



SUPERSPEKULANT GEORGE SOROS
 Die dubiosen Geschäfte des selbst ernannten Weltretters

wiwo.de

Wirtschafts Woche

27

5.7.2010 | Deutschland €4,30
 27
 4 198065 1804308



Kranke Kassen

Wie unsere
Beiträge
verschwendet
werden

Schweiz CHF 7,50 | Österreich €4,60 | Benelux €4,80 | Bulgarien BGN 11,- | Dänemark DKK 40,- | Frankreich €4,80 | Griechenland €5,60 | Großbritannien GBP 4,70 | Irland €4,90 | Italien €5,30 | Kroatien KN 47,- | Lettland LVL 4,30 | Polen PLN 26,50 (€4,40) | Portugal €5,30 | Slowakei €5,40 | Spanien €5,30 | Tschechische Rep. CZK 192,- | Türkei YTL 13,- | Ungarn FT 1.900,-

Kassen-Krampf

Den gesetzlichen Krankenkassen fehlen im nächsten Jahr elf Milliarden Euro, die Ausgaben werden weiter steigen, immer mehr Leistungen rationiert. Wo überall unsere Beiträge versickern und was die Gründe dafür sind.

Wer sagt, Kassen-Fusionen brächten irgendeinen Nutzen, kennt die Praxis nicht,“ sagt Christian Kothe*. Er wurde gerade fusioniert. Der Sozialversicherungsfachangestellte – im Branchenjargon „Sofa“ – betreut rund 500 Kunden einer westdeutschen Betriebskrankenkasse. Die hat sich 2009 mit zwei anderen Kassen zusammengeschlossen. Verwaltungskosten sparen, Leistungen optimieren, Versicherte besser durch den Gesundheitsdschungel navigieren, so wurde die Fusion begründet. „Blödsinn, wir haben jetzt vom Organisationschaos demotivierte Mitarbeiter, bei Neukunden doppelte Bearbeitung, weil keiner weiß, welchem Mitarbeiter sie zugeteilt sind und drei EDV-Systeme“, ärgert sich Kothe, „der Kunde profitiert null.“ Stattdessen hat die Kasse ihren Versicherten in der vergangenen Woche Zusatzbeiträge angekündigt. Gespart wird bisher nicht: Alle Mitarbeiter haben eine Jobgarantie bis Ende 2012.

Das System der gesetzlichen Krankenkassen ist in Umwälzung begriffen. Die Fusionswelle schwappt weiter: Die als angeschlagen geltende DAK will mit der BKK Gesundheit zusammengehen, die Bank BKK und die BKK Neckermann fusionierten zum 1. Juli, ebenso die BKK der Partner mit der Pronova BKK. Bei den AOKen ist es ähnlich.

Die Finanzlücken werden immer größer: Im 170 Milliarden Euro schweren Gesundheitsfonds, der das Geld der Versicherten an alle Kassen verteilt, sind schon im ersten Quartal 2010 700 Millionen Euro Unterdeckung aufgelaufen. Die werden zurzeit nur durch einen Bundeszuschuss aufgefangen. Für den gleichen Zeitraum vermeldet die gesetzliche Pflegeversicherung ein Defizit und prognostiziert für 2012 ein Minus von 300 Millionen Euro. Und die beiden mit 8,6 beziehungsweise 7,3 Millionen Versicherten größten Kassen Barmer-GEK und Techniker sollen im ersten Quartal zweistellig im Minus liegen und warten nun, wer beim Thema Zusatzbeitrag für die Versicherten zuerst zuckt.

Die gesamte Kassenlandschaft ordnet sich neu. Einen Flächenbrand prophezeien nun auch Experten, die des Lobbyismus unverdächtig sind. Sylvia Bohlen-Schöning, Vize-Chefin des Bundesversicherungsamtes, das die Krankenkassen kontrolliert: „Die Situation ist sehr ernst. Wir müssen politische Entscheidungen treffen, sonst sind 2011 viele Kassen unterfinanziert.“ Dabei pumpt der Staat 2010 bereits rund 15,7 Milliarden in die gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

Den Versicherten ist zu wünschen, dass bei den aktuellen Verhandlungen in Berlin um die nächste Gesundheitsreform auch grundsätzliche Konstruktionsprobleme des Systems der gesetzlichen Kas-

sen auf den Tisch kommen. Es stammt in Teilen aus der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg – und man merkt es.

Denn die Gründe für die Kassenmiserie liegen nicht nur bei den Ausgaben für gierige Ärzte und Pillenhersteller oder die immer mehr Geld verschlingenden Hospitäler (siehe Grafik). Eine weitere zentrale Ursache ist die Verschwendung bei den Kassen selbst – oft mit verursacht durch staatliche Vorgaben für ihre Arbeit. Veraltete oder von Lobbys beeinflusste Gesetze lassen Milliarden versickern.

Vorschläge, wie die Finanzlöcher der Kassen zu stopfen sind, kamen in der vergangenen Woche werktäglich. Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will bei Pharmaausgaben, Verwaltungskosten der Krankenhäuser und Ärzten sparen, die CSU die Zusatzbeiträge der Versicherten künftig prozentual von deren Gehalt erheben statt wie bisher pauschal. Die CDU präferiert einen nach Einkommen gestaffelten Zusatzbeitrag von bis zu 2,5 Prozent für Gutverdiener.

Die Barmer Ersatzkasse ruft nach einer Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags, der Spitzenverband der Kassen macht Sparvorschläge über 4,4 Milliarden Euro bei Ärzten, Krankenhäusern und Medikamenten. Die Beitragseinnahmen sollten gesteigert werden, indem auch Einkünfte aus Mieten und Kapitalanlagen der Bemessungsgrenze hinzugerechnet werden, bis zu der Beiträge gezahlt werden »

* Name geändert

170 Milliarden Euro verteilt der Gesundheitsfonds in diesem Jahr

20 Millionen davon sind beitragsfrei familien-versichert

72 Millionen Menschen sind gesetzlich kranken-versichert

161 Krankenkassen von einst über 1200 Anbietern existieren noch



» müssen, fordert der CDU-Gesundheits-
 experte Rolf Koschorrek.

In dieser dramatischen Ausgangslage
 diskutieren im deutschen Gesundheits-
 system immer die mit allen Wassern ge-
 waschenen Ärzte-, Apotheker-, Kranken-
 haus- und Pharmafunktionäre mit, ein
 Bundesgesundheitsministerium, 16 Lan-
 desgesundheitsministerien, 17 kassenärzt-
 liche Vereinigungen und rund 160 Kran-
 kenkassen, vertreten durch einen Spitzen-
 verband und sechs Altverbände. Und je-
 der reicht den Schwarzen Peter weiter.

Aber setzen sie wirklich an den richti-
 gen Hebeln an? Wieviel Geld werfen
 schlechte Kassenmanager aus dem Fen-
 ster und wieviel wird durch grundlegende
 Systemmängel verschwendet?

Als schwersten Konstruktionsfehler
 der GKV wertet CDU-Mann Koschorrek
 „die Intransparenz. Das Einzige, was der
 Bürger sehen kann, ist der Beitrag. Den fin-
 det er zu hoch, aber den genauen Betrag,
 den er und sein Arbeitgeber zusammen
 zahlen, wird er wahrscheinlich nicht ein-
 mal kennen“. Durch die „chronische Re-
 gulitis“ habe der Gesetzgeber zudem die
 GKV mit immer neuen Vorschriften um-
 zingelt, die sich nun in ihren Wirkungen
 widersprechen.

Deshalb werden die Beiträge weiter
 steigen, wenn sich die Politik nicht rührt.
 Unabhängig von der Diskussion um Phar-
 mapreise und milliardenschwere Wahl-
 geschenke an Ärzte und Krankenhäuser
 zeigt die WirtschaftsWoche die teuersten
 Leiden der kranken Kassen auf.

Verschwendung bei Ausgaben

ABRECHNUNGSBETRUG

72 Millionen Versicherte nehmen jährlich
 Leistungen von Ärzten, Krankenhäusern,
 Physiotherapeuten, Orthopädiemechanik-
 kern, Pflegediensten und vielen anderen in
 Anspruch. Nicht alle Anbieter rechnen an-
 schließend getreu den Buchstaben des Ge-
 setzes ab, ob wissentlich oder unwissent-
 lich. Der Frankfurter Staatsanwalt Alexan-
 der Badle von der Ermittlungsgruppe Be-
 trug im Gesundheitswesen schätzt
 den Schaden auf rund eine Milliarde Euro
 und beklagt „dass vielen Ärzten jegliches
 Unrechtsbewusstsein fehlt“. 40 Prozent
 der Kassen-Stichproben bringen Falsch-
 abrechnungen ans Licht, der Schnitt liegt
 bei 440 Euro zulasten der Kassen.



31 MILLIARDEN EURO fließen jährlich an PHARMAUNTERNEHMEN.
 Viele von ihnen haben Renditeziele von bis zu 20 Prozent pro Jahr

Seit 2004 sind sie verpflichtet, auffällige
 Abrechnungen zu überprüfen, doch
 vielen mangelt es an Personal. Allein die
 AOK Niedersachsen hat seit 2004 rund
 30 Millionen Euro von Ärzten und Klini-
 ken zurückgefordert.

„Die gesetzliche Ausgestaltung der
 Prüfung ist absurd“, klagt Florian Lanz,
 Sprecher des Spitzenverbandes der GKV.
 „So muss die prüfende Kasse im Fall eines
 falschen Verdachts einem Krankenhaus
 300 Euro für den Verwaltungsaufwand
 zahlen. Hat das Krankenhaus aber falsch
 abgerechnet, passiert ihm – nichts. Es
 muss nur das zu viel geforderte Geld zu-
 rückzahlen.“ Der Spitzenverband fordert
 außer Strafen für Rechnungsjongleure
 auch die Erweiterung der Kassen-Befug-
 nisse bei der Stichprobenprüfung. Pas-
 siert ist bisher – nichts.

ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

Die sogenannte eGK ist ein Paradebei-
 spiel für breitharten Lobbyismus. Seit
 mehr als zehn Jahren verhindern die un-
 terschiedlichsten Interessensvertreter,
 dass die Karte kommt. Viele Ärzte fürchten die
 daraus resultierende Transparenz und

Kontrolle ihrer medizinischen und kauf-
 männischen Fähigkeiten, der Staat eiert.

Verpflichtend sollen auf der Karte je-
 des Versicherten dessen Verwaltungs-
 daten sowie Rezepte gespeichert werden;
 freiwillig unter anderem Notfalldaten,
 Arzneimitteldokumentation, Arztbriefe
 und eine elektronische Patientenakte.

Die Befürworter hoffen auf schnelleren
 Informationsfluss, die Vermeidung von
 Doppelbehandlungen, bessere Behand-
 lungsqualität und laut Bundesgesundheits-
 ministerium 3,5 Milliarden Euro Einspar-
 volumen. Demnach sollte sich nach Ver-
 rechnung aller anfallenden IT-Kosten die
 Karte für die Kassen nach vier Jahren re-
 chnen, was viele optimistisch finden. Den-
 noch sollte sie einiges einsparen. So wer-
 den zum Beispiel 80 Prozent aller jährlich
 rund 600 Millionen Rezepte beim Arzt
 zwar elektronisch erzeugt, dann aber aus-
 gedruckt, gestempelt, mehrfach ergänzt,
 zur Apotheke getragen, per Post transpor-
 tiert und zum Schluss bei der zahlenden
 Kasse wieder eingescannt – im Jahr 2010.

Immer wieder wird die Problematik
 des gläsernen Patienten ins Feld geführt
 und zu Recht am Konzept nachgebessert.

FOTOS: VARIO IMAGES/ULRICH BAUMGARTEN, LAIFWOLFGANG VOLZ



180 MILLIONEN EURO kostet ein PROTONENSTRAHLER zur Krebstherapie.
 Eine Behandlung wird mit bis zu 18 000 Euro veranschlagt

Trotzdem forderte der Deutsche Ärztetag
 im Mai erneut das Aus für die Karte, sie
 verwandele Praxen in Außenstellen der
 Krankenkassen. Es geht auch anders: In
 Dänemark, nicht bekannt für unmündige
 Bürger, baut der Staat selbst eine zentrale
 Einrichtung auf, die diese Daten verwal-
 tet. Optimisten hoffen auch in Deutsch-
 land noch auf das Start-Jahr 2015.

KEINE PATIENTENRECHNUNG

Jedem privat Versicherten schickt der
 Arzt eine Rechnung, die er kontrollieren
 kann. GKV-Patienten bekommen sie
 nicht, obwohl sich viele Kassenmanager
 dafür aussprechen. Deren Hoffnung ist
 weniger, dass die Patienten über Unge-
 reimtheiten stolpern, dafür ist die Materie
 oft zu kompliziert. Vielmehr bekäme der
 Patient eine Vorstellung über die Kosten,
 die er verursacht. Und der Arzt diszipli-
 niere sich bei der Abrechnung sicher-

heitshalber schon selbst. Branchenkenner
 gehen davon aus, dass das trotz zusätzli-
 cher Kosten viel sparen würde. Die Politik
 müsste es nur beschließen.

KEIN ÜBERBLICK ÜBER DIE AUSGABEN

Bis die Kassen wirklich wissen, welche
 Kosten welcher Versicherte verursacht hat
 – also auch wie belastbar ihre Budgetpla-
 nung ist – dauert es dank bürokrati-
 scher Wege je nach Kostenart bis zu zehn
 Monate, benennt Gregor-Konstantin El-
 bel, Arzt und Partner der Prüfungs- und
 Beratungsgesellschaft Deloitte, ein Kern-
 problem. „Die Daten kommen mal auf
 Papier, mal elektronisch. Dabei wären ge-
 nau diese Daten die Grundlage für eine
 zeitnahe Leistungsausgabensteuerung.“

Hier ließe sich bei den Kassen durch
 Investitionen in IT die Analysekompetenz
 verbessern. Elbel: „Doch Ausgaben, die
 sich erst nach Jahren rechnen, sind bei

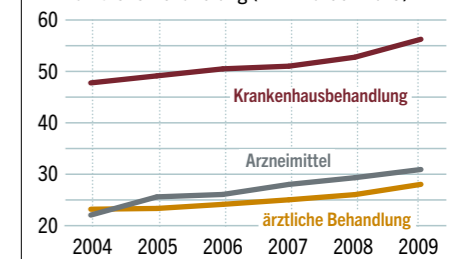
LEBENSRETTENDER STAATZUSCHUSS

Binnen fünf Jahren hat sich der nötige Zuschuss
 zur GKV aus Steuergeldern versechsfacht
 (in Milliarden Euro)



AUSGABEN STEIGEN UNGEBREMST

Zahlungen für Arzneimittel, Krankenhaus- und
 ärztliche Behandlung (in Milliarden Euro)



Quelle: GKV-Spitzenverband

WirtschaftsWoche

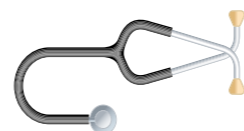
den veralteten Bilanzierungsvorschriften
 der Kassen fast unrentabel.“ Denn bei den
 Kassen ist es ähnlich wie bei der alten Ka-
 meralistik vieler Kommunen: Gemacht
 werden kann nur, was sich schnell amorti-
 siert. Deshalb können sinnvolle Groß-
 investitionen die Kassen in die Zusatzbei-
 träge treiben, die sie vermeiden wollen.

VERKAPPTES MARKETINGAUSGABEN

Millionen fließen jährlich in Präventions-
 leistungen, Gesundheitskurse oder Wahl-
 tarife beispielsweise mit Selbstbehalt. Ste-
 fan Edgeton, Gesundheitsexperte der Ver-
 braucherzentralen, kritisiert: „In Anbe-
 tracht des oft umstrittenen Nutzens sind
 das letztlich Marketinginstrumente, da-
 mit die Kunden nicht in die private Kran-
 kenversicherung abwandern.“

MANGELNDE GROSSGERÄTEPLANUNG

Medizinische Großgeräte wie Protonen-
 strahler zur Krebstherapie kosten bis zu
 180 Millionen Euro. Dass rund um diese
 Kliniken die Nachfrage boomt, ist oft
 eher der Refinanzierung geschuldet als »



»Vor allem in den großen Kassen herrschen
 oft schwerfällige Strukturen«

» der Medizin. Experten fordern, dass der gemeinsame Bundesausschuss von Politik, Kassen, Ärzten und Versicherten vom Gesetzgeber die 1997 abgeschaffte Kompetenz zurückbekommt, die Zahl und regionale Verteilung solcher Riesengeräte steuern zu können.

VERTRAGSZWANG

Jede Kasse ist verpflichtet, jeden Leistungserbringer im Land zu bezahlen. Das ist völlig unabhängig vom regionalen Versorgungsbedarf oder der Qualität der medizinischen Leistung. Björn Hansen, Chef der BKK Wirtschaft und Finanzen: „Wir müssen mit einzelnen nachweisbaren Spezialisten auf ihrem Gebiet selektive Verträge abschließen dürfen.“ Und andere aussortieren können. Für ihn ist das einer der wichtigsten Ansatzpunkte gegen Verschwendung im Kassensystem.

FEHLENDE QUALITÄTSKRITERIEN

Top-Leistung wird im deutschen Gesundheitssystem nicht belohnt, dauerhafte Fehlleistungen werden nicht sanktioniert. Alle bekommen staatlich gewollt dieselbe Entlohnung. Qualität und Effizienz hält Berater Elbel für die größten Probleme des deutschen Kassensystems: „Die Politik muss den Kassen erlauben, ihre Vergütung an die Qualität der Ärzte und Krankenhäuser koppeln zu können. Dafür kann man mit Parametern wie Zahl der behandelten Fälle und Erfolgsnachweis transparente Zielvorgaben definieren.“ Als Erstes profitierten davon dank einer höheren Spezialisierung der Kliniken und einer besseren Versorgung nicht die Kassen, sondern die Versicherten.

Kassenchef Hansen fordert zudem: „Es müssen mehr Leitfäden zur medizinischen Behandlung her. Sie würden nicht die ärztliche Freiheit einschränken, sondern mehr Transparenz und gesicherte Versorgung für die Patienten sowie mehr juristische Sicherheit für die Ärzte bedeuten.“

KOSTENLOSE FAMILIENVERSICHERUNG

Die GKV ist eine Solidargemeinschaft: Alle Vollmitglieder überweisen knapp hälftig mit ihrem Arbeitgeber 14,9 Prozent ihres Einkommens, dafür sind – an-



28 MILLIARDEN EURO zahlte der Gesundheitsfonds 2009 an niedergelassene **ÄRZTE** aus – zum Teil als Wahlgeschenk der CDU/FDP-Koalition

ders als in der privaten Krankenversicherung – Kinder und Ehepartner ohne eigenes Einkommen beitragsfrei mitversichert. Diese gesetzliche Vorgabe, die zugleich die Wechsel lust zu den privaten Kassen bremsen soll, kostet. Der Bund der Steuerzahler hat Musterrechnungen angestellt: Schon ein Mindestbeitrag pro Nase von nur einem Drittel des günstigsten Beitrags – nämlich 123 Euro monatlich – würde jährlich rund 13 Milliarden Euro in die GKV spülen (siehe Grafik Seite 49). Damit wäre der gesamte Fehlbeitrag für 2011 ausgeglichen.

Verschwendung bei Verwaltungskosten

Protzige Versicherungspaläste sind selten geworden. Verborgene Rücklagen als geheimes Polster risikofreudiger Vorstände auch, denn die sind gesetzlich auf gerade mal ein Viertel der Monatsausgaben gedeckelt. Rund 170 Milliarden Euro geben die gesetzlichen Kassen in diesem Jahr aus. 2008 gingen 5,15 Prozent für die Verwal-

tung drauf, 2010 dürfte die Höhe ähnlich sein. Im internationalen Vergleich sieht Deutschland damit gut aus. Jeden Beitragszahler kostete seine ordnungsgemäße Verwaltung 2008 etwa 118 Euro. Bei den Konkurrenten der privaten Krankenversicherungen waren es 384 Euro. Auch die Verwaltung des Gesundheitsfonds ist überschaubar: 24 Mitarbeiter, 3,3 Millionen Euro Personal- und Sachkosten.

Es wurde auch schon gespart: 2005 lagen die Verwaltungsausgaben in der GKV noch bei 159 Euro pro Mitglied. Im Jahr zuvor hatte das Bundesversicherungsamt 104 von damals noch 300 Kassen ermahnt, ihre Verwaltungskosten schleunigst zu senken.

Doch selbst wenn man per ordre de Berlin allen Kassen eine weitere zehnprozentige Sparauflage fürs kommende Jahr machte, senkte das die Ausgaben von 170 auf 169,15 Milliarden Euro – mehr nicht.

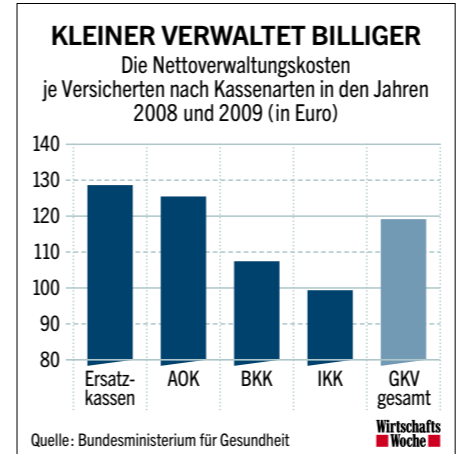
Zu tun gäbe es für den Gesetzgeber trotzdem einiges.

SIEBEN ALTVERBÄNDE

Um endlich einen einzigen Ansprechpartner für damals fast 200 Kassen zu ha-

ben, rief 2007 die damalige Bundesregierung den Spitzenverband der GKV ins Leben. Das ist eine sinnvolle Maßnahme, der Verband kostet jeden Versicherten auch nur knapp einen Euro pro Jahr. Doch unverdrossen existieren weiter die sieben Altverbände der AOK, Betriebs-, Innungs-, Ersatz-, Angestellten- und Landwirtschaftlichen Kasse plus der Bundesknappschaft – versehen mit einer Bestandsgarantie bis Ende 2012. 2008 wurden ihre gesamten Kosten auf knapp eine halbe Milliarde Euro geschätzt.

Die offizielle Erklärung lautet, nur so könnten Dachmarken-Kampagnen organisiert und Mengenrabatte herausgehandelt werden. Die Frage ist, warum der Spitzenverband Letzteres nicht auch können sollte, wenn man ihn denn ließe?



TEURE FUSIONEN

Zusammenschlüsse von Kassen sind politisch erwünscht, sie sollen Geld sparen. Wie man am Sozialversicherungsfachangestellten Kothe sehen kann, ist das blanke Theorie. Nicht alle Politiker glauben, dass die Deutschen mit nur wenigen großen Kassen statt jetzt rund 160 Anbietern gut bedient wären. Der Arzt und CDU-Gesundheitsexperte Koschorrek: „Sonst werden manche ‚too big to fail‘. Wenn eine Kasse mehr als zehn Millionen Mitglieder hat, führt sie die Politik am Nasenring.“ Außerdem brauche man die kleineren Kassen, um neue Modelle testen zu können: „Ein Feldversuch mit 72 Millionen Versicherten geht nicht.“

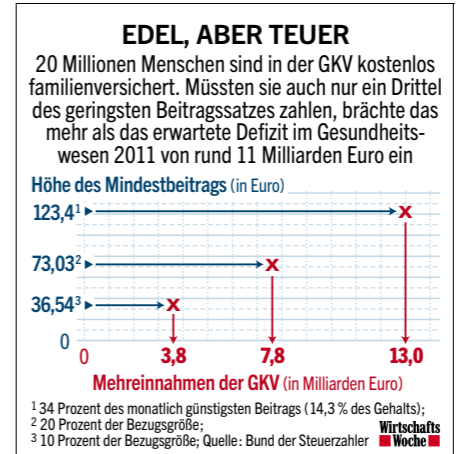
GEKNEBELTE KONTROLLEURE

Allerdings dürfen sich die frisch fusionierten Vorstände sicher sein, dass sich der Bundesrechnungshof ihre Bilanzen anschaut. Erst seit drei Jahren, seit der Staat

einen Bundeszuschuss aus Steuergeldern an die Kassen überweist, durchleuchten die obersten Kassenprüfer der Nation auch die Krankenkassen auf die Verschwendung von Steuergeldern. Zuvor konnten die Kassen dank gesetzlich vorgesehener Selbstverwaltung vergleichsweise unbehelligt agieren.

Uwe Rosauer leitet das Prüfgebiet Gesetzliche Krankenversicherung und schwärmt mit seinen nur 28 Prüfern landesweit aus: „Es gibt noch viel zu tun. So muss die Vergabe von Leistungen für die Verwaltung ausgeschrieben werden, es macht nur keiner. Zudem herrschen aus alten Zeiten oft schwerfällige Strukturen vor allem bei den ganz großen Kassen.“

Anders als im Ausland hat der Rechnungshof keine Sanktionsmöglichkeiten. Er kann aber dem Parlament berichten



und damit an die Öffentlichkeit gehen, allerdings ohne Namen zu nennen.

Beim Thema Ausschreibungen geht SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach noch weiter: So sollten die Versicherungen auch medizinische Leistungen selbst ausschreiben und dadurch die Preise drücken. „Warum sollten Kassen das Herzkatheter-Material nicht selbst kaufen und den Ärzten zur Verfügung stellen“, fragt Lauterbach. Das fordert auch mancher in der CDU, aber leider, leider: Die FDP stehe da auf der Bremse.

CHEFGEHÄLTER

Der Rechnungshof hat auch die Vorstandsgehälter im Auge. So entdeckte er 2009, dass bei der Fusion von vier kleinen Betriebskrankenkassen den drei ausscheidenden Vorstandschefs goldene Handschläge in Höhe von insgesamt 1,6 Millionen Euro mit gegeben werden sollten. Die drei Kassen hatten zusammen gerade »

Hilfe, meine Kasse fusioniert!

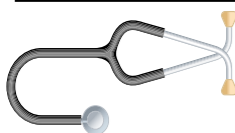
Was Versicherte jetzt wissen müssen.

Zum 1. Juli haben sich drei Mal je zwei Kassen zusammengetan, und mit dieser Schlagzahl dürfte es in Anbetracht der Finanzlage bis Ende des Jahres weitergehen. Einige Kassen kommen damit einer drohenden Unterfinanzierung zuvor, andere nicht notleidende Häuser erhoffen sich eine bessere Verhandlungsposition gegenüber Ärzten, Pharmaunternehmen oder Krankenhäusern. Doch dafür wäre eine Fusion gar nicht zwingend nötig. Schon jetzt unterhalten beispielsweise 130 Betriebskrankenkassen als Gesellschafter eine Einkaufsgemeinschaft namens Spectrum-K, die je nach Ausschreibung vier bis fünf Millionen Versicherte vertritt. Das reicht an die Großen der Branche heran.

Für Versicherte einer fusionierten Kasse mit blumiger Werbeoffensive gilt deshalb ganz besonders: Beobachten Sie, ob nicht doch peu à peu Leistungen mit Ermessensspielraum gestrichen werden. Wenn ja: Wechseln Sie die Kasse.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine finanziell ausgelaugte Kasse – was derzeit oft eher an der Versichertenstruktur mit vielen kranken oder älteren Kunden als an Missmanagement liegt – wirklich pleitegeht, ist gering. Gerät eine Kasse in Schieflage, muss sie das dem Bundesversicherungsamt melden. Grundsätzlich ist dessen Interesse eher, die Kasse geräuscharm anderswo anzudocken, als den PR-Gau für die GKV in Kauf zu nehmen. Kommt es aber doch zu einer Schließung, haben die Versicherten zwar Papierkram, aber letztlich keine Nachteile. Sie können problemlos zu jedem anderen Anbieter wechseln. Anders als in der privaten Krankenversicherung gibt es keine Gesundheitsprüfung, sie können nicht abgewiesen werden.

In der Regel verschlechtert sich auch die Versorgung durch einen Wechsel nicht: Die den Versicherten zustehenden Leistungen sind gesetzlich festgeschrieben und für alle Kassen gleich. Bisher gab es zwar einen kleinen Ermessensspielraum und unterschiedliche Kulanzbereitschaft. Doch da selbst die großen, solventen Kassen schon Minus machen, dürfte auch das immer weniger werden.



»Die gesetzlichen Prüfungsvorgaben der Kassen gegenüber Ärzten und Kliniken sind absurd«

» mal 15 000 Mitglieder. Der Rechnungshof fordert deshalb vom Gesetzgeber, dass Vorstandsverträge vor Abschluss den Aufsichtsbehörden vorgelegt werden. Er hofft auf den 30. April 2011: Bis dahin muss das Bundesgesundheitsministerium konkrete Vorschläge zur Festsetzung der Gehälter machen. Die Steuerwächter haben ein Vetorecht – immerhin.

Allerdings ist, abgesehen von solchen zweifelhaften Abfindungen, trotz gelegentlicher öffentlicher Aufregung nicht allzu viel zu holen bei der Entlohnung der rund 160 Kassenchefs. Die wird seit 2005 jährlich im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Norbert Klusen, Chef der Techniker Krankenkasse, wollte dagegen klagen, schließlich müssten auch die Gehälter etwa von Sparkassenchefs nicht veröffentlicht werden. Er zog zurück, und so kann nun jedermann lesen, dass Klusen 2008 der bestbezahlte Chef einer deutschen Kasse war: Seine Versicherungsgemeinschaft überwiegt ihm eine Grundvergütung von 245 781 Euro und eine variable Vergütung von 50 000 Euro je nach Erreichen der Klassenziele.

Auf dem Siegertreppchen folgten die Chefs der DAK (231 354 Euro) und der Barmer (198 440 Euro) – alles Kassen mit mehreren Millionen Versicherten und bei der Techniker einem Haushalt von 16,7 Milliarden Euro, bei der Barmer waren es 17,3 Milliarden. 2009 sind die Gehälter dem Vernehmen nach nicht gesunken. Sie sind frei verhandelbar.

Doch selbst Kassenaufseherin Bohlen-Schöning hält die Top-Verdiener der Kassen nicht für überbezahlt: „Einzelne Verträge finde ich schon üppig. Die Politik wollte aber ausdrücklich unternehmerische Verantwortung der Kassen statt eine Beamtenregelung. Zudem ist zu berücksichtigen, dass man ohne ein angemessenes Gehalt keinen Kassenchef bekommt, der die Verantwortung für Tausende von Mitarbeitern, Millionen von Versicherten und Milliarden von Beitragsmitteln übernimmt.“

Die Gehälter der vielen kleineren BKKs und IKKs liegen übrigens weit unter denen der Spitzenverdiener, viele erreichen die 100 000-Euro-Marke nicht.



Ulla Schmidt (SPD) und Philipp Rösler (FDP) Tränenreiche Ministeramts-Übergabe im vergangenen Jahr

BILANZKOSMETIK

Die staatlichen Kontrolleure dürften auch bei ihren Bilanzprüfungen in den Kassen mit den Zähnen knirschen. „Den Freiheitsgrad bei der Bilanzierung einer Krankenkasse habe ich mir nicht vorstellen können, als ich aus der freien Wirtschaft in eine Krankenkasse gewechselt bin“, sagt Hans Unterhuber, Chef der Siemens Betriebskrankenkasse. „Da wird das Vorsichtsprinzip durch das Hoffnungsprinzip ersetzt, die Intransparenz ist unglaublich.“ Die Wahlrechte wären bei einem GmbH-Geschäftsführer nahe an der Bilanzfälschung. Aber stets gilt die Erklärung: Kassen sind keine Unternehmen, sondern haben einen Versorgungsauftrag.

Das Ergebnis, so Unterhuber: Mit legalen Tricksereien werde die Liquidität so erhöht, um auf Biegen und Brechen wettbewerbsschädliche Zusatzbeiträge zu vermeiden.

Bei dieser Fülle von Strukturproblemen stellt sich selbst dem Bundeswirtschaftsministerium die Frage: Ist die Konkurrenz von den privaten Krankenversicherungen von den Grundbedingungen her besser dran? Nein, urteilen die Auto-

ren einer vom Ministerium in Auftrag gegebenen aktuellen Studie des IGES-Instituts zur Gesundheitsforschung. Die PKV sei nicht besser gegen Kostensteigerungen und Verschwendung gewappnet, es fehle auch ihr mangels gesetzlicher Voraussetzungen an Steuerungsmöglichkeiten und Wettbewerb.

In Anbetracht des erwarteten elf Milliarden Euro großen Lochs im Gesundheitsfonds 2011 und düsterer Zukunftsaussichten stellt sich die Frage, wie es so weit kommen konnte. Die Strukturprobleme der gesetzlichen Kassen führt SPD-Gesundheitsexperte Lauterbach auf das zweigleisige System mit gesetzlicher und privater Versicherung zurück: Weil jede Änderung bei der einen Rückwirkungen auf die andere Gruppe habe, hätten sich die jeweiligen politischen Unterstützer gegenseitig blockiert. Lauterbach: „Eine GKV-Reform durfte nie zu gut sein, weil das der PKV geschadet hätte. Dieser groteske Zustand hat zu Stillstand geführt.“

Egal, was in Berlin dieser Tage beschlossen wird: Die Verschwendung beginnt schon im ganz Kleinen. So werfen die Deutschen jedes Jahr von ihren Kassen bezahlte Medikamente im Wert von geschätzten 3,4 Milliarden Euro auf den Müll.

anke.henrich@wiwo.de, henning.krumrey | Berlin

FOTO: REUTERS/THOMAS PETER

Eingespielte Veranstaltung

Die Europäische Investitionsbank, von der auch Opel jetzt Kredite für die Sanierung der Werke haben will, wirkt wie ein Quell unkontrollierbarer Subventionen.

Draußen herrschte Badewetter, drinnen war es eisig. Das lag nicht nur an der überaktiven Klimaauslage im Konferenzzentrum von Nizza, in dem sich Europas Finanzminister im September 2008 zusammengefunden hatten. Auch die Entwicklung der Weltwirtschaft hatte die Politiker kalt erwischt. Zwei Tage später ließ die Pleite der US-Investmentbank Lehman die Finanzkrise aus den USA vollends nach Europa schwappen. Ein Gegenrezept der Alten Welt war nicht in Sicht. Da einigten sich die Politiker bei ihrem informellen Treffen an der Côte d'Azur auf einen kleinsten gemeinsamen Nenner. Die Europäische Investitionsbank (EIB) sollte satte 30 Milliarden Euro mehr an Darlehen vergeben dürfen. Europa reagiere damit auf die Krise, verkündete stolz die französische Finanzministerin Christine Lagarde.

Das kann man auch anders sehen. Mit der Geldspritze vor rund zwei Jahren stärkten die EU-Politiker nämlich ausgerechnet eine Bank, die – was Intransparenz, unkontrollierte Subventionen und Diskriminierung von Marktteilnehmern angeht – ihresgleichen in Europa sucht.



EIB-Präsident Maystadt Unterliegt immer noch keiner Bankenaufsicht

KREDITWUNSCH VON OPEL

Aktuell rückt die EIB durch Opel in den Fokus. Die Europa-Tochter des US-Autokonzerns General Motors (GM) hatte sich um staatliche Kredite und Bürgschaften für Opel bemüht. Anfang Juni kam überraschend ein Rückzieher.

Die EIB-Kredite hat Opel aber nicht aufgegeben: Das Werk Rüsselsheim wolle ein Darlehen für die Produktion von Elektroautos beantragen, sagt Rainer Eienkel, Betriebsratschef des Werks und Opel-Aufsichtsrat. Allerdings müsste dafür die nordrhein-westfälische Landesregierung bürgen, da Opel in seiner jetzigen Verfassung nicht voll kreditwürdig sei.

Wie aus Unternehmenskreisen verlautet, hat auch die Opel-Spitze in Rüsselsheim ihr Vorhaben noch nicht aufgegeben, EIB-Kredite zu bekommen. Die Anträge seien in Vorbereitung, sagt ein »

FOTO: LAIFERZQUEL/SCAGNETTI

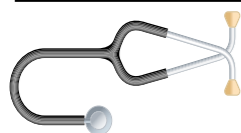
FÜLLHORN FÜR DIE PS-BRANCHE

Die jüngsten Kredite der Europäischen Investitionsbank an Autohersteller (in Millionen Euro)

Autohersteller	Sitz des Mutterkonzerns	Ort der Förderung	Betrag	Zeitpunkt
Jaguar	Indien	Großbritannien	390	Feb. 10
Saab	Niederlande	Schweden	400	Feb. 10
Skoda	Deutschland	Tschechien	150	Jan. 10
Ford	USA	Rumänien	400	Dez. 09
MAN	Deutschland	EU	300	Dez. 09
Skoda	Deutschland	Tschechien	150	Dez. 09
Nissan	Japan	Spanien, Großbritannien	400	Dez. 09
Daimler	Deutschland	Ungarn	400	Nov. 09
Renault	Frankreich	Marokko	100	Oktober 09
Volkswagen	Deutschland	Indien	100	Sep. 09
Volkswagen	Deutschland	Argentinien	170	Jul. 09
Fiat	Italien	Italien	400	Jun. 09
Scania	Schweden	Schweden	400	Apr. 09
Peugeot-Citroën (PSA)	Frankreich	Frankreich	400	Apr. 09
Volvo	Schweden	Schweden	400	Mrz. 09
Renault	Frankreich	Frankreich	400	Mrz. 09
Volkswagen	Deutschland	Deutschland	400	Feb. 09

Quelle: EIB

WirtschaftsWoche



»Die Bilanzierung der Kassen brächte Geschäftsführer einer GmbH vor Gericht«