

Gesundheitsausgabenrechnung auf Länderebene nach Ausgabenträgern



Berechnungsstand: Mai 2020

Arbeitsgruppe
Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder
(AG GGRdL)

Gesundheitsausgabenrechnung auf Länderebene nach Ausgabenträgern

Berechnungsstand: Mai 2020

Arbeitsgruppe
Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder
(AG GGRdL)

Impressum

Herausgeber:

Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL)“
im Auftrag der Statistischen Ämter der Länder.

Herstellung und Redaktion:

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Macherstraße 63

01917 Kamenz

Telefon: (+49) (0)3578-33 19 13

E-Mail: ggr@statistik.sachsen.de

Internet: www.statistik.sachsen.de

Erscheinungsfolge: jährlich

Erschienen im August 2020

Berechnungsstand: Mai 2020

Kostenfreier Download im Internet:

<https://www.statistikportal.de/de/ggrdl/definitionen-und-methoden#methoden>

Weitere fachliche Informationen zu den Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen erhalten Sie auf der Homepage der Arbeitsgruppe unter

<https://www.statistikportal.de/de/ggrdl>

Fotorechte Titelbild: © Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

© Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Kamenz 2020

(im Auftrag der Herausbergemeinschaft)

Auszugsweise Vervielfältigung und Verbreitung mit Quellenangabe gestattet.

Zeichenerklärungen

- = nichts vorhanden (genau Null) bzw. keine Veränderung eingetreten
- 0 = mehr als nichts, aber weniger als die Hälfte der kleinsten in der Tabelle nachgewiesenen Einheit
- . = Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten
- ... = Angabe fällt später an
- () = Aussagewert eingeschränkt, da der Zahlenwert statistisch unsicher ist
- / = Zahlenwert nicht sicher genug
- x = Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll
- D = Durchschnitt
- p = vorläufige Zahl
- r = berichtigte Zahl
- s = geschätzte Zahl

Abkürzungsverzeichnis

Abw	Abweichung
AG	Arbeitsgruppe
AN	Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer
Ant	Anteil
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BKK	Betriebskrankenkasse
BL	Bundesland
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (www.bmg.bund.de)
BStatG	Bundesstatistikgesetz
bspw.	beispielsweise
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (www.dguv.de)
dis	disaggregiert
Dtl.	Deutschland
BVG	Bundesversorgungsgesetz
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
GA	Gesundheitsausgaben
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GARdL	Gesundheitsausgabenrechnung der Länder
GAR-Dtl.	Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes
GApV	Gesundheitsausgaben pro Versichertem
GBE_Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GGRdL	Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
GPR	Gesundheitspersonalrechnung
IKK	Innungskrankenkasse
JJJJ	Jahr(e)
JF	fehlende Jahre
KA	Kassenart
KBS	Knappschaft Bahn-See
KF	Korrekturfaktor
KH	Krankenhilfe
KJ 1-Statistik	Rechnungsergebnisse der Krankenversicherung (als Jahresrechnung), enthält u. a. Beiträge für die Krankenversicherung, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Vermögenserträge und sonstige Einnahmen der Krankenversicherung, Leistungsaufwand der Krankenversicherung, Verwaltungs- und Verfahrenskosten.
KM 6-Statistik	Jahresstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung über Versicherte nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart bzw. Krankenkassen, Stichtag 01.07.

KK	Krankenkasse
korr	korrigiert
LD	Länderspezifische Daten
LKK	Landwirtschaftskrankenkasse
MZ	Mikrozensus
NUTS	EU-Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
oLD	ohne länderspezifische Daten
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
pHH	private Haushalte
PKV	Private Krankenversicherung
PJ 1-Statistik	Rechnungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung (als Jahresrechnung), enthält u. a. Beiträge für die Pflegeversicherung, Leistungsaufwand der Pflegeversicherung, Verwaltungs- und Verfahrenskosten
pOoE	private Organisationen ohne Erwerbszweck
pV	pro Versicherten
qDis	qualifizierte Disaggregation
SGB	Sozialgesetzbuch
SHA	System of Health Accounts
SPV	Soziale Pflegeversicherung
Destatis	Statistisches Bundesamt
V	Versicherte
VdEK	Verband der Ersatzkassen
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen
WHO	World Health Organization
WSE	Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Formelverzeichnis	7
Begriffsabgrenzungen sowie methodische und organisatorische Hinweise	8
<i>Einleitung</i>	8
<i>Begriffsabgrenzungen</i>	10
<i>Entscheidungsalgorithmus zum methodischen Vorgehen</i>	13
<i>Methodische und organisatorische Hinweise</i>	14
1 Öffentliche Haushalte	15
1.1 <i>Leistungen der Sozialhilfe</i>	16
1.1.1 <i>Verfahrensbeschreibung</i>	16
1.1.2 <i>Qualitätsbericht</i>	17
1.1.3 <i>Metadaten</i>	18
1.2 <i>Asylbewerberleistungen</i>	19
1.2.1 <i>Verfahrensbeschreibung</i>	19
1.2.2 <i>Qualitätsbericht</i>	19
1.2.3 <i>Metadaten</i>	20
1.3 <i>Leistungen der Kriegsopferfürsorge</i>	21
1.3.1 <i>Verfahrensbeschreibung</i>	21
1.3.2 <i>Qualitätsbericht</i>	22
1.3.3 <i>Metadaten</i>	23
1.4 <i>Leistungen der Kriegsopferversorgung</i>	24
1.4.1 <i>Verfahrensbeschreibung</i>	24
1.4.2 <i>Qualitätsbericht</i>	24
1.4.3 <i>Metadaten</i>	25
1.5 <i>Leistungen der Bundesagentur für Arbeit</i>	26
1.5.1 <i>Verfahrensbeschreibung</i>	26
1.5.2 <i>Qualitätsbericht</i>	26
1.5.3 <i>Metadaten</i>	27
1.6 <i>Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstige öffentliche Ausgaben</i>	28
1.6.1 <i>Verfahrensbeschreibung</i>	28
1.6.2 <i>Qualitätsbericht</i>	29
1.6.3 <i>Metadaten</i>	30
1.7 <i>Sonstige Positionen der öffentlichen Haushalte</i>	31
1.7.1 <i>Impffonds</i>	31
1.7.2 <i>Verwaltungskosten (COFOG)</i>	31
2 Gesetzliche Krankenversicherung	32
2.1 <i>Verfahrensbeschreibung</i>	33
2.2 <i>Qualitätsbericht</i>	36
2.3 <i>Metadaten</i>	37
3 Soziale Pflegeversicherung	38
3.1 <i>Verfahrensbeschreibung</i>	38
3.2 <i>Qualitätsbericht</i>	41
3.3 <i>Metadaten</i>	42
4 Gesetzliche Rentenversicherung	43

4.1	<i>Verfahrensbeschreibung</i>	43
4.2	<i>Qualitätsbericht</i>	44
4.3	<i>Metadaten</i>	45
5	Gesetzliche Unfallversicherung	46
5.1	<i>Verfahrensbeschreibung</i>	46
5.2	<i>Qualitätsbericht</i>	47
5.3	<i>Metadaten</i>	48
6	Private Krankenversicherung	49
6.1	<i>Verfahrensbeschreibung</i>	49
6.2	<i>Qualitätsbericht</i>	51
6.3	<i>Metadaten</i>	52
7	Arbeitgeber	53
7.1	<i>Verfahrensbeschreibung</i>	53
7.2	<i>Qualitätsbericht</i>	55
7.3	<i>Metadaten</i>	56
8	Private Haushalte und Private Organisationen ohne Erwerbszweck	57
8.1	<i>Verfahrensbeschreibung</i>	58
8.2	<i>Qualitätsbericht</i>	60
8.3	<i>Metadaten</i>	61
	Quellenverzeichnis	62
	Anschriften der Statistischen Ämter, die gegenwärtig in der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) mitarbeiten	64
	Kontaktpersonen in den anderen Ländern, die zurzeit nicht in der AG GGRdL vertreten sind	65

Abbildungsverzeichnis

Seite

Abb. 1 Entscheidungsalgorithmus zum methodischen Vorgehen – GAR

13

Tabellenverzeichnis

		Seite
Tabelle 1	Klassifikation der Ausgabenträger in der GAR der Länder	11
Tabelle 2	Kassenarten und Krankenkassen im Jahr 2018 – Stand: Juni 2019	32
Tabelle 3	Soziale Pflegeversicherung – berücksichtigte Konten (2-Steller)	39
Tabelle 4	Übersicht über Zuzahlungen zu Leistungen in der GKV und der PKV	57

Formelverzeichnis

		Seite
Formel 1	Berechnung der Ausgabenposition Suchtkrankenhilfe (Suchtkh.)	16
Formel 2	Berechnung der Ausgaben der Krankenhilfe (KH) - Interpolation fehlender Jahre (JF)	21
Formel 3	Berechnung der Ausgabenposition Erstattungsbeiträge (Erstattb.)	22
Formel 4	Berechnung der Ausgaben der Kriegsopferversorgung	24
Formel 5	Berechnung der Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit	26
Formel 6	Berechnung der Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes und der sonstigen öffentlichen Ausgaben	29
Formel 7	Berechnung der GKV-Ausgaben pro Krankenkasse und Versicherten	34
Formel 8	Berechnung der GKV-Ausgaben pro Krankenkasse und Bundesland	34
Formel 9	Berechnung der GKV-Ausgaben pro Bundesland	35
Formel 10	Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und gesetzlichen Krankenversicherung	39
Formel 11	Berechnung der SPV-Ausgaben pro Pflegekasse und Versicherten	40
Formel 12	Berechnung der SPV-Ausgaben pro Pflegekasse und Bundesland	40
Formel 13	Berechnung der SPV-Ausgaben pro Bundesland	40
Formel 14	Berechnung der Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung	43
Formel 15	Berechnung der Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung	46
Formel 16	Berechnung der privat krankenversicherten Personen nach Mikrozensus (VMZ) Interpolation fehlender Jahre (JF) mittels vorliegender Jahre (JV)	50
Formel 17	Berechnung der Gesundheitsausgaben pro PKV-Versicherten	50
Formel 18	Berechnung der Ausgaben in der privaten Krankenversicherung je Bundesland	50
Formel 19	Berechnung des Anteils der Beamten (BE) eines Bundeslandes an den Beamten in Deutschland	54
Formel 20	Berechnung der Ausgaben für die Unterpositionen Beihilfen und Fürsorgeleistungen je Bundesland	54
Formel 21	Berechnung des Anteils der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (AN) eines Bundeslandes an den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Deutschland	54
Formel 22	Berechnung der Ausgaben für den Betrieblichen Gesundheitsdienst je Bundesland	54
Formel 23	Berechnung der Ausgaben pro Haushaltsmitglied	58
Formel 24	Berechnung der Ausgaben privater Haushalte je Haushalt und Monat für die Gesundheitspflege nach EVS - Interpolation fehlender Jahre (JF)	59
Formel 25	Berechnung der relativen Abweichung der Ausgaben privater Haushalte (Bereich Gesundheitspflege)	59
Formel 26	Berechnung der modifizierten Ausgaben privater Haushalte (pHH) je Bundesland	59
Formel 27	Berechnung der Ausgaben privater Organisationen ohne Erwerbszweck (pOoE) je Bundesland	59

Begriffsabgrenzungen sowie methodische und organisatorische Hinweise

Einleitung

Die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) ist neben der Gesundheitspersonalrechnung (GPR)¹ sowie dem Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz zur Gesundheitswirtschaft (WSE)² ein Schwerpunkt der Arbeiten zu den Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen (GGR) auf Länderebene³.

Die Gesundheitsausgabenrechnung wurde für die Bundesebene erstmalig für das Jahr 1992 entwickelt und schließt die Ermittlung der Ausgaben im Gesundheitswesen nach Leistungsarten, Einrichtungsarten sowie Ausgabenträgern ein. Damit wurde dem Bedarf nach größerer Transparenz der im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen Rechnung getragen.

Die für den Bund entwickelte GAR diente als Ansatz für die Entwicklung einer Methodik zur Umsetzung auf Länderebene. Die Bundesmethodik konnte nicht direkt übernommen werden, da bestimmte Informationen nur auf Bundesebene verfügbar sind. Zugleich sollten länderspezifische Sachverhalte abgebildet werden. Eine Disaggregation top down mittels des Bevölkerungsanteils eines Bundeslandes an der Bevölkerung von Deutschland bspw. liefert nur bedingt Ergebnisse, die dem Informationsbedürfnis auf Länderebene entspricht.

In den Ländern wurden entsprechende Arbeiten in die Wege geleitet, wobei die BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH sowie das Statistische Landesamt Baden-Württemberg (erstmalig 2002) federführend waren. BASYS erstellte einmalige Gesundheitsausgabenrechnungen u. a. für Rheinland-Pfalz (1998) und Sachsen (2000).

Die Arbeiten zur Etablierung eines länderübergreifenden Ansatzes zur Erstellung von Gesundheitsausgabenrechnungen, welche seit 2007 in Sachsen und seit 2010 im Rahmen der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) durchgeführt werden, konzentrieren sich auf die Erstellung von Gesundheitsausgabenrechnungen nach Trägern. Unter Einbeziehung länderspezifischer Informationen werden die laufenden Gesundheitsausgaben und Investitionen nach Ausgabenträgern ermittelt. Die Ausgaben des erweiterten Leistungsbereichs des Gesundheitswesens werden für die Länder mittels Disaggregation des Bundesergebnisses berechnet und für den Ausweis im Indikatorenansatz der Gesundheitsberichterstattung der Länder⁴ zur Verfügung gestellt. Die erarbeitete Methodik lehnt sich eng an die des Bundes (GAR-Dtl.) an und richtet sich ferner

¹ Die Gesundheitspersonalrechnung (GPR) ermittelt die Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse im Gesundheitswesen. Sie liefert detaillierte Angaben über die Anzahl und die Struktur der Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Einrichtungsarten. Es werden neben den Beschäftigungsverhältnissen insgesamt auch die Anzahl der weiblichen Beschäftigten und die Vollzeitäquivalente ausgewiesen. Innerhalb der AG GGRdL wird das Gesundheitspersonal ab dem Berichtsjahr 2008 ermittelt.

² Der Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz zur Gesundheitswirtschaft ermöglicht die Abbildung der wirtschaftlichen Tätigkeiten der in der Gesundheitswirtschaft aktiven wirtschaftlichen Einheiten in den Kategorien der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Grundlage dafür ist eine wirtschaftsfachliche Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft in tiefster Gliederung (so genannte Unterklassen [WZ-5-Steller-Ebene]) gemäß der Klassifikation der Wirtschaftszweige. (Vgl. www.ggrdl.de/Definitionen)

³ Die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen (GGR) sind Rechenwerke, die sich mit Fragestellungen der Gesundheitswirtschaft beschäftigen und gegenwärtig noch entwickelt werden. Sie halten Informationen zu Art und Umfang der erbrachten Leistungen und der dafür eingesetzten Ressourcen sowie zu zukünftigen Entwicklungstendenzen in der Gesundheitswirtschaft bereit. Die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen geben somit Auskunft über die Leistungsfähigkeit und wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft (vgl. www.ggrdl.de/Definitionen).

⁴ Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder 2003. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG).

am Konzept des „System of Health Accounts“ [1] aus, welches von der OECD, der WHO und Eurostat zum Zweck der internationalen Vergleichbarkeit empfohlen wird. In der vorliegenden Methodenbeschreibung werden die Methodik der GAR nach Ausgabenträgern auf Länderebene beschrieben und die den Berechnungen zugrunde liegenden Datenquellen dokumentiert. Mit der Methodenbeschreibung sollen die Berechnungen für Dritte nachvollziehbar werden. Sie soll die Transparenz des Rechenwerks erhöhen und die Akzeptanz der Ergebnisse der GAR nach Ausgabenträgern bei den Nutzenden fördern.

Die GAR auf Bundes- und Länderebene sind Rechenwerke, in denen die im Bereich des Gesundheitswesens verfügbaren Datenquellen – wie Daten aus der amtlichen Statistik, Verwaltungsdaten, Geschäfts- und Jahresberichte – zusammengeführt werden. Es wird der gesamte volkswirtschaftliche Ressourcenverbrauch ermittelt, der im Laufe eines Jahres für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit aufgewendet wurde.

Aufbauend auf den positiven Erfahrungen bei der Umsetzung des länderübergreifenden Ansatzes für die GPR wurde in den Jahren 2013/2014 geprüft, inwieweit auch die für die GAR der Länder benötigten Daten zentral beschafft werden können und die Berechnungen für die einzelnen Ausgabenträger gleichfalls zentral realisierbar sind. Im Ergebnis war damals festzuhalten, dass mit Ausnahme der Ausgabenträger Gesetzliche Krankenversicherung und Soziale Pflegeversicherung alle benötigten Daten zentral abrufbar sind. Für die genannten Träger mussten die hierfür benötigten Informationen in den Ländern beschafft, plausibilisiert und in das zentral zur Verfügung gestellte Rechenwerk integriert werden. Die Arbeitsgruppe verständigte sich darauf, die methodischen Anpassungen der Rechenwerke und die Koordination der Berechnungen für diese beiden Träger sowie gleichzeitig die Berechnungen für die Ausgabenträger Öffentliche Haushalte, Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung, Private Krankenversicherung, Arbeitgeber sowie Private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck zentral – zunächst im Statistischen Landesamt Sachsen – durchzuführen.

Daraufhin wurde im Statistischen Landesamt Sachsen parallel zur Präzisierung der Methodik ein Rechenwerk erarbeitet, auf dessen Grundlage im Jahr 2014 erstmalig Berechnungen zur GAR nach Ausgabenträgern auf Länderebene für die Jahre 2008 bis einschließlich 2012 für die Mitglieder der AG GGRdL erfolgten. Dieses ist so angelegt, dass es auch künftig für die Erstellung von Gesundheitsausgabenrechnungen weiterer Bundesländer nach dem länderübergreifenden Ansatz genutzt werden kann. Dies war bereits in den Berechnungsjahren 2015 und 2016 der Fall, wo das Rechenwerk für weitere Länder genutzt wurde. Ab dem Berechnungsjahr 2017 werden erstmalig für alle 16 Länder Ergebnisse veröffentlicht.

Seit dem Berechnungsjahr 2015 wird auch die Datenbeschaffung für die Ausgabenträger Gesetzliche Krankenversicherung und Soziale Pflegeversicherung zentral organisiert und die Datenaufbereitung in der Arbeitsgruppe unter Mitarbeit der Kolleginnen und Kollegen aus Baden-Württemberg, Hessen und Sachsen erledigt. Die Berechnung der GAR nach Ausgabenträgern wird seit dem Jahr 2016 grundsätzlich durch das Bayerische Landesamt für Statistik durchgeführt.

Begriffsabgrenzungen

Gesundheitsausgaben

Zu den Gesundheitsausgaben zählen alle Käufe von Waren und Dienstleistungen, die zum Zweck der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege getätigt werden, die Kosten der Verwaltung sowie die Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Räumlich bezieht sich die Erfassung der Gesundheitsausgaben dabei auf die Käufe der inländischen Bevölkerung (die gegebenenfalls auch im Ausland getätigt werden können). Inhaltlich werden nur die Transaktionen für die letzte Verwendung erfasst, ein direkter Patientenbezug muss daher im Regelfall gegeben sein. Transaktionen zwischen Leistungserbringern, z. B. die Lieferung von Arzneimitteln von pharmazeutischen Großhändlern an Apotheken, bleiben unberücksichtigt.

Zu den Ausgaben des erweiterten Leistungsbereichs des Gesundheitswesens zählen Einkommensleistungen, wie die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, sowie Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen, z. B. Eingliederungshilfen für behinderte Menschen zur beruflichen Rehabilitation. Ferner werden hier Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen erfasst. Der erweiterte Leistungsbereich ist nicht Bestandteil der aggregierten Gesundheitsausgaben, sondern wird gesondert ermittelt und ausgewiesen.

Weder den Gesundheitsausgaben noch den Ausgaben des erweiterten Leistungsbereichs zugerechnet werden Ausgaben für Leistungen und Güter, die die Gesundheit nicht oder nur im weiteren Sinne fördern. Das sind z. B. Ausgaben für Schönheitsoperationen ohne medizinische Notwendigkeit oder der private Kauf von Fitnessgeräten. [2]

Ausgabenträger

Als Ausgabenträger werden in der GAR alle öffentlichen und privaten Institutionen bezeichnet, die Leistungen für die Gesundheit finanzieren. Das sind in Deutschland die Öffentlichen Haushalte, die Gesetzliche Krankenversicherung, die Soziale Pflegeversicherung, die Gesetzliche Rentenversicherung, die Gesetzliche Unfallversicherung, die Private Krankenversicherung, die Arbeitgeber sowie die Privaten Haushalte und die Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1 Klassifikation der Ausgabenträger in der GAR der Länder

1-Steller-Ebene	2-Steller-Ebene
1 Öffentliche Haushalte	1.1 Leistungen der Sozialhilfe
	1.2 Asylbewerberleistungen
	1.3 Leistungen der Kriegsopferfürsorge
	1.4 Leistungen der Kriegsopferversorgung
	1.5 Leistungen der Bundesagentur für Arbeit
	1.6 Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstige öffentliche Ausgaben
2 Gesetzliche Krankenversicherung	
3 Soziale Pflegeversicherung	
4 Gesetzliche Rentenversicherung	
5 Gesetzliche Unfallversicherung	
6 Private Krankenversicherung	
7 Arbeitgeber	
8 Private Haushalte (8.6) und Private Organisationen ohne Erwerbszweck (8.7)	

Der Ausgabenträger **Öffentliche Haushalte** bildet sämtliche gesundheitsrelevante Ausgaben ab, die von der öffentlichen Hand – also von Bund, Ländern und Gemeinden getragen werden. Hierzu gehören unter anderem Ausgaben im Rahmen der Sozialhilfe, des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie Leistungen für Kriegsopfer und Asylbewerber.

Die Ausgaben in der **Gesetzlichen Krankenversicherung** werden von derzeit über 100 Krankenkassen getragen. Die Krankenkassen decken ein breites Leistungsspektrum ab, das insbesondere Ausgaben für Prävention und Behandlung sowie Rehabilitations- und pflegerische Maßnahmen umfasst.

Die **Soziale Pflegeversicherung** wird von den Pflegekassen getragen, die organisatorisch an die gesetzlichen Krankenkassen angebunden sind. Deren Leistungen beinhalten in erster Linie die Grund- und Behandlungspflege von Pflegebedürftigen sowie deren hauswirtschaftliche Versorgung.

Träger der Ausgaben in der **Gesetzlichen Rentenversicherung** sind neben der allgemeinen Rentenversicherung, die knappschaftliche Rentenversicherung sowie die landwirtschaftlichen Alterskassen. Gesundheitsrelevante Leistungen dieser Träger beziehen sich vor allem auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Die **Gesetzliche Unfallversicherung** wird von den gewerblichen Berufsgenossenschaften, den regionalen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und den Unfallkassen der öffentlichen Hand getragen. Sie stellen Güter und Dienstleistungen zur Verfügung, die zur Wiederherstellung der Gesundheit nach einem Arbeitsunfall dienen oder die Folgen einer Berufskrankheit abmildern.

Träger der Ausgaben in der **Privaten Krankenversicherung** sind die im Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. organisierten Krankenversicherungsunternehmen, die

Einleitung

Krankenversicherung für Bundesbahnbeamte und die Postbeamtenkrankenkasse. Auch sie decken ein breites Leistungsspektrum ab, das Ausgaben für Prävention, Behandlung und Pflege umfasst.

Unter dem Ausgabenträger **Arbeitgeber** werden alle gesundheitsrelevanten Arbeitgeberleistungen erfasst. Diese reichen von Leistungen des betrieblichen Gesundheitsdienstes bis zu Beihilfeausgaben der öffentlichen und privaten Arbeitgeber.

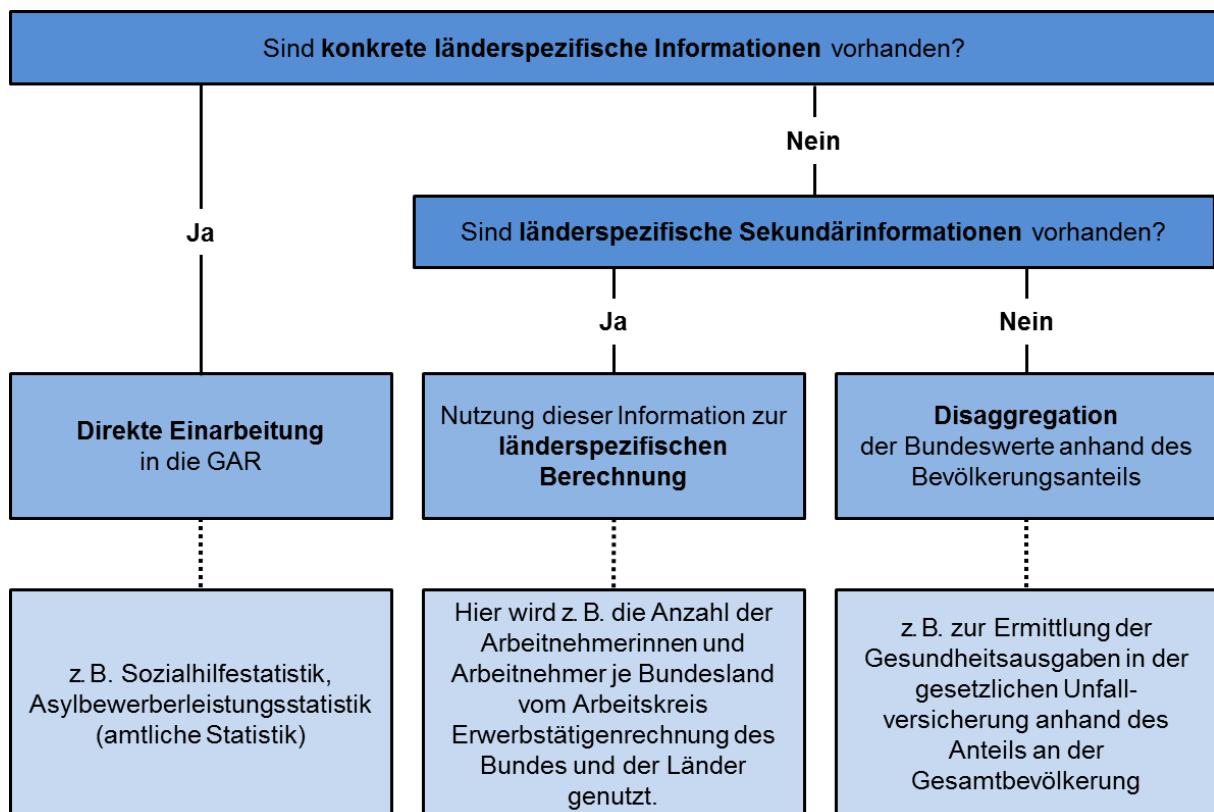
Die **privaten Haushalte** finanzieren in zunehmendem Maße Ausgaben für Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen aus eigenen Mitteln. Dies können Zuzahlungen zu Leistungen der unterschiedlichen Versicherungssysteme oder Zahlungen für Leistungen sein, die vollständig selbst übernommen werden. Auch die **privaten Organisationen ohne Erwerbszweck** finanzieren Gesundheitsleistungen, welche gleichfalls unter diesem Ausgabenträger erfasst werden. [2]

Entscheidungsalgorithmus zum methodischen Vorgehen

In Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden Datenquellen zur Ermittlung der Gesundheitsausgaben wird methodisch wie folgt vorgegangen (vgl. Abb. 1).

Sind länderspezifische Informationen vorhanden, werden diese, wie bspw. die Ausgaben für die Hilfe zur Gesundheit und die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen aus der Sozialhilfestatistik, direkt in die GAR der Länder übernommen. Sind dagegen nur länderspezifische Sekundärinformationen vorhanden, werden diese zur Ermittlung der Gesundheitsausgaben für den entsprechenden Ausgabenträger herangezogen. Zum Beispiel wird die beim Arbeitskreis Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder abrufbare Anzahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer am Wohnort zur Berechnung der Gesundheitsausgaben des Ausgabenträgers Arbeitgeber verwendet. In diesem Fall werden die länderspezifischen Informationen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eines Bundeslandes zum Bundeswert ins Verhältnis gesetzt und auf die in der GAR-Dtl. für den Ausgabenträger Arbeitgeber ausgewiesenen Gesundheitsausgaben übertragen. Fehlen länderspezifische Primär- oder Sekundärinformationen gänzlich, werden die Gesundheitsausgaben der Länder durch eine Disaggregation der Bundeswerte anhand des Anteils an der Gesamtbevölkerung ermittelt.

Abb. 1 Entscheidungsalgorithmus zum methodischen Vorgehen – GAR



Methodische und organisatorische Hinweise

Die Bestandteile der trägerbezogenen Dokumentation zur GAR – eine Verfahrensbeschreibung, ein Qualitätsbericht sowie eine Übersicht zu Metadaten – sind als selbständige Dokumente mit eigenständigem Informationsgehalt konzipiert. Deshalb können sich Inhalte wiederholen.

1) Verfahrensbeschreibung

Die Verfahrensbeschreibung informiert, wie die Gesundheitsausgaben des entsprechenden Ausgabenträgers ermittelt werden und wird für jeden Träger individuell erstellt. Die Informationen werden standardisiert in vier Teilen angeboten. Die Beschreibung der angewandten Methode erfolgt im ersten Teil. Berechnungsformeln zur Ermittlung der Gesundheitsausgaben, die in der Verfahrensbeschreibung hinterlegt sind, beziehen sich jeweils auf ein Jahr und ein Bundesland (BL). Auf entsprechende Indizes in den Formeln wurde aus Gründen der besseren Verständlichkeit verzichtet. Im zweiten Teil wird der Name einer Excel-Datei angegeben, welche die Grundlagen für die Ermittlung der Gesundheitsausgaben des entsprechenden Trägers liefert.

2) Qualitätsbericht

Auf der Grundlage der für den jeweiligen Ausgabenträger erstellten Verfahrensbeschreibung wird die Qualität der einzelnen Schritte zur Erstellung des Ergebnisses bewertet. Dazu werden die in der Verfahrensbeschreibung verwendeten Berechnungsmethoden dargestellt und auf ihre Validität hin eingeschätzt. Es werden Defizite aufgezeigt und Lösungsansätze vorgestellt, deren Realisierung als zukünftiges Aufgabenfeld denkbar ist. Sind im Prozess der Qualitätseinschätzung Sachverhalte sichtbar geworden, die Änderungs- oder Handlungsbedarf hervorrufen, werden diese in der Rubrik „Offene Fragen/Handlungsbedarf“ dokumentiert. Bei allen Ausgabenträgern werden für die Qualitätseinschätzungen die Bundeseckwerte laut GAR-Dtl. [3] und die Bevölkerung im Jahresdurchschnitt [4] einbezogen.

3) Metadaten

Die Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern stellt eine Zusammenstellung aus verschiedensten statistischen Ergebnissen dar. Durch die Erstellung von trägerbezogenen Metadaten ist es dem Nutzenden möglich, die von ihm benötigten Informationen einzuholen. Es werden drei Informationsebenen bedient. Der erste Teil umfasst drei Textfelder zur Identifizierung der Ausgabenart. Im zweiten Teil wird die Informationsgewinnung beschrieben. Der dritte Teil beinhaltet, neben dem Quellenverzeichnis am Ende des Gesamtdokuments, Informationen über die verwendeten Datenquellen jedes Ausgabenträgers. Zudem wird beim Aktualisierungsdatum das letzte Änderungsdatum der Methodendokumentation des jeweiligen Ausgabenträgers dokumentiert.

1 Öffentliche Haushalte

In der Gesundheitsausgabenrechnung der Länder werden unter dem Ausgabenträger Öffentliche Haushalte sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben, die von der öffentlichen Hand – also von den Ländern und den Kommunen – getragen werden, berücksichtigt. Die hier erfassten Ausgaben beinhalten sowohl die laufenden Gesundheitsausgaben als auch die Investitionen. Die Investitionen kommen vor allem bei den Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie bei den sonstigen öffentlichen Ausgaben zum Tragen.

Die Ausgaben der öffentlichen Haushalte setzen sich gemäß GAR des Bundes aus folgenden Unterpositionen zusammen:

- > Leistungen der Sozialhilfe,
- > Asylbewerberleistungen,
- > Leistungen der Kriegsopferfürsorge,
- > Leistungen der Kriegsopferversorgung (Bundesversorgungsgesetz - Bundeshaushalt),
- > Leistungen der Bundesagentur für Arbeit,
- > Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes,
- > Sonstige öffentliche Ausgaben. [3]

Die wichtigsten aktuell in die Berechnungen einfließenden länderspezifischen Datenquellen bei der Ermittlung der Ausgaben der öffentlichen Haushalte bilden die Sozialhilfestatistik, die Asylbewerberleistungsstatistik und die Statistik der Kriegsopferfürsorge der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.

Die Positionen „Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ und „Sonstige öffentliche Ausgaben“ sind zwei selbständige Positionen in der detaillierten Klassifikation der Ausgabenträger in der Gesundheitsausgabenrechnung [2]. In der hier vorgestellten Gesundheitsausgabenrechnung werden sie zusammengefasst betrachtet und entsprechend in dieser Dokumentation unter 1.6. zusammen dargestellt.

1.1 Leistungen der Sozialhilfe

Berechtigte erhalten nach dem 12. Sozialgesetzbuch (SGB XII)⁵ im Rahmen der Sozialhilfe eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Leistungen. Dazu zählen unter anderem:

- > die Hilfe zur Gesundheit (einschließlich Erstattungen an Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung),
- > die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, mit den Unterpositionen:
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
 - Heilpädagogische Leistungen für Kinder,
 - Suchtkrankenhilfe,
- > Hilfe zur Pflege zuzüglich der
 - Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 64e SGB XII.

1.1.1 Verfahrensbeschreibung

1.1.1.1 Methode

Die Ausgaben für die Hilfe zur Gesundheit, Eingliederung behinderter Menschen und Hilfe zur Pflege sind analog zur GAR des Bundes [3] auch in der GARdL als gesundheitsrelevant einzustufen und den laufenden Gesundheitsausgaben zuzurechnen.

Die länderspezifischen Ausgangsdaten für o. g. Leistungsbereiche, außer Suchtkrankenhilfe, stammen aus der Sozialhilfestatistik⁶ des Bundes und der Länder. Diese sind unter www.gbe-bund.de abrufbar und werden direkt in das Rechenwerk übernommen [5].

Die Ausgabenposition Suchtkrankenhilfe wird in der Sozialhilfestatistik nicht mehr separat ausgewiesen. Aus diesem Grund wird diese Unterposition mittels der Anzahl der Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII) je Bundesland [6] und unter Verwendung der Daten der GAR des Bundes [3] ermittelt (vgl. Formel 1).

Formel 1 Berechnung der Ausgabenposition Suchtkrankenhilfe (Suchtkh.)

$$GA_{1.1 \text{ Suchtkh. BL}} = \frac{GA_{1.1 \text{ Empfänger Eingliederungshilfe BL}}}{GA_{1.1 \text{ Empfänger Eingliederungshilfe Dtl.}} \cdot GA_{1.1 \text{ Suchtkh. Dtl.}}$$

1.1.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 1_Öff_Haushalte_JJJJ-JJJJ.xlsx

⁵ Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch Sozialhilfe, in der Fassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I Bl. 3023).

⁶ Rechtsgrundlagen dieser Statistik sind die §§ 121 bis 129 des Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3023), in der jeweils aktuellen Fassung, in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), in der jeweils aktuellen Fassung. Erhoben werden die Angaben zu § 122 SGB XII.

1.1.2 Qualitätsbericht

1.1.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Die ermittelten Ergebnisse in der Sozialhilfe sind zwischen den einzelnen Bundesländern und mit den Bundeswerten [3] uneingeschränkt vergleichbar.

Für die Ermittlung der Ausgaben in der Sozialhilfe stehen aus der Sozialhilfestatistik des Bundes und der Länder nahezu vollständig länderspezifische Ausgangsdaten zur Verfügung [5, 6]. Für die Suchtkrankenhilfe werden die Ausgaben für die einzelnen Länder über eine qualifizierte Disaggregation ermittelt. Diese Ausgabenposition Suchtkrankenhilfe umfasste 2018 nur knapp sieben Prozent der gesundheitsrelevanten Ausgaben der Sozialhilfe. Aufgrund des hohen Anteils primärstatistischer Daten nach Ländern, die für die Ausgabenposition Sozialhilfe Verwendung finden, kann die Ergebnisqualität als sehr gut eingeschätzt werden.

Länderspezifische Besonderheiten sind für diese Unterposition sehr gut darstellbar.

Der Anteil der Ausgaben der Sozialhilfe an den Ausgaben der öffentlichen Haushalte insgesamt liegt im Durchschnitt in den Ländern bei 40 Prozent. Bei den ermittelten länderspezifischen Ergebnissen liegen die Abweichungen von den mittels Bevölkerungsanteilen disaggregierten Bundeswerten bspw. im Jahr 2018 zwischen -43 und +81 Prozent.

Die teilweise hohen Abweichungen zu den Ergebnissen einer Disaggregation der Bundeswerte anhand des Anteils an der Gesamtbevölkerung [4] unterstreichen die Notwendigkeit einer länderspezifischen Berechnung der Ausgaben in der Sozialhilfe.

1.1.2.2 Offene Fragen / Handlungsbedarf

Keine(r).

1.1.3 Metadaten

Ausgabenträger	Leistungen der Sozialhilfe
Gliederungszahl	1.1
Informationen zum Ausgabenträger	Zu den gesundheitsrelevanten Leistungen nach dem 12. Sozialgesetzbuch (SGB XII) im Rahmen der Sozialhilfe zählen unter anderem die Hilfe zur Gesundheit (einschließlich Erstattungen an Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung), die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (mit den Unterpositionen: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Heilpädagogischen Leistungen für Kinder und Suchtkrankenhilfe). Ferner werden die Hilfe zur Pflege und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes in die Ermittlung der Gesundheitsausgaben im Rahmen der Sozialhilfe einbezogen.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Nutzung der Ergebnisse der Sozialhilfestatistik. Nicht in der Sozialhilfestatistik erfasste Ausgabenpositionen werden durch qualifizierte Disaggregation unter Verwendung länderspezifischer Indikatoren ermittelt.
Datenquellen	GBE Bund, Tabelle: Sozialhilfe, Ausgaben und Einnahmen ab 2005. GBE Bund, Tabelle: Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII. Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung.
Verfügbarer Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

1.2 Asylbewerberleistungen

Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz⁷ (AsylbLG) haben Berechtigte Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt. Diese Leistungen beinhalten [2]:

- > Ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
- > Versorgung mit Arzneimitteln,
- > Sonstige Leistungen zur Linderung von Krankheiten,
- > Zahnersatz,
- > alle Leistungen für werdende Mütter sowie
- > Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen.

1.2.1 Verfahrensbeschreibung

1.2.1.1 Methode

Für die Ermittlung der Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Länderebene stehen die benötigten Informationen aus der Asylbewerberleistungsstatistik des Bundes und der Länder [7] vollständig zur Verfügung. Sie sind für alle Länder zentral im Statistischen Bundesamt abrufbar und werden direkt in das Rechenwerk übernommen.

1.2.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 1_Öff_Haushalte_JJJJ-JJJJ.xlsx

1.2.2 Qualitätsbericht

1.2.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Die ermittelten Ergebnisse für die Gesundheitsausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind zwischen den einzelnen Bundesländern und mit den Bundeswerten uneingeschränkt vergleichbar.

Für die Berechnung der länderspezifischen gesundheitsrelevanten Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz stehen aus der Asylbewerberleistungsstatistik des Bundes und der Länder [7] vollständig primärstatistische Daten zur Verfügung.

Länderspezifische Besonderheiten sind für diese Unterposition sehr gut darstellbar. Der Anteil der Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz an den Ausgaben der öffentlichen Haushalte insgesamt liegt im Bundesdurchschnitt für Jahr 2018 bei drei Prozent. Bei den ermittelten länderspezifischen Ergebnissen liegen die Abweichungen von den mittels Bevölkerungsanteilen disaggregierten Bundeswerten [4] bspw. im Jahr 2018 zwischen -92 und +171 Prozent.

⁷ Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), in der jeweils aktuellen Fassung, in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565) in der jeweils aktuellen Fassung.

1.2.2.2 Offene Fragen/Handlungsbedarf

Keine(r).

1.2.3 Metadaten

Ausgabenträger	Asylbewerberleistungen
Gliederungszahl	1.2
Informationen zum Ausgabenträger	Die gesundheitsrelevanten Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) beinhalten ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln, sonstige Leistungen zur Linderung von Krankheiten, Zahnersatz, alle Leistungen für werdende Mütter sowie Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Nutzung der Ergebnisse der Asylbewerberleistungsstatistik.
Datenquellen	<p>Statistisches Bundesamt: Asylbewerberleistungsstatistik – Ausgaben und Einnahmen, Sonderauswertung.</p> <p>Ansprechpartnerin: Frau Margret Vollmann E-Mail: asylbewerberleistung@destatis.de</p> <p>Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung.</p>
Verfügbare Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

1.3 Leistungen der Kriegsofopferfürsorge

Die staatliche Versorgung von Kriegsofopfern wird in Deutschland durch das Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG)⁸ geregelt. Dieses sieht Leistungen der Kriegsofopferfürsorge gemäß den §§ 25 bis 27 vor. Kriegsofopferfürsorge wird ergänzend gezahlt, wenn die sonstigen, im Rahmen des BVG gewährten Leistungen zur Versorgung der Kriegsofopfer nicht ausreichen, um den Beschädigten bzw. Hinterbliebenen eine angemessene Lebensführung zu ermöglichen. Daraus sind folgende Leistungen den laufenden Gesundheitsausgaben zuzuordnen [2]:

- > Krankenhilfe nach § 26b BVG,
- > Hilfe zur Pflege nach § 26c BVG und
- > Erholungshilfe nach § 27b BVG.

1.3.1 Verfahrensbeschreibung

1.3.1.1 Methode

Die erforderlichen länderspezifischen Ausgangsdaten können aus der Statistik der Kriegsofopferfürsorge⁹ - Ausgaben und Einnahmen, die alle zwei Jahre (in geraden Jahren) erhoben und veröffentlicht wird, gewonnen werden. Diese sind für alle Länder zentral im Statistischen Bundesamt abrufbar und werden direkt in das Rechenwerk übernommen [8].

Die Daten für die zwischen den zwei Erhebungsjahren liegenden Jahre werden für jede Unterposition durch lineare Interpolation ermittelt (vgl. Formel 2 am Beispiel der Krankenhilfe).

Formel 2 Berechnung der Ausgaben der Krankenhilfe (KH) - Interpolation fehlender Jahre (JF)

$$GA_{1.3 BL, JF} = GA_{1.3 BL, JF-1} + \frac{GA_{1.3 BL, JF+1} - GA_{1.3 BL, JF-1}}{2}$$

Für die Gesundheitsausgabenrechnung der Länder müssen die Ausgaben der Primärstatistik, analog den Berechnungen auf Bundesebene, um Erstattungsbeträge bereinigt werden [2]. Die Berechnung der Erstattungsbeträge erfolgt nach einem vereinfachten Verfahren mithilfe der Daten der GAR des Bundes [3]. Hierfür wird zunächst die Differenz der für die Kriegsofopferfürsorge vorhandenen länderspezifischen Daten (Brutto-Ausgaben) zu dem in der GAR des Bundes für die Kriegsofopferfürsorge ausgewiesenen Bundeseckwert gebildet. Anschließend wird diese Differenz über den relativen Anteil der länderspezifischen Ausgaben der Kriegsofopferfürsorge an den Gesamtausgaben der Kriegsofopferfürsorge für Deutschland auf die einzelnen Bundesländer verteilt (vgl. Formel 3).

⁸ Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges vom 20. Dezember 1950 (BGBl. I S. 791), zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 7 des Gesetzes vom 16. Mai 2008 (BGBl. I S. 842, 846).

⁹ Gesetz über die Durchführung von Statistiken auf dem Gebiet der Kriegsofopferfürsorge in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2170-3 veröffentlichten bereinigten Fassung, in der jeweils aktuellen Fassung, in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565) in der jeweils aktuellen Fassung.

Formel 3 Berechnung der Ausgabenposition Erstattungsbeiträge (Erstattb.)

$$GA_{1.3 \text{ Erstattb. BL}} = \frac{GA_{1.3 \text{ Kriegsoferfürsorgestatistik BL}}}{GA_{1.3 \text{ Kriegsoferfürsorgestatistik Dtl.}}} \cdot GA_{1.3 \text{ Erstattb. Dtl.}}$$

Der Erstattungsbetrag eines Bundeslandes wird abschließend von den jeweiligen gesundheitsrelevanten Brutto-Ausgaben der Kriegsoferfürsorge subtrahiert.

Die Erhebung der Kriegsoferfürsorge wurde ab dem Jahr 2016 bei den Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) geändert. Die Soldatenversorgung ist ein Teil der Kriegsoferfürsorge. Im Jahr 2018 macht die SVG 0,5 Prozent der Kriegsoferfürsorge aus. Da die Zuständigkeit für die SVG ab dem 1.1.2016 auf den Bund übergegangen ist, werden die Angaben nicht mehr regionalisiert. Ab dem Berechnungsjahr 2016 wird die Position der SVG anhand der Verteilung der übrigen Kriegsoferfürsorge regionalisiert und zu den Ausgaben der Kriegsoferfürsorge hinzuaddiert.

1.3.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 1_Öff_Haushalte_JJJJ-JJJJ.xlsx

1.3.2 Qualitätsbericht

1.3.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Die ermittelten Ergebnisse für die Gesundheitsausgaben im Rahmen der Kriegsoferfürsorge sind zwischen den einzelnen Bundesländern und mit den Bundeswerten uneingeschränkt vergleichbar.

Für die Berechnung der länderspezifischen Ausgaben im Rahmen der Kriegsoferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) stehen aus der Statistik der Kriegsoferfürsorge des Bundes und der Länder [8] für die geraden Jahre vollständig primärstatistische Daten zur Verfügung. Die Schätzverfahren für die Zwischenjahre bzw. bei noch nicht verfügbaren Daten für das Berichtsjahr werden mit dem zuständigen Referat im Statistischen Bundesamt abgestimmt. Erstattungsbeiträge müssen analog zur GAR des Bundes [2] von den in der Primärstatistik ausgewiesenen Ausgaben abgezogen werden. Länderspezifische Besonderheiten sind für diese Unterposition sehr gut darstellbar.

Der Anteil der Ausgaben im Rahmen der Kriegsoferfürsorge an den Ausgaben der öffentlichen Haushalte insgesamt liegt im Bundesdurchschnitt bei 0,5 Prozent. Bei den ermittelten länderspezifischen Ergebnissen liegen die Abweichungen von den mittels Bevölkerungsanteilen disaggregierten Bundeswerten [4] bspw. im Jahr 2018 zwischen -93 und +92 Prozent.

1.3.2.2 Offene Fragen/Handlungsbedarf

Keine(r).

1.3.3 Metadaten

Ausgabenträger	Leistungen der Kriegsoferfürsorge
Gliederungszahl	1.3
Informationen zum Ausgabenträger	Den laufenden Gesundheitsausgaben werden die Leistungen der Kriegsoferfürsorge, Krankenhilfe nach § 26b BVG, Hilfe zur Pflege nach § 26c BVG und Erholungshilfe nach § 27b BVG zugeordnet.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Nutzung der Ergebnisse der Statistik der Kriegsoferfürsorge.
Datenquellen	<p>Statistisches Bundesamt: Statistik der Kriegsoferfürsorge – Ausgaben und Einnahmen.</p> <p>Ansprechpartner: Herr Pfaff E-Mail: schwerbehinderte@destatis.de</p> <p>Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung.</p>
Verfügbarer Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

1.4 Leistungen der Kriegsoferversorgung

Die staatliche Versorgung von Kriegsoffern wird in Deutschland durch das Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges¹⁰ (Bundesversorgungsgesetz – BVG) geregelt. Gemäß den §§ 10 bis 24a haben Berechtigte Anspruch auf:

- > Versorgung mit Heilbehandlung,
- > Versehrtenleibesübungen sowie
- > Krankenbehandlung,

welche gesundheitsrelevante Ausgaben der Kriegsoferversorgung darstellen.

1.4.1 Verfahrensbeschreibung

1.4.1.1 Methode

Für die Ausgaben der Kriegsoferversorgung stehen auf Länderebene keine primärstatistischen Daten zur Verfügung. Daher werden als Grundlage für die Ermittlung der Ausgaben hier die Ergebnisse der GAR des Bundes [3] herangezogen. Da diese Ausgaben ebenfalls auf die im jeweiligen Bundesland lebenden Kriegsoffer (siehe 1.3 Leistungen für Kriegsoferversorgung) entfallen, wird diese Unterposition anhand der Verteilung der Kriegsoferversorgung [8] disaggregiert (vgl. Formel 4).

Formel 4 Berechnung der Ausgaben der Kriegsoferversorgung

$$GA_{1,4 BL} = GA_{1,4 Dtl.} \cdot GA_{1,3 BL} / GA_{1,3 Dtl.}$$

1.4.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 1_Öff_Haushalte_JJJJ-JJJJ.xlsx

1.4.2 Qualitätsbericht

1.4.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Für die Ermittlung der gesundheitsrelevanten Ausgaben im Rahmen der Kriegsoferversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) stehen keine länderspezifischen Ausgangsdaten zur Verfügung. Die Ermittlung der Ausgaben für die Kriegsoferversorgung nach Ländern erfolgt anhand der Ergebnisse der GAR des Bundes [3] und anhand der Verteilung der Kriegsoferversorgung [8].

Die ermittelten Gesundheitsausgaben für die Kriegsoferversorgung sind zwischen den Bundesländern vergleichbar. Der Anteil der Ausgaben für die Kriegsoferversorgung an den Gesamtausgaben für Kriegsoffer (Summe Kriegsoferversorgung und -versorgung) lag 2018 bei 25 Prozent. Durch eine Disaggregation auf Basis der Kriegsoferversorgung werden

¹⁰ Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges vom 20. Dezember 1950 (BGBl. I S. 791), zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 7 des Gesetzes vom 16. Mai 2008 (BGBl. I S. 842, 846).

Länderspezifika abgebildet. Im Jahr 2018 liegen die Abweichungen von den mittels Bevölkerungsanteilen disaggregierten Bundeswerten [4] bei -93 und +92 Prozent.

1.4.2.2 Offene Fragen/Handlungsbedarf

Die Verfügbarkeit möglicher Datenquellen auf Länderebene prüfen.

1.4.3 Metadaten

Ausgabenträger	Leistungen der Kriegsopferversorgung
Gliederungszahl	1.4
Informationen zum Ausgabenträger	Gesundheitsrelevante Ausgaben der Kriegsopferversorgung stellen die Versorgung mit Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen sowie die Krankenbehandlung dar.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Die Ausgaben werden durch Disaggregation der Bundeswerte anhand der Verteilung der Kriegsopferfürsorge berechnet.
Datenquellen	<p>Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung.</p> <p>Statistisches Bundesamt: Statistik der Kriegsopferfürsorge – Ausgaben und Einnahmen.</p> <p>Ansprechpartner: Herr Pfaff E-Mail: schwerbehinderte@destatis.de</p>
Verfügbarer Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

1.5 Leistungen der Bundesagentur für Arbeit

Zu den gesundheitsrelevanten Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit (BA) zählen Maßnahmen zur Teilhabe und beruflichen Wiedereingliederung Behinderter sowie Einkommensleistungen für Behinderte. Zudem trägt die BA die Ausgaben für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Arbeitsvermittlung zur Eignungsfeststellung (§32 SGB III). Diese stehen Arbeitssuchenden zur Verfügung. Gemäß GAR des Bundes werden nur die ärztlichen Untersuchungen zur Eignungsfeststellung den laufenden Gesundheitsausgaben zugerechnet, während alle anderen gesundheitsrelevanten Ausgaben im erweiterten Leistungsbereich der GAR des Bundes Berücksichtigung finden.

1.5.1 Verfahrensbeschreibung

1.5.1.1 Methode

Für die Ausgaben der BA stehen auf Länderebene keine primärstatistischen Daten zur Verfügung. Daher werden als Grundlage für die Ermittlung der Ausgaben die Ergebnisse der GAR des Bundes herangezogen [3]. Die Gesundheitsausgaben in den einzelnen Bundesländern werden mittels der Anzahl der Arbeitssuchenden in den Bundesländern qualifiziert disaggregiert (vgl. Formel 5) [9]. Die Zahl der Arbeitssuchenden wird der AG GGRdL durch das Datenzentrum der Bundesagentur für Arbeit durch eine Sonderauswertung zur Verfügung gestellt.

Formel 5 Berechnung der Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit

$$GA_{1.5 BL} = GA_{1.5 Dtl.} \cdot Ant\text{-}Arbeitssuchende_{BL}$$

1.5.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 1_Öff_Haushalte_JJJJ-JJJJ.xlsx

1.5.2 Qualitätsbericht

1.5.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Da für die Ermittlung der gesundheitsrelevanten Ausgaben der BA keine länderspezifischen Ausgangsdaten zur Verfügung stehen, erfolgt die Ermittlung der Ausgaben der BA nach Ländern anhand der Ergebnisse der GAR des Bundes und des Anteils der Arbeitssuchenden in den Bundesländern [9].

Die Leistungen zur Feststellung der Berufseignung (gemäß §32 SGB III) der BA stehen Arbeitssuchenden zur Verfügung. Mit einer qualifizierten Disaggregation der Bundeswerte durch länderspezifische Zahlen der BA werden die Länderausgaben der BA ermittelt.

Der Anteil der Ausgaben der BA an den Ausgaben der öffentlichen Haushalte insgesamt liegt im Bundesdurchschnitt 2018 bei 0,3 Prozent. Bei den ermittelten länderspezifischen Ergebnissen liegen die Abweichungen von den mittels Bevölkerungsanteilen disaggregierten Bundeswerten [4] im Jahr 2018 zwischen -39 und +81 Prozent.

1.5.2.2 Offene Fragen/Handlungsbedarf

Keine(r).

1.5.3 Metadaten

Ausgabenträger	Leistungen der Bundesagentur für Arbeit
Gliederungszahl	1.5
Informationen zum Ausgabenträger	Zu den gesundheitsrelevanten Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit (BA) zählen Maßnahmen zur Teilhabe und beruflichen Wiedereingliederung Behinderter sowie Einkommensleistungen für Behinderte. Zudem trägt die BA die Ausgaben für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Arbeitsvermittlung.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Die Ausgaben werden durch Disaggregation der Bundeswerte anhand des Anteils der Arbeitsuchenden berechnet.
Datenquellen	<p>Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung.</p> <p>Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarkt in Zahlen, Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf, Sonderauswertung.</p> <p>Ansprechpartnerin: Christiane Lorenz E-Mail: Statistik-Service-Suedwest@arbeitsagentur.de</p>
Verfügbare Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

1.6 Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstige öffentliche Ausgaben

Die gesundheitsrelevanten Ausgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die sonstigen staatlichen Ausgaben sind zwei selbständige Positionen in der detaillierten Klassifikation der Ausgabenträger in der Gesundheitsausgabenrechnung [2]. Im hier vorgestellten Rechenwerk werden sie zusammengefasst betrachtet und entsprechend an dieser Stelle zusammen dargestellt.

Bund, Länder und Gemeinden erbringen aufgrund einer Vielzahl von Rechtsvorschriften diverse Leistungen im Gesundheitswesen. Eine der Hauptaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes liegt in der Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Zu den weiteren Aufgaben zählt der schul(zahn)ärztliche Dienst, die Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung, die Aufsicht der Gesundheitseinrichtungen sowie die Überwachung öffentlicher Einrichtungen hinsichtlich der Einhaltung der Hygiene. Einbezogen werden zudem die durch die Gesundheitsbehörden getätigten Investitionen.

Auf Bundesebene werden die aufgeführten Leistungen bspw. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder das Robert-Koch-Institut erbracht. Auf Landesebene nehmen die Aufgaben die Ländergesundheitsministerien sowie die Landesämter bzw. Landesinstitute für Gesundheit und auf kommunaler Ebene die Gesundheitsämter wahr.

Bei den sonstigen öffentlichen Ausgaben handelt es sich in erster Linie um Investitionsausgaben im Bereich der Hochschulen (Forschung und Entwicklung an medizinischen Einrichtungen der Hochschulen und im Lehr- und Forschungsbereich Pharmazie) sowie bei den Krankenhäusern.

1.6.1 Verfahrensbeschreibung

1.6.1.1 Methode

Für die **Ausgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes** auf Länderebene werden die Rechnungsergebnisse des öffentlichen Gesamthaushalts und der kommunalen Haushalte aus der Jahresrechnungsstatistik [10] herangezogen. Es werden folgende Aufgabenbereiche einbezogen:

	Staatliche Ebene (Bund und Land)	Kommunale Ebene
bis 2011	Funktion: 311 Gesundheitsverwaltung 314 Gesundheitsschutz	Gliederung: 50 Gesundheitsverwaltung 54 Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen der Gesundheitspflege
ab 2012		Produkt: 412 Gesundheitseinrichtungen 414 Maßnahmen der Gesundheitspflege

Nur die auf Bundesebene anfallenden Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst werden mittels des Anteils eines Bundeslandes an der Gesamtbevölkerung Deutschlands [4] auf die Länder verteilt (vgl. **Formel 6**).

Gegenwärtig werden die länderspezifischen Ergebnisse der Hochschulfinanzstatistik, die als Datengrundlage für die **sonstigen öffentlichen Ausgaben** herangezogen werden kann, noch nicht genutzt. Daher werden derzeit als Grundlage für die Ermittlung dieser Ausgabenposition die Ergebnisse der GAR des Bundes herangezogen [3]. Die Gesundheitsausgaben in den einzelnen Bundesländern werden mittels des Bevölkerungsanteils eines Bundeslandes an der Gesamtbevölkerung [4] von den Bundesergebnissen disaggregiert (vgl. Formel 6)

Formel 6 Berechnung der Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes und der sonstigen öffentlichen Ausgaben

$$GA_{1.6 BL} = GA_{1.6 Dtl.} \cdot Ant-Bev_{BL}$$

1.6.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 1_Öff_Haushalte_JJJJ-JJJJ.xlsx

1.6.2 Qualitätsbericht

1.6.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Zur Ermittlung der **Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst** stehen aus der Jahresrechnungsstatistik länderspezifische Ausgangsdaten zur Verfügung. Diese Ausgabenposition umfasst im Jahr 2018 mehr als 16 Prozent der Ausgaben des Ausgabenträgers „Öffentliche Haushalte“. Lediglich die auf Bundesbehörden entfallenden Ausgaben aus der Jahresrechnungsstatistik werden mittels Bevölkerungsanteil auf die Länder verteilt. Länderspezifische Besonderheiten sind für diese Ausgabenposition sehr gut darstellbar.

Für die **sonstigen öffentlichen Ausgaben** werden die auf die einzelnen Länder entfallenden Ausgaben mittels einfacher Disaggregation ermittelt. Diese Ausgabenposition umfasst im Jahr 2018 knapp 40 Prozent der Ausgaben des Ausgabenträgers „Öffentliche Haushalte“. Länderspezifische Besonderheiten können im Rahmen der Disaggregation der Bundesergebnisse mittels des Bevölkerungsanteils nicht abgebildet werden.

Die ermittelten Gesundheitsausgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die sonstigen öffentlichen Ausgaben sind zwischen den Bundesländern uneingeschränkt vergleichbar.

Der Anteil der Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst und die sonstigen öffentlichen Ausgaben an den Ausgaben der öffentlichen Haushalte insgesamt liegt im Bundesdurchschnitt bei knapp 55 Prozent. Bei den ermittelten länderspezifischen Ergebnissen liegen die Abweichungen von den mittels Bevölkerungsanteilen disaggregierten Bundeswerten [4] im Jahr 2018 zwischen -15 und +15 Prozent. Um die länderspezifischen Besonderheiten für den Ausgabenträger „Öffentliche Haushalte“ noch besser darstellen zu können, ist es perspektivisch wichtig, länderspezifische Informationen aus der Hochschulfinanzstatistik in die Berechnungen der GAR auf Länderebene einzubeziehen.

1.6.2.2 Offene Fragen/Handlungsbedarf

Auswertung aktuell vorliegender Ergebnisse der Hochschulfinanzstatistik auf Länderebene.

1.6.3 Metadaten

Ausgabenträger	Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstige öffentliche Ausgaben
Gliederungszahl	1.6
Informationen zum Ausgabenträger	<p>Die Ausgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes umfassen sämtliche Leistungen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten, den schul(zahn)ärztlichen Dienst, die Gesundheitserziehung und -beratung, die Aufsicht der Gesundheitseinrichtungen sowie die Überwachung öffentlicher Einrichtungen hinsichtlich der Einhaltung der Hygiene, die durch die verschiedenen Gesundheitsbehörden auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene erbracht werden.</p> <p>Bei den sonstigen öffentlichen Ausgaben handelt es sich in erster Linie um Investitionsausgaben im Bereich der Hochschulen (Forschung und Entwicklung an medizinischen Einrichtungen der Hochschulen und im Lehr- und Forschungsbereich Pharmazie) sowie bei den Krankenhäusern.</p>
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	<p>Die Ausgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes basieren auf den Rechnungsergebnissen des öffentlichen Gesamthaushalts und der kommunalen Haushalte.</p> <p>Die sonstigen öffentlichen Ausgaben werden durch Disaggregation der Bundeswerte anhand des Anteils an der Gesamtbevölkerung berechnet.</p>
Datenquellen	<p>Statistisches Bundesamt: Rechnungsergebnisse des öffentlichen Gesamthaushalts und der kommunalen Haushalte, Sonderauswertung. [10]</p> <p>Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung. [3]</p> <p>Bevölkerung nach Bundesländern (Jahresdurchschnitte) [4]</p>
Verfügbarer Zeitraum	Ab 2008
Regionalisierung NUTS1	Vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

1.7 Sonstige Positionen der öffentlichen Haushalte

1.7.1 Impffonds

Weiterhin unter dem Ausgabenträger 1 ausgewiesen ist der Impffonds. Der Impffonds enthält die Investitionen, die die Bundesländer 2009 für die Anschaffung für Impfstoffe gegen das H1N1 Virus (Schweinegrippe) getätigt haben. Da nur die Kosten für die verbrauchten Impfdosen von der GKV übernommen und lange nicht alle Impfdosen verbraucht wurden, erfolgte die Verbuchung mit 239 Millionen Euro als Investition. Als die eingelagerten Dosen im Jahr 2011 verfielen und folglich vernichtet wurden, erfolgte die Gegenbuchung mit - 239 Millionen Euro.

1.7.1.1 Verfahrensbeschreibung

Zu den Investitionen in den Impffonds stehen auf Länderebene keine primärstatistischen Daten zur Verfügung. Daher werden als Grundlage für die Ermittlung der Ausgaben die Ergebnisse der GAR des Bundes herangezogen [3]. Die Gesundheitsausgaben in den einzelnen Bundesländern werden anhand der Bevölkerungsanteile berechnet [4].

1.7.1.2 Letzte Aktualisierung

Durchgeführt am 25.05.2020.

1.7.2 Verwaltungskosten (COFOG)

Ab dem Berechnungsjahr 2018 werden zusätzlich auch die Verwaltungskosten gemäß der Classification of Functions of Government (COFOG) als Teil der Ausgaben der öffentlichen Haushalte berechnet. Die Verwaltungskosten werden anhand der Konsumausgaben des Staates (in jeweiligen Preisen), abzüglich der Ausgaben des Teilssektors „Sozialversicherung“, auf die Bundesländer disaggregiert. Im Jahr 2018 beträgt der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesundheitsausgaben der Öffentlichen Haushalte 1,6 Prozent.

1.7.2.1 Verfahrensbeschreibung

Zu den Verwaltungskosten der öffentlichen Haushalte stehen auf Länderebene keine primärstatistischen Daten zur Verfügung. Daher werden als Grundlage für die Ermittlung der Ausgaben die Ergebnisse der GAR des Bundes herangezogen [3]. Die Ausgaben werden anhand der Konsumausgaben des Staates abzüglich der Sozialversicherungsausgaben [11] disaggregiert. Da für das Berechnungsjahr 2018 noch keine Daten zur Verfügung stehen, wird der Wert anhand einer linearen Fortschreibung ermittelt.

Formel 6 Berechnung der Verwaltungskosten

$$GA_{yy\ BL} = GA_{yy\ Dtl.} \cdot \text{Ant-Konsumausgaben}_{BL}$$

1.7.2.2 Letzte Aktualisierung

Durchgeführt am 25.05.2020.

2 Gesetzliche Krankenversicherung

Träger der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind die folgenden **Kassenarten (KA)**:

- > Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK),
- > Betriebskrankenkassen (BKK),
- > Innungskrankenkassen (IKK),
- > Landwirtschaftskrankenkasse (LKK),
- > Bundesknappschaft Bahn-See (KBS) sowie
- > Ersatzkassen (VDEK).

Den einzelnen Kassenarten sind unterschiedlich viele **Krankenkassen (KK)** (vgl. Tabelle 2) zugeordnet.

Tabelle 2 Kassenarten und Krankenkassen im Jahr 2018 – Stand: Juni 2019

Kassenart	AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	VDEK
	Allgemeine Ortskrankenkassen	Betriebskrankenkassen	Innungskrankenkassen	Landwirtschaftliche Krankenkasse	Bundesknappschaft Bahn-See	Ersatzkassen
Anzahl zugehöriger Krankenkassen	11	85	6	1	1	6
Geöffnet	ausschließlich regional (Wohn- oder Beschäftigungs-ort)	betriebsbezogen, regional oder bundesweit	regional oder bundesweit	betriebsbezogen	bundesweit	bundesweit

Versicherungspflichtige und freiwillig Versicherte können grundsätzlich wählen, bei welcher Krankenkasse sie Mitglied werden wollen. Zwischen welchen Krankenkassen gewählt werden kann, ist vom **Wohn- oder Beschäftigungsort** abhängig. Ausnahmeregelungen bestehen bspw. für Ehepartner und Studierende. Die Landwirtschaftliche Krankenkasse steht ausschließlich Landwirten offen. Einige Betriebskrankenkassen sind nur betriebsbezogen geöffnet, d. h. nur für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des entsprechenden Unternehmens wählbar (z. B. BKK, Deutsche Bank AG).

Die Versicherten der Krankenkassen setzen sich zusammen aus Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen inklusive der Rentnerinnen und Rentner. Die im Rahmen der GAR zu ermittelnden Ausgaben werden durch alle Versicherten (Mitglieder, mitversicherte Familienangehörige, Rentnerinnen und Rentner) verursacht, weshalb den Berechnungen auch die in der KM 6-Statistik ausgewiesene Zahl der Versicherten (nicht die der Mitglieder) zugrunde zu legen ist.

2.1 Verfahrensbeschreibung

2.1.1 Methode

Datenquellen für Versicherte und Ausgaben

Die Ermittlung der Gesundheitsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgt auf Grundlage der KJ 1-Statistik bzw. der KM 6-Statistik. Die KJ 1-Statistik bildet die Einnahmen und Ausgaben aller Krankenkassen (durch Betriebsnummern identifiziert) nach Konten für ein Berichtsjahr ab. Die KM 6-Statistik liefert die dazugehörigen Angaben zu den Versicherten. Sie enthält für jede Kasse (identifiziert nach Betriebsnummer) die Anzahl der Versicherten nach ihrem Wohnort in den Bundesländern. Für die Versicherten ist zusätzlich Versichertenstatus, Geschlecht und Altersstruktur gegeben.

Die Datenabfrage der KJ 1- und KM 6-Statistik beim GKV-Spitzenverband erfolgt zentral durch die AG GGRdL [12, 13].

In der GAR berücksichtigte Konten – Kontenbereinigung

Die GAR der Länder richtet sich, analog zur GAR des Bundes [2], am Konzept des „System of Health Accounts“ [1] aus, welches von der OECD, der WHO und Eurostat zum Zweck der internationalen Vergleichbarkeit empfohlen wird. Entsprechend dem Vorgehen des Statistischen Bundesamtes wird laufend die Relevanz der Kontenpositionen der KJ 1-Statistik geprüft und angepasst.

Einige Kontenpositionen werden nicht den primären Gesundheitsausgaben zugeordnet. Dazu zählen Ausgaben für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, Ausgaben für krankheitsbedingte Folgen und Einkommensleistungen. Die entsprechenden Konten der KJ 1-Statistik sind dem erweiterten Leistungsbereich zugeordnet und fließen nicht in die primären Gesundheitsausgaben ein.

Insgesamt gliedern sich die relevanten Kontenpositionen der KJ 1-Statistik in vier Kontenklassen. Die Kontenklassen 4 und 5 enthalten „Aufwendungen für Versicherungsleistungen einschließlich der Vorschüsse und der Vorleistungen sowie die Erstattungen nach § 17 SGB V“.¹¹ Die Kontenklasse 6 erfasst Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen, Kontenklasse 7 enthält Verwaltungs- und Verfahrenskonten.

Die in der Kontenklasse 7 enthaltenen Erstattungen (Kontengruppe 76 „Erstattete Verwaltungskosten insgesamt – Einnahmen“) enthalten beispielsweise Erstattungen anderer Sozialversicherungsträger und müssen von den Brutto-Verwaltungskosten abgezogen werden, um die Netto-Verwaltungskosten zu erhalten.

Das Konto 5163 erfasst Kosten für die Impfungen gegen das H1N1-Virus (Schweinegrippe). In den Jahren 2009 bis 2011 wird die Kontenposition 5163 gesondert behandelt. Aufgrund der Pandemie im Jahr 2009 wurde die Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (ISchGKVLV) erlassen, die die Kostenübernahme und Finanzierung der

¹¹ Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und für den Gesundheitsfonds, Ministerialdirigent a. D. Bernhard Knoblich, Erich Schmidt Verlag, 5. Auflage, 2016.

Impfungen durch die GKV regelt. Ferner wurde darin die Einrichtung eines Impffonds geregelt. Die Krankenkassen mussten 2009 für 30 Prozent ihrer Versicherten einen fixen Betrag in den Impffonds einzahlen. Da die Impfausgaben im Jahr 2009 deutlich geringer waren als die für dieses Jahr durch die Krankenkassen ausgewiesenen Ausgaben, ist es erforderlich, eine Korrektur der Kontenposition im Jahr 2009 mit den Rückzahlungen aus den Jahren 2010 und 2011 vorzunehmen. Der tatsächliche Kontenwert im Jahr 2009 ergibt sich somit aus den Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2009 abzüglich der Rückzahlungen an die Krankenkassen aus den Jahren 2010 und 2011 (jeweils in Konto 5163). In den Jahren 2010 und 2011 wird das Konto 5163 dann entsprechend nicht berücksichtigt bzw. auf null gesetzt.

Berechnung

Die Berechnung der länderspezifischen Gesundheitsausgaben der GKV erfolgt in vier Schritten (GKV 1 – GKV 4):

GKV 1: Auf Basis der KJ 1-Statistik werden gemäß der Abstimmung der zu berücksichtigenden Konten der GAR mit dem Statistischen Bundesamt für jede Krankenkasse die Gesundheitsausgaben $GA_{2,KK}$ ermittelt.

GKV 2: Auf Basis der KM 6-Statistik werden für jede Krankenkasse die Anzahl der Versicherten insgesamt $V_{2,KK}$ und die Anzahl der Versicherten pro Bundesland $V_{2,KK,BL}$ ermittelt.

GKV 3: Für die qualifizierte Disaggregation der Ausgaben der Krankenkassen werden zunächst für jede Krankenkasse die Ausgaben pro Versicherten ermittelt:

Formel 7 Berechnung der GKV-Ausgaben pro Krankenkasse und Versicherten

$$GApV_{2,KK} = \frac{GA_{2,KK}}{V_{2,KK}}$$

Im Rahmen der Berechnung der länderspezifischen Ausgaben jeder Krankenkasse werden diese anschließend mit den Versicherten pro Krankenkasse und Bundesland ($V_{2,KK,BL}$) multipliziert:

Formel 8 Berechnung der GKV-Ausgaben pro Krankenkasse und Bundesland

$$GA_{2,KK,BL} = GApV_{2,KK} \cdot V_{2,KK,BL}$$

Die Ermittlung der länderspezifischen Ausgaben jeder Krankenkasse erfolgt nach dem Wohnortprinzip, d. h. die Ausgaben der jeweiligen Krankenkasse werden den Bundesländern zugeordnet, in dem die Versicherten wohnen. Auch wenn einzelne Krankenkassen primär nur regional geöffnet sind (u. a. die allgemeinen Ortskrankenkassen), besteht dennoch Wahlfreiheit der Versicherten entsprechend ihrem Wohn- oder Beschäftigungsort. Anhand der KM 6-Statistik können jedoch der Berechnung die Versicherten jeder Krankenkasse nach ihrem Wohnort zugrunde gelegt werden.

Der Berechnung liegt die Annahme zugrunde, dass auf die Versicherten einer Krankenkasse durchschnittlich die gleichen Ausgaben entfallen. Da die Ausgaben der KJ 1-Statistik nicht

2 Gesetzliche Krankenversicherung

länderspezifisch vorliegen, ist eine Berücksichtigung der Morbiditäts- und Ausgabenstruktur innerhalb der einzelnen Kassen nicht möglich.

GKV 4: Um die Gesamtausgaben pro Bundesland zu erhalten, werden die Ausgaben aller Krankenkassen, die den einzelnen Bundesländern durch das Wohnortprinzip der Versicherten zugeordnet wurden, aufsummiert:

Formel 9 Berechnung der GKV-Ausgaben pro Bundesland

$$GA_{2,BL} = \sum_{KK} GA_{2,KK,BL}$$

Da über die Betriebsnummern der Krankenkassen auch die Kassenart ermittelt werden kann, werden zusätzlich auch die länderspezifischen Ausgaben nach Kassenart ermittelt. Die Summe der Ausgaben der Krankenkassen (einer Kassenart) in einem Bundesland ergibt die Ausgaben der entsprechenden Kassenart in diesem Bundesland.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen werden anhand einer qualifizierten Disaggregation berechnet. Dazu werden auf Basis der KJ 1- und der KM 6-Statistik des GKV Spitzenverbands für jede Krankenkasse (2018 insgesamt 110 Kassen) die Gesundheitsausgaben anhand des Wohnorts der Versicherten disaggregiert. Diese Berechnungsweise lässt eine Abbildung länderspezifischer Besonderheiten zu.

2.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 2_Gesetzl_Krankenvers_JJJJ-JJJJ.xlsx

2.2 Qualitätsbericht

2.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Abgrenzung der für die GKV relevanten Gesundheitsausgaben

Die Ermittlung der Gesundheitsausgaben auf Länder- und Bundesebene erfolgt auf Basis statistischer Angaben, die vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt werden [12, 13].

Die Zuordnung der Leistungsausgaben erfolgt nach den Vorgaben des „System of Health Accounts“. Hierzu werden die Kontenklassen der Leistungs- sowie Verwaltungsausgaben mit dem Statistischen Bundesamt abgestimmt und in den länderspezifischen Berechnungen einheitlich umgesetzt.

Die Vergleichbarkeit zum Bundesergebnis [3] und zwischen den Ländern ist durch Verwendung einheitlicher Datenquellen und die Abstimmung der berücksichtigungsfähigen Ausgaben gegeben.

Ergebnisse auf Länderebene

Die Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen erfolgt für jede Krankenkasse gemäß der Abstimmung mit dem Statistischen Bundesamt. Anhand der Versichertenzahlen, die für jede Krankenkasse nach Bundesland (Wohnortprinzip) vorliegen, werden die Gesamtausgaben pro Krankenkasse qualifiziert disaggregiert. Anschließend werden durch Summenbildung die Ausgaben pro Bundesland und Kassenart ermittelt.

Bei der qualifizierten Disaggregation der Ausgaben pro Krankenkasse wird angenommen, dass auf die Versicherten einer Krankenkasse durchschnittlich die gleichen Ausgaben entfallen.

Länderspezifische Besonderheiten sind durch die Berechnungsweise sehr gut abbildbar. Bei den ermittelten länderspezifischen Ergebnissen liegen die Abweichungen von den mittels Bevölkerungsanteilen disaggregierten Bundeswerten [4] bspw. im Jahr 2018 zwischen -7 und +17 Prozent. Innerhalb der einzelnen Kassenarten sind die Abweichungen höher. Die länderspezifischen Ausgaben der Ortskrankenkassen (AOK) stellen mit 38 Prozent 2018 den höchsten Anteil der Ausgaben an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen dar. Innerhalb der Ortskrankenkassen liegen die Abweichungen der länderspezifischen Ausgaben im Jahr 2018 zwischen -42 und +70 Prozent. Noch deutlicher wird die Abbildung der Länderspezifika bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) und der Krankenkasse Knappschaft-Bahn-See (KBS). Bei beiden Krankenkassen ist die Versichertenstruktur stark durch die Wirtschaftsstruktur der Bundesländer geprägt. So liegen bei der LKK die Abweichungen der länderspezifischen Ausgaben von den anhand der Bevölkerung disaggregierten Werten 2018 zwischen -97 und +106 Prozent. Bei der KBS liegen die Abweichungen zwischen -86 und +421 Prozent.

2.2.2 Offene Fragen / Handlungsbedarf

Keine(r)

2.3 Metadaten

Ausgabenträger	Gesetzliche Krankenversicherung
Gliederungszahl	2
Informationen zum Ausgabenträger	Gesetzliche Krankenversicherungen: Allgemeine Ortskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkasse, Bundesknappschaft Bahn-See und Ersatzkassen.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Nutzung von verfügbaren Daten zu den Versicherten und den Ausgaben der Krankenkassen und der Kassenarten.
Datenquellen	GKV-Spitzenverband: Statistische Angaben der Krankenkassen mit Sitz im jeweiligen Bundesland aus der KJ 1- und KM 6-Statistik. Datenbankabfrage „DataInterchange-Cockpit“ zentral durch die AG GGRdL. Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung.
Verfügbarer Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

3 Soziale Pflegeversicherung

Träger der Sozialen Pflegeversicherungen (SPV) sind die **Pflegekassen**, die als rechtlich selbständige Körperschaften jeder **Krankenkasse** gebildet wurden. Es werden analog zur gesetzlichen Krankenversicherung die folgenden **Kassenarten** unterschieden:

- > Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK),
- > Betriebskrankenkassen (BKK),
- > Innungskrankenkassen (IKK),
- > Landwirtschaftskrankenkasse (LKK),
- > Bundesknappschaft Bahn-See (KBS) sowie
- > Ersatzkassen (VDEK).

Die Versicherungspflicht in der SPV richtet sich nach dem im Pflegeversicherungsgesetz¹² realisierten Grundsatz: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. In den Schutz der SPV ist demzufolge der gleiche Personenkreis einbezogen, der in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert ist, und zwar sowohl Pflichtversicherte als auch freiwillig Versicherte. Freiwillig Versicherte in der GKV können sich von der Pflegeversicherungspflicht befreien lassen, wenn sie eine entsprechende private Pflegeversicherung nachweisen. In der Familienversicherung der GKV bzw. SPV sind Ehe- und Lebenspartner sowie Kinder bis zu verschiedenen Altersgrenzen beitragsfrei mitversichert. Versicherungspflicht besteht in der Pflegeversicherung darüber hinaus auch für sonstige Personen, die weder Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse noch privat krankenversichert sind. Voraussetzung hierfür ist, dass diese ihren Wohnsitz im Inland haben und im Krankheitsfall Leistungsansprüche aus Sondersystemen (bspw. dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder anderen Vorschriften) ableiten können.¹³

3.1 Verfahrensbeschreibung

3.1.1 Methode

Datenquellen für Versicherte und Ausgaben

Die Ermittlung der Gesundheitsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung erfolgt auf Grundlage der PJ 1-Statistik bzw. der KM 6-Statistik. Die PJ 1-Statistik bildet die Einnahmen und Ausgaben aller Pflegekassen nach Konten für ein Berichtsjahr ab. Basierend auf den gesetzlichen Vorgaben des PflegeVG sind die Anzahl der kranken- bzw. pflegeversicherten Personen in den verschiedenen Kassenarten nahezu identisch.¹⁴ Daher

¹² Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014): Versicherungspflichtiger Personenkreis. § 20 ff. Unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11 (Aufruf am 27.07.2018).

¹³ Vgl.: Bundesministerium für Gesundheit: Pflegeversicherung. Versicherungspflicht auch für sonstige Personen. Unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung/versicherte.html> (Aufruf am: 27.07.2018).

¹⁴ Die Zahl der Versicherten in der SPV liegt weniger als 0,1 Prozent über den Versicherten in der GKV und ist auf die Berücksichtigung der sonstigen Personen zurückzuführen.

3 Soziale Pflegeversicherung

können der Ermittlung der Ausgaben in der SPV nach Bundesländern, analog zur GKV, die statistischen Informationen zu den Versicherten nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart bzw. Krankenkassen aus der KM 6-Statistik (siehe Ausgabenträger GKV – 2.1.1) zugrunde gelegt werden. Es gilt:

Formel 10 Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und gesetzlichen Krankenversicherung

$$V_{3,KK,BL} = V_{2,KK,BL}$$

Bezüglich der berücksichtigungsfähigen Ausgaben orientiert sich die GAR der Länder auch beim Ausgabenträger SPV an der GAR des Bundes und am Konzept des „System of Health Accounts“. Als gesundheitsrelevante Ausgaben in der SPV werden demnach die Ausgaben derjenigen Pflegekassen erfasst, die organisatorisch an eine gesetzliche Krankenkasse angebunden sind. Die Ausgaben der privaten Pflegeversicherung gehören nicht dazu, diese werden dem Ausgabenträger Private Krankenversicherung zugerechnet. Für die GAR der Länder werden die statistischen Angaben zu den Ausgaben der Pflegekassen aus der PJ 1-Statistik (Pfleigestatistik) übernommen. Die Kontenbereinigung erfolgt in enger Abstimmung mit dem Statistischen Bundesamt, wodurch die Ergebnisse uneingeschränkt mit den Bundeswerten [3] vergleichbar sind (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3 Soziale Pflegeversicherung – berücksichtigte Konten (2-Steller)

Kontenklassen	Beschreibung
40	Pflegesachleistungen
41	Pflegegeld
42	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
43	Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
44	Pflegekräfte
45	Leistungen für Pflegepersonen und bei Pflegezeit
46	Häusliche Beratungseinsätze
47	Zusätzliche Betreuungsleistungen und Vergütungszuschläge
48	Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote
49	Pflegeberatung
50	Tages und Nachtpflege
51	Kurzzeitpflege
52	Vollstationäre Pflege (ohne 53 und 54)
53	Zuschuss für vollstationäre Pflege
54	Teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege
55	Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen
58	Aufwendungen für Leistungen im Ausland
59	Gebärdensprachdolmetscher
70	Verwaltungskosten
75	Medizinischer Dienst

Die Daten der **Pflegekassen** aus der PJ 1-Statistik und die Versichertenzahlen aus der KM 6-Statistik werden zentral aus der Datenbank „DataInterchange-Cockpit“ beim GKV-Spitzenverband abgerufen [14, 13].

Berechnung

Die Berechnung der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung erfolgt, analog zur gesetzlichen Krankenversicherung, in 4 Schritten:

SPV 1: Auf Basis der PJ 1-Statistik werden für jede Pflegekasse die Gesundheitsausgaben $GA_{3,KK}$ ermittelt.

SPV 2: Auf Basis der KM 6-Statistik wird für jede Pflegekasse die Anzahl der Versicherten insgesamt $V_{3,KK}$ und die Anzahl der Versicherten pro Bundesland $V_{3,KK,BL}$ ermittelt.

SPV 3: Für die qualifizierte Disaggregation der Ausgaben der Pflegekassen werden zunächst für jede Pflegekasse die Ausgaben pro Versicherten ermittelt:

Formel 11 Berechnung der SPV-Ausgaben pro Pflegekasse und Versicherten

$$GA_{pV_{3,KK}} = \frac{GA_{3,KK}}{V_{3,KK}}$$

Im Rahmen der Berechnung der länderspezifischen Ausgaben jeder Pflegekasse werden diese anschließend mit den Versicherten pro Pflegekasse und Bundesland multipliziert:

Formel 12 Berechnung der SPV-Ausgaben pro Pflegekasse und Bundesland

$$GA_{3,KK,BL} = GA_{pV_{3,KK}} \cdot V_{3,KK,BL}$$

Analog zur Berechnung der GKV-Ausgaben wird auch hier angenommen, dass auf die Versicherten einer Pflegekasse durchschnittlich die gleichen Ausgaben entfallen.

SPV 4: Um die Gesamtausgaben pro Bundesland zu erhalten, werden die Ausgaben aller Pflegekassen, die den einzelnen Bundesländern durch das Wohnortprinzip der Versicherten zugeordnet wurden, aufsummiert. Da über die Betriebsnummern der Pflegekassen auch die Kassenart ermittelt werden kann, werden zusätzlich auch die länderspezifischen Ausgaben nach Kassenart ermittelt.

Formel 13 Berechnung der SPV-Ausgaben pro Bundesland

$$GA_{3,BL} = \sum_{KK} GA_{3,KK,BL}$$

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden mit den Daten der PJ 1- und KM 6-Statistik des GKV-Spitzenverbands durch eine qualifizierte Disaggregation berechnet. Basierend auf der zuvor erfolgten Abstimmung mit dem Statistischen Bundesamt bezüglich der

berücksichtigungsfähigen Ausgaben werden zunächst die Gesamtausgaben pro Pflegekasse ermittelt. Diese werden dann anhand des Versichertenanteils der Bundesländer (Wohnortprinzip) jeder Pflegekasse qualifiziert disaggregiert. Länderspezifische Besonderheiten sind so sehr gut abbildbar.

3.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 3_Soziale_Pflegevers_JJJJ-JJJJ.xlsx

3.2 Qualitätsbericht

3.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Abgrenzung der für die SPV relevanten Gesundheitsausgaben

Die Ermittlung der Gesundheitsausgaben auf Länder- und Bundesebene erfolgt auf Basis statistischer Angaben, die von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden [13, 14]. Grundlage bilden die KM 6- und PJ 1-Statistiken der Pflegekassen. Die in der PJ 1-Statistik ausgewiesenen Leistungsausgaben entsprechen den Vorgaben des „System of Health Accounts“ [1].

Die Vergleichbarkeit zum Bundesergebnis [3] und zwischen den Ländern ist durch die Verwendung einheitlicher Datenquellen und die Abstimmung der berücksichtigungsfähigen Ausgaben gegeben.

Ergebnisse auf Länderebene

Die Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden auf Basis der Daten der PJ 1-Statistik und der KM 6-Statistik des GKV-Spitzenverbands berechnet. Dabei werden die Gesundheitsausgaben pro Kasse qualifiziert anhand derer Versichertenanteile in den Bundesländern (Wohnortprinzip) disaggregiert. Diese Vorgehensweise lässt keine Berücksichtigung der kasseninternen Morbiditätsstruktur zu, eine Abbildung länderspezifischer Besonderheiten ist aber gewährleistet.

In den Berechnungen für das Jahr 2018 belaufen sich die Abweichungen der Rechenergebnisse der qualifizierten Disaggregation von denen anhand des Bevölkerungsanteils [4] disaggregierten Werten auf -19 bis +36 Prozent. Diese Abweichungen treten besonders bei der Betrachtung einzelner Kassenarten zu Tage. Innerhalb der allgemeinen Ortskrankenkassen reichen die Abweichungen von -44 bis +83 Prozent. Bei Kassenarten, deren Versichertenstruktur stark von der wirtschaftlichen Struktur der Bundesländer geprägt ist, sind die Abweichungen noch deutlicher. Innerhalb der Landwirtschaftlichen Krankenkasse und in der Krankenkasse Bahn-Knappschaft-See weichen die Werte um -97 bis +106 Prozent bzw. -86 bis +421 Prozent ab. Dies zeigt, dass Länderspezifika zuverlässig durch die Berechnungsmethodik abgebildet werden.

3.2.2 Offene Fragen/ Handlungsbedarf

Keine(r)

3.3 Metadaten

Ausgabenträger	Soziale Pflegeversicherung
Gliederungszahl	3
Informationen zum Ausgabenträger	Soziale Pflegeversicherung: Pflegekassen bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen, den Innungskrankenkassen, den Betriebskrankenkassen, der Landwirtschaftskrankenkasse, der Bundesknappschaft Bahn-See und den Ersatzkassen.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Nutzung von verfügbaren Daten zu den Versicherten und den Ausgaben der Pflegekassen.
Datenquellen	GKV-Spitzenverband: Statistische Angaben der Pflege- bzw. Krankenkassen mit Sitz im jeweiligen Bundesland aus der PJ 1- bzw. KM 6-Statistik. Datenbankabfrage „DataInterchange-Cockpit“ zentral durch die AG GGRdL. Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung.
Verfügbarer Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

4 Gesetzliche Rentenversicherung

Die GAR der Länder erfasst unter dem Ausgabenträger Gesetzliche Rentenversicherung alle gesundheitsrelevanten Ausgaben

- > der allgemeinen Rentenversicherung,
- > der knappschaftlichen Rentenversicherung sowie
- > der landwirtschaftlichen Alterskasse.

Zu den durch diese Träger finanzierten und für die GAR relevanten Maßnahmen zählen insbesondere die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die dem Bereich der laufenden Gesundheitsausgaben zugerechnet werden. Diese Leistungen sind im 9. Sozialgesetzbuch¹⁵ (SGB IX) Kapitel 4 detailliert beschrieben. Nicht zu den in der GAR der Länder erfassten laufenden Gesundheitsausgaben zählen Renten bei Erwerbsminderung durch Invalidität und Arbeitsunfall. Hierbei handelt es sich um Einkommensleistungen, die dem erweiterten Leistungsbereich zuzuordnen sind.

4.1 Verfahrensbeschreibung

4.1.1 Methode

Zu den Ausgaben der Rentenversicherungsträger stehen auf Länderebene derzeit keine primärstatistischen Daten zur Verfügung. Daher werden als Grundlage für die Ermittlung der Ausgaben die Ergebnisse der GAR des Bundes herangezogen [3]. Die Gesundheitsausgaben in den einzelnen Bundesländern werden anhand der Anzahl der Leistungen für Reha und Teilhabe am Arbeitsleben nach Wohnort der Leistungsempfänger disaggregiert (vgl. Formel 14) [15, 16].

Formel 14 Berechnung der Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung

$$GA_{4\ BL} = GA_{4\ Dtl.} \cdot Ant-REHA_{BL}$$

4.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 4_Gesetzl_Rentenvers_JJJJ-JJJJ.xlsx

¹⁵ Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), in der jeweils aktuellen Fassung.

4.2 Qualitätsbericht

4.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Da für die Ermittlung der gesundheitsrelevanten Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung derzeit keine länderspezifischen Ausgangsdaten zur Verfügung stehen, erfolgt die Ermittlung der Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung nach Ländern anhand der Ergebnisse der GAR des Bundes und des Anteils der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Wohnort der Rehabilitanden [15, 16]. Länderspezifische Besonderheiten können mit diesem Verfahren gut abgebildet werden.

Die ermittelten Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung sind zwischen den Bundesländern vergleichbar.

Der Anteil des Ausgabenträgers Gesetzliche Rentenversicherung an den Gesundheitsausgaben insgesamt liegt im Bundesdurchschnitt bei 1,2 Prozent (2018). Bei den ermittelten länderspezifischen Ergebnissen liegen die Abweichungen von den mittels Bevölkerungsanteilen disaggregierten Bundeswerten [4] im Jahr 2018 zwischen -38 und +25 Prozent.

4.2.2 Offene Fragen / Handlungsbedarf

Keine(r).

4.3 Metadaten

Ausgabenträger	Rentenversicherung
Gliederungszahl	4
Informationen zum Ausgabenträger	Der Ausgabenträger Gesetzliche Rentenversicherung erfasst alle gesundheitsrelevanten Ausgaben der allgemeinen Rentenversicherung, der knappschaftlichen Rentenversicherung sowie der landwirtschaftlichen Alterskasse. Zu den durch diese Träger finanzierten und für die GAR relevanten Maßnahmen zählen insbesondere die Leistungen der medizinischen Rehabilitation.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Die Ausgaben werden durch Disaggregation der Bundeswerte anhand des Anteils der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Wohnort der Rehabilitanden berechnet.
Datenquellen	<p>Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung.</p> <p>GBE Bund, Tabelle: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung (Anzahl) nach Wohnort der Rehabilitanden.</p> <p>Statistikportal der Rentenversicherung, unter www.statistik-rente.de: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe – Gesamtüberblick.</p>
Verfügbare Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

5 Gesetzliche Unfallversicherung

Die Ausgaben des Ausgabenträgers Gesetzliche Unfallversicherung umfassen Leistungen

- > der gewerblichen Berufsgenossenschaften,
- > der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau und
- > der Unfallkassen der öffentlichen Hand.

Seit dem Jahr 2007 sind die Träger der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallkassen der öffentlichen Hand in der „Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung“ (www.dguv.de) organisiert. Zu den durch diese Träger finanzierten und für die GAR relevanten Maßnahmen zählen neben Präventionsmaßnahmen zur Unfallverhütung v. a. Leistungen nach Eintritt eines Versicherungsfalles. Ausgaben für die Prävention umfassen u. a. die Kosten für Aus- und Fortbildung, für arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste und die Kosten der Ersten Hilfe. Zu den Leistungen nach Eintritt des Versicherungsfalles gehören bspw. die Ausgaben für ambulante und stationäre Heilbehandlung, häusliche Pflege und Zahnersatz. Die gesetzliche Grundlage für die zu erbringenden Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung bildet das 7. Sozialgesetzbuch¹⁶ (SGB VII).

5.1 Verfahrensbeschreibung

5.1.1 Methode

Zu den Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung stehen auf Länderebene keine primärstatistischen Daten zur Verfügung. Daher werden als Grundlage für die Ermittlung der Ausgaben die Ergebnisse der GAR des Bundes herangezogen [3]. Die Gesundheitsausgaben in den einzelnen Bundesländern werden mittels des Anteils an der Gesamtbevölkerung von den Bundesergebnissen disaggregiert (vgl. Formel 15) [4].

Formel 15 Berechnung der Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung

$$GA_{5\ BL} = GA_{5\ Dtl.} \cdot Ant-Bev_{BL}$$

5.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 5_Gesetzl_Unfallvers_JJJJ-JJJJ.xlsx

¹⁶ Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), in der jeweils aktuellen Fassung.

5.2 Qualitätsbericht

5.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Die Gesetzliche Unfallversicherung wird von neun gewerblichen Berufsgenossenschaften, die nach Industriezweigen abgegrenzt sind, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und 26 Unfallversicherungskassen der öffentlichen Hand (darunter 19 regional operierend) getragen [17]. Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Träger, die die Datengrundlage für die gesundheitsrelevanten Ausgaben bilden, stehen nicht auf Bundeslandebene zur Verfügung.

Somit sind für die Ermittlung der gesundheitsrelevanten Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung keine länderspezifischen Ausgangsdaten verfügbar. Daher erfolgt die Ermittlung der Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung nach Ländern anhand der Ergebnisse der GAR des Bundes und des Anteils der Bevölkerung der Bundesländer an der Gesamtbevölkerung [4]. Länderspezifische Besonderheiten können im Rahmen der Disaggregation der Bundesergebnisse mittels des Bevölkerungsanteils nicht abgebildet werden.

Die ermittelten Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung sind zwischen den Bundesländern vergleichbar. Der Anteil des Ausgabenträgers Gesetzliche Unfallversicherung an den Gesundheitsausgaben insgesamt liegt im Bundesdurchschnitt bei 1,5 Prozent (2018). Aufgrund des im Verhältnis zu den anderen Ausgabenträgern geringen Anteils der Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung wird die Ergebnisqualität der GAR der Länder nur unwesentlich beeinflusst.

5.2.2 Offene Fragen / Handlungsbedarf

Prüfung, inwiefern die beim Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (www.dguv.de) im Rahmen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse ausgewiesenen Fallzahlen für Berufskrankheiten bzw. Arbeits- und Wegeunfälle nach Bundesländern als geeignetes Schlüsselkriterium für die Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung in Betracht kommen.

5.3 Metadaten

Ausgabenträger	Gesetzliche Unfallversicherung
Gliederungszahl	5
Informationen zum Ausgabenträger	Die Ausgaben des Ausgabenträgers Gesetzliche Unfallversicherung setzen sich aus den Ausgaben der gewerblichen Berufsgenossenschaften, der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und der Unfallkassen der öffentlichen Hand zusammen. Zu den durch diese Träger finanzierten und für die GAR relevanten Maßnahmen zählen neben Präventionsmaßnahmen zur Unfallverhütung v. a. Leistungen nach Eintritt eines Versicherungsfalles.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Die Ausgaben werden durch Disaggregation der Bundeswerte anhand des Anteils an der Gesamtbevölkerung berechnet.
Datenquellen	Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung. Bevölkerung nach Bundesländern (Jahresdurchschnitte) [4].
Verfügbarer Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

6 Private Krankenversicherung

Die Ausgaben des Ausgabenträgers Private Krankenversicherung (PKV) setzen sich zusammen aus den Leistungen

- > der im Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (www.pkv.de) organisierten Krankenversicherungsunternehmen,
- > der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und
- > der Postbeamtenkrankenkasse.

Die Leistungsausgaben umfassen sowohl die Kranken- als auch die Pflegeversicherung. Die PKV ist eine Vollversicherung vor allem für Selbständige, Beamte sowie für Angestellte, deren Jahresgehalt über der Versicherungspflichtgrenze liegt und die damit aus der Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen. Im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV¹⁷ (GKV-WSG) müssen alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland einen Versicherungsschutz besitzen, der mindestens die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst. Personen, die keinen Versicherungsschutz über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder ein anderes Versicherungssystem haben, müssen sich bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichern. Die von diesen Versicherern zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus den Vertragsbedingungen der individuellen Versicherungsverträge.

6.1 Verfahrensbeschreibung

6.1.1 Methode

Für die Ausgaben der privaten Krankenversicherung stehen auf Länderebene keine primärstatistischen Daten zur Verfügung. Daher werden als Grundlage für die Ermittlung der Ausgaben die Ergebnisse der GAR des Bundes [3], die unter GBE-Bund veröffentlichten Informationen des Mikrozensus¹⁸ [18] und die Versichertenzahlen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. [19] herangezogen. Die Berechnungen der Gesundheitsausgaben in der PKV basieren auf der Anzahl der privat krankenversicherten Personen je Bundesland. Diese Informationen können derzeit für die Jahre 2007, 2011 und 2015 aus der Gesundheitsberichterstattung [18] in der Tabelle „Krankenversicherung, Mikrozensus“ abgerufen werden. Im Rahmen der Zusatzerhebungen im Mikrozensus werden alle vier Jahre Angaben zur Krankenversicherung erhoben und veröffentlicht. Die fehlenden Daten für die zwischen zwei Erhebungsjahren liegenden Jahre werden durch lineare Interpolation ermittelt (vgl. Formel 16). Der Wert für 2018 wird mittels einer linearen Fortschreibung berechnet.

¹⁷ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) v. 26. März 2007, (BGBl. I S. 378).

¹⁸ Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte" - Mikrozensusgesetz vom 24. Juni 2004 (MZG 2005, BGBl. I S. 1350), in der jeweils aktuellen Fassung.

Formel 16 Berechnung der privat krankenversicherten Personen nach Mikrozensus (VMZ) Interpolation fehlender Jahre (JF) mittels vorliegender Jahre (JV)

$$V_{6\text{ MZ BL, JF}} = V_{6\text{ MZ BL, JF-1}} + \frac{V_{6\text{ MZ BL, JV}} - V_{6\text{ MZ BL, (JV-4)}}}{4}$$

wobei $JV = 2011 \forall JF \in \{2008, 2009, 2010\}$ und $JV = 2015 \forall JF \in \{2012, 2013, 2014\}$.

Zur Ermittlung der Ausgaben der PKV werden nun die Gesundheitsausgaben pro Versichertem auf Bundesebene berechnet (vgl. Formel 17). Hierzu werden die Gesundheitsausgaben in der PKV gemäß GAR des Bundes [3] mit der Anzahl der vollversicherten Personen in der PKV gemäß Mikrozensus ins Verhältnis gesetzt [18].

Formel 17 Berechnung der Gesundheitsausgaben pro PKV-Versicherten

$$GA\ pV_{6\text{ Dtl.}} = \frac{GA_{6\text{ Dtl.}}}{V_{6\text{ MZ Dtl.}}}$$

Anschließend werden die ermittelten Gesundheitsausgaben pro Versichertem auf Bundesebene mit den privat krankenversicherten Personen je Bundesland aus dem Mikrozensus multipliziert (vgl. Formel 18). Dabei wird angenommen, dass die durch den Mikrozensus ermittelte Anzahl der privat krankenversicherten Personen auch die Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bahnbeamten beinhalten. Zudem wird angenommen, dass die Ausgaben pro Versichertem der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bahnbeamten den Ausgaben der PKV-Unternehmen des PKV-Verbandes im Mittel entsprechen. Das Ausgabenniveau pro Versichertem auf Bundesebene wird dabei auf die Länderebene übertragen.

Formel 18 Berechnung der Ausgaben in der privaten Krankenversicherung je Bundesland

$$GA_{6\text{ BL}} = GA\ pV_{6\text{ Dtl.}} \cdot V_{6\text{ MZ BL}}$$

6.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 6_Priv_Krankenvers_JJJJ-JJJJ.xlsx

6.2 Qualitätsbericht

6.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnung

Die ermittelten Ausgaben der PKV sind mit dem Bundesergebnis und zwischen den einzelnen Bundesländern uneingeschränkt vergleichbar. Der Anteil der Ausgaben der PKV an den Gesundheitsausgaben insgesamt liegt im Bundesdurchschnitt bei ungefähr acht Prozent. Die Ermittlung der Gesundheitsausgaben auf Länderebene für die Private Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt auf der Basis der statistischen Angaben des Mikrozensus [18].

Den Ergebnissen liegen durch die Nutzung des Mikrozensus Daten einer Stichprobenerhebung zugrunde. Im Rahmen einer Diplomarbeit wurden deshalb Untersuchungen zur Validität der so ermittelten Werte durchgeführt [20, 21]. Es wurden die Ausgaben für Sachsen 2007 ermittelt und die Konfidenzintervalle berechnet. Diese Ergebnisse wurden mit weiteren Schätzungen, die auf der Basis der Kopfschadenstatistik [22] sowie der Bundesentwicklung seit 1997 erarbeitet wurden, verglichen. Es zeigte sich, dass sich die Ergebnisse nach der hier vorgestellten Methodik zwischen denen der anderen Schätzungen einordneten. Der untere Wert des Konfidenzintervalls lag in der Größenordnung des durch Fortschreibung des Bundeswertes ermittelten Wertes, der obere war etwas geringer als der durch die Kopfschadenstatistik ermittelte Wert. Damit kann davon ausgegangen werden, dass die so ermittelten Ergebnisse statistisch belastbar sind und in die GAR der Länder eingehen können.

Insgesamt bilden die für die einzelnen Bundesländer ermittelten Ergebnisse zu den Gesundheitsausgaben in der PKV länderspezifische Besonderheiten ab. Dies wird durch die Abweichungen der länderspezifischen Ergebnisse zu denen einer Disaggregation der Bundesergebnisse mittels des Anteils an der Gesamtbevölkerung bestätigt [4]. Darin spiegeln sich insbesondere die noch bestehenden regionalen Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern wider. Bei den ermittelten länderspezifischen Ergebnissen betragen die Abweichungen von den mittels Bevölkerungsanteilen disaggregierten Bundeswerten im Jahr 2018 zwischen -49 und +20 Prozent.

6.2.2 Offene Fragen / Handlungsbedarf

Regelmäßige Überprüfung des gewählten Rechenansatzes.

6.3 Metadaten

Ausgabenträger	Private Krankenversicherungen
Gliederungszahl	6
Informationen zum Ausgabenträger	Die Ausgaben des Ausgabenträgers Private Krankenversicherung (PKV) setzen sich aus den Leistungen der im Verband der privaten Krankenversicherung e. V. organisierten Krankenversicherungsunternehmen, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und der Postbeamtenkrankenkasse zusammen. Die Leistungsausgaben umfassen sowohl die Kranken- als auch die Pflegeversicherung.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Nutzung von Daten des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. auf Bundesebene und des Mikrozensus zur Anzahl der privat Versicherten nach Bundesländern.
Datenquellen	Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung. GBE Bund, Mikrozensus, Tabelle: Altersvorsorge, Versicherte in der Kranken- und Pflegeversicherung.
Verfügbarer Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

7 Arbeitgeber

Dem Ausgabenträger Arbeitgeber werden in der Gesundheitsausgabenrechnung der Länder sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben zugerechnet, die von den unterschiedlichen Arbeitgebern getragen werden. Hierzu zählen:

- > die von den Unternehmen finanzierten Leistungen des betrieblichen Gesundheitsdienstes,
- > die Beihilfeausgaben der öffentlichen und privaten Arbeitgeber und
- > die Fürsorgeleistungen der öffentlichen Arbeitgeber.

Von Arbeitgebern zu erbringende Leistungsausgaben im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsdienstes begründen sich auf einer Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen (z. B. Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz, Arbeitsstätten-Verordnung etc.).

Unter dem Begriff „Beihilfe“ wird die finanzielle Unterstützung in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und Todesfällen für Beamtinnen und Beamte, Soldatinnen und Soldaten und Berufsrichterinnen und -richter sowie deren Kinder und Ehepartner verstanden. Sie wird auf Antrag von den jeweiligen Arbeitgebern nach Vorlage der Rechnungen für gesundheitsbezogene Ausgaben gewährt. Neben den öffentlichen Beihilfeleistungen können auch Tarifverträge in privaten Unternehmen finanzielle Unterstützungen im Krankheitsfall vorsehen.

Fürsorgeleistungen der öffentlichen Arbeitgeber umfassen z. B. einmalige und laufende Unterstützungen, Leistungen der Unfallfürsorge, Reihenuntersuchungen, Schutzimpfungen sowie Ausgaben des betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Dienstes. Sie stellen sowohl Sachleistungen als auch Einkommensleistungen dar. Die Gesundheitsausgabenrechnung der Länder bildet nur die Sachleistungen ab, die den laufenden Gesundheitsausgaben zuzurechnen sind. Einkommensleistungen werden dem erweiterten Leistungsbereich zugerechnet.

7.1 Verfahrensbeschreibung

7.1.1 Methode

Für die einzelnen Unterpositionen des Ausgabenträgers Arbeitgeber konnten bisher noch keine primärstatistischen Daten recherchiert werden. Daher werden als Grundlage für die Ermittlung der Ausgaben nach Ländern die Ergebnisse der GAR des Bundes [3], die beim Arbeitskreis Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder [23] abrufbare Anzahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer am Wohnort (Inländerkonzept) sowie die Anzahl der Beamten nach Wohnort aus der Personalstandstatistik [24] genutzt.

Zunächst wird anhand der Daten aus der Personalstandstatistik der Anteil an Beamten am Wohnort für die Bundesländer ermittelt (vgl. Formel 19).

Formel 19 Berechnung des Anteils der Beamten (BE) eines Bundeslandes an den Beamten in Deutschland

$$Ant-BE_{7.1,7.2 BL} = \frac{BE_{7.1,7.2 BL}}{BE_{7.1,7.2 Dtl.}}$$

Anschließend erfolgt für die Ausgabenpositionen Beihilfen und Fürsorgeleistungen eine qualifizierte Disaggregation auf Basis der Beamten am Wohnort (vgl. Formel 20).

Formel 20 Berechnung der Ausgaben für die Unterpositionen Beihilfen und Fürsorgeleistungen je Bundesland

$$GA_{7.1,7.2 BL} = GA_{7.1,7.2 Dtl.} \cdot Ant-BE_{7.1,7.2 BL}$$

Für die Ausgabenposition Betrieblicher Gesundheitsdienst wird auf Basis der beim Arbeitskreis Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder abgerufenen Daten der Anteil der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Bundesländer an den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Deutschland ermittelt (vgl. Formel 21).

Formel 21 Berechnung des Anteils der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (AN) eines Bundeslandes an den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Deutschland

$$Ant-AN_{7.3 BL} = \frac{AN_{7.3 BL}}{AN_{7.3 Dtl.}}$$

Anschließend erfolgt die länderspezifische Ermittlung der Ausgaben für den Betrieblichen Gesundheitsdienst mittels einer qualifizierten Disaggregation (vgl. Formel 22) unter Zugrundelegung des Anteils der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des jeweiligen Bundeslandes und der in der GAR des Bundes ausgewiesenen Ergebnisse für diesen Ausgabenträger.

Formel 22 Berechnung der Ausgaben für den Betrieblichen Gesundheitsdienst je Bundesland

$$GA_{7.3 BL} = GA_{7.3 Dtl.} \cdot Ant-AN_{7.3 BL}$$

Abschließend werden die für die einzelnen Unterpositionen ermittelten länderspezifischen Ergebnisse für den Ausgabenträger Arbeitgeber zusammengefasst.

Bei der Berechnungsmethode wird vom Inländerprinzip ausgegangen, d. h. die von den Arbeitgebern eines Bundeslandes getragenen Ausgaben werden für Beamtinnen und Beamte und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erbracht, die im jeweiligen Bundesland wohnen. Dies bedeutet zugleich, dass Leistungen für die Einwohnerinnen und Einwohner eines Bundeslandes auch teilweise von Arbeitgebern eines anderen Bundeslandes getragen werden.

7.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 7_Arbeitgeber_JJJJ-JJJJ.xlsx

7.2 Qualitätsbericht

7.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Die ermittelten Ergebnisse für den Ausgabenträger Arbeitgeber sind mit dem Bundesergebnis und zwischen den einzelnen Bundesländern grundsätzlich vergleichbar. Der Anteil der Ausgaben des Trägers Arbeitgeber an den Gesundheitsausgaben insgesamt liegt im Bundesdurchschnitt bei ungefähr vier Prozent. Der Anteil der Beihilfen an den berücksichtigungsfähigen Gesamtausgaben des Ausgabenträgers Arbeitgeber beträgt 92 Prozent.

Die Ermittlung der Gesundheitsausgaben je Bundesland für den Ausgabenträger Arbeitgeber erfolgt durch Nutzung statistischer Angaben des Arbeitskreises Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder [23] sowie der Personalstandstatistiken des öffentlichen Dienstes [24]. Die, ausgehend von den Ergebnissen der GAR des Bundes und anhand des Anteils der Beamtinnen und Beamten bzw. der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Bundesländer, ermittelten Länderergebnisse beruhen zurzeit auf der Annahme, dass die Leistungen der Arbeitgeber pro Beamtin und Beamten bzw. Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer im Bundesdurchschnitt vergleichbar sind.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass durch die Berechnungsmethode länderspezifische Besonderheiten vor dem Hintergrund regional unterschiedlicher Beamten- bzw. Arbeitnehmerzahlen für die einzelnen Bundesländer abgebildet werden. Bei den ermittelten länderspezifischen Ergebnissen betragen die Abweichungen von denen mittels Einwohneranteil [4] disaggregierten Bundeswerten im Jahr 2018 zwischen -45 und +24 Prozent.

Eine weitere Verfeinerung der Rechnung, z. B. anhand der Differenz des durchschnittlich gezahlten Entgelts, muss perspektivisch geprüft werden.

7.2.2 Offene Fragen / Handlungsbedarf

- a) Auswertung der Finanzstatistiken nach den Gruppierungen 441, 443 und 446 (staatliche Haushaltssystematik) und 45 (kommunale Haushaltssystematik) für Leistungen an Landes- und Kommunalbeamte.
- b) Hier wäre eine Verfeinerung der Schätzung, z. B. anhand der Differenz der durchschnittlich gezahlten Entgelte, sinnvoll. Da davon ausgegangen wird, dass diese zusätzliche Verfeinerung der Schätzung sich im Ergebnis nur unwesentlich niederschlägt, wird von einer Bearbeitung dieses Sachverhaltes zum jetzigen Zeitpunkt abgesehen.

7.3 Metadaten

Ausgabenträger	Arbeitgeber
Gliederungszahl	7
Informationen zum Ausgabenträger	Dem Ausgabenträger Arbeitgeber werden in der Gesundheitsausgabenrechnung der Länder sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben zugerechnet, die von den unterschiedlichen Arbeitgebern getragen werden. Hierzu zählen die von den Unternehmen finanzierten Leistungen des betrieblichen Gesundheitsdienstes, die Beihilfeausgaben der öffentlichen und privaten Arbeitgeber und die Fürsorgeleistungen der öffentlichen Arbeitgeber.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Nutzung von Daten des Arbeitskreises „Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder“ zu Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (am Wohnort) nach Bundesländern sowie Beamte am Wohnort aus der Personalstandstatistik.
Datenquellen	<p>Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung.</p> <p>Arbeitskreis Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder (www.akettr.de): Ergebnisse der Inländerrechnung – Arbeitnehmer (am Wohnort).</p> <p>Personalstandstatistik: Beamte am Wohnort.</p>
Verfügbarer Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

8 Private Haushalte und Private Organisationen ohne Erwerbszweck

Dem Ausgabenträger Private Haushalte und Private Organisationen ohne Erwerbszweck werden in der Gesundheitsausgabenrechnung der Länder sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben zugerechnet, die diese selbst zu tragen haben. Hierzu gehören:

- > Zuzahlungen zu Leistungen der unterschiedlichen Versicherungssysteme (GKV, PKV und sonstigen Versicherungssystemen) oder
- > Zahlungen, die auf Eigeninitiative beruhen (z. B. Selbstmedikation von Arzneimitteln oder die Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen) und
- > Ausgaben der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck.

Die Zuzahlungen zu Leistungen in der GKV sind im 5. Sozialgesetzbuch¹⁹ (SGB V) geregelt, während die Zuzahlungen zu Leistungen der PKV in den individuellen Versicherungsverträgen festgeschrieben werden. Den Unterpositionen werden die in Tabelle 4 aufgeführten Ausgaben zugeordnet.

Tabelle 4 Übersicht über Zuzahlungen zu Leistungen in der GKV und der PKV

Zuzahlungen zu Leistungen		
GKV	Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	Krankenfahrten
	Empfängnisverhütung und Sterilisation	Zuzahlungen und Direktkäufe von Sehhilfen und Hörgeräten
	Zahnersatz bzw. im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung	Praxisgebühr ²⁰
PKV	Beträge, die von den Versicherten getragen werden müssen, da sie über den maximalen Erstattungsbetrag hinausgehen	Zuzahlungen von Versicherten bei Versicherungsverträgen ohne Beitragsrückerstattung
	Selbstbeteiligungen der Versicherten	

Die Zuzahlungen zu den Leistungen von sonstigen Versicherungssystemen umfassen u. a. die gesetzlich geregelten Zuzahlungen zu Leistungen der allgemeinen und knappschaftlichen Rentenversicherung. Dabei handelt es sich vorrangig um Zuzahlungen zu Rehabilitationsleistungen der Träger. In der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes wird seit 2013 die Residualwertmethode zur Ermittlung der Ausgaben der privaten Haushalte genutzt [3, 25].

Zu den privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (pOoE) zählen alle Organisationen, Verbände und Vereine, die ihre Leistungen unentgeltlich oder zu nicht kostendeckenden

¹⁹ Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), in der jeweils aktuellen Fassung.

²⁰ Die Praxisgebühr ist die Bezeichnung für eine bis Ende 2012 erhobene Zuzahlung in Höhe von 10 Euro, die die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland seit 2004 bei Arzt-, Zahnarzt- oder Psychotherapeutenbesuchen sowie im kassenärztlichen Notdienst (ärztlicher Notdienst oder Notaufnahme eines Krankenhauses) einmal im Quartal (Vierteljahr) entrichten mussten. Sie kam unmittelbar den Krankenkassen zugute. Sie wurde deshalb auch Kassengebühr genannt. Ab 1. Januar 2013 entfiel die Praxisgebühr ersatzlos. (Vgl. Wikipedia, unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Praxisgebühr>, Abruf am 25.06.2014.)

Preisen privaten Haushalten zur Verfügung stellen. In der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes wird ein bestimmter Anteil des Eigenverbrauchs berücksichtigt, der in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) als Teil des privaten Konsums ausgewiesen wird [26].

8.1 Verfahrensbeschreibung

8.1.1 Methode

Die Ermittlung der länderspezifischen Ausgaben des Ausgabenträgers **Private Haushalte** und **Private Organisationen ohne Erwerbszweck** würde die Beschaffung und Auswertung einer Vielzahl von Datenquellen erfordern. Häufige Änderungen des rechtlichen Rahmens bei diesen Leistungen erschweren zusätzlich die korrekte Berücksichtigung der einzelnen Datenquellen analog zu den Vorgaben der GAR des Bundes und in Abstimmung mit der Systematik des Systems of Health Accounts (SHA). Dies wäre mit einem nicht unerheblichen jährlichen Abstimmungs- und Aufbereitungsaufwand verbunden. Daher werden die Ausgaben mittels geeigneter Indikatoren als Näherungslösung ermittelt.

Zur Berechnung der länderspezifischen Ausgaben der **privaten Haushalte** werden die Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe²¹ (EVS) herangezogen [27].²² Im Fünfjahresrhythmus werden im Rahmen der EVS private Haushalte u. a. zu Einnahmen und Ausgaben befragt. Sie liefert auf Bundes- und Länderebene repräsentative Ergebnisse für die Gesamtheit der privaten Haushalte u. a. zu den durchschnittlichen Monatsausgaben je Haushalt im Bereich der Gesundheitspflege. Um die Ausgaben auf Personenebene zu nutzen, werden die mittleren Ausgaben pro Haushaltsmitglied mittels Division der durchschnittlichen Monatsausgaben je Haushalt ($GA_{8.6\ EVS\ BL, pHH}$) durch die durchschnittliche Haushaltsgröße (Anzahl der Haushaltsmitglieder) je Bundesland ($\#pHH_{EVS, BL}$) berechnet (vgl. Formel 23). Anschließend werden die aus der EVS alle fünf Jahre vorliegenden Daten genutzt, um die zwischen zwei Erhebungsjahren liegenden Ausgaben je Haushaltsmitglied durch lineare Interpolation zu ermitteln (vgl. Formel 24). Dies erfolgt für die Jahre 2009 bis 2012 und die Jahre 2014 bis 2017.

Formel 23 Berechnung der Ausgaben pro Haushaltsmitglied

$$GA_{8.6\ EVS\ BL} = \frac{GA_{8.6\ EVS\ BL, pHH}}{\#pHH_{EVS, BL}}$$

²¹ Gesetz über die Statistik der Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 708-6, in der jeweils aktuellen Fassung.

²² Die Ausgaben für Gesundheitspflege beinhalten alle Ausgaben der Abteilung 6, darunter Ausgaben für medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen (einschl. Reparatur), pharmazeutische Erzeugnisse, andere medizinische Erzeugnisse, therapeutische Geräte und Ausrüstungen (einschl. Reparatur), ambulante Gesundheitsdienstleistungen, ärztliche Dienstleistungen, zahnärztliche Dienstleistungen, Dienstleistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe und stationäre Gesundheitsdienstleistungen.

Formel 24 Berechnung der Ausgaben privater Haushalte je Haushalt und Monat für die Gesundheitspflege nach EVS - Interpolation fehlender Jahre (JF)

$$GA_{8.6 EVS BL, JF} = GA_{8.6 EVS BL, JF-1} + \frac{GA_{8.6 EVS BL, 2013} - GA_{8.6 EVS BL, 2008}}{5}$$

Basierend auf den nun vorliegenden länderspezifischen Ausgaben privater Haushalte für die Gesundheitspflege aus der EVS erfolgt die Berechnung der länderspezifischen Ausgaben für alle Unterpositionen des Ausgabenträgers, ohne die Ausgaben der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, die gesondert ermittelt werden.

Hierfür werden zunächst die mittleren Ausgaben je Haushaltsmitglied im Bereich Gesundheitspflege der Bundesländer denen für Deutschland gegenübergestellt und die relative Abweichung für jedes Jahr berechnet (vgl. Formel 25).

Formel 25 Berechnung der relativen Abweichung der Ausgaben privater Haushalte (Bereich Gesundheitspflege)

$$Abw-GA_{8.6 EVS BL} = \frac{GA_{8.6 EVS BL}}{GA_{8.6 EVS Dtl.}} - 1$$

Diese Abweichung wird auf die anhand einer Disaggregation der Bundesergebnisse [3] mittels des Bevölkerungsanteils [4] ($GA_{8.6 Dis} = GA_{8.6 Dtl.} \cdot Ant-Bev_{BL}$) ermittelten Ausgaben für Zuzahlungen und Direktkäufe privater Haushalte der einzelnen Bundesländer angewendet (vgl. Formel 26).

Formel 26 Berechnung der modifizierten Ausgaben privater Haushalte (pHH) je Bundesland

$$GA_{8.6 BL} = GA_{8.6 Dis} + GA_{8.6 Dis} \cdot Abw-GA_{8.6 EVS BL}$$

Die Berechnung basiert auf der Annahme, dass die relative Abweichung der Ausgaben für Gesundheitspflege nach EVS der Haushalte der Bundesländer vom Bundesdurchschnitt auf die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte in der GAR übertragbar ist.

Zu dem unter Verwendung länderspezifischer Daten ermittelten Ergebnis für die Ausgaben privater Haushalte müssen die Ausgaben der **privaten Organisationen ohne Erwerbszweck** je Bundesland addiert werden. Diese werden anhand einer Disaggregation der Bundesergebnisse mittels des Bevölkerungsanteils [4] ermittelt (vgl. Formel 27).

Formel 27 Berechnung der Ausgaben privater Organisationen ohne Erwerbszweck (pOoE) je Bundesland

$$GA_{8.7 BL} = GA_{8.7 Dtl.} \cdot Ant-Bev_{BL}$$

8.1.2 Datenaufbereitung und -verarbeitung

Dateiname: 8_Priv_HH u Org_oE_JJJJ-JJJJ.xlsx

8.2 Qualitätsbericht

8.2.1 Qualitätseinschätzung der Berechnungen

Die ermittelten Ergebnisse für den Ausgabenträger Private Haushalte und Private Organisationen ohne Erwerbszweck sind mit dem Bundesergebnis und zwischen den Bundesländern uneingeschränkt vergleichbar. Der Anteil der Ausgaben der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck an den Gesundheitsausgaben insgesamt liegt im Bundesdurchschnitt bei rund 13 Prozent (2018).

Die Ausgaben der privaten Haushalte und der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck werden getrennt ermittelt. Die Ermittlung der Gesundheitsausgaben je Bundesland für die **privaten Haushalte** erfolgt unter Nutzung statistischer Informationen aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) zu den Ausgaben privater Haushalte in der Gesundheitspflege nach Bundesländern [27]. Durch die Nutzung der relativen Abweichungen des Ausgabeverhaltens privater Haushalte in den einzelnen Bundesländern gegenüber dem Bundesdurchschnitt bei den Ausgaben für Gesundheitspflege werden länderspezifische Besonderheiten für diesen Ausgabenträger einbezogen. Die unterschiedlichen Einkommensverhältnisse der privaten Haushalte, die insbesondere zwischen neuen und alten Bundesländern auftreten, wirken sich auch auf deren Ausgaben für die Gesundheit aus. Bei den ermittelten länderspezifischen Ergebnissen betragen die Abweichungen von den mittels Einwohneranteil disaggregierten Bundeswerten bspw. im Jahr 2018 zwischen -38 und +21 Prozent.

Die Ausgaben **privater Organisationen ohne Erwerbszweck** werden für die einzelnen Bundesländer ausgehend von den Bundesergebnissen anhand des Bevölkerungsanteils ermittelt [4]. Die Berechnung dieser Unterposition des Ausgabenträgers beruht auf der Annahme, dass die Ausgaben der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck auf Länderebene dem Bundesdurchschnitt entsprechen. Der Anteil der Ausgaben privater Haushalte an den Ausgaben des Ausgabenträgers insgesamt beträgt 92 Prozent und die der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck entsprechend nur acht Prozent. Aufgrund dessen ist der Einfluss der nicht länderspezifischen Berechnungsmethode der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck auf die Genauigkeit der Länderergebnisse sehr gering.

8.2.2 Offene Fragen / Handlungsbedarf

Keine(r).

8.3 Metadaten

Ausgabenträger	Private Haushalte und Private Organisationen ohne Erwerbszweck
Gliederungszahl	8
Informationen zum Ausgabenträger	Dem Ausgabenträger Private Haushalte und Private Organisationen ohne Erwerbszweck werden in der Gesundheitsausgabenrechnung der Länder sämtliche gesundheitsrelevanten Ausgaben zugerechnet, die diese selbst zu tragen haben. Hierzu gehören: Zuzahlungen zu Leistungen der unterschiedlichen Versicherungssysteme (GKV, PKV und sonstigen Versicherungssystemen) oder Zahlungen, die auf Eigeninitiative beruhen (z. B. Selbstmedikation von Arzneimitteln oder die Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen) und die Ausgaben der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck.
Allgemeine Beschreibung der Informationsgewinnung	Nutzung der Daten aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe zu den Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte nach Bundesländern sowie des Bevölkerungsanteils des jeweiligen Bundeslandes.
Datenquellen	<p>Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern, Sonderauswertung.</p> <p>Statistisches Bundesamt, Ausgaben privater Haushalte für die Gesundheitspflege nach Bundesländern – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, Wiesbaden: Sonderauswertung.</p> <p>Ansprechpartner: Hermann Bessler E-Mail: hermann.bessler@destatis.de</p> <p>Bevölkerung nach Bundesländern (Jahresdurchschnitte) [4].</p>
Verfügbarer Zeitraum	ab 2008
Regionalisierung NUTS1	vollständig
Letzte Aktualisierung	Datum: 25.05.2020

Quellenverzeichnis

- [1] OECD, Eurostat, WHO, A System of Health Accounts, OECD Publishing: DOI: <http://dx.doi.org/10.1787, 2011>.
- [2] Statistisches Bundesamt, *Gesundheitsausgabenrechnung – Methoden und Grundlagen*, Wiesbaden, 2008.
- [3] Statistisches Bundesamt, *Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern*, Wiesbaden: Sonderauswertung, 2020.
- [4] Arbeitskreis der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen der Länder, „Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 1991 bis 2019 – Einwohner,“ *Gemeinschaftsveröffentlichung, Reihe 1, Band 1*, 2020.
- [5] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, „Sozialhilfe, Ausgaben und Einnahmen ab 2005,“ 2020. [Online]. Available: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=18268664&nummer=679&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=11725876. [Zugriff am 13 01 2020].
- [6] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, „Sozialhilfe / Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII im Laufe des Berichtsjahres, u. a. nach Region,“ 2020. [Online]. Available: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=18268664&nummer=679&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=11725876. [Zugriff am 13 01 2020].
- [7] Statistisches Bundesamt, *Asylbewerberleistungsstatistik – Ausgaben und Einnahmen*, Wiesbaden: Sonderauswertung, 2020.
- [8] Statistisches Bundesamt, *Statistik der Kriegsoferfürsorge – Ausgaben und Einnahmen*, Wiesbaden: Sonderauswertung, 2020.
- [9] Bundesagentur für Arbeit, *Bestand an Arbeitssuchenden – Arbeitsmarkt in Zahlen*, Nürnberg: Sonderauswertung, 2020.
- [10] Statistisches Bundesamt, *Jahresrechnungsstatistik*, Wiesbaden: Sonderauswertung, 2020.
- [11] Arbeitskreis der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen des Bundes und der Länder, „Entstehung, Verteilung und Verwendung des Bruttoinlandsprodukts in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 1991 bis 2017,“ *Gemeinschaftsveröffentlichung, Reihe 1, Band 5*, 2020.
- [12] GKV Spitzenverband, KJ 1-Statistik, Berlin: Datenbankabfrage "DataInterchange-Cockpit", 2019.
- [13] GKV-Spitzenverband, KM 6-Statistik, Berlin: Datenbankabfrage "DataInterchange-Cockpit", 2019.
- [14] GKV-Spitzenverband, PJ 1-Statistik, Berlin: Datenbankabfrage "DataInterchange-Cockpit", 2019.
- [15] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, „Reha-Leistungen in der GRV, u. a. nach Maßnahmeart,“ 2016. [Online]. Available: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=21841396&nummer=696&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=45994542. [Zugriff am 13 12 2016].
- [16] Deutsche Rentenversicherung Bund, „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe - Gesamtüberblick,“ 2020. [Online]. Available: www.statistik-rente.de. [Zugriff am 04 03 2020].
- [17] Spitzenverband der gesetzlichen Unfallversicherungen (DGUV), *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand*, Paderborn, 2014.
- [18] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, „Krankenversicherung, Mikrozensus, u. a., Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Krankenkasse/Krankenversicherung, Art des Versicherungsverhältnisses,“ 2019. [Online]. Available: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=23411942&nummer=867&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=55845755. [Zugriff am 18 03 2019].

- [19] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, „Private Kranken- und Pflegeversicherung, Versicherte. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Versicherungsart,“ 2019. [Online]. Available: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=34296156&nummer=682&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=29378901. [Zugriff am 18.03.2019].
- [20] K. Schulze, *Ermittlung der Ausgaben der privaten Krankenversicherung auf Bundesländerebene – Möglichkeiten und Probleme, dargestellt am Beispiel des Freistaates Sachsen*, Dresden: Diplomarbeit am Gesundheitsökonomischen Zentrum der TU Dresden, 2009.
- [21] B. Richter, K. Schulze und A. Werblow, „Zur Berechnung der Ausgaben der privaten Krankenversicherung in Sachsen,“ *Statistik in Sachsen 2/2010*, pp. 27-30, 2010.
- [22] F. Niehaus, „Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007,“ *Diskussionspapier 8/09, Wissenschaftliches Institut der PKV*, 2009.
- [23] Arbeitskreis Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder, *Arbeitnehmer (am Wohnort) in Deutschland 1991 bis 2018 nach Ländern*, Wiesbaden: Sonderauswertung, 2020.
- [24] Statistisches Bundesamt, *Personalstandstatistiken des Öffentlichen Dienstes – Beamte am Wohnort*, Wiesbaden: Sonderauswertung, 2020.
- [25] M. Mannschreck, „Die revidierte Gesundheitsausgabenrechnung,“ *WISTA 5/2015*, 2015.
- [26] Statistisches Bundesamt, „Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte,“ in *Wirtschaftsrechnungen - Einkommens- und Verbrauchsstichprobe*, Wiesbaden, Fachserie 15, Heft 4, 2013.
- [27] Statistisches Bundesamt, *Ausgaben privater Haushalte für die Gesundheitspflege nach Bundesländern – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe*, Wiesbaden: Sonderauswertung, 2020.

Anschriften der Statistischen Ämter, die gegenwärtig in der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) mitarbeiten

Baden-Württemberg

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
70158 Stuttgart
Marcel Nesensohn, Tel.: 0711 641-2958
GGR@stala.bwl.de
Hausanschrift: Böblinger Str. 68;
70199 Stuttgart

Bayern

Bayerisches Landesamt für Statistik
90725 Fürth
Dr. Tilman von Roncador, Tel.: 0911 98208-6663
Dr. Miriam Orlowski, Tel.: 0911 98208-6348
ggr-bayern@statistik.bayern.de
Hausanschrift: Nürnberger Str. 95;
90762 Fürth

Berlin und Brandenburg

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
10315 Berlin
Christian Benda, Tel.: 030 9021-3734
GGR@statistik-bbb.de
Hausanschrift: Alt-Friedrichsfelde 60;
10315 Berlin

Bremen

Statistisches Landesamt Bremen
Gregor Lemmermann, Tel.: 0421 361-2140
gregor.lemmermann@statistik.bremen.de
Hausanschrift: An der Weide 14 – 16;
28195 Bremen

Hamburg und Schleswig-Holstein

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein
20453 Hamburg
Dr. Alexander Vogel, Tel.: 0431 6895-9233
VGR@statistik-nord.de
Hausanschrift: Steckelhörn 12;
20457 Hamburg

Hessen

Hessisches Statistisches Landesamt
65175 Wiesbaden
Sanyel Arikan, Tel.: 0611 3802-825
Natascha Michel, Tel.: 0611 3802-819
ggr@statistik.hessen.de
Hausanschrift: Rheinstr. 35/37;
65185 Wiesbaden

Nordrhein-Westfalen

Information und Technik NRW, Geschäftsbereich Statistik
Postfach 10 11 05
40002 Düsseldorf
Anna Schirbaum, Tel.: 0211 9449-2958
Frank Bastian, Tel.: 0211 9449-3952
SGR@it.nrw.de
Hausanschrift: Mauerstr. 51;
40476 Düsseldorf

Rheinland-Pfalz

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz
56128 Bad Ems
Matthias Kowalczyk, Tel.: 02603 71-2560
matthias.kowalczyk@statistik.rlp.de
Diane Dammers, Tel.: 02603 71-4641
diane.dammers@statistik.rlp.de
Hausanschrift: Mainzer Str. 14-16;
56130 Bad Ems

Sachsen

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen
Postfach 1105
01911 Kamenz
Franziska Hacker, Tel.: 03578 33-3400
Susanne Meise, Tel.: 03578 33-3455
Madline Haneck, Tel.: 03578 33-3454
ggr@statistik.sachsen.de
Hausanschrift: Macherstraße 63;
01917 Kamenz

Thüringen

Thüringer Landesamt für Statistik
Postfach 90 01 63
99104 Erfurt
Katja Mühe, Tel.: 0361 57331-9211
ggr@statistik.thueringen.de
Hausanschrift: Europaplatz 3;
99091 Erfurt

Statistisches Bundesamt

65180 Wiesbaden
Gesundheitsrechensysteme, Tel.: 0611 75-8121
referat-H103@destatis.de
Hausanschrift: Graurheindorfer Str. 198;
53117 Bonn
Satellitensysteme, Tel.: 0611 75-2626
referat-D107@destatis.de
Hausanschrift: Gustav-Stresemann-Ring 1;
65189 Wiesbaden

Kontaktpersonen in den anderen Ländern, die zurzeit nicht in der AG GGRdL vertreten sind

Mecklenburg-Vorpommern

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern
Postfach 12 01 35
19018 Schwerin
Dr. Margit Herrmann, Tel.: 0385 588-56041
ggr@statistik-mv.de
Hausanschrift: Lübecker Straße 287;
19059 Schwerin

Niedersachsen

Landesamt für Statistik Niedersachsen
Postfach 91 07 64
30427 Hannover
Silke Dai, Tel.: 0511 9898-3353
vgr@statistik.niedersachsen.de
Hausanschrift: Göttinger Chaussee 76;
30453 Hannover

Saarland

Landesamt für Zentrale Dienste, Statistisches Amt
Postfach 10 30 44
66030 Saarbrücken
Karl Schneider, Tel.: 0681 501-5948
k.schneider@lzd.saarland.de
Hausanschrift: Virchowstraße 7;
66119 Saarbrücken

Sachsen-Anhalt

Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt
Postfach 201156
06012 Halle/Saale
Antje Bornträger, Tel.: 0345 2318-339
antje.borntraeger@stala.mi.sachsen-anhalt.de
Hausanschrift: Merseburger Straße 2;
06110 Halle/Saale

Statistische Ämter der Länder

Gesundheitsausgabenrechnung auf Länderebene nach Ausgabenträgern, 2020