



Carsten Wittling (Autor)

**Der Verlauf der Gesundheitsausgaben von 2005 bis
2017 unter dem Einfluss der Erwerbslosen- und
Armutrisikoquote sowie dem niedrigen
Bildungsstand in Deutschland**

Carsten Wittling

**Der Verlauf der Gesundheitsausgaben von 2005 bis 2017
unter dem Einfluss der Erwerbslosen- und
Armutrisikoquote
sowie dem niedrigen Bildungsstand in Deutschland**



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

<https://cuvillier.de/de/shop/publications/8118>

Copyright:

Cuvillier Verlag, Inhaberin Annette Jentzsch-Cuvillier, Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen,
Germany

Telefon: +49 (0)551 54724-0, E-Mail: info@cuvillier.de, Website: <https://cuvillier.de>



Der Verlauf der Gesundheitsausgaben von 2005 bis 2017 unter dem Einfluss der Erwerbslosen- und Armutsrisikoquote sowie dem niedrigen Bildungsstand in Deutschland

ZUSAMMENFASSUNG:

Die Gesundheitsausgaben steigen seit Jahren unentwegt. Und das trotz verschiedener Reformen in der Vergangenheit bei der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wesentliche Zielsetzungen waren in diesem Zusammenhang Bürokratieabbau und Wettbewerbsförderung sowie Stabilisierung der Ausgaben. Aber die in dieser Studie vorgestellten Daten präsentieren das Gegenteil. So stiegen die Gesundheitsausgaben zwischen 2005 und 2017 signifikant. Neben den Bekannten Treibern der Ausgaben wie zum Beispiel Altersentwicklung, medizinische Innovationen und Preisentwicklungen in der Entwicklung, Beschaffung und dem Einsatz kurativer und präventiver Leistungserbringung stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, welche Faktoren können noch identifizieren, die im Zusammenhang mit dem konsequenten Ansteigen der Ausgaben stehen? Das ist Gegenstand der nachfolgenden Kurzstudie.

KEYWORDS:

Gesundheitsausgaben, Krankheitskostenrechnung, sozioökonomische Indikatoren, Gesundheitsdeterminanten, gesundheitliche Ungleichheit, soziale Unterschiede



1. EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG

Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (in Englisch: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*) dient der Verschlüsselung medizinischer Diagnosen für die ambulante und stationäre Versorgung. Sie wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in die deutsche Sprache übersetzt. Das DIMDI hat 2018 die aktuellste Fassung als ICD-10-GM¹ Version 2019 veröffentlicht (vgl. DIMDI, 2019).

Die ICD-10-GM ist eine monohierarchisch strukturierte, alphanumerische Klassifikation aus Kapiteln, Gruppen, Kategorien und Subkategorien (vgl. DIMDI, ohne Datum). Diese Klassifikation beruht auf einer wissenschaftlichen Verständigung über intersubjektive Merkmale wie Indikatoren der Symptomatologie, Pathogenese, Ätiologie oder Funktionsstörung und ist abhängig vom jeweiligen historischen Stand der Medizin und des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheiten (vgl. FRANZKOWIAK, 2018, S. 3).

Gesundheit hingegen ist kein eindeutig klassifizierbares Konstrukt. Sie wird als mehrdimensional definiert und umfasst körperliche, seelisch-geistige und soziale Anteile, die sich wechselseitig beeinflussen (vgl. FRANZKOWIAK/HURRELMANN, 2018, S. 2). Gesundheit impliziert somit einen Zustand mit besonderer Wertigkeit. „Ein Verständnis von Gesundheit als „höchstem Wert“, als des „schlechthin Guten“, eventuell auch als einem „absoluten Richtwert“ schwingt mit.“ (ebd.).

Demnach wird die Verankerung von „well-being“ und Lebensqualität in allen Dimensionen des täglichen Lebens betont. Von essentieller Bedeutung: das Vorhandensein positiver politischer, kultureller, sozialer, ökonomischer und ökologischer Grundvoraussetzungen (vgl. ebd.).

Die ökonomische Grundvoraussetzung wird in zwei komplementären Perspektiven beschrieben: die wirtschaftlichen Potenziale des Gesundheitswesens und die Ausgaben für Gesundheit resp. Krankheit (vgl. RKI, 2015, S. 379).

Die laufenden Ausgaben im Gesundheitswesen in Deutschland werden von drei primären Trägern aufgebracht: den öffentlichen Haushalten (zum Beispiel der Sozialhilfeträger und Fördermittel aus Länder in Krankenhäusern), den öffentlichen und privaten Arbeitgebern durch ihre Anteile am Beitrag zur Sozialversicherung und den privaten Haushalten (Beitragszahlerinnen

¹ ICD-10-GM = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in der 10. Revision als German Modification

und Beitragszahler in die Sozialversicherung) sowie den privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (beispielsweise Diakonie, Rotes Kreuz oder Caritas) (vgl. RKI, 2015, S. 380). Aber auch der Staat beteiligt sich durch Transferleistungen, wie zum Beispiel den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT, 2019).

Die finanziellen Mittel, die jährlich für Erhalt, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit aufgewendet werden, sind hoch (vgl. BÖHM, 2018, S. 291). Die Gesundheitsausgaben betragen laut Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2017 375,6 Mrd. EUR bzw. 4544 EUR pro Einwohnerin/Einwohner. Gegenüber 2016 entspricht dies einem Anstieg von 4,7 % oder 16,9 Mrd. EUR (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT, 2019). Die Ausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt hatten einen Anteil rund 11,5 % (vgl. ebd.).

Somit wird die ökonomische Bedeutung des Gesundheitswesens deutlich. Durch den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP erhält man Hinweise, welchen Beitrag das Gesundheitswesen zur Gesamtwirtschaft leistet. Aber es wird auch offenbar, welcher Anteil am BIP für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit der Bürger eingesetzt wird (vgl. RKI, 2015, S. 382).

Welchen Verlauf der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP zwischen 2005 und 2017 nimmt, illustriert im Folgenden Abbildung 1.

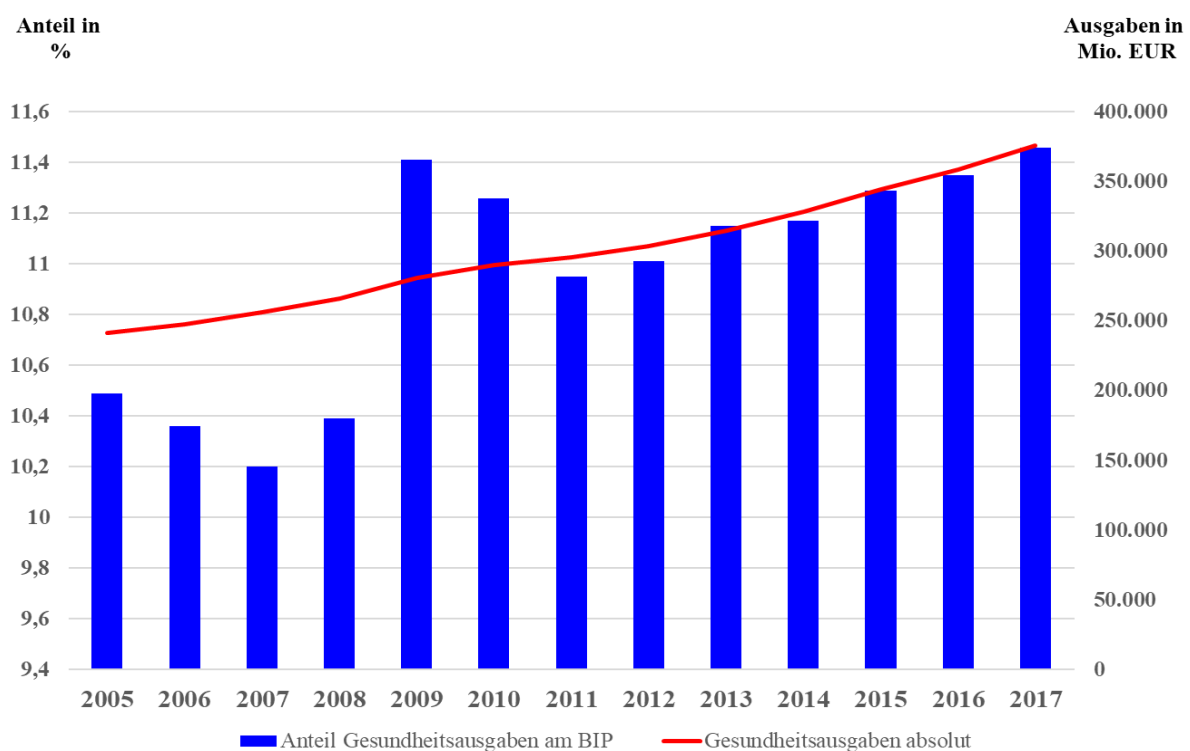


Abb. 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP (eigene Darstellung, zitiert nach STATISTISCHES BUNDESAMT, 2019)

Über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg sind sowohl die Gesundheitsausgaben als solches wie auch deren Anteil am BIP gestiegen. Dieser betrug nahezu einen Prozentpunkt. Und das trotz des gegensätzlichen Verlaufs in den Jahren 2009, 2010 und 2011.

Beeindruckend: Im Jahr 2017 überschritten die Gesundheitsausgaben erstmals die Marke von 1 Mrd. EUR pro Tag. Für das Jahr 2018 wird ein weiterer Anstieg angenommen (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT, 2019).

Auch in Relation zu den Bruttoverdiensten der Arbeitnehmer als auch zum Haushaltseinkommen je Einwohner sind die Gesundheitsausgaben pro Jahr je Einwohner deutlich gestiegen (siehe hierzu Tabelle 1).

Tab. 1: Darstellung der Relationen der Gesundheitsausgaben pro Jahr je Einwohner mit dem durchschnittlichen Haushaltseinkommen und Bruttoverdienst von 2005 bis 2017 (eigene Darstellung, zitiert nach INSTITUT DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT E.V. KÖLN, 2019; STATISTISCHES BUNDESAMT, 2019)

Jahr	Gesundheitsausgaben	Haushaltsnettoeinkommen pro Monat	Anteil am Haushaltseinkommen	Bruttoverdienst pro Monat	Anteil am Bruttoverdienst
2005	2.968	1487	2,00	2967	1,00
2006	3.054	1522	2,01	3017	1,01
2007	3.164	1550	2,04	3092	1,02
2008	3.297	1590	2,07	3169	1,04
2009	3.489	1579	2,21	3111	1,12
2010	3.618	1621	2,23	3246	1,11
2011	3.687	1670	2,21	3368	1,09
2012	3.775	1707	2,21	3467	1,09
2013	3.907	1728	2,26	3543	1,10
2014	4.054	1760	2,30	3641	1,11
2015	4.216	1799	2,34	3755	1,12
2016	4.355	1827	2,38	3831	1,14
2017	4.544	1885	2,41	3909	1,16

Von 2005 bis 2017 sind die jährlichen Gesundheitsausgaben um knapp über 53 % gestiegen; bzw. in Euro um 1576 Euro pro Einwohner. In Relation dazu: die monatlichen Haushaltsnettoeinkommen um 20,5 %, die monatlichen Bruttoverdienste um 16 %.

Im Vergleich mit den größten Volkswirtschaften der europäischen Wirtschafts- und Währungsunion liegt Deutschland hinsichtlich der Gesundheitsausgaben unter den Ländern mit den höchsten Ausgaben, was den Anteil am BIP betrifft (vgl. RKI, 2015, S. 382).

Tab. 2: Vergleich der Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP in den 5 größten Volkswirtschaften der europäischen Wirtschafts- und Währungsunion von 2014 – 2016 (eigene Darstellung, zitiert nach EUROSTAT, 2019)

Jahr	Nation	Bruttoinlandsprodukt (BIP) [Mrd. EUR]	Gesundheitsausgaben [Mrd. EUR]	Anteil Gesundheitsaus am BIP [%]
2016	Deutschland	3.134	352	11,23
	Frankreich	2.234	257	11,50
	Italien	1.690	146	8,64
	Spanien	1.119	100	8,94
	Niederlande	708	72	10,17
2015	Deutschland	3.030	338	11,16
	Frankreich	2.200	252	11,45
	Italien	1.652	148	9,00
	Spanien	1.081	98	9,10
	Niederlande	690	71	10,3
2014	Deutschland	2.927	322	11,00
	Frankreich	2.150	249	11,60
	Italien	1.622	150	9,25
	Spanien	1.038	94	9,06
	Niederlande	708	73	10,31

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von Frankreich und Deutschland sind im internationalen Vergleich der fünf größten Volkswirtschaften des europäischen Wirtschafts- und Währungsraum am höchsten. Auffallend hierbei ist, dass es Italien, Spanien und den Niederlanden über den Betrachtungszeitraum hinweg sogar gelungen ist, diesen Anteil zu reduzieren. Frankreich und Deutschland hingegen nicht.

Die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) des Statistischen Bundesamtes entspricht dem System of Health Accounts (SHA) von Eurostat und der OECD. Sie ermöglicht eine Gliederung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsart, Leistungserbringer und Ausgabenträger und berücksichtigt den privaten Gebrauch. Ferner ist sie mit der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung abgestimmt (vgl. SCHÄFER, 2003, S. 636). Die Gesundheitsausgaben setzen sich per Definition aus zwei Komponenten zusammen: den laufenden Gesundheitsausgaben sowie den Investitionen. Den laufenden Gesundheitsausgaben werden medizinische Leistungen und Güter zur Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege zugeordnet (STATISTISCHES BUN-