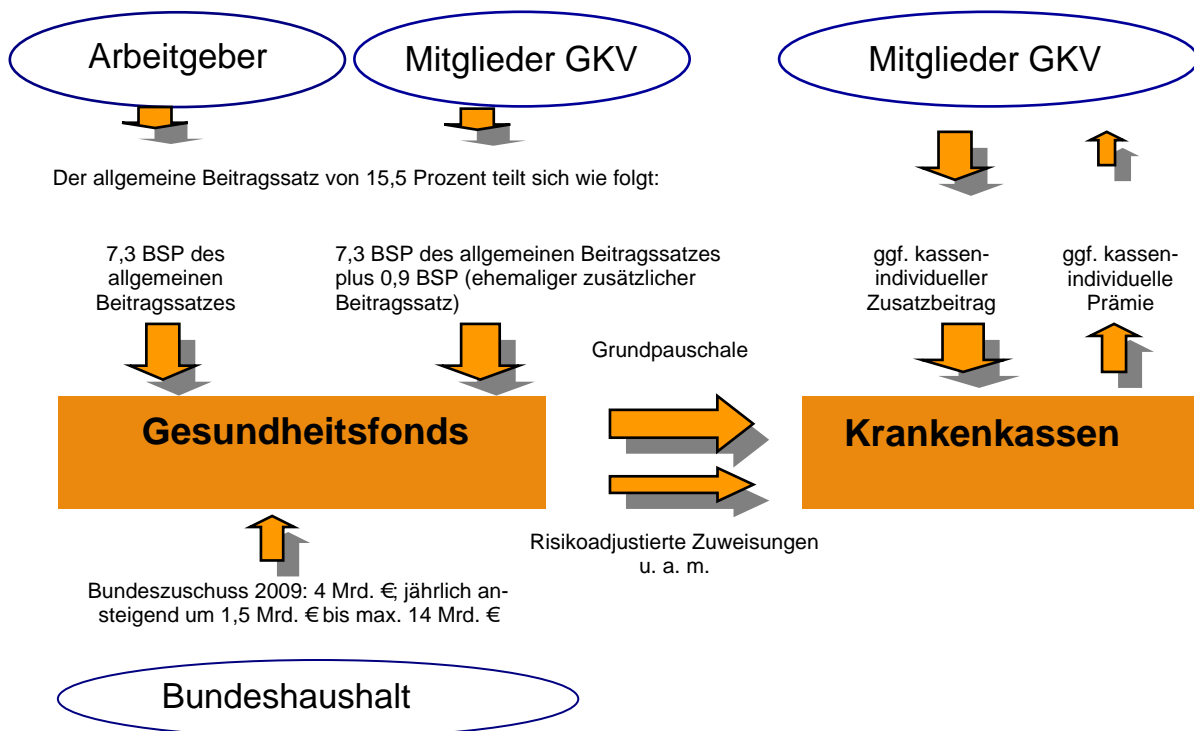


Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 wird im Gesundheitswesen Deutschlands eine einschneidende Zäsur vorgenommen. Ab diesem Zeitpunkt müssen die gesetzlichen Krankenkassen die erhobenen Beiträge an den Gesundheitsfonds, der als Sondervermögen beim Bundesversicherungsamt verwaltet wird, abführen. Aus diesem Fonds erhalten die Krankenkassen ihre Finanzmittel zur Deckung der Ausgaben. Für alle gesetzlichen Krankenkassen - ausgenommen ist lediglich die landwirtschaftliche Krankenversicherung - gilt ab diesem Zeitpunkt der von der Bundesregierung per Rechtsverordnung festgelegte einheitliche Beitragssatz. Die Krankenkassen verlieren damit ihre Beitragsautonomie. Reichen einer Kasse die Zuweisungen aus dem Fonds nicht aus, um die Ausgaben für ihre Versicherten zu decken, so hat sie die Möglichkeit, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Im Zusammenhang mit dieser Umorganisation der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die im unten stehenden Schaubild veranschaulicht wird, tauchen bestimmte Begrifflichkeiten auf, die in diesem Glossar zusammengeführt sind. Das vorliegende Glossar dient der schnellen Information über die gängigen Begrifflichkeiten und erläutert diese kurz und prägnant.



Allgemeiner Beitragssatz: auch einheitlicher Beitragssatz. Ist ein proportionaler Beitragssatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen (Arbeitsentgelt, Rente und Versorgungsbezüge). Seine Festlegung erfolgt bis zum 01.11.2008 erstmalig mittels Rechtsverordnung durch die Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrates (§ 241 SGB V). Zum Start des Gesundheitsfonds wird der allgemeine Beitragssatz 15,5 Prozent betragen. Von diesem

Beitragssatz tragen 7,3 Beitragssatzpunkte die Arbeitgeber. Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben 8,2 Beitragssatzpunkte zu tragen. Dies entspricht 53 Prozent der Beitragslast. Bei Letzterem sind die 0,9 Beitragssatzpunkte eingerechnet, die im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) seit dem 01.07.2005 der alleinigen Finanzverantwortung der Versicherten zugewiesen worden sind (s. Zusätzlicher Beitragssatz). Mit dem Beitragssatz von 15,5 Prozent und einem Steuerzuschuss des Bundes (s. Bundeszuschuss) soll ein Finanzvolumen erhoben werden, das zu Beginn des Gesundheitsfonds alle Ausgaben deckt und keine Zusatzbeiträge nötig macht.

Beitragseinzug: Die Beiträge eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten werden vom Arbeitgeber einbehalten und an die Krankenkasse des Beschäftigten überwiesen. Zur Vermeidung von Bürokratie werden die Beiträge von Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung zusammengefasst und als Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Krankenkasse als Einzugsstelle überwiesen. Die Krankenkasse verteilt die Gelder an die jeweiligen Sozialversicherungsträger. Dieses Verfahren bleibt auch mit Einführung des Gesundheitsfonds erhalten. Die Krankenkasse überweist dann jedoch den Anteil für Krankenversicherung kalendertäglich weiter an den Gesundheitsfonds beim Bundesversicherungsamt (BVA). Zusätzlich haben die Arbeitgeber ab dem 1. Januar 2011 die Möglichkeit, Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen an eine einzelne beauftragte Stelle (Weiterleitungsstelle) zu entrichten. Dies kann neben einer Krankenkasse auch z. B. ein Verband oder eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen sein.

Beitragsausfälle: Kommt ein Mitglied einer Krankenkasse seiner Pflicht zur Beitragszahlung nicht nach, hat die Krankenkasse die Möglichkeit, über ein Mahnverfahren die rückständigen Beiträge einzuziehen. Mündet dieses Verfahren in eine Privatinsolvenz, wird die Beitragsschuld entsprechend der Regelungen des Insolvenzrechts behandelt und aus der Vermögensmasse ganz oder teilweise getilgt. Nach der letzten Gesundheitsreform und unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds ist zwischen dem allgemeinen Sozialversicherungsbeitrag und Prämien für Wahltarife zu differenzieren. Hinzu kommt ab dem nächsten Jahr unter Fondsbedingungen ggf. noch der Zusatzbeitrag. Da weder die Wahltarifprämien noch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag Gesamtsozialversicherungsbeiträge darstellen, hat der Gesetzgeber dem Mitglied die Möglichkeit eingeräumt, eine Tilgungsreihenfolge zu bestimmen. Macht er von diesem Recht keinen Gebrauch, sind die Beiträge, der Zusatzbeitrag und die Prämien für ggf. in Anspruch genommene Wahltarife in genau dieser Reihenfolge zu tilgen. Auslagen der Einzugsstelle und Mahngebühren sind vorrangig zu behandeln, Säumnisgebühren, Zinsen, Geldbußen nachrangig.

Bundesversicherungsamt: Das auch kurz BVA genannte Amt ist eine 1956 durch Gesetz errichtete selbstständige Bundesoberbehörde, die im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales liegt. Als Rechtsaufsichtsbehörde für die Bereiche der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung arbeitet das BVA fachlich mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zusammen, im Hinblick auf die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Im Rahmen seiner aufsichtsrechtlichen Tätigkeit unterliegt das BVA nur allgemeinen Weisungen der Bundesministerien und keinen Weisungen im Einzelfall. Neu: Das BVA verwaltet den Gesundheitsfonds. Dafür sind 21 Verwaltungsstellen eingerichtet worden. Präsident des BVA ist Josef Hecken, Vizepräsidentin ist Sylvia Bohlen-Schöning.

Bundeszuschuss: Mit diesem staatlichen Steuerzuschuss leistet der Bund eine pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen. Der Bundeszuschuss ist gesetzlich festgeschrieben (§ 221 SGB V) und beträgt für die Jahre 2007 und 2008 jeweils 2,5 Milliarden Euro. Er erhöht sich ab 2009 - also mit Einführung des Gesundheitsfonds - jeweils jährlich um 1,5 Milliarden bis zu einer Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro jährlich. Damit soll insbesondere auch die Versicherung von Kindern, primär eine familienpolitische Maßnahme, abgegolten werden. Schon einmal gab es einen Steuerzuschuss für versicherungsfremde Leistungen. Zur Gegenfinanzierung wurde die Tabaksteuer in den Jahren 2004 und 2005 angehoben. Allerdings hat der Bundestag dann 2006 mit dem Haushaltsbegleitgesetz die Kürzung des Bundeszuschusses beschlossen (von 4,2 Milliarden um 2,7 Milliarden Euro auf 1,5 Milliarden Euro).

Direktzahler: Institutionen, die ihre Beiträge unmittelbar an den Gesundheitsfonds zu entrichten haben, werden als Direktzahler bezeichnet. Ein Beitragseinzug durch die Krankenkassen erfolgt nicht. Zu den versicherten Personenkreisen dieser Institutionen gehören pflichtversicherte Rentner durch RV-Träger, Arbeitslose durch Bundesagentur für Arbeit (BA), Alg II-Empfänger durch BA und Kommunen, Künstler/Publizisten durch Künstlersozialkasse, Wehr-/Zivildienstleistende durch zuständige Bundesämter.

Ermäßigter Beitragssatz: Neben dem allgemeinen Beitragssatz (s. Allgemeiner Beitragssatz) gibt es den ermäßigten Beitragssatz für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankentagegeld haben und für Studenten. Der ermäßigte Beitragssatz wird ebenfalls zum 01.11.2008 durch Rechtsverordnung festgelegt und 14,9 Prozent betragen. Er entspricht dem Betrag der Gesamtausgaben abzüglich der Krankengeldausgaben. Die Ermittlung wird pauschaliert vorgenommen.

Fondsausstattung: Der Gesundheitsfonds wird aus zwei Finanzquellen gespeist: den Beiträgen der Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung - diese werden von den Arbeitnehmern, Arbeitgebern, Studenten, Rentnern aufgebracht - und einem Bundeszuschuss (s. Bundeszuschuss), der im Wesentlichen die versicherungsfremden Leistungen refinanzieren soll. In der Startphase muss gewährleistet sein, dass über den allgemeinen Beitragssatz und dem Bundeszuschuss genügend Geld zur Verfügung steht, um die Ausgaben der Krankenkassen zu 100 Prozent zu decken und den gesetzmäßig vorgeschriebenen Aufbau der Schwankungsreserve (s. Liquiditätsreserve) zu ermöglichen. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Arbeit des Schätzerkreises (s. Schätzerkreis), der eine valide Prognose der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen und damit die Grundlage für die Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes zu liefern hat. Der allgemeine Beitragssatz bleibt solange eingefroren, bis er die Ausgaben der Kassen nicht mehr zu 95 Prozent deckt. Erst dann wird er angepasst. Den fehlenden Deckungsbeitrag seiner Krankenkasse muss der Versicherte alleine über den kassenindividuellen Zusatzbeitrag finanzieren.

Gesundheitsfonds: Mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds beim BVA wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung umorganisiert. Die Krankenkassen ziehen zwar auch zukünftig die Beiträge ihrer Mitglieder ein, haben aber keinen Einfluss mehr auf die Höhe des Beitragssatzes, denn der allgemeine Beitragssatz (s. Allgemeiner Beitragssatz) wird per Rechtsverordnung von der Bundesregierung festgelegt. Die Beiträge überweisen die

Krankenkassen an das BVA, das den Fonds verwaltet und seinerseits die Zuweisungen aus dem Fonds an die Kassen vornimmt. Der Gesundheitsfonds geht ursprünglich auf einen Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesfinanzministerium zurück. Er wird als Kompromiss zwischen den Konzepten der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie verstanden.

Insolvenz: Die Insolvenzgesetzgebung gilt als eine Grundlage zur Schaffung gleicher Wettbewerbsverhältnisse zwischen den Krankenkassen beim Start des Gesundheitsfonds. Sie regelt, dass ab dem 01.01.2009 auch landesunmittelbare Krankenkassen Insolvenz anmelden können. Bisher waren nur Kassen unter Aufsicht des BVA (z. B. die Ersatzkassen) insolvenzfähig. Regionale Kassen, z. B. Ortskrankenkassen, konnten bislang bei Zahlungsschwierigkeiten durch die Aufsicht in letzter Konsequenz nur geschlossen werden. Für die Verbindlichkeiten gegenüber den Gläubigern haftete das jeweils zuständige Bundesland. Mit Einführung des Insolvenzrechtes haften bei einer Insolvenz zunächst die anderen Kassen der gleichen Art: Ortskrankenkassen, Ersatzkrankenkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen - danach haftet die Krankenversicherung insgesamt. Zur Vermeidung von Insolvenzen sieht das neue Recht vor, dass die Krankenkassen untereinander freiwillig Verträge über gegenseitige Finanzhilfe abschließen.

Kassenindividueller Zusatzbeitrag: Kann eine Krankenkasse ihren Finanzbedarf aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds nicht decken, wird sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Der Zusatzbeitrag ist zwar ein Krankenversicherungsbeitrag, aber kein Gesamtsozialversicherungsbeitrag, weshalb Höhe, Fälligkeit und Einzugsmodalitäten in der Satzung der Krankenkasse zu regeln sind. Der Zusatzbeitrag darf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds nicht überschreiten (Überforderungsklausel). Bis zu einer Höhe von acht Euro entfällt eine Prüfung der beitragspflichtigen Einnahmen. Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag darf grundsätzlich als prozentualer Beitragssatz oder Pauschalbetrag erhoben werden.

Konvergenzregel: Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht in § 272 SGB V vor, dass Krankenkassen in Ländern mit bisher überdurchschnittlichen Beitragseinnahmen und Ausgaben in einer Übergangsphase zusätzliche Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Die Klausel ist auf Druck des Landes Bayern in das Gesetz gekommen. Sie begrenzt die negativen Umverteilungswirkungen, die sich aus der Einführung des Gesundheitsfonds ergeben können, in jährlichen Schritten auf maximal 100 Millionen Euro pro Jahr und Bundesland. Rechnerisch werden die Einnahmen der Krankenkassen für die in einem Bundesland wohnhaften Versicherten fortgeschrieben und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenübergestellt. Dabei werden die Einnahmen um die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen aufgrund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung bereinigt. Übersteigen die fiktiven Einnahmen um mehr als 100 Millionen Euro die erwarteten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, werden die Zuweisungen an die Krankenkassen in dem betreffenden Land so verändert, dass diese Grenze genau erreicht wird. Die notwendigen Gelder für den Ausgleich sollen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds genommen werden.

Konvergenzphase: Wissenschaftler und Kassenfunktionäre haben reklamiert, dass die einseitige Betrachtungsweise der Finanzierungsseite außer Acht lässt, dass auf der Versorgungs- und Leistungserbringerseite betriebswirtschaftliche Anpassungszwänge ausgelöst werden. Die unterschiedlichen regionalen Kosten- und Versorgungsstrukturen einerseits und

die noch unbefriedigende Datenlage zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (s. Morbi-RSA) andererseits bewirken, dass die Effekte auf die Haushalte der Krankenkassen kaum zu schätzen sind. Deshalb sollte der Fonds nicht sofort scharf geschaltet werden. In einer Übergangsphase von mindestens einem Jahr sollte deshalb die faktische Abrechnung im heutigen System bestehen bleiben und von einer virtuellen Fondsabrechnung begleitet werden, die Aufschluss über die finanziellen Wirkungen des Gesundheitsfonds - auch unter regionalen Aspekten - gibt. Weitergehende Vorschläge zielen darauf ab, an diese einjährige budgetneutrale Phase eine mehrjährige Konvergenzphase anzuschließen, wie es auch bei der Einführung des neuen Krankenhausfinanzierungssystems praktiziert worden ist. Damit könnten ungewollte Prozesse, wie zum Beispiel Kasseninsolvenzen (s. Insolvenz), aufgrund von widersprüchlichen gesetzlichen Regelungen vorhergesehen und vermieden werden.

Liquiditätsreserve: Der Gesundheitsfonds hat eine Liquiditätsreserve aufzubauen, um die unterjährigen Schwankungen bei den Einnahmen und nicht vorhergesehene Einnahmeausfälle zu decken. Derzeit ist geplant, den Aufbau der Liquiditätsreserve auf vier Jahre zu strecken. Zudem soll sie im Endzustand die Größenordnung eines Fünftels einer durchschnittlichen Monatsausgabe erreichen. Konkret sind seitens des Schätzerkreises 800 Millionen Euro pro Jahr veranschlagt. Zum Vergleich: Heute sind die Rückstellungen der Krankenkassen mit mindestens ein Viertel, höchstens aber das Einfache der auf den Monat entfallenden Ausgaben deutlich höher. Reicht die Liquiditätsreserve nicht aus, gewährt der Bund dem Gesundheitsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel. Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzuzahlen. Aus der Liquiditätsreserve sollen auch die Aufwendungen zur Umsetzung der Konvergenzregelung (s. Konvergenzregel) entnommen werden.

Morbi-RSA: Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbidität = Krankheitsanfälligkeit) wird auch kurz Morbi-RSA genannt. Auf Basis von 80 ausgewählten Diagnosen, Alter und Geschlecht erhalten die Krankenkassen einen Zuschlag zur Grundpauschale (siehe: Verteilung der Fondsmittel). Diese Diagnosen sind vom BVA festgelegt und veröffentlicht worden. Der Morbi-RSA soll sicherstellen, dass Krankenkassen, die viele chronisch kranke Menschen versichern, im Wettbewerb nicht schlechter gestellt sind als beispielsweise Krankenkassen, die hauptsächlich junge und gesunde Menschen versichern. Vielmehr sollen Anreize geschaffen werden, die Versorgung für chronisch kranke Menschen zu verbessern.

Schätzerkreis: Der GKV-Schätzerkreis ist ein Gremium von Experten des Bundesversicherungsamtes (BVA), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Angesiedelt ist er beim BVA. Der Schätzerkreis hat die Aufgabe, auf der Basis der amtlichen Statistiken der GKV, der gesamtwirtschaftlichen Prognose der Bundesbank und wissenschaftlicher Expertisen die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung des laufenden Jahres zu bewerten und auf dieser Grundlage eine Prognose über den erforderlichen Beitragsbedarf des jeweiligen Folgejahres zu treffen. Er hat weiterhin die Aufgabe, die gesetzlich vorgesehene Deckungsquote einschließlich der erforderlichen Schwankungsreserve (s. Liquiditätsreserve) des laufenden und des folgenden Jahres zu prognostizieren und zu bewerten. Seine Expertise soll die Entscheidung der Bundesregierung über die Höhe des erforderlichen allgemeinen Beitragssatzes der GKV (s. Allgemeiner Beitragssatz) fachlich unterstützen. Gesetzliche Grundlage ist der § 241 Abs. 2 des SGB V. Im Vorfeld der erstmaligen Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes kam der Schätzerkreis zwar

hinsichtlich der Entwicklung der Einnahmeseite zu übereinstimmenden Ergebnissen. In Bezug auf die Schätzung der Ausgaben für das Jahr 2009 konnte jedoch zwischen BMG und BVA auf der einen Seite und den Krankenkassen andererseits kein Einvernehmen erzielt werden.

Sonderkündigungsrecht: Mit Einführung des Gesundheitsfonds und des einheitlichen Beitragssatzes verändert sich auch das Sonderkündigungsrecht. Erst wenn eine Krankenkasse einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erhebt, gilt zukünftig das Sonderkündigungsrecht. Laut Gesetz kann der Versicherte dann bis zur ersten Fälligkeit des Zusatzbeitrages seine Mitgliedschaft kündigen. Die 18-monatige Bindungsfrist gilt hier nicht. Das Sonderkündigungsrecht gilt nicht, wenn das Mitglied sich für einen Wahltarif entschieden hat. Hier ist es an die dreijährige Bindungsfrist gebunden. Die dreijährige Bindungsfrist gilt nicht bei Wahlтарifen zu besonderen Versorgungsformen wie der hausarztzentrierten Versorgung oder der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen.

Überforderungsklausel: Erhebt eine Kasse einen Zusatzbeitrag (s. kassenindividueller Zusatzbeitrag), der höher als acht Euro/Monat liegt, so ist im Rahmen einer Einkommensprüfung sicherzustellen, dass der Zusatzbeitrag eine Höhe von ein Prozent der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nicht überschreitet. Die Überforderungsklausel kann in Verbindung mit der 95-Prozent-Regelung zu besonderen Problemen führen: Kann eine Krankenkasse einen über die Fondszuweisungen hinausgehenden Finanzbedarf nicht über Zusatzbeiträge decken, weil dies durch die Überforderungsklausel begrenzt wird, gerät sie in eine akute finanzielle Schieflage. Dies trifft zuerst Krankenkassen, deren Mitgliederstruktur durch einen hohen Anteil an Geringverdienern, Rentnern und Arbeitslosengeld II-Empfängern gekennzeichnet ist. Es kann daneben zu fragwürdigen unternehmenspolitischen Effekten kommen. Schließlich werden zumindest übergangsweise die leistungsfähigeren Mitglieder der betroffenen Krankenkasse durch überproportional steigende Zusatzprämien zusätzlich belastet, was nach Ansicht von Experten Wanderungsbewegungen zu günstigeren Krankenkassen auslöst und die wirtschaftliche Not der betroffenen Krankenkasse zusätzlich verschärft.

Versichertenkonten: Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag (s. kassenindividueller Zusatzbeitrag), muss sie hierfür für jedes Mitglied ein Versichertenkonto einrichten und den Beitrag einziehen. Dies ist notwendig, weil der kassenindividuelle Zusatzbeitrag nicht dem gleichen Beitragseinzugsverfahren (s. Beitragseinzug) unterliegt wie der allgemeine Beitrag, der z. B. durch den Arbeitgeber abgeführt wird. Beim Zusatzbeitrag hingegen muss die Krankenkasse das Geld bei den Mitgliedern einziehen. Zahlt das Mitglied nicht, muss die Krankenkasse in jedem Einzelfall ein Mahnverfahren anstreben. Die Versichertenkonten sind ebenfalls notwendig, um gegebenenfalls Prämien an den Versicherten auszuschütten, wenn die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds die tatsächlich entstandenen Ausgaben übersteigt.

Verteilung der Fondsmittel: Im Rahmen der Zuteilung aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen eine Grundpauschale pro Versicherten. Dazu addieren sich Zu- bzw. Abschläge, die sich an der Erkrankung der Versicherten orientieren und die über den sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (s. Morbi-RSA) bestimmt werden. Hinzu kommt eine Pro-Kopf-Pauschale für Satzungsleistungen und eine standardisierte Zuweisung für die Verwaltungskosten. Pro DMP-Patienten erhält die Krankenkasse noch eine Programmkostenpauschale in Höhe von 180 Euro.

Verteilungswirkung: Grundsätzlich werden die Mittel für den Gesundheitsfonds von Arbeitnehmern und Arbeitgebern erhoben. Ausgehend von einem allgemeinen Beitragssatz (s. Allgemeiner Beitragssatz) in Höhe von 15,5 Prozent zu Beginn tragen die Arbeitgeber somit 7,3 Beitragssatzpunkte und die Arbeitnehmer 8,2 Beitragssatzpunkte, denn diese zahlen seit 1. Juli 2005 einen zusätzlichen Beitrag in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten. Die ehemals hälftige Parität hat sich also zu Lasten der Arbeitnehmer verschoben. Ab dem Zeitpunkt, an dem die Mittel aus dem allgemeinen Beitragssatz die Ausgaben der Krankenkassen nicht mehr vollständig decken und kassenindividuell Zusatzbeiträge erhoben werden müssen, verändert sich dieses Verhältnis weiter zuungunsten der Versicherten. Erschwerend tritt hinzu, dass die Erhebung eines pauschalen Zusatzbeitrages die Bezieher niedriger Einkommen und Empfänger kleinerer Renten relativ stärker belastet als Bezieher hoher Einkommen. Kritiker halten aus diesem Grund den Zusatzbeitrag für unsozial.

Zusätzlicher Beitragssatz: Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz und in Abänderung durch das Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz sind die Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet worden, ab dem 1. Juli 2005 einen zusätzlichen Obulus zu ihrer Krankenversicherung zu leisten. Dieser außerhalb der paritätischen Finanzierung erhobene zusätzliche Beitrag beträgt 0,9 Beitragssatzpunkte. In der politischen Argumentation wurde die Höhe des zusätzlichen Beitragssatzes mit den Ausgaben für Zahnersatz und Krankengeld in Verbindung gebracht. Der zusätzliche Beitragssatz ist unter Fondsbedingungen im allgemeinen Beitragssatz "eingepreist" worden. Er geht nach wie vor allein zu Lasten des Krankenversicherungsmitglieds.

Zusatzprämie: Übersteigen die Fondszuweisungen den Finanzbedarf einer Krankenkasse, kann diese in ihrer Satzung festlegen, dass der überschießende Betrag ganz oder anteilig als Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt wird. Partizipieren können aber nur Mitglieder, die ihren Krankenversicherungsbeitrag auch zahlen.