

Gesundheitsausgabenrechnung



Erscheinungsfolge: unregelmäßig
Erschienen im April 2012

Weitere Informationen zur Thematik dieser Publikation unter:
Telefon: +49 (0)611/75-8234; Fax: +49 (0) 611/75-8996;
www.destatis.de/kontakt

Kurzfassung

- 1 Allgemeine Angaben zur Statistik** **Seite 3**
- *Geltungsbereich:* Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes (EVAS-Nr. 23611)
 - *Rechtsgrundlagen:* Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
 - *Statistische Einheiten:* Gesundheitsausgaben in Millionen Euro, Euro je Einwohner und in % am BIP
 - *Periodizität:* Jährlich
 - *Regionale Gliederung:* Deutschland
- 2 Inhalte und Nutzerbedarf** **Seite 4**
- *Inhalte der Statistik:* Ausgaben im Gesundheitswesen in Deutschland nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen des Gesundheitswesens; nachrichtlich: Ausgaben für Forschung und Ausbildung im Bereich Gesundheit, Ausgaben für Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen und Einkommensleistungen
 - *Zweck der Statistik:* Systematische Gesamtdarstellung der Struktur und Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen im volkswirtschaftlichen Kontext
 - *Hauptnutzer/-innen der Statistik:* Öffentlichkeit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi), Wissenschaft und Forschung, Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat), Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Weltgesundheitsorganisation (WHO)
 - *Einbeziehung der Nutzer/innen:* Nutzerkonferenzen, Symposien und Informationsveranstaltungen, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Eurostat, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- 3 Methodik** **Seite 5**
- *Vorgehensweise bei der Datenberechnung:* Sekundärstatistik; Zusammenführung aller geeigneten amtlichen und nichtamtlichen Daten zum Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen in Deutschland
- 4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit** **Seite 5**
- *Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit:* Stichprobenbedingte und nicht-stichprobenbedingte Fehler hängen von den verwendeten Basisstatistiken ab; mögliche Fehler durch Schätzverfahren, Fortschreibung von Zeitreihen; kontinuierliche Verbesserung und Kontrolle der Genauigkeit durch regelmäßige Revisionen und Plausibilitätskontrollen; Harmonisierung mit dem „System of Health Accounts“ der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)
 - *Revisionen:* Datengrundlage, Berechnungsmethoden und konzeptionellen Grundlagen werden i.d.R. jährlich mit jeder Veröffentlichung revidiert
- 5 Aktualität und Pünktlichkeit** **Seite 6**
- *Aktualität:* Ergebnisse werden aufgrund der aufwändigen Datenakquisition, -zusammenführung und -berechnung rund 15 Monate nach Ablauf des aktuellen Berichtsjahr veröffentlicht
 - *Pünktlichkeit:* Abhängig vom Zugang der benötigten Basisstatistiken und vom Revisionsbedarf
- 6 Vergleichbarkeit** **Seite 6**
- *Zeitlich:* Berichterstattung im jährlichen Rhythmus seit 1992
 - *Räumlich:* Ergebnisse für Deutschland; internationale Vergleichbarkeit anhand der Empfehlungen des „System of Health Accounts“ der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)
- 7 Kohärenz** **Seite 7**
- *National:* Enge Verzahnung mit der Krankheitskosten- und Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes
 - *International:* Anbindung anhand der Empfehlungen des „System of Health Accounts“ der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)
- 8 Verbreitung und Kommunikation** **Seite 7**
- Veröffentlichungen und Ansprechpartner zu diesem Produkt unter: www.destatis.de (*Zahlen & Fakten -> Gesundheit -> Gesundheitsausgaben*) oder im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter: www.gbe-bund.de (*Suchbegriff: Gesundheitsausgaben*)
- 9 Sonstige fachstatistische Hinweise** **Seite 7**
- Ansprechpartner: Referat „Gesundheitsbezogene Rechensysteme“,
Telefon: +49 (0) 611/75-8234, E-Mail: gesundheitsrechensysteme@destatis.de

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

1.1 Geltungsbereich

Die Gesundheitsausgabenrechnung misst die Ausgaben für den letzten Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen des Gesundheitswesens sowie die Investitionen in den stationären Gesundheitseinrichtungen. Zu den Gesundheitsausgaben zählen insbesondere diejenigen Aufwendungen, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen sind. Die Ermittlung der Gesundheitsausgaben bezieht sich auf die in Deutschland lebende Bevölkerung (Inländerkonzept). Zusätzlich werden die Leistungen des erweiterten Gesundheitsbereichs nachgewiesen. Dies sind Ausgaben für Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich, Ausgaben zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen und Einkommensleistungen, die bei Krankheit oder Invalidität an die Bevölkerung ausbezahlt werden.

1.2 Statistische Einheiten (Erhebungs- und Darstellungseinheiten)

Berechnet werden die Gesundheitsausgaben in Millionen Euro. Veröffentlicht werden die Ergebnisse in Millionen Euro und in Euro je Einwohner. Darüber hinaus werden die Gesundheitsausgaben auf die gesamte Wirtschaftsleistung der deutschen Volkswirtschaft bezogen und als Anteil vom Bruttoinlandsprodukt nachgewiesen.

1.3 Räumliche Abdeckung

Deutschland.

1.4 Berichtszeitraum/-zeitpunkt

Die Berichterstattung erfolgt jährlich, eine vergleichbare Zeitreihe liegt ab dem Jahr 1992 vor.

1.5 Periodizität

Jährlich.

1.6 Rechtsgrundlagen und andere Vereinbarungen

Die Erfassung der Kosten und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung sind in der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz festgelegt. Allgemeine Regelungen für die amtliche Statistik in Deutschland enthält das Bundesstatistikgesetz (BStatG §3 Abs. 1 Nr. 7). Eine Rechtsgrundlage zur Erfassung der Gesundheitsausgaben auf Landesebene ist nicht bekannt. Konzeptionell stützt sich die Erfassung der Kosten und Finanzierung der Gesundheitsversorgung auf die Empfehlungen des "System of Health Accounts". Dabei handelt es sich um ein inhaltlich-klassifikatorisches Rahmenwerk der OECD mit konkreten Definitionen und Empfehlungen für eine konsistente, international vergleichbare und umfassende gesundheitsökonomische Berichterstattung.

1.7 Geheimhaltung

1.7.1 Geheimhaltungsvorschriften

Gemäß §16 Abs. 1 BStatG ist die deutsche amtliche Statistik dazu verpflichtet, Einzelangaben geheim zu halten. Ausgenommen sind Einzelangaben, die dem Befragten nicht zuzuordnen sind oder so zusammengefasst wurden (aggregiert), dass sie nicht rückverfolgbar sind. Im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung werden ausschließlich aggregierte Daten oder Daten ohne direkten Personenbezug verwendet. Hinzu kommt, dass es sich um eine makroökonomische Betrachtung handelt. Die Ergebnisse werden nicht personenbezogen nachgewiesen und im Rahmen der Ergebnisdarstellung lediglich auf die Gesamtbevölkerung bezogen.

1.7.2 Geheimhaltungsverfahren

Da ausschließlich aggregierte Daten oder Statistiken ohne direkten Personenbezug verwertet werden und da es sich um eine makroökonomische Betrachtung handelt, werden keine zusätzlicher Geheimhaltungsverfahren angewandt.

1.8 Qualitätsmanagement

1.8.1 Qualitätssicherung

Die Qualität der Gesundheitsausgabenrechnung hängt entscheidend von den rund 35 verwendeten Basisstatistiken ab. Das Statistische Bundesamt stimmt sich mindestens jährlich im Rahmen der Datenakquisition mit den Datenhaltern der Basisstatistiken ab. Unplausible Fälle werden vor der Berechnung abgeklärt. Unschärfen treten insbesondere dann auf, wenn sie in den zugrunde liegenden Basisstatistiken bereits vorhanden sind oder wenn geeignete Statistiken für die Abbildung ausgewählter Bereiche fehlen (Datenlücke). Eine Minimierung dieser (teilweise bekannten) Ungenauigkeiten wird im Einzelfall auf unterschiedliche Weise erzielt, zum Beispiel durch die Zusammenführung unterschiedlicher Datenquellen, die Hinzuschätzung ausgewählter Bereiche oder Expertenschätzungen. Weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung sind Plausibilitätsprüfungen sowie eine kontinuierliche Verbesserung der Datengrundlage und Berechnungsmethoden durch regelmäßige (rückwirkende) Revisionen.

Die Sicherstellung einer möglichst vollständigen und international vergleichbaren Erfassung der Gesundheitsausgaben ist ein wichtiges Ziel des „System of Health Accounts“ der OECD. Durch den Abgleich von Daten der Ausgaben-träger – denjenigen, die die Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen finanzieren – und Daten der Leistungserbringer soll eine umfassende Ermittlung der Ausgaben für Gesundheit gewährleistet werden. Gerade im Bereich der privat veranlassten Käufe sind der statistischen Erfassung jedoch Grenzen gesetzt, hier können Untererfassungen nicht ausgeschlossen werden

1.8.2 Qualitätsbewertung

Die Gesundheitsausgabenrechnung ist ein sekundärstatistisches Rechensystem, das die ökonomischen Daten im Bereich Gesundheit in eine einheitliche Methodik überführt und so bündelt. Gegenüber den zugrunde liegenden Einzelstatistiken hat die Gesundheitsausgabenrechnung den Vorteil, mit überschaubarem Aufwand und vertretbarem Ressourceneinsatz deutlich umfassendere und dennoch belastbare Aussagen zu ermöglichen. Allerdings muß bei der Interpretation ihrer Ergebnisse berücksichtigt werden, dass es sich im Gesamtergebnis um Berechnungen handelt, deren Aussagekraft – je nach Fragestellung – eingeschränkt sein kann. Stichprobenbedingte und nicht-stichprobenbedingte Fehler der rund 35 verwendeten Basisstatistiken, die in die Berechnung einfließen, können grundsätzlich auch in den Ergebnissen der Gesundheitsausgabenrechnung enthalten sein; hinzu kommen mögliche Verzerrungen durch Schätzverfahren sowie die Fortschreibung von Zeitreihen. Es ist jedoch zu beachten, dass es sich bei den meisten Basisstatistiken um Vollerhebungen von hoher Qualität handelt und Schätzungen nur in Randbereichen vorgenommen werden, wo belastbare Daten fehlen. Eine Quantifizierung des Gesamtfehlers ist auf Grund dieser Sachlage nicht zweifelsfrei möglich.

2 Inhalte und Nutzerbedarf

2.1 Inhalte der Statistik

2.1.1 Inhaltliche Schwerpunkte der Statistik

Die Gesundheitsausgabenrechnung misst die Ausgaben für den letzten Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen sowie die Investitionen in den stationären Gesundheitseinrichtungen. Zu den Gesundheitsausgaben zählen insbesondere diejenigen Aufwendungen, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen sind. Die Abgrenzung von gesundheitsrelevanten Gütern und Dienstleistungen folgt weitestgehend den international empfohlenen Definitionen des „System of Health Accounts“. Die Angaben werden dreidimensional – nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen des Gesundheitswesens – gegliedert. Über die Gesundheitsausgaben hinaus werden zusätzlich solche Leistungen ermittelt, die zum erweiterten Gesundheitsbereich zählen. Dies sind Ausgaben für Forschung und Entwicklung, Ausgaben zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen und Einkommensleistungen, die an die Bevölkerung bei Krankheit oder Invalidität ausbezahlt werden.

2.1.2 Klassifikationssysteme

Die Gesundheitsausgaben werden nach den drei Dimensionen Ausgabenträger, Leistungsarten und Einrichtungen des Gesundheitswesens gegliedert. Klassifikationen für diese Gliederungsmerkmale wurden in einer Forschungsphase speziell für die Gesundheitsausgabenrechnung entwickelt. Die nationalen Klassifikationen können für internationale Vergleiche in die Klassifikationen ICHA (International Classification of Health Accounts) des „System of Health Accounts“ (SHA) der OECD überführt werden. Die deutsche Klassifikation der **Ausgabenträger** ist grundsätzlich mit der Klassifikation ICHA-HF (Health Financing) kompatibel, geht an einigen Stellen aber darüber hinaus, um die Ausgaben der unterschiedlichen Sozialversicherungsträger in Deutschland noch dezidierter darzustellen. Die nationale Klassifikation der **Einrichtungen** ist mit der Klassifikation ICHA-HP (Health Provider) harmonisiert und bietet gleichzeitig einen Anknüpfungspunkt zur Klassifikation der Wirtschaftszweige der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Auch die deutsche Klassifikation der **Leistungsarten** unterscheidet sich in einigen Punkten von der Klassifikation ICHA-HC (Functions), um das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens detaillierter darstellen zu können; eine Überführung beider Klassifikationen ist dennoch möglich.

2.1.3 Statistische Konzepte und Definitionen

Ziel der Gesundheitsausgabenrechnung 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). Käufe von Personen mit Wohnsitz im Ausland bei Leistungserbringern im Inland werden in der Gesundheitsausgabenrechnung nicht berücksichtigt. Demgegenüber 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 Gesundheitsausgabenrechnung an die Definition des „System of Health Accounts“ (SHA) – der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) angelehnt, wengleich 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 Gesundheitsausgabenrechnung nachrichtlich ausgewiesen wird, zählen Einkommensleistungen und Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen. Außerdem werden dort Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen erfasst. In der Gesundheitsausgabenrechnung werden nur die Ausgaben für die **letzte Verwendung** von Gütern und Dienstleistungen sowie Investitionen ermittelt. Durch diese definitorischen Abgrenzungen wird klar, dass die Gesundheitsausgabenrechnung schwerpunktmäßig 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. Die Gesundheitsausgabenrechnung verfolgt nicht das Ziel, die Wertschöpfung der Industrien im Gesundheitswesen (manchmal unter dem Terminus „Gesundheitswirtschaft“ zusammengefasst) zu ermitteln.

2.2 Nutzerbedarf

National: Öffentlichkeit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Bundesministerien, darunter insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Forschungsinstitute, Verbände, Universitäten, Medien, Versicherungen und Unternehmen des Gesundheitswesens.

International: Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) – Unit of Health and Food Safety; Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) – Health Division; Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Health System Financing Unit.

2.3 Nutzerkonsultation

Beratungen mit Nutzervertretern auf nationaler Ebene (u.a. dem Bundesministerium für Gesundheit) und internationaler Ebene (Eurostat, OECD und WHO); Nutzerkonferenzen, Symposien und Informationsveranstaltungen.

3 Methodik

3.1 Basisstatistiken

Für die Berechnung der Gesundheitsausgaben werden Daten aus rund 35 Datenquellen zusammengeführt. Überwiegend handelt es sich dabei um Geschäfts- und Rechnungsergebnisse, statistische und finanzielle Berichte, Haushaltspläne und Branchenberichte. Soweit verfügbar stammen die Basiswerte aus Vollerhebungen, in Einzelfällen werden auch Stichprobenergebnisse zum Beispiel aus dem Mikrozensus oder der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe genutzt. Zu den wichtigen Basisstatistiken zählen, neben den jährlichen Finanz- und Geschäftsergebnissen des Bundesministeriums für Gesundheit, zum Beispiel die Statistiken der gesetzlichen Rentenversicherungen, der öffentlichen Haushalte, der Privaten Krankenkassen und der Kassen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

3.2 Vorgehensweise bei der Datenberechnung

Bei der Gesundheitsausgabenrechnung handelt es sich 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 Gesundheitswesens zusammenfasst. Die Erfassung der Gesundheitsausgaben erfolgt in erster Linie von Seiten der Ausgabenträger. Die Ausgaben der unterschiedlichen Ausgabenträger (z.B. gesetzliche Krankenversicherung) müssen dabei den Leistungsarten und den diese Leistungen erbringenden Einrichtungen zugeordnet werden. Zu diesem Zweck werden zum Teil geeignete Quoten zur Verteilung der Ausgaben auf die Leistungsarten und die leistungserbringenden Einrichtungen berechnet. In anderen Fällen erweist sich eine vorherige Ermittlung der Umsatzwerte der Leistungserbringer und eine anschließende Verteilung der Ausgaben auf Ausgabenträger und Leistungsarten als sinnvoller. Eine Abstimmung von Ausgabendaten der Ausgabenträger mit den Umsatzwerten der Leistungserbringer ist notwendig, um Untererfassungen sowie Doppelzählungen zu vermeiden.

3.3 Preis- und Saisonbereinigung; andere Analyseverfahren

Werden im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung nicht angewandt.

3.4 Beantwortungsaufwand

Da es sich bei der Gesundheitsausgabenrechnung um ein Gesamtrechensystem handelt, in dem bereits vorliegende Ergebnisse von Primär-, Sekundärerhebungen oder administrativen Datenquellen weiterverarbeitet werden, findet keine zusätzliche Belastung für Auskunftgebende statt. Auskunftgebende können auf freiwilliger Basis zusätzlich belastet werden, wenn sie im Rahmen der Datenakquisition der Gesundheitsausgabenrechnung Datenmaterial zur Verfügung stellen, welches aus Sonderauswertungen gewonnen wird.

4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit

4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Die Qualität der Gesundheitsausgabenrechnung hängt grundsätzlich von den rund 35 verwendeten Basisstatistiken ab. Prinzipiell haben bei der Auswahl der Basisstatistiken Vollerhebungen vor Stichproben Vorrang und kontinuierliche Erhebungen vor Einmalzählungen, um methodisch bedingte Brüche in den Zeitreihen zu vermeiden. Unschärfen treten insbesondere dort auf, wo sie in den dieser Rechnung zugrunde liegenden Basisstatistiken bereits vorhanden sind bzw., wo geeignete Datenquellen für spezifische Bereiche fehlen (Datenlücke). Eine Minimierung von (teilweise bekannten) Ungenauigkeiten wird im Einzelfall auf unterschiedliche Weise erzielt, und zwar durch Zusammenführung von Datenquellen, Hinzuschätzung ausgewählter Bereiche oder Expertenschätzungen. Hinzu kommen Plausibilitätsprüfungen sowie eine kontinuierliche Verbesserung der Datengrundlage und Berechnungsmethoden. Dazu werden regelmäßige (rückwirkende) Revisionen durchgeführt sowie systematisch die Harmonisierung mit dem „System of Health Accounts“ der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) vorangetrieben.

4.2 Qualität der Datenquellen

Für die Berechnung der Gesundheitsausgaben werden grundsätzlich alle bekannten und infrage kommenden Datenquellen mit Ergebnissen zum Thema berücksichtigt. Dazu zählen insbesondere Geschäfts- und Rechnungsergebnisse, statistische und finanzielle Berichte, Branchenberichte und Haushaltspläne. In den meisten Fällen handelt es sich um Vollerhebungen. Sind diese nicht verfügbar, werden Stichprobenergebnisse oder im Einzelfall

Expertenschätzungen verwendet. Ein wichtiger Teil der Basisstatistiken (zum Beispiel Pflegestatistik, Sozialhilfestatistik, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Finanzen der öffentlichen Haushalte, Arbeitskostenerhebung) unterliegt den Qualitätskriterien der amtlichen Statistik, Methodenbeschreibungen dazu sind den jeweiligen Qualitätsberichten zu entnehmen. Die anderen Statistiken werden i.d.R. durch die entsprechenden Datenhalter intern validiert. Das Statistische Bundesamt prüft zusätzlich sowohl die Basisstatistiken als auch die Endergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung auf ihre Plausibilität. Mit Einschränkungen der Aussagekraft ist aufgrund der unzureichenden Datenlage bei den privaten Haushalten und Organisationen ohne Erwerbszweck zu rechnen. Um systematische Fehler in den Basisstatistiken zu erkennen und ggf. zu korrigieren werden die Ausgangsdaten vor der Weiterverarbeitung auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Bei Unstimmigkeiten wird Kontakt mit dem Datenhalter aufgenommen, offensichtliche Fehler werden korrigiert. Revisionen sorgen für eine kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisse, auch für zurückliegende Berichtsjahre.

4.3 Revisionen

4.3.1 Revisionsgrundsätze

Unter einer Revision versteht man die Überarbeitung der Ergebnisse zum Beispiel durch die Berücksichtigung neuer Datenquellen, neuer Statistiken und/oder verbesserter Methoden in das Rechensystem. Mit jeder Revision werden üblicherweise auch für zurückliegende Berichtsjahre neue Ergebnisse berechnet, die aufgrund der verbesserten Methodik bzw. Datengrundlage eine höhere Genauigkeit aufweisen. Kleinere Revisionen werden zur Verbesserung der Qualität in der Regel jährlich mit jeder neuen Veröffentlichung durchgeführt. Gründe für Revisionen in der Gesundheitsausgabenrechnung sind insbesondere

- neue, zusätzliche oder revidierte Datenquellen,
- verbesserte Methoden,
- exaktere Definitionen oder Abgrenzungen,
- neue oder verbesserte Klassifikationen,
- neue oder präzisere Berechnungs- oder Schätzmethoden und
- die Verbesserung der internationalen Vergleichbarkeit.

Um methodische Brüche zu vermeiden, wird bei Revisionen der Gesundheitsausgabenrechnung dem Zeitreihenvergleich Priorität eingeräumt, das heißt neue Datenquellen werden in der Regel nur dann einbezogen, wenn sie auch für zurückliegende Berichtsjahre verfügbar sind.

4.3.2 Revisionsverfahren

Kleinere Revisionen werden jährlich durchgeführt, um die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung zu aktualisieren. Große Revisionen verfolgen meist das Ziel einer methodischen und/oder inhaltlichen Weiterentwicklung des Rechensystems. Die letzte große Revision wurde mit dem Berichtsjahr 2006 durchgeführt und diente vorrangig einer besseren Harmonisierung mit dem „System of Health Accounts“ der OECD und damit einer besseren internationalen Vergleichbarkeit.

4.3.3 Revisionsanalysen

Bei Revisionen wird die Abweichung zwischen bislang berechneten Werten, einer ersten revisionsbedingten Schätzung und dem endgültigen Ergebnis untersucht. Bevor neue Datenquellen in die Gesundheitsausgabenrechnung aufgenommen werden, wird eine Analyse der Datenquellen über die gesamte Zeitreihe durchgeführt. Hierbei werden die Ergebnisse der neuen Datenquelle über alle Veröffentlichungsjahre mit bereits vorliegenden Ergebnissen der bisherigen Datenquelle verglichen.

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Aktualität

Die Gesundheitsausgabenrechnung wird seit dem Berichtsjahr 1992 jährlich durchgeführt.

5.2 Pünktlichkeit

Neue Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung stehen in der Regel 15 Monate nach Ablauf des aktuellen Berichtsjahres zur Verfügung.

6 Vergleichbarkeit

6.1 Räumliche Vergleichbarkeit

Inhaltlich orientiert sich die Gesundheitsausgabenrechnung an dem von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) vorgelegten „System of Health Accounts“, das vor allem für die nationalen Gesundheitsausgabenrechnungen einen einheitlichen Rahmen von Begriffsabgrenzungen, Gliederungsmerkmalen und Zuordnungskriterien bereitstellt und deren länderübergreifende Vergleiche erleichtert.

6.2 Zeitliche Vergleichbarkeit

Zeitlich vergleichbare Daten zu den Gesundheitsausgaben liegen seit dem Berichtsjahr 1992 vor.

7 Kohärenz

Bei der Entwicklung der drei Gesundheitsrechensysteme (Gesundheitsausgaben-, Krankheitskosten- und Gesundheitspersonalrechnung) wurde ausdrücklich Wert auf ihre inhaltliche Verzahnung über die Einrichtungsebene gelegt; die Klassifikation der Einrichtungen des Gesundheitswesens ist, bis auf geringfügige Abweichungen, in allen drei Rechensystemen kongruent. Da die Gesundheitsausgabenrechnung Ausgangswerte für die Berechnung der Krankheitskosten liefert, besteht zwischen diesen beiden Rechensystemen eine besonders enge Verbindung.

Weil die Gesundheitsausgabenrechnung den letzten Verbrauch von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen misst, ist auch ein enger Bezug zu den Konzepten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) gegeben. Ein direkter Anknüpfungspunkt ergibt sich über die Klassifikation ICHA-HP der Einrichtungen im Gesundheitswesen zu den Wirtschaftszweigen der VGR.

Darüber hinaus werden noch weitere Daten aus den Fachstatistiken verwendet, da es in Gesamrechnungssysteme üblich ist, eine Vielzahl unterschiedlicher Datenquellen zur Berechnung von Merkmalen zu verwenden. Zu nennen sind hier beispielsweise die Rechnungsergebnisse der Sozialversicherungen, der privaten Krankenversicherung oder die Ergebnisse der Finanzstatistik. Aus methodischen Gründen können sich die in der Gesundheitsausgabenrechnung verwendeten Daten jedoch von denen in den Fachstatistiken publizierten unterscheiden.

8 Verbreitung und Kommunikation

8.1 Verbreitungswege

Die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung werden in regelmäßigen Abständen veröffentlicht. Die Jahresergebnisse gibt das Statistische Bundesamt in der Regel im Frühjahr in einer Pressemitteilung und in einer Fachserie bekannt. In unregelmäßigen Abständen werden die Ergebnisse in Querschnittspublikationen des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht (zum Beispiel im Statistischen Jahrbuch oder im Datenreport). Tief gegliederte Ergebnisse befinden sich online in der Datenbank des Statistischen Bundesamtes *GENESIS (Code 23611)* und im *Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes* www.gbe-bund.de (Suchbegriff: *Gesundheitsausgaben*).

8.2 Methodenpapiere/Dokumentation der Methodik

Eine detaillierte methodische Beschreibung der Gesundheitsausgabenrechnung enthält der Bericht: *Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung. Methoden und Grundlagen 2008. Wiesbaden 2011*. Er kann aus dem Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE) unter www.gbe-bund.de kostenlos heruntergeladen werden.

8.3 Richtlinien der Verbreitung

Die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung werden in der Regel 15 Monate nach Ablauf des aktuellen Berichtsjahres veröffentlicht. Revisionsbedingt oder wenn sich die Veröffentlichung einer Basisstatistik verzögert, kann sich der Veröffentlichungszeitpunkt auf einen späteren Zeitpunkt verschieben.

9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Bei Fragen und Anregungen zur Gesundheitsausgabenrechnung wenden Sie sich bitte an das Info-Team der Gesundheitsrechensysteme:

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Gruppe H1
Postfach 17 03 77
53029 Bonn
Tel.: +49 (0) 611/75-8234
Fax: +49 (0) 611/75-8996
E-Mail: gesundheitsrechensysteme@destatis.de

Unter www.oecd.org können international vergleichbare Angaben der OECD-Mitgliedstaaten abgerufen werden.