

Pressemitteilung

17.11.2010

Auch 2011 kein Zusatzbeitrag bei der BERGISCHEN

Bereits das zweite Jahr in Folge kann die BERGISCHE auf einen Zusatzbeitrag ihrer rund 70.000 Versicherten verzichten. Stattdessen erweitert die Krankenkasse mit Hauptsitz in Solingen ihr Portfolio.

Solingen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat die Zahlen auf den Tisch gelegt. Seit heute weiß jede Krankenkasse genau, wie viel Geld sie im vergangenen Jahr eingenommen hat. Aus diesem Bescheid zieht die BERGISCHE ein positives Fazit: Dank vorausschauender Finanzplanung sind mehr Leistungen statt Mehrausgaben 2011 das große Thema. Ein Zusatzbeitrag wird auch im kommenden Jahr nicht fällig.

Ausgaben für Versicherte höher als Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds

Neben ihren gesetzlichen Leistungen erbringt die BERGISCHE im Vergleich zu manch anderer Krankenkasse besonders viele Zusatzleistungen. Und das, obwohl sie für diese sogenannten Satzungsleistungen aus dem Gesundheitsfonds 2009 weniger Geld erhielt, als sie für ihre Versicherten ausgegeben hat. Die Differenz zwischen beträgt rund 1.200 Euro. Das ist aber gewollt, erklärt Vorstand Joachim Wichelhaus: „Unsere Mitglieder profitieren von starken Leistungen. Das zeichnet uns aus. In die Gesundheit unserer Mitglieder zu investieren hat sich seit Langem bewährt. Nicht nur, dass sich die Menschen wohler fühlen – sie vermeiden auch ernste Beschwerden, die für uns als Kasse wiederum hohe Kosten bedeuten würden.“ Unter anderem hat die BERGISCHE die Zuschüsse für Präventionskurse, zum Beispiel Rückenschule oder Raucherentwöhnung, von jährlich 150,00 auf 500,00 Euro pro Versicherten aufgestockt. Ihr Netzwerk in der Region hat sie erweitert, um mit noch mehr Gesundheits-Partnern zusammenarbeiten zu können. „Bei uns als regional geöffnete Kasse genießen unsere Mitgliedern ganz andere Möglichkeiten als bei einem global player, der bundesweit den Bedarf seiner Versicherten decken muss.“

Aktuelle und geplante Neuerungen

Unter anderem öffnet zum Jahreswechsel ein neues Kundenzentrum in der Solinger Innenstadt. „Wir rücken noch näher zu unseren Versicherten“, sagt Wichelhaus. „Das neue Kundenzentrum bietet neben modernem Komfort auch die bewährte kompetente Beratung durch unsere erfahrenen Mitarbeiter.“ Das Motto: Dialog – in Wohlfühl- statt Büro-Atmosphäre. Zudem hat die BERGISCHE ihren Schwerpunkt „Naturheilverfahren“ gefestigt. Unter anderem profitieren die Versicherten von Sonderkonditionen bei Heilpraktikern. Möglich macht das eine bisher einmalige Kooperation. Beim Arzt erhalten die Versicherten überdies zahlreiche

Behandlungsmethoden aus Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie erhalten die Versicherten auf Krankenkassenkarte.

Gut zu wissen: Prädikat „unbedenklich“

Die gute Wirtschafts- und Finanzlage der BERGISCHEN macht sich nicht nur an einem Verzicht auf Zusatzbeitrag und erweiterten Leistungen bemerkbar. Auch von unabhängiger Stelle – dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen – wird ihre dauerhafte Leistungsfähigkeit mit der Bewertung: „unbedenklich“ bestätigt (Stand: Ende Juni 2010). Damit gehört die BERGISCHE zu einem kleinen Kreis – die Bilanz des Scoring-Modells ist traurig: Nur 37 von 154 geprüften Kassen erhielten die bestmögliche Gesamtbewertung „keine Anhaltspunkte für eine potentielle Gefährdung“. Viele andere Kassen aus allen Kassenarten stufte der Spitzenverband in Deutschland als „gefährdet“ oder „zu beobachten“ ein. Kriterien für diese Beurteilung sind etwa Vermögen, Rücklagen und Versichertenstruktur.

Zahlen und Fakten zur BERGISCHEN

Die BERGISCHE Krankenkasse mit Hauptsitz in Solingen beschäftigt derzeit rund 125 Mitarbeiter an zwei Standorten (Solingen, Heresbachstraße 22, und Wuppertal, Schloßbleiche 29). Aktuell hat die regionale Krankenkasse rund 68.000 Versicherte und etwa 17.000 Firmenkunden. 2009 hat die BERGISCHE knapp 111 Millionen Euro ausgegeben. Darunter 25,2 Millionen Euro für stationäre Behandlungen, 19,2 Millionen Euro für Arzthonorare, 14,4 Millionen Euro für Arzneimittel und 9 Millionen Euro für Krankengeld.

Hintergrund

Morbi-RSA – was ist das?

Seit Anfang 2009 orientiert sich der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auch am Krankheitszustand der Versicherten (Morbidität). Ein Kriterium des „Morbi-RSA“ sind etwa Krankheitsrisiken der Versicherten. Zeitgleich mit dem Morbi-RSA startete am 1. Januar 2009 der Gesundheitsfonds. Morbi-RSA und Gesundheitsfonds bedingen einander inhaltlich nicht, sondern könnten auch unabhängig voneinander wirken.

Was ist der Gesundheitsfonds?

Ein Topf, in den Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Bund (Steuergelder) jährlich etwa 150 Milliarden Euro einzahlen. Daraus werden die Kosten für rund 170 Krankenkassen in Deutschland gezahlt. Verwalter ist das Bundesversicherungsamt (BVA).

Das BVA rechnet die genauen Geldbeträge für jede gesetzliche Krankenkasse in Deutschland aus. Dazu teilt es den Krankenkassen zweimal im Jahr den Sachstand mit. Einmal vorläufig, einmal endgültig. Das funktioniert per **Bescheid** (siehe unten).

Wofür bekommt eine Krankenkasse Geld aus dem Gesundheitsfonds?

- 1) Für Alter und Geschlecht („Sockelbetrag“). Beispiel: Für eine Frau zwischen 45 und 49 Jahren sind das 2010 monatlich 91,69 Euro.
- 2) für Morbidität („morbiditätsabhängige Zuschläge“), definiert anhand von 80 definierten Krankheiten. Morbidität = Krankheitshäufigkeit eines Menschen: Bei 80 festgelegten Krankheiten ist die Morbidität höher als bei einer gesunden Person, etwa bei Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ II, HIV
- 3) für Verwaltungskosten, unter anderem Personalgehälter, Miete, Hard- und Software sowie Telekommunikation. Jede gesetzliche Krankenkasse in Deutschland bekommt denselben Fixbetrag für ihre Verwaltungskosten (=halbe Summe aller Verwaltungskosten geteilt durch Anzahl der GKV-Versicherten). Die andere Hälfte der Summe wird anhand der Morbidität einer Krankenkasse gezahlt. Je mehr gesunde Mitglieder, desto niedriger ist dieser Morbiditätsanteil.
- 4) für Satzungsleistungen - die sind in der Satzung jeder Krankenkasse festgeschrieben. Beispiele bei der BERGISCHEN: Bonusheft, primäre Prävention
- 5) für Ermessensleistungen (Leistungen, die eine Krankenkasse genehmigt, wenn sie intern festgelegten, nachprüfbaren Kriterien entspricht). Beispiel: Finanzielle Zuschüsse für Mutter-Kind-Kuren, ergänzende Leistungen zu Reha-Maßnahmen
- 6) für Pflichtleistungen. Zum Beispiel Schutzimpfungen und Mutter-/Vater-Kind-Kuren.
- 7) für strukturierte Behandlungsprogramme (disease-management-programs, kurz DMP). Das sind Programme für chronisch Kranke, etwa Diabetiker oder Herzpatienten.

Ist der Gesundheitsfonds die einzige Geldeinnahmequelle einer Krankenkasse?

Nein. Aus Zinsen, Geldanlagen und Erstattungsansprüchen wird auch noch Geld eingenommen, allerdings ist die Summe im Vergleich zu den Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds verschwindend gering.

Wie sicher kann eine Krankenkasse jedes Jahr ihre Finanzen planen?

Nicht sehr sicher. Der Sachverhalt lässt sich mit der Situation eines Stromzählers vergleichen. Die Krankenkasse bekommt jeden Monat eine bestimmte Summe („Abschlag“). Ob diese Summe für ihre Ausgaben ausreichte, zu hoch oder zu niedrig war, zeigt sich erst im nachfolgenden Jahr. Die Kasse müsste also Geld zurückzahlen (nachträglich erhalten), wenn sie zu viele (wenige) Abschläge bekommen hat.

Wie die konkrete Finanzsituation einer Krankenkasse im Vorjahr ausgesehen hat, teilt ihr das BVA per **Bescheid** mit (siehe oben): Im April kommt ein vorläufiger „Jahresausgleich“ für das

Vorjahr, im November folgt der endgültige „Jahresausgleich“ für das Vorjahr. Es kann passieren, dass die Haushaltsplanung einer Krankenkasse stark von dem BVA-Bescheid abweicht.

Für Rückfragen der Redaktion:

DIE BERGISCHE Krankenkasse
Tonia Sorrentino
Heresbachstr. 29
42719 Solingen

Tel.: 0212 2262-146
Fax: 0212 2262-5146

E-Mail: tonia.sorrentino@die-bergische-kk.de

Zeichenzahl: 6.098 (ohne Leerzeichen)

**Zur Veröffentlichung freigegeben bis einschließlich 10. Januar
2011**