



„Unprofessionell und verbesserungsbedürftig“

Der Bundesrechnungshof rügt das Anlagemanagement der Sozialversicherungsträger

Würden Sie jemandem Ihr Geld anvertrauen, der die Bedingungen für eine „sichere, ertragsorientierte und ordnungsgemäße Geldanlage“ nicht regelt? Der „keine hinreichende Marktübersicht“ besitzt, „nur von wenigen Kreditinstituten“ Angebote einholt und dessen Risikomanagement und Überwachung der Finanzanlagen „Unzulänglichkeiten“ aufweisen?

Millionen Versicherte in Deutschland haben gar keine andere Wahl. Denn diejenigen, die der Bundesrechnungshof in seinem aktuellen Jahresbericht mit so deutlichen Worten kritisiert, sind die gesetzlichen Sozialversicherungsträger.

Milliarden Euro haben sie auf dem Kapitalmarkt angelegt – vor allem die Rentenversicherung. Aber auch gesetzliche Krankenkassen dürfen ihre zwischenzeitlichen Überschüsse auf Termingeldkonten, in Staatsanleihen etc. stecken. Stolze 14,3 Milliarden Euro haben die Kranken- und Pflegekassen nach den neuesten Zahlen des Bundesversicherungsamtes vom September 2010 auf dem Kapitalmarkt

investiert. Zwar geht der überwiegende Teil der Mittel in verhältnismäßig sichere Anlageformen wie Giro- und Tagesgeldkonten. Aber fast 10 Prozent fließen beispielsweise in Investmentfonds.

Fehlende Standards für das Risikomanagement

Leitplanken dafür, dass die Geschäfte den Beitragszahlern tunlichst eher nutzen als schaden, gibt es nicht. Denn anders als in der privaten Versicherungswirtschaft existieren keine einheitlichen Mindeststandards, um Sozialversicherungsträger zum Schutz ihrer Versicherungsgelder auf eine sichere Anlagepolitik zu verpflichten.

Zwar schreibt das Sozialgesetzbuch vor, dass die Mittel so anzulegen sind, „dass ein Verlust ausgeschlossen erscheint (und) ein angemessener Ertrag erzielt wird“. Mehrere vom Bundesrechnungshof geprüfte Fälle besaßen aber nicht einmal feste Kriterien für die Auswahl von Kreditinstituten und Anlageprodukten oder für die Dokumentation der Angebote und

der getroffenen Vereinbarungen. Das Fazit der Prüfer: „Das Management dieser Finanzanlagen ist häufig unprofessionell und oft verbesserungsbedürftig“.

Die Entscheidung der Bundesregierung, den geplanten Einstieg in die Kapitaldeckung als Ergänzung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nicht in Form einer milliardenschweren Rücklage in der Gesetzlichen Krankenversicherung anzusetzen, erweist sich insofern als Verbraucherschutz im besten Sinne.

Vorbild private Versicherungswirtschaft

Vor allem bei kleineren Einrichtungen hätten Finanzdienstleister und Kreditinstitute die Anlageentscheidungen „maßgeblich“ beeinflussen können, rügen die Prüfer. Aber auch größere Sozialversicherungsträger waren vor Fehlentscheidungen nicht sicher: So hat die Nachfolgeeinrichtung eines nicht näher genannten Bundesverbandes ihr Geld in Fonds gesteckt, die einen 30-prozentigen Aktienanteil hatten.

Der jüngste Bericht des Bundesrechnungshofs macht deutlich:
Von Kapitalanlagen verstehen Sozialversicherungsträger nur wenig.

Ein Glücksspiel auf Kosten der Beitragszahler mit schlechtem Ausgang: Während der Finanzmarktkrise fielen die Kurse; statt Gewinnen gab es zum Zeitpunkt der Prüfung Buchwertverluste von 62 Millionen Euro. Pikantes Detail: Das Aufsicht führende Bundesministerium hat das Investment zwar für unzulässig gehalten, es aber dennoch geduldet – bis es zu spät war.

Management von Anlagen soll professionalisiert werden

Der Rechnungshof fordert die Bundesregierung daher auf, das Management von öffentlichen Finanzanlagen zu professionalisieren – und nennt als Vorbild ausdrücklich die Privatwirtschaft: Die Sozialversicherungsträger sollten sich an den „Mindestanforderungen an das Risikomanagement“ (MaRisk) orientieren, heißt es im Bericht. Diese Vorschriften aus der Feder der Banken- und Versicherungsaufsicht BaFin gelten unter anderem auch für die Private Krankenversicherung. Dass sie eingehalten werden, wird jährlich kontrolliert.

Das strenge Reglement zahlt sich aus: Selbst in den Nachwehen der interna-

tionalen Finanzmarktkrise hat die Private Krankenversicherung dank ihrer soliden Geschäftspolitik sowohl 2009 als auch 2010 jeweils über vier Prozent Nettoverzinsung auf ihre Kapitalanlagen erwirtschaftet.

Verschwendung bei Mieten und Fusionen

Dagegen müssen gesetzlich Versicherte nicht nur Fehlentscheidungen auf dem Finanzmarkt befürchten: So rügt der Bundesrechnungshof, dass mehreren geprüften Krankenkassen auch „durch zu große und zu teure Mietobjekte finanzielle Nachteile in Millionenhöhe“ entstanden seien. Der Bericht nennt ein Beispiel: „So mietete z.B. eine Krankenkasse von 1998 bis 2003 von einem Projektentwickler insgesamt 32.000 m² in drei noch zu errichtenden Gebäuden. Sie selbst nutzte 13.459 m²“. Die restliche Fläche vermietete sie zum Teil an andere Nutzer – und fuhr dabei deutliche Verluste ein. Ein schlechtes Geschäft vor allem für die Versicherten, aus deren Beiträgen das Ganze finanziert werden muss. Die Prüfer fordern für die Zukunft eine Zustimmungspflicht der Aufsichtsbehörde vor jedem neuen Mietvertrag.

Noch härter geht der Rechnungshof mit den Krankenkassen beim Thema Fusionen ins Gericht. Nur in wenigen Fällen hätten diese zu geringeren Leistungsausgaben aufgrund einer gebündelten Nachfrage geführt, monieren die Prüfer. Stattdessen seien oft sogar Ausgaben gestiegen, vor allem die Vorstandsvergütungen: Bei der Hälfte der untersuchten Fälle kletterten sie um bis zu 25 Prozent nach oben. Festgestellt wurden auch Abfindungen in Millionenhöhe und bis zu 18 Prozent höhere Verwaltungsausgaben im Jahr der Fusion.

Wem immer diese Fusionen also bislang genutzt haben mögen – die Versicherten waren es offenbar nicht. Die Aufsichtsbehörden sollen Kassenfusionen daher auch nur noch dann genehmigen dürfen, wenn vorher deren Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sei, fordert der Rechnungshof. Denn: „Die Wirkungen von Fusionen dürfen sich jedenfalls nicht darin erschöpfen, höhere Gehälter für die Leitungsebenen, Abfindungen an ausgeschiedene Vorstandsmitglieder oder Honorare an Unternehmensberatungen zu zahlen“.

www.bundesrechnungshof.de