

Bernd Richter

## Zur volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens im Spiegel der amtlichen Statistik

Bestandsaufnahme und Ableitung zukünftiger Handlungsstrategien für die Entwicklung einer gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung in Sachsen

### Vorbemerkungen

#### Die Wahrnehmung des Gesundheitswesens in der Gesellschaft als Kostenfaktor

Die soziale Absicherung bei Krankheit hat in Deutschland eine lange Tradition. 1883 wurde im Rahmen der Bismarckschen Sozialgesetzgebung die Versicherungspflicht für in einem Beschäftigungsverhältnis stehende Personen eingeführt, was zur Folge hatte, dass seitdem der größte Teil der Bevölkerung im Krankheitsfall sachgerechte Hilfe in Anspruch nehmen konnte und zu einem gewissen Teil auch die durch den Arbeitsausfall eingetretenen materiellen Verluste kompensiert wurden. [1] Auch wenn sich die Organisationsformen der Hilfgewährung im Krankheitsfall und der Leistungskatalog systembedingt in der Folgezeit änderten, wurde das Gesundheitswesen als verlässlicher Partner wahrgenommen, der im Krankheitsfall die notwendige Hilfe gewährt.

In den Blickpunkt der Öffentlichkeit rückte in den letzten zwei Jahrzehnten das Gesundheitswesen aufgrund der ständig steigenden Kosten. Fielen 1991 für die stationäre Versorgung in den Krankenhäusern Sachsens 1,2 Milliarden € bereinigte Kosten<sup>1)</sup> an, so betrug diese 1999 bereits 2,4 Milliarden € und hatten sich damit verdoppelt. Sie stiegen auch in den Folgejahren kontinuierlich weiter auf 2,9 Milliarden € 2006. [2]

Die Wahrnehmung dieses Kostenanstieges täuscht darüber hinweg, dass er vor allem in den ersten Jahren nach 1990 stattfand und im Kontext zur Entwicklung der Verbraucherpreise insgesamt in Sachsen stand. So wurde die Hälfte des beschriebenen Kostenanstieges schon 1996 erreicht, was heißt, dass die Steigerungen gegenüber dem Vorjahr ab 1996 viel geringer ausfielen als in den vorhergehenden Jahren. Trotzdem waren die jährlichen Steigerungsraten im gesamten betrachteten Zeitraum nur in zwei Jahren, nämlich 1993 und 2004 kleiner als die entsprechende Jahresteuersatzrate des Verbraucherpreisindex (vgl. Abb.1).

Ein anderer Wahrnehmungspunkt gestiegener Kosten sind die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen als ein Grundpfeiler der medizinischen Betreu-

ung erhöhten in den letzten Jahren ihre Beiträge. Im Rahmen der Sozialversicherung betrug der durchschnittliche monatliche Beitragssatz für die Krankenversicherung in den neuen Bundesländern (einschließlich Berlin-Ost) 1995 noch 12,8 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen, stieg 2002 auf 14,0 Prozent und wurde ab 1. Juli 2005 noch einmal um 0,9 Prozent Arbeitnehmersonderbeitrag<sup>2)</sup> erhöht. [3] Trotz dieser Erhöhungen konnten die Krankenkassen nicht in jedem Falle ihre Geschäftstätigkeit mit einem positiven Ergebnis abschließen. Die sächsischen Krankenkassen<sup>3)</sup> als ein Bestandteil der Sozialversicherung konnten 1994 bis 1996 erstmals ihre Ausgaben nicht mehr durch die Einnahmen decken. Nach einigen Jahren mit positiven Salden waren 2002 bis 2006 mit Ausnahme von 2004 die Ausgaben wieder höher als die Einnahmen (vgl. Tab. 1).

Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. Der medizinische Fortschritt z. B. führt zur Einführung immer neuer Behandlungsmethoden, die in der Regel mit Kostensteigerungen verbunden sind. So stieg die Anzahl der medizinischen Großgeräte<sup>4)</sup> in den säch-

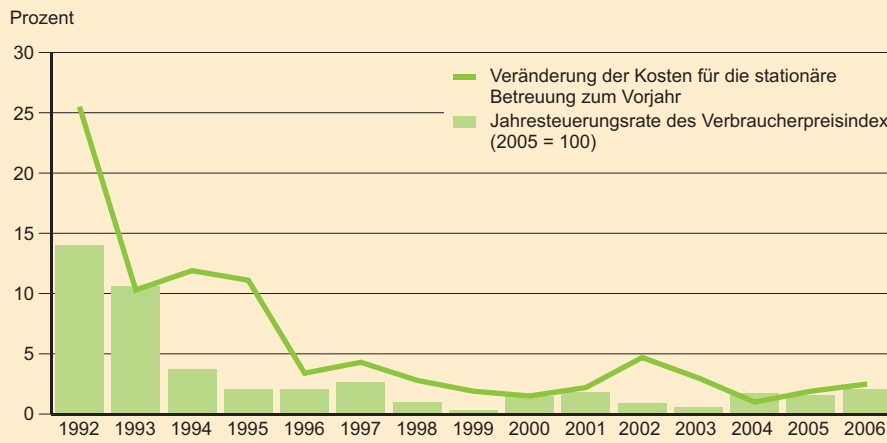
1) Bei den bereinigten Kosten handelt es sich um die pflegesatzfähigen Kosten. Nicht enthalten sind demnach nicht pflegesatzfähige Kosten, d. h. Kosten für Leistungen, die nicht der stationären oder teilstationären Krankenhausversorgung dienen und Kosten für wissenschaftliche Lehre und Forschung, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen.

2) Ab 1. Juli 2005 müssen Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen bestimmte Leistungen wie Zahnersatz oder Lohnfortzahlung ab der 6. Kalenderwoche zusätzlich versichern. An diesen Kosten ist der Arbeitgeber nicht beteiligt. Die Arbeitnehmer zahlen 100 Prozent dieses Beitragsanteils, der als Arbeitnehmersonderbeitrag bezeichnet wird. [35]

3) Allgemeine Ortskrankenkasse, Betriebskrankenkassen – ohne Bundesverwaltungskassen (Betriebskrankenkasse der Deutschen Bundesbahn, der Deutschen Reichsbahn, der Deutschen Bundespost und des Bundesverkehrsministeriums), Innungskrankenkassen, Sächsische Landwirtschaftliche Krankenkasse

4) Im Rahmen der Krankenhausstatistik wird einmal jährlich erfragt, welche und wie viele der folgenden Geräte im letzten Jahr angeschafft wurden: Computer-Tomographen, Positronen-Emissions-Computer-Tomographen, Kernspin-Tomographen, Koronarangiographische Arbeitsplätze, Tele-Kobalt-Therapiegeräte, Linearbeschleuniger, Stoßwellenlithotripter, Digitale Subtraktions-Angiographiegeräte, Gammakameras, Herz-Lungen-Maschinen, Dialysegeräte.

**Abb. 1 Veränderung der Kosten für die stationäre Betreuung und Jahresteuerrate 1992 bis 2006**



Den größten Anteil der für einen Pfl egetag anfallenden Kosten haben jedoch die Personalkosten. 1991 waren dies 73 € je Pfl egetag, 2006 lagen sie nach einem Anstieg von 161 € bzw. 220,5 Prozent bei 234 €. Fielen 1991 in Sachsens Krankenhäusern noch 856,5 Millionen € an Personalkosten an, so waren es 15 Jahre später 1 818,4 Millionen €. Damit stiegen die Kosten in diesem Zeitraum um 112,3 Prozent. Das Personal verringerte sich im gleichen Zeitraum um 14,5 Prozent. Waren 1991 noch 52 168 Personen in Sachsens Krankenhäusern beschäftigt, so waren

es 2006 7 585 Personen weniger. Von diesem Beschäftigtenabbau war ausschließlich das nichtärztliche Personal mit einem Rückgang um 8 959 Personen betroffen. Die Anzahl der in sächsischen Krankenhäusern beschäftigten Ärzte dagegen erhöhte sich um 1 374 Personen. Damit vollzog sich ein Wandel in der Beschäftigtenstruktur hin zu einem höheren Qualifikationsniveau, was tendenziell zu höheren Personalkosten führt.

Demografische Veränderungen sind ein weiterer Faktor, der sich insbesondere auf die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens auswirkt. Lebten am 31. Dezember 1990 noch 751 000 Personen in Sachsen, die 65 Jahre oder älter waren, so waren es am 31. Dezember 2005 schon 202 200 Personen mehr. Während sich die Bevölkerung insgesamt in diesem Zeitraum um 639 000 Einwohner bzw. 10,5 Prozent verringerte, stieg die Anzahl der Personen die 65 Jahre und älter waren um 26,9 Prozent. [4] Entsprechend erhöhte sich das Durchschnittsalter der sächsischen Bevölkerung von 39,4 Jahren 1990 auf 44,7 Jahre 2005.

Das hatte zur Folge, dass die Nachfrage nach medizinischer Betreuung tendenziell stieg. Dies kann durch Daten aus der Diagnosestatistik gezeigt werden, die jedoch nicht für den Zeitraum seit 1990 vorliegen. Entsprechend wird der Zeitraum von 1996 bis 2006 betrachtet. Wurden 1996 in den sächsischen Krankenhäusern 808 125 Patienten stationär betreut, so waren es 2006 916 801 Patienten und damit 13,4 Prozent mehr. Bezogen auf 10 000 Einwohner bedeutet dies, dass sich die Anzahl der betreuten Patienten von

es 2006 7 585 Personen weniger. Von diesem Beschäftigtenabbau war ausschließlich das nichtärztliche Personal mit einem Rückgang um 8 959 Personen betroffen. Die Anzahl der in sächsischen Krankenhäusern beschäftigten Ärzte dagegen erhöhte sich um 1 374 Personen. Damit vollzog sich ein Wandel in der Beschäftigtenstruktur hin zu einem höheren Qualifikationsniveau, was tendenziell zu höheren Personalkosten führt.

**Tab. 1 Einnahmen und Ausgaben der sächsischen Krankenkassen<sup>1)</sup> 1991 bis 2006 (in 1 000 €)**

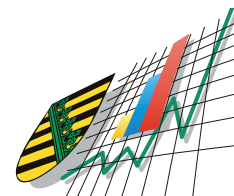
Jahr	Einnahmen	Ausgaben	Saldo
1991	2 724 536	2 430 371	294 165
1992	3 334 461	3 299 312	35 149
1993	3 674 342	3 547 600	126 742
1994	4 098 932	4 180 777	-81 845
1995	4 424 686	4 520 957	-96 271
1996	4 497 034	4 768 828	-271 794
1997	4 627 008	4 551 886	75 122
1998	4 533 218	4 382 868	150 350
1999	4 583 717	4 478 521	105 196
2000	4 719 814	4 459 531	260 283
2001	4 660 952	4 568 239	92 713
2002	5 779 018	5 909 209	-130 191
2003	5 850 279	6 080 979	-230 700
2004	6 309 615	6 147 568	162 047
2005	6 432 665	6 445 222	-12 557
2006	6 634 763	6 638 842	-4 079

1) Allgemeine Ortskrankenkasse, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Sächsische Landwirtschaftliche Krankenkasse  
 Datenquelle/Copyright:  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung;  
 KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen).

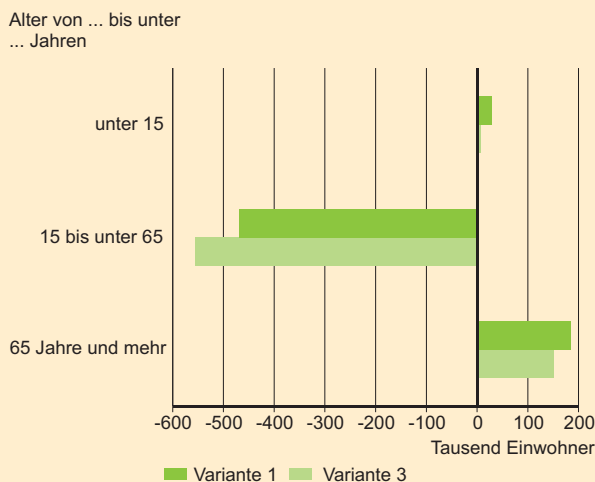
Das hatte zur Folge, dass die Nachfrage nach medizinischer Betreuung tendenziell stieg. Dies kann durch Daten aus der Diagnosestatistik gezeigt werden, die jedoch nicht für den Zeitraum seit 1990 vorliegen. Entsprechend wird der Zeitraum von 1996 bis 2006 betrachtet. Wurden 1996 in den sächsischen Krankenhäusern 808 125 Patienten stationär betreut, so waren es 2006 916 801 Patienten und damit 13,4 Prozent mehr. Bezogen auf 10 000 Einwohner bedeutet dies, dass sich die Anzahl der betreuten Patienten von

5) Zur besseren Vergleichbarkeit enthält diese Angabe nicht die 110 in sächsischen Krankenhäusern vorhandenen Dialysegeräte, die erst seit 2002 als medizinisch-technische Großgeräte erfasst werden.

6) In der Gesamtsumme der Kosten je Pfl egetag sind neben den Sach- und Personalkosten auch die Kosten für Zinsen für Betriebsmittelkredite, ab 2002 die Kosten für Zinsen und ähnliche Aufwendungen sowie Steuern, enthalten.



**Abb. 2 Veränderung der Bevölkerung 2020 gegenüber 2005 nach Altersgruppen**



Datenbasis: 4. Regionalisierte Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen

1 774 auf 2 151 erhöhte. Das stellt einen erhöhten Betreuungsbedarf von 378 Patienten je 10 000 Einwohner<sup>7)</sup> dar. Es ist anzunehmen, dass sich dieser Trend in der Zukunft fortsetzen wird.

Die 4. Regionalisierte Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen, die Ergebnisse bis 2020 liefert, prognostiziert eine Fortschreibung der hier kurz dargestellten demografischen Entwicklung. Hier wird auf Variante 3 der Prognoseergebnisse Bezug genommen.<sup>8)</sup> Das Durchschnittsalter wird um weitere 4,1 Jahre steigen und 2020 48,8 Jahre betragen. 2020 werden trotz einer um 399 000 Personen geringeren Gesamtbevölkerung 149 700 Personen mehr leben, die 65 Jahre und älter sind (vgl. Abb. 2).

Dieser Anstieg vollzieht sich jedoch nicht einheitlich. Er wird nicht mitgetragen von der Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 75 Jahren. 2020 werden gemäß Prognosevariante 3 512 600 Personen dieser Altersgruppe in Sachsen leben, das sind 6,4 Prozent weniger als 2005. Die Anzahl der Personen, die 75 Jahre und älter sind, wird dagegen im Prognosezeitraum stark ansteigen.<sup>9)</sup> Nach Variante 3 werden 2020 insgesamt 590 300 Personen in dieser Altersgruppe in Sachsen wohnen, das sind 45,6 Prozent mehr als 2005 (vgl. Abb. 3). Besonders diese Altersgruppe bedarf einer verstärkten medizinischen Betreuung. Aus Tabelle 2 wird ersichtlich, dass der Anstieg der in sächsischen Krankenhäusern behandelten Patienten von 1996 bis 2006 zu einem großen Teil durch Personen bedingt ist, die 75 Jahre und älter waren. Dies ist nicht nur auf die gestiegene Anzahl der Personen dieser Altersgruppe zurückzuführen, auch die Intensität der Inanspruchnahme medizinischer

- 7) Seit 2004 werden auch gesunde Neugeborene als Patienten in der Diagnosestatistik erfasst. Diese methodische Änderung führt zu einer enormen Steigerung der Anzahl der betreuten unter 1-jährigen Patienten, ändert aber an der hier getroffenen Grundaussage nichts.
- 8) Die sächsische Prognose basiert auf den Vorgaben der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes. In der Variante 1 werden diese Vorgaben z. T. durch landesspezifische Annahmen bei der Lebenserwartung und dem Wanderungsaustausch ersetzt, die einen geringeren Bevölkerungsrückgang ergaben als die Varianten 2 und 3. Diese beiden Varianten setzen die Annahmen des Statistischen Bundesamtes mit den vorläufigen (Variante 2) bzw. endgültigen (Variante 3) Ergebnissen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung komplett auf regionaler Ebene um.
- 9) Die hier vorgenommene Gliederung in zwei Altersgruppen erfolgte analytisch und teilt die Zahl der Personen, die am 31. Dezember 2005 65 Jahre und älter waren in zwei relativ gleich große Teile. Außerdem wird damit auf eine im Sächsischen Seniorenreport 2004 (Hrsg.: Sächsisches Staatsministerium für Soziales) angewendete Gliederung Bezug genommen.

**Tab. 2 Stationär behandelte Patienten in sächsischen Krankenhäusern 1996 und 2006 nach dem Alter**

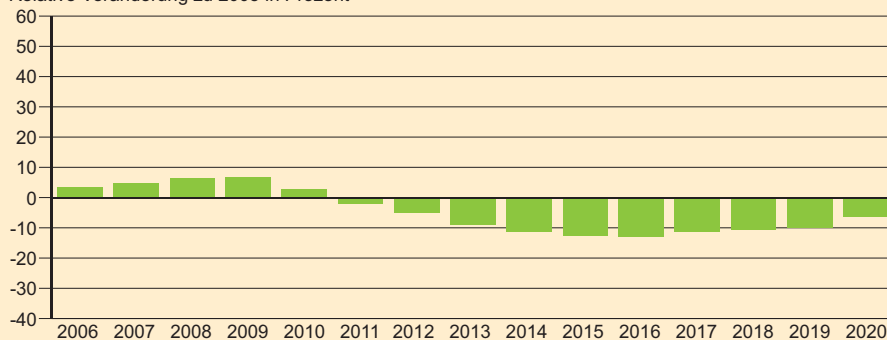
Alter von ... bis unter ... Jahren	1996		2006		Veränderung 2006 zu 1996		
	Personen	je 10 000 Einwohner <sup>1)</sup>	Personen	je 10 000 Einwohner <sup>1)</sup>	absolut	%	je 10 000 Einwohner <sup>1)</sup>
unter 1 <sup>2)</sup>	16 431	6 429	42 411	13 019	25 980	158,1	6 590
1 - 5	19 079	1 893	22 739	1 760	3 660	19,2	-133
5 - 15	55 742	996	26 142	949	-29 600	-53,1	-47
15 - 25	63 085	1 168	60 609	1 137	-2 476	-3,9	-31
25 - 35	88 622	1 324	65 056	1 313	-23 566	-26,6	-12
35 - 45	87 135	1 265	73 612	1 146	-13 523	-15,5	-119
45 - 55	88 563	1 561	102 139	1 566	13 576	15,3	5
55 - 65	128 668	2 034	121 841	2 287	-6 827	-5,3	254
65 - 75	134 656	3 012	192 160	3 446	57 504	42,7	434
75 und mehr	126 132	3 883	210 092	5 117	83 960	66,6	1 234
unbekannt	12	0	-	-	x	x	x
<b>Insgesamt</b>	<b>808 125</b>	<b>1 774</b>	<b>916 801</b>	<b>2 151</b>	<b>108 676</b>	<b>13,4</b>	<b>378</b>

1) Differenzen ergeben sich durch Rundungen.

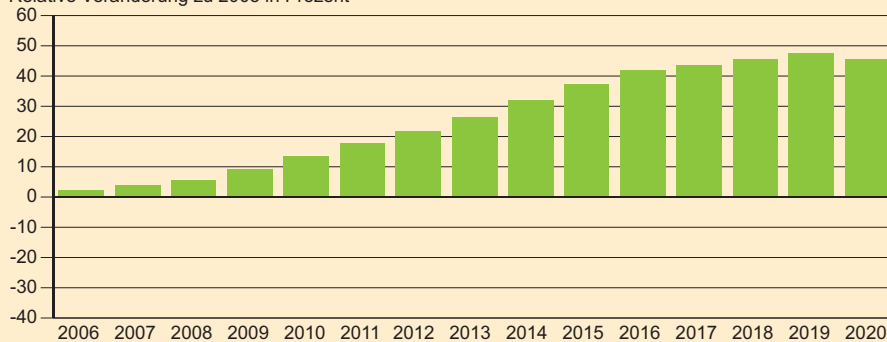
2) Seit 2004 werden auch gesunde Neugeborene als Patienten erfasst.

**Abb. 3 Veränderung der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren bis 2020 gegenüber 2005 nach Altersgruppen (Variante 3)**

**Bevölkerung im Alter von 65 bis unter 75 Jahren**  
Relative Veränderung zu 2005 in Prozent



**Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter**  
Relative Veränderung zu 2005 in Prozent



Datenbasis: 4. Regionalisierte Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen

war und ist die amtliche Statistik in Sachsen kontinuierlich bemüht, Informationen für diesen Bereich bereitzustellen und dieses Informationsangebot entsprechend den Bedürfnissen der Nutzer zu verbessern.

Neben der Bereitstellung von statistischen Ergebnissen, die Resultate der amtlichen Statistiken des Gesundheitswesens sind, erweiterten sich hier die Tätigkeitsfelder. Die Schaffung einer Plattform zur Bereitstellung möglichst vieler Informationen zum sächsischen Gesundheitswesen aus einer Hand stand ebenso im Blickpunkt, wie die nutzerfreundliche Präsentation der verfügbaren Informationen unter Anwendung der technisch verfügbaren Möglichkeiten. Dies wurde als Antwort auf einen von den Nutzern artikulierten Bedarf an Informationen zum Gesundheitswesen realisiert. So entstand in mehreren Arbeitsschritten in den letzten 15 Jahren ein Gerüst an Informationen, das

Leistungen ist gestiegen. Bezogen auf 10 000 Einwohner dieser Altersgruppe wurden 1996 3 883 Patienten behandelt, zehn Jahre später waren es bereits 5 117 Patienten. Das heißt, in Zukunft wird, bedingt durch die demografischen Veränderungen, der Bedarf an medizinischen Leistungen weiter steigen.

Unter diesem Gesichtspunkt ist auch davon auszugehen, dass die nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens eine Aufgabe sein wird, die permanent besteht und sich den sich ändernden Rahmenbedingungen anpassen muss. Daraus lässt sich wiederum ein erhöhter Informationsbedarf ableiten. Aufgabe der amtlichen Statistik ist es, ein Angebot vorzuhalten, das quantitativ möglichst viele Bereiche des Gesundheitswesens abdeckt und qualitativ den für die zu treffenden Entscheidungen hohen Ansprüchen genügt.

das sächsische Gesundheitswesen in seinen wesentlichen Teilen charakterisiert. Dieser erreichte Sachstand soll im Folgenden vorgestellt werden. Er kann nicht losgelöst von den Aktivitäten des Statistischen Bundesamtes bzw. anderer Statistischer Landesämter auf diesem Gebiet betrachtet werden. Aufbauend auf die Darstellung dieser Arbeiten sollen Arbeitsszenarien für die Zukunft abgeleitet werden, deren Ziel letztendlich die Schaffung und Etablierung eines „Satellitensystems Gesundheitswesen“ im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen ist.

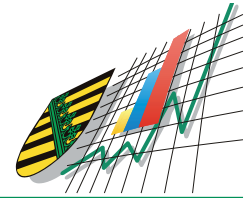
## Wichtige Etappen bei der Bereitstellung von Informationen durch das Statistische Landesamt

### Bereitstellung von Grundinformationen

Mit der Gründung des Statistischen Landesamtes am 1. Januar 1992 erfolgte auch für den Bereich des Gesundheitswesens die Vorbereitung, Organisation, Erhebung und Auswertung der gesetzlich vorgeschriebenen Statistiken. Der Schwerpunkt der Erhebungen für das Gesundheitswesen lag im stationären Be-

### Widerspiegelung der veränderten Rolle des Gesundheitswesens in den Arbeiten der amtlichen Statistik

So wie die skizzierte Wahrnehmung des Gesundheitswesens als Bereich, der durch ständige Kostensteigerungen charakterisiert ist, als permanenter Prozess angesehen werden kann,



reich. Im Rahmen der Erhebung zur Krankenhausstatistik begann mit dem Jahr 1992 die jährliche Erfassung von Bettenkapazitäten, Personal, erbrachten Betreuungsleistungen und weiteren Informationen für alle Krankenhäuser in Sachsen. [5] Auf der Grundlage dieser Informationen konnten wichtige Kennziffern wie Bettenbelegung, Verweildauer oder der Versorgungsgrad der Bevölkerung mit Krankenhausbetten ermittelt werden. Ein verkürzter Datensatz wurde ebenfalls für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erhoben. Diese Erhebungen wurden 1993 durch die Diagnosestatistik ergänzt. Für jeden im Krankenhaus behandelten Fall wurden Informationen wie Alter, Geschlecht, Beginn und Ende des Aufenthaltes, Hauptdiagnose und Postleitzahl des Wohnortes ermittelt. Das Erhebungsprogramm änderte sich in den folgenden Jahren einige Male entsprechend dem jeweils aktuellen Datenbedarf.

Neben diesen Informationen wurden die Krankenhäuser ab 1992 auch zu den Kosten befragt. Die wichtigsten Kategorien sind hier die Personal- und Sachkosten im abgelaufenen Geschäftsjahr. Ab 2003 wurden auch die Kosten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erhoben.

Ein weiterer Bereich war die Statistik der meldepflichtigen Krankheiten. Dazu gehörten die Tuberkulosestatistik, die Statistik der Geschlechtskrankheiten sowie die Statistik der sonstigen meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten. [6] Diese Statistiken wurden von 1992 bis 2000 im Statistischen Landesamt durchgeführt. Ab dem Berichtsjahr 2001 wurde durch das Infektionsschutzgesetz eine neue gesetzliche Grundlage geschaffen, die eine andere Verfahrensweise für die Erstellung dieser Statistiken vorsieht. [7] Die Informationen über aufgetretene meldepflichtige Krankheiten werden zentral für die Bundesrepublik Deutschland an das Robert-Koch-Institut übermittelt, dort aufbereitet, ausgewertet und veröffentlicht.

### Gesundheitsberichterstattung als ganzheitliches Informationsangebot

Eine neue Qualität der Bereitstellung von Daten zum Gesundheitswesen stellte die Gesundheitsberichterstattung dar. Der Gesundheitsbericht enthält eine große Vielfalt statistischer Informationen in Form von Indikatoren, die zwischen den Ländern abgestimmt sind.

In Sachsen erschien 1994 dazu die erste Veröffentlichung.<sup>10)</sup> [8] Der erste Gesundheitsbericht, der basierend auf den statistischen Daten eine Einschätzung des Gesundheitswesens in Sachsen, des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und der entsprechenden Rahmenbedingungen gab, erschien 1995. [9] Auch in den anderen Ländern erschienen zu diesem Zeitpunkt Berichte auf der Basis der Indikatoren zur Gesundheitsberichterstattung.<sup>11)</sup> Im Statistischen Bundesamt entstand im Rahmen des Projektes

„Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ der erste Gesundheitsbericht für Deutschland, der sich vorwiegend auf Daten aus dem Jahr 1995 bezieht. [10] Charakteristisch für die Gesundheitsberichterstattung ist die Nutzung verschiedener Datenquellen. Neben der amtlichen Statistik sind das die Statistiken anderer Behörden, wie z. B. der Landesuntersuchungsanstalt Sachsen, und Statistiken verschiedener Leistungserbringer des Gesundheitswesens, wie Krankenkassen oder Kassenärztliche Vereinigungen.

Inhaltlich beschränkt sich die Gesundheitsberichterstattung nicht auf Informationen zum Gesundheitswesen im engeren Sinne. Eingeschlossen sind eine Vielzahl weiterer Indikatoren, die beispielsweise zu den Themen gesundheitsrelevantes Verhalten oder demografische Rahmenbedingungen Informationen bereitstellen. Diese Indikatoren sind zu elf Themenfeldern zusammengefasst (vgl. Abb. 4).

Neben der Gesundheitsberichterstattung auf Landesebene werden seit Anfang der 1990er Jahre durch eine Reihe von Städten sowie Landkreisen eigene Gesundheitsberichte erstellt. [11] In Ergänzung zu den im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung

10) Die folgenden Ausführungen zum Werdegang der Gesundheitsberichterstattung in Sachsen basieren zum größten Teil auf einer ausführlichen Darstellung von Geschichte und Inhalt der Gesundheitsberichterstattung in Sachsen, die auch den Stand der Gesundheitsberichterstattung in den anderen Ländern und beim Bund bis zum Jahr 2000 einschließt: [36]

11) Vgl. dazu: [36], hier: Abb. 9.

**Abb. 4 Gesundheitsberichterstattung – Themenfelder und Zahl der Indikatoren nach der 3. bearbeiteten Fassung des Indikatorenansatzes von 2003**

Themenfeld-Nr.	Inhaltliche Beschreibung	Zahl der Indikatoren im Themenfeld	Darunter
			Zeitreihen
01	Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	keine Indikatoren, Text	
02	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen	24	9
03	Gesundheitszustand der Bevölkerung	119	28
04	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	13	-
05	Gesundheitsrisiken aus der Umwelt	14	2
06	Einrichtungen des Gesundheitswesens	22	7
07	Inanspruchnahme und Leistungen der Gesundheitsversorgung	38	16
08	Beschäftigte im Gesundheitswesen	29	15
09	Ausbildung im Gesundheitswesen	4	2
10	Ausgaben der Finanzierung	26	8
11	Kosten	8	1

Quelle: [15, Band 1, S.21]

---

vorgegebenen Themenfeldern kommen auch allgemein interessierende Spezialthemen wie Kinder- und Jugendgesundheit oder Suchtverhalten zur Darstellung. [12]

### **Inhaltliche und technische Optimierung des verfügbaren Datenangebotes**

Mit der Bereitstellung statistischer Informationen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung war für Sachsen ein standardisiertes Datenangebot verfügbar, das mit anderen Bundesländern vergleichbare Informationen liefert und regelmäßig aktualisiert wird. Ausgehend von den von den Nutzern dieses Angebotes artikulierten Wünschen wurde dieses Angebot in der Folgezeit ausgebaut.

Inhaltlich hatte es sich gezeigt, dass Informationen auf regionaler Ebene nachgefragt wurden. Dort, wo solche Daten vorlagen, wurden sie in das Angebot aufgenommen. Der erste statistische Bericht mit regionalen Daten für Sachsen erschien im Rahmen der Arbeiten zur Gesundheitsberichterstattung im Jahr 1997. [13]

Um den Zugriff auf die Informationen für die Nutzer zu verbessern, erfolgte die Bereitstellung dieser Informationen ab 2000 im Internet. Erweitert um statistische Ergebnisse zum Sozialwesen wurde ein Angebot geschaffen, das neben den Zeitreihen für die wichtigsten Indikatoren auch Metadaten, Grafiken und Analysen zu den einzelnen Schwerpunkten enthält. [14] Damit wurden dem Nutzer alle zum Gesundheitswesen verfügbaren statistischen Ergebnisse, einschließlich der für eine weitere Nutzung notwendigen Zusatzinformationen, leicht zugänglich gemacht.

### **Statistische Analysen als Ergänzung des Informationsangebotes**

Auf der Basis der so geschaffenen Möglichkeiten entstanden bei den Nutzern neue Fragestellungen. Die waren Anlass für tiefer gehende Untersuchungen. Die Ergebnisse solcher Analysen wurden dem Auftraggeber, in der Regel das Sächsische Staatsministerium für Soziales, zur Verfügung gestellt, in der Zeitschrift des Statistischen Amtes publiziert bzw. in Kolloquien vorgestellt.

Die hier skizzierte Entwicklung eines Systems zur Bereitstellung von Informationen und Analysen zum Gesundheitswesen seit 1994 wurde in der Praxis durch verschiedene Projekte realisiert. In Abbildung 5 werden die wichtigsten davon dargestellt. Bewusst wurde auf die Tätigkeiten zur Erstellung der amtlich vorgeschriebenen Statistiken verzichtet.

## **Einordnung der Statistiken des Gesundheitswesens in gesundheitsbezogene Rechensysteme**

### **Die Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes**

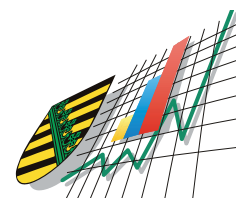
Das so aufgebaute System der Bereitstellung von Informationen lässt keine Betrachtung unter dem Gesichtspunkt der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zu. Die für die einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens vorliegenden Informationen vermitteln jedoch klar, dass das Gesundheitswesen als bedeutender Bestandteil der Volkswirtschaft anzusehen ist. Sie werfen jedoch nur Schlaglichter auf ausgewählte Aspekte und lassen keine Aussagen zu, wie die wirtschaftliche Tätigkeit in diesem Bereich zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des gesamten Landes beiträgt.

Einen theoretischen Ansatz hierfür gibt es allerdings im Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder in der dritten Fassung von 2003. [15] Neun der elf Themenfelder umfassen funktionale Informationen, die die Bevölkerung, deren Gesundheitszustand und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sowie die materielle und personelle Basis der Einrichtungen des Gesundheitswesens darstellen, ohne auf die Ausgaben einzugehen (vgl. Abb. 4). In den Themenfeldern 10 und 11 wird auf diesen Sachverhalt jedoch Bezug genommen. In Themenfeld 10 sind Indikatoren zu Ausgaben und zur Finanzierung des Gesundheitswesens als Ganzes enthalten. Die Indikatoren in Themenfeld 11 beinhalten Kostenstrukturen für ambulante und stationäre Gesundheitseinrichtungen sowie Aufwendungen für Rehabilitations- und Pflegeleistungen, die einen Überblick über die im Gesundheitswesen anfallenden Kosten geben. Der größte Teil der Indikatoren dieser beiden Themenfelder wurde mit seinem jetzigen Inhalt erst 2003 aufgenommen und widerspiegelt damit den gewachsenen Informationsbedarf in dieser Richtung. [16]

Der Inhalt der Indikatoren in Themenfeld 10 ist die Basis für eine Betrachtung des Gesundheitswesens im Rahmen der gesamten Volkswirtschaft. Für die meisten der dortigen Indikatoren sind jedoch für Sachsen noch keine Informationen verfügbar. Damit geben diese Themenfelder zur Gesundheitsberichterstattung einen Hinweis, in welcher Richtung weitere Arbeiten auf diesem Gebiet angesiedelt sein sollten.

Die Aufnahme dieser Indikatoren in die Gesundheitsberichterstattung der Länder 2003 erfolgte, nachdem vom Statistischen Bundesamt erste Berechnungen auf Bundesebene durchgeführt wurden, die eine Abbildung der Kosten des Gesundheitswesens ermöglichten. [17]

In dieser Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) erfolgt eine Betrachtung der Ausgaben des Gesundheitswesens nach dem Ausgabenträger bzw. nach der Art der Einrichtung, in der diese Kosten



**Abb. 5 Meilensteine im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen bei der Entwicklung des Informationsangebotes zum Gesundheitswesen (Auswahl)**

Zeitraum	Inhaltlicher Schwerpunkt	Anlass/ Auftraggeber	Ergebnis	Art der Ergebnisbereitstellung
Ab 1994	Erschließung von Datenquellen zum Gesundheitswesen außerhalb des Statistischen Landesamtes (StaLa)	Sächsisches Staatsministerium für Soziales (SMS)	Sammlung von Daten zum Gesundheitswesen entsprechend dem Indikatorenansatz zur Gesundheitsberichterstattung	1. Statistischer Bericht „Statistische Basisdaten zur Gesundheitsberichterstattung 1992“, erscheint ca. alle drei Jahre bzw. ist im Internet verfügbar 2. Jährliche Aktualisierung der Daten
Ab 1995	Analyse der Kosten im stationären Gesundheitswesen in Sachsen	Die Steigerungen der Ausgaben im Gesundheitswesen führten zu Anfragen vom SMS und weiteren Behörden nach fachlicher Unterersetzung und Interpretation dieser Sachverhalte.	Aussagen zu den Kosten je Patient, Einwohner und Bett für Sachsen	1. Statistischer Bericht „Kosten für die stationäre medizinische Betreuung im Freistaat Sachsen“, erscheint seit dem Berichtsjahr 1995 jährlich 2. „Zur Kostenentwicklung im Krankenhauswesen 1991 bis 1995“, Artikel in: Statistik in Sachsen I/97
1996	Erstellung von statistischen Tabellen entsprechend den individuellen Wünschen der Nutzer	Bedarf an statistischen Informationen außerhalb der bisher verfügbaren Standardtabellen	Schaffung der technologischen Grundlagen für eine individuelle Tabellenerstellung auf der Basis von SAS	1. routinemäßige Nutzung seit 1996 2. Kolloquium „Medienbruchfreie Erstellung von Veröffentlichungen im Gesundheitsbericht“ im StLa im Oktober 1996
1997	Bereitstellung von statistischen Informationen auf regionaler Ebene	Nachfrage vieler Nutzer nach Informationen auf regionaler Ebene	Katalog von Merkmalen die regional auswertbar sind, Schaffung von Programmen zur Erstellung der entsprechenden Tabellen	Statistischer Bericht „Ausgewählte statistische Daten zur Gesundheitsberichterstattung des Freistaates Sachsen 1995 nach Kreisen“, erscheint ca. alle drei Jahre
1999	Erweiterung der Aussagemöglichkeiten vorhandener Daten durch Anwendung spezieller statistischer Methoden	Feststellung von regionalen Unterschieden bei der Inanspruchnahme von sozialen Leistungen durch die Bevölkerung	Die Aussagedimension der erfassten Merkmale wurde transparent gemacht, vermutete regionale Besonderheiten konnten bis auf wenige Ausnahmen nicht nachgewiesen werden	1. „Die Anwendung multivariater Methoden im Bereich der Sozialstatistiken“, Artikel in: Statistik in Sachsen I/99 2. „Die Anwendung multivariater Methoden in der amtlichen Statistik“, Kolloquium im StaLa am 1. September 1999
2000/2001	Erarbeitung einer Methodik zur permanenten Präsentation der verfügbaren Informationen im Internet	Verstärkte Nachfrage von Informationen zur Gesundheitsökonomik	Internetpräsentation zum Thema Gesundheit und Soziales	Kolloquium „Soziales und Gesundheit im Internet – Möglichkeiten und Probleme bei der Gestaltung von Internetseiten“ im StaLa am 13. Juni 2001
2002	Patientenbewegungen – inwieweit nutzen Einwohner das Krankenhaus in Wohnortnähe	Krankenhausplanung des Sächsischen Staatsministerium für Soziales	Aufzeigen typischer Wanderungsströme der Krankenhauspatienten in Sachsen	1. Bereitstellung von Ergebnissen für das Sächsische Staatsministerium für Soziales 2. „Patientenbewegung 1993 und 1999 am Beispiel des Landkreises Kamenz und der kreisfreien Stadt Hoyerswerda“, Artikel in Statistik in Sachsen 1/2003
2002	Piloterhebung Psychatrieberichterstattung (BADO-K)	Sächsisches Staatsministerium für Soziales	Zusammenstellung der Datenauswertungen	Interne Arbeitspapiere
2002	Kinder- und jugendärztlicher und zahnärztlicher Dienst	Sächsisches Staatsministerium für Soziales	Landes- und Kreisergebnisse zu den Untersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes	Ergebnisbereitstellung für das SMS, Bereitstellung von entsprechenden Indikatoren für die Gesundheitsberichterstattung
2005	Ausloten der Möglichkeiten der Entwicklung gesundheitsbezogener Rechensysteme auf regionaler Ebene	Auftrag des Arbeitskreises „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder“ (AK VGR dL) auf der 29. Tagung im Oktober 2004	Gründung einer Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung“ im AK VGR dL unter Leitung von Sachsen	Berichterstattung auf den zweimal im Jahr stattfindenden Tagungen des AK VGR dL
2007	Beginn der Arbeiten zur Entwicklung einer gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung	Umsetzung des Beschlusses der 84. Amtsleiter-tagung zum Projekt „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung“	Entwurf von Handlungsstrategien für die weitere Arbeit in Sachsen	Darstellung der Handlungsstrategien in diesem Artikel

anfallen. Außerdem wird der Endverbrauch kostenmäßig abgebildet. Das heißt, die im Gesundheitswesen angebotenen und durchgeführten Leistungen werden nach Leistungsarten ausgewiesen. [18]

Diese Gesundheitsausgabenrechnung, die Ende der 1990er Jahre entwickelt und erstmals angewendet wurde, basiert auf einer früheren Gesundheitsausgabenrechnung, auf deren Basis die Gesundheitsausgaben der Bundesrepublik Deutschland in der Periode von 1970 bis 1998 ermittelt wurden. [19] Ein wesentlicher Aspekt der Weiterentwicklung war die Orientierung am System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Insbesondere wurden die im Gesundheitswesen angebotenen Leistungen neu klassifiziert. [20] Die bis dahin angewendete Klassifikation orientierte sich stark am Ort des Geschehens, so dass eine detaillierte Ausgabenrechnung innerhalb einer Einrichtungsart nicht möglich war. Die neue Klassifikation orientierte sich an den funktionalen Inhalten der Leistungen und schuf so eine größere Transparenz der erbrachten Leistungen. In Abbildung 6 ist dies an einem typischen Abrechnungsfall verdeutlicht.

**Abb. 6 Darstellung von Leistungen für die stationäre Behandlung eines Patienten in Abhängigkeit von der Klassifikation**

<b>Darstellung der Leistungen entsprechend</b>			
<b>der in der alten Gesundheitsausgabenrechnung</b>		<b>der in der Ausgaben- und Finanzierungsrechnung der Gesundheitsberichterstattung</b>	
<b>angewandten Klassifikation</b>			
Leistungsart	Bezeichnung	Leistungsart	Bezeichnung
22	stationäre Behandlung	2 3 5 61 8	ärztliche Behandlung pflegerische und therapeutische Leistungen Unterkunft und Verpflegung Arzneimittel Verwaltungsleistungen

Quelle: [17, S. 8]

## Die Gesundheitsausgabenrechnung der Länder

Der Bedarf für eine größere Transparenz der im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen bestand nicht nur auf Bundes-, sondern auch auf Landesebene. Die vom Bund entwickelte Gesundheitsausgabenrechnung und die damit gemachten Erfahrungen bildeten einen Ansatz für die Entwicklung von Gesundheitsausgabenrechnungen in den Ländern. Dabei war eine direkte Adaption nicht ohne weiteres möglich, da bestimmte Informationen nur auf Bundesebene verfügbar waren. Außerdem sollten landesspezifische Sachverhalte so weit wie möglich abgebildet werden.

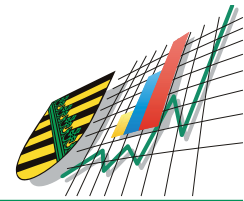
Baden-Württemberg legte 2002 ein Konzept und erste Ergebnisse für die Gesundheitsausgaben- und Beschäftigtenrechnung vor. [21] Das war das Ergebnis einer kontinuierlichen Entwicklung, die im Folgenden kurz referiert wird. Bereits Anfang der 1970er Jahre wurden in Baden-Württemberg Gesundheitsausgaben ermittelt. Dies geschah im Rahmen eines Sozialbudgets, das jedoch nur solche Leistungen enthielt, „die auf Grund der Sozialgesetzgebung des Bundes, der Gebietskörperschaften, von den Trägern der Sozialversicherung und der privaten Wirtschaft erbracht werden.“ [21, S. 19] Da damit nicht alle Gesundheitsausgaben erfasst werden konnten, wurde in einer nächsten Stufe ein Gesundheitsbudget entwickelt. Hier werden die Ausgaben des Gesundheitswesens auf der Ebene einer primären und sekundären Finanzierung betrachtet. Während die primäre Finanzierung zeigt, woher die Mittel im Gesundheitswesen kommen, werden durch die sekundäre Finanzierung die Gesundheitsausgaben der verschiedenen Versicherungssysteme dargestellt. Nachdem auch dieses System den wachsenden Anforderungen an das sich ständig veränderte Gesundheitssystem nicht mehr gerecht werden konnte, wurde mit der Entwicklung einer Gesundheitsausgaben- und Beschäftigtenrechnung begonnen, die 2002 veröffentlicht wurde.

Dabei wird die Gesundheitsausgaben- und Beschäftigtenrechnung als ein Modul in einem zu entwickelnden System der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen angesehen, das Informationen zu Art, Umfang, Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen sowie zu zukünftigen Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen bereithält. [22] Als Darstellungsebene wurde der letzte Verbrauch gewählt. Die dort getätigten Ausgaben werden nach vier Strukturmerkmalen berechnet: Ausgabeträger, Leistungsarten, Ausgabearten und Einrichtungsarten.

Für die Erstellung dieser Informationen wurden geeignete Datenquellen erschlossen, die sich z. T. von denen des Bundes unterschieden. Wo nur Informationen auf Bundesebene vorlagen, wurden geeignete Schätzverfahren angewandt. [23] Auf dieser Grundlage konnten die Ergebnisse für die Jahre 1990 und 1995 bis 1999 erstellt werden. Neben einer Ergebniszusammenfassung werden sie ausführlich in Tabellenform dargestellt. [24] Im Mittelpunkt der Darstellung stehen die Ausgabeträger. Deren Ausgaben werden nach Leistungsarten und Einrichtungen ausgewiesen.

Auch in Rheinland-Pfalz wurde auf den wachsenden Bedarf an Informationen zum Gesundheitswesen reagiert und das Augsburger Forschungsinstitut BASYS<sup>12)</sup> beauftragt, ein Konzept für gesundheitsökonomische Basisdaten zu erarbeiten. Das Ergebnis wurde 1998 vorgelegt. [18] Auch hier bildete eine Darstellung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Einrichtungen und

12) BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Reisingerstraße 25, D-86159 Augsburg.



Leistungsarten den Kern der für 1995 und 1996 durchgeführten Berechnungen. Über diese Arbeiten hinausgehend wurden zehn gesundheitsökonomische Basisindikatoren entwickelt. Diese sollen die in der Gesundheitsausgaben- und Gesundheitspersonalrechnung erstellten Ergebnisse zusammenfassen, miteinander verknüpfen und es so ermöglichen, die gesundheitsökonomische Situation übersichtlich und leicht verfügbar darzustellen. Sie halten Informationen zu den Bereichen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, Finanzierung, Leistungserbringung, Beschäftigung und Produktivität bereit. In Abbildung 7 ist der konkrete Inhalt der einzelnen Indikatoren aufgeführt.

Diese Methodik wurde von BASYS auch für Sachsen umgesetzt. Im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales erfolgte durch BASYS eine Analyse der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Leistungsarten sowie Einrichtungen. [25] Es wurden ebenfalls die zehn gesundheitsökonomischen Basisindikatoren berechnet. Diese Arbeiten erfolgten einmalig für das Berichtsjahr 1997. Auch in anderen Ländern gab es in der Folgezeit entsprechende Aktivitäten, auf die hier jedoch nicht im Einzelnen eingegangen werden soll.

## Die Gesundheitspersonalrechnung

Es ist charakteristisch für das Gesundheitswesen, dass die hier erbrachten Leistungen zu einem großen Teil Betreuungsleistungen sind. So entfiel knapp die Hälfte der 2003 in Deutschland für Gesundheit ausgegebenen 240 Milliarden € auf ärztliche sowie pflegerische und therapeutische Leistungen. [26] Generell kann man davon ausgehen, dass mehr als jeder zehnte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig ist. [27] Obwohl diese Angaben von der Größenordnung her schon seit längerem bekannt sind, war die Ermittlung einer genauen Zahl erst das Ergebnis einer umfassenden Betrachtung der Beschäftigung im Gesundheitswesen, die parallel zur Entwicklung der Gesundheitsausgabenrechnung erfolgte. Durch die amtlichen Statistiken werden in der Regel nur diejenigen Personen erfasst, die direkt an der Betreuung der Patienten beteiligt sind. Die Krankenhausstatistik liefert z. B. jährlich detaillierte Informationen zu den in den Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen beschäftigten Personen. Die Statistik der Berufe des Gesundheitswesens trägt Angaben zum Personal in ambulanten, stationären und teilstationären Ein-

richtungen, in Pflegeeinrichtungen, im öffentlichen Gesundheitsdienst und in den Apotheken zusammen. Damit wird jedoch die Beschäftigung in diesem Wirtschaftszweig nur unvollständig wiedergespiegelt. Mit der Erhaltung und Förderung der Gesundheit sind nicht nur die Vertreter dieser Berufe beschäftigt. Dazu gehören beispielsweise auch Gesundheitshandwerker, wie Optiker oder Zahntechniker oder Berufe, die im pharmazeutisch-kaufmännischen Bereich angesiedelt sind. [28]

Grundidee der parallel zur Gesundheitsausgabenrechnung entwickelten Personalrechnung ist die Einbeziehung auch solcher Wirtschaftsbereiche, die Leistungen erbringen, ohne die die normale Ausübung der medizinischen Betreuung nicht möglich ist. Diese Leistungen werden in den Betrachtungen des Statistischen Bundesamtes als Vorleistungen zusammengefasst. [29] Ebenso wurden solche Personen in die Betrachtungen

**Abb. 7 Zehn gesundheitsökonomische Indikatoren nach BASYS<sup>1)</sup>**

### Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

- Indikator 1 Ausgabenquote (Gesundheitsausgaben in % des Bruttosozialproduktes<sup>2)</sup>)
- Indikator 2 Gesundheitsausgaben pro Kopf (Gesundheitsausgaben absolut pro Kopf)

### Finanzierung

- Indikator 3 Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern (Anteil an den Ausgaben) für folgende Träger:
  - GKV
  - Sonstige Sozialversicherungsträger
  - Gebietskörperschaften
  - Private Versicherungen und private Haushalte
- Indikator 4 GKV-Beitragssatz (allgemeiner Beitragssatz)

### Leistungserbringung

- Indikator 5 Leistungserbringung (Bruttoproduktionswert absolut)
- Indikator 6 Wertschöpfungsquote (Bruttowertschöpfung der erbrachten Leistungen in Prozent des Bruttoinlandsproduktes)
- Indikator 7 Leistungsüberschuss/-defizit (Nettoleistungsüberschuss/-defizit)

### Beschäftigung

- Indikator 8 Beschäftigte im Gesundheitswesen (Anzahl absolut (Kopfzahlen und Vollkräfte, einschließlich Vorleistungsindustrien))
- Indikator 9 Beschäftigtenquote (Beschäftigte im Gesundheitswesen in % der Beschäftigten insgesamt)

### Produktivität

- Indikator 10 Produktivität (Wertschöpfung absolut je Beschäftigten (Vollkräfte) im Gesundheitswesen)

1) BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Reisingerstraße 25, D-86159 Augsburg.  
 2) Als Bezugsgröße gilt jetzt das Bruttoinlandsprodukt.  
 Quelle: [18, S. 11]

---

einbezogen, die keine für das Gesundheitswesen typischen Berufe ausüben, jedoch in diesem Bereich tätig sind.

Damit bilden die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen auch hier das Referenzsystem und sichern eine realistische Darstellung der Beschäftigung im Gesundheitswesen im gesamtwirtschaftlichen Kontext. Diese Sichtweise wurde prinzipiell auch von den Ländern übernommen und auf der Grundlage der länderspezifischen Bedingungen umgesetzt.

### **Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft – die Etablierung einer neuen Sichtweise**

Bei der Gesundheitspersonalrechnung wurde ein Ansatz gewählt, der über die in der Gesundheitsausgabenrechnung gewählte Betrachtung des Endverbrauches hinausgeht. Im Resultat wird der Begriff des Gesundheitspersonals weiter gefasst und die Aussagedimension verändert. Wurden die Beschäftigten im Gesundheitswesen im engeren Sinne größtenteils als größter Kostenfaktor im System der medizinischen Versorgung wahrgenommen, so zeigt die Gesundheitspersonalrechnung, wie vielen Menschen mit der Produktion von im Gesundheitswesen nachgefragten Produkten und Dienstleistungen eine Arbeitsmöglichkeit und damit eine Existenzgrundlage geboten wird.

Eine analoge Sichtweise ist auch für die durch diese Personen erstellten Produkte und Leistungen möglich, vor allem, wenn die Fragestellungen über die Kosten des Endverbrauches hinausgehen. Eine Wertsteigerung und damit eine Steigerung des Bruttoinlandsproduktes wird nicht nur in den Einrichtungen des Gesundheitswesens realisiert, wo die endgültigen Leistungen dem Patienten oder Kunden angeboten werden. Auch im Vorfeld sind viele wirtschaftliche Tätigkeiten darauf ausgerichtet, ein Produkt oder eine Leistung zu erstellen, die ihren letzten Verbrauch in den Einrichtungen bzw. durch die Angebote des Gesundheitswesens finden.

Damit verbunden ist die Einordnung des Gesundheitswesens als wichtiger Bereich der Volkswirtschaft in Bezug auf seine ökonomische Leistungsfähigkeit. Es wird davon ausgegangen, dass diese Bedeutung noch wachsen wird. Die zu erwartende demografische Entwicklung wird durch eine weitere Alterung der Gesellschaft geprägt sein, was die verstärkte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zur Folge haben wird. Gleichzeitig ist das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung in den letzten Jahren stark gewachsen, was sich in einer verstärkten Nachfrage nach Gesundheitsprodukten im weitesten Sinne äußert. Als Grund wird hier ein postmaterialistischer Wertewandel genannt, der auf der Befriedigung der wichtigsten fundamentalen und sozialen Bedürfnisse im Sinne der Maslowschen Bedürfnispyramide basiert und durch eine verstärkte Selbstverwirklichung

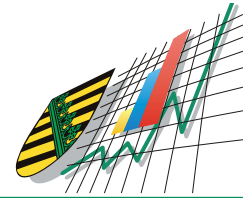
gekennzeichnet ist. Diese spiegelt sich u. a. in der verstärkten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wider. [30] Ein Ergebnis dieser neuen Sichtweise war die Einführung des Begriffs **Gesundheitswirtschaft**. Diese schließt den Bereich des bisherigen Gesundheitswesens als Kernbereich ein, ihm zugehörig sind aber auch diese Teile des Wirtschaftslebens, deren Leistungen im weitesten Sinne mit dem Begriff Gesundheit in Verbindung gebracht werden können.

Auf der 1. Nationalen Branchenkonferenz 2005 in Mecklenburg-Vorpommern wurde das Thema Gesundheitswirtschaft in den Mittelpunkt gestellt und auch eine Definition vorgestellt. Demnach umfasst die Gesundheitswirtschaft die „Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung der Gesundheit dienen.“ [31]

Nach der Etablierung dieser neuen Sichtweise stand die Aufgabe, sie auch in die Berechnungen und Schätzungen zur Stellung des Gesundheitswesens im volkswirtschaftlichen Kontext einfließen zu lassen. Eine Umsetzung ist der Wertschöpfungsansatz. [32] Wertschöpfung und Beschäftigte wurden für die Region Berlin-Brandenburg auf der Grundlage von der Gesundheitswirtschaft zugeordneten Wirtschaftseinheiten berechnet und zeichnen so ein Bild vom Anteil der Gesundheitswirtschaft an der Wirtschaftskraft der gesamten Region.

### **Handlungsstrategien zur Entwicklung einer Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung in Sachsen**

Die geplanten Arbeiten zur Entwicklung einer Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung in Sachsen sind in die bisherigen Arbeiten im Rahmen des Arbeitskreises Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder eingebettet. Dort wurde bereits 2004 angeregt, die Regionalisierung der gesundheitsbezogenen Rechensysteme des Bundes in das Aufgabenspektrum des Arbeitskreises aufzunehmen. Auf der 29. Tagung des Arbeitskreises Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder im Oktober 2004 waren die Vertreter von Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Sachsen beauftragt worden, die Bedingungen dafür zu recherchieren. Die Ergebnisse wurden auf der 30. Arbeitskreistagung vorgestellt und im Ergebnis wurde beschlossen, eine Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung“ unter dem Vorsitz des Statistischen Landesamtes Sachsen im Arbeitskreis anzusiedeln. Weitere Mitglieder dieser Arbeitsgruppe waren das Statistische Landesamt Rheinland-Pfalz sowie das Statistische Landesamt Nord, Standort Kiel. Insbesondere in Sachsen sollten die Arbeiten auf diesem Gebiet weiter verfolgt werden. Dieses Projekt wurde in Abstimmung mit den zuständigen Bereichen im Statistischen



Bundesamt und den Ressorts auf der folgenden Amtsleitertagung bestätigt. Nach ersten Recherchen und der Schaffung der personellen Voraussetzungen sind die entsprechenden Arbeiten dann im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen im Herbst 2007 angelaufen. Hauptinhalt der Arbeiten ist, in Abstimmung mit den anderen Statistischen Landesämtern die Möglichkeiten der Entwicklung gesundheitsbezogener Rechensysteme am Beispiel von Sachsen auszuloten und entsprechende Berechnungen durchzuführen. Dabei soll auf den bisher gemachten Erfahrungen anderer Landesämter, hier insbesondere Baden-Württemberg, aufgebaut werden.

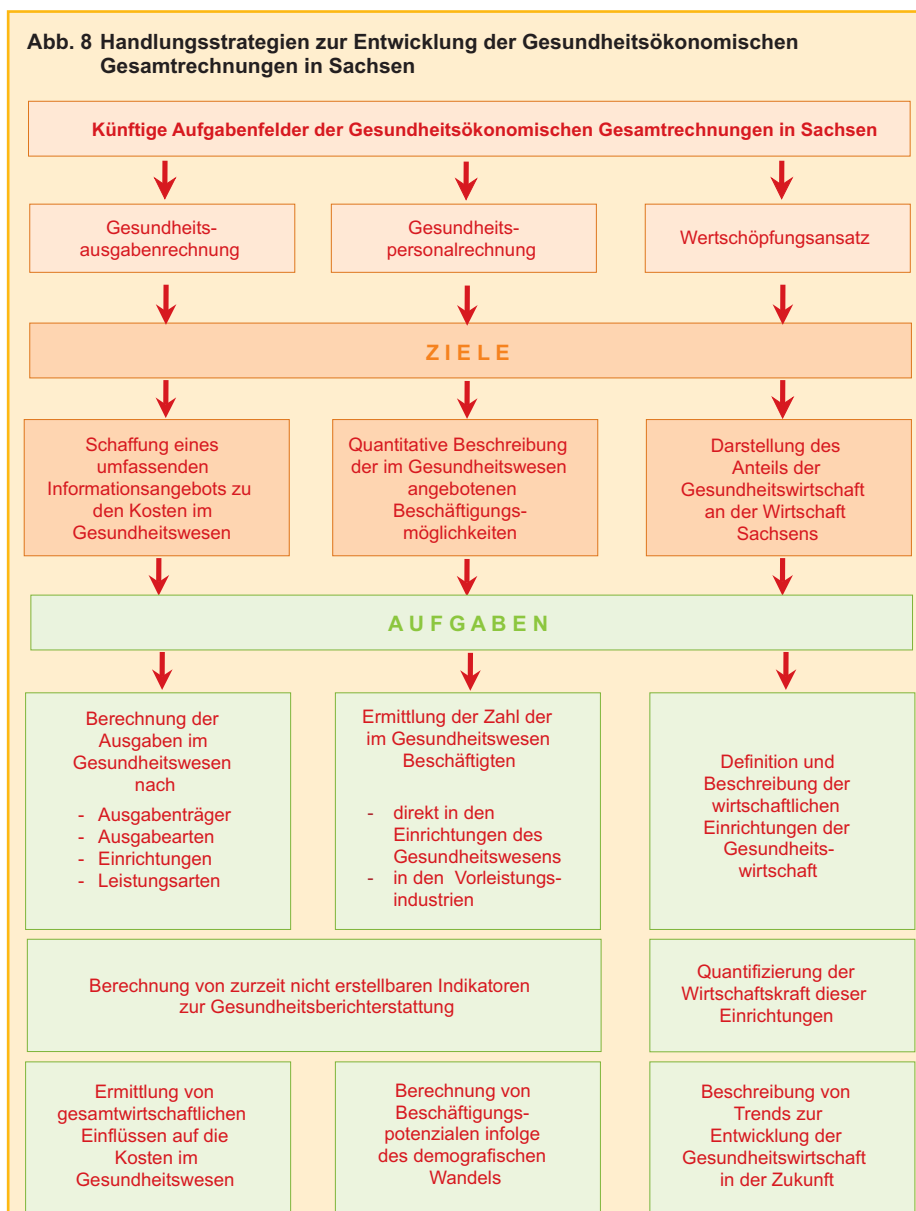
Die hier bisher dargestellten Sachverhalte zeigen drei wesentliche Felder, zu denen Informationsbedarf besteht, und die in den Blickpunkt zukünftiger Arbeiten gerückt werden sollten. Im Folgenden werden Ziele der Arbeit in diesen Aufgabenfeldern formuliert und die einzelnen Aufgaben abgeleitet, die zur Erreichung dieser Ziele notwendig sind (vgl. Abb. 8).

### Die Gesundheitsausgabenrechnung

Wie bereits dargestellt ist die Gesundheitsausgabenrechnung zuerst als Antwort auf den steigenden Informationsbedarf in diesem Bereich entwickelt worden. Entsprechend kann man davon

ausgehen, dass dieser Bereich auch in Zukunft im Mittelpunkt des Interesses stehen wird und deshalb die Entwicklung einer kontinuierlichen Gesundheitsausgabenrechnung für Sachsen als notwendig erscheint. Das heißt konkret, die Ausgaben des Gesundheitswesens nach Ausgabenträger, Ausgabearten, Einrichtungen und Leistungen ausweisen zu können. Die dann zu Verfügung stehenden Informationen würden die Möglichkeit geben, das Informationsdefizit zu decken, das zurzeit noch in der Gesundheitsberichterstattung besteht. Besonders für das Themenfeld 11 (Kosten) der Gesundheitsberichterstattung sind fast keine Informationen verfügbar.

Ein weiteres Aufgabenfeld bilden spezielle Analysen, die auf der Grundlage der vorliegenden Informationen die Möglichkeit bieten können, ausgewählte Aspekte des Gesundheitswesens tiefer zu betrachten. Dazu gehören z. B. die Ermittlung des Einflusses der Jahresteuierung auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen oder die Quantifizierung des Ex- und Imports von Gesundheitsleistungen auf Länderebene.



## Analyse der Beschäftigung im Gesundheitswesen

Die Entwicklung einer Gesundheitspersonalrechnung ist eng verbunden mit der Gesundheitsausgabenrechnung. Entsprechend sollten diese beiden Bereiche auch in Sachsen zusammen betrachtet werden. Ziel einer zu entwickelnden Gesundheitspersonalrechnung ist, die Beschäftigung im Gesundheitswesen zu quantifizieren und regelmäßig Informationen über diesen Sachverhalt bereitzustellen.

Die demografische Entwicklung wird dazu führen, dass sich der Bedarf an Gesundheitspersonal verändern wird. Die sich stetig vollziehende Alterung der Gesellschaft führt zu einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und einem wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen. Gleichzeitig verringert sich die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, die diesen erhöhten Bedarf an Personal decken können. Die Berechnung dieser Effekte auf der Grundlage der im Statistischen Landesamt erstellten Bevölkerungsprognosen würde einen Beitrag zur Abschätzung zukünftiger Beschäftigungs- und Beschäftigtenpotenziale liefern. Entsprechende allgemeine Darstellungen für die gesamte Volkswirtschaft [33] könnten dann spezifiziert und konkretisiert werden.

## Die Darstellung der Gesundheitswirtschaft im gesamtwirtschaftlichen Kontext

Der oben vorgestellte Wertschöpfungsansatz ist prinzipiell auf Sachsen und einzelne sächsische Regionen anwendbar. Entsprechende Berechnungen auf der Grundlage dieser Methodik können durchgeführt und demnach auch als ein Ziel für die Entwicklung der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung in Sachsen definiert werden. Für den Tourismus sind vergleichbare Arbeiten bereits realisiert. [34]

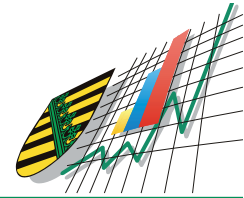
Damit verbunden wäre eine größere Transparenz des Faktors Gesundheitswirtschaft für das wirtschaftliche Geschehen in Sachsen. Auf der Grundlage allgemeiner Trends zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Produkten und Leistungen der Gesundheitswirtschaft wäre die Beschreibung von zukünftigen Trends für die Entwicklung der der Gesundheitswirtschaft zugeordneten Wirtschaftsbereiche ein weiteres Aufgabenfeld.

Längerfristig besteht die Zielstellung, die hier ermittelten Ergebnisse in Abstimmung mit den Gesamtrechnungen auf nationaler Ebene für die Zwecke der regionalen Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung und Erwerbstätigenrechnung zu nutzen und so zu einer Erhöhung der Qualität dieser Rechenwerke beizutragen.

Dr. Bernd Richter, Referent Gesamtwirtschaftliche Analysen

## Quellen- und Literaturverzeichnis:

- [1] Deutsche Sozialversicherung: [www.deutschesozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html](http://www.deutschesozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html)
- [2] Internetangebot des Statistischen Landesamtes, [www.statistik.sachsen.de](http://www.statistik.sachsen.de). Wenn nicht anders vermerkt, sind auch die folgenden Angaben zu sächsischen Krankenhäusern aus dieser Quelle bzw. den verschiedenen Publikationen zur Krankenhaus-, Kosten- und Diagnosestatistik entnommen oder sie wurden auf Anfrage vom zuständigen Fachbereich zur Verfügung gestellt.
- [3] Statistische Basisdaten zur Gesundheitsberichterstattung des Freistaates Sachsen 2005, Statistischer Bericht, Z III 1 - j/05, Kamenz, Juni 2007, S. 265.
- [4] Diese und die folgenden Angaben zur Bevölkerung und zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung sind dem Internetangebot des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen oder den verschiedenen Publikationen zu Bevölkerungsstand und -entwicklung sowie zu den Ergebnissen der 4. Regionalisierten Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen entnommen bzw. sie wurden auf Anfrage vom zuständigen Fachbereich zur Verfügung gestellt.
- [5] Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429, 3442) in Verbindung mit dem Gesetz über die Bundesstatistik (Bundesstatistikgesetz - BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565) zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246)
- [6] Meldepflichtige übertragbare Krankheiten und gemeldete Geschlechtskrankheiten im Freistaat Sachsen 2000, Statistischer Bericht, A IV 4,5,6, - j/00, Kamenz 2001.
- [7] Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) vom 20. Juli. 2000, BGBl. I S.1045.
- [8] Statistische Basisdaten zur Gesundheitsberichterstattung 1992, Statistischer Bericht, A IV/S, Kamenz 1994
- [9] Sächsischer Gesundheitsbericht 1995. Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie (Hrsg.), Dresden 1995.
- [10] Gesundheitsbericht für Deutschland. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden 1998.
- [11] Kühne, B.: Gesundheitsberichterstattung in Sachsen. In: Statistik in Sachsen, 4/2000, S. 30 - 43, hier: S. 37; sowie Kommunale Gesundheitsberichte (Stand 1/2008), GBE-Archiv der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf, Veröffentlichung unter: [www.akademie-oegw.de](http://www.akademie-oegw.de)
- [12] Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen, Gesundheitsberichte aus den Bundesländern - Zusammenstellung, Veröffentlichung unter: [www.loegd.nrw.de](http://www.loegd.nrw.de)
- [13] Ausgewählte statistische Daten zur Gesundheitsberichterstattung des Freistaates Sachsen nach Kreisen 1995, Statistische Berichte, Sonderhefte, Kamenz 1997.
- [14] [www.statistik.sachsen.de](http://www.statistik.sachsen.de) → Gesundheit, Soziales → Gesundheitsberichterstattung
- [15] Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, Bd. 1: Themenfelder 1 - 5, Bd. 2: Themenfelder 6 - 11, Dritte, neu bearbeitete Fassung, 2003.



- [16] Verfügbare Gesundheitsindikatoren für Nordrhein-Westfalen, Sonderausgabe September 2004: Umsteiger zwischen dem neuen Indikatorensetz 2003 und dem alten Indikatorensetz 1991 - 2002, Veröffentlichung des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen, H. 18/2004.
- [17] Konzept einer Ausgaben- und Finanzierungsrechnung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Herausgeben von H. T. Sarrazin, Bonner Arbeitsgruppe für empirische Wirtschaftsforschung, betreut von M. Schneider, Beratungsgemeinschaft für angewandte Systemforschung mbh (BASYS), Kurzfassung, Wiesbaden, Juni 1999.
- [18] Schneider, M., P. Biene-Dietrich, U. Hofmann, A. Köse, D. Mill: Gesundheitsökonomische Basisdaten für Rheinland-Pfalz, Schriftenreihe Gesundheitswesen/ Gesundheitsberichterstattung, Ministerium für Arbeit, Soziales, und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.), 1998, S.23 - 28.
- [19] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, [www.destatis.de](http://www.destatis.de)
- [20] Vgl. [17], hier: S. 7 - 11.
- [21] Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung, Konzept und erste Ergebnisse der Gesundheitsausgaben- und Beschäftigtenrechnung für Baden-Württemberg, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2002.
- [22] Vgl. [21], hier: Vorwort des Sozialministers Dr. Friedhelm Repnik (MdL)
- [23] Vgl. [21], hier: S.30 - 47.
- [24] Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung, Konzept und erste Ergebnisse der Gesundheitsausgaben- und Beschäftigtenrechnung für Baden-Württemberg, Bd. 2 Tabellenteil, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2002.
- [25] Schneider, M., U. Hofmann, P. Biene-Dietrich: Gesundheitsökonomische Basisdaten für Sachsen, Berichtsjahr 1997, Gutachten für das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, o. O. 2000.
- [26] Gesundheit in Deutschland, Robert-Koch-Institut und Statistisches Bundesamt, 2006, S. 187.
- [27] Gesundheit, Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004, Presseexemplar, Statistisches Bundesamt 2006, S. 6.
- [28] Gesundheit, Personal 2000, Presseexemplar, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2002, S. 7.
- [29] Gesundheit, Personal 2000, Presseexemplar, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2002, S. 43.
- [30] Mackenthun, B., K.-D. Henke, J. Schreyögg: Gesundheitswesen als Wachstumsfaktor. Script zum gleichnamigen Vortrag von B. Mackenthun auf dem 12. Gemeinsamen Wissenschaftlichen Kolloquium des Statistischen Bundesamtes und der Deutschen Statistischen Gesellschaft mit dem Thema „Ökonomische Leistungsfähigkeit Deutschlands – Bestandsaufnahme und statistische Messung im internationalen Vergleich“, Wiesbaden, 20./21. November 2003.
- [31] Auswertung der 3. Nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft, Schwerin, 12. Juli 2007, Präsentationsunterlage zum Vortrag o. Autor.
- [32] Ostwald, D. A., A. Ranscht: Wachstums- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg, Eine Studie der HealthCapital Berlin-Brandenburg, 2007
- [33] Richter, B.: Tendenzen der zukünftigen Entwicklung der Erwerbstätigkeit der sächsischen Bevölkerung, In: Statistik in Sachsen, 2/2008, S. 1 - 9
- [34] Vgl. dazu auch die Ermittlung der Umsätze im Tourismus in: Janisch, U.: Empirische Befunde zum Wirtschaftsfaktor Tourismus in Sachsen. In: Statistik in Sachsen, 1/2007, S. 1 - 19.
- [35] Deutsche Angestelltenzeitung 01/2006, Seite 12.
- [36] Kühne, B., Gesundheitsberichterstattung in Sachsen, Statistik in Sachsen, 4/2000, S. 30 - 43.