

GESUNDHEITSAUSGABEN NACH LEISTUNGSARTEN IN BAYERN: VORSTELLUNG EINER NEUEN STATISTIK

Dr. Christian Baier, Dipl.Soz.Univ., Dr. Anna Herget, M.Sc.



contrastwerkstatt / stock.adobe.com

In Bayern beliefen sich die Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2022 auf 40,2 Milliarden Euro. Die Gesundheitsausgabenrechnung nach Leistungsarten auf Länderebene ermittelt, wie sich die Ausgaben auf einzelne Leistungsarten wie zum Beispiel therapeutische Leistungen, Arzneimittel oder Transporte verteilen.

Diese Statistik ist neu und wurde im vergangenen Jahr 2024 zum ersten Mal auf Länderebene veröffentlicht. Für die Berechnung der neuen Ergebnisse hatte die AG „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ zuvor eine Methode entwickelt, um die auf Bundesebene etablierte Rechnung zu regionalisieren. Damit kann künftig auf Ebene der Bundesländer ermittelt werden, wie sich die Verteilung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung im Gesundheitsbereich auf die einzelnen Leistungsarten entwickelt.

Die Verteilung und Entwicklung der Gesundheitsausgaben vollzieht sich im Spannungsfeld von politischen Zielen und Maßnahmen, zum Beispiel zur Steigerung des Ambulantisierungsgrads, langfristigen Entwicklungen wie dem demographischen Wandel und dem beständigen medizinischen Fortschritt sowie kurzfristigen Ereignissen wie der Coronapandemie. Generell zeigt sich ein Anstieg der nominalen Gesundheitsausgaben. In einer methodischen Weiterentwicklung sollen in Zukunft auch preisbereinigte Ausgaben ausgewiesen werden, um weitere Erkenntnisse zu gewinnen.

*Im Jahr 2022 wurden in Bayern circa 11 %
des bayerischen Bruttoinlandsprodukts für
Gesundheit ausgegeben.*



Einleitung

Im Jahr 2022 betrugen die Gesundheitsausgaben in Bayern rund 78,1 Milliarden Euro. Damit wurden circa 11% des bayerischen Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit ausgegeben, was die hohe ökonomische und soziale Bedeutung von Gesundheit in Bayern illustriert. Die amtliche Statistik versteht unter Gesundheitsausgaben alle Käufe von Waren und Dienstleistungen, die zum Zweck der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege getätigt werden, sowie die Kosten der Verwaltung und die Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Anhand der Gesundheitsausgaben einer Volkswirtschaft lässt sich einerseits abschätzen, wie es um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung bestellt ist, andererseits schlagen sich gesellschaftliche Herausforderungen wie etwa der demographische Wandel oder die Coronapandemie auch in der Höhe und der Verteilung der Gesundheitsausgaben nieder. Es gibt also breit gestreute Einflüsse, die die Entwicklung der Gesundheitsausgaben bedingen.

Sachlich sind die Gesundheitsausgaben in drei Dimensionen gegliedert: nach Einrichtungsart, nach Ausgabenträger sowie nach Leistungsart. Zu den Einrichtungsarten gehören unter anderem Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen oder Rettungsdienste; zu den Ausgabenträgern zählen unter anderem die Gesetzliche Krankenversicherung, die Soziale Pflegeversicherung und die Öffentlichen Haushalte; und schließlich umfassen die Leistungsarten unter anderem Ausgaben für Arzneimittel, für ärztliche oder pflegerische Leistungen, für Leistungen im Mutterschutz oder für Transporte.

In der Bundesrechnung sind die Gesundheitsausgaben in allen drei Dimensionen verfügbar. Auf der Ebene der Länder jedoch konnten aufgrund eingeschränkter Datenverfügbarkeit bis vor Kurzem nur die Ausgaben nach Ausgabenträgern berechnet werden. Diese Berechnung übernimmt das Bayerische Landesamt für Statistik jährlich als Koordinierungsaufgabe in der AG Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL). Neben der Durchführung der Berechnung nach Ausgabenträgern auf Länderebene bemüht sich das LfStat seit 2018 um eine Ausweitung des Datenangebots, das auch die Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten umfasst, damit auch auf Länderebene ausgewiesen werden kann, wofür die Gesundheitsausgaben verwendet werden.

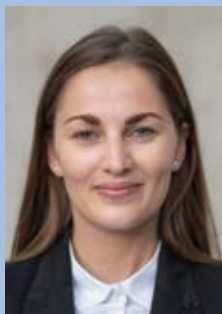
Im vorliegenden Beitrag möchten wir nun eine neue Statistik zu den Gesundheitsausgaben vorstellen, die die Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach Leistungsarten gegliedert für die einzelnen Bundesländer ausweist. Diese Ergebnisse wurden im Dezember 2024 erstmals auf Länderebene veröffentlicht. Ziel des Beitrags sind sowohl die Darstellung der methodischen Herangehensweise und der damit verbundenen Herausforderungen als auch eine erste Einordnung der Ergebnisse. Hierfür werden im Folgenden zuerst zentrale Begrifflichkeiten definiert sowie die methodische Herangehensweise in ihren Einzelschritten dargestellt. Im zweiten Teil des Aufsatzes analysieren wir die im Dezember 2024 veröffentlichten Ergebnisse inhaltlich. Damit erhalten unsere Leserinnen und Leser einen ersten Einblick in die neue Statistik der Gesundheitsausgabenrechnung nach Leistungsarten auf Länderebene.

Dr. Christian Baier

Dr. Christian Baier hat an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg Soziologie studiert und war dort von 2009 bis 2017 am Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie in Forschung und Lehre tätig. In seiner Dissertation beschäftigte er sich

mit dem Wandel des akademischen Feldes in Deutschland. Im Jahr 2018 übernahm er eine Stelle als Referent im Landesamt für Statistik im Bereich Zensus. Seit 2021 arbeitet er im Sachgebiet „Regionale Gesamtrechnungen“ und hat dort seit 2024 die stellvertretende Sachgebietsleitung inne.

Fotoquelle: privat

Dr. Anna Herget

Dr. Anna Herget hat an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg zu Themen der atypischen Beschäftigung geforscht. Seit Juli 2024 arbeitet sie im Sachgebiet 32 „Regionale Gesamtrechnungen“ als Referentin in

der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung im Bayerischen Landesamt für Statistik.

Fotoquelle: privat

Zentrale Begriffe

Zu den Gesundheitsausgaben zählen, wie oben bereits erwähnt, alle Käufe von Waren und Dienstleistungen, die zum Zweck der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege getätigt werden, die Kosten der Verwaltung sowie die Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. In der Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten auf Länderebene ist es aus methodischen Gründen nicht möglich, die Investitionen zu betrachten, das heißt die Ergebnisse beschränken sich auf die laufenden Ausgaben (Gesundheitsausgaben minus Investitionen). Inhaltlich werden als Gesundheitsausgaben nur die Transaktionen für die letzte Verwendung erfasst, ein direkter Patientenbezug muss daher im Regelfall gegeben sein. Transaktionen zwischen Leistungserbringern, zum Beispiel die Lieferung von Arzneimitteln von pharmazeutischen Großhändlern an Apotheken, bleiben unberücksichtigt. Räumlich bezieht sich die Erfassung der Gesundheitsausgaben dabei auf die Käufe der inländischen Bevölkerung (die gegebenenfalls auch im Ausland getätigt werden können). Nicht berücksichtigt werden die Ausgaben des erweiterten Leistungsbereichs¹, sowie sonstige Ausgaben, die die Gesundheit nicht oder nur im weiteren Sinne fördern, zum Beispiel Schönheitsoperationen ohne medizinische Notwendigkeit oder der Kauf von Fitnessgeräten.²

Gemäß des System of Health Accounts (SHA)³ und der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes werden die in Tabelle 1 dargestellten Leistungsarten unterschieden.⁴ Hierbei unterscheidet man die Leistungsarten auf 1-Steller-Ebene und auf 2-Steller-Ebene.

¹ Zu den Ausgaben des erweiterten Leistungsbereichs zählen Einkommensleistungen, wie Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall oder Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen.

² Siehe Statistisches Bundesamt (2020).

³ Siehe OECD/Eurostat/WHO (2017).

⁴ Eine Definition der einzelnen Leistungsarten findet sich unter Statistisches Bundesamt (2008).

Tab. 1 Übersicht der Leistungsarten der laufenden Gesundheitsausgaben

1-Steller-Ebene	2-Steller-Ebene
1 Prävention / Gesundheitsschutz	1.1 allgemeiner Gesundheitsschutz 1.2 Gesundheitsförderung 1.3 Früherkennung von Krankheiten 1.4 Gutachten und Koordination
2 ärztliche Leistungen	2.1 Grundleistungen 2.2 Sonderleistungen 2.3 Laborleistungen 2.4 strahlendiagnostische Leistungen
3 pflegerische / therapeutische Leistungen	3.1 pflegerische Leistungen 3.2 therapeutische Leistungen 3.3 Mutterschaftsleistungen
4 Ausgleich krankheitsbedingter Folgen	
5 Unterkunft / Verpflegung	
6 Waren	6.1 Arzneimittel 6.2 Hilfsmittel 6.3 Zahnersatz (Material- und Laborkosten) 6.4 sonst. medizinischer Bedarf
7 Transporte	
8 Verwaltungsleistungen	
	9.3 Investitionen

Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2020): Gesundheitsausgabenrechnung – Methoden und Grundlagen, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Hinweis: Die Positionen 4 und 9.3 sind in der Gesundheitsausgabenrechnung der Länder nicht berücksichtigt.

Berechnung

Die Berechnung der Gesundheitsausgabenrechnung nach Leistungsarten auf Länderebene gliedert sich in vier Arbeitsschritte, die in den folgenden Abschnitten jeweils näher erläutert werden:

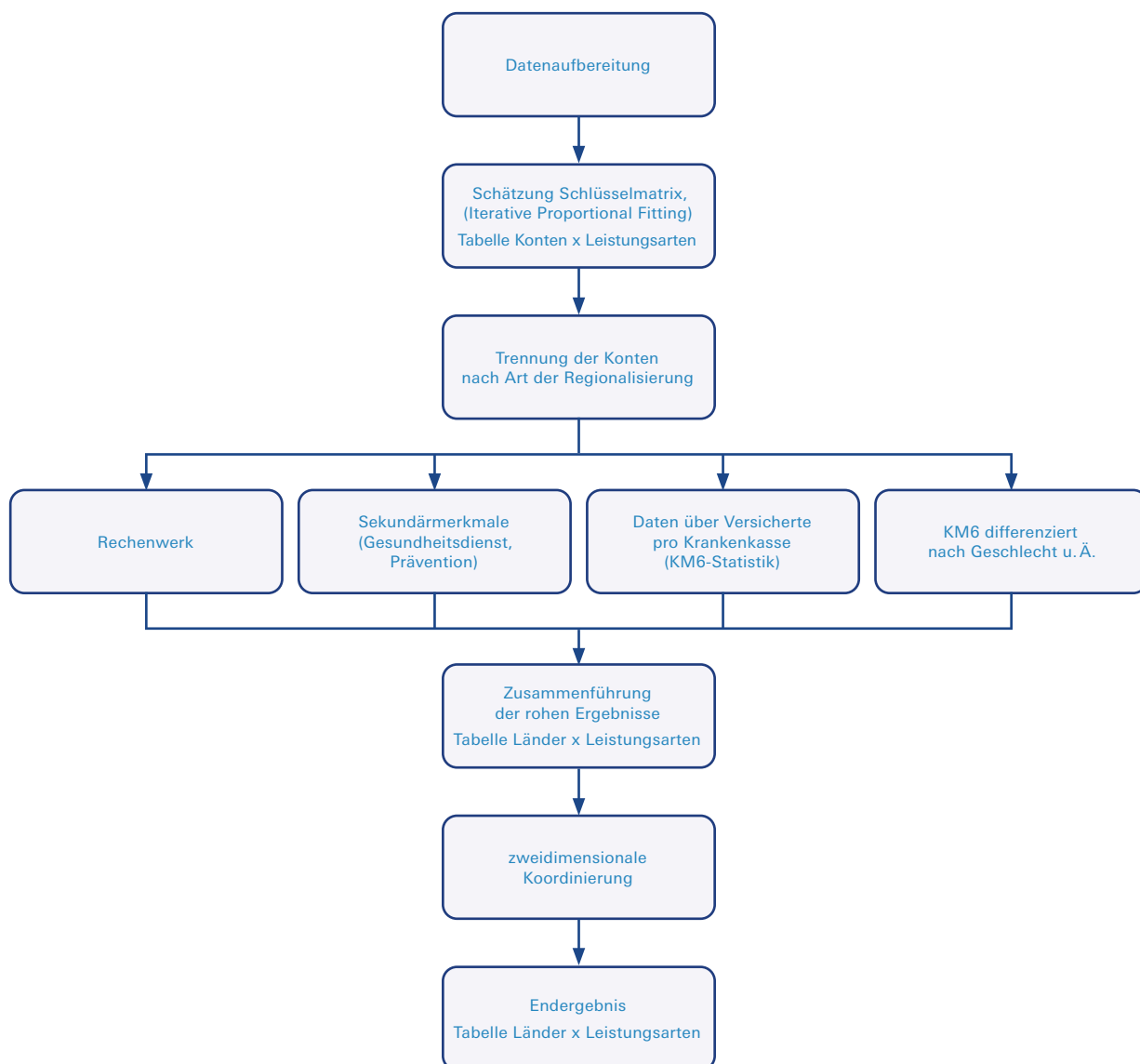
- Datenaufbereitung, insbesondere Selektion der relevanten Konten aus der KJ1-Statistik, welche die Ausgaben jeder einzelnen Krankenkasse nach Konten gegliedert bereitstellt
- Schlüsselung der Ausgaben je Konto auf die Leistungsarten
- Regionalisierung, das heißt Schlüsselung der für die Leistungsarten ermittelten Summen auf die Länder
- Zusammenführung und Koordinierung der Ergebnisse

Abbildung 1 verdeutlicht das Berechnungsverfahren graphisch.

Kurz zusammengefasst werden zunächst die Ausgaben in den relevanten Konten für jede einzelne Krankenkasse separat aufsummiert. Die daraus resultierenden Ausgaben je Krankenkasse werden anschließend auf die Leistungsarten geschlüsselt. Mit Hilfe der Mitgliederzahl je Krankenkasse und Bundesland werden die auf die Leistungsarten geschlüsselten Ausgaben auf die Bundesländer regionalisiert, so dass man am Ende eine Matrix mit den Ausgaben je Leistungsart und Bundesland erhält.

Zentral für die Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten auf Länderebene sind zwei Herausforderungen. Zum einen die Schlüsselung der Ausgabekonten auf die Leistungsarten, zum anderen die Regionalisierung, das heißt die Schlüsselung der für die Leistungsarten ermittelten Ausgaben auf die Länder. Die Lösungsansätze für diese beiden Herausforderungen sollen im Folgenden skizziert werden.

Abb. 1
Berechnungsmethodik im Überblick



Quelle: Eigene Darstellung.



Datenaufbereitung

Die wichtigsten Datenquellen für die Berechnung der Gesundheitsausgaben auf Länderebene sind die KJ1-Statistik⁵ und die KM6-Statistik⁶. Sie werden der AG GGRdL vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt. Die KJ1-Statistik enthält für alle gesetzlichen Krankenkassen jeweils die Ausgabenpositionen eines Jahres, gegliedert nach Konten.⁷ Die KM6-Statistik wiederum stellt pro Krankenkasse Informationen über die Versicherten, insbesondere die Anzahl, das Geschlecht, die Altersstruktur und das Bundesland des Wohnortes, bereit. Damit sind die Ausgaben jeder Krankenkasse und die Verteilung der Versicherten je Krankenkasse auf die Bundesländer bekannt.

Darüber hinaus fließt noch eine Vielzahl weiterer Daten in die Berechnung mit ein, die einerseits dazu dienen, die Konsistenz zwischen den bestehenden Rechnungen auf Bundes- und Länderebene zu sichern, und die andererseits zur Regionalisierung eingesetzt werden.

Im Rahmen der Datenaufbereitung werden die relevanten Konten der laufenden Gesundheitsausgaben aus der KJ1-Statistik selektiert und die relevanten Ausgaben auf den Konten aufsummiert. Auch die übrigen Daten werden in die benötigte Form gebracht.

Schlüsselung der Konten auf die Leistungsarten

Im zweiten Berechnungsschritt werden die Ausgaben auf den Konten der KJ1-Statistik mit den Leistungsarten in Beziehung gesetzt. Konten können entweder genau einer Leistungsart zugeordnet sein (Direktzuordnung) oder anteilig mehreren Leistungsarten zugeordnet sein (Mehrfachzuordnung).⁸ Vom Statistischen Bundesamt werden Informationen zur Zuordnung der Konten zu den Leistungsarten zur Verfügung gestellt. Jedoch beinhaltet diese Information bei mehrfach zugeordneten Konten keine Information zu den Anteilen für die betroffenen Leistungsarten. Daraus ergibt sich die erste methodische Herausforderung bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten auf Länderebene: Die Verteilung der Kontensummen auf die jeweils zugeordneten Leistungsarten – die Schlüsselmatrix – muss geschätzt werden. Hierfür wird ein in der mathematischen Statistik und darüber hinaus etablierter Algorithmus verwendet, der unter anderem als „RAS-Algorithmus“, „Matrix scaling“ oder „Iterative Proportional Fitting Procedure“ (IPFP) bekannt ist.⁹

Um mit diesem Verfahren die Schlüsselmatrix zu schätzen, müssen die Randsummen der Matrix bekannt sein. Die Randsummen sind hier zum einen die Gesundheitsausgaben je Bundesland für den Ausgabenträger der GKV. Diese sind bekannt durch die Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern. Zum anderen sind es die Gesundheitsausgaben je Leistungsart auf Bundesebene, welche vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht werden. Weiterhin müssen die Randsummen konsistent sein und dürfen keine negativen Werte enthalten.

Ausgangspunkt der Schätzung ist eine binäre Matrix, die für jedes Paar einander zugeordneter Konten und Leistungsarten eine 1 enthält, während alle übrigen Zellen 0 enthalten. Diese sogenannte seed-Matrix wird durch das Verfahren so skaliert, dass die Abweichungen zu den vorgegebenen Randsummen minimiert werden.

Im Anschluss an die Schätzung werden die geschätzten Werte und die Werte für die einfach zugeordneten Konten zur sogenannten Schlüsselmatrix zusammengeführt. Diese gibt für alle Konten an, zu welchem Anteil die verbuchten Ausgaben auf die jeweiligen Leistungsarten entfallen. Die beispielhafte Struktur einer Schlüsselmatrix zeigt Abbildung 2.

Regionalisierung

Im nächsten Berechnungsschritt muss die Schlüsselmatrix regionalisiert werden, das heißt, die Ausgaben je Konto und Leistungsart werden auf die Länder disaggregiert. Hier kommen je nach Art des Kontos vier verschiedene Methoden zum Einsatz:

- Regionalisierung mithilfe länderspezifischer Daten aus der Krankenhausstatistik in einem gesonderten Rechenwerk für Konten, die stationäre Krankenhausbehandlungen betreffen
- Regionalisierung anhand länderspezifischer Sekundärdaten zu Prävention und Impfstoffen für relevante Konten
- Regionalisierung anhand ausgewählter Versichertengruppen eines Bundeslandes (modifizierte KM6) für Konten, die Ausgaben für spezielle Gruppen enthalten
- Regionalisierung anhand der Versicherten eines Bundeslandes (KM6) für Konten, bei denen es keine alternative Regionalisierungsmöglichkeit gibt¹⁰

Die zuerst aufgeführte Regionalisierungsmethode, auf die rund 35% der Gesamtausgaben entfallen, wird bei Ausgaben im Zusammenhang mit stationären Behandlungen im Krankenhaus angewendet. Die Methode basiert auf Daten aus der Krankenhausstatistik und lehnt sich eng an das entsprechende Berechnungsverfahren auf Bundesebene an.

Eine weitere Regionalisierungsmethode verwendet Daten des medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu durchgeführten Präventionsmaßnahmen und des GKV-Spitzenverbandes zu Bruttoumsätzen für Impfstoffe. Knapp 1% der Gesamtausgaben werden auf diesem Weg regionalisiert.

Im Falle der letzten beiden Formen der Regionalisierung wird die Verbindung zwischen den Ausgaben je Konto und Leistungsart und den Ländern mithilfe der Informationen über die versicherten Personen je Kasse aus der KM6-Statistik hergestellt. Je Kasse wird die Verteilung der Versicherten auf die Länder ermittelt und anhand dieser Verteilung werden die Ausgaben der Kasse, gegliedert nach Leistungsarten, auf die Länder verteilt. Der Berechnung liegt die Annahme zugrunde, dass auf die Versicherten einer Krankenkasse in jedem Land die gleichen Ausgaben entfallen.

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

6 Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart – KM6 (Stichtag: 1. Juli des jeweiligen Jahres).

7 Alle Krankenkassen rechnen die Gesundheitsausgaben nach einem einheitlich vorgegebenen Kontenrahmen ab. Die Ausgaben jeder Krankenkasse werden also gemäß dem Kontenrahmen auf die jeweiligen Konten gebucht.

8 Rund 60% der Gesundheitsausgaben betreffen Konten mit Mehrfachzuordnung.

9 Eine detaillierte technische Beschreibung des Algorithmus bieten Barthélemy & Suesse (2018, S. 3 f.); dort findet sich auch eine Beschreibung des R-Paketes „mipfp“, mit dessen Hilfe das Verfahren im vorliegenden Fall umgesetzt wird.

10 Rund 64% der Gesamtsumme der GKV-Ausgaben wird auf diesem Weg regionalisiert, davon entfallen 39% auf Konten mit Zuordnung zu nur einer Leistungsart (Direktzuordnung) und 24% auf Konten mit Mehrfachzuordnung.

Tab. 2 Beispielhafte Struktur einer Schlüsselmatrix in Prozent

	LA ₁	LA ₂	...	LA _j	Summe
Konto ₁	0,0	12,0	...	7,5	100,0
Konto ₂	0,0	100,0	...	0,0	100,0
...
Konto _i	21,0	3,0	...	33,0	100,0

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Regionalisierung anhand der modifizierten KM6-Statistik erfolgt analog, jedoch werden bei der Ermittlung der Verteilung über die Länder jeweils nur Versicherte mit bestimmten demographischen Eigenschaften selektiert, beispielsweise nur Kinder unter 15 Jahren oder nur Frauen zwischen 15 und 45 Jahren. Die so gewonnenen Schlüssel werden zur Regionalisierung von Konten verwendet, bei denen anzunehmen ist, dass die Ausgaben vor allem Personen mit den jeweiligen demographischen Eigenschaften zugutekommen.

Zusammenführung und Koordinierung

Im vierten Arbeitsschritt werden die Teilergebnisse der vier Regionalisierungsmethoden zusammengeführt. Anschließend erfolgt die Angleichung („Koordinierung“) der rohen Rechenergebnisse an die jeweiligen Eckwerte auf Bundes- und Länderebene.

Summiert man die Werte der Matrix über alle Länder, so erhält man die bundesweiten Ausgaben der GKV je Leistungsart. Diese Ergebnisse müssen nach der Koordinierung mit den Ergebnissen der Gesundheitsausgabenrechnung nach Leistungsarten auf Bundesebene übereinstimmen. Summiert man analog dazu die Werte über alle Leistungsarten, so erhält man die Gesamtausgaben der GKV je Bundesland.¹¹ Diese Ergebnisse müssen nach der Koordinierung den Länderergebnissen der Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern entsprechen. Eine Koordinierung ist erforderlich, da sich typischerweise Abweichungen zwischen den rohen Rechenergebnissen und den Eckwerten auf Bundes- und Länderebene ergeben. Die methodische Herausforderung besteht an dieser Stelle darin, dass die Koordinierung gleichzeitig anhand der beiden genannten Randwerte-Vektoren vorzunehmen ist.

Für die zweidimensionale Koordinierung der rohen Rechenergebnisse wird erneut der IPFP-Algorithmus verwendet. Die rohen Rechenergebnisse bilden dabei die inneren Zellen der Matrix. Der Algorithmus passt diese unter Erhaltung der internen Korrelationen an die vorgegebenen Randwerte an. Die Anpassung ist für alle betrachteten Jahre erfolgreich und es verbleiben nach der Koordinierung nur noch sehr geringe Rundungsdifferenzen zwischen den vorgegebenen Werten und den aus der Berechnung resultierenden Randsummen.

Damit ist es gelungen, für den größten Ausgabenträger – die Gesetzliche Krankenversicherung – die Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten auf Länderebene zu ermitteln.

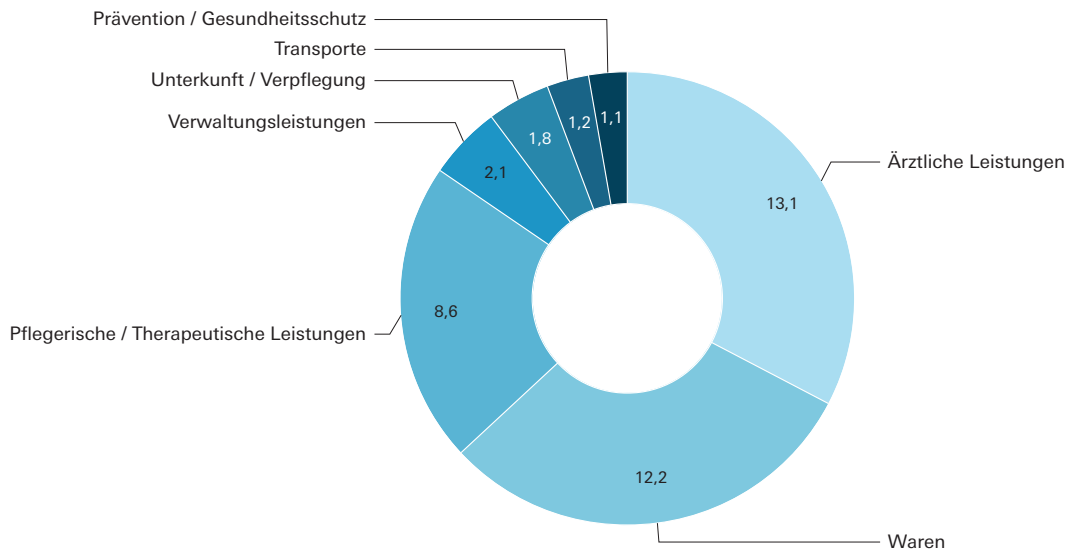
Zentrale Ergebnisse

Im Jahr 2022 betrugen die Gesundheitsausgaben in Bayern rund 78,1 Milliarden Euro. Mehr als die Hälfte davon – rund 40,2 Milliarden Euro – wurde von der GKV getragen. Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Gesundheitsausgaben der GKV auf die Leistungsarten (1-Steller-Ebene).

Knapp ein Drittel (13,1 Milliarden Euro) der Gesundheitsausgaben wurde für die Leistungsart Ärztliche Leistungen (Grundleistungen, Sonderleistungen, Laborleistungen und strahlendiagnostische Leistungen) ausgegeben. Auf die Leistungsart Pflegerische und therapeutische Leistungen (pflegerische Leistungen, therapeutische Leistungen, Mutterschaftsleistungen) entfallen mehr als ein Fünftel (8,6 Milliarden Euro) aller Gesundheitsausgaben. Knapp 30% (12,2 Milliarden Euro) der Gesundheitsausgaben werden für Waren (Arzneimittel, Hilfsmittel, Zahnersatz sowie sonstiger medizinischer Bedarf) ausgegeben. Die restlichen Gesundheitsausgaben verteilen sich auf die Leistungsarten Prävention und Gesundheitsschutz, Unterkunft und Verpflegung, Transporte sowie Verwaltungsleistungen. Die Verteilung der Ausgaben auf die Leistungsarten in Bayern ist zwischen 2013 und 2022 in ihrer Grundstruktur relativ konstant und unterscheidet sich nur marginal von der Verteilung für Gesamtdeutschland.

Abb. 3

Verteilung der Gesundheitsausgaben der GKV in Bayern auf die Leistungsarten im Jahr 2022
in Milliarden Euro



Quelle: Eigene Darstellung nach den Ergebnissen der AG GGRdL.

Datenquellen: Gesundheitsausgabenrechnung der Länder, Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes, Berechnungsstand: April 2024.

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der Gesundheitsausgaben, dann zeigt sich ein klares Bild: Nominal steigen die Gesundheitsausgaben in Bayern insgesamt. Dies trifft auch für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den einzelnen Leistungsarten zu. Diese wuchsen nominell zwischen 2013 und 2022 um mindestens 6,7% (Unterkunft und Verpflegung) und maximal 88,2% (Allgemeiner Gesundheitsschutz). Diese Entwicklung zeigt sich nicht nur in Bayern, sondern auch für Deutschland insgesamt. Daher konzentrieren wir uns im Folgenden ausschließlich auf die Gesundheitsausgaben in Bayern.

Es ergibt sich folgendes Bild für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den Leistungsarten auf 1-Steller-Ebene in Bayern (siehe Abbildung 4).

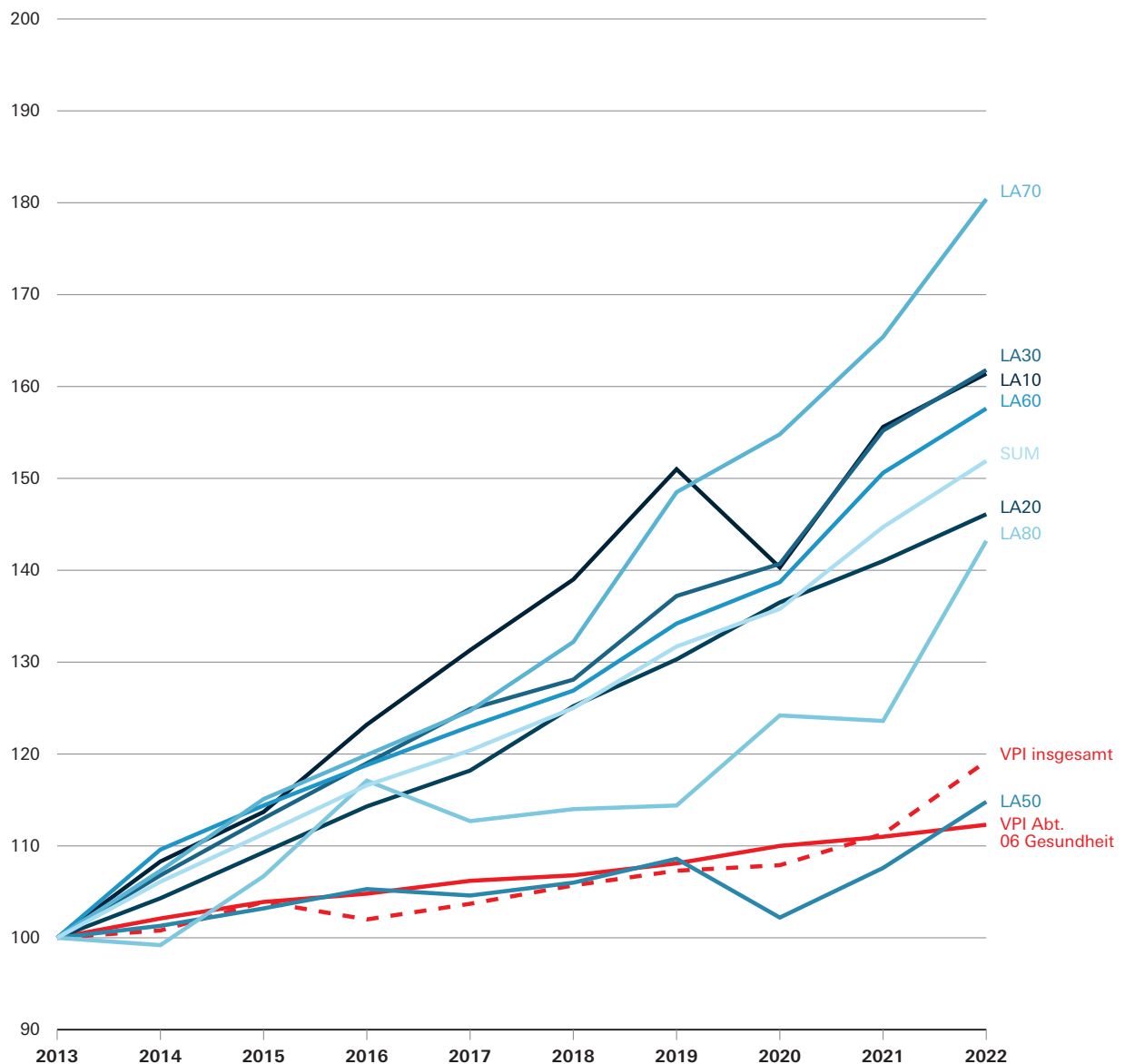
Um die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den Leistungsarten über die Zeit besser einschätzen zu können, kontrastieren wir diese mit dem Verbraucherpreisindex (VPI) insgesamt (rote, gestrichelte Linie) sowie dem VPI für die Abteilung 06 Gesundheit (rote Linie). Denn bis dato liegen die Gesundheitsausgaben nur in nominaler Form vor, sodass unklar ist, inwiefern ein Anstieg im Zeitverlauf auf steigende Preise oder steigende Mengen zurückzuführen ist.¹² Wachsen die Ausgaben in einer Leistungsart schneller als der VPI, so ist anzunehmen, dass tatsächlich mehr Waren oder Dienstleistungen umgesetzt werden, die zu dieser Leistungsart gehören. Verläuft die Entwicklung einer Leistungsart jedoch parallel zum VPI oder entwickelt sich sogar langsamer als der VPI, so ist entsprechend anzunehmen, dass das Volumen der umgesetzten Waren und Dienstleistungen in diesem Bereich stagniert bzw. zurückgeht.

11 Da die Investitionen bei der hier beschriebenen Berechnung nicht berücksichtigt werden können, müssen zunächst die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern um die Investitionen bereinigt werden. Dies geschieht, indem die Investitionen proportional zur Größe der Gesamtausgaben auf die Länder verteilt und subtrahiert werden. Auf diesem Weg erhält man eine Schätzung für die laufenden Gesundheitsausgaben der GKV auf Länderebene, die zu den gegebenen laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten auf Bundesebene passt.

12 Die AG GGRdL arbeitet jedoch bereits an einer Methode zur Deflationierung ihrer Ergebnisse auf Bundes- und Länderebene.

Abb. 4

Entwicklung der nominalen Gesundheitsausgaben in den Leistungsarten auf 1-Steller-Ebene in Bayern zwischen 2013 und 2022



Quelle: Eigene Darstellung nach den Ergebnissen der AG GGRdL.

Datenquellen: Gesundheitsausgabenrechnung der Länder, Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes, Berechnungsstand: April 2024.



Insgesamt nehmen die Gesundheitsausgaben in den einzelnen Leistungsarten auf 2-Steller-Ebene über die Zeit hinweg zu, wobei die Wachstumsquote bei den meisten Leistungsarten deutlich über der Wachstumsquote des VPI liegt (siehe Abbildung 4). Dies deutet auf einen realen Anstieg der Gesundheitsausgaben in den einzelnen Leistungsarten hin, der sowohl auf zunehmende Nachfrage als auch auf eine Ausweitung des Angebots von Waren und Dienstleistungen zur Gesundheitsförderung zurückgehen kann.

Die einzige Ausnahme vom allgemeinen Wachstumstrend bildet die Leistungsart 50 Unterkunft und Verpflegung¹³ (siehe Abbildung 5). Diese beinhalten gemäß der Definition des Statistischen Bundesamtes die Hotelleistungen in stationären und teilstationären Einrichtungen. Hier verlaufen die Gesundheitsausgaben bis zum Beginn der Pandemie nahe an der Entwicklung des VPI und liegen ab 2020 sogar deutlich unterhalb davon. Das heißt, real betrachtet stagnieren die Ausgaben in diesem Bereich und sind mit der Pandemie sogar tendenziell rückläufig. Hierfür kann es mehrere Gründe geben: Zum einen wurden kurzfristig in der Pandemie medizinische Eingriffe abgesagt oder verschoben¹⁴, was sicherlich zu den tendenziell rückläufigen Ausgaben bei Unterkunft und Verpflegung beigetragen hat.

Zum anderen gibt es in langer Frist ebenfalls Gründe, welche die Entwicklung der Gesundheitsausgaben für Unterkunft und Verpflegung beeinflussen, und zwar den Trend hin zur Ambulantisierung, das heißt der Verringerung stationärer Eingriffe, sowie die Verkürzung der Verweildauer bei stationären Eingriffen. Diese Entwicklung geht auf steuernde politische Maßnahmen zurück und ist daher überwiegend angebotsseitig bedingt.

Die im vergangenen Jahrzehnt langsam steigende Tendenz zu immer mehr ambulanten Eingriffen in Krankenhäusern schlägt sich langfristig in geringeren Ausgaben für die Beherbergung und Bewirtung von Patienten nieder und führt so zu einer Reduktion der Ausgaben für die Leistungsart Unterkunft und Verpflegung. Dabei bleibt laut einer Studie von Tillmans und Jäckel (2024) der aktuell erreichte Grad der Ambulantisierung noch deutlich hinter dem zurück, was medizinisch an ambulanten Behandlungen möglich wäre. Ein weiterer Ausbau der Ambulantisierung, der aufgrund der kommenden Krankenhausreform und weiterer politischer Bemühungen um Effizienzsteigerung bei Krankenhausleistungen durchaus denkbar ist, könnte in Zukunft dazu beitragen, die Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung weiter zu senken.

Weiterhin ist ein Rückgang der Auslastung der Krankenhausbetten in Bayern festzustellen. Zwischen 2015 und 2022 sinkt der Nutzungsgrad der Betten von 77,2 auf 68,7%, wobei gleichzeitig weniger Betten aufgestellt werden. Auch die Zahl der Patientenzugänge ist in den Jahren ab 2020 deutlich rückläufig.¹⁵ Gleichzeitig zeigen Zahlen aus der Gesundheitsausgabenrechnung nach Einrichtungsart auf Bundesebene, dass die Ausgaben für ambulante Einrichtungen nominell stärker steigen als die Ausgaben für stationäre/teilstationäre Einrichtungen. All dies trägt zur Verringerung der Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung bei.

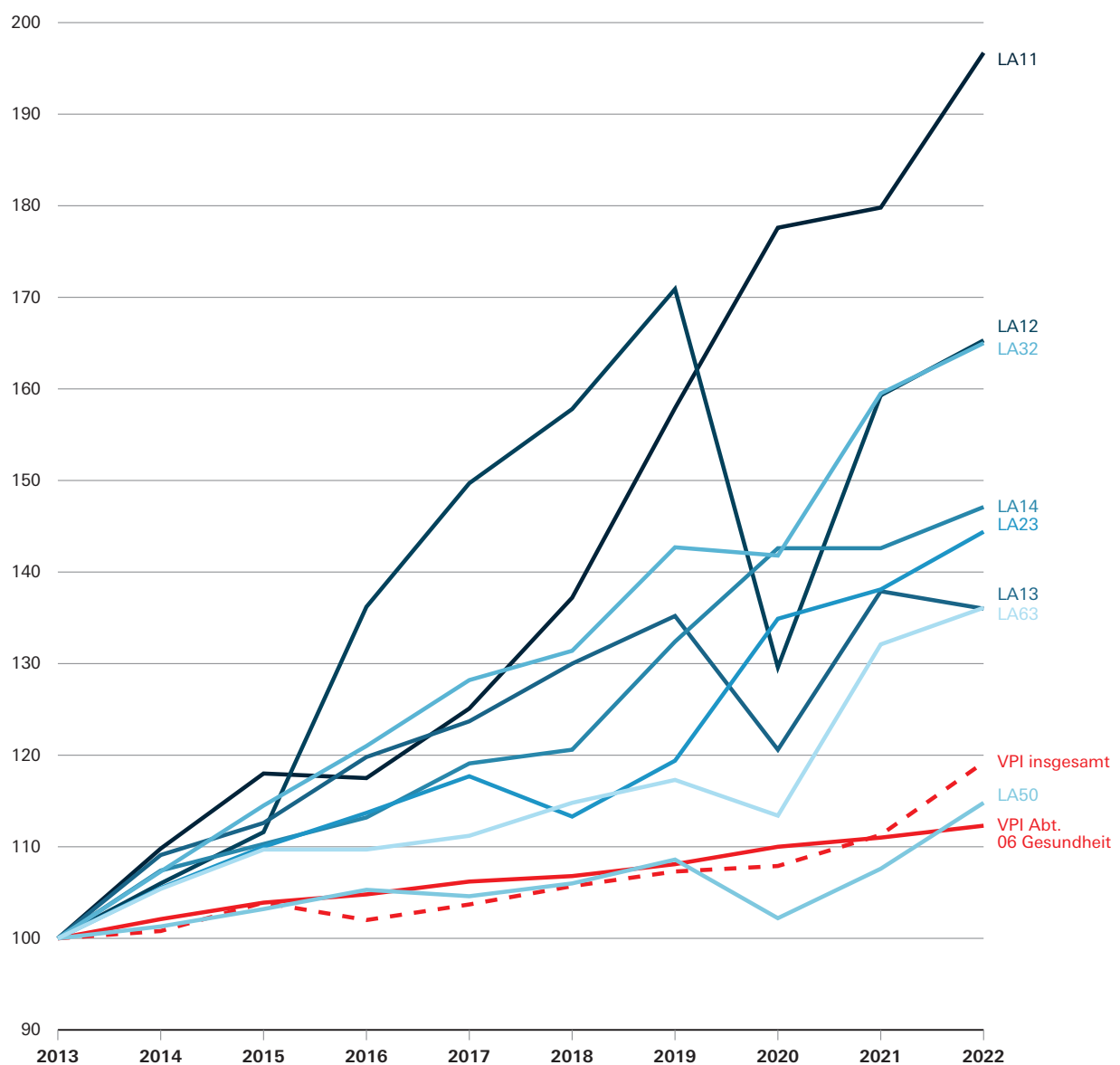
¹³ Die Leistungsart Unterkunft und Verpflegung macht jährlich um die 5–6% der Gesundheitsausgaben in Bayern aus.

¹⁴ Siehe Osterloh, F. (2020).

¹⁵ Siehe Bayerisches Landesamt für Statistik (2024).

Abb. 5

Entwicklung der nominalen Gesundheitsausgaben in ausgewählten Leistungsarten auf 2-Steller-Ebene in Bayern zwischen 2013 und 2022



Quelle: Eigene Darstellung nach den Ergebnissen der AG GGRdL.

Datenquellen: Gesundheitsausgabenrechnung der Länder, Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes, Berechnungsstand: April 2024.



Die Verteilung der Ausgaben auf die Leistungsarten in Bayern ist zwischen 2013 und 2022 in ihrer Grundstruktur relativ konstant.

Die Gesundheitsausgabenrechnung nach Leistungsarten zeigt hier ihr Potenzial, als Barometer für langfristige Wirkungen politischer Maßnahmen auf Makroebene zu dienen. Auf Grundlage der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten auf Länderebene eröffnet sich die Möglichkeit, die Auswirkungen politischer Initiativen wie etwa der Ambulantisierung der Krankenhausbehandlung detailliert und länderspezifisch zu beobachten. So können Vergleiche zwischen verschiedenen Kontexten und Maßnahmen gezogen werden, die interessante Rückschlüsse für die Arbeit von Politik und Verbänden ermöglicht.

Eine weitere Entwicklung, die für verschiedene Leistungsarten sichtbar ist, ist ein Rückgang der Ausgaben, vor allem im ersten Pandemiejahr 2020. Dieser Rückgang zeigt sich unter anderem bei den Leistungsarten Gesundheitsförderung (LA 12), Früherkennung von Krankheiten (LA 13), Therapeutische Leistungen (LA 32), Zahnersatz (LA 63) sowie Sonstiger medizinischer Bedarf (LA 64).¹⁶ Verantwortlich dafür dürfte insbesondere eine sinkende Nachfrage nach diesen Leistungen seitens der Patientinnen und Patienten gewesen sein, die vielfach nicht dringend notwendige Untersuchungen und Behandlungen zur Vermeidung von Ansteckungsrisiken zurückgestellt haben.

Die Leistungsarten Gesundheitsförderung, Früherkennung von Erkrankungen sowie Therapeutische Leistungen zählen zur primären, sekundären sowie tertiären Prävention im Gesundheitswesen.¹⁷ Studien des Robert-Koch-Instituts (RKI), aber auch der Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes Bund und der GKV zeigen, dass es im Bereich der Prävention zu einem Rückgang der Nachfrage, besonders ausgeprägt in den Jahren 2020 und 2021, gekommen ist. Hier zeigt sich eine Abnahme im Bereich der Prävention insgesamt an direkt erreichten Personen in allen Lebenswelten, aber auch direkt bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der individuellen Prävention.¹⁸ Die Studie von Heidemann et al. (2022) im Journal of Health Monitoring zeigt ebenfalls, dass es einen pandemiebedingten Rückgang bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen gab. Dies betrifft unter anderem zahnärztliche und fachärztliche Kontrolltermine, die Verschiebung von physio-, ergotherapeutischer, logopädischer und psychotherapeutischen Behandlungen sowie die Absage von häuslichen Kontrollterminen.¹⁹ Auch die COVID-GAMS-Studie, welche den Einfluss der Pandemie auf den ambulanten Sektor in Deutschland untersucht hat, zeigt, dass es im Jahr 2020 sowohl zu einem Nachfragerückgang als auch zu einem Angebotsrückgang bei verschiedenen Behandlungen im zahnmedizinischen Bereich kam.²⁰

¹⁶ Die Leistungsarten LA 12, LA 13 und LA 63 machen jeweils höchstens 1 % der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten im Zeitverlauf aus. Die Leistungsarten LA 32 und LA 64 jeweils 7–8 % bzw. 5–6 %.

¹⁷ Definitionen unter AOK (2023).

¹⁸ Siehe GKV-Spitzenverband & MD Bund (2024) und GKV-Spitzenverband & MD Bund (2022).

¹⁹ Siehe Heidemann et al. (2022).

²⁰ Siehe COVID GAMS (2020).



iViewfinder / istockphoto.com

Insgesamt trat dieser pandemiebedingte Rückgang der Gesundheitsausgaben in den genannten Leistungsarten hauptsächlich im ersten Pandemiejahr auf. Im Jahr 2021 haben sich die Ausgaben in den jeweiligen Leistungsarten hingegen wieder positiv entwickelt. Hier hat sich mit Voranschreiten der Pandemie im Bereich der Prävention wieder der positive Wachstumstrend der Ausgaben fortgesetzt. Die Entwicklung der Leistungsarten, die im Rahmen der verschiedenen Stufen der Gesundheitsprävention zum Tragen kommen, ist ebenfalls durch die gesundheitspolitische Agenda bedingt. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene gibt es Bestrebungen, die Gesundheitsprävention zu fördern, sodass die Ausgaben langfristig weiter steigen dürften.

Die Gesundheitsausgaben für die Leistungsarten Gutachten (LA 14), Laborleistungen (LA 23) sowie der Allgemeine Gesundheitsschutz (LA 11) steigen stetig im Beobachtungszeitraum.²¹ In der Leistungsart Gutachten kommen hauptsächlich Ausgaben für den sozialmedizinischen Beratungs- und Begutachtungsdienst (MDS) zum Tragen, die zur Hälfte durch die GKV getragen werden. Hier kann der Anstieg der Ausgaben durch vielfältige Gründe erklärt werden, zum Beispiel die Pandemie, das MDK-Reformgesetz 2020 und steigende Begutachtungszahlen.

²¹ Auch hier handelt es sich um Leistungsarten, die weniger als 1% der Gesundheitsausgaben ausmachen. Bei der Leistungsart LA 23 sind es im Zeitverlauf zwischen 3 und 4%.

²² Siehe Ärzteblatt (2019) und ÄrzteZeitung (2023).

Die Leistungsart Allgemeiner Gesundheitsschutz umfasst unter anderem den Impfschutz neben anderen Leistungen wie Hygieneüberwachung, Infektionsschutz oder Gesundheitsbeobachtung. Gerade bei den Impfungen ist in den letzten Jahren ein Anstieg der Ausgaben zu verzeichnen²², der – vor dem Hintergrund der Coronapandemie – durch eine wachsende Nachfrage seitens der Versicherten bedingt sein kann.

Zusammenfassend zeigt sich somit folgendes Bild: Während ein allgemein ansteigender Trend für die Gesundheitsausgaben in den einzelnen Leistungsarten deutlich wird, gibt es doch Unterschiede in der Entwicklung der Ausgaben in einzelnen Zeiträumen, wie zum Beispiel der Coronapandemie. Ausreißer ist hier die Leistungsart Unterkunft und Verpflegung mit stagnierenden Ausgaben. Festzustellen ist ebenfalls, dass die Gesundheitsausgaben im Beobachtungszeitraum in den einzelnen Leistungsarten unterschiedlich stark angestiegen sind. Neben der Leistungsart Allgemeiner Gesundheitsschutz wachsen die Ausgaben bei den Transporten, aber auch bei den Arzneimitteln und den Therapeutischen Leistungen in starkem Maße an. Die potenziellen Gründe für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den einzelnen Leistungsarten sind hier jeweils sehr vielfältig und hängen sowohl von gesellschaftlichen Veränderungen wie dem demographischen Wandel oder der Coronapandemie als auch von politischen Entscheidungen und Bestrebungen, zum Beispiel bei der stationären Versorgung und der Gesundheitsprävention, ab.

Fazit / Ausblick

Im hier vorliegenden Beitrag wurde die neue Statistik der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten auf Länderebene vorgestellt, ihre methodische Herangehensweise erläutert und erste Ergebnisse diskutiert.

In der allgemeinen Entwicklung, sowohl bei der Verteilung der Ausgaben auf die Leistungsarten als auch bei der zeitlichen Entwicklung, liegt Bayern relativ nah an der Entwicklung des Bundes. Die Leistungsarten Ärztliche Leistungen, Pflegerische und therapeutische Leistungen sowie Waren machen knapp zwei Drittel der Gesundheitsausgaben aus. Im Zeitverlauf zeigt sich ein nominaler Anstieg der Gesundheitsausgaben in fast allen Leistungsarten, der in seiner Höhe in den einzelnen Leistungsarten variiert. Der Vergleich mit dem Verbraucherpreisindex deutet darauf hin, dass der Anstieg der Gesundheitsausgaben in der GKV nicht nur der Inflation geschuldet ist, sondern dass in den meisten Leistungsbereichen der GKV real mehr Geld ausgegeben wurde. Veränderungen in den Ausgaben für Gesundheit können einerseits auf einen Wandel in der Nachfrage und andererseits auf Veränderungen im Leistungsangebot der Krankenkassen zurückgeführt werden. Die Coronapandemie ist ein solcher Faktor, der die Nachfrage für manche Leistungen – unter anderem Impfungen – steigert und zugleich die Nachfrage für andere Leistungen – etwa Vorsorgeleistungen – verringert. Ein Beispiel für den angebotsseitig bedingten Wandel ist die Entwicklung der Leistungsart Unterkunft und Verpflegung, die aufgrund der langjährigen auch politischen Bestrebungen nach zunehmender Ambulantisierung gegen den allgemeinen Trend in den Gesundheitsausgaben stagniert. Diese Effekte sind in den Daten deutlich und detailliert nachvollziehbar, sodass die Gesundheitsausgabenrechnung als eine Art Barometer dienen kann, das Politik, Verwaltung und Verbänden einen differenzierten Überblick über die Entwicklungen im Gesundheitssystem bietet.

Der Nutzen eines solchen Instruments steigt einerseits, wenn es möglich wird, Daten in „höherer Auflösung“ anzubieten; ein Schritt in diese Richtung ist mit der Bereitstellung der hier vorgestellten Ergebnisse für die GKV auf Länderebene zunächst einmal gelungen. Als Nächstes ist eine Ausweitung des Gegenstandsbereichs geplant, und zwar soll in Zukunft die Gesundheitsausgabenrechnung nach Leistungsarten auf Länderebene auch auf den Ausgabenträger der sozialen Pflegeversicherung ausgeweitet werden. Gelingt dies, so könnten circa 60% aller Gesundheitsausgaben in Bayern auf die einzelnen Leistungsarten geschlüsselt werden. Auf diesem Weg hoffen wir, die Aussagekraft und Attraktivität unserer Ergebnisse weiter zu verbessern. ■

Literatur

AOK (2023): Prävention setzt in unterschiedlichen Situationen an, abgerufen am 05.12.2024 unter www.aok.de/pp/hintergrund/praevention/primaere-sekundaere-tertiaere-praevention/

Ärzteblatt (2019). Krankenkassen geben mehr Geld für Impfungen aus, abgerufen am 07.01.2025 unter www.aerzteblatt.de/nachrichten/104572/Krankenkassen-geben-mehr-Geld-fuer-Impfungen-aus

ÄrzteZeitung (2023): Vorläufiges Finanzergebnis der GKV: Großes Ausgabenplus für Kassen bei Schutzimpfungen und Rehaleistungen, abgerufen am 07.01.2025 unter www.aerztezeitung.de/Politik/Grosses-Ausgabenplus-fuer-Kassen-bei-Schutzimpfungen-und-Rehaleistungen-437344.html

Barthélemy & Suesse (2018): mipfp: An R package for multidimensional array fitting and simulating multivariate Bernoulli distributions. *Journal of Statistical Software*, 86.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2024): Statistisches Jahrbuch für Bayern 2024, 3. Gesundheitswesen, A. Krankenhäuser, 1. Krankenhäuser, Betten und Patientenbewegung von 2015 bis 2022.

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

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart – KM6 (Stichtag: 1. Juli des jeweiligen Jahres).

COVID-GAMS (2020). Die Covid-19-Krise und ihr Einfluss auf den ambulanten Sektor in Deutschland: Die Sicht der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnmedizin: 1. Befragung, abgerufen am 05.12.2024 unter https://covid-gams.uni-koeln.de/wp-content/uploads/2020/11/Zahnmedizin_Steckbrief_COVID-GAMS.pdf

GKV-Spitzenverband & MD Bund (2024): Präventionsbericht 2024, abgerufen am 05.12.2024 unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2024_GKV_MD_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf

GKV-Spitzenverband & MD Bund (2022): Präventionsbericht 2022, abgerufen am 05.12.2024 unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2022_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf

Heidemann et al. (2022): Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der CoMoLo-Studie, *Journal of Health Monitoring*, 7 (S1).

OECD/Eurostat/WHO (2017): A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>

Osterloh (2020). Coronavirus: Krankenhäuser verschieben planbare Eingriffe. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(12), A575–A577, abgerufen am 18.12.2024 unter www.aerzteblatt.de/archiv/213192/Coronavirus-Krankenhaeuser-verschieben-planbare-Eingriffe

Schöneberg & Riede (2024). Branchenanalyse Laboranalytik. Zweites Update: Auswirkungen von Corona-Pandemie und Energiekrise, Working Paper Forschungsförderung Nr. 350, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Statistisches Bundesamt (2020): Gesundheitsausgabenrechnung – Methoden und Grundlagen, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Tillmanns & Jäckel (2024). Entwicklung der Ambulantisierung. In *Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform*, Seite 225–268, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.