

GESUNDHEITS- AUSGABENRECHNUNG

Methoden und Grundlagen 2008



Herausgeber: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Internet: www.destatis.de

Ihr Kontakt zu uns:
www.destatis.de/kontakt

Zur Thematik „Gesundheitsausgabenrechnung“

Tel.: +49 (0) 611 / 75 81 61

Statistischer Informationsservice

Tel.: +49 (0) 611 / 75 24 05

Fax: +49 (0) 611 / 75 33 30

Erscheinungsfolge: einmalig

Erschienen im März 2011

Artikelnummer: 5236103-08900-4 [PDF]

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2011

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

1	Einleitung	4
1.1	Zweck der Methodenbeschreibung	4
1.2	Ziel der Gesundheitsausgabenrechnung	4
1.3	Hintergrund der Gesundheitsausgabenrechnung	5
1.4	Das „System of Health Account“ (SHA)	6
2	Methodisches Konzept	7
2.1	Systematik der Berechnung	7
2.2	Revisionen	10
3	Definitionen	11
3.1	Gesundheitsausgaben	12
3.2	Erweiterter Leistungsbereich	12
3.3	Definition der Leistungsausgaben	11
3.4	Definition der Einrichtungen	18
3.5	Definition der Ausgabenträger	21
4	Daten und Berechnungsgrundlagen	23
4.1	Öffentliche Haushalte	23
4.2	Gesetzliche Krankenversicherung	35
4.3	Soziale Pflegeversicherung	48
4.4	Gesetzliche Rentenversicherung	52
4.5	Gesetzliche Unfallversicherung	66
4.6	Private Krankenversicherung	71
4.7	Arbeitgeber	78
4.8	Private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck	86

1 Einleitung

1.1 Zweck der Methodenbeschreibung

In der vorliegenden Methodenbeschreibung sollen die Methodik der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) des Statistischen Bundesamtes beschrieben und die den Berechnungen zugrunde liegenden Datenquellen dokumentiert werden. Die Komplexität der GAR erfordert eine eigenständige Methodenbeschreibung, die nicht Bestandteil der routinemäßigen Veröffentlichungen ist. Mit der Methodenbeschreibung wird die Berechnung der Gesundheitsausgaben in Deutschland für Dritte nachvollziehbar. Sie soll die Transparenz des Rechensystems erhöhen und die Akzeptanz der Ergebnisse der GAR fördern.

Aus diesem Grund erscheint es zweckmäßig, zunächst das methodische Konzept der GAR zu beschreiben. Danach werden die Definitionen der dargestellten Dimensionen erläutert. Einen zentralen Stellenwert nimmt die Dokumentation der Datenquellen der Gesundheitsausgaben und des erweiterten Leistungsbereiches ein, die um eine gesundheitspolitische Einordnung der jeweiligen Ausgabenträger ergänzt wird.

1.2 Ziel der Gesundheitsausgabenrechnung

Ziel der GAR ist eine vollständige Erfassung der Ausgaben für Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen und ihre Gliederung anhand von nachvollziehbaren und sinnvollen Kriterien.

Räumlich beschränkt sich die Erfassung der Ausgaben auf die deutsche Wohnbevölkerung (Inländerkonzept). Dies bedeutet, dass Käufe von Personen mit Wohnsitz im Ausland bei Leistungserbringern im Inland in der GAR nicht berücksichtigt werden. Dem hingegen werden Käufe von Inländern im Ausland als Gesundheitsausgaben erfasst.

Institutionell gibt es bei der Erfassung der Gesundheitsausgaben keine Beschränkungen. Es ist gerade das ausgesprochene Ziel der GAR, sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben aller potenziellen Träger zu erfassen, unabhängig davon, ob sie von der gesetzlichen Krankenversicherung, der privaten Krankenversicherung, anderen Versicherungssystemen oder von den Patientinnen und Patienten selbst getragen werden müssen.

Inhaltlich ist die Abgrenzung der Gesundheitsausgaben in der GAR an die Definition des „System of Health Accounts“ – SHA (siehe Abschnitt 1.4) angelehnt, wenngleich es noch einige wenige Abweichungen gibt. Nach dieser Definition zählen in Deutschland Ausgaben für Güter und Dienstleistungen mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens zu den Gesundheitsausgaben.

Zum *erweiterten Leistungsbereich* des Gesundheitswesens, der in der GAR nachrichtlich ausgewiesen wird, zählen Einkommensleistungen und Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen. Außerdem werden dort Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen erfasst.

In der GAR werden nur die Ausgaben für die *letzte Verwendung* von Gütern und Dienstleistungen sowie Investitionen ermittelt. Eine Bedingung dafür ist, dass die gesundheitsrelevanten Transaktionen für gewöhnlich eine direkte Beteiligung der Patientinnen und Patienten bzw. der Bevölkerung voraussetzt. Vorleistungskäufe werden daher nicht in der GAR berücksichtigt.

Durch diese definitorischen Abgrenzungen wird klar, dass der Schwerpunkt der GAR darauf zielt, die ökonomische Belastung der Volkswirtschaft – oder genau genommen der Bevölkerung in Deutschland – durch Maßnahmen, die mit der Prävention, Rehabilitation oder Behandlung von Krankheiten in Zusammenhang stehen zu messen. Es ist nicht Ziel der GAR, die Wertschöpfung der Industrien im Gesundheitswesen (manchmal unter dem Terminus „Gesundheitswirtschaft“ zusammengefasst) zu ermitteln. Um dies im Rahmen der GAR zu erreichen, müsste sie in enger Abstimmung mit den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) in ein vollständiges Satellitensystem mit zugehörigen Aufkommens- und Verwendungstabellen überführt werden.

Die GAR stellt wichtige Kennziffern für die gesundheitspolitische Diskussion zur Verfügung und ist als Entscheidungshilfe zum Abschätzen gesundheitspolitischer Maßnahmen einsetzbar. Durch die internationale Harmonisierung der Definition und Klassifikation der Gesundheitsausgaben nach dem SHA ist die GAR das einzige gesundheitsökonomische Rechensystem mit dem aussagekräftige ganzheitliche Gesundheitssystemvergleiche durchgeführt werden können.

1.3 Hintergrund der Gesundheitsausgabenrechnung

Erste Arbeiten zur GAR wurden in den 1970er Jahren im Statistischen Bundesamt im Rahmen eines Forschungsvorhaben im Auftrag des Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durchgeführt und schließlich in eine routinemäßige Berichterstattung überführt. Bis 1998 wurden die „Ausgaben für Gesundheit“ jährlich in der Fachserie 12, Reihe S. 2, veröffentlicht. Es existiert eine Zeitreihe der Gesundheitsausgaben von 1970 bis 1998. Diese erste Gesundheitsausgabenrechnung wird auch „alte GAR“ genannt.

Anfang der 1990er Jahre beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Bildung und Forschung das Statistische Bundesamt zusammen mit dem Robert Koch-Institut den ersten Gesundheitsbericht für Deutschland zu erstellen und den Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung des Bundes einzuleiten. Im Rahmen der unterschiedlichen Projekte der Gesundheitsberichterstattung wurde auch eine Überprüfung der existierenden GAR vorgenommen. Herr Sarrazin (VIP, Bonn) und Herr Dr. Schneider (BASYS, Augsburg) erstellten ein „Konzept einer Ausgaben- und Finanzierungsrechnung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, deren erste Ergebnisse im „Gesundheitsbericht für Deutschland 1998“ vorgestellt wurden. Dieses Konzept sah eine Erweiterung der dargestellten Dimensionen in der alten GAR um die Dimension der Einrichtung und eine Veränderung der Klassifikation der Leistungsarten vor. Die Vorschläge beinhalteten einen dreidimensionalen Aufbau der GAR und deren Gliederung nach Leistungsarten, Einrichtungen und Ausgabenträgern.

Dieses Konzept wurde im Statistischen Bundesamt Anfang der 2000er Jahre in eine routinemäßige Berichterstattung überführt. Gleichzeitig wurde die „neue GAR“ bis zum Jahr 1992 zurückgerechnet.

Die letzte methodische Überarbeitung der GAR wurde im Rahmen der Revision 2006 durchgeführt. Ziel der Revision war eine passgenaue Umsetzung der internationalen Vorgaben des „System of Health Accounts“ in der neuen GAR. Die damit verbundenen Änderungen haben zur Folge, dass einige der methodischen Veröffentlichungen zur „neuen GAR“, die Ende der 1990er und Anfang der 2000er Jahre publiziert wurden, nicht mehr dem aktuellen Stand entsprechen. Bei den aktuellen Berechnungen wird jährlich bis zum Jahr 1992 zurückgerechnet, um eine vergleichbare Zeitreihe fortführen zu können.

1.4 Das System of Health Accounts

Das „System of Health Accounts“ (SHA) wurde im Jahr 2000 von der OECD als Rahmen für nationale Gesundheitsrechnungssysteme entwickelt, um die internationale Vergleichbarkeit der nationalen Daten zu den Gesundheitsausgaben zu erhöhen. Ziel des SHA war die Definition einer international anerkannten Abgrenzung von Gesundheitsausgaben sowie die Entwicklung von konsistenten Klassifikationen zu deren Gliederung. Zudem werden darin auch Empfehlungen zur Ermittlung der Ausgaben bzw. deren Berechnungsweise gegeben. Im Kernbereich des SHA werden die laufenden Gesundheitsausgaben nach den drei Dimensionen „Functions“, „Provider“ und „Financing“ gegliedert. Auch wenn diese Dimensionen grundsätzlich mit denen der GAR übereinstimmen, so unterscheiden sich die Klassifikationen und Merkmalsausprägungen der einzelnen Dimensionen. Aus diesem Grund wird die GAR jährlich zweimal gerechnet: einmal in den Klassifikationen der GAR gemäß der Gesundheitsberichterstattung, einmal in den Klassifikationen des SHA. Da die GAR die Definition von Gesundheitsausgaben aus dem SHA übernimmt, ist allerdings sichergestellt, dass die Aggregation der Merkmale der Klassifikationen zu identischen Eckgrößen führt: die Summe der Ausgaben nach Leistungsarten (GAR) entspricht also den Ausgaben der „Functions“ (SHA).

Das SHA beschreibt mehr als den Rahmen einer internationalen GAR. Es gibt Empfehlungen für den Aufbau von Krankheitskostenrechnungen und stellt die Bezüge zur Systematik der VGR her. Derzeit wird das SHA als Gemeinschaftsaufgabe von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dem Statistischen Amt der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat) und der Weltgesundheitsbehörde (WHO) revidiert. Das SHA2.0 soll im Jahr 2011 den zuständigen Gremien zur abschließenden Zustimmung vorgelegt werden. Neben revidierten Klassifikationen der drei Kerndimensionen „Functions“, „Provider“ und „Financing“ wird es weitere Klassifikationen zu den „Financing Sources“, „Financing Agents“ und „Factor Costs“ enthalten, deren Implementierung in das Ermessen der nationalen statistischen Ämter gelegt werden soll.

2 Methodisches Konzept

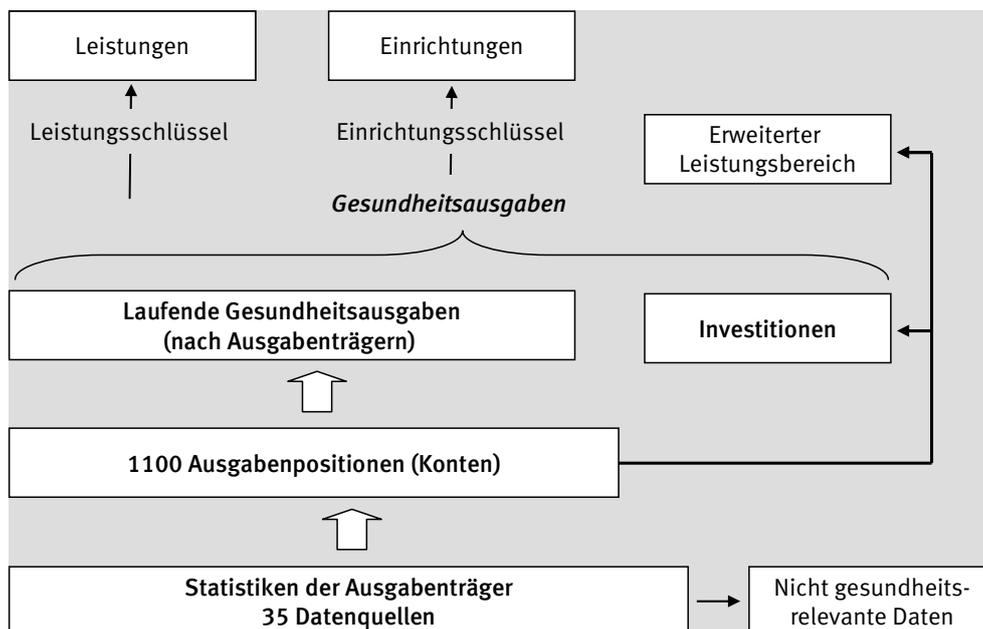
2.1 Systematik der Berechnung

Die GAR ist als dreidimensionales Rechensystem konzipiert, welches die Gesundheitsausgaben nach den Ausgabenträgern, den Leistungen und den diese Leistungen erbringenden Einrichtungen gliedert. Um die Identitätsbeziehung der Gesamtausgaben über alle drei Dimensionen sicherzustellen, muss jede „Ausgabenposition“ (auch Konto genannt) einem Ausgabenträger, einer Leistungsart und einer Einrichtung zugeordnet werden. Bei der GAR handelt es sich zudem um ein sekundärstatistisches Rechenwerk, das die im Bereich des Gesundheitswesens verfügbaren Datenquellen – wie Verwaltungsdaten, Stichprobenerhebungen, Geschäfts- und Jahresberichte sowie Sonderauswertungen – zur Ermittlung der gesamten Ausgaben für Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen zusammenfasst.

Generell wird die GAR über die Dimension der *Ausgabenträger* berechnet. Dies bedeutet, dass der Startpunkt der Erfassung der Gesundheitsausgaben die unterschiedlichen Informationen der einzelnen Ausgabenträger ist. Für die Sozialversicherungsträger sind dies die jährlich veröffentlichten Rechnungsergebnisse. Für die Ausgaben von Bund, Länder und Kommunen stehen Daten aus den Haushaltsplänen (über die Finanzstatistiken) zur Verfügung oder sie werden – wie z. B. im Bereich der Sozialhilfe – aus weiteren amtlichen Statistiken übernommen. Für Ausgaben im privaten Sektor stammen die Informationen aus den Geschäftsergebnissen der privaten Krankenversicherer und anderen Quellen, welche über Zuzahlungen und Direktkäufe der Patientinnen und Patienten ohne Zwischenschaltung eines Versicherungssystems Aufschluss geben. Dies können z. B. Informationen über Umsätze oder den Produktionswert eines Wirtschaftszweiges sein, in dem der private Konsum als Residualwert der bekannten Größen behandelt wird. In anderen Bereichen werden die Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten über vorhandene Statistiken (Verbands- und Ressortstatistiken) oder Schätzungen ermittelt.

In einem ersten Schritt zur Berechnung der Gesundheitsausgaben müssen sämtliche gesundheitsrelevanten Transaktionen aller in Frage kommenden Ausgabenträger identifiziert werden. In der GAR werden aktuell rund 1 100 Transaktionen bzw. Ausgabenpositionen bestimmt. Danach werden diese Ausgabenpositionen der Ausgabenträger den Leistungsarten der GAR zugewiesen. Im letzten Schritt werden die Ausgabenpositionen auf die einzelnen Einrichtungen verteilt. Die Zuordnung zu Leistungsarten und Einrichtungen erfolgt mit Hilfe von Schlüsseln. Diese Schlüssel enthalten Quoten, die angeben, ob der Wert einer Ausgabenposition zu 100 % einer Leistungsart oder Einrichtung zugewiesen oder anteilig auf verschiedene Leistungsarten oder Einrichtungen verteilt wird. Schematisch ist das Verfahren im folgenden Schaubild 1 dargestellt.

Schaubild 2.1



Wichtig zum Verständnis der GAR ist, dass jede Ausgabenposition eines Ausgabenträgers (AT) notwendigerweise *immer* einer (oder mehreren) Leistungsart(en) (LA) und einer (oder mehreren) Einrichtung(en) (EA) zugeordnet werden muss!

Je nach Datenquelle sind die einzelnen Ausgabenpositionen eines Ausgabenträgers teilweise sehr detailliert beschrieben, so dass eine Zuordnung zur entsprechenden Leistungsart und Einrichtung sehr einfach sein kann, wie im folgenden Beispiel zu sehen ist:

Beispiel: Rechnungsergebnisse der GKV (KJ1-Statistik)

Konto	Text	Wert in Mill. Euro	Ausgabenträger	Leistungsart	Einrichtung
KV444	Kontaktlinsen von Optikern	3,882	Gesetzliche Krankenversicherung	Hilfsmittel	Gesundheitshandwerk/-einzelhandel

Bei Datenquellen anderer Ausgabenträger sind die einzelnen Ausgabenpositionen hingegen weniger ausführlich beschrieben:

Beispiel: Sozialhilfestatistik

Konto	Text	Wert in Mill. Euro	Ausgabenträger	Leistungsart	Einrichtung
SH301	Hilfe bei Krankheit (außerhalb von Einrichtungen)	203,729	Öffentliche Haushalte	Nicht eindeutig	Nicht eindeutig

Selbst wenn die Informationen zu den Leistungsarten und Einrichtungen in diesem Fall sehr unpräzise sind, müssen dieser Ausgabenposition eine (oder mehrere) Leistungsart(en) und Einrichtung(en) zugeordnet werden. Hier wird versucht, geeignete Verteilungsschlüssel zu konstruieren. Diese Schlüssel basieren auf Sekundärstatistiken, Expertenschätzungen oder es wird die Verteilung einer ähnlichen Ausgabenposition unterstellt.

Der oben genannte Berechnungsweg beschränkt sich auf alle Ausgaben, die zu den *laufenden Gesundheitsausgaben* gezählt werden. Nur für diese Ausgaben ist die Verteilung nach allen drei Dimensionen notwendig. Für die Investitionen und die Leistungen des erweiterten Gesundheitsbereiches wird auf eine Zuordnung nach Einrichtungen verzichtet.

Prinzipiell gibt es zur Erfassung der Gesundheitsausgaben unterschiedliche Ansatzpunkte. Neben dem oben beschriebenen Ansatz, die Ausgaben für Güter und Dienstleistungen des Gesundheitswesens von Seiten der diese Ausgaben tragende Akteure zu erfassen, können die Gesundheitsausgaben auch über die Umsätze der Leistungserbringer im Gesundheitswesen gemessen werden. Von den Gesamtumsätzen müssen theoretisch die nicht gesundheitsrelevanten Umsätze, die als Vorleistungen in anderen Einrichtungen bestimmten Umsätze sowie die Exporte abgezogen werden, der verbleibende Rest wird dann auf die Leistungsarten und Ausgabenträger verteilt.

Das Statistische Bundesamt hat sich aus verschiedenen Gründen für den Ansatz über die Ausgabenträger entschieden. Erstens wurde beim Konzeptentwurf der neuen GAR die Berechnungsmethodik der alten GAR weiterentwickelt. In der alten GAR wurden ebenfalls zuerst die Ausgabenträger und danach die Leistungsarten bestimmt. Die fehlende Einrichtungsklassifikation wurde in der neuen GAR ergänzt. Zweitens vertraten die Projektnehmer bei Entwicklung der neuen GAR die Ansicht, dass die Statistiken der Ausgabenträger prinzipiell verlässlicher bzw. detaillierter als die vorhandenen Einrichtungsstatistiken sind. Drittens definiert das SHA die Gesundheitsausgaben *funktional*, das heißt eine Transaktion mit Gesundheitsbezug soll unabhängig davon, wer sie zahlt und unabhängig von wem sie erbracht wird, als Gesundheitsausgabe erfasst werden. Tendenziell kann diese Zweckorientierung der Ausgaben eher über die Statistiken der Ausgabenträger als über diejenigen der Leistungserbringer hergestellt werden.

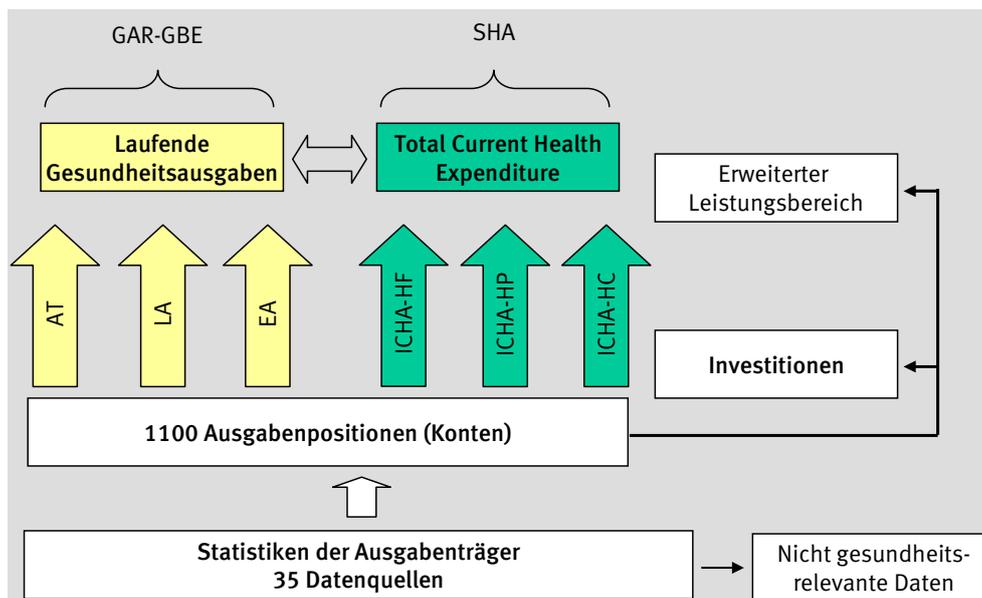
Insgesamt fließen in die GAR rund 35 Datenquellen von 25 Datenhaltern als Datenbasis ein. Für die Ermittlung der Verteilungsquoten wird nochmals eine Vielzahl von Datenquellen unterschiedlicher Datenhalter verwendet. Daten werden u. a. vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit den Rechnungsergebnissen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und dem Statistischen Bundesamt mit den Ausgaben der Sozialhilfe und der Asylbewerberleistungsstatistik zur Verfügung gestellt. Zur Quotenberechnung werden z. B. die Frequenzstatistiken von Kassenärztlichen Vereinigungen und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen.

Wie in Abschnitt 1.4 erläutert, sind zwar die Definitionen der Gesundheitsausgaben in der GAR und dem SHA identisch, die Merkmale der drei Dimensionen Functions, Provider und Financing unterscheiden sich jedoch von den Leistungsarten, Einrichtungen und Ausgabenträgern. Für die Zwecke des SHA werden die zuvor identifizierten 1 100 Ausgabenpositionen auf gleiche Weise zusätzlich auf die drei internationalen Klassifikationen ICHA-HC, ICHA-HP und ICAH-HF verteilt. In der den Berechnungen zugrunde

Methodisches Konzept

liegenden Datenbank wird damit jede einzelne Ausgabenposition auf insgesamt 6 Dimensionen verteilt. Schaubild 2 veranschaulicht diesen Zusammenhang. Die in Kapitel 4 vollständig aufgelisteten Ausgabenpositionen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur grob in die Bereiche „laufende Gesundheitsausgaben“, „Investitionen“ und „erweiterter Gesundheitsbereich“ eingeteilt. Auf eine detaillierte Darstellung der Zuordnung nach den einzelnen Merkmalen der unterschiedlichen Klassifikationen der Gesundheitsberichterstattung und dem SHA – wie sie bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben erfolgt – wurde in dieser Methodenbeschreibung verzichtet.

Schaubild 2.2



2.2 Revisionen

Eine Revision der Ergebnisse der GAR kann aus unterschiedlichen Gründen erfolgen:

- die externe Revision der verwendeten Primärdaten;
- die Implementierung neuer Konzepte, Definitionen, Klassifikationen und ähnliches in das Rechensystem;
- der Einbezug neuer Datenquellen;
- die Anwendung neuer Berechnungsmethoden;
- die Revision der internationalen Definition von Gesundheitsausgaben.

Um methodische Brüche zu vermeiden, wird dem Zeitreihenvergleich bei Revisionen der GAR Priorität eingeräumt, dass heißt, neue Datenquellen werden in der Regel einbezogen, wenn sie für zurückliegende Berichtsjahre verfügbar sind. Die letzte Revision der Gesundheitsausgabenrechnung erfolgte rückwirkend mit dem Berichtsjahr 2008.

3 Definitionen

3.1 Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitsausgaben setzen sich definitorisch – sowohl in der deutschen GAR als auch im SHA – aus den *laufenden Gesundheitsausgaben* (SHA: „Current Health Expenditure“) sowie den *Investitionen* (SHA: „Gross Capital Formation“) zusammen.

Die *laufenden Gesundheitsausgaben* messen die Konsumausgaben von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich. Dies entspricht im Wesentlichen dem Konzept der letzten Verwendung in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Daher finden sich Ausgaben für Vorleistungen, wie etwa die Produktion von Arzneimitteln durch die Pharmaindustrie und ihr Absatz an Apotheken, nicht explizit in den laufenden Gesundheitsausgaben wieder. Sie sind implizit im Arzneimittel-Abgabepreis der Apotheken enthalten. Die Definition der laufenden Gesundheitsausgaben sind in der GAR und dem SHA identisch. Dieser Definition zufolge werden alle Ausgaben für Aktivitäten oder Güter, die von Einrichtungen und Individuen durchgeführt oder bereitgestellt werden, und die dabei medizinisches, hilfsmmedizinisches oder pflegerisches Wissen oder die dafür erforderlichen Technologien anwenden zu den Gesundheitsausgaben gezählt. Voraussetzung ist, dass sie dabei eines der folgenden Ziele verfolgen:

- Gesundheit fördern und Krankheit verhindern.
- Krankheiten heilen und vorzeitige Mortalität reduzieren.
- Personen versorgen, die chronische Krankheiten haben und pflegerische Hilfe benötigen.
- Personen versorgen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Behinderungen haben und pflegerische Hilfe benötigen.
- Patienten einen würdevollen Tod ermöglichen.
- Öffentlichen Gesundheitsschutz oder öffentliche Gesundheitsprogramme für die Bevölkerung bereitstellen und verwalten.
- Zugang zu Versicherungssystemen (gesetzlich oder privat organisiert) verschaffen, welche die Bevölkerung vor den finanziellen Folgen von Krankheit schützen; der Aufbau solcher Systeme, deren Verwaltung und Kontrolle sind Teil der Gesundheitsausgaben.

Nach dieser Definition zählen in Deutschland Leistungen und Güter mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege zu den laufenden Gesundheitsausgaben. Damit gehören beispielsweise Ausgaben für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen oder für pflegerische Leistungen, die Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zugute kommen, eindeutig zu den laufenden Gesundheitsausgaben.

Im Bereich der Investitionen werden in der GAR ausschließlich die Investitionen im stationären Bereich (und hier vor allem die Investitionszuschüsse) erfasst. Das aktuelle Handbuch des SHA sieht eigentlich vor, die Bruttoinvestitionen für alle Leistungserbringer (mit Ausnahme des Einzelhandels) in Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen

Gesamtrechnungen zu berücksichtigen. Diese Definition wird im Rahmen der SHA-Revision momentan allerdings überarbeitet. Bei der nächsten Revision der GAR ist es ange-dacht, die Definition von Investitionen im SHA auch in der GAR umzusetzen.

3.2 Erweiterter Leistungsbereich

Zusätzlich zu den Gesundheitsausgaben werden in der GAR und im SHA auch noch Ausgaben des sogenannten „erweiterten Leistungsbereiches des Gesundheitswesens“ nachrichtlich ausgewiesen. Die Ausgaben für diese Leistungen sind allerdings nicht Bestandteil der aggregierten Größe der Gesundheitsausgaben. Zum erweiterten Leistungsbereich des Gesundheitswesens zählen Einkommensleistungen, wie zum Beispiel die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, sowie Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen, wie zum Beispiel Eingliederungshilfen für behinderte Menschen zur beruflichen Rehabilitation. Außerdem werden Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen im erweiterten Leistungsbereich erfasst. Weder unter die Gesundheitsausgaben noch unter die Ausgaben des erweiterten Leistungsbereiches des Gesundheitswesens fallen Ausgaben für jene Leistungen und Güter, welche die Gesundheit nicht oder nur im weitesten Sinn fördern. Dies ist zum Beispiel bei Schönheitsoperationen ohne medizinische Notwendigkeit oder aber beim privaten Kauf von Fitnessgeräten, bei denen die Förderung der Gesundheit Nebenzweck ist, der Fall.

3.3 Definition der Leistungsarten

Gesundheitsausgaben

Prävention/Gesundheitsschutz

Unter der Leistungskategorie Prävention/Gesundheitsschutz werden in der Gesundheitsausgabenrechnung sämtliche Leistungen zusammengefasst, die bereits im Vorfeld oder im Frühstadium einer Erkrankung greifen und deren Entstehen oder weitere Verbreitung verhindern sollen. Hierzu gehören auch die von den Ministerien, den Gesundheitsämtern und sonstigen Institutionen erbrachten Überwachungs- und Aufsichtsfunktionen.

Allgemeiner Gesundheitsschutz

Dem Bereich des allgemeinen Gesundheitsschutzes werden insbesondere die von den Gesundheitsämtern im Rahmen der Gesundheitsbeobachtung, des Infektionsschutzes, der allgemeinen und speziellen Hygieneüberwachung oder des Umweltmonitorings bereitgestellten Gesundheitsgüter zugeordnet. Als konkrete Beispiele können der Impfschutz und die AIDS-Tests der Gesundheitsämter genannt werden.

Gesundheitsförderung

Zielt eine Leistung darauf ab, das Verhalten eines Einzelnen oder einer Gruppe in einer ganz bestimmten Weise zu beeinflussen oder zu fördern, um dadurch den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern oder zu erhalten, wird sie innerhalb der Leistungskategorie Prävention/Gesundheitsschutz zum Zweig Gesundheitsförderung gezählt. In der Gesundheitsausgabenrechnung werden unter dieser Leistungsart auch

Leistungen zur Vorbeugung spezifischer Krankheiten erfasst, welche unter dem Terminus „primäre Prävention“ geläufig sind. Das Leistungsspektrum, das dabei von staatlichen, privaten und betrieblichen Einrichtungen angeboten wird, ist breit gefächert und reicht von Informations- und Aufklärungsmaßnahmen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge oder AIDS-Beratung über zahnprophylaktische Leistungen bis hin zu den Schutzimpfungen. Zur Gesundheitsförderung werden außerdem die von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen erbrachten Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsleistungen gerechnet.

Früherkennung von Krankheiten

Bei den Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten steht das rechtzeitige Erkennen einer Erkrankung, einer Störung beziehungsweise Fehlbildung oder eines sonstigen Gesundheitsschadens im Vordergrund. Diese Maßnahmen werden in der Literatur auch als „sekundäre Prävention“ bezeichnet. Vor allem die von gesetzlichen und privaten Krankenkassen angebotenen Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kleinkindern, die Schwangeren- und Krebsvorsorge sowie die Früherkennungsuntersuchungen bei Herz- und Kreislauferkrankungen werden hier erfasst.

Gutachten und Koordination

Der Leistungsart Gutachten und Koordination werden in der Gesundheitsausgabenrechnung vor allem die Ausgaben für die gutachterlichen Stellungnahmen des sozialmedizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienstes der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zugeordnet. Die Begutachtungsaufgaben erstrecken sich dabei unter anderem auf die Prüfung von Arbeitsunfähigkeitsfällen, die Klärung von Anspruchsvoraussetzungen bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer stationären Behandlung oder der Voraussetzungen für den Bezug von Pflegeversicherungsleistungen. Die Begutachtungs-, Beratungs- und Prüfungsaufgaben des sozialmedizinischen Dienstes der gesetzlichen Rentenversicherung bei medizinischen Rehabilitationsleistungen oder Rentenanträgen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind hier ebenfalls enthalten.

Ärztliche Leistungen

Als ärztliche Leistungen gelten alle im Rahmen der beruflichen Tätigkeit eines Arztes anfallenden Untersuchungs- und Behandlungsleistungen mit Ausnahme der physikalisch-medizinischen Leistungen, diese werden im Hinblick auf das System of Health Accounts unter den therapeutischen Leistungen verbucht. Für die Unterteilung der ärztlichen Leistungen in Grund-, Sonder-, Labor- und strahlendiagnostische Leistungen wurde auf die Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ) sowie den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM/BEMA) zurückgegriffen. Sie regeln, für welche Leistungen und in welcher Höhe Ärzte von Privatpatienten beziehungsweise von den gesetzlichen Krankenkassen Honorare fordern dürfen und eignen sich deshalb in besonderem Maße für eine detaillierte Darstellung der ärztlichen Leistungsstruktur.

Definitionen

Grundleistungen

Grundleistungen sind Leistungen, die zum Kernbereich jeder ärztlichen Tätigkeit gehören. Dazu zählen neben der Beratung des Patienten, der Ausstellung von Rezepten und Hausbesuchen insbesondere auch eingehende Untersuchungen an Organsystemen und die Erstellung von ärztlichen Berichten.

Sonderleistungen

Bei Sonderleistungen handelt es sich insbesondere um das breite Spektrum der fachärztlichen Tätigkeit, worunter Leistungen der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Augenheilkunde usw. fallen. Aber auch Leistungen, die in Verbindung mit der ärztlichen Grundversorgung eines Patienten anfallen, wie zum Beispiel das Anlegen eines Verbandes oder das Verabreichen von Injektionen, werden den Sonderleistungen zugeordnet. Obwohl die Unterscheidung in Grund- und Sonderleistungen prinzipiell nicht an die Einrichtung, in der die Leistungen erbracht werden, gebunden ist, wurden in der Gesundheitsausgabenrechnung bestimmte Konventionen getroffen. Wegen des komplexen ärztlichen Leistungsgeschehens in Krankenhäusern sowie in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden dort per definitionem nur Sonderleistungen erbracht. Nicht davon betroffen sind die ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen in diesen Einrichtungen. Im zahnärztlichen Bereich sind die Sonderleistungen der Prothetik und der Kieferorthopädie vorbehalten.

Laborleistungen

Laborleistungen stehen häufig am Anfang der Diagnoseerstellung durch den behandelnden Arzt, fallen aber auch im Rahmen von Routineuntersuchungen oder bei der Beurteilung des Heilungsprozesses an. Sie umfassen die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Untersuchung des Materials sowie die Erstellung der Befunddokumentation. Histologische, zytologische und zytogenetische Leistungen werden ebenfalls den Laborleistungen zugewiesen.

Strahlendiagnostische Leistungen

Zur Strahlendiagnostik zählen neben röntgendiagnostischen und computertomographischen Leistungen auch die Magnetfeld-Resonanz-Tomographie (MRT) und die nuklearmedizinischen In-vivo-Untersuchungen. Sofern für die Diagnostik die Einbringung bestimmter Stoffe (Kontrastmitteleinbringungen) erforderlich ist, sind auch diese Leistungen enthalten.

Pflegerische/therapeutische Leistungen

Die Kategorie pflegerische/therapeutische Leistungen beinhaltet Leistungen, die darauf abzielen, die Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf die Fähigkeiten und das Handeln einer Person zu lindern oder zu beseitigen. Gesundheit und Selbstständigkeit des Erkrankten sollen wiederhergestellt, gefördert oder erhalten werden. Der Bereich der Pflege umfasst dabei nicht nur die in Krankenhäusern, sondern auch die in den übrigen stationären und ambulanten Institutionen des Gesundheitswesens erbrachten pflegerischen Leistungen.

Definitionen

Pflegerische Leistungen

Pflegerische Leistungen umfassen das gesamte Spektrum (Grund-, Behandlungs- und Intensivpflege) pflegerischen Handelns insbesondere auch im Bereich der Langzeitpflege. Während bei der Grundpflege die Unterstützung und Hilfestellung bei Tätigkeiten des täglichen Lebens im Vordergrund steht, schließt die ärztlich verordnete Behandlungspflege auch Maßnahmen wie Injektionen, Verbände, Medikamentengabe und Infusionen mit ein. Die Intensivpflege widmet sich insbesondere der Betreuung schwerstkranker Patienten mit bedrohten oder stark beeinträchtigten Vitalfunktionen. Die im Rahmen der häuslichen Pflege erbrachte hauswirtschaftliche Versorgung wird ebenfalls als pflegerische Leistung angesehen.

Therapeutische Leistungen

Zu den therapeutischen Leistungen zählen sämtliche Maßnahmen, die zur Besserung oder Heilung einer Krankheit beitragen, in dem sie gezielt deren Ursachen oder auslösende Faktoren angehen und versuchen, diese zu beseitigen oder zu mildern. Hierunter fallen insbesondere physio- und psychotherapeutische Leistungen sowie die von Heilpraktikern, Logopäden und Chiropraktikern usw. erbrachten Leistungen. Die im Rahmen der ärztlichen Behandlung erbrachten physikalisch-medizinischen Leistungen werden ebenfalls zu den therapeutischen Leistungen gezählt.

Mutterschaftsleistungen

Unter der Kategorie Mutterschaftsleistungen werden die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder einer Entbindung von Hebammen oder Entbindungshelfern durchgeführten Leistungen ausgewiesen. Dazu gehören auch die Vergütungen für die U1-Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind, sofern sie von einer Hebamme beziehungsweise einem Entbindungshelfer durchgeführt wird. Ausgaben für ärztliche Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel werden ebenso wie die Kosten für Pflege, Unterkunft und Verpflegung im Falle einer stationären Entbindung nicht zu den Mutterschaftsleistungen gezählt.

Unterkunft/Verpflegung

Die Hotelleistungen in stationären und teilstationären Einrichtungen werden als Unterkunft/Verpflegung bezeichnet.

Waren

Als Waren werden in der Gesundheitsausgabenrechnung physische medizinische Leistungen bezeichnet. Hierzu zählen Arznei- und Hilfsmittel sowie der sonstige medizinische Bedarf. Die im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und der kieferorthopädischen Behandlung eingesetzten Materialien und Laborleistungen werden ebenfalls den Waren zugeordnet.

Arzneimittel

Arzneimittel sind Stoffe und Zubereitungen, durch deren Anwendung Krankheiten und Beschwerden geheilt, gelindert oder verhütet werden sollen. Hierzu gehören auch

Definitionen

Stoffe, die der Diagnose dienen, die Abwehrkräfte erhöhen oder seelische Zustände beeinflussen sowie Verbandmittel.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände, die beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen, ergänzen oder erleichtern, um dadurch einer Behinderung vorzubeugen beziehungsweise diese auszugleichen. Neben Körperersatzstücken, Seh- und Hörhilfen sind dies insbesondere sämtliche Formen orthopädischer Hilfsmittel.

Zahnersatz (Material- und Laborkosten)

Unter dieser Leistungsart werden in der Gesundheitsausgabenrechnung die Kosten für Material- und Laborleistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und der kieferorthopädischen Behandlung anfallen und von praxiseigenen oder gewerblichen Labors erbracht werden, zusammengefasst. Dazu zählt unter anderem festsitzender und herausnehmbarer Zahnersatz sowie der Totalersatz zur Versorgung eines zahnlosen Mundes. Die Leistungen der praxiseigenen Labore werden dabei der Einrichtungsart „Zahnarztpraxen“ und die der gewerblichen Labore der Einrichtungsart „Gesundheitshandwerk/-einzelhandel“ zugeordnet.

Sonstiger medizinischer Bedarf

Der sonstige medizinische Bedarf umfasst unter anderem Implantate, Blutprodukte, ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial. Instrumente, Narkose- und sonstiger OP-Bedarf, Labor- und Dialysebedarf sind ebenfalls enthalten.

Transporte

Zu den Transporten zählen insbesondere die im Rahmen einer Erstversorgung oder im Rahmen einer Beförderung von Notfallpatienten anfallenden Ausgaben für Rettungs- und Notarztwagen oder Flugrettung sowie die Ausgaben für dabei anfallende Erste-Hilfe-Maßnahmen. Auch Aufwendungen für die Beförderung in Krankentransportwagen, Taxen und Mietwagen gehören dazu.

Verwaltungsleistungen

In die Verwaltungsleistungen fließen vor allem die Personalausgaben der Ausgaben-träger, deren Aufwendungen für die Durchführung von Verwaltungsarbeiten sowie die Beiträge an Verbände und Vereine ein. Aus methodischen Gründen werden bei der Gesundheitsausgabenrechnung jedoch nicht alle Verwaltungskosten der Ausgaben-träger einbezogen (zum Beispiel Ausgaben für Finanzausgleiche und Abschreibungen). Die in der Gesundheitsausgabenrechnung ausgewiesenen Verwaltungsleistungen sind deshalb nicht mit den von den Kassen veröffentlichten Verwaltungskosten gleichzusetzen. Die Verwaltungsleistungen werden mehrheitlich der zu diesem Zweck dargestellten Einrichtung Verwaltung zugewiesen.

Investitionen

Die Ermittlung der Investitionstätigkeit im Gesundheitswesen gestaltet sich aufgrund der praktischen Möglichkeiten des vorhandenen Datenmaterials derzeit äußerst

schwierig. In der Gesundheitsausgabenrechnung wird deshalb ein pragmatischer Ansatz verfolgt, bei dem die Investitionen primär über die Ausgabenträger ermittelt werden.

Dies sind insbesondere die Investitionsausgaben und Investitionszuschüsse der öffentlichen Haushalte für Krankenhäuser sowie die öffentlichen Investitionen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen. Zusätzlich werden die Investitionskosten, die den Bewohnern von (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Rechnung gestellt werden, unter den Investitionen gefasst. Die Investitionen der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie der privaten Krankenversicherung werden aus ihren jährlichen Rechnungsergebnissen abgeleitet.

Die darüber hinausgehenden in den unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens (zum Beispiel Arztpraxen, Apotheken und Gesundheitshandwerk/-einzelhandel) getätigten Investitionen können dagegen nicht abgebildet werden. Sie werden den Einrichtungen jedoch indirekt über die in den Leistungsabrechnungen enthaltenen Abschreibungsbestandteile vergütet und sind somit implizit in den Gesundheitsausgaben enthalten.

Erweiterter Leistungsbereich des Gesundheitswesens

Forschung

Als Forschung wird die öffentlich finanzierte Erforschung des Menschen unter human-genetischen, biochemischen, biophysikalischen u. ä. Gesichtspunkten definiert. Die Erforschung der Entstehung von Krankheiten und die Entwicklung von Methoden zur Krankheitsvermeidung, Früherkennung und Behandlung sowie die Entwicklung von Arzneimitteln mit öffentlichen Mitteln werden ebenfalls einbezogen. Nicht enthalten sind die Forschungsleistungen der pharmazeutischen Industrie.

Ausbildung

Die Kosten für Aus- und Weiterbildung von medizinischen und paramedizinischen Berufen sind hier enthalten.

Ausgleich krankheitsbedingter Folgen

Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen werden gewährt, um ein Leben mit Krankheit oder Behinderung zu erleichtern. Unter dieser Leistungsart werden zum Beispiel Leistungen zur beruflichen Teilhabe für behinderte Menschen, aber auch Haushalts- und Betriebshilfen, die für kranke Menschen gewährt werden, zusammengefasst. Bei diesen Leistungen handelt es sich um nicht-medizinische Leistungen, bei denen der soziale Aspekt im Vordergrund steht.

Einkommensleistungen

Einkommensleistungen dienen zum Lebensunterhalt der Kranken, Berufs- oder Erwerbsunfähigen. Dies geschieht durch die Zahlung von Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeldern, vorzeitigen Renten bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sowie durch die Entgeltfortzahlung bei Krankheit und Mutterschaft.

3.4 Definition der Einrichtungen

Gesundheitsschutz

Die Einrichtungen des Gesundheitsschutzes umfassen kommunale Einrichtungen wie Gesundheitsämter, Einrichtungen der Länder mit Aufgaben wie Wasserschutz, Lebensmittelkontrolle, Lebensmittelüberwachung, Kommunalhygiene und Umweltmedizin, Landesgesundheitsbehörden und Landesministerien sowie Einrichtungen des Bundes wie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin beziehungsweise die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Darüber hinaus gehören hierzu auch die Ministerien und noch nicht genannte Gesundheitsbehörden.

Ambulante Einrichtungen

Neben den Praxen der Ärzte, Zahnärzte sowie der sonstigen medizinischen Berufe sind es zum einen die Betriebe des Gesundheitshandwerks und zum anderen die Apotheken und der Einzelhandel, die die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen. Des Weiteren gehören hierzu Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen.

Arztpraxen

Unter einer Arztpraxis wird eine ambulante Versorgungseinheit mit direktem Patientenkontakt verstanden. Neben Einzelpraxen zählen hierzu auch Gemeinschaftspraxen. Praxen von Allgemeinmediziner*innen sind ebenso enthalten wie Praxen von Fachärzt*innen.

Zahnarztpraxen

Eine Zahnarztpraxis ist eine ambulante Einheit mit direktem Patientenkontakt, die primär die zahnärztliche Versorgung zum Ziel hat. Die Praxen von Kieferorthopäden sind in dieser Einrichtungsart enthalten. Praxiseigene Labore, welche Material- und Laborleistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und der kieferorthopädischen Behandlung erbringen, werden ebenfalls den Zahnarztpraxen zugeordnet.

Praxen sonstiger medizinischer Berufe

Zu den Praxen sonstiger medizinischer Berufe gehören nicht nur physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, sondern auch Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern.

Apotheken

Zu den Apotheken werden alle öffentlichen Apotheken gerechnet, nicht aber Krankenhausapotheken und Notapotheken. Die öffentlichen Apotheken dienen der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung aller Teile der Bevölkerung.

Gesundheitshandwerk und -einzelhandel

Vom Gesundheitshandwerk werden in der Regel technische Dienstleistungen im Gesundheitswesen erbracht. Die Anfertigung und Anpassung von Hilfsmitteln, durch die eingeschränkte oder ausgefallene Körperfunktionen ausgeglichen werden sollen, stellen die Hauptaufgabe des Gesundheitshandwerks (zum Beispiel Augenoptik) dar.

Definitionen

Gewerbliche zahntechnische Labore, werden ebenfalls dem Gesundheitshandwerk zugeordnet. Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln ist im Wesentlichen auf die Versorgung kranker und behinderter Menschen ausgerichtet. Der Sanitätsfachhandel oder Sanitätshäuser, zu deren Angebot zum Beispiel Bandagen, Stützhilfen, Rollstühle, Prothesen und sonstige medizinische Hilfsapparate gehören, ist dem Einzelhandel ebenso zuzurechnen wie Drogerien, die freiverkäufliche Arzneimittel anbieten.

Einrichtungen der ambulanten Pflege

Ambulante Pflegedienste sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Zusätzlich gehört üblicherweise die medizinische Behandlungspflege zum Leistungsspektrum der Einrichtungen.

Sonstige ambulante Einrichtungen

Zu den sonstigen ambulanten Einrichtungen zählen eine Vielzahl von unterschiedlichen Einrichtungen wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen, Beratungsstellen, sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste sowie Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte. Leistungen von Dialysezentren werden hier ebenfalls verbucht. Außerdem sind Hospizdienste in dieser Position enthalten.

Stationäre und teilstationäre Einrichtungen

Unter den Einrichtungen der (teil-)stationären Gesundheitsversorgung werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege subsumiert.

Krankenhäuser

Krankenhäuser sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen und in denen Patientinnen und Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Sie stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung und sind darauf eingerichtet, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patientinnen und Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Hochschulkliniken sind hier ebenfalls enthalten.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind Einrichtungen, die der (teil-) stationären Behandlung dienen, um durch Anwendung von Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapie oder Sprachtherapie) und anderen geeigneten Hilfen eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder einer drohenden Behinderung beziehungsweise Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Definitionen

Stationäre und teilstationäre Pflege

Stationäre Pflegeeinrichtungen repräsentieren die Grundgesamtheit der Pflegeeinrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) untergebracht und gepflegt werden können. Teilstationäre Pflegeeinrichtungen unterscheiden sich von den stationären dadurch, dass der Pflegebedürftige zeitlich befristete Pflege und Betreuung erhält. Zu den Einrichtungen der (teil-) stationären Pflege zählen unter anderem Altenpflegeheime sowie Einrichtungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege.

Rettungsdienste

Rettungsdienste beinhalten die Leistungen des Krankentransportes und der Notfallrettung. Sie können sowohl öffentlich als auch privat organisiert sein. Die Aufgabe des Rettungsdienstes besteht in der Durchführung lebensrettender Maßnahmen bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten am Einsatzort, der Herstellung der Transportfähigkeit dieser Personen und der fachgerechten Betreuung mit besonders ausgestatteten Rettungsmitteln zur Beförderung in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung.

Verwaltung

Der fiktiven Einrichtung Verwaltung werden in der Gesundheitsausgabenrechnung die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung und der weiteren Ausgabenträger zugeordnet. Außerdem werden unter dieser Einrichtung auch die Leistungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen verbucht.

Sonstige Einrichtungen und private Haushalte

Unter den sonstigen Einrichtungen und privaten Haushalten werden unter anderem Einrichtungen anderer Wirtschaftszweige, die Gesundheitsleistungen oder -güter anbieten (zum Beispiel Taxiunternehmen, die Krankenfahrten durchführen), subsumiert. Des Weiteren werden auch Leistungen der privaten Haushalte, zum Beispiel die Pflege von Angehörigen oder Bekannten durch Privatpersonen, unter dieser Einrichtung verbucht.

Ausland (Importe)

Unter der Einrichtung Ausland werden alle Güter oder Dienstleistungen des Gesundheitswesens verbucht, welche die Versicherten im Ausland beziehen beziehungsweise die für sie im Ausland erbracht werden.

Investitionen

Die fiktive Einrichtung Investition fasst die getätigten Investitionsleistungen zusammen. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um die aggregierten Größen „Gesundheitsausgaben“ und „laufende Gesundheitsausgaben“ sowohl über die Klassifikation der Leistungsarten als auch über diejenige der Einrichtungen berechnen zu können.

3.5 Definition der Ausgabenträger

Öffentliche Haushalte

Unter dem Ausgabenträger öffentliche Haushalte werden sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben, die von der öffentlichen Hand – also von Bund, Ländern und Gemeinden – getragen werden, erfasst. Dies beinhaltet unter anderem die Ausgaben im Rahmen der Sozialhilfe, des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die Krankenhausinvestitionen der Länder. Ausgenommen hiervon sind die Beihilfe- und Fürsorgeleistungen der öffentlichen Hand. Diese werden nicht dem Ausgabenträger öffentliche Haushalte, sondern dem Ausgabenträger Arbeitgeber zugerechnet.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung wird momentan von rund 170 gesetzlichen Krankenkassen getragen. Gut 85 % der Bevölkerung sind über dieses Versicherungssystem gegen Krankheit versichert. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen dabei die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten sowie Rehabilitations- und pflegerische Maßnahmen.

Soziale Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung wird von Pflegekassen getragen, die organisatorisch an die gesetzlichen Krankenkassen angebunden sind. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beinhalten hauptsächlich die Grund- und Behandlungspflege von Pflegebedürftigen sowie deren hauswirtschaftliche Versorgung.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die gesundheitsrelevanten Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen sich vor allem auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Gewährung von Renten bei Berufs- und Arbeitsunfähigkeit. Neben der allgemeinen Rentenversicherung sind in den Ausgaben dieses Ausgabenträgers auch die Ausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung und der landwirtschaftlichen Alterskassen sowie der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes und der Versorgungswerke enthalten.

Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung sichert Anspruchsberechtigte gegen Unfälle am Arbeitsplatz, bei Wegeunfällen und gegen die Folgen von Berufskrankheiten ab. Dazu stellt sie Güter und Dienstleistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit zur Verfügung und zahlt Verletztengeld und Unfallrenten aus. Auch Schulkinder sind im Fall von Unfällen in Schulen oder Wegeunfällen in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Die gesetzliche Unfallversicherung wird von gewerblichen Berufsgenossenschaften, regionalen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen der öffentlichen Hand getragen.

Private Krankenversicherung

Die Ausgaben des Ausgabenträgers private Krankenversicherung beinhaltet die Ausgaben der im Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. organisierten Kranken-

Definitionen

versicherungsunternehmen sowie die Ausgaben der Krankenversorgung für Bundesbahnbeamte und der Postbeamtenkrankenkasse. Außerdem werden hier auch die Ausgaben der privaten Pflege-Pflichtversicherung erfasst.

Arbeitgeber

Unter dem Ausgabenträger Arbeitgeber werden sämtliche gesundheitsrelevanten Arbeitgeberleistungen erfasst. Dies beinhaltet unter anderem die von den Unternehmen finanzierten Leistungen des betrieblichen Gesundheitsdienstes, Beihilfeausgaben der öffentlichen und privaten Arbeitgeber sowie die Entgeltfortzahlung der Arbeitgeber im Krankheitsfall.

Private Haushalte/Private Organisationen ohne Erwerbszweck

Die privaten Haushalte bestreiten in zunehmendem Maße Ausgaben für Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen aus eigenen Mitteln. Dies können Zuzahlungen zu Leistungen der unterschiedlichen Versicherungssysteme sein (z. B. für die „Praxisgebühr“ im Falle der gesetzlichen Krankenversicherung) oder die Zahlungen können auf Eigeninitiative beruhen (z. B. im Rahmen der Selbstmedikation von Arzneimitteln oder der Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen). Auch die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (z. B. Wohlfahrtsverbände) finanzieren einige Gesundheitsleistungen. Ihre Ausgaben werden ebenfalls unter diesem Ausgabenträger erfasst.

4 Daten und Berechnungsgrundlagen

4.1 Öffentliche Haushalte

4.1.1 Inhalte

In der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) werden unter dem Ausgabenträger öffentliche Haushalte sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben, die von der öffentlichen Hand – also von Bund, Ländern und Gemeinden – getragen werden, erfasst. Die gesundheitsrelevanten Ausgaben beinhalten dabei sowohl die laufenden Gesundheitsausgaben, die Investitionen sowie Leistungen des erweiterten Gesundheitsbereiches. Ausgenommen hiervon sind die Beihilfe- und Fürsorgeleistungen der öffentlichen Hand. Diese werden nicht dem Ausgabenträger öffentliche Haushalte, sondern dem Ausgabenträger Arbeitgeber zugerechnet. In der Systematik des System of Health Account (SHA) werden die Ausgaben der öffentlichen Haushalte unter „General Government“ verbucht.

In der GAR setzen sich die Ausgaben der öffentlichen Haushalte aus folgenden Komponenten zusammen:

- Asylbewerberleistungen;
- Leistungen der Bundesagentur für Arbeit;
- Leistungen der Kriegsopferfürsorge;
- Leistungen der Kriegsopferversorgung (Bundesversorgungsgesetz);
- Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes;
- Leistungen der Sozialhilfe;
- Sonstige öffentliche Ausgaben.

4.1.2 Berechnungsweg und Einzelkonten

4.1.2.1 Asylbewerberleistungen

Rechtliche Grundlagen

Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben Berechtigte gemäß § 4 Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt. Diese Leistungen beinhalten:

- Ärztliche und zahnärztliche Behandlung;
- Versorgung mit Arzneimitteln;
- Sonstige Leistungen zur Linderung von Krankheiten;
- Zahnersatz;
- Alle Leistungen für werdende Mütter;
- Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen.

Datenquellen

Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 7: Sozialleistungen – Leistungen an Asylbewerber, Tabelle B 1.

Berechnungsweg in der GAR

Die Werte für die berücksichtigten Konten in der GAR können der Datenquelle direkt entnommen werden.

Einzelkonten

AL130 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt: *In Einrichtungen*
→ laufende Gesundheitsausgaben.

AL140 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt: *Außerhalb von Einrichtungen*
→ laufende Gesundheitsausgaben.

4.1.2.2 Bundesagentur für Arbeit (BA)

Rechtliche Grundlagen

Die BA unterstützt gemäß verschiedener Rechtsvorschriften (SGB III, SGB IX) die Ausbildung und berufliche Rehabilitation und fördert die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Zudem trägt sie die Ausgaben für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Arbeitsvermittlung.

Datenquellen

Bundesagentur für Arbeit (BA): Sonderauswertung Rehabilitation. – Alternativ (implizit in Sonderauswertung berücksichtigt): Haushaltsplan der BA, Kapitel 3: ausgewählte Titel von Deckungskreis 1 und 2; Kapitel 5: ausgewählte Titel.

Berechnungsweg in der GAR

Für die Zwecke der GAR werden die Titel der Sonderauswertung der BA mit ähnlichem Inhalt in einer Hilfsrechnung in mehreren Konten zusammengefasst. Die insgesamt 16 Titel des Haushaltsplanes der BA, die im Jahr 2008 in der GAR Berücksichtigung finden, werden in der GAR zu vier Konten komprimiert. Diesen vier Konten wird dann je eine Leistungsart der laufenden Ausgaben oder des erweiterten Bereiches des Gesundheitswesens zugeordnet.

Einzelkonten

BA11 Maßnahmen zur Teilhabe und beruflichen Wiedereingliederung Behinderter
• 2008: Summe der Titel 3/681 96, 3/681 05, 3/681 08
→ erweiterter Leistungsbereich.

BA21 Einkommensleistungen (Unterhalts- und Teilunterhaltsgeld, Übergangs- und Ausbildungsgeld) für Behinderte
• 2008: Summe der Titel 3/681 95, 3/681 03, 3/681 04; 3/681 07
→ erweiterter Leistungsbereich.

BA51 Ärztliche Begutachtungen gemäß Haushaltsplan der BA
• 2008: Titel 5/526 04
→ laufende Gesundheitsausgaben.

BA61 Laufende Zuschüsse zur beruflichen Wiedereingliederung Behinderter
• 2008: Summe der Titel 3/681 97, 3/683 06, 3/681 07; 3/681 06
→ erweiterter Leistungsbereich.

4.1.2.3 Kriegsopferfürsorge

Rechtliche Grundlagen

Das Bundesversorgungsgesetz (BVG) sieht Leistungen der Kriegsopferfürsorge gemäß §§ 25 bis 27 vor. Diese Leistungen werden für Kriegsopfer und Hinterbliebene, die bereits Renten oder Beihilfen beziehen als *besondere Hilfe im Einzelfall* gewährt, wenn die Beschädigten infolge ihrer Schädigung und die Hinterbliebenen infolge der Verlustes ihres Angehörigen nicht in der Lage sind, ihren Bedarf aus den übrigen Leistungen nach BVG und aus ihrem sonstigen Einkommen und Vermögen zu decken.

Datenquellen

Statistisches Bundesamt: Statistik der Kriegsopferfürsorge, Ausgaben und Einnahmen, Empfänger/-innen, Kurzbericht, Teil I, A

Berechnungsweg in der GAR

Für die Zwecke der GAR müssen die Ausgaben der Primärstatistik umgerechnet werden, da es sich bei den dort ausgewiesenen Ausgabenwerten um „Bruttowerte“ handelt. Diese Brutto-Ausgaben müssen in einer Hilfsrechnung noch um die Erstattungen bereinigt werden. Dafür werden per Annahme alle Konten mit demselben Erstattungsanteil korrigiert.

Die Konten werden in derjenigen Reihenfolge in der GAR aufgenommen, wie sie in der Primärstatistik erfasst werden. Die Einrichtung Ausland wird vernachlässigt, diese Ausgaben werden zu den normalen Beihilfeleistungen addiert. Per Annahme sind alle Darlehenskonten Einkommensleistungen. Darüber hinaus werden die Konten zur Hilfe in besonderen Lebenslagen (KF101 und KF102) beide als Einkommensleistungen angesehen.

Einzelkonten

- KF11** Hilfen zur beruflichen Rehabilitation (§§ 26 u. 26a): Beihilfen sowie Leistungen an Berechtigte im Ausland
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KF12** Hilfen zur beruflichen Rehabilitation (§§ 26 u. 26a): Darlehen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KF21** Krankenhilfe (§ 26b): Beihilfen sowie Leistungen an Berechtigte im Ausland
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KF22** Krankenhilfe (§ 26b): Darlehen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KF31** Hilfe zur Pflege (§ 26c): Beihilfen für häusliche Pflege (einschl. Pflegegeld)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KF32** Hilfe zur Pflege (§ 26c): Beihilfen und sonstige Hilfen zur Pflege sowie Leistungen an Berechtigte im Ausland
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KF33** Hilfe zur Pflege (§ 26c): Darlehen
→ erweiterter Leistungsbereich.

- KF41** Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes (§ 26d): Beihilfen sowie Leistungen an Berechtigte im Ausland
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KF81** Erholungshilfe (§ 27b): Beihilfen sowie Leistungen an Berechtigte im Ausland
- Muss zur Erhaltung der Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit notwendig sein
- laufende Gesundheitsausgaben.
- KF101** Hilfe in besonderen Lebenslagen (§ 27d i. V. mit Abschnitt 3 BSHG): Beihilfen sowie Leistungen an Berechtigte im Ausland
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KF102** Hilfe in besonderen Lebenslagen (§ 27d i. V. mit Abschnitt 3 BSHG): Darlehen
→ erweiterter Leistungsbereich.

4.1.2.4 Kriegsoferversorgung und sonstige Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz

Rechtliche Grundlagen

Die staatliche Versorgung von Kriegsopfern wird in Deutschland durch das Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG) geregelt. Gemäß den §§ 10 bis 24a haben Berechtigte Anspruch auf Versorgung mit Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen und Krankenbehandlung.

Die Ansprüche gemäß den §§ 25 bis 27 BVG – der sogenannten Kriegsopferversorgung – werden separat unter Punkt 4.1.2.3 behandelt.

Datenquellen

Bundesministerium der Finanzen: Bundeshaushaltspläne, aktuell BHP 2010 (Ist-Werte für 2008), Einzelplan 1110.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sozialbudget, Ausgaben nach dem BVG, Institution 51.

Berechnungsweg in der GAR

Aktuell werden einerseits sechs Titel des Einzelplanes 1110 des Bundeshaushaltsplanes sowie die Auswertungen des Sozialbudgets zu den Einkommensleistungen berücksichtigt. Die sechs Titel des Bundeshaushaltsplanes werden durch Aufteilung und Quotierung in einer Hilfsrechnung in insgesamt zehn Konten für die Zwecke der GAR umgerechnet. Die Quoten stammen aus Informationen älterer Haushaltspläne, in denen die Titel teilweise detaillierter beschrieben worden sind.

Einzelkonten

B u n d e s h a u s h a l t s p l a n

KO310 Durchführung der Versehrtenleibesübungen sowie Zuschüsse zur Förderung von Einrichtungen für Versehrtenleibesübungen für Kriegsbeschädigte
Titel 671 01 – 242
→ laufende Gesundheitsausgaben.

KO570 Heilbehandlungskosten nach dem Soldatenversorgungsgesetz
Titel 636 21 – 241
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

KO800 Heilbehandlung, Bädereien und Krankenbehandlung in versorgungseigenen Krankenanstalten sowie Bädereien in versorgungsfremden Kureinrichtungen
Titel 632 41 – 242

→ laufende Gesundheitsausgaben.

KO1031 Sachleistungen, die von der Versorgungsbehörde gewährt werden (ohne orthopädische Versorgung und Behandlung in versorgungseigenen Krankenanstalten) – Anteil Zahnersatz

- Bestandteil des Titel 671 41 – 241 (geschätzte Quote: 60 %; insgesamt werden nur 80 % des Titels verteilt)

→ laufende Gesundheitsausgaben.

KO1032 Sachleistungen, die von der Versorgungsbehörde gewährt werden (ohne orthopädische Versorgung und Behandlung in versorgungseigenen Krankenanstalten) – Anteil Rehabilitation

- Bestandteil des Titel 671 41 – 241 (geschätzte Quote: 20 %; insgesamt werden nur 80 % des Titels verteilt)

→ laufende Gesundheitsausgaben.

KO1050 Versorgung mit Hilfsmitteln

Titel 671 42 – 241

→ laufende Gesundheitsausgaben.

KO1060 Geldleistungen, die von den Versorgungsbehörden gewährt werden (vorheriger Kauf von Sachleistung wird unterstellt) – Anteil Hilfsmittel

- Bestandteil des Titel 681 41 – 241 (geschätzte Quote: 60 %; insgesamt werden nur 95 % des Titels verteilt)

→ laufende Gesundheitsausgaben.

KO1070 Geldleistungen, die von den Versorgungsbehörden gewährt werden (vorheriger Kauf von Sachleistung wird unterstellt) – Anteil Zahnersatz

- Bestandteil des Titel 681 41 – 241 (geschätzte Quote: 20 %; insgesamt werden nur 95 % des Titels verteilt)

→ laufende Gesundheitsausgaben.

KO1080 Geldleistungen, die von den Versorgungsbehörden gewährt werden (vorheriger Kauf von Sachleistung wird unterstellt) – Anteil Rehabilitation

- Bestandteil des Titel 681 41 – 241 (geschätzte Quote: 10 %; insgesamt werden nur 95 % des Titels verteilt)

→ laufende Gesundheitsausgaben.

KO1090 Geldleistungen, die von den Versorgungsbehörden gewährt werden (vorheriger Kauf von Sachleistung wird unterstellt) – Zuschuss Rehabilitation

- Bestandteil des Titel 681 41 – 241 (geschätzte Quote: 5 %; insgesamt werden nur 95 % des Titels verteilt)

→ laufende Gesundheitsausgaben.

S o z i a l b u d g e t

Mehrere Einzelkonten der Institution 51, z. B.

SBBV51010100 Bundesversorgungsgesetz: Beschädigenten

→ erweiterter Leistungsbereich.

4.1.2.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Rechtliche Grundlagen

Bund, Länder und Gemeinden erbringen aufgrund einer Vielzahl von Rechtsvorschriften unterschiedliche Leistungen im Gesundheitswesen, unter anderem sind sie für die Aufsicht der Gesundheitsakteure zuständig. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben wird unter dem Begriff „öffentlicher Gesundheitsdienst“ zusammengefasst. Auf Bundesebene wären hier beispielsweise die Informationskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, auf Landesebene die unterschiedlichen Leistungen der Landesgesundheitsämter und auf kommunaler Ebene die gesundheitsspezifischen Maßnahmen der kommunalen Aufsichtsbehörden zu nennen.

Datenquellen

Statistisches Bundesamt: Sonderauswertungen der Rechnungsergebnisse des öffentlichen Gesamthaushalts und der kommunalen Haushalte.

Berechnungsweg in der GAR

Im Rahmen der Sonderauswertungen der Rechnungsergebnisse des öffentlichen Gesamthaushalts und der kommunalen Haushalte werden die unmittelbaren Ausgaben des Bundes, der Länder und der Gemeinden/Gemeindezweckverbände untersucht. Für die Zwecke der GAR werden aus den Haushaltsplänen des Bundes und der Länder die Ausgaben mit den *Funktionen*

- 311 Gesundheitsbehörden
- 314 Maßnahmen des Gesundheitswesens

sowie aus den kommunalen Haushalten die Ausgaben mit den *Gliederungen*

- 50 Gesundheitsverwaltung
- 54 Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen der Gesundheitspflege

zusammengefasst.

Die Summe dieser unmittelbaren Ausgaben wird für die laufende Rechnung, die Kapitalrechnung und für Einkommensleistungen (Teilkomponente der laufenden Rechnung) separat ausgewiesen.

In einem nächsten Schritt werden die unmittelbaren Ausgaben der laufenden Rechnung gemäß eines Leistungsartenschlüssel (basierend auf der Personalstruktur der Gesundheitsämter) auf die unterschiedlichen Leistungsarten verteilt.

Einzelkonten

- ÖG1000** öffentlicher Gesundheitsdienst: Einkommensleistungen
→ erweiterter Leistungsbereich
- ÖG2000** öffentlicher Gesundheitsdienst: Sachleistungen (unmittelbare Ausgaben der laufenden Rechnung)
→ laufende Gesundheitsausgaben
- ÖG3000** öffentlicher Gesundheitsdienst: Investitionen (unmittelbare Ausgaben der Kapitalrechnung)
→ Investitionen

4.1.2.6 Sozialhilfe

Rechtliche Grundlagen

Berechtigte erhalten nach dem 12. Sozialgesetzbuch (SGB XII) im Rahmen der Sozialhilfe unter anderem

- Hilfe zur Gesundheit (einschl. Erstattung an Krankenkassen) (Kapitel 5).
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Kapitel 6).
- Hilfe zur Pflege (Kapitel 7).
- Hilfe in anderen Lebenslagen (Kapitel 9).

Die Ausgaben für diese Leistungsbereiche sind – in Gänze oder zumindest teilweise – in der GAR als gesundheitsrelevant einzustufen.

Datenquellen

Statistisches Bundesamt: Fachserie 13, Reihe 2.1: Sozialeistungen – Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe, Tabelle 1.

Sächsisches Staatsministerium: Sonderauswertung zum Landesblindengeld.

Berechnungsweg in der GAR

Die Werte für die berücksichtigten Konten aus der Sozialhilfe können der Datenquelle direkt entnommen werden. Für die Ermittlung der Ausgaben für die Suchtkrankenhilfe wird eine Hilfsrechnung durchgeführt, da diese Ausgabenposition seit der letzten Revision der Sozialhilfestatistik nicht mehr separat ausgewiesen wird.

Die Ausgaben für das Landesblindengeld werden in der GAR ebenfalls unter den Konten der Sozialhilfe gebucht, obwohl diese Zahlungen auf landesrechtlichen Grundlagen (meist: Landesblindengeldgesetz) basieren.

Einzelkonten

S o z i a l h i l f e s t a t i s t i k

SH111 Hilfe zur Pflege: Ausgaben für häusliche Pflege in Form von Pflegegeld bei erheblicher Pflegebedürftigkeit: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

SH121 Hilfe zur Pflege: Ausgaben für häusliche Pflege in Form von Pflegegeld bei schwerer Pflegebedürftigkeit: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

SH131 Hilfe zur Pflege: Ausgaben für häusliche Pflege in Form von Pflegegeld bei schwerster Pflegebedürftigkeit: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

SH143 Hilfe zur Pflege: angemessene Aufwendungen für Pflegeperson: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

SH144 Hilfe zur Pflege: angemessene Beihilfen: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

- SH145** Hilfe zur Pflege: Aufwendungen für die Beiträge der Pflegeperson oder der besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH146** Hilfe zur Pflege: Kostenübernahme für Heranziehung einer besonderen Pflegekraft: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH147** Hilfe zur Pflege: Hilfsmittel: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH152** Hilfe zur Pflege: Ausgaben für teilstationäre Pflege: In Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH162** Hilfe zur Pflege: Ausgaben für stationäre Pflege: In Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH172** Hilfe zur Pflege: Ausgaben für Kurzzeitpflege: In Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH201** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH202** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: In Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH211** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Heilpädagogische Leistungen für Kinder: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH212** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Heilpädagogische Leistungen für Kinder: In Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH220** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH230** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH240** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH251** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Suchtkrankenhilfe: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH252** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Suchtkrankenhilfe: In Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

- SH260** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Sonstige Eingliederungshilfe
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH270** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ohne heilpädagogische Leistungen für Kinder (SH211 und SH212)
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH280** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH281** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH282** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH283** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH290** Eingliederungshilfe für behinderte Menschen: Ausgleichskonto für Suchtkrankenhilfe (SH251 und SH252)
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH301** Hilfe zur Gesundheit: Hilfe bei Krankheit: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH302** Hilfe zur Gesundheit: Hilfe bei Krankheit: In Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH310** Hilfe zur Gesundheit: Erstattungen an Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH411** Hilfe zur Gesundheit: Vorbeugende Gesundheitshilfe: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH412** Hilfe zur Gesundheit: Vorbeugende Gesundheitshilfe: In Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH421** Hilfe zur Gesundheit: Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH422** Hilfe zur Gesundheit: Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft: In Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH430** Sonstige Hilfen in besonderen Lebenslagen: Blindenhilfe
→ erweiterter Leistungsbereich.

- SH441** Sonstige Hilfen in besonderen Lebenslagen: Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes: Außerhalb von Einrichtungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH442** Sonstige Hilfen in besonderen Lebenslagen: Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes: In Einrichtungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH451** Hilfe zur Gesundheit: Hilfe zur Familienplanung: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH452** Hilfe zur Gesundheit: Hilfe zur Familienplanung: In Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH461** Hilfe zur Gesundheit: Hilfe bei Sterilisation: Außerhalb von Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- SH462** Hilfe zur Gesundheit: Hilfe bei Sterilisation: In Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

S ä c h s i s c h e s S t a a t s m i n i s t e r i u m

- SH30000** Leistungen der Länder: Landesblindengeld
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SH30010** Leistungen der Länder: Landespflegegeld
→ erweiterter Leistungsbereich.

4.1.2.7 Sonstige öffentliche Ausgaben

Rechtliche Grundlagen

Sonstige öffentliche Ausgaben von Bund, Ländern und Kommunen können auf einer Vielzahl von unterschiedlichen Rechtsgrundlagen fußen. Sie sind aber funktional (über die Funktions- und Gliederungsziffern der Haushaltspläne) klar von den Ausgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes unterscheidbar. Unter den sonstigen öffentlichen Ausgaben werden Investitionsausgaben und Ausgaben des erweiterten Gesundheitsbereiches (Ausbildung, Forschung) erfasst.

Datenquellen

Statistisches Bundesamt: Auswertungen des Fachreferates basierend auf Fachserie 11, Reihe 4.5: Finanzen der Hochschulen, Tabelle 1.1, 2 u. a. Sonderauswertungen des Fachreferates zu den Ausgaben für Forschung außerhalb von Hochschulen. Sonderauswertungen der Rechnungsergebnisse der öffentlichen Haushalte zur Ausbildung an Schulen und Förderung der Träger der beruflichen Rehabilitation.

Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG): KHG-Mittel.

Berechnungsweg in der GAR

Die *Investitionsausgaben* der medizinischen Einrichtungen/Gesundheitswissenschaften der Universitäten werden im Rahmen der Sonderauswertung auf „Investitionen für Forschung und Lehre an medizinischen Einrichtungen“ (SO11) „Investitionen für die

Lehre an medizinischen Einrichtungen“ (SO13) und „Investitionen bei Krankenbehandlung an medizinischen Einrichtungen“ (SO22) aufgeteilt.

Die *laufenden Ausgaben* für den Lehr- und Forschungsbereich Pharmazie werden im Rahmen der Sonderauswertung auf „Ausgaben für Forschung und Entwicklung“ (SO2) sowie auf die „Ausgaben für die Lehre“ (SO4) aufgeteilt. Die *Investitionsausgaben* für den Lehr- und Forschungsbereich Pharmazie werden im Rahmen der Sonderauswertung auf „Investitionen für Forschung und Entwicklung“ (SO12) sowie auf die „Investitionen für die Lehre“ (SO14) aufgeteilt.

Die Ausgaben für Forschung und Lehre an medizinischen Einrichtungen (SO1) sowie die Ausgaben für die Lehre an medizinischen Einrichtungen (SO3) werden im Rahmen von Sonderauswertung zur Verfügung gestellt.

Die Forschungsausgaben außerhalb von Hochschulen im Bereich der Humanmedizin (SO5) und Pharmazie (SO6) sowie deren Investitionsausgaben (SO15 und SO16) werden im Rahmen von Sonderauswertungen zur Verfügung gestellt.

Die Ausgaben für Schulen des Gesundheitswesens (SO7) und die Förderung überregionaler Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation durch den Bund (SO30) werden durch Auswertungen der staatlichen Haushaltspläne vom Fachreferat der öffentlichen Finanzen übermittelt.

Einzelkonten

H o c h s c h u l f i n a n z s t a t i s t i k

- SO1** Ausgaben für Forschung und Entwicklung an medizinischen Einrichtungen: laufende Ausgaben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SO2** Ausgaben für Forschung und Entwicklung im Lehr- und Forschungsbereich Pharmazie an Universitäten und Gesamthochschulen: laufende Ausgaben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SO3** Ausgaben für die Lehre an medizinischen Einrichtungen: laufende Ausgaben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SO4** Ausgaben für die Lehre im Lehr- und Forschungsbereich Pharmazie an Universitäten und Gesamthochschulen: laufende Ausgaben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- SO11** Ausgaben für Forschung und Entwicklung an medizinischen Einrichtungen: Investitionsausgaben
→ Investitionen.
- SO12** Ausgaben für Forschung und Entwicklung im Lehr- und Forschungsbereich Pharmazie an Universitäten und Gesamthochschulen: Investitionsausgaben
→ Investitionen.
- SO13** Ausgaben für die Lehre an medizinischen Einrichtungen: Investitionsausgaben
→ Investitionen.

Daten und Berechnungsgrundlagen

S014 Ausgaben für die Lehre im Lehr- und Forschungsbereich Pharmazie an Universitäten und Gesamthochschulen: Investitionsausgaben
→ Investitionen.

S022 Investitionsausgaben bei Krankenbehandlung an medizinischen Einrichtungen
→ Investitionen.

S o n s t i g e D a t e n q u e l l e n

S05 Forschung für Gesundheit (Humanmedizin) außerhalb von Hochschulen: laufende Ausgaben.
→ erweiterter Leistungsbereich.

S06 Forschung für Gesundheit (Pharmazie) außerhalb von Hochschulen: laufende Ausgaben
→ erweiterter Leistungsbereich.

S07 Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens
→ erweiterter Leistungsbereich.

S015 Forschung für Gesundheit (Humanmedizin) außerhalb von Hochschulen: Investitionsausgaben
→ Investitionen.

S016 Forschung für Gesundheit (Pharmazie) außerhalb von Hochschulen: Investitionsausgaben
→ Investitionen.

S021 Investitionen für Krankenhäuser
• Investitionsausgaben der Länder gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)
→ Investitionen.

S023 Eigenbeteiligung öffentlicher Krankenhäuser
→ Investitionen.

S030 Förderung überregionaler Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation durch den Bund
→ Investitionen.

4.2 Gesetzliche Krankenversicherung

4.2.1 Inhalte

In der GAR werden unter dem Ausgabenträger gesetzliche Krankenversicherung sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen – als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung – erfasst. Die gesetzlichen Krankenkassen sind für über 70 Mill. Menschen in Deutschland das wichtigste Sicherungssystem im Krankheitsfall. Momentan (Stand: April 2010) gibt es 166 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland. Seit 2007 gibt es in Deutschland eine Versicherungspflicht gegen das Risiko von Krankheit. Die gesamte Bevölkerung muss sich daher entweder bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichern oder einen Versicherungsvertrag bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abschließen. Die gesetzlichen Krankenkassen lassen sich nach der Kassenart in die

- Allgemeinen Ortskrankenkassen,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- Landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- Knappschaft-Bahn-See und
- Ersatzkassen

einteilen.

Als Sozialversicherungssystem werden alle Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in der Systematik des System of Health Account (SHA) der „Social Security“ zugeordnet.

4.2.2 Berechnungsweg und Einzelkonten

4.2.2.1 Rechtliche Grundlagen

Das 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) bildet den gesetzlichen Rahmen für die gesetzliche Krankenversicherung. Darin wird bestimmt, welche Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und welche Personen sich freiwillig versichern können (Kapitel 2). Des Weiteren werden im SGB V die zu erbringende Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen festgelegt (Kapitel 3) und das Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern geklärt (Kapitel 4). Außerdem wird dort die Finanzierung der Krankenkassen geregelt (Kapitel 8).

4.2.2.2 Datenquellen

Bundesministerium für Gesundheit: KJ1-Statistik (endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen).

4.2.2.3 Berechnungsweg in der GAR

Für die Zwecke der GAR können die Werte der KJ1-Statistik zu einem Großteil direkt verwendet werden. Die Kontenstruktur der KJ1-Statistik wird daher fast vollständig in der GAR übernommen.

Für zwei Konten der GAR werden Hilfsrechnungen benötigt:

- Das KJ1-Konto KV00589 wird für die GAR in drei Konten aufgeteilt.
- Die Investitionsausgaben der Krankenversicherungen werden aus Einzelkonten der KJ1 berechnet.

4.2.2.4 Einzelkonten

- KV400** Ärztliche Behandlung: Ärztliche Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV401** Ärztliche Behandlung: Ambulantes Operieren
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV402** Ärztliche Behandlung: Dialyse-Sachkosten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV403** Ärztliche Behandlung: Ambulante Behandlung im Krankenhaus
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV405** Ärztliche Behandlung: Soziotherapie nach § 37a SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV406** Ärztliche Behandlung: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV407** Ärztliche Behandlung: Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV410** Zahnärztliche Behandlung: Konservierend chirurgische Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV412** Zahnärztliche Behandlung: KfO-Behandlung – Honorar
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV413** Zahnärztliche Behandlung: KfO-Behandlung – Material und Laborkosten von *praxiseigenen* Labors
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV414** Zahnärztliche Behandlung: KfO-Behandlung – Material und Laborkosten von *gewerblichen* Labors
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV415** Zahnärztliche Behandlung: Kinder-Früherkennungsuntersuchung (FU1 – FU3)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV416** Zahnärztliche Behandlung: Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV417** Zahnärztliche Behandlung: Fissurenversiegelung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV418** Zahnärztliche Behandlung: Parodontose-Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV419** Zahnärztliche Behandlung: Sonstige zahnärztliche Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- KV425** Zahnersatz: Vergütungszuschläge für Zahnersatz (§ 136 b Abs. 2 SGB V)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV426** Zahnersatz: Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV427** Zahnersatz: Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV428** Zahnersatz: Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 3 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV430** Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken – nur vertragsärztliche Versorgung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV431** Hilfsmittel aus Apotheken – besonderer Art
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV432** Hilfsmittel aus Apotheken – ohne die besonderer Art
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV433** Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV434** Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken – ohne vertragsärztliche Versorgung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV435** Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel – nur vertragsärztliche Versorgung
- Versandhandel im Ausland
- laufende Gesundheitsausgaben.
- KV436** Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen – nur vertragsärztliche Versorgung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV437** Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen – ohne vertragsärztliche Versorgung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV438** Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel – ohne vertragsärztliche Versorgung
- Versandhandel im Ausland
- laufende Gesundheitsausgaben.
- KV439** Arzneimittelrabatte
- immer negativer Wert (mit KV430 zu verrechnen)
- laufende Gesundheitsausgaben.
- KV440** Hilfsmittel von Fachärzten der Orthopädie
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV441** Hilfsmittel von Orthopädietechnikern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV442** Hilfsmittel von Orthopädieschuhmachern
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- KV443** Sehhilfen von Optikern (ohne Kontaktlinsen)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV444** Kontaktlinsen von Optikern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV445** Kontaktlinsen von Augenärzten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV446** Hörhilfen von Optikern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV447** Hörhilfen von Hörgeräteakustikern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV448** Sachleistungen bei Dialyse
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV449** Hilfsmittel der besonderen Art (ohne KV 431)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV450** Leistungen von Masseurinnen und medizinischen Badebetrieben
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV452** Leistungen von Krankengymnasten/Physiotherapeuten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV453** Behandlung durch sonstige Heilpersonen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV454** Ergo-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV455** Logopäden/Sprachtherapeuten – ohne vertragsärztliche Versorgung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV456** Heilmittel von Krankenhäusern außerhalb der stationären Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV457** Logopäden/Sprachtherapeuten – nur vertragsärztliche Versorgung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV458** Podologische Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV459** Heil- und Hilfsmittel von Sonstigen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV460** Krankenhausbehandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV461** Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (§ 115a SGB V)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV462** Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115a SGB V)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV463** Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- KV464** Stationäre Rehabilitationsleistung – Anschlussrehabilitation
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV465** Stationäre Rehabilitationsleistung – Anschlussrehabilitation für Kinder
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV466** Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV467** Krankenhausbehandlung: Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV468** Krankenhausbehandlung: Mehrleistungen (nur Knappschaft)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV469** Krankenhausbehandlung: Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG
→ Investitionen.
- KV470** Krankengeld
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV471** Krankengeld bei Betreuung eines kranken Kindes
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV472** Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV473** Krankengeld bei stationären Rehabilitationsleistungen und medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV474** Krankengeld bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV476** Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen nach § 47a Abs. 3 SGB V
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV477** Krankengeld und Beiträge aus sozialrechtlichen Herstellungsansprüchen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV478** Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV480** Aufwendungen für Leistungen im Ausland: Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV481** Aufwendungen für Leistungen im Ausland: Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV482** Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- KV483** Aufwendungen für Leistungen im Ausland: Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV484** Behandlung im Ausland – Mehrleistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV485** Arznei- und Verbandmittel im Ausland
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV486** Krankenhausbehandlung im Ausland
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV487** Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV488** Dialysebehandlung im Ausland
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV489** Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140e SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV492** Flugrettung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV493** Krankentransportwagen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV494** Rettungswagen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV495** Notarztwagen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV496** Fahrkosten: Taxen und Mietwagen
→ laufende Gesundheitsausgaben
- KV499** Sonstige Fahrkosten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV500** Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten – Sachleistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV501** Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten – Zuschuss zu den sonstigen Kosten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV502** Stationäre Vorsorgeleistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV503** Stationäre Vorsorgeleistungen – Kinder
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV504** Stationäre Rehabilitationsleistungen – Kinder
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV505** Stationäre Rehabilitationsleistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- KV506** Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV508** Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV509** Persönliche Budgets nach § 17 SGB IX
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV510** Soziale Dienste
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV511** Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V – Individualansatz
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV512** Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV513** Förderung von Selbsthilfegruppen – nur Zuschuss
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV514** Förderung von Selbsthilfegruppen – ohne Zuschuss
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV515** Ergänzende Maßnahmen – Arbeitsschutz/Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20 Abs. 2 SGB V)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV516** Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV517** Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV518** Schutzimpfungen nach § 23 Abs. 9 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV519** Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV520** Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV521** Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV522** Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV523** Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV524** Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV525** Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- KV526** Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV527** Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV530** Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaft: Ärztliche Beratung und Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV531** Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaft: Krankenhausbehandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV532** Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaft: Arznei- und Verbandmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV537** Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaft: Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG
→ Investitionen.
- KV539** Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaft: Übrige Aufwendungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV540** Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV541** Rehabilitationssport
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV542** Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV543** Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren (§ 120 Abs. 2 SGB V)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV544** Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 120 Abs. 2 SGB V)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV545** Belastungserprobung und Arbeitstherapie
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV546** Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen – ohne ambulante Anschlussrehabilitation
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV547** Ambulante Anschlussrehabilitation
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV548** Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i.V.m. § 56 SGB IX
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV549** Prämien/Boni an Arbeitgeber nach § 65a Abs. 2 SGB V und § 84 Abs. 3 SGB IX
→ erweiterter Leistungsbereich.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- KV550** Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft: Ärztliche Betreuung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV551** Hebammenhilfe
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV552** Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft: Stationäre Entbindung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV553** Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV554** Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV555** Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft: Sonstige Sachleistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV556** Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV558** Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft: Mehrleistungen
(nur Knappschaft)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV559** Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft: Investitionszuschlag
nach Art. 14 Abs. 3 GSG
→ Investitionen.
- KV560** Gestellte Betriebshilfe – Regelleistung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV561** Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe – Regelleistung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV562** Betriebshilfe – Mehrleistung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV563** Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV564** Gestellte Haushaltshilfe – Regelleistung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV565** Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe – Regelleistung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV566** Haushaltshilfe – Mehrleistung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV567** Häusliche Krankenpflege – Regelleistung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV568** Häusliche Krankenpflege – Ermessensleistung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV569** Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs.2 Satz 2 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV570** Integrierte Versorgung: Ambulante ärztliche Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- KV571** Integrierte Versorgung: Zahnärztliche Behandlung/Zahnersatz
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV572** Integrierte Versorgung: Sachleistungen bei Dialyse
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV573** Integrierte Versorgung: Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV574** Integrierte Versorgung: Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV575** Integrierte Versorgung: Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV576** Integrierte Versorgung: KH-Behandlung einschließlich teilstationärer Behandlung in Dialysestationen und stationärer Anschluss-Rehabilitation
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV577** Integrierte Versorgung: Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV578** Integrierte Versorgung: Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV579** Integrierte Versorgung: Übrige nicht RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV581** Medizinische Vorsorgeleistungen – DMP
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV583** Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation – DMP
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV587** Integrierte Versorgung – Rabatte
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV588** Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der Integrierten Versorgung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV589** Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V
- **KV589A**
→ laufende Gesundheitsausgaben.
 - **KV589B**
→ laufende Gesundheitsausgaben.
 - **KV589C**
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- KV590** Sonstige Leistungen: Medizinischer Dienst
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV591** Sonstige Leistungen: Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV592** Sonstige Leistungen: Gebärdendolmetscher sowie medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X, § 26 Abs. 3 SGB IX)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV593** Sonstige Leistungen: Erstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V für Psychotherapie
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV594** Sonstige Leistungen: Zuschüsse zu stationären Hospizen – Regelleistung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV595** Sonstige Leistungen: Förderung ambulanter Hospizdienste/Zuschüsse zu stationären Hospizen – Mehrleistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV596** Sonstige Leistungen: Versichertenbonus nach § 65a Abs. 2 SGB V
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV597** Sonstige Leistungen: Versichertenbonus nach § 65a Abs. 1 und 3a SGB V
→ erweiterter Leistungsbereich.
- KV598** Sonstige Leistungen: Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV599** Sonstige Leistungen: Übrige Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV6100** Rechnungsmäßiges Defizit der Eigenbetriebe
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV6350** Aufwendungen aus Wahlтарifen nach § 53 SGB V: Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV6360** Aufwendungen aus Wahlтарifen nach § 53 SGB V: Übernommene Kosten für Arzneimittel die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV6800** Bonuszahlungen Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Abs. 4 und 8 SGB V
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV6900** Sonstige Aufwendungen: Ausgaben bei Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV6910** Sonstige Aufwendungen: Zahlungen nach G 131
→ laufende Gesundheitsausgaben.

- KV6940** Sonstige Aufwendungen: Ausgaben für die persönliche elektronische Gesundheitsakte
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV6950** Sonstige Aufwendungen: Kosten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV6970** Sonstige Aufwendungen: Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KV10000** Investition der Eigenbetriebe
- Hilfsrechnung mit Vorjahresvergleichen
 - Summe KV072 und KV073 (aktuelles Jahr) minus Summe KV072 und KV073 (Vorjahr)
- Investitionen.
- KV20000** Investition für die Verwaltung
- Hilfsrechnung mit Vorjahresvergleichen
 - Summe KV070 und KV071 (aktuelles Jahr) minus Summe KV070 und KV071 (Vorjahr)
- Investitionen.

Kontenklasse 7 Verwaltungs- und Verfahrenskosten

Alle Konten der Kontengruppen KG70 bis KG75 (Bruttoverwaltungskonten) werden in der GAR berücksichtigt und als *laufende Gesundheitsausgaben* verbucht.

Es gibt folgende Ausnahmen:

- Abschreibungen (werden in der GAR nicht berücksichtigt):
KV7113: Abschreibungen für Gebäude.
KV7115: Abschreibungen von technischen Anlagen.
KV7121: Abschreibungen von Kraftfahrzeugen.
KV7131: Abschreibungen von der beweglichen Einrichtung.
KV7134: Abschreibungen von der beweglichen Einrichtung/Werbemaßnahmen.
- Beihilfen, Unterstützung und Fürsorgeleistungen
Diese Ausgaben werden schon als Gesundheitsausgaben für Arbeitgeber verbucht. Um Doppelzahlungen zu vermeiden, müssen diese Ausgaben daher aus den Verwaltungsausgaben der GKV ausgeschlossen werden.
KV7030: Beihilfen für Beschäftigte.
KV7031: Beihilfen für Versorgungsempfänger.
KV7032: Unterstützungen für Beschäftigte und Versorgungsempfänger.
KV7033: Fürsorgeleistungen für Beschäftigte und Versorgungsempfänger.

Daten und Berechnungsgrundlagen

Die Konten der Kontengruppe KG76 „Erstattungen von anderen Krankenkassen“ müssen mit KG70 bis KG75 verrechnet werden, da hier die von anderen erstatteten Verwaltungskosten gebucht werden. Daher werden die Werte der Konten der KG76 von den Werten der KG70 bis 75 abgezogen. Daraus erhält man die Netto-Verwaltungskosten.

4.3 Soziale Pflegeversicherung

4.3.1 Inhalte

In der GAR werden unter dem Ausgabenträger soziale Pflegeversicherung sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben derjenigen Pflegekassen erfasst, die organisatorisch an eine gesetzliche Krankenkasse angebunden sind. Der Versicherungsschutz gegen die Folgen von Pflegebedürftigkeit ist obligatorisch. Die Organisation der Pflegeversicherung beruht dabei auf dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“: gesetzlich Krankenversicherte sind in der sozialen Pflegeversicherung versichert; privat Krankenversicherte müssen bei ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Versicherung gegen die Folgen von Pflegebedürftigkeit abschließen. Die Ausgaben der privaten Pflege-Pflichtversicherung werden daher nicht unter den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung, sondern unter den Ausgaben der privaten Krankenversicherung erfasst. Die soziale Pflegeversicherung wurde 1995 als fünfter Pfeiler des Sozialversicherungssystems in Deutschland eingeführt. Die erbrachten Leistungen unter der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind identisch.

Als Sozialversicherungssystem werden alle Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Rahmen des System of Health Account (SHA) der „Social Security“ zugeordnet.

4.3.2 Berechnungsweg und Einzelkonten

4.3.2.1 Rechtliche Grundlagen

Das 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI) bildet den gesetzlichen Rahmen für die soziale Pflegeversicherung. Darin werden die leistungsberechtigten und versicherungspflichtigen Personen bestimmt, die diesem Sozialversicherungszweig angehören können (Kapitel 2 und 3). Des Weiteren wird im SGB XI der Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung festgelegt (Kapitel 4), sowie die Finanzierung der Pflegeversicherung geregelt (Kapitel 6). Das Verhältnis von Pflegekassen und Leistungserbringern wird geklärt (Kapitel 7) und die Vergütung für Pflegeleistungen festgesetzt (Kapitel 8).

4.3.2.2 Datenquellen

Bundesministerium für Gesundheit: PJ1-Statistik (endgültige Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung)

4.3.2.3 Berechnungsweg in der GAR

Für die Zwecke der GAR werden die Werte der PJ1-Statistik direkt übernommen. Die Kontenstruktur der PJ1-Statistik wird in der GAR verwendet.

4.3.2.4 Einzelkonten

- PV4000** Pflegesachleistung – Pflegestufe I
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4010** Pflegesachleistung – Pflegestufe II
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4020** Pflegesachleistung – Pflegestufe III
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- PV4030** Pflegesachleistung – Härtefallregelung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4100** Pflegegeld – Pflegestufe I
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4110** Pflegegeld – Pflegestufe II
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4120** Pflegegeld – Pflegestufe III
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4200** Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4300** Pflegehilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4310** Technische Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4320** Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4400** Pflegekräfte
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4500** Beiträge zur Rentenversicherung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4501** Beiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4502** Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4503** Beiträge zur Arbeitslosenversicherung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4510** Pflegekurse
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4600** Häusliche Beratungseinsätze bei Pflegestufe I – III
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4601** Häusliche Beratungseinsätze bei Pflegestufe 0
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4700** Zusätzliche ambulante Betreuungsleistung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4701** Zusätzliche ambulante Betreuungsleistung: Grundbetrag bei Pflegestufe I – III
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4702** Zusätzliche ambulante Betreuungsleistung: Erhöhter Betrag bei Pflegestufe I – III
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4703** Zusätzliche ambulante Betreuungsleistung: Grundbetrag bei Pflegestufe 0
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- PV4704** Zusätzliche ambulante Betreuungsleistung: Erhöhter Betrag bei Pflegestufe 0
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4710** Stationäre Vergütungszuschläge (§ 87b SGB XI)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4800** Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote (Ausgleichsfonds)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4810** Förderung von Modellvorhaben (Ausgleichsfonds)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4820** Modellvorhaben der Spitzenverbände (Ausgleichsfonds)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4900** Pflegeberatung: Personalkosten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4910** Pflegeberatung: Sachkosten und Finanzierungsanteile
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4911** Pflegeberatung: Vorlaufkosten der Pflegeberatung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV4960** Pflegeberatung: Erstattungen aus der Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5000** Tagespflege und Nachtpflege – Pflegestufe I
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5010** Tagespflege und Nachtpflege – Pflegestufe II
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5020** Tagespflege und Nachtpflege – Pflegestufe III
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5100** Kurzzeitpflege in zugelassenen Einrichtungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5101** Kurzzeitpflege in sonstigen Einrichtungen für Kinder
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5200** Vollstationäre Pflege – Pflegestufe I
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5210** Vollstationäre Pflege – Pflegestufe II
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5220** Vollstationäre Pflege – Pflegestufe III
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5230** Vollstationäre Pflege – Härtefallregelung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5240** Bonuszahlungen nach § 87a Abs. 4 SGB XI bei Rückstufung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5300** Zuschuss für vollstationäre Pflege – Pflegestufe I
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- PV5310** Zuschuss für vollstationäre Pflege – Pflegestufe II
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5320** Zuschuss für vollstationäre Pflege – Pflegestufe III
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5400** Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege – Pflegestufe I
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5410** Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege – Pflegestufe II
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5420** Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege – Pflegestufe III
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5430** Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege – Härtefallregelung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5500** Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5800** Leistungen im Ausland
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV5900** Gebärdensprachdolmetscher
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV6900** Ausgaben bei Vereinigung, Auflösung und Schließung von Pflegekassen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV7000** Verwaltungskostenpauschale
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV7010** Verwaltungskosten (Jahresabrechnung)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PV7500** Medizinischer Dienst
→ laufende Gesundheitsausgaben.

4.4 Gesetzliche Rentenversicherung

4.4.1 Inhalte

In der GAR werden unter dem Ausgabenträger gesetzliche Rentenversicherung sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben der

- Allgemeinen Rentenversicherung,
- Knappschaftlichen Rentenversicherung,
- Landwirtschaftlichen Alterskassen,
- Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes und der
- Versorgungswerke

erfasst.

Die gesetzliche Rentenversicherung wird von 2 Bundesträgern (DRV Bund und DRV Knappschaft-Bahn-See) sowie 14 Regionalträgern (z. B. DRV Rheinland) getragen. Die landwirtschaftlichen Alterskassen bilden zusammen mit den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und den landwirtschaftlichen Krankenkassen die landwirtschaftliche Sozialversicherung. Die Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes ist ein Altersvorsorgesystem, welches ergänzende Altersvorsorgemaßnahmen für die Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes anbietet. Die berufsständischen Versorgungswerke stellen eine verpflichtende Altersversorgung der freien Berufe (z. B. Ärzte, Rechtsanwälte) dar, deren Berufstätige nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind.

Von diesen Rentenversicherungen finanzierte und für die GAR relevante Maßnahmen sind insbesondere die Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Bereich der laufenden Gesundheitsausgaben sowie die Renten bei Erwerbsminderung durch Invalidität und Arbeitsunfall als Einkommensleistungen des erweiterten Leistungsbereiches.

Als Sozialversicherungssystem werden alle Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung im Rahmen des System of Health Account (SHA) der „Social Security“ zugeordnet.

4.4.2 Berechnungsweg und Einzelkonten

4.4.2.1 Rechtliche Grundlagen

Das 6. Sozialgesetzbuch (SGB VI) bildet den gesetzlichen Rahmen für die gesetzliche Rentenversicherung. Darin wird der in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherte Personenkreis (Kapitel 1) festgelegt und die Leistungen bestimmt, welche von den Trägern der Rentenversicherung zu erbringen sind (Kapitel 2). Die für die GAR besonders interessanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden im 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX) detaillierter beschrieben. Des Weiteren werden in SGB VI auch noch die Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung (Kapitel 3) und deren Finanzierung festgelegt (Kapitel 4).

4.4.2.2 Datenquellen

Deutsche Rentenversicherung Bund: RJ1-Statistik (endgültige Rechnungsergebnisse der allgemeinen und knappschaftlichen Rentenversicherung), Sonderauswertungen zu den Investitionen und den gesundheitsrelevanten Verwaltungskosten.

Landwirtschaftliche Sozialversicherung: Endgültige Rechnungsergebnisse der landwirtschaftlichen Alterskassen.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sozialbudget zu den vorzeitig ausgezahlten Renten wegen Erwerbsunfähigkeit; Institutionen 11, 21, 22 und 43.

4.4.2.3 Berechnungsweg in der GAR

Für die Zwecke der GAR können die Werte der RJ1-Statistik und die Kontenstruktur der allgemeinen und knappschaftlichen Rentenversicherung übernommen werden. Für die Investitionskonten der knappschaftlichen Rentenversicherung werden Hilfsrechnungen durchgeführt:

- das Konto RK10000 ergibt sich aus der Summe der Konten RK920-929;
- für das Konto RK20000 wird der gesundheitsrelevante Anteil aller Ausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung an die Summe der Konten RK910-919 angelegt.

Die Verwaltungskonten werden in der GAR nur anteilig berücksichtigt (der Anteil spiegelt sich im Leistungsartenschlüssel wider).

Die Kontenstruktur der Rechnungsergebnisse der Alterssicherung der Landwirte muss für die GAR leicht modifiziert werden:

In der GAR ist das Konto

LA404 = Summe der Konten 404 + 414 + 424 gemäß Kontenrahmen der LAK.

LA405 = Summe der Konten 405 + 415 + 425 gemäß Kontenrahmen der LAK.

LA406 = Summe der Konten 406 + 416 + 426 gemäß Kontenrahmen der LAK.

LA407 = Summe der Konten 407 + 417 + 427 gemäß Kontenrahmen der LAK.

LA408 = Summe der Konten 408 + 418 + 428 gemäß Kontenrahmen der LAK.

LA409 = Summe der Konten 409 + 419 + 429 gemäß Kontenrahmen der LAK.

LA430 = Summe der Konten 430 + 440 + 450 gemäß Kontenrahmen der LAK.

LA431 = Summe der Konten 431 + 441 + 451 gemäß Kontenrahmen der LAK.

LA432 = Summe der Konten 432 + 442 + 452 gemäß Kontenrahmen der LAK.

LA433 = Summe der Konten 433 + 443 + 453 gemäß Kontenrahmen der LAK.

LA434 = Summe der Konten 434 + 444 + 454 gemäß Kontenrahmen der LAK.

Die vorzeitigen Rentenzahlungen bei Invalidität und Arbeitsunfall können dem Sozialbudget direkt entnommen werden.

4.4.2.4 Einzelkonten

Allgemeine Rentenversicherung

RJ1 - Statistik

RV400 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen:
Ambulante Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- RV401** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in eigenen Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV402** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in fremden Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV403** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV404** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld vor Beginn der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV405** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld während der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV407** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV408** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld bei stufenweiser Wiedereingliederung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV409** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Sonstige ergänzende Leistungen (ohne Sozialversicherungsbeiträge)
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- RV410** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Ambulante Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV411** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in eigenen Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV412** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in fremden Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV413** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- RV414** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld vor Beginn der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV415** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld während der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV417** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV418** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld bei stufenweiser Wiedereingliederung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV419** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Sonstige ergänzende Leistungen (ohne Sozialversicherungsbeiträge)
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- RV420** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Ambulante Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV421** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in eigenen Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV422** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in fremden Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV423** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV424** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld vor Beginn der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV425** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld während der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.

- RV427** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV428** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld bei stufenweiser Wiedereingliederung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV429** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Sonstige ergänzende Leistungen (ohne Sozialversicherungsbeiträge)
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- RV430** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Ambulante Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- RV431** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in eigenen Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- RV432** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in fremden Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- RV433** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV434** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld vor Beginn der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV435** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld während der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV436** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld im Anschluss an die Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV437** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld zwischen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV438** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (insbesondere Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung)
→ erweiterter Leistungsbereich.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- RV439** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Sonstige ergänzende Leistungen (ohne Sozialversicherungsbeiträge)
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- RV440** Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden: Beiträge zur Krankenversicherung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV441** Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden: Beiträge zur Unfallversicherung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV442** Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden: Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV443** Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden: Beiträge zur Pflegeversicherung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV460** Nicht begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Stationäre Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV461** Nicht begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Übergangsgeld bei stationären Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV462** Nicht begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Onkologische Nachsorgeleistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV463** Nicht begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Übergangsgeld bei onkologischen Nachsorgeleistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV470** Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Nichtstationäre Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV471** Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Übergangsgeld bei nichtstationären Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV472** Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV473** Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Übergangsgeld bei stationären medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV474** Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Stationäre Heilbehandlung für Kinder
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- RV475** Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Zuwendungen für Einrichtungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RV700-708** Gehälter, Löhne und Sozialversicherungsbeiträge
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV710-719** Versorgungsbezüge, Beihilfen, Unterstützungen und Fürsorgeleistungen
- Ohne Konten 714, 715, 718 und 719 (sonst Doppelzählung!)
- laufende Gesundheitsausgaben.
- RV721-729** Personalbezogene Sachkosten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV730-739** Allgemeine Sachkosten der Verwaltung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV740-749** Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen
- Ohne Konto 747 (Abschreibungen)
- laufende Gesundheitsausgaben.
- RV750-756** Fahrzeuge und bewegliche Einrichtung
- Ohne Konten 751 und 754 (Abschreibungen)
- laufende Gesundheitsausgaben.
- RV760-765** Aufwendungen für die Selbstverwaltung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV770-773** Kosten der Rechtsverfolgung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV780** Kosten des Sozialmedizinischen Dienstes: Fremdkosten für ärztliche Untersuchungen und Gutachten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV782** Kosten des Sozialmedizinischen Dienstes: Persönliche Kosten des Sozialmedizinischen Dienstes für ärztliche Untersuchungen und Gutachten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV784** Kosten des Sozialmedizinischen Dienstes: Medizinischer Sachbedarf
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV788** Kosten des Sozialmedizinischen Dienstes: Erstattungen der Träger der Grundsicherung für Feststellungen der RV-Träger
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV789** Kosten des Sozialmedizinischen Dienstes: Sonstige Sachkosten des Sozialmedizinischen Dienstes
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RV790-797** Vergütungen an andere für Verwaltungszwecke
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- Sonderauswertung des DRV Bund
- RV10000** Investitionsausgaben für Eigenbetriebe
→ Investitionen.

Daten und Berechnungsgrundlagen

RV20000 Gesundheitsbezogener Anteil bei den Investitionsausgaben für das sonstige Verwaltungsvermögen
→ Investitionen.

Sozialbudget

Mehrere Einzelkonten der Institution 11, z. B.

SBRV11010570 Allgemeine Rentenversicherung: Erwerbsunfähigkeitsrente
→ Investitionen.

Knappschafftliche Rentenversicherung

RJ1 - Statistik

RK400 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Ambulante Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

RK401 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in eigenen Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben.

RK402 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in fremden Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben.

RK403 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.

RK404 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld vor Beginn der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.

RK405 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld während der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.

RK407 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.

RK408 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld bei stufenweiser Wiedereingliederung
→ erweiterter Leistungsbereich.

RK409 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen: Sonstige ergänzende Leistungen (ohne Sozialversicherungsbeiträge)
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.

RK410 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Ambulante Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- RK412** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in fremden Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RK414** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld vor Beginn der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK415** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld während der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK417** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK418** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld bei stufenweiser Wiedereingliederung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK419** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen: Andere ergänzende Leistungen (ohne Sozialversicherungsbeiträge).
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- RK420** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Ambulante Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RK421** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in eigenen Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RK422** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in fremden Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RK425** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld während der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- RK427** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich
- RK428** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld bei stufenweiser Wiedereingliederung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK429** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen: Sonstige ergänzende Leistungen (ohne Sozialversicherungsbeiträge)
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- RK430** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Ambulante Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- RK432** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Stationäre Leistungen in fremden Häusern
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- RK433** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK434** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld vor Beginn der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK435** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld während der Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK436** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld im Anschluss an die Leistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK437** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Übergangsgeld zwischen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK438** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (insbesondere Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung)
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK439** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen: Sonstige ergänzende Leistungen (ohne Sozialversicherungsbeiträge)
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- RK440** Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden: Beiträge zur Krankenversicherung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK441** Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden: Beiträge zur Unfallversicherung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK442** Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden: Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK443** Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden: Beiträge zur Pflegeversicherung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK462** Nicht begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Onkologische Nachsorgeleistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RK463** Nicht begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Übergangsgeld bei onkologischen Nachsorgeleistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK470** Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Nichtstationäre Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK472** Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RK473** Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Übergangsgeld bei stationären medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK474** Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Stationäre Heilbehandlung für Kinder
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RK475** Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI: Zuwendungen für Einrichtungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- RK790** Summe der verausgabten Verwaltungskosten der knappschaftlichen Rentenversicherung innerhalb der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- RK10000** Investitionsausgaben für Eigenbetriebe
→ Investitionen.
- RK20000** Gesundheitsbezogener Anteil bei den Investitionsausgaben für das sonstige Verwaltungsvermögen
→ Investitionen.

Daten und Berechnungsgrundlagen

Sozialbudget

Mehrere Einzelkonten der Institution 11, z. B.

SBRK11020570 Knappschaftliche Rentenversicherung: Erwerbsunfähigkeitsrente
→ Investitionen.

Landwirtschaftliche Alterskasse

Statistik der LSV

- LA400** Medizinische Leistungen ohne ergänzende Leistungen – bei allgemeinen Erkrankungen: Ambulante Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- LA402** Medizinische Leistungen ohne ergänzende Leistungen – bei allgemeinen Erkrankungen: Stationäre Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- LA403** Medizinische Leistungen ohne ergänzende Leistungen – bei allgemeinen Erkrankungen: Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- LA404** Betriebs- und Haushaltshilfen nach § 10 ALG: Hauptberufliche Ersatzkräfte der LSV-Träger
→ erweiterter Leistungsbereich.
- LA405** Betriebs- und Haushaltshilfen nach § 10 ALG: Nebenberufliche Ersatzkräfte der LSV-Träger
→ erweiterter Leistungsbereich.
- LA406** Betriebs- und Haushaltshilfen nach § 10 ALG: Hauptberufliche Ersatzkräfte anderer Stellen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- LA407** Betriebs- und Haushaltshilfen nach § 10 ALG: Nebenberufliche Ersatzkräfte anderer Stellen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- LA408** Betriebs- und Haushaltshilfen nach § 10 ALG: Selbstbeschaffte Ersatzkräfte
→ erweiterter Leistungsbereich.
- LA409** Medizinische und ergänzenden Leistungen: Ergänzende Leistungen – ohne Betriebs- und Haushaltshilfen
→ laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- LA410** Medizinische Leistungen ohne ergänzende Leistungen – bei Abhängigkeitserkrankungen: Ambulante Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- LA412** Medizinische Leistungen ohne ergänzende Leistungen – bei Abhängigkeitserkrankungen: Stationäre Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- LA420** Medizinische Leistungen ohne ergänzende Leistungen – bei psychischen Erkrankungen: Ambulante Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- LA422** Medizinische Leistungen ohne ergänzende Leistungen – bei psychischen Erkrankungen: Stationäre Leistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- LA430** Betriebs- und Haushaltshilfen nach §§ 36, 37 und 39 ALG: Hauptberufliche Ersatzkräfte der LSV-Träger
→ erweiterter Leistungsbereich.
- LA431** Betriebs- und Haushaltshilfen nach §§ 36, 37 und 39 ALG: Nebenberufliche Ersatzkräfte der LSV-Träger
→ erweiterter Leistungsbereich.
- LA432** Betriebs- und Haushaltshilfen nach §§ 36, 37 und 39 ALG: Hauptberufliche Ersatzkräfte anderer Stellen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- LA433** Betriebs- und Haushaltshilfen nach §§ 36, 37 und 39 ALG: Nebenberufliche Ersatzkräfte anderer Stellen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- LA434** Betriebs- und Haushaltshilfen nach §§ 36, 37 und 39 ALG: Selbstbeschaffte Ersatzkräfte
→ erweiterter Leistungsbereich.
- LA470** Sonstige Leistungen nach § 10 Abs. 1 ALG i.V.m. § 31 SGB VI: Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- LA472** Sonstige Leistungen nach § 10 Abs. 1 ALG i.V.m. § 31 SGB VI: Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- LA474** Sonstige Leistungen nach § 10 Abs. 1 ALG i.V.m. § 31 SGB VI: Stationäre Heilbehandlung für Kinder
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- LA700-707** Gehälter, Löhne und Versicherungsbeiträge
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- LA710-719** Versorgungsbezüge, Beihilfen, Unterstützungen, Fürsorgeleistungen und personalbezogenen Sachkosten
- Ohne Konten 713 und 715 (sonst Doppelzählung!)
- laufende Gesundheitsausgaben.
- LA720-729** Allgemeine Sachkosten der Verwaltung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- LA730-739** Kosten der Geschäftsräume und der beweglichen Einrichtung
- Konten 736 und 738 (Abschreibungen) bleiben enthalten, da keine Investitionsberechnung für die LAK durchgeführt wird
- laufende Gesundheitsausgaben.
- LA740-741** Aufwendungen der Selbstverwaltung
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

LA750-759 Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten

→ laufende Gesundheitsausgaben.

LA760-763 Kosten der Rechtsverfolgung

→ laufende Gesundheitsausgaben.

LA770 Vergütung für die Auszahlung der laufenden Geldleistungen

→ laufende Gesundheitsausgaben.

LA780 Feststellungskosten

→ laufende Gesundheitsausgaben.

LA791-793 Erstattung von Verwaltungskosten aus Bundes- und Landesmitteln

→ laufende Gesundheitsausgaben.

Sozialbudget

Mehrere Einzelkonten der Institution 21, z. B.

SBLA21020040 Agrarpolitische Strukturverbesserungen: LAR für Landwirtschaftliche Unternehmer bei Berufsunfähigkeit

→ erweiterter Leistungsbereich.

Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes

Sozialbudget

Mehrere Einzelkonten der Institution 43, z. B.

SBZU43000050 Zusatzversorgung: Renten bei Erwerbsunfähigkeit

→ erweiterter Leistungsbereich.

Versorgungswerke

Sozialbudget

Mehrere Einzelkonten der Institution 22, z. B.

SBVW22000040 Versorgungswerke: Renten bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit

→ erweiterter Leistungsbereich.

4.5 Gesetzliche Unfallversicherung

4.5.1 Inhalte

In der GAR werden unter dem Ausgabenträger gesetzliche Unfallversicherung sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben der

- Gewerblichen Berufsgenossenschaften,
- Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und der
- Unfallkassen der öffentlichen Hand

erfasst.

Die gesetzliche Unfallversicherung wird von 13 gewerblichen Berufsgenossenschaften, die nach Industriezweigen abgegrenzt sind, von 9 regionalen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und 32 Unfallkassen der öffentlichen Hand getragen. Der Dachverband der gewerblichen Berufsgenossenschaft und der Bundesverband der Unfallkassen haben sich 2007 zum Spitzenverband „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung“ zusammengeschlossen. Ziel der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Absicherung der Erwerbstätigen gegen Unfälle am Arbeitsplatz oder auf dem Weg dorthin sowie im Falle von Berufskrankheiten. Der Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung erstreckt sich auch auf Schulkinder, die in der Schule und auf dem Schulweg versichert sind.

Als Sozialversicherungssystem werden alle Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen des System of Health Account (SHA) der „Social Security“ zugeordnet.

4.5.2 Berechnungsweg und Einzelkonten

4.5.2.1 Rechtliche Grundlagen

Das 7. Sozialgesetzbuch (SGB VII) bildet den gesetzlichen Rahmen für die gesetzliche Unfallversicherung. Darin werden unter anderem die Aufgaben der Unfallversicherung, der versicherte Personenkreis und diejenigen Versicherungsfälle definiert, die in die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung fallen (Kapitel 1). Außerdem werden dort die zu leistenden Präventionsmaßnahmen zur Unfallverhütung (Kapitel 2) sowie diejenigen Leistungen bestimmt, die nach Eintritt eines Versicherungsfalles von den Trägern der Unfallversicherung erbracht werden müssen (Kapitel 3). Schließlich wird im SGB VII auch noch die Finanzierung der Leistungen der Unfallversicherung geregelt (Kapitel 5).

4.5.2.2 Datenquellen

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: UJ1-Statistik (endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Unfallversicherung).

Sozialbudget zu den vorzeitig ausbezahlten Renten wegen Erwerbsunfähigkeit, Insitution 14.

4.5.2.3 Berechnungsweg in der GAR

In der UJ1-Statistik werden die Ausgaben der „allgemeinen Unfallversicherung“ und der „Schülerunfallversicherung“ separat dargestellt. Für die Zwecke der GAR müssen die jeweiligen Kontenwerte dieser Versicherungssysteme addiert werden. Ein Großteil,

der auf diese Weise erhaltenen Kontenwerte, kann in der GAR übernommen werden. In folgenden Fällen werden die Konten weiter aufgeteilt, um inhaltlich das Leistungsgeschehen der gesetzlichen Unfallversicherung realistischer abzubilden (die Aufteilung erfolgt dabei in Hilfsrechnungen):

- UV400 ambulante Heilbehandlung → fünf Konten in der GAR: UVA400-UVE400.
- UV460 stationäre Behandlung → zwei Konten in GAR: UVA460-UVB460.
- UV480 Gewährung der Pflege → zwei Konten in GAR: UVA480-UVB480.

Außerdem müssen die Investitionen der Unfallversicherung in Verwaltung sowie Eigenbetriebe jährlich per Hilfsrechnung ermittelt werden.

Die Verwaltungskonten werden in der GAR nur anteilig berücksichtigt (der Anteil spiegelt sich im Leistungsartenschlüssel wider).

4.5.2.4 Einzelkonten

U J 1 - S t a t i s t i k

UVA400	Ambulante Heilbehandlung – ärztliche Leistungen → laufende Gesundheitsausgaben.
UVB400	Ambulante Heilbehandlung – zahnärztliche Leistungen → laufende Gesundheitsausgaben.
UVC400	Ambulante Heilbehandlung – Heilmittel → laufende Gesundheitsausgaben.
UVD400	Ambulante Heilbehandlung – Arzneimittel → laufende Gesundheitsausgaben.
UVE400	Ambulante Heilbehandlung – Hilfsmittel → laufende Gesundheitsausgaben.
UV450	Zahnersatz → laufende Gesundheitsausgaben.
UVA460	Stationäre Behandlung – Krankenhäuser → laufende Gesundheitsausgaben.
UVB460	Stationäre Behandlung – Rehabilitationseinrichtungen → laufende Gesundheitsausgaben.
UV465	Häusliche Krankenpflege → laufende Gesundheitsausgaben.
UV470	Verletztengeld → erweiterter Leistungsbereich.
UV475	Besondere Unterstützung → erweiterter Leistungsbereich.
UVA480	Gewährung der Pflege – ambulant → laufende Gesundheitsausgaben.
UVB480	Gewährung der Pflege – stationär → laufende Gesundheitsausgaben.
UV481	Pflegegeld → laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- UV482** Entschädigung für Kleider und Wäscheverschleiß
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV483** Übrige Heilsbehandlungskosten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV484** Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV485** Transport- und Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV486** Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten bei Heilbehandlung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV487** Betriebshilfe bei Heilbehandlung
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV488** Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV489** Verletztengeld wegen Unfall des Kindes
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV490** Sachleistungen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV491** Übergangsgeld bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV492** Sonstige Barleistungen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV494** Sozialversicherungsbeiträge bei Übergangsgeld
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV495** Reisekosten bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV496** Haushaltshilfe bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV497** Betriebshilfe bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV498** Sonstige ergänzende Leistungen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV499** Übergangsleistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV520** Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene: Abfindungen an Versicherte (ohne UV 521)
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV530** Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV580** Mehrleistungen und Aufwendungsersatz: Verletztengeld und Übergangsgeld
→ erweiterter Leistungsbereich.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- UV581** Mehrleistungen und Aufwendungsersatz: Renten
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV585** Mehrleistungen und Aufwendungsersatz: Leistungen für Nothelfer nach § 13 SGB VII
→ erweiterter Leistungsbereich.
- UV590** Prävention: Kosten für Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV591** Prävention: Kosten der Überwachung und Beratung der Unternehmen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV592** Prävention: Kosten der Aus- und Fortbildung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV593** Prävention: Zahlungen an Verbände für Prävention
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV594** Prävention: Kosten der arbeitsmedizinischen Dienste
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV596** Prävention: Kosten der sicherheitstechnischen Dienste
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV597** Prävention: Sonstige Kosten der Prävention
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV598** Prävention: Kosten der Ersten Hilfe
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV629** Sonstige Aufwendungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV630** Rechnungsmäßiges Defizit der eigenen Unternehmen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV700-707** Gehälter und Versicherungsbeiträge
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV710-719** Versorgungsbezüge, Beihilfen, Unterstützungen, Fürsorgeleistungen und sonstige persönliche Verwaltungskosten.
• Ohne Konten 713 – 715 (sonst Doppelzählung!)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV720-729** Allgemeine Sachkosten der Verwaltung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV730-739** Kosten der Grundstücke, der Gebäude, der technischen Anlagen und der beweglichen Einrichtung für die Verwaltung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV740-741** Aufwendungen für die Selbstverwaltung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV750-759** Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten (ohne Prävention)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- UV760-763** Kosten der Rechtsverfolgung
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

UV770 Kosten der Unfalluntersuchungen und der Feststellung der Entschädigung
→ laufende Gesundheitsausgaben.

UV780-781 Vergütungen für die Auszahlung von Renten
→ laufende Gesundheitsausgaben.

UV790 Vergütungen an andere für den Beitragseinzug
→ laufende Gesundheitsausgaben.

UV10000 Investitionen für die Verwaltung
→ Investitionen.

UV20000 Investitionen für die eigenen Unternehmen
→ Investitionen.

S o z i a l b u d g e t

Mehrere Einzelkonten der Institution 14 z. B.

SBUV14010610 Allgemeine Unfallversicherung: Renten an Verletzte ohne Kinderzuschuss
→ erweiterter Leistungsbereich.

4.6 Private Krankenversicherung

4.6.1 Inhalte

In der GAR werden unter dem Ausgabenträger private Krankenversicherung sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben der

- im Verband der PKV organisierten privaten Krankenversicherungsunternehmen,
- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten,
- Postbeamtenkrankenkasse und der
- in der gesetzlichen Pflegeversicherung organisierten privaten Krankenversicherungsunternehmen (private Pflege-Pflichtversicherung)

erfasst.

Im Jahr 2008 hatte der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. 46 ordentliche Mitglieder, die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und die Postbeamtenkrankenkasse sind verbundene Einrichtungen.

Seit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) ist Krankenversicherungsschutz für die Bevölkerung in Deutschland obligatorisch. Personen, die nicht in der GKV versichert sind, müssen sich bei einem privaten Krankenversicherer gegen das Risiko von Krankheit versichern. Die PKV bietet eine Vollversicherung vor allem für Selbstständige, Beamte und Angestellte, deren Jahresentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt – und die damit aus der Versicherungspflicht der GKV fallen – an. Neben den Vollversicherungen bieten die privaten Krankenversicherer auch Zusatzversicherungen an. In den letzten Jahren hat das Angebot von Zusatzversicherungen, das sich speziell an GKV-Versicherte richtet (z. B. im Bereich des Zahnersatzes), zugenommen.

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) und die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) sind zwei besondere Versicherungssysteme, da sie keine neuen Versicherten aufnehmen. Ihr Versichertenbestand ist also geschlossen. Sie sind keine ordentlichen Mitglieder des Verbandes der PKV, ihre Ausgaben sind daher nicht in den Leistungsstatistiken zur Krankenversicherung der PKV enthalten.

Die Versicherungspflicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit gibt es seit 1995. Die Versicherungspflicht bestimmt sich nach dem Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Demnach sind die Versicherten der GKV grundsätzlich in der sozialen Pflegeversicherung, Personen die in der PKV krankenversichert sind, in der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert. Allerdings haben einige wenige GKV-Versicherte die gesetzliche Option wahrgenommen und sich in der PPV gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert.

Die Ausgaben der privaten Krankenversicherungsunternehmen (einschl. KVB und PBeaKK) werden im Rahmen des System of Health Account (SHA) den „Private Insurance Enterprises“ zugeordnet, die Ausgaben der PPV werden in die Kategorie „Private Social Insurance“ eingruppiert.

4.6.2 Berechnungsweg und Einzelkonten

4.6.2.1 Im Verband der PKV e. V. organisierte private Krankenversicherungsunternehmen

Rechtliche Grundlagen

Im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) wurde eine allgemeine Versicherungspflicht gegen das mit Krankheit verbundene Risiko begründet. Gemäß § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) müssen alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland einen Versicherungsschutz besitzen, der mindestens die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst. Personen, die keinen Versicherungsschutz über die GKV oder ein anderes Versicherungssystem haben, müssen sich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichern. Die von diesen Versicherern erbrachten Leistungen ergeben sich für gewöhnlich aus den Vertragsbedingungen der individuellen Versicherungsverträge.

Datenquellen

Verband der privaten Krankversicherung e. V.: Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung:

- Kapitel 1.3 Jahresergebnis für Verwaltungsausgaben.
- Kapitel 3.3 Kapitalerträge für Investitionen der PKV.
- Kapitel 4.1 Versicherungsleistungen für die restlichen Ausgaben der PKV.

Berechnungsweg in der GAR

Für die Zwecke der GAR können die gesundheitsrelevanten Leistungspositionen des Zahlenberichtes der privaten Krankenversicherung direkt verwendet werden. Die Vergabe der Konten in der GAR erfolgt eigenständig, da die zugrunde liegende Statistik keine Kontenummerierung aufweist. Die Kontenwerte PK85 und PK86 werden über eine Hilfsrechnung aus der Position besondere Versicherungsarten ermittelt.

Einzelkonten

PK30	Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb: Abschlussaufwendungen → laufende Gesundheitsausgaben.
PK31	Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb: Verwaltungsaufwendungen → laufende Gesundheitsausgaben.
PK32	Steuern → laufende Gesundheitsausgaben.
PK51	Ambulante Leistungen: Arztbehandlung → laufende Gesundheitsausgaben.
PK52	Ambulante Leistungen: Heilpraktikerbehandlung → laufende Gesundheitsausgaben.
PK53	Ambulante Leistungen: Arzneien und Verbandmittel → laufende Gesundheitsausgaben.
PK54	Ambulante Leistungen: Heilmittel → laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

PK55	Ambulante Leistungen: Hilfsmittel → laufende Gesundheitsausgaben.
PK56	Ambulante Leistungen: Sonstiges → laufende Gesundheitsausgaben.
PK61	Zahnleistungen: Zahnbehandlung → laufende Gesundheitsausgaben.
PK62	Zahnleistungen: Zahnersatz → laufende Gesundheitsausgaben.
PK63	Zahnleistungen: Kieferorthopädie → laufende Gesundheitsausgaben.
PK64	Zahnleistungen: Sonstiges → laufende Gesundheitsausgaben.
PK71	Stationäre Leistungen: allgemeine Krankenhausleistungen → laufende Gesundheitsausgaben.
PK72	Stationäre Leistungen: Wahlleistung Chefarzt → laufende Gesundheitsausgaben.
PK73	Stationäre Leistungen: Wahlleistung Unterbringung → laufende Gesundheitsausgaben.
PK74	Stationäre Leistungen: Ersatz-Krankenhaustagegeld → erweiterter Leistungsbereich.
PK75	Stationäre Leistungen: Sonstiges → laufende Gesundheitsausgaben.
PK81	Krankenhaustagegeld → erweiterter Leistungsbereich.
PK82	Krankentagegeld → erweiterter Leistungsbereich.
PK83	Pflegezusatzversicherung → erweiterter Leistungsbereich.
PK84	Sonstige Leistungen → laufende Gesundheitsausgaben.
PK85	Besondere Versicherungsarten <ul style="list-style-type: none">• Darunter fallen die Beihilfeablöse-, Restschuld-, Lohnfortzahlungs- und Auslandsversicherung → laufende Gesundheitsausgaben.
PK86	Besondere Versicherungsarten (Einkommensleistungen) → erweiterter Leistungsbereich.
PK20000	Investitionen für Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten → Investitionen.

4.6.2.2 Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Rechtliche Grundlagen

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und eine betriebliche Sozialeinrichtung des Bundeseisenbahnvermögens (BEV). Die KVB bietet den Beamten des BEV, den zur Deutschen Bahn AG zugewiesenen und beurlaubten Beamten, den Ruhestandsbeamten, deren Angehörigen und Hinterbliebenen Leistungen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sowie bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten. Aufgabe der KVB ist neben der Bereitstellung eines Versicherungsschutzes für ihre Versicherten auch die Auszahlung von Beihilfen. Die KVB ist in ihrem Versichertenbestand geschlossen und betreut momentan (Stand: 2009) rund 360 000 Versicherte.

Datenquellen

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten: Sonderauswertung zu den Tarifaufgaben.

Berechnungsweg in der GAR

Die Leistungspositionen der Sonderauswertung der KVB können direkt in der GAR übernommen werden.

Einzelkonten

- KB1** Ambulante ärztliche Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KB2** Allgemeines und Beförderungskosten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KB4** Zahn- und Mundbehandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KB5** Zahnersatz
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KB6** Kieferorthopädische Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KB7** Arznei- und Verbandmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KB8** Heilbehandlungen besonderer Art, häusliche Pflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KB9** Sehhilfen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KB10** Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KB11** Stationäre Krankenhausbehandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- KB12** Geburtsfälle
→ laufende Gesundheitsausgaben.

KB14 Familien- und Haushaltshilfe, Hauspflege bei Geburten

→ erweiterter Leistungsbereich.

KB16 Kur- und RehaMaßnahmen, Heilkuren

→ laufende Gesundheitsausgaben.

4.6.2.3 Postbeamtenkrankenkasse

Rechtliche Grundlagen

Die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und eine betriebliche Sozialeinrichtung der Bundesanstalt für Post und Telekommunikation. Neben der Gewährung von Leistungen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sowie bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bietet sie ihren Mitgliedern auch eine Zusatzversicherung und eine Auslandskrankenversicherung an. Wie die KVB so ist auch die PBeaKK in ihrem Bestand geschlossen. Im Jahr 2010 betreut die PBeaKK etwa 370 000 Mitglieder sowie etwa 210 000 mitversicherte Angehörige. Darüber hinaus berechnet und zahlt die PBeaKK für ihre Mitglieder in Auftragsverwaltung Beihilfen nach den Beihilfavorschriften des Bundes aus.

Datenquellen

Postbeamtenkrankenkasse: Sonderauswertung.

Berechnungsweg in der GAR

Die Leistungspositionen der Sonderauswertung der PBeaKK können mit wenigen Ausnahmen direkt in der GAR übernommen werden. Die für einige wenige Konten durchgeführten Hilfsrechnungen bestehen ausschließlich in der Addition von Leistungspositionen.

Einzelkonten

PB51 Ärztliche Leistungen

→ laufende Gesundheitsausgaben.

PB52 Zahnärztliche Leistungen

→ laufende Gesundheitsausgaben.

PB53 Arzneimittel

→ laufende Gesundheitsausgaben.

PB55 Krankenhausleistungen

→ laufende Gesundheitsausgaben.

PB56 Übrige Leistungen

→ laufende Gesundheitsausgaben.

PB58 Zurechnung Abschläge KVn + Apotheken

→ laufende Gesundheitsausgaben.

PB59 Krankenhaustagegeld

→ erweiterter Leistungsbereich.

PB60 Auslandskrankenergänzungsleistungen

→ laufende Gesundheitsausgaben.

4.6.2.4 Private Pflege-Pflichtversicherung

Rechtliche Grundlagen

Die Pflicht zum Abschluss einer Pflegeversicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist im Jahr 1995 mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung als fünfter Pfeiler der Sozialversicherung begründet worden. Personen mit Krankenversicherungsschutz in der GKV sind in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) pflegeversichert. Personen mit Krankenversicherungsschutz bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen sich bei demselben oder einem anderen Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichern. Dieser Versicherungszweig nennt sich private Pflege-Pflichtversicherung (PPV). Die Leistungen der PPV sind identisch zu denen der SPV.

Datenquellen

Verband der privaten Krankversicherung e. V.: Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung:

- Kapitel 4.1 Leistungen der Pflegeversicherung (Im Gegensatz zu den Leistungen der Sparte Krankenversicherung sind in der Statistik zu den Ausgaben der PPV auch die Ausgaben der KVB und PBeaKK enthalten).

Berechnungsweg in der GAR

Die Leistungspositionen der PPV können direkt aus dem Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung entnommen werden. Zur besseren Vergleichbarkeit zu den Leistungen der SPV wurde dieselbe Nummerierung der Leistungspositionen in der GAR gewählt.

Einzelkonten

PK4000	Pflegesachleistung – Pflegestufe I → laufende Gesundheitsausgaben.
PK4010	Pflegesachleistung – Pflegestufe II → laufende Gesundheitsausgaben.
PK4020	Pflegesachleistung – Pflegestufe III → laufende Gesundheitsausgaben.
PK4100	Pflegegeld – Pflegestufe I → laufende Gesundheitsausgaben.
PK4110	Pflegegeld – Pflegestufe II → laufende Gesundheitsausgaben.
PK4120	Pflegegeld – Pflegestufe III → laufende Gesundheitsausgaben.
PK4200	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson → laufende Gesundheitsausgaben.
PK4300	Pflegehilfsmittel → laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- PK4310 Technische Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK4320 Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK4500 Beiträge zur Rentenversicherung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK4510 Pflegekurse
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK4600 Kontrollpflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK4700 Zusätzliche Betreuungsleistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5000 Tages- und Nachtpflege – Pflegestufe I
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5010 Tages- und Nachtpflege – Pflegestufe II
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5020 Tages- und Nachtpflege – Pflegestufe III
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5100 Kurzzeitpflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5200 Vollstationäre Pflege – Pflegestufe I
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5210 Vollstationäre Pflege – Pflegestufe II
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5220 Vollstationäre Pflege – Pflegestufe III
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5400 Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege – Pflegestufe I
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5410 Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege – Pflegestufe II
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5420 Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege – Pflegestufe III
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5500 Stationäre Pflegeleistung: Behindertenhilfe
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK5800 Aufwendungen für Leistungen im Ausland
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK7501 Ambulante Pflege: Ärztliche Feststellung der Pflegestufe
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- PK7502 Stationäre Pflege: Ärztliche Feststellung der Pflegestufe
→ laufende Gesundheitsausgaben.

4.7 Arbeitgeber

4.7.1 Inhalte

In der GAR werden dem Ausgabenträger Arbeitgeber sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben zugerechnet, die von den unterschiedlichen Arbeitgebern getragen werden. In der Systematik der GAR werden unter Arbeitgeberleistungen die

- von den Unternehmen finanzierten Leistungen des betrieblichen Gesundheitsdienstes,
- Beihilfeausgaben der öffentlichen und privaten Arbeitgeber,
- Fürsorgeleistungen der öffentlichen Arbeitgeber,
- Entgeltfortzahlungen der Arbeitgeber und die
- Pensionszahlung der öffentlichen Hand

subsumiert.

Zahlungen der öffentlichen Haushalte, die sie in ihrer Funktion als Arbeitgeber gemäß gesetzlichen Regelungen zu tragen haben, werden in der GAR dem Ausgabenträger Arbeitgeber zugeordnet.

In der Systematik des System of Health Account (SHA) sind diese Ausgaben Bestandteil der Ausgaben des „general governments“. Die Ausgaben privater Arbeitgeber werden unter „Private Enterprises“ verbucht.

4.7.2 Berechnungsweg und Einzelkonten

4.7.2.1 Betrieblicher Gesundheitsdienst

Rechtliche Grundlagen

Arbeitsschutzrechtliche und arbeitsmedizinische Bestimmungen ergeben sich aus einer Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen (z. B. Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz, Arbeitsstätten-Verordnung, Betriebssicherheits-Verordnung etc.). Gemäß § 21 SGB VII ist das Unternehmen für die Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Betriebskrankheiten und für die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren verantwortlich. Das Ausmaß der arbeitsmedizinischen Tätigkeit unterscheidet sich je nach der Branchenzugehörigkeit der Unternehmen und nach den unterschiedlichen Belastungen – den Gefährdungspotenzialen – denen die Mitarbeiter ausgesetzt sind.

Datenquellen

Statistisches Bundesamt: Fachserie 16, Heft 1: Arbeitskostenerhebung und Fachserie 18, Reihe 1.4: VGR – Bruttolöhne- und Gehälter, Tabelle 2.1.8 Arbeitnehmerentgelt, Löhne und Gehälter.

Berechnungsweg in der GAR

Aus der Arbeitskostenerhebung werden 50 % aus den sonstigen Sozialleistungen als Ausgaben des betrieblichen Gesundheitsdienstes geschätzt. Über die Bruttolöhne und -gehälter werden die Ausgaben für diese Leistungen auf die gesamte Volkswirtschaft hochgerechnet.

Einzelkonten

BG4404 Betrieblicher Gesundheitsdienst
→ laufende Gesundheitsausgaben.

4.7.2.2 Beihilfeleistungen

Rechtliche Grundlagen

Unter dem Begriff Beihilfe wird die finanzielle Unterstützung in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und Todesfällen für Beamte, Soldaten und Berufsrichter sowie deren Kinder und Ehepartner, verstanden. Die Beihilfe wird auf Antrag vom jeweiligen Dienstherrn (z. B. Bund, Länder und Kommunen) prozentual oder pauschal nach Vorlage der (vom Beihilfeberechtigten zuvor privat bezahlten) Rechnungen für gesundheitsbezogene Ausgaben gewährt. Je nach Familienstand und abhängig von bundes- bzw. landesrechtlichen Vorschriften werden 50 bis 80 % erstattet. Mit Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) im Jahr 2007 sind Beamte verpflichtet, einen privaten Krankenversicherungsschutz abzuschließen, der den nicht erstattungsfähigen Teil der Gesundheitsausgaben abdeckt. Private Krankenversicherungsunternehmen bieten dafür spezielle Beihilfetarife an. In Deutschland gibt es kein einheitliches Beihilferecht. Für Beamte des Bundes gilt die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV), einige Länder haben eigene Beihilfeverordnungen erlassen. In den Beihilfeverordnungen und -vorschriften wird der Leistungsumfang festgelegt und bestimmt, welche medizinischen Güter und Dienstleistungen „beihilfefähig“ sind. Grundsätzlich trifft dies nur auf das medizinisch Notwendige zu.

Neben den öffentlichen Beihilfeleistungen von Bund, Länder, Kommunen und Sozialversicherungen können auch Tarifverträge in privaten Unternehmen finanzielle Unterstützungen im Krankheitsfall vorsehen.

Datenquellen

Ö f f e n t l i c h e B e i h i l f e

Statistisches Bundesamt: Rechnungsergebnisse des öffentlichen Gesamthaushalts und der kommunalen Haushalte; Sonderauswertungen.

Vierteljährliche Kassenergebnisse.

Bundes-Pensions-Service für Post und Telekommunikation e. V.: Beihilfeleistungen für Versorgungsempfänger.

Postbeamtenkrankenkasse: Beihilfeleistungen der Postbeamtenkrankenkasse aufgeschlüsselt auf die einzelnen Beihilfeträger.

Deutsche Telekom AG: Beihilfeleistungen für aktive und in-sich-beurlaubte Beamte (ISB), die nicht Mitglied der Postbeamtenkrankenkasse sind.

Deutsche Post AG: Beihilfeausgaben für Beamte der Post und Postbank.

Finanzministerium Baden-Württemberg: Beihilfestatistik.

P r i v a t e B e i h i l f e

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sozialbudget, Institution 44.

Berechnungsweg in der GAR

Ö f f e n t l i c h e B e i h i l f e

Die Ermittlung der öffentlichen Beihilfeausgaben ist eine der aufwändigsten Hilfsrechnungen in der GAR. Sie werden in einem mehrstufigen Verfahren berechnet. Zuerst werden die geleisteten Beihilfeausgaben der unterschiedlichen Datenquellen zusammengeführt und damit die tatsächlichen Beihilfeausgaben in Deutschland ermittelt. In einem zweiten Schritt wird dieser Gesamtbetrag auf einzelne Beihilfeleistungen verteilt. Diese Verteilung wird mithilfe der Beihilfestatistik des Landes Baden-Württemberg abgebildet.

Die Ausgaben von Bund, Länder und Gemeinden sowie Sozialversicherungsträger werden aus den Rechnungsergebnissen der öffentlichen Haushalte entnommen und nach den Gruppierungen – 441 und – 446 (staatliche Systematik) und der Gruppierung – 45 (kommunale Systematik) ausgewertet. Da die Rechnungsergebnisse mit einem Time-lag von ca. 18 Monaten vorliegen, werden für das aktuelle Berichtsjahr für den Bund und die Länder die Ergebnisse aus der Kassenstatistik entnommen, da diese vorläufigen Ergebnisse recht gut mit den Rechnungsergebnissen (Endergebnisse) übereinstimmen. Für die Sozialversicherungsträger und die Kommunen werden die Ergebnisse der Rechnungsergebnisse des Vorjahres verwendet, da die Kassenergebnisse für diese Bereiche kein guter Indikator für die Rechnungsergebnisse sind.

Die Beihilfeleistungen der ehemaligen Bundespost werden aus den Ergebnissen des Bundes-Pensions-Service für Post und Telekommunikation für die *Versorgungsempfänger* und Abfragen bei der Telekom AG, der Postbank und der Deutschen Post AG für die Beihilfen der *aktiven Beamten* gewonnen. Zusätzlich werden noch die Ergebnisse der Postbeamtenkrankenkasse verwendet.

Die Beihilfeleistungen der ehemaligen Bundesbahn werden durch das Bundeseisenbahnvermögen (BEV) erfasst. Der vom BEV erfasste Wert muss allerdings um die „Zuschüsse zu den Tarifleistungen der Krankenversorgung der Bahnbeamten (KVB)“ bereinigt werden, da diese Zuschüsse des BEV schon in den Leistungen der KVB enthalten sind, die in der GAR unter dem Ausgabenträger private Krankenversicherung verbucht werden.

Für die Verteilung des Gesamtwertes auf die einzelnen Leistungskonten in der GAR wird ein Verteilungsschlüssel verwendet, der mithilfe der Beihilfestatistik des Bundeslandes Baden-Württemberg gewonnen wird.

P r i v a t e B e i h i l f e

Die privaten Beihilfeausgaben können direkt dem Sozialbudget entnommen werden. Dieser Wert wird ebenfalls mit dem Verteilungsschlüssel Baden-Württemberg auf die einzelnen Leistungskonten der GAR verteilt.

Einzelkonten

Ö f f e n t l i c h e B e i h i l f e

- BH1** Zahnärztliche Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- BH2** Sehhilfen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH3** Krankenhaus stationär
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH4** Sanatorium
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH5** Heilkuren
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH6** Familien- und Haushaltshilfe
→ erweiterter Leistungsbereich.
- BH8** Kieferorthopädie
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH9** Ambulante ärztliche Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH10** Stationäre ärztliche Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH11** Vorsorge Schutzimpfung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH12** Arznei- und Verbandmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH13** Heilbehandlung, Bäder
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH14** Heilpraktiker
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH15** Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH16** Fahrtkosten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH17** Krankenpflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH18** Psychotherapeutische Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH20** Sonstiges
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH21** Formeldiät
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH22** Ambulante Pflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH23** Stationäre Pflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH24** Pflegehilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Daten und Berechnungsgrundlagen

- BH26** Häusliche Pflegepauschale
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH27** Pflegepflichteinsätze
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH28** Pflegeleistungsergänzung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH29** Behindertenhilfe
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH30** Kombipflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH31** Verhinderungspflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH32** Individuelle Verbesserung des Wohnumfeldes
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH33** Kurzzeitpflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.

Private Beihilfe

- BH51** Zahnärztliche Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH52** Sehhilfen
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH53** Krankenhaus stationär
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH54** Sanatorium
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH55** Heilkuren
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH56** Familien- und Haushaltshilfe
→ erweiterter Leistungsbereich.
- BH58** Kieferorthopädie
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH59** Ambulante ärztliche Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH60** Stationäre ärztliche Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH61** Vorsorge Schutzimpfung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH62** Arznei- und Verbandmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH63** Heilbehandlung, Bäder
→ laufende Gesundheitsausgaben.

- BH64** Heilpraktiker
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH65** Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH66** Fahrtkosten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH67** Krankenpflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH68** Psychotherapeutische Behandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH70** Sonstiges
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH71** Formeldiät
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH72** Ambulante Pflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH73** Stationäre Pflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH74** Pflegehilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH76** Häusliche Pflegepauschale
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH77** Pflegepflichteinsätze
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH78** Pflegeleistungsergänzung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH79** Behindertenhilfe
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH80** Kombipflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH81** Verhinderungspflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH82** Individuelle Verbesserung des Wohnumfeldes
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- BH83** Kurzzeitpflege
→ laufende Gesundheitsausgaben.

4.7.2.3 Fürsorgeleistungen und Unterstützungen

Rechtliche Grundlagen

Unter den Ausgaben für Fürsorgeleistungen und Unterstützungen verbergen sich unterschiedliche Leistungen, die von den öffentlichen Haushalten gewährt werden. Gemäß der staatlichen Haushaltssystematik sind die Ausgaben von Bund und Länder für Für-

sorgeleistungen und Unterstützungen unter der Gruppierung – 443 zusammengefasst. In den kommunalen Haushalten sind die Fürsorgeleistungen Bestandteil der Gruppierung – 45 und damit in den Beihilfeausgaben enthalten. Unter den Fürsorgeleistungen und Unterstützung werden z. B. einmalige und laufende Unterstützungen, Leistungen der Unfallfürsorge, Reihenuntersuchungen, Schutzimpfungen, Ausgaben des betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Dienstes zusammengefasst. Enthalten sind darin auch die Leistungen der freien Heilfürsorge. Freie Heilfürsorge erhalten beispielsweise Beamte der Bundespolizei oder Beamte der Berufsfeuerwehr. Die rechtlichen Ansprüche für Fürsorgeleistungen und Unterstützungen können auf Bundesebene aus dem Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) und dem Bundesbesoldungsgesetz (BBesG) hergeleitet werden.

Datenquellen

Statistisches Bundesamt: Rechnungsergebnisse des öffentlichen Gesamthaushalts und der kommunalen Haushalte; Sonderauswertungen.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: UJ1-Statistik und Sozialbudget.

Berechnungsweg in der GAR

Die Fürsorgeleistungen enthalten sowohl Sachleistungen als auch Einkommensleistungen. Da sie eine inhaltliche Nähe zu den Leistungen der GUV aufweisen, werden die gesamten Fürsorgeleistungen anhand einer Verteilung basierend auf den Ergebnissen der UJ1-Statistik und des Sozialbudgets in „laufende Gesundheitsausgaben“ und „Einkommensleistungen“ aufgeteilt.

Einzelkonten

FL1 Fürsorgeleistungen: Sachleistungen
→ laufende Gesundheitsausgaben.

FL3 Fürsorgeleistungen: Einkommensleistungen
→ erweiterter Leistungsbereich.

4.7.2.4 Entgeltfortzahlung

Rechtliche Grundlagen

Arbeitnehmer haben in Deutschland Anspruch auf Fortzahlung des Entgeltes vom Arbeitgeber im Krankheitsfall. Gemäß § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) besteht der Anspruch auf Weiterzahlung des Entgeltes für maximal sechs Wochen. Bei länger andauernder Krankheit zahlt die Krankenkasse Krankengeld an die Betroffenen.

Gemäß § 14 Mutterschutzgesetz (MuSchG) erhalten Frauen, die Anspruch auf das von den Krankenkassen ausgezahlte Mutterschaftsgeld haben, während ihres bestehenden Arbeitsverhältnisses für die Zeit der Schutzfristen (von 6 Wochen vor der Geburt bis 8 Wochen nach der Geburt) von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld.

Datenquellen

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sozialbudget, Institution 41.

Berechnungsweg in der GAR

Die Ergebnisse des Sozialbudgets werden direkt in der GAR übernommen.

Einzelkonten

Mehrer Einzelkonten der Institution 41, z. B.

SBLF41000010 Entgeltfortzahlung: Krankheit, Funktion: Krankheit
→ erweiterter Leistungsbereich.

4.7.2.5 Pensionen

Rechtliche Grundlagen

Für Beamte und andere Personen in öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen (Richter, Soldaten) gelten die Regelungen über die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall nicht. Die Bezüge der genannten Personen werden auch im Krankheitsfall ohne gesetzliche Fristen weiter geleistet. Bei längerfristiger Erkrankung hat der Dienstherr die Möglichkeit, die Dienstfähigkeit durch amtsärztliche Untersuchungen zu überprüfen und den Betroffenen ggf. wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand zu versetzen. Die Betroffenen erhalten in diesem Fall ihre Pensionen.

Neben den Pensionen der Personen in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis werden hier auch die Leistungen der betrieblichen Altersvorsorge der privaten Unternehmen, die aufgrund vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit gemäß tariflichen Bestimmungen ausgezahlt werden, erfasst.

Datenquellen

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sozialbudget, Institutionen 31 und 42.

Berechnungsweg in der GAR

Die Ergebnisse des Sozialbudgets werden direkt in der GAR übernommen.

Einzelkonten

Mehrer Einzelkonten der Institutionen 31 und 42, z. B.

SBPE31000120 Pensionen: Ruhegehälter Invalidität, Bund, Funktion: Invalidität
→ erweiterter Leistungsbereich.

4.8 Private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck

4.8.1 Inhalte

In der GAR werden unter dem Ausgabenträger private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben der privaten Haushalte zugerechnet, die sie selbst zu tragen haben. Dabei wird unterschieden zwischen den:

- Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung,
- Zuzahlungen zu Leistungen der privaten Krankenversicherung,
- Zuzahlungen zu Leistungen von sonstigen Versicherungssystemen,
- Direktkäufen von Leistungen und den
- Ausgaben der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck.

Die klare Abgrenzung zwischen den einzelnen Leistungskomponenten dieses Ausgabenträgers ist schwierig, da sich der rechtliche Rahmen bei diesen Leistungen häufig ändert. Bis 2003 mussten von der Versicherten in der GKV noch Zuzahlungen zu Sehhilfen geleistet werden. Mit dem faktischen Ausschluss dieser Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV wurden ab 2004 keine „Zuzahlungen“ mehr geleistet, da sie komplett in die Eigenverantwortung der Haushalte übergegangen sind. Trotzdem müssen diese Eigenleistungen in der GAR erfasst werden.

Unter den Ausgaben der privaten Haushalte werden alle Ausgaben erfasst, welche die Patientinnen und Patienten selbst zu tragen haben. In der Systematik des System of Health Account (SHA) werden diese Ausgaben den „Out-of-Pocket Payments“ zugeordnet. Zahlungen, bei denen die Patientinnen und Patienten lediglich in Vorleistung gehen, sich diese aber von anderer Seite wieder erstatten lassen (z. B. von der privaten Krankenversicherung) werden bei dem diese Leistungen finanzierenden Träger gebucht.

Ausgaben der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck werden im Rahmen des SHA dem Ausgabenträger „Non-Profit Institutions serving Households“ zugeordnet.

4.8.2 Berechnungsweg und Einzelkonten

Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Rechtliche Grundlagen

Die Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind in § 61 SGB V geregelt.

Datenquellen

Die Datenquellen werden für jedes Einzelkonto separat beschrieben.

Berechnungsweg in der GAR

Der Berechnungsweg wird für jedes Einzelkonto separat beschrieben.

Einzelkonten

- ZG2** Zuzahlungen Arzneien.
- Datenquelle: Wissenschaftliches Institut der allgemeinen Ortskrankenkassen – (WidO)-Arzneimittelreport.
 - Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln sind in § 31 SGB V geregelt. In Verbindung mit § 61 Satz 1 gilt: Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG4** Zuzahlungen und Direktkäufe Sehhilfen von Optikern
- Datenquelle: Zentralverband der Augenoptiker – Branchenbericht.
 - Berechnungsweg: Der Gesamtumsatz der Augenoptiker wird berechnet; dieser Eckwert muss um die nicht-gesundheitsrelevante Handelsware und die Hörhilfen (ZG5) reduziert werden. Schrittweise werden die Zahlungen der GKV und der anderen Ausgabenträger (v. a. PKV und Beihilfe) abgezogen. Als Residualwert verbleiben die Zuzahlungen und Direktkäufe der privaten Haushalte.
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG5** Zuzahlungen und Direktkäufe Hörgeräte von Optikern
- Datenquelle: Zentralverband der Augenoptiker – Branchenbericht.
 - Berechnungsweg: Der Gesamtumsatz der Augenoptiker wird berechnet; dieser Eckwert muss um die nicht-gesundheitsrelevante Handelsware und die Sehhilfen (ZG4) reduziert werden. Schrittweise werden die Zahlungen der GKV und der anderen Ausgabenträger (v. a. PKV und Beihilfe) abgezogen. Als Residualwert verbleiben die Zuzahlungen und Direktkäufe der privaten Haushalte.
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG6** Zuzahlungen Heilmittel
- Datenquelle: Heilmittel-Informationen-Service der GKV
 - Die Zuzahlungsregelungen zu Heilmittel sind in § 32 SGB V geregelt. In Verbindung mit § 61 Satz 3 gilt: Bei Heilmitteln beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung.
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG7** Zuzahlungen und Aufzahlungen Hilfsmittel
- Schätzung basierend auf den Ausgaben der GKV und den gesetzlichen Zuzahlungsbestimmungen.
 - Aufzahlungen (über die gesetzlichen Zuzahlungen hinaus gehende Zahlungen) der Versicherten sind enthalten.
 - Zuzahlungen zu Hilfsmittel sind in § 33 SGB V geregelt. In Verbindung mit § 61 Satz 1 gilt: Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.
→ laufende Gesundheitsausgaben.

- ZG10** Zuzahlungen stationäre Krankenhausbehandlung
- Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit – KG2-Statistik
 - Berechnungsweg: Anzahl Krankenhaustage mit Zuzahlung gemäß KG2-Statistik mit der gesetzlichen Zuzahlung multiplizieren.
 - Die Zuzahlungsregelungen zur vollstationären Krankenhausbehandlung sind in § 39 SGB V geregelt. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen nach § 61 Satz 2 werden je Kalendertag 10 Euro für maximal 28 Tage erhoben.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG11** Zuzahlungen zu stationären Vorsorgekuren
- Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit – KG5-Statistik.
 - Berechnungsweg: Anzahl Tage Stationäre Leistungen – Vorsorge mit Zuzahlung gemäß KG5-Statistik mit der gesetzlichen Zuzahlung multiplizieren.
 - Die Zuzahlungsregelungen für medizinische Vorsorgeleistungen sind in § 23 SGB V geregelt. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen nach § 61 Satz 2 werden je Kalendertag 10 Euro erhoben.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG13** Zuzahlungen zu stationären Rehabilitationskuren
- Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit – KG5-Statistik.
 - Berechnungsweg: Anzahl Tage Stationäre Leistungen – Rehabilitation mit Zuzahlung gemäß KG5-Statistik mit der gesetzlichen Zuzahlung multiplizieren.
 - Die Zuzahlungsregelungen für medizinische Rehabilitationsleistungen sind in § 40 SGB V geregelt. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen nach § 61 Satz 2 werden je Kalendertag 10 Euro für maximal 28 Tage erhoben.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG14** Zuzahlungen zu Müttergenesungskuren
- Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit – KG5-Statistik.
 - Berechnungsweg: Anzahl Tage Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter mit Zuzahlung gemäß KG5-Statistik mit der gesetzlichen Zuzahlung multiplizieren.
 - Die Zuzahlungsregelungen für Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter sind in § 41 SGB V geregelt. Als Zuzahlungen zu diesen stationären Maßnahmen werden nach § 61 Satz 2 je Kalendertag 10 Euro erhoben.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG15** Zuzahlungen zu Müttervorsorgekuren
- Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit – KG5-Statistik.
 - Berechnungsweg: Anzahl Tage Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter mit Zuzahlung gemäß KG5-Statistik mit der gesetzlichen Zuzahlung multiplizieren.
 - Die Zuzahlungsregelungen für Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter sind in § 24 SGB V geregelt. Als Zuzahlungen zu diesen stationären Maßnahmen werden nach § 61 Satz 2 je Kalendertag 10 Euro erhoben.
- laufende Gesundheitsausgaben.

- ZG16** Zuzahlungen zu Krankenfahrten
- Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit – KV45-Statistik.
 - Die Zuzahlungsregelungen zu Fahrkosten sind in § 60 SGB V geregelt. In Verbindung mit § 61 Satz 1 gilt: Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG20** Zuzahlungen zur ärztlichen Behandlung – Praxisgebühr
- Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit – KV45-Statistik.
 - Nach § 28 Abs. 4 SGB V beträgt die Zuzahlung für jede erste Inanspruchnahme eines Leistungserbringers im Kalendervierteljahr, die nicht auf eine Überweisung erfolgt, 10 Euro. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen sind zuzahlungsfrei.
 - Zahlungen bei zugelassenen Ärzten und im Rahmen der ambulanten Behandlung in Krankenhäusern.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG21** Zuzahlungen zur zahnärztlichen Behandlung – Praxisgebühr
- Datenquelle: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Sonderauswertung.
 - Nach § 28 Abs. 4 SGB V beträgt die Zuzahlung für jede erste Inanspruchnahme eines Leistungserbringers im Kalendervierteljahr, die nicht auf eine Überweisung erfolgt, 10 Euro. Vorsorgeuntersuchungen sind zuzahlungsfrei.
 - Zahlungen bei Zahnärzten und Kieferchirurgen.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG22** Zuzahlungen häusliche Krankenpflege
- Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit – KV45-Statistik
 - Die Zuzahlungsregelungen zur häuslichen Krankenpflege sind in § 37 SGB V geregelt. In Verbindung mit § 61 Satz 3 gilt für die ersten 28 Tage: Bei häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG25** Zuzahlungen für Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
- Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit – KV45-Statistik.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG81** Zuzahlungen Zahnersatz – Zahnärztliches Honorar
- Datenquelle: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Sonderauswertung.
 - Berechnungsweg: Aufteilung der Zuzahlungen zum Zahnersatz in Honorar und Material- und Laborkosten gemäß Einschätzung der KZBV.
 - Mit Einführung des befundorientierten Festzuschuss bei der Versorgung mit Zahnersatz keine „gesetzliche Zuzahlung“ in der Definition des BMG mehr.
- laufende Gesundheitsausgaben.

- ZG82** Zuzahlungen Zahnersatz – Material und Laborkosten
- Datenquelle: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Sonderauswertung.
 - Berechnungsweg: Aufteilung der Zuzahlungen zum Zahnersatz in Honorar und Material- und Laborkosten gemäß Einschätzung der KZBV.
 - Mit Einführung des befundorientierten Festzuschuss bei der Versorgung mit Zahnersatz keine „gesetzliche Zuzahlung“ in der Definition des BMG mehr.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG83** Zuzahlungen kieferorthopädische Behandlung – Zahnärztliches Honorar
- Datenquelle: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Sonderauswertung.
 - Berechnungsweg: Aufteilung der Zuzahlungen zur kieferorthopädischen Behandlung in Honorar und Material- und Laborkosten gemäß Einschätzung der KZBV.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZG84** Zuzahlungen kieferorthopädische Behandlung – Material und Laborkosten
- Datenquelle: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Sonderauswertung.
 - Berechnungsweg: Aufteilung der Zuzahlungen zur kieferorthopädischen Behandlung in Honorar und Material- und Laborkosten gemäß Einschätzung der KZBV.
- laufende Gesundheitsausgaben
- ZG598** Erstattungen von Zuzahlungen durch die GKV
- Dieses Konto soll spiegelbildlich zum Konto KV598 zuviel gezahlte Zuzahlungen – und daher von den Krankenkassen erstattet – von den ZG-Konten abziehen.
- laufende Gesundheitsausgaben.

4.8.2.2 Zuzahlungen zu Leistungen der privaten Krankenversicherung

Rechtliche Grundlagen

Die Bestimmungen zu den Zuzahlungen zu Leistungen der privaten Krankenversicherung sind vor allem in den individuellen Versicherungsverträgen geregelt. Je nach Ausgestaltung der Verträge kommen prinzipiell drei Komponenten der Eigenbeteiligungen von privat Versicherten infrage:

Zum einen aus den Selbstbeteiligungen derjenigen Versicherten, deren Versicherungsvertrag eine Beitragsrückerstattung vorsieht (und die es daher vorziehen, einen Teil der Leistungen aus der eigenen Tasche bezahlen), zum anderen aus den Zuzahlungen der Versicherten, deren Versicherungsvertrag keine Beitragsrückerstattung vorsieht und die eine prozentuale oder absolute Selbstbeteiligung tragen müssen und schließlich aus denjenigen Beträgen, die von den Versicherten selbst getragen werden müssen, da sie über den maximalen Erstattungsbetrag hinaus gehen (z. B. beim Zahnersatz).

Datenquellen

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.: Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung

- Kapitel 4.1 Versicherungsleistungen,
- Kapitel 4.3 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung.

Berechnungsweg in der GAR

Die Leistungen der oben genannten Komponenten der Zuzahlungen der privat Versicherte werden unterschiedlich berechnet.

Es wird unterstellt, dass 50 % der ausgezahlten Beitragsrückerstattungen auf nicht eingereichte Rechnungen entfallen. Diese Ecksumme wird proportional zu den Leistungsausgaben der PKV auf die Konten ZP1-ZP11 verteilt.

Des Weiteren werden je nach Versicherungsleistung unterschiedlich hohe Selbstbeteiligungsquoten bei Selbstbeteiligungstarifen ohne Beitragsrückerstattungen abgeschätzt. Diese selbst zu tragenden Ausgaben werden für die Konten ZP21 – ZP51 mithilfe der PKV-Ausgaben für die einzelnen Leistungsbereiche berechnet.

Einzelkonten

- ZP1** Zuzahlung aus Beitragsrückerstattung: Arztkosten ambulant
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP3** Zuzahlung aus Beitragsrückerstattung: Zahnbehandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP4** Zuzahlung aus Beitragsrückerstattung: Zahnersatz
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP5** Zuzahlung aus Beitragsrückerstattung: Kieferorthopädie
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP6** Zuzahlung aus Beitragsrückerstattung: Pflegekosten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP7** Zuzahlung aus Beitragsrückerstattung: Wahlleistungen (ohne Arzt)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP8** Zuzahlung aus Beitragsrückerstattung: Arzthonorare
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP9** Zuzahlung aus Beitragsrückerstattung: Arzneien und Verbandmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP10** Zuzahlung aus Beitragsrückerstattung: Heilmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP11** Zuzahlung aus Beitragsrückerstattung: Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP21** Zuzahlung ohne Beitragsrückerstattung: Arztkosten ambulant
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP23** Zuzahlung ohne Beitragsrückerstattung: Zahnbehandlung
→ laufende Gesundheitsausgaben.

- ZP24 Zuzahlung ohne Beitragsrückerstattung: Zahnersatz
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP25 Zuzahlung ohne Beitragsrückerstattung: Kieferorthopädie
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP26 Zuzahlung ohne Beitragsrückerstattung: Pflegekosten
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP27 Zuzahlung ohne Beitragsrückerstattung: Wahlleistungen (ohne Arzt)
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP28 Zuzahlung ohne Beitragsrückerstattung: Arzthonorare
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP29 Zuzahlung ohne Beitragsrückerstattung: Arzneien und Verbandmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP30 Zuzahlung ohne Beitragsrückerstattung: Heilmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP31 Zuzahlung ohne Beitragsrückerstattung: Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP44 Zuzahlung über Erstattungsbetrag: Zahnersatz
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP50 Zuzahlung über Erstattungsbetrag: Heilmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.
- ZP51 Zuzahlung über Erstattungsbetrag : Hilfsmittel
→ laufende Gesundheitsausgaben.

4.8.2.3 Zuzahlungen zu Leistungen sonstiger Versicherungssysteme

Rechtliche Grundlagen

Unter den Zuzahlungen zu den Leistungen der sonstigen Versicherungssysteme werden die gesetzlich geregelten Zuzahlungen zu Leistungen der allgemeinen und knappschaftlichen Rentenversicherungen, zu Leistungen der Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie zu Leistungen der freien Heilfürsorge erfasst.

Datenquellen

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB): Sonderauswertung zu den Tarifausgaben.

Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK): Sonderauswertung.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV): Rechnungsergebnisse der allgemeine Rentenversicherung und Rechnungsergebnisse der knappschaftlichen Rentenversicherung.

Statistisches Bundesamt: Fachserie 13, Reihe 1.1, Mikrozensus.

Bundesministerium für Gesundheit: Mitgliederstatistik KM1.

Berechnungsweg in der GAR

Die Berechnungsmethodik setzt bei den Zuzahlungen zu den Leistungen der PBeaKK und der KVB an den gesamten Leistungsausgaben dieser Versicherungssysteme an. Es wird geschätzt, dass die Versicherten der PBeaKK Zuzahlungen im Umfang von insgesamt 1 % der Gesamtausgaben und Versicherte der KVB Zuzahlungen im Umfang von 2 % der Gesamtausgaben leisten müssen.

Die Zuzahlungen der Personen mit freier Heilfürsorge werden über ein mehrstufiges Verfahren ermittelt. Über die bekannten Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Zuzahlungen pro GKV-Versichertem ermittelt. Dieser Durchschnittsbetrag wird dann auf die Personen mit freier Heilfürsorge angelegt.

Die Zuzahlungen zu Leistungen der allgemeinen Rentenversicherung und knappschaftlichen Rentenversicherung können direkt den jeweiligen Rechnungsergebnissen entnommen werden (Konto 335).

Einzelkonten

- ZS1** Zuzahlungen zu Leistungen der PBeaKK
- Kontenwert = 1 % der Summe der Ausgaben PB51 – PB60.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZS2** Zuzahlungen zu Leistungen der KVB
- Kontenwert = 2 % der Summe der Ausgaben KB1 – KB16.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZS15** Zuzahlungen zu den Leistungen der freien Heilfürsorge
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZS22** Zuzahlungen zu den Rehabilitationsleistungen der knappschaftlichen Rentenversicherung
- laufende Gesundheitsausgaben.
- ZS23** Zuzahlungen zu den Rehabilitationsleistungen der allgemeinen Rentenversicherung
- laufende Gesundheitsausgaben.

4.8.2.4 Direktkäufe

Rechtliche Grundlagen

Der Name „Direktkäufe“ umschreibt nur unzureichend den Inhalt dieser Unterposition der Ausgaben der privaten Haushalte. Neben den von den Patientinnen und Patienten selbst veranlassten Käufen von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen sind dort auch die Eigenleistungen der pflegebedürftigen Personen enthalten, welche die Leistungen der Pflegeversicherungen überschreiten. Die Käufe der GKV-Versicherten für Sehhilfen und Zahnersatz sind nicht hier, sondern in der Unterposition „GKV-Zuzahlungen“ enthalten, auch wenn streng genommen keine Zuzahlungen zu diesen Leistungen mehr erbracht werden müssen. Eine rechtliche Grundlage für die selbst veranlassten Käufe von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen gibt es nicht, SGB XI definiert das maximale Leistungsvolumen der sozialen Pflegeversicherung.

Datenquellen

Die Ausgabenpositionen verwenden unterschiedliche Datenquellen, die im Folgenden bei den Einzelkonten ausgewiesen werden.

Berechnungsweg in der GAR

Für die Ausgabenpositionen gibt es unterschiedliche Berechnungswege, die im Folgenden bei den Einzelkonten ausgewiesen werden.

Einzelkonten

- DI8** Selbstmedikation mit rezeptfreien Arzneimitteln in der Apotheke
- Quelle: Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) bzw. IMS Health.
 - Rechenweg: Wert kann aus Quelle direkt abgelesen werden.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- DI10** Selbstmedikation mit freiverkäuflichen Arzneimitteln außerhalb der Apotheke
- Quelle: Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) bzw. IMS Health.
 - Rechenweg: Wert kann aus Quelle direkt abgelesen werden.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- DI11** Hilfsmittel aus Apotheken
- Quelle: Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA); Umsatzwert.
 - Rechenweg: vom Umsatz werden noch die Zahlungen der anderen Ausgabenträger (z. B. GKV) abgezogen, der Residualwert wird als Kontenwert in der GAR verwendet.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- DI13** Käufe von Heilpraktikern
- Quelle: Statistisches Bundesamt: VGR; Eckwert entspricht dem Produktionswert des Wirtschaftszweiges 85.14.3.
 - Rechenweg: vom Eckwert werden die Zahlungen der anderen Ausgabenträger abgezogen, der Residualwert wird als Kontenwert in der GAR verwendet.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- DI14** Pflegeausgaben der privaten Haushalte, stationär
- Quelle: Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik-Umsätze.
 - Rechenweg: in einem mehrstufigen Verfahren wird der Gesamtumsatz der stationären Pflegeeinrichtungen geschätzt, dann die Leistungen der anderen Ausgabenträger abgezogen. Die privat zu tragenden Pflegeausgaben verbleiben als Restgröße.
- laufende Gesundheitsausgaben.

- DI15** Pflegeausgaben der privaten Haushalte, ambulant
- Quelle: Studien „Wirkungen der Pflegeversicherung“ und „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten“ (MuG III) aus den Jahren 1998/2002.
 - Rechenweg: in einem mehrstufigen Verfahren wird der Gesamtumsatz der ambulanten Pflegeeinrichtungen geschätzt, dann die sonstigen Leistungen zur ambulanten Pflege von anderen Ausgabenträgern abgezogen. Ein Teil der Ausgaben ist für soziale Dienstleistungen bestimmt.
- laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich.
- DI20** Individuelle Gesundheitsleistungen im Rahmen der ärztlichen Behandlung
- Quelle: Wissenschaftliches Institut der allgemeinen Ortskrankenkassen (WidO), Studie: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis.
 - Rechenweg: IGel-Wert der Studie dient als Richtwert.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- DI30** Gesundheitsausgaben von Personen ohne Versicherungsschutz
- Quelle: Mikrozensus, BMG: Kennzahlen und Faustformeln.
 - Rechenweg: Schätzung mithilfe der durchschnittlichen GKV-Ausgaben pro Versichertem (30 %) und der Anzahl der Nicht-Versicherten.
- laufende Gesundheitsausgaben.
- DI40** Investitionskostenpauschale für die stationäre Pflege (BKK-Pflegedatenbank)
- Quelle: BKK-Pflegedatenbank PAULA.
 - Rechenweg: durchschnittlicher Investitionskosten pro Tag multipliziert mit der Anzahl der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß Pflegestatistik.
- Investitionen.

4.8.2.5 Ausgaben der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck

Rechtliche Grundlagen

Zu den privaten Organisationen ohne Erwerbszweck zählen alle Organisationen, Verbände und Vereine, die Ihre Leistungen unentgeltlich oder zu nicht kostendeckenden Preisen den privaten Haushalten zur Verfügung stellen. In der GAR wird unter den Ausgaben der privaten Organisationen der Eigenverbrauch verstanden, der in den VGR als Teil der privaten Konsums nachgewiesen wird. Der Eigenverbrauch ist der Saldo zwischen dem Produktionswert der privaten Organisationen und den Verkäufen von Waren und Dienstleistungen.

Die erbrachten Leistungen, die dem Eigenverbrauch gegenüberstehen, müssen daher über Spenden, staatliche Zuschüsse, Mitgliederbeiträge oder andere Mittel finanziert werden.

Datenquellen

Statistisches Bundesamt: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Eigenverbrauch der privaten Organisationen.

Berechnungsweg in der GAR

In den VGR wird der Eigenverbrauch der privaten Organisationen nur für das Gesundheits- und Sozialwesen zusammen ausgewiesen (Wirtschaftszweig 85). Da die meisten Leistungen im Gesundheitswesen marktbestimmt sind, wird geschätzt, dass bei 10 % des Eigenverbrauches ein Gesundheitsbezug besteht, bei weiteren 5 % wird ein Zusammenhang mit den Leistungen der krankheitsbedingten Folgen unterstellt.

Einzelkonten

PO1 Private Organisationen ohne Erwerbszweck – Gesundheitsbereich

- 10 % des Eigenverbrauchs des WZ 85
- laufende Gesundheitsausgaben.

PO2 Private Organisationen ohne Erwerbszweck – soziale Gesundheitsleistungen

- 5 % des Eigenverbrauchs des WZ 85
- erweiterter Leistungsbereich.