

# Gesundheitsfonds und Einheitsbeitrag

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Beitragszahler in Deutschland den gleichen Beitragssatz. Krankenkassenbeiträge und Steuergelder fließen in einen zentralen Finanzierungstopf. Jede Krankenkasse erhält pro Versichertem aus dem Fonds eine pauschale Zuweisung. Sie wird nach dem prognostizierten Krankheitsspektrum der Versicherten einer Krankenkasse kalkuliert. Ungleich verteilte Krankheitsbelastungen zwischen den Krankenkassen werden für rund 80 Krankheiten über den sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ausgeglichen.

Der Bundestag wird im Spätherbst einen einheitlichen Beitragssatz festlegen. Vermutlich wird er 15,5 Prozent der Einkommen und Renten betragen.

**gesundheitplus:** Zukünftig entscheidet der Bundestag über den Beitragssatz?

**Ute Manthey-Wasserfuhr:** Bisher haben wir unseren Beitragssatz nach kaufmännischen Regeln selber festgelegt. Die zu erwartenden Ausgaben mussten durch die Einnahmen gedeckt sein, ansonsten war der Beitragssatz entsprechend anzupassen. In Zukunft wird die Politik über den Beitragssatz entscheiden. Ich befürchte, hier werden auch politische Interessen eine Rolle spielen, insbesondere dann, wenn Land- oder Bundestagswahlen anstehen. Der Wunsch nach Senkung der Lohnnebenkosten, aber auch die Wünsche nach höherer Vergütung für die Leistungserbringer werden die zukünftigen Anpassungen des Beitragssatzes beeinflussen.

**gesundheitplus:** Die Krankenkassen erhalten pauschale Zuweisungen, um ihre Ausgaben zu finanzieren. Was ändert sich für die BKK der Deutschen Bank?

**Ute Manthey-Wasserfuhr:** Wir sind gehalten, den Haushaltsplan 2009 der Aufsichtsbehörde Anfang November vorzulegen. Wir werden aber voraussichtlich erst danach erfahren, wie hoch die Zuweisungen aus dem Fonds für die BKK Deutsche Bank AG sind. Die wesentliche Berechnungsgrundlage für die Zuweisung sind die neuen Parameter des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, die darauf abstellen, wie viele Ältere oder Kranke eine einzelne Kasse versichert. Es ist ein höchst kompliziertes Geflecht aus Zu- und Abschlägen. Bisher

weiß niemand, wie sich dies bei jeder einzelnen Kasse finanziell konkret auswirkt. Das ist ein betriebswirtschaftlicher Albtraum. Zudem sind die Zuweisungen für 2009 aus dem Fonds nur vorläufig und die Endabrechnungen für die Abschlagszahlungen des Jahres 2009 werden erst im Herbst 2010 stattfinden.

**gesundheitplus:** Was passiert, wenn die kassenindividuellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Finanzierung der Kassenausgaben nicht ausreichen?

**Ute Manthey-Wasserfuhr:** Reichen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht, um die laufenden Kosten zu decken, muss die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag verlangen. Diesen tragen dann nur die Versicherten. Den von der Politik festgelegten Beitrag bezahlen Versicherte und Arbeitgeber gemeinsam. Wenn der nicht kostendeckend angepasst wird, werden zwangsläufig mehr und mehr Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Die BKK der Deutschen Bank ist solide finanziert, deshalb werden wir, nach unserem bisherigen Kenntnisstand, im kommenden Jahr keinen Zusatzbeitrag verlangen müssen.

**gesundheitplus:** Können Sie uns den Morbi-RSA erklären?

**Ute Manthey-Wasserfuhr:** In der Kürze sicherlich nicht. Er ist eine Weiterentwicklung des bisherigen Risikostrukturausgleichs, der die Nachteile durch die unter-

gesundheitplus sprach mit Ute Manthey-Wasserfuhr,  
Vorstand der BKK der Deutschen Bank



schiedliche Versichertenstruktur bei den einzelnen Krankenkassen kassenartenübergreifend ausgleichen soll. Der zukünftige Verteilungsschlüssel soll sich am Gesundheitszustand der Versicherten einer Kasse orientieren.

Ursprünglich sollte es als Verteilungsgrundlage eine von Wissenschaftlern erarbeitete „Krankheitsliste“ geben. Der wissenschaftliche Beirat hat jedoch vor einigen Monaten seine Arbeit niedergelegt. Sie wollten, dass die Zahl der Krankheiten auf die wirklich teuren begrenzt wird. Allerdings hat man anhand von Modellrechnungen festgestellt, dass diese Auswahl die Geldverteilung kaum verändern würde. Das stieß politisch auf massive Widerstände, da es ja darum ging, finanzschwache Kassen zu fördern. Deshalb hat das Bundesversicherungsamt allein über die „Krankheitsliste“ entschieden. Es hat die Liste der Krankheiten, für die es einen Ausgleich gibt, erheblich erweitert. Auf 88 Seiten wird aufgeführt, wofür eine Kasse mehr Geld bekommt als für den Durchschnittsversicherten.

So erfüllt eine Schwangere, da sie mindestens zweimal im Quartal mit der gleichen Diagnose zum Arzt muss, den gesetzlichen Anspruch „chronisch krank“ für den Morbi-RSA. Ein leichter Diabetes Typ II, der mit der Umstellung auf eine gesündere Lebensweise vielleicht wieder in den Griff zu bekommen wäre, ist im Sinne

des Morbi-RSA sein Geld nur wert, wenn hinter der Diagnose auch eine medizinische Therapie steckt. In solchen Fällen bringt der Nachweis von Krankheit Geld.

Sowohl die Datenbeschaffung als Grundlage für die Zuweisungsberechnungen als auch die Verteilung an sich sind mit einem hohen administrativen und finanziellen Aufwand verbunden, der nicht transparent ist und in meinen Augen manipulationsanfällig sein kann.

**gesundheitplus:** Welche Wege wird die BKK Deutsche Bank AG zukünftig gehen?

**Ute Manthey-Wasserfuhr:** Zunächst einmal werden wir zwangsweise einen unserer Wettbewerbsvorteile – den günstigen Beitragssatz – verlieren. Den finanziellen Mehraufwand werden unsere Mitglieder und das Trägerunternehmen gleichermaßen spüren.

Wir verstehen uns jedoch weiterhin als traditionelle Betriebskrankenkasse mit persönlicher und individueller Versichertenbetreuung. Bei uns werden sinnvolle Präventionsprogramme – trotz Morbi-RSA – auch in Zukunft der Mittelpunkt unserer Planungen sein. Dass wir dies alles wie gewohnt mit der betriebswirtschaftlichen Brille betrachten, bleibt selbstverständlich.

Wir werden die Herausforderungen der Zukunft meistern.