

Nicole Osterkamp

Verwaltungskosten in der GKV

Notwendiges Übel oder Grundvoraussetzung für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung?

Die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung werden ab dem 1. Januar 2009 im Rahmen des Gesundheitsfonds ausgeglichen. Ihre Höhe wird vielfach in der öffentlichen Diskussion pauschal kritisiert. Hintergründe unterschiedlich hoher Verwaltungskosten der Krankenkassen werden dabei in aller Regel nicht beachtet. Was sind eigentlich Verwaltungskosten und wodurch werden sie beeinflusst? Lässt die Verwaltungskostenhöhe einen Rückschluss auf die Effizienz einer Krankenkasse zu? Und sind Verwaltungskosten immer schlecht?

Fragestellung und Zielsetzung

Die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) rücken durch ihre Berücksichtigung im Gesundheitsfonds in den Fokus von Politik und Öffentlichkeit. Stichworte wie ausufernde Bürokratie, Glaspaläste und Gelder, die nicht mehr für die Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen, fallen in der Verwaltungskostendiskussion häufig. Sowohl die absolute Höhe der Verwaltungskosten als auch der Anteil an den Gesamtausgaben der GKV werden von Politik und Leistungserbringern oftmals pauschal kritisiert. Im Vergleich mit der privaten Krankenversicherung (PKV), die im Jahr 2006 mit 377 Euro je Vollversicherten für Verwaltungs- und Abschlusskosten (PKV-Zahlenbericht 2006/2007) mehr als dreimal so hohe Verwaltungskosten wie die GKV aufgewendet hat, relativiert sich der Verwaltungsaufwand von 115 Euro je Versicherten in der GKV (BMG 2007). Die Bundesanstalt für Arbeit wendete im Jahr 2006 13,2 Prozent ihrer Ausgaben für Verwaltung und Beitragseinzug auf und damit deutlich mehr als die GKV mit 5,5 Prozent (Bundesagentur für Arbeit 2008). Und auch dem Vergleich mit der Leistungserbringerseite hält die GKV durchaus stand. So wendeten die Krankenhäuser im Jahr 2006 7,2 Prozent ihrer Ausgaben für Personal- und Sachkosten der Verwaltung auf (Statistisches Bundesamt 2007).

Unterschiede in den Verwaltungskosten zwischen den Krankenkassen werden pauschal kritisiert. Doch worin sind diese Unterschiede begründet? Können Verwaltungskosten nicht auch als Investition in eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung betrachtet werden? Und in welchem Zusammenhang stehen sie mit den gesetzgeberischen Zielen, Qualitäts- und Effizienzsteigerungen durch eine Intensivierung des Kas senwettbewerbs zu erreichen? Hier stellt sich insbesondere die Frage, ob und wie die Effizienz der Verwaltung von Krankenkassen gemessen und verglichen werden kann. Außerdem wird anhand von zwei Arbeitsbereichen in der Folge illustriert, wie die Effizienz der Verwaltung beurteilt werden kann und welche Wertschöpfungsbeiträge durch Verwaltung möglich sind.

Verwaltungskosten in der GKV

Verwaltungskosten sind Ausgaben der Krankenkassen, die bei der Gewährung des gesetzlich und vertraglich bestimmten Versicherungsschutzes anfallen. Im Rahmen des gesetzlichen Versicherungsschutzes fallen hierunter die Inanspruchnahme der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (§ 21 SGB I), der sozialen Pflegeversicherung (§ 21a SGB I) sowie Leistungen bei Schwangerschaftsabbrüchen (§ 21b SGB I). Neben der Bereitstellung der erforderlichen Leistungen gehören die versicherungsrechtliche Beurteilung und der Beitragseinzug zu den Aufgaben der GKV. Die Krankenkassen sind darüber hinaus gesetzlich zu Aufklärung, Beratung und Auskunft verpflichtet (§§ 13 bis 15 SGB I).

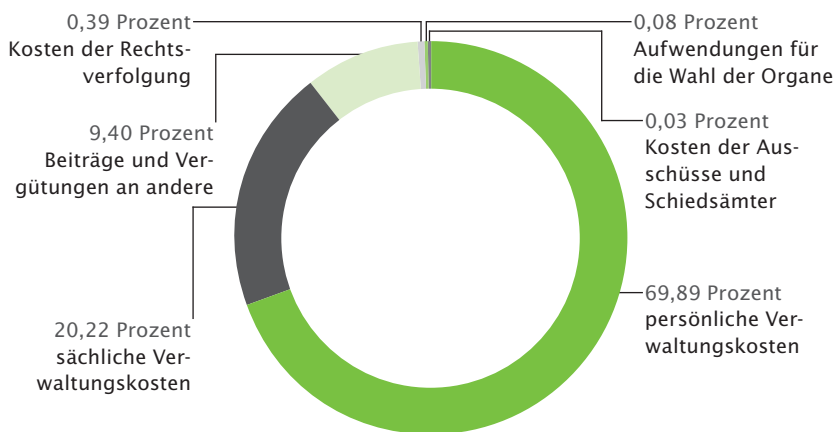
Die Verwaltungskosten der GKV werden allgemein in Brutto- und Nettoverwaltungs-kosten unterschieden. Die Bruttoverwaltungs-kosten repräsentieren den Gesamtaufwand der Krankenkassen und haben im Jahr 2006 10,15 Milliarden Euro betragen. Berücksichtigt man die Erstattungen für Auftrags-geschäfte anderer Sozialversicherungsträger, wie beispielsweise für den Einzug der Beiträge zu Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie für die komplette Umsetzung der Pflegeversicherung durch die Krankenkassen, erhält man die Nettoverwaltungs-kosten (BMG 2007). Insgesamt können die Krankenkassen 20,2 Prozent der

tatsächlich entstehenden Aufwendungen durch Erstattungen refinanzieren. Die Nettoverwaltungskosten, die den Aufwand für die Aufgaben der Krankenversicherung darstellen, betragen im Jahr 2006 8,1 Milliarden Euro und damit 5,5 Prozent der Gesamtausgaben der GKV.

Die persönlichen Verwaltungskosten stellen den größten Ausgabenblock dar. Diese betragen im Jahr 2006 rund 7,1 Milliarden Euro und damit rund 70 Prozent der Bruttoverwaltungskosten. Der größte Anteil entfällt auf die Gehälter, gefolgt von Sozialversicherungsbeiträgen und Versorgungsaufwendungen. Insgesamt zählt die GKV 131.641 (Vollzeit-) Beschäftigte (BMG 2007).

Mit einem Ausgabenvolumen von 2,1 Milliarden Euro und einem Anteil von 20 Prozent an den Bruttoverwaltungskosten stellen die sächlichen Verwaltungskosten den zweitgrößten Ausgabenblock dar. Hierunter fallen die allgemeinen Sachkosten der Verwaltung, die Bewirtschaftung von Grundstücken und Gebäuden, Aufwendungen für Fahrzeuge und für bewegliche Einrichtungen (BMG 2007).

Abbildung 1: Verwaltungskosten nach Ausgabenbereichen 2006



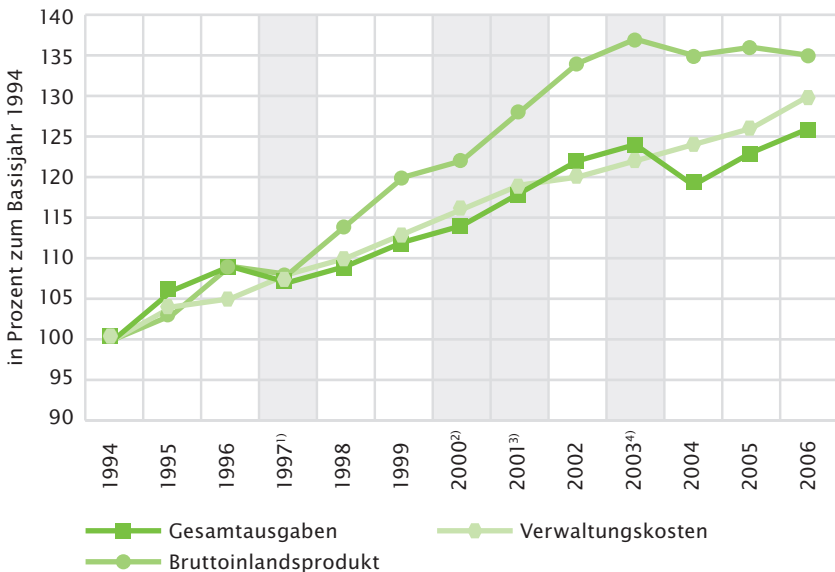
Datenquelle: BMG 2007

Daneben zählen auch Ausgaben für die Wahl der Organe, Beiträge und Vergütungen an andere und Kosten der Rechtsverfolgung zu den Verwaltungsausgaben. Sie machen mit insgesamt einer Milliarde Euro nur zehn Prozent der Bruttoverwaltungskosten aus.

Entwicklung der Verwaltungskosten

Neben der absoluten Höhe wird auch die Steigerung der Verwaltungskosten im Zeitverlauf seit einigen Jahren kritisch kommentiert. Zwischen 1994 und 2006 sind die Nettoverwaltungs-kosten um 35 Prozent und damit stärker als die Gesamtausgaben der GKV (26 Prozent) gestiegen.

Abbildung 2: Entwicklung der Verwaltungskosten in der GKV



Datenquelle: BMG 2007a, Statistisches Bundesamt 2008

- 1) Einführung der freien Kassenwahl
- 2) Einführung der Integrierten Versorgung
- 3) Einführung von DMP
- 4) GMG – Gesetz zur Modernisierung der GKV

Ein Vergleich mit dem Wirtschaftswachstum gemessen am Bruttoinlandsprodukt, das im gleichen Zeitraum von 1,8 Milliarden Euro auf 2,3 Milliarden Euro um 30 Prozent gestiegen ist, zeigt, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen einen überproportionalen Anstieg verzeichnen mussten. Während sich Verwaltungskosten und Gesamtausgaben der GKV bis zum Jahr 1997 vergleichbar entwickelt haben, zeigt sich danach ein unterschiedlicher Verlauf. Die durch die Politik initiierte Kostendämpfung im Leistungsbereich ist in der Abbildung 2 deutlich ablesbar.

Ein Einflussfaktor für den Verwaltungskostenanstieg ist sicherlich die freie Kassenwahl seit dem Jahr 1997. Durch die Zunahme der Kassenwechsel stieg nicht nur der Aufwand für die Wechselformalitäten, sondern damit verbunden auch der Aufwand in den Bereichen Vertrieb und Marketing.

Daneben sind die gestiegenen Anforderungen an die Kassen durch zunehmende Komplexität des Leistungsangebots und des immer komplizierter werdenden Sozialversicherungsrechts ein entscheidender Faktor für den Verwaltungskostenanstieg (Kruse und Kruse 2002). Auch die Konzentration der Krankenkassen von 1.152 (Beske und Hallauer 1999) im Jahr 1994 auf 219 Krankenkassen am 1. Januar 2008 (BMG 2008) konnte den Anstieg der Verwaltungskosten nicht bremsen.

Im Jahr 2003 haben die Nettoverwaltungs-kosten in der GKV mit 8,2 Milliarden Euro ihren Höchststand erreicht. Auf den starken Anstieg hat der Gesetzgeber mit einer Budgetierung der Verwaltungskosten reagiert. Für die Jahre 2004 bis 2007 wurde der Anstieg der Verwaltungskosten auf den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der GKV begrenzt. Für Krankenkassen, deren Verwaltungskosten je Versicherten zehn Prozent über den durchschnittlichen Kosten der GKV lagen, wurden die Verwaltungskosten auf die Kostenhöhe des Vorjahres begrenzt (§ 4 Absatz 4 SGB V in Verbindung mit § 71 Absatz 3 SGB V).

Einflussfaktoren der Verwaltungskosten

Im GKV-Durchschnitt wurden im Jahr 2006 je Versicherten pro Jahr 115 Euro für Verwaltungskosten aufgewendet. Die Verwaltungskosten schwanken in der GKV jedoch beträchtlich. Bei der Betrachtung der Verwaltungskosten der unterschiedlichen Kassenarten ergeben sich Werte zwischen 80 Euro für die Arbeiterersatzkassen und 127 Euro für die Angestellteneratzkassen (BMG 2007a). Ein Vergleich zugänglicher Daten einzelner Krankenkassen zeigt, dass die Schwankungen auf Einzelkassenebene deutlich größer ausfallen. Im Jahr 2006 wies beispielsweise die IKK Direkt ihre Verwaltungskosten mit gut 41 Euro (IKK Direkt 2007) je Versicherten aus, während die AOK Berlin 145 Euro (SenGUV 2007) zur Deckung der Verwaltungskosten benötigte.

Ein Blick auf die Leistungsausgaben der IKK Direkt in Höhe von 995 Euro je Versicherten (IKK Direkt 2007) im Vergleich zu den Durchschnittsausgaben der GKV von 1.967 Euro (BMG 2007a) und der AOK Berlin von 2.649 Euro (SenGUV 2007) zeigt, dass die Versicherten der IKK erheblich gesünder sind. Das Beispiel verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Verwaltungskostenhöhe und den durch die Morbidität der Versicherten bedingten Verwaltungs- und Steuerungsaufwand einer Krankenkasse.

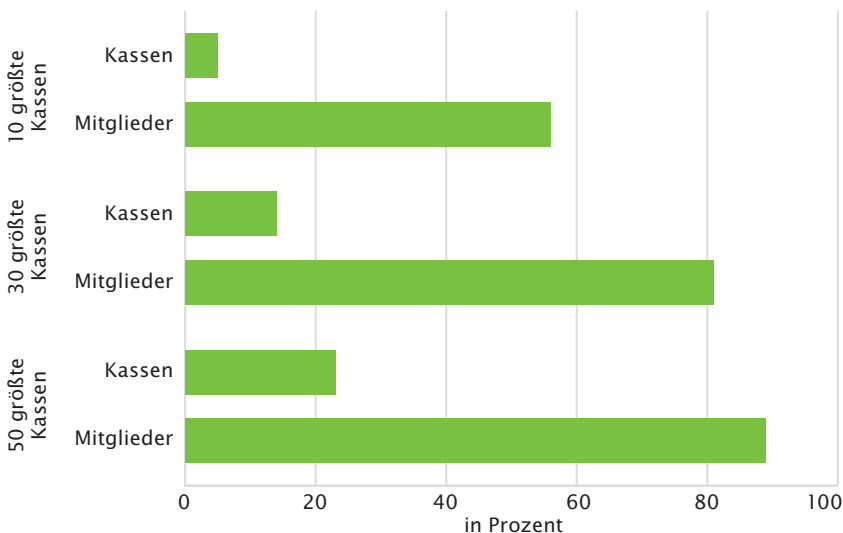
Bereits im Jahr 1985 ergab eine Untersuchung von Adam und Finsinger (1985), dass der Verwaltungsaufwand von der Höhe der Leistungsausgaben abhängt. Je älter beziehungsweise morbider die Versicherten, desto höher fallen nicht nur die Leistungsausgaben, sondern auch die Verwaltungskosten aus. Der Zusammenhang zwischen Verwaltungskosten und Leistungsausgaben wurde in späteren Untersuchungen bestätigt (Mühlenkamp 1993) und wird in der Verwaltungskostendiskussion nicht in Frage gestellt.

In den letzten Jahren sind den gesetzlichen Krankenkassen zahlreiche zusätzliche Aufgabenbereiche vom Gesetzgeber übertragen worden. Hierzu zählen beispielsweise die Einführung von Festbeträgen, des Risikostrukturausgleichs, der Diagnosis-Related-Groups (DRG) in Krankenhäusern,

die Integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme (DMP), die elektronische Gesundheitskarte, das Angebot von Wahlтарifen, die Pflicht zur Ausschreibung von Leistungen, zum Angebot von Hausarztmodellen sowie zum Abschluss von Rabattverträgen, aber auch die Möglichkeit, dass Krankenkassen Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V) abschließen oder ihren Versicherten elektronische Gesundheitsakten anbieten können.

Aufgrund der gestiegenen Anforderungen an die Krankenkassen hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) kassenartenübergreifende Fusionen ermöglicht, um dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähige Krankenkassen zu bilden (Bundestagsdrucksache 13/3100). Während 56 Prozent aller Mitglieder in einer der zehn größten Krankenkassen versichert sind, verteilen sich elf Prozent der Mitglieder auf 169 Krankenkassen.

Abbildung 3: Anteil an Kassen und Mitgliedern der GKV



Datenquelle: dfg 2008, BMG 2008

Aktuell gibt es noch 61 Krankenkassen mit weniger als 10.000 und weitere 68 Krankenkassen mit 10.000 bis 50.000 Mitgliedern (dfg 2008). Hier stellt sich die Frage, inwieweit diese Kleinstkassen in der Lage sind beziehungsweise über die notwendige Marktmacht in Verhandlungssituationen verfügen, um die vorgegebenen Ziele des Gesetzgebers zu erfüllen.

Mit der Einrichtung des Spitzenverbands Bund im Rahmen des GKV-WSG entstehen den Krankenkassen zumindest für einen Übergangszeitraum, in dem parallel neue und alte Verbandsstrukturen bestehen, höhere Kosten. Inwieweit die bestehenden Strukturen dauerhaft abgebaut werden, bleibt abzuwarten.

Von den Krankenkassen wird zunehmend eine aktive Gestaltung der Versorgung, beispielsweise im Rahmen der Integrierten Versorgung oder von DMP, erwartet. Zielsetzung ist es, durch Prozessoptimierungen und Qualitätsverbesserungen langfristig Kosten zu sparen. Versorgungsangebote müssen entwickelt, implementiert und im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit evaluiert werden. Mit den neuen Aufgaben steigen die Anforderungen an das Personal der Krankenkassen. Bei der Entwicklung neuer Versorgungsformen sind medizinische, aber auch betriebswirtschaftliche Kenntnisse unverzichtbar.

Die Zunahme individueller Verträge erfordert juristisches Fachwissen. Während einfache Routinearbeiten zunehmend automatisiert werden, nimmt der Anteil an anspruchsvollen Entwicklungs-, Steuerungs- und Betreuungsaufgaben kontinuierlich zu. Mit den Ansprüchen an das Qualifikationsniveau der Beschäftigten steigt das Vergütungs- und damit zwangsläufig das Verwaltungskostenniveau und insofern auch der Verwaltungsaufwand in der GKV an.

Der tatsächlich entstehende Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen ergibt sich aus der Kombination aus Versichertenstruktur und dem Umsetzungsaufwand gesetzlicher Vorgaben und Neuerungen. So

kann beispielsweise trotz der gesetzlichen Verpflichtung, Versorgungsmanagement (§ 11 Absatz 4 SGB V) zu betreiben, die Intensität bei den einzelnen Kassen stark schwanken. Die Spannbreite reicht vom Anschluss der Kassen an bestehende Verträge bis zur eigenständigen Entwicklung, Implementierung und Evaluierung innovativer Versorgungskonzepte. Krankenkassen können sich im Hinblick auf ihre Wettbewerbsposition für eine geringe Intensität entscheiden, um mit einem günstigen Beitragssatz gesunde Versicherte anzuziehen und aufgrund fehlender Versorgungsangebote ausgabenintensive Versicherte abzuschrecken.

Außerdem ist die Notwendigkeit, Versorgungsmanagement zu betreiben, bei einer gesunden Versichertenklientel und infolgedessen niedrigeren Einsparpotenzialen nicht zwangsläufig gegeben. Es besteht sogar die Gefahr, dass Potenziale im Versorgungsmanagement ungenutzt bleiben, weil die aus der Risikostruktur entstehenden Beitragssatzvorteile einzelnen Krankenkassen bereits für die Wettbewerbsposition ausreichen (Dieterich 2005). Krankenkassen, die aufgrund einer schlechten Risikostruktur höhere Beitragssätze erheben, sind dagegen gezwungen, entsprechende Maßnahmen zur Senkung ihrer Ausgaben umzusetzen.

Zu den Einflussfaktoren auf die Verwaltungskosten zählen auch das Serviceangebot und die Wettbewerbsausrichtung der Krankenkassen. Der Wettbewerb in der GKV fordert von den Krankenkassen, sich von der Konkurrenz abzuheben. Dies kann beispielsweise durch einen niedrigen Beitragssatz ohne besondere Serviceangebote, aber auch durch einen hochwertigen Versichertenservice, wohnortnahe Betreuung oder spezielle Zusatzangebote für die Versicherten erfolgen. So wurde im Rahmen des GKV-WSG die Möglichkeit geschaffen, den Versicherten spezielle Wahltarife anzubieten (Bundestagsdrucksache 13/3100). Den Umfang von Service- und Zusatzangeboten bestimmen die Krankenkassen und beeinflussen damit direkt die Höhe ihrer Verwaltungskosten.

Eine Untersuchung von Reschke, Lauterbach und Wasem (2004) hat ergeben, dass Kassenwechsler, die zu beitragsgünstigen Wachstumskassen

wechseln, deutlich gesünder sind als Wechsler, die zu schrumpfenden teureren Krankenkassen wechseln. Durch die Verluste gesunder Mitglieder mit geringem Verwaltungs- und Betreuungsbedarf vermindert sich der Verwaltungsaufwand bei abgehenden Kassen kaum, wodurch der Verwaltungsaufwand je Versicherten ansteigt (Boroch und Staudt 2005). Die Selbstselektion der Versicherten beeinflusst damit direkt die Verwaltungskostenposition der Krankenkassen. In der aktuellen Diskussion über die Unterschiede der Verwaltungskostenhöhe bleibt oftmals außer Betracht, dass ein großer Teil auf die Morbiditätsunterschiede bei den Krankenkassen zurückzuführen ist.

Im folgenden Beispiel wird anhand von vier Musterkassen dargestellt, in welchem Maße sich Verwaltungskostenunterschiede durch die Versichertenstruktur der Kassen erklären lassen. Basis des Modells ist eine Verteilung von 30 Prozent der GKV-Verwaltungskosten entsprechend der Versichertenanzahl und zu 70 Prozent entsprechend der Morbidität der Krankenkasse. Diese Vorgehensweise beruht auf den Empfehlungen des IGES zur Weiterentwicklung des RSA aus dem Jahr 2001, wonach ein Teil der Verwaltungskosten der Krankenkassen unabhängig von der Versichertenstruktur beispielsweise für den Beitragseinzug anfällt, während der überwiegende Teil der Verwaltungskosten unmittelbar im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen steht (Jacobs et al. 2001). Die Morbidität, die sich zukünftig aus den morbiditätsorientierten Zuweisungen aus dem RSA ergibt, wird hier aus Vereinfachungsgründen anhand der aktuellen Leistungsausgabenposition im Vergleich zur GKV errechnet und orientiert sich an in der Realität beobachtbaren Leistungsausgabenunterschieden.

Die Großkasse ist eine Kasse mit stetig steigenden Versichertenzahlen und einer günstigen Versichertenstruktur, die sich in einem unterdurchschnittlichen Beitragssatz und auch in einer unterdurchschnittlichen Morbiditätskennzahl widerspiegelt. Die Risikostruktur der ebenfalls versichertenstarken Versorgerkasse, die auf eine wohnortnahe Versorgung setzt, ist dagegen deutlich schlechter, woraus sich auch ein

überdurchschnittlicher Beitragssatz ergibt. Bei der Internetkasse handelt es sich um eine bundesweit geöffnete Krankenkasse, die die Betreuung der Versicherten überwiegend über Internet und Telefon sicherstellt. Aufgrund eines extrem günstigen Beitragssatzes zieht die stark wachsende Kasse überwiegend gesunde und gut verdienende Versicherte an. Die Metropolenkasse ist regional auf eine großstädtische Hochpreisregion begrenzt. Aufgrund des hohen Beitragssatzes verliert sie insbesondere die gesunden Versicherten, was sich in den hohen Leistungsausgaben zeigt. Tabelle 1 zeigt die getroffenen Annahmen der vier Modellkassen im Überblick.

Tabelle 1: Durch Morbidität begründbare Verwaltungskostenunterschiede am Beispiel von Modellkassen

| | GKV | Großkasse | Versorger- kasse | Internet- kasse | Metropo- lenkasse |
|---|---------------|-------------|---------------------|--------------------|----------------------|
| Versicherte | 70.398.749 | 3.000.000 | 5.000.000 | 300.000 | 280.000 |
| Leistungsaus- gaben je Versicherten | 1.967 | 1.600 | 2.140 | 995 | 2.650 |
| Morbidität | 100% | 81% | 109% | 51% | 135% |
| VWK Fix (30 Prozent) | 2.431.079.999 | 103.599.000 | 172.665.000 | 10.359.900 | 9.669.240 |
| je Versicherten | 34,53 | 34,53 | 34,53 | 34,53 | 34,53 |
| VWK nach Morbidität | 5.672.519.998 | 196.629.181 | 438.319.217 | 12.227.877 | 30.395.594 |
| je Versicherten | 80,58 | 65,54 | 87,66 | 40,76 | 108,56 |
| Gesamt-VWK je Versicherten | 115,11 | 100,07 | 122,19 | 75,29 | 143,09 |

Quelle: für Spalte GKV: BMG 2007a, restliche Angaben: eigene Berechnungen

Bei unterstellter gleicher Wirtschaftlichkeit zeigt die Tabelle 1, dass sich allein aus den bestehenden Morbiditätsunterschieden unterschiedliche Verwaltungskosten zwischen 75 Euro und 143 Euro erklären lassen.

Darüber hinaus bestehende Verwaltungskostenunterschiede sind auf Unterschiede in der Versorgungsdichte beziehungsweise im Serviceumfang zurückzuführen. Aktuell gibt es in der GKV über 5.300 Geschäftsstellen zur Betreuung von 70 Millionen Versicherten und damit deutlich weniger als beispielsweise im Bankwesen. So weist allein die Sparkasse mit mehr als 13.700 Filialen mit Kundengeschäft (Deutscher Sparkassen- und Giroverband 2008) eine um den Faktor 10,5 höhere Versorgungsdichte als die Ortskrankenkassen auf.

Tabelle 2: Geschäftsstellen der Krankenkassen in Deutschland

| | |
|-----------------------------------|-------|
| Ersatzkassen | 2.529 |
| Ortskrankenkassen | 1.300 |
| Betriebskrankenkassen | 905 |
| Innungskrankenkassen | 470 |
| Knappschaft | 70 |
| Landwirtschaftliche Krankenkassen | 34 |
| Gesamt (etwa) | 5.308 |

Quelle: eigene Internetrecherchen, Internetangebote der Verbände und Einzelkassen

Die regionale Verteilung der Geschäftsstellen ist sehr unterschiedlich; während Orts-, Innungs-, Landwirtschaftliche Krankenkassen und die Knappschaft innerhalb ihrer Kassenart nicht in regionaler Konkurrenz stehen, können mehrere Geschäftsstellen unterschiedlicher Ersatz- und Betriebskrankenkassen an einem Standort existieren. Bei Betrachtung einzelner Krankenkassen ergibt sich ein uneinheitliches Bild. So gibt es Krankenkassen wie die Ortskrankenkassen mit 1.300, aber auch die BARMER mit 980 und die DAK mit rund 900 Geschäftsstellen, die ihren Versicherten ein engmaschiges Betreuungsnetz bieten, und andere, die den Zugang für die Versicherten überwiegend über Telefon und Internet sicherstellen. Insbesondere für ältere und kränkere Versicherte eignet sich dieser Kontaktweg in der Regel nicht. Durch die Selbstselektion der

Versicherten, die auf eine Betreuung vor Ort verzichten können, ergeben sich bei diesen Kassen überdurchschnittlich gesunde Versichertenstrukturen. Aufgrund der Morbiditätsstruktur und des Verzichts auf ein Geschäftsstellennetz können diese Kassen Verwaltungskosten von unter 50 Euro aufweisen. Eine höhere Geschäftsstellendichte wird bei sonst gleichen Bedingungen auch zu höheren Verwaltungskosten führen.

Verwaltungskosten im Gesundheitsfonds

Zum 1. Januar 2009 werden die Verwaltungskosten in den Gesundheitsfonds einbezogen. Während bisher nur die Ausgaben für Ärzte, Zahnärzte, Arzneimittel, Krankenhaus, Krankengeld und Sonstige Leistungserbringer im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden, wird der Ausgleich durch die Einbeziehung bisher nicht berücksichtigungsfähiger Satzungs- und Ermessensleistungen sowie Verwaltungskosten vervollständigt.

Im Referentenentwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Organisationsstrukturgesetz, Bundesrat-Drucksache 342/08) war zunächst vorgesehen, dass die Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung ihrer Verwaltungskosten erhalten, die sich zu 30 Prozent nach der Zahl der Versicherten und zu 70 Prozent nach der Morbidität bemessen. Die Vorgehensweise geht auf die Empfehlung des IGES-Gutachtens aus dem Jahr 2001 zurück. Dieses Modell berücksichtigt durch die Koppelung an die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich, dass Kassen mit überwiegend jungen und gesunden Versicherten weniger Aufwand für Leistungsprüfung, -abrechnung und -management haben als Kassen mit überwiegend älteren und kränkeren Versicherten. Zugleich wird aber auch der Tatsache Rechnung getragen, dass Verwaltungskosten zum Teil unabhängig vom Gesundheitszustand entstehen, beispielsweise für die Abwicklung des Versicherungs- und Beitragswesens (Jacobs et al. 2001).

Auf Vorschlag von CDU und CSU wurde der Verteilungsschlüssel im Gesetzentwurf jedoch auf 50/50 geändert. Für die Knappschaft und die

geschlossenen Betriebskrankenkassen, deren Verwaltungskosten zum Teil vom Trägerunternehmen finanziert werden, sind Sonderregelungen vorgesehen. Der Verteilungsschlüssel ist zunächst bis zum 31. Dezember 2010 befristet und ist nach einer Überprüfung der Auswirkungen auf die Krankenkassen ab 2011 per Rechtsverordnung festzulegen (§ 37 Gesetzentwurf GKV-OrgWG).

Ziele des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) sind unter anderem Qualitäts- und Effizienzsteigerungen durch die Intensivierung des Kassenwettbewerbs. Die Ressourcen im Gesundheitswesen sollen optimal eingesetzt werden (Bundestagsdrucksache 13/3100). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage: Unterstützt der Einbezug der Verwaltungskosten in den Gesundheitsfonds, insbesondere mit dem gewählten Verteilungsschlüssel, dieses Ziel in Hinblick auf die Effizienz der Verwaltung oder die Effizienz der GKV?

Unabhängig vom gewählten Verteilungsschlüssel setzt die Zuweisung von Durchschnittsausgaben bei den Krankenkassen Anreize zu wirtschaftlichem Handeln. Liegen die eigenen Verwaltungskosten unter den Zuweisungen, kann ein positiver Deckungsbeitrag für den Bereich Verwaltungskosten erwirtschaftet werden. Andernfalls wirken sich höhere Verwaltungskosten direkt auf die Höhe eines Zusatzbeitrags oder einer Prämie aus. Generell haben die Krankenkassen einen starken Anreiz, Verwaltungskosten zu sparen, denn jeder eingesparte Euro verbessert die eigene Situation im Wettbewerb.

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bilden die durchschnittlichen Kosten für bestehende Strukturen in der GKV ab und werden nur in Abhängigkeit von Versichertenanzahl und der Höhe der standardisierten Leistungsausgaben verteilt. Die tatsächlich bereitgestellte Infrastruktur bleibt außer Betracht. Von der Standardisierung profitieren Krankenkassen, die weder über ein flächendeckendes Geschäftsstellennetz noch über eine breite Palette von Zusatzangeboten verfügen. Als

Folge werden zusätzliche Service-Ausgaben, aber auch eine wohnortnahe Betreuung der Versicherten bei allen Krankenkassen auf den Prüfstand geraten. Nur wenn die Versicherten bereit sind, entsprechende Serviceangebote beispielsweise im Rahmen eines Zusatzbeitrags zu honorieren, werden diese Angebote dauerhaft Bestand haben. Die Einbeziehung der Verwaltungskosten bewirkt die gewünschte Ausrichtung der Krankenkassen auf die Bedürfnisse der Versicherten. Die Verwaltungsangebote werden in der Folge kritisch hinterfragt und eventuell eingestellt.

Darüber hinaus bleiben regional bedingte Unterschiede in der Verwaltungskostenhöhe im Ausgleich zwischen den Krankenkassen außer Betracht. Konnten regionale Krankenkassen in Ballungsgebieten wie München oder Hamburg deutlich höhere Personal-, aber auch Mietkosten bisher durch höhere Beitragseinnahmen (Ergebnis des höheren Lohnniveaus in der Region) kompensieren, so werden sie zukünftig durch die standardisierten Zuweisungen schlechter gestellt als regionale Kassen in Regionen mit unterdurchschnittlichen Personal- und Mietkosten.

Durch die Standardisierung der Verwaltungskosten beeinflussen die Ausgaben einer Krankenkasse auch direkt andere Krankenkassen. Eine Erhöhung der Verwaltungskosten einer Krankenkasse leitet mehr Geld in das System, das entsprechend der Versichertenzahlen und der Morbidität an alle Krankenkassen verteilt wird. Nur ein geringer Teil von Mehrausgaben für Verwaltung fließt im Rahmen der standardisierten Zuweisungen der jeweiligen Krankenkasse zu. Durch den weitaus größeren Teil der Ausgabensteigerung werden alle anderen Krankenkassen quasi subventioniert, während die entsprechende Krankenkasse diesen Betrag durch eine veränderte Prämie finanzieren muss (gegebenenfalls sinkt dadurch auch eine bisher ausschüttbare Prämie). Jede Änderung der Verwaltungskosten hat damit direkte Auswirkungen auf die Wettbewerbssituation anderer Krankenkassen. Auch hieraus ergibt sich für die Krankenkassen ein starker Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln.

Problematisch wird die Standardisierung dann, wenn die Verwaltungskostenzuweisungen die Kosten einer effizienten Verwaltung nicht in etwa abdecken. Dass der im Gesetzentwurf des GKV-OrgWG vom 23. Mai 2008 (Bundesrat-Drucksache 342/08) gewählte Verteilungsschlüssel 50 Prozent nach Versichertenanzahl und 50 Prozent nach Morbidität ausreichen wird, um dem mit der Morbidität ansteigenden Verwaltungsbedarf gerecht zu werden, ist zu bezweifeln. Erste Berechnungen zeigen, dass Kassen, die aufgrund einer günstigen Versichertenstruktur und Verzicht auf ein ausgeprägtes Geschäftsstellen- und Serviceangebot extrem niedrige Verwaltungskosten aufweisen, bis zu 50 Euro höhere Zuweisungen erhalten, als sie tatsächlich aufwenden.

Mit dem GKV-WSG wurde die im Jahr 2007 ausgelaufene Verwaltungskostenbudgetierung nicht fortgeschrieben. Der Gesetzgeber vertraut demnach darauf, dass die Mechanismen des Wettbewerbs ausreichen, um den Verwaltungskostenanstieg zu begrenzen. Krankenkassen können ab 2008 wieder frei über ihren Verwaltungskosteneinsatz entscheiden.

Messen und Bewerten von Verwaltungskosten

Um Einsparpotenziale aus Verwaltungskosten zu identifizieren, aber auch um die Gerechtigkeit der Zuweisungen für Verwaltungskosten im Gesundheitsfonds zu beurteilen, muss die Effizienz der Verwaltung betrachtet werden. Der Vergleich der absoluten Verwaltungskostenhöhe je Versicherten sagt noch nichts über die Effizienz einer Krankenkasse aus, da in der Regel keine vergleichbaren Voraussetzungen vorliegen. Entsprechend der Morbidität und dem mit der Morbidität verbundenen steigenden Verwaltungsaufwand müssen Krankenkassen unterschiedlich häufig und unterschiedlich intensiv Verwaltungsleistungen erbringen. Grundsätzlich muss für einen sachgerechten Vergleich der Verwaltungsaufwand für vergleichbare Versichertengruppen herangezogen werden. Das Rechnungswesen in der GKV ist jedoch kostenarten- und nicht kostenträgerorientiert, das bedeutet, dass die Ausgaben nur nach Art der Kosten beispielsweise in persönliche oder sächliche Verwaltungskosten unterschieden werden, nicht aber einzelnen Versicherten oder

Versichertengruppen zugerechnet werden. Derartige Vergleiche zwischen Krankenkassen sind daher nicht möglich (Mühlenkamp 1993).

Wie kann dann die Effizienz der Verwaltung gemessen werden? Kassenintern kann beispielsweise zwischen verschiedenen Geschäftseinheiten ein entsprechendes Benchmarking eingeführt werden. Hierfür ist eine einheitliche Datenbasis für alle Einheiten aufzubauen. Die unterschiedlichen Zielgruppen müssen konkret definiert werden und es sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Verwaltungskosten den Zielgruppen verursachungsgerecht zugewiesen werden können. Im Kassenvergleich liegen diese Voraussetzungen nicht vor. Die Effizienz der Krankenkassen kann aufgrund fehlender aussagekräftiger Daten von außen nicht beurteilt werden.

Es bietet sich daher an, die Effizienz von Verwaltungskosten in Bereichen zu messen, in denen Input und Output miteinander verglichen werden können, das bedeutet Bereiche, in denen beispielsweise Kosteneinsparungen zahlenmäßig belegt und mit dem entsprechenden Einsatz verglichen werden können. Hier eignen sich insbesondere die Bereiche Krankenhausabrechnungsprüfung und Regressbearbeitung. Beiden Bereichen ist gemein, dass durch eine konsequente Bearbeitung Leistungsausgaben reduziert werden können, ohne die Versorgung der Versicherten zu beeinträchtigen. Das bedeutet, dass die Erfolge der Bearbeitung quantitativ bestimmbar sind.

Für den Regressbereich können die Einnahmen aus Haftpflicht- und Arbeitsunfällen sowie aus Behandlungsfehlern klar beziffert werden und auch für den Bereich Krankenhausabrechnungsprüfung können abgesetzte Rechnungsbeträge ausgewiesen werden. In den Bereichen Leistungssteuerung und Versorgungsmanagement werden zwar auch Leistungsausgaben durch eine Optimierung der Versorgung eingespart, die tatsächlichen Einsparungen können jedoch nur vage beziffert werden, weil nicht genau bestimmt werden kann, in welchem Umfang Leistungsausgaben ohne die Optimierung angefallen wären.

Im Folgenden werden daher Verwaltungskosteninput und -output (in Form ersparter Leistungsausgaben) für die Bereiche Regress und Krankenhausabrechnungsprüfung gegenübergestellt, um die Effizienz zu beurteilen und Wertschöpfungsbeiträge aus Verwaltungskosten aufzuzeigen.

Beurteilung der Effizienz der Regressbearbeitung bei der BARMER

Unter einem Regress versteht man im Zivilrecht den Rückgriff eines Ersatzpflichtigen auf einen Dritten, der diesem gegenüber zur Haftung verpflichtet ist. In Höhe der aus einem Unfall folgenden Sozialleistungen geht der zivilrechtliche Schadenersatzanspruch des Verletzten auf die Krankenkasse über (§ 116 SGB X). Regressansprüche gegen einen Schädiger sind in der Regel über die Haftpflichtversicherung abgedeckt. Im Falle eines Arbeitsunfalls besteht der Anspruch gegen einen Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft oder Unfallkassen). Im Rahmen der Regressbearbeitung einer Krankenkasse werden Regressansprüche ermittelt, geltend gemacht und abgerechnet.

Die BARMER hat ihre Regresssachbearbeitung im Jahr 2001 in sieben Einheiten zentralisiert. Zuvor wurden diese Aufgaben an insgesamt 50 Standorten ausgeführt. In diesem Zusammenhang konnte das Regresspersonal von etwa 400 Arbeitsplatzkapazitäten (AK) auf aktuell 245 AK reduziert werden. Unter einer Arbeitsplatzkapazität versteht man einen durchschnittlichen Vollzeitarbeitsplatz. Wegen der Einführung einer speziellen IT-Anwendung und wegen der Bündelung der Aufgaben konnten Synergieeffekte genutzt werden. Seit dem Jahr 2001 wurde zudem kontinuierlich die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter durch zielgerichtete Qualifizierungsmaßnahmen gestärkt.

Im Krankenkassenvergleich hat die BARMER im Regressbereich die höchsten Einnahmen je Versicherten zu verzeichnen. Das Regressvolumen der BARMER ist seit Jahren auf hohem Niveau und das, obwohl das Regresspotenzial kontinuierlich abnimmt. Hintergründe hierfür liegen unter anderem in sinkenden Unfallzahlen und im zunehmend restriktiveren Regulierungsverhalten der Haftpflichtversicherungsträger. Den

Input im Regressbereich stellen die 245 AK dar. Vereinfachend werden den 245 AK des Regressbereichs die durchschnittlich auf einen AK entfallenden Verwaltungskosten zugerechnet. Für das Jahr 2007 ergeben sich dem Regressbereich zurechenbare Verwaltungskosten in Höhe von 15,5 Millionen Euro. Dem gegenüber stehen insgesamt Regresseinnahmen in Höhe von 155 Millionen Euro. Der Regressbereich erwirtschaftet demnach im Jahr 2007 einen Return on Investment (ROI) von 10. Bei Verwaltungskosten Sparmaßnahmen im Regressbereich muss daher kritisch hinterfragt werden, ob und in welchem Maße sich dadurch das Regressvolumen und damit auch das Gesamtergebnis verändert.

Beurteilung der Effizienz der Krankenhausabrechnungsprüfung bei der BARMER

Als zweites Beispiel soll die Effizienz des Verwaltungseinsatzes in der Krankenhausabrechnungsprüfung betrachtet werden. Im Jahr 2003 wurde ein neues Krankenhaus-Entgeltsystem in Deutschland eingeführt. Die Rechnungslegung der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen erfolgt seitdem über diagnosebezogene Fallgruppen, die Diagnosis-Related-Groups (DRG). In Verbindung mit verschiedenen Schweregraden bildet diese Klassifizierung die Berechnungsgrundlage der Fallkosten. Mit der Einführung des DRG-Systems ist der Grad der Entscheidungskomplexität bei der Vergütung von Krankenhausleistungen deutlich angestiegen.

In diesem Zusammenhang wurde die Krankenhausabrechnungsprüfung bei nahezu allen Krankenkassen umstrukturiert. Bis 2003 wurde die Krankenhausabrechnungsprüfung bei der BARMER zentral in den Landesbereichen durchgeführt, während die Krankenhaussachbearbeitung in den 78 Regionalgeschäftsstellen der BARMER erfolgte. Die BARMER hat sich hier jedoch im Gegensatz zum Regressbereich bewusst gegen eine Zentralisierung entschieden. Stattdessen werden die Informationsvorteile der Mitarbeiter vor Ort zum Fallverlauf und die unmittelbare Nähe zu den Leistungserbringern und Kunden genutzt.

Wichtigste Voraussetzung für die dezentrale Neuausrichtung war ein klar strukturiertes, den Erfordernissen des DRG-Systems angepasstes EDV-System. Durch die Implementierung eines vollmaschinellen Datenaustauschverfahrens, das mit einem Minimum an Personalaufwand betrieben werden kann, entfällt ein Großteil der Verwaltungs- und Erfassungsaufwände, sodass eine Konzentration auf fachliche Inhalte erfolgen kann. Zeitgleich wurden die Mitarbeiter im Rahmen von Schulungsmaßnahmen als kompetente Ansprechpartner für die Krankenhäuser qualifiziert. Wegen der regionalen Präsenz bietet die BARMER im Gegensatz zu Kassen mit zentraler Krankenhausabrechnung partnerschaftlichen Service und kann auf die örtlichen Gegebenheiten flexibel reagieren.

Der Schnitt der betreuten Fälle je Mitarbeiter liegt aufgrund der gewählten regionalen Organisation unter den Werten anderer Kassen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) bescheinigte der BARMER jedoch im Rahmen einer Schwerpunktprüfung Krankenhausabrechnungsprüfung eine hohe fachliche Kompetenz und überdurchschnittliche Absetzungen im Vergleich zu anderen Krankenkassen. Im Jahr 2007 erwirtschafteten die 360 AK rund 143 Millionen Euro. Mit einem Verwaltungskosteneinsatz von etwa 22 Millionen Euro konnte damit im Jahr 2007 ein ROI von 6 erwirtschaftet werden.

Erkenntnisse aus den Praxisbeispielen

Durch die fortwährende Optimierung der Prozessabläufe werden die Einsparpotenziale maximiert. Die gewonnenen Erkenntnisse können auch auf andere Teilbereiche der Verwaltung übertragen werden. Nach Analyse der Prozessabläufe sind diese in der Folge fortwährend zu optimieren mit dem Ziel, entweder die Verwaltungskosten zu minimieren oder den Nutzen für die Versicherten durch Einsparung beziehungsweise Vermeidung von Leistungsausgaben zu maximieren. Rückschlüsse auf die Effizienz der gesamten Verwaltung einer Krankenkasse lassen sich allein aus diesen Beispielen jedoch nicht ableiten.

Fazit

Die Verwaltungskosten der GKV werden in der Öffentlichkeit zu Unrecht pauschal als zu hoch kritisiert. Der stärkere Anstieg der Verwaltungskosten seit den 1990er Jahren im Vergleich zu den Leistungsausgaben der GKV steht in Zusammenhang mit der Zunahme von Aufgaben, die der gesetzlichen Krankenversicherung vom Gesetzgeber übertragen wurden. Die Umsetzung von Reformen, aber auch innovative Versorgungskonzepte, die die Kassen anbieten, sind nicht zum Nulltarif zu haben.

Um die Effizienz der Verwaltung der Krankenkassen beurteilen zu können, müssen vergleichbare Maßstäbe herangezogen werden. Die Effizienz bei der Erbringung der gesetzlich vorgegebenen Aufgaben kann mangels eines geeigneten Vergleichsmaßstabs, wie beispielsweise Aufwand für die Betreuung spezieller (vergleichbarer) Versichertengruppen, nicht GKV-weit beurteilt werden. Abrechnungsprüfung, Steuerungs- und Managementaufgaben verursachen Verwaltungsaufwand. Auch hier kann die Effizienz nur beurteilt werden, wenn Input und Output in ein Verhältnis gesetzt werden können.

Um die Ziele des Gesetzgebers zu erreichen, wie etwa Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Effizienz, zählt das Gesamtergebnis. Wenn also durch erhöhten Verwaltungskosteneinsatz die Gesamtausgaben um einen höheren Betrag gesenkt werden können, beispielsweise durch Regress-einnahmen, Absetzungen von Krankenhausrechnungen oder durch Vermeidung von Leistungsausgaben durch eine optimierte Versorgung, dann sind diese Aufwendungen als Investitionen durchaus sinnvoll.

Aufgrund der Wettbewerbssituation im Gesundheitsfonds sind die Krankenkassen noch stärker als bisher gezwungen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren. Die Anforderungen an die Kassenverwaltungen steigen dadurch an. So können die Krankenkassen ihre Wettbewerbsposition im Vergleich zu den Mitbewerbern verbessern, indem sie durch Steuerungs- oder Managementaufgaben überproportionale

Einsparungen ihrer Leistungsausgaben erzielen. Der entsprechende Verwaltungsaufwand zur Erzielung dieser Einsparungen kann dann als Investition gewertet werden.

Um jedoch die im deutschen Gesundheitswesen vermuteten Einsparpotenziale zu realisieren, müssen die Krankenkassen die Versorgung ihrer Versicherten aktiv steuern und somit einen Beitrag leisten, um Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen abzubauen. Ziel ist hierbei nicht die Rationierung von Gesundheitsleistungen, sondern Kostensenkung durch Ausnutzung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen und Sicherstellung einer optimalen Versorgung.

Ein Großteil der in der Realität zu beobachtenden Verwaltungskostenunterschiede lässt sich bereits durch die unterschiedliche Morbidität der Krankenkassen begründen. Durch den Einbezug der Verwaltungskosten in den Gesundheitsfonds und die Koppelung der Zuweisungen an die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben der Versicherten wird erstmalig der Tatsache Rechnung getragen, dass Krankenkassen mit einer überdurchschnittlichen Zahl von kranken Versicherten naturgemäß einen höheren Verwaltungsaufwand und entsprechend auch höhere Verwaltungskosten haben.

Ob Krankenkassen ihren Verwaltungsaufwand künftig durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken oder gar positive Deckungsbeträge erwirtschaften können, hängt neben einer effizienten Verwaltung von einer Vielzahl weiterer Faktoren ab. Neben der Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und des gewählten Verteilungsschlüssels für die Verwaltungskostenzuweisungen ist aufgrund der Standardisierung die Abweichung vom GKV-Durchschnitt entscheidend. Hier kann der wachsende Kostendruck dazu führen, dass Krankenkassen ihr Serviceangebot, aber auch das Geschäftsstellennetz reduzieren und so den politischen Wunsch einer wohnortnahen Versorgung konterkarieren.

Input- und Outputfaktoren müssen jedoch ebenfalls verglichen werden. Kosteneinsparungen durch Versorgungsmanagement und Leistungssteuerung senken die Leistungsausgaben, sind aber im Vorfeld durch Verwaltungskosten zu finanzieren. Wodurch die Verwaltungskosten der einzelnen Kassen tatsächlich verursacht werden, ist aber aus den öffentlichen Statistiken nicht ersichtlich.

Das Auslaufen der Verwaltungskostenbudgetierung ist ein Schritt in die richtige Richtung: Nur wenn die Krankenkassen eigenständig über ihre Investitionen in Leistungssteuerung und Versorgungsmanagement entscheiden können, besteht die Chance, dass alle Wirtschaftlichkeitspotenziale ausgenutzt werden und die Versorgung der Versicherten optimiert wird.

Literatur

- Adam, H., und J. Finsinger (1985): Verwaltungskosten und Umverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitsbericht Nummer 13. Hannover, Lüneburg.
- Beske, F., und J. Hallauer (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Köln.
- Boroch, W., und N. Staudt (2005): Verwaltungskosten der GKV sind Dienstleistungskosten – und mehr als das. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Nummer 7-8. S. 19-23.
- Bundesagentur für Arbeit (2008): Geschäftsbericht 2007, Nürnberg.
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2007): Personal- und Verwaltungskosten 2006. Stand 7. September 2007. www.bmg.bund.de (10.07.2008).
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2007a): Kennzahlen und Faustformeln. Stand 1. März 2007. www.bmg.bund.de (10.07.2008).
- Bundesministerium für Gesundheit (2008): Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand. Monatswerte Januar-April 2008 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1) Stand: 5. Mai 2008. Berlin. www.bmg.bund.de (10.07.2008).

- Deutscher Sparkassen- und Giroverband (2008): Sparkassenarten und Zweigstellen 2006. www.dsgv.de/download/aktuelles/A_Stellennetz-und-Personal.pdf (26.06.2008).
- Dienst für Gesellschaftspolitik – dfg (2007): Ortskrankenkassen: AOK Schleswig-Holstein baut endlich Strukturen um. Ausgabe 51-07 vom 20. Dezember 2007. Berlin. S. 5-6.
- Dienst für Gesellschaftspolitik – dfg (2008): Liste der deutschen Krankenkassen. Ranking nach Mitgliederzahlen. Stichtag 1. Januar 2008. Beiträge zur Gesellschaftspolitik. Berlin.
- Dieterich, F. (2005): Risikoselektion und Risikoausgleich am Beispiel der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Discussion paper 2005-18. München.
- IKK Direkt (2007): Geschäftsbericht 2006. Kiel.
- Jacobs, K., P. Reschke, D. Cassel und J. Wasem (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht 15. Februar 2001. Berlin, Duisburg, Greifswald.
- Kruse, U., und S. Kruse (2002): Gesetzliche Krankenversicherung – Die Verwaltungskosten in der Diskussion. In: Die Sozialversicherung. Juli 2002. S. 169-180.
- Mühlenkamp, H. (1993): Größen- und Verbundvorteile in der Verwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitsbericht 126. Lüneburg.
- Reschke, P., K. Lauterbach und J. Wasem (2004): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Berlin, Köln, Duisburg, Essen.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin – SenGUV (2007): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2006/2007.
- Statistisches Bundesamt (2007): Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.3. www.destatis.de (05.05.2008).
- Statistisches Bundesamt (2008): Verwendung des Bruttoinlandsprodukts Deutschland. www.destatis.de (05.05.2008).

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2007): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2006/2007. www.pkv.de/publikationen/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2006_2007.pdf (05.06.2008).

