

Entwicklung eines methodischen Instrumentariums zur Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern auf Länderebene

Vorbemerkung

Die volkswirtschaftliche und beschäftigungspolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft als dynamischer Wachstumsbereich ist in den letzten Jahren zunehmend in den Blickpunkt der Öffentlichkeit geraten. [1] Aufgrund der jährlich steigenden Gesundheitsausgaben wird das Gesundheitswesen selbst aber als Kostenfaktor gesehen. Informationen dazu liefert die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes für Deutschland (vgl. z. B. [2]).

Die Erfahrungen zeigen, dass diese Bundesergebnisse jedoch nicht in jedem Fall auf die Länderebene durch Disaggregation an Hand der Einwohnerzahl übertragbar sind. Es gibt Unterschiede zwischen den Bundesländern bezüglich der Ausgaben je Ausgabenträger.¹⁾ So hat vor allem die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Bundesländern einen höheren Anteil an Gesundheitsausgaben als im Bundesdurchschnitt, die private Krankenversicherung hat dagegen einen geringeren

Anteil. Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen im Bundesländervergleich ist es wichtig, eine Gesundheitsausgabenrechnung auf Landesebene unter Nutzung landesspezifischer Informationen zu erstellen. Im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen wurde dazu eine methodische Grundlage erarbeitet, die eine Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern auf Landesebene ermöglicht. Die Dokumentation der methodischen Grundlage stellt einen länderübergreifenden Ansatz dar, mithilfe dessen eine landesspezifische Gesundheitsausgabenrechnung für jedes Bundesland organisiert werden kann.²⁾ [3] Es wurde weiterhin ein methodisches Instrumentarium zur Berechnung der trägerbezogenen Gesundheitsausgaben auf Landesebene erarbeitet. Im vorliegenden Beitrag werden am Beispiel Sachsens die Berechnungsmethoden des Instrumentariums sowie die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Anwendbarkeit vorgestellt. Im Ergebnis kann abgeleitet werden, wie eine Gesundheits-

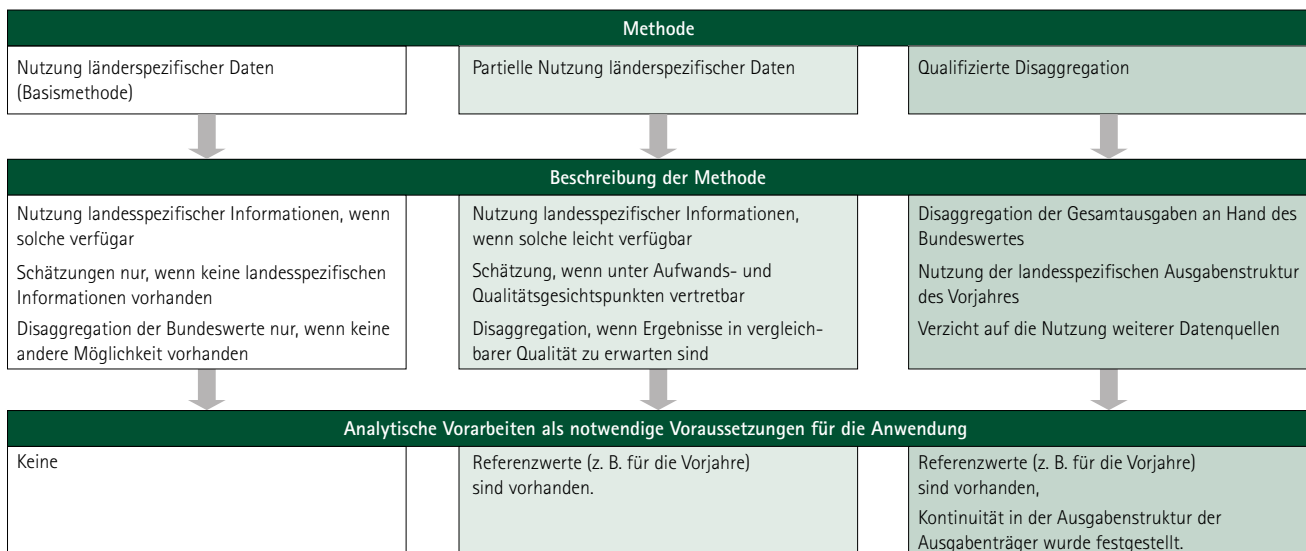
ausgabenrechnung nach Ausgabenträgern auf Länderebene unter Optimierung von Ergebnisgenauigkeit, zeitlichem Aufwand und Zeitpunkt der Ergebniserstellung etabliert werden kann.

Methodenbeschreibung

Die Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern für die Jahre 2006 bis 2008 wurde in Sachsen unter Nutzung länderspezifischer Informationen durchgeführt

- 1) Methodischer Ausgangspunkt der Berechnungen für die Gesundheitsausgaben in Sachsen sind die Arbeiten des Statistischen Bundesamtes. Die Ausgabenträger werden demnach unterteilt in: öffentliche Haushalte; gesetzliche Krankenversicherung; soziale Pflegeversicherung; gesetzliche Rentenversicherung; gesetzliche Unfallversicherung; private Krankenversicherung; Arbeitgeber; private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck.
- 2) Nach Definition des Statistischen Bundesamtes versteht man unter Gesundheitsausgaben die Ausgaben für den Endverbrauch von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen. Dazu zählen Leistungen und Güter mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, sowie Investitionen des Gesundheitswesens.

Abb. 1 Inhaltliche Betrachtung möglicher Berechnungsmethodiken



(Basismethode). Das heißt, wenn landesspezifische Informationen vorhanden waren, dann wurden diese auch in die Berechnungen mit einbezogen. Parallel dazu wurden zu Vergleichszwecken die Gesundheitsausgaben auch durch Disaggregation der Bundeswerte ermittelt, die auf der Basis der Bevölkerungszahlen durchgeführt wurde. Das heißt, es wird von der Annahme ausgegangen, dass die durchschnittlichen Ausgaben je Einwohner im gesamten Bundesgebiet gleich sind. Die sächsischen Ausgaben erhält man, indem die Ausgaben je Einwohner für Deutschland ermittelt und diese mit der Anzahl der Einwohner Sachsens multipliziert werden.

Die Berechnungsergebnisse zeigen³⁾, dass sich das Gesamtergebnis der Gesundheitsausgaben zwischen Disaggregation der Bundeswerte⁴⁾ und landesspezifischen Berechnungen kaum unterscheidet. Unterschiede treten vor allem im relativen Anteil, den die einzelnen Ausgabenträger an den Kosten tragen, auf. Auf dieser Grundlage wurden neben der Berechnung unter Nutzung länderspezifischer Daten zwei weitere Berechnungsmethoden entwickelt, die einer Gesundheitsausgabenrechnung unter geringerem Personal- und Zeitaufwand qualitativ gerecht werden können (vgl. Abb. 1). Diese drei Methoden werden im Folgenden analysiert und miteinander verglichen.

Berechnungsmethode I: Nutzung landesspezifischer Daten (Basismethode)

Die Ergebnisse unter Nutzung landesspezifischer Informationen werden ausgehend von den kleinsten statistischen Informationseinheiten des Landes für die acht Träger der Gesundheitsausgaben ermittelt. Im Einzelnen

heißt das, wenn landesspezifische Informationen vorhanden sind, werden sie direkt in die trägerbezogene Gesundheitsausgabenrechnung mit eingearbeitet. Sind dagegen nur landesspezifischer Sekundärinformationen vorhanden, werden diese für Schätzungen des gesuchten Ausgabepostens verwendet. Bei fehlenden landesspezifischen Primär- oder Sekundärinformationen werden die Gesundheitsausgaben durch Disaggregation der Bundeswerte ermittelt. So setzen sich die Gesundheitsausgaben dieser Rechnung aus einer Kombination von landesspezifischen Informationen, Schätzungen mithilfe von Sekundärstatistiken und einer Disaggregation von Bundeswerten zusammen. [4]

Berechnungsmethode II: Partielle Nutzung landesspezifischer Daten

Diese Methode setzt sich zum einen aus der Nutzung landesspezifischer Informationen und zum anderen aus der Disaggregation von Bundesergebnissen zusammen. Dabei werden die Ausgaben der Träger, die einen hohen Anteil an den Gesundheitsausgaben insgesamt haben, anhand landesspezifischer Informationen berechnet. Dazu gehören die gesetzliche und private Krankenversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung. Ausgabenträger, die einen geringen Anteil an den Gesundheitsausgaben insgesamt haben oder bei denen die Abweichungen gegenüber den disaggregierten Bundeswerten gering sind, werden anhand der Bundesausgaben disaggregiert. Eine Disaggregation findet ebenfalls Anwendung, wenn die Ausgaben für den Träger aus mehreren Quellen ermittelt werden und der Anteil, der auf Basis landesspezifischer Informationen ermittelt wird, sehr gering ist.

Ein **Berechnungsbeispiel** anhand der gesetzlichen Unfallversicherung verdeutlicht den Vorteil einer Disaggregation der Bundeswerte, wenn diese Voraussetzungen vorliegen. Die Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung setzen sich zum einen aus der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung sowie aus der landwirtschaftlichen Sozialversicherung⁵⁾ zusammen. Die deutsche gesetzliche Unfallversicherung besteht wiederum aus den gewerblichen Berufsgenossenschaften, den Unfallkassen von Bund, Eisenbahn, Post und Telekom sowie der Unfallversicherung der öffentlichen Hand, hier speziell der Unfallkasse Sachsen.⁶⁾ Landesspezifische Daten stehen nur für die Unfallkasse Sachsen zur Verfügung. Das entspricht einem Anteil von 15,8 Prozent an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung in Sachsen. Die restlichen Unfallkassen müssen mithilfe des Bevölkerungsanteils auf Basis der Bundeswerte geschätzt werden (vgl. Abb. 2). Der Vergleich der Ergebnisse der gesetzlichen Unfallversicherung zwischen der Berechnung

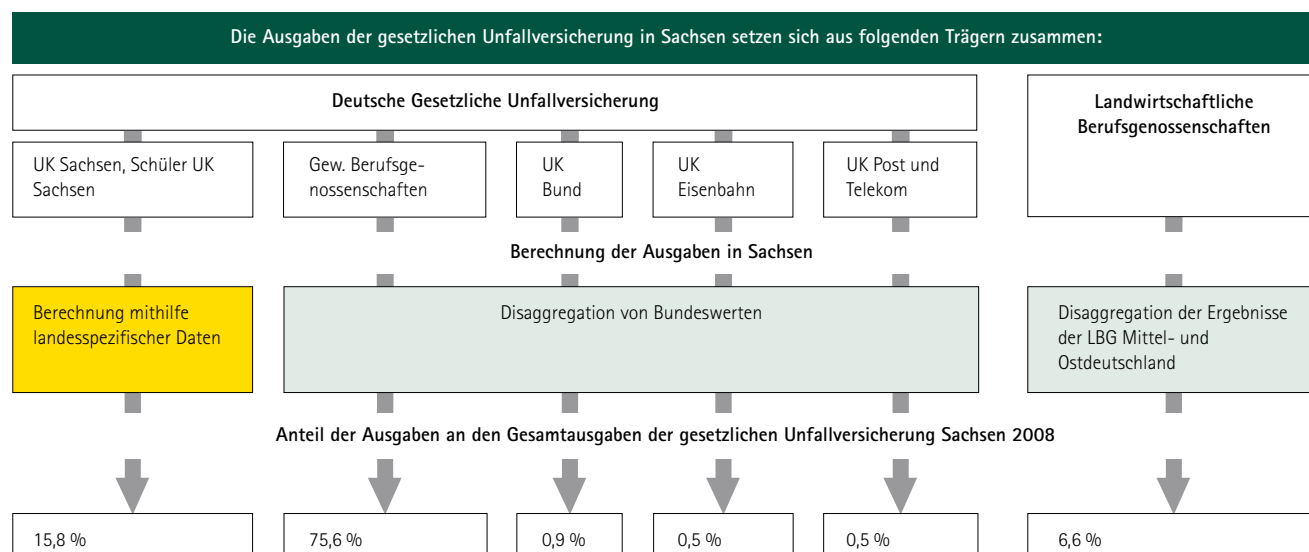
3) Die Berechnungsergebnisse fußen auf den Auswertungen der empirischen Daten der Jahre 2006 bis 2008 mit einem Berechnungsstand von Juli 2010. Eine Verbesserung der Datenbasis der länderspezifischen Daten, vor allem für die Ausgabenträger der öffentlichen Haushalte sowie privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, kann zu anderen Berechnungsergebnissen in späteren Veröffentlichungen führen.

4) Eine Disaggregation der Bundeswerte erfolgt, wenn nicht anders erwähnt, top down mittels des Bevölkerungsanteils von Sachsen an der Bevölkerung von Deutschland. [4]

5) Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung vertritt die Interessen der zwölf regionalen Träger der landwirtschaftlichen Unfallversicherung und der bundesweit zuständigen Sozialversicherung. Der für Sachsen zuständige regionale Träger ist die LSV Mittel- und Ostdeutschland.

6) Die Unfallkasse Sachsen setzt sich aus der allgemeinen Unfallversicherung und der Schülerunfallversicherung zusammen.

Abb. 2 Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung in Sachsen 2008



UK entspricht Unfallkasse

unter Nutzung landesspezifischer Daten und anhand der Disaggregation der Bundeswerte ergibt eine Abweichung von 0,7 Prozent für das Jahr 2008. Der hohe Berechnungsaufwand unter Nutzung landesspezifischer Informationen steht dabei in keinem Verhältnis zum Genauigkeitsgewinn, der dadurch erzielt wird. Es lässt sich erkennen, dass für die Berechnung der gesetzlichen Unfallversicherung eine Disaggregation der Bundeswerte zielführend wäre, zumal die Größe des Ausgabepostens mit einem Anteil von 1,6 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben und der Anteil an landesspezifisch zur Verfügung stehenden Daten sehr gering ist (vgl. Abb. 3). Für die Anwendung dieser Methode generell müssen allerdings Referenzwerte aus den Berechnungen der Vorjahre unter Nutzung landesspezifischer Informationen vorhanden sein.

Berechnungsmethode III: Qualifizierte Disaggregation

Die dritte Berechnungsmethodik ist eine besondere Form der Disaggregation. Die Ermittlung der Gesundheitsausgaben insgesamt erfolgt durch Disaggregation des Bundeswertes auf der Basis der Einwohnerzahlen. Um die relativen Anteile der einzelnen Träger an den Ausgaben zu bestimmen, wird die landesspezifische Ausgabenstruktur Sachsens der Vorjahre genutzt. Hier müssen wie bei der partiellen Nutzung landesspezifischer Informationen mindestens Referenzwerte für zwei Jahre aus den Berechnungen der Vorjahre unter Nutzung landesspezifischer Informationen vorhanden sein. Zudem sollte für mehrere Jahre eine Kontinuität in der Ausgabenstruktur der einzelnen Ausgabenträger festgestellt worden sein.

Modifizierte Berechnungsvariante zur qualifizierten Disaggregation

Eine qualifizierte Disaggregation ist nur dann möglich, wenn sich der landesspezifisch er-

rechnete Wert für die Gesundheitsausgaben insgesamt nur marginal von dem vom Bund disaggregierten Berechnungsergebnis unterscheidet. Für Bundesländer, bei denen die Abweichungen gegenüber den Bundesdurchschnitten sehr hoch ausfallen, kann die qualifizierte Disaggregation in modifizierter Form angewendet werden. Die Gesundheitsausgaben insgesamt werden, auf der Basis des länderspezifischen Vorjahreswertes, aus der Veränderungsrate des Bundesergebnisses insgesamt⁷⁾ ermittelt. Demzufolge wird bei dieser Berechnung die Annahme getroffen, dass die landesspezifische Veränderung der Gesundheitsausgaben im Bundesdurchschnitt entspricht. Die einzelnen Ausgabenanteile werden aber weiterhin, wie bei der qualifizierten Disaggregation, aus den landesspezifischen Ausgabenstrukturen der Vorjahre ermittelt.

Es wird angestrebt, dass die hier vorgestellte Methodik für alle Bundesländer angewendet wird. Daraus ergibt sich perspektivisch, dass bei Vorliegen von Rechenergebnissen für alle Länder, diese in einem zusätzlichen Arbeitsschritt mit dem Bundesergebnis abgestimmt werden müssen.

Ergebnisse der trägerbezogenen Gesundheitsausgabenrechnung nach Berechnungsmethodik

Berechnungsmethode I: Nutzung landesspezifischer Informationen (Basismethode)

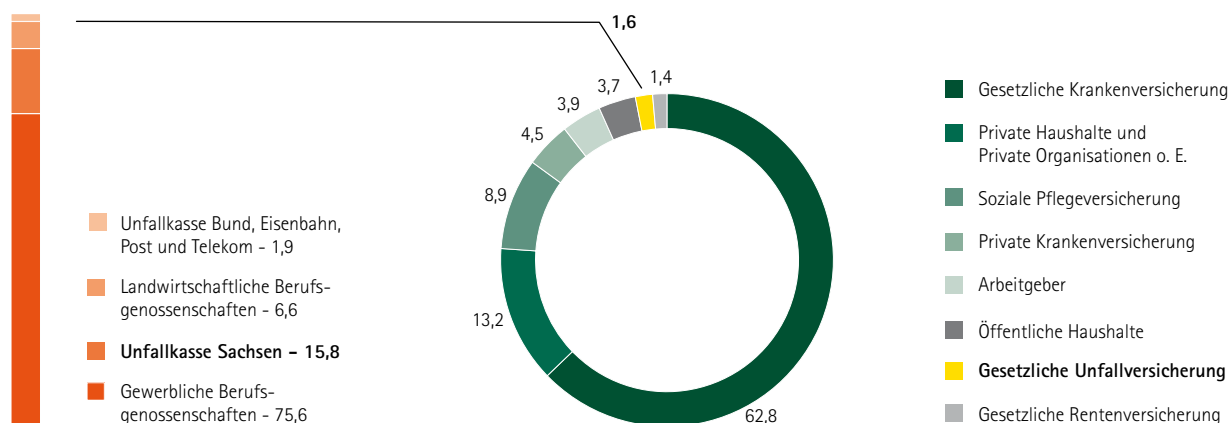
Die Berechnung unter Nutzung landesspezifischer Informationen ergibt für 2008 einen Ausgabenbetrag von insgesamt 13 740 Millionen €. ⁸⁾ Im Vergleich zu den Bundesausgaben liegt der ermittelte Betrag mit 3 266 € je Einwohner leicht über den bundesdurchschnittlichen Ausgaben von 3 206 €. Innerhalb der einzelnen Ausgabenträger unterscheiden sich hinsichtlich des relativen

Anteils an den Gesundheitsausgaben die auf der Basis landesspezifischer Informationen ermittelten Ergebnisse zum Teil beträchtlich von jenen, die man durch die Disaggregation der Bundeswerte an Hand der Einwohnerzahlen erhält. Vor allem die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nehmen in Sachsen einen größeren Anteil an den Gesundheitsausgaben ein als im Bundesdurchschnitt. Das führt dazu, dass die durch Disaggregation ermittelten Werte zu niedrig ausfallen, und zwar um 871 Millionen € bzw. um 10,1 Prozent für das Jahr 2008. Demgegenüber ist der Anteil der privaten Krankenversicherung in Sachsen viel geringer als im Bundesdurchschnitt. Dadurch ergibt die Disaggregation der Bundeswerte an Hand der Bevölkerung überhöhte Werte. Für 2008 wurde mit 1 275 Millionen € ein Wert ermittelt, der mehr als doppelt so hoch war als jener, der unter Nutzung landesspezifischer Informationen berechnet wurde.

Hohe Abweichungen zwischen disaggregierten und landesspezifisch berechneten Ausgaben lassen sich weiterhin bei den Ausgabenträgern der öffentlichen Haushalte sowie der sozialen Pflegeversicherung feststellen. 2008 betragen die Abweichungen von der Basismethode 33,0 bzw. -19,3 Prozent. Die Berechnungen zeigen deutlich, dass eine einfache Disaggregation der Bundeswerte

- 7) Die Veränderungsrate des Bundesergebnisses wird aus den Gesundheitsausgaben des aktuellen Jahres gegenüber den Gesundheitsausgaben des Vorjahres berechnet.
- 8) Der Berechnungsstand Juli 2010 geht von der Annahme aus, dass der Ausgabenträger „der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck“ dem Bundesdurchschnitt entspricht und wird aufgrund fehlender landesspezifischer Informationen von dem Bundeswert disaggregiert. Zurzeit erfolgt im Statistischen Landesamt Sachsen die Berechnung der landesspezifischen Ausgaben der privaten Haushalte anhand der zur Verfügung stehenden EVS-Daten. Grundlage sind die Ausgaben für die Gesundheitspflege, welche sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene vorliegen. Die Differenz der durchschnittlichen Ausgaben je Einwohner in Sachsen sowie im Bund für die Gesundheitspflege ist die Basis für eine landesspezifische Schätzung. Nach Ermittlung der Ergebnisse ist von einer Modifizierung der Gesundheitsausgaben von Sachsen auszugehen.

Abb. 3 Gesundheitsausgaben in Sachsen 2008 nach Ausgabenträger (in Prozent)



an Hand der Einwohnerzahlen bei einzelnen Ausgabenträgern in Sachsen zu großen Ungenauigkeiten führt.

Berechnungsmethode II: Partielle Nutzung landesspezifischer Informationen

Die Gesundheitsausgaben für Sachsen betragen bei Berechnung dieser Methode insgesamt 13 773 Millionen €. Gegenüber der Basismethode ergibt sich eine Abweichung von insgesamt 0,2 Prozent (vgl. Tab. 1). Landesspezifische Berechnungen erfolgten für die Träger der öffentlichen Haushalte, der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sowie der sozialen Pflegeversicherung. Die Ermittlung der Ausgaben durch die Disaggregation auf Basis der Einwohnerzahlen der entsprechenden Bundeswerte erfolgt für die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung⁹⁾, die Ausgaben der Arbeitgeber sowie die Ausgaben der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck.¹⁰⁾

Berechnungsmethode III: Qualifizierte Disaggregation der Bundeswerte

Insgesamt werden anhand der Berechnung dieser Variante 13 485 Millionen € für die Gesundheit in Sachsen ausgegeben. Mit einer Abweichung von -1,9 Prozent von der Berechnungsmethode I entspricht dies dem disaggregierten Bundeswert. Auch die Abweichungen innerhalb der einzelnen Ausgabenträger sind gegenüber der Berechnungsmethode I relativ gering.

Für die gesetzliche Krankenversicherung z. B., die den größten relativen Anteil der Gesundheitsausgaben sowohl in Sachsen als auch im Bund trägt, beträgt die Differenz zur Basismethode -1,3 Prozent. Ebenfalls geringe Abweichungen weisen die gesetzliche Rentenversicherung (-0,5 Prozent), die öffentlichen Haushalte (-1,4 Prozent), die Ausgaben der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (2,1 Prozent), die Ausgaben der Arbeitgeber (-2,4 Prozent) sowie die private Krankenversicherung (-3,5 Prozent) auf.

Eine Ausnahme bilden die soziale Pflegeversicherung mit einer Abweichung von -5,0 Prozent sowie die gesetzliche Unfallversicherung mit -9,6 Prozent (vgl. Tab. 1).

Hinweise zur Anwendbarkeit der verschiedenen Methoden

Ein Vergleich der verschiedenen Berechnungsmethoden zeigt, dass der Unterschied zwischen den einzelnen Methoden¹¹⁾ im Gesamtergebnis relativ gering ist.

Bei Durchführung der Berechnungen unter partieller Nutzung landesspezifischer Informationen beträgt die Abweichung der Gesamtausgaben 2008 im Vergleich zur Basismethode nur 0,2 Prozent. Für die Ausgaben der meisten Träger wurden keine nennenswerten Abweichungen festgestellt. Eine Ausnahme bilden hier die Ausgaben der Arbeitgeber mit 5,8 Prozent. Die Ursache für diese Abweichung ist in der Methodik bedingt, die auf der Disaggregation anhand der Bevölke-

rung beruht. Bei Nutzung der Methode I erfolgt die Disaggregation anhand der Arbeitnehmerzahlen.

Die Abweichung zwischen landesspezifischer Berechnung nach der Basismethode und qualifizierter Disaggregation beträgt 1,9 Prozent im Jahr 2008, für die Vorjahre ergaben sich -5,8 (2006) bzw. -1,6 Prozent (2007). Innerhalb der einzelnen Ausgabenträger sind die Abweichungen gering und in den meisten Fällen kleiner als vier Prozent.

Die Berechnung der Gesundheitsausgaben unter Nutzung landesspezifischer Informationen ist die Grundlage für den Aufbau einer Gesundheitsausgabenrechnung auf Länderebene, das Ergebnis gibt die Referenzwerte für die Berechnungen unter partieller Nutzung landesspezifischer Informationen sowie für die qualifizierte Disaggregation vor. Dabei gilt, je mehr Jahre unter Nutzung landesspezifischer Informationen berechnet werden, desto aussagekräftiger sind die Ergebnisse der anderen Berechnungsmethoden. Aus den bisherigen Ergebnissen wird deutlich, dass Referenzwerte für mindestens zwei Jahre vorliegen sollten. Vor allem bei der qualifizierten Dis-

10) Bezüglich der Berechnung landesspezifischer Ausgaben der privaten Haushalte und Organisationen ohne Erwerbszweck im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung ist die Veröffentlichung eines Beitrages in dieser Zeitschrift für 2011 geplant.

11) Die einfache Disaggregation an Hand der Bevölkerung geht davon aus, dass die durchschnittlichen Ausgaben je Einwohner im betrachteten Territorium, d.h. hier in Sachsen, und im Bund identisch sind. Dies wird für unsere Betrachtungen als nicht zielführend angesehen und hier nicht weiter diskutiert. Die Berechnungen und die Darstellung in Tabelle 1 wurden nur zu Vergleichszwecken vorgenommen.

Tab. 1 Gesundheitsausgaben in Sachsen in Abhängigkeit der angewandten Berechnungsmethodik 2008 nach Ausgabenträgern

Ausgabenträger	Schätzwert für Sachsen in Abhängigkeit vom methodischen Ansatz								Abweichungen gegenüber der Basismethode								
	Nutzung landesspezifischer Informationen (Basismethode)		1) einfache Disaggregation ¹⁾		2) partielle Nutzung landesspezifischer Informationen		3) qualifizierte Disaggregation		1)			2)			3)		
	insg.	Anteil	insg.	Anteil	insg.	Anteil	insg.	Anteil	absolut in Mill. €			%					
	Mill. €	%	Mill. €	%	Mill. €	%	Mill. €	%	1)	2)	3)	1)	2)	3)			
Insgesamt	13 740	100	13 485	100	13 773	100	13 485	100	-255,3	32,7	-255,3	-1,9	0,2	-1,9			
davon																	
öffentliche Haushalte	502	3,7	668	5,0	502	3,6	495	3,7	165,9	-	-7,1	33,0	-	-1,4			
gesetzliche Krankenversicherung	8 631	62,8	7 760	57,5	8 631	62,7	8 517	63,2	-871,3	-	-113,8	-10,1	-	-1,3			
soziale Pflegeversicherung	1 216	8,9	982	7,3	1 216	8,8	1 156	8,6	-234,7	-	-60,4	-19,3	-	-5,0			
gesetzliche Rentenversicherung	198	1,4	198	1,5	198	1,4	197	1,5	-	-	-1,0	-	-	-0,5			
gesetzliche Unfallversicherung	218	1,6	219	1,6	219	1,6	197	1,5	1,4	1,4	-20,8	0,7	0,7	-9,6			
private Krankenversicherung	623	4,5	1 275	9,5	623	4,5	602	4,5	651,9	-	-21,5	104,6	-	-3,5			
Arbeitgeber	541	3,9	572	4,2	572	4,2	528	3,9	31,3	31,3	-12,8	5,8	5,8	-2,4			
private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck	1 810	13,2	1 810	13,4	1 810	13,1	1 849	13,7	-	-	38,1	-	-	2,1			

Schätzung Juli 2010

1) Die einfache Disaggregation an Hand der Bevölkerung geht davon aus, dass die durchschnittlichen Ausgaben je Einwohner in Sachsen mit denen des Bundes identisch sind. Dieser Ansatz wird für die Betrachtungen als nicht zielführend angesehen. Die Berechnung und Darstellung wurde nur zu Vergleichszwecken vorgenommen.

aggregation lässt sich die Kontinuität in der Ausgabenstruktur nur durch Referenzwerte aus mehreren Vorjahren abbilden. Große Veränderungen in der Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Vergleich zum Vorjahr infolge von Gesundheitsreformen, Gesetzesänderungen oder Ähnliches spiegeln sich in der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes durch große Veränderungen zum Vorjahr wider. Sie sind ein Indiz, dass es auch auf Länderebene strukturelle Veränderungen gegeben hat und die Methoden II und III nur bedingt anwendbar sind. Im Allgemeinen gilt deshalb, dass vor allem nach strukturellen Veränderungen innerhalb eines Bundeslandes oder in Deutschland insgesamt, spätestens aber aller fünf Jahre die Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern unter Nutzung länderspezifischer Informationen berechnet werden sollten.

Zusammenfassung und Ausblick

Eine möglichst genaue und zuverlässige Abbildung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern auf Landesebene wird aus heutiger Sicht nur durch Nutzung landesspezifischer Informationen erreicht. Dabei gilt, je mehr landesspezifische Informationen genutzt werden, desto genauer sind die Rechnungen. Hier ist jedoch zu beachten, dass eine perspektivisch angestrebte Anwendung dieser Methodik durch alle Bundesländer eine Abstimmung der Berechnungsergebnisse für die einzelnen Länder mit dem Bundesergebnis notwendig macht.

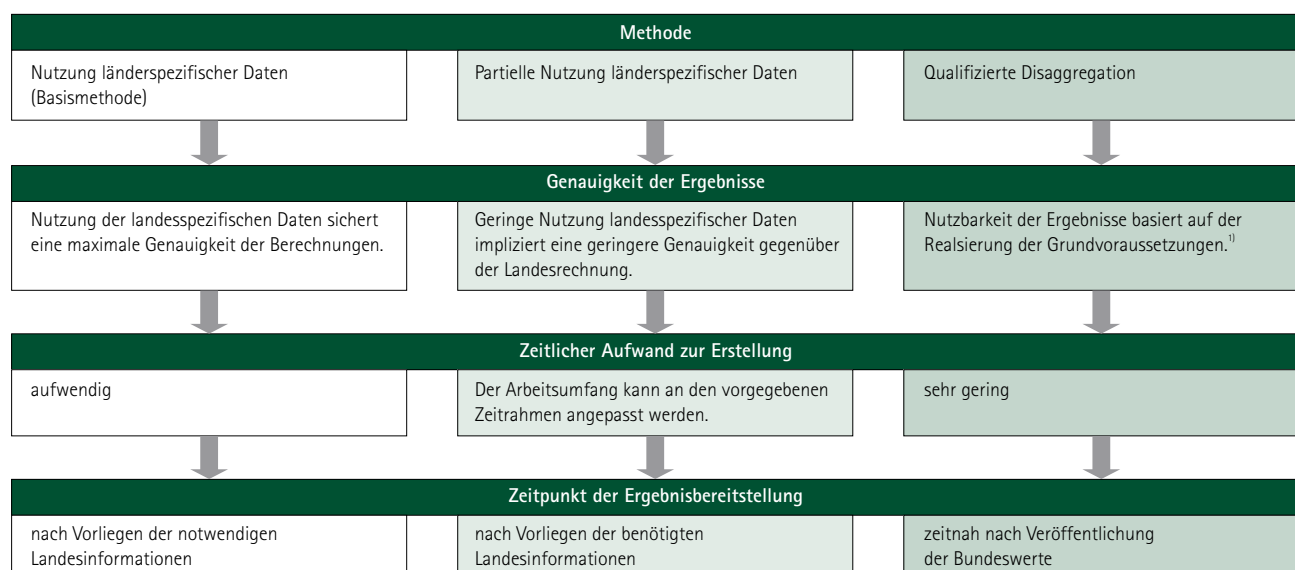
Strukturelle Veränderungen innerhalb eines Landes infolge des demographischen Wandels oder infolge von Gesetzesänderungen usw. haben auf die Genauigkeit der Gesundheitsausgaben bei Berechnung unter Nutzung landesspezifischer Informationen keinen Einfluss, da diese Veränderungen in den landesspezifischen Informationen abgebildet werden. Die tatsächlich anfallenden Gesundheitsausgaben werden in den Berechnungen ermittelt. Diese Art der Berechnung lässt sich aufgrund des hohen Kosten- und Zeitaufwandes jedoch kaum jährlich realisieren. Um trotzdem die Bereitstellung von Daten zu den Gesundheitsausgaben gewährleisten zu können, wurden im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen unter dem Gesichtspunkt von Genauigkeit der Ergebnisse, zeitlicher Aufwand zur Erstellung und Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung die vorgestellten Berechnungsmethoden II und III entwickelt, die neben der Basismethode zum Einsatz kommen können (vgl. Abb. 4).

Die Anwendung dieser beiden Methoden ist jedoch an das Vorhandensein von Referenzwerten geknüpft, die nur durch die Berechnung mit Hilfe länderspezifischer Daten (Basismethode) gewonnen werden können. Besonders die Anwendung der qualifizierten Disaggregation ist jedoch noch an weitere Bedingungen geknüpft. Eine qualifizierte Disaggregation sollte nur dann erfolgen, wenn die Abweichung der Ausgaben insgesamt von den durch Nutzung länderspezifischer Daten ermittelten Ausgaben minimal ist und eine Stabilität der Ausgabenstruktur

gegenüber den Vorjahren besteht. Bei Erfüllung dieser Grundvoraussetzungen bietet die qualifizierte Disaggregation eine schnelle, zeitnahe, genaue und somit qualitativ hochwertige Ergebnisermittlung. Hier können zeitnah mit Veröffentlichung der Bundeswerte auch Länderergebnisse veröffentlicht werden. Sollte diese Verfahrensweise in den Ländern etabliert werden, ist eine Koordination der Veröffentlichungen und insbesondere eine Abstimmung mit dem Statistischen Bundesamt als zusätzlicher Arbeitsschritt einzuplanen.

Die Berechnung der Gesundheitsausgaben unter der partiellen Nutzung landesspezifischer Informationen bietet auch bei strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen eine hohe Genauigkeit. Die Träger, die den größten Teil der Gesundheitsausgaben einnehmen, werden anhand landesspezifischer Daten ermittelt. Die Ausgabenträger mit an den Gesundheitsausgaben geringerer Bedeutung werden anhand der Bundeswerte disaggregiert. Somit werden auch bei diesen Trägern die strukturellen Veränderungen innerhalb Gesamtdeutschlands abgebildet. Der Zeit- und Kostenaufwand fällt gegenüber Berechnungsmethode I aber geringer aus (vgl. Abb. 5). Die oben aufgeführten und erläuterten Berechnungsmethoden zeigen, dass die Wahl der einzelnen Methode den jeweiligen Anforderungen an die Genauigkeit der Ergebnisse, den zeitlicher Aufwand zur Erstellung sowie den Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung angepasst werden müssen.

Abb. 4 Betrachtung möglicher Berechnungsmethodiken unter qualitativen Gesichtspunkten



1) Die empirischen Voraussetzungen für eine qualifizierte Disaggregation sind: Minimale Abweichung bei Ermittlung der Gesamtausgaben von den durch Nutzung länderspezifischer Daten ermittelten Gesamtausgaben sowie eine Stabilität der Ausgabenstruktur gegenüber dem Vorjahr.

Abb. 5 Einschätzung der Methoden bezüglich der Kriterien Genauigkeit, zeitnahe Bereitstellung und Zeitaufwand¹⁾

Nutzung länderspezifischer Daten	Partielle Nutzung länderspezifischer Daten	Qualifizierte Disaggregation
Genauigkeit		
+++	++	+
Zeitnahe Bereitstellung		
+	++	+++
Geringer Erstellungsaufwand		
+	++	+++

1) Eine größere Anzahl von Pluszeichen signalisiert eine bessere Erfüllung des entsprechenden Kriteriums.

Das hier vorgestellte methodische Instrumentarium zur Berechnung der Ausgaben auf Länderebene wurde in der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder abgestimmt und wird als Basis für die Erstellung von Gesundheitsausgabenrechnungen auf Länderebene angesehen.

Kristina Richter, Dipl.-Geogr., Sachbearbeiterin Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen

Literatur- und Quellenverzeichnis

- [1] Vgl. dazu auch: Richter, B.: Zur volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens im Spiegel der amtlichen Statistik. In: Statistik in Sachsen, 2/2008, S. 89 – 101.
- [2] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt, Tabelle: Gesundheitsausgaben in Deutschland in Millionen €, Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung und Ausgabenträger. Die Tabelle bezieht sich auf das Jahr 2008, zuletzt aufgerufen am 30. November 2010
- [3] Richter, B.: Gesundheitsausgabenrechnungen auf Länderebene – methodische Grundlagen zur Realisierung eines länderübergreifenden Ansatzes. In: Statistik in Sachsen, 1/2011, S. 28-32
- [4] Richter, K.: Disaggregation oder landesspezifische Berechnungen – ein Methodenvergleich zur Gesundheitsausgabenrechnung auf Länderebene, In: Statistik in Sachsen, 4/2010, S. 2 – 8