

# Gesundheitsausgaben in Sachsen 2009 – aktuelle Rechnungsergebnisse

## Gesundheitsausgabenrechnung in Sachsen

Die Gesundheitsausgabenrechnung in Sachsen stellt Kennziffern für die sächsische Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung und dient der Information von Politik und Forschung, der Akteure des Gesundheitswesens sowie der interessierten Öffentlichkeit.

Berechnungsergebnisse für die Jahre 2006 bis 2008 wurden in dieser Zeitschrift bereits veröffentlicht. [1] Nach Weiterentwicklung der Methodik (s. u.) wurde eine Neuberechnung vorgenommen. Dabei fanden auch die neuen Bundeseckwerte Verwendung. Die hier veröffentlichten Zahlen für die Jahre 2006 bis 2008 weichen daher auch von früher veröffentlichten ab.

Der Schwerpunkt der Gesundheitsausgabenrechnung liegt auf der Messung der ökonomischen „Belastung“ der Volkswirtschaft bzw. der Bevölkerung in Sachsen. Diese ökonomische „Belastung“ entsteht beispielsweise durch Maßnahmen, die mit der Prävention, Rehabilitation oder Behandlung von Krankheiten oder mit der Gewährung von Pflegeleistungen im Zusammenhang stehen, aber auch durch Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ziel der Gesundheitsausgabenrechnung ist es also nicht, die Wertschöpfung der Wirtschaftsbereiche im Gesundheitswesen zu ermitteln<sup>1)</sup>, sondern die Ausgaben für die letzte Verwendung von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen für die Bevölkerung in Sachsen<sup>2)</sup> zu erfassen. Dazu gehören beispielsweise Ausgaben für ärztliche Untersuchungen oder für pflegerische Leistungen, die Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zugute kommen. [3]

Die Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes und die damit gemachten Erfahrungen bilden die Grundlage für die Entwicklung der Gesundheitsausgabenrechnung in Sachsen.

## Methodik

Im Allgemeinen ist die Gesundheitsausgabenrechnung als dreidimensionales Rechensystem konzipiert, welches die Gesundheitsausgaben nach den Ausgabenträgern, den Leistungen und den Einrichtungen gliedert. In Sachsen werden vorerst die Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern<sup>3)</sup> ermittelt. [4] Bei der Gesundheitsausgabenrechnung handelt es sich zudem um ein sekundärstatistisches Rechenwerk, das die im Bereich des Gesundheitswesens verfügbaren Datenquellen – wie Daten der amtlichen Statistik (z. B. Sozialhilfestatistik), Verwaltungsdaten, Stichprobenerhebungen, Geschäfts- und Jahresberichte sowie Sonderauswertungen – zur Ermittlung der gesamten Ausgaben für Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen zusammenfasst. Die Erfassung der Gesundheitsausgaben beruht vor allem auf den unterschiedlichen Informationen der einzelnen Ausgabenträger. Für die Sozialversicherungsträger<sup>4)</sup>, wie die Gesetzliche Krankenversicherung<sup>5)</sup> oder Soziale Pflegeversicherung sind dies die jährlich veröffentlichten Rechnungsergebnisse. Für die Ausgaben der Öffentlichen Haushalte werden die Daten – wie z. B. im Bereich der Sozialhilfe – aus amtlichen Statistiken übernommen. In anderen Bereichen werden die benötigten Informationen durch Schätzungen gewonnen.

Daten werden u. a. vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Rechnungsergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung), dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und dem Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen (Ausgaben der Sozialhilfe und der Asylbewerberleistungsstatistik) zur Verfügung gestellt.

## Exkurs:

### Gesundheitsausgabenrechnung im „System of Health Accounts (SHA)“<sup>6)</sup>

Die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes orientiert sich an dem von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) vorgelegten „System of Health Accounts (SHA)“, das einen einheitlichen Rahmen für

- 1) Diese Wirtschaftszweige werden auch unter dem Terminus „Gesundheitswirtschaft“ zusammengefasst. Diese wertschöpfungs- und arbeitsmarktbezogene Methodik zur Ermittlung der Wertschöpfung bildet den Gesundheitsmarkt als integrierten und produktiven Teil der Gesamtwirtschaft statistisch ab (vgl. [2]).
- 2) Die Erfassung der Ausgaben beschränkt sich räumlich auf die sächsische Wohnbevölkerung (Inländerkonzept). Dies bedeutet, dass Käufe von Personen mit Wohnsitz außerhalb von Sachsen bei Leistungserbringern in Sachsen in der Gesundheitsausgabenrechnung nicht berücksichtigt werden. Dagegen werden Käufe von sächsischen Bürgern außerhalb des Bundeslandes als Gesundheitsausgaben mit erfasst.
- 3) 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.
- 4) Sozialversicherungsträger sind Institutionen und Stellen, die auf Grund eines Versicherungsverhältnisses Leistungen der sozialen Sicherheit erbringen. Zu ihnen gehören unter anderem die gesetzlichen Krankenkassen, die Unfallkassen der öffentlichen Hand, die Deutsche Rentenversicherung Bund sowie die Berufsgenossenschaften. In Deutschland existierten folgende Sozialversicherungsträger: die gesetzlichen Krankenkassen, die bei den Krankenkassen angesiedelten Pflegekassen, die Rentenversicherungsträger unter dem Namen Deutsche Rentenversicherung, davon die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und 14 Regionalträger; außerdem neun landwirtschaftliche Alterskassen und die Unfallversicherungsträger (gewerbliche Berufsgenossenschaften, landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, die See-Berufsgenossenschaft, die Gemeindeunfallversicherungsverbände, die Unfallkasse des Bundes, der Telekom, Post und Bahn). [5]
- 5) Die Bezeichnung der Träger als Eigenname werden groß geschrieben.
- 6) Das „System of Health Accounts“ (SHA) wurde im Jahr 2000 von der OECD als Rahmen für nationale Gesundheitsrechnungssysteme entwickelt, um die internationale Vergleichbarkeit der nationalen Daten zu den Gesundheitsausgaben zu erhöhen. Derzeit wird das SHA als Gemeinschaftsaufgabe von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dem Statistischen Amt der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat) und der Weltgesundheitsbehörde (WHO) revidiert. Das SHA2.0 soll demnächst den zuständigen Gremien zur abschließenden Zustimmung vorgelegt werden.

Tab. 1 Gesundheitsausgaben in Sachsen 2007, 2008 und 2009 nach Ausgabenträgern

Ausgabenträger	Gesundheitsausgaben in Sachsen									
	2007			2008			2009			Veränderung 2009 zu 2008
	Mill. €	%	€ je Einw.	Mill. €	%	€ je Einw.	Mill. €	%	€ je Einw.	%
<b>Insgesamt</b>	<b>12 757</b>	<b>100</b>	<b>3 013</b>	<b>13 406</b>	<b>100</b>	<b>3 188</b>	<b>13 904</b>	<b>100</b>	<b>3 328</b>	<b>3,7</b>
davon										
Öffentliche Haushalte	503	3,9	119	518	3,9	123	536	3,9	128	3,4
Gesetzliche Krankenversicherung	8 385	65,7	1 980	8 787	65,5	2 090	9 110	65,5	2 180	3,7
Soziale Pflegeversicherung	1 239	9,7	293	1 343	10,0	319	1 375	9,9	329	2,4
Gesetzliche Rentenversicherung	189	1,5	45	198	1,5	47	205	1,5	49	3,6
Gesetzliche Unfallversicherung	209	1,6	49	219	1,6	52	228	1,6	54	4,0
Private Krankenversicherung	567	4,4	134	623	4,7	148	665	4,8	159	6,7
Arbeitgeber	540	4,2	127	562	4,2	134	575	4,1	138	2,2
Private Haushalte und Private Organisationen ohne Erwerbszweck	1 126	8,8	266	1 156	8,6	275	1 211	8,7	290	4,8

Schätzung April 2011

die Begriffsabgrenzungen, Gliederungsmerkmale und Zuordnungskriterien in nationalen Gesundheitsausgabenrechnungen bereitstellt und länderübergreifende Vergleiche erleichtert. Grundlage des „System of Health Accounts“ ist die Gliederung der Gesundheitsausgaben in einer dreidimensionalen Klassifikation nach Leistungsarten (functions), Einrichtungen (providers) und Ausgabenträgern (sources of funding).

Die Klassifikationen des „System of Health Accounts“ geben einen gewissen Spielraum bei der Umsetzung und Ausgestaltung einer nationalen Gesundheitsausgabenrechnung und ermöglichen die Berücksichtigung nationaler Besonderheiten, wie etwa unterschiedlicher Gesundheits- und Finanzierungssysteme. Dieser Gestaltungsspielraum führt zu gewissen Unterschieden in den Klassifikationen zwischen dem „System of Health

Accounts“ und der deutschen Gesundheitsausgabenrechnung, die sich insbesondere in der Feinaufteilung zeigen. [6] Die grundsätzlichen Aussagen sind davon aber unberührt, so dass die Vergleichbarkeit mit anderen Ländern grundsätzlich gegeben ist.

Ein Vergleich der sächsischen Gesundheitsausgaben mit anderen Ländern im internationalen Kontext ist aufgrund der Anlehnung an die Vorgaben der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes und somit auch an die Gesundheitsausgabenrechnung im „System of Health Accounts“ weitgehend gegeben.

#### Ergebnisse für 2009

Die Ausgaben für die Gesundheit in Sachsen lagen im Jahr 2009 bei insgesamt 13,9 Milliarden €. Gegenüber 2008 erhöhten sie sich

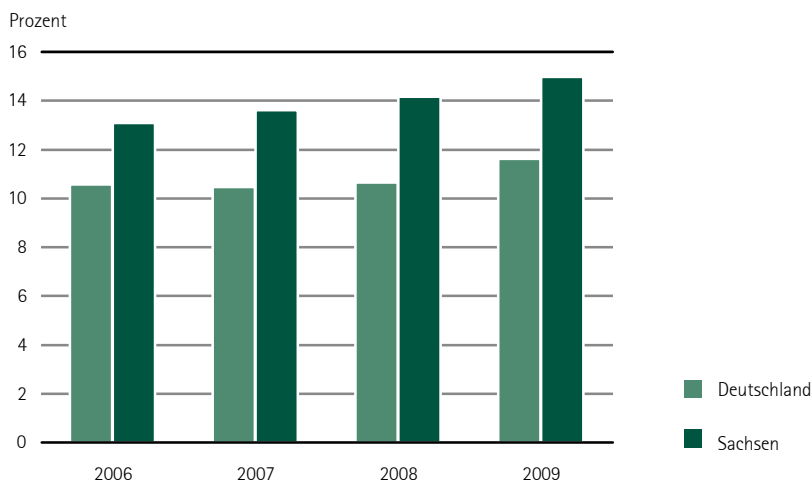
um 498 Millionen € oder 3,7 Prozent (vgl. Tab. 1). Dieser Anstieg liegt unter den Wachstumsraten der Vorjahre. Wuchsen die Ausgaben gegenüber dem jeweiligen Vorjahr 2007 noch um 8,8 Prozent, so waren es 2008 nur noch 5,1 Prozent. In Deutschland erhöhten sich dagegen die Ausgaben 2009 gegenüber 2008 um 5,2 Prozent. Dieser Anstieg liegt dabei deutlich über den Wachstumsraten der Vorjahre (2007: 3,3 Prozent, 2008: 4,0 Prozent) und über der aktuellen Wachstumsrate von Sachsen.

#### Zentrale Kenngrößen der Gesundheitsausgabenrechnung

Als Kenngrößen für die Gesundheitsausgaben eignen sich vor allem die Gesundheitsausgabenquote, das heißt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt, sowie die Gesundheitsausgaben je Einwohner. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag in Sachsen im Jahr 2009 bei 15,0 Prozent. Dies ist im Vergleich zu Deutschland mit 11,6 Prozent ein relativ hoher Wert. Es ist aber zu berücksichtigen, dass der hohe Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Sachsen vor allem auf der im Bundesvergleich geringeren Wirtschaftsleistung der Erwerbstätigen resultiert. So lag die Pro-Kopf-Produktivität (Arbeitsproduktivität) im Bundesdurchschnitt 2009 bei 59 524 €, in Sachsen aber nur bei 47 916 €. Bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen war auch die Arbeitslosenquote 2009 in Sachsen mit 12,9 Prozent deutlich höher als im Bundesdurchschnitt mit nur 8,1 Prozent.

Im Jahr 2008 lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Sachsen noch bei 14,2 Prozent. Der hohe Anstieg ist neben dem Wachstum der Gesundheits-

Abb. 1 Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt<sup>1)</sup> 2006 bis 2009



Schätzung April 2011

1) in jeweiligen Preisen

Datenquelle: Gesundheitsberichterstattung Bund - Gesundheitsausgabenrechnung

ausgaben auch auf den Einbruch der Wirtschaftsleistung im Jahr 2009 zurückzuführen. Auch der Vergleich mit Deutschland zeigt einen sprunghaften Anstieg dieses Indikators von 10,7 Prozent 2008 auf 11,6 Prozent 2009 an (vgl. Abb. 1).

2009 entfielen in Sachsen auf jeden Einwohner 3 328 € an Ausgaben für die Gesundheit. Das waren 4,4 Prozent mehr als im Vorjahr. Aufgrund der sinkenden Einwohnerzahlen muss eine immer kleiner werdende Bevölkerung einen immer größeren Ausgabenbetrag finanzieren. Dennoch lagen die Ausgaben je Einwohner geringfügig unter den Pro-Kopf-Ausgaben für Deutschland, die sich 2009 auf 3 400 € beliefen (vgl. Tab. 2). Es ist zu vermuten, dass die geringeren Pro-Kopf-Ausgaben in Sachsen vor allem durch die geringeren Preise für Gesundheitsleistungen und eine geringere Nachfrage von Privatleistungen zu erklären sind.

### Ausgabenstruktur

Größter Ausgabenträger im Gesundheitswesen war im Jahr 2009 die Gesetzliche Krankenversicherung. Sie trug mit 9,1 Milliarden € 65,5 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Im Zeitvergleich ist der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung an den Gesundheitsausgaben in Sachsen nahezu konstant geblieben.

Mit einem Anteil von 9,9 Prozent bzw. rund 1,4 Milliarden € war die Soziale Pflegeversicherung 2009 der zweitgrößte Ausgabenträger in Sachsen, dicht gefolgt von den Privaten Haushalten und Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck mit einem Anteil von 8,7 Prozent (1,2 Milliarden €).

Die Private Krankenversicherung nimmt 2009 mit 665 Millionen € bzw. 4,8 Prozent nur einen geringen Anteil an den Gesundheitsausgaben in Sachsen ein. Dies liegt vor allem an dem gegenüber dem Bundesvergleich geringeren Anteil an versicherten Personen in der Privaten Krankenversicherung. Ihre Ausgaben haben sich aber 2009 gegenüber dem Vorjahr um 6,7 Prozent erhöht, 2008 erhöhten sie sich gegenüber 2007 sogar um 10,0 Prozent (vgl. Abb. 2 und 3). Neben den steigenden Ausgaben für die Gesundheit führen auch die zunehmenden Versichertenzahlen zu den hohen Wachstumsraten.

Auch in Deutschland hat sich der Netto-Neuzugang in der Vollversicherung der Privaten Krankenversicherung 2009 mit 171 600 Personen im Vergleich zum Vorjahr mit 90 300 Personen fast verdoppelt. Das lässt sich aber im Wesentlichen auf einen Einmaleffekt zurückführen: Am 1. Januar 2009 war eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Kraft getreten, wo-

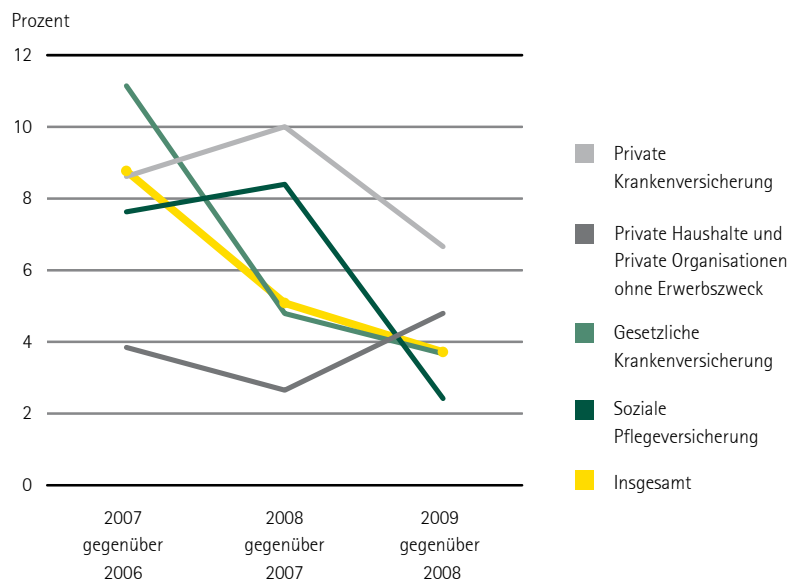
Tab. 2 Gesundheitsausgaben in Deutschland und Sachsen 2009 nach Ausgabenträgern

Ausgabenträger	Gesundheitsausgaben					
	Deutschland			Sachsen		
	Mill. €	%	€ je Einw.	Mill. €	%	€ je Einw.
<b>Insgesamt</b>	<b>278 345</b>	<b>100</b>	<b>3 400</b>	<b>13 904</b>	<b>100</b>	<b>3 328</b>
davon						
Öffentliche Haushalte	13 655	4,9	167	536	3,9	128
Gesetzliche Krankenversicherung	160 854	57,8	1 965	9 110	65,5	2 180
Soziale Pflegeversicherung	20 312	7,3	248	1 375	9,9	329
Gesetzliche Rentenversicherung	4 014	1,4	49	205	1,5	49
Gesetzliche Unfallversicherung	4 459	1,6	54	228	1,6	54
Private Krankenversicherung	25 957	9,3	317	665	4,8	159
Arbeitgeber	11 592	4,2	142	575	4,1	138
Private Haushalte u. private Organisationen o. Erwerbszweck	37 504	13,5	458	1 211	8,7	290

Schätzung April 2011

Datenquelle: Statistisches Bundesamt - Gesundheitsausgabenrechnung

Abb. 2 Veränderungsraten der Gesundheitsausgaben 2007 bis 2009 ausgewählter Ausgabenträger



Schätzung April 2011

raufhin Tausende vormals Unversicherte 2009 eine private Kranken- und Pflegeversicherung abgeschlossen haben. [7] Da die Berechnung der Gesundheitsausgaben der Privaten Krankenversicherung in Sachsen auf Schätzungen aufbauen, die die bundesdurchschnittlichen Entwicklungen berücksichtigen, wirken sich die steigenden Ausgaben in Deutschland auch auf die sächsischen Berechnungen aus.

Die Privaten Haushalte und Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck haben mit 1 211 Millionen € bzw. einem Anteil von 8,7 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben einen geringeren Stellenwert in der Gesundheitsausgabenrechnung Sachsens als im Bundesvergleich mit 13,5 Prozent. 2009 lagen die Ausgaben je Einwohner 36,7 Pro-

zent unter denen von Deutschland insgesamt. Allerdings haben sie mit 4,8 Prozent 2009 ebenfalls eine hohe Wachstumsrate gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen (Deutschland 6,1 Prozent) (vgl. Abb. 2 und 3). Es ist anzunehmen, dass das geringere verfügbare Einkommen der Privaten Haushalte in Sachsen einen Einfluss auf die Nachfrage nach privat finanzierten Gesundheitsausgaben, wie beispielsweise Direktkäufe in Apotheken oder Zuzahlungen von Arzneimitteln, Brillen sowie Zahnersatz, hat. 2009 lag das verfügbare Einkommen je Einwohner in Sachsen bei 15 881 €. Dies entspricht nur knapp 84 Prozent des Einkommens im Bundesdurchschnitt. [8, 9]

## Vergleich der Gesundheitsausgaben in Sachsen mit der bundesdurchschnittlichen Entwicklung

Die Gesundheitsausgaben je Einwohner nähern sich in Sachsen von Jahr zu Jahr den Bundeswerten an.<sup>7)</sup> So lagen die Gesundheitsausgaben mit 2 752 € je Einwohner 2006 noch 7,9 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt, 2009 waren es mit 3 328 € nur noch 2,1 Prozent. Unterschiede zu den Bundesdurchschnitten sind aber vor allem bei einzelnen Ausgabenträgern zu finden. So tragen die Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie Sozialen Pflegeversicherung in Sachsen einen höheren Anteil, und wie bereits erwähnt, die Private Krankenversicherung sowie die Privaten Haushalte und Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, aber auch die Öffentlichen Haushalte einen geringeren Anteil an den Gesundheitsausgaben insgesamt (vgl. Abb. 4).

### Soziale Pflegeversicherung – Ausgabenstrukturen in Sachsen und Deutschland

Zwischen den Ausgabenstrukturen in Sachsen und Deutschland bestehen beträchtliche Unterschiede. Um die Gründe für die Unterschiede in der Ausgabenstruktur der einzelnen Ausgabenträger aufzeigen zu können, wurde anhand des Beispiels der Sozialen Pflegeversicherung die Ausgabenstruktur hinsichtlich ihrer Versichertenzahlen und ihrer Altersstruktur genauer analysiert.

Die Soziale Pflegeversicherung zeigt dabei folgende Gegebenheiten auf: Sie ist in Sachsen mit einem Anteil von 9,9 Prozent 2009 der zweitgrößte Ausgabenträger. Im Vergleich zu Deutschland ist diese mit einem Anteil von 7,3 Prozent nach der Gesetzlichen Krankenversicherung, den Privaten Haushalten und Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck sowie der Privaten Krankenversicherung nur der viertgrößte Ausgabenträger. Somit liegen die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung je Einwohner in Sachsen 32,7 Prozent höher als im Bundesdurchschnitt (vgl. Abb. 4).

Diese großen Abweichungen lassen sich zum einen aus der zwischen Sachsen und Deutschland bestehenden unterschiedlichen Versichertenstruktur, zum anderen aus der unterschiedlichen Altersstruktur erklären. In Sachsen ist der Anteil der gesetzlich versicherten Personen mit rund 90 Prozent höher als in Deutschland insgesamt (rund 85 Prozent). [10, 11] Bei der Pflegeversicherung gilt dabei folgender Grundsatz: Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung. Im Einzelnen ist die Zuordnung deshalb wie folgt geregelt:

Abb. 3 Veränderungsraten ausgewählter Ausgabenträger 2009 gegenüber 2008

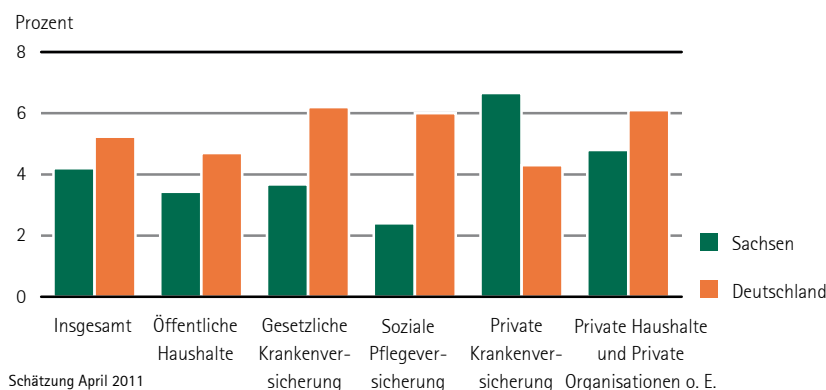
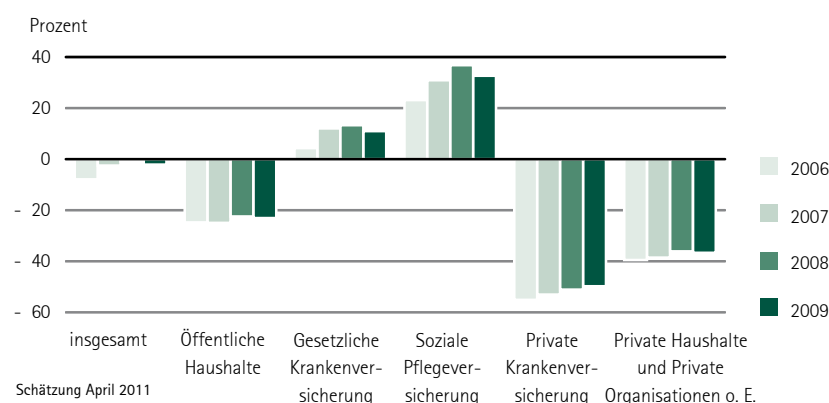


Abb. 4 Abweichungen der Gesundheitsausgaben je Einwohner in Sachsen gegenüber dem Bundesdurchschnitt 2006 bis 2009 für ausgewählte Ausgabenträger



- Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist, ist auch in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert.
- Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert ist, ist ebenfalls in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert. Er kann aber innerhalb von drei Monaten auf Antrag befreit werden, wenn er einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abschließt.
- Wer in der privaten Krankenversicherung freiwillig versichert ist, ist verpflichtet, einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abzuschließen. Er kann nicht freiwillig der sozialen Pflegeversicherung beitreten. [12]

Da im Bundesdurchschnitt mehr Personen in der privaten Krankenversicherung als in Sachsen versichert sind, müssen diese auch eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Ausgaben dieser Pflegeversicherung werden in den Ausgaben der Privaten Krankenversicherung und nicht in den Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung erfasst. Dagegen ist in Sachsen der Anteil der gesetzlich Versicherten höher als im Bundesdurchschnitt und demzufolge auch der

Anteil der Versicherten in der Sozialen Pflegeversicherung. Dieser höhere Anteil wirkt sich auf die Ausgabenanteile der Sozialen Pflegeversicherung in Sachsen aus. Ein weiterer Grund für die hohen Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung in Sachsen liegt, wie bereits erwähnt, in der unterschiedlichen Altersstruktur und demzufolge auch in der unterschiedlichen Anzahl pflegebedürftiger Personen. Sachsen hatte im Jahr 2009 mit einem Durchschnittsalter von 45,9 Jahren nach Sachsen-Anhalt die zweitälteste Bevölkerung innerhalb Deutschlands. Der Altenquotient<sup>8)</sup> in Sachsen lag bei 54,1 und war somit der höchste im Vergleich zu den anderen Bundesländern. [13] Auch der Anteil der pflegebedürftigen Personen lag in Sachsen mit 3,2 Prozent 2009 über dem Bundeswert von 2,9 Prozent. Im Dezember 2009 waren in Deutschland rund 35 Prozent der Pflegebedürftigen 85 Jahre und älter. In Sachsen war der Anteil dieser hochaltrigen Pflegebedürftigen mit rund 38 Prozent der höchste aller Bundesländer. [14]

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

8) Quotient aus der Anzahl der 60-jährigen und älteren und der Personen im Alter von 20- bis unter 60 Jahren.

## Soziale Pflegeversicherung – Unterschiede der Ausgabenstruktur zwischen den einzelnen Pflegekassen innerhalb Sachsens

Aufgrund des starken Zusammenhangs zwischen den Ausgaben der Pflegeversicherung und der Altersstruktur der Versicherten sind auch die Gesundheitsausgaben der einzelnen Pflege- und Krankenkassen innerhalb Sachsens unterschiedlich. So beträgt der Anteil der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) an den Gesundheitsausgaben im Bereich der Krankenversicherung 2009 knapp 75 Prozent an den Primärkassen insgesamt (Allgemeine Ortskrankenkasse [AOK], Innungskrankenkasse [IKK], Betriebskrankenkasse [BKK]), der Anteil der Pflegeversicherung dagegen knapp 95 Prozent. Da das Durchschnittsalter in der AOK in Sachsen viel höher als in der BKK bzw. IKK ist, wird für die 68 Prozent der Pflegeversicherten der AOK rund 95 Prozent der Ausgaben für die Pflegeversicherung der Primärkassen

ausgegeben. Ein Vergleich der Altersstruktur in den Primärkassen Sachsens zeigt dabei folgenden Sachverhalt auf:

- Das Durchschnittsalter der in der AOK Versicherten in Sachsen liegt derzeit bei 48,7 Jahren, der in der BKK Versicherten bei rund 43,9 Jahren und der in der IKK Versicherten bei rund 38,2 Jahren.
- Der Altenquotient der AOK-Versicherten liegt bei rund 52 (Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland insgesamt bei rund 33, in Sachsen bei rund 42), bei den BKK-Versicherten bei rund 29 und bei den IKK-Versicherten bei rund 10.<sup>9)</sup>

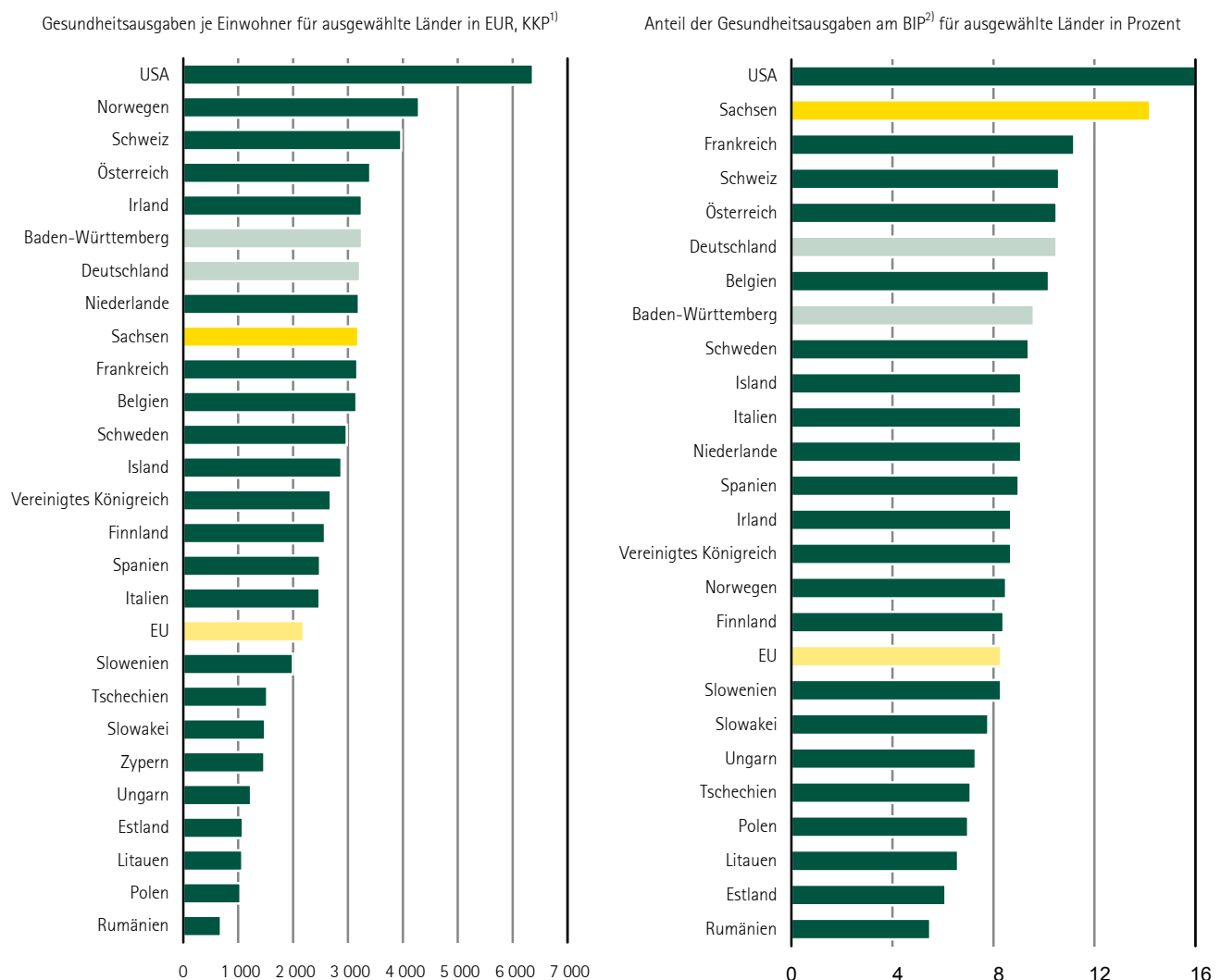
Aufgrund dieser Altersstruktur kann die Annahme getroffen werden, dass in der AOK Sachsen besonders viele pflegebedürftige Personen versichert sind, die den Anteil der Pflegekosten stark beeinflussen.

## Vergleich mit OECD-Ländern

Im internationalen Vergleich zeigen sich beträchtliche Unterschiede bei den Gesundheitsausgaben. Für eine Vielzahl von Mitgliedsländern hat die OECD entsprechende Kennzahlen zuletzt für das Jahr 2008 ausgewiesen.

Insgesamt sind die Gesundheitsausgaben in allen europäischen Ländern<sup>10)</sup> gestiegen, oft auch schneller als die Wirtschaftskraft. Das heißt, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP immer höher wird. 2008 gaben die EU-Länder durchschnittlich 8,3 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsausgaben aus (gegenüber 7,3 Prozent im Jahr 1998). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist in den einzelnen Ländern jedoch sehr unterschiedlich; er schwankt zwischen weniger als sechs Prozent in Rumänien und mehr als zehn Prozent in Deutschland, Österreich, der Schweiz, Frankreich und den USA.

Abb. 5 Gesundheitsausgaben 2008 im internationalen Vergleich



1) EUR in Kaufkraftparitäten  
2) in jeweiligen Preisen

Datenquelle: OECD 2010, Health at a Glance: Europe 2010: Health Expenditure and Financing

Der Anteil der Gesundheitsausgaben ist vor allem in den USA mit 16,0 Prozent (2008) und Frankreich mit 11,2 Prozent sehr hoch. Deutschland belegt in diesem Vergleich nach der Schweiz gemeinsam mit Österreich Platz fünf. Allerdings liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Sachsen mit 14,2 Prozent 2008 noch vor Frankreich und erhält somit nach den USA den zweiten Platz (vgl. Abb. 5). [15]

Je Einwohner wird vor allem in den USA, aber auch in Norwegen und der Schweiz erheblich mehr für die Gesundheit ausgegeben als in Sachsen oder Deutschland. Im Ländervergleich mit insgesamt 23 ausgewählten OECD-Ländern und zwei deutschen Bundesländern ist Sachsen mit 3 188 € je Einwohner an neunter Stelle (vgl. Abb. 5). Norwegen verzeichnete mit 4 294 € (in KKP<sup>11</sup>) die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben im Vergleich mit anderen europäischen Ländern. Dies entspricht fast zweimal dem Durchschnitt der Länder innerhalb der Europäischen Union (2 192 €). Darüber hinaus waren die USA mit rund 7 720 US\$ (entspricht rund 6 300 € in KKP)<sup>12</sup> je Einwohner das Land, das mit Abstand die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben innerhalb der OECD-Staaten hatte. [17] Diese Ausgaben waren im Vergleich mit Sachsen fast doppelt so hoch. Gründe für diese hohen Ausgaben in den USA können vor allem in den überbeurteilten medizinischen und sonstigen Leistungen gesehen werden.

Die Gesundheitsausgaben der europäischen Länder sind in den letzten zehn Jahren im Durchschnitt um 4,6 Prozent pro Jahr gestiegen, allerdings lagen viele Länder, aufgrund der geringen anfänglichen Gesundheitsausgaben deutlich über diesen Wachstumsraten. So stiegen die Ausgaben für die Gesundheit in der Slowakei innerhalb der letzten zehn Jahre durchschnittlich um über acht Prozent im Jahr. Auch die Alterung und steigende Ansprüche der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung und der medizinisch-technische Fortschritt führen zu einem rasanten Anstieg der Gesundheitsausgaben in den meisten europäischen Ländern.

### Schlussfolgerung und Ausblick

Zusammenfassend ergab die Analyse der Gesundheitsausgaben in Sachsen 2009 Folgendes:

- Die Ausgaben je Einwohner lagen in Sachsen auch 2009 noch leicht unter dem Bundesdurchschnitt.
- Es bestehen weiterhin Unterschiede zwischen Sachsen und Deutschland in der Ausgabenstruktur einzelner Ausgabenträger.

■ Die Abhängigkeit der Ausgabenstruktur in den Sozialversicherungen wird vor allem von der Anzahl der Versicherten sowie der Altersstruktur bestimmt.

■ Das geringere verfügbare Einkommen in Sachsen wirkt sich auf das Ausgabeverhalten bei den Gesundheitsausgaben der Privaten Haushalte und Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck aus.

Es ist davon auszugehen, dass sich zukünftig die Gesundheitsausgaben je Einwohner in Sachsen an die Bundesverhältnisse anpassen werden. Dennoch werden die Unterschiede in der Ausgabenstruktur einzelner Träger zwischen Sachsen und Deutschland bestehen bleiben. Auch die Ausgaben der Privaten Haushalte und Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck werden sich schrittweise den Bundesdurchschnitten annähern. Solange aber Einkommensunterschiede bestehen, wird es hier zu keiner vollständigen Angleichung kommen.

Dipl.-Geogr. Kristina Richter, Sachbearbeiterin Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen

### Literatur- und Quellenverzeichnis

- [1] Richter, K.: Disaggregation oder landesspezifische Berechnungen – ein Methodenvergleich zur Gesundheitsausgabenrechnung auf Landesebene. In: Statistik in Sachsen, 4/2010, S. 2 – 8
- [2] Frie, B.; Muno, K.; Speich, W.-D.: Gesundheitswirtschaft und Wertschöpfungsansatz nach WZ 2008. In: Statistik in Sachsen, 2/2011, S. 30 – 41
- [3] Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung: Methoden und Grundlagen 2008. Wiesbaden März 2011.
- [4] Richter, B.: Gesundheitsausgabenrechnungen auf Länderebene – methodische Grundlagen zur Realisierung eines länderübergreifenden Ansatzes. In: Statistik in Sachsen, 1/2011, S. 28 – 32
- [5] Vgl. dazu Artikel zu Sozialversicherungsträger unter: [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org); [aufgerufen am 02.05.2011]
- [6] Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.2, 1995 – 2009. Wiesbaden 2001.
- [7] Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010. Köln 2009
- [8] Vgl. dazu auch: Unger, S.; B. Richter; K. Richter: Die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck. In: Statistik in Sachsen, 2/2011, S. 42 – 46

[9] Veröffentlichungen des Arbeitskreises Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder, Stand August 2010 unter: [www.vgrdl.de](http://www.vgrdl.de) → Einkommen → Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte 1991 bis 2009 [aufgerufen am 19.05.2011]

[10] Gesetzliche Krankenversicherung, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, unter: <http://www.soziales.sachsen.de/3981.html> [aufgerufen am 19.05.2011]

[11] Gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand, Jahresdurchschnitt 2009, Bundesministerium für Gesundheit. Unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/zahlen-und-fakten.html> → Mitglieder und Versicherte → Mitglieder im Jahresdurchschnitt 2009/sowie Versicherte nach Altersgruppen und Wohnort

[12] Vgl. dazu u. a.: Pressemitteilung des Bundesverfassungsgerichtes Nr. 83/2000 vom 20. Juni 2000: Information zur mündlichen Verhandlung „Pflegeversicherung“

[13] Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung 2009, Tabelle 3.3. Wiesbaden 2010

[14] Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden April 2011

[15] Knödler, R.: Gesundheitsökonomische Indikatoren für Baden-Württemberg. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2010 Unter: [http://www.ggrdl.de/Vorlage-UGR/Veroeffentlichung\\_BW/806210002.pdf](http://www.ggrdl.de/Vorlage-UGR/Veroeffentlichung_BW/806210002.pdf) [aufgerufen am 19.05.2011]

[16] Vgl. dazu Artikel zu Kaufkraftparität unter: <http://www.bpb.de>; → Wissen → Lexika → Begriff Kaufkraftparität [aufgerufen am 30.06.2011]

[17] OECD 2010: Health at Glance: Europe 2010. Chapter 4: Health Expenditure and Financing

[18] OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data. Release version - 30 June 2011

9) Eigene Berechnungen in Anlehnung an [11].

10) Betrachtet wurden die Gesundheitssysteme von 31 Ländern in Europa, darunter sind die 27 Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Norwegen, die Schweiz und die Türkei.

11) Kaufkraftparität (KKP) (engl. purchasing power parity, PPP): „Internationale Wirtschaftsdaten sind nur aufschlussreich, wenn man nicht die tatsächlichen Wechselkurse, sondern die Kaufkraft in verschiedenen Währungen zugrunde legt. Dazu vergleicht man die Ausgaben für einen Warenkorb im Ausland mit denen für den gleichen Warenkorb im Inland und errechnet daraus das Austauschverhältnis beider Währungen („paritätisch“; gleichgestellt). Internationale Vergleiche (z. B. von Löhnen) sind nur bei Umrechnung in KKP aussagekräftig.“ [16]

12) eigene Umrechnung auf Basis des Wechselkurses von 1 € zu 1,23 US \$. Dieser Wechselkurs wurde auf Grundlage der Gesundheitsausgaben von Deutschland in Höhe von 3221 € und 3963 US \$ (in KKP) im Jahr 2008 berechnet [17, 18].