

31 – 20

Inhaltsverzeichnis

30. Juli 2020

Gesetzliche Krankenversicherung:

Neue BITMARCK-Studie: Corona und „Zückerle“ fegen den Gesundheitsfonds leer Seite 2

50. dfg-GKV-Versicherten-Ranking: Fast ein Drittel der Kassen bleibt in Rot Seite 4

Ärzte / Leserbrief:

Der Grund für den „Schaum vor dem Mund“ der HÄVG-Funktionäre Seite 8

Krankenhäuser / Gesundheitswirtschaft:

Das wird heiß: „Heuschrecke“ berät potentiell eigenes Kaufobjekt!? Seite 11

Personalia / Berliner Szene:

Seite 12



Verlagsmitteilung:

Dieser dfg-Ausgabe liegt als Supplement die Ausgabe Nr. 7 – 20 der „BzG – Beiträge zur Gesellschaftspolitik“ mit dem „dfg-GKV-Ranking – Liste der deutschen Krankenkassen“ nach Versichertenzahlen zum Stichtag 1. Juli 2020 bei. Verlag und dfg-Redaktion bitten um Beachtung.

Gesetzliche Krankenversicherung:

Neue BITMARCK-Studie: Corona und „Zückerle“ fegen den Gesundheitsfonds leer

(dfg 31 – 20) Das ganze „kundige“ Deutschland wartet auf das Ausbrechen der zweiten Welle der Corona-Pandemie – vor allem, wenn die Bundesbürger*innen zunehmend nicht nur im Inland sich unvernünftig verhalten. Der aktuelle Reproduktionswert von 1,3 läßt nichts Gutes erwarten. In den Schaltzentralen der Krankenkassen beschäftigt man sich aber erst einmal mit den Auswirkungen der ersten Welle. Teilweise ist sie „besser“ und damit weniger teuer verlaufen als erwartet. Aber: Die Auspizien der Experten malen – ohne Berücksichtigung des aktuellen 1,3-Wertes – auch für die vergangenen fünf Monate bzw. den Rest des Jahres in düsteren Farben. Schenkt man den jüngsten Berechnungen des Corona-Teams der Essener BITMARCK Holding GmbH Glauben, so sieht es vor allem für den Gesundheitsfonds pechschwarz aus. Kriegt er keine Geldspritze in Form eines Extra-Bundeszuschusses, so könnte er am Ende des Jahres 2020 ins Defizit geraten. Das und mehr entnimmt man der so genannten „Vorstandsinformation“ vom 22. Juli 2020, die der dfg-Redaktion vorliegt.

Ja, die erste Welle der Corona-Pandemie ist in Deutschland vergleichsweise glimpflich abgelaufen. Vor allem, wenn man sich in der EU (Italien, Spanien, Großbritannien) bzw. weltweit umschaute. Die ersten verfügbaren Daten zum Patientenrückgang während des so genannten „Lockdowns“ im stationären Sektor sowie die Entwicklung der Ausgleichszahlungen für die Krankenhäuser führen bei den BITMARCK-Experten zu einer gewissen „Erleichterung“. Insoweit malen sie auf der Ausgabeseite im Gegensatz zu ihren letzten Voraussagen (vgl. dfg zuletzt dfg 27 – 20, S. 7ff.) nun mit dunklen Pastellfarben. Vor allem der Verzicht bzw. das Aussetzen von elektiven Eingriffen schlägt in ihren Berechnungen mit einem Entlastungseffekt von rund 6,7 Mrd. € zu Buche. Entlastungseffekte rechneten sie auch durch die Mehrwertsteuer-Senkung mit ein. Allerdings gehen sie auf Grund der Corona-Parties und der Urlaubszeit davon aus, daß es zu einem Anstieg der Infektionen und damit zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen kommen wird. Auf der Gegenseite ihrer Berechnungen schlagen vor allem Mehrausgaben für den Sektor „Krankengeld“ in Höhe von fast zwei Mrd. € finanzielle Risse in die Geldberge der Körperschaften. In diesem Bereich gehen sie von einem Anstieg von 13 Prozent je Versicherten gegenüber dem Vorjahreszeitraum aus.

Sorgen macht ihnen hingegen nun die Einnahmeseite und „damit die Vorausschau auf die finanziellen Mittel im Gesundheitsfonds für das Jahr 2021“. Diese habe sich „nicht verbessert“. Die negativen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung seien weiterhin „deutlich spürbar“. Die meisten Konjunkturforschungsinstitute hätten ihre Prognosen gegenüber den Einschätzungen zu Beginn der Pandemie im März 2020 bis zum aktuellen Stand noch einmal nach unten korrigiert. Es sei deutlich, daß durch die Angst vor dem Corona-Virus und der unterschweligen Gefahr einer zweiten Welle Unternehmen bei Investitionen und Einstellungen zurückhaltend agieren und das Konsumverhalten der privaten Verbraucher deutlich unter dem Niveau des Vorjahres bleiben würden. Trotz der Lockerungsmaßnahmen in vielen Wirtschaftsbereichen zögen die Folgen der Pandemie daher umfangreiche Kurzarbeit, Arbeitslosigkeit und den Rückgang der geringfügigen Beschäftigung nach sich. Zwar wirke das Konjunkturpaket der Bundesregierung sowie die von den Bundesländern beschlossenen ergänzenden Maßnahmen (in begrenztem

Umfang) stimulierend und die Möglichkeit zur Kurzarbeit dämpfe die Auswirkungen des konjunkturellen Einbruchs auf den Arbeitsmarkt (und damit mittelbar auch auf die Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds). Aber: Die bisherigen Einschnitte seien in den nächsten Monaten trotz einer von den Konjunkturforschungsinstituten erwarteten Erholung im zweiten Halbjahr aber nicht mehr aufzuholen. Die Aussicht für die Gesamtwirtschaft und damit für die Einnahmen der GKV im nächsten Jahr, also 2021, blieben daher "düster". Weltwirtschaftliche Risiken, die sich durch die aktuelle Verschärfung der Corona-Pandemie in dem für die bekanntlich exportabhängige deutsche Wirtschaft bedeutsamen Markt USA ergeben würden, seien überdies in den letzten Prognosen der Konjunkturforscher noch nicht einmal vollständig berücksichtigt.

Und dann kommt die Hiobsbotschaft: Die Einnahmen des Gesundheitsfonds schätzten die BITMARCK-Rechner für 2020 auf ca. 232,5 Mrd. €. Damit stiegen die Einnahmen gegenüber 2019 zwar absolut um ca. 830 Mill. €. Auf Grund der geschätzten Zunahme der Versicherten ergebe sich jedoch eine negative Veränderung je Versicherten von minus 0,1 %. Wie zuvor wären Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit trotz einer Verlangsamung der negativen Entwicklung die Hauptgründe für stagnierende Beitragseinnahmen. Hinzu kämen stark rückläufige Beiträge geringfügig Beschäftigter (ca. -600 Mill. € gegenüber der letzten Schätzung). Vor allem aus Branchen mit vielen geringfügig Beschäftigten wie z.B. der Gastronomie, dem Tourismus oder dem Hotelgewerbe. Veränderungs-raten von 3 % und mehr je Versicherten wie in den vergangenen Jahren sind für 2020 kaum zu erwarten. Bei aktuell 232,5 Mrd. € geschätzten Einnahmen und festgelegten Zuweisungen von 240,2 Mrd. € für 2020 bedeute dieses für den Gesundheitsfonds, daß dieser mit einem Minus von 7,7 Mrd. € belastet werde. Das Defizit müßte bekanntlich durch die Liquiditätsreserve ausgeglichen werden. Richtig, aber allein durch diese Faktoren sinkt die Liquiditätsreserve von 10,3 Mrd. € (Stand 15. Januar 2020) auf ca. 2,6 Mrd. €. Wenn die Voraussagen der BITMARCK-Experten eintreten.

Bleibt so schon – also im ersten Schritt - nur ein Bodensatz im Gesundheitsfonds, muß man die politisch bedingten Belastungen des Geldtresors der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinzuaddieren. Laut BITMARCK-Autoren kommen neben den Entnahmen für den Innovations- und Krankenhausstrukturfonds nämlich „die erheblichen Entnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie“. Auf Basis des Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetzes sowie die COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung führen nach der derzeitigen BITMARCK-Prognose das „Schaffen von Intensivbetten, die Ausgleichszahlungen für Heilmittelerbringer und weiterer Maßnahmen“ zu einer zusätzlichen Entnahme von insgesamt ca. 2,5 Mrd. € aus dem Fonds. Wumm, diese Zahl setzt zu! Denn dann bliebe zum Jahresende 2020 nur noch ein gähnendes leeres Loch im Gesundheitsfonds übrig. Von einem Bestand laut Mindestreservenvorgabe (20 Prozent einer Monatsausgabe) keine Spur. Das sehen auch die Essener so. Für sie wiese die Liquiditätsreserve zum Stichtag 15. Januar 2021 sogar ein Defizit auf. Nur durch den im Nachtragshaushalt 2020 vom Bund beschlossenen Zuschuß von 3,5 Mrd. €, könnte – sollte dieser wirklich in der Liquiditätsreserve landen - der Fondsbodensatz zum Stichtag ein positives Volumen von ca. 1,7 Mrd. € aufweisen. Aber das läge wohl weit unter den erst vor kurzem von der Großen Koalition (GroKo) politisch selbst gesenkten gesetzlichen Vorschriften. Und: Bei diesem Finanzbedarf dürfte es allerdings nicht bleiben, sollte frühzeitig die zweite Welle anrollen. Das war es dann mit dem leuchtendem „Juliesturm“ der GKV. Das war es dann mit dem Nimbus der „Sparkasse“ ...

50. dfg-GKV-Versicherten-Ranking: Fast ein Drittel der Kassen bleibt in Rot

(dfg 31 – 20) Im Jahr 1996 entließ der Gesetzgeber die Krankenkassen in den Wettbewerb untereinander. Zu Beginn dieser „neuen“ Epoche der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war es für das Image und den Geldbeutel einer Körperschaft wichtig, über wie viele Mitglieder sie verfügte. Das hat sich seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) und des Gesundheitsfonds gewaltig geändert. Jetzt heißt die geldrelevante Größe „Versicherte“. Denn nur für diese gibt es Zuweisungen. Daher stellte die dfg-Redaktion die Erscheinungsweise des traditionellen dfg-GKV-Versicherten-Rankings um und legt diese seit 2019 in Form eines 10-Jahres-Vergleiches vor. Interessierte dfg-Leserinnen und Leser finden das aktuelle, 50. Ranking (seit 2004) in der Ausgabe 7 – 20 der „BzG – Beiträge zur Gesellschaftspolitik“, die als Supplement dieser dfg-Ausgabe beiliegen. Auf Grund des Stichtages 1. Juli 2020 werden aktuell die Entwicklungen der ersten sechs Monate des Jahres 2020 dokumentiert. Also auch die der Corona-Zeit! Und schau an, die Trends vor der Pandemie (vgl. dfg 19 – 20, S. 2ff.) ähneln denen des II. Quartals 2020. Grosso modo hat sich wenig verändert. Allein 33 Körperschaften mußten einen Rückgang melden. Das ist gut ein Drittel aller Kassen. Angesichts der in dankenswerter Weise freiwillig abgegebenen Meldungen der Befragten stellt das dfg-Ranking die einzige, valide wie schnelle öffentliche Auswertung dieser Art im Gesundheitswesen dar. Bis zum Redaktionsschluß dieser dfg-Ausgabe lagen z.B. die offiziellen Werte des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) für den Vergleichszeitraum der sechs Kassenarten noch nicht vor.

Traditionell blickt die dfg-Redaktion bei der Kommentierung zuerst auf die „Gewinner nach Köpfen“. Und wie üblich führt die Hamburger Techniker Krankenkasse (TK) die TOP-10-Liste an. Der Vorwärtsdrang und die Attraktivität der Ersatzkasse scheint ungebrochen. Die TK konnte ihr blendendes Ergebnis vom 1. Halbjahr 2019 (plus 141.036 Versicherte) noch einmal, wenn auch nur geringfügig toppen. Netto steht in den ersten sechs Monaten des Jahres 2020 ein dennoch gewaltiges Plus von 141.212 Versicherten in den Büchern und mit fast 10,7 Mill. Versicherten bleibt man in der Bramfelder Straße weiterhin unangefochten die Nr. 1 der Branche. Die TK führt damit als Einzelkasse erfolgsmäßig das so genannte „grüne Lager“ vor. Im 1. Halbjahr 2020 nahm das AOK-Lager um netto 205.746 Versicherte zu. Für die elf Schwestern ein „schönes“ Ergebnis, weil nur eine – die AOK Nordost – schwächelt. Aber andererseits: Wo elf Schwestern erfolgreich in ihren Ländern akquirieren, 68 % des AOK-Gesamterfolges schaffen bundesweit die Akquisiteure von der Hamburger Bramfelder Straße im Alleingang. Die Ortskrankenkassen werden dieses Detail verschmerzen. Können sie doch darauf verweisen, daß sie mit ihrem Zuwachs ein bißchen Boden gegenüber dem im vdek zusammengeschlossenen Ersatzkassen gut gemacht haben. Die sechs vdek-Kassen brachten es zusammen nur auf ein Netto-Plus von 199.648 Versicherte. Und daß fünf AOKen die TOP 10-Liste der „Gewinner nach Köpfen“ zieren, spricht eigentlich für die aktuelle Dominanz dieser Kassenart.

Bleiben wir bei den Ersatzkassen. Mittlerweile findet man vier Schwestern auf der Gewinnerliste nach Köpfen. Im betrachteten Zeitraum raffte sich die BARMER genauso wie die DAK Gesundheit auf und beide konnten leichte, prozentuale Gewinne in die Scheuer fahren. Angesichts der Größe der „GKV-Super-Tanker“ katapultierte sie das in die TOP 10. Der blendende „Lauf“ der Bremer handelskrankenkasse (hkk) als vierte vdek-Körperschaft und der ebenfalls an der Weser behei-

mateten BKK firmus hielt ungebrochen an. Schaut man auf deren kassenindividuellen Zusatzbeiträge, dann versteht man einen Teil des Erfolges. Aber irgendetwas müssen beide Körperschaften ja an sich haben, wenn aktuell die Aufnahmeanträge waschkörbeweise an der Weser anlanden. Ähnliches gilt für die Biberacher BKK VerbundPlus. Alle drei führen die ansonsten von Betriebskrankenkassen „gestaltete“ „Gewinner-Liste nach Prozent“ an.

Die 10 TOP-Gewinner nach „Köpfen“

Versichertensaldo vom 1. Januar 2020 bis 1. Juli 2020

Akt. Platz	lt. dfg-Ranking	Art der Kasse	Name	Differenz in Prozent	Differenz Absolut
1		vdek	Techniker-Krankenkasse (TK)	1,34 %	141.212
6		AOK	AOK PLUS	1,17 %	39.502
10		AOK	AOK Niedersachsen	1,37 %	38.837
5		AOK	AOK Baden-Württemberg	0,82 %	36.870
20		vdek	Handelskrankenkasse (hkk)	5,21 %	34.645
4		AOK	AOK Bayern	0,66 %	30.073
8		AOK	AOK Rheinland / Hamburg	0,74 %	22.362
49		BKK	BKK firmus	21,68 %	21.634
3		vdek	DAK-Gesundheit	0,29 %	16.051
2		vdek	BARMER	0,15 %	13.476

Die 10 TOP-Gewinner in Prozent

Versichertensaldo vom 1. Januar 2020 bis 1. Juli 2020

Akt. Platz	lt. dfg-Ranking	Art der Kasse	Name	Differenz Absolut	Differenz in Prozent
49		BKK	BKK firmus	21.634	21,68 %
47		BKK	BKK VerbundPlus	10.841	8,97 %
20		vdek	Handelskrankenkasse (hkk)	34.645	5,21 %
45		BKK	BKK Linde	6.606	5,01 %
59		BKK	BKK EUREGIO	2.667	4,25 %
44		BKK	Debeka BKK	5.819	4,12 %
69		BKK	BKK Freudenberg	1.183	3,40 %
85		BKK	BKK Würth	386	2,28 %
79		BKK	BKK SBH	546	2,24 %
55		BKK	BKK Scheufelen	1.771	2,06 %

© dfg - Dienst für Gesellschaftspolitik 2020 * Inhalt ohne Gewähr * Quellen: Mitteilungen der Kassen, eigene Recherchen *

Wo viel Licht ist, da ist auch viel Schatten. Wenn die Versicherten-Statistiken von gut einem Drittel aller Kassen im 1. Halbjahr 2020 rot gefärbt sind, dann denkt man zu allererst einmal an die so genannten „Versorgerkassen“. Deren Klientel gilt als überaltert und damit weisen sie auch höhere „Sterbequoten“ als so mancher andere Wettbewerber auf. In den ersten sechs Monaten 2020 „erwischte“ es die Bochumer Knappschaft (KBS) besonders hart. Sie führt weiterhin die TOP 10-Liste der „Verlierer nach Köpfen“ an. Neben den üblichen Abgängen auf Grund von Todesfällen, dürften

die Folgen des oscar®-Debakels (vgl. dfg 14 - 20, S. 2ff.) vermutlich zu so mancher Kündigung von Mitglieder-Verhältnissen und damit zum erhöhten Versichertenabgang beigetragen haben. Ob es bei einem „Einmal-Effekt“ bleibt, das bleibt abzuwarten. Auf Platz 2 dieser Liste rangiert wiederum die SVLFG – wieweit Corona-Todesfälle zu diesem Ergebnis beigetragen haben, geht aus den Zahlen nicht hervor. Wurde aber von der dfg-Redaktion auch nicht abgefragt. Auf Rang 3 und 4 findet man nun die erste IKK, die BIG direkt gesund, und die einzige Ersatzkasse, die Kaufmännische Krankenkasse (KKH). Gefolgt von der Aachener actimonda krankenkasse und die AOK Nordost. Gerade die actimonda verfügt mittlerweile nicht mehr über einen der attraktivsten Zusatzbeitragssätze. Aber ein Minus von über 5 Prozent innerhalb von nur sechs Monaten, da müssen auch andere Gründe vorliegen. Der höchste Negativsaldo im BKK-System führte dazu, daß die Aachener Körperschaft wiederum die TOP 10-Liste der „Verlierer in Prozent“ anführt.

Die 10 TOP-Verlierer nach „Köpfen“

Versichertensaldo vom 1. Januar 2020 bis 1. Juli 2020

Akt. Platz	Art der Kasse	Name	Differenz in Prozent	Differenz Absolut
14	Kn	Knappschaft	- 1,66 %	- 25.858
24	LKK	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	- 1,91 %	- 11.346
30	IKK	BIG direkt gesund	- 2,56 %	- 10.522
13	vdek	Kaufmännische Krankenkasse - KKH	- 0,55 %	- 9.110
50	BKK	actimonda krankenkasse	- 5,05 %	- 6.341
11	AOK	AOK Nordost	- 0,31 %	- 5.440
40	BKK	Salus BKK	- 3,00 %	- 5.417
17	BKK	BKK MOBIL OIL	- 0,52 %	- 5.269
31	BKK	Novitas BKK	- 1,18 %	- 4.551
22	BKK	pronova BKK	- 0,68 %	- 4.468

Die 10 TOP-Verlierer in Prozent

Versichertensaldo vom 1. Januar 2020 bis 1. Juli 2020

Akt. Platz	Art der Kasse	Name	Differenz Absolut	Differenz in Prozent
50	BKK	actimonda krankenkasse	- 6.341	- 5,05 %
73	BKK	BKK Herkules	- 1.174	- 3,67 %
65	BKK	SKD BKK	- 1.741	- 3,46 %
40	BKK	Salus BKK	- 5.417	- 3,00 %
89	BKK	BKK Stadt Augsburg	- 455	- 2,85 %
80	BKK	BKK_DürkoppAdler	- 648	- 2,68 %
62	BKK	BKK RWE	- 1.475	- 2,58 %
30	IKK	BIG direkt gesund	- 10.522	- 2,56 %
54	BKK	energie-BKK	- 2.279	- 2,51 %
87	BKK	BKK Technoform	- 323	- 1,96 %

Auch wenn die aktuellen Trends im 50. dfg-GKV-Versicherten-Ranking für das 1. Halbjahr 2020 denen für die ersten drei Monate des Jahres ähneln, so ergab sich auf den ersten 21 Rängen trotz aller Verluste bzw. Gewinne nur eine Verschiebung. Die hkk schob sich an der bisher vor ihr liegenden Bochumer VIActiv Krankenkasse vorbei und darf nun behaupten, daß sie zu den 20 größten Kassen in Deutschland zählt. Erst ab Platz 47 setzt sich die Rangelei unter den BKKen weiter fort. Die BKK Verbund Plus tauschte auf Grund ihrer Erfolge ihren bisherigen Rang 49 mit der actimonda krankenkasse und rangiert nun auf Rang 47. Der Bremer firmus BKK erging es noch besser, sie sprang um drei Plätze in die TOP 50 auf Rang 49 vor (bisher Rang 52). Die actimonda rutschte auf Rang 50 ab. Ob sie sich mittelfristig in den TOP 50 halten kann, das wird sich zeigen. Insgesamt wechselten 12 BKKen ihre Plätze.

Liste aller Krankenkassen in Deutschland
nach Verlust an Versicherten 1.1.2020 – 1.7.2020
Stichtag 1. Juli 2020
 (Stand: 27. Juli 2020)

Lfd. Nr. Ranking		Kassenart	Name der Krankenkasse	Versicherte		Differenz	
1.1. 2020	1.7. 2020			1.1.2020	1.7.2020	1.1.2020 – 1.7.2020	
						absolut	in %
14	14	Kn	Knappschaft	1.556.619	1.530.761	- 25.858	- 1,66 %
24	24	LKK	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	593.459	582.113	- 11.346	- 1,91 %
30	30	IKK	BIG direkt gesund	410.884	400.362	- 10.522	- 2,56 %
13	13	vdek	Kaufmännische Krankenkasse - KKH	1.669.409	1.660.299	- 9.110	- 0,55 %
47	50	BKK	actimonda krankenkasse	125.678	119.337	- 6.341	- 5,05 %
11	11	AOK	AOK Nordost	1.741.847	1.736.407	- 5.440	- 0,31 %
40	40	BKK	Salus BKK	180.717	175.300	- 5.417	- 3,00 %
17	17	BKK	BKK MOBIL OIL	1.007.386	1.002.117	- 5.269	- 0,52 %
31	31	BKK	Novitas BKK	387.176	382.625	- 4.551	- 1,18 %
22	22	BKK	pronova BKK	654.627	650.159	- 4.468	- 0,68 %
32	33	BKK	Die Schwenninger Krankenkasse	311.258	308.888	- 2.370	- 0,76 %
53	54	BKK	energie-BKK	90.682	88.403	- 2.279	- 2,51 %
65	65	BKK	SKD BKK	50.390	48.649	- 1.741	- 3,46 %
7	7	IKK	IKK classic	3.127.548	3.125.834	- 1.714	- 0,05 %
62	62	BKK	BKK RWE	57.243	55.768	- 1.475	- 2,58 %
35	35	IKK	IKK Brandenburg und Berlin	236.836	235.597	- 1.239	- 0,52 %
73	73	BKK	BKK Herkules	31.948	30.774	- 1.174	- 3,67 %
42	42	BKK	BKK Pfalz	172.403	171.432	- 971	- 0,56 %
81	80	BKK	BKK_DürkoppAdler	24.136	23.488	- 648	- 2,68 %
60	60	BKK	atlas BKK ahlmann	59.816	59.189	- 627	- 1,05 %
56	56	BKK	BKK Deutsche Bank AG	79.471	78.879	- 592	- 0,74 %
89	89	BKK	BKK Stadt Augsburg	15.976	15.521	- 455	- 2,85 %
68	67	BKK	BKK Werra-Meissner	38.587	38.143	- 444	- 1,15 %

Lfd. Nr. Ranking		Kassenart	Name der Krankenkasse	Versicherte		Differenz	
1.1. 2020	1.7. 2020			1.1.2020	1.7.2020	1.1.2020 – 1.7.2020	
						absolut	in %
82	81	BKK	BKK Herford Minden Ravensberg HMR	22.080	21.674	- 406	- 1,84 %
43	43	BKK	R+V Betriebskrankenkasse	157.089	156.735	- 354	- 0,23 %
88	87	BKK	BKK Technoform	16.467	16.144	- 323	- 1,96 %
66	66	BKK	Bertelsmann BKK	47.931	47.727	- 204	- 0,43 %
87	86	BKK	BKK MTU	16.739	16.602	- 137	- 0,82 %
51	52	BKK	BKK ZF & Partner	102.941	102.856	- 85	- 0,08 %
79	78	BKK	BKK Achenbach Buschhütten	25.182	25.115	- 67	- 0,27 %
84	84	BKK	TUI BKK	18.082	18.015	- 67	- 0,37 %
95	94	BKK	Südzucker-BKK	8.920	8.886	- 34	- 0,38 %
102	101	BKK	BKK Grillo-Werke	1.466	1.458	- 8	- 0,55 %

© dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik 2020 * Inhalt ohne Gewähr * Quellen: Mitteilungen der Kassen, eigene Recherchen
A.V. = Angabe verweigert; k.V. = kein Vergleich möglich

Ärzte / Leserbrief:

Der Grund für den „Schaum vor dem Mund der HÄVG-Funktionäre“

(dfg 31 – 20) Auf den in der dfg-Ausgabe 30 – 20 am 23. Juli 2020 unter der Rubrik „Ärzte“ veröffentlichten Beitrag „IT-Frage im ‚Ländle‘: Wie rette ich meine investierten Gelder?“ erreichte die dfg-Redaktion am 26. Juli 2020 ein umfangreicher Leserbrief. Die schreibende Person (der Name ist der Redaktion bekannt) gestaltete lange Jahre vor und hinter den vertragsärztlichen Kulissen die Berufspolitik der Ärzteschaft mit. Ihr großes Hintergrundwissen über die wirklichen Beweggründe der damaligen Entscheidungsträgerinnen bestätigt einige der von der dfg-Redaktion aufgestellten Thesen und erweitert den berufspolitischen Horizont des Beitrages erheblich. Mit dem Einverständnis der schreibenden Person – die anonym bleiben möchte – dokumentiert die dfg-Redaktion das Schreiben in einer bearbeiteten und gekürzten Version:

„... Schön ist Ihre neue Wortschöpfung „Mandatar*innen“ – das hat viel Nähe zu „Avatar“, also etwas künstlichem, virtuellem ... Der hintergründige Interpretationsversuch Ihrer Wortschöpfung könnte geradezu Abgründe offenbaren – bedienen sich die Funktionäre etwa einer von ihnen erschaffenen technisierten Marionette? Da ich (noch immer) ein überzeugter Sympathisant des Systems bin, verdränge ich solche Optionen ...

Aber was ganz gewiss eine sehr, sehr wichtige Rolle spielt, ist der - nach meiner Erinnerung - seit mindestens 20 Jahren bestehende Wunsch des KBV-Systems, eine eigene Abrechnungs-Software zu entwickeln und den Praxen anbieten zu können. Wie haben wir in diesen Jahren auf allen Ebenen darum gekämpft – natürlich vornehmlich hinter den Kulissen, denn die Loslösung von den marktgetriggerten Anbietern mit Rendite-absichten (insbes. der COMPU Group) hätte neben rein finanziellen Einsparungen in der Praxis

auch die Option ordnungspolitischer Umsetzungserleichterungen mit sich gebracht. Minister Spahn sei Dank, diese Option hat sich nunmehr etwas realer darstellen lassen.

Und genau da scheint der von Ihnen angesprochene Interessenkonflikt zu liegen! Die „Raffkes vom Rhein“, eine alte dfg-Überschrift meint die HÄVG-Funktionäre, haben Lunte gerochen: neben der Option der Vertragspartnerschaft mit den Geldgebern, den Krankenkassen, hätten Sie mit dieser Option der Prozeßgestaltung den gesamten (materiellen) Praxishintergrund abgebildet:

Vertrag - Leistungsinhalt und -gestaltung, „Prüfung“ und Abrechnung
– alles in einer Hand!

Und ohne die ungeliebte KV im Direktvertrag mit den Geldgebern, den Krankenkassen! Das ist Kossow'scher Urwunsch (Anm. der Red.: Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kossow, HÄV-Ehrenvorsitzender) seit seiner Abwahl als KV-Chef in Niedersachsen (sein HÄV-Nachfolger Ulrich Weigeldt ist trotz seiner fürstlichen Abfindung nach „Abschuss“ als KBV-Vorstand – wohl, wie zu hören war, wegen Faulheit und Ungeeignetheit (!!!) - genau in die gleichen berufspolitischen Fußstapfen getreten! Und jetzt hat Spahn diese Option real werden lassen – Da glaubt doch hoffentlich niemand mehr an den Weihnachtsmann!

Sie beschreiben ja sehr genau die (regionalen!) wirtschaftlichen Einflüsse der eigennützigen HÄVG-Funktionäre – es wäre sicherlich eine investigative Meisterleistung, die materiellen Ergebnisse des Wirkens dieser Funktionäre mal aufzudecken!!!! – da ist es doch mehr als naheliegend, dass sich eine Vertragsgemeinschaft vehement um ein solches Tool („CompuGroup-unabhängige PVS“) „kümmert“ ...

Der baden-württembergische HzV-Vertrag - so wie der „dfg“ ihn beschrieben hat - ist versorgungsstrukturell eine „Blendgranate“ erster Güte. Das war zwar von Anfang an bekannt, aber nicht offiziell verkündet worden! Warum wohl, haben sich bundesweit die allermeisten Kassen entweder nicht freiwillig, sondern nur per Schiedsverfahren, zum „HzV-Vertrag hinführen“ lassen? Politisch und strategisch ist er aber nur ein Element eines Gesamtkunstwerkes, welches bereits Kossow (der in seinen guten Jahren ein begnadeter Analyst und Stratege war) erdacht hatte. Weigeldt ist dann der perfekte „General“ für die Führung der Soldaten in die Schlacht (da werden ihm vermutlich seine Erfahrungen aus den Studentenzeiten sehr helfen). Zu diesem Gesamtkunstwerk gehört halt die technische Untersetzung der Vertragsumsetzung und -abwicklung. Das beschreibt der „dfg“ perfekt.

Womit aber die HÄVG-Funktionäre immer wieder nicht wirklich gerechnet haben, ist der Widerstand aus dem KBV-System, der Kassenlandschaft und sogar der Politik – und das, obwohl die HÄV-Protagonisten bei der Berliner Politik permanent auf dem Schoß sitzen. Besonders deutlich wurde dies mit der Pleite um den „gekapselten Kern“ des Abrechnungssystems der HÄVG. Als es bereits vor 10 Jahren darum ging, hausärztliche Vertrags- und Vergütungsmodelle in die KBV-Welt zu integrieren (gesetzliche Vorgabe), scheiterte die Hausarzttriege letztlich. Weil diese (strategisch notwendige) Intransparenz

im HÄVG-IT-System alle anderen Player abschreckte. Dazu kam dann immer klarer die Erkenntnis, dass die Kassen mit den HzV-Verträgen keinen Cent sparen, viele Hausärzte immer weniger reale Versorgung leisten, die Versorgung der Versicherten real immer schlechter wurde, obwohl das Marketing um die hausärztliche Versorgung als das zentrale Element des deutschen Gesundheitswesens ubiquitär war. Einzig die Honorare der Hausärzte entwickelten sich außerordentlich – bei weitestgehend kontakt- und somit leistungslosen Abrechnungskomplexen und Pauschalen!!!

Das zu kaschieren, gelingt natürlich nur, wenn man auch selbst die Abrechnung „gestaltet“! Nur dann kann man zwischen eingehenden Abrechnungen ohne Leistung und Erstellen der Honorar-Rechnung an den Finanzier/ die Kassen den Filter setzen, der die Leistungsleere der Honorarforderung verschleiert!

Wenn nun die Politik der KBV (statt dem Hausärzte-Verband) die gesetzliche Möglichkeit eröffnet, eine eigene IT zu entwickeln, dann hat das sehr wahrscheinlich recht viel damit zu tun, dass man einer Körperschaft im Falle einer „Fehlentwicklung“ oder eines „Mißbrauches“ schnell auf die Finger klopfen kann – während man bei einem Verband nur „hoch und nieder springen“ könnte. Und so beschreiben Sie absolut zutreffend den Schaum vor dem Mund der HÄVG-Funktionäre. Allerdings: es gibt auch innerhalb der hausärztlichen KV-Funktionäre nicht nur HÄVG-Fans! Und genau das ist der Grund, warum die Baumgärtner und Dietsches keinen „Durchmarsch“ hinbekommen!

Allerdings gibt es einen geschickten Schachzug: Da die Integration der von Ihrem Blatt beschriebenen hausärztlichen Vertrags-Elemente in die Praxisverwaltungs-Systeme hohen Programmieraufwand und somit Kosten bedeutete, sann man nach einer Lösung, welche die Hausärzte und den Verband nicht ruinierte: die CompuGroup machte es vor – die integrierten diese Hausärztlichen Vertragsmodelle in die Software per Quartals-Update und legte die Kosten auf alle User (also auch die Fachärzte) per Wartungskosten um. Die monatlichen Software-Wartungskosten (SW) wurden immer höher, obgleich für den fachärztlichen Bereich so gut wie nichts zu ändern war! Die Programme wurden (infolge der nutzlos integrierten Vertrags-SW) immer umfangreicher und schwerfälliger – in immer kürzeren Abständen wurde neue Hardware erforderlich, die häufig von den Systemanbietern (CompuGroup) geliefert und installiert wurde ... wie schreibt der „dfg“ doch immer: Honi soit qui mal y pense!

Und einen entscheidenden strategischen Mangel hat das HÄVG-IT-Modell: die fehlende Interoperabilität!! Die aber ist das A und O, wenn man alle Akteure im Gesundheitswesen vernetzen will, um sie sinnvoll zusammenarbeiten zu lassen. Auch hier wieder: die Philosophie des „gekapselten Kerns“ ist zentrales Element und zugleich die Letal-DNS in diesem Konstrukt! Verzichtet man auf diese Grundlage der Macht (intransparenter Kern), wird das Produkt aber genauso beliebig, wie die der anderen Konkurrenten – und dann sind wir auch schon wieder bei Ihrem nächsten Thema, dem Frust der Basis ... Doch diesen Aspekt hat der „dfg“ so folgerichtig dargestellt, daß dem nichts mehr hinzuzufügen ist.“

Krankenhäuser / Gesundheitswirtschaft:

Das wird heiß: „Heuschrecke“ berät potentiell eigenes Kaufobjekt!?

(dfg 31 – 20) Daß es einer Vielzahl der bundesdeutschen Krankenhäuser finanziell nicht gerade blendend geht, diese Tatsache ist sattsam bekannt. Und wird von vielen „Markt-Studien“ von Unternehmensberatungsfirmen (zuletzt die Münchener Roland Berger GmbH) öffentlichkeitswirksam ständig wiederholt. Schließlich kann man im stationären Sektor nicht nur bei Umstrukturierungen horrenden Honorarsummen liquidieren. Daß jetzt auch internationale „Heuschrecken“ den Berater-Sektor entdecken, das ist neu. Aber überzeugend: Denn so gewinnen die ausländischen Investoren einen exakten Überblick über den „Markt“, in dem sie akquirieren wollen und kaufen sich ein erhebliches Knowhow ein. Wenn der Deal offenbar noch zum „Schnäppchen-Preis“ zustande kommt, umso besser.

Dennoch schlug die Anmeldung beim Bundeskartellamt (BKartA) vom 17. Juli 2020 mit dem Aktenzeichen B4-85/20 in der Klinik-Beraterszene scheinbar ein wie eine Bombe. Meldete doch die auf das Gesundheitswesen spezialisierte Private-Equity-Gesellschaft (PEG), Nordic Capital Ltd. (NC) – früher Schweden, jetzt Jersey – (vgl. Darstellung dfg 31 – 19, S. 5ff.) den „mittelbaren Anteils- und Kontrollerwerb“ gleich an vier spezialisierten Beratungs-Gesellschaften an. Dabei handelt es sich mit der Schleswiger Hospital Management Group GmbH (HMG) um eine auf Sanierungen und Umstrukturierungen fokussierte Boutique. Die KDD GmbH aus Düsseldorf beschäftigt sich seit über zehn Jahren mit der Entwicklung von Softwarelösungen für Krankenhäuser (KIS). Und die in Hamburg beheimatete miralytik healthcare consulting GmbH bietet neben Strategieberatungen vor allem Lösungen in der Prozeßreorganisation und -steuerung an.

Während alle drei Gesellschaften wohl eher ein finanzielles wie strukturelles „Häppchen“ für eine international operierende „Heuschrecke“ darstellen, dürfte Kaufobjekt Nr. 4 einen wahren Coup darstellen. NC angelte sich nämlich mit dem Paket-Deal die Kontrolle über die WMC Healthcare GmbH in München. WMC, da klingeln im gesamten stationären Sektor die Alarmglocken! WMC war in den letzten Jahren meist dann zur Stelle, wenn im Klinikbereich etwas zu regeln oder zu sanieren bzw. eine Insolvenz abzuwickeln war. Ob in Osnabrück bei der Paracelsus Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA (vgl. dfg 37 – 18, S. 11), bei der Gesundheit NORD gGmbH (vgl. zuletzt dfg 33+34 - 18, S. 10), in Oberhausen und am Rhein (vgl. dfg 29 - 19, S. 5ff.) oder im Osten - die WMC-Berater waren regelnd vor Ort und damit an den üppigen Honorarquellen. Die 2013 erfolgte Mit-Gründung des ehemaligen McKinsey-Partners Dr. med. Reinhard Wichels (50) machte im stationären Sektor „bella figura“. Und mit 45 „teuren“ Mitarbeiter*innen war man längst aus dem inhabergeführten Boutique-Bereich herausgewachsen. Und der bullig wirkende Mediziner Wichels konnte sich erfolgreich beim Aufbau von Gruppen von (Zahn-)Medizinischen Versorgungszentren (Z-MVZ) und anderem kümmern. Wichels galt und gilt in Fachkreisen als „Mann für ‚gewisse‘ Fälle“ und benahm sich auch so (vgl. u.a. dfg 29 – 19, S. 5ff.).

Und nun „macht man Kasse“!? Das verwundert etwas. Denn die „Heuschrecke“ NC war zeitweise z.B. direkter WMC-/Wichels-Konkurrent beim Aufbau und -bau von Z-MVZ-Gruppen. Bis Wichels und seine Mitstreiter sich von diesem Bereich lösten und das Portefeuille durch den Verkauf an die

„Heuschrecke“ Summit Partners L.P. „bereinigten“ (vgl. dfg 29 – 19, S. 5ff.). Also muß es einen Grund geben, warum der früher so agil wirkende Ex-„Meckie“ die Kontrolle über seine Gründung aufgibt. Eine erste, wenn auch nicht vollständige Begründung für den Verkauf-Deal liefern die im Bundesanzeiger veröffentlichten WMC-Jahresabschlüsse. Seit 2013 muß man in München zuerst „saugut“ verdient haben, so daß man von einem mittelständischen Betrieb Bilanzgewinne in Mill.-€-Höhe veröffentlichen mußte. Ende 2016 stand so bereits ein Betrag von 2,6 Mill. € in den Büchern. Und der „Kassenbestand“ war ausweislich der Veröffentlichung siebenstellig. 2017 verändert sich das Bilanzlicht urplötzlich wie gewaltig. Die Bilanzzahlen stürzten ab. Die Verbindlichkeiten gegenüber Gesellschaftern z.B. explodierten auf über 2,1 Mill. €. Und der Satz: „In dem Bilanzgewinn in Höhe von 1.073.792,24 € (Vorjahr: 2.601.892,06) ist ein Gewinnvortrag in Höhe von 2.601.892,06 € (Vorjahr: 1.119.952,33) enthalten“, läßt aufhorchen. Jeder Bilanzkundige weiß diese Aussage zu werten. In 2018 – dem letzten veröffentlichten Bilanzjahr – verbessern sich die Zahlen etwas. Aber gegenüber den Gesellschaftern stand man immer noch mit 1,9 Mill. € in der Kreide und der Bilanzgewinn hatte sich noch einmal halbiert. Könnte es sein, daß man an der Isar „auf zu großem Fuß“ gelebt, zu hohe Fixkosten produziert oder sich gar übernommen hatte? Oder wollte der eine oder andere Gesellschafter in den „Zuschußbetrieb“ keine Eigenmittel mehr reinbuttern? Trotz des guten Rufes und der auf den ersten Blick relativ erträglichen Auftragslage.

Was wirklich zu dem überraschenden Deal geführt hat, das wird man vermutlich nie herauskriegen. Aber sicher scheint: NC-Deutschland-Statthalter Dr. rer. pol. Rainer Lenhard (49) gewinnt über seine neuesten Beteiligungen eine genaue, intime Kenntnis über den Klinik-Markt in Deutschland. Das kann dem NC-Pflegekonzern Alloheim Senioren-Residenzen SE in Düsseldorf genauso zu Gute kommen wie dem bereits seit 2014 im NC-Portfolio befindlichem Ahrensburger Dienstleister GHD GesundHeits GmbH Deutschland. Vom MVZ- bzw. Z-MVZ-Markt ganz zu schweigen. Das Abgreifen dieses gewichtigen Knowhows kann aber nur gelingen, wenn die wichtigsten WMC-Mitarbeiter*innen in naher bis mittelfristiger Zukunft an Bord bleiben. Es bleibt also spannend und WMC-Neuigkeiten weiterhin schlagzeilenträchtig.

Personalia / Berliner Szene:

IFK setzt auf Kontinuität

(dfg 31 – 20) Auf dem glatten Berliner Parkett gilt sie in diesem Jahrhundert als „das Gesicht der Heilmittelerbringer“. Unaufgeregt und mit sanfter Stimme vertritt die Wittener Physiotherapeutin Ute Repschläger (57) nicht nur als Vorsitzende des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV) erfolgreich die Interessen der dort zusammengeschlossenen Berufsgruppen, sondern insbesondere auch die der Physiotherapeuten. Bei „ihrem“ Verband, dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK), wurde sie erneut am 27. Juli 2020 in Bochum in ihrem Amt als Vorstandsvorsitzende bestätigt. Repschläger steht dem Zusammenschluß der Niedergelassenen seit 2002 vor. Mark Rietz wurde in seinem Amt als stellvertretender Vorsitzender wiedergewählt. Brigitte Heine-Goldammer war im letzten Jahr als Beauftragte des Vorstands tätig und wurde nun wieder in das Amt einer stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.