

Wenn die Krankenkasse schwächelt – Mit der Auslandsbehandlung importierte Insolvenzrisiken

Hanjo Allinger*

Romy Emmerich**

ABSTRACT

Aufgrund des über- und zwischenstaatlichen Rechts ist es gesetzlich Versicherten möglich, medizinische Behandlungen im Ausland zu Lasten der heimischen Krankenkasse in Anspruch zu nehmen. Dabei erfolgt die zwischenstaatliche Abrechnung und Kostenerstattung zwischen dem zuständigen Träger im Heimatland des Versicherten und einem aushelfenden Träger im Aufenthaltsland über eigens dafür eingerichtete Verbindungsstellen. Ziel dieses Beitrags ist es, die Finanzierungslasten und Risiken einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse zu zeigen, die ihr durch die Vorfinanzierung der Behandlungskosten ausländischer Gastpatienten in Deutschland entstehen. Allein die AOK Bayern führt in ihren Büchern derzeit über 100 Millionen EUR offene Forderungen gegen ausländische Krankenversicherungen, die sie nicht fällig stellen kann und die qua Gesetz unverzinst bleiben. [1] Manche Länder zahlen erst nach fünf Jahren, andere gar nicht. Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind gesetzlich dazu verpflichtet, für die Behandlungskosten ausländischer Gastpatienten in finanzielle Vorleistung zu gehen, obwohl ihr dafür formal keinerlei Mittel zur Verfügung stehen. Auch alternative Möglichkeiten der Refinanzierung stehen ihnen nicht zur Verfügung, etwa durch eine Kreditaufnahme am Kapitalmarkt oder durch Sonderzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Durch mangelhafte Compliance ausländischer Krankenversicherer, die vorfinanzierte Leistungen für ihre Versicherungsnehmer nicht oder nur mit erheblicher Verzögerung erstatten, können der aushelfenden Krankenkasse neben Liquiditätsengpässen echte Insolvenzrisiken entstehen.

Supranational and interstate law under certain conditions allows patients with statutory health insurance to benefit from medical treatment in other European member countries at the expense of their domestic health insurance carrier. The interstate billing and reimbursement of costs between the responsible health insurance carrier in the home country of the insured person and the ancillary health insurance carrier in the country of residence takes place via national contact points. The aim of this article is to illustrate the financial burden a German statutory health insurance carrier bears that arises from pre-financing treatment costs of foreign patients. As of now, the AOK Bavaria has open claims against foreign health insurance carriers amounting to more than 100 million EUR – receivables that are not interest-bearing. [1] As so called “competent institution” (Reg EC 883/2004 Art. 1 q) some foreign health insurance carriers in charge pay only after years, others do not pay at all. In Germany, statutory health insurance carriers are legally obliged to cover costs from European guest patient treatment via advance payments, although they have no dedicated means for that. Neither are they allowed to take out a loan on capital markets. As a corollary, foreign health insurance carriers that do not fully comply do not only carry liquidity problems but also real insolvency risks for the ancillary German health insurance carrier.

* Professor an der Fakultät Angewandte Wirtschaftswissenschaften (School of Management) der Technischen Hochschule Deggendorf

** Doktorandin an der Andrassy Universität Budapest

KEYWORDS

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, Medizintourismus, Patientenmobilität, nationales Gesundheitswesen (Deutschland), Forderungsausfall

Cross-border healthcare, medical tourism, patient mobility, national health service (Germany), bad debt

1 Die Finanzierung medizinischer Behandlungen im Ausland ist europaweit sichergestellt

Der europäische Einigungsprozess hat den Bürgern mehr Mobilität ermöglicht, die sozialversicherungsrechtlich flankiert werden musste. Dabei sollte am Territorialprinzip in der Sozialversicherung offensichtlich jedoch nicht grundsätzlich gerüttelt werden. Nach diesem Prinzip bezieht sich die Leistungspflicht einer gesetzlichen Krankenversicherung nur auf das Inland und der Versicherungsanspruch ruht normalerweise, wenn sich der Versicherte im Ausland aufhält. [2]

Damit die gesetzlich Versicherten nun aber nicht alle ihren Versicherungsschutz bei einer Reise ins europäische Ausland verlieren, hat man in der EU das Prinzip der gegenseitigen Leistungsaushilfe implementiert, welches die gesetzlichen bzw. staatlichen Krankenversicherungsträger dazu verpflichtet, auf ihrem Territorium den Versicherungsschutz für diejenigen Versicherten aushilfsweise zu übernehmen, die eigentlich bei einem ausländischen Träger versichert sind und im Aufenthaltsland medizinische Leistungen benötigen. Rückwirkend bekommt der aushelfende Träger dann die Kosten vom zuständigen Träger im Heimatland des behandelten Patienten erstattet. [3]

Auf Basis der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Richtlinie 2011/24/EU können gesetzlich Versicherte dadurch unter bestimmten Voraussetzungen sowohl ungeplante als auch geplante Behandlungen im gesamten EU-Ausland sowie den Ländern Island, Liechtenstein, Norwegen und in der Schweiz¹ zu Lasten der heimischen Krankenkasse in Anspruch nehmen, obwohl sie sich im Ausland aufhalten. [4, 5]

Neben diesen beiden Anspruchsgrundlagen gibt es noch eine dritte Möglichkeit, wie gesetzlich Versicherte medizinische Leistungen im Ausland zu der heimischen Krankenkasse erhalten können, nämlich über Sozialversicherungsab-

kommen (SVA), welche die Länder bilateral dazu miteinander schließen können. Zu den Ländern, mit denen Deutschland solche Abkommen geschlossen hat, gehören die Länder Israel, Marokko, Nordmazedonien, Tunesien und die Türkei. Für Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Montenegro und Serbien gilt immer noch das Abkommen, das Deutschland einst mit Jugoslawien geschlossen hat. [6, 7] Die Versicherten aus diesen Ländern fallen jedoch insgesamt nicht so ins Gewicht, weil es sich mit Ausnahme der Türkei um gemessen an der Einwohnerzahl recht kleine Länder handelt und der Leistungsanspruch gegenüber den EU-Regelungen deutlich eingeschränkter ist. In der Regel ist der Anspruch der Versicherten aus diesen Ländern auf sofort notwendige Sachleistungen begrenzt. Hinzu kommt noch, dass die Leistungsaushilfe mit Marokko und dem Kosovo beispielsweise derzeit ausgesetzt ist. Nach dem deutsch-israelischen Abkommen sind derzeit sogar nur Sachleistungen für den Fall der Mutterschaft möglich. [6] Die Versicherten aus den SVA-Staaten spielen also bis auf die Türkei eine untergeordnete Rolle.

Der Abrechnungsprozess bei einer Behandlung auf Basis der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, der weit überwiegenden genutzten Rechtsgrundlage, findet üblicherweise nach dem Schema in Abbildung 1 statt. Der zuständige Träger überweist die Kosten nicht direkt an den aushelfenden Träger, die gesamte Abrechnung, inklusive der Weiterleitung der Kostenerstattungen, läuft über die jeweiligen Verbindungsstellen zum Ausland. [8] Die Verbindungsstellen prüfen ihrerseits, ob die Rechnungen korrekt gestellt sind und vor allem, ob die Fristen zur Einreichung der Rechnung gewahrt wurden. Sie nehmen im Abrechnungsprozess die wichtige Funktion einer Clearingstelle ein, indem sie die Rechnungen und Kostenerstattungen der Träger, für die sie zuständig ist, an die ausländischen Verbindungsstellen weiterleitet und umgekehrt. Dagegen ist es die Hauptaufgabe der aushelfenden Krankenversicherungsträger, die Behandlungskosten für die bei einem ausländischen Träger Versicherten vorzufinanzieren.

¹ In der Schweiz gilt nur die Verordnung, aber nicht die Richtlinie.

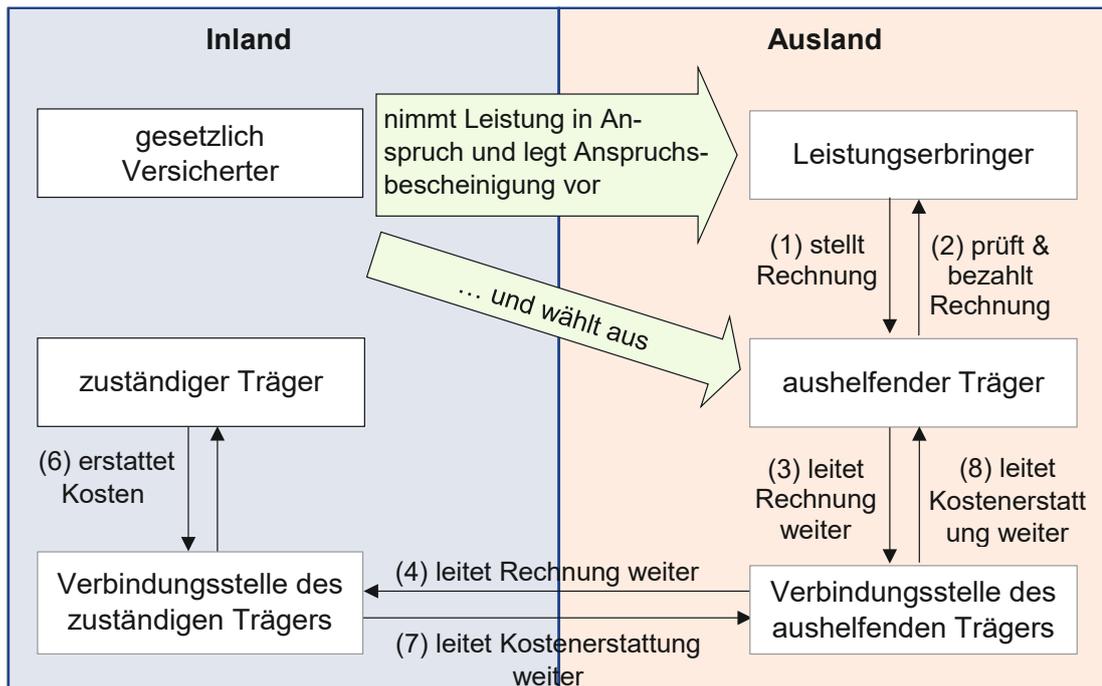


Abbildung 1: Prinzip der Sachleistungsaushilfe

Aufgrund des Prinzips der freien Krankenkassenwahl, das in Deutschland herrscht, dürfen auch gesetzlich Versicherte aus dem Ausland die aushelfende Krankenkasse in Deutschland frei wählen [9]. Genauso wie den deutschen Versicherten stehen ihnen aber von den etwa 100 Krankenkassen, die es in Deutschland gibt, nicht alle frei zur Auswahl, denn zum Beispiel sind einige Betriebskrankenkassen nicht allgemein zugänglich und manche Krankenkassen nur in bestimmten Bundesländern wählbar [10]. Im Gegensatz dazu gibt es eine Reihe von Ländern, in denen der aushelfende Träger nicht frei wählbar ist, zum Beispiel in Österreich. Seit der Strukturreform der Sozialversicherung im Januar 2020 ist dort die „Österreichische Gesundheitskasse“ zuständig. In Spanien wiederum gibt es nur eine staatliche Sozialversicherung, die „Seguridad Social“. Versicherten aus den Abkommenstaaten ist die freie Wahl der aushelfenden Krankenkasse in Deutschland gesetzlich verwehrt. Einzige Ausnahme hier bildet Nordmazedonien. In allen anderen Abkommen ist festgelegt, dass für die Sachleistungsaushilfe die Allgemeinen Ortskrankenkassen zuständig sind.

Durch die Vorfinanzierung der Behandlungskosten von im Ausland Versicherten gegenüber den deutschen Leistungserbringern entstehen der aushelfenden (deutschen) Krankenkasse Forderungen gegenüber den ausländischen Trägern.

Genauso ist es auch umgekehrt: Nehmen in Deutschland Versicherte Leistungen im Ausland in Anspruch, entstehen die Forderungen bei den aushelfenden (ausländischen) Trägern gegenüber den zuständigen (deutschen) Trägern.

2 Compliance matters – auch für große Krankenkassen

Im günstigsten Fall stellt die Vorfinanzierung der Behandlung ausländischer Gastpatienten nur eine Belastung der Liquidität dar. Können die Forderungen gegen die zuständigen ausländischen Kostenträger jedoch nicht durchgesetzt werden, wird aus der Belastung der Liquidität ein echter Kostenfaktor. Wenn sich diese beiden Belastungen nicht gleichmäßig auf die aushelfenden Krankenversicherungen verteilen, erwachsen daraus einseitige Wettbewerbsnachteile.

Wir haben die Abrechnungsdaten der AOK Bayern, einer großen deutschen gesetzlichen Krankenkasse, ausgewertet. Bei ihr sind rund 4,5 Millionen Menschen versichert [11]. Damit ist sie die viertgrößte gesetzliche Krankenkasse in Deutschland und die größte der Gruppe der Allgemeinen Ortskrankenkassen. Die AOK Bayern ist nur regional geöffnet, das bedeutet, man kann sich bei ihr als Inländer nur versichern, wenn man einen Wohnsitz in Bayern hat.

Wenn die Krankenkasse schwächelt – Mit der Auslandsbehandlung importierte Insolvenzrisiken

Als ausländischer Versicherter kann man sie nur dann als aushelfenden Träger wählen, wenn medizinische Behandlung in Bayern in Anspruch genommen wird.

Die Daten der AOK Bayern wurden uns mit Stand Januar und März 2019 zur Verfügung gestellt. Sie sind auf der höchsten Aggregations-ebene (Gesamtwerte der AOK Bayern) zusammengefasst, Individualdaten lagen uns nicht vor. Es handelt sich um GKV-Routinedaten, die der

Kasse bei der zwischenstaatlichen Abrechnung entstanden sind. Sie wurden also nicht extra erhoben. Die Daten umfassen insgesamt 13 Jahre, von 2006 bis 2018.

2.1 Entwicklung der Forderungen

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Forderungshöhe insgesamt, die der AOK Bayern jedes Jahr durch die Betreuung von jenen Versicherten entstehen, die bei einem ausländischen Träger versichert sind.

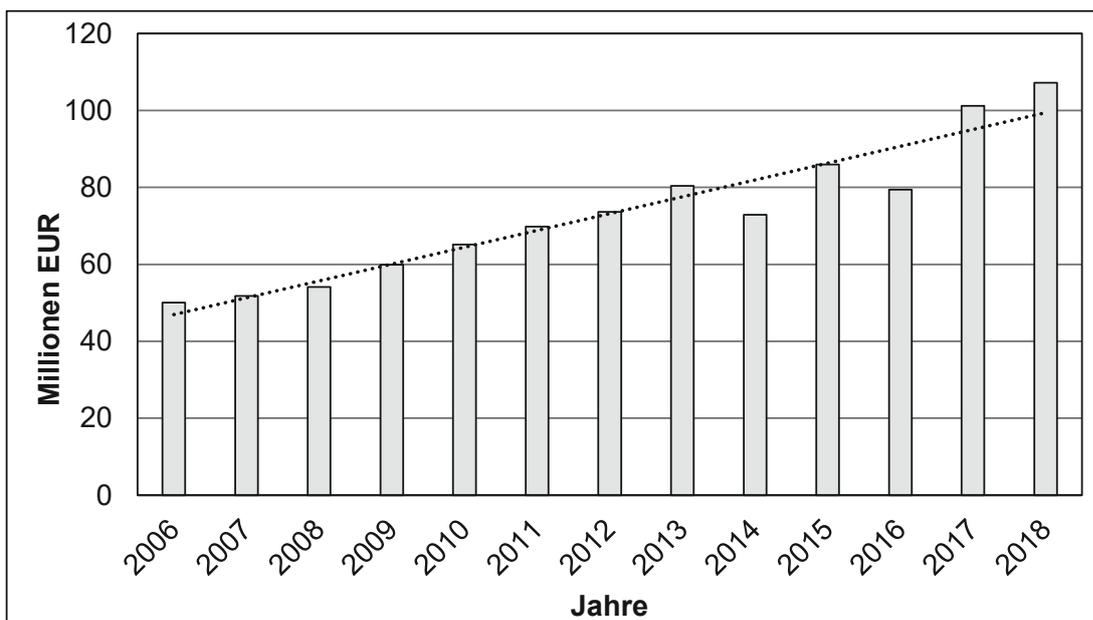


Abbildung 2: Entwicklung der Forderungen für betreute Auslandsversicherte [1]

Im Jahr 2018 verzeichnete die AOK Bayern insgesamt Forderungen in Höhe von 107,2 Millionen EUR gegenüber ausländischen Trägern. Im Vergleich zum Jahr 2006 hat sich damit die Forderungshöhe insgesamt mehr als verdoppelt. Nach Angaben der AOK Bayern ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Forderungshöhe insgesamt für die letzten Jahre tatsächlich noch etwas höher liegen dürfte, da zum Zeitpunkt der Datenübermittlung an uns noch Forderungen unberücksichtigt geblieben sein könnten. Betrachtet man die Forderungshöhe insgesamt pro betreuten Auslandsversicherten, so zeigt sich eine Zunahme von 32,9 % über den gesamten Betrachtungszeitraum. Sie stieg von 798 EUR im Jahr 2006 auf 1.061 EUR je betreuten Auslandsversicherten.

2.2 Ist Zahlungsmoral landesabhängig?

Tabelle 1 zeigt die Gesamtsumme der offenen Forderungen der AOK Bayern je Land zum Januar 2019. Demnach lagen die österreichischen Träger mit rund 55,1 Millionen EUR an unangefochtener Spitze. Mit deutlichem Abstand folgten auf Platz 2 die italienischen Träger mit rund 16,0 Millionen EUR und auf Platz 3 die rumänischen Träger mit rund 11,9 Millionen EUR.

Tabelle 1: Offene Forderungen je Land in EUR [12]

Heimatland des Versicherten	Offene Forderungen
Österreich	55.093.575 €
Italien	15.960.026 €
Rumänien	11.895.153 €
Polen	8.288.972 €
Griechenland	7.558.534 €
Türkei	6.173.447 €
Bulgarien	5.867.874 €
Großbritannien	4.589.005 €
Ungarn	4.139.778 €
Frankreich	4.104.960 €
Total	123.671.324 €

Hinweis: Die Tabelle enthält nur die Top 10 Länder.

Tabelle 1: Offene Forderungen je Land in EUR [12]

Die in der Tabelle 1 aufgeführten Top-10-Länder waren für 85,5 % der offenen Forderungen im Januar 2019 verantwortlich, wobei der Löwenanteil auf die österreichischen Träger entfiel (ca. 38,1 %). Insgesamt beliefen sich die offenen Forderungen der AOK Bayern gegenüber den ausländischen Trägern auf rund 144,6 Millionen EUR. [12]

Tabelle 2 zeigt die Gesamtsumme der verfristeten Forderungen der AOK Bayern je Land zum Januar 2019. Danach stehen die italienischen Träger mit rund 6,1 Millionen EUR an erster Stelle. An zweiter Stelle stehen die griechischen Träger mit rund 4,2 Millionen EUR und an dritter Stelle die österreichischen Träger mit rund 2,9 Millionen EUR. Im selben Umfang mussten mithin die bayerischen Versicherten über ihre Beiträge die Behandlung der italienischen, griechischen und österreichischen Patienten in Deutschland querfinanzieren.

Tabelle 2: Verfristete Forderungen je Land in EUR [12]

Heimatland des Versicherten	Verfristete Forderungen
Italien	6.137.229 €
Griechenland	4.180.862 €
Österreich	2.934.594 €
Bulgarien	2.653.253 €
Rumänien	1.370.248 €
Portugal	1.020.575 €
Großbritannien	691.506 €
Ungarn	444.203 €
Polen	304.389 €
Lettland	225.370 €
Total	19.962.229 €

Hinweis: Die Tabelle enthält nur die Top 10 Länder.

Tabelle 2: Verfristete Forderungen je Land in EUR [12]

Die in der Tabelle 2 gezeigten Top-10-Länder sind für 97 % der Gesamtsumme der Forderungen verantwortlich, welche von der AOK Bayern als verfristet verzeichnet werden. Insgesamt

gibt die AOK Bayern die Höhe der verfristeten Forderungen zum Januar 2019 mit rund 20,6 Millionen EUR an. [12]

3 Gläubigerfrust bei aushelfenden Trägern in Deutschland

Die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Vorfinanzierung der Leistungen von im Ausland Versicherten liegen für die einzelne deutsche gesetzliche Krankenkasse vor allem in der Liquiditätssteuerung und dem Eintreiben offener Forderungen bei den ausländischen Trägern.

Die Höhe der vorzufinanzierenden Leistungen hat nämlich einen direkten Einfluss auf die Liquidität einer Krankenkasse. Um finanzielle Engpässe auszugleichen, ist es deutschen Krankenkassen nicht erlaubt, Darlehen bei Kreditinstituten aufzunehmen. Nach § 220 SGB V Abs. 1 Satz 2 ist dies gesetzlich ausdrücklich verboten. Lediglich zur Finanzierung eines Grundstückkaufs oder von Baumaßnahmen kann die zuständige Aufsichtsbehörde eine Kreditaufnahme unter bestimmten Bedingungen genehmigen. [13]

3.1 Selbsthilfe auf Kassen nicht unkompliziert

Um die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse trotz Einnahmen- und Ausgabenschwankungen jenseits von Immobiliengeschäften jederzeit sicherzustellen, hat der Gesetzgeber andere Wege zur Liquiditätsbeschaffung geschaffen. Zum einen ist dies der Rückgriff auf zuvor erwirtschaftete Gewinne. [14] Grundsätzlich ist es Krankenkassen erlaubt, Gewinne zu erwirtschaften. Sie sind aber dazu verpflichtet, zunächst die Gesamtrücklage nach § 262 SGB V, die als Sondervermögen von dem Landesverband verwaltet wird, bis zum satzungsmäßigen Anteil am Rücklagensoll aufzufüllen, bevor sie ihre selbst verwaltete Rücklage auffüllen dürfen. [13]

Hat sie diese gesetzliche Pflicht erfüllt, könnte sie erwirtschaftete Überschüsse auch ihren Versicherten auszahlen, zum Beispiel indem sie einen erhobenen Zusatzbeitrag absenkt [15]. Verzeichnet eine Krankenkasse aber Verluste und kann sie diese nicht durch den Einsatz von Betriebsmitteln ausgleichen, kann sie zunächst ihre selbst verwaltete Rücklage einsetzen, und wenn das nicht ausreicht, über ihr Rücklageguthaben beim Landesverband verfügen. Sollte auch das nicht ausreichen, kann sie vom Landesverband ein Darlehen aus der Gesamtrücklage erhalten. [13] Finanzstarke Krankenkassen können sich ein großes finanzielles Reservepolster anlegen, schwächeren Kassen ist das weniger leicht möglich.

3.2 Pest oder Cholera: verbandsinterner Finanzausgleich oder Zusatzbeitrag

Ein weiteres gesetzlich vorgesehenes Ventil, um schwankende Liquiditätsreserven oder besondere Belastungen auszugleichen, stellt der verbandsinterne Finanzausgleich nach § 265 SGB V dar. Die Erhebung dieser Umlage kann vom jeweiligen Landesverband beschlossen werden und dient dem Ausgleich von bestimmten Kosten zwischen den Mitgliedskassen des Verbandes. Voraussetzung, Rückzahlung und Verzinsung dieser Hilfe werden in der Satzung bestimmt. [13]

Um mittelfristig Liquiditätsprobleme zu überbrücken, kann eine Krankenkasse auch einen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V erheben bzw. diesen erhöhen [8]. Der Zusatzbeitrag ist einkommensabhängig und kann seit dem 01.01.2015 von jeder Kasse individuell erhoben werden. Im Gegensatz zu den anderen Mitteln wirkt sich diese Maßnahme unmittelbar auf den Wettbewerb zwischen den Kassen aus. Der Zusatzbeitrag wird als Prozentsatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen berechnet, Krankenkassen mit keinem bzw. niedrigerem Zusatzbeitrag (und niedrigerem einheitlichen Beitragssatz) sind aus Sicht des Versicherungsnehmers finanziell attraktiver, so dass eine Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrages einen Verlust an Mitgliedern bedeuten könnte. [16]

Bestehen bei einer Krankenkasse dagegen massive Liquiditätsprobleme, wie (drohende) Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung, kann sie zur Vermeidung einer Schließung oder Insolvenz noch versuchen, vorübergehende finanzielle Hilfe durch eine andere Krankenkasse zu erhalten oder einen geeigneten Fusionspartner zu finden [17]. Den entsprechenden Antrag kann eine Krankenkasse jedoch nicht selbst stellen. Ein Antrag auf vorübergehende finanzielle Hilfen nach § 164 SGB V ist von der jeweiligen Aufsichtsbehörde beim GKV-Spitzenverband zu stellen. Die Satzung des GKV-Spitzenverbandes regelt dabei die Voraussetzungen, Umfang, Dauer, Finanzierung und Durchführung der Hilfen, die nur befristet und mit Auflagen gewährt werden. Ziel dieser Hilfen ist es, der angeschlagenen Krankenkasse die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse zu erleichtern oder die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit der Kasse sicherzustellen. Finanziert werden die von der Aufsichtsbehörde angeforderten Hilfen durch einen Bescheid des GKV-Spitzenverbandes an seine Mitgliedskassen (Ausnahme: Landwirtschaftliche Krankenkasse), wobei sich

die zu leistenden Beträge der einzelnen Kassen an deren Leistungsfähigkeit bemessen. Zur Zwischenfinanzierung hat der GKV-Spitzenverband die Möglichkeit, ein nicht zu verzinsendes Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufzunehmen. [13]

3.3 Letzter Ausweg Übernahme

Die letzte Möglichkeit der finanziellen Sanierung besteht in der Übernahme durch eine andere Kasse. Bei der Fusion kann sich die angeschlagene Krankenkasse entweder mit einer Krankenkasse derselben Art oder mit einer Krankenkasse anderer Kassenart vereinigen. Fusionieren können aber grundsätzlich nur die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Ersatzkassen. Bedingung ist die Genehmigung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden. Sollte die wirtschaftlich gefährdete Krankenkasse nicht freiwillig fusionieren wollen, kann die zuständige Aufsichtsbehörde auch eine Zwangsfusion anordnen. [13]

Führt ein Sanierungskonzept nicht zum Erfolg und die Finanzprobleme bestehen weiter, kann dies zur Schließung einer Krankenkasse führen. Die Schließung einer Krankenkasse kann auf zwei Wegen erfolgen: entweder durch die Zustellung eines Schließungsbescheids von der zuständigen Aufsichtsbehörde nach § 159 SGB V oder durch die Durchführung eines Insolvenzverfahrens durch ein Insolvenzgericht. Beides muss öffentlich bekannt gemacht werden und die Versicherten werden aufgefordert, eine neue Krankenkasse, die fortan den Krankenversicherungsschutz übernehmen soll, zu wählen. Während die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse generell schließen kann, wenn deren Leistungsfähigkeit auf Dauer nicht mehr gegeben ist, kann sie Betriebskrankenkassen auch schließen, wenn der dazugehörige Betrieb schließt. [13]

Eine Liquiditätslücke kann für eine Krankenkasse folglich dann zur Existenzbedrohung werden, wenn den vorfinanzierten Leistungen keine oder eine verspätete Gegenfinanzierung gegenübersteht. Dieses durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 geschaffene Insolvenzrisiko geht nicht nur darauf zurück, dass der Weg der Kostenerstattung wesentlich länger dauert als die Abrechnung mit dem inländischen Leistungserbringer. Das Risiko ausfallender Forderungen, etwa durch die Insolvenz der Heimatversicherung eines Gastpatienten, wird durch die geltende Rechtslage vollständig derjenigen Versicherung angelastet, die als aushelfender Träger agiert.

3.4 Negative Zinsen und andere stumpfe Schwerter

Aber auch bei solventen ausländischen Kostenträgern stehen den deutschen aushelfenden Trägern nur sehr begrenzt Mittel und Wege zur Verfügung, offene Forderungen durchzusetzen. Dabei sind die Fristen, in denen die Forderungen eingereicht und bezahlt werden sollen, gesetzlich vorgegeben. Nach Art. 67 der VO (EG) Nr. 987/2009 hat der aushelfende Träger maximal 12 Monate Zeit, die Forderungen bei der Verbindungsstelle des zuständigen (leistungspflichtigen) Trägers einzureichen. Verspätet eingereichte Forderungen verfallen. Nach Eingang bei der Verbindungsstelle des zuständigen Trägers hat der zuständige Träger maximal 18 Monate Zeit, die Forderung zu begleichen. Die Verrechnung sollte gemäß der VO (EG) Nr. 987/2009 also nach rund drei Jahren abgeschlossen sein. Sollte der zuständige Träger die Forderung jedoch aus berechtigtem Grunde zurückweisen, läuft eine Frist von drei Jahren nach Forderungseingang, in denen beide Parteien aufgerufen sind, die Beanstandung zu klären. Wird in dieser Zeit keine Einigung erzielt, kann auf Antrag seitens einer Partei ein Rechnungsausschuss für eine Stellungnahme beauftragt werden, der zur Ausarbeitung wiederum bis zu sechs Monate nach Beauftragung Zeit hat. Bei Rechnungsbeanstandungen können so fast fünf Jahre vergehen, bis die Forderung beglichen wird. [18]

Weigert sich eine ausländische Krankenkasse, den als zuständiger Träger geschuldeten Auslagensatz an den deutschen aushelfenden Träger zu übermitteln, kann die deutsche Krankenkasse nach Ablauf der Zahlungsfrist von 18 Monaten nach Forderungseingang Verzugszinsen auf die ausstehende Forderungssumme erheben. Nach Art. 68 der VO (EG) Nr. 987/2009 kann (nicht muss) der forderungsberechtigte Träger Zinsen für die ausstehende Forderungshöhe erheben, aber nur, wenn der leistungspflichtige Träger noch keine Anzahlung geleistet hat. Sobald dieser eine Anzahlung in Höhe von mindestens 90 % der Forderungssumme innerhalb von sechs Monaten nach Forderungseingang leistet – und die Verbindungsstelle des forderungsberechtigten Trägers die Anzahlung akzeptiert, dürfen Zinsen nur für den noch ausstehenden Teil der Forderung (maximal also 10 %) verlangt werden und dies auch erst nach der Frist für Rechnungsbeanstandungen, d.h. nach den drei Jahren für den Einigungsversuch. Sollte die Verbindungsstelle des forderungsberechtigten Trägers die Anzahlung ablehnen, dürfen die Verzugszinsen

Wenn die Krankenkasse schwächelt – Mit der Auslandsbehandlung importierte Insolvenzrisiken

auf die gesamte Forderungshöhe erhoben werden, jedoch auch in diesem Fall erst nach der Frist für Rechnungsbeanstandungen, also nach den drei Jahren für den Einigungsversuch. [18]

Unabhängig davon, ob eine Forderung berechtigt ist oder zurückgewiesen wird, kann es für den leistungspflichtigen Träger finanziell attraktiv sein, die Anzahlung zunächst zu leisten, um die Belastungen aus den Verzugszinsen gering zu halten. Das können sich aber in der Regel nur die finanziell gut aufgestellten Träger leisten. Demgegenüber ist es für die forderungsberechtigten Träger sinnvoll, die Anzahlung anzunehmen, da damit der Hauptteil (mindestens 90 %) der Forderungssumme relativ zeitnah beglichen wird und die Erhebung der Verzugszinsen bei Ablehnung der Anzahlung des leistungspflichtigen Trägers auf die gesamte Forderungssumme erst nach der Frist von drei Jahren für den Einigungsversuch erfolgen darf.

Die Berechnung der Verzugszinsen richtet sich nach Art. 68 Abs. 2 der VO (EG) Nr. 883/2004 nach dem Hauptrefinanzierungssatz der Europäischen Zentralbank [18]. Ein Problem dabei ist, dass dieser Referenzzinssatz seit 2015 negativ ist. Der Euro InterBank Offered Rate (Euribor) lag am 04.01.2021 bei -0,579 %. Früher lag der Zinssatz zwischen 2–6 %, seit 2008 ist er gesunken. [19]

Konkret bedeutet das, dass die zuständige Krankenkasse derzeit für das Nichtbegleichen von Forderungen belohnt wird, da der negative Zinssatz die Schulden abschmelzen lässt. Gleichzeitig wird der aushelfende Träger durch die Negativverzinsung seiner Forderung finanziell benachteiligt. Da Negativzinsen naturgemäß nicht eingefordert werden, ist aus Sicht des zuständigen Trägers kein finanzieller Anreiz für eine fristgemäße Zahlung vorhanden.

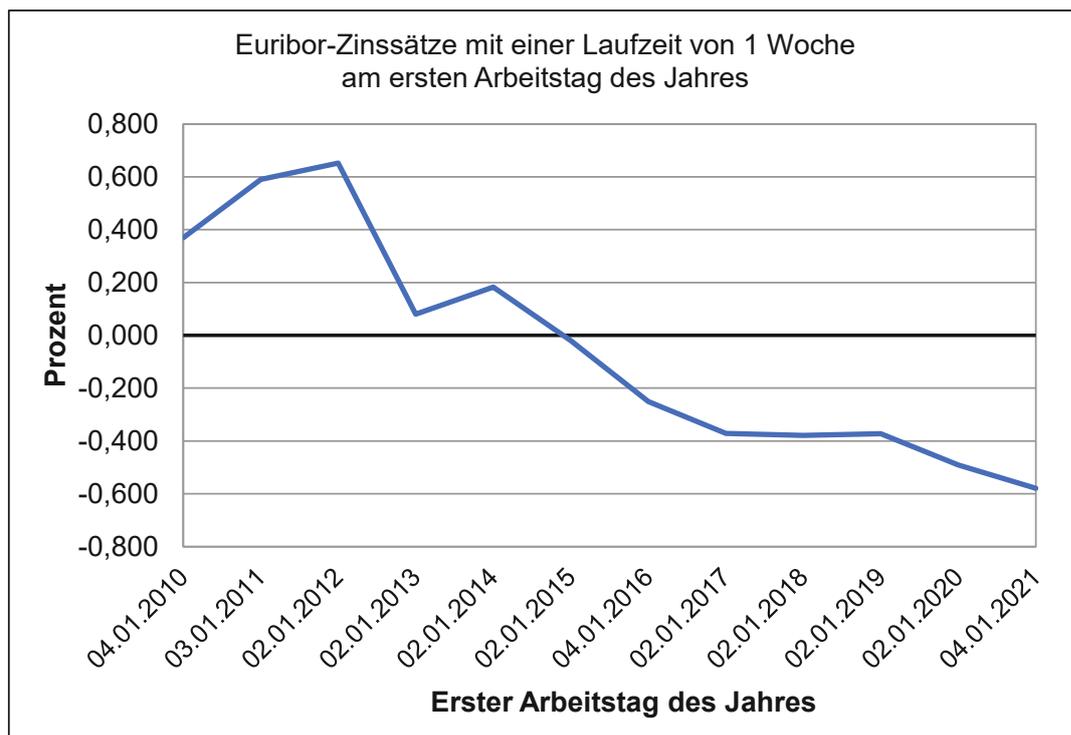


Abbildung 3: Euribor-Zinssätze [19]

3.5 Und hinter den Kulissen?

Weitere Sanktionsmöglichkeiten werden für den Zahlungsverzug einer Krankenkasse in der VO (EG) Nr. 987/2009 nicht genannt [18]. Auch in der Richtlinie 2011/24/EU, deren Regelungen von jedem Mitgliedstaat in nationales Recht umzusetzen ist, gibt es keine Festlegungen dazu, wie die offenen Forderungen von säumigen Krankenkassen eingetrieben werden können [5]. Man könnte vermuten, dass es zwischen den verschiedenen Krankenversicherungsträgern in den EU-Staaten erstens bestimmte Deeskalationsstufen gibt und zweitens vielleicht bilaterale Verrechnungsabkommen zwischen den Verbindungsstellen geschlossen wurden, auf Basis derer offene Forderungen mit eigenen Verbindlichkeiten verrechnet werden können.

Die Richtlinie 2011/24/EU gibt dazu einen Hinweis, denn in Kapitel IV Art. 10 Satz 3 empfiehlt die Kommission ihren Mitgliedstaaten, dass sie miteinander Abkommen über die Amtshilfe und Zusammenarbeit schließen [5]. Mit wie vielen Verbindungsstellen anderer Staaten die deutsche Verbindungsstelle solche Abkommen geschlossen hat, ist allerdings nicht bekannt, genauso wenig wie über die darin festgelegten Modalitäten. Da es aber auch keine Pflicht gibt, bilaterale Verrechnungsabkommen abzuschließen, kann davon ausgegangen werden, dass Verbindungsstellen von Ländern, in denen die Träger wirtschaftlich nicht so gut aufgestellt sind, eher weniger dazu motiviert sind, solche Vereinbarungen abzuschließen.

Über weitere (De-)Eskalationsstufen auf bspw. ministerieller Ebene ist öffentlich ebenso wenig bekannt. Dazu ein Beispiel: Angenommen, eine italienische Krankenkasse finanziert als aushelfender Träger die Behandlung eines deutschen Touristen in Rom vor. Aufgrund widriger Umstände versäumt sie es aber, ihre Forderung gegen den zuständigen deutschen Träger innerhalb der dafür vorgesehenen Fristen bei der Verbindungsstelle anzumelden. Erst Monate später fordert sie die Begleichung der verauslagten Kosten. Obwohl ihr diese Kosten zweifelsfrei entstanden sind, und sie auch unstrittig einen Rechtsanspruch auf Erstattung gehabt hätte, darf eine deutsche gesetzliche Krankenkasse eine zu spät eingereichte Forderung grundsätzlich nicht begleichen. Erstens wird in Art. 67 Abs. 4 der VO (EG) Nr. 987/2009 explizit bestimmt, dass

verfristete bei der Erstattung nicht zu berücksichtigen sind, und zweitens würde dies nach § 4 SGB V womöglich eine Veruntreuung von Beitragsgeldern darstellen, da die Begleichung einer bereits verfristeten Forderung im Widerspruch zum Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse steht. [4, 13]

Wenn die Politik nun darauf drängt, dass die Forderung dennoch bezahlt werden soll, hat das zuständige Ministerium die Möglichkeit, eine aufsichtsrechtliche Anweisung zur Zahlung zu geben. Die Rechtsaufsicht über Krankenkassen hat in der Regel das zuständige Gesundheits- bzw. Sozialministerium des Landes, in dem die Kasse ihren Sitz hat.² Auch ohne dass uns dies schriftlich bestätigt wurde, gibt es verschiedene Hinweise, dass dies in der Vergangenheit bereits vorgekommen ist.

Man kann vermuten, dass auf ministerieller Ebene Zahlungsziele verhandelt werden oder sogar mit der vorübergehenden Aussetzung der Leistungsaushilfe gedroht wird, bis Forderungen in einer bestimmten Höhe beglichen werden.

Tatsächlich ist das einseitige Aussetzen der Leistungsaushilfe ein nur sehr selten angewandtes Instrument. Nach Auskunft der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) kam es in der Geschichte der zwischenstaatlichen Abrechnung nur zweimal vor, dass Deutschland darauf zurückgegriffen hat. Ihre Wirkung verfehlte dies nicht: In beiden Fällen wurden in der Folge mit den betroffenen Ländern Zahlungspläne vereinbart. Warum eine Drohung, die mangels Rechtsgrundlage ziemlich schnell als europarechtswidrig entlarvt werden dürfte, überhaupt Wirkung zeigen kann, muss hier offenbleiben.

² Die bundesunmittelbaren Krankenkassen, das heißt diejenigen Krankenkassen, deren Tätigkeitsgebiet sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt (dazu gehören die Ersatzkassen und die Mehrheit der Betriebskrankenkassen), unterliegen dagegen der Aufsicht des Bundesamtes für Soziale Sicherung, das dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellt ist.

4 Lösungsansätze: Der systematisch richtige Ort des Risikos, Risikoverlagerung von Forderungsausfällen und Eröffnung eines EU-Rechtswegs

Vor dem Hintergrund, dass Krankenkassen insolvenzfähig sind, es ihnen aber gleichzeitig untersagt ist, kurzfristige Liquiditätsengpässe durch Kredite zu überbrücken, stellen die Vorfinanzierung von Leistungsausgaben, die Zwischenfinanzierung von offenen Forderungen und der Ausgleich eines teilweisen oder vollständigen Forderungsausfalls besondere Herausforderungen dar. Das Ausfallrisiko trägt letztlich fast immer die einzelne aushelfende Krankenkasse.

4.1 Liquiditätszuschüsse vom Steuerzahler

Das Risiko von Forderungsausfällen gegen ausländische Versicherungen hat mit dem systemisch zu verantwortendem Risiko der Krankenversicherung nichts zu tun. Aufgabe der Krankenkassen ist es, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“³.

Ist vom europäischen und deutschen Gesetzgeber eine Vereinfachung der Leistungsabrechnungen ausländischer Dienstleister für inländische Versicherungsnehmer intendiert, sollten damit einhergehende finanzielle Risiken auch gleichmäßig auf die Gemeinschaft der gesetzlich und privat Versicherten verteilt werden. Finanzwissenschaftlich fast angemessener erschiene es, anstelle der Versicherten den Steuerzahler in die Haftung zu nehmen, um dem versicherungsfremden Risiko zu begegnen. Die Mittel für die Vorfinanzierung der Behandlung ausländischer Gastpatienten auf Basis der VO (EG) Nr. 883/2004 könnten als Direktzuweisungen vom Bundesministerium für Gesundheit übernommen werden.

4.2 Verbindungsstelle als aushelfender Träger

Eine weniger radikale Abkehr von der gegenwärtigen Finanzierungsstruktur wäre mit einer Reform verbunden, die zur Verringerung der Vorfinanzierungslast und der damit verbundenen wettbewerblichen Auswirkungen das Risiko eines Forderungsausfalls auf die Ebene des GKV-Spitzenverbandes, etwa die Verbindungs-

stelle Ausland verlagert. Als Abteilung des GKV-Spitzenverbandes ist es ihre Hauptaufgabe nach § 219a SGB V, die Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer gesetzlich übertragenen Aufgaben auf dem Gebiet des über- und zwischenstaatlichen Rechts zu unterstützen. Würde man (gesetzlich oder satzungsmäßig) festlegen, dass ausschließlich die Verbindungsstelle als aushelfender Träger in Deutschland fungiert, wäre das Ausfallrisiko genauso wie die Liquiditätsbelastung durch die Vorfinanzierung dorthin verlagert. Entweder könnte die gesamte Vorfinanzierung dann direkt über die Verbindungsstelle erfolgen oder aber die Krankenkassen bleiben weiterhin als aushelfende Träger wählbar, aber rechnen die vorfinanzierten Leistungen direkt mit der Verbindungsstelle ab, so dass das Risiko wiederum bei der Verbindungsstelle liegt und nicht bei der einzelnen Krankenkasse.

Die finanziellen Mittel könnten der Verbindungsstelle letztlich aus Steuermitteln oder aus Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Ein Vorteil der Verbindungsstelle als einheitlicher aushelfender Träger wäre, dass die komplexen Abrechnungsstrukturen einfacher würden, da das Knowhow nur einmal vorgehalten und der Verwaltungsaufwand nur einmal bei der Verbindungsstelle anfallen würde und nicht bei jeder Krankenkasse extra.

Eine Reform, die die Verbindungsstelle zum alleinigen aushelfenden Träger für die Auslandsversicherten macht, würde auch das Problem lösen, dass sich die Auslandsversicherten ungleichmäßig auf die deutschen Krankenkassen verteilen und einige Kassen durch deren Betreuung mehr und andere weniger belastet werden. Es ist zu vermuten, dass die Kassen, die weniger dadurch belastet werden, auch einen geringeren Anreiz dazu haben, etwas an dem bestehenden System, z.B. durch ihre Stimme im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, zu verändern.⁴

4.3 Mittelbare Vorfinanzierung durch Gesundheitsfonds

Ein alternativer Reformansatz, mit dem das Risiko von Forderungsausfällen und ihre Liquiditätswirkung gleichmäßig auf die Krankenkassen zu verteilt werden könnte, besteht in der Übertragung des Risikos auf den Gesundheitsfonds.

³ §1 S1 SGB V.

⁴ Ein anderer Punkt ist, dass der deutsche Gesetzgeber durch eine derartige Regelungsänderung auch ausländische aushelfende Träger vor dem Ausfall einer deutschen Krankenkasse als zuständigen Träger schützen würde.

Zum einen wäre denkbar, dass Krankenversicherungen die Forderungen, die ihr durch die Sachleistungsaushilfe der Auslandsversicherten in Deutschland entstanden sind, auf die Überweisungen an den Gesundheitsfonds anrechnen können. Wenn dann der ausländische Träger die offene Forderung bei der Krankenkasse begleichen hat, gibt sie die Zahlungen nach Prüfung an den Gesundheitsfonds weiter. Der Forderungsausfall trifft dann statt der einzelnen Krankenkassen den Gesundheitsfonds. Damit würde das (Ausfall-)Risiko bei einer viel größeren Solidargemeinschaft liegen und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen könnte nicht wegen asymmetrisch verteilter Finanzierungslasten verzerrt werden.

4.4 Gleiche Spielregeln für alle!

Nach § 171d SGB V (alte Fassung) hafteten vorrangig die Krankenkassen der gleichen Kassenart für die Forderungen von ausländischen Trägern, wenn eine Krankenkasse Insolvenzverfahren eröffnete oder Forderungen mangels Masse abgewiesen wurden. Erst wenn der Forderungsausfall eine gewisse Höhe überstieg, hafteten auch Krankenkassen der anderen Kassenarten. [20] Diese Vorschrift wurde mit Wirkung zum 01.04.2020 aufgehoben. Nach § 169 SGB V haften nun für die Forderungen aufgrund zwischen- und überstaatlichen Rechts alle übrigen Krankenkassen gleichermaßen. [13] Das bedeutet eine große Ungleichbehandlung, denn während so die ausländischen aushelfenden Träger vor dem Forderungsausfall einer deutschen Krankenkasse geschützt werden, werden andersherum die deutschen Kassen als aushelfende Träger nicht vor dem Ausfall ausländischer zuständiger Träger geschützt.

4.5 Rechte muss man durchsetzen können

Auf legislativer Ebene erscheint es als dringend empfehlenswert, Krankenkassen bei Außenständen den Klageweg zu eröffnen. Dafür gibt es bislang in der Europäischen Union noch keinen Rechtsweg. Es war offenbar nicht eingeplant, dass ein ausländischer Träger Forderungen nicht nachkommt. Das Fehlen von Verzinsung und Sanktionsmöglichkeiten bei Zahlungsverzug sowie das Fehlen von Verjährungsfristen führen zu negativen Auswirkungen bei den forderungsberechtigten Krankenkassen. Es ist davon auszugehen, dass auf europäischer Ebene die angeführten Probleme bekannt sein dürften und an Lösungen gearbeitet wird.

Anhang

a. Methodische Überlegungen

Eine wichtige Limitierung für unsere Arbeit war, dass uns keine Vergleichsdaten anderer gesetzlicher Krankenkassen vorlagen. Wir konnten nur auf die Daten der AOK Bayern zugreifen, die aber nur eine von vielen Krankenkassen ist, die von den im Ausland Versicherten als aushelfender Träger gewählt werden kann. Andererseits handelte es sich um eine relativ große Krankenkasse und um eine Kasse, die im gesamten Bundesland Bayern gewählt werden kann.

Die Daten umfassen den Zeithorizont von 2006 bis 2018 und wurden uns mit Stand Januar und März 2019 zur Verfügung gestellt. Damit kann es sein, dass gerade für die letzten ausgewerteten Jahre noch Rechnungen fehlen, so dass die Summen vermutlich noch etwas höher liegen dürften. Außerdem wurde im Jahr 2012 die Software der AOK Bayern, die für die Auslandsabrechnung genutzt wurde, umgestellt, so dass es nicht auszuschließen ist, dass es zu Schnittstellenproblemen gekommen ist, trotz parallelem Abfragen für einen bestimmten Zeitraum aus beiden Programmen. Die Daten umfassen auch nur die Forderungen, welche die AOK Bayern gegenüber den ausländischen Trägern hat. Interessant und aufschlussreicher wäre es gewesen, lägen auch die Forderungen der ausländischen Träger gegenüber der AOK Bayern vor. Damit könnte sich ein vollständiges Bild ergeben und könnten die Zahlen der AOK Bayern insgesamt besser eingeordnet werden.

b. Kenntnisnahme

Dieser Artikel basiert auf den Daten, die uns von der AOK Bayern zur Verfügung gestellt wurden. Die Autoren dieses Artikels sind für dessen Inhalt verantwortlich. Keine Aussage in diesem Artikel ist als offizielle Position der AOK Bayern zu verstehen.

c. Interessenerklärung

Die Autoren versichern, dass sie keine Interessenkonflikte zu deklarieren haben.

Literatur

- [1] Daten: AOK Bayern, Stand: 15.03.2019.
- [2] Möller, Ralf (2019): Bedeutung und Stellung des Sozialrechts. In: Ralf Möller (Hg.): Finanzierung und Organisation des Sozialstaates: Springer Gabler, S. 1–33.

Wenn die Krankenkasse schwächelt – Mit der Auslandsbehandlung importierte Insolvenzrisiken

- [3] Maxeiner, Helmut (2016): Sachleistungsaushilfe. Was ist zu beachten, wenn eine im Ausland versicherte Person in Deutschland einen Arbeitsunfall erleidet? In: Trauma und Berufskrankheit 18 (Supplement 5), S. 434–443. DOI: 10.1007/s10039-016-0166-1.
- [4] Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004, ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1, ber. ABl. L 213 vom 12.8.2015, S. 65, zuletzt geändert durch Verordnung Nr. 2019/1149 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Juni 2019, ABl. L 186 vom 11.7.2019, S. 21 m.W.v. 31.07.2019
- [5] Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011, ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45, zuletzt geändert durch Richtlinie 2013/64/EU des Rates vom 17. Dezember 2013, ABl. L 353 vom 28.12.2013, S. 8 m.W.v. 01.01.2014
- [6] .Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) (2012): Leitfaden Leistungsaushilfe im Rahmen der EG-Verordnung 883/04 und nach Abkommensrecht. Arbeitshilfe für die Mitarbeiter/-innen der Krankenkassen],. 8. überarbeitete Auflage. Bonn.
- [7] Marburger, Horst (Hg.) (2017): Auslandseinsatz von Arbeitnehmern. 3. Auflage. Stuttgart: Richard Boorberg Verlag (Schriftenreihe „Das Recht der Wirtschaft“, Band 231).
- [8] Wasem, Jürgen; Lux, Gerald; Schillo, Sonja (2016): Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB Vi. V.m. § 33 Abs. 4 RSAV. Endbericht: Universität Duisburg-Essen. Online verfügbar unter https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/20160124_Gutachten_Zuweisungen_Auslandsversicherte_final_1.pdf.
- [9] Schreyögg, J., Busse, R. (2017): Leistungsmanagement von Krankenversicherungen. In: Management im Gesundheitswesen, 4. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg
Schreyögg, Jonas; Busse, Reinhard (2017): Leistungsmanagement von Krankenversicherungen. In: Reinhard Busse, Jonas Schreyögg und Tom Stargardt (Hg.): Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 4. Auflage: Springer, S. 24–49.
- [10] VersicherungsWiki e.K. (2020): Beitragssatz 2018: Zusatzbeitrag 2018 der gesetzlichen Krankenkassen, Stand: 02.10.2018. Online verfügbar unter <https://www.krankenkassen.wiki/cms/gkv/info/grundlagen/gkv/beitragssatz-und-zusatzbeitrag-der-gesetzlichen-Krankenkassen-2018>.
- [11] AOK Bayern (2020): Geschäftsbericht 2019. Nürnberg.
- [12] Daten: AOK Bayern, Stand: 01/2019.
- [13] SGB V in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung.
- [14] Ney, Ruth (2019): Gesetzliche Krankenkassen erzielen 2018 zwei Milliarden Euro Überschuss. In: Orthopädie & Rheuma 22 (2), S. 12. DOI: 10.1007/s15002-019-1584-9.
- [15] Fichte, Damian (2012): Regelgebundene Verwendung der Sozialversicherungsrücklagen. In: Wirtschaftsdienst 92 (5), S. 332–338. DOI: 10.1007/s10273-012-1384-1.
- [16] Zok, Klaus (2016): Beitragssatzwahrnehmung und Wechselbereitschaft in der GKV. In: WIdOmonitor – Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. KomPart-Verlag, Berlin. 2016 (1). Online verfügbar unter https://logauswertung.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2016_1_wechselbereitschaft.pdf.
- [17] Lüdtke, Jens; Ivanova, Vesselka (2009): Risikomanagement aus der Perspektive einer gesetzlichen Krankenkasse. In: Barmer Ersatzkasse (Hg.): Barmer Gesundheitswesen aktuell. Wuppertal, S. 90–111. Online verfügbar unter <https://www.barmer.de/blob/71046/f83c3a295a4aaf40e48c7f6e26004ec5/data/risikomanagement.pdf>.
- [18] Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1, ber. ABl. L 54 vom 24.2.2018, S. 18, zu-letzt geändert durch Verordnung (EU) Nr. 2017/492 der Kommission vom 21. März 2017, ABl. L 76 vom 22.3.2017, S. 13 m.W.v. 01.01.2018.
- [19] European Money Market Institute (2021): Euribor-Werte pro Jahr, Stand: 30.03.2021. Online verfügbar unter <https://www.euribor-rates.eu/de/euribor-werte-pro-jahr/>
- [20] SGB V in der vor dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung.



Prof. Dr. Hanjo Allinger

Prof. Dr. Hanjo Allinger ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Technischen Hochschule Deggendorf. Er studierte an den Universitäten Passau und Exeter (GB). Ein Stipendium der Harvard University ermöglichte ihm während der Promotion einen Forschungsaufenthalt in Boston. 2013 wurde er in die Europäische Akademie der Wissenschaften und Künste aufgenommen. Seit 19 Jahren leitet er das Forschungsinstitut INWISO-Institut für empirische Wirtschafts- und Sozialforschung in München. Seit 2020 ist er neben der Professur als Geschäftsführer der Firma CAP2 – Carbon Absorbing Portfolios tätig.

Prof. Dr. Hanjo Allinger is Professor of Economics at the Deggendorf Institute of Technology. He studied at the universities of Passau and Exeter (GB). A scholarship from Harvard University enabled him to spend time researching in Boston during his doctorate. In 2013, he was inducted into the European Academy of Sciences and Arts. For 19 years, he has headed the research institute INWISO – Institute for Empirical Economic and Social Research in Munich. Since 2020, in addition to his professorship, he has served as managing director of the company CAP2 – Carbon Absorbing Portfolios.

Kontakt/Contact

✉ hanjo.allinger@th-deg.de



Romy Emmerich (M.Sc.)*

Kontakt/Contact

✉ romy.emmerich@andrassyuni.hu

* Profil s. S. 123 / Personal profile see p. 123