

Gesundheitsfonds

Inhaltsverzeichnis [\[Verbergen\]](#)

- [1. Das Wichtigste in Kürze](#)
- [2. Hintergrund](#)
- [3. Beitragssatz](#)
- [4. Zusatzbeitrag](#)
- [5. Risikostrukturausgleich mit Morbi- RSA](#)
- [6. Wer hilft weiter?](#)
- [7. Download](#)
- [8. Verwandte Links](#)

1. Das Wichtigste in Kürze

Mit Einführung des Gesundheitsfonds wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) neu gestaltet. Seit 1.1.2009 fließen alle Einnahmen der GKV in den Gesundheitsfonds und werden dann an die einzelnen Krankenkassen weiterverteilt. Für alle Versicherten gilt ein einheitlicher Beitragssatz, den die Bundesregierung festlegt.

2. Hintergrund

Der Gesundheitsfonds ist ein Bestandteil der [Gesundheitsreform 2007](#) bzw. des "Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz), das seit 1.4.2007 in Kraft ist.

Ziel des Gesundheitsfonds sollen gerechtere Voraussetzungen für den Wettbewerb der Krankenkassen sein. Die Gelder werden an die einzelnen Krankenkassen verteilt. Für jeden Versicherten gibt es einen Grundbetrag, dazu kommen Zuschläge, die sich nach Alter, Geschlecht und schweren oder chronischen Erkrankungen zusammensetzen.

Zur schrittweisen Finanzierung u.a. der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern zahlt der Bund einen Steuerzuschuss in den Fonds ein. Dieser soll 4 Milliarden € in 2009 betragen und um jährlich 1,5 Milliarden € ansteigen, bis das geplante Gesamtvolumen von 14 Milliarden € erreicht ist.

3. Beitragssatz

Seit 1.1.2009 gilt für alle Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz für alle Versicherten. Seit 1.7.2009 ist der einheitliche Beitragssatz 14,9 %. Außerdem gibt es einen ermäßigten Beitragssatz von 14,3 % für freiwillig Versicherte ohne Krankengeldanspruch.

Der Beitragssatz soll bis zum 1.11. eines Jahres, mit Wirkung ab dem 1.1. des darauffolgenden Jahres, durch die Bundesregierung festgelegt werden. Soll der Beitragssatz innerhalb eines Jahres angepasst werden, dann muss dies 2 Monate vorher angekündigt werden. Beispiel: Eine Beitragssatzerhöhung zum 1.7.2010 muss spätestens am 1.5.2010 angekündigt werden.

4. Zusatzbeitrag

Die Krankenkassen können einen Zusatzbeitrag für die Versicherten erheben, wenn das Geld aus dem Gesundheitsfonds für die Leistungen nicht ausreicht. Der Zusatzbeitrag darf maximal 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen betragen. Erhebt eine Krankenkasse diesen Zusatzbetrag, dann kann der Versicherte vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen. Details zur Kündigung unter **Krankenkassen**.

Krankenkassen, die mit dem zugewiesenen Geld aus dem Fonds auskommen, können ihren Mitgliedern Prämienauszahlungen oder andere finanzielle Vergünstigungen gewähren. Zahlt die Krankenkasse diese Prämie nicht oder verringert sie die Höhe der Zahlung, kann der Versicherte auch vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen.

Empfänger von **Sozialhilfe** und einer **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** müssen den Zusatzbeitrag nicht selbst aufbringen, dies übernimmt das Sozialamt bzw. das Grundsicherungsamt. Bei Empfängern von **Arbeitslosengeld II** kann die Agentur für Arbeit die Beiträge in Härtefällen übernehmen.

5. Risikostrukturausgleich mit Morbi- RSA


Der Risikostrukturausgleich (RSA) gleicht die Unterschiede der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen aus.

Manche Kassen haben viele junge und daher meist gesündere Mitglieder, andere Kassen haben mehr ältere und deshalb eher teurere Mitglieder. Deshalb wurde 1994 ein Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen eingeführt, um Einnahmeunterschiede und Belastungsunterschiede (Gesundheit und Zahl der beitragsfrei versicherten Mitglieder) auszugleichen. Früher wurden die Versorgungskosten eines Versicherten u.a. in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente, Krankengeldanspruch und Teilnahme an einem zugelassenen **Disease-Management- Programm** errechnet.


Der bisherige RSA wurde zum 1.1.2009 vom morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi- RSA) ersetzt. Damit wird der tatsächliche Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigt.

Krankenkassen bekommen für jeden Versicherten eine Pauschale, die den durchschnittlichen Pro- Kopf- Verbrauch in der gesetzlichen Krankenversicherung abdecken soll. Für junge und gesunde Mitglieder gibt es einen Abschlag, für kranke Versicherte einen Zuschlag. Um diesen Zuschlag zu ermitteln, wurden 80 Krankheiten ausgewählt und die durchschnittlichen Kosten errechnet, die durch die jeweilige Erkrankung entstehen. Die Diagnosen und Arzneimittelverordnungen der Ärzte sind ab 2009 Grundlage für die Entscheidung, ob die Krankenkasse für den jeweiligen Patienten einen Morbi- RSA erhält oder nicht. Weitere Zuschläge sind vorgesehen, wenn der Versicherte eine **Erwerbsminderungsrente** bezieht.

6. Wer hilft weiter?

Das **Bundesversicherungsamt**, das bereits den RSA zwischen den Krankenkassen durchführt, verwaltet auch den Gesundheitsfonds. Unter  **www.bundesversicherungsamt.de** finden Sie Informationen zum Gesundheitsfonds, zum früheren und zum jetzigen RSA.

7. Download

Alle vorstehenden Informationen können Sie hier auch als pdf  [Gesundheitsfonds](#) downloaden.

8. Verwandte Links

[Gesundheitsreform 2007](#)

[Krankenkassen](#)

[Krankenversicherung](#)

Letzte Aktualisierung am 20.01.2010 Redakteur/ in: Sabine Bayer

© 2010 [beta Institut](#) gemeinnützige GmbH | [Kontakt](#) | [Impressum](#)