

Gesundheitsausgabenrechnung



2022

Erscheinungsfolge: jährlich
Erschienen am 25/04/2024

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

Herausgeber: Statistisches Bundesamt (Destatis)

www.destatis.de

Ihr Kontakt zu uns:

www.destatis.de/kontakt

Zentraler Auskunftsdienst:

Tel.: +49 611 75 2405

Titel

© Caviar-Premium Icons by Neway Lau, CreativMarket / eigene Bearbeitung

© nanoline icons by vuuuds, CreativMarket / eigene Bearbeitung

© Statistisches Bundesamt (Destatis), Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Kurzfassung

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

Seite 5

- *Geltungsbereich:* Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes (EVAS-Nr. 23611)
- *Rechtsgrundlagen:* Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in Verbindung mit der Verordnung (EU) Nr. 2021/1901 der Europäischen Kommission vom 29. Oktober 2021, Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz - GAPStatG vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754, 2799), Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikverordnung – GAPStatV vom 14. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 369)
- *Statistische Einheiten:* Gesundheitsausgaben in Millionen Euro, Euro je Einwohner und in Prozent vom Bruttoinlandsprodukt
- *Periodizität:* jährlich
- *Regionale Gliederung:* Deutschland

2 Inhalte und Nutzerbedarf

Seite 6

- *Inhalte der Statistik:* Ausgaben im Gesundheitswesen in Deutschland nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen des Gesundheitswesens; Finanzierung der Ausgabenträger; nachrichtlich: Ausgaben für Forschung und Ausbildung im Bereich Gesundheit, Ausgaben für Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen und Einkommensleistungen
- *Zweck der Statistik:* Systematische Gesamtdarstellung der Struktur und Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen im volkswirtschaftlichen Kontext
- *Nutzerbedarf:* Öffentlichkeit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat), Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Weltgesundheitsorganisation (WHO), Forschungsinstitute, Verbände, Universitäten

3 Methodik

Seite 8

- *Vorgehensweise bei der Datenberechnung:* Sekundärstatistik; Zusammenführung aller geeigneten amtlichen und nichtamtlichen Daten zum Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen in Deutschland

4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit

Seite 8

- *Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit:* Trade-off zwischen Aktualität und Genauigkeit: Anwendung von Schätzverfahren sowie Fortschreibung von Zeitreihen können zu Ungenauigkeiten führen; die Ergebnisqualität hängt von der Qualität der verwendeten Basisstatistiken ab. Ein Großteil der Basisstatistiken stellen Vollerhebungen dar, daher weisen die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung nur vereinzelt Zufallsfehler auf
- *Qualität der Datenquellen:* Um systematische Fehler in den Basisstatistiken zu erkennen, werden die Ausgangsdaten vor der Eingabe in das Rechenwerk auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüft

5 Aktualität und Pünktlichkeit

Seite 9

- *Aktualität:* 15 Monate nach Ablauf des aktuellen Berichtsjahres; Veröffentlichung in der Regel im März des übernächsten Jahres
- *Pünktlichkeit:* Rechtsverbindliche europäische Vorgaben werden erfüllt

6 Vergleichbarkeit

Seite 10

- *Räumliche Vergleichbarkeit:* Ergebnisse für Deutschland; internationale Vergleichbarkeit auf Grundlage der Empfehlungen des Systems of Health Accounts 2011 der Organisationen OECD, WHO und Eurostat

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Seite 3

• *Zeitlich*: Es liegen vergleichbare Ergebnisse nach Ausgabenträger ab dem Berichtsjahr 1992 vor

7 Kohärenz

Seite 10

- *National*: Verzahnung mit der Krankheitskosten- und Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes
- *International*: Anbindung an das internationale Referenzsystem System of Health Accounts 2011 der Organisationen OECD, WHO und Eurostat

8 Verbreitung und Kommunikation

Seite 10

- Die Jahresergebnisse werden in einer Pressemitteilung bekannt gegeben; Daten sind in GENESIS-Online und im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes abrufbar

9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Seite 11

- Die coronabedingten Ausgaben im Gesundheitswesen sind ab 2020 in der Gesundheitsausgabenrechnung erfasst.

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

1.1 Geltungsbereich

Die Gesundheitsausgabenrechnung misst die Ausgaben für den letzten Verbrauch von Waren und Dienstleistungen des Gesundheitswesens sowie die Investitionen. Zu den Gesundheitsausgaben zählen insbesondere diejenigen Aufwendungen, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbunden sind. Die Ermittlung der Gesundheitsausgaben bezieht sich auf die in Deutschland lebende Bevölkerung (Inländerkonzept). Zusätzlich werden die Leistungen des erweiterten Gesundheitsbereichs ausgewiesen. Dies sind Ausgaben für Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich, Ausgaben zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen und Einkommensleistungen, die bei Krankheit oder Invalidität an die Bevölkerung ausbezahlt werden. Des Weiteren wird die Finanzierung der Ausgabenträger ausgewiesen.

1.2 Statistische Einheiten (Darstellungseinheiten)

Die Gesundheitsausgaben werden in Euro berechnet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Millionen Euro und in Euro je Einwohner. Darüber hinaus werden die Gesundheitsausgaben auf die gesamte Wirtschaftsleistung der deutschen Volkswirtschaft bezogen und als Anteil vom Bruttoinlandsprodukt ausgewiesen.

1.3 Räumliche Abdeckung

Deutschland.

Die Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) berechnet auf Grundlage der Bundesergebnisse Angaben für die Länder, jedoch weniger tief gegliedert als auf Bundesebene und erst für die Berichtsjahre ab 2008.

Der vorliegende Qualitätsbericht bezieht sich nur auf die vom Statistischen Bundesamt berechneten Bundesergebnisse.

1.4 Berichtszeitraum/-zeitpunkt

1. Januar bis 31. Dezember eines Berichtsjahres.

1.5 Periodizität

Jährlich (ab Berichtsjahr 1992).

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. 2021/1901 der Europäischen Kommission vom 29. Oktober 2021 festgelegt.

Das Gesetz über die Statistiken zu Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, zu Krankheitskosten sowie zum Personal im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz - GAPStatG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754, 2799) regelt unter anderem, dass zur Gewinnung von Strukturinformationen über die Höhe der Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung statistische Erhebungen als Bundesstatistiken durchgeführt werden. Die Verordnung zur Durchführung der Erhebungen nach dem Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz (Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikverordnung - GAPStatV) vom 14. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 369) regelt die Verpflichtung der Datenhalter zur Lieferung der im Rahmen der Erhebung der Statistiken nach den §§ 2 bis 5 GAPStatG erforderlichen flächendeckenden Daten und Angaben für die Fälle, in denen die erforderlichen Daten nicht auf Grundlage von Bundesstatistiken sowie Daten aus allgemein zugänglichen Quellen verfügbar sind.

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 dem Befragten nicht zuzuordnen sind oder so zusammengefasst wurden (aggregiert), dass sie nicht rückverfolgbar sind. Im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung 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 Gesundheitsausgabenrechnung hängt entscheidend von den rund 35 verwendeten Basisstatistiken ab. Das Statistische Bundesamt stimmt sich mindestens jährlich im Rahmen der Datenakquisition mit den Datenhaltern der Basisstatistiken ab. Unplausible Fälle werden vor der Berechnung abgeklärt. Unschärfen treten insbesondere dann auf, wenn sie in den zugrundeliegenden Basisstatistiken bereits vorhanden sind oder wenn geeignete Statistiken für die Abbildung ausgewählter Bereiche fehlen (Datenlücke). Eine Minimierung dieser (teilweise bekannten) Ungenauigkeiten wird im Einzelfall auf unterschiedliche Weise erzielt, z. B. durch Zusammenführung unterschiedlicher Datenquellen, Hinzuschätzung ausgewählter Bereiche oder Expertenschätzungen. Hinzu kommen Plausibilitätsprüfungen sowie eine kontinuierliche Verbesserung der Datengrundlage und Berechnungsmethoden durch regelmäßige (rückwirkende) Revisionen der Gesundheitsausgabenrechnung.

Die Sicherstellung einer möglichst vollständigen und international vergleichbaren Erfassung der Gesundheitsausgaben ist ein wichtiges Ziel des System of Health Accounts 2011. Durch den Abgleich von Daten der Ausgabenträger - denjenigen, die die Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen tragen - und Daten der Leistungserbringer soll eine umfassende Ermittlung der Ausgaben für Gesundheit gewährleistet werden. Im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der privat veranlassten Käufe und der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck sind der statistischen Erfassung jedoch Grenzen gesetzt, hier können Unter- bzw. Übererfassungen nicht ausgeschlossen werden.

1.8.2 Qualitätsbewertung

Die stichprobenbedingten und nicht-stichprobenbedingten Fehler der rund 35 verwendeten Basisstatistiken, können grundsätzlich auch in den Ergebnissen der Gesundheitsausgabenrechnung enthalten sein; hinzu kommen mögliche Verzerrungen durch Schätzverfahren sowie Fortschreibung von Zeitreihen. Es ist jedoch zu beachten, dass es sich bei den meisten Basisstatistiken um Vollerhebungen von hoher Qualität handelt und Schätzungen nur in Randbereichen vorgenommen werden, wo belastbare Daten fehlen. Eine Quantifizierung des Gesamtfehlers ist auf Grund dieser Sachlage nicht zweifelsfrei möglich. Insgesamt gehen wir von einer guten Datenqualität bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern aus. Einschränkungen ergeben sich aufgrund der unzureichenden Datenlage bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck. Weitere Einschränkungen kann es auch bei der dreidimensionalen Verteilung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger, Leistungsarten und Einrichtungen bestimmter Bereiche wie z. B. der Prävention geben. Ebenfalls sind Brüche in Zeitreihen aufgrund methodischer Veränderungen der entsprechenden Datenbasen möglich. Dies gilt z. B. für die Darstellung ärztlicher oder therapeutischer Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Berichtsjahr 2010.

2 Inhalte und Nutzerbedarf

2.1 Inhalte der Statistik

2.1.1 Inhaltliche Schwerpunkte der Statistik

Die Gesundheitsausgabenrechnung misst die Ausgaben für den letzten Verbrauch von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen sowie die Investitionen. Zu den Gesundheitsausgaben zählen insbesondere diejenigen Aufwendungen, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbunden sind sowie die Kosten der Verwaltung und Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Abgrenzung von gesundheitsrelevanten Waren und Dienstleistungen folgt weitestgehend den international empfohlenen Definitionen des System of Health Accounts 2011. Die Ausgaben werden dreidimensional - nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen des Gesundheitswesens - gegliedert. Zusätzlich wird die Finanzierung der Ausgabenträger ausgewiesen. Über die Gesundheitsausgaben hinaus werden solche Leistungen ermittelt, die zum erweiterten Gesundheitsbereich zählen. Dies sind Ausgaben für Forschung und Entwicklung, Ausgaben zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen und Einkommensleistungen, die an die Bevölkerung bei Krankheit oder Invalidität ausgezahlt werden.

2.1.2 Klassifikationssysteme

Die Gesundheitsausgaben werden nach den drei Dimensionen Ausgabenträger, Leistungsarten und Einrichtungen des Gesundheitswesens gegliedert.

Inhaltlich orientiert sich die Gesundheitsausgabenrechnung an dem System of Health Accounts 2011, das einen einheitlichen Rahmen von Begriffsabgrenzungen, Gliederungsmerkmalen und Zuordnungskriterien bereitstellt und deren länderübergreifende Vergleiche erleichtert.

Der Gliederung der Einrichtungen des Gesundheitswesens liegt die entsprechende Klassifikation der Gesundheitsrechensysteme des Statistischen Bundesamtes zugrunde. Sie ist für alle drei Rechensysteme (Gesundheitsausgaben-, Krankheitskosten- und Gesundheitspersonalrechnung) weitgehend deckungsgleich. Diese nationale Klassifikation ist mit der Klassifikation der Einrichtungen ICHA-HP (International Classification of Health Accounts - Health Provider) der Organisationen OECD, WHO und Eurostat harmonisiert.

2.1.3 Statistische Konzepte und Definitionen

Ziel der Gesundheitsausgabenrechnung ist eine vollständige Erfassung der Ausgaben für Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen und ihre Gliederung anhand von nachvollziehbaren und sinnvollen Kriterien.

Räumlich beschränkt sich die Erfassung der Ausgaben auf die deutsche Wohnbevölkerung (Inländerkonzept). Käufe von Personen mit Wohnsitz im Ausland bei Leistungserbringern im Inland werden in der Gesundheitsausgabenrechnung nicht berücksichtigt. Demgegenüber werden Käufe von Inländern im Ausland als Gesundheitsausgaben erfasst.

Institutionell gibt es bei der Erfassung der Gesundheitsausgaben keine Beschränkungen. Es ist gerade das ausgesprochene Ziel der Rechnung, sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben aller potenziellen Träger zu erfassen, unabhängig davon, ob sie von der gesetzlichen Krankenversicherung, der privaten Krankenversicherung, anderen Versicherungssystemen oder von den Patientinnen und Patienten selbst getragen werden müssen.

Inhaltlich ist die Abgrenzung der Gesundheitsausgaben an die Definition des System of Health Accounts 2011 angelehnt, wengleich es noch einige wenige Abweichungen gibt. Nach dieser Definition zählen in Deutschland Ausgaben für Waren und Dienstleistungen mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens zu den Gesundheitsausgaben. Zum erweiterten Leistungsbereich des Gesundheitswesens, der in der Gesundheitsausgabenrechnung nachrichtlich ausgewiesen wird, zählen Einkommensleistungen und Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen. Außerdem werden dort Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen erfasst. In der Gesundheitsausgabenrechnung werden nur die Ausgaben für die letzte Verwendung von Waren und Dienstleistungen sowie Investitionen ermittelt.

Durch diese definitorischen Abgrenzungen wird klar, dass die Gesundheitsausgabenrechnung schwerpunktmäßig darauf zielt, die ökonomische Belastung der Volkswirtschaft - oder genau genommen der Bevölkerung in Deutschland - durch Maßnahmen, die mit der Prävention, Rehabilitation oder Behandlung von Krankheiten in Zusammenhang stehen, zu messen. Die Gesundheitsausgabenrechnung verfolgt nicht das Ziel, die Wertschöpfung der Industrien im Gesundheitswesen (manchmal unter dem Terminus "Gesundheitswirtschaft" zusammengefasst) zu ermitteln.

Zu beachten ist, dass es sich bei den Ergebnissen um nominale Werte handelt und keine Inflationsbereinigung stattfindet. Zudem fließen eventuell steuerlich geltend gemachte Gesundheitsausgaben nicht in die Berechnung mit ein.

2.2 Nutzerbedarf

National: Öffentlichkeit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), Forschungsinstitute, Verbände, Universitäten, Medien und Unternehmen des Gesundheitswesens.

International: Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) – Unit of Health and Food Safety; Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) – Health Division; Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Health System Financing Unit.

Die Gesundheitsausgabenrechnung ist eine vielgenutzte Informationsquelle für Politik, Wirtschaft und Wissenschaft und dient u. a. als Grundlage für politische Diskussionen und Prognosen sowie für nationale und internationale Publikationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung.

2.3 Nutzerkonsultation

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

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Seite 7

3 Methodik

3.1 Basisstatistiken

Für die Berechnung der Gesundheitsausgaben werden Daten aus rund 35 Datenquellen zusammengeführt. Überwiegend handelt es sich dabei um Geschäfts- und Rechnungsergebnisse, statistische und finanzielle Berichte, Haushaltspläne und Branchenberichte. Soweit verfügbar stammen die Basiswerte aus Vollerhebungen, in Einzelfällen werden auch Stichprobenergebnisse zum Beispiel aus dem Mikrozensus oder Studien genutzt. Zu den wichtigen Basisstatistiken zählen, neben den jährlichen Finanz- und Geschäftsergebnissen des Bundesministeriums für Gesundheit, zum Beispiel die Statistiken der gesetzlichen Rentenversicherungen, der öffentlichen Haushalte, der Privaten Krankenkassen und der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

3.2 Vorgehensweise bei der Datenberechnung

Bei der Gesundheitsausgabenrechnung handelt es sich um ein sekundärstatistisches Rechenwerk, das die im Bereich des Gesundheitswesens zum Berechnungszeitpunkt verfügbaren Datenquellen - wie Verwaltungsdaten, Stichprobenerhebungen, Geschäfts- und Jahresberichte sowie Sonderauswertungen - zur Ermittlung der gesamten Ausgaben für Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen zusammenfasst.

Die Erfassung der Gesundheitsausgaben erfolgt in erster Linie von Seiten der Ausgabenträger. Die Ausgaben der unterschiedlichen Ausgabenträger (z. B. gesetzliche Krankenversicherung) müssen dabei den Leistungsarten und den diese Leistungen erbringenden Einrichtungen zugeordnet werden. Zu diesem Zweck werden zum Teil geeignete Quoten zur Verteilung der Ausgaben auf die Leistungsarten und die leistungserbringenden Einrichtungen berechnet. Die Ausgaben der privaten Haushalte werden unterschiedlich berechnet. In der Regel kommt ein Residualwertverfahren zum Einsatz. Ausgangspunkt sind die Umsätze der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Von diesem werden nicht gesundheitsrelevante Umsätze, Exporte sowie alle Ausgaben der übrigen Ausgabenträger abgezogen. Das Residuum ergibt die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. Insgesamt fließen in die Gesundheitsausgabenrechnung zurzeit rund 35 Datenquellen ein.

3.3 Preis- und Saisonbereinigung; andere Analyseverfahren

Keine

3.4 Beantwortungsaufwand

Da es sich bei der Gesundheitsausgabenrechnung um ein Gesamtrechensystem handelt, in dem bereits vorliegende Ergebnisse von Primär-, Sekundärerhebungen und 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 Anwendung von Schätzverfahren sowie die Fortschreibung von Zeitreihen können zu Ungenauigkeiten führen. Diese sind aber notwendig, um die Aktualität der Daten zu erfüllen. Dies betrifft insbesondere die Berechnungen am aktuellen Rand. Die Qualität der Gesundheitsausgabenrechnung 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). Ein Großteil der Basisstatistiken stellen aber Vollerhebungen dar, daher weisen die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung nur vereinzelt Zufallsfehler auf. Bei der Berechnung der Ausgaben der privaten Haushalte und Organisationen ohne Erwerbzweck treten aufgrund unzureichender Datenquellen und des in 3.2 beschriebenen Residualwertverfahrens Ungenauigkeiten auf.

4.2 Qualität der Datenquellen

Für die Berechnung der Gesundheitsausgaben werden grundsätzlich alle bekannten und infrage kommenden Datenquellen mit Ergebnissen zum Thema berücksichtigt. Dazu zählen insbesondere Geschäfts- und Rechnungsergebnisse, statistische und finanzielle Berichte, Branchenberichte und Haushaltspläne. In den meisten Fällen handelt es sich um Vollerhebungen. Sind diese nicht verfügbar, werden Stichprobenergebnisse oder im Einzelfall Expertenschätzungen verwendet.

Ein wichtiger Teil der Basisstatistiken (zum Beispiel Pflegestatistik, Sozialhilfestatistik, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Finanzen der öffentlichen Haushalte, Arbeitskostenerhebung) unterliegt 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 Gesundheitsausgabenrechnung auf ihre Plausibilität. Mit Einschränkungen der Aussagekraft ist aufgrund der unzureichenden Datenlage bei den privaten Haushalten und den privaten Organisationen ohne Erwerbszweck sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst zu rechnen.

Um systematische Fehler in den Basisstatistiken zu erkennen und ggf. zu korrigieren, werden die Ausgangsdaten vor der Eingabe in das Rechenwerk auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Bei Unstimmigkeiten wird Kontakt mit dem Datenhalter aufgenommen.

4.3 Revisionen

4.3.1 Revisionsgrundsätze

Unter einer Revision versteht man die Überarbeitung der Ergebnisse zum Beispiel durch die Berücksichtigung neuer Daten, neuer Statistiken und/oder verbesserter Methoden in das Rechenwerk. Um methodische Brüche zu vermeiden, wird bei Revisionen der Gesundheitsausgabenrechnung dem Zeitreihenvergleich Priorität eingeräumt, das heißt neue Datenquellen werden vorzugsweise einbezogen, wenn sie auch für zurückliegende Berichtsjahre verfügbar sind.

4.3.2 Revisionsverfahren

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

Kleinere Revisionen werden jährlich durchgeführt, um die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung zu aktualisieren. Große Revisionen verfolgen meist das Ziel einer methodischen und/oder inhaltlichen Weiterentwicklung des Rechensystems.

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 Erhöhung der internationalen Vergleichbarkeit.

4.3.3 Revisionsanalysen

Bei Revisionen wird die Abweichung zwischen bislang berechneten Werten, einer ersten revisionsbedingten Schätzung und dem endgültigen Ergebnis untersucht. Bevor neue Datenquellen in die Gesundheitsausgabenrechnung aufgenommen werden, wird eine Analyse der Datenquellen über die gesamte Zeitreihe durchgeführt. Hierbei werden die Ergebnisse der neuen Datenquelle über alle Veröffentlichungsjahre mit bereits vorliegenden Ergebnissen der bisherigen Datenquelle verglichen.

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Aktualität

Die Veröffentlichung der tief gegliederten Ergebnisse nach Ausgabenträgern, Einrichtungen und Leistungsarten erfolgt etwa 16 Monate nach Ablauf des aktuellen Berichtsjahres (T). Die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung für ein bestimmtes Berichtsjahr werden in der Regel im April des übernächsten Jahres (d.h. in T+2) veröffentlicht. Für das Vorjahr (T+1) wird zum Veröffentlichungszeitpunkt auf Basis bereits vorliegender und fortgeschriebener Werte die Entwicklung der Gesundheitsausgaben geschätzt.

Es existiert ein Zielkonflikt zwischen Aktualität und Genauigkeit. Eine geringere Genauigkeit in Form von stärkerem Revisionsbedarf ist der Preis einer beschleunigten Rechnung und Veröffentlichung.

5.2 Pünktlichkeit

Die Lieferung an Eurostat erfolgte mit Ausnahme im Jahr 2020 stets im Rahmen der von der EU gewährten Frist.

6 Vergleichbarkeit

6.1 Räumliche Vergleichbarkeit

Inhaltlich orientiert sich die Gesundheitsausgabenrechnung an dem von den Organisationen OECD, WHO und Eurostat vorgelegten System of Health Accounts 2011, das einen einheitlichen Rahmen von Begriffsabgrenzungen, Gliederungsmerkmalen und Zuordnungskriterien bereitstellt und deren länderübergreifende Vergleiche erleichtert.

6.2 Zeitliche Vergleichbarkeit

Zeitlich vergleichbare Daten zu den Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger liegen seit dem Berichtsjahr 1992 vor. Brüche in der dreidimensionalen Darstellung sind in den Zeitreihen aufgrund methodischer Veränderungen der entsprechenden Datenbasen möglich. Dies gilt z. B. für die Darstellung ärztlicher oder therapeutischer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zum Berichtsjahr 2010 oder für die Darstellung der Ausgaben der privaten Krankenversicherung bzw. der Beihilfe zum Berichtsjahr 2015.

7 Kohärenz

Bei der Entwicklung der drei Gesundheitsrechnungssysteme (Gesundheitsausgaben-, Krankheitskosten- und Gesundheitspersonalrechnung) wurde ausdrücklich Wert auf ihre inhaltliche Verzahnung über die Einrichtungsebene gelegt; die Klassifikation der Einrichtungen des Gesundheitswesens ist in allen drei Rechnungssystemen weitgehend deckungsgleich. Da die Gesundheitsausgabenrechnung die Ausgangswerte für die Berechnung der Krankheitskosten liefert, besteht zwischen diesen beiden Rechnungssystemen eine besonders enge Verbindung.

Weil die Gesundheitsausgabenrechnung den letzten Verbrauch von Gesundheitswaren und -dienstleistungen misst, ist auch ein enger Bezug zu den Konzepten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) gegeben. Ein weiterer Anknüpfungspunkt ergibt sich über die Klassifikation der Einrichtungen im Gesundheitswesen zu den Wirtschaftszweigen der VGR.

8 Verbreitung und Kommunikation

8.1 Verbreitungswege

Pressemitteilungen

Die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung werden jährlich veröffentlicht. Die Jahresergebnisse werden vom Statistischen Bundesamt in einer Pressemitteilung bekannt gegeben.

Veröffentlichungen

In unregelmäßigen Abständen erfolgen anlassbezogene Pressemitteilungen sowie themenbezogene Aufsätze in Wirtschaft und Statistik.

Online-Datenbank

Online Datenbank: Daten zur Gesundheitsausgabenrechnung sind über die Tabellen zur Gesundheitsausgabenrechnung (23611) in der Datenbank GENESIS-Online abrufbar. Detaillierte Tabellen zur Gesundheitsausgabenrechnung finden sich auch im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter der Adresse www.gbe-bund.de (Suchbegriff: Gesundheitsausgaben).

Zugang zu Mikrodaten

Kein Zugang zu Mikrodaten vorhanden.

Sonstige Verbreitungswege

Weitere Informationen zur Gesundheitsausgabenrechnung, 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 "Gesundheitsausgabenrechnung" im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes verfügbar.

8.2 Methodenpapiere/Dokumentation der Methodik

Weitere Informationen zur Methodik enthalten folgende Ausarbeitungen:

a) Die revidierte Gesundheitsausgabenrechnung, erschienen in WISTA – Wirtschaft und Statistik, Ausgabe 5/2015, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Die Ausgabe kann kostenlos unter https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2015/05/gesundheitsausgabenrechnung-052015.pdf?__blob=publicationFile abgerufen werden.

b) Beschreibung der Methoden und Grundlagen der Gesundheitsausgabenrechnung (Erscheinungsdatum: 14.12.2020). Die Methodikbeschreibung kann kostenlos unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Methoden/_inhalt.html abgerufen werden.

8.3 Richtlinien der Verbreitung

Veröffentlichungskalender

Die Gesundheitsausgabenrechnung 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

Seit Beginn des Jahres 2020 prägt die Corona-Pandemie das gesellschaftliche Miteinander und hat Auswirkungen auf u.a. die wirtschaftliche Lage und das Gesundheitswesen. Die für das Gesundheitswesen in Deutschland coronaspezifischen Ausgaben wurden vor dem Hintergrund der nationalen und internationalen methodischen Rahmenbedingungen geprüft und in die Gesundheitsausgabenrechnung aufgenommen. Die Ergebnisse spiegeln insofern die auf Basis der verfügbaren Daten ermittelten Zusammenhänge wider. Zu einer Untererfassung kommt es im Bereich der Ausgabenträger der privaten Haushalte sowie der Arbeitgeber, da die Ermittlung coronaspezifischer Ausgaben derzeit noch herausfordernd ist.

In Anlehnung an Überlegungen der internationalen Organisationen wurden jeweils in der Gesundheitsausgabenrechnung des Berichtsjahres 2020, 2021 und 2022 die pandemiebedingten Ausgaben des Gesundheitsfonds dem Ausgabenträger öffentliche Haushalte zugeordnet und in die Berechnungsmethodik eingepflegt. Dies folgt dem Grundgedanken, dass es sich um Leistungen handelt, die der gesamten Bevölkerung "zugutekommen" und keinem bestimmten Versichertenkreis zugeordnet werden können. Sonstige coronabedingte Ausgaben wurden dem jeweiligen Ausgabenträger zugeordnet.

Die Zuordnung der coronabedingten Ausgaben des Gesundheitsfonds zu den öffentlichen Haushalten führt bei der Zuordnung zu Leistungsarten und Einrichtungen über Verteilungsschlüssel zu deutlichen Veränderungen im Vergleich zu den Vorjahren.

Verteilt werden in diesem Zusammenhang nicht nur die tatsächlich angefallenen Ausgaben, sondern auch die im Rahmen der Corona-Pandemie gezahlten Ausgleichszahlungen für Einnahmeausfälle. Letztere werden bei der Verteilung zu Leistungsarten fiktiv so behandelt, wie die tatsächlich angefallenen Ausgaben. Dies ist bei der Interpretation der Daten zu beachten.

Die bekannten Informationen über eine z.B. teilweise oder komplette Refinanzierung durch den Bund oder sonstige Institutionen werden erst im Rahmen der Finanzierungsrechnung verarbeitet und in deren Ergebnissen ausgewiesen.