

TECHNISCHE UNIVERSITÄT BERLIN,  
FACHGEBIET MANAGEMENT IM  
GESUNDHEITSWESEN

# Ressourcenverbrauch durch Verwaltung im deutschen Gesundheitssystem

▪

---

Gutachten zur Vorlage bei der  
Bundesärztekammer

**Miriam Blümel, Sabine Fuchs, Reinhard Busse**

## Inhalt

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
Einleitung.....	7
1. Verwaltungsinstanzen im deutschen Gesundheitssystem .....	9
2. Verwaltungskosten seitens der Regulierer .....	12
2.1 Bundesministerium für Gesundheit.....	12
2.2 Nachgeordnete Behörden.....	13
2.2.1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung .....	13
2.2.2 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information .....	14
2.2.3 Paul-Ehrlich-Institut .....	14
2.2.4 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte .....	15
2.2.5 Robert Koch-Institut.....	16
2.3 Haushalte des BMG und seiner Behörden .....	16
2.3.1 BMG und nachgeordnete Behörden .....	17
2.3.2 Allgemeine Bewilligungen.....	19
2.4 Gesundheitsfonds.....	20
2.5 Gemeinsamer Bundesausschuss .....	21
2.6 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.....	24
2.7 Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen .....	26
2.8 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.....	26
2.9 Institut des Bewertungsausschusses.....	28
3. Verwaltungskosten seitens der Kostenträger .....	29
3.1 Gesetzliche Krankenkassen .....	29
3.2 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung.....	32
3.3 GKV Spitzenverband .....	34
3.4 Private Krankenversicherer .....	36
4. Verwaltungskosten seitens der Leistungserbringer .....	37
4.1 Stationärer Sektor: Krankenhäuser .....	37
4.2 Landeskrankenhausgesellschaften und Deutsche Krankenhausgesellschaft.....	41
4.3 Ambulanter Sektor: Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten.....	44
4.4 Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung .....	47
4.5 Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung .....	49
4.6 Ärztekammern und Bundesärztekammer .....	50
5. Verwaltungskosten seitens anderer Akteure .....	53
Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte.....	53
6. Verwaltungskosten im deutschen Gesundheitssystem.....	54

7. Verwaltungskosten im internationalen Vergleich .....	56
7.1 Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung .....	57
7.2 Ausgaben für Leistungen der Gesundheitsverwaltung .....	58
7.3 Verwaltungskosten als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit .....	59
7.4 Vergleich der Darstellung mit der internationalen Literatur .....	61
Fazit.....	63
Literaturverzeichnis .....	65

## **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

Abbildung 1: Akteure im deutschen Gesundheitssystem.....	9
Abbildung 2: Bundeshaushaltsplan für das BMG, 2009 .....	17
Abbildung 3: Prozentuale Entwicklung des G-BA Systemzuschlags zum Basisjahr, 2006-2011 .....	23
Abbildung 4: Entwicklung des G-BA Haushaltsplans, 2006-2011.....	24
Abbildung 5: Haushaltsbewilligung IQWiG 2004-2011 .....	25
Abbildung 6: Brutto-Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung nach Ausgabenbereichen 2009.....	31
Abbildung 7: Haushalt des GKV-Spitzenverbands, 2009 .....	36
Abbildung 8: Darstellung der Kostenermittlung in Krankenhäusern.....	39
Abbildung 9: Bereinigte Kosten der Krankenhäuser, 1991-2009.....	40
Abbildung 10: Kostenstruktur der Krankenhäuser, 2009 .....	41
Abbildung 11: Kostenstruktur bei Arztpraxen, 2007.....	46
Abbildung 12: Ausgaben der Bundesärztekammer, 2009 .....	52
Abbildung 13: GKV-Ausgaben für Verwaltungsinstanzen als Anteil am Gesundheitsfonds, 2009.....	55
Abbildung 14: Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung in % vom BIP .....	58
Abbildung 15: Laufende Gesundheitsausgaben – Ausgaben für Leistungen der Gesundheitsverwaltung in % vom BIP, 2000 und 2007 .....	59
Abbildung 16: Anteil der Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung an den Ausgaben für Gesundheit, 2000 und 2007 .....	60
Abbildung 17: Anteil der Leistungen der Gesundheitsverwaltung an den Gesamtausgaben für Gesundheit, 2007 .....	61
Tabelle 1: Ausgaben der GKV 2010 – Vorläufige Rechnungsergebnisse .....	32

## Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
BÄK	Bundesärztekammer
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVA	Bundesversicherungsamt
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMPs	Disease-Management-Programme
DRGs	Diagnosis Related Groups
DVKA	Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland
EgK	elektronischen Gesundheitskarte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
G-DRG	German- Diagnosis Related Groups
gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

GKV-WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
IKK	Innungskrankenkasse
InBA	Instituts des Bewertungsausschusses
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBS	Knappschaft-Bahn-See
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztlichen Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
MDK	Medizinische Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
NHA	National Health Accounts (Nationalen Gesundheitskonten)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SwissDRG	Swiss- Diagnosis Related Groups
VdEK	Verband der Ersatzkassen e.V.

## Einleitung

Das Gesundheitswesen stellt mit einem Ausgabenvolumen von rund 278,3 Milliarden Euro und 4,7 Millionen Beschäftigten in 2009 einen der bedeutendsten Zweige der deutschen Wirtschaft dar. Einer von zehn Arbeitsplätzen liegt im Bereich Gesundheitswesen, für welches 10,6% des Bruttoinlandsprodukts ausgegeben werden (Statistisches Bundesamt, 2011). Dass vom Geld im deutschen Gesundheitssystem immer weniger für die tatsächliche Patientenversorgung zur Verfügung steht, da die Verwaltung des Systems aufgrund bürokratischer Vorgaben und neuer Regulierungsinstanzen immer aufwändiger wird, ist eine oft gehörte Vermutung, genau wie die diesbezüglich genannten z.T. sehr hohen Zahlen, die „gefühlte“ deutlich über den offiziellen des Statistischen Bundesamtes liegen. Für 2009 liegen nach diesem die Ausgaben für Verwaltungsleistungen bei € 14,3 Mrd., was bei Gesamtausgaben von rund € 278,3 Mrd. einem Anteil von 5,1% entspricht. Der Anteil der GKV-Ausgaben für Verwaltung an den GKV-Gesamtausgaben liegt ebenfalls bei „nur“ 5,1%. Doch was genau wird eigentlich unter Verwaltungskosten gefasst? Und wie werden diese von Leistungsausgaben abgegrenzt?

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, den tatsächlichen durch Verwaltung entstehenden Ressourcenverbrauch im deutschen Gesundheitssystem zu quantifizieren. Um diesem Ansinnen nachzukommen, wird unter Kapitel 1 eine Systematik entwickelt, welche es ermöglicht die Verwaltungskosten transparent darzustellen. Neben der Identifizierung der verschiedenen Akteure, die für die Verwaltung im Gesundheitssystem relevant sind, erfolgt an dieser Stelle auch eine Definition von „Verwaltung“.

In den folgenden Kapiteln werden anhand dieser Systematik die für die Verwaltung des deutschen Gesundheitssystems genutzten Ressourcen identifiziert, wobei Ressourcen mit dem Umsatz (für Leistungen und Verwaltung) im relevanten Segment verglichen werden. Kapitel 2 befasst sich mit den entstehenden Kosten seitens der Regulierer. Auf staatlicher Ebene sind hier das Bundesgesundheitsministerium und die ihm nachgeordneten Behörden zu nennen. Gremien der Selbstverwaltung, die Einfluss auf die Regulierung im Gesundheitssystem haben,

sind der Gemeinsame Bundesausschuss sowie das ihm beigestellte Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). Die durch den Gesundheitsfonds entstehenden Verwaltungskosten werden ebenfalls in diesem Kapitel behandelt. Kapitel 3 analysiert den Ressourcenverbrauch der Kostenträger. Der Fokus liegt dabei auf den Verwaltungsausgaben, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden gehen. Diese werden mit den Verwaltungskosten privater Versicherer verglichen. Kapitel 4 beschäftigt sich mit dem Ressourcenverbrauch durch Leistungserbringer, wobei in einem ersten Teil der stationäre Sektor (Krankenhäuser und Verbände) und in einem zweiten Schritt der ambulante Sektor (Ärzte und Zahnärzte sowie ihre Vereinigungen) behandelt werden.

Die zuvor im Einzelnen beschriebenen Akteure sowie die durch sie entstandenen Verwaltungskosten werden im folgenden Kapitel 6 wieder zusammengeführt. Anhand einer Grafik wird verdeutlicht, wie viel Geld aus dem Gesundheitsfonds an die unterschiedlichen Verwaltungsinstanzen fließt. Im abschließenden Kapitel 7 wird ein Versuch unternommen, Verwaltungskosten in einen internationalen Vergleich zu setzen.

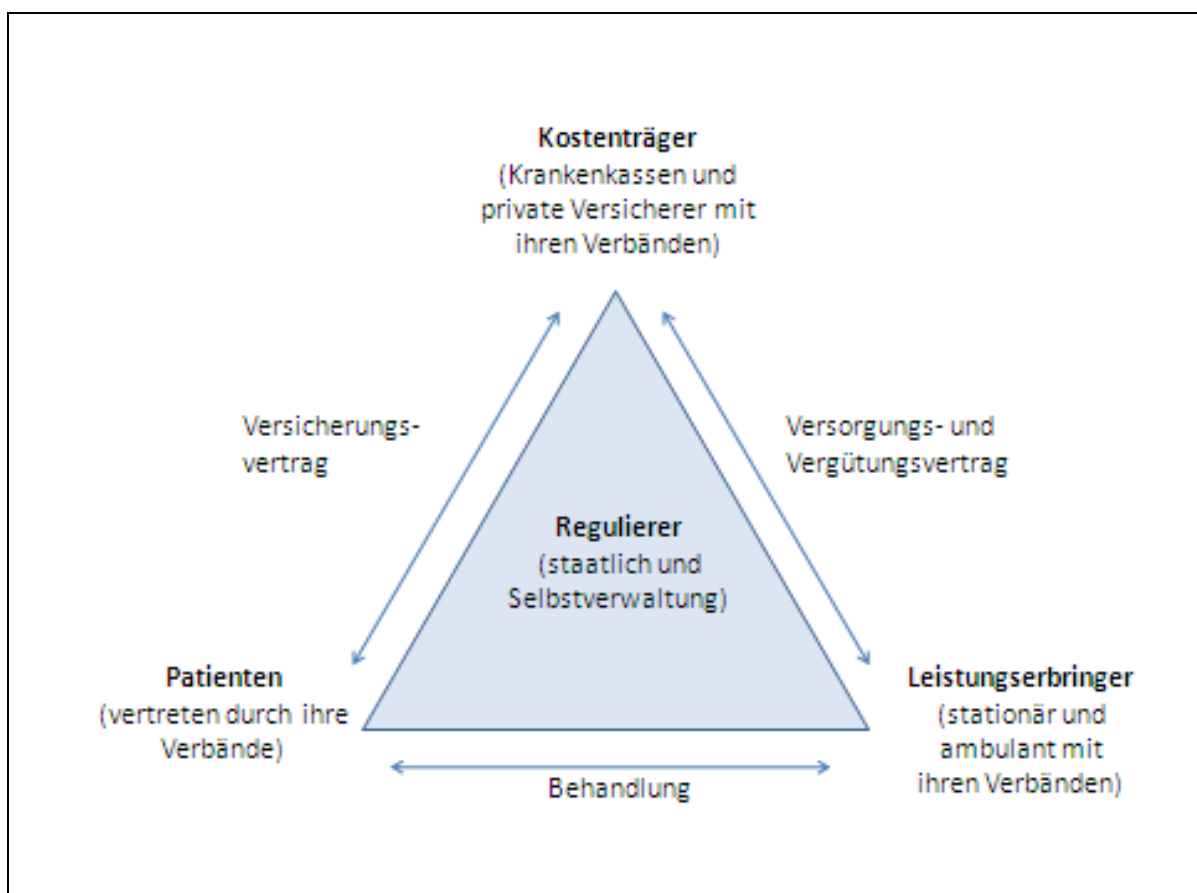
Der vorliegende Bericht stützt sich fast ausschließlich auf öffentlich zugängliche Quellen. Informationen zur Gesundheitsausgabenrechnung stammen aus der Bundesgesundheitsberichterstattung. Die Erfolgsrechnung der GKV wird jährlich vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht und ist ebenso wie der Bundeshaushaltsplan des Bundesfinanzministeriums einzusehen. Die Recherche zu Verwaltungsdaten von Vereinigungen, Verbänden, Kammern und Stiftungen zeigte sich als ungleich schwieriger. Während einige Akteure im Gesundheitswesen ihre Tätigkeiten in mehr oder weniger ausführlicher Form als Jahres- oder Geschäftsberichte im Internet veröffentlichen, sind andere Institutionen auch auf persönliche Nachfrage hin nicht bereit, Auskunft über ihren Haushalt zu erteilen. Aus diesem Grund kann die Höhe der durch Verwaltung verbrauchten Ressourcen für die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften und die Deutsche Krankenhausgesellschaft nur geschätzt werden.



# 1. Verwaltungsinstanzen im deutschen Gesundheitssystem

Eine systematische Darstellung der durch Verwaltung entstehenden Kosten im Gesundheitswesen setzt die Identifizierung bestehender Strukturen und Instanzen des Gesundheitssystems voraus. Das in Abbildung 1 dargestellte Dreieck eignet sich für diese Art der Analyse von Gesundheitssystemen, indem es die relevanten Akteure sowie ihre Beziehungen zueinander aufzeigt, anhand derer sich eine Systematisierung vornehmen lässt.

Abbildung 1: Akteure im deutschen Gesundheitssystem



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Busse und Schreyögg, 2010

Auf Seiten der Kostenträger sind die gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen sowie ihre dazugehörigen Verbände zu nennen. Leistungserbringer agieren sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich und verfügen ebenfalls über eine Verbandsstruktur. Als dritter Akteur sind die Patienten zu nennen. Auch sie werden durch Patientenverbände vertreten. Die Beziehung zwischen Patienten und Leistungserbringer liegt in der medizinischen

Behandlung, während der Versorgungs- und Vergütungsvertrag Leistungserbringer und Kostenträger verbindet. Zwischen Kostenträger und Patienten besteht wiederum ein Versicherungsvertrag. Die Akteure sowie ihre Beziehungen untereinander unterliegen sowohl der staatlichen Regulierung als auch der Regulierung von Organen der Selbstverwaltung, die mittels Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Rahmenverträgen Einfluss nehmen (Busse und Schreyögg, 2010).

Die verschiedenen Akteure haben die ihnen obliegenden Aufgaben zu erfüllen. Im Falle der Kostenträger und der Leistungserbringer liegen diese klar auf der Hand. Die Krankenkassen müssen sicherstellen, dass vertragliche Leistungen zur Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheit und Behandlung im Krankheitsfall erbracht und entsprechend vergütet werden (§21 SGB I). Einrichtungen im stationären (z.B. Krankenhäuser) wie ambulanten (z. B. Arztpraxen) Bereich erbringen diese Leistungen.

An diesem Punkt gelangen wir zu einer ersten Definition von „Verwaltung“. Dies ist, wie auch die Abgrenzungsversuche der OECD nach Funktionen und Institutionen zeigen (vgl. Kapitel 7), nicht einfach. Etwas vereinfacht gibt es verschiedene Gruppen: (1) Ganze Institutionen werden mit allen ihren Aufgaben der „Verwaltung“ zugeordnet. Dazu zählen Behörden, Gremien, Institute, Verbände, Vereine usw., die regulierend, steuernd, supervidierend und kontrollierend im Gesundheitssystem tätig sind. Bei der routinemäßigen Betrachtung der Verwaltungskosten im deutschen System bleiben diese oftmals außen vor, da sie z.T. gar nicht als Gesundheitsausgaben (z.B. die Kosten für das BMG) oder z.T. als Leistungsausgaben (z.B. die Zuschläge für den G-BA und das IQWiG) erfasst sind. Wir beziehen sie hier jedoch mit ein (vgl. Kap. 2). (2) Bei den Kostenträgern kann der ihnen entstehende Aufwand für den Betrieb von den eigentlichen Ausgaben an die Leistungserbringer abgegrenzt werden. Dies entspricht i.W. der in den deutschen Daten gebräuchlichen Abgrenzung von „Verwaltungskosten“, ist allerdings z.T. unvollständig (z.B. bzgl. der Ausgaben für den MDK). (3) Zu den Verwaltungsausgaben im weiteren Sinne könnten auch die nicht direkt patientenbezogenen bzw. medizinischen Aufwendungen für den Betrieb abgegrenzt werden. So hat selbstverständlich jede dieser Institutionen betriebliche Verwaltungskosten, wie z.B. Personal- oder Sachkosten. Diese werden auch in den

folgenden Analysen lediglich am Rande behandelt und nur, sofern Zugang zu diesen Daten bestand.

Ad (1) setzen wir also voraus, dass sämtliche übergeordneten (d.h. regulierenden/ steuernden/ supervidierenden/ kontrollierenden) Institutionen, die für die Sicherstellung der genannten Aufgaben notwendig sind, zu 100% der Verwaltung zugeschrieben werden. Das sind im Falle der Krankenkassen insbesondere deren Landes- und Bundesverbände sowie der GKV-Spitzenverband. Die Leistungserbringer werden im stationären Sektor durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Landeskrankenhausgesellschaften (LKG) und die spezifischen Verbände (der Universitätsklinika, der Privatkliniken etc.) vertreten. Im ambulanten Sektor werden die Interessen der Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und deren Bundesvereinigung (KBV) vertreten. Diese Vertreter auf Ebene der Selbstverwaltung haben es sich zur Aufgabe gemacht, das Zustandekommen des Versorgungs- und Vergütungsvertrags sicherzustellen. Sie sind die Instanz, welche die Beziehung unter den Akteuren verwaltet.

Auch von Seiten der Regulierer sind Verwaltungsinstanzen in das Gesundheitssystem implementiert worden. Auf staatlicher Ebene wird das Bundesgesundheitsministerium (BMG) bei der Erfüllung seiner Aufgaben durch die Bundesbehörden unterstützt. Der kraft Gesetzes implementierte Gesundheitsfonds verwaltet die GKV-Mitgliedsbeiträge, womit ein weiterer Bereich in der Verwaltung geschaffen wurde. Die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) liegt in der Umsetzung von gesetzlichen Vorschriften in spezifische Beschlüsse (zumeist in Form von Richtlinien), womit er den praktischen Ablauf staatlicher Regulierung unterstützt.

Das deutsche Gesundheitssystem ist ein komplexer Apparat mit einer Vielzahl an Akteuren und teils undurchsichtigen Strukturen, die aufgrund neuer Gesetzgebungen in ihrer Komplexität noch steigen. Zur Reduktion dieser Komplexität treten immer wieder neue Akteure in das System ein, die jedoch in der Regel einen Verwaltungsmehraufwand und daraus folgend höhere Kosten mit sich bringen. So wurde beispielsweise dem Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahr 2004 vom Gesetzgeber das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Seite gestellt. Seine ursprüngliche Aufgabe, die Bewertung von neuen

Technologien, wurde 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz um die Kosten-Nutzenbewertung von Arzneimitteln erweitert. Für die Finanzierung des Instituts wird ein Systemzuschlag über den G-BA erhoben, was sowohl Verwaltungsmehraufwand als auch Mehrkosten verursacht (vgl. Kap. 6).

## **2. Verwaltungskosten seitens der Regulierer**

Die Regulierung des deutschen Gesundheitssystems unterliegt der Gewaltenteilung zwischen Bund und Ländern sowie Institutionen und Interessenverbänden auf Ebene der Selbstverwaltung. Auf Bundesebene sind der Bundestag, der Bundesrat und das Bundesministerium für Gesundheit die Hauptakteure im Gesundheitswesen. Die Selbstverwaltung wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und seine angegliederten Institute repräsentiert. Der folgende Abschnitt behandelt die regulierenden Verwaltungsinstanzen auf staatlicher Ebene sowie auf Ebene der Selbstverwaltung, indem ihre Struktur, ihre Aufgaben sowie die durch sie entstehenden Kosten für das Gesundheitssystem beschrieben werden.

### **2.1 Bundesministerium für Gesundheit**

Das Bundesministerium für Gesundheit ist für eine Vielzahl von Politikfeldern zuständig. Dabei konzentriert sich das BMG auf die Konzipierung und Erarbeitung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften im Bereich der Gesundheitspolitik. Insbesondere ist das BMG für die wichtigen Sozialversicherungszweige der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung verantwortlich. Hinzu kommen Zuständigkeiten für Arzneimittel, Gesundheitsversorgung sowie Drogen und Suchtmittel. Die Organisation des Bundesgesundheitsministeriums ist in fünf Abteilungen gegliedert (Bundesgesundheitsministerium, 2010):

- Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik, Pflegeversicherung (Abt. G),
- Zentralabteilung Europa und Internationales (Abt. Z),
- Arzneimittel, Medizinprodukte, Biotechnologie (Abt. 1),
- Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung (Abt. 2),
- Prävention, Gesundheitsschutz, Krankheitsbekämpfung, Biomedizin (Abt. 3).

Dem Ministerium zugeordnet sind die Beauftragten der Bundesregierung für Drogenfragen (seit 1998) und für die Belange der Patientinnen und Patienten (seit

2004). Das BMG wird von Ad-hoc-Komitees und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) beraten.

Folgende nachgeordnete Behörden unterstützen das Bundesministerium für Gesundheit bei der Ausübung seiner Aufgaben der Aufsicht, Zulassung, Bürgerinformation und wissenschaftlichen Beratung im Bereich des Gesundheitssystems:

1. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln
2. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln
3. Paul-Ehrlich-Institut (PEI) in Langen
4. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn
5. Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin

Es folgt eine kurze Beschreibung der Bundesbehörden und der ihnen zugeschriebenen Aufgaben, bevor anschließend die Kostenrechnung der Institutionen aufgliedert wird.

## **2.2 Nachgeordnete Behörden**

### **2.2.1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Seit ihrer Gründung im Jahr 1967 verfolgt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011). Als Fachoberbehörde für Gesundheitsförderung entwickelt sie gemeinsam mit Kooperationspartnern Strategien zur gesundheitlichen Aufklärung und Prävention und setzt sie in wissenschaftlich fundierten Kampagnen und Projekten um (Bundesgesundheitsministerium, 2011). Dabei orientiert sie sich an den zur jeweiligen Zeit vorhandenen Gesundheitsproblemen mit Präventionsrelevanz. Die BZgA erfüllt ihren Auftrag durch die Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung, die Ausbildung und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen, die Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung im Bundesgebiet und die Zusammenarbeit mit dem Ausland sowie Evaluation und

Qualitätssicherung. Zur Anpassung der Arbeit an die Entwicklungen in Wissenschaft und Gesellschaft wurden der Ständige Koordinierungsausschuss und der Wissenschaftliche Beirat als Gremien eingerichtet. Für die inhaltliche Präventionsarbeit sowie deren Koordination und Umsetzung sind 148 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in 4 Fachabteilungen und einer Verwaltungsabteilung mit insgesamt 15 Fachreferaten zuständig (Stand 2006) (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011).

### **2.2.2 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information**

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) stellt seit 1969 der fachlich interessierten Öffentlichkeit Informationen auf dem gesamten Gebiet der Medizin und anderen Bereiche des Gesundheitswesens zur Verfügung. Es ermöglicht den Online-Zugriff auf Informationssysteme und mehr als 60 Datenbanken. Das DIMDI gibt deutschsprachige Fassungen amtlicher Klassifikationen heraus (z.B. ICD-10-GM) und betreibt spezielle Informationssysteme für Arzneimittel, Medizinprodukte und Health Technology Assessment (HTA). Die Gesundheitstechnologiebewertung koordiniert es seit 2000 hinsichtlich der Priorisierung zu bearbeitender Themen, der Auftragsvergabe von HTA-Berichten und der Publikation der Berichte. Weiterhin pflegt das DIMDI medizinische Terminologien, Thesauri, Nomenklaturen und Kataloge (z.B. MeSH, UMDNS), die für die Gesundheitstelematik von Bedeutung sind. Für den Betrieb und den Zugriff auf die Informationssysteme und die ergänzenden Datenbanken entwickelt das DIMDI moderne Software-Anwendungen und betreibt ein eigenes Rechenzentrum. In allen Aufgabenbereichen arbeitet das DIMDI eng mit nationalen und internationalen Institutionen zusammen. Beim DIMDI sind 137 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in drei verschiedenen Abteilungen und zugehörigen Arbeitsgruppen tätig (Stand: 2010) (Bundesgesundheitsministerium, 2011; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2010).

### **2.2.3 Paul-Ehrlich-Institut**

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, ist seit seiner Gründung vor mehr als hundert Jahren für die Verfügbarkeit und Sicherheit von wirksamen biomedizinischen Arzneimitteln

zuständig. Dazu gehören Impfstoffe und Immenserum für Mensch und Tier, Antikörper, Blutstammzellzubereitungen und andere Arzneimittel aus Blut, Allergene, Gewebezubereitungen, Zell- und Gentherapeutika sowie Tissue Engineering-Arzneimittel für den Menschen. Die regulatorischen Aufgaben des Instituts umfassen neben der Zulassung von Impfstoffen und biomedizinischen Arzneimitteln die wissenschaftliche Beratung zur Arzneimittelentwicklung, die Genehmigung klinischer Prüfungen, die experimentelle Produktprüfung und staatliche Chargenfreigabe sowie die Bewertung von Arzneimittelnebenwirkungen. Die international anerkannte Forschung des Paul-Ehrlich-Instituts auf den Gebieten der Virologie, Immunologie, Allergologie, Hämatologie, Zell- und Gentherapie dient der Verbesserung von Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit biomedizinischer Arzneimittel und bildet darüber hinaus eine wesentliche Grundlage für die Entscheidungen des Instituts in der Arzneimittelzulassung und -bewertung. Seit 2005 ist das Paul-Ehrlich-Institut WHO-Kooperationszentrum für die Qualitätssicherung von Blutprodukten und In-vitro-Diagnostika. Organisatorisch gliedert sich das Institut in 9 Abteilungen, in denen 720 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Stand: 2009) beschäftigt sind (Paul-Ehrlich-Institut, 2009; Bundesgesundheitsministerium, 2011).

#### **2.2.4 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte**

Hervorgegangen ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aus dem 1975 gegründeten Institut für Arzneimittel des aufgelösten Bundesgesundheitsamtes. Ziel der Bundesoberbehörde ist die Abwehr von Gesundheitsgefahren durch die kontinuierliche Verbesserung der Sicherheit von Arzneimitteln und die Risikoüberwachung von Medizinprodukten sowie die Überwachung des Betäubungsmittel- und Grundstoffverkehrs. Daran arbeiten im BfArM rund 1.100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in 5 fachlichen Abteilungen sowie 5 Zulassungsabteilungen und einer Verwaltungsabteilung. Schwerpunkt der Arbeit ist die Zulassung von Fertigarzneimitteln auf der Grundlage des Arzneimittelgesetzes. Dabei wird der gesundheitliche Nutzen, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und die pharmazeutische Qualität geprüft. Das BfArM bewertet unerwünschten Arzneimittelwirkungen und trifft Maßnahmen zum Schutz von Patientinnen und Patienten (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2008; Bundesgesundheitsministerium, 2011).

### **2.2.5 Robert Koch-Institut**

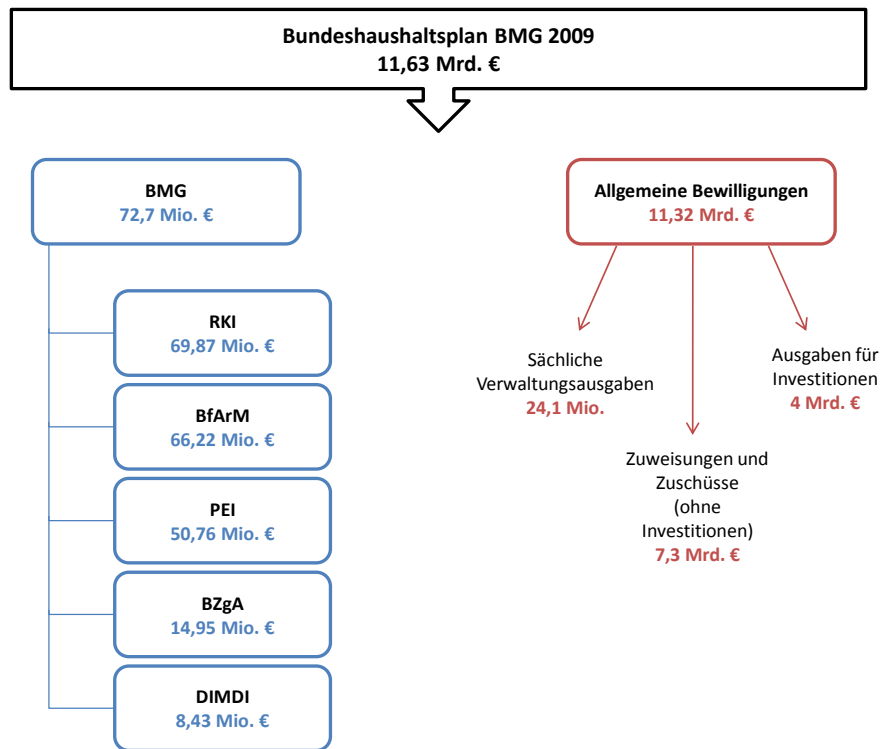
Das 1891 gegründete Robert Koch-Institut (RKI) ist die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention und der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung. Gegliedert ist das RKI in die drei fachlichen Abteilungen: Infektionskrankheiten, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung sowie Infektionsepidemiologie. Beschäftigt sind dort ca. 950 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Stand: 2010). Die Kernaufgaben des RKI liegen in der Beobachtung, Analyse und Bewertung des Auftretens von Krankheiten und Gesundheitsgefahren mit hoher öffentlicher und gesundheitspolitischer Bedeutung in der Bevölkerung (wie HIV/AIDS, Krebs, Allergien und Infektionskrankheiten) sowie das wissenschaftlich begründete Ableiten von erforderlichen Maßnahmen. Darüber hinaus berät das RKI unter anderem das BMG hinsichtlich der Entwicklung von Normen und Standards. Zudem informiert es die Fachöffentlichkeit sowie die breitere Öffentlichkeit und ist verantwortlich für die inhaltliche Bearbeitung und Koordinierung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bei dem Institut sind mehrere wissenschaftliche Kommissionen angesiedelt, zum Beispiel die Ständige Impfkommission. Darüber hinaus ist das RKI regionales Referenzlabor der WHO/EURO für Poliomyelitis und Enteroviren (Robert Koch-Institut, 2010; Bundesgesundheitsministerium, 2011).

### **2.3 Haushalte des BMG und seiner Behörden**

Die Angaben der Einnahmen und Ausgaben (Haushaltsmittel) entstammen hauptsächlich dem Bundeshaushaltsplan, speziell dem Einzelplan 15 für das Bundesministerium für Gesundheit für das Jahr 2009 und den Jahresberichten bzw. Bilanzberichten der einzelnen Behörden. Auf der Ausgabenseite sind die flexibilisierten Ausgaben nach §5 HG mit berücksichtigt. Die Abbildung 2 gibt einen Überblick über die dem BMG und den einzelnen Behörden verfügbaren Haushaltsmittel.



Abbildung 2: Bundeshaushaltsplan für das BMG, 2009



Quelle: Bundesfinanzministerium, 2010

### 2.3.1 BMG und nachgeordnete Behörden

Dem Bundesministerium für Gesundheit stand dem Bundeshaushaltsplan für das Jahr 2009 zu Folge ein Haushaltsvolumen in Höhe von € 72,7 Mio. zur Verfügung (Bundesfinanzministerium, 2010). Für das Personal wurden € 39,77 Mio. veranschlagt, für sächliche Verwaltungsausgaben € 31,78 Mio., für Investitionen € 1,09 Mio. und € 130.000 für Zuweisungen und Zuschüsse. Das BMG konnte Einnahmen in Höhe von € 60.000 verbuchen.

Der BZgA werden Mittel aus den Haushalten des BMG (gesundheitliche Aufklärung) und des BMFSFJ (Sexualaufklärung und Familienplanung) zugewiesen (Bundesfinanzministerium, 2010). Darüber hinaus erschließt die BZgA zunehmend weitere Finanzierungsquellen über Kooperationen, Public Private Partnerships oder Sponsoring (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007). Aus dem Bundeshaushaltsplan des Bundesministeriums der Finanzen (2010) geht hervor,

dass die Gesamteinnahmen der BZgA für 2009 mit € 114.000 veranschlagt wurden. Diese sind vollständig für den Zweck der Verwaltung bestimmt. Unter diesen Verwaltungseinnahmen befindet sich in der Gruppe der vermischten Einnahmen auch die Erstattung durch Sozialversicherungsträger, Institutionen und Private für die Durchführung von Aufträgen in Höhe von € 20.000. Die übrigen Einnahmen sind Gebühren, sonstige Entgelte und Einnahmen aus Veröffentlichungen. Die Mittel aus dem BMFSFJ von € 5,1 Mio. sind für die Aufklärung im Zusammenhang mit der Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes. Die Gesamtausgaben der BZgA 2009 sind mit € 14,95 Mio. veranschlagt. Darunter haben den größten Anteil die sächlichen Verwaltungskosten mit € 8,79 Mio., gefolgt von den Ausgaben für Personal mit € 6,02 Mio. Die Ausgaben für Investitionen liegen bei € 126.000 und Zuweisungen und Zuschüsse (ohne Investitionen) sind mit € 21.000 veranschlagt (Bundesfinanzministerium, 2010). Die Verwaltungsabteilung der BZgA leistet neben der Verwaltung im engeren Sinne vor allem logistische Aufgaben. Dazu zählen Bearbeitung und Versand der Bestellungen von Materialien, auch über das Internet und Präsentation der Arbeit über das Internet (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007).

Im Haushaltsjahr 2009 standen dem DIMDI bei Kapitel 1505 des Bundeshaushaltsplanes € 8,43 Mio. Haushaltsmittel zur Verfügung. Die Gesamteinnahmen betragen € 2,3 Mio. Auf der Ausgabenseite haben die Personalausgaben mit € 6,38 Mio. den größten Anteil. Die sächlichen Verwaltungsausgaben sind in einer Höhe von € 1,77 Mio. veranschlagt, Ausgaben für Investitionen mit € 266.000 und € 18.000 für Zuweisungen und Zuschüsse (ohne Investitionen) (Bundesfinanzministerium, 2010).

Das Haushaltsvolumen des PEI für 2009 lag bei € 50,76 Mio. Veranschlagt wurden die Personalausgaben mit € 26,56 Mio., die sächlichen Verwaltungskosten mit € 14,99 Mio., die Ausgaben für Investitionen mit € 8,76 Mio. und die Zuweisungen und Zuschüsse mit € 450.000. Das PEI hat 2009 € 13,34 Mio. an Gesamteinnahmen verzeichnet.

Der veranschlagte Haushaltsplan des BfArM sah 2009 ein Volumen von € 66,22 Mio. vor, darunter € 50,64 Mio. für Personal, € 10,13 Mio. für sächliche Verwaltungs-

kosten, € 3,01 Mio. für Zuweisungen und Zuschüssen und € 2,45 Mio. für Investitionen. Die Einnahmen lagen 2009 bei € 48,26 Mio. (Bundesfinanzministerium, 2010). Im Jahr darauf waren dies sogar € 55,4 Mio., weshalb das Institut in personeller Hinsicht gestärkt werden sollte.

Für das RKI wurde 2009 ein Haushalt von € 69,87 Mio. beschlossen, darunter die Ausgaben für Personal mit € 35,9 Mio., die Verwaltungsausgaben mit € 16,29 Mio., die Investitionsausgaben mit € 15,26 Mio. und die Zuweisungen und Zuschüsse mit € 2,43 Mio. Das RKI hatte Einnahmen von € 55.000.

### **2.3.2 Allgemeine Bewilligungen**

Der weitaus größte Teil des BMG-Haushaltes (über 97%) entfällt allerdings nicht auf die Kosten des BMG und seiner Behörden, sondern gelten als „allgemeine Bewilligungen“, werden also weiter gereicht. Diese können ganz überwiegend nicht als Verwaltungskosten klassifiziert werden.

Die allgemeinen Bewilligungen betragen im Jahr 2009 insgesamt € 11,32 Mrd. Unter die Ausgaben fallen Zuweisungen und Zuschüsse (€ 7,3 Mrd.) – insbesondere an den Gesundheitsfonds –, Ausgaben für Investitionen (€ 4 Mrd.) und sächliche Verwaltungskosten (€ 24,1 Mio.). Letztere beinhalteten die sächlichen Verwaltungskosten, Aufwendungen für die Gesundheitsberichterstattung, die mit € 726.000 veranschlagt wurden und eine personale Ausstattung von bis zu acht Vollzeitstellen beinhalteten.

Die Zuweisungen und Zuschüsse (ohne Investitionen betrachtet) beinhalten u.a. die Leistungen des Bundes für Aufwendungen nach dem Mutterschutzgesetz (€ 4 Mio.) und die Erstattung der Aufwendungen für Leistungen der Krankenkassen an Aussiedler (€ 1,3 Mio.). Wenn diese Krankenkassen bundesunmittelbare Körperschaften sind, erhalten sie zudem als Verwaltungskostenersatz 8% des Aufwandes für Leistungen nach §90 Bundesvertriebenengesetz. Wesentlicher Bestandteil dieser Gruppe ist aber die pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben an den Gesundheitsfonds mit € 7,1 Mrd. Ein Bundeszuschuss zur Kompensation krisenbedingter

Mindereinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde für das Jahr 2010 nach §221a SGB V vorgesehen (€ 3,9 Mrd.).

Weiterhin waren Zuschüsse zur Förderung von Modellen zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker (€ 600.000 €) und Zuschüsse sowie Beiträge an zentrale Einrichtungen und Verbände des Gesundheitswesens (€ 3,85 Mio.) vorgesehen. Zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen (u.a. Förderung von Modellprojekte; Finanzierung Aufträge an das IQWiG) waren € 875.000 unter allgemeine Bewilligungen vorgesehen. Diese Beträge könnten bei breiter Definition von Verwaltungskosten als solche klassifiziert werden.

## **2.4 Gesundheitsfonds**

Das Bundesversicherungsamt (BVA) führt als selbstständige Bundesoberbehörde die Aufsicht über bundesunmittelbare Träger und Einrichtungen der Sozialversicherung. Das BVA prüft unter anderem die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Pflegekassen. Desweiteren erfolgt die Zulassung von Disease-Management-Programmen (DMPs) durch das BVA.

Eine der Kernaufgaben des BVA liegt in der Verwaltung des im Januar 2009 eingeführten Gesundheitsfonds. Dieser stellt ein Sondervermögen dar, d.h. er ist Teil des Bundesvermögens mit eigenem Haushalt. In den Gesundheitsfonds fließen seit dem 1. Januar 2009 die Beiträge zur gesetzlichen Krankenkassen sowie der Bundeszuschuss, der für die Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen aufkommt. Der Gesundheitsfonds weist den Krankenkassen monatlich die ihnen zustehenden Zuweisungen zu. Im Rahmen des Gesundheitsfonds wird ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) durchgeführt. Ein (unbezahlter) wissenschaftlicher Beirat unterstützt hierbei das BVA und unterbreitet Vorschläge hinsichtlich der berücksichtigungsfähigen Krankheiten und des Versichertenklassifikationsmodells.

Die Ausgaben, die im Zusammenhang mit der Verwaltung des Gesundheitsfonds sowie mit der Durchführung des Morbi-RSA entstehen, wurden im Bundeshaushalt für 2009 mit € 2,8 Mill. und für 2010 mit € 3,3 Mill. veranschlagt. Gemäß §31 Abs. 5 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) werden diese Ausgaben aus

den Einnahmen des Gesundheitsfonds erstattet und gehen somit zu Lasten der GKV.

Im Jahr 2009 beliefen sich die Einnahmen des Gesundheitsfonds auf insgesamt rund € 164,5 Mrd.. Davon stammten € 157,4 Mrd. (95,7%) aus Krankenkassenbeiträgen, während € 7,2 Mrd. (4,3%) unter sonstigen Einnahmen wie z.B. dem Bundeszuschuss verbucht wurden. Den Einnahmen stand ein gesamtes Ausgabenvolumen von rund € 167,0 Mrd. gegenüber, von welchem € 166,95 Mrd. für die Zuweisungen an die Krankenkassen und € 38,6 Millionen für Netto-Verwaltungskosten ausgegeben wurden (Bundesversicherungsamt, 2010). Die Netto-Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds machten demzufolge im Jahr 2009 einen Anteil von 0,2% der Gesamtausgaben des Gesundheitsfonds aus. Dem Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes für 2009 zufolge beziehen die Netto-Verwaltungskosten sich aber vor allem auf die (auch schon vorher bestehende) Einzugskosten-Vergütung der Minijobzentrale. Die Minijobzentrale ist Teil der Knappschaft Bahn See und wurde 2003 als zentrale Einzugsstelle der bei Minijobs anfallenden Sozialabgaben und Steuern errichtet. 2009 erhielt die Minijobzentrale für ihre Tätigkeit eine Vergütung in Höhe von rund € 35,9 Millionen aus Mitteln des Gesundheitsfonds. Die eigentlichen Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds als Institution belaufen sich auf unter € 3 Mio. (s.o.), was einem Anteil von 0,002% des Gesamtvolumens entspricht – oder umgerechnet 2 Cent pro € 1000 (Bundesversicherungsamt, 2010). Auszahlungen, die der Gesundheitsfonds bzw. das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen vornimmt, werden über die Bundeskasse angeordnet. Hierfür fallen keinerlei Bankgebühren an.

## **2.5 Gemeinsamer Bundesausschuss**

Der G-BA ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Er wurde im Jahr 2004 durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) errichtet und übernahm die Aufgaben der bis dato nebeneinander agierenden Bundesausschüsse Ärzte – Krankenkassen, Zahnärzte – Krankenkassen, dem Bundesausschuss für Fragen der Psychotherapie, dem Koordinierungsausschuss und dem Ausschuss Krankenhaus. Aufgabe des G-BA ist unter anderem, die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende,

zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu beschließen (§92 Abs. 1 SGB V). Konkret bedeutet dies die Festlegung des Leistungskatalogs der GKV. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung gehört ebenfalls zu seinem Aufgabenspektrum. Um Entscheidungen auf Grundlage wissenschaftlich fundierter Kenntnisse zu treffen, ist dem G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen für die Erstellung von Gutachten zur Seite gestellt worden.

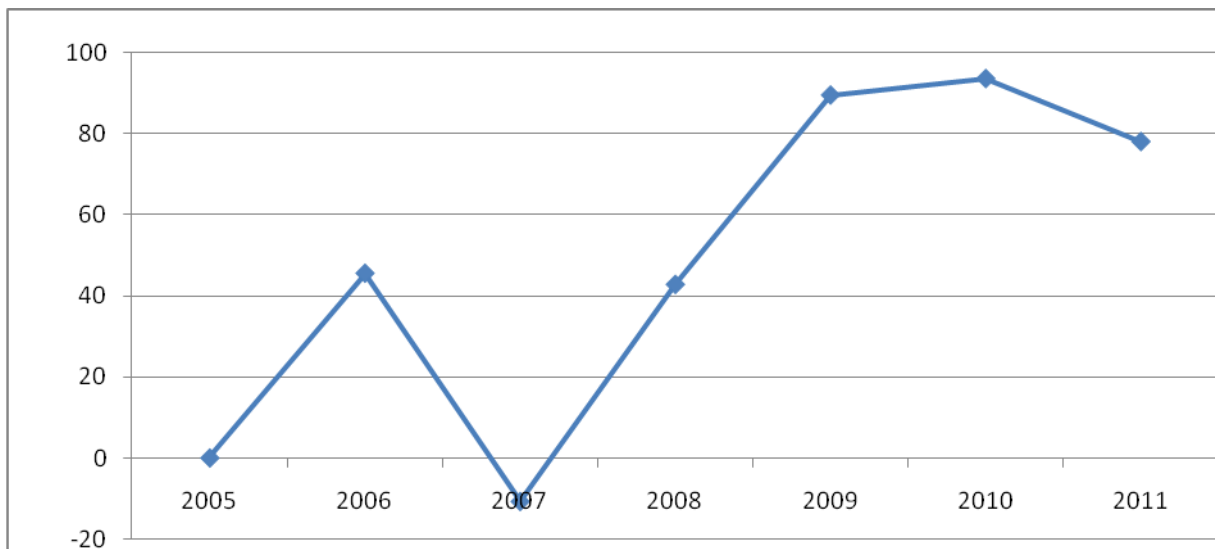
Der G-BA steht rechtlich unter der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Es handelt sich beim G-BA jedoch um keine nachgeordnete Behörde des BMG, sondern um eine eigenständige juristische Person des öffentlichen Rechts. Aus diesem Grund wird er auch nicht über Staatszuschüsse, sondern über Systemzuschläge finanziert, geht also zu Lasten der Kostenträger im deutschen Gesundheitssystem.

Die Systemzuschläge zur Finanzierung des G-BA setzen sich zusammen aus einem Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall (auch für Selbstzahler) sowie durch die zusätzliche Anhebung der Vergütung für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung um einen entsprechenden Prozentsatz. Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden dem Kostenträger in der Rechnung des Krankenhauses gesondert ausgewiesen und gehen nicht in den Gesamtbetrag mit ein. Das bedeutet, dass der Systemzuschlag nicht in den Verwaltungskosten der GKV, sondern in den Leistungsausgaben für den ambulanten und stationären Sektor erfasst wird. Die Berechnung der Fallzahlen geschieht für die Krankenhäuser analog zum Vorgehen beim Einzug des DRG-Systemzuschlags durch das InEK, d.h. im Gegensatz zum Erhebungsverfahren des Statistischen Bundesamts werden Tagesfälle und Wiedereinweisungen nur einmal pro Quartal berücksichtigt.

Die Höhe des Systemzuschlags wird vom G-BA jährlich festgelegt. Er beinhaltet jeweils den Anteil für den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das ebenfalls über diese Systemzuschläge finanziert wird (§139a Abs. 1 SGB V). Der Anteil für das IQWiG wird vom G-BA eingezogen und an das Institut weitergeleitet.

Abbildung 3 stellt die Entwicklung des vom G-BA erhobenen Systemzuschlags zum Basisjahr 2005 dar. Im Jahr 2005 betrug der Systemzuschlag im vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Sektor je Fall 1,25 Cent, im stationären Sektor € 0,45 je Fall. 2010 legte der G-BA den Systemzuschlag auf 2,45 Cent je Fall im ambulanten Sektor und € 0,87 im stationären Sektor fest, was einer fast hundertprozentigen Steigerung zu 2005 entsprach.

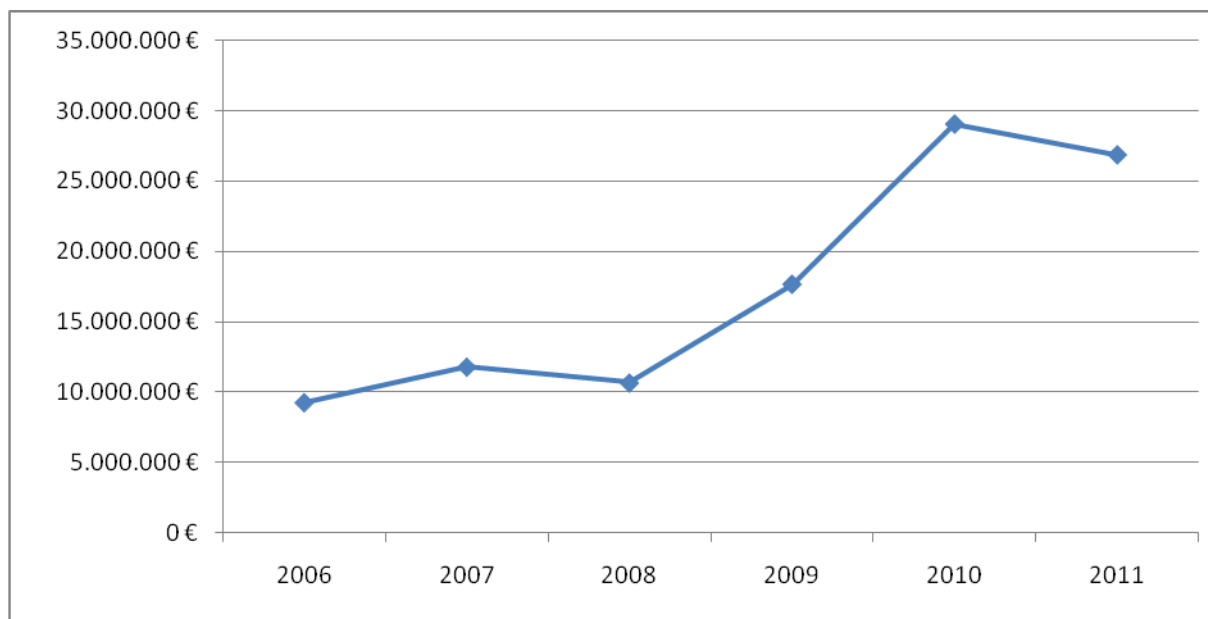
**Abbildung 3: Prozentuale Entwicklung des G-BA Systemzuschlags zum Basisjahr, 2006-2011**



Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011

Abbildung 4 spiegelt die Entwicklung des G-BA Haushaltsplans nach Abzug der IQWiG Haushaltsbewilligungen. Während 2006 der Haushalt mit weniger als € 10 Millionen festgesetzt wurde, liegt er nach seinem Höchststand in 2010 (rund € 29 Millionen) im Jahr 2011 bei € 26,8 Millionen. Die 170%ige Steigerung des Haushaltsvolumens zwischen 2008 und 2010 lässt sich teils durch die Neustrukturierung des G-BA im Zuge des GKV-WSG sowie durch die ihm vom Gesetzgeber neu definierten Aufgaben erklären.

**Abbildung 4: Entwicklung des G-BA Haushaltsplans, 2006-2011**



Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011

## **2.6 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss errichtete 2004 im Zuge der Gesundheitsreform die Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und das dazugehörige Institut. Es ist im Auftrag des G-BA sowie des Bundesgesundheitsministeriums tätig und findet seine gesetzliche Grundlage in §139a und §35b des SGB V formuliert. Zu den Aufgaben des Instituts gehört unter anderem die Bewertung von Operations- und Diagnoseverfahren, Arzneimitteln sowie Behandlungsleitlinien. Zudem erarbeitet das IQWiG die Grundlagen für neue Disease-Management-Programme (DMPs). Mit Inkrafttreten des GKV-WSG in 2007 wurde der Aufgabenbereich des IQWiG um die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln erweitert. Durch die Abgabe von Empfehlungen auf diesen Gebieten unterstützt das IQWiG den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Wahrnehmung seiner gesetzlichen Aufgaben (§139 b Abs. 4 SGB V).

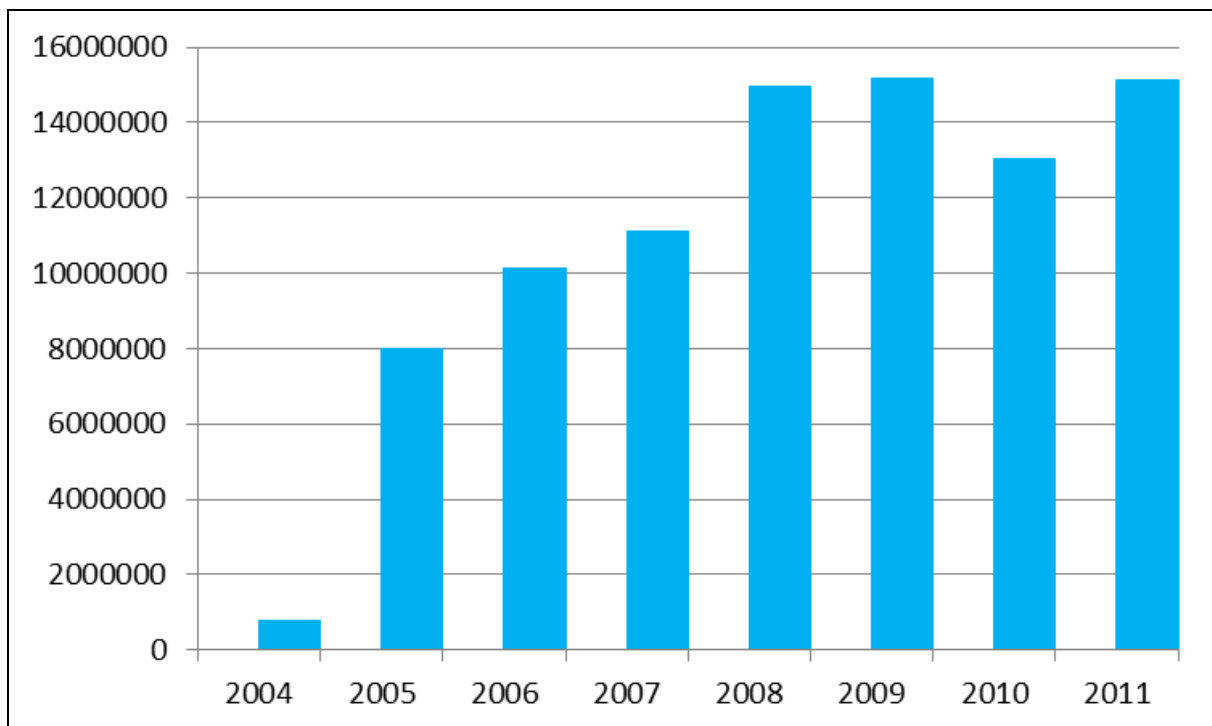
Laut Satzung ist die Stiftung selbstlos tätig, d.h. sie verfolgt keine eigenwirtschaftlichen Zwecke. Mittel der Stiftung dürfen nur für den satzungsgemäßen Zweck verwendet werden, also die Förderung von Wissenschaft und Forschung sowie die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Aufbringung der Mittel



erfolgt durch die zuvor im Zusammenhang mit dem G-BA bereits erwähnten Systemzuschläge, die jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags für jeden abzurechnenden Krankenhausfall und durch die zusätzliche Anhebung der ambulanten vertragsärztlichen Vergütung erfolgt. Die Zuschläge werden durch den G-BA festgelegt, eingezogen und an das IQWiG weitergeleitet. Die Einnahmen durch den Systemzuschlag und die daraus resultierenden Zinserträge sind die einzige Einnahmequelle des IQWiG.

Die Rechnungslegung des IQWiG ist nicht öffentlich, weshalb eine detaillierte Darstellung der Ein- und Ausgaben des Instituts an dieser Stelle nicht durchgeführt werden kann. Abbildung 5 zeigt die Entwicklung des vom Stiftungsrat bewilligten Budgets in den Jahren 2004 bis 2011. Während 2005 das vom Stiftungsrat vorgesehene Budget bei € 8 Mio. lag, standen dem Institut 2009 rund € 15 Mio. zur Verfügung. Der für 2010 aufgestellte Haushaltsplan des IQWiG sah Einnahmen und Ausgaben in Höhe von knapp € 13 Mio. vor und für 2011 wurden erneut etwas mehr als € 15 Mio. bewilligt (IQWiG, 2010 und 2011).

**Abbildung 5: Haushaltsbewilligung IQWiG 2004-2011**



Quelle: IQWiG, 2011

Aus dem Haushalt des IQWiG werden Personal-, Sach- und Betriebskosten sowie Kosten für externe Sachverständige gedeckt. Im Januar 2011 waren insgesamt ca. 111 Mitarbeiter angestellt. Die (stellvertretende) Leitung der Ressorts umfasst 16 Stellen, während das Personal im wissenschaftlichen Bereich 65 Mitarbeiter zählt. Der Stellenplan 2011 sieht die Schaffung von weiteren 15,5 wissenschaftlichen Stellen und 6,5 Stellen für die Bereiche Dokumentation, Sachbearbeitung und Sekretariat vor (IQWiG, 2011).

## **2.7 Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen**

Das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) ist eine weitere Forschungseinrichtung, die den G-BA bei der Umsetzung seiner gesetzlichen Aufgaben unterstützt. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) beauftragte 2007 den G-BA, in einem europaweiten Vergabeverfahren eine unabhängige wissenschaftliche Institution zu beauftragen, ihn im Sinne des §137a SGB V bei der Entwicklung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie deren Umsetzung zu beraten. Im Februar 2009 erhielt das AQUA-Institut den Zuschlag.

Das AQUA erhält vom G-BA eine leistungsbezogene Vergütung. Das Institut wird also vom Systemzuschlag des G-BA mitfinanziert. Wie hoch die Vergütung ist, kann nur auf Basis des AQUA-Jahresabschlusses, der im Unternehmensregister hinterlegt ist, geschätzt werden. Da das Institut seine Arbeit für den G-BA jedoch erst im August 2009 aufgenommen hat und für das Jahr 2010 derzeit noch keine Rechnungslegung vorliegt, sind momentan noch keine validen Aussagen darüber möglich, wie hoch die durch §137a SGB V entstandenen zusätzlichen Verwaltungskosten sind.

## **2.8 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus**

Mit Einführung des pauschalierenden Vergütungssystems (G-DRG) wurde im Jahr 2001 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegründet. Die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband privater Krankenversicherer) haben das InEK mit den

Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems betraut. Zur Sicherstellung der Finanzierung dieser Aufgabe wird jährlich ein Systemzuschlag festgelegt, der für jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall dem Krankenhaus zusätzlich in Rechnung gestellt wird. Der Systemzuschlag gliedert sich in den Zuschlagsanteil für die Finanzierung der pauschalierten Zahlungen für die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser (Zuschlagsanteil „Kalkulation“) und in die Finanzierung des InEK (Zuschlagsanteil „InEK“). Die Höhe des Zuschlags wird am Jahresanfang basierend auf den Fallzahlen des vorletzten Jahres kalkuliert. Im Jahr 2009 betrug der Systemzuschlag € 1,03, wovon € 0,70 auf den Zuschlagsanteil „Kalkulation“ und € 0,33 auf das InEK entfielen (InEK, 2009). Im Jahr 2011 lag der Systemzuschlag bei € 1,13 („Kalkulation“: € 0,91 und „InEK“: € 0,22) (InEK, 2011).

Der Jahresabschluss des InEK ist in seiner Kurzfassung beim Unternehmensregister hinterlegt. Die Bilanzierung für das Jahr 2008 ist zum heutigen Zeitpunkt die aktuellste erhältliche Version. Demnach erhielt das InEK Einnahmen von insgesamt rund € 13,5 Mio. Rund € 8,95 Mio. entfielen auf den Systemzuschlag „Kalkulation“ und rund € 4,04 Mio. auf den Zuschlagsanteil „InEK“. Weitere € 0,64 Mio. wurden unter sonstigen betrieblichen Erträgen verbucht, welche die Erträge in Höhe von € 586.200 aus der in 2008 erfolgten Realisierung der Erträge aus der Kooperationsvereinbarung mit der SwissDRG AG sowie aus der Auflösung von Rückstellungen in Höhe von € 18.300 enthalten. Die Veränderung unfertiger Leistungen im Zusammenhang mit der SwissDRG AG wurde unter Bestandsveränderungen in Höhe von € -168.300 ausgewiesen.

2008 lag der Systemzuschlag für die Kalkulation bei € 0,62 und für das InEK bei € 0,28. Die Gesamtsumme lag respektive bei € 8.951.708 und € 4.042.706 (InEK, 2010). Dies entspricht einer Fallzahl voll- und teilstationär abgerechneter Fälle von rund 14,44 Millionen. Die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes beziffert jedoch allein die vollstationär behandelten Fälle für das abrechnungsrelevante Jahr 2006 auf insgesamt rund 16,23 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2007a). Diese Differenz lässt sich mit den unterschiedlichen Methoden der Fallzahlermittlung erklären. Beispielsweise wird für einen Patienten mit

mehrfacher Einweisung sowie für Tagesfälle pro Quartal nur einmalig ein Systemzuschlag von den Krankenhäusern erhoben.

Das InEK zahlte den 251 Kalkulationskrankenhäusern im Jahr 2008 rund € 9 Millionen. Ausgaben für Material- und Sachkosten lagen bei € 509.285. Die Personalkosten lagen bei insgesamt € 2.121.911, davon € 1.796.009 für die Bezahlung von Löhnen und Gehälter, und € 325.902 für soziale Abgaben, Aufwendungen für Altersversorgung und Unterstützung. Geht man davon aus, dass das InEK zum überwiegenden Teil Ökonomen und Mediziner beschäftigt, lässt sich laut Tarifvereinbarungen der Umfang des InEK-Personals auf rund 40 Mitarbeiter schätzen. Nach Abschreibungen und Abzug sonstiger betrieblicher Aufwendungen konnte das InEK 2008 einen Jahresüberschuss von € 746.901 verbuchen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das InEK im Jahr 2008 von Seiten der Kostenträger im deutschen Gesundheitssystem rund € 13 Millionen für die Weiterentwicklung und Pflege des G-DRG Systems erhalten hat. Hiervon flossen 70% an die Krankenhäuser, die sich an der Kalkulation der DRGs beteiligen, die übrigen 30% standen dem InEK für die Erfüllung seiner Aufgaben zu.

## **2.9 Institut des Bewertungsausschusses**

Träger des 2006 gegründeten Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) sind zu gleichen Teilen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband. Wie in §87 Abs. 3b SGB V festgelegt, unterstützt das Institut den Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen bei der Weiterentwicklung des vertragsärztlichen Vergütungssystems. Zum 1. Juli 2009 hat das Institut auch die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses übernommen. Die Finanzierung des Instituts erfolgt durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden ambulant-kurativen Behandlungsfall in der vertragsärztlichen Versorgung, der von den Krankenkassen zu entrichten ist und außerhalb der Gesamtvergütung für den vertragsärztlichen Sektor liegt. Ende 2009 zählte das Institut 35 Mitarbeiter.

### **3. Verwaltungskosten seitens der Kostenträger**

Kostenträger im deutschen Gesundheitssystem sind vornehmlich die gesetzlichen Krankenkassen und private Versicherungsunternehmen. Die Kassen sind ebenso wie die privaten Versicherer selbst für die Verwaltung ihrer Leistungen gegenüber den Patienten verantwortlich. Es bestehen keine zwischengeschalteten Instanzen, welche die Verwaltung des Versicherungsvertrages gegenüber den Patienten übernehmen. Aus diesem Grund werden bei der Analyse der durch sie verbrauchten Ressourcen (nur) die betrieblichen Verwaltungskosten berücksichtigt. Bei den ihnen angehörig Verbände handelt es sich hingegen ausschließlich um Verwaltungseinheiten.

#### **3.1 Gesetzliche Krankenkassen**

Innerhalb der GKV werden unter Verwaltungskosten die Ausgaben verstanden, die zur Sicherstellung der gesetzlichen und vertraglichen Leistungen anfallen. Laut §21 SGB I gehören dazu Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten, zur Behandlung im Krankheitsfall sowie Leistungen zum Mutterschutz, zur Familienplanung und zum nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch. Bis 2008 erfolgte des Weiteren der Beitragseinzug über die jeweiligen Krankenkassen. Diese Funktion wird seither zentral über den Gesundheitsfonds gesteuert. De facto werden die Beiträge jedoch weiterhin an die Krankenkassen gezahlt, welche diese an den Gesundheitsfonds weiterleiten. Dementsprechend entstehen die als Verwaltungsausgaben zu klassifizierenden Ausgaben für den Beitragseinzug auch weiterhin bei den Krankenkassen.

Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht jährlich die Statistik zu den Personal- und Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese unterscheidet grundsätzlich zwischen Brutto- und Netto-Verwaltungskosten. Die Brutto-Verwaltungskosten umfassen neben den persönlichen und sächlichen Verwaltungskosten Aufwendungen für die Organe der Selbstverwaltung wie Verbände und Vereine, Beiträge und Vergütungen an andere für Verwaltungszwecke, Kosten der Rechtsverfolgung sowie Kosten der Ausschüsse und Schiedsämter (nur für Krankenkassen mit Verbandsaufgaben) (Knoblich, 2010).

Die Netto-Verwaltungskosten berücksichtigen von anderen erstattete Verwaltungskosten, wie beispielsweise Erstattungen anderer Sozialversicherungsträger für den Einzug der Beiträge zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung (Osterkamp, 2008).

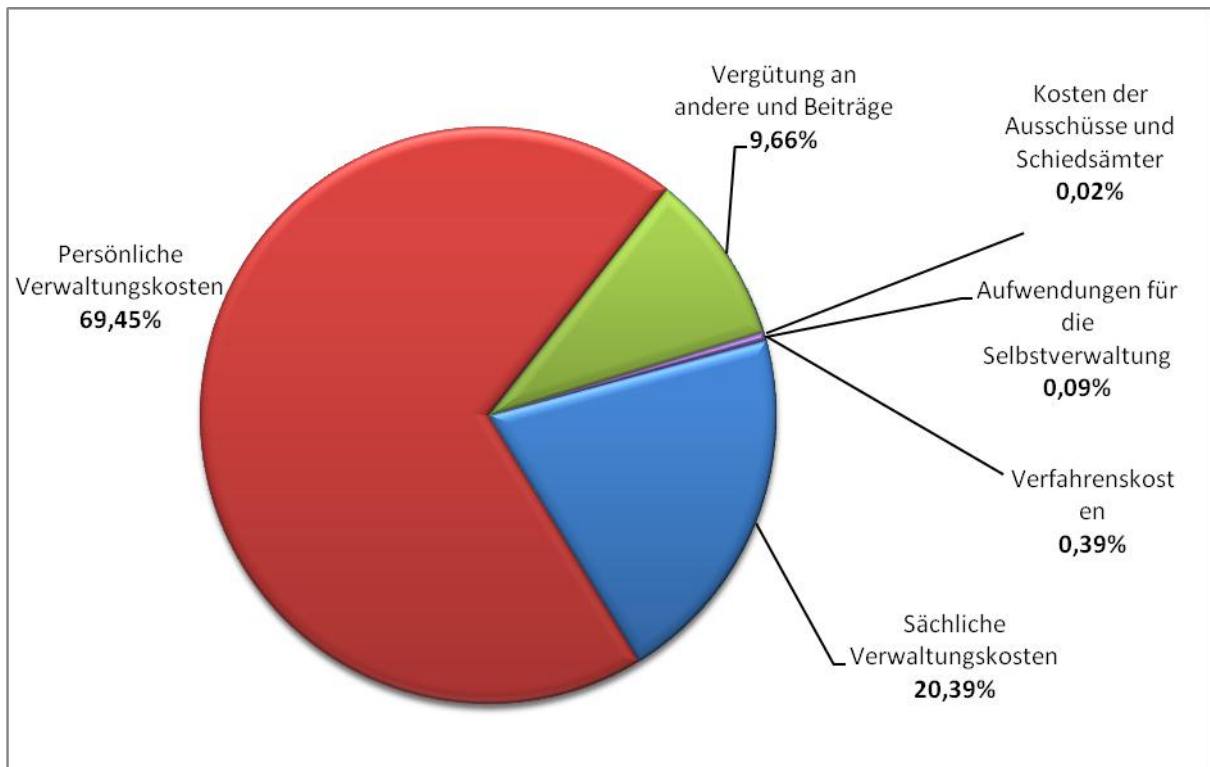
Im Jahr 2009 betragen die Brutto-Verwaltungskosten der GKV € 10.852.596.586, die Netto-Verwaltungskosten lagen nach den Erstattungen anderer Sozialversicherungsträger von € 1.944.258.589 dementsprechend bei € 8.908.337.997. Insgesamt machten die Netto-Verwaltungskosten damit 5,2% der GKV-Gesamtausgaben von € 170.784.243.000 aus. Der Anteil der Ausgaben für Leistungen der GKV lag im selben Jahr bei 93,9% und entsprach damit einem absoluten Ausgabenvolumen von € 160.397.701.000 (Bundesministerium für Gesundheit, 2010).

Wie in Abbildung 6 zu sehen, stellten in 2009 die Kosten für Personal mit 69,45% den größten Anteil an den Brutto-Verwaltungskosten dar, was einem absoluten Ausgabenvolumen von € 7.537.046.264 entsprach. Zu diesem Ausgabenbereich zählen die Dienstbezüge der Beamten und Dienstordnungsangestellten, die Vergütungen und Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer einschließlich der hauptamtlichen Vorstandsmitglieder, Beihilfen und weitere Verwaltungs- und Verfahrenskosten. Zum Stichtag 30.Juni 2009 hatten die Krankenkassen insgesamt 132.706 Beschäftigte, davon 905 Beamte, 11.370 Dienstordnungsangestellte, 115.088 Arbeitnehmer, 137 Betriebs- und Haushaltshelfer, 5.343 Altersteilzeitbeschäftigte, 5.813 Beschäftigte in Mutterschaft und Elternzeit sowie 1.785 unbezahlt Beurlaubte. Hinzu kamen 4.107 Beschäftigte in den Eigenbetrieben der Krankenkassen, deren Vergütung jedoch nicht in die GKV Verwaltungskostenrechnung mit einbezogen wird (Bundesministerium für Gesundheit, 2009).

Die sächlichen Verwaltungskosten, die unter anderem Aufwendungen für die Bewirtschaftung, Miete und Unterhaltung von Grundstücken, Gebäuden und bewegliche Einrichtungen sowie die berufliche Weiterbildung der Beschäftigten einschließen, lagen im Jahr 2009 bei € 2.212.719.178, was einem Anteil von 20,39% der Brutto-Verwaltungskosten entsprach. Damit nahmen sie nach den Ausgaben für Personal den zweitgrößten Anteil der Verwaltungskosten ein (Abbildung 5). Vergütung und Beiträge an andere entsprachen einem Anteil von 9,66% der Brutto-

Verwaltungskosten (€ 1.048.873.514). Zu den Posten mit den höchsten Kosten, die unter diesen Ausgabenbereich fallen gehören insbesondere Beiträge an Krankenkassenverbände (€ 316.138.795), Beiträge an sonstige Verbände und Vereine (€ 209.207.528), sonstige Vergütungen an andere (€ 381.660.235) sowie Prüfungs- und Beratungskosten (€ 79.482.089).

**Abbildung 6: Brutto-Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung nach Ausgabenbereichen 2009**



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2009

Die endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV liegen für das Jahr 2010 noch nicht vor. Die vorläufigen Finanzergebnisse lassen jedoch bereits jetzt vermuten, dass sowohl die GKV-Ausgaben insgesamt als auch die Netto-Verwaltungskosten weiter gestiegen sind. Wie Tabelle 1 zeigt, sind die Ausgaben von 2009 zu 2010 insgesamt voraussichtlich um 2,9% auf € 175,73 Mrd. gestiegen. Die Leistungsausgaben der GKV haben sich im gleichen Verhältnis von € 160,59 Mrd. auf € 165,10 Mrd. erhöht. Die Netto-Verwaltungskosten haben mit € 0,53 Mrd. (5,93%) sehr stark zugenommen. Prozentual wird dieser Anstieg nur von den Ausgaben für Krankengeld, Leistungen im Ausland und die häusliche Krankenpflege übertroffen.

Tabelle 1: Ausgaben der GKV 2010 – Vorläufige Rechnungsergebnisse

	1. bis 4. Quartal 2009 (in Mrd. €)	1. bis 4. Quartal 2010 (in Mrd. €)	Absolute Differenz 2010 zu 2009 (in Mrd. €)	Prozentuale Differenz 2010 zu 2009 (in %)
<b>Ausgaben insgesamt</b>	170,79	175,73	4,95	2,90
<b>Leistungen insgesamt</b>	160,59	165,10	4,52	2,81
- <b>Vertragsärztliche Versorgung</b>	32,35	33,04	0,69	2,13
- <b>Zahnärztliche Behandlung</b>	11,62	11,87	0,26	2,21
- <b>Arzneimittel</b>	31,70	32,03	0,33	1,05
- <b>Krankenhausbehandlung</b>	56,29	58,82	2,52	4,48
- <b>Krankengeld</b>	7,24	7,80	0,56	7,68
- <b>Leistungen im Ausland</b>	0,45	0,58	0,13	29,48
- <b>Behandlungspflege/ Häusliche Krankenpflege</b>	2,94	3,24	0,30	10,22
<b>Netto-Verwaltungskosten</b>	8,95	9,48	0,53	5,93

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2011

### 3.2 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist eine Einrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Der MDK ist föderal strukturiert, d.h. in jedem Bundesland haben die Landesverbände der verschiedenen Kassenarten die Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ gegründet, welche der Aufsicht des Sozialministeriums im jeweiligen Bundesland untersteht. Während der MDK in den alten Bundesländern eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist, hat der MDK in den neuen Bundesländern die Rechtsform eines eingetragenen Vereins. Die Aufgabenbereiche des MDK liegen in der Beratung der Krankenkassen in Grundsatzfragen und der Durchführung von Einzelfallbegutachtungen. Die Aufgaben des MDK sind im einzelnen in §275 SGB V festgelegt. Demnach sind die Krankenkassen in einigen Fällen verpflichtet, Gutachten durch den MDK erstellen zu lassen, und zwar zur (1) Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung; (2) Einleitung von



Leistungen der Rehabilitation; (3) Sicherung des Behandlungserfolgs und zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit. Desweiteren haben die Krankenkassen durch den MDK die Notwendigkeit einzelner Leistungen, die Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland, die Erfordernis häuslicher Krankenpflege und die Nicht-Aufschiebbarkeit der Versorgung mit Zahnersatz zu prüfen. Weitere Prüfungen können von den Krankenkassen in geeigneten Fällen durch den MDK durchgeführt werden lassen. Nach näherer Betrachtung dieser Aufgaben liegt der Schluss nahe, dass es sich beim MDK um eine Institution handelt, welche die Krankenkassen bei der Verwaltung der ihnen per Gesetz zugeschriebenen Aufgaben unterstützt. Die Ausgaben des MDK werden in der Kostenrechnung der GKV jedoch nicht den Verwaltungsausgaben, sondern den Leistungsausgaben zugerechnet.

Die bundesweit 15 Medizinischen Dienste der Krankenversicherung werden durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) ergänzt. Neben der Beratung des GKV-Spitzenverbandes in medizinischen und pflegerischen Fragen, obliegt ihm die Koordination und Förderung der Zusammenarbeit der MDKs. Der MDS wird über den GKV Spitzenverband und somit indirekt über Krankenkassenbeiträge finanziert (siehe Kapitel GKV Spitzenverband). Im Jahr 2009 beschloss der GKV Spitzenverband einen Teilhaushalt von € 6,5 Mio. für den MDS (GKV Spitzenverband, 2010). Weitere Einnahmen erlangt der MDS über seine Fördermitglieder und die Bundesverbände der Krankenkassen. Der jährliche Beitrag der Fördermitglieder beträgt jeweils € 5.000, so dass das über Umlagen finanzierte Haushaltsvolumen 2009 rund € 6,6 Mio. betrug. Die Gesamteinnahmen des MDS inklusive Wertsteigerungen, Entnahmen von Rücklagen und Erstattungen von Verwaltungskosten betrug im selben Jahr € 7.874.000. Im Gegensatz zu den Ausgaben der MDKs werden die Ausgaben des MDS in der Kostenrechnung der GKV den Verwaltungskosten zugerechnet (Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, 2011).

Die MDKs werden zur Hälfte von den Krankenkassen und zur Hälfte von den Trägern der Pflegeversicherung finanziert. Der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zufolge betragen die Ausgaben der GKV für den medizinischen Dienst der Krankenkassen im Jahr 2009 € 358 Mio. Dies entspricht einem jährlichen Beitrag von rund €

7 je Versichertem und einem Anteil von 0,2% an den Gesamtausgaben der GKV (Bundesministerium für Gesundheit, 2010).

Nach Angaben des MDK (2011) umfasste Ende 2009 das für die Medizinischen Dienste tätige Personal 7.342 Mitarbeiter auf 6.620 Vollstellen. Die größte Anzahl an Vollstellen gab es für Assistenzpersonal im medizinischen und pflegerischen Bereich mit 2.159,5 (32,6%). 1.956 (29,6%) der Vollstellen waren mit Ärzten und Ärztinnen und 1.661,5 (25,1%) der Vollstellen mit Pflegefachkräften besetzt. Das Verwaltungspersonal der MDKs nimmt mit 593 (8,9%) Vollstellen den viertgrößten Posten in der Personalrechnung ein. Weitere 157,5 (2,3%) Vollstellen entfielen auf den Bereich Kodierassistenz und 56 (0,9%) Vollstellen auf das Personal der Wirtschaftsdienste. Das nichtärztliche Personal in Heil- und Gesundheitsberufen umfasste 36 (0,5%) der Stellen (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, 2011).

### **3.3 GKV Spitzenverband**

Der GKV Spitzenverband vertritt die Interessen der gesetzlichen Krankenkassen als Institution auf Ebene der Selbstverwaltung. Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wurden die bis zum 31.12.2008 bestehenden Bundesverbände der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts durch den neugegründeten GKV-Spitzenverband abgelöst. Mitglieder des GKV Spitzenverbandes sind alle gesetzlichen Krankenkassen. Seither sind die Bundesverbände – mit freiwilliger Mitgliedschaft der entsprechenden Kassen – als Gesellschaften bürgerlichen Rechts organisiert bzw. im Falle der Verbände der Ersatzkassen als eingetragener Verein (Health Systems in Transition, 2011). Als Selbstverwaltungspartner vertritt der GKV Spitzenverband die gesetzlichen Krankenkassen auch im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Der GKV Spitzenverband ist verantwortlich für die Erfüllung aller wettbewerbsneutralen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu gehören Verhandlungen über Kollektivverträge sowie Vergütungsvereinbarungen für Leistungserbringer im stationären und ambulanten Sektor. Desweiteren stellt er Daten für den Risikostrukturausgleich bereit, aufgrund derer die Verteilung der Finanzmittel durch den Gesundheitsfonds bestimmt wird. Darüber hinaus ist der GKV Spitzenverband Träger des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes (MDS). Die Deutsche

Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) wurde ebenfalls zum 1. Juli 2008 in die Organisationsstruktur des Verbandes eingegliedert. Sie berät in Fragen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts, führt die Kostenabrechnung der im Ausland durch Deutsche entstehenden bzw. durch Ausländer im Inland entstehenden Krankenkassenleistungen durch, sorgt für die Umsetzung von EU-Vereinbarungen und gibt den Krankenkassen Verwaltungshilfe bei der Geltendmachung von Ersatzansprüchen im Ausland (GKV Spitzenverband, 2010). Der GKV Spitzenverband ist gemeinsam mit anderen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer im Gesundheitswesens Gesellschafter der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik). Ihre Aufgabe ist die Einführung einer bundesweit interoperablen und kompatiblen Telematikinfrastruktur.

Zum Jahresende 2010 waren 206 Personalstellen im GKV-Spitzenverband und weitere 89 Stellen in der Abteilung DVKA besetzt. 41 dieser Stellen waren zeitlich befristet (GKV-Spitzenverband, 2010).

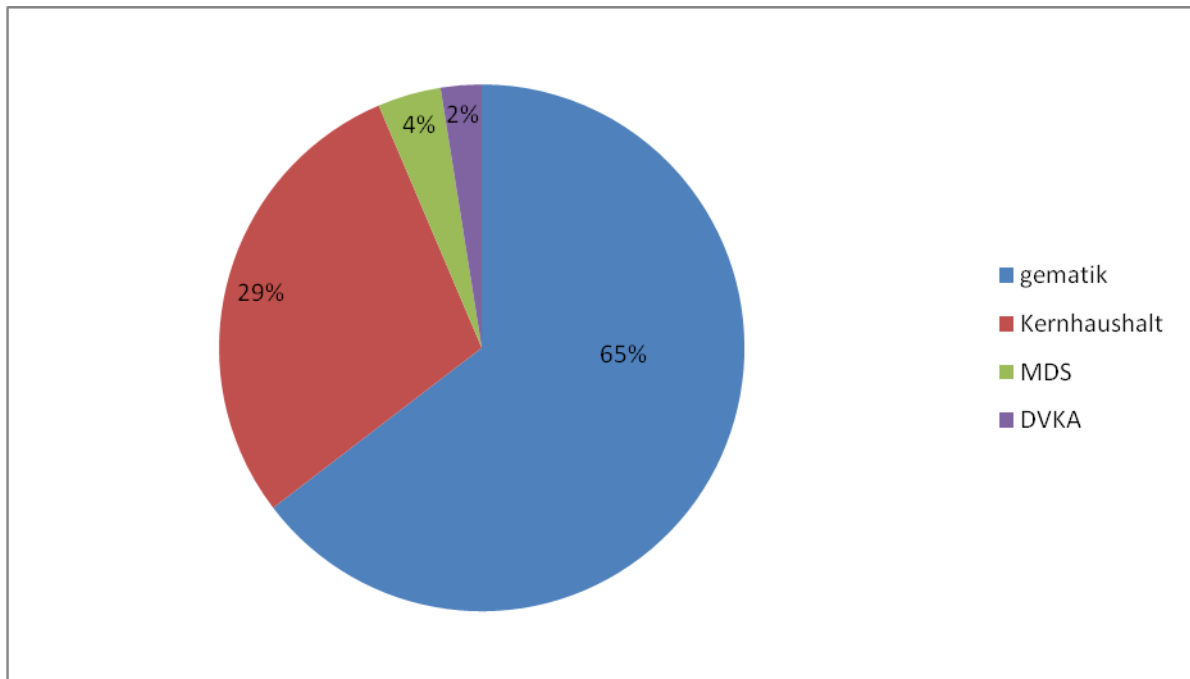
Die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Mittel bringt der GKV Spitzenverband durch Beiträge seiner Mitglieder und sonstige Einnahmen auf. Die Beiträge werden in Form einer Umlage erhoben (Satzung §38 Abs. 1). Die Höhe der Umlage wird jährlich im Gesamthaushaltsplan des Verbandes prospektiv festgesetzt. Als Berechnungsgrundlage für die Umlage dient die Statistik KM 6 des Statistischen Bundesamtes. Aus ihr gehen die Versichertenzahlen einer Mitgliedskasse zum Stichtag 1. Juli des Vorjahres hervor. Für das Jahr 2009 betrug der Verbandsbeitrag insgesamt € 167,3 Mio. Ausgehend von einer Versichertenzahl von 70,2 Mio. (Stichtag 01.07.2008) ergab sich für die gesetzlichen Krankenkassen ein Beitrag von € 2,38 pro Versicherten (GKV Spitzenverband, 2010). Diese sind in den ausgewiesenen Verwaltungskosten der Krankenkassen enthalten.

Die Bestandteile des Haushalts des GKV Spitzenverbandes in 2009 gliedern sich in den Kernhaushalt (€ 48,5 Mio.), die integrierte Abteilung DVKA (€ 4,2 Mio.) und die externen Organisationen gematik (€ 108,1 Mio.) und MDS (€ 6,5 Mio.).

Abbildung 7 stellt die Aufteilung des Haushalts des GKV-Spitzenverbandes nach seinen Abteilungen als prozentualen Anteil dar. Während der Gesamthaushalt des

GKV Spitzenverbandes im Jahr 2009 zu 29% durch den Kernhaushalt belastet wurde, gingen rund 65% zu Lasten der gematik.

**Abbildung 7: Haushalt des GKV-Spitzenverbands, 2009**



Quelle: GKV Spitzenverband, 2010

Für das Jahr 2010 betrug der Verbandsbeitrag je Versicherten € 1,79, was einem Gesamtbeitrag von € 125,6 Mio. entsprach. Der um rund 25% verringerte Verbandsbeitrag ergab sich aus einem positiven Jahresergebnis 2009 sowie aus einem deutlich geringeren Teilhaushalt der gematik (GKV Spitzenverband, 2010).

### **3.4 Private Krankenversicherer**

Daten zur privaten Krankenversicherung (PKV) liefert der Verband der privaten Krankenversicherung, zu dessen Mitgliedern 46 private Versicherungsunternehmen zählen. Ende 2009 waren insgesamt 8.810.900 Personen über einen privaten Krankenversicherer vollversichert, was einem Anteil von 10,77% der deutschen Bevölkerung entspricht. Im selben Jahr stand den Beitragseinnahmen von € 39,696 Mrd. ein Ausgabenvolumen von € 39,418 Mrd. gegenüber (Verband der privaten Krankenversicherung, 2010).

Die private Krankenversicherung selbst definiert Verwaltungskosten als Aufwendungen, die einem Versicherungsunternehmen durch die Verwaltung und Bearbeitung eines Versicherungsvertrages entstehen. Das Statistische Bundesamt rechnet jedoch auch die von der PKV getrennt ausgewiesenen Abschlusskosten – also die Provisionen – gemäß internationalem Standard zu den Verwaltungskosten, die somit im Vergleich zur GKV höher ausfallen.

Im Jahr 2009 lagen die gesamten Verwaltungskosten der PKV nach deren Angaben bei € 3,31 Mrd., von denen € 2,667 Mrd. für Abschlussaufwendungen und € 643,9 Mill. für Verwaltungsaufwendungen i.e.S. anfielen (Verband der privaten Krankenversicherung, 2010). Im Gegensatz zur Erfolgsrechnung der GKV sind Aufwendungen für Schadenregulierungen in der PKV kein Bestandteil der Verwaltungskostenrechnung, sondern werden als Posten innerhalb der Versicherungsleistung geführt. 2009 lagen die Versicherungsleistungen der PKV bei € 21,121 Mrd. Die Höhe der Schadenregulierungsaufwendungen kann dem Zahlenbericht des Verbands der privaten Krankenversicherer nicht entnommen werden.

Das Statistische Bundesamt beziffert die Verwaltungsausgaben der PKV für 2009 auf € 3,721 Mrd. und die Leistungsausgaben auf € 25,957 Mrd., woraus sich ein Verwaltungskostenanteil an den Gesamtausgaben von 12,5% ergab.

#### **4. Verwaltungskosten seitens der Leistungserbringer**

Im nun folgenden Kapitel werden die entstehenden Verwaltungskosten seitens der Leistungserbringer im stationären und ambulanten Sektor und deren Verbände analysiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder die Krankenhäuser noch die Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten als Verwaltungsinstanzen zu betrachten sind. Die aufgeführten Kostennachweise beinhalten jedoch die betrieblichen Verwaltungskosten.

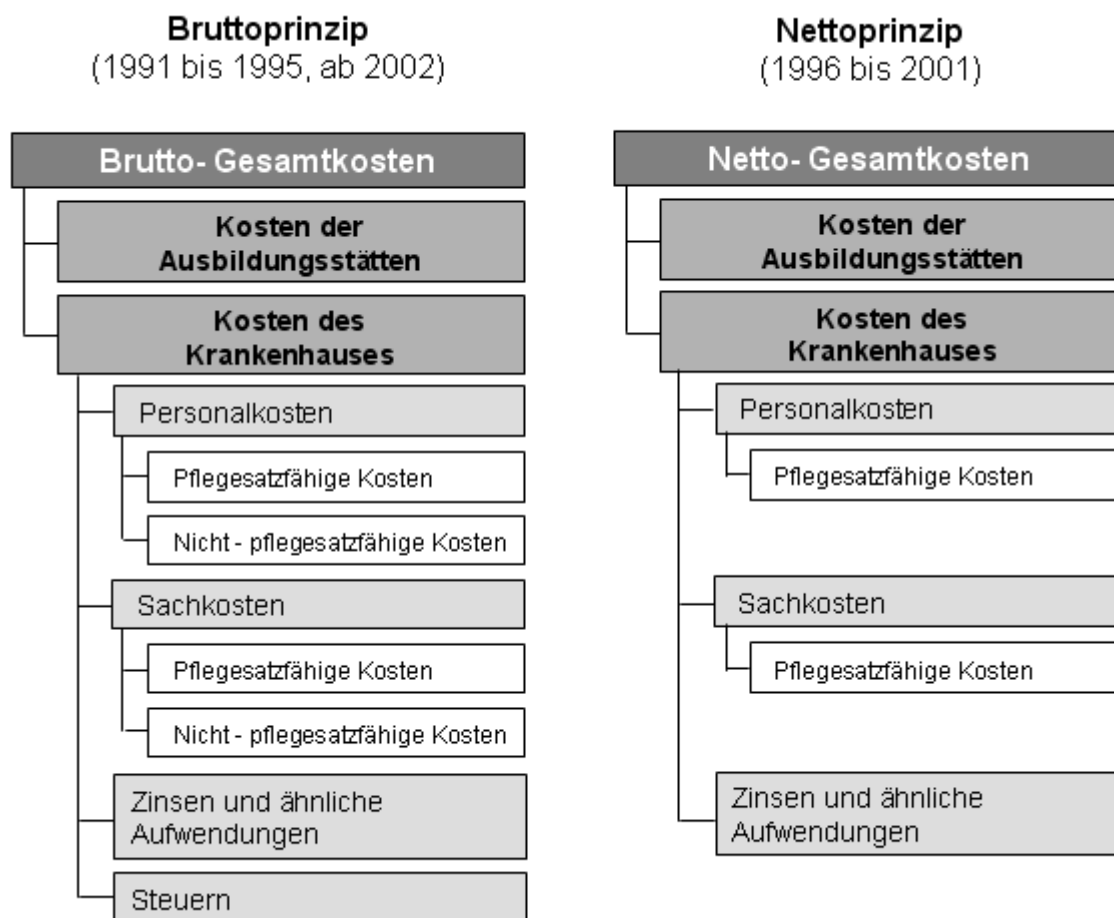
##### **4.1 Stationärer Sektor: Krankenhäuser**

Im Jahr 2009 standen in Deutschland 2084 Krankenhäuser in der stationären Versorgung zur Verfügung. Da Krankenhäuser in ihrer Funktion Leistungserbringer und keine Verwaltungseinheiten sind, werden sie im Folgenden hinsichtlich ihrer betrieblichen Verwaltung untersucht.

Die deutsche Krankenhausfinanzierung erfolgt über die Investitionskostenfinanzierung der Länder (Steuern) und die Betriebskostenfinanzierung der Krankenkassen (Beiträge), wobei die Krankenkassen den Großteil der laufenden Ausgaben finanzieren. Diese umfassen sämtliche Kosten für medizinische Waren und Personal, einschließlich des ärztlichen Personals mit Ausnahme von Belegärzten (und Beleghebammen). Die Kassen zahlen des Weiteren die Wiederbeschaffung von Verbrauchsgütern (mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von weniger als drei Jahren) sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten. Die Finanzierung der laufenden Ausgaben ist Gegenstand der Verhandlungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und den Landesverbänden der Krankenkassen und erfolgt überwiegend über die DRGs (Health Systems in Transition, 2011).

Das Statistische Bundesamt erhebt seit 1991 Daten im Rahmen des Kostennachweises der Krankenhäuser. Seither wurde das Kostenermittlungsprinzip mehrfach geändert, weshalb der Vergleich über einen längeren Zeitraum nur auf Basis der bereinigten Kosten möglich ist. 2002 wurde das Nettoprinzip vom Bruttoprinzip zur Kostenermittlung abgelöst. Seit 2007 werden zusätzlich die Kosten der Ausbildungsstätten mit einbezogen. Ausgaben für Verwaltungsbedarf und zentrale Verwaltungsdienste werden innerhalb der Sachkosten erfasst. Abbildung 8 verdeutlicht die Kostenermittlung in Krankenhäusern.

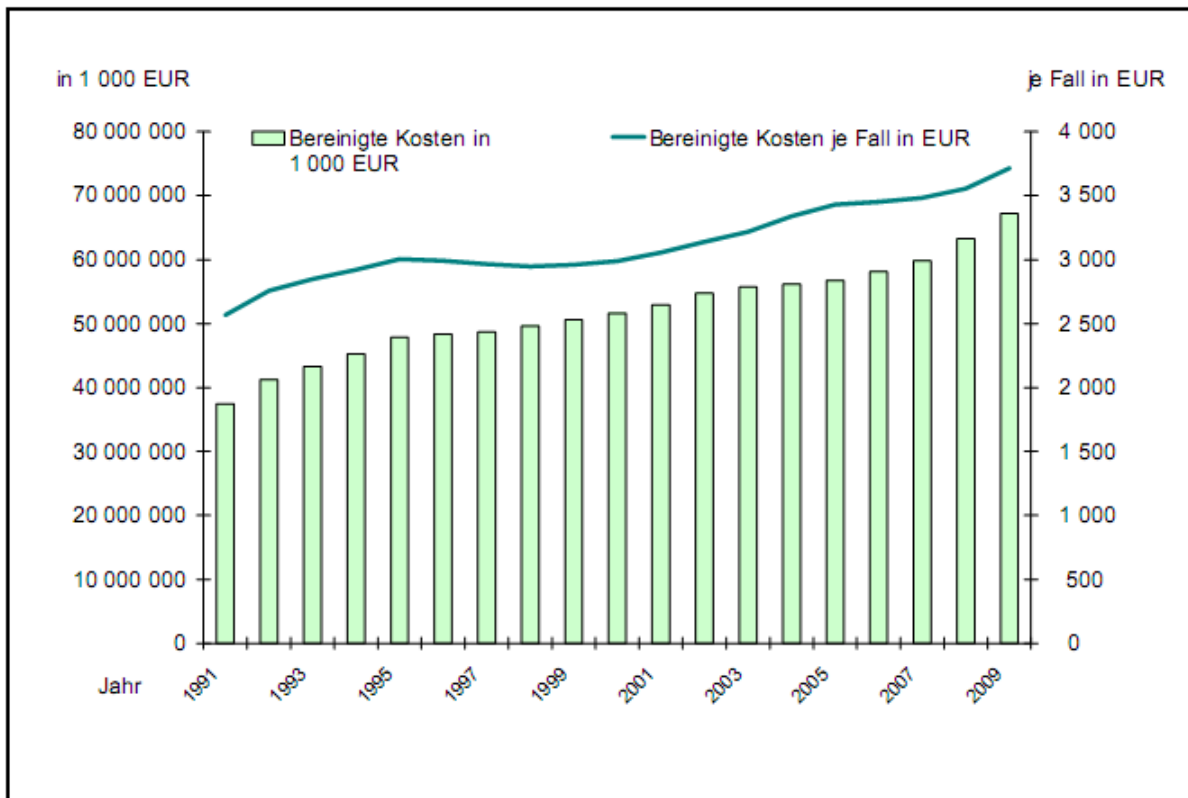
**Abbildung 8: Darstellung der Kostenermittlung in Krankenhäusern**



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2011

Abbildung 9 stellt die Entwicklung der bereinigten Kosten der Krankenhäuser zwischen 1991 und 2009 dar. Diese betragen in 2009 rund € 75,5 Mrd. In dieser Summe sind zum Zwecke der besseren Vergleichbarkeit die Ausgaben für Ausbildungsstätten sowie den neu eingeführten Ausbildungsfonds in der Abbildung nicht berücksichtigt

Abbildung 9: Bereinigte Kosten der Krankenhäuser, 1991-2009

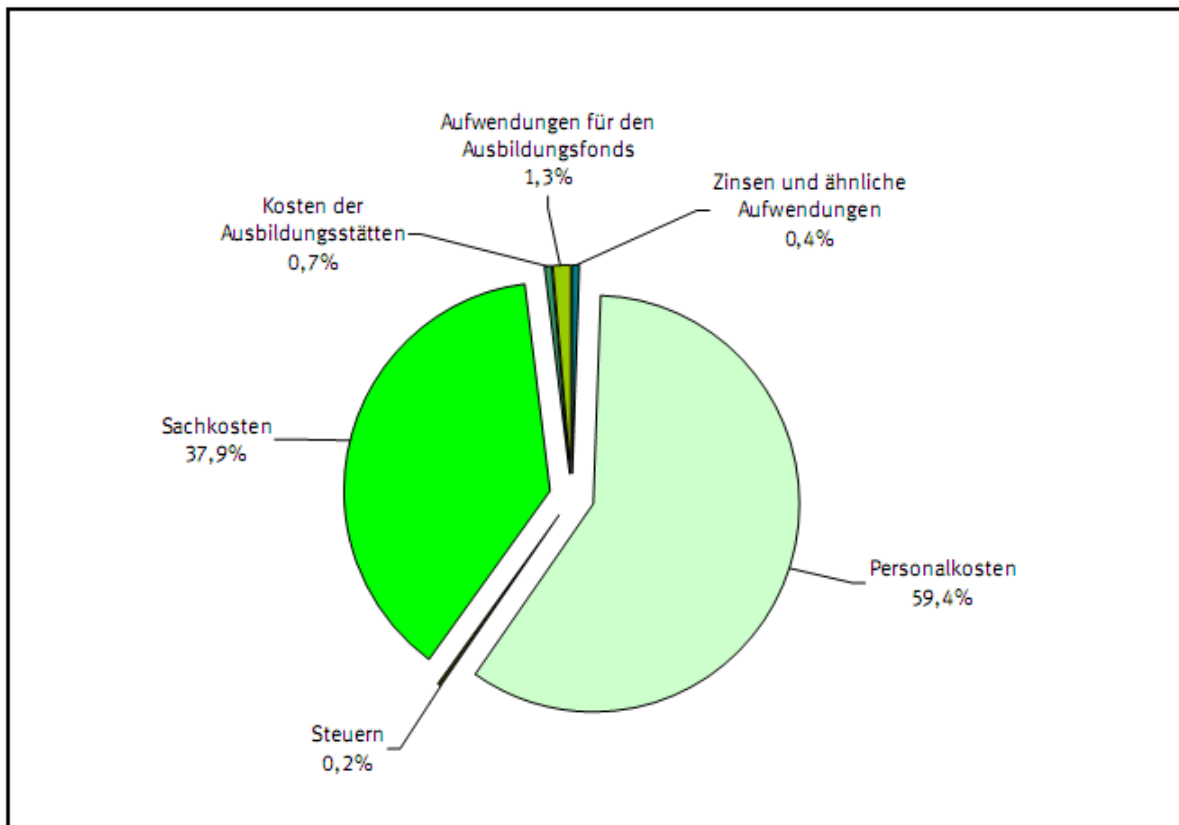


Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009

Eine detaillierte Betrachtung der Krankenhauskosten (Abbildung 10) für 2009 ergibt, dass von den bereinigten Kosten in Höhe von € 75,5 Mrd. in 2009 der größte Anteil (59,4%) auf die Personalkosten von € 45,8 Mrd. entfiel. Ärztlicher Dienst und Pflegedienst alleine machten zusammen einen Anteil von rund 61% aus. Die Kosten für Personal im Verwaltungsdienst sind mit € 2,97 Mrd. (6,5%) im Vergleich relativ gering. Mit einem Anteil von 37,9% der Gesamtkosten stellen die Sachkosten den zweitgrößten Kostentreiber dar. Unter diese Kategorie fallen auch die Verwaltungskosten im engeren Sinne. Sie betragen 2009 insgesamt € 3,2 Mrd., was einem Anteil von 11% der Sachkosten – oder 4,2% der Gesamtkosten – entspricht.



Abbildung 10: Kostenstruktur der Krankenhäuser, 2009



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009

Die im stationären Bereich erhobenen Systemzuschläge werden in der Rechnung des Krankenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in die Gesamtbeträge nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach §6 der Bundespflegeverordnung sowie in die entsprechenden Erlösausgleiche ein.

## 4.2 Landeskrankenhausesellschaften und Deutsche Krankenhausgesellschaft

In den Landeskrankenhausesellschaften (LKGGen) schließen sich die Träger der für die Erstattung durch Krankenkassen zugelassenen Krankenhäuser im Land zusammen. Hierzu gehören Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den GKV Landesverbänden abgeschlossen haben. Die LKGGen schließen sich auf Bundesebene zur Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Bundes- oder Landesverbände der Krankenhausträger können ebenfalls den Krankenhausesellschaften angehören (§108 SGB V).

Die Landeskrankenhausgesellschaften schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen Verträge zur Art und Umfang sowie zur Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung ab (§112 und §113 SGB V), welche für alle zugelassenen Krankenhäuser des Bundeslandes verbindlich sind. Außerdem schließen sie mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zum Belegarztwesen in den Krankenhäusern und zum Notdienst ab (§115 SGB V). Desweiteren sind die LKGen seit 2005 gemeinsam mit den Krankenkassen auf Landesebene für die Verhandlung der Landesbasisfallwerte zuständig.

Da alle LKGen in Vereinsform bestehen, verfolgen sie gemeinnützige Zwecke und dürfen ihre finanziellen Mittel auch nur für solche ausgeben. Die Finanzierung erfolgt in allen Fällen über Beitragseinnahmen der Mitglieder und richtet sich in der Höhe nach dem beschlossenen Haushalt des Geschäftsjahres. Unterschiede bestehen hinsichtlich der Methoden der Beitragsberechnungen, die in den jeweiligen Satzungen festgelegt sind. Prinzipiell kann zwischen erlösbezogenen Beiträgen und Beiträgen, die sich nach der Bettenanzahl der Einrichtung bemessen unterschieden werden. In beiden Fällen werden häufig ein Mindest- und ein Höchstbeitrag festgelegt. Einige LKGen erheben zusätzlich Beiträge für die Inanspruchnahme von Leistungen, wie z.B. Beratungsleistungen. Auch die Definition beitragspflichtiger Mitglieder variiert.

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft erhebt erlösbezogene Beiträge. Zu den beitragspflichtigen Erlösen gehören die im Rahmen des Jahresabschluss festgestellten Erlöse aus Krankenhausleistungen, aus Wahlleistungen und aus ambulanten Leistungen der Mitgliedseinrichtung. Die beitragspflichtigen Erlöse werden unter Beachtung eines Sockel- und eines Höchstbeitrags mit dem zuvor festgelegten Beitragsfuß multipliziert (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, 2007).

Die Bayerische Krankenhausgesellschaft und die Krankenhausgesellschaft Rheinland Pfalz e.V. erheben von ihren Mitgliedern (ausgenommen der Spitzenverbände) einen von der Mitgliederversammlung festgelegten Beitrag, der sich nach der Bettenanzahl der Einrichtung richtet (Bayerische Krankenhausgesellschaft, 2011; Krankenhausgesellschaft Rheinland Pfalz, 2011).

Die Finanzierung der LKG Bremen erfolgt zu gleichen Teilen über die Träger der kommunalen Krankenhäuser und der übrigen Mitglieder, deren Beitragshöhe wiederum von der Anzahl der Einrichtungen sowie der jeweiligen Bettenanzahl abhängig ist (Landeskrankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen, 2003).

Die Hessische Landeskrankenhausgesellschaft nimmt im Prinzip ähnlich wie die Hamburgische Landeskrankenhausgesellschaft einen Grundbeitrag und einen erlösbezogenen Beitrag. Hinzu kommt noch die Erhebung besonderer Beiträge für die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen der Geschäftsstelle und für die Inanspruchnahme der Schiedsstelle sowie des Schlichtungsausschusses nach (Hessische Landeskrankenhausgesellschaft, 2005).

Die LKG Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Brandenburg und Sachsen-Anhalt nehmen von ihren Mitgliedern einen Beitrag zur Finanzierung der Gesellschaften, gehen in ihren Satzungen jedoch nicht näher auf die Methode der Mitgliedsbeitragserhebung ein (Landeskrankenhausgesellschaft Sachsen, 2009; Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg, 2011, Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, 2011, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 2009; Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt, 2011).

Einzig die Hamburgische Krankenhausgesellschaft beziffert in ihrer Satzung die Höhe des Mitgliedsbeitrags. Der Mitgliedsbeitrag setzt sich laut dieser Satzung zusammen aus einem für alle Mitgliedskrankenhäuser gleichen Grundbeitrag von bisher € 5.113 und € 5.000 seit dem Jahr 2011 sowie einem erlösbezogenen Beitragsanteil. Der erlösbezogene Beitragsanteil je Krankenhaus entspricht einem jährlich von der Mitgliederversammlung festgesetzten Promillesatz der Erlöse aus Fallpauschalen, Zusatzentgelten und hausindividuell vereinbarten Entgelten. Der Gesamtbeitrag darf € 95.000 je Krankenhaus nicht übersteigen (Hamburgische Krankenhausgesellschaft, 2011).

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist die Interessenvertretung der Krankenhausträger auf Bundesebene. Sie hat insgesamt 28 Mitgliedsverbände, davon sind 12 Spitzenverbände von Krankenhausträgern und 16 LKGen. In der Geschäftsstelle der DKG arbeiten 70 Mitarbeiter in zehn Abteilungen. Zur Deckung der Personal- und Sachkosten der Gesellschaft werden von den Landesverbänden

Mitgliedsbeiträge erhoben. Die Beiträge werden von der Mitgliederversammlung festgesetzt (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2003).

Da die LKGen, ebenso wie die DKG, weder die konkrete Höhe ihrer jährlichen Beiträge, noch das Gesamtvolumen des Haushalts der Öffentlichkeit zugänglich machen, können diese an dieser Stelle nur geschätzt werden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lag die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland 2009 bei 2084. Legt man der Schätzung den von der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft genannten Höchstbeitrag von € 95.000 zugrunde, ergibt sich ein Gesamtmitgliedsbeitrag der Krankenhäuser von maximal € 198 Mio. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lagen die GKV-Ausgaben für Krankenhäuser 2009 bei rund € 58,5 Mrd. Der Gesamtbeitrag der Krankenhäuser an die LKG würde bei einer Höhe von € 198 Mio. demnach auf einem erlösbezogenen Prozentsatz von 0,3 % beruhen.

Legt man realistisch die Hälfte des o.g. Spitzenwertes zugrunde, ergibt sich ein Gesamtvolumen für DKG und LKGen von rund € 100 Mio. oder 0,2% des Ausgabenvolumens.

#### **4.3 Ambulanter Sektor: Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten**

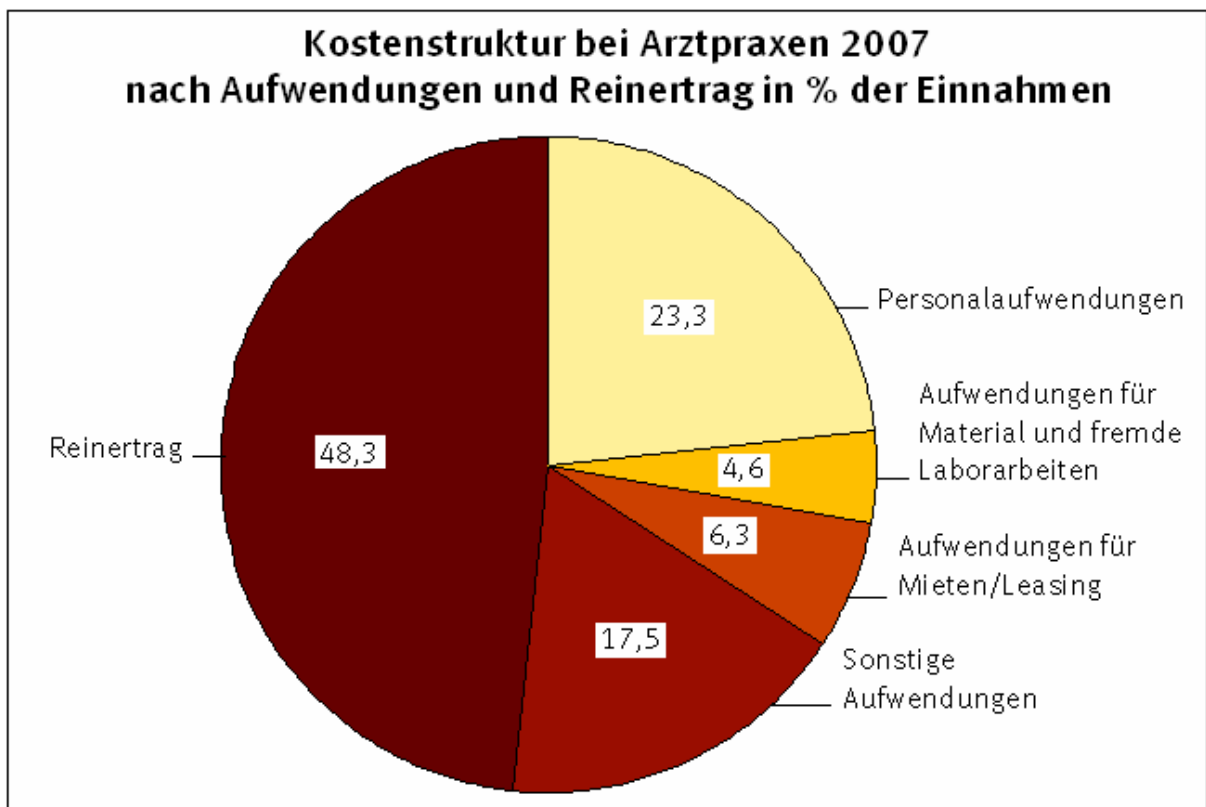
Das Statistische Bundesamt veröffentlicht regelmäßig hochgerechnete Daten zur Kostenstruktur von Arzt- und Zahnarztpraxen sowie von psychotherapeutischen Praxen, letztmalig zum Berichtsjahr 2007. Im Jahr 2007 gab es 70.917 Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nicht eingeschlossen. Die durchschnittlichen Einnahmen einer Praxis lagen bei € 399.000, was einem Betrag von € 294.000 je Praxisinhaber entspricht. 71% der Einnahmen dieser selbstständigen ärztlichen Tätigkeit stammen aus Vergütungen der gesetzlichen Krankenkassen, während private Krankenversicherer und Selbstzahler für 25,9% der Einnahmen aufkommen. Einnahmen aus sonstiger selbstständiger Tätigkeit tragen einen Anteil von 3,1% bei (Statistisches Bundesamt, 2007b).

Das Statistische Bundesamt gliedert die in einer Arztpraxis anfallenden Kosten in folgende Aufwendungen:

- Personalaufwendungen: Bruttolöhne und -gehälter zuzüglich gesetzlicher und übriger Sozialaufwendungen
- Aufwendungen für Honorare für gelegentliche Assistenz und Praxisvertretung
- Aufwendungen für Material und fremde Laborarbeiten
- Aufwendungen für Mieten der Praxisräume und Leasing von Apparaten und EDV
- Aufwendungen für Kraftfahrzeughaltung
- Aufwendungen für Heizung, Strom, Gas, Wasser
- Aufwendungen für Versicherungen, Beiträge und Gebühren: stellt u.a. die Beiträge zu Berufsorganisationen dar, jedoch ohne den Verwaltungskostenbeitrag der Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen
- Abschreibungen auf die Praxiseinrichtung mit einem Anschaffungswert von mehr als 410 Euro
- Absetzbare Geringwertige Wirtschaftsgüter unter 410 Euro
- Fremdkapitalzinsen
- Sonstige betriebliche Aufwendungen: umfasst neben einer Reihe von Sachkosten u.a. auch den Verwaltungskostenbeitrag der Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

Die Differenz der Summe der Aufwendungen und den Gesamteinnahmen ergibt den Reinertrag einer Arztpraxis. Dieser lag 2007 bei € 193.000 je Arztpraxis und € 142.000 je Praxisinhaber, was einem Anteil von 48,3% des Gesamtumsatzes entspricht. Dabei variiert der Reinertrag je Einzelpraxis nach Arztgruppe zwischen € 110.000 für Allgemeinmediziner und € 229.000 für Radiologen und Nuklearmediziner. Der Reinertrag darf jedoch nicht mit dem betriebswirtschaftlichen Gewinn der Praxis gleichgesetzt werden, da u. a. die Aufwendungen für Praxisübernahme und Aufwendungen für die Alters-, Invaliditäts-, Hinterbliebenen- und Krankenversicherung der Praxisinhaber und der Familienangehörigen nicht berücksichtigt werden (Statistisches Bundesamt, 2007b). Abbildung 11 zeigt die durchschnittliche Kostenstruktur von Arztpraxen nach Aufwendungen und Reinertrag.

Abbildung 11: Kostenstruktur bei Arztpraxen, 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007b

Das Statistische Bundesamt legt auch Berechnungen für Praxen von Zahnärzten und Psychotherapeuten vor. Der Reinertrag einer Zahnarztpraxis lag 2007 mit 34,4% niedriger als der einer Arztpraxis, was mit den höheren Aufwendungen für Material und fremde Laborarbeiten (23,6%) zusammenhängt. Die übrigen Posten unterscheiden sich nur unwesentlich. Psychotherapeutische Praxen weisen eine andere Kostenstruktur auf. Da keinerlei Aufwendungen für Material und Laborarbeiten sowie nur geringe Personalkosten anfallen, liegt der Reinertrag einer Praxis bei 67,4%.

Neben den betrieblichen Verwaltungskosten im engeren Sinne entstehen für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten auch Kosten, die der Verwaltung des Gesundheitssystems dienen. Zum einen, da auf sie von den für sie zuständigen KVen und KZVen ein Verwaltungskostenbeitrag umgelegt wird. Zum anderen müssen sie Mitgliedsbeiträge an ihre Berufskammern entrichten (hierzu mehr in den folgenden Kapiteln).

#### **4.4 Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung**

Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind Körperschaften öffentlichen Rechts, denen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und der Versorgung durch Psychotherapeuten in der jeweiligen Region obliegt. Mitglieder der KVen sind die 153.895 Vertragsärzte und Psychotherapeuten (Stand: 31.12.2009) (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2011). Zudem sind die KVen verantwortlich, die Gesamtvergütung, die sie von den Kassen zur Honorierung der in ihrer Region niedergelassenen Ärzte bekommen, gemäß den Honorarverteilungsverträgen zu verteilen. 2009 standen den KVen ein Gesamtvergütungsvolumen von € 26 Mrd. zur Verfügung.

Laut Satzungen der 17 KVen erheben diese von ihren Mitgliedern zur Deckung ihrer Kosten einen so genannten Verwaltungskostenbeitrag. Dieser wird in der Regel als Prozentsatz der von den Ärzten abgerechneten Vergütung einbehalten. Zudem sind die KVen berechtigt, zusätzlich zweckgebundene Umlagen und aufwandsgebundene Zuschläge zu erheben. Die Höhe des Verwaltungskostenbeitrags wird jährlich von der Vertretersammlung festgesetzt und orientiert sich am Volumen des aufgestellten Haushalts. Das Vorgehen bei der Beitragserhebung bedeutet konkret, dass die von der GKV für Leistungen in der ambulanten Versorgung ausgewiesenen Gelder zu einem Teil für Verwaltungstätigkeiten eingesetzt werden.

Es existieren keinerlei öffentlich Quellen, aus welchen die Höhe der jeweiligen Verwaltungskostenbeiträge zu entnehmen wäre. Auch persönliche Anfragen blieben ohne Erfolg. Nach Auskunft eines in Berlin niedergelassenen Arztes beträgt der Verwaltungskostenbeitrag der KV Berlin für das erste Quartal 2010 1,4%. Dieser ist gegenüber dem Vorjahr niedriger. Generell kann davon ausgegangen werden, dass die KVen in anderen Regionen einen etwas höheren Satz nehmen. Um einen Annäherungswert zu erhalten, wie hoch die durch die KVen entstehenden Verwaltungskosten sind, schätzen wir den Beitragssatz auf durchschnittlich 1,8%. Bei einem Gesamtvergütungsvolumen von € 26 Mrd. ergibt sich daraus ein Haushaltsvolumen für die KVen von insgesamt € 468 Mill. im Jahr 2009. Da 2010 die

Gesamtvergütung auf € 30 Mrd. aufgestockt wurde, ergäbe dies einen Gesamtbeitrag von € 540 Mio. – oder rund € 7.700 je Praxis bzw. € 3.600 je Vertragsarzt.

Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen bilden auf Bundesebene die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Als Körperschaft des öffentlichen Rechts vertritt sie die politischen Interessen der GKV-Vertragsärzte und Psychotherapeuten und ist der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene. Die KBV untersteht der staatlichen Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Neben der Interessenvertretung der Ärzte gegenüber der Bundesregierung und den übrigen Selbstverwaltungspartnern liegt die Aufgabe der KBV im Wesentlichen in der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ambulanten Sektor.

Laut Satzung wird der jährlich aufgestellte Haushaltsplan der KBV durch Beiträge der Kassenärztlichen Vereinigungen gedeckt. Die Beiträge werden ebenfalls jährlich von der Vertreterversammlung in Höhe eines Promillesatzes der über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen für die ärztliche Versorgung festgelegt (KBV, 2008). Auf persönliche Nachfrage hin wurde der Promillesatz zur Deckung der Beiträge auf 1,5 beziffert. Bei einem Vergütungsvolumen von rund € 26 Mrd. in 2009 liegt der Gesamtbeitrag, der an die KBV fließt bei € 39 Mill. (€ 45 Mill. in 2010). Informationen über die Höhe der Beiträge, welche die KVen von den Vertragsärzten und Psychotherapeuten erheben, liegen der KBV als ihrer Dachorganisation ebenfalls nicht vor.

Nach §79 Abs. 4 SGB V ist die Höhe der jährlichen Vergütungen einschließlich der Nebentätigkeits- und Versorgungsregelungen der hauptamtlich tätigen Vorstände der KVen und der KBV im Deutschen Ärzteblatt zu veröffentlichen. In der Veröffentlichung vom 3. Februar 2010 weist die KBV darauf hin, dass die Gehälter aller KV- und KBV-Mitarbeiter aus Verwaltungskostenbeiträgen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bezahlt, und somit vom erwirtschafteten Honorar abgezogen werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010). Diese zutreffende Aussage nutzt die KBV als Beleg dafür, dass die Gehälter nicht aus Krankenkassenbeiträgen der Versicherten finanziert werden. Dies ist jedoch nur bedingt richtig. Das Honorar der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten entstammt zum Großteil der Gesamtvergütung, welche in einem



ersten Schritt von den Kassen an die KVen und von diesen nach dem Honorarverteilungsmaßstab im zweiten Schritt an die Ärzte weitergeleitet wird. Arzthonorare, die über private Krankenversicherungen, Selbstzahler, öffentliche Haushalte, Unfall- und Rentenversicherung und Selektivverträge mit den Kassen erwirtschaftet werden, fließen hingegen nicht in die Berechnung der Verwaltungskostenbeiträge ein. Laut Statistischem Bundesamt lag der Anteil an GKV-Einnahmen einer Arztpraxis im Jahr 2008 bei 62% (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2011).

Der hauptamtliche Vorstand einer KV besteht aus einem Vorstandsvorsitzendem und in Abhängigkeit von der Größe der KV aus bis zu vier weiteren Vorstandsmitgliedern, die über eine Amtsdauer von sechs Jahren gewählt werden. Der Vorstand der KBV besteht aus zwei Mitgliedern. Laut Veröffentlichung der Gehälter der Vorstände der KVen und der KBV gibt es bundesweit insgesamt 45 Vorstandsvorsitzende und Vorstandsmitglieder, deren jährliche Bruttogehälter eine Gesamtsumme von rund € 9 Mio. ergeben, Versorgungsregelungen und Nebentätigkeiten nicht mitgerechnet. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010).

#### **4.5 Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung**

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sind das Pendant zu den KVen und der KBV im ambulanten zahnärztlichen Sektor (siehe Kapitel 4.4). Im Wesentlichen liegen ihre Aufgaben in der Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung. Zudem wahrt sie die Interessen und Rechte der Vertragszahnärzte gegenüber den Krankenkassen und regelt deren Vergütung.

Die KZVen erheben zur Aufbringung der Haushaltsmittel einen Mitgliedsbeitrag von den Vertragszahnärzten ihrer Region. Dies geschieht analog zum Vorgehen der KVen. In der Regel wird der Beitrag als Prozentsatz der Vergütung der Kostenträger einbehalten. Die KZV Nordrhein beziffert ihren Verwaltungshaushalt mit rund € 20 Mio. jährlich. Geht man davon aus, dass die Kosten der KZV einzig aus den Mitgliedsbeiträgen bestritten werden, entspräche dies bei rund 6.000

Vertragszahnärzten innerhalb dieser Region einem jährlichen Beitrag von rund € 3333 je Zahnarzt (Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, 2011). Die Summe, die der KZV Nordrhein von den Kassen jährlich zur Vergütung ihrer Zahnärzte bereitgestellt wird, liegt in etwa bei € 1,3 Mrd. Der Hebesatz zur Mittelaufbringung der KZV Nordrhein beträgt folglich 1,5% der Gesamtvergütung. Setzt man diesen Prozentsatz auch für die übrigen 16 KZVen an, ergibt sich bei einem Gesamtvergütungsvolumen von € 9,9 Mrd. im Jahr 2009 ein Gesamtbetrag von knapp € 150 Mio. Ebenso wie im Falle der KVen wird dieser Betrag in der Erfolgsrechnung der GKV nicht unter den Verwaltungskosten gefasst, sondern als Leistungsausgaben gebucht.

Die KZBV ist der Zusammenschluss der 17 KZVen und vertritt die Interessen der Zahnärzte auf Bundesebene. Die Finanzierung der KZBV geschieht über Beiträge der KZVen, welche diese auf die Vertragszahnärzte umlegen. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Anzahl der Vertragszahnärzte in der Region der jeweiligen KZV. 2009 lag der monatliche Beitrag je Vertragszahnarzt bei € 16,60 zuzüglich einer Rücklage von € 0,60 für Sozialkosten, die im Zusammenhang mit dem Umzug des Sitzes von Köln nach Berlin stehen. Die KZBV konnte 2009 insgesamt € 11.910.213 Beitragseinnahmen verzeichnen, was einer Anzahl von rund 58.000 Vertragszahnärzten entspricht. Zuzüglich Zinsen und sonstigen Einnahmen betrug das Gesamthaushaltsvolumen € 13.200.417 (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2010). Die KZBV publiziert ihre Erfolgsrechnung im jährlichen Tätigkeitsbericht, der für die Öffentlichkeit auf ihrer Homepage bereitgestellt wird.

#### **4.6 Ärztekammern und Bundesärztekammer**

In den Ländern der Bundesrepublik Deutschland obliegt den Ärztekammern die Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft. Insgesamt gibt es 17 Ärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts (in Nordrhein-Westfalen existieren zwei Ärztekammern entsprechend den beiden Landesteilen). Diese bilden die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern, die Bundesärztekammer (BÄK). Die BÄK mit Sitz in Berlin ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Sie vertritt die berufspolitischen Interessen der 429.926 Ärztinnen und Ärzte (BÄK, 2010, Stand: 31.12.2009) in der Bundesrepublik Deutschland. Laut ihrer Satzung koordiniert sie die Tätigkeiten der Landesärztekammern (Erfahrungs-

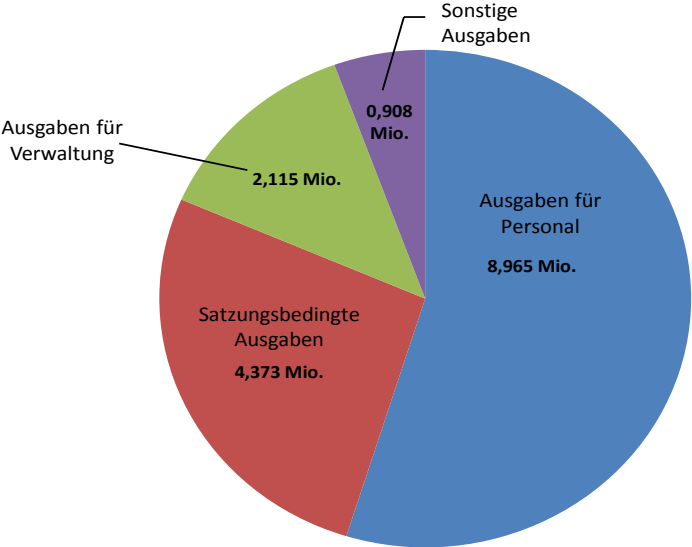
austausch, Beratung und Unterrichtung über wichtige Vorgänge im Gesundheitswesen, Fortbildung). Die Organe sind die Hauptversammlung (der Deutsche Ärztetag), der Vorstand sowie die Gremien (BÄK, 2011).

Der Vorstand stellt den Haushaltsvoranschlag auf (Satzung BÄK §9, Absatz 1, Satz 1). Nach §9 Absatz 4 der Satzung besteht eine Finanzkommission, in die jede Landesärztekammer eine Ärztin oder einen Arzt als Mitglied entsendet. Sie wirkt bei der Aufstellung des Haushaltsplans mit (BÄK, 2011).

Der größte Teil des Haushaltes der Ärztekammern der Bundesländer wird - entsprechend den jeweiligen Kammergesetzen - über Beiträge ihrer Mitglieder finanziert. Die zur Finanzierung der Ärztekammer zu entrichtenden Beiträge richten sich nach der Beitragsordnung. Die Höhe des individuellen Beitrages (Beitragsbemessung) ist abhängig von den aus ärztlicher Tätigkeit erzielten Einkünften im vorletzten Jahr vor dem Beitragsjahr. Detaillierte Regelungen sind den Beitragsordnungen der einzelnen Ärztekammern zu entnehmen. Die Summe der Einnahmen der Landesärztekammer Berlin betrug im Jahr 2008 € 10,5 Mill., von denen € 8,1 Mill. über Beiträge ihrer 26.700 Mitglieder eingenommen wurden (Ärztekammer Berlin, 2009). Dies entspricht einem durchschnittlichen Beitrag je Arzt von rund € 300. Legt man diesen Durchschnittsbeitrag auch für die Berechnung der übrigen 16 Ärztekammern zugrunde, ergeben sich insgesamt beitragsfinanzierte Einnahmen von rund € 129 Mill. (auf Basis von 429.926 Ärzten).

Die BÄK finanziert sich in erster Linie über Beiträge ihrer Mitglieder, den Landesärztekammern. Die Höhe des Beitrags ergibt sich aus dem aufgestellten Haushalt, der auf die Anzahl der innerhalb einer Landesärztekammer berufstätigen Ärzte umgelegt wird. Im Jahr 2009 hatte der Haushalt der BÄK ein Volumen von insgesamt € 16,361 Mio. (€ 17,461 Mio. in 2011). Ein Anteil von rund 75% (€ 12,245 Mio.) wurde über Umlagen auf die Landesärztekammern finanziert. Abbildung 12 zeigt die Höhe der Ausgaben für die Bereiche Personal, satzungsbedingte Ausgaben, Verwaltung und sonstige Ausgaben. Die Personalausgaben für die 106 Mitarbeiter der Bundesärztekammer stellen mit 54,8% den größten Anteil der Ausgaben dar.

**Abbildung 12: Ausgaben der Bundesärztekammer, 2009**



Quelle: eigene Darstellung nach Angaben der Bundesärztekammer

## **5. Verwaltungskosten seitens anderer Akteure**

### **Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte**

Im Jahr 2002 wurde von den Spitzenverbänden der Kostenträger und Leistungserbringer eine gemeinsame Vorgehensweise zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) beschlossen. Diese wurde 2004 in das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) aufgenommen und in §291a SGB V gesetzlich definiert. 2005 wurde dann zum Zwecke der Einführung einer bundesweit interoperablen und kompatiblen Telematikinfrastuktur die gematik gegründet.

Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik der Gesundheitskarte (gematik) sind wie bereits erwähnt die Spitzenverbände des deutschen Gesundheitswesens, jeweils zu 50% die Verbände der Kostenträger und der Leistungserbringer. Der GKV-Spitzenverband ist als Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen zu 50% an der gematik beteiligt. Laut Gesellschaftsvertrag liegen die Beteiligungen seitens der Leistungserbringer bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (15%), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (5%), der Bundesärztekammer (5%), der Bundeszahnärztekammer (5%), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (12%) und dem Deutschen Apothekerverband (8%).

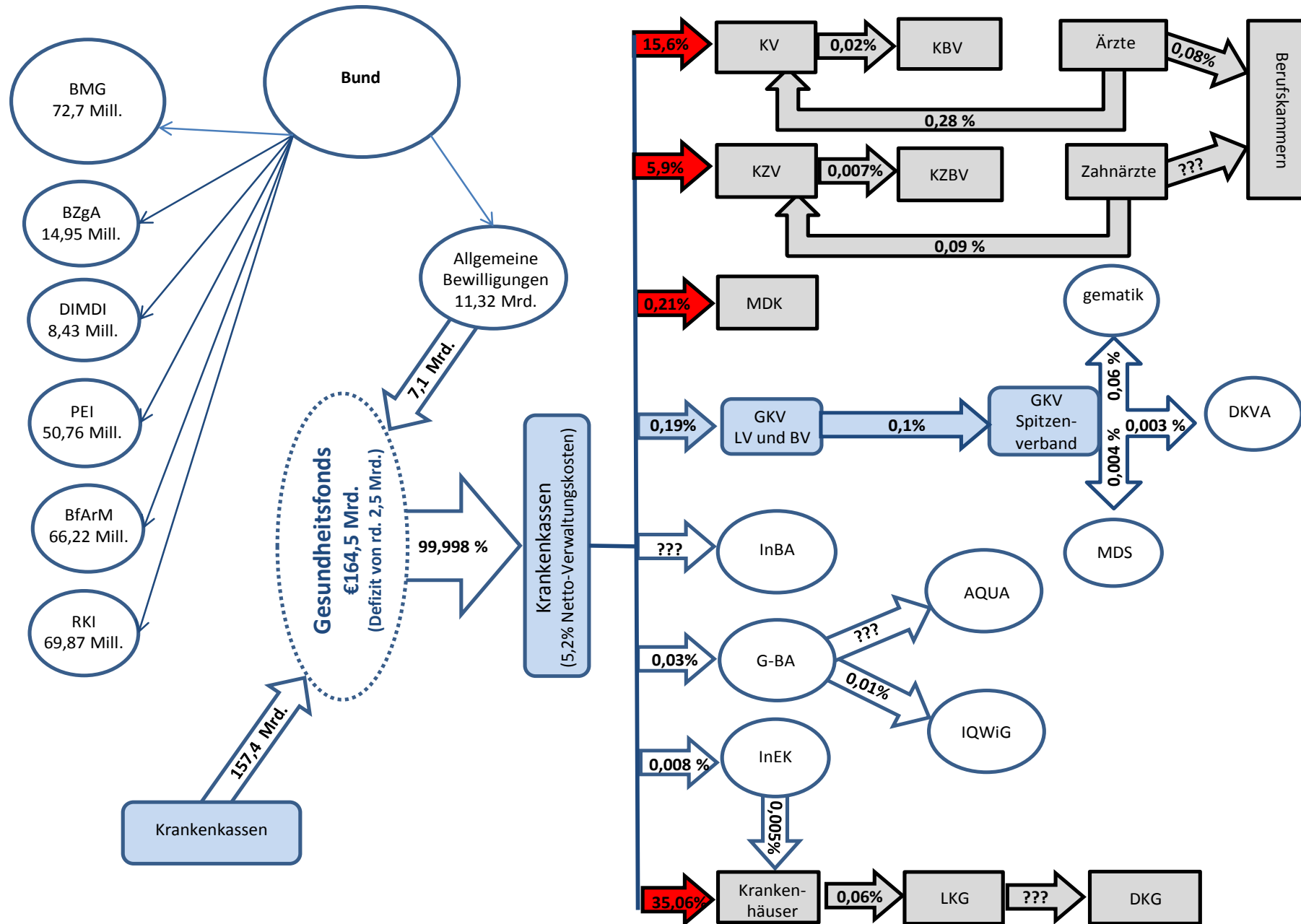
Die Finanzierung der gematik wird ebenfalls durch §291a SGB V geregelt. Dieser Paragraph besagt, dass der GKV Spitzenverband in der zweiten Hälfte des Jahres 2008 € 0,50 je Mitglied und ab 2009 jährlich € 1,00 je Mitglied an die gematik zahlt. Die hierdurch zusätzlich entstehenden Kosten sind von den Ausgaben nach §4 Abs. 4 Satz 9 SGB V ausgenommen, welcher die Erhöhung der jährlichen Ausgaben der Verbände der Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2007 im Vergleich zum Vorjahr untersagt. Die auf Seiten der Krankenhäuser entstehenden Investitions- und Betriebskosten werden durch den Telematikzuschlag finanziert. Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung erhalten einen nutzungsbezogenen Zuschlag von den Krankenkassen. Der Haushalt der gematik wird als Teilhaushalt des GKV-Spitzenverbands geführt. Er betrug im Jahr 2009 ein Volumen von € 108 Mill. (siehe Kapitel 3.3).

## 6. Verwaltungskosten im deutschen Gesundheitssystem

Nachdem in den vorigen Kapiteln die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem hinsichtlich der durch sie entstehenden Verwaltungskosten im Einzelnen untersucht wurden, folgt nun eine Gesamtdarstellung der Geldströme. Abbildung 13 zeigt die Höhe der GKV-Ausgaben für die verschiedenen Akteure und Verwaltungsinstanzen im deutschen Gesundheitssystem als prozentualen Anteil an den Ausgaben des Gesundheitsfonds. Akteure, die an der Regulierung des Systems beteiligt sind, haben eine kreisförmige Umrandung. Ausgabenträger und die an sie angeschlossenen Verbände und Institutionen sind blau hinterlegt. Leistungserbringer und ihre Verbandsinstitutionen haben eine eckige Umrandung. Die Pfeile zwischen den Akteuren geben Aufschluss über den Anteil der Ausgaben an den Gesamtausgaben des Gesundheitsfonds von € 167 Mrd. im Jahr 2009. Die rot markierten Pfeile werden in der GKV-Rechnungslegung als Leistungsausgaben erfasst und sind nicht in den Netto-Verwaltungskosten von 5,2% enthalten. Dies trifft auf den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, die Vereinigungen der Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten sowie ihren Berufskammern auf Landes- und Bundesebene, und auf die Krankenhausgesellschaften zu. Insgesamt sind nach unseren Schätzungen die Netto-Verwaltungskosten der GKV um 0,73 Prozentpunkte höher als den öffentlichen Statistiken zu entnehmen ist. Demnach wurde im Jahr 2009 ein Anteil von 5,93% statt 5,2% des Gesundheitsfonds für Verwaltung im Gesundheitssystem ausgegeben. In absoluten Zahlen entsprechen 0,73 Prozentpunkte einem Volumen von rund € 1,2 Mrd., was hoch klingt, welches jedoch unter der GKV-Ausgabensteigerung innerhalb eines Quartals liegt.

Die tatsächlichen Verwaltungskosten dürften allerdings noch höher liegen, da innerhalb des vorliegenden Berichts andere Leistungserbringer, wie z.B. Arzneimittel- oder Medizintechnikhersteller nicht einbezogen wurden.

Abbildung 13: GKV-Ausgaben für Verwaltungsinstanzen als Anteil am Gesundheitsfonds, 2009



## 7. Verwaltungskosten im internationalen Vergleich

Im folgenden Abschnitt werden die Verwaltungskosten im internationalen Vergleich dargestellt. Dabei werden ausgewählte OECD-Länder (Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Kanada, Schweden, Schweiz, Niederlande, Polen sowie die Vereinigten Staaten von Amerika) bezüglich der Gesamtausgaben für Gesundheit, der Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung sowie der Ausgaben der Leistungen für Gesundheitsverwaltung betrachtet.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat den einzigen Versuch unternommen Daten zur Gesundheitsverwaltung aus vielen Ländern über die Zeit zu sammeln. Daher basiert die Analyse hauptsächlich auf Daten der OECD Datenbank Health Data (2010), die – basierend auf dem System der Nationalen Gesundheitskonten (NHA) – Daten aus jedem Land anfordert und zusammenträgt. Obwohl sich die Vergleichbarkeit von Daten zu Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren verbessert hat, bleiben dennoch einige Einschränkungen.

Die Gesamtausgaben für Gesundheit (total expenditure on health; HC1-9, HC.R.1) umfassen der OECD (2010) zu Folge den Endverbrauch von Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (d.h. die laufenden Gesundheitsausgaben) sowie Investitionen in Infrastrukturen im Gesundheitsbereich. Erfasst werden damit sowohl die öffentlichen als auch die privaten Ausgaben (unter Einschluss des Haushaltssektors) für medizinische Waren und Leistungen, für öffentliche Gesundheits- und Vorsorgeprogramme sowie Verwaltungsleistungen. Die Gesamtausgaben für Gesundheit setzen sich zusammen aus den Gesamtausgaben für die individuelle und kollektive Gesundheit (personal and collective health).

Allgemeine öffentliche Sicherheitsmaßnahmen wie technische Normen und die Überwachung der Sicherheit im Straßenverkehr werden nicht als Teil der Ausgaben für die Gesundheit angesehen. Tätigkeiten wie Lebensmittel- und Hygienekontrollen, Gesundheitsforschung Forschung und Entwicklung werden als „health-related“ betrachtet, sind jedoch nicht in die Gesamtausgaben für Gesundheit inbegriffen.



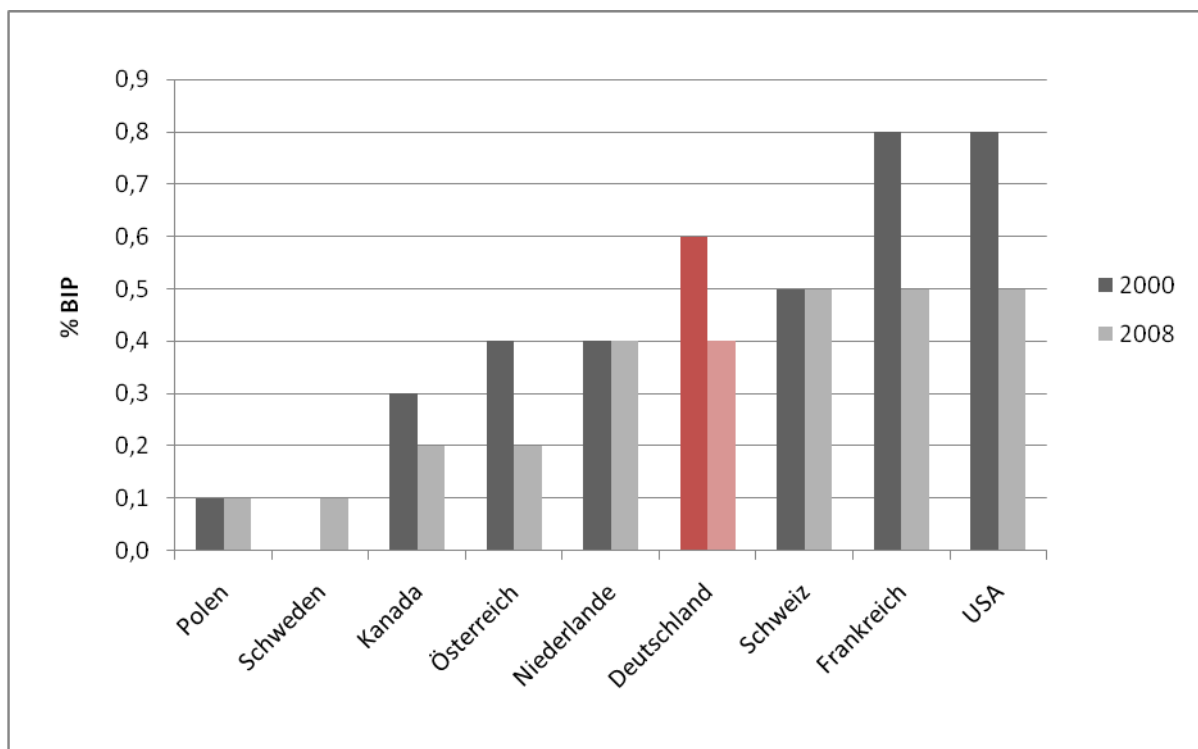
Zur Abgrenzung der Verwaltungsausgaben verwendet die OECD ähnlich den eingangs gemachten Überlegungen zwei verschiedene Zugänge, den funktionalen und die institutionellen. Für viele Länder sind die Daten jedoch sehr ähnlich (etwa für Deutschland), da institutionell nur die Kostenträger, nicht aber sonstige Regulierer erfasst werden.

## **7.1 Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung**

Die funktionell abgegrenzten Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung (expenditure on health administration and insurance; HC.7) fallen unter die Ausgaben für die kollektive Gesundheit. Darunter versteht die OECD (2010) die Tätigkeiten der privaten Versicherer und zentralen und lokalen Behörden und der sozialen Sicherheit. Darin enthalten sind die Planung, Steuerung, Regelung und Erfassung von Geldern und Handhabung von Ansprüchen des Abgabesystems. Öffentliche Verwaltungskosten durch Leistungserbringer wie Patientenakten und Krankenhausmanagement sind den Bereitstellungen von Einrichtungen zugewiesen, d.h. zählen nicht zu den Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung.

Abbildung 14 stellt diese Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung für die ausgewählten Länder der Jahre 2000 und 2008 dar. Gemessen am prozentualen Anteil des Bruttoinlandsproduktes haben im Jahr 2008 Polen und Schweden den geringsten Teil der Ausgaben mit jeweils 0,1 %. Frankreich, die USA und die Schweiz haben mit jeweils 0,5% den höchsten Ausgabenanteil. Deutschland liegt zusammen mit den Niederlanden (jeweils 0,4%) im Mittelfeld. Auffällig ist, dass bei den meisten Ländern ein starker Rückgang der Ausgaben für Verwaltung und Versicherung zu verzeichnen ist – vermutlich auf eine veränderte Erhebungsmethodik zurückzuführen. Lediglich die Schweiz, die Niederlande und Polen bleiben unverändert innerhalb des betrachteten Zeitraums.

Abbildung 14: Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung in % vom BIP



Quelle: OECD, 2010; OECD Health Data, 2010

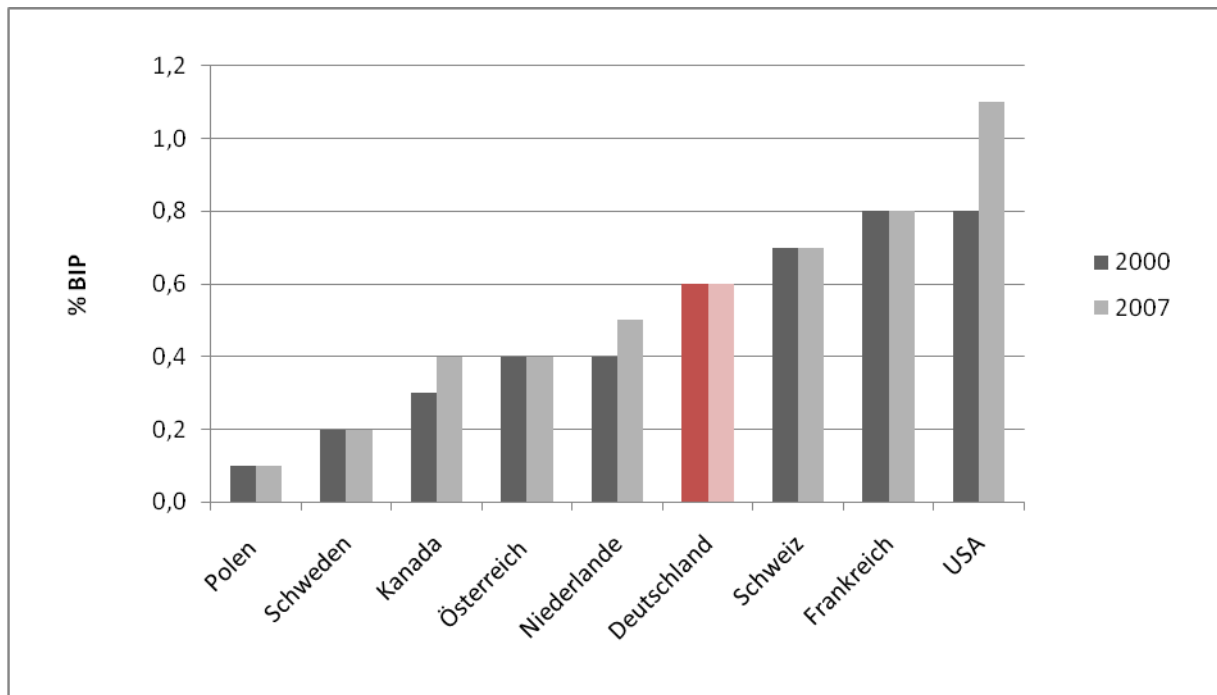
## 7.2 Ausgaben für Leistungen der Gesundheitsverwaltung

Die institutionellen Ausgaben für Leistungen der Gesundheitsverwaltung (expenditure on services of health care administration; HP.6) gehören der Definition der OECD (2010) zu Folge in den Bereich der laufenden Ausgaben nach Anbieter und umfassen den Wert der Dienstleistungen von Organisationen der Gesundheitsverwaltung. Diese Position umfasst Betriebe, die in erster Linie Tätigkeiten der Behörden des Gesundheitswesens, der gesamten Verwaltung der Gesundheitspolitik und Krankenversicherung regeln.

Abbildung 15 stellt die Leistungen der Gesundheitsverwaltung als einen Teil der laufenden Gesundheitsausgaben für die Jahre 2000 und 2007 dar. Wie auch bei den Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung haben Polen (0,1%) und Schweden (0,2%) den geringsten Anteil und die USA mit 1,1 % den größten Anteil zu verzeichnen. Deutschland liegt mit 0,6 % im Mittelfeld. Bei allen Ländern bis auf die USA, Kanada und die Niederlande ist anzumerken, dass die Ausgaben in dem

betrachteten Zeitraum stabil blieben. Starke Veränderungen in diesem Bereich sind nur in den USA festzustellen.

**Abbildung 15: Laufende Gesundheitsausgaben – Ausgaben für Leistungen der Gesundheitsverwaltung in % vom BIP, 2000 und 2007**



Quelle: OECD, 2010; OECD Health Data, 2010

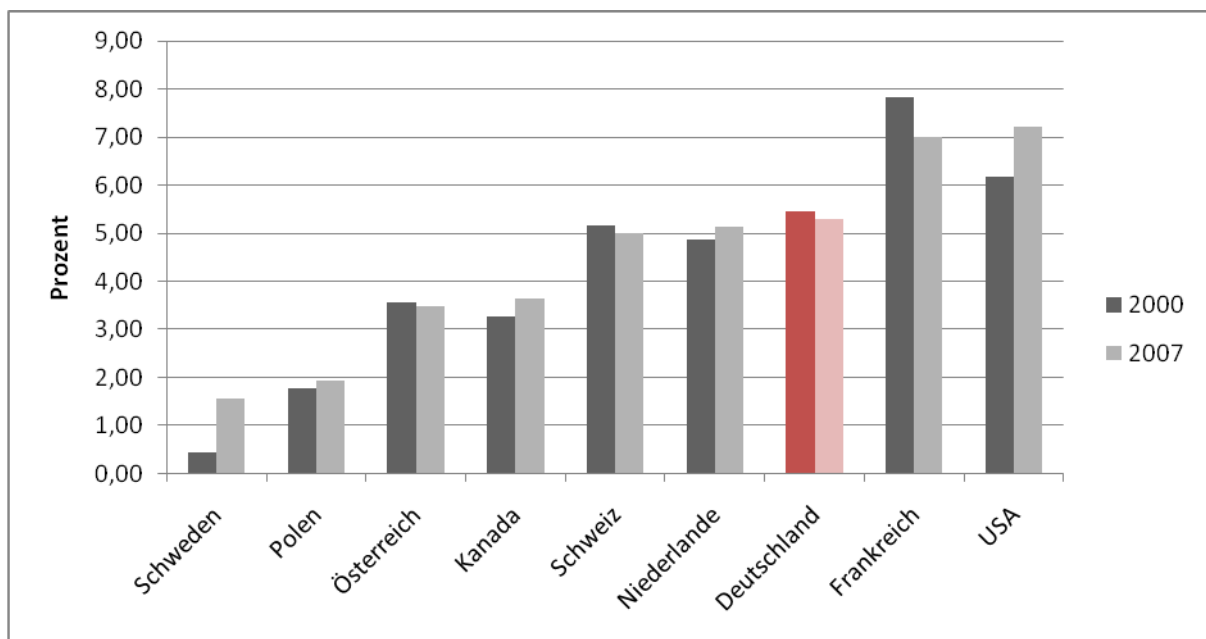
### 7.3 Verwaltungskosten als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit

In den Abbildungen 16 und 17 sind die Verwaltungskosten, unterschieden nach Aufgabenbereich/Tätigkeit (Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung) sowie nach Anbieter (Leistungen der Gesundheitsverwaltung), als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit der ausgewählten Länder für die Jahre 2000 und 2007 dargestellt. Dafür wurden die Ausgaben in Millionen der jeweiligen Landeswährung verwendet und als prozentualen Anteil dargestellt.

In beiden Abbildungen lässt sich erkennen, dass Schweden im Vergleich zu den anderen Ländern den geringsten Anteil der Ausgaben für Verwaltung der betrachteten Bereiche gemessen an den Gesamtausgaben für Gesundheit hat (1,56% bzw. 1,72%). An der Spitze steht die USA mit jeweils 7,21%. Im unteren Drittel befinden sich die Länder Kanada und Österreich, die in beiden Bereichen sehr ähnliche Werte

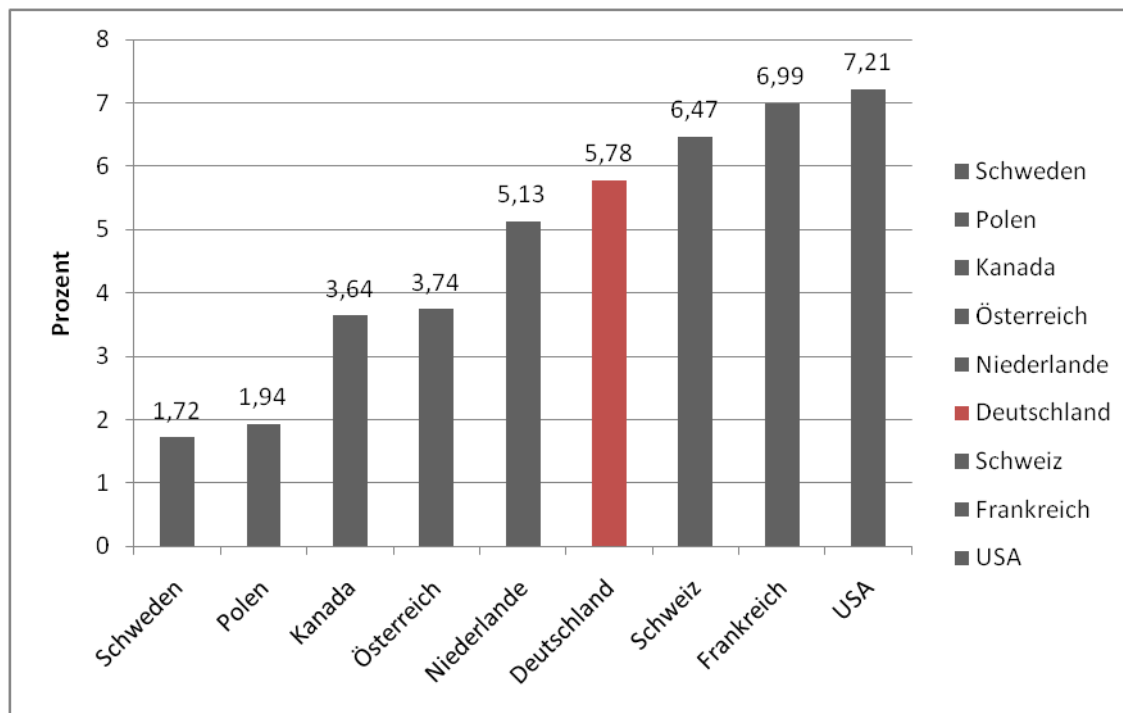
zu verzeichnen haben. Im Mittelfeld befinden sich Deutschland, die Schweiz und die Niederlande, die hinsichtlich der Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung sehr nah beieinander liegen (5,0-5,3%). Betrachtet man jedoch die Leistungen der Gesundheitsverwaltung als Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben (Abb. 17) zeigen sich leichte Differenzen (5,13-6,47%). Deutschland liegt dabei mit 5,78% vor der Schweiz, aber hinter den Niederlanden.

**Abbildung 16: Anteil der Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Versicherung an den Ausgaben für Gesundheit, 2000 und 2007**



Quelle: OECD (2010), OECD Health Data 2010

**Abbildung 17: Anteil der Leistungen der Gesundheitsverwaltung an den Gesamtausgaben für Gesundheit, 2007**



Quelle: OECD, 2010; OECD Health Data, 2010

#### 7.4 Vergleich der Darstellung mit der internationalen Literatur

Die internationale Literatur hält wenig aktuelle Informationen bereit zu internationalen Vergleichen der Verwaltungskosten. Der Fokus der vorhandenen Studien bezieht sich vor allem auf die Schwierigkeiten der Definition – und Messung – von Verwaltungskosten und der Vergleiche vor dem Hintergrund der unterschiedlich finanzierten Gesundheitssysteme. Der Fokus liegt sehr stark auf den USA oder ist differenziert nach einzelnen Anbietern betrachtet. Ein Großteil der Studien basiert ebenfalls auf Daten der OECD Health Data, wie z.B. einem Bericht des US-Kongresses von 1994 über den Vergleich der Verwaltungskosten im Gesundheitswesen. Daher werden diese hier nicht weiter berücksichtigt.

Das Ausgabenniveau durch Verwaltungskosten in den USA ist in einigen Studien untersucht wurden. Nach einer Analyse von Woolhandler und Himmelstein (2003) gelten die Verwaltungsausgaben als einer der großen Kosten- und Ausgabentreiber des US-Systems. In der Studie wird angegeben, dass 1999 die Kosten für Gesundheitsverwaltung bei US\$ 294,3 Mrd. lagen. Der Anteil der Verwaltungskosten

an den Gesamtausgaben für Gesundheit lag bei 31%. Verglichen mit Kanada (16,7%) ist der Abstand sehr weit und vor allem angestiegen (um US\$ 752 pro Kopf). Eine neuere Untersuchung der US-Gesundheitsökonominnen Joseph P. Newhouse und Anna Sinaiko (2008), die vor allem vor dem Hintergrund der Debatte um pluralistisch konkurrierenden Versicherungsunternehmen (multi-payer-System) bzw. wenige Versicherungsanbieter (single-payer) und die Konsequenzen für das Ausgaben- und Kostenniveau durchgeführt wurde, kommt zu einem etwas anderen Ergebnis. Die empirische Analyse des Ausgabenlevels in verschiedenen amerikanischen Bundesstaaten und des Vergleichs der dabei erkannten Werte mit denen in anderen OECD-Ländern lässt den Abstand der USA zu den anderen Ländern nicht so weit ausfallen. Die Autoren folgern, dass single-payer-Systeme nicht automatisch für eine Senkung der Verwaltungskosten sorgen, aber dennoch dies keine Rechtfertigung für die hohen Ausgaben der USA ist.

Einem Bericht des Instituts für höhere Studien (IHS HealthEcon 2010) in Österreich zur Verwaltung im Gesundheitssystem zu Folge wurden 2008 offiziell rund 3,5% der gesamten Gesundheitsausgaben für die Verwaltung der Gesundheitsversorgung aufgewendet (nicht enthalten: Ausgaben für Verwaltungspersonal in Fondsspitalern). Diese Angaben decken sich auch mit den anhand der OECD Daten ermittelten Ausgaben für Verwaltung (Abb. 17). Den Autoren zu Folge sind umfassende Analysen zu Einsparpotenzialen in der Verwaltung im österreichischen Gesundheitswesen kaum verfügbar. Der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand im Bereich der Krankenversicherung wachse moderater, aber im Bereich bestimmter Kassen gebe es starke Verschiebungen vom Verwaltungs- und Verrechnungspersonal hin zum ärztlichen Dienst.

## Fazit

Die ausgewiesenen Verwaltungskosten im deutschen Gesundheitssystem, die zu Lasten der GKV gehen, sind in den letzten Jahren gestiegen – allerdings nur etwa so stark wie die GKV-Ausgaben insgesamt, was insbesondere auf gesetzliche Begrenzungen zurück zu führen sein dürfte. Dabei werden jedoch bestimmte Mehrausgaben, z.B. aufgrund der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, von dieser Regel ausgenommen.

Desweiteren zeigt sich, dass zusätzliche Verwaltungskosten anfallen, die in der Rechnung der GKV als Leistungsausgaben geführt werden. Dabei sind die sichtbaren Zuschläge für den G-BA, das IQWiG oder das InEK mit insgesamt unter € 60 Mio. (knapp 0,4% der GKV-Gesamtausgaben) noch vergleichsweise gering (und liegen zusammen unter den Kosten für die gematik). Mit € 3 Mio. praktisch ganz zu vernachlässigen sind die Kosten, die durch die Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehen, und von den Krankenkassen dem BVA erstattet werden.

Deutlicher ins Gewicht fallen die Kosten der Verbände auf Seiten der Leistungserbringer. So wurde beispielsweise von der Gesamtvergütung in Höhe von € 30 Mrd., welche die KVen 2010 von der GKV für die vertragsärztliche Vergütung zur Verfügung gestellt bekamen (€ 26 Mrd. in 2009), bis zu geschätzten € 500 Mio. an die KVen und KBV zur Finanzierung der ihr durch ihre Verwaltungstätigkeit anfallenden Kosten geleitet (0,28% der GKV-Gesamtausgaben). Bzgl. der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bzw. der KZBV dürfte die Gesamtsumme bei rund € 150 Mio. liegen (0,1% der GKV-Gesamtausgaben). Unseren Schätzungen für den stationären Sektor zu Folge dürften die Beiträge der Krankenhausgesellschaften insgesamt bei rund € 100 Mio, liegen – was sich allerdings angesichts von € 56,1 Mrd. Leistungsausgaben der GKV für Krankenhäuser auch wieder relativiert. Eine weitere substantielle Summe beanspruchen die MDK mit knapp € 360 Mio. (0,21% der GKV-Gesamtausgaben).

Die Beträge, welche der Verwaltung des Gesundheitssystems dienen, doch als GKV-Leistungsausgaben deklariert werden, sind zwar zweifelsohne hoch, bewegen sie sich doch im dreistelligen Millionenbereich. Schaut man sich jedoch ihren

prozentualen Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben an, relativiert sich ihr Gewicht deutlich. Erhöhte man die Netto-Verwaltungskosten der GKV um die durch die Interessenverbände der Leistungserbringer zusätzlich entstandenen Verwaltungskosten und Kosten des MDK, so beliefen sie sich nach unseren Berechnungen auf € 10,1 Mrd. statt € 8,9 Mrd. Dies entspricht einem Anstieg der Netto-Verwaltungskosten von 13,5%. Der Anteil der Nettoverwaltungskosten an den Gesamtgesundheitsausgaben der GKV würde jedoch nur unwesentlich steigen – von 5,2% auf 5,92%. Selbst ein Szenario, welches die zusätzlichen Verwaltungskosten höher ansetzt, würde einen Anstieg der Netto-Verwaltungskosten als Anteil an den GKV-Gesamtgesundheitsausgaben um 0,8 Prozentpunkte nicht übersteigen.

An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass in diesem Bericht selbstverständlich nicht alle Akteure des Gesundheitssystems hinsichtlich ihrer Verwaltungsaufgaben untersucht werden konnten. Die tatsächlichen Ausgaben für Verwaltung dürften noch um einiges höher liegen, betrachtete man zusätzlich Arzneimittel- und Medizintechnikhersteller mit ihren Verbänden.



## Literaturverzeichnis

- ÄRZTEKAMMER BERLIN (2009): Geschäftsbericht 2008. [http://www.aerztekammer-berlin.de/50ueberUns/20\\_Wer\\_wir\\_sind/20\\_DV/70\\_TBs/101\\_TB2008.pdf](http://www.aerztekammer-berlin.de/50ueberUns/20_Wer_wir_sind/20_DV/70_TBs/101_TB2008.pdf) (01.06.2011)
- BADEN-WÜRTTEMBERGISCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT E.V. (2007): Satzung der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. [http://www.bwkg.de/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/Dateien/SATZUNG\\_220709.pdf&t=1302375496&hash=9096fb4bbac507bbf9f623dfaefe33f67ecd0963](http://www.bwkg.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/Dateien/SATZUNG_220709.pdf&t=1302375496&hash=9096fb4bbac507bbf9f623dfaefe33f67ecd0963) (01.12.2010)
- BAYERISCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT (2011): Satzung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft. <http://www.bkg-online.de/media/file/6731.Satzung.pdf> (01.12.2010)
- Bundesärztekammer (2011). Satzung Bundesärztekammer. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.1.18> (10.04.2011)
- BUNDESINSTITUT FÜR ARZNEIMITTEL UND MEDIZINPRODUKTE (2008): Das BfArM. [http://www.bfarm.de/cln\\_103/DE/BfArM/BfArM-node.html](http://www.bfarm.de/cln_103/DE/BfArM/BfArM-node.html) (13.02.2011)
- BUNDESMINISTERIUM DER FINANZEN (2010): Bundeshaushaltsplan 2010. Einzelplan 15. Berlin, Bonn: BMF.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2009): Gesetzliche Krankenversicherung – Personal- und Verwaltungskosten 2009. Stand: 7. Juli 2009. [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) (24.11.2010)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2011): Aufgaben. <http://www.bmg.bund.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html> (13.02.2011)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2011): Behörden im Geschäftsbereich. <http://www.bmg.bund.de/ministerium.html> (13.02.2011)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2011): Gesetzliche Krankenversicherung – Vorläufige Rechnungsergebnisse 4. Quartal 2010. Stand: 10. März 2011. [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) (25.03.2011)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2010): Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2009. Stand: 8. Juli 2010. [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) (24.11.2010)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2009): Gesetzliche Krankenversicherung – Personal- und Verwaltungskosten 2009. Stand: 7. Juli 2009. [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) (24.11.2010)
- BUNDESVERSICHERUNGSAMT (2010): Tätigkeitsbericht 2009. [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln\\_115/nn\\_1046108/DE/Publikationen/Taetigkeitsbericht/TB\\_\\_2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/TB\\_2009.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046108/DE/Publikationen/Taetigkeitsbericht/TB__2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/TB_2009.pdf) (03.12.2010)

- Bundeszahnärztekammer (2011). Satzung der Bundeszahnärztekammer.  
<http://www.bzaek.de/wir-ueber-uns/organisationsstruktur/satzung.html> (10.04.2011).
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2007): Bilanzbericht 2004-2006. Köln: BZgA.
- BUSSE R UND SCHREYÖGG J (2010): Management im Gesundheitswesen – eine Einführung in Gebiet und Buch. In: Busse R, Schreyögg J und Tiemann O (Hrg) *Management im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- CZYPIONKA T, RIEDEL M UND RÖHRLING G (2010). Verwaltung im Gesundheitssystem: Bestandsaufnahme und Einsparungspotenziale in Österreich, Reformen im Vereinigten Königreich. *Health System Watch: HSW II*, Institute for Advanced Studies: Vienna.
- DAS DEUTSCHE INSTITUT FÜR DOKUMENTATION UND INFORMATION (2011). Die Organisationsstruktur des DIMDI. <http://www.dimdi.de/static/de/dimdi/organisation/index.html> (12.02.2011)
- DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT (2003): Satzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft.  
[http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/27/aid/2256/title/Satzung\\_der\\_Deutschen\\_Krankenhausgesellschaft\\*](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/27/aid/2256/title/Satzung_der_Deutschen_Krankenhausgesellschaft*) (01.12.2010)
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (2008). Jahresbericht 2006/2007. Köln: DIMDI.
- DIE BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (2011). Aufgaben und Ziele.  
<http://www.bzga.de/die-bzga/aufgaben-und-ziele/>(12.02.2011)
- GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (2011): GESCHÄFTSBERICHTE 2004-2009. HTTP
- GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES (2011): DATENBANK.  
<http://www.gbe-bund.de> (28.12.2010)
- GKV SPITZENVERBAND (2010): Geschäftsbericht 2010. Gesundheitsversorgung transparent gestalten. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) (27.01.2011)
- HAMBURGISCHE LANDESKRANKENHAUSGESELLSCHAFT (2011): Satzung der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft. <http://www.hkgev.de/satzung.html> (02.12.2010)
- HEALTH SYSTEMS IN TRANSITION DEUTSCHLAND (2011)
- HESSISCHE LANDESKRANKENHAUSGESELLSCHAFT (2005): Geschäftsbericht 2005.  
[http://www.dkgev.de/media/file/2893.bericht\\_2005.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/2893.bericht_2005.pdf) (02.12.2010)
- INSTITUT FÜR DAS ENTGELTSYSTEM IM KRANKENHAUS (2011) <http://www.iqwig.de> (25.01.2011)
- INSTITUT FÜR DAS ENTGELTSYSTEM IM KRANKENHAUS (2010): UNTERNEHMENSREGISTER

- INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN (2010): Jahresbericht 2009. [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de) (13.01.2011)
- INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN (2011): Das IQWiG in Zahlen – 2004 bis 2011 (Stand 01/11). [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de) (02.02.2011)
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2008): Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.  
<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=d85665faabfd332c99ddd77247330d91&DocId=003745287&Page=1>  
 (05.01.2011)
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2010): Veröffentlichung der Gehälter der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. *Deutsches Ärzteblatt*. 9(3): 141-143.
- KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2010): GESCHÄFTSBERICHT 2009.  
<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=d85665faabfd332c99ddd77247330d91&DocId=003762096&Page=1>  
 (05.01.2011)
- KNOBLICH B (2010): Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und für den Gesundheitsfonds. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- KRANKENHAUSGESELLSCHAFT MECKLENBURG-VORPOMMERN (2011): Satzung der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
[http://www.kgmV.de/fileadmin/Medienpool/kgmv.de/downloads/Geschaeftsbericht/Satzung\\_der\\_KGMV\\_29112007.pdf](http://www.kgmV.de/fileadmin/Medienpool/kgmv.de/downloads/Geschaeftsbericht/Satzung_der_KGMV_29112007.pdf) (02.12.2010)
- KRANKENHAUSGESELLSCHAFT NORDRHEIN-WESTFALEN (2009): Geschäftsbericht 2008.  
<http://www.kgnw.de/presse/geschaeftsberichte/> (06.12.2010)
- KRANKENHAUSGESELLSCHAFT RHEINLAND PFALZ (2011): Satzung. [http://lag-rheinland-pfalz.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=23&Itemid=49](http://lag-rheinland-pfalz.de/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=49) (02.12.2010)
- KRANKENHAUSGESELLSCHAFT SACHSEN-ANHALT (2011). Satzung.  
[http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/27/aid/2256/title/Satzung\\_der\\_Deutschen\\_Krankenhausgesellschaft\\*](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/27/aid/2256/title/Satzung_der_Deutschen_Krankenhausgesellschaft*) (01.12.2010)
- LANDESKRANKENHAUSGESELLSCHAFT BRANDENBURG (2011): Satzung. <http://www.lkb-online.de/LKB/Satzung.asp> (01.12.2010)
- LANDESKRANKENHAUSGESELLSCHAFT SACHSEN (2009): Satzung. <http://www.kgs-online.de/kgs/satzung/satzung2> (02.12.2010)
- MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG (2011): Die Medizinischen Dienste in Zahlen. [www.mdk.de](http://www.mdk.de) (15.02.2011)

- MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDS BUND DER KRANKENKASSEN (2011): Zahlen und Fakten. Erfolgsrechnung 2009. <http://www.mds-ev.de/index.asp> (15.02.2011)
- NEWHOUSE JP UND SINAIKO A (2008): Can Multi-payer Financing Achieve Single-Payer Spending Levels? *Forum for Health Economics & Policy*.10 (1), Art. 2.
- OECD (2010): OECD Factbook 2010. Economic, Environmental and Social Statistic, OECD, Paris.
- OECD (2010): OECD Health Data 2010, OECD, Paris.
- OSTERKAMP N (2008): Verwaltungskosten in der GKV. In: REPSCHLÄGER U (Hrg.) *Gesundheitswesen aktuell 2008: Beiträge und Analysen zur Gesundheitsreform ab 2009*. Barmer Gek. [http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame\\_\\_PDF\\_\\_Dokumente/Publikationen/Osterkamp\\_\\_08,property=Data.pdf](http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Publikationen/Osterkamp__08,property=Data.pdf) (02.12.2010)
- PAUL-EHRLICH-INSTITUT (2009). Jahresbericht 2007/2008. [http://www.pei.de/nn\\_157234/SharedDocs/Downloads/institut/jahresberichte/b-jahresbericht-2007-2008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/b-jahresbericht-2007-2008.pdf](http://www.pei.de/nn_157234/SharedDocs/Downloads/institut/jahresberichte/b-jahresbericht-2007-2008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/b-jahresbericht-2007-2008.pdf) (01.02.2011)
- PAUL-EHRLICH-INSTITUT (2011). Aufgaben des Paul-Ehrlich-Instituts. [http://www.pei.de/cln\\_092/nn\\_154438/DE/institut/aufgaben/aufgaben-node.html?\\_\\_nnn=true](http://www.pei.de/cln_092/nn_154438/DE/institut/aufgaben/aufgaben-node.html?__nnn=true) (12.02.2011)
- ROBERT KOCH-INSTITUT (2010): Das Institut: Aufgaben und Gesetzliche Grundlagen des Robert Koch-Instituts. [http://www.rki.de/cln\\_160/nn\\_205760/DE/Content/Institut/institut\\_\\_node.html?\\_\\_nnn=true](http://www.rki.de/cln_160/nn_205760/DE/Content/Institut/institut__node.html?__nnn=true) (13.02.2011)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2007a): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Diagnosen, Prozeduren und Fallpauschalen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Wiesbaden. <http://www.destatis.de> (27.12.2010)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2007b): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt-, und Tierarztpraxen. Fachserie 2, Reihe 1.6.1. Wiesbaden. <http://www.destatis.de> (27.12.2010)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2009): Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.3. Wiesbaden. <http://www.destatis.de> (24.01.2011)
- U.S. CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (1994): *International Comparisons of Administrative Costs in Health/ Care, BP-H-135* (Washington, DC: U.S. Government Printing Office). <http://www.fas.org/ota/reports/9417.pdf> (26.01.2011)

VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (2010): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010.  
[http://www.pkv.de/w/files/shop\\_zahlenberichte/zb09\\_web.pdf](http://www.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zb09_web.pdf) (06.12.2010)

WASEM J, GÖPFFARTH D UND BUCHNER F (2010): Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungskosten – ist eine Reform notwendig? In Stefan Greß S, Göppfarth D, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Heidelberg: Medhochzwei Verlag.

WOOLHANDLER S, CAMPBELL T, UND HIMMELSTEIN DAVID U.(2003): Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *New England Journal of Medicine* 349(8): 768-775.