

Krankheitskostenrechnung

KKR



Erscheinungsfolge: unregelmäßig
Erschienen im: März 2010

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

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010

Vervielfältigungen und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Kurzfassung

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

Seite 3

- *Bezeichnung der Statistik:* Krankheitskostenrechnung
- *Periodizität:* seit 2002 zweijährlich
- *Regionale Gliederung:* Deutschland

2 Zweck und Ziele der Statistik

Seite 3

- *Inhalte der Statistik:* Direkte Krankheitskosten nach Krankheiten, Alter, Geschlecht und Einrichtungen; indirekte Krankheitskosten in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren nach Geschlecht, Krankheiten, Gründen für den Arbeitsausfall und Einrichtungen
- *Zweck der Statistik:* Quantitatives Gesamtbild über die Belastung der deutschen Volkswirtschaft durch Krankheiten und deren Folgen; Informationen über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Bevölkerung aus epidemiologischer, demografischer und sektoraler Perspektive; Lokalisierung möglicher Einsparpotenziale als Grundlage für die Evaluation und Steuerung von Präventions- bzw. gesundheitspolitischen Maßnahmen
- *Hauptnutzer/-innen der Statistik:* Öffentlichkeit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Wissenschaft und Forschung, Eurostat, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- *Einbeziehung der Nutzer/innen:* Nutzerkonferenzen, internationaler Austausch über die OECD, Beratungen mit Datenhaltern zu jedem Veröffentlichungstermin

3 Methodik

Seite 4

- Die Krankheitskostenrechnung ist ein rein sekundärstatistisches Rechensystem, das die verfügbaren Informationen über den Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen zusammenführt. Eine Belastung für Befragte entsteht daher nicht. Aus methodischer Sicht wird für die krankheitsbezogene Zuordnung der direkten Kosten ein Top-Down-Ansatz gewählt. Danach werden die aus der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes vorliegenden Ausgabenwerte mittels geeigneter Verteilungsschlüssel bis auf die Ebene einzelner Krankheitskapitel, -gruppen oder -kategorien aufgegliedert. Aus epidemiologischer Sicht handelt es sich um einen Prävalenzansatz, d.h. es werden die Kosten von Krankheiten in einem ganz bestimmten Zeitraum untersucht, in der Regel eines einzelnen Berichtsjahres.

4 Genauigkeit

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 Revisionen und Plausibilitätskontrollen
- *Revisionen:* Revisionen zur Verbesserung der Datengrundlage und Berechnungsmethoden werden i.d.R. zu jedem Veröffentlichungszeitpunkt im zweijährlichen Rhythmus durchgeführt

5 Aktualität und Pünktlichkeit

Seite 5

- *Aktualität endgültiger Ergebnisse:* Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt nach Abschluss der Berechnung rund zwei Jahre nach dem aktuellen Berichtsjahr

6 Zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit

Seite 6

- *Zeitlich:* Berichterstattung im zweijährlichen Rhythmus seit 2002, Revisionen erfolgen zur Sicherstellung der zeitlichen Vergleichbarkeit auch rückwirkend
- *Räumlich:* Ergebnisse für Deutschland; internationale Vergleichbarkeit sind eingeschränkt auf Grundlage der Empfehlungen des „Systems of Health Accounts“ der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) möglich

7 Bezüge zu anderen Statistiken

Seite 6

- *Amtliche Statistik:* Enge Verzahnung mit der Gesundheitsausgaben- und Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes; Orientierung am "System of Health Accounts" der OECD

8 Weitere Informationsquellen

Seite 6

- Veröffentlichungen und Ansprechpartner zu diesem Produkt unter: www.destatis.de (Thema "Gesundheit" -> "Krankheitskostenrechnung") oder im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

1.1 Bezeichnung der Statistik (gem. EVAS)

Krankheitskostenrechnung (EVAS-Nr. 23631).

1.2 Berichtszeitraum

Die Ergebnisse beziehen sich auf das jeweils angegebene Kalenderjahr.

1.3 Einarbeitung der Basisstatistiken

In einem Turnus von zwei Jahren werden im Rahmen der Krankheitskostenrechnung rund 30 Basisstatistiken in ein einzelnes Rechensystem überführt. Die Datenakquisition, Aufbereitung, Plausibilisierung, Zusammenführung, Berechnung und Kontrolle nimmt etwa 15 Monate in Anspruch. In unregelmäßigen Abständen, jedoch nur mit Veröffentlichung eines neuen Berichtsjahres, werden Revisionen durchgeführt, d.h. die Ergebnisse werden – unter Umständen auch rückwirkend – mithilfe neuer Methoden und neu erschlossener Datenquellen aktualisiert.

1.4 Periodizität und Zeitraum, für den eine Zeitreihe ohne Bruch vorliegt

Die Berichterstattung erfolgt im zweijährlichen Rhythmus seit dem Berichtsjahr 2002.

1.5 Regionale Gliederung

Die Ergebnisse liegen für das Bundesgebiet vor und werden nicht in Regionen untergliedert.

1.6 Geltungsbereich der Statistik und Klassifikationen

Berechnet werden die ökonomischen Konsequenzen von Krankheit für die deutsche Volkswirtschaft. Als Krankheitskosten zählen dabei – bis auf die Investitionen im Gesundheitswesen – sämtliche Gesundheitsausgaben, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen sind. Die Krankheitskostenrechnung ermittelt den Ressourcenverbrauch und wie er sich auf das Diagnosespektrum, die Einrichtungen des Gesundheitswesens und die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht verteilt. Für die Untergliederung der Krankheitskosten nach Einrichtungen wird die Einrichtungsklassifikation der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) verwendet. Der Untergliederung nach Krankheiten liegt die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der jeweils gültigen Version verwendet.

1.7 Darstellungseinheiten

Nachgewiesen wird der krankheitsbedingte Ressourcenverlust in Millionen Euro und Euro je Einwohner (direkte Krankheitskosten). Separat wird der krankheitsbedingte Ressourcenverlust am Arbeitsmarkt infolge von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Mortalität in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren, einer kalkulatorischen Kennzahl, ermittelt (indirekte Krankheitskosten). Ein Erwerbstätigkeitsjahr besteht aus 365 verlorenen Arbeitstagen.

1.8 Rechtsgrundlagen

1.8.1 EU-Recht

Es gibt keine Rechtsgrundlage auf EU-Ebene.

1.8.2 Bundesrecht

Es gibt keine Rechtsgrundlage auf Bundesebene.

1.8.3 Landesrecht

Es gibt keine Rechtsgrundlage auf Landesebene.

1.8.4 Sonstige Grundlagen

Zurzeit wird an einer Anbindung der Krankheitskostenrechnung an das "System of Health Accounts" der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) gearbeitet.

1.9 Geheimhaltung und Datenschutz

Gemäß §16 Abs. 1 BStatG ist die deutsche amtliche Statistik dazu verpflichtet, Einzelangaben geheim zu halten. Eine Ausnahme bilden Einzelangaben, die dem Befragten nicht zuzuordnen sind oder Einzelangaben, die mit denen anderer Befragter zusammengefasst sind, d.h. aggregierte Daten (Tabellen). Es wird kein Einzeldatenmaterial verwendet, da es sich bei der Krankheitskostenrechnung um eine makroökonomische Betrachtung im Rahmen eines rein sekundärstatistischen Rechensystems handelt.

2 Zweck und Ziele der Statistik

2.1 Inhalte der Statistik

Die Krankheitskostenrechnung gliedert sich grundsätzlich in zwei Teile: Die direkten Krankheitskosten (d. h. der unmittelbar mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entstandene volkswirtschaftliche Ressourcenverbrauch) werden nach Krankheiten, Alter, Geschlecht und den Einrichtungen des Gesundheitswesens nachgewiesen. Neben den direkten Krankheitskosten entstehen aus volkswirtschaftlicher Sicht zusätzliche Ressourcenverluste der potenziell erwerbstätigen Bevölkerung. Diese Ressourcenverluste sind auf krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigen Tod (Mortalität) zurückzuführen und werden in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren nach Krankheiten, Geschlecht und Ausfallart (Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Mortalität) nachgewiesen.

2.2 Zweck der Statistik

Die Krankheitskostenrechnung betrachtet das Gesundheitswesen aus volkswirtschaftlicher Perspektive. Sie liefert differenzierte Angaben darüber, wie stark die deutsche Volkswirtschaft durch Krankheiten und deren Folgen belastet wird. Gleichzeitig stellt sie eine wichtige Ergänzung und konsequente Erweiterung der Gesundheitsausgabenrechnung dar: Durch die Gliederung der Krankheitskosten nach Krankheiten, Geschlecht, Alter und den Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt sie einen Überblick über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Bevölkerung aus epidemiologischer, demographischer und sektoraler Sicht. Die Ergebnisse der Krankheitskostenrechnung können in Verbindung mit weiteren epidemiologischen Daten zur Überprüfung der gegenwärtigen und Regulierung der künftigen Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen verwendet werden. Sie liefern Hinweise auf mögliche Einsparpotenziale für die Entwicklung gesundheitspolitischer Instrumente, dienen als Entscheidungshilfe bei der Vergabe von Forschungsmitteln, unterstützen die Gesundheitsberichterstattung sowie die Evaluation von Gesundheitszielen und können als Ausgangsbasis für die Vorausberechnung künftiger Kostenentwicklungen – insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – genutzt werden.

2.3 Hauptnutzer/-innen der Statistik

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

International: Eurostat – Generaldirektion Health and Food Safety Statistics; Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) – Health Division; Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Health Information and Evidence Unit.

2.4 Einbeziehung der Nutzer/-innen

Beratungen mit Nutzervertreterinnen und -vertretern und Datenhaltern (Bundesministerium für Gesundheit, Robert Koch-Institut, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung u. v. a.) mindestens zu jedem Veröffentlichungstermin; Nutzerkonferenzen, Symposien und Informationsveranstaltungen.

3 Methodik

3.1 Vorgehensweise bei der Datenberechnung

Bei der Krankheitskostenrechnung handelt es sich um ein sekundärstatistisches Rechenwerk, das die im Bereich des Gesundheitswesens verfügbaren Datenquellen – wie Verwaltungsdaten, Stichprobenerhebungen, Geschäfts- und Jahresberichte – zur Ermittlung der Kosten einer Krankheit zusammenführt. Für die krankheitsbezogene Zuordnung der direkten Kosten wurde eine top-down-gestützte Vorgehensweise gewählt, die die Konsistenz zur Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes gewährleistet. Dazu werden die aus der Gesundheitsausgabenrechnung nach Einrichtungen und Leistungsarten vorliegenden nationalen Ausgabenwerte mittels geeigneter Verteilungsschlüssel soweit aufgegliedert, bis sie einzelnen Krankheitskapiteln, -gruppen oder -kategorien zugewiesen werden können. Die Schlüssel müssen dabei sowohl die Kosten der einzelnen Krankheiten untereinander gewichten als auch deren alters- und geschlechtsspezifische Verteilung widerspiegeln. Für ihre Generierung werden alle geeigneten, zum Veröffentlichungs- bzw. Revisionszeitpunkt vorliegenden Datenquellen zu den Krankheitskosten in Deutschland genutzt. Aus epidemiologischer Sicht handelt es sich damit um einen Prävalenzansatz, d.h. es werden die Kosten von Krankheiten in einem ganz bestimmten Zeitraum untersucht, in der Regel eines einzelnen Berichtsjahres.

Die Berechnung der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre variiert mit den möglichen Gründen für den Ressourcenverlust; dazu zählen Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitiger Tod (Mortalität). Im Falle der Arbeitsunfähigkeit verwendet das Statistische Bundesamt einen Prävalenzansatz: Damit wird (retrospektiv) auf den krankheitsbedingten Ressourcenverbrauch der erwerbstätigen Bevölkerung nur des betreffenden Berichtsjahres abgestellt. Der Berechnung der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre infolge von Invalidität und Mortalität liegt dagegen ein Inzidenzansatz zugrunde. Er verfolgt über das aktuelle Berichtsjahr hinausgehend auch den vermuteten zukünftigen Arbeitsausfall. Damit wird der langfristigen, irreversiblen Auswirkung des Ressourcenverlustes durch Invalidität und vorzeitigen Tod – und seiner prospektiven Bedeutung – Rechnung getragen.

3.2 Preis- und Saisonbereinigung; andere Analyseverfahren

Trifft nicht zu.

3.3 Belastung der Auskunftspflichtigen

Da es sich bei der Krankheitskostenrechnung um ein Gesamtrechensystem handelt, in dem bereits vorliegende Ergebnisse von Primär-, Sekundärerhebungen oder administrativen Datenquellen weiterverarbeitet werden, findet keine zusätzliche

Belastung der Auskunftgebenden statt. Eine zusätzliche Belastung kann im Rahmen der Datenakquisition für die Datenhalter der Basisstatistiken entstehen, die ihre Ergebnisse dem Statistischen Bundesamt freiwillig zur Verfügung stellen: Da die erforderlichen Informationen nicht immer in der entsprechenden Form vorliegen, ist es in manchen Fällen unvermeidlich, Sonderauswertungen zu erstellen.

4 Genauigkeit

4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Die Qualität der Krankheitskostenrechnung hängt prinzipiell von den rund 30 verwendeten Basisstatistiken ab. Unschärfen treten insbesondere dann auf, wenn sie in den dieser Rechnung zugrundeliegenden Basisstatistiken bereits vorhanden sind. Eine Minimierung (teilweise bekannter) Ungenauigkeiten wird im Einzelfall – je nach Einrichtung und Datenquelle – auf unterschiedliche Weise erzielt, z. B. durch Zusammenführung unterschiedlicher Datenquellen, Hinzuschätzung ausgewählter Bereiche, Direktzuordnungen auf Grundlage der Gesundheitsausgabenrechnung oder Expertenschätzungen. Hinzu kommen Plausibilitätsprüfungen sowie eine kontinuierliche Aktualisierung der Datengrundlage und Berechnungsmethoden durch regelmäßige (rückwirkende) Revisionen der Krankheitskostenrechnung. Ein bekanntes Problem, das aus der gegebenen Datensituation in Verbindung mit dem Top-Down-Ansatz resultiert, ist die unvollständige Abbildung von Multimorbiditäten. Bei der Interpretation der Daten sollte beachtet werden, dass dadurch die Kosten typischer Begleit- und Folgeerkrankungen unterschätzt werden können.

4.2 Fehlerrechnung

Die stichprobenbedingten Fehler der rund 30 verwendeten Basisstatistiken können grundsätzlich auch in den Ergebnissen der Krankheitskostenrechnung enthalten sein. Hinzu kommen mögliche Verzerrungen durch Schätzverfahren sowie die Fortschreibung von Zeitreihen. Eine Quantifizierung des Gesamtfehlers ist auf Grund dieser Sachlage nicht zweifelsfrei möglich.

4.3 Behandlung fehlender Daten

Für einzelne Teilbereiche des Gesundheitswesens (z.B. Gesundheitshandwerk) liegen keine routinemäßig erhobenen Diagnoseangaben vor. In solchen Fällen wurden Hilfslösungen gewählt, bei denen unterschiedliche Datenquellen miteinander verknüpft wurden (so genanntes Data-Bridging). Ist die Nutzung von Informationen aus anderen Datenquellen wegen fehlender Ansatzpunkte nicht möglich, werden Datenlücken im Einzelfall durch Schätzungen und/oder vereinfachende Annahmen geschlossen werden.

4.4 Laufende Revisionen

Es gibt keine laufenden Revisionen, Ergebnisse vergangener Berichtsjahre werden frühestens mit der Veröffentlichung eines neuen Berichtsjahres revidiert.

4.4.1 Gründe für Revisionen

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. Da die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes die eingehenden Eckwerte für die Krankheitskostenrechnung liefert, schlagen sich deren Revisionen ebenfalls in den Ergebnissen der Krankheitskostenrechnung nieder. Für eine optimale Nutzung der Krankheitskostenrechnung wird daher empfohlen, die jeweils zuletzt veröffentlichten (und aktuell revidierten Ergebnisse) zu verwenden.

Gründe für Revisionen sind zum Beispiel

- die Implementierung neuer Konzepte, Definitionen, Klassifikationen und ähnliches in das Rechenwerk
- der Einbezug neuer Datenquellen
- die Einführung neuer, bislang nicht verwendeter statistischer Berechnungsgrundlagen
- die Anwendung neuer Berechnungsmethoden
- die Modernisierung der Darstellung oder Einführung neuer Begriffe
- die Erhöhung der internationalen Vergleichbarkeit.

Um methodische Brüche zu vermeiden, wird dem Zeitreihenvergleich bei Revisionen der Krankheitskostenrechnung Priorität eingeräumt, d.h. neue Datenquellen werden i.d.R. nur dann nachträglich einbezogen, wenn sie auch für zurückliegende Berichtsjahre verfügbar sind. Die letzte Revision der Krankheitskostenrechnung erfolgte rückwirkend mit dem Berichtsjahr 2006.

4.4.2 Umfang des Revisionsbedarfs

Trifft nicht zu, da sich der Umfang des Revisionsbedarfs i.d.R. aus der Abweichung zwischen vorläufigen und endgültigen Ergebnissen bestimmt. Im Rahmen der Krankheitskostenrechnung werden keine vorläufigen Ergebnisse veröffentlicht.

4.5 Außergewöhnliche Fehlerquellen

Trifft nicht zu.

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Aktualität vorläufiger Ergebnisse

Vorläufige Ergebnisse werden im Rahmen der Krankheitskostenrechnung nicht veröffentlicht.

5.2 Aktualität endgültiger Ergebnisse

Die Krankheitskostenrechnung wird seit dem Berichtsjahr 2002 im zweijährlichen Turnus durchgeführt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt nach Abschluss der Berechnung rund zwei Jahre nach dem aktuellen Berichtsjahr.

5.3 Pünktlichkeit

Es gibt keinen festgelegten Veröffentlichungstermin; i.d.R. erfolgt die Veröffentlichung im Sommer/Herbst rund zwei Jahre nach dem aktuellen Berichtsjahr.

6 Zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit

6.1 Qualitative Bewertung der Vergleichbarkeit

Zeitlich vergleichbare Daten zu den Krankheitskosten liegen erstmalig seit dem Berichtsjahr 2002 vor; da eine umfassende Revision im Berichtsjahr 2006 rückwirkend erfolgte, ist die zeitliche Vergleichbarkeit sichergestellt. Für die Einrichtung „Krankenhäuser“ gilt dies eingeschränkt, da ab dem Berichtsjahr 2006 zusätzlich zu weiteren Datenquellen die neue tief gegliederte „Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)“ des Statistischen Bundesamtes hinzugekommen ist. Inhaltlich orientiert sich die Krankheitskostenrechnung 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. Das System of Health Accounts gibt auch Vorschläge für die Entwicklung von Krankheitskostenrechnungen, über die die deutsche Krankheitskostenrechnung in ihren Berechnungs- und Darstellungsmöglichkeiten jedoch weit hinausgeht. Neben Deutschland verfügen zurzeit noch die Niederlande über ein vergleichsweise weit entwickeltes und dauerhaft angelegtes Rechensystem zu den Krankheitskosten. Internationale Vergleiche sind laut einer Machbarkeitsstudie der OECD zurzeit für ausgewählte Länder möglich, aber in ihrer Aussagekraft eingeschränkt.

6.2 Änderungen, die Auswirkungen auf die zeitliche Vergleichbarkeit haben

Mit der Veröffentlichung eines neuen Berichtsjahres, werden i.d.R. Veränderungen vergangener Berichtsjahre vorgenommen. Dabei hat die zeitliche Vergleichbarkeit oberste Priorität: Durch den Einbezug neuer Datenquellen ändern sich die Ergebnisse ausgewählter Bereiche auch für rückwirkende Berichtsjahre. Da die Änderungen üblicherweise auf einer einheitlichen Datengrundlage fußen, ist die zeitliche Vergleichbarkeit sichergestellt.

7 Bezüge zu anderen Statistiken

Bei der Entwicklung der drei Gesundheitsrechnungssysteme (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 Rechnungssystemen deckungsgleich. Da die Krankheitskostenrechnung auf den Eckwerten der Gesundheitsausgabenrechnung aufbaut, besteht zwischen diesen beiden Rechnungssystemen eine besonders enge Verbindung. Bezüge zu anderen Erhebungen können ferner über die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der Weltgesundheitsorganisation und über die Klassifikation der Einrichtungen ICHA-HP (International Classification of Health Accounts – Health Provider) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hergestellt werden.

8 Weitere Informationsquellen

8.1 Publikationswege, Bezugsadresse

Weitere Informationen zur Krankheitskostenrechnung, wie beispielsweise die aktuellen Daten, Pressemitteilungen, Unterlagen zu Pressekonferenzen und zur Methodik, sind auf der Themenseite Gesundheitswesen im Internet unter <http://www.destatis.de>

Weitere Themen → Gesundheit → Krankheitskosten verfügbar.

Zusätzliche Angaben der Krankheitskostenrechnung sind im Publikationsservice des Statistischen Bundesamtes und in Wirtschaft und Statistik enthalten. Tief gegliederte Informationen sind im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE) unter

<http://www.gbe-bund.de>

mit dem Suchbegriff "Krankheitskosten" oder "KKR" zu finden.

8.2 Kontaktinformation

Statistisches Bundesamt

Zweigstelle Bonn
Gruppe VIII A
Postfach 17 03 77
53029 Bonn
Tel.: +49 (0) 1888/644-8234
Fax: +49 (0) 1888/644-8996
E-Mail: gesundheitsrechensysteme@destatis.de

8.3 Weiterführende Veröffentlichungen

Böhm, K., Cordes, M.: [Kosten psychischer Erkrankungen im Vergleich zu anderen Erkrankungen](#). In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009, S.41-60. Berlin 2010.
<http://www.springerlink.com>

Nöthen, M., Böhm, K.: [Krankheitskosten](#). Themenheft im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2009.
<http://www.gbe-bund.de>

Nöthen, M.: [Männer und Frauen im Gesundheitswesen: Ein Kostenvergleich](#). Februar 2009.
<http://www.destatis.de>

Noethen, M.: [Men and women in the public health system: A comparison of costs](#). February 2009.
<http://www.destatis.de>

Nöthen, M., Böhm, K.: Krankheitskosten Deutschland: Welchen Preis hat die Gesundheit im Alter? In: Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch-Institut (Hrsg.): [Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter](#), S.228-246. Berlin 2009.
<http://www.gbe-bund.de>

Heijink, R., Noethen, M., Renaud, Th., Koopmanschap, M., Polder, J.: [Cost of illness: An international comparison: Australia, Canada, France, Germany and The Netherlands](#). In: Health Policy, Vol. 88, Pages 49-61 (October 2008).
<http://www.journals.elsevierhealth.com>

Statistisches Bundesamt: [Gesundheit. Krankheitskosten 2002, 2004 und 2006](#). Wiesbaden 2008.
<http://www.destatis.de>

Statistisches Bundesamt: Krankheitskosten. In: Ebd.: [Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004](#), S. 25-39. Wiesbaden 2006.
<http://www.destatis.de>

Forster, Th.: [Krankheitskostenrechnung für Deutschland](#). In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik, H. 12/2004. Wiesbaden 2005, S. 1432-1440.
<http://www.destatis.de>