

DIE REVIDIERTE GESUNDHEITS- AUSGABENRECHNUNG

Moritz Mannschreck

↳ **Schlüsselwörter:** Gesundheitsausgabenrechnung – System of Health Accounts – Gesundheitsausgaben – Laufende Gesundheitsausgaben – Gesundheit

ZUSAMMENFASSUNG

Mit der Gesundheitsausgabenrechnung liegt eine konsistente Zeitreihe mit den in die Dimensionen Ausgabenträger, Leistungsarten und Einrichtungen gegliederten Gesundheitsausgaben für Deutschland vor. Der Beitrag erläutert, wie der Gesundheitsbereich in der Gesundheitsausgabenrechnung definiert wird. Die Berechnungsmethodik und Änderungen durch die revidierte Berechnung der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte zum Berichtsjahr 2013 sind weitere Themen des Aufsatzes, ebenso die wichtigsten Änderungen, die sich durch die Anpassung an den internationalen Rechenstandard System of Health Accounts 2011 ergeben haben. Die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung für das Jahr 2013 zeigen die Analysemöglichkeiten des Rechenwerks auf.

↳ **Keywords:** health accounts – System of Health Accounts – total health expenditure – current health expenditure – health

ABSTRACT

The German health accounts report a consistent time series of health expenditure broken down by financing schemes, functions and providers. This paper explains how the health care boundary is defined in German health accounts. The calculation methodology and the changes due to the revised calculation of private health expenditure in reporting year 2013 are dealt with in the paper, and major modifications resulting from the implementation of the international accounting standard, the System of Health Accounts 2011. The 2013 results of health accounts show the analytical capacity of the accounting system.



Moritz Mannschreck

schloss im Jahr 2013 sein Studium als Master of Science in Public Economics ab und arbeitet seitdem als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Referat „Gesundheitsbezogene Rechensysteme“ im Statistischen Bundesamt. Er ist dort verantwortlich für die Gesundheitsausgabenrechnung.

1

Einleitung

Im Jahr 2013 wurden in Deutschland 314,9 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben. Die Gesundheitsausgabenrechnung erfasst als einzige Datenquelle systematisch alle Gesundheitsausgaben und weist deren Verteilung auf Ausgabenträger, Einrichtungen und Leistungsarten aus. Die dreidimensionale Rechenstruktur ermöglicht dabei detaillierte Analysen der Ausgaben im Gesundheitswesen und ihrer Verteilung. Damit liefert die Gesundheitsausgabenrechnung wichtige Kennziffern für die politische Diskussion und ist eine vielgenutzte Informationsquelle für Politik, Wirtschaft und Wissenschaft.

Die Gesundheitsausgabenrechnung orientiert sich an den internationalen Vorgaben des System of Health Accounts 2011. Dieser von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), vom Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte Rechenstandard stellt einheitliche Abgrenzungen und Klassifikationen bereit und ermöglicht so die international vergleichbare Berechnung von Gesundheitsausgaben. Ab dem Jahr 2016 wird die Lieferung von differenzierten Daten in hoher Qualität nach dem System of Health Accounts für Mitgliedstaaten der Europäischen Union verpflichtend sein. Bereits jetzt liefern einige Länder, darunter Deutschland, Daten zu den Gesundheitsausgaben freiwillig. Dadurch sind vergleichende Analysen der Gesundheitssysteme möglich.

2

Methodik der Gesundheitsausgabenrechnung

2.1 Abgrenzung des Gesundheitsbereichs

Mit der Abgrenzung des Gesundheitsbereichs wird festgelegt, welche Waren und Leistungen in die Berechnung der Gesundheitsausgaben einbezogen werden. Grundsätzlich kann der Gesundheitsbegriff sehr weit gefasst werden. Es ist theoretisch möglich, Umweltschutzmaßnahmen zur Luftreinhaltung in der Gesundheitsausgabenrechnung zu erfassen, da solche Maßnahmen

auch dazu dienen können, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Ähnliche Abgrenzungen sind erforderlich in Bezug auf das Sozialwesen oder die Bereiche Wellness und Fitness. Um Überschneidungen mit anderen Rechenwerken, beispielsweise den Umweltökonomischen Gesamtrechnungen, zu vermeiden, ist eine enge und genaue Abgrenzung des Gesundheitsbereiches erforderlich.

Die Gesundheitsausgabenrechnung unterscheidet die sogenannten laufenden Gesundheitsausgaben, Investitionen und den erweiterten Leistungsbereich. Bei der Abgrenzung der laufenden Ausgaben und der Investitionen folgt die Gesundheitsausgabenrechnung den internationalen Vorgaben des System of Health Accounts. Im erweiterten Leistungsbereich geht die Rechnung über das System of Health Accounts hinaus.

Nach dem System of Health Accounts sind bei der Abgrenzung des Gesundheitsbereichs folgende, nach Wichtigkeit aufgeführte, Kriterien maßgeblich (OECD und andere, 2011):

1. Das vorrangige Ziel einer Maßnahme ist es, den Gesundheitsstatus von Individuen, von Teilen der Bevölkerung oder der gesamten Bevölkerung zu verbessern, zu erhalten oder die Verschlechterung des Gesundheitsstatus zu verhindern und die Folgen von Krankheiten zu mildern.
2. Die Ausübung der Maßnahme setzt medizinisches und pflegerisches Wissen oder die Aufsicht von Personen mit diesem Wissen voraus. Zudem können Leistungen der Verwaltung oder der Steuerung des Gesundheitswesens und dessen Finanzierung eingeschlossen sein.
3. Die Maßnahme dient dem Endverbrauch von Gesundheitsgütern und -leistungen der Einwohner.
4. Bei der Maßnahme werden Gesundheitsgüter oder -leistungen transferiert.

Bei der Abgrenzung des Gesundheitsbereichs ist damit das Ziel der Leistung entscheidend. Beispielsweise fallen reine Schönheitsoperationen nicht in den Gesundheitsbereich, auch wenn sie von medizinischem Fachpersonal vorgenommen werden. Ein Grenzfall sind Leistungen mit sozialem Hintergrund, die Menschen ein unabhängiges Leben im eigenen Haushalt ermöglichen sollen und Hilfe bei der Essenzubereitung oder beim Einkaufen umfassen. Diese Leistungen sind im erwei-

terten Gesundheitsbereich enthalten. In die laufenden Ausgaben fallen diese Leistungen nur, wenn sie zusammen mit medizinischen und pflegerischen Leistungen erbracht werden. In der Gesundheitsausgabenrechnung werden daher sämtliche Leistungen der Pflegestufen 1 bis 3 und der sogenannten Pflegestufe 0 in den laufenden Ausgaben berücksichtigt, auch wenn dabei soziale Leistungen erbracht werden. Bei Leistungen im Fitness- und Wellnessbereich ist entscheidend, dass sie von einem Arzt oder einer Ärztin verordnet werden und von einer medizinischen Fachkraft vorgenommen werden.

Zur Beurteilung des pflegerischen und medizinischen Wissens aus Kriterium 2 sollen die nationalen Standards zur Ausbildung und Zulassung von medizinischem und pflegerischem Personal herangezogen werden. Aus Kriterium 3 wird deutlich, dass in der Gesundheitsausgabenrechnung ausschließlich der Endverbrauch der Inländer, das heißt aller dauerhaft in Deutschland wohnenden Menschen, berücksichtigt wird. Exporte, also Leistungen an im Ausland wohnende und sich kurzzeitig in Deutschland aufhaltende Personen, werden nicht berücksichtigt. Hingegen sind Waren und Leistungen, die Inländer/-innen im Ausland beziehen, in den Gesundheitsausgaben als Importe enthalten. Da nur

der Endverbrauch von Gesundheitsleistungen erfasst werden soll, werden die Vorleistungen in der Gesundheitsausgabenrechnung nur indirekt erfasst und nicht gesondert ausgewiesen.

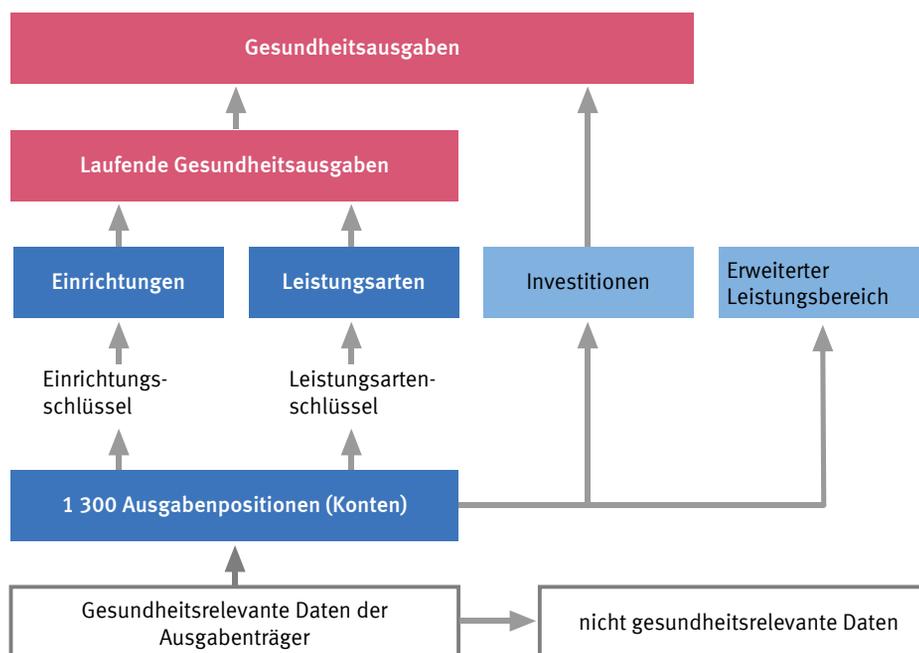
2.2 Berechnungsmethodik

Die dreidimensionale Rechenstruktur der Gesundheitsausgabenrechnung ermöglicht sehr detaillierte Analysen des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen. Damit solche Analysen vorgenommen werden können, muss jede Ausgabenposition einem Ausgabenträger, einer Leistungsart und einer Einrichtung zugeordnet werden. Dafür gibt es verschiedene Ansätze. Für die Gesundheitsausgabenrechnung wurde das Bottom-up-Verfahren gewählt, welches bei allen Ausgabenträgern mit Ausnahme des Ausgabenträgers private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck angewandt wird. Bei diesem kommt das Residualwertverfahren zur Anwendung.

Bottom-up-Verfahren

Die Berechnungsmethodik nach dem Bottom-up-Verfahren ist in Grafik 1 dargestellt. Ausgangspunkt sind die

Grafik 1
Berechnungsmethodik der Gesundheitsausgabenrechnung nach dem Bottom-up-Verfahren



2015 - 01 - 0592

Rechnungsergebnisse der verschiedenen Ausgaben-träger, beispielsweise die der gesetzlichen Kranken-versicherung. Zunächst werden aus den Statistiken der Ausgaben-träger die Ausgabenpositionen erfasst, die in den Gesundheitsbereich fallen. Diese werden dann zum Teil über Verteilungsschlüssel auf die Einrichtungen, Leistungsarten, die Investitionen und den erweiterten Leistungsbereich verteilt. Die Ausgaben in den Dimen-sionen Ausgaben-träger, Leistungsarten und Einrich-tungen werden anschließend zu den laufenden Gesund-heitsausgaben aggregiert. Die Summe der laufenden Gesundheitsausgaben und der Investitionen ergibt die Gesundheitsausgaben. [↘ Grafik 1](#)

Bei der Verteilung auf Leistungsarten und Einrichtungen ist zu beachten, dass jede Ausgabenposition immer vollständig auf eine oder mehrere Leistungsarten und eine oder mehrere Einrichtungen verteilt werden muss. Dabei gibt es Konten, die so detailliert beschrieben sind, dass sie vollständig einer Leistungsart und einer Einrichtung zugewiesen werden können, aber auch Kon-ten, die nicht eindeutig zugewiesen werden können. Die Zuordnung zum Ausgaben-träger ist stets eindeutig, da die Konten den Statistiken der Ausgaben-träger entnom-men werden.

Übersicht 1 zeigt Beispiele einer eindeutigen Zuweisung und einer nicht eindeutigen Zuordnung. Die Zuordnung des Kontos KV430 ist eindeutig, das heißt der Konten-wert kann vollständig auf die Leistungsart Arzneimittel und die Einrichtung Apotheken verteilt werden. Bei Konto PK051 ist eine eindeutige Zuweisung auf Leistungsarten und Einrichtungsschlüssel aufgrund der allgemeinen Bezeichnung des Kontos nicht möglich. In diesem Fall wird der Kontenwert anhand von Verteilungsschlüsseln (Leistungsartenschlüssel und Einrichtungsschlüssel) auf die betreffenden Leistungsarten und Einrichtungen ver-teilt. Die Verteilungsschlüssel werden aus Sekundärsta-tistiken abgeleitet. Alle Verteilungsschlüssel addieren sich zu 100 %, sodass stets der Kontenwert vollständig auf die Leistungsarten und Einrichtungen verteilt wird. [↘ Übersicht 1](#)

Übersicht 1
Aufteilung auf Leistungsarten und Einrichtungen

Konto	Bezeichnung	Wert	Ausgaben-träger	Leistungsart	Einrichtung
KV430	Arzneimittel in Apotheken	33,54 Mrd. EUR	Gesetzliche Kranken-versicherung	Arzneimittel	Apotheken
PK051	Ambulante Leistungen: Arztbehandlung	5,7 Mrd. EUR	Private Krankenversicherung	Prävention/Gesundheits-schutz, Ärztliche Leistungen	Arztpraxen, Krankenhaus

Auch wenn die Dimensionen der Gesundheitsausgaben-rechnung grundsätzlich mit der internationalen Klas-sifikation des System of Health Accounts übereinstim-men, so unterscheiden sich die Klassifikationen und Merkmalsausprägungen der einzelnen Dimensionen. Neben den nationalen Klassifikationen müssen die Aus-gabenpositionen deshalb auch auf die internationalen Klassifikationen verteilt werden. Die Ausgaben-träger entsprechen den Health Care Financing Schemes, die Leistungsarten den Health Care Functions und die Ein-richtungen den Health Care Provider. Die Zuweisung der Ausgabenpositionen zu den Financing Schemes ist wie im Falle der Ausgaben-träger eindeutig. Bei der Zuweisung auf Functions und Provider gibt es eindeutige Zuweisun-gen und Zuweisungen durch Verteilungsschlüssel. Da es keine internationalen Verteilungsschlüssel gibt, weisen die oben erwähnten Verteilungsschlüssel die Ausga-benpositionen immer nationalen und internationalen Merkmalen zu. Analog zum nationalen Rechenstandard werden die Ausgaben über Functions und Provider zu Current Health Expenditure aggregiert. Da die Abgren-zung des Gesundheitsbereiches nach den Vorgaben des System of Health Accounts erfolgt ist, entsprechen die laufenden Gesundheitsausgaben der internationalen Vergleichsgröße Current Health Expenditure.

Residualwertansatz

In den Ausgaben des Ausgaben-trägers private Haus-halte und private Organisationen ohne Erwerb-zweck sind die Zuzahlungen der gesetzlich Kranken-versicherten, die Zuzahlungen und Eigenbehalte der Privatversi-cherten und die Direktkäufe enthalten. Vor der Revision des Berechnungsverfahrens wurde der Ausgaben-träger ebenfalls nach dem Bottom-up-Verfahren berechnet. Da es im Gegensatz zu den anderen Ausgaben-trägern keine Statistik gibt, die alle Ausgaben des Ausgaben-trägers private Haushalte und private Organisationen enthält, wurden die Ausgaben aus mehreren Daten-quellen errechnet. Die Datenlage ist hier jedoch sehr lückenhaft.

Zu den Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten liegen in einigen Fällen geeignete Daten vor, beispielsweise zu den Zuzahlungen im stationären Bereich. Die Daten decken allerdings nur Zuzahlungen zu den von der gesetzlichen Krankenkasse übernommenen Leistungen ab. Zuzahlungen für Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs, zum Beispiel für Chefarztbehandlungen, sind nicht erfasst. Zur Höhe der Zuzahlungen und Eigenbehalte der Privatversicherten liegen ebenfalls keine Daten vor. Für die Direktkäufe existieren einzelne Datenquellen, die aber lediglich die Ausgaben für einzelne Leistungen oder Einrichtungen erfassen, eine umfassende Datenquelle liegt auch hier nicht vor.

Im Berechnungsverfahren vor der Revision der Gesundheitsausgabenrechnung bildeten daher Expertenschätzungen die Grundlage für die Ermittlung der Zuzahlungen bei Privatversicherten. Für die Direktkäufe und Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten wurden alle bekannten Datenquellen über Leistungsarten und Einrichtungen aggregiert. Da die Berechnung mithilfe von Expertenschätzungen anfällig für Schätzfehler ist, wurde zum Berichtsjahr 2013 auf das Residualwertverfahren umgestellt.

Ausgangspunkt der Berechnung nach dem Residualwertverfahren sind die Umsätze oder Produktionswerte der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Von diesem Umsatzwert müssen zunächst alle Umsätze, die nicht in den Gesundheitsbereich fallen, sowie die Exporte abgezogen werden. Dieses Ergebnis wird anschließend um alle Ausgaben der übrigen Ausgabenträger verringert. Das Residuum ergibt die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. Die über den Residualwertansatz ermittelten Ausgaben werden dann wie beim Bottom-up-Verfahren mit Verteilungsschlüsseln auf Leistungsarten und Einrichtungen beziehungsweise Functions und Provider verteilt.

Das Residualwertverfahren hat im Vergleich zum bisherigen Berechnungsverfahren zwei Vorteile. Zum einen sind Daten zum Umfang der Zuzahlungen und Eigenanteile der Privatversicherten nicht erforderlich. Zum anderen sind die Ausgaben der anderen Ausgabenträger bekannt und liegen aus dem Bottom-up-Verfahren bereits in Leistungsarten und Einrichtungen vor. Allerdings ist die Datenlage auch bei diesem Verfahren nicht ganz zufriedenstellend. In der Einrichtung Krankenhaus liegen keine geeigneten Daten zur Bestimmung von Umsatzwerten vor, daher werden die Ausgaben in die-

sem Fall noch nach dem bisherigen Verfahren berechnet. Die Höhe der Exporte ist zudem bei fast allen Einrichtungen unbekannt.

Trotz dieser Datenlücken sind die durch den Residualwertansatz ermittelten Ergebnisse verlässlicher als die mit Expertenschätzungen errechneten Ergebnisse, daher wird dieser Ansatz auch von der OECD empfohlen (Rannan-Eliya/Lorenzoni, 2010). Die Datenquellen aus dem alten Berechnungsverfahren werden weiterhin zur Plausibilisierung der Ergebnisse genutzt.

2.3 Anpassung an das System of Health Accounts 2011

Die Lieferung von Angaben zu den Gesundheitsausgaben in Deutschland an Eurostat, OECD und WHO erfolgte in den Berichtsjahren 1992 bis 2013 nach dem „alten“ Rechenstandard des System of Health Accounts 1.0. Parallel dazu wurden in den Berichtsjahren 2012 und 2013 Pilotdaten nach dem „neuen“ Rechenstandard des System of Health Accounts 2011 bereitgestellt. Ab dem Berichtsjahr 2014, für das Ergebnisse im Jahr 2016 zur Verfügung stehen werden, wird die Datenlieferung nach dem neuen Standard für EU-Mitgliedstaaten verpflichtend, die Datenlieferung nach dem alten Standard entfällt dann. Die nötigen Anpassungen der Gesundheitsausgabenrechnung an die Umstellung auf das System of Health Accounts 2011 sollen hier kurz erläutert werden.

Das System of Health Accounts 2011 baut auf dem alten Rechenstandard auf, daher blieb die Abgrenzung des Gesundheitsbereiches weitestgehend gleich und auch die Klassifikationen sind vergleichbar. Eine grundlegende Änderung gab es allerdings in der Dimension der Health Care Financing Schemes. Übersicht 2 stellt die Klassifikation der Financing Schemes im alten und neuen Rechenstandard dar. Nach dem System of Health Accounts 1.0 ist die Klassifikation in öffentliche Ausgabenträger, private Ausgabenträger und das Ausland unterteilt. Nach dem System of Health Accounts 2011 ist die Klassifikation hingegen in öffentliche und verpflichtende Ausgabenträger (HF.1), freiwillige Ausgabenträger (HF.2), die Ausgaben der privaten Haushalte (HF.3) und in das Ausland (HF.4) gegliedert. [↪ Übersicht 2](#)

Die Aufteilung in freiwillige und verpflichtende Versicherungen hat Auswirkung auf die Verbuchung der pri-

Übersicht 2

Klassifikationen der Financing Schemes

System of Health Accounts 1.0		System of Health Accounts 2011	
HF.1	General Government (Öffentliche Ausgabenträger)	HF.1	Government schemes and compulsory contributory schemes (Öffentliche und verpflichtende Ausgabenträger)
HF.2	Private Sector (Private Ausgabenträger)	HF.2	Voluntary health care payment schemes (Freiwillige Ausgabenträger)
HF.2.3	Private household out-of-pocket expenditure (Ausgaben der privaten Haushalte)	HF.3	Household out-of-pocket payment (Ausgaben der privaten Haushalte)
HF.3	Rest of the world (Ausland)	HF.4	Rest of the world financing schemes (Ausland)

vaten Krankenversicherung nach dem System of Health Accounts 2011. Nachdem in Deutschland ab 2009 mit Einführung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung Versicherungspflicht besteht, ist die private Krankenversicherung auch als verpflichtende Versicherung zu verstehen und folglich in HF.1 zu verbuchen. Vor dem Jahr 2009 wird die private Krankenversicherung unter HF.2 aufgeführt, da bis dahin keine Versicherungspflicht bestand. Die freiwilligen privaten Zusatzversicherungen gesetzlich Versicherter, beispielsweise für Zahnersatz, sind auch nach 2009 unter HF.2 einzuordnen. Unter dem System of Health Accounts 1.0 waren alle private Krankenversicherungen unter HF.2 zu verbuchen.

Tabelle 1 zeigt die laufenden Ausgaben der Financing Schemes nach dem neuen und dem alten Rechenstandard. Die Summe der laufenden Ausgaben ist unter beiden Standards gleich. Es zeigt sich, dass es durch die veränderte Verbuchung der Ausgaben der privaten Krankenkasse zu einer Verschiebung der Ausgaben von HF.2 alter Standard zu HF.1 im neuen Standard kommt. In HF.2 neuer Standard verbleiben unter anderem die Ausgaben der privaten Zusatzversicherungen, die Bedeutung dieses Ausgabenträgers hat dadurch stark abgenommen. ↘ Tabelle 1

Tabelle 1

Laufende Gesundheitsausgaben 2013

System of Health Accounts 1.0			System of Health Accounts 2011		
	Mrd. EUR	%		Mrd. EUR	%
Insgesamt	308,5	100	Insgesamt	308,5	100
HF.1 (Öffentliche Ausgabenträger)	235,4	76,3	HF.1 (Öffentliche und verpflichtende Ausgabenträger)	259,3	84,1
HF.2 (Private Ausgabenträger)	73,1	23,7	HF.2 (Freiwillige Ausgabenträger)	7,6	2,5
HF.2.3 (Ausgaben der privaten Haushalte)	41,6	13,5	HF.3 (Ausgaben der privaten Haushalte)	41,6	13,5

3

Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung in den drei Dimensionen vorgestellt. Zudem werden ausgewählte zwei- und dreidimensionale Ergebnisse dargestellt, um das Analysepotenzial des Rechenwerks zu verdeutlichen.¹

3.1 Ausgabenträger, Leistungsarten und Einrichtungen

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2004 verlagerte durch erhöhte Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten und die Einführung der Praxisgebühr einen Teil des Finanzierungsvolumens von der gesetzlichen Krankenversicherung auf die privaten Haushalte. Dies führte zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte seit 2000. Durch die Abschaffung der Praxisgebühr im Jahr 2013 sind deren Ausgaben gegenüber dem Jahr 2012 wieder zurückgegangen. Im Jahr 2013 stark gestiegen sind die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung, darauf wird im folgenden Abschnitt genauer eingegangen. ↘ Tabelle 2

Der starke Anstieg der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2013 führte auch zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der Ausgaben für pflegerische/therapeutische Leistungen. Ebenfalls überdurchschnittlich gestiegen sind die Ausgaben für ärztliche Leistungen, unter anderem durch die Anpassung der Arzthonorare.

1 Die vollständigen Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung können im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes abgerufen werden (www.gbe-bund.de). Die internationalen Daten nach dem System of Health Accounts sind unter <http://stats.oecd.org/> [Zugriff am 17. August 2015] im Bereich „Health“ zu finden.

Die revidierte Gesundheitsausgabenrechnung

Tabelle 2

Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung

	2000	2007	2013	Veränderung 2013 gegenüber 2012	Jahresdurchschnittliche Veränderung 2013 gegenüber 2000
	Mrd. EUR			%	
Gesundheitsausgaben insgesamt	213,8	255,9	314,9	+ 4,0	+ 3,0
Laufende Gesundheitsausgaben	207,7	250,2	308,5	+ 4,0	+ 3,1
Investitionen	6,2	5,6	6,5	+ 2,9	+ 0,4
nach Ausgabenträgern					
Öffentliche Haushalte	13,6	13,0	14,6	+ 1,6	+ 0,5
Gesetzliche Krankenversicherung	123,9	145,4	181,5	+ 5,3	+ 3,0
Soziale Pflegeversicherung	16,7	18,4	24,4	+ 6,1	+ 3,0
Gesetzliche Rentenversicherung	3,5	3,7	4,3	+ 0,1	+ 1,5
Gesetzliche Unfallversicherung	3,7	4,1	5,0	+ 2,2	+ 2,4
Private Krankenversicherung	17,6	23,5	28,9	+ 3,3	+ 3,9
Arbeitgeber	8,7	11,0	13,5	+ 4,9	+ 3,4
Private Haushalte/Private Organisationen ohne Erwerbszweck	26,1	36,9	42,9	- 0,6	+ 3,9
nach Leistungsarten					
Prävention/Gesundheitsschutz	7,5	10,1	10,9	+ 1,4	+ 3,0
Ärztliche Leistungen	58,2	69,8	87,6	+ 4,2	+ 3,2
Pflegerische/therapeutische Leistungen	52,4	60,7	79,5	+ 5,3	+ 3,3
Unterkunft und Verpflegung	18,6	21,7	25,6	+ 3,2	+ 2,5
Waren	56,3	70,4	83,5	+ 3,7	+ 3,1
Transporte	3,4	4,2	5,9	+ 7,3	+ 4,3
Verwaltungsleistungen	11,3	13,1	15,3	+ 0,7	+ 2,3
nach Einrichtungen					
Gesundheitsschutz	1,8	1,9	1,9	+ 0,0	+ 0,5
Ambulante Einrichtungen	102,4	127,6	155,5	+ 4,1	+ 3,3
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	80,7	94,9	118,7	+ 4,1	+ 3,0
Rettungsdienste	2,1	2,7	3,8	+ 8,7	+ 4,8
Verwaltung	12,6	14,6	17,2	+ 1,2	+ 2,4
Sonstige Einrichtungen und private Haushalte	7,4	7,4	9,8	+ 8,8	+ 2,1
Ausland	0,6	1,1	1,6	- 7,5	+ 7,4

Die Ausgaben im Bereich „Sonstige Einrichtungen und private Haushalte“ sind 2013 im Vergleich zum Vorjahr besonders stark gestiegen, verursacht insbesondere durch die höheren Ausgaben für die Pflege von Pflegebedürftigen durch Angehörige. Auch bei den ambulanten Einrichtungen und den stationären/teilstationären Einrichtungen waren überdurchschnittliche Zuwachsraten zu verzeichnen. In den ambulanten Einrichtungen war der Grund für die Kostensteigerung wiederum die angepasste Honorierung für Ärzte und Ärztinnen sowie Zahnärzte und Zahnärztinnen, der Anstieg in den stationären/teilstationären Einrichtungen wurde durch höhere Ausgaben in Krankenhäusern und stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen verursacht.

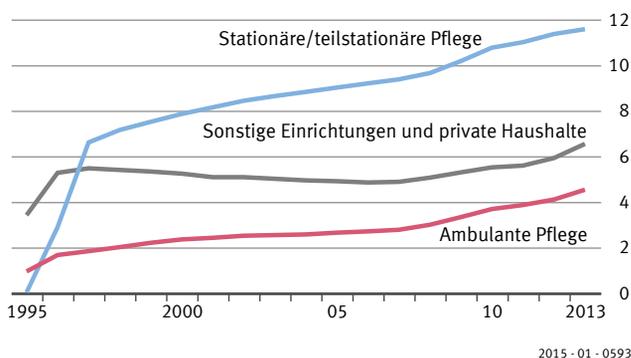
3.2 Soziale Pflegeversicherung

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung sind 2013 im Vergleich zu 2012 besonders stark gestiegen (siehe Tabelle 2). Grafik 2 zeigt die Verteilung der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung seit dem Jahr 1995 auf die Einrichtungen stationäre/teilstationäre Pflege, ambulante Pflege und sonstige Einrichtungen und private Haushalte.

In den ersten Jahren nach ihrer Einführung sind die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung in allen Einrichtungen zunächst sprunghaft angestiegen. Da ein Anspruch auf Leistungen der stationären und teil-

stationären Pflege erst seit dem 1. Juli 1996 bestand, nahmen die Leistungen dort erst mit kurzer Verzögerung zu. [↘ Grafik 2](#)

Grafik 2
Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung
Mrd. EUR



Die Zahl der Pflegebedürftigen in den stationären und teilstationären Einrichtungen ist nach der Einführungsphase kontinuierlich angestiegen, seit dem Jahr 2009 hat sich die Entwicklung etwas verlangsamt (Statistisches Bundesamt, 2015). Trotzdem kam es in den Jahren 2009 und 2010 zu einem Ausgabenzuwachs, da in diesen Jahren die stationären Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf besonders hoch waren.

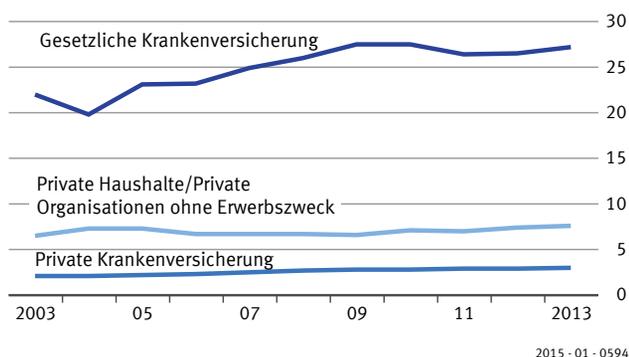
Die Anzahl der Personen, die durch Angehörige gepflegt werden, war bis zum Jahr 2005 leicht rückläufig, seitdem ist aber auch hier ein Zuwachs zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt, 2015). Damit stiegen auch die Ausgaben in den „Sonstigen Einrichtungen und privaten Haushalten“, und zwar besonders stark im Jahr 2013 wegen der zum 1. Januar 2013 eingeführten höheren Pflegegeldsätze für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Die Zahl der in ambulanten Einrichtungen gepflegten Pflegebedürftigen hat seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung ebenfalls kontinuierlich zugenommen. In den Jahren 2008 und 2009 stieg deren Zahl besonders stark (Statistisches Bundesamt, 2015), daher kam es zu einem höheren Ausgabeanstieg. Im Jahr 2013 nahmen die Ausgaben in dieser Einrichtung nochmals stark zu, auch hier wurden 2013 höhere Pflegesätze für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt.

3.3 Arzneimittel in Apotheken

Mit den Ergebnissen der Gesundheitsausgabenrechnung lassen sich die monetären Auswirkungen von Gesetzesvorhaben gut nachvollziehen. Besonders deutlich sind diese bei den Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu erkennen. [↘ Grafik 3](#)

Grafik 3
Ausgaben für Arzneimittel in Apotheken
Mrd. EUR



Im Jahr 2004 war ein starker Rückgang der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu beobachten. In diesem Jahr trat das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft, wodurch höhere Zuzahlungen für Patienten eingeführt wurden. Zudem erstatten die Krankenkassen seit 2004 keine nicht verschreibungspflichtigen Medikamente mehr und der Herstellerabschlag wurde für dieses Jahr auf 16 % erhöht. Nachdem die Ausgaben in den Jahren 2007 bis 2009 wieder stärker gestiegen waren, blieben sie im Jahr 2010 nahezu unverändert. Ein Grund dafür war die Anhebung des Herstellerrabatts auf verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Festbetrag von 6 % auf 16 % zum 1. August 2010 und das Einfrieren der Preise dieser Arzneimittel bis zum Jahr 2013. Zudem stieg das Einsparvolumen aus den Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und Herstellern deutlich an. Im Jahr 2011 gingen die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung erneut zurück. Das Volumen der Rabattverträge ist in diesem Jahr nochmals deutlich angestiegen, zudem trat zum 1. Januar 2011 das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Dieses sah die Einführung einer Nutzenbewertung von neuen

Arzneimitteln vor, reduzierte die Vergütung der pharmazeutischen Großhändler und erhöhte den Rabatt, den Apotheken den gesetzlichen Krankenkassen bei Abgabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten gewähren müssen.

Mit der Gesundheitsausgabenrechnung können auch die Arzneimittelausgaben anderer Ausgabenträger nachvollzogen und verglichen werden. Die private Krankenversicherung profitiert wie die gesetzliche Krankenversicherung vom Rabatt der Arzneimittelhersteller. Dadurch ergeben sich Parallelen zwischen der Ausgabenentwicklung beider Ausgabenträger. So stiegen die Ausgaben der privaten Kassen im Jahr 2004 nur leicht und die erneute Erhöhung des Herstellerrabatts zum 1. August 2010 zusammen mit dem Preismoratorium bis zum Jahr 2013 führte zu vergleichsweise geringen Ausgabenanstiegen in den Jahren 2010 bis 2012. In den Jahren 2007 bis 2009 stiegen die Ausgaben der privaten Krankenversicherung für Arzneimittel ebenfalls vergleichsweise stark an.

Die Ausgaben der privaten Haushalte und der privaten Haushalte ohne Erwerbzweck nahmen insbesondere in den Jahren 2004 und 2010 zu. In beiden Jahren stiegen die Zuzahlungen für Medikamente für gesetzlich Versicherte (Schwabe/Paffrath, 2014). Die Zuzahlungen waren in den Jahren 2006 bis 2009 leicht rückläufig beziehungsweise nahezu konstant, was auch den Rückgang der Ausgaben der privaten Haushalte in diesem Zeitraum erklärt (Schwabe/Paffrath, 2014).

4

Fazit

Dieser Beitrag erläuterte die Methodik der Gesundheitsausgabenrechnung und nötige Anpassungen an den internationalen Rechenstandard des System of Health Accounts 2011. Mit der Gesundheitsausgabenrechnung sollen alle von Inländern in Deutschland getätigten Gesundheitsausgaben erfasst werden. Dazu werden die Ausgaben der Ausgabenträger auf Leistungsarten und Einrichtungen verteilt. Da die Abgrenzung des Gesundheitsbereiches nach internationalen Vorgaben erfolgt, ermöglichen die Ergebnisse auch internationale Vergleiche.

Die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung zeigen wichtige Entwicklungen im Leistungsgeschehen des Gesundheitswesens. Seit dem Jahr 2000 hat die Bedeutung der privaten Haushalte für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen zugenommen, während die der öffentlichen Haushalte zurückgegangen ist. Die gesetzliche Krankenversicherung ist der mit Abstand wichtigste Ausgabenträger im Gesundheitswesen. Im Vergleich zum Jahr 2012 sind die Ausgaben für stationäre und ambulante Pflegeleistungen sowie für die Pflege durch Angehörige deutlich gestiegen. Angesichts des demografischen Wandels werden diese Ausgaben vermutlich weiter steigen (Nöthen, 2011). In den vergangenen Jahren haben mehrere Gesetze die Preisbildung von Arzneimitteln für gesetzlich Versicherte beeinflusst. Die Auswirkungen dieser Gesetze auf die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung lassen sich mit den Ergebnissen der Gesundheitsausgabenrechnung gut nachvollziehen.

Das System of Health Accounts 2011 beschränkt sich nicht auf die Dimensionen Financing Schemes, Functions und Provider. Die weiteren Module zur Erfassung der Finanzierungsströme und zur Kapitalbildung im Gesundheitswesen sind noch nicht Teil der verpflichtenden internationalen Datenlieferung. Allerdings liefern beide Module wichtige Informationen zu Investitionen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und zur Finanzierung der Ausgabenträger. Zu beiden Modulen führt das Statistische Bundesamt Projektstudien durch, um eine Berechnung dieser Module im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung zu prüfen. 

LITERATURVERZEICHNIS

Nöthen, Manuela. *Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters?*
In: *Wirtschaft und Statistik*. Ausgabe 7/2011, Seite 665 ff.

OECD/Eurostat/WHO. *A system of health accounts*. Paris 2011.

Rannan-Eliya, Ravi P./Lorenzoni, Luca. *Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the System of Health Accounts Framework*. In: *OECD Health Working Papers No. 52*. Paris 2010.

Schwabe, Ulrich/Paffrath, Dieter (Herausgeber). *Arzneiverordnungs-Report 2014*. Berlin 2014.

Statistisches Bundesamt (Herausgeber). *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2013*. Wiesbaden 2015. Verfügbar unter www.destatis.de

Herausgeber

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

www.destatis.de

Schriftleitung

Dieter Sarreither, Präsident des Statistischen Bundesamtes

Redaktionsleitung: Kerstin Hänsel

Redaktion: Ellen Römer

Ihr Kontakt zu uns

www.destatis.de/kontakt

Erscheinungsfolge

zweimonatlich, erschienen im Oktober 2015

Das Archiv aller Ausgaben ab Januar 2001 finden Sie unter www.destatis.de/publikationen

Print

Einzelpreis: EUR 18,- (zzgl. Versand)

Jahresbezugspreis: EUR 108,- (zzgl. Versand)

Bestellnummer: 1010200-15005-1

ISSN 0043-6143

ISBN 978-3-8246-1034-1

Download (PDF)

Artikelnummer: 1010200-15005-4, ISSN 1619-2907

Vertriebspartner

IBRo Versandservice GmbH

Bereich Statistisches Bundesamt

Kastanienweg 1

D-18184 Roggentin

Telefon: +49 (0) 382 04 / 6 65 43

Telefax: +49 (0) 382 04 / 6 69 19

destatis@ibro.de

Papier: Metapaper Smooth, FSC-zertifiziert, klimaneutral, zu 61% aus regenerativen Energien

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.