

Gesundheitsausgaben im Ländervergleich 2008 bis 2012 – Realisierung eines länder- übergreifenden Ansatzes

Die Gesundheitsausgaben stellen einen Indikator für das medizinische Versorgungsniveau der Bevölkerung dar. Der zu verzeichnende jährliche Zuwachs der Ausgaben lässt sich auf verschiedene Ursachen – wie das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung, den medizinischen Fortschritt und damit einhergehend veränderte Angebotsstrukturen und Inanspruchnahme gesundheitsrelevanter Leistungen, die Preisentwicklung sowie politische Entscheidungen beispielsweise zum Leistungskatalog der Krankenkassen – zurückführen. Die AG Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder berechnete erstmals analog zur Gesundheitspersonalrechnung grundsätzlich vergleichbare Länderergebnisse zu den Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern für fünf Bundesländer nach einem länderübergreifenden Ansatz.

- 1) Mitglieder der AG GGRdL sind derzeit die Statistischen Landesämter Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Thüringen, Sachsen als Federführung und das Statistische Bundesamt.
- 2) Unter einem länderübergreifenden Ansatz wird eine einheitliche Methodik zur Berechnung der Gesundheitsausgaben bzw. des Gesundheitspersonals auf Länderebene verstanden. Der länderübergreifende Ansatz dieser Berechnungen wurde im Rahmen der Arbeit der AG GGRdL im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen entwickelt und innerhalb der AG GGRdL abgestimmt und evaluiert.
- 3) Unter Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen werden Rechenwerke verstanden, die sich mit Fragestellungen der Gesundheitswirtschaft beschäftigen und gegenwärtig noch entwickelt werden. Sie halten Informationen zu Art und Umfang der erbrachten Leistungen und der dafür eingesetzten Ressourcen sowie zu zukünftigen Entwicklungstendenzen in der Gesundheitswirtschaft bereit.

Vorbemerkungen

Bereits 2011 auf der 4. Tagung der „Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ (AG GGRdL)¹⁾ verständigten sich die Länder Sachsen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Thüringen darauf, die Berechnung der Gesundheitsausgaben auf den länderübergreifenden Ansatz²⁾ umzustellen und so miteinander vergleichbare Länderergebnisse vorzulegen. [1] Die Gesundheitsausgabenrechnung ist Teil der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder³⁾, diese umfassen zudem die Gesundheitspersonalrechnung und den Wertschöpfungsansatz. Aufbauend auf den im Jahr 2013 gewonnenen Erfahrungen der effektiven und effizienten Umsetzung der Berechnung des Gesundheitspersonals für alle Mitgliedsländer der AG GGRdL erfolgten im Jahr 2014 methodische Anpassungen und zugleich die Vereinheitlichung der Rechenwerke für die Gesundheitsausgabenrechnung. Hierdurch wird die angestrebte hohe Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Ländern gewährleistet. Indem, analog zur Gesundheitspersonalrechnung, die Datenbeschaffung, der Aufbau und die Pflege des Rechenwerkes weitgehend an einer Stelle erfolgen, können auch hier Synergiepotenziale genutzt werden. Mit der Gesundheitsausgabenrechnung wird der gesamte volkswirtschaftliche Ressourcen-

verbrauch ermittelt, der im Laufe eines Jahres für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit aufgewendet wurde. Auf Länderebene werden die Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern ausgewiesen.

Zu den Gesundheitsausgaben zählen alle Käufe von Waren und Dienstleistungen, die zum Zweck der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege getätigt werden sowie die Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Räumlich bezieht sich die Erfassung der Gesundheitsausgaben dabei auf die Käufe der inländischen Bevölkerung (die gegebenenfalls auch im Ausland getätigt werden können). Inhaltlich werden nur die Transaktionen für die letzte Verwendung erfasst, ein direkter Patientenbezug muss daher im Regelfall gegeben sein. Transaktionen zwischen Leistungserbringern, z. B. die Lieferung von Arzneimitteln von pharmazeutischen Großhändlern an Apotheken, bleiben unberücksichtigt. [2]

Verwendung einer länderübergreifenden Methode

Erstmals erfolgten im Jahr 2014 die Berechnungen zur Gesundheitsausgabenrechnung auf Länderebene für die Jahre 2008 bis einschließlich 2012 für fünf Mitgliedsländer der

AG GGRdL⁴⁾ einheitlich nach dem länderübergreifenden Ansatz. Den Berechnungen liegt die von der AG GGRdL entwickelte und von Sachsen maßgeblich geprägte länderübergreifende Methodik zugrunde. Sie setzt auf der Methodik der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes auf, die ihrerseits am Konzept des „System of Health Accounts“ [3] ausgerichtet ist, welches von der OECD, der WHO und Eurostat zum Zweck der internationalen Vergleichbarkeit empfohlen wird. Die länderübergreifende Methode zur Gesundheitsausgabenrechnung wurde Ende 2013 innerhalb der AG GGRdL evaluiert und verabschiedet.

Bei der Umsetzung der Berechnungen auf Länderebene für acht Ausgabenträger wurde der Fokus auf die Verwendung dieser einheitlichen Methodik und die gleichzeitige Verwendung einheitlicher Rechenwerke und Datenquellen gelegt. Eine Analyse der bisher jeweils gesonderten Länderrechnungen zu den Gesundheitsausgaben in Sachsen und Baden-Württemberg zeigte, dass beide sich zwar an der länderübergreifenden Methodik orientierten, dennoch gewisse Unterschiede hinsichtlich der ermittelten Ergebnisse vorhanden waren, die auf die unterschiedliche Auslegung der Methodik oder auf die Nutzung unterschiedlicher Datenquellen zurückzuführen waren.

Aufgrund dessen erfolgte eine Präzisierung der Methodendokumentation, in der nun die länderübergreifende Methodik der Gesundheitsausgabenrechnung auf Länderebene umfassend und detailliert beschrieben ist und die den Berechnungen zugrunde liegenden Datenquellen vollständig und eindeutig dokumentiert werden. Mit der Methodendokumentation werden die Berechnungen für Dritte nachvollziehbar, gleichzeitig wird die Transparenz des Rechenwerks erhöht, um u. a. die Akzeptanz der Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung bei den Nutzern zu fördern (vgl. [4, S. 28 ff.]).

Der länderübergreifende Ansatz sieht die Berücksichtigung von länderspezifischen Daten im größtmöglichen Umfang vor. Da bestimmte Informationen jedoch nur auf Bundesebene und nicht für die einzelnen Bundesländer verfügbar sind, konnte eine direkte Übernahme der Bundesmethodik nicht erfolgen. Eine Berechnung der Gesundheitsausgaben mittels Disaggregation⁵⁾ top down anhand des Bevölkerungsanteils eines Bundeslandes an der Bevölkerung von Deutschland liefert andererseits nur bedingt Ergebnisse, die dem Informationsbedürfnis auf Länderebene entsprechen. Aufgrund dessen wurde die Bundesmethode auf die Länder zugeschnitten, sodass die Gesundheitsausgaben der Länder durch eine Kombination aus

- a) direkter Nutzung länderspezifischer Daten,
- b) Nutzung länderspezifischer Informationen zur qualifizierten Disaggregation⁶⁾ sowie
- c) Disaggregation der Bundeswerte mittels der Bevölkerungsanteile

ermittelt werden.

Nutzungsgrad länderspezifischer Daten

Um Ergebnisse zu erhalten, die länderspezifische Gegebenheiten wiedergeben, werden die Berechnungen auf Ebene der acht Ausgabenträger bzw. teilweise auf Ebene der Zweisteller sowie weiterer Unterpositionen durchgeführt. Die öffentlichen Haushalte untergliedern sich beispielsweise in sieben Zweisteller, von denen sich zwei aus mehreren Unterpositionen zusammensetzen (vgl. Abb. 1).

Die Ausgabenpositionen werden dabei möglichst auf tiefster Ebene unter Verwendung länderspezifischer Daten ermittelt und anschließend zu den einzelnen Ausgabenträgern aggregiert. Für den größten Teil stehen geeignete Datenquellen zur Verfügung. Im Ergebnis können gut 94 Prozent (hiervon 55 Prozent direkt und 45 Prozent mittels einer qualifizierten Disaggregation) der sächsischen Gesundheitsausgaben mit länderspezifischen Daten untersetzt werden.

Bei den verwendeten Daten handelt es sich primär um Daten der amtlichen Statistik wie z. B. die

- Statistik der Sozialhilfe,
- Statistik der Kriegsofferfürsorge,
- Asylbewerberleistungsstatistik,
- Einkommens- und Verbrauchsstichprobe oder
- den Mikrozensus.

Auch von Datenhaltern außerhalb des statistischen Verbundes werden länderspezifische Daten verwendet, wie die Mitgliederstatistik (KM6) oder die Statistik der Einnahmen und Ausgaben (KJ1) in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. sozialen Pflegeversicherung (PJ1) nach Kas senart oder Krankenkasse, die vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt werden. [5]

Nur zu einem sehr geringen Anteil (sechs Prozent) basiert die Berechnung auf einer Disaggregation der Bundeswerte mittels des Bevölkerungsanteils.

- 4) Für Nordrhein-Westfalen wurden die Gesundheitsausgaben noch mittels Disaggregation anhand des Bevölkerungsanteils von Nordrhein-Westfalen an der Bevölkerung Deutschlands ermittelt. Die Gesundheitsausgaben von Nordrhein-Westfalen sind daher zurzeit noch nicht uneingeschränkt mit den übrigen Ländern vergleichbar.
- 5) Die Disaggregation anhand des Bevölkerungsanteils eines Bundeslandes an der Gesamt einwohnerzahl Deutschlands geht davon aus, dass die durchschnittlichen Ausgaben je Einwohner im Bundesland mit denen des Bundes identisch sind. Eine adäquate Abbildung länderspezifischer Gegebenheiten ist hierdurch nicht möglich, sodass dieses Verfahren nur eingesetzt werden sollte, wenn explizit keine länderspezifischen Primär- oder Sekundärinformationen verfügbar sind.
- 6) Bei der qualifizierten Disaggregation handelt es sich um eine besondere Form der Disaggregation. Fehlen geeignete länderspezifische Ausgangsdaten, werden geeignete Disaggregationsfaktoren bestimmt. Auf deren Basis werden die Ergebnisse der jeweiligen Unterposition der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes top-down auf die Länder aufgeteilt. Dieses Verfahren findet bspw. bei der Ermittlung der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte Verwendung. Hier wird die relative Abweichungen der Ausgaben privater Haushalte für Gesundheitspflege nach Bundesländern gegenüber dem Bundesdurchschnitt laut Einkommens- und Verbrauchsstatistik genutzt und auf die Gesundheitsausgaben für Deutschland angewendet.

Abb. 1 Inhaltliche Gliederung der Ausgabenträger und Datenquellen zur Berechnung der Gesundheitsausgaben nach dem länderübergreifenden Ansatz (am Beispiel von Sachsen 2012)

Ausgabenträger (Einsteller, Zweisteller) und Unterpositionen	Datenquelle/Berechnung	Anteil an Insgesamt in %
Gesundheitsausgaben insgesamt	Summe der Einsteller	100
1 öffentliche Haushalte	Summe der Zweisteller	3,60
11 Sozialhilfe	Summe der Unterpositionen	0,90
Hilfe zur Gesundheit	GBE: Statistik der Sozialhilfe - Ausgaben und Einnahmen	
Erstattung an Krankenversicherungen		
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	Summe der Unterpositionen	
Suchtkrankenhilfe	qualifizierte Disaggregation der Ausgaben für Suchtkrankenhilfe (Dtl.) anhand des Länderanteils aller anderen Unterpositionen der Sozialhilfe	
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	GBE: Statistik der Sozialhilfe - Ausgaben und Einnahmen	
Heilpädagogische Leistungen für Kinder		
Hilfe zur Pflege		
12 Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	StBa: Asylbewerberleistungsstatistik - Ausgaben und Einnahmen	0,05
13 Kriegsofopferfürsorge	Summe der Unterpositionen	0,01
Krankenhilfe	StBa: Statistik der Kriegsofopferfürsorge	
Hilfe zur Pflege		
Erholungshilfe		
14 Kriegsofopferversorgung		0,01
15 Gesundheitsausgaben der Bundesagentur für Arbeit	Disaggregation mittels des Bevölkerungsanteils BL/Dtl.	0,01
16 Öffentlicher Gesundheitsdienst		
18 Sonstige staatliche Ausgaben		2,63
2 gesetzliche Krankenversicherung	Summe der Zweisteller	64,43
21, 23 AOK, IKK	KJ1-Statistik, gesetzliche Krankenversicherung - Endgültige Rechnungsergebnisse Einnahmen und Ausgaben	43,19
22, 24-26 BKK, LKK, KBS, VDEK	Qualifizierte Disaggregation der Gesundheitsausgaben nach Kassenart (Dtl.) anhand des jeweiligen Versichertenanteils (BL/Dtl.) (KM6-Statistik).	21,24
3 soziale Pflegeversicherung	Summe der Zweisteller	11,29
31, 33 AOK, IKK	PJ1-Statistik - soziale Pflegeversicherung - Endgültige Rechnungsergebnisse Einnahmen und Ausgaben	7,57
32, 34-36 BKK, LKK, KBS, VDEK	Nutzung des Verhältnisses der Summe länderspezifischer Gesundheitsausgaben in der Pflegeversicherung zu denen in der Krankenversicherung	3,72
4 gesetzliche Rentenversicherung	Disaggregation mittels des Bevölkerungsanteils BL/Dtl.	1,41
5 gesetzliche Unfallversicherung		1,62
6 Private Krankenversicherung (ohne Versorgung der Bundesbahn- und Bundespostbeamten)	Qualifizierte Disaggregation der Pro-Kopf-Ausgaben in der privaten Krankenversicherung (Dtl.) mittels der Zahl privat Versicherter (BL; MZ)	4,75
7 Arbeitgeber	Summe der Zweisteller	3,98
71 Beihilfen	Qualifizierte Disaggregation der Gesundheitsausgaben (Dtl.) mittels des Arbeitnehmeranteils BL/Dtl. (AK ETR)	3,67
72 Fürsorgeleistungen		0,07
75 Betrieblicher Gesundheitsdienst		0,24
8 private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck	Summe der Zweisteller	8,93
81-86 private Haushalte	Qualifizierte Disaggregation: Nutzung relativer Abweichungen der Ausgaben privater Haushalte für Gesundheitspflege (BL) gegenüber dem Bundesdurchschnitt laut EVS	8,45
87 private Organisationen ohne Erwerbszweck	Disaggregation mittels des Bevölkerungsanteils BL/Dtl.	0,48

GBE: Gesundheitsberichterstattung, MZ: Mikrozensus, StBa: Statistisches Bundesamt, StLa: Statistisches Landesamt, BL: Bundesland, Dtl.: Deutschland, AK ETR: Arbeitskreis Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder, EVS: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe

■ Ausgaben sind darstellbar. Ländervergleich ist möglich. ■ Ausgaben sind darstellbar. Ländervergleich ist bedingt möglich.

Generell wird also eine möglichst breite Untersetzung der Ausgabenträger mit länderspezifischen Daten angestrebt. Der Zeitaufwand für Datenbeschaffung, Plausibilisierung und Einarbeitung in das Rechenwerk steht in einem positiven Verhältnis zum Nutzen, der durch die Abbildung länderspezifischer Besonderheiten bei den Gesundheitsausgaben messbar wird. Lediglich im Jahr 2014, in dem die Gesundheitsausgabenrechnung zu einem länderübergreifenden Rechenwerk weiterentwickelt wurde, war ein erhöhter Aufwand zu verzeichnen. Das logisch strukturierte Excel-Rechenwerk kann in einem überschaubaren zeitlichen Rahmen – mit den derzeit vorhandenen Ressourcen im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen sowie der Bereitstellung von ausreichenden Ressourcen in den Ländern der AG Mitglieder – jährlich aktualisiert und fortgeschrieben werden. Grundlegende Revisionen erfordern entsprechend mehr Aufwand zur Anpassung an das Rechenwerk. Da mit einer jährlichen Aktualisierung und Fortschreibung eine Berechnung auf Grundlage von Referenzwerten aus Vorjahren vermieden wird, wirkt sich dies positiv auf die Genauigkeit der Ergebnisse aus (vgl. [6, S. 34ff.]).

Effiziente und effektive Umsetzung der Berechnung

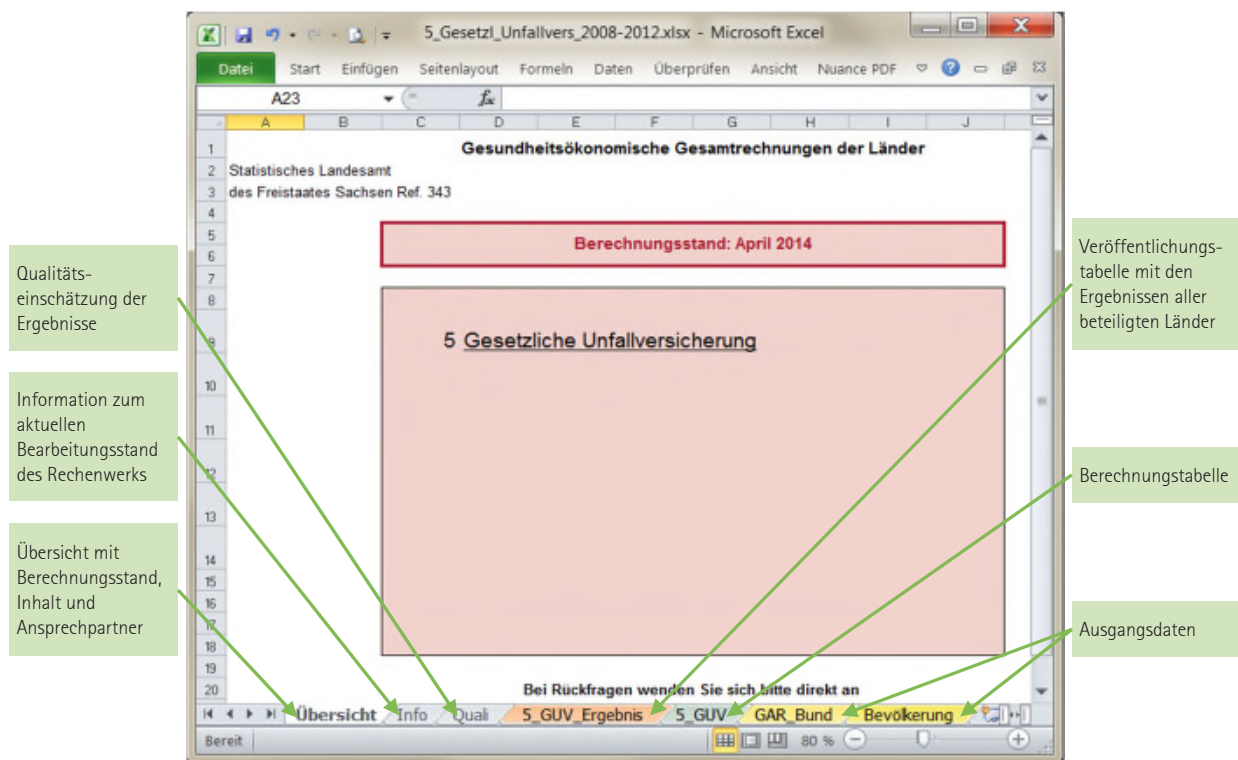
Wesentliche Voraussetzungen zur effektiven und effizienten Umsetzung der Gesundheitsausgabenrechnung nach dem länderübergreifenden Ansatz für alle Mitglieder der AG GGRdL stellen die zentrale Datengewinnung sowie das einheitliche, gemeinsame Rechenwerk dar.

Standardisierung des gemeinsamen Rechenwerkes

Im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen wurde parallel zur Präzisierung der Methodik ein Excel-Rechenwerk erarbeitet, welches so angelegt ist, dass es auch für die Erstellung von Gesundheitsausgabenrechnungen weiterer Bundesländer nach dem länderübergreifenden Ansatz genutzt werden kann.

Die im Zuge der Umsetzung der Gesundheitspersonalrechnung auf Länderebene entwickelten Anforderungen an ein gemeinsames Rechenwerk wurden auch dem Aufbau des Excel-Rechenwerkes für die Gesundheitsausgabenrechnung zugrunde gelegt. Dessen Grundstrukturen und Layout orientieren sich ebenfalls an dem der Gesundheitspersonalrechnung (vgl. Abb. 2; für detaillierte Informationen zu Aufbau und Inhalten des Excel-Rechenwerkes vgl. [7, S. 65 f.]).

Abb. 2 Auszug aus dem länderübergreifenden Rechenwerk der Gesundheitsausgabenrechnung der Länder



Dadurch wird den Nutzern des Rechenwerks neben einem Höchstmaß an Transparenz eine schnelle Einarbeitung ermöglicht. Dies ist für die Gesundheitsausgabenrechnung unter anderem unerlässlich, da zwei der acht Ausgabenträger – die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung – von den Mitarbeitern in den Ländern selbständig bearbeitet werden müssen. Hierfür nutzen sie das zur Verfügung gestellte Excel-Rechenwerk, dessen Aufbau sowie die Einarbeitung gemeinsam genutzter Ausgangsdaten aus zentral verfügbaren Quellen in Sachsen erfolgen. Damit wird ein großer Teil der Arbeiten für die dezentral zu berechnenden Ausgabenträger zentral erbracht, wodurch Mehrfacharbeiten oder wiederholte Rückfragen bei den Datenhaltern vermieden werden. Dies trägt zu einer Entlastung der übrigen Mitglieder der AG GGRdL bei. Das gilt auch für das Statistische Bundesamt, was sowohl Partner zur methodischen Abstimmung als auch für die Bereitstellung von Zahlen verantwortlich ist. Um die Einarbeitungszeit für die einzelnen Länder in die beiden Rechenwerke so gering wie möglich zu halten, wurde im Mai 2014 ein Workshop durchgeführt.

In dem Rechenwerk wird für jeden Ausgabenträger eine separate Excel-Datei erstellt, deren Aufbau grundsätzlich identisch ist. Die ersten Tabellenblätter beinhalten zunächst eine Übersicht mit Berechnungsstand, Inhalt und Ansprechpartner sowie eine Information zum aktuellen Bearbeitungsstand des Rechenwerks und eine Qualitätseinschätzung der Ergebnisse. Des Weiteren umfassen die einzelnen Excel-Dateien eine Veröffentlichungstabelle zu den Ergebnissen aller beteiligten Länder, Berechnungstabellen gesondert für jeden Zweisteller, Nebenrechnungen z. B. zur Ermittlung von Disaggregationsfaktoren und die Ausgangsdaten. In den Tabellenblättern werden in den Zeilen die Bundesländer alphabetisch geordnet abgebildet, wobei das Excel-Rechenwerk bereits grundsätzlich für alle 16 Bundesländer nutzbar wäre. Die Zeitreihe ist spaltenweise angeordnet, sodass bei der jährlichen Fortschreibung des Excel-Rechenwerks lediglich eine neue Spalte eingefügt werden muss.

Zentrale Datengewinnung und Koordination der Berechnungen

Mit Ausnahme der Ausgabenträger gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung sind alle Daten zentral abrufbar. Auf den Internetseiten der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes sind fast alle verwendeten Daten für die Gesundheitsausgabenrechnung der amtlichen Statistik online abrufbar und ein

Download im CSV-Format möglich. Daten aus der Asylbewerberleistungsstatistik, der Statistik der Kriegsopferfürsorge oder der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe stehen ebenfalls beim Statistischen Bundesamt zur Verfügung und werden dort von Sachsen angefordert. Die verwendeten Daten zu den Arbeitnehmern nach Ländern sind auf der Internetseite des Arbeitskreises Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder (AK ETR) verfügbar.

Die Gesundheitsausgabenrechnung der Länder wird derzeit weitgehend in Sachsen durchgeführt, für sechs von acht Ausgabenträgern – öffentliche Haushalte, gesetzliche Rentenversicherung und Unfallversicherung, private Krankenversicherung, Arbeitgeber sowie private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck – werden Daten zentral angefragt und in das Excel-Rechenwerk eingearbeitet.

Aufwändiger ist derzeit das Zur-Verfügung-Stellen von statistischem Material der Krankenversicherungsträger, welches für die Ausgabenträger gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung benötigt wird.

Hier gilt es, datenschutzrechtlichen Erfordernissen Rechnung zu tragen und die länderspezifischen Besonderheiten zu beachten. Daher müssen für diese beiden Ausgabenträger die hierfür benötigten Informationen in den Ländern selbst beschafft, plausibilisiert und in das zur Verfügung gestellte Excel-Rechenwerk integriert werden. Weil dieses Vorgehen den Koordinations- und Zeitbedarf erhöht, wird perspektivisch nach Lösungen gesucht, um die Berechnungen ebenfalls an einer Stelle durchführen zu können. Bevor die Berechnung der beiden Ausgabenträger an zentraler Stelle durchgeführt werden kann, müssen die länderspezifischen Sachverhalte analysiert, dokumentiert und in das Rechenwerk eingearbeitet werden.

Weiterentwicklung der länderübergreifenden Methode

Mit der Umsetzung des länderübergreifenden Ansatzes in einem einheitlichen, gemeinsamen Rechenwerk existiert eine solide Basis, um vergleichbare Ergebnisse zu den Gesundheitsausgaben für die Länder zu ermitteln.

Darauf aufbauend wird das Rechenwerk weiterentwickelt, um länderspezifische Gegebenheiten noch genauer abzubilden. Der bei den jeweiligen Ausgabenträgern noch bestehende Handlungsbedarf sowie Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung werden in der Methodendokumentation zur Gesundheitsausgabenrechnung für die einzelnen Ausgabenträger detailliert festgehalten. [1] Zum Handlungsbe-

darf gehört vor allem die regelmäßige Überprüfung der Verfügbarkeit und Nutzungsmöglichkeit weiterer Datenquellen auf Länderebene sowie des gewählten Berechnungsansatzes. Bei der Nutzung neuer Datenquellen sollten allerdings immer Effizienzgesichtspunkte Berücksichtigung finden, weshalb im Einzelfall zu prüfen ist, ob der mit der Nutzung verbundene Aufwand in einem positiven Verhältnis zum Nutzen – die Erhöhung der Validität – steht (vgl. [6, S. 34ff.]) Ziel ist es, die Validität der Berechnungen der beiden dezentral berechneten Ausgabenträger – gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung – zu erhöhen. Gut zwei Drittel der Ausgaben

dieser beiden Träger werden bereits direkt mit länderspezifischen Daten unterlegt. Dieser Anteil könnte tendenziell durch eine weitere Datenanalyse und -aufbereitung erhöht werden. Zum anderen wird, nachdem erstmals die Berechnung für mehrere Länder erfolgte, eine Einschätzung zur Genauigkeit des angewandten Angleichungsverfahrens bei den Kassensarten ohne länderspezifische Ausgangsdaten durch die AG vorgenommen. Da diese Träger einen hohen Anteil an den Gesundheitsausgaben repräsentieren (vgl. Tab. 1), werden bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsausgabenrechnung der Länder diese Aspekte im Vordergrund stehen.

Tab. 1 Gesundheitsausgaben 2012 nach ausgewählten Bundesländern und Ausgabenträgern

Ausgabenträger	Gesundheitsausgaben						
	BW	HE	NRW ¹⁾	RP	SN	TH	D
	in Mill. €						
Insgesamt²⁾	38 071	22 929	65 558	15 170	15 242	8 291	300 437
Öffentliche Haushalte	1 599	1 109	3 148	692	549	323	14 429
Gesetzliche Krankenversicherung	20 144	12 251	37 621	8 545	9 820	5 153	172 408
Soziale Pflegeversicherung	3 047	2 111	5 016	1 404	1 721	887	22 985
Gesetzliche Rentenversicherung	559	318	930	211	215	115	4 261
Gesetzliche Unfallversicherung	642	366	1 069	243	247	133	4 899
Private Krankenversicherung	4 066	2 267	6 102	1 567	723	439	27 963
Arbeitgeber	1 814	1 004	2 811	595	606	319	12 884
Private Haushalte u. private Organisationen ohne Erwerbszweck	6 199	3 502	8 861	1 912	1 360	924	40 606
	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent						
Insgesamt	2,6	2,8	2,1	2,9	2,9	2,0	2,3
Öffentliche Haushalte	1,8	2,7	3,2	1,5	2,5	2,4	3,4
Gesetzliche Krankenversicherung	2,6	2,8	2,1	2,3	2,6	1,2	2,3
Soziale Pflegeversicherung	4,7	3,8	4,5	9,1	5,1	4,7	4,7
Gesetzliche Rentenversicherung	3,7	3,8	3,2	3,2	3,0	2,6	3,4
Gesetzliche Unfallversicherung	3,2	3,2	2,7	2,6	2,4	2,0	2,9
Private Krankenversicherung	2,5	2,8	0,7	3,0	3,1	4,2	0,9
Arbeitgeber	2,3	2,1	1,9	1,8	1,4	0,8	2,1
Private Haushalte u. private Organisationen ohne Erwerbszweck	2,1	2,1	1,4	1,9	2,8	3,3	1,6
	€ je Einwohner						
Insgesamt	3 612	3 819	3 736	3 802	3 764	3 812	3 740
Öffentliche Haushalte	152	185	179	174	136	148	180
Gesetzliche Krankenversicherung	1 911	2 040	2 144	2 142	2 425	2 369	2 140
Soziale Pflegeversicherung	289	352	286	352	425	408	290
Gesetzliche Rentenversicherung	53	53	53	53	53	53	50
Gesetzliche Unfallversicherung	61	61	61	61	61	61	60
Private Krankenversicherung	386	378	348	393	179	202	350
Arbeitgeber	172	167	160	149	150	147	160
Private Haushalte u. private Organisationen ohne Erwerbszweck	588	583	505	479	336	425	500

1) Hier erfolgte eine Disaggregation der Bundeswerte top down mittels des Bevölkerungsanteils Bundesland/Deutschland. Die Disaggregation mittels der Bevölkerungszahlen geht davon aus, dass die durchschnittlichen Ausgaben je Einwohner im Bundesland mit denen des Bundes identisch sind.

2) Differenzen bei der Summenbildung sind auf Rundungen in den Berechnungsstufen zurückzuführen.

Ausgewählte Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung 2008 bis 2012

Erstmals können für fünf der sechs Mitglieder der AG GGRdL⁷⁾ miteinander vergleichbare Länderergebnisse zu den Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern ausgewiesen werden.

Steigende Gesundheitsausgaben in Sachsen

Die Gesundheitsausgaben für Sachsen betragen 2012 insgesamt gut 15 242 Millionen € (vgl. Tab 1). Damit sind sie seit 2008 kontinuierlich gestiegen, insgesamt um 17,4 Prozent bzw. 2 263 Millionen €. Im Jahr 2009 war im Vergleich zum Vorjahr mit 5,9 Prozent allerdings der größte Anstieg zu verzeichnen. In den darauffolgenden Jahren verringerte sich der Anstieg immer weiter, bis er 2012 im Vergleich zum Vorjahr nur noch 2,9 Prozent betrug.

Pro Einwohner wurden in Sachsen 2012 insgesamt 3 764 € für die Gesundheit ausgegeben (vgl. Abb. 3), 112 € mehr als 2011 und sogar 678 € mehr als 2008. Gemessen am BIP lag der Anteil der Gesundheitsausgaben in Sachsen 2012 bei 15,7 Prozent. Zwischen 2008 und 2012 ist dieser Anteil von 14,2 Prozent um 1,5 Prozentpunkte angestiegen.

Fast zwei Drittel der Gesundheitsausgaben in Sachsen entfielen auf die gesetzliche Krankenversicherung, pro Kopf waren das im Jahr 2012 rund 2 425 € (vgl. Tab. 1). Den zweitgrößten Anteil (11,3 Prozent) finanzierte die soziale Pflegeversicherung (vgl. Abb. 4). Deren Ausgaben betragen pro Kopf 425 €. Das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung bedingt insbesondere bei der Ausgabenentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung einen deutlichen

Ausgabenanstieg (vgl. Tab. 1). Gegenüber 2011 verzeichnete diese mit 5,1 Prozent den größten relativen Zuwachs. Im Vergleich zu 2008 stiegen die Ausgaben sogar um ein Viertel. Während die Ausgaben der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, der privaten sowie der gesetzlichen Krankenversicherung seit 2008 ebenfalls stark um knapp ein Fünftel anstiegen, war der Anstieg der Ausgaben bei den öffentlichen Haushalten mit sieben Prozent und bei den Arbeitgebern sowie der gesetzlichen Rentenversicherung mit je neun Prozent eher moderat.

Gesundheitsausgaben im Ländervergleich

Die höchsten Ausgaben verzeichnete 2012 Nordrhein-Westfalen mit 65 558 Millionen € und die geringsten Thüringen mit 8 291 Millionen € (vgl. Abb. 3). Unter Nutzung der Einwohner als Bezugsgröße ergibt sich jedoch ein differenzierteres Bild. Pro Kopf investierte Hessen mit 3 819 € den höchsten Wert in die Gesundheit und Baden-Württemberg mit 3 612 € den geringsten.

Die Gesundheitsausgaben in Sachsen lagen mit 3 764 € je Einwohner im Mittelfeld der Länder und geringfügig über dem Bundesdurchschnitt von 3 740 €.

In allen sechs Bundesländern stiegen die Gesundheitsausgaben kontinuierlich an. Der Anstieg 2012 im Vergleich zu 2008 betrug in den Ländern mindestens zehn Prozent, er fiel tendenziell allerdings in den alten Ländern etwas geringer aus als in den neuen Ländern. Sachsen verzeichnete den stärksten Zuwachs (17,4 Prozent) und Baden-Württemberg den niedrigsten

7) Die folgenden Ausführungen sowie der Begriff „Bundesländer“ beziehen sich ausschließlich auf die sechs Länder, welche Mitglied der AG GGRdL sind.

- BW – Baden-Württemberg,
- HE – Hessen,
- NRW – Nordrhein-Westfalen,
- RP – Rheinland-Pfalz,
- SN – Sachsen,
- TH – Thüringen

Abb. 3 Gesundheitsausgaben 2008 und 2012 nach ausgewählten Bundesländern

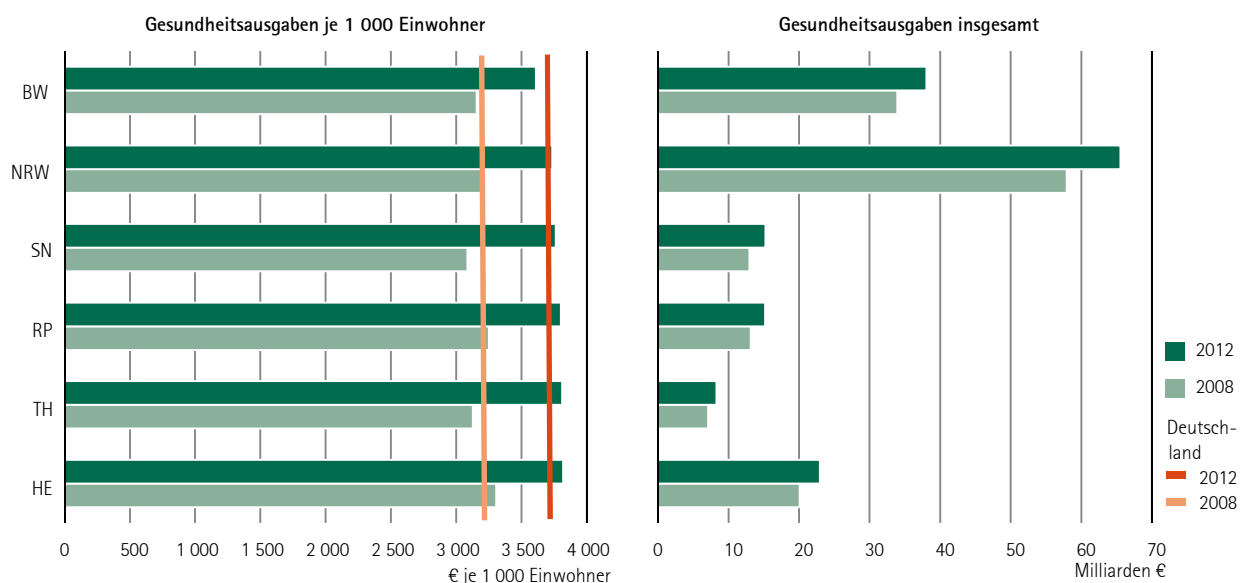
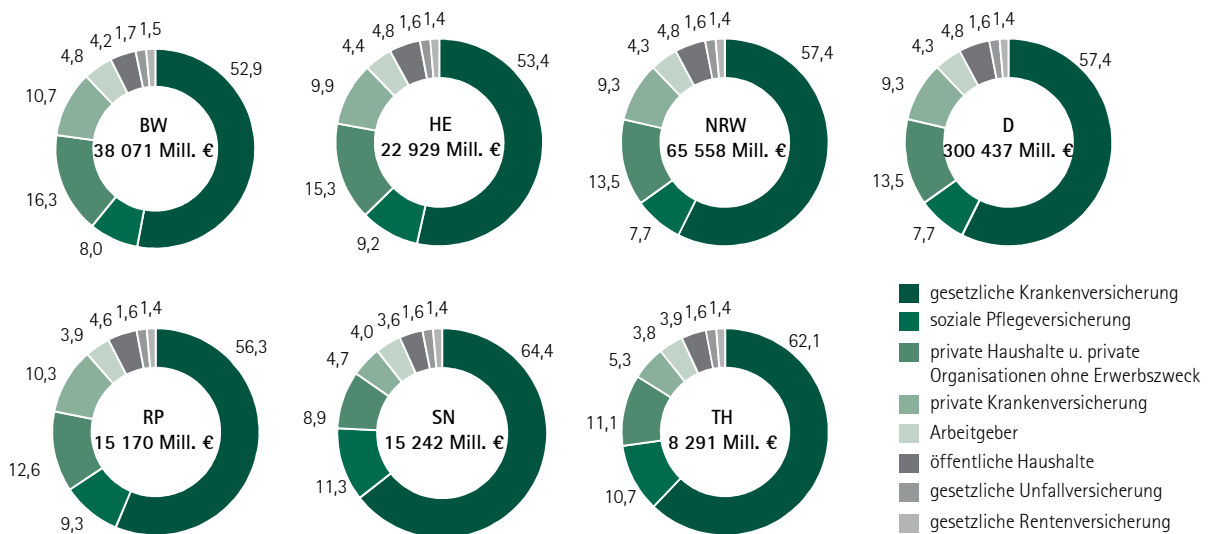


Abb. 4 Gesundheitsausgaben in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2012 nach Ausgabenträgern in Prozent



(12,2 Prozent). Die Entwicklung der Ausgaben pro Kopf war ähnlich, hier stiegen die Ausgaben um 14,4 Prozent (Baden-Württemberg) bis 22,0 Prozent (Sachsen).

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP war in Thüringen mit 16,7 Prozent minimal höher als in Sachsen mit 15,7 Prozent. In den übrigen (westdeutschen) Bundesländern lagen die Anteile mit 9,6 Prozent (Baden-Württemberg) bis 12,8 Prozent (Rheinland-Pfalz) deutlich darunter.

In den sechs Bundesländern entfielen über die Hälfte der Ausgaben auf die gesetzliche Krankenversicherung. Ihr Anteil lag zwischen 52,9 Prozent in Baden-Württemberg und 64,4 Prozent in Sachsen. Je Einwohner betrug die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zwischen 1 911 € (Baden-Württemberg) und 2 425 € (Sachsen) (vgl. Tab. 1).

Der stärkste Anstieg im Vergleich zu 2008 ist in allen sechs Bundesländern bei den Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung zu verzeichnen. (vgl. Abb. 5). Dieser lag zwischen 18,9 Prozent (Hessen) und 24,9 Prozent (Thüringen). Am geringsten – zwischen 6,7 Prozent (Sachsen) und 8,2 Prozent in Thüringen – stiegen die Ausgaben der öffentlichen Haushalte, in Hessen waren diese sogar leicht rückläufig.

Während die sozialen Pflegeversicherungen in Sachsen den zweitgrößten Ausgabenanteil trugen, finanzierten in den übrigen fünf Ländern die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck den zweitgrößten Anteil der Gesundheitsausgaben, mit Werten zwischen 425 € pro Einwohner in Thüringen und 588 € in Baden-Württemberg.

Nutzung länderspezifischer Daten erhöht die Ergebnisqualität

Um den Nutzen einer Berechnung der Gesundheitsausgaben unter Verwendung länderspezifischer Daten und nach dem länderübergreifenden Ansatz bewerten zu können, bietet sich ein Vergleich der länderspezifisch berechneten Ergebnisse mit denen anhand der Bevölkerungsanteile vom Bundeswert disaggregierten Werte an. Letztlich wird mit der länderspezifischen Berechnung das Ziel verfolgt, die Besonderheiten

Abb. 5 Gesundheitsausgaben in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2012 gegenüber 2008 nach Ausgabenträgern Messzahl 2008 = 100

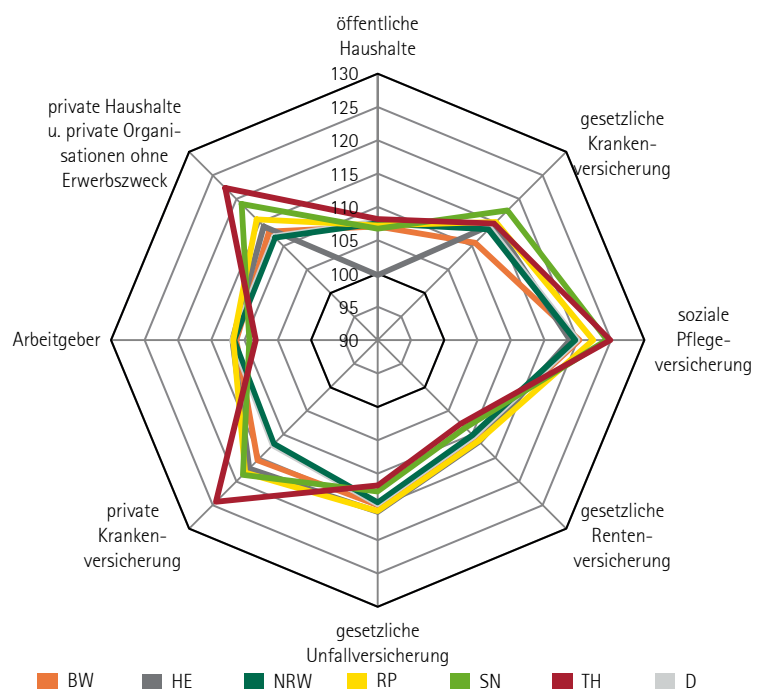
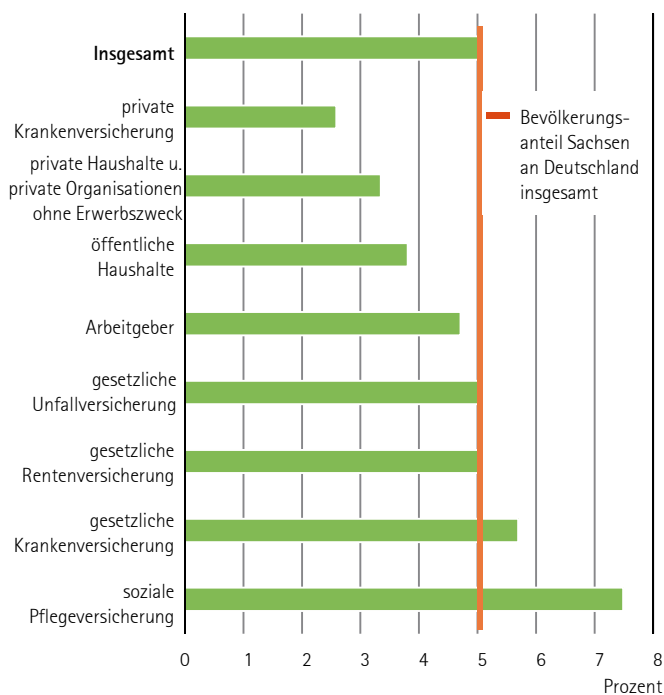


Abb. 6 Anteil der Gesundheitsausgaben in Sachsen an den Gesundheitsausgaben in Deutschland 2012 nach Ausgabenträgern



Tab. 2 Abweichung der länderspezifisch berechneten Gesundheitsausgaben in Sachsen von denen anhand der Bevölkerungsanteile vom Bundeswert disaggregierten Werte (in Prozent)

Ausgabenträger	Abweichung in %					
	BW	HE	NRW ¹⁾	RP	SN	TH
Insgesamt	-3,3	2,2	0,0	1,8	0,8	2,0
Öffentliche Haushalte	-15,4	2,9	0,0	-3,3	-24,4	-17,3
Gesetzliche Krankenversicherung	-10,9	-4,8	0,0	-0,1	13,1	10,5
Soziale Pflegeversicherung	1,1	23,0	0,0	23,1	48,7	42,6
Gesetzliche Rentenversicherung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesetzliche Unfallversicherung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Private Krankenversicherung	10,9	8,6	0,0	12,9	-48,6	-42,0
Arbeitgeber	7,4	4,4	0,0	-6,9	-6,5	-8,5
Private Haushalte u. private Organisationen ohne Erwerbszweck	16,5	15,5	0,0	-5,1	-33,5	-15,9

1) Hier erfolgte eine Disaggregation der Bundeswerte top down mittels des Bevölkerungsanteils Bundesland/ Deutschland. Die Disaggregation mittels der Bevölkerungszahlen geht davon aus, dass die durchschnittlichen Ausgaben je Einwohner im Bundesland mit denen des Bundes identisch sind.

der einzelnen Länder abzubilden und zugleich die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Ländern zu gewährleisten (vgl. Abb. 6). Bei Betrachtung der Gesundheitsausgaben insgesamt sind weder in Sachsen noch in den anderen fünf Ländern große Abweichungen gegenüber einer Disaggregation anhand des Bevölkerungsanteils erkennbar (vgl. Tab. 2). Sie bewegen sich im Bereich von minus 3,3 Prozent für Baden-Württemberg bis plus 2,2 Prozent für Hessen.

Erst bei Betrachtung der einzelnen Ausgabenträger wird der Nutzen einer länderspezifischen Berechnung besonders deutlich (vgl. Tab. 2). Markante Unterschiede zeigen sich bei den Ländern Sachsen und Thüringen, aber auch in den anderen Ländern würden die Ausgaben verschiedener Ausgabenträger bei einer Disaggregation mittels des Bevölkerungsanteils über- bzw. unterschätzt. Länderspezifische Besonderheiten sind folglich erst unter Einbeziehung länderspezifischer Daten darstellbar. Ohne sie würden die Ausgaben für die soziale Pflegeversicherung zum Teil stark unterschätzt werden. Besonders offensichtlich wird die Länderspezifität im Bereich der Krankenversicherungen. Während die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den westdeutschen Bundesländern überschätzt und die Ausgaben der privaten Krankenversicherung zugleich unterschätzt würden, stellt sich dieses Verhältnis in den ostdeutschen Bundesländern genau umgekehrt dar.

Eine Berechnung der Gesundheitsausgaben unter Verwendung länderspezifischer Daten ist also unerlässlich, um die Ausgabenstruktur der Länder besser einschätzen und darstellen zu können.

Ausblick

Um dem wachsenden Informationsbedürfnis der Adressaten in Politik, Wissenschaft oder bei den Akteuren im Gesundheitswesen selbst gerecht zu werden, sollte es Ziel sein, eine kontinuierliche Gesundheitsausgabenrechnung in den Ländern zu etablieren.

Mit einer zentralen Berechnung der Gesundheitsausgaben (derzeit in Sachsen) nach dem länderübergreifenden Ansatz kann die AG GGRdL effektiv und effizient miteinander vergleichbare Gesundheitsausgabenrechnungsergebnisse auf Länderebene ausweisen. Zu-

gleich wird es möglich, eine Vielzahl von Indikatoren des Themenfeldes 10, Ausgaben und Finanzierung, der Gesundheitsberichterstattung der Länder (GBE) zur Verfügung zu stellen.

Das durch die Arbeitsgruppe umgesetzte Verfahren zur Erstellung von Gesundheitsausgabenrechnungen auf Länderebene trägt dem von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder verabschiedeten Masterplan der amtlichen [8] Statistik Rechnung, indem übergreifende und einheitliche Verfahren und Techniken anstelle isolierter Lösungen zum Einsatz kommen.

Die vergleichende Analyse der Länderergebnisse wird zudem umso fundierter, je mehr Länder in die Untersuchungen einbezogen sind. Deshalb ist es ein Ziel der AG GGRdL weitere Länder als Mitglieder zu gewinnen, um die Daten der Gesundheitsausgabenrechnung auch für diese Länder bereitstellen zu können.

Janika Weigel, Dipl.-Soziologin, Sachbearbeiterin Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen

Susanne Meise, bis August 2014 Referentin Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen

Dr. Bernd Richter, Referent Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen

Literatur- und Quellenverzeichnis

- [1] AG GGRdL (2014): Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern auf Länderebene. http://www.ggrdl.de/GGR/A_P_VI_meth_2014.pdf; sowie AG GGRdL (2014): Gesundheitspersonalrechnung auf Länderebene nach Einrichtungen http://www.ggrdl.de/GGR/P_P_VI_meth_2014.pdf [Stand: 15.09.2014].
- [2] AG GGRdL(2014): Definitionen. http://www.ggrdl.de/ggr_definitionen.html. [Stand: 15.09.2014].
- [3] OECD, Eurostat, WHO (2011): A System of Health Accounts, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264116016-en. Unter: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF (Aufruf am 19.06.2014.)
- [4] Richter, B. (2011): Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern – methodische Grundlagen zur Realisierung eines länderübergreifenden Ansatzes. In: Statistik in Sachsen. 1/2011, S. 28 - 32.
- [5] GKV-Spitzenverband (2013): Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse. Einnahmen und Ausgaben/Mitglieder und Versicherte. Unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung.html> [Stand: 15.09.2014].
- [6] Richter, K. (2011): Entwicklung eines methodischen Instrumentariums zur Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern auf Länderebene. In: Statistik in Sachsen. 1/2011, S. 33-38.
- [7] Meise, S./Weigel, J. (2014): Zentrale Umsetzung einer Gesundheitspersonalrechnung auf Länderebene durch das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen. In: Statistik in Sachsen. 1/2014, S. 62 - 77.
- [8] Masterplan zur Reform der amtlichen Statistik. Bericht der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Wiesbaden 2003.