

Krankheitskostenrechnung



2020

Erscheinungsfolge: unregelmäßig
Erschienen am 27/07/2022

Ihr Kontakt zu uns:
www.destatis.de/kontakt
Telefon:+49 (0)611/75-2405

Kurzfassung

- 1 Allgemeine Angaben zur Statistik** **Seite 4**
- *Geltungsbereich:* Krankheitskostenrechnung (EVAS-Nr. 23631)
 - *Rechtsgrundlagen:* Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in Verbindung mit der Verordnung (EU) Nr. 2015/359 der Europäischen Kommission vom 04. März 2015, Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz - GAPStatG vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754, 2799)
 - *Statistische Einheiten:* Direkte Krankheitskosten in Millionen Euro, Euro je Einwohner; indirekte Krankheitskosten in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren
 - *Periodizität:* Unregelmäßig
 - *Regionale Gliederung:* Deutschland
- 2 Inhalte und Nutzerbedarf** **Seite 5**
- *Inhalte der Statistik:* Indirekte Krankheitskosten in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren nach Geschlecht, Krankheiten, Gründen für den Arbeitsausfall und Einrichtungen (2002 bis 2008); direkte Krankheitskosten nach Krankheiten, Alter, Geschlecht und Einrichtungen (2002 bis 2008, 2015, 2020)
 - *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
 - *Nutzerbedarf:* Öffentlichkeit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat), Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Weltgesundheitsorganisation (WHO), Forschungsinstitute, Verbände, Universitäten
- 3 Methodik** **Seite 6**
- *Vorgehensweise bei der Datenberechnung:* Sekundärstatistik; Zusammenführung aller geeigneten amtlichen und nichtamtlichen Daten zur Ermittlung der Kosten von Krankheiten in Deutschland
- 4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit** **Seite 8**
- *Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit:* Stichprobenbedingte und nicht-stichprobenbedingte Fehler hängen von den verwendeten Basisstatistiken ab; mögliche Fehler durch Schätzverfahren und Fortschreibung von Zeitreihen; kontinuierliche Verbesserung und Kontrolle der Genauigkeit durch Revisionen und Plausibilitätskontrollen
 - *Qualität der Datenquellen:* Um systematische Fehler in den Basisstatistiken zu erkennen, werden die Ausgangsdaten auf Plausibilität geprüft
- 5 Aktualität und Pünktlichkeit** **Seite 8**
- *Aktualität:* Ca. 19 Monate nach Ablauf des aktuellen Berichtsjahres
 - *Pünktlichkeit:* Veröffentlichung in der Regel im Sommer des übernächsten Jahres
- 6 Vergleichbarkeit** **Seite 9**
- *Räumliche Vergleichbarkeit:* Ergebnisse für Deutschland; internationale Vergleichbarkeit auf Grundlage der Empfehlungen des "Systems of Health Accounts 2011" der Organisationen OECD, WHO und Eurostat
 - *Zeitlich:* Es liegen Ergebnisse für die Berichtsjahre 2002, 2004, 2006, 2008, 2015 und 2020 vor. Die Ergebnisse der Berichtsjahre 2015 und 2020 sind im sehr hohen Maße miteinander vergleichbar. Vergleiche der Ergebnisse des Berichtsjahres 2020 mit früheren Ergebnissen sind aufgrund methodischer Veränderungen und neuer Datenquellen nur eingeschränkt möglich
- 7 Kohärenz** **Seite 10**
- *National:* Enge Verzahnung mit der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) des Statistischen Bundesamtes
 - *International:* Die konzeptionellen Grundlagen der Krankheitskostenrechnung folgen den Empfehlungen des "Systems of Health Accounts 2011" der Organisationen OECD, WHO und Eurostat als internationales Referenzsystem

8 Verbreitung und Kommunikation

Seite 10

- Die Jahresergebnisse wurden in einer Pressemitteilung bekannt gegeben; Daten sind in GENESIS-Online (Berichtsjahre 2015 und 2020) und im Informationssystem der GBE (www.gbe-bund.de) abrufbar

9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Seite 11

- Krankheitskosten im Zusammenhang mit COVID-19 sind nicht explizit in der Krankheitskostenrechnung 2020 auszuweisen

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

1.1 Geltungsbereich

Berechnet werden die ökonomischen Konsequenzen von Krankheiten 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 verbunden 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.

1.2 Statistische Einheiten (Darstellungseinheiten)

Die Krankheitskosten werden in Euro berechnet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Millionen Euro und in Euro je Einwohner. Indirekte Krankheitskosten werden in verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren ausgewiesen (Berichtsjahre 2002 bis 2008).

1.3 Räumliche Abdeckung

Deutschland.

1.4 Berichtszeitraum/-zeitpunkt

1. Januar bis 31. Dezember eines Berichtsjahres.

1.5 Periodizität

Unregelmäßig.

1.6 Rechtsgrundlagen und andere Vereinbarungen

Die Erfassung der Kosten und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung sind in der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in Verbindung mit der Verordnung (EU) Nr. 2015/359 der Europäischen Kommission vom 04. März 2015 und dem Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPStatG vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754, 2799) – festgelegt.

Allgemeine Regelungen enthält das Bundesstatistikgesetz (BStatG §3 Abs. 1 Nr. 7).

Konzeptionell stützt sich die Erfassung der Kosten und Finanzierung der Gesundheitsversorgung auf die Empfehlungen des "System of Health Accounts 2011". Dabei handelt es sich um ein inhaltlich-klassifikatorisches Rahmenwerk der Organisationen OECD, WHO und Eurostat mit konkreten Definitionen und Empfehlungen für eine konsistente, international vergleichbare und umfassende gesundheitsökonomische Berichterstattung.

1.7 Geheimhaltung

1.7.1 Geheimhaltungsvorschriften

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

1.7.2 Geheimhaltungsverfahren

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

1.8 Qualitätsmanagement

1.8.1 Qualitätssicherung

Die Qualität der Krankheitskostenrechnung hängt prinzipiell von den aktuell rund 20 verwendeten Basisstatistiken ab. Unschärfen treten insbesondere dann auf, wenn sie in den dieser Rechnung zugrunde liegenden Basisstatistiken bereits vorhanden sind. Eine Minimierung von (teilweise bekannten) 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 GAR oder Expertenschätzungen. Hinzu kommen Plausibilitätsprüfungen sowie eine kontinuierliche Aktualisierung der Datengrundlage und Berechnungsmethoden durch regelmäßige (wenn möglich rückwirkende) Revisionen der Krankheitskostenrechnung.

1.8.2 Qualitätsbewertung

Die stichprobenbedingten und nicht-stichprobenbedingten Fehler der aktuell rund 20 verwendeten Basisstatistiken können grundsätzlich auch in den Ergebnissen der Krankheitskostenrechnung enthalten sein. 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. Hinzu kommen mögliche Verzerrungen durch Schätzverfahren sowie die Fortschreibung von Zeitreihen.

2 Inhalte und Nutzerbedarf

2.1 Inhalte der Statistik

2.1.1 Inhaltliche Schwerpunkte 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 GAR 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. Die Ergebnisse liefern außerdem 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.

2.1.2 Klassifikationssysteme

Berechnet werden die ökonomischen Konsequenzen von Krankheiten 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 verbunden 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 im Wesentlichen die Einrichtungsklassifikation der GAR verwendet. Der Untergliederung nach Krankheiten liegt die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der WHO in der jeweils gültigen Version zugrunde.

2.1.3 Statistische Konzepte und Definitionen

Ausgangspunkt der Krankheitskostenrechnung ist ein ausgabenorientierter Kostenbegriff, bei dem nur der Verbrauch solcher Waren und Dienstleistungen mit Kosten verbunden ist, denen Ausgaben gegenüberstehen. Dadurch können die mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verbundenen Kosten unmittelbar der GAR bzw. den dieser Rechnung zugrunde liegenden Datenquellen entnommen werden. Ausgaben für Investitionen werden wegen der schwierigen Zuordnungsproblematik nicht einzelnen Krankheiten zugeordnet. Alle nicht ausgabenwirksamen Leistungen, beispielsweise private Arztfahrten oder die unentgeltliche Pflege von Angehörigen werden ebenfalls in der Krankheitskostenrechnung nicht berücksichtigt.

Die Krankheitskosten werden nach Art der Einrichtung ausgewiesen. Auf einer aggregierten Ebene werden sechs Einrichtungen unterschieden: Gesundheitsschutz, ambulante Einrichtungen, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, Rettungsdienste, private Haushalte sowie Verwaltung und sonstige Einrichtungen.

Die Einrichtungen des **Gesundheitsschutzes** umfassen kommunale Einrichtungen wie Gesundheitsämter, Einrichtungen der Länder mit Aufgaben wie Wasserschutz, Lebensmittelkontrolle, Lebensmittelüberwachung, Kommunalhygiene und Umweltmedizin, Landesgesundheitsbehörden sowie Einrichtungen des Bundes wie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin beziehungsweise die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Darüber hinaus gehören auch die noch nicht genannten Gesundheitsbehörden sowie Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Beratungsstellen in den Gesundheitsschutz.

Neben den Arztpraxen und Zahnarztpraxen sowie den Praxen der sonstigen medizinischen Berufe sind es zum einen die Betriebe des Gesundheitshandwerks und zum anderen die Apotheken und der Einzelhandel, die die **ambulante Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung sicherstellen. Des Weiteren gehören hierzu Einrichtungen der ambulanten Pflege.

Unter den Einrichtungen der **(teil-)stationären Gesundheitsversorgung** werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege subsumiert.

Rettungsdienste beinhalten die Leistungen des Krankentransportes und der Notfallrettung. Sie können sowohl öffentlich als auch privat organisiert sein. Die Aufgabe des Rettungsdienstes besteht in der Durchführung lebensrettender Maßnahmen bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten am Einsatzort, der Herstellung der Transportfähigkeit dieser Personen und der fachgerechten Betreuung mit besonders ausgestatteten Rettungsmitteln zur Beförderung in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung.

Die Einrichtung der **privaten Haushalte** beinhaltet überwiegend Kosten für die Pflege von Angehörigen oder Bekannten durch Privatpersonen.

Die **Verwaltung und sonstigen Einrichtungen** umfassen neben der fiktiven Einrichtung Verwaltung auch Einrichtungen anderer Wirtschaftszweige, die Gesundheitsleistungen oder -waren anbieten. Einrichtungen anderer Wirtschaftsbereiche

umfassen zum Beispiel die betriebliche Gesundheitsförderung und Taxiunternehmen, die Krankenfahrten durchführen. Darüber hinaus werden unter der Einrichtung Verwaltung und sonstige Einrichtungen sämtliche Waren und Dienstleistungen des Gesundheitswesens verbucht, welche die Versicherten im Ausland beziehen beziehungsweise die für sie im Ausland erbracht werden.

2.2 Nutzerbedarf

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

International: Eurostat – Unit of Health and Food Safety; OECD – Health Division; WHO – Health Information and Evidence Unit.

2.3 Nutzerkonsultation

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

3 Methodik

3.1 Basisstatistiken

Im Rahmen der Krankheitskostenrechnung werden aktuell rund 20 Basisstatistiken in ein einzelnes Rechensystem überführt. Die Datenakquisition, Aufbereitung, Plausibilisierung, Zusammenführung, Berechnung und Kontrolle nimmt etwa 19 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.

Datenquellen für die Berichtsjahre 2002 bis 2008

Direkte Krankheitskosten

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV): Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Forschungsgruppe "Primärmedizinische Versorgung" (PMV) Köln: Versichertenstichprobe der AOK-Hessen / KV-Hessen
- IMS HEALTH GmbH & Co. OHG: Verschreibungsindex für Pharmazeutika
- Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV): Sonderauswertung
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB): Abrechnungsdatenträger-Panel (ADT-Panel)
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO): Abrechnungsdatenträger-Panel (ADT-Panel)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): Erst- und Folgebegutachtungen der ambulanten Pflegefälle
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): Erst- und Folgebegutachtungen der stationären Pflegefälle
- Robert Koch-Institut (RKI): Statistik der meldepflichtigen Krankheiten
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Mikrozensus
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Pflegestatistik
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Verzeichnis der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Zensus
- Techniker Krankenkasse (TK): Krankheitsartenstatistik
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek): Kostenstruktur der Krankenhausausgaben
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI): Abrechnungsdatenträger-Panel (ADT-Panel) der KV Brandenburg
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI): Abrechnungsdatenträger-Panel (ADT-Panel) der KV Nordrhein

Indirekte Krankheitskosten

- Barmer Ersatzkasse (BARMER): Krankheitsartenstatistik
- Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK): Krankheitsartenstatistik
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK): Krankheitsartenstatistik
- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK): Krankheitsartenstatistik
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV): Rentenzugänge
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG): Statistik der meldepflichtigen Arbeits- und Wegeunfälle
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Todesursachenstatistik

Datenquellen für die Berichtsjahre 2015 und 2020

- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK): Krankheitsartenstatistik
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV): Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Forschungsgruppe "Primärmedizinische Versorgung" (PMV) der Universität zu Köln: Versichertenstichprobe der AOK-Hessen / KV-Hessen (Berichtsjahr 2015), Wissenschafts-Data-Ware-House der BARMER (Berichtsjahr 2020)
- Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) / Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) / Bundeszahnärztekammer (BZÄK): Sonderauswertung
- Medizinischer Dienst Bund: Erst- und Folgebegutachtungen der ambulanten Pflegefälle
- Medizinischer Dienst Bund: Erst- und Folgebegutachtungen der (teil-)stationären Pflegefälle
- Robert Koch-Institut (RKI): Statistik der meldepflichtigen Krankheiten
- RUN Rettungswesen und Notfallmedizin GmbH: Datensatz Luftrettung (Berichtsjahr 2015)
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Statistik über Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (PEPP-Statistik)
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Pflegestatistik
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Zensus 2011
- Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW): Der minimale Notfalldatensatz
- Techniker Krankenkasse (TK): Krankheitsartenstatistik
- Techniker Krankenkasse (TK): Verteilung der Verwaltungskosten
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO): Krankheitsartenstatistik
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO): Sonderauswertung Arzneimittelnettokosten
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO): Sonderauswertung Heilmittelrezepte
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi): Sonderauswertung

3.2 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 GAR des Statistischen Bundesamtes gewährleistet. Dazu werden die aus der GAR 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.

3.3 Preis- und Saisonbereinigung; andere Analyseverfahren

Keine.

3.4 Beantwortungsaufwand

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 für Auskunftgebende 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 entsprechenden Daten nicht immer in der erforderlichen Form vorliegen, ist es in manchen Fällen unvermeidlich, Sonderauswertungen zu erstellen.

4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit

4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Die Qualität der Krankheitskostenrechnung hängt maßgeblich von der Qualität der Basisstatistiken ab. Prinzipiell haben bei der Auswahl der Basisstatistiken Vollerhebungen vor Stichproben Vorrang und kontinuierliche Erhebungen vor Einmalzählungen, um methodisch bedingte Brüche in den Zeitreihen zu vermeiden. Unschärfen treten insbesondere dort auf, wo sie in den dieser Rechnung zugrunde liegenden Basisstatistiken bereits vorhanden sind bzw. wo geeignete Datenquellen für spezifische Bereiche fehlen (Datenlücke).

4.2 Qualität der Datenquellen

Für die Berechnung der Krankheitskosten werden grundsätzlich alle bekannten und infrage kommenden Datenquellen mit Ergebnissen zum Thema berücksichtigt. Vollerhebungen wie die Pflegestatistik oder DRG-Statistik unterliegen den Qualitätskriterien der amtlichen Statistik, Methodenbeschreibungen dazu sind den jeweiligen Qualitätsberichten zu entnehmen. Die anderen Statistiken werden i.d.R. durch die entsprechenden Datenhalter intern validiert. Das Statistische Bundesamt prüft zusätzlich sowohl die Basisstatistiken als auch die Endergebnisse der Krankheitskostenrechnung auf ihre Plausibilität.

4.3 Revisionen

4.3.1 Revisionsgrundsätze

Unter einer Revision versteht man die Überarbeitung der Ergebnisse zum Beispiel durch die Berücksichtigung neuer Datenquellen, neuer Statistiken und/oder verbesserter Methoden in das Rechenwerk.

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.

4.3.2 Revisionsverfahren

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 GAR 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.

4.3.3 Revisionsanalysen

Die Revisionen der GAR spiegeln sich in den Eckwerten der Krankheitskostenrechnung wider.

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Aktualität

Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt etwa 19 Monate nach Ablauf des aktuellen Berichtsjahres.

5.2 Pünktlichkeit

Die Ergebnisse der Krankheitskostenrechnung für ein bestimmtes Berichtsjahr werden in der Regel im Sommer des übernächsten Jahres veröffentlicht. Revisionsbedingt kann der Veröffentlichungstermin verlegt werden.

6 Vergleichbarkeit

6.1 Räumliche Vergleichbarkeit

Inhaltlich orientiert sich die Krankheitskostenrechnung an dem von OECD, WHO und Eurostat vorgelegten "System of Health Accounts 2011", das vor allem für die nationalen GAR einen einheitlichen Rahmen von Begriffsabgrenzungen, Gliederungsmerkmalen und Zuordnungskriterien bereitstellt und deren länderübergreifende Vergleiche erleichtert. Das "System of Health Accounts 2011" 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 Zeitliche Vergleichbarkeit

Die ICD wird permanent weiterentwickelt, sodass geringfügige Änderungen auftreten können. Beispielsweise wurde die Krankheit "Hämorrhoiden" im Jahr 2008 dem Kapitel IX "Krankheiten des Kreislaufsystems" (ICD I84) zugeordnet, im Jahr 2015 allerdings dem Kapitel XI "Krankheiten des Verdauungssystems" (ICD K64). Zudem kann sich in allen Bereichen das Kodierverhalten hinsichtlich der Diagnosen verändert haben.

Die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2020 sind mit den Ergebnissen des Berichtsjahres 2015 im sehr hohen Maße und mit früheren Ergebnissen (Berichtsjahre 2002 bis 2008) aufgrund methodischer Veränderungen und erweiterter Datenquellen nur eingeschränkt vergleichbar. Dies gilt insbesondere für die Einrichtungen Arztpraxen und Apotheken.

Für die Einrichtung Arztpraxen liegen keine hierarchisierten Diagnoseangaben vor, sodass hier die Kostenzuordnung nicht auf Basis der Hauptdiagnose erfolgen kann. Für die Berichtsjahre 2002 bis 2008 wurden die Behandlungskosten je Fall jeweils mit dem gleichen Gewicht den angegebenen Abrechnungsdiagnosen zugeordnet. Durch die Gleichgewichtung aller Diagnosen (=maximale Diagnosenberücksichtigung) werden Mehrfach- oder Begleiterkrankungen - anders als beim Hauptdiagnoseansatz - mitberücksichtigt. Datenbasis war eine Arzt-Patientenstichprobe der Regionen Brandenburg und Nordrhein (Zi-ADT-Panel).

Für die Berichtsjahre 2015 und 2020 werden die Kosten anhand von Regressionsmodellen geschätzt. Datenbasis sind Abrechnungsdaten aller vertragsärztlichen Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland (Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung). Die abhängige Variable stellt das Honorar je Patient gemäß KBV-Abrechnungsstatistik dar. Die unabhängigen Variablen bilden die Diagnosen bzw. Diagnosegruppen. Aufgrund von kollinearen Prädiktoren wird statt einer linearen Regression nach dem Kleinste-Quadrate-Kriterium, die Ridge-Regression angewendet, die stabilere Parameterschätzungen aufweist. Die Ridge-Regression ergibt Kostengewichte. Die Kosten für die Erkrankung in der Alters-/Geschlechtsgruppe werden berechnet, indem die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit der betreffenden Erkrankung mit dem Kostengewicht multipliziert wird. Es werden darüber hinaus sowohl gesicherte Diagnoseeinträge als auch ungesicherte Verdachtsdiagnosen in der Berechnung verwendet.

In der Einrichtung Apotheken werden in den Berichtsjahren 2002 bis 2008 Kosten für einzelne Krankheiten, wie beispielsweise HIV, unterschätzt. Die Ergebnisse in diesen Berichtsjahren weichen für das Krankheitsbild HIV von anderen Studien aufgrund unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen ab. Die Erschließung einer neuen Datenquelle, der Sonderauswertung vom WIdO zu Arzneimitteln Nettokosten, führt zu konsistenteren Krankheitskostenberechnungen in der Einrichtung Apotheken (Berichtsjahre 2015 und 2020). Durch die Verknüpfung von Arzneimittelmitteldaten aller gesetzlich Versicherten mit anonymisierten Routinedaten aller AOK-Versicherten wird eine verlässliche Zuordnung der Kosten verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu den ICD-Positionen der Krankheitskostenrechnung differenziert nach Alter und Geschlecht gewährleistet.

Aus der folgenden Tabelle geht die Vergleichbarkeit der Krankheitskostenrechnung 2020 mit den Ergebnissen der Berichtsjahre 2015 bzw. von 2002 bis 2008 hervor:

| Einrichtung | Vergleichbarkeit 2020 – 2015 | Vergleichbarkeit 2020 – 2002 bis 2008 |
|--|------------------------------|---------------------------------------|
| Gesundheitsschutz | Ja | Ja |
| Arztpraxen | Ja | Nein |
| Zahnarztpraxen | Ja | Ja |
| Praxen sonstiger medizinischer Berufe | Ja | Eingeschränkt |
| Apotheken | Ja | Nein |
| Gesundheitshandwerk / -einzelhandel | Ja | Ja |
| Ambulante Pflege | Eingeschränkt | Eingeschränkt |
| Krankenhäuser | Ja | Eingeschränkt |
| Vorsorge- / Rehabilitationseinrichtungen | Ja | Eingeschränkt |
| Stationäre / teilstationäre Pflege | Ja | Ja |
| Rettungsdienste | Ja | Ja |
| Private Haushalte | Eingeschränkt | Eingeschränkt |
| Verwaltung und sonstige Einrichtungen | Eingeschränkt | Eingeschränkt |

Bei den Einrichtungen der ambulanten Pflege und privaten Haushalte sind die Ergebnisse des Berichtsjahres 2020 mit den vorigen Krankheitskostenrechnungen nur eingeschränkt vergleichbar, weil in den Daten vom Medizinischen Dienst Bund erstmals zwischen Pflegegeld- und Pflegesachleistungsempfängerinnen und -empfängern differenziert werden kann.

Eine weitere Einschränkung gibt es für die Berechnung der Krankheitskosten je Einwohner. Für die Berichtsjahre 2015 und 2020 wurden die Bevölkerungszahlen aus dem Zensus 2011 zugrunde gelegt, für die Jahre 2002 bis 2008 die Bevölkerungszahlen im Jahresdurchschnitt aus dem Zensus BRD 1987, DDR 1990, da keine rückgerechneten Zahlen nach Alter und Geschlecht vorliegen.

7 Kohärenz

Bei der Entwicklung der drei Gesundheitsrechensysteme (Gesundheitsausgaben-, Krankheitskosten- und Gesundheitspersonalrechnung) wurde ausdrücklich Wert auf ihre inhaltliche Verzahnung über die Einrichtungsebene gelegt; die Klassifikation der Einrichtungen des Gesundheitswesens ist weitgehend in allen drei Rechensystemen deckungsgleich. Da die Krankheitskostenrechnung auf den Eckwerten der GAR aufbaut, besteht zwischen diesen beiden Rechensystemen eine besonders enge Verbindung. Bezüge zu anderen Erhebungen können ferner über die ICD der WHO und über die Klassifikation der Einrichtungen ICHA-HP (International Classification of Health Accounts – Health Care Providers) der Organisationen OECD, WHO und Eurostat hergestellt werden.

8 Verbreitung und Kommunikation

8.1 Verbreitungswege

Pressemitteilungen

Die Ergebnisse der Krankheitskostenrechnung für das Berichtsjahr 2020 werden in einer Pressemitteilung, im Informationssystem der GBE und der Datenbank GENESIS-Online bekannt gegeben.

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>

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

Heuer, J., Rosenbusch, M.-L., Steiger, E., Erhart, M.: Regularisierte regressionsanalytische Verfahren für hochdimensionale Daten: ein neuer Ansatz in der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes zu ärztlichen Leistungen und Arzneiverordnungen. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Vol. 25, Seiten 297-304 (Juli 2020). <https://www.thieme.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>

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

Rübenach, S. P., Stahl, T., Zawinell, A., Niepraschk-von Dollen, K., Knecht, B., Schüssel, K., Telschow, C., Schröder, H.: Nutzung von Arzneimittelverordnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung für die Krankheitskostenrechnung. In: Statistisches Bundesamt, WISTA 2, Seiten 97-110 (April 2021). <http://www.destatis.de>

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>

Online-Datenbank

Online Datenbank: Daten zur Krankheitskostenrechnung sind über die Tabellen zur Krankheitskostenrechnung (23631) in der Datenbank GENESIS-Online abrufbar. Detaillierte Tabellen zur Krankheitskostenrechnung finden sich auch im Informationssystem der GBE unter der Adresse www.gbe-bund.de (Suchbegriff: Krankheitskosten).

Zugang zu Mikrodaten

Kein Zugang zu Mikrodaten vorhanden.

Sonstige Verbreitungswege

Weitere Informationen zur Krankheitskostenrechnung, wie beispielsweise die aktuellen Daten, Pressemitteilungen, Unterlagen zu Pressekonferenzen und zur Methodik, sind auf der Themenseite "Gesundheitswesen" im Internet auf der Homepage des Statistischen Bundesamtes und unter dem Stichwort "Krankheitskostenrechnung" im Informationssystem der GBE verfügbar.

8.2 Methodendokumente/Dokumentation der Methodik

Eine Methodendokumentation zur revidierten Krankheitskostenrechnung wird vom Statistischen Bundesamt noch erstellt.

8.3 Richtlinien der Verbreitung

Veröffentlichungskalender

Die Krankheitskostenrechnung wird nicht im Veröffentlichungskalender nachgewiesen.

Zugriff auf den Veröffentlichungskalender

Entfällt.

Zugangsmöglichkeiten der Nutzer/-innen

Die Ergebnisse stehen allen Nutzerinnen und Nutzern zeitgleich zur Verfügung.

9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Krankheitskosten im Zusammenhang mit COVID-19 sind nicht explizit in der Krankheitskostenrechnung 2020 auszuweisen, weil COVID-19 gemäß der Kodierempfehlung der WHO eine Nebendiagnose ist. In der Krankheitskostenrechnung beziehen sich die verwendeten Basisstatistiken jedoch vornehmlich auf Hauptdiagnosen. Daneben liegen die verfügbaren Daten mit wenigen Ausnahmen auf maximal der dritten Gliederungsebene der ICD vor, COVID-19 wird jedoch der vierten Gliederungsebene zugeordnet.