Nr. 22 | DIE ZEIT | S. 31

Ehemalige Versicherte der City BKK drängen sich vor einer Niederlassung der AOK in Berlin

Fotos: Steffi Loos/dapd (r.); imago

Kassensturz

Die Pleite der City BKK war erst der Anfang. Versicherte werden sich an Problemkassen gewöhnen müssen VON LEONIE SEIFERT

Deutschland entdeckt eine neue Form der Gesundheitsvorsorge: die Jagd auf einen Platz in der Krankenkasse. Den Start haben die Mitglieder der City BKK hingelegt. Die kleine Betriebskrankenkasse mit Sitz in Stuttgart ist pleite, sie schließt zum ersten Juli, und ihre 168 000 Versicherten müssen in eine neue Kasse wechseln. Experten der Gesundheitsbranche warnen, die Pleite der City BKK sei nur der Vorbote für ein größeres Kassensterben. Die Krankenversicherten müssen lernen, damit umzugehen.

Theoretisch ist das Wechseln einer Krankenkasse für die Versicherten kein Problem – praktisch aber zeigte sich im Fall der City BKK, dass es sehr schwierig werden kann.

Niemand in Deutschland darf grundsätzlich von einer Kasse abgelehnt werden. Auch dann nicht, wenn er alt und chronisch krank ist und teure Medikamente braucht. »Alle Betroffenen werden lückenlos bei einer anderen Kasse versichert, da muss sich keiner Sorgen machen«, versprach der City-BKK-Sprecher Torsten Nowak. Beim BKK Bundesverband hieß es zum Wochenbeginn, dass schon weit mehr als 40 000 City-BKK-Versicherte eine neue Versicherung gefunden hätten.

Doch was tun, wenn die anderen Kassen nicht mitspielen? In der City BKK sind viele ältere Menschen versichert, und zwar ausgerechnet in Berlin und Hamburg, wo Uni-Kliniken, spezialisierte Versorgung und hohe Ärztedichte zu höheren Ausgaben führen. Diese Patienten will sonst auch niemand haben. Berichte häuften sich, dass andere Krankenkassen die Versicherten der City BKK abgewimmelt hätten: Angeblich hätten sie notwendige Unterlagen vergessen, oder die Kasse würde nur Versicherte bis zu einem bestimmten Alter aufnehmen. Um schlecht erreichbar zu sein, hätten sie Geschäftsstellen geschlossen, Versicherte zu einer Filiale weit draußen vor der Stadt gelockt oder sofort weggeschickt. Andere Kassen sollen Ältere damit abgeschreckt haben, dass bei einem Wechsel die Pflegestufe neu festgelegt werden müsse. Man prüfe »eine zeitnahe Gesetzesänderung, um Kassenvorstände für dieses unwürdige Verhalten zur Verantwortung ziehen zu können«, polterte Unionsfraktionsvize Johannes Singhammer (CSU).

Das Kassensterben in Deutschland ist politisch gewollt. Die Krankenkassen sollen wettbewerbsfähig sein. Wenn die Zahl der Kassen sinkt, spart das Verwaltungskosten und Vorstandsgehälter. Deshalb können Bundesbürger seit 1992 ihre Kasse selbst wählen, und 2009 führte die Regierung den Gesundheitsfonds ein: Zusätzlich zum festen Beitragssatz von 15,5 Prozent des Bruttoeinkommens können die Kassen einen Zusatzbeitrag erheben, den der Versicherte selbst zahlen muss. Bei der City BKK waren es monatlich schon 15 Euro Zusatzbeitrag. Laut Doris Pfeiffer, der Vorsitzenden des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), seien eines Tages Zusatzbeiträge von 50 bis 70 Euro »denkbar und auch von der Politik gewollt«. Versicherte wechseln dann von den teuren (weil finanzschwachen) Kassen in die billigeren (weil robusteren). Einige Kassen geben dann auf.

Geordnet und geregelt ist das alles. Im Fall der City BKK beispielsweise können die Pflichtversicherten noch bis zu zwei Wochen nach dem Schließungstermin, also bis zum 14. Juli, eine Kasse suchen. Die Mitgliedschaft gilt dann rückwirkend. Bereits bewilligte Leistungen, etwa für Rehabilitation oder Zahnersatz, werden von der neuen Kasse übernommen. Lassen sie diese Frist verstreichen, kümmern sich ihre Arbeitgeber um die Neuversicherung. Bei Beziehern von Arbeitslosengeld ist die Agentur für Arbeit zuständig, bei Rentnern die Rentenversicherung. Diese melden sie bei der Versicherung an, bei der sie zuvor versichert waren. Ist keine alte Kasse zu ermitteln, werden die Versicherten einer neuen Kasse zugewiesen. Versicherungsschutz behalten dabei auch alle beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen. Pech, wenn die neue Kasse Zusatzbeiträge verlangt: Die müssen nachgezahlt werden, und der Versicherte muss mindestens 18 Monate lang in der Kasse bleiben.

Freiwillig Versicherte, meist Selbstständige, haben drei Monate Zeit, eine neue Kasse zu finden. Versäumen sie das, werden sie bei ihrer vorherigen Kasse versichert oder aufgefordert, sich eine neue zu suchen. Anders ist es bei freiwillig Versicherten mit mehr als 49 950 Euro Jahresbruttoeinkommen, freiwillig kassenversicherten Beamten und Pensionären. Falls sie die Drei-Monats-Frist verstreichen lassen, müssen sie sich unter Umständen hinterher privat versichern.

Aber wie wählt man eine neue Kasse aus? Beim Wechsel sollten Versicherte nicht nur darauf achten, ob Zusatzbeiträge anfallen. »Manche Kassen legen mehr Wert als andere auf Service und Erreichbarkeit«, sagt Stefan Etgeton, Gesundheitsexperte vom Bundesverband der Verbraucherzentralen. Manche bezahlen Yogakurse, Haushaltshilfen, Reiseimpfungen, alternative Heilmethoden, Vorsorgeuntersuchungen und so weiter. 95 Prozent der Leistungen sind zwar gesetzlich festgelegt, aber Spielräume gibt es trotzdem.

»In fünf Jahren werden wir nur noch 100 Krankenkassen haben«

Überraschungen kann es geben, wenn die neue Kasse einen Rabattvertrag mit Arzneimittelherstellern geschlossen hat. In der Folge könnte es andere Medikamente oder Einnahmevorschriften geben. Das könnte besonders ältere Menschen verunsichern.

Und dann ist da noch die ultimative Irritation: dass die neu gewählte Kasse bald ebenfalls dichtmacht und der ganze Ärger von vorn beginnt.

Dem Bundesversicherungsamt liegt eine weitere Anzeige über eine drohende Kasseninsolvenz vor: sie betrifft die BKK Heilberufe. »Es gibt zwei bis drei Kassen, die gerade besondere Probleme haben«, sagt Florian Lanz, Sprecher des GKV-Spitzenverbandes. Insgesamt rechne er aber eher mit Fusionen der Kassen untereinander als mit Schließungen. Der SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach hingegen sieht bereits eine Insolvenzwelle auf die Kassen zurollen. In den kommenden zwei Jahren hätten die Kassen Mehrkosten von mindestens fünf Milliarden Euro zu schultern. Die Folgen seien Zusatzbeiträge von bis zu 30 Euro, die zu »massivem Kassenwechsel« und damit auch zu weiteren Insolvenzen führen könnten. Auch der Essener Gesundheitsökonom Jürgen Wasem glaubt, es gebe eine ganze Reihe von Kassen, »die nicht mit dem Geld aus dem Gesundheitsfonds auskommen«. 1995 gab es noch 960 Versicherer, heute sind es 155. »In fünf Jahren werden wir nur noch 100 Kassen haben«, sagt Wasem. Mehr darf er als Leiter des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamts nicht sagen. Nur so viel: Nicht nur Kassen aus dem BKK-System seien betroffen, sondern auch Kassen »quer durch die Bank«.

Und die fiesen Tricks der überlebenden Krankenkassen? Der GKV-Spitzenverband hat Rundschreiben verschickt, ein Sprecher sagt, die Kassen müssten beim nächsten Mal mehr Personal bereitstellen und für ausreichend Formulare sorgen. Der Chef der Techniker Krankenkasse Norbert Klusen berichtet, dass seine Kasse bereits 23 000 Mitglieder der City BKK übernommen habe. »Keiner muss sich Sorgen machen, wir übernehmen jeden, der will«, sagt Klusen. Es reiche ein formloser Antrag. Klusen geht zwar davon aus, dass alle Kassen mitziehen. »Beide Hände lege ich dafür aber nicht ins Feuer«, sagt er. Es sei nicht auszuschließen, dass die eine oder andere Kasse sich doch wieder einen »subtilen Trick« ausdenke.

www.zeit.de/audio

Gefährliche Überdosis

Stadtbewohner und Privatpatienten werden medizinisch viel stärker versorgt als nötig – das macht sie krank und ist teuer VON MAGNUS HEIER

Die City BKK ist pleite, und andere Kassen wehren sich, deren alte und kranke Versicherte aufzunehmen. Eine »schäbige« Reaktion? Klaus Jacobs, Leiter des Wissenschaftlichen Institutes der AOK, hält das eher für ein Missverständnis: »Der Risikostrukturausgleich fängt die wirtschaftlichen Risiken solcher Versicherten weitgehend auf«, sagt er. »Die Kassen, die solche kranken Versicherten aufnehmen, bekommen einen finanziellen Ausgleich, damit sie keinen wirtschaftlichen Nachteil haben.«

Eine Besonderheit bei der City BKK weist auf ein Kernproblem der Gesundheitsversorgung hin: Sie hatte vor allem Kunden in den Großstädten Berlin und Hamburg: »In großen Städten entstehen bei den Versicherten bei gleicher Krankheit in der Regel höhere Ausgaben – einfach durch das Überangebot«, sagt Jacobs. Stadtbewohner gelten als medizinisch überversorgte Hochkostenpatienten, die sich aus Kassensicht nur mit Niedrigkostenpatienten vom Lande ausgleichen lassen. »Die Mengenausweitung ärztlicher Leistungen ist in Großstädten um ein Vielfaches höher als in ländlichen Gegenden«, sagt Stephan Feldmann vom Bundesverband der AOK.

»Ungebremstes Wachstum der technischen Leistungen«

Extrem ist es bei Privatpatienten. »Zehn Milliarden Euro zahlen privat Versicherte pro Jahr mehr, als wenn sie in der gesetzlichen Versicherung wären«, sagt Frank Wild vom Wissenschaftlichen Institut der Verbands der privaten Krankenversicherungen (PKV). In einem aktuellen Diskussionspapier hat das Institut die Ausgaben etwa für Laborleistungen im Vergleich zwischen gesetzlich und privat Versicherten untersucht. Die Pro-Kopf-Laborkosten betrugen bei gesetzlich Versicherten im Jahr 2008 durchschnittlich 26 Euro, die der privat Versicherten 129 Euro. In nur vier Jahren hatten sich die Ausgaben für privat Versicherte dabei um 19 Prozent erhöht. Ein möglicher Grund: Ärzte können Laborleistungen bei Privatpatienten separat und ohne Beschränkung abrechnen. Eine Kontrolle gibt es nicht. Genauso im Bereich Radiologie: Die Ausgaben für ambulante Diagnostik betrugen bei gesetzlich Versicherten im Jahr 2006 genau 27 Euro pro Jahr, bei Privatpatienten 99 Euro. Die Überversorgung gerät außer Kontrolle.

Die National Physicians Alliance warnt vor zu viel Diagnostik und Therapie in den USA. Zu viele Röntgen-, CT- und Kernspin-Aufnahmen bei Rückenschmerzen sind nicht nur wegen der Kosten und der Strahlenbelastung problematisch: Sie können auch erheblich dazu beitragen, dass die Schmerzen chronisch werden. »Die Prognose korreliert negativ mit dem Gewicht der radiologischen Befunde«, sagt Christoph Maier, Leiter der Schmerztherapie der Bochumer Uniklinik Bergmannsheil. Ein Zuviel wird zum Gesundheitsrisiko.

»Wir können nichts tun, den Vertrag mit den Ärzten haben nicht die privaten Kassen sondern die Patienten«, sagt PKV-Mann Wild. »Wir würden gerne Vertragspartner der Ärzte werden – dann könnten wir auch eine bessere Behandlungsqualität gewährleisten und den Wildwuchs der Überversorgung eindämmen.« Bis dahin müssen sich die Privatkassen darauf beschränken, ihre Patienten aufzuklären und vor den Nachteilen von Überdiagnostik und -behandlung zu warnen.

Auch die gesetzlichen Kassen sind sauer. »Wir wünschen uns eine Neuordnung der Gebühren – denn das System verführt im Augenblick zu einem ungebremsten Wachstum der technischen Leistungen ohne erkennbaren Nutzen für Patienten«, sagt Feldmann von der AOK. Das gilt vor allem für fachärztliche Dienste. Je höher die Facharztdichte, desto größer der Leistungszuwachs. Die Barmer GEK berichtet vom Boom der Kernspintomographie: »Rund 5,9 Millionen Deutsche, also 7,2 Prozent der Bevölkerung lagen 2009 mindestens einmal in der Röhre.« Ein Weltrekord, der eine Milliarde Euro kostete. Weniger als die Hälfte der Bilder ergaben sinnvolle therapeutische Konsequenzen.

Die Qualität der Versorgung lohnt sich für den Arzt nicht. Schon eher die Menge. Zurzeit bekommen Stadtbewohner und Privatpatienten eine gefährliche Überdosis.

Magnus Heier ist Journalist und praktizierender Neurologe in Castrop-Rauxel