

06

/ 06

Wie viel geben
wir für unsere
Gesundheit aus?

**WIE VIEL GEBEN WIR FÜR UNSERE
GESUNDHEIT AUS?**

-
- / *In Deutschland wurde 2013 mehr als ein Zehntel der Gesamtwirtschaftsleistung, das sind 314,9 Milliarden Euro, für Gesundheit ausgegeben.*
-
- / *Seit 1992 haben die Gesundheitsausgaben in Relation zur Wirtschaftsleistung um 1,8 Prozentpunkte auf 11,2% des BIP im Jahr 2013 zugenommen.*
-
- / *Im internationalen Vergleich liegt Deutschland bei den Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit im oberen Mittelfeld der westlichen Industrienationen.*
-
- / *Der größte Kostenfaktor sind Krankheiten des Kreislaufsystems: Etwa jeder siebte Euro wird im Gesundheitswesen für die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgegeben.*
-
- / *Die Gesundheitswirtschaft ist ein wichtiger Motor für Wachstum und Beschäftigung. Im Jahr 2012 erwirtschaftete sie 10,9 % der gesamten Bruttowertschöpfung in Deutschland.*

WIE VIEL GEBEN WIR FÜR UNSERE GESUNDHEIT AUS?

Das Gesundheitswesen sowie die mit ihm verbundenen Industrien und Dienstleistungssektoren sind in Deutschland ein bedeutender Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor. Mit Gesundheitsausgaben von 11,2% des Bruttoinlandsproduktes war das Gesundheitswesen 2013 einer der umsatzstärksten Wirtschaftsbereiche. Da ein großer Teil der Leistungen des Gesundheitswesens durch die Beiträge zu den verschiedenen Trägern der Sozialversicherung finanziert wird, sind die Ausgaben für Gesundheit und Krankheit aber auch ein wichtiger Kostenfaktor zu Lasten der Sozialsysteme und privaten Haushalte. Daher muss eine Beschreibung der volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens und seiner angrenzenden Bereiche aus zwei komplementären Perspektiven erfolgen, den Ausgaben sowie den wirtschaftlichen Potenzialen.

Zum einen lässt sich der Geldbetrag, der in Deutschland im Zusammenhang mit der Herstellung und dem Erhalt der Gesundheit ausgegeben wird (Ausgabenspektive), seit Beginn der Gesundheitsausgabenrechnung im Jahr 1992 nachzeichnen (GAR, Infobox 6.1) [1–3]. Kapitel 6.1 dokumentiert auf dieser Basis die wichtigsten Finanzierungsströme. Kapitel 6.2 beschreibt die Gesundheitsausgaben insgesamt sowie nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen. Ergänzend bietet die Krankheitskostenrechnung (KKR) des Statistischen Bundesamtes in Kapitel 6.3 die Möglichkeit, die Gesundheitsausgaben krankheitsspezifisch für die Jahre 2002 bis 2008 zu quantifizieren [4]. Durch die definitorischen Abgrenzungen der Gesundheitsausgabenrechnung wird klar, dass der Schwerpunkt darauf liegt, die ökonomische Belastung der Volkswirtschaft zu messen, die durch Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege sowie andere Maßnahmen entstehen.

Zum zweiten sollen aber auch die wirtschaftlichen Potenziale des Gesundheitswesens analysiert werden.

INFOBOX 6.1

GESUNDHEITSAUSGABENRECHNUNG (GAR)

Die inhaltliche Abgrenzung der Gesundheitsausgaben orientiert sich am "System of Health Accounts" (SHA), einem von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) entwickelten Rechenstandard. Das SHA stellt einen einheitlichen Rahmen für die Begriffsabgrenzungen, Gliederungsmerkmale und Zuordnungskriterien in nationalen Gesundheitsausgabenrechnungen (GAR) bereit. Demnach werden zu den Gesundheitsausgaben alle Ausgaben für Aktivitäten oder Güter gezählt, die von Einrichtungen und Individuen durchgeführt oder bereitgestellt werden und die dabei medizinisches, hilfsmittelmedizinisches oder pflegerisches Wissen oder die dafür erforderlichen Technologien anwenden.

Die aufgewendeten Leistungen im Gesundheitswesen werden in der GAR, wie im SHA, nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen gegliedert. Zu den Ausgabenträgern gehören die großen sozialen Sicherungssysteme wie die gesetzliche Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, die öffentlichen Haushalte, die Arbeitgeber, die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen, die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (zum Beispiel Wohlfahrtsverbände) und die privaten Haushalte. Zu den Leistungsarten zählen ärztliche und pflegerische Leistungen ebenso wie Leistungen zu Prävention und Gesundheitsschutz, Unterkunft und Verpflegung, Transporte, Verwaltungsleistungen sowie Waren, wie beispielsweise Arzneimittel, Hilfsmittel oder Zahnersatz.

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens setzen sich aus verschiedenen ambulanten und stationären Ein-

richtungen, dem Gesundheitsschutz, Rettungsdiensten, der Verwaltung sowie sonstigen Einrichtungen zusammen (etwa Taxiunternehmen, die Krankenfahrten durchführen) und den privaten Haushalten (wenn sie zum Beispiel Angehörige pflegen).

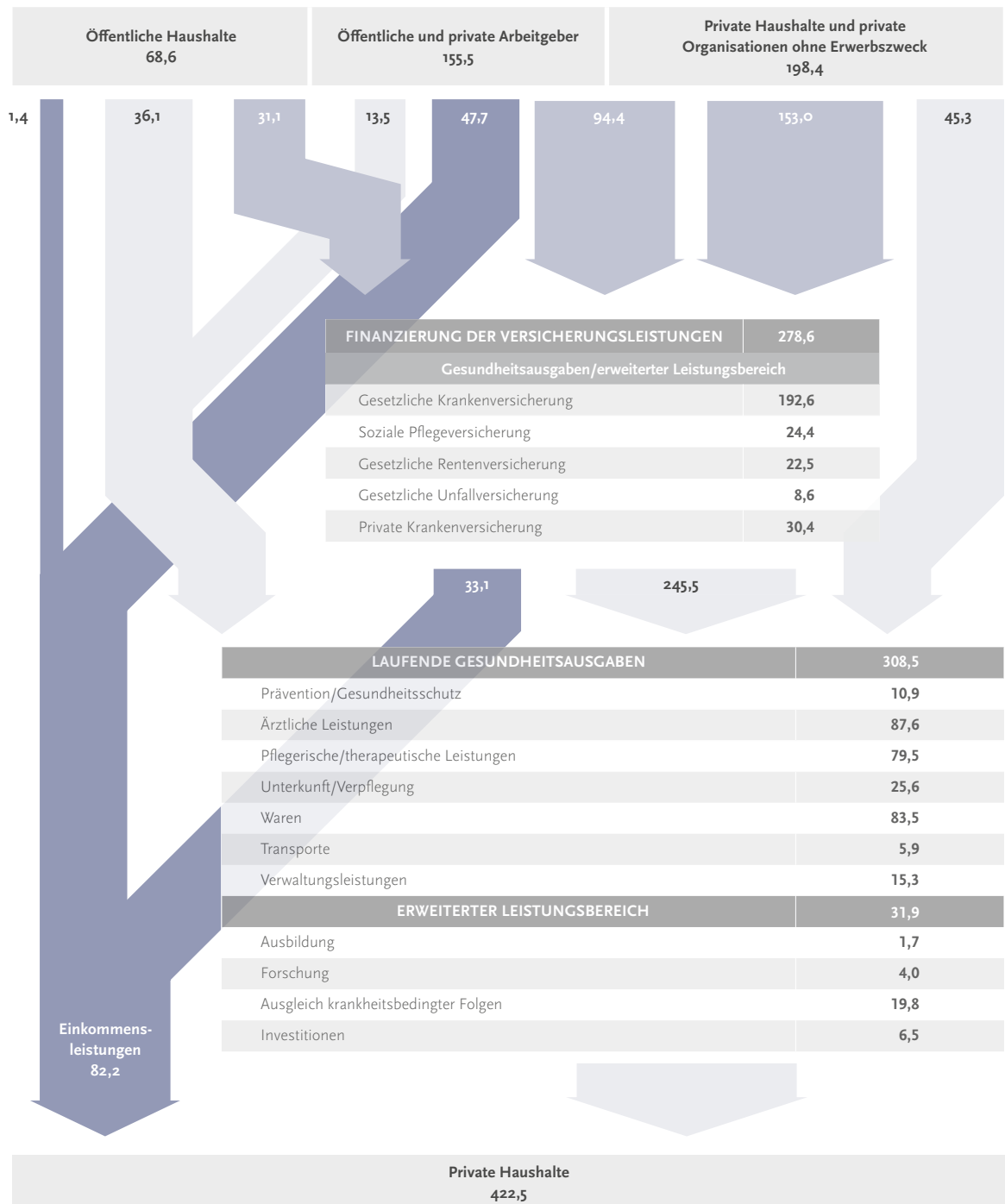
Unterschieden wird in der GAR nach laufenden Gesundheitsausgaben und Investitionen. Nachrichtlich werden die Ausgaben für den »erweiterten Leistungsbereich« ausgewiesen. Hierzu gehören Einkommensleistungen wie Entgeltzahlungen im Krankheitsfall und Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen, wie zum Beispiel Eingliederungshilfen für behinderte Menschen. Außerdem werden Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen im erweiterten Leistungsbereich erfasst.

Die GAR quantifiziert die Ausgaben für die Endnachfrage nach Gesundheitsgütern und -dienstleistungen sowie Investitionen. Eine Bedingung dafür ist, dass die gesundheitsrelevanten Transaktionen für gewöhnlich eine direkte Beteiligung der Patientinnen und Patienten beziehungsweise der Bevölkerung voraussetzen. So wird der gesamte volkswirtschaftliche Ressourcenverbrauch ermittelt und das wirtschaftliche Ausmaß der mit Gesundheit zusammenhängenden Gesellschaftsbereiche im Kern abgebildet. In der Gesundheitsausgabenrechnung werden keine Vorleistungen, wie etwa Produktion und Absatz von Arzneimitteln durch die Pharmaindustrie, direkt ausgewiesen. Die Vorleistungen werden aber indirekt berücksichtigt, da sie zum Beispiel in den Endpreisen für Arzneimittel enthalten sind. Ausgaben, die ausschließlich in indirektem Zusammenhang mit dem Herstellen und Erhalt von Gesundheit stehen, werden nicht berücksichtigt. Dazu gehören unter anderem Schönheitsoperationen, Fitnessgeräte oder Wellness-Aktivitäten.



FINANZIERUNGSSTRÖME IM GESUNDHEITSWESEN 2013 IN MRD. EURO

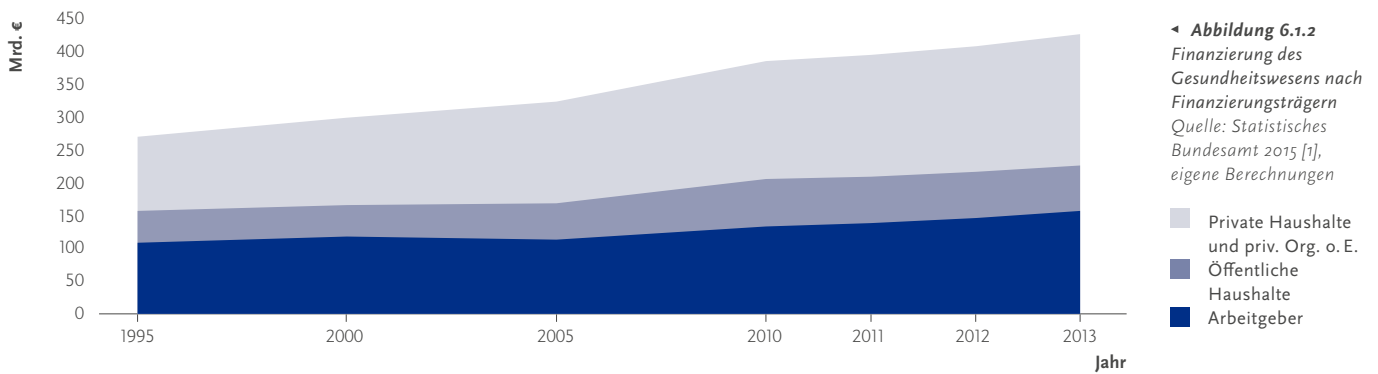
► **Abbildung 6.1.1**
Finanzierungsströme im
Gesundheitswesen
Quelle: Statistisches
Bundesamt 2015 [1],
eigene Berechnungen



Hierzu bedarf es einer Ergänzung, bei der die Bruttowertschöpfung berücksichtigt wird. Damit geht ein Perspektivwechsel einher. Neben die Ausgabenperspektive des Gesundheitswesens tritt in Kapitel 6.4 eine Wertschöpfungsperspektive, bei der die wirtschaftlichen Effekte der Gesundheitswirtschaft im Vergleich zur Gesamtwirtschaft im Vordergrund stehen. Nach einer Abgrenzung zwischen der Gesundheitsausgabenrechnung und der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung werden Ergebnisse für die Bruttowertschöpfung, den Außenhandel und die Beschäftigung der Gesundheitswirtschaft auf Basis der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung vorgestellt [5].

6.1 FINANZIERUNGSTRUKTUREN

Die finanziellen Mittel für das Gesundheitswesen in Deutschland werden von drei primären Trägern aufgebracht: erstens den öffentlichen Haushalten (zum Beispiel Sozialhilfeträger und Fördermittel der Länder in Krankenhäusern), zweitens den öffentlichen und privaten Arbeitgebern und drittens den privaten Haushalten (Beitragszahlerinnen und Beitragszahler) sowie den privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (beispielsweise Diakonie, Rotes Kreuz oder Caritas).



◀ **Abbildung 6.1.2**
Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsträgern
Quelle: Statistisches Bundesamt 2015 [1], eigene Berechnungen

■ Private Haushalte und priv. Org. o. E.
■ Öffentliche Haushalte
■ Arbeitgeber

Das gesamte Finanzvolumen des Gesundheitswesens belief sich im Jahr 2013 auf 422,5 Milliarden Euro. Dieser Betrag enthält unter anderem auch Einkommensleistungen wie Lohnersatzleistungen im Krankheitsfall oder im Mutterschutz, vorzeitige Rentenzahlungen oder Wiedereingliederungshilfen. Die Gesundheitsausgaben im engeren Sinn umfassen dagegen ausschließlich die laufenden Gesundheitsausgaben zzgl. Investitionen (Abb. 6.1.1) und beliefen sich im Jahr 2013 auf 314,9 Milliarden Euro. Verteilt werden diese Gelder hauptsächlich über die Sozialversicherungsträger und die private Krankenversicherung. Hinzu kommen eine Reihe von Direktkäufen und Zuzahlungen der privaten Haushalte (etwa nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)) sowie weitere Leistungen der öffentlichen Haushalte und der Arbeitgeber. Ein Teil der Finanzmittel fließt als Leistungen der öffentlichen Hand und der Arbeitgeber in Form von Einkommensleistungen (Abb. 6.1.1).

Den größten Teil der finanziellen Mittel für das Gesundheitswesen bringen die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck auf, wobei die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck eine untergeordnete Rolle spielen. So schulterten hauptsächlich die privaten Haushalte im Jahr 2013 mit 198,4 Milliarden Euro fast die Hälfte des gesamten Finanzvolumens in Form von Versicherungsbeiträgen, Zuzahlungen und Direktkäufen. Der Anteil der öffentlichen und privaten Arbeitgeber lag bei 36,8% und die öffentlichen Haushalte steuerten 16,2% bei (Abb. 6.1.1).

Die Versicherungen verwendeten den größten Teil der Finanzmittel zur Bereitstellung von Produkten und Dienstleistungen im Bereich der laufenden Gesundheitsausgaben und des erweiterten Leistungsbereiches (245,5 Milliarden Euro). Weitere 33,1 Milliarden wurden von den Versicherungen 2013 für Einkommensleistungen aufgewendet (Abb. 6.1.1).

94,9 Milliarden Euro der von den primären Trägern 2013 aufgebrachten Finanzmittel wurden für Direktkäufe von Dienstleistungen und Produkte sowie für Zuzahlungen ohne die Vermittlung der Versicherungen und Krankenkassen ausgegeben. Die privaten Haushalte hatten daran einen Anteil von knapp 48%. Insgesamt 49,1 Milliarden Euro der von den primären Trägern 2013 aufgebrachten Finanzmittel flossen direkt als Einkommensleistungen an die privaten Haushalte (Abb. 6.1.1).

Von 1995 bis 2013 stieg das Finanzvolumen im Gesundheitswesen insgesamt um 155 Milliarden von 267,5 auf 422,5 Milliarden Euro. Diesen Anstieg haben vor allem die privaten Haushalte und Organisationen ohne Erwerbszweck getragen. Ihr Finanzierungsbeitrag wuchs in diesem Zeitraum um 86,4 Milliarden Euro (+77,1%). Bei den öffentlichen Haushalten (+20,5 Milliarden oder +42,6%) und bei den Arbeitgebern (+48,1 Milliarden oder +44,8%) fiel der Zuwachs deutlich geringer aus (Abb. 6.1.2).

Für diese Verschiebung in der Finanzierung des Gesundheitswesens gibt es unterschiedliche Erklärungen. So führte zum Beispiel die Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 zu Entlastungseffekten bei den öffentlichen Haushalten. Der bis 2007 sinkende Krankenstand und die daraus resultierende Verringerung der Ausgaben im Rahmen der Entgeltfortzahlung brachte eine Entlastung der Arbeitgeberseite im betrachteten Zeitraum mit sich. Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2004 wurden erhöhte Zuzahlungen der gesetzlich Versicherten eingeführt, was zu einer Mehrbelastung der privaten Haushalte führte (siehe Kapitel 6.2.3).

6.1
6.2

6.2 AUSGABEN DES GESUNDHEITSWESENS

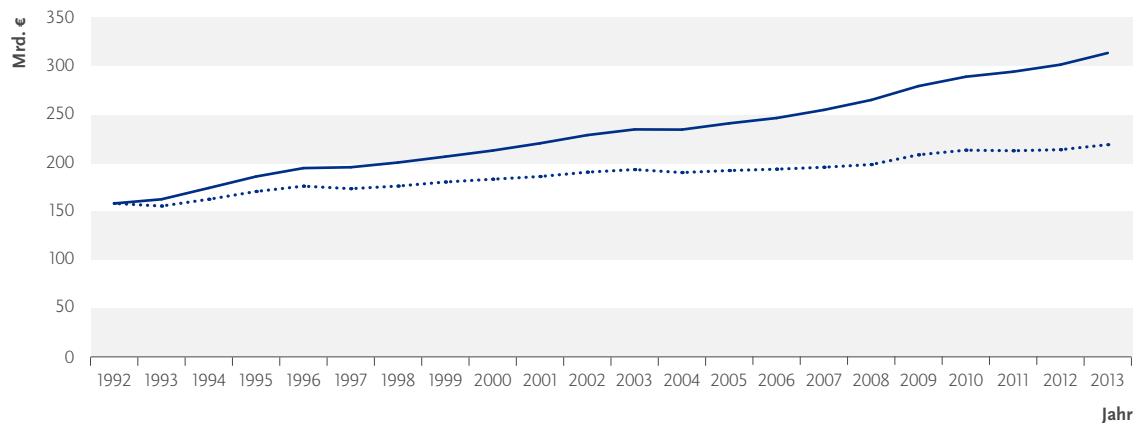
6.2.1 GESUNDHEITSAUSGABEN INSGESAMT

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 314,9 Milliarden Euro für Gesundheit in Deutschland ausgegeben. 308,5 Milliarden entfielen auf die laufenden Gesundheitsausgaben, 6,5 Milliarden wurden für Investitionen in Gebäude und Anlagegüter aufgewendet.

Seit 1992 stiegen die Gesundheitsausgaben nahezu kontinuierlich um insgesamt 156 Milliarden Euro an. Nominal, das heißt in jeweiligen Preisen, betrug der Anstieg bis 2013 über 98,1%. Jährlich stiegen die Gesundheitsausgaben im Schnitt um 3,3%. Der Verbraucherpreisindex erhöhte sich im gleichen Zeitraum um 43,2%. Die Ausgaben für Gesundheit stiegen also stärker als das Preisniveau. Dies ist kein Spezifikum des Gesundheitswesens, sondern tritt üblicherweise in dienstleistungsintensiven Wirtschaftssektoren auf. Wird der Einfluss der Inflation herausgerechnet, ergibt sich für die preisbereinigte Veränderung der Gesundheitsausgaben von 1992 bis 2013 ein Plus von 38,3% (Abb. 6.2.1).

► **Abbildung 6.2.1**
Entwicklung der
Gesundheitsausgaben
Quelle: Statistisches
Bundesamt [1], eigene
Berechnungen

..... Gesundheits-
ausgaben in
Preisen von
1992
— Gesundheits-
ausgaben
in Mrd. Euro



Innerhalb dieses Zeitraums entwickelten sich die preisbereinigten Gesundheitsausgaben zu vier Zeitpunkten vorübergehend rückläufig, was überwiegend auf ausgabenbegrenzende und ausgaben senkende Regelungen des Gesetzgebers im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zurückzuführen war. Der erste Einschnitt kam 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz. Erhöhte Zuzahlungen für Arzneimittel und Zahnersatz waren die Folge. Die Ausgaben für ärztliche, zahnärztliche und Krankenhausleistungen sowie die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen wurden für einen befristeten Zeitraum budgetiert. Darüber hinaus wurden ausgabenbegrenzende Maßnahmen im Bereich der Arzneimittelversorgung eingeführt. 1997 begrenzten das Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG) sowie das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz die Ausgaben der GKV weiter. Dies wurde vor allem durch Kürzung einiger Leistungen und höhere Zuzahlungen der Mitglieder erreicht. Der dritte Rückgang 2004 fällt mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zusammen. Es enthielt vor allem ausgabenbegrenzende Maßnahmen in den Bereichen Leistungsspektrum, Zuzahlungsregelungen, Vergütungen von Leistungserbringern sowie Verwaltungskosten der Krankenkassen. Zuletzt gingen die preisbereinigten Gesundheitsausgaben im Jahr 2011 um etwa 300 Millionen Euro zurück. Das Anfang 2011 in Kraft getretene Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz) beinhaltet eine Mischung von Maßnahmen, mit denen die Ausgaben im Bereich der GKV begrenzt und die Einnahmen stabilisiert werden sollten. Zum realen Ausgabenrückgang haben darüber hinaus das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften und das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) beigetragen. Zuvor waren die preisbereinigten Gesundheitsausgaben im Jahr 2009 im Vergleich zum Vorjahr um 5,1 % gestiegen.

6.2.2 GESUNDHEITSAUSGABEN IN RELATION ZUR WIRTSCHAFTSLEISTUNG

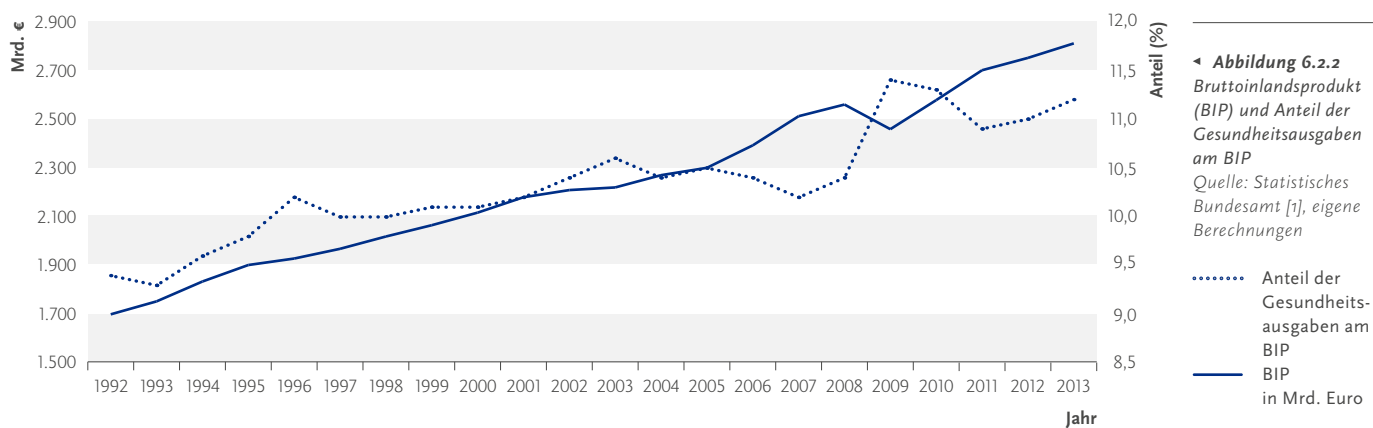
Um in komprimierter Form Auskunft über die ökonomische Bedeutung des Gesundheitswesens zu erhalten und um internationale Vergleiche zu ermöglichen, setzt man die Gesundheitsausgaben in Relation zum

Bruttoinlandsprodukt (BIP). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP gibt Hinweise auf den Beitrag des Gesundheitswesens zur Gesamtwirtschaft, zeigt aber auch auf, welcher Anteil des BIP für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit der Bürger verwendet wird.

Dabei zeigt sich, dass die Menschen in Deutschland nicht nur nominal sondern auch in Relation zur Wirtschaftsleistung und zu ihren Verdiensten mehr Geld für ihre Gesundheit ausgeben als früher. Proportional zum BIP fällt die Entwicklung der Gesundheitsausgaben zwar unregelmäßig aus, dennoch ist ein ansteigender Trend zu erkennen. Die Entwicklung seit 1992 lässt sich grob in fünf Abschnitte einteilen. Bis 1995 bewegte sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP noch unter 10 %. Darauf folgte ein langer Zeitraum, zwischen den Jahren 1996 und 2008, in denen er zwischen 10 % und 11 % pendelte. Von 2008 bis 2009 stieg der Anteil überdurchschnittlich von 10,4 % auf 11,4 %. Letzteres ist vor allem auf den Rückgang des BIP bei weiter ansteigenden Gesundheitsausgaben im Zuge der Wirtschaftskrise zurückzuführen. Schließlich folgte bis 2011 ein erneuter Rückgang des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP auf 10,9 %, danach stieg dieser bis 2013 leicht auf 11,2 %. Im gesamten Zeitraum seit 1992 wuchs der Anteil somit um 1,8 Prozentpunkte (Abb. 6.2.2).

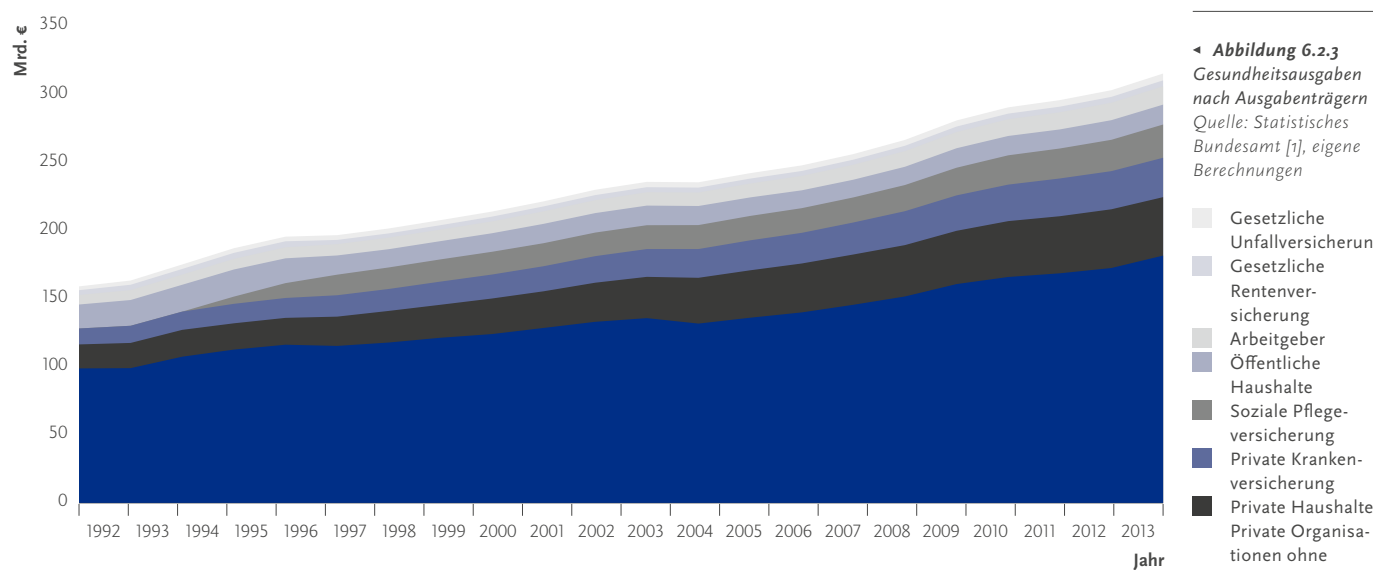
Auch in Relation zu den Löhnen sind die Gesundheitsausgaben deutlich gestiegen. 1992 lagen die Gesundheitsausgaben bei 1.970 Euro je Einwohner pro Jahr oder entsprechend bei 1,1 Bruttomonatslöhnen. Bis 2013 stiegen die Gesundheitsausgaben je Einwohner pro Jahr um 98,5 % auf 3.910 Euro oder entsprechend auf etwa 1,5 durchschnittliche Bruttomonatslöhne in Höhe von 2.572 Euro. In Relation zum verfügbaren Einkommen der Haushalte stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben in diesem Zeitraum von 14,8 % auf 19,1 %.

Im Vergleich mit anderen EU-Staaten liegt Deutschland hinsichtlich der Gesundheitsausgaben unter den Ländern mit den höchsten Ausgaben. Dies betrifft sowohl den Anteil entsprechender Ausgaben am BIP als auch die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit [6] (siehe Kapitel 10.5). Während einige Länder wie z. B. Griechenland auch im Bereich der Gesundheitsausgaben sehr stark von den Auswirkungen der Finanzkrise betroffen waren, waren die dadurch entstandenen negativen Entwicklungen in Deutschland in weitaus geringerem Ausmaß zu beobachten.



◀ **Abbildung 6.2.2**
Bruttoinlandsprodukt (BIP) und Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP
Quelle: Statistisches Bundesamt [1], eigene Berechnungen

- Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP
- BIP in Mrd. Euro



◀ **Abbildung 6.2.3**
Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern
Quelle: Statistisches Bundesamt [1], eigene Berechnungen

- Gesetzliche Unfallversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Arbeitgeber
- Öffentliche Haushalte
- Soziale Pflegeversicherung
- Private Krankenversicherung
- Private Haushalte / Private Organisationen ohne Erwerbszweck
- Gesetzliche Krankenversicherung

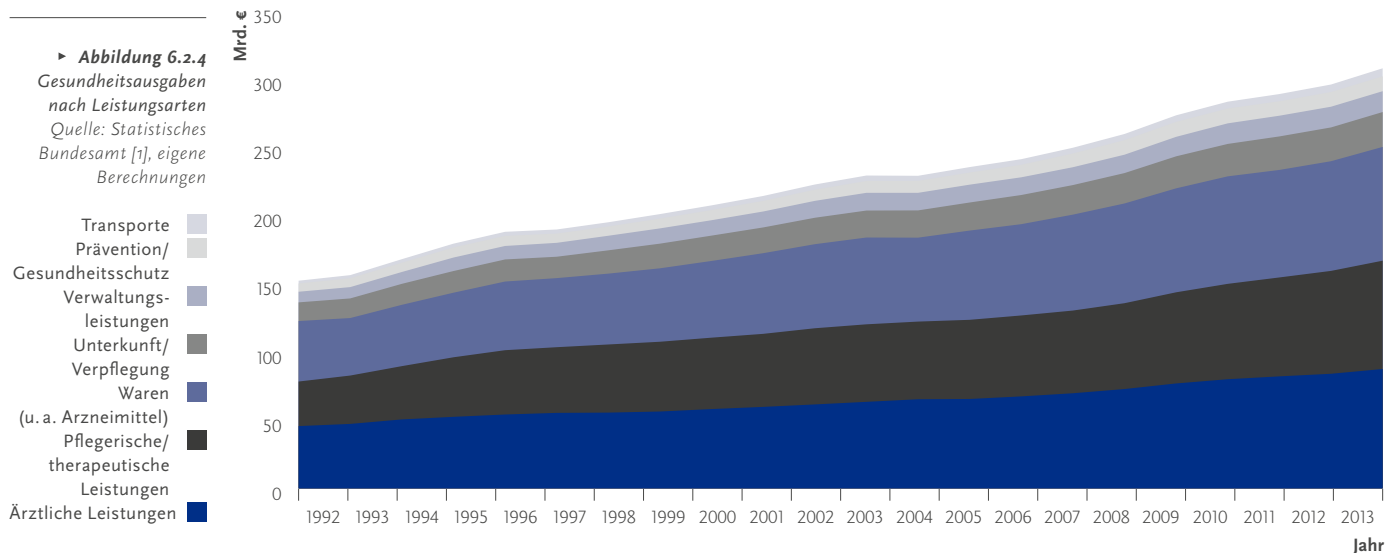
6.2.3 GESUNDHEITSAUSGABEN NACH AUSGABENTRÄGERN

Eine Vielzahl von Ausgabenträgern kommt in Deutschland für die Leistungen im Gesundheitswesen auf. Dazu zählen die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung ebenso wie die private Krankenversicherung, die öffentlichen und privaten Haushalte, die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (karitative Organisationen) und die Arbeitgeber. Im Folgenden werden die laufenden Gesundheitsausgaben einschließlich Investitionen aufgeführt, d. h. die Ausgaben für Einkommensleistungen, Forschung und Ausbildung des erweiterten Bereichs sind nicht enthalten. Der größte Teil der Mittel wird von der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgegeben. 2013 beliefen sich diese Ausgaben (ohne Einkommensleistungen) auf 181,5 Milliarden Euro oder 57,6 % der gesamten Gesundheitsausgaben; an zweiter Stelle standen die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck mit 42,9 Milliarden Euro (13,6 %). Auf die privaten Krankenversicherungen entfielen 28,9 Milliarden Euro (9,2 %), auf die soziale Pflegeversicherung 24,4 Milliarden Euro (7,7 %) und auf die öffentlichen Haushalte 14,6 Milliarden Euro (4,6 %).

Zwischen 1992 und 2013 blieb die Gesetzliche Krankenversicherung mit einer Steigerung um 2,9 %

pro Jahr nahe an der durchschnittlichen Zuwachsrate aller Ausgabenträger von 3,3 %. 2004 sanken die Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung erstmals deutlich gegenüber dem Vorjahr um insgesamt 4,0 Milliarden Euro. Durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurden in diesem Zeitraum Leistungen wie nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nur noch in Ausnahmefällen erstattet. Gleichzeitig wurden die Zuzahlungen der gesetzlich Krankenversicherten erhöht und ausgabenbegrenzende Regelungen bei Leistungserbringern und Krankenkassen eingeführt. In den Jahren 2010 bis 2012 führten gesetzliche Maßnahmen zu einer Dämpfung der Ausgabenentwicklung. Die Ausgaben der GKV nahmen nur um vergleichsweise geringe 2,0 % zu. 2012 bis 2013 stiegen die Ausgaben dagegen um 5,3 % an, da unter anderem die entfallenen Eigenanteile der Patienten aufgrund der Abschaffung der Praxisgebühr zu höheren Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für ärztliche und zahnärztliche Behandlung führten (Abb. 6.2.3).

Die höchsten Zuwachsraten bei den Gesundheitsausgaben trugen die privaten Haushalte und die private Krankenversicherung. Von 1992 bis 2002 stiegen die Ausgaben der privaten Krankenversicherung im Schnitt um 5,2 % pro Jahr, die Ausgaben der privaten Haushalte



um 5,0%. Seit 2003 fielen die Steigerungen mit 4,4% bei den privaten Haushalten sowie 3,9% bei der privaten Krankenversicherung pro Jahr moderater aus. Dagegen sind die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte in den letzten 20 Jahren um 3,1 Milliarden Euro (17,3%) auf 14,6 Milliarden in 2013 gesunken. 2013 entsprachen die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte in etwa dem Niveau von 1997 (Abb. 6.2.3).

Diese Einsparungen sind zum einen auf Reformen der Gesundheitspolitik zurückzuführen, welche die öffentlichen Haushalte entlasten sollten, zum anderen auch auf deutliche Umverteilungen, die mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995 begannen. Auch geht seit einigen Jahren die Höhe der Fördermittel zurück, welche die Länder im Rahmen ihrer rechtlichen Verpflichtungen für Investitionen der Krankenhäuser bereitstellen. Diese machten 2011 etwa 18,9% der Ausgaben der öffentlichen Haushalte aus. Zwischen 2001 und 2011 sind die Investitionen der Länder in die Krankenhäuser um über 20% gesunken. Die Verschiebung der Ausgaben zwischen den Ausgabenträgern ist auch ein Spiegel der veränderten Finanzierungsstrukturen (siehe Kapitel 6.1).

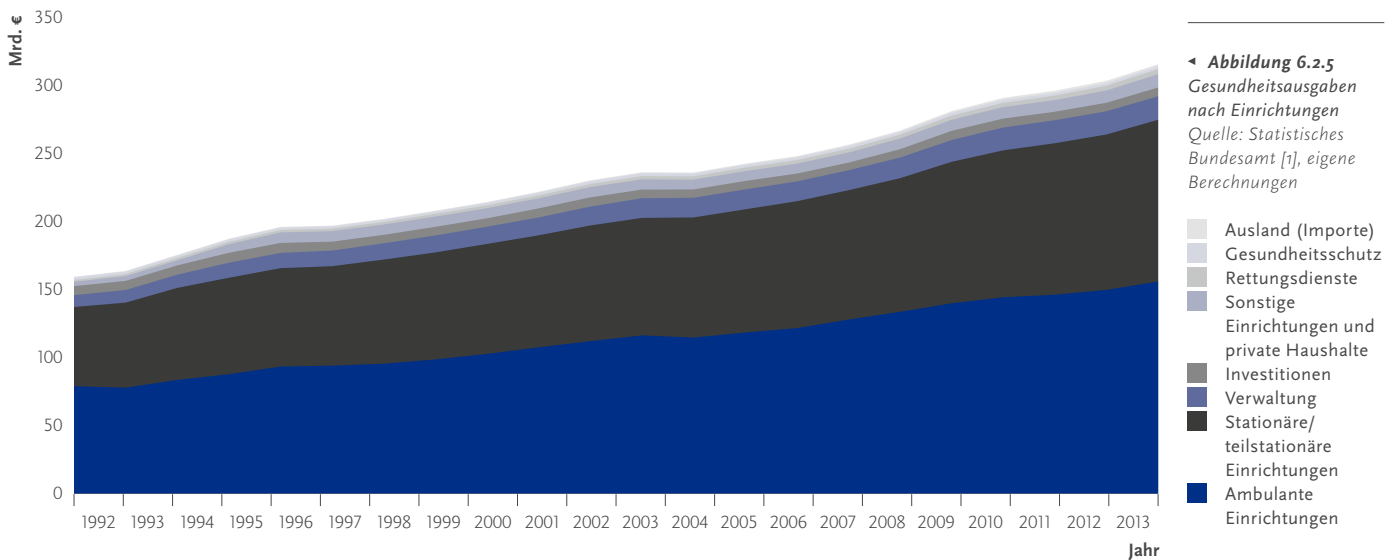
6.2.4 GESUNDHEITSAUSGABEN NACH LEISTUNGSARTEN

Gesundheitsausgaben werden für bestimmte Leistungsarten getätigt. Zu den wichtigsten zählen ärztliche und pflegerische Leistungen, Ausgaben für Waren, darunter Arzneimittel, sowie Verwaltungsausgaben und Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz. Mit 87,6 Milliarden Euro entfielen 2013 auf ambulant und stationär erbrachte ärztliche Leistungen die höchsten Gesundheitsausgaben. Es folgten mit 83,5 Milliarden Euro Ausgaben für Waren, von denen 47,8 Milliarden Euro oder 15,2% der Gesundheitsausgaben auf Arzneimittel entfielen. Für pflegerische Leistungen wurden im Jahr 2013 mit 58,8 Milliarden Euro 18,7% der Gesundheitsausgaben verwendet. Sie haben damit den größten Anteil in der Kategorie der pflegerischen und therapeu-

tischen Leistungen. Die Ausgaben für Verwaltung (vor allem Personalausgaben) sowie Prävention und Gesundheitsschutz lagen weit darunter (Abb. 6.2.4).

Zwischen 1992 und 2013 stiegen die Ausgaben für pflegerische und therapeutische Leistungen am stärksten. Sie nahmen um 46,8 Milliarden Euro oder um 4,3% pro Jahr zu. Die Ausgaben für ärztliche Leistungen stiegen im selben Zeitraum um insgesamt 41,9 Milliarden Euro bzw. um 3,1% pro Jahr (Abb. 6.2.4). Innerhalb der ärztlichen Leistungen machten 2013 die Sonderleistungen – also insbesondere fachärztliche Leistungen z. B. in der Chirurgie, der Inneren Medizin oder der Augenheilkunde – mit 46,2 Milliarden Euro den größten Anteil aus. Sie lagen nahezu doppelt so hoch wie ärztliche Grundleistungen (24,8 Milliarden Euro) wie Beratung, das Ausstellen von Rezepten und Untersuchungen. Dieser Unterschied zwischen Grund- und Sonderleistungen wächst seit 1992 stetig an. So stiegen die Ausgaben für Sonderleistungen mit einem Zuwachs von 25,4 Milliarden Euro seit 1992 etwa dreimal so stark an wie jene für Grundleistungen.

Die Ausgaben für Arzneimittel haben seit 2003 mit einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 2,6% um insgesamt 10,7 Milliarden Euro zugenommen. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurde für das Jahr 2004 der Herstellerabschlag für alle verschreibungspflichtigen Nichtfestbetrags-Arzneimittel erhöht. Weiterhin wurden die Zuzahlungen bei Arzneimitteln für GKV-Versicherte erhöht und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nur noch in Ausnahmefällen erstattet. Die Ausgaben für Arzneimittel sanken dadurch im Jahr 2004 erstmals seit 1993. Das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) führte 2006 unter anderem einen zweijährigen Preisstopp für Arzneimittel ein und schlug sich in diesem Jahr in nahezu konstanten Arzneimittelausgaben nieder. 2011 sanken die Ausgaben für Arzneimittel erstmals wieder um insgesamt 1,2 Milliarden Euro. Ausgelöst wurde dies insbesondere durch den zum 1. August 2010 vorübergehend bis 31.12.2013 von 6% auf 16% erhöhten Herstellerabschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Festbe-



trag. Teilweise hatten die gesetzlichen Regelungen des Arzneimittelmarktes also kostendämpfende Wirkung, konnten den Ausgabenanstieg aber nicht dauerhaft stoppen. Nachdem erste Auswirkungen sichtbar wurden, kam es in den Jahren 2005, 2007 bis 2010 und nach 2012 wieder zu erneuten Ausgabenanstiegen.

6.2.5 GESUNDHEITSAUSGABEN NACH EINRICHTUNGEN

Gesundheitsleistungen werden in einer Vielzahl an Einrichtungen erbracht. Zu diesen zählen stationäre und teilstationäre Einrichtungen, darunter Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie ambulante Einrichtungen wie Arztpraxen, Apotheken oder Praxen von Heilmittelerbringern. Ein Teil der Gesundheitsleistungen fließt zudem in Bereiche, in denen keine Gesundheitsleistungen an sich erbracht werden. Hierzu zählen die Verwaltung, Importe aus dem Ausland oder auch Investitionen.

Auf die stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen entfielen 2013 insgesamt 87,1 % der Gesundheitsausgaben. Vom verbleibenden Rest gingen etwa 17,2 Milliarden Euro oder 5,5 % in die Verwaltung. Insgesamt übertrifft die Summe der Ausgaben in allen ambulanten Einrichtungen die Ausgaben aller stationären und teilstationären Einrichtungen. Für 2013 summiert sich dies auf 155,5 Milliarden Euro in ambulanten und 118,7 Milliarden Euro in stationären und teilstationären Einrichtungen. Unter den stationären und teilstationären Einrichtungen dominierten 2013 Ausgaben für Leistungen in Krankenhäusern mit 82,4 Milliarden Euro oder 26,1 % aller Gesundheitsausgaben. Die in Arztpraxen erbrachten Leistungen und die in Apotheken abgegebenen Waren sind mit 46,4 und 41,8 Milliarden Euro für die höchsten Gesundheitsausgaben des ambulanten Sektors verantwortlich.

Im Zeitverlauf zeigen die Gesundheitsausgaben seit 1992 einen Anstieg der Ausgaben in ambulanten Einrichtungen um 97,6 % (76,8 Milliarden Euro) und in stationären/teilstationären Einrichtungen um 104,3 % (60,6

Milliarden Euro). Ein Teil dieses Ausgabenanstieges ist auf deutlich überdurchschnittliche Zuwachsraten in der ambulanten und (teil-)stationären Pflege zurückzuführen. Dieser ist mit der Einführung der Pflegeversicherung und mit der steigenden Anzahl an Pflegebedürftigen zu erklären. Die ambulante Pflege verzeichnete im betrachteten Zeitraum einen Zuwachs von 347,6 % auf 12,3 Milliarden Euro. Die stationäre/teilstationäre Pflege stieg im gleichen Zeitraum um 183,8 % auf 17,9 Milliarden Euro. Damit hat sich der Anteil der ambulanten Pflege an den gesamten Gesundheitsausgaben von 1,7 % auf 3,9 % mehr als verdoppelt. Nominal geht der Ausgabenanstieg in den stationären Einrichtungen mit 39,7 Milliarden Euro (93,2 %) hauptsächlich auf die Krankenhäuser zurück. Im ambulanten Bereich verursachten Apotheken mit einem Plus von 18,6 Milliarden Euro (80,0 %) und Arztpraxen mit einem Plus von 23,7 Milliarden (104,1 %) die höchsten absoluten Mehrausgaben zwischen 1992 und 2013 (Abb. 6.2.5).

Im Zeitraum nach 2003 wuchsen die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben mit 2,9 % nur noch moderat. Dies ging mit einigen politischen Maßnahmen einher. So sanken 2004 die Ausgaben für Leistungen der Apotheken um 1,4 Milliarden und im Gesundheitshandwerk sowie -einzelhandel um 1,5 Milliarden Euro, da mit dem Gesetz zur Modernisierung der GKV (GMG) Zuzahlungsregelungen für gesetzlich Versicherte eingeführt und bestimmte Leistungen nur noch in Ausnahmefällen von der Krankenkassen erstattet wurden. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) wurde 2006 ein zweijähriger Preisstopp für Medikamente zu Gunsten der GKV eingeführt. Dadurch gingen die Ausgaben in Apotheken um einmalig 300 Millionen Euro zurück. Im Jahr 2011 sanken die Ausgaben in Apotheken neuerlich um 1,2 Milliarden Euro. Ab August 2010 wurden ausgabenwirksame gesetzgeberische Maßnahmen im Arzneimittelbereich eingeführt, mit denen u. a. ein zeitlich befristetes Preismoratorium und vorübergehend höhere Rabatte für Hersteller verschreibungspflichtiger nicht festbetragsgebundener Medikamente verbunden waren.



INFOBOX 6.2

KRANKHEITSKOSTENRECHNUNG (KKR)

Unter Krankheitskosten versteht man die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen Ausgaben. Hierzu zählen auch sämtliche Verwaltungskosten. Nichtmedizinische Aufwendungen, zum Beispiel für private Arztfahrten, oder die unentgeltliche Pflege von Angehörigen bleiben dagegen unberücksichtigt. Die Krankheitskosten werden nach Erkrankung, Alter, Geschlecht und Einrichtung des Gesundheitswesens aufgeschlüsselt. Dadurch lässt sich beispielsweise auf die ökonomische Bedeutung einzelner Leiden oder den Einfluss des demografischen Wandels auf die Ausgabenstruktur schließen.

Die Krankheitskostenrechnung gehört zu den gesundheitsbezogenen Rechensystemen des Statistischen Bundesamtes. Als sekundärstatistisches Rechenwerk speist sie sich aus einer Vielzahl von Datenquellen. Dazu gehören unter anderem die Krankenkassen, die Rentenversicherung, Forschungsinstitute, Melderegister und die Statistiken des Bundes. Zur Bestimmung der Krankheitskosten werden die aus der Gesundheitsausgabenrechnung bekannten Werte mittels geeigneter Schlüssel aufgliedert.

Orientiert man sich bei der Ermittlung der Kosten von Krankheiten an dem in der Volkswirtschaftslehre vorherrschenden Kostenbegriff, stößt man schnell an methodische Probleme. Kosten bezeichnen in der Regel den mit Marktpreisen bewerteten Einsatz von Produktionsfaktoren bei der Herstellung von Waren und Dienstleistungen. Bei den im Gesundheitswesen vorzufindenden Preisen handelt es sich jedoch nur selten um wirkliche Marktpreise, sondern überwiegend um Verhandlungs- oder administrativ festgelegte Preise.

Ausgangspunkt der Krankheitskostenrechnung ist deshalb 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 Gesundheitsausgabenrechnung beziehungsweise den dieser Rechnung zu Grunde liegenden Datenquellen entnommen werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Investitionen wegen der schwierigen Zuordnungsproblematik nicht einzelnen Krankheiten zugewiesen werden. Die insgesamt in der KKR nachgewiesenen »Kosten« sind deshalb niedriger als die in der Gesundheitsausgabenrechnung nachgewiesenen Gesamtgesundheitsausgaben.

6.3

KRANKHEITSKOSTEN

Die Krankheitskostenrechnung (KKR) des Statistischen Bundesamtes gliedert die Kosten nach den Erkrankungen, zu deren medizinischer Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme sie aufgewendet wurden (Infobox 6.2). Auf dieser Basis lässt sich die wirtschaftliche Bedeutung einzelner Krankheitsgruppen beurteilen. Die KKR ist damit insbesondere für verteilungspolitische Fragestellungen und die Prävention kostenintensiver Erkrankungen von Relevanz. Sie wurde zuletzt für das Berichtsjahr 2008 aktualisiert.

Für das Jahr 2008 wurden Krankheitskosten in Höhe von etwa 254 Milliarden Euro ausgewiesen. Den größten Kostenpunkt bildeten mit 14,5 % die Krankheiten des Kreislaufsystems. Damit entfiel etwa jeder siebte Euro auf die Behandlung einer solchen Erkrankung. Krankheiten des Verdauungssystems folgten mit 13,7 % auf dem zweiten Platz. An dritter Stelle standen psychische und Verhaltensstörungen mit 11,3 % der Krankheitskosten und knapp dahinter Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 11,2 % (Tab. 6.3.1).

Die geschlechtsspezifische Betrachtung der Krankheitskosten zeigt, dass bei Männern wie bei Frauen mit 16,5 % bzw. 13,0 % der höchste Kostenanteil 2008 auf die Krankheiten des Kreislaufsystems entfiel. In absoluten Werten entsprach dies 18,2 Milliarden Euro bei den Männern und 18,7 Milliarden Euro bei den Frauen. Bei den Männern dominierte daneben die Gruppe der Krank-

heiten des Verdauungssystems mit 15,5 % der Krankheitskosten (17,1 Milliarden Euro). Frauen wiesen hier einen geringeren Anteil von 12,3 % auf (17,7 Milliarden Euro). Weitere dominante Krankheiten bei den Frauen waren psychische und Verhaltensstörungen (12,5 %) sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (12,4 %). Bei den Männern machen diese Positionen mit 9,6 % sowie 9,7 % einen geringeren Anteil der Krankheitskosten aus. An fünfter Stelle folgten bei Männern und Frauen die Neubildungen mit 8,0 % beziehungsweise 6,4 % der Krankheitskosten des jeweiligen Geschlechts. Die Krebserkrankung mit den anteilig höchsten Kosten bei den Männern waren 2008 bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane sowie Neubildungen der Genitalorgane, insbesondere der Prostata. Die kostenintensivste Krebserkrankung der Frauen war 2008 der Brustkrebs.

Auf Frauen entfallen im Schnitt höhere Krankheitskosten als auf Männer. 2008 betrug deren Anteil an den gesamten Krankheitskosten 56,6 %. Der Unterschied zu den Männern machte in diesem Jahr 33,7 Milliarden Euro aus. Die höheren Krankheitskosten der Frauen lassen sich auf mindestens drei Ursachen zurückführen. Der Hauptgrund liegt in der höheren Lebenserwartung und den damit verbundenen Mehrkosten im Alter. 2008 lebten in Deutschland 2,6 Millionen mehr Frauen als Männer im Alter von über 64 Jahren.

Allein durch diesen Unterschied in der Altersstruktur lassen sich mit 20,1 Milliarden Euro etwa zwei Drittel der Differenz in den Gesundheitsausgaben von Männern und

DIAGNOSEN		2002	2004	2006	2008
Alle Diagnosen		218.768	224.970	236.524	254.280
A00–T98	Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	213.792	219.329	230.071	246.149
I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	33.587	33.454	35.410	36.973
K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	31.372	33.467	32.604	34.814
M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	24.440	25.257	26.648	28.545
F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	23.318	24.735	26.753	28.654
C00–D48	Neubildungen	13.837	15.667	17.134	18.078
E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	11.949	11.939	12.799	13.709
J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	11.402	11.621	12.051	13.189
R00–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	10.908	10.409	11.217	13.134
G00–G99	Krankheiten des Nervensystems	10.583	10.858	11.485	12.512
S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	10.246	10.868	11.512	12.581
N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	8.788	8.618	8.777	8.981
H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	6.835	5.960	6.509	6.841
A00–B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3.749	3.873	4.045	4.462
L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	3.597	3.606	3.703	3.957
O00–O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	3.555	3.056	3.079	3.044
H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	2.381	2.475	2.525	2.560
Z30–Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen	1.763	1.647	1.678	2.148
Q00–Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1.311	1.358	1.466	1.658
D50–D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	1.122	1.168	1.292	1.340
P00–P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	813	941	1.061	1.116

◀ **Tabelle 6.3.1**
Krankheitskosten in
Millionen Euro
Quelle: Statistisches
Bundesamt 2010 [4],
eigene Berechnungen

Frauen im Jahr 2008 erklären. Weiterhin entstehen bei Frauen Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Reproduktion. Die dazugehörigen Positionen der Krankheitskostenrechnung machten 2008 einen Unterschied von 4,7 Milliarden Euro aus. Letztlich sind für die Erklärung der Differenz in den Krankheitskosten zwischen Männern und Frauen auch die Pflegekosten relevant. Männer werden häufig in höherem Alter von ihren Frauen versorgt. Für die Frauen in fortgeschrittenem Alter muss nach dem Tod des Partners häufiger eine Pflegeeinrichtung sorgen (siehe Kapitel 5.4). Die außerhalb der Pflegeversicherung durch die Frauen für ihre Männer erbrachten Pflegeleistungen werden in der KKR nicht erfasst. Dadurch fallen die Krankheitskosten von Männern ab 85 Jahren deutlich geringer aus als jene der Frauen. Bei den über 84-Jährigen verzeichnete 2008 ein Mann durchschnittlich 11.920 Euro an Krankheitskosten, eine Frau dagegen 15.870 Euro. Rechnet man aus den Krankheitskosten jene Ausgaben heraus, die durch die höhere Lebenserwartung der Frauen durch Schwangerschaft und Geburt sowie durch geschlechtsspezifische Erkrankungen bedingt sind, finden sich zwischen den durchschnittlichen Aufwendungen für Frauen und Männer kaum noch Unterschiede.

Hinzu kommt, dass die Krankheitskosten von Frauen und Männern nach und nach konvergieren. Insgesamt stiegen die Krankheitskosten zwischen 2002 und 2008 von 218,8 Milliarden Euro auf 254,3 Milliarden Euro. Die Krankheitskosten der Frauen nahmen mit einem Plus von 15,5 Milliarden Euro um 11,9 % zu, während die der Männer anteilig mit einem Zuwachs um 20,3 Milliarden Euro

um 22,5 % nahezu doppelt so stark anstiegen. Dadurch verringert sich nach und nach die bestehende Differenz zwischen den Krankheitskosten der Männer und der Frauen. Hierin spiegelt sich die bei Männern schneller ansteigende Lebenserwartung. Lag die Differenz der Lebenserwartung bei Geburt zwischen Männern und Frauen 1993 noch bei etwa 6,5 Jahren, so ist sie 2011 auf 5 Jahre geschrumpft. Die mittlere Zahl an Lebensjahren, in denen Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden können, steigt bei Männern also schneller als bei Frauen und führt zu stärkeren Kostensteigerungen. In der Zusammenschau bleibt festzuhalten, dass nominal bei Frauen deutlich höhere Krankheitskosten anfallen als bei Männern. Diese sind jedoch einerseits durch geschlechtsspezifische Versorgungsbedarfe erklärbar. Zum anderen ist vor dem Hintergrund langfristiger gesellschaftlicher und demographischer Entwicklungen mit einer weiteren Annäherung der Krankheitskosten von Frauen und Männern zu rechnen.

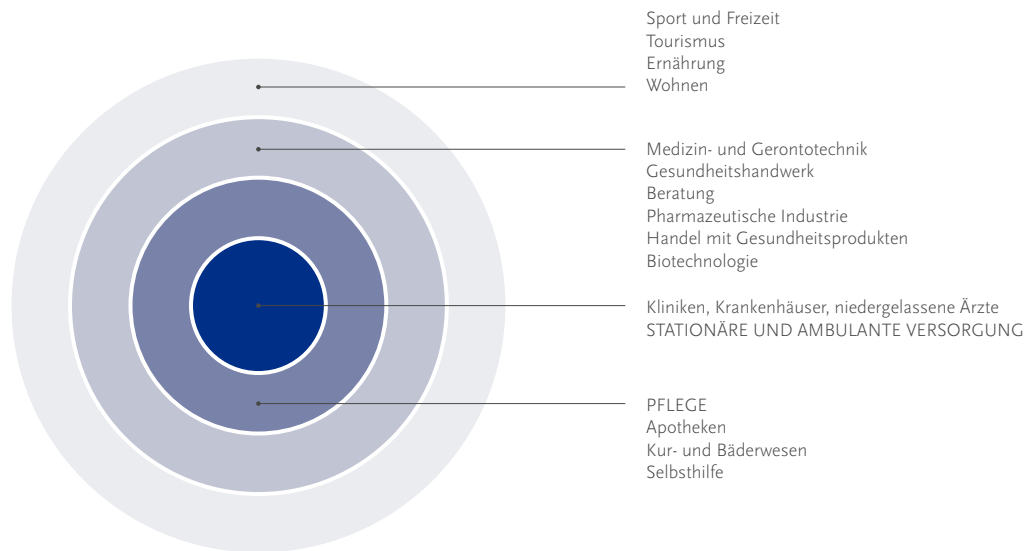
6.3
6.4

6.4 WERTSCHÖPFUNG IM GESUNDHEITSWESEN

6.4.1 DAS KONZEPT DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Während die Gesundheitsausgabenrechnung aus einer Ausgabenperspektive den Endverbrauch von Leistungen und Waren im Gesundheitswesen misst, also maßgeblich die Umsätze betrachtet, bezieht die Wert-

► **Abbildung 6.4.1**
Modell der
Gesundheitswirtschaft
Quelle: eigene
Darstellung nach [7, 8]



schöpfungsperspektive alle Aktivitäten ein, die in der Wertschöpfungskette der Gesundheitswirtschaft relevant sind. Durch die Abgrenzung von Vorleistungen die in anderen Wirtschaftseinheiten getätigt wurden, lässt sich in der Wertschöpfungsperspektive die namensgebende Bruttowertschöpfung als zentrales Maß der Gesundheitswirtschaft quantifizieren. Die Bruttowertschöpfung beschreibt den finanziellen Mehrwert, den eine Wirtschaftseinheit aus ihren Aktivitäten erzeugt. Die Wertschöpfungsperspektive entfernt sich also von der Betrachtung der Gesundheitswirtschaft als Ausgabenfaktor und ermöglicht es, ihre positiven Effekte auf die Gesamtwirtschaft als Wachstums- und Beschäftigungstreiber zu sehen.

Um die Wertschöpfung des Wirtschaftszweiges Gesundheit – also der Gesundheitswirtschaft – abbilden zu können, muss das Gesundheitswesen, das in der Gesundheitsausgabenrechnung untersucht wird, um Komponenten anderer Wirtschaftszweige erweitert werden. Hier werden Vorleistungen mit einbezogen und vor allem der Entwicklung genüge getan, dass Gesundheit zunehmend als ein alle Lebensbereiche umfassender Faktor betrachtet wird. Für die Bestimmung der Gesundheitswirtschaft spielt weiterhin eine Rolle, dass insbesondere in den vergangenen zehn Jahren die Bedeutung von Gesundheitsbereichen immer größer geworden ist, die außerhalb des klassischen Gesundheitswesens liegen.

Zur Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft wird häufig das »Zwiebel-« oder Schichtenmodell des Instituts für Arbeit und Technik (IAT) verwendet (Abb. 6.4.1).

Dabei entspricht der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft dem, was üblicherweise unter dem Gesundheitswesen verstanden wird. Dieser Kernbereich umfasst vor allem die personalintensiven ambulanten und stationären Einrichtungen wie Krankenhäuser und Arztpraxen, die direkt darüber liegende Schicht auch Pflegeeinrichtungen, Apotheken oder Selbsthilfeorganisationen. In der dritten Schicht finden sich die wirtschaftlichen Akteure aus dem produzierenden Gewerbe, dem Handel und dem Dienstleistungsbereich, die im engeren und weiteren Sinne im Gesundheitswesen tätig sind. Die

äußere Schicht umfasst Bereiche mit Aktivitäten, welche nicht an der gesundheitlichen Versorgung beteiligt sind, aber dennoch einen wichtigen Bezug zur Gesundheit haben – zum Beispiel Wellness, Sport und Freizeit, Ernährung und Gesundheitstourismus [9].

6.4.2

UNTERSCHIEDE UND GEMEINSAMKEITEN DER GESUNDHEITSAUSGABENRECHNUNG UND DER GESUNDHEITSÖKONOMISCHEN GESAMTRECHNUNG

Die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) des Statistischen Bundesamtes erfasst die jährlichen Ausgaben für Gesundheit (Infobox 6.1). Damit können wichtige Entwicklungen im Leistungsgeschehen des Gesundheitswesens analysiert werden. Allerdings trifft die Gesundheitsausgabenrechnung keine Aussage über die Wertschöpfung, die durch die Ausgaben generiert wird. Dies wird in der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung (GGR), einem Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, geleistet.

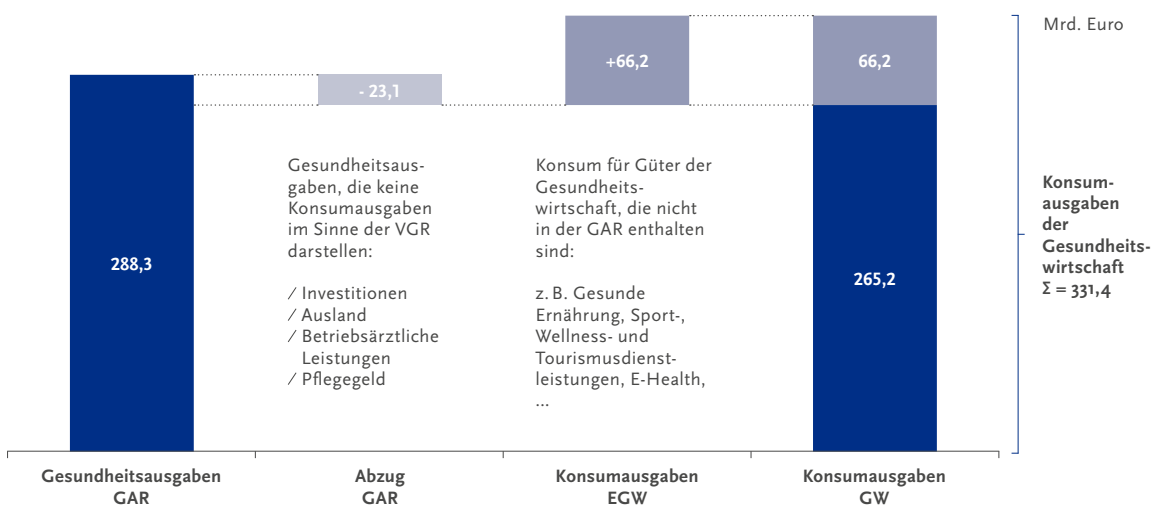
Zwischen der Gesundheitsausgabenrechnung und der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung gibt es also einige wichtige Unterschiede wie auch Gemeinsamkeiten. Während die Gesundheitsausgabenrechnung den Endverbrauch von Waren und Dienstleistungen nach den Vorgaben des System of Health Accounts erfasst, orientiert sich die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung an der Methodik der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und nimmt eine andere Abgrenzung des Gesundheitsbereichs vor. Dadurch geht der Gesundheitsbereich der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung, nachfolgend Gesundheitswirtschaft (GW) genannt, über den Gesundheitsbereich der Gesundheitsausgabenrechnung hinaus.

Die Gesundheitswirtschaft wird – ähnlich wie im so genannten Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft – in einen Kernbereich (KGW) und einen erweiterten Bereich (EGW) unterschieden. Der Kernbereich ist weitestgehend identisch mit dem Gesundheitsbereich der

GÜTERGRUPPEN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT			
Nr.	Kernbereich	Nr.	Erweiterter Bereich
H1 ¹	Humanarzneiwaren	E1 ¹	Waren zu eigenständigen Gesundheitsversorgung
H2 ¹	Medizinische Produkte	E2 ²	Sport-, Wellness- und Tourismusleistungen
H3 ¹	Einzelhandelsleistungen des Kernbereichs	E3*	Sonstige Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft
H4 ²	Krankenversicherungen	E4*	Investitionen
H5 ²	Dienstleistungen stationärer Einrichtungen	E5*	E-Health
H6 ²	Dienstleistungen nicht-stationärer Einrichtungen		
H7 ¹	Großhandelsleistungen des Kernbereichs		

◀ **Tabelle 6.4.1**
Gütergruppen der Gesundheitswirtschaft
Quelle: eigene Darstellung nach [5]

- 1 Wird industrieller Gesundheitswirtschaft inkl. Handel zugeordnet
2 Wird Dienstleistungen zugeordnet
* Zuordnung zu industrieller Gesundheitswirtschaft oder Dienstleistungen auf 2-Steller Ebene.



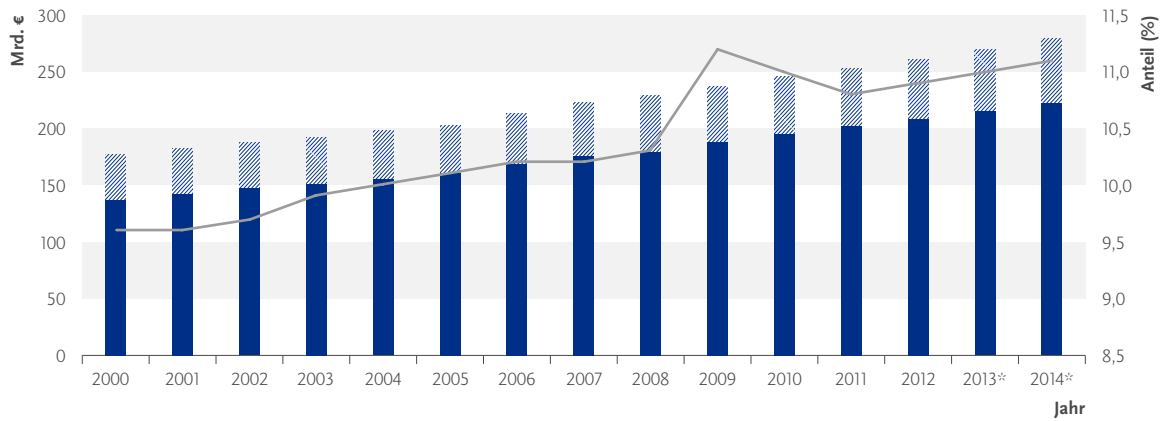
◀ **Abbildung 6.4.2**
Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsausgabenrechnung und Konsumausgaben nach Gesundheitsökonomischer Gesamtrechnung 2010
Quelle: eigene Darstellung nach [5]

Gesundheitsausgabenrechnung. Da die Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung die Konsumausgaben im Sinne der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen erfasst, müssen von den Ergebnissen der Gesundheitsausgabenrechnung die betriebsärztlichen Leistungen sowie die Ausgaben für Prävention abgezogen werden. Diese werden in der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung als Vorleistungen verbucht. Zudem wird das Pflegegeld für Pflegebedürftige in der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung nicht den Konsumausgaben sondern der Einkommensverteilung zugeordnet und die Ausgaben in der Leistungsart/ Einrichtung »Ausland« aus der Gesundheitsausgabenrechnung gelten in der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung als Importe. Außerdem sind die Investitionen zwischen Gesundheitsausgabenrechnung und Gesundheitsökonomischer Gesamtrechnung nicht vergleichbar. Auch beim Preiskonzept bestehen Unterschiede zwischen beiden Rechenwerken. Die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung werden zu Endverbrauchspreisen dargestellt, d. h. inklusive Gütersteuern, die Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung zu Herstellungspreisen. Um die Ergebnisse vergleichen zu können, müssen zu den Ergebnissen

der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung die Gütersteuern addiert werden. Die um diese Posten bereinigten Ausgaben der Gesundheitsausgabenrechnung entsprechen also den Konsumausgaben des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft (Abb. 6.4.1). Um die gesamten Konsumausgaben der Gesundheitswirtschaft zu erhalten, müssen die Konsumausgaben des erweiterten Bereichs hinzugezählt werden.

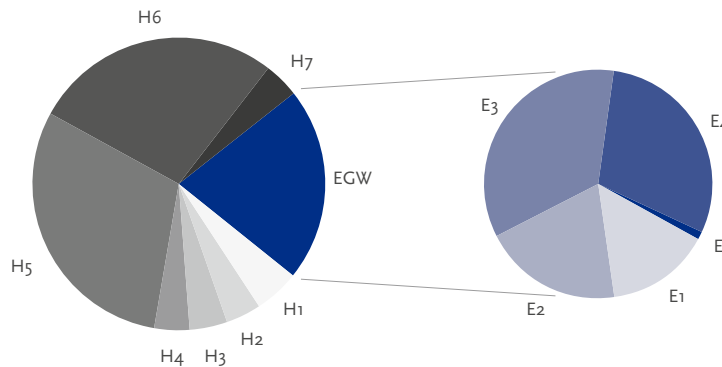
Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft ist vergleichbar mit der Klassifikation der Leistungsarten aus der Gesundheitsausgabenrechnung. Der erweiterte Bereich geht darüber hinaus. Darin fallen Waren und Dienstleistungen, die nicht in den Kernbereich gehören, jedoch nachweislich der Gesundheitsförderung und der Krankheitsvermeidung oder dem Schutz vor Verletzungen dienen. Zudem muss der Käufer die Intention haben, durch den Konsum des Gutes seine Gesundheit zu fördern, oder eine Krankheit zu vermeiden. Hinzu kommen Waren und Dienstleistungen, die eine maßgebliche Rolle für das Funktionieren der Gesundheitswirtschaft spielen, wie zum Beispiel Investitionen für Forschung und Entwicklung in der Medizin (in E4) und der Pharmaindustrie oder Leistungen von Unternehmensberatern in Krankenhäusern (in E3) (Tab. 6.4.1).

► **Abbildung 6.4.3**
Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft nach der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung
Quelle: eigene Darstellung nach [5]



* Die Angaben für 2013 und 2014 basieren auf prognostizierten Werten

► **Abbildung 6.4.4**
Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft nach Gütergruppen (Anteile)
Quelle: eigene Darstellung nach [5]



Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (KGW)

H1 Humanarzneiwaren, H2 Medizinische Produkte, H3 Einzelhandelsleistungen des Kernbereichs, H4 Krankenversicherungen, H5 Dienstleistungen stationärer Einrichtungen, H6 Dienstleistungen nicht-stationärer Einrichtungen, H7 Großhandelsleistungen des Kernbereichs

Erweiterter Bereich der Gesundheitswirtschaft (EGW)

E1 Waren zur eigenständigen Gesundheitsversorgung, E2 Sport-, Wellness- und Tourismusleistungen, E3 Sonstige Leistungen der Gesundheitswirtschaft, E4 Investitionen, E5 E-Health

6.4.3 BRUTTOWERTSCHÖPFUNG DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

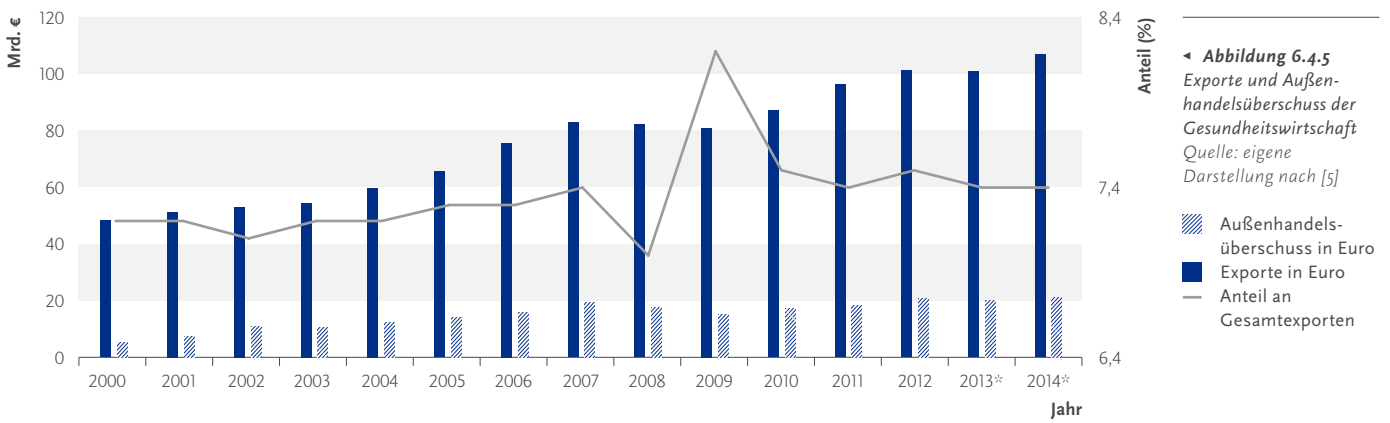
Die Bruttowertschöpfung wird durch den Abzug der Vorleistungen vom Produktionswert errechnet und umfasst damit nur den durch die Produktion erzeugten Mehrwert (Abb. 6.4.2). Im Jahr 2012 lag die Bruttowertschöpfung bei insgesamt 261 Milliarden Euro, was 10,9% der Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft ausmacht. Die Bruttowertschöpfung des Kernbereichs betrug 208 Milliarden Euro, die des erweiterten Bereichs 53 Milliarden Euro. Die Prognosen für die Jahre 2013 und 2014 lassen einen Anstieg der Bruttowertschöpfung auf 279 Milliarden Euro im Jahr 2014 erwarten. Seit dem Jahr 2000 ist die Bruttowertschöpfung um 3,3% pro Jahr gestiegen, und damit um 1,1 Prozentpunkte höher gestiegen als die der Gesamtwirtschaft (2,2%) [5]. Ebenfalls gestiegen ist der Anteil der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft an der Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft.

Das reale Wachstum der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft entwickelte sich stabiler als das der Gesamtwirtschaft. In den Jahren der Finanz- und

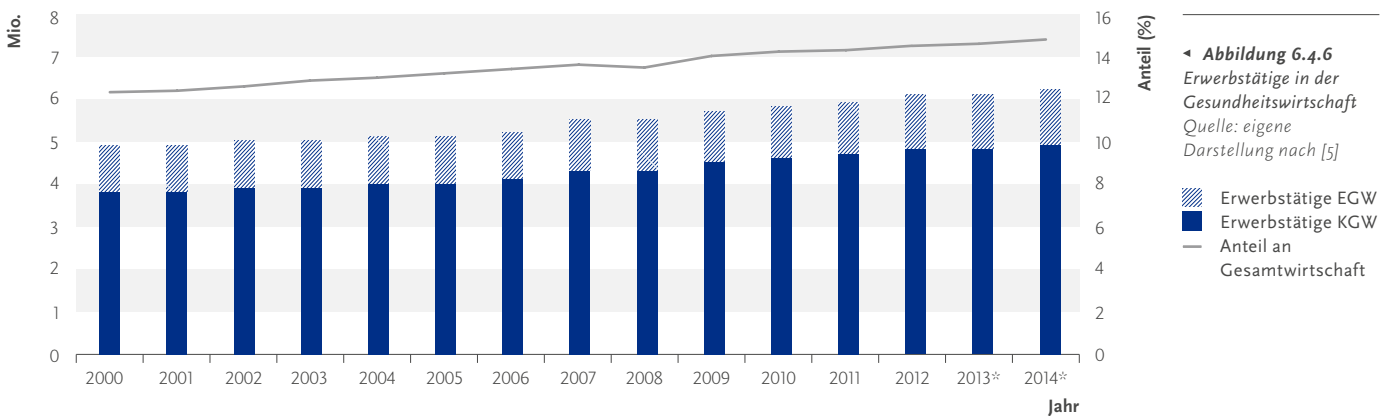
Wirtschaftskrise im Jahr 2009 war das Wachstum der Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft negativ, während die Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft ein Wachstum von 0,9% verzeichnete [5].

An der Bruttowertschöpfung des Jahres 2010 macht der erweiterte Bereich der Gesundheitswirtschaft dabei 21% der Wertschöpfung aus (Abb. 6.4.3). Der Großteil der Bruttowertschöpfung im Kernbereich entfällt auf die Dienstleistungen stationärer und teilstationärer Einrichtungen, die Gütergruppe Humanarzneiwaren steht an dritter Stelle. Im erweiterten Bereich der Gesundheitswirtschaft haben die sonstigen Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft und Investitionen den größten Anteil, gefolgt von Sport-, Wellness- und Tourismusleistungen (Abb. 6.4.4).

Die Gesundheitswirtschaft lässt sich weiter in den industriellen Gesundheitssektor und den Dienstleistungssektor unterscheiden. Dabei kommen der industrielle Teil und der Dienstleistungsbereich sowohl im Kernbereich wie auch im erweiterten Bereich vor (Tab. 6.4.1). Aufgrund der geringeren Vorleistungen erwirtschaftet der Dienstleistungsbereich im Vergleich zur industriellen Gesundheitswirtschaft eine hohe Bruttowertschöp-



* Die Angaben für 2013 und 2014 basieren auf prognostizierten Werten



* Die Angaben für 2013 und 2014 basieren auf prognostizierten Werten

fung. So lag die Wertschöpfungsquote im industriellen Gesundheitssektor bei 24,5%, im Dienstleistungssektor bei 66,7%. Die Bruttowertschöpfung des industriellen Gesundheitssektors ist seit dem Jahr 2000 um durchschnittlich 4,1% pro Jahr gestiegen, allerdings sind die Wachstumsraten im Zeitverlauf sehr schwankend. So brach die Wertschöpfung im Jahr 2008 stark ein. Die Bruttowertschöpfung im Dienstleistungssektor wuchs mit 3,3% pro Jahr zwar weniger stark, dafür waren die Wachstumsraten stabiler [5].

Mit der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung können auch die Außenhandelsbeziehungen der Gesundheitswirtschaft analysiert werden (Abb. 6.4.5). Danach haben sich die Exporte seit dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt und betragen im Jahr 2012 101,1 Millionen Euro. Der Außenhandelsüberschuss lag bei 20,7 Milliarden Euro. Während die absolute Höhe der Exporte seit dem Jahr 2000 angestiegen ist, blieb der Anteil an den Gesamtexporten mit Ausnahme der Jahre 2008 und 2009 nahezu konstant. Im Jahr 2009 stieg der Anteil der Exporte der Gesundheitswirtschaft an den Gesamtexporten auf Grund der Exportschwäche der Gesamtwirtschaft an.

6.4.4 ERWERBSTÄTIGE IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Wie die Bruttowertschöpfung ist auch die Zahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft seit dem Jahr 2000 und auch während der Finanz- und Wirtschaftskrise stetig angestiegen. Im Jahr 2012 waren in

den Abgrenzungen der GGR 6,1 Millionen Menschen in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt, davon 4,8 Millionen im Kernbereich und 1,3 Millionen im erweiterten Bereich. Dies entsprach einem Anteil von 14,5% an den Beschäftigten in der Gesamtwirtschaft, was gegenüber dem Jahr 2000 einen Anstieg um 2,2 Prozentpunkte bedeutet. Damit stieg die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigung. Auch die Prognosen für die Jahre 2013 und 2014 gehen von einem weiteren Anstieg aus (Abb. 6.4.6). Die Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes, die auf die Beschäftigten in den Einrichtungen des Gesundheitswesens im engeren Sinne (einschließlich Handel und Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens) abstellt, weist mit 5,1 Millionen Beschäftigten im Jahr 2013 eine geringere Zahl aus. Nicht enthalten sind im Gegensatz zum Konzept der Gesundheitswirtschaft hier Beschäftigte aus Bereichen wie Wellness, Sport und Freizeit, Ernährung und Gesundheitstourismus.

6.5 FAZIT

Die Gesundheitswirtschaft beschäftigte im Jahr 2012 6,1 Millionen Menschen. Ihre Bruttowertschöpfung lag bei 261 Milliarden Euro. Das Gesundheitswesen im engeren Sinne wie auch die Gesundheitswirtschaft insgesamt haben also ein beträchtliches wirtschaftliches Potenzial und werden als wichtige Wachstums- und Beschäftigungstreiber innerhalb der Gesamtwirtschaft gesehen [8, 10–12].

6.5

Je nach Sichtweise sind die Ausgaben des Gesundheitswesens aber auch ein wichtiger Kostenfaktor zu Lasten der Sozialsysteme und nicht zuletzt der Menschen in Deutschland. Im Jahr 2013 betrug das gesamte Finanzvolumen des Gesundheitswesens 422,5 Milliarden Euro. Davon schulterten die privaten Haushalte über Versicherungsbeiträge, Zuzahlungen und Direktkäufe fast die Hälfte (siehe Kapitel 6.1).

Der größte Posten unter den Gesundheitsausgaben sind ärztliche gefolgt von pflegerischen Leistungen. Den größten Finanzbedarf unter den Einrichtungen haben die Krankenhäuser. Heruntergebrochen auf Krankheitsgruppen bilden die Krankheiten des Kreislaufsystems den wichtigsten Kostenfaktor. Weitere kostenträchtige Krankheitsgruppen sind die Krankheiten des Verdauungssystems, des Muskel-Skelett-Systems, Psychische und Verhaltensstörungen sowie Neubildungen (siehe Kapitel 6.2 und 6.3).

Die Gesundheitsausgaben weisen eine steigende Dynamik auf: In Relation zur Wirtschaftsleistung sind die Gesundheitsausgaben von 1992 bis 2013 um rund 1,8 Prozentpunkte angestiegen und lagen im Jahr 2013 bei 11,2 % des Bruttoinlandsprodukts. In Relation zum verfügbaren Einkommen der Haushalte stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben von 14,8 % auf 19,1 % (siehe Kapitel 6.2). Der Gesetzgeber versucht, diese Ausgabendynamik durch verschiedene Instrumente zu dämpfen. Gesetzliche Maßnahmen wie beispielsweise das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes bremsen die Ausgabendynamik kurzfristig spürbar ab und begrenzen langfristig die Zuwachsraten.

Kosten und Wertschöpfung bilden somit zwei Seiten einer Medaille: Was aus Sicht der Gesundheitswirtschaft als Wachstum erscheint, sind aus der Perspektive der Kostenträger in erster Linie Ausgaben, die begrenzt werden sollen [13]. Politisch gilt es, zwischen beiden Blickwinkeln zu vermitteln. Schon aufgrund der demografischen Entwicklung ist das Gesundheitswesen als Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor anzusehen, dem weiterhin wachsende Bedeutung zukommt [8, 10, 11, 13]. Investitionen in Gesundheit sind auch Investitionen in einen Sektor, in dem ein gewichtiger Teil der Erwerbstätigen Beschäftigung findet. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass sich Wachstum zu Lasten der sozialen Sicherungssysteme auf medizinisch notwendige Leistungen und Innovationen mit nachgewiesenem Nutzen beschränkt.

Wachstum in der Gesundheitswirtschaft ist somit kein Selbstzweck, sondern sollte dem Gemeinwohl dienen [12–14]. Mit Blick auf die Patientinnen und Patienten ist also wichtig, dass diese mit qualitativ hochwertigen Leistungen versorgt werden, deren Wirksamkeit hinreichend erwiesen ist. Das Wachstum im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, dem Gesundheitswesen, sollte so einen ordnungspolitischen Rahmen finden, der vor allem die Interessen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt.

LITERATUR

1. Statistisches Bundesamt (2015) *Gesundheit – Ausgaben 1995 bis 2011. Fachserie 12, Reihe 7.1.2. Destatis, Wiesbaden*
2. Statistisches Bundesamt (2015) *Qualitätsbericht: Gesundheitsausgabenrechnung. Destatis, Wiesbaden*
3. Statistisches Bundesamt (2011) *Gesundheitsausgabenrechnung – Methoden und Grundlagen 2008. Destatis, Wiesbaden*
4. Statistisches Bundesamt (2010) *Gesundheit – Krankheitskosten. Fachserie 12, Reihe 7.2. Destatis, Wiesbaden*
5. Ostwald DA, Heeger D, Hesse S et al. (2014) *Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssatellitenkontos zu einer Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi), Nomos, Wiesbaden. www.nomos-shop.de/22110 (Stand: 12.10.2015)*
6. The Organisation for Economic Co-operation and Development (2015) *Health expenditure and financing. http://stats.oecd.org (Stand: 20.04.2015)*
7. Düllberg A, Fretschner R, Hilbert J (2002) *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft. Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen*
8. Goldschmidt AJW, Hilbert J (2009) *Von der Last zur Chance. Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In: Goldschmidt AJW, Hilbert J (Hrsg) Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche – Beispiele über alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland zur Gesundheitswirtschaft. WIKOM GmbH, Wegscheid*
9. Frie B, Muno K (2011) *Gesundheitswirtschaft und Wertschöpfungsansatz nach WZ 2008. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 2011(5):41-49*
10. Ranscht A, Ostwald D (2010) *Die Gesundheitswirtschaft – ein Wachstums- und Beschäftigungstreiber? In: Fischer M, Meyer S (Hrsg) Gesundheit und Wirtschaftswachstum Recht, Ökonomie und Ethik als Innovationsmotoren für die Medizin. Springer, Heidelberg, S. 31-47*
11. Böhm K (2010) *Demografischer Wandel als Chance für die Gesundheitswirtschaft. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 53(5):460-473*
12. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. SVR, Bonn*
13. Augurzky B, Felder S, van Nieuwkoop R et al. (2012) *Soziale Gesundheitswirtschaft – Impulse für mehr Wohlstand. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn*
14. Gerlinger T, Schmucker R (2011) *20 Jahre Public Health – 20 Jahre Politik für eine gesunde Gesellschaft? In: Schott T, Hornberg C (Hrsg) Die Gesellschaft und ihre Gesundheit – 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. VS Verlag, Wiesbaden S. 69-83*



Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheit in Deutschland – Einzelkapitel: Wie viel geben wir für unsere Gesundheit aus?

IMPRESSUM

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Dr. Anke-Christine Saß (verantw.)
PD Dr. Thomas Lampert
Dr. Franziska Prütz
Stefanie Seeling
Anne Starker
Dr. Lars E. Kroll
Alexander Rommel
Dr. Livia Ryl
Dr. Thomas Ziese

Redaktionsassistentz

Gisela Dugnus
Kerstin Möllerke

Bezugsquelle

E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gesundheitsbericht
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Gestaltung

SHORT CUTS GmbH, Berlin

Umschlaggestaltung

WEBERSUPIRAN.berlin

Druck

H. Heenemann GmbH & Co.KG, Berlin

ISBN 978-3-89606-225-3

DOI 10.17886/rkipubl-2015-003-6

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums
für Gesundheit