr im Voraus den durchschnittlichen Zusatzbeitrag fest, der nötig ist, um das erwartete Defizit in der GKV auszugleichen. Dieser Durchschnittswert ist relevant für den Sozialausgleich. Die individuellen Zusatzbeiträge einzelner Kassen sind an dieser Stelle unerheblich. Arbeitgeber und Rentenversicherer müssen also lediglich prüfen, ob dieser durchschnittliche Zusatzbeitrag höher ist als zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des jeweiligen Arbeitnehmers bzw. Rentners. Ist dies der Fall, wird der Betrag sozial ausgeglichen und beim Arbeitnehmeranteil entsprechend berücksichtigt.

Da in der Lohn- und Gehaltsabrechnung auch eine Reihe anderer Rechengrößen jährlich anzupassen ist, kann die Berechnungsgrundlage für den Sozialausgleich im Rahmen der üblichen Software-Updates aufgenommen werden.

## **28. Was passiert, wenn ein Versicherter mehrere Arbeitgeber oder Renteneinkünfte hat?**

Entscheidend für die Höhe des regulären Beitrages ebenso wie für den Sozialausgleich sind die gesamten beitragspflichtigen Einnahmen. Die Krankenkassen prüfen deshalb auch die

Anspruchsberechtigung auf Sozialausgleich auf Basis aller beitragspflichtigen Einnahmen. Der Arbeitnehmer muss seinem Arbeitgeber dabei die Existenz, nicht aber die Höhe seiner weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beispielsweise aus einer Hinterbliebenenrente oder aufgrund eines weiteren Arbeitsverhältnisses mitteilen. Der Arbeitgeber meldet daraufhin der Krankenkasse die Höhe des Arbeitsentgelts. Nach der Prüfung der Krankenkasse auf Basis aller beitragspflichtigen Einnahmen teilt diese den Arbeitgebern bzw. den Rentenversicherungsträgern mit, ob Anspruch auf Sozialausgleich besteht und welches Beitragsbemessungsverfahren anzuwenden ist.

### **29. Wer führt den Sozialausgleich bei Selbständigen bzw. Selbstzahlern durch?**

Bei den so genannten Selbstzahlern wie beispielsweise Selbständigen und Studenten ist die Krankenkasse bereits heute für die Beitragsbemessung verantwortlich. Daher liegen ihr bereits alle erforderlichen Informationen über die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes vor. Auf dieser Grundlage prüft die Krankenkasse automatisch, ob Anspruch auf Sozialausgleich besteht und verringert bei Anspruchsberechtigung den zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrag des Mitgliedes.

### **30. Müssen Arbeitslosengeld I-Bezieher den Zusatzbeitrag selbst zahlen? Und wenn ja, haben sie ebenfalls Anspruch auf Sozialausgleich?**

Ja, Bezieher von Arbeitslosengeld I zahlen weiterhin den kassenindividuellen Zusatzbeitrag und haben entsprechend Anspruch auf Sozialausgleich, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag mehr als zwei Prozent ihrer beitragspflichtigen Einnahmen beträgt. Die Bemessungsgrundlage für den Sozialausgleich liegt bei ihnen bei 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts. Da es für ALG I-Bezieher keinen Beitragssatzanteil des Mitglieds gibt, der entsprechend verringert werden kann, erhalten sie von der Bundesagentur für Arbeit eine zusätzliche Auszahlung in Höhe der Überforderung.

### **31. Müssen Arbeitslosengeld II-Bezieher den Zusatzbeitrag selbst zahlen? Und wenn ja, haben sie ebenfalls Anspruch auf Sozialausgleich?**

Nein, Bezieher von Arbeitslosengeld II zahlen künftig keinen Zusatzbeitrag mehr und benötigen daher auch keinen Sozialausgleich. Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds den kassenindividuellen Zusatzbeitrag, höchstens jedoch in der Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags. Dieser wird aus Bundesmitteln über die Liquiditätsreserve aufgebracht, die der Bund 2011 mit 2 Mrd. Euro für den Sozialausgleich für die Jahre 2011 bis 2014 zur Verfügung stellt. Ab 2015 werden zusätzliche Leistungen des Bundes für die Zahlung dieses Zusatzbeitrages für ALG II-Bezieher zur Verfügung gestellt.

Ist der kassenindividuelle höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass das Mitglied die Differenz zu zahlen hat.

Das gleiche Verfahren gilt auch für so genannte „Aufstocker“. Das bedeutet: Erhält ein Arbeitnehmer neben seinem Arbeitsentgelt zusätzlich noch Arbeitslosengeld II, muss er keinen kassenindividuellen Zusatzbeitrag zahlen und hat entsprechend keinen Anspruch auf Sozialausgleich. Der Arbeitgeber darf daher in diesen Fällen keinen Sozialausgleich mehr durchführen.

### **32. Gibt es weitere Personen, die keinen Zusatzbeitrag zahlen müssen?**

Ja, bestimmte Personengruppen sind von der Zahlung des Zusatzbeitrages befreit. Bereits heute zahlen Bezieher von bestimmten Entgeltersatzleistungen keinen Zusatzbeitrag, soweit sie über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen. Dies wird nun im Gesetz klargestellt. Für diese Mitglieder gilt weiterhin die Beitragsfreiheit des Mitgliedes. Auch der jeweilige Träger der Leistung muss keinen Zusatzbeitrag zahlen. Hierzu zählen Bezieher von Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Versorgungskrankengeld, Elterngeld und Mutterschaftsgeld.

Zudem sind behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem BBiG in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden oder die weniger als 325 Euro verdienen sowie Versicherte, die ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder ihren Wehr- und Zivildienst leisten, von der Zahlung des Zusatzbeitrages befreit, soweit und solange sie über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen.

Verfügen diese Mitglieder über weitere beitragspflichtige Einnahmen, sind bei Beziehern der genannten Entgeltersatzleistungen sowie bei Mitgliedern, die Wehr- und Zivildienst oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leisten, nur diese weiteren Einnahmen bei der Durchführung des Sozialausgleichs zu berücksichtigen.

### **33. Ist es für die Kassen nicht ein Problem, wenn die Zahlungsmoral bei den Zusatzbeiträgen gering ist?**

In den Niederlanden, die ein ähnliches System haben, liegt die Zahlungsmoral mittlerweile bei 97 Prozent. Mit einem steigenden Beitrag steigt zudem auch das Interesse der Krankenkassen, einen Zusatzbeitrag tatsächlich einzufordern und entsprechende Mahn- und Inkassoverfahren zu betreiben. Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, dass ein Mitglied, das jeweils sechs Monate seinen Zusatzbeitrag nicht gezahlt hat, einen Verspätungszuschlag in Höhe von drei Zusatzbeiträgen, mindestens jedoch von 20 Euro zu zahlen hat.

### **34. Wann soll die Gesundheitsreform in Kraft treten?**

Das Gesetz tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

### **35. Gibt es noch weitere Einsparmöglichkeiten im System?**

Ja, die gibt es. Allerdings führt reines Sparen am Ende auch zu Rationierung. Langfristiges Ziel ist es deshalb, von den eher starren und teilweise auch ineffizienten und bürokratischen Strukturen im Gesundheitssystem wegzukommen und ein insgesamt wettbewerbliches und faires System aufzubauen, in dem Leistungserbringer selbst Vertragsverhandlungen führen statt reiner Kostendämpfungsmaßnahmen. Deshalb bekommen zum Beispiel die Krankenkassen die Beitragsautonomie zurück. Wenn das System wirtschaftlicher wird, muss das nicht zulasten der Versicherten gehen und kann trotzdem helfen, Gelder einzusparen, auch in Milliardenhöhe.

### **36. Warum wird die sogenannte 3-Jahres-Regel abgeschafft?**

Ein Wechsel in die private Krankenversicherung soll zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein. Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze sollen damit künftig wieder früher eigenverantwortlich über ihren Versicherungsschutz entscheiden können.

### **37. Was ist in dieser Legislaturperiode noch geplant?**

Zusätzlich sind im Laufe der Legislaturperiode weitere strukturelle Reformen zur Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitssystem geplant. Mit einer Korrektur der Honorarreform soll ein einfaches und verständliches Vergütungssystem für die ärztliche Versorgung erreicht werden, das die Leistungen adäquat abbildet und regionale Besonderheiten berücksichtigt. Weitere Maßnahmen im ambulanten Bereich sollen der Sicherung der flächendeckenden Versorgung dienen. Dazu zählen neben der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung auch Anreize bei Vergütung und Ausbildung.

Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung sollen zudem eine zielgerichtete Präventionsstrategie mit einer klaren Aufgaben- und Finanzverteilung sowie ein Ausbau der Gesundheits- und Versorgungsforschung beitragen.

### **38. Was passiert mit dem Morbi-RSA?**

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich bleibt bestehen.

### **39. Wie geht es mit den Hausärzten weiter?**

Das Vergütungsniveau der hausarztzentrierten Versorgung wird künftig auf das Niveau der Regelversorgung begrenzt, aber es gibt Vertrauensschutz für bereits abgeschlossene rechtskräftige Verträge.

### **40. Was passiert genau mit dem Gesundheitsfonds und wie weist der Fonds künftig Gelder zu?**

Die Zuweisungen aus dem Fonds fließen weiterhin an die Krankenkassen, die Kriterien bleiben dabei grundsätzlich unverändert. Künftige Ausgabensteigerungen werden aber über die direkt an die Krankenkassen gezahlten Zusatzbeiträge finanziert. Damit wird der Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds an den Gesamtausgaben des Gesundheitssystems sukzessive geringer werden.