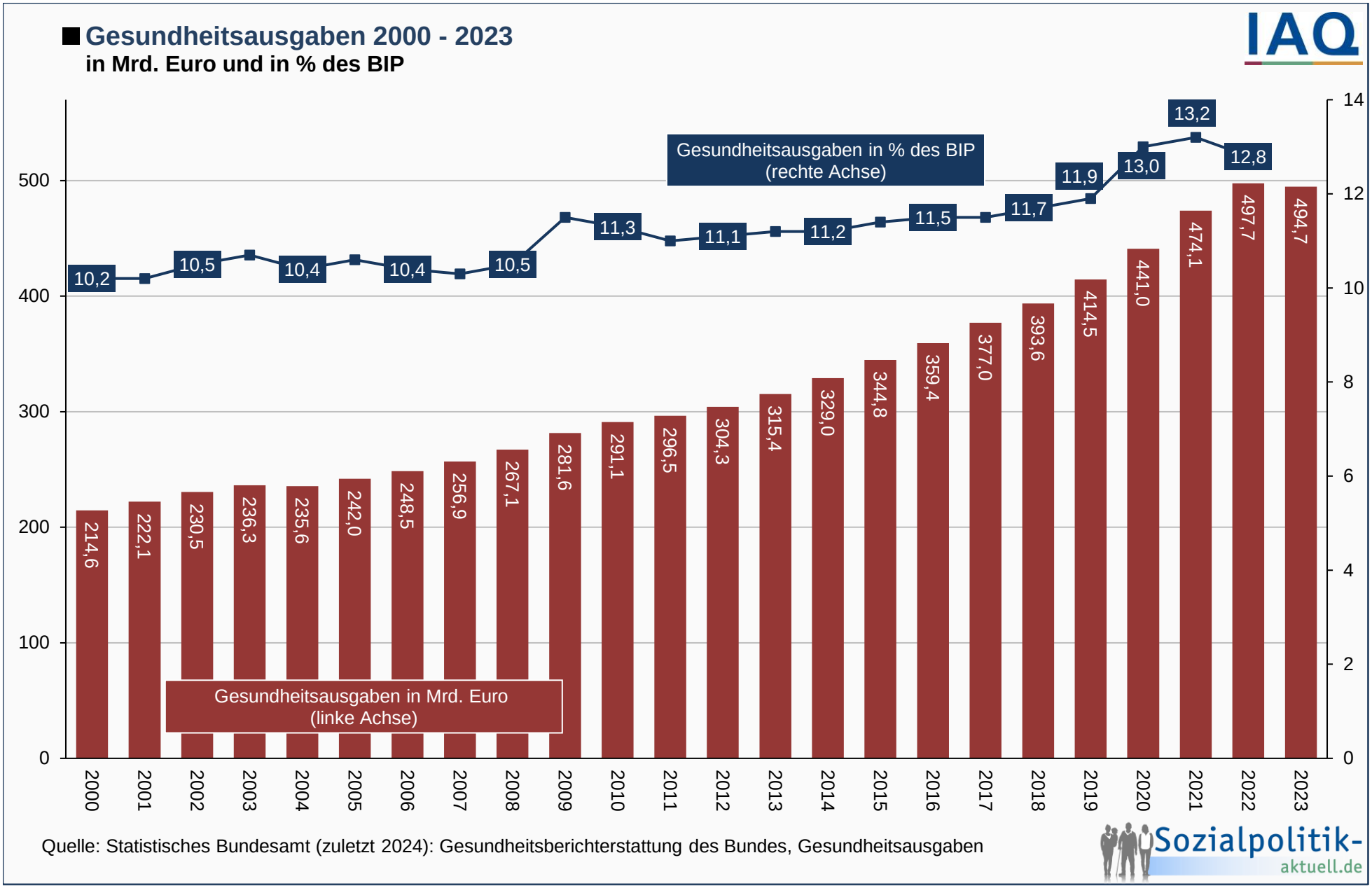
Gesundheitsausgaben 2000 - 2023
in Mrd. Euro und in % des BIP
IAQ
Gesundheitsausgaben in % des BIP
(rechte Achse)
Gesundheitsausgaben in Mrd. Euro
(linke Achse)
10,2
10,5
10,4
10,4
10,5
11,3
11,1
11,2
11,5
11,7
11,9
13,0
13,2
12,8
214,6
222,1
230,5
236,3
235,6
242,0
248,5
256,9
267,1
281,6
291,1
296,5
304,3
315,4
329,0
344,8
359,4
377,0
393,6
414,5
441,0
474,1
497,7
494,7
0
100
200
300
400
500
0
2
4
6
8
10
12
14
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
Quelle: Statistisches Bundesamt (zuletzt 2024): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheitsausgaben
Sozialpolitik-
aktuell.de

Gesundheitsausgaben 2000 - 2023

Das Gesundheitssystem in Deutschland umfasst eine Fülle von Leistungen und Diensten. Beteiligt sind mehrere Leistungserbringer und Ausgabenträger. Um die Gesamtdimensionen der Ausgaben beziffern und strukturieren zu können, legt das Statistische Bundesamt regelmäßig eine Gesundheitsausgabenrechnung vor, die nach Einrichtungen (vgl. Abbildung VI.17), Ausgabenträgern (vgl. Abbildung VI.18) und Leistungsarten (vgl. Abbildung VI.19) unterscheidet.

Im Jahr 2022 errechnet sich eine Gesamtsumme der Gesundheitsausgaben von fast 500 Mrd. Euro. Vergleicht man mit dem Jahr 2000, so sind die Ausgaben um 132 % gestiegen. Dieser auf den ersten Blick als außerordentlich hoch erscheinende Zuwachs relativiert sich jedoch, wenn man ihn ins Verhältnis zur Entwicklung des Sozialproduktes, konkret des Bruttoinlandsproduktes, setzt. Das BIP widerspiegelt die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Landes. Es wird sichtbar, dass sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP seit Jahren nur schwach erhöht hat: Er schwankt zwischen 2000 und 2008 zwischen 10,2% und 10,4%.

Der Anstieg auf 11,4 % im Jahr 2009 ist auf den ungewöhnlich starken Rückgang des BIP um 5,1 % im Vergleich zum Vorjahr 2008 (vgl. Tabelle II.4) zurückzuführen. Die weltweite Banken- und Finanzkrise hatte auch in Deutschland zu einer wirtschaftlichen Krise geführt. Im Zuge der wirtschaftlichen Belebung hat sich der BIP-Anteil dann aber stabilisiert. In den Jahren seit 2012 ist wiederum ein kontinuierlicher Anstieg auf bis zu 11,9 % (2019) festzustellen.

Der Anstieg auf 13,0 % und 13,2 % des BIP in den Jahren 2020 und 2021 ist auf die Covid-Pandemie zurückzuführen. Zum einen wurden die Ausgaben im Gesundheitssektor stark erhöht und zum anderen sank das Bruttoinlandsprodukt auf Grund der Corona-Maßnahmen (Lockdowns, Kurzarbeit usw.) (vgl. auch Tabelle II.4). Im Jahr 2022 – bei einem rückläufigen Infektionsgeschehen – reduziert sich der BIP-Anteil auf 12,8 %.

Hintergrund

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben hat sehr unterschiedliche und je nach Leistungsart auch besondere Ursachen. Auf der allgemeinen Ebene sind vor allem folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Die medizinischen Leistungen des Gesundheitssystems bewegen sich in einem dynamischen Umfeld. Welche Leistungen es im Einzelnen sind, etwa in Bezug auf Heilverfahren, Diagnosemethoden, medikamentöse Therapien oder Hilfsmittel (z.B. Hör-, Seh- und Gehhilfen) ist nicht gesetzlich festgelegt. Für die Gesetzliche Krankenversicherung hat der Gesetzgeber diese Aufgabe an ein Selbstverwaltungsgremium, den Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) übertragen. Der GBA setzt sich im Wesentlichen aus Vertreter:innen der Leistungserbringer

und der Krankenkassen zusammen und verabschiedet verbindliche Richtlinien, die unmittelbar wirksam sämtliche Bereiche des Gesundheitssystems betreffen. So entscheidet er vor allem – unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse – welche neuen und in der Regel sehr teuren auf den Markt gebrachten Arzneimittel von der Krankenversicherung übernommen werden, welche neuen Diagnostikverfahren anerkannt werden oder welche neuen Therapieformen als erforderlich gelten. Der medizinisch-technische und pharmakologische Fortschritt macht solche Entscheidungen laufend erforderlich. Auch andere Kostenträger (so die privaten Krankenversicherungen oder die Beihilfe für Beamt:innen) orientieren sich an den Entscheidungen des GBA, jedoch ohne sie gänzlich zu übernehmen.

- Die Zahl der Leistungsempfänger:innen hängt von den gesundheitlichen sowie sozialen Bedarfs- und Problemlagen in der Gesellschaft ab. Die Veränderungen des Krankheitsspektrums in Richtung langwieriger, chronisch-degenerativer Krankheitszustände können ebenso zu Mehraufwendungen führen wie die Folgen einer Pandemie. Zugleich kann sich die Leistungsmenge je Versicherungsfall infolge verbesserter Qualitätsstandards, neuer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten und auch expansiver Anbieterstrategien nach oben entwickeln. Nicht zuletzt spielt auf der Seite der Nachfrager das Antrags- bzw. Nutzungsverhalten der Versicherten bzw. Patient:innen eine wichtige Rolle.

- Der Bevölkerungszuwachs (anhaltend hohe Nettozuwanderung) sowie die Verschiebungen im Altersaufbau der Bevölkerung sind mit Mehraufwendungen (Leistungsfälle und Leistungsmenge je Versicherungsfall) verbunden.

- Das Gesundheitswesen mit all seinen Elementen ist ein Wirtschaftszweig, in dem die Kosten- und Preisentwicklung stark ausgeprägt ist. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen nehmen an der allgemeinen Einkommensentwicklung teil. Angesichts der hohen Personalintensität der Leistungserstellung führt dies zu deren Verteuerung. Gleichermaßen ergeben sich Preiseffekte durch die Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts, durch höhere Leistungsqualität und durch eine verbesserte Personalausstattung.

- Im Grundsatz ist der Gesundheitsmarkt ein Anbietermarkt, der den Leistungserbringern eine dominante Position einräumt. So entscheiden die Ärzt:innen – ambulant wie stationär – im Rahmen ihrer professionellen Kompetenz, welche Diagnose- und Behandlungsverfahren eingesetzt und welche Arzneimittel sowie Hilfsmittel verschrieben werden. Doch nicht jeder weitere Arztbesuch oder jeder verlängerte Krankenhausaufenthalt ist auch medizinisch erforderlich. Und neue oder zusätzliche Diagnose- und Therapieverfahren sind nicht automatisch sinnvoll und wirksam. Da auf dem Markt das wirtschaftliche Eigeninteresse nach hohen Umsätzen, Gewinnen und Einkommen eine Rolle spielt, erwächst daraus die Tendenz sowohl einer angebotsinduzierten Mengenausweitung als auch hoher Gewinne, so der Pharmaunternehmen oder auch der freiberuflichen Selbstständigen (Ärzt:innen, Labore usw.).

Methodische Hinweise

Bei der Gesundheitsausgabenrechnung handelt es sich um ein sekundärstatistisches Rechenwerk. Das Statistische Bundesamt fasst hierbei die Prozessdaten aus unterschiedlichen Datenquellen (z.B. Daten von Versicherungsträgern, Bundesministerien, Verbänden usw.) zusammen. Die Daten werden mit der Gesundheitspersonalrechnung und der Krankheitskostenrechnung verzahnt. Die Angaben zu den Gesundheitsausgaben folgen dem so genannten "System of Health Accounts"-Konzept der OECD. Danach umfassen die Gesundheitsausgaben sämtliche Güter und Leistungen mit den Zielen Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege sowie die Kosten von Verwaltung und Investitionen. Zu den erweiterten Leistungen werden die Aufwendungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen sowie die Ausgaben für krankheitsbedingte Folgen (zum Beispiel Leistungen zur Eingliederungshilfe) und Einkommensleistungen (wie die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall) gerechnet.

Erfasst werden aber nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch von Dienstleistungen und Gütern. Die Ausgaben für Vorleistungen, so z.B. die Produktion von Arzneimitteln durch die Pharmaindustrie sowie deren Distribution über den Großhandel, bleiben unberücksichtigt, da sie bereits in den Ausgaben für Arzneimittel enthalten sind.

Die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes weicht hinsichtlich der erfassten Leistungen von der Sozialbudgetrechnung (Funktion Gesundheit, vgl. Tabelle II.3) der Bundesregierung ab. Dies ist der Grund für die unterschiedlichen Ausgabenvolumina sowie die unterschiedlichen BIP-Anteile, die diese beiden Berechnungen aufweisen.