



Bericht

an den Haushaltsausschuss
des Deutschen Bundestages

nach § 88 Abs. 2 BHO

Information über die Entwicklung des Einzelplans 15
(Bundesministerium für Gesundheit)
für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Überblick	3
2	Haushaltsstruktur und -entwicklung	6
3	Wesentliche Ausgaben	6
3.1	Gesundheitsfonds	6
3.1.1	Finanzsituation des Gesundheitsfonds	7
3.1.2	Zusatzbeiträge	7
3.1.3	Wesentliche Prüfungsfeststellungen des Bundesrechnungshofes	8
3.2	Pflegevorsorge und sonstige soziale Sicherung	11
3.3	Prävention und Gesundheitsverbände	12
3.4	Forschungsvorhaben und -einrichtungen	12
3.5	Internationales Gesundheitswesen	13
4	Wesentliche Einnahmen	14
4.1	Gebühreneinnahmen	14
4.2	Sponsoring	14
4.3	Präventionsleistungen im Auftrag der Krankenkassen	15
5	Ausblick	15

1 Überblick

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Aufgabe, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sicherzustellen und deren rechtliche Rahmenbedingungen zu gestalten. Es beaufsichtigt über den Gesundheitsfonds die Krankenkassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Regelungskompetenzen hat es auch bei den Heilberufen, Apotheken, Arzneimitteln und Medizinprodukten, Betäubungsmitteln sowie beim Infektions- und Gesundheitsschutz und der Krankheitsbekämpfung. Beim BMG angesiedelt sind außerdem die Geschäftsstellen der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, des Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie des Bevollmächtigten für Pflege.

Die Gesamtausgaben im Einzelplan 15 beliefen sich im Haushaltsjahr 2017 auf 15,2 Mrd. Euro – das entspricht 4,6 % der Gesamtausgaben des Bundeshaushalts. Davon entfiel mit 14,5 Mrd. Euro der überwiegende Teil auf Zahlungen an den Gesundheitsfonds. Die Einnahmen betrugen 162,0 Mio. Euro und stammten vor allem aus Gebühren für die Zulassung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten.

Eine Übersicht über den Einzelplan 15 gibt Tabelle 1.

Tabelle 1

**Übersicht über den Einzelplan 15
Bundesministerium für Gesundheit**

	2017 Soll	2017 Ist ^a	Abwei- chung Ist/Soll ^c	2018 Soll	2019 Haus- halts- entwurf	Verän- derung 2018/2019 ^c
	in Mio. Euro					in %
Ausgaben des Einzelplans	15 159,2	15 166,2	+7,0	15 207,1	15 270,4	+0,4
darunter:						
• Gesetzliche Krankenversicherung	14 500,3	14 500,3	0	14 500,3	14 500,3	0
• Pflegevorsorge und soziale Sicherung	59,1	55,1	-4,0	67,8	76,7	+13,2
• Prävention und Gesundheitsverbände	50,5	40,2	-10,3	50,8	53,9	+6,1
• Forschungsvorhaben und -einrichtungen	84,5	72,3 ^b	-12,2	91,4	105,9	+15,8
• Internationales Gesundheitswesen	75,3	69,8	-5,5	103,4	105,4	+1,9
• Bundesministerium	63,6	66,0	+2,4	70,8	73,4	+3,6
Einnahmen des Einzelplans	99,2	162,0	+62,9	93,6	93,3	-0,4
darunter:						
• Gebühren (Arzneimittel und Medizinprodukte)	92,6	91,0	-1,5	87,0	87,0	0
• Sponsoring	0	15,9	+15,9	0	0	0
• Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung für Prävention	0	32,9	+32,9	0	0	0
Verpflichtungsermächtigungen	82,4	57,8	-24,5	141,0	163,5	+16,0
	Planstellen/Stellen					in %
Personal	2 227	2 059 ^e	-168	2 397 ^f	2 536	+5,8

Erläuterungen: ^a Bereinigt um haushaltstechnische Verrechnungen (vgl. Haushaltsrechnung 2017, Übersicht Nr. 4.9).

^b Einschließlich Mitteln, die aus diesem Kapitel an die Geschäftsbereichsbehörden des BMG geflossen und in der Haushaltsrechnung nur in Verrechnungstiteln ausgewiesen sind.

^c Aus den Ursprungswerten berechnet; Rundungsdifferenzen möglich.

^d Einschließlich über- und außerplanmäßiger Verpflichtungsermächtigungen.

^e Ist-Besetzung am 1. Juni 2017 ohne außerhalb der Stellenpläne geführtes wissenschaftsnahes Personal (Ist-Besetzung am 1. Juni 2017: 676).

^f Zum Vergleich: Ist-Besetzung am 1. Juni 2018: 2 060 Planstellen/Stellen ohne außerhalb der Stellenpläne geführtes wissenschaftsnahes Personal (Ist-Besetzung am 1. Juni 2018: 686).

Quelle: Einzelplan 15. Für das Jahr 2017: Haushaltsrechnung; für das Jahr 2018: Haushaltsplan; für das Jahr 2019: Haushaltsentwurf vom 6. Juli 2018.

Der Geschäftsbereich des BMG umfasst fünf nachgeordnete Stellen, vgl. Tabelle 2. Während das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) Arzneimittel, Medizinprodukte, Impfstoffe und Sera prüfen, zulassen und überwachen, betreibt das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) medizinische Datenbanken. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert die Öffentlichkeit über Themen der Gesundheitsvorsorge und die Risiken von Drogenmissbrauch und Suchterkrankungen. Das Robert Koch-Institut (RKI) widmet sich besonders der Gesundheitsberichterstattung sowie der Erforschung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Über die Einnahmen und Ausgaben sowie die Personalsituation des BMG und seines Geschäftsbereichs informiert Tabelle 2.

Tabelle 2

**Behörden im Geschäftsbereich des
Bundesministeriums für Gesundheit**

	Einnahmen 2017 (Ist)	Ausgaben 2017 (Ist)	Besetzte Planstellen/Stellen am 1. Juni 2017 ^a	Besetzte Planstellen/Stellen am 1. Juni 2018 ^a
	in Mio. Euro			
Bundesministerium für Gesundheit	0,1	66,0	578	583
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	33,7	21,9	130	143
Deutsches Institut für Medizinische Dokumen- tation und Information	1,3	13,2	108	108
Paul-Ehrlich-Institut	20,4	75,7	464	471
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	75,6	84,6	787	773
Robert Koch-Institut	2,9	108,8	668	668

Erläuterung: ^a Einschließlich wissenschaftsnahem Personal außerhalb des Stellenplans (Titel 428 02).

Quelle: Einzelplan 15: Haushaltsrechnung für das Jahr 2017, Haushaltsplan für das Jahr 2018, Haushaltsentwurf 2019.

2 Haushaltsstruktur und -entwicklung

Die Zahlungen an den Gesundheitsfonds machten mit 95,6 % der Gesamtausgaben auch im Jahr 2017 den größten Posten des Einzelplans 15 aus. Weitere Ausgabenblöcke bildeten die Pflegevorsorge, die Förderung der gesundheitlichen Prävention, die Ressortforschung sowie die Ausgaben für internationale Aufgaben. Der geplante Stellenanstieg in den Jahren 2018 und 2019 geht zu einem wesentlichen Teil auf das Ziel der Bundesregierung zurück, die Anzahl sachgrundloser Befristungen in der unmittelbaren Bundesverwaltung zu reduzieren. Nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz ist es möglich, befristete Beschäftigungsverhältnisse auch ohne Sachgrund (wie beispielsweise Arbeitsspitzen oder Vertretungen) abzuschließen. Der Anteil dieser Beschäftigungsverhältnisse soll nach § 20 Absatz 2 Haushaltsgesetz 2018 auf maximal 2,5 % des Stellenbestands eines Kapitels beschränkt werden. Im Jahr 2018 wurden zu diesem Zweck im Einzelplan 15 insgesamt 115 neue Stellen geschaffen.

3 Wesentliche Ausgaben

3.1 Gesundheitsfonds

Zum 1. Januar 2018 gab es 110 Krankenkassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen). In ihnen waren 72,6 Millionen Menschen versichert, davon etwa 85 % bei den 20 größten Krankenkassen. Die Krankenkassen werden über Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanziert, der sich aus Beiträgen sowie ggf. Zusatzbeiträgen der Mitglieder speist. Der Bund leistet seit dem Jahr 2004 einen Zuschuss aus Steuermitteln, um die Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen pauschal abzugelten. Der Bundeszuschuss für das Jahr 2016 erreichte erstmals seit dem Jahr 2012 wieder die ursprünglich im Gesetz festgelegte Höhe von 14 Mrd. Euro. Im Jahr 2017 stieg er auf jährlich 14,5 Mrd. Euro.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen beliefen sich nach den endgültigen Rechnungsergebnissen im Jahr 2017 auf 230,4 Mrd. Euro. Einnahmen von 233,9 Mrd. Euro sorgten für einen Überschuss von 3,5 Mrd. Euro. Die Beitragseinnahmen ohne Zusatzbeiträge lagen 4,3 % höher als im Jahr 2016. Die Ausgaben stiegen gegenüber dem Vorjahr um 3,5 % und damit geringer als erwartet.

Im ersten Quartal 2018 erzielten die Krankenkassen einen Überschuss von 416 Mio. Euro. Ihre Finanzreserven stiegen damit auf rund 19,9 Mrd. Euro an. Die Ausgaben wuchsen in diesem Zeitraum moderat um 3,5 %. Die Krankenkassen profitierten zugleich von einem Mitgliederzuwachs von 1,0 % und einem Anstieg der Beitragseinnahmen aufgrund der positiven Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

3.1.1 Finanzsituation des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds wies im Jahr 2017 den Krankenkassen 214,7 Mrd. Euro zu (ohne landwirtschaftliche Krankenkassen und ohne Zahlungen aus dem Einkommensausgleich). Seine Einnahmen aus Beiträgen – ohne Berücksichtigung von Zusatzbeiträgen – und dem Bundeszuschuss beliefen sich auf 214,6 Mrd. Euro. Das Gesamtdefizit des Gesundheitsfonds über alle Zahlungen betrug im Jahr 2017 0,5 Mrd. Euro nach 0,9 Mrd. Euro im Vorjahr. Dieses geringere Defizit beruht auch auf dem Anstieg des Bundeszuschusses von 14,0 Mrd. Euro im Jahr 2016 auf 14,5 Mrd. Euro. Die Defizite wurden jeweils aus der Liquiditätsreserve des Fonds ausgeglichen. Für das Jahr 2017 betrug die gesetzlich festgelegte Mindestliquiditätsreserve knapp 4,5 Mrd. Euro. Zu Beginn des Jahres 2018 belief sich die Reserve auf 9,1 Mrd. Euro.

Im Herbst 2017 ging der Schätzerkreis aus Experten des BMG, des Bundesversicherungsamtes (BVA) und des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2018 von voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds aus Beiträgen und Bundeszuschuss von 222,2 Mrd. Euro aus. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen schätzte er auf mindestens 236,2 Mrd. Euro. Die erwartete Unterdeckung ist von den Krankenkassen durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu kompensieren. Der vom BMG bekannt gegebene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2018 beträgt 1,0 % nach 1,1 % im Vorjahr.

3.1.2 Zusatzbeiträge

Seit dem Jahr 2015 erheben Krankenkassen, deren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen, einen einkommensabhängigen prozentualen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern, um ihre Ausgaben zu decken. Im Jahr 2017 lag der höchste Zusatzbeitragssatz einer Krankenkasse bei 1,8 %. Die Einnahmen fließen an den Gesundheitsfonds, der im Rahmen eines Einkommensausgleichs die Auskehr an die Krankenkassen berechnet. Die Kranken-

kassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds den Betrag, der dem kassenindividuell festgesetzten Zusatzbeitragssatz auf der Basis des durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommens aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Sind die Zuweisungen an die Krankenkassen aus diesem Einkommensausgleich größer als die Zusatzbeitragseinnahmen, kompensiert der Gesundheitsfonds das Defizit aus seiner Liquiditätsreserve. Im Jahr 2015 betrug dieses Defizit fast 100 Mio. Euro, im Jahr 2016 lag es bei fast 280 Mio. Euro. Im Jahr 2017 erzielte der Gesundheitsfonds einen Überschuss aus dem Einkommensausgleich von 27 Mio. Euro.

3.1.3 Wesentliche Prüfungsfeststellungen des Bundesrechnungshofes

In einem Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages, Ausschussdrucksache 19 (8) 1435, hat der Bundesrechnungshof die wesentlichen Ergebnisse aus seinen Prüfungen der Versorgung gesetzlich Versicherter mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten mitgeteilt. Er hatte festgestellt, dass die Krankenkassen im Ergebnis die Ausgaben für Einrichtung und Betrieb der Rettungsdienste nahezu vollständig tragen. Gesetzlich sind die Krankenkassen jedoch nur zur Erstattung der „Fahrtkosten“ verpflichtet. Im Jahr 2017 beliefen sich die Ausgaben der Krankenkassen für Einsätze der Rettungsdienste (Rettungswagen, Notarztwagen, Flugrettung) auf mehr als 3,5 Mrd. Euro. Die Länder sind für die Einrichtung der Rettungsdienste im Rahmen der ihnen nach dem Grundgesetz obliegenden Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr zuständig. In ihren Rettungsdienstgesetzen sehen sie eine überwiegende bis vollständige Finanzierung der Rettungsdienstleistungen durch die Krankenkassen vor. Der Bundesrechnungshof hat diese Kostenabwälzung auf die gesetzliche Krankenversicherung beanstandet und bessere Beteiligungsrechte der Krankenkassen bei der Planung neuer Rettungsstationen, insbesondere der kostenintensiven Luftrettungsstandorte, gefordert. Zugleich hat er empfohlen, die Anspruchsgrundlage für den Ersatz der Transportkosten so zu ändern, dass eine gerechte Verteilung der Ausgaben zwischen Ländern und Krankenkassen erreicht werden kann. Das BMG hat der Bewertung des Bundesrechnungshofes grundsätzlich zugestimmt. Es sieht aber erhebliche Probleme im Zusammenhang mit den empfohlenen Rechtsänderungen, da hierzu die Zustimmung der Länder erforderlich sei. Gleichwohl hat es zugesagt, sich im Rahmen der anstehenden Reform der Notfallversorgung um ein zwischen Bund und Ländern abgestimmtes Vorgehen

zur Präzisierung der einschlägigen Vorschriften zu bemühen. Der Bundesrechnungshof sieht dringenden Handlungsbedarf. Er hat dem BMG empfohlen, in Abstimmung mit den Ländern die erforderlichen Rechtsänderungen anzustoßen, um eine adäquate Verteilung der Kosten und bessere Beteiligungsrechte der Krankenkassen zu erreichen.

Der Bundesrechnungshof hat die Maßnahmen zur Vermeidung der Insolvenz von Krankenkassen geprüft. Der GKV-Spitzenverband hat nach den Bestimmungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die zuständige Aufsichtsbehörde zu unterrichten, wenn in der letzten Vierteljahresrechnung einer Krankenkasse die Ausgaben die Einnahmen um einen bestimmten Betrag überstiegen. Dadurch sollen Problemfälle frühzeitig identifiziert und wirksame Sanierungsstrategien entwickelt werden. Alle in die Erhebung des Bundesrechnungshofes einbezogenen Krankenkassen und Verbände hielten die gesetzliche Regelung für unzureichend. Das Gesetz betrachte die Finanzlage vergangenheitsbezogen. Eine Prognose erfolge nicht. Die gesetzlich vorgesehene Maßnahme greife im Ernstfall zu spät. Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen hatten deshalb eigene Frühwarnsysteme entwickelt. Das System des GKV-Spitzenverbandes war darauf ausgerichtet, die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen für die Zukunft zu beurteilen. Ein Bundesverband entwickelte ein mehrstufiges Risikocontrolling. Eine Kassenart arbeitete mit einem kennzahlenbasierten Frühwarnsystem. Der Bundesrechnungshof teilte dem BMG die Bedenken der Verbände und Krankenkassen mit. Das BMG hielt die gesetzliche Regelung indes für ausreichend und sah keine Notwendigkeit für eine Korrektur. Der Bundesrechnungshof regte an, bei der Weiterentwicklung des Rechnungswesens über eine Gesetzesänderung nachzudenken.

Der Bundesrechnungshof hat in einer Kontrollprüfung die Wahrnehmung der Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch das BMG untersucht. Er hat darauf hingewiesen, dass der G-BA auch nach Inkrafttreten des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes zum 1. März 2017 grundlegende Bestimmungen zum Haushaltsrecht der Sozialversicherungen nicht zu beachten braucht, insbesondere die Verpflichtung zu Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlungen. Beide Instrumente hat der Bundesrechnungshof für unerlässlich gehalten, um die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Haushaltsführung zu belegen. Er hat deshalb empfohlen, dass der G-BA den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Haushaltsregelungen unterliegen

sollte wie die ihn tragenden Organisationen. Diese schließen Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlungen ein. Das BMG hat mitgeteilt, bei Einführung des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes sei eingehend geprüft worden, inwiefern der G-BA den sozialversicherungsrechtlichen Haushaltsregelungen unterliegen könne. Wo eine Übertragung möglich war, sei dies umgesetzt worden. Der Bundesrechnungshof hat dies zur Kenntnis genommen, inhaltlich aber an seinen Empfehlungen festgehalten.

Der Bundesrechnungshof untersucht derzeit in einer Kontrollprüfung, wie die Krankenkassen und Medizinischen Dienste der Krankenversicherung die Krankenhausabrechnungen überprüfen. Nachdem in den Medien Passagen seiner Prüfungsmitteilung vom 12. Juli 2018 wiedergegeben wurden, sieht sich der Bundesrechnungshof veranlasst, den Haushaltsausschuss über seine vorläufigen Prüfungsergebnisse vorab zu unterrichten. Schriftliche Stellungnahmen des BMG und des GKV-Spitzenverbandes liegen bislang nicht vor. Der Bundesrechnungshof hat seine Feststellungen deshalb weder abschließend bewertet noch über eine etwaige Berichterstattung an den Deutschen Bundestag entschieden. Bei auffälligen Krankenhausabrechnungen sind die Krankenkassen in gesetzlich näher bestimmten Fällen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Die Überprüfung der Abrechnungen stellt auf eine Einzelfallbetrachtung ab. Der Bundesrechnungshof stellte bei mehreren Krankenkassen fest, dass diese individuelle Vereinbarungen mit Krankenhäusern geschlossen hatten. Die Vereinbarungen sahen pauschale Rechnungskürzungen und einen Verzicht auf Abrechnungsprüfungen vor. Dadurch entfielen zugleich die gutachtlichen Stellungnahmen durch den Medizinischen Dienst. Die Vereinbarungen hält der Bundesrechnungshof für nicht zulässig. Es fehlt die hierfür notwendige gesetzliche Grundlage. Das BVA stellte ebenfalls eine Vielzahl entsprechender Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern fest. Anlässlich der 90. und 92. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger schlug es vor, diese Vereinbarungen nicht länger hinzunehmen. Einen entsprechenden Beschluss fassten die Aufsichtsbehörden indes nicht. Das BVA sah von eigenen aufsichtsrechtlichen Maßnahmen gegen Krankenkassen ab. Der Bundesrechnungshof hat das BMG gebeten darauf hinzuwirken, dass die Aufsichtsbehörden die Krankenkassen auffordern, rechtswidrige Vereinbarungen zu kündigen und künftig auf derartige Abreden zu verzichten.

3.2 Pflegevorsorge und sonstige soziale Sicherung

Größter Posten dieses Ausgabenbereichs ist der Zuschuss, mit dem der Bund den Abschluss privater Pflegevorsorgeversicherungen fördert. Seit dem Jahr 2014 können Versicherte der sozialen Pflegeversicherung eine Zulage von 60 Euro jährlich zu ihrer Prämie für eine Pflege-Zusatzversicherung erhalten. Die Ist-Ausgaben hierfür lagen im Jahr 2017 bei 44,6 Mio. Euro. Das BMG rechnet derzeit mit etwa 75 000 Neu-Abschlüssen pro Jahr. Daher sind für das Jahr 2018 Ausgaben von 51,9 Mio. Euro und für das Jahr 2019 von 55,0 Mio. Euro geplant.

Im Jahr 2017 erhielt die Stiftung Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen 2 Mio. Euro aus dem Einzelplan 15. Für das Jahr 2018 sind 2,5 Mio. Euro vorgesehen. Die Stiftung wurde im Jahr 1995 gegründet und leistet finanzielle Hilfe an Personen, die sich infolge des Blutprodukteskandals der frühen 1980er-Jahre mit HIV infiziert hatten, und ihre Angehörigen. Sie hatte zuletzt im Jahr 2014 vom Bund 10 Mio. Euro erhalten. Der künftige Finanzbedarf der Stiftung liegt aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung der Betroffenen nach einem von der Stiftung beauftragten und vom BMG finanzierten Gutachten weit höher. Freiwillige Leistungen der Pharmaindustrie, des Deutschen Roten Kreuzes sowie des Bundes und der Länder konnten diesen Bedarf nur bis zum Jahr 2019 sichern. Nach einer Änderung des HIV-Hilfegesetzes (HIVHG) übernimmt es künftig allein der Bund, die Finanzierung der Stiftungsleistungen sicherzustellen. Die Leistungen sollen zudem ab dem Jahr 2019 abhängig von der Entwicklung der Renten in der gesetzlichen Rentenversicherung dynamisiert werden. Für das Jahr 2019 sind in Kapitel 1502 Titel 685 01 deshalb 8,7 Mio. Euro für die Stiftung veranschlagt.

Der Bundesrechnungshof hat die Erstattung der Aufwendungen für Leistungen der Krankenkassen an Aussiedler durch den Bund untersucht. Das BMG erstattet den Ländern die Aufwendungen für Leistungen der Krankenkassen an Aussiedler nach dem Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge. Es weist dazu dem BVA jährlich die notwendigen Bundesmittel zur selbstständigen Bewirtschaftung zu (Kapitel 1501 Titel 636 02). Der Bundesrechnungshof stellte fest, dass sich das derzeitige einzelfallbezogene Erstattungsverfahren aufwendig gestaltete. Mit der Anmeldung und dem Rückruf von Betriebsmitteln wurde Personal auf mehreren Bewirtschafterebenen (BMG, BVA, oberste Landesbehörde, Erstattungsbehörde des Landes) ge-

bunden, auch wenn keine Ausgaben anfielen. Die Zahl der Erstattungsfälle war über die Jahre deutlich rückläufig. Im Jahr 2016 gab es bundesweit nur noch 51 Fälle. Die Ausgaben des Bundes für die Erstattung der Leistungen der Krankenkassen bewegten sich seit Jahren auf einem niedrigen Stand. Anstiege in einzelnen Jahren beruhten auf kostenintensiven Einzelfällen. Die Prüfung vorrangiger Ansprüche durch die zuständige Krankenkasse verlief ebenfalls aufwendig und vielfach ohne Ergebnis. Ein Land verstieß gegen die Vorschriften zur Erstattung von Verwaltungskosten, indem es der zuständigen Krankenkasse Verwaltungskostenersatz aus Bundesmitteln und nicht aus Landesmitteln leistete. Das BMG hat auf Empfehlung des Bundesrechnungshofes zugesagt, die Umgestaltung oder Vereinfachung des Verfahrens und ggf. notwendige Gesetzesänderungen zu prüfen. Das Land, das Verwaltungskostenerstattungen zu Unrecht aus Bundesmitteln geleistet hatte, hat die Mittel an den Bund zurückgeführt.

3.3 Prävention und Gesundheitsverbände

Der Ausgabenbereich umfasst vor allem die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung sowie die Aufklärung über sexuell übertragbare Krankheiten und den Drogen- und Suchtmittelmissbrauch. Ein weiterer Schwerpunkt ist das Thema Organspende. Das BMG fördert die gesundheitliche Prävention durch Informationskampagnen, die vor allem die BZgA durchführt, und durch die finanzielle Förderung von Selbsthilfe-Verbänden und Projekten. Dafür sind im Haushalt für das Jahr 2018 insgesamt 50,8 Mio. Euro veranschlagt. Von den für das Jahr 2019 vorgesehenen 53,9 Mio. Euro sollen 5 Mio. Euro in Projekte und Maßnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit fließen. Das gegenüber dem Soll geringere Ausgaben-Ist für das Jahr 2017 geht u. a. darauf zurück, dass aus dem relativ neuen Titel zu Aspekten der Migration und Integration im Gesundheitswesen (Kapitel 1503 Titel 531 05) zunächst nicht viele Mittel abgeflossen sind. Maßnahmen zur Bekämpfung von Diabetes mellitus (Kapitel 1503 Titel 684 01) wurden über interne Verrechnungstitel verbucht, sodass die tatsächlichen Ausgaben höher waren als im Haushalt abgebildet.

3.4 Forschungsvorhaben und -einrichtungen

Das BMG fördert sechs Wissenschaftsinstitute der Leibniz-Gemeinschaft und eine weitere Forschungseinrichtung jeweils zur Hälfte, in einem Fall zu 30 %. Die übrigen Kosten trägt das jeweilige Sitzland. Die Ausgaben des Bundes be-

trugen im Jahr 2017 insgesamt 46,2 Mio. Euro. Für das Jahr 2018 sind 52,6 Mio. Euro und für das Jahr 2019 sind 55,5 Mio. Euro vorgesehen. Zusätzlich ist im Jahr 2017 die Cochrane Deutschland Stiftung in Freiburg in die institutionelle Förderung aufgenommen worden. Cochrane ist ein internationales Netzwerk, das sich zum Ziel gesetzt hat, die wissenschaftlichen Grundlagen für Entscheidungen im Gesundheitsbereich zu verbessern. Der Förderbetrag belief sich im ersten Jahr auf 160 000 Euro. Für das Jahr 2018 sind 1 Mio. Euro und für das Jahr 2019 1,1 Mio. Euro vorgesehen.

Daneben finanziert das BMG Modellmaßnahmen und Forschungsvorhaben, beispielsweise zu Drogen- und Suchtmittelmissbrauch, zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, zu neuen Infektionskrankheiten oder zur Kindergesundheit. Neu hinzukommen sollen Pilotprojekte für die Versorgung und Ausbildung in den Bereichen Gesundheit, Rehabilitation und Pflege (s. Tz. 5).

3.5 Internationales Gesundheitswesen

Der größte Teil der Ausgaben für internationale Aufgaben entfiel auf den Beitrag zur Weltgesundheitsorganisation (WHO). Deutschland ist mit einem Finanzierungsanteil von mehr als 6 % viertgrößter Beitragszahler der WHO. Die Ausgabenentwicklung hängt hier vor allem vom Wechselkurs des Euro zu US-Dollar und Schweizer Franken ab, in denen der Beitrag zu zahlen ist. Im Jahr 2017 ist in den Einzelplan ein neuer Titel mit einem Ansatz von 5 Mio. Euro zur Stärkung der internationalen öffentlichen Gesundheit eingestellt worden, aus dem 1,3 Mio. Euro abgeflossen sind. Der Ansatz wurde im Jahr 2018 auf 71 Mio. Euro erhöht und soll im Jahr 2019 auf 72 Mio. Euro steigen. Diese Mittel dienen dazu, deutsche Interessen in der internationalen Gesundheitspolitik zu stärken und die multilaterale Zusammenarbeit mit der WHO und anderen globalen Akteuren zu unterstützen. Damit einher gehen entsprechende Verpflichtungsermächtigungen, damit Gelder auch für längerfristige Programme zur Verbesserung der internationalen Gesundheitssicherheit eingesetzt werden können. Das umfasst beispielsweise Vorhaben zur Pandemieprävention, Krisenbewältigung und Eindämmung von Infektionskrankheiten.

4 Wesentliche Einnahmen

4.1 Gebühreneinnahmen

Die Einnahmen des Einzelplans 15 stammen vor allem aus Gebühren für die Prüfung und Zulassung von Arzneimitteln, Impfstoffen und Medizinprodukten. Im Jahr 2017 vereinnahmten das PEI so 17,0 Mio. Euro und das BfArM 74,1 Mio. Euro.

4.2 Sponsoring

Auf den Geschäftsbereich des BMG entfällt seit Jahren mehr als die Hälfte aller Geld-, Sach- und Dienstleistungen, die der Bund als Sponsoring erhält. Im Jahr 2017 flossen 15,9 Mio. Euro an Geldleistungen Privater in den Einzelplan 15. Der größte Anteil stammt vom Verband der privaten Krankenversicherung zur Finanzierung von Präventionskampagnen. Im Haushalt ausgewiesen werden nur die tatsächlichen Einnahmen an Sponsoringleistungen; ein Haushalts-Soll wird aufgrund der Haushaltssystematik nicht dargestellt. Ebenfalls nicht erfasst sind gewährte Sach- und Dienstleistungen wie unentgeltlich zur Verfügung gestellte Plakatwände oder Sendezeiten. Diese fasst die Bundesregierung in ihrem zweijährlichen Sponsoring-Bericht zusammen. Die Sponsoringleistungen beruhen ganz überwiegend auf langfristigen vertraglichen Vereinbarungen der BZgA mit den Spendern.

Der Bundesrechnungshof hat die Verwendung der Sponsoringeinnahmen geprüft. Die BZgA schloss Sponsoringvereinbarungen zeitlich befristet ab und erhielt dann jährliche Teilzahlungen für deren Laufzeit. In den letzten Jahren sind diese zweckgebundenen Geldleistungen jeweils nicht in voller Höhe verausgabt worden. Zu Beginn des Jahres 2017 waren so Ausgabereste von mehr als 12,2 Mio. Euro entstanden. Diese stammten teilweise aus Sponsoringvereinbarungen, deren Geltungsdauer bereits abgelaufen war. Die BZgA hatte mit den Sponsoren überwiegend keine Regelung über bei Vertragsende nicht verwendete Mittel getroffen. Der Bundesrechnungshof hat die Auffassung vertreten, dass die Zweckbindung der Mittel nicht nur sachlich, sondern auch zeitlich durch die Sponsoringvereinbarung definiert ist. Nicht verwendete Leistungen seien daher am Vertragsende zurückzuzahlen. Das BMG hat sich dem Bundesrechnungshof angeschlossen und zugesagt, dass die BZgA künftig diese Fälle einheitlich regelt. Die Ausgabereste sind im Laufe des Jahres 2017 auf 8,3 Mio. Euro zurückgegangen. Außerdem hat der Bundesrechnungshof ge-

rügt, dass aus Sponsoringmitteln bezahltes Personal in der BZgA auch für andere Aufgaben eingesetzt wurde und in einigen Fällen herausgehobene oder leitende Funktionen wahrnahm. Das BMG hat zugestimmt, dass durch Sponsoring finanziertes Personal nur für die in der Sponsoringvereinbarung genannten Zwecke einzusetzen ist und dass insbesondere die Kernaufgaben einer Behörde von deren haushaltsfinanzierten Beschäftigten zu erledigen sind.

4.3 Präventionsleistungen im Auftrag der Krankenkassen

Die BZgA erhält seit dem Jahr 2016 vom GKV-Spitzenverband Mittel für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten im Auftrag der Krankenkassen. Der Haushaltsplan weist auch hier aus haushaltssystematischen Gründen allein die Ist-Werte aus. Im Jahr 2017 beliefen sich diese auf 32,9 Mio. Euro, nach 31,8 Mio. Euro im Vorjahr. Sie dienen der Unterstützung der Krankenkassen bei der Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche sowie für ältere Menschen. Aufgaben der BZgA sind hier vor allem die Entwicklung und Qualitätssicherung kassenübergreifender Leistungen sowie deren Implementierung und wissenschaftliche Evaluierung. Die BZgA hat eine neue Abteilung mit ca. 30 Beschäftigten eingerichtet. Mit dem Haushalt 2018 sind neun zusätzliche Stellen für diese Aufgabe ausgebracht worden. Im Jahr 2016 konnten lediglich knapp 1,5 Mio. Euro für Personal und Sachmittel verausgabt werden, im Jahr 2017 etwa 6,1 Mio. Euro. Die entstehenden Ausgabereste sind zweckgebunden und werden ins Folgejahr übertragen. Das heißt, dass im Jahr 2018 mehr als 90 Mio. Euro für diese Aufgabe zur Verfügung stehen.

5 Ausblick

Die Entwicklung des Einzelplans ist wesentlich geprägt von der Höhe des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds (s. Tz. 3.1.1). Nach dem Finanzplan für die kommenden Jahre sollen die Ausgaben insgesamt leicht ansteigen. Eine Übersicht über die geplanten Ausgaben im Einzelplan 15 gibt Tabelle 3.

Tabelle 3

Finanzplanung Ausgaben Einzelplan 15

2018	2019	2020	2021	2022
in Mio. Euro				
15 207,1	15 270,4	15 277,9	15 300,9	15 308,7

Quelle: Bundesregierung

Das BMG plant ein neues Förderprogramm für experimentelle Pilotprojekte zur Entwicklung und Testung von Versorgungs- und Ausbildungsmodellen für Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege (Kapitel 1504 Titel 686 06). Das Programm soll bereits im Jahr 2018 anlaufen mit geplanten Ausgaben von 500 000 Euro. Für das Jahr 2019 ist ein Fördervolumen von 10 Mio. Euro vorgesehen. Damit verfolgt die Bundesregierung das Ziel aus dem Koalitionsvertrag, nicht nur den von gesetzlichen Krankenkassen und Gesundheitsfonds getragenen Innovationsfonds über das Jahr 2019 hinaus fortzusetzen, sondern daneben auch eigene Modellprojekte zu fördern. Der Innovationsfonds finanziert Versorgungsforschung und neue, über die bisherige Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Versorgungsformen. Dafür stehen in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Mio. Euro jährlich zur Verfügung. Die durchschnittliche Fördersumme pro Vorhaben betrug dabei über 5 Mio. Euro bei der Förderung neuer Versorgungsformen und über 1 Mio. Euro bei der Versorgungsforschung.

Das BMG strebt an, Ideen für innovative Versorgungs- und Ausbildungsmodelle in einem frühen, experimentellen Stadium zu unterstützen. Ziel ist es, Versorgungsangebote über die GKV hinaus zu vernetzen (Prävention, Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege) und vermehrt digitale Lösungsansätze zu nutzen. Das Förderprogramm ist damit auf kleinere Projekte ausgerichtet, etwa neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren und regional verankerten Strukturen wie Pflegeeinrichtungen oder Apotheken.

Der Bundesrechnungshof hat in der Vergangenheit bei Förderprogrammen Probleme festgestellt, vor allem wenn Förderziele nicht von vornherein klar definiert und mit nachprüfbaren Indikatoren unterlegt wurden. Die erforder-

liche Erfolgskontrolle für die geförderten Maßnahmen ist dann praktisch kaum möglich. Auch ist der Verwaltungsaufwand für die Bearbeitung und Begleitung der Förderanträge nicht zu unterschätzen. Frühere Prüfungen im Geschäftsbereich des BMG zeigten wiederholt Mängel und Rückstände bei der Verwendungsnachweisprüfung auf. Es gilt daher, bereits zu Beginn des Förderprogramms die Grundlagen für die wirtschaftliche und zweckmäßige Verwendung der Mittel zu schaffen.

Kranz

Sievers