

Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen

Aktuelle Ergebnisse und Entwicklung ab 2008



Von Dr. Melanie Nofz

Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft nimmt aufgrund der steigenden Lebenserwartung, aber auch aufgrund des wachsenden Gesundheitsbewusstseins der Menschen zu. Im Jahr 2016 wurden 18 Milliarden Euro für Waren und Dienstleistungen rund um die Gesundheit ausgegeben. Das ist ein Drittel mehr als 2008, dem Beginn der Berechnungen auf Länderebene. Die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten stieg im gleichen Zeitraum um 17 Prozent auf 262 400 Personen. Die Gesundheitswirtschaft in Rheinland-Pfalz erzielte 2017 eine Bruttowertschöpfung von 15 Milliarden Euro. Ihr Anteil an der Gesamtwirtschaft betrug damit knapp zwölf Prozent; das waren 1,8 Prozentpunkte mehr als 2008.

Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“

Zur Arbeitsgruppe gehören die Statistischen Ämter von zwölf Ländern und das Statistische Bundesamt

Mit dem „Gesundheitsmarkt“ auf Länderebene beschäftigt sich die Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ (AG GGRdL). Der Arbeitsgruppe gehören die Statistischen Ämter von zwölf Ländern – Baden-Württemberg, Bayern, Berlin/Brandenburg, Bremen, Hamburg/Schleswig-Holstein, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen – sowie das Statistische Bundesamt an.

Info

Ausführlichere Informationen zu den Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen bietet die Internetseite der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) unter www.ggrdl.de.

Die Arbeitsgruppe erstellt Rechenwerke, die Daten zu den Gesundheitsausgaben (Gesundheitsausgabenrechnung) und dem Personal im Gesundheitswesen¹ (Gesundheitspersonalrechnung) sowie zu der Bruttowertschöpfung und der Erwerbstätigkeit in der Gesundheitswirtschaft² (Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz) liefern.

Drei Teilbereiche der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder

Das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen, das die Federführung der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder innehat, berechnet das Gesundheits-

¹ Das Gesundheitswesen ist gemäß SHA (System of Health Accounts) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) abgegrenzt. Es ist nicht identisch mit Abteilung 86 der aktuellen Wirtschaftszweigklassifikation.

² Als Gesundheitswirtschaft wird die wirtschaftszweigbezogene Abgrenzung der AG GGRdL nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008) verstanden.

Gesundheitspersonalrechnung

personal. Die Gesundheitspersonalrechnung (GPR) weist die Zahl der Beschäftigten, die in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig sind, nach Einrichtungsarten aus. Unter „Beschäftigten“ werden hier Beschäftigungsverhältnisse verstanden. Personen mit mehreren Arbeitsverhältnissen in verschiedenen Einrichtungen werden also mehrfach als Beschäftigte gezählt.³ Als Beschäftigte im Gesundheitswesen gelten Selbstständige, ohne Entgelt mithelfende Familienangehörige sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Neben der Zahl des Gesundheitspersonals insgesamt werden in der GPR die weiblichen Beschäftigten und die Vollzeitäquivalente für die verschiedenen Einrichtungsarten ermittelt. Vollzeitäquivalente werden berechnet, indem die Zahl der Beschäftigten auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechnet wird.

Gesundheitsausgabenrechnung

Die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) wird vom Bayerischen Landesamt für Statistik koordiniert. In der GAR werden die Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern abgebildet. 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 beziehen sich die Gesundheitsausgaben auf die Käufe der inländischen Bevölkerung. Inhaltlich werden nur die Transaktionen für die letzte Verwendung erfasst. Ein direkter Patientenbezug muss daher im Regelfall gegeben sein. Träger von Gesundheitsausgaben sind alle

³ Der Gesundheitspersonalrechnung liegt damit ein anderes Konzept zugrunde als der Erwerbstätigenrechnung, bei der Erwerbstätige mit mehreren Beschäftigungsverhältnissen nur einmal mit ihrer Haupttätigkeit erfasst werden.

öffentlichen und privaten Institutionen, die Leistungen für die Gesundheit finanzieren.

Der Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz (WSE) wird vom Landesbetrieb IT.NRW betreut. Der WSE liefert Daten zur Bruttowertschöpfung und zu den Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft.

Die von der AG GGRdL abgegrenzte Gesundheitswirtschaft berücksichtigt solche Güter und Dienstleistungen, d. h. ihre Fertigung und Vermarktung, mit denen die Gesundheit sowohl erhalten als auch wiederhergestellt wird und die von den verschiedenen Ausgabenträgern im Gesundheitswesen ganz oder teilweise erstattet werden. Nicht zu der Gesundheitswirtschaft zählen grundsätzlich privat finanzierte gesundheitsbezogene Waren und Dienstleistungen wie beispielsweise Produkte aus dem Wellness-Bereich.

Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz

Abgrenzung des Gesundheitswesens (GPR, GAR) und der Gesundheitswirtschaft (WSE)

Im Gegensatz zur Gesundheitsausgaben- und zur Gesundheitspersonalrechnung wird beim Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz nicht das System of Health Accounts (SHA) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zur Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft verwendet, sondern die Wirtschaftszweigklassifikation 2008 (WZ 2008). Dadurch harmonisieren die Daten mit den amtlichen Gesamtergebnissen, sodass ein Vergleich der Gesundheitswirtschaft mit der Wertschöpfung und der Erwerbstätigkeit anderer Bereiche der Volkswirtschaft möglich ist.

Das zentrale Vorgehen bei der Berechnung der einzelnen Teilbereiche der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen garantiert, dass eine einheitliche Methode verwendet wird. Die Ergebnisse sind somit zwischen den Bundesländern vergleichbar.

Zentrale Berechnung der Teilbereiche der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen

Nachfolgend werden die aktuellen Ergebnisse aus den drei Teilbereichen der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder vorgestellt. Für die Gesundheitspersonal- und die Gesundheitsausgabenrechnung liegen derzeit Ergebnisse für die Berichtsjahre 2008 bis 2016 und für den Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz für die Jahre 2008 bis 2017 vor.

Beschäftigung im Gesundheitswesen steigt

65 Beschäftigte je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner

Im rheinland-pfälzischen Gesundheitswesen waren 2016 rund 262 400 Personen beschäftigt. Auf 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner kamen 65 Beschäftigte im Gesundheitswesen.

Der größte Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen arbeitete in ambulan-

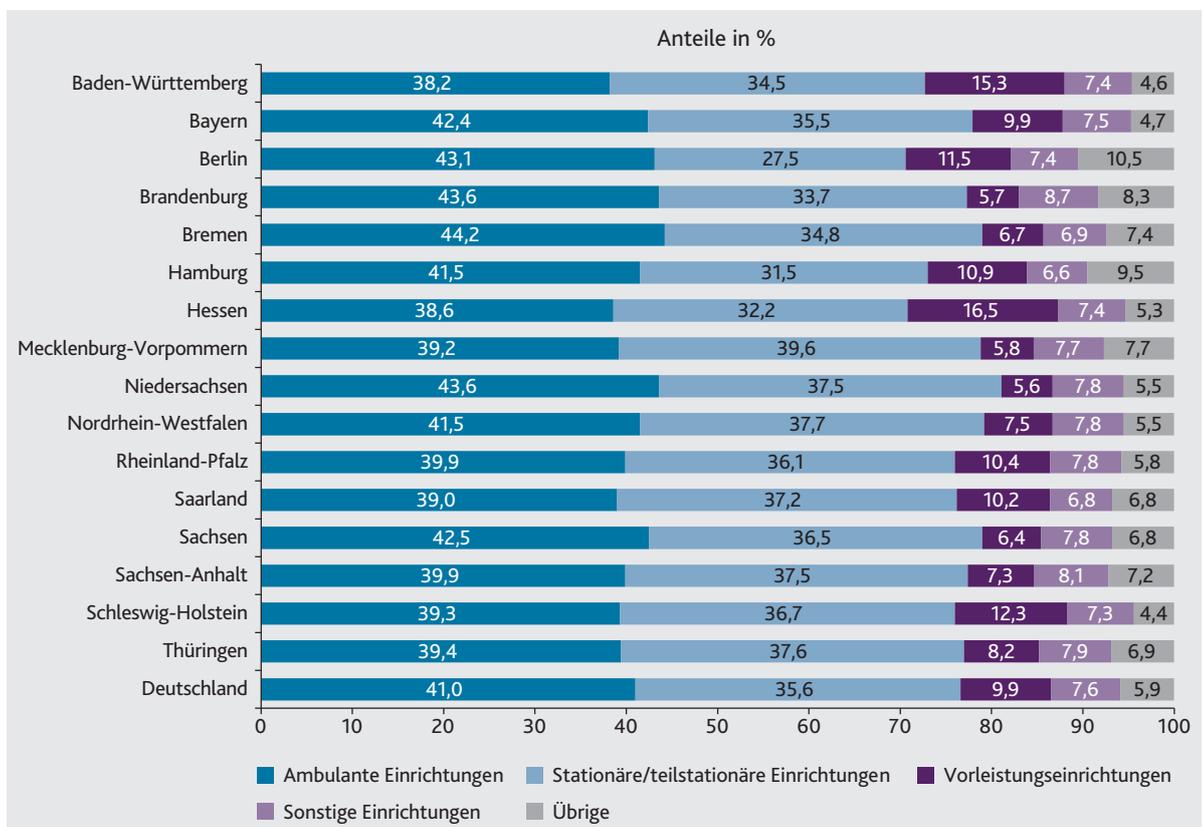
ten Einrichtungen. Hier waren 40 Prozent der Beschäftigten des Gesundheitswesens tätig. Fast die Hälfte davon arbeitete in Arzt- oder Zahnarztpraxen.

Größter Arbeitgeber sind die ambulanten Einrichtungen

An zweiter Stelle hinter den ambulanten Einrichtungen folgen die stationären und teilstationären Einrichtungen mit einem Anteil von 36 Prozent an den Beschäftigungsverhältnissen im Gesundheitswesen. Mehr als die Hälfte dieser Beschäftigten war in Krankenhäusern angestellt.

Die übrigen Einrichtungsarten hatten einen wesentlich geringeren Anteil an der Beschäftigung im Gesundheitswesen. Von ihnen besaßen die Vorleistungseinrichtungen, zu denen z. B. die pharmazeutische und medizintechnische Industrie gehören, mit

G 1 Gesundheitspersonal 2016 nach Bundesländern und Art der Einrichtung



gut zehn Prozent den höchsten Beschäftigtenanteil.

Ähnliche Verteilung des Gesundheitspersonals auf die Einrichtungsarten in den Bundesländern

Im Vergleich der Bundesländer verteilt sich das Gesundheitspersonal ähnlich auf die Einrichtungsarten. In allen Bundesländern außer in Mecklenburg-Vorpommern sind die ambulanten Einrichtungen die größten und die stationären sowie teilstationären Einrichtungen die zweitgrößten Arbeitgeber im Gesundheitswesen. In Mecklenburg-Vorpommern stehen die stationären und teilstationären Einrichtungen an erster und die ambulanten Einrichtungen an zweiter Stelle. Ein weiterer Unterschied zwischen den Bundesländern besteht darin, dass in Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt nicht die Vorleistungseinrichtungen, sondern die sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens hinsichtlich der Beschäftigtenzahl auf dem dritten Platz lagen. Hierzu zählen diejenigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die keiner der definierten Einrichtungsarten zuzurechnen sind.

Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen steigt

Seit 2008 ist die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse im rheinland-pfälzischen Gesundheitswesen um 37 700 gestiegen (+17 Prozent). Damit lag der Beschäftigtenzuwachs um 1,8 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt. Die geringste Veränderung der Beschäftigung im Gesundheitswesen seit 2008 wies das Saarland mit einem Plus von elf Prozent bzw. 7 700 Beschäftigten auf. Besonders kräftig erhöhte sich das Gesundheitspersonal in Brandenburg (+24 Prozent bzw. +28 200 Beschäftigte).

Unterschiede im Umfang der Teilzeitbeschäftigung lassen sich anhand der Vollzeitäquivalente feststellen. Im Jahr 2016 kamen in Rheinland-Pfalz auf 100 Beschäftigte 71,5 Vollzeitäquivalente. Damit hat die

G 2

Gesundheitspersonal 2016 nach Bundesländern



Teilzeitbeschäftigung im rheinland-pfälzischen Gesundheitswesen eine überdurchschnittliche Bedeutung; nur in Bremen (71,3 Vollzeitäquivalente) und Niedersachsen (70,7 Vollzeitäquivalente) ist Teilzeitarbeit noch weiter verbreitet. Den geringsten Stellenwert hat die Teilzeitbeschäftigung in Mecklenburg-Vorpommern mit 76,1 sowie in Thüringen mit 76 Vollzeitäquivalenten je 100 Beschäftigte.

Hoher Stellenwert der Teilzeitbeschäftigung

Generell sind die Unterschiede zwischen den Ländern zwar relativ gering. Allerdings besitzt die Teilzeitarbeit im Gesundheitswesen in den alten Bundesländern eine höhere Bedeutung als in den neuen Bundesländern: In keinem der alten Länder (ohne Berlin) wurden 2016 mehr als 73,7 Vollzeitäquivalente je 100 Beschäftigte erreicht, wohingegen dieser Wert von keinem der neuen Bundesländer unterschritten wurde.

T 1

Gesundheitspersonal 2016 nach Bundesländern

Land	Insgesamt		Vollzeitäquivalente	Weibliche Beschäftigte
	1 000	je 1 000 Einwohner/-innen	%	
Baden-Württemberg	749,5	68,4	72,0	74,8
Bayern	871,2	67,4	71,7	76,3
Berlin	243,6	68,1	75,1	72,3
Brandenburg	144,5	57,9	74,8	78,9
Bremen	50,1	73,8	71,3	76,3
Hamburg	138,2	76,3	73,7	71,2
Hessen	425,8	68,5	73,1	72,2
Mecklenburg-Vorpommern	106,1	65,9	76,1	78,2
Niedersachsen	517,1	65,1	70,7	78,2
Nordrhein-Westfalen	1 162,0	65,0	71,6	76,0
Rheinland-Pfalz	262,4	64,5	71,5	76,1
Saarland	74,6	74,9	73,6	74,3
Sachsen	264,7	64,8	74,6	79,4
Sachsen-Anhalt	140,3	62,7	75,8	79,6
Schleswig-Holstein	199,8	69,3	71,7	74,6
Thüringen	139,0	64,4	76,0	78,0
Deutschland	5 491	66,5	72,4	75,8

In den Vorleistungseinrichtungen wird am wenigsten in Teilzeit gearbeitet

Die Bedeutung der Teilzeitarbeit variiert zwischen den Einrichtungsarten. In den Vorleistungseinrichtungen (2016: 85,5 Vollzeitäquivalente je 100 Beschäftigte) und in der Verwaltung (85,4 Vollzeitäquivalente) ist Teilzeitarbeit am wenigsten verbreitet. Am häufigsten wird in den ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens in Teilzeit gearbeitet (65,5 Vollzeitäquivalente).

Mehr als drei Viertel des Gesundheitspersonals ist weiblich

Das Gesundheitswesen zeichnet sich durch einen hohen Anteil weiblichen Personals aus. Mehr als drei Viertel der Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen sind Frauen. Im Jahr 2016 lag das Land 0,3 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt. In Sachsen-Anhalt war der Anteil an weiblichen Beschäftigten im Gesundheitswesen mit 80 Prozent am höchsten und in Hamburg mit 71 Prozent am niedrigsten.

In den ambulanten und den stationären bzw. teilstationären Einrichtungen ist der Anteil der Frauen an den Beschäftigten besonders

hoch. Im Jahr 2016 waren in diesen Einrichtungen 83 bzw. 80 Prozent der Beschäftigten Frauen. Vor allem in den Einrichtungen der ambulanten sowie der stationären und teilstationären Pflege waren deutlich mehr weibliche als männliche Personen beschäftigt (Frauenanteil 89 bzw. 86 Prozent). Besonders gering war hingegen der Anteil der Frauen im Rettungsdienst (31 Prozent).

Gesundheitsausgaben von 4 400 Euro je Einwohnerin bzw. Einwohner in Rheinland-Pfalz

Die rheinland-pfälzischen Gesundheitsausgaben beliefen sich 2016 auf 18 Milliarden Euro. Das sind 0,7 Milliarden Euro bzw. 3,9 Prozent mehr als 2015 (Deutschland: +3,8 Prozent). Gegenüber 2008 erhöhten sich die Ausgaben im Gesundheitswesen um 4,5 Milliarden bzw. 34 Prozent (Deutschland: ebenfalls +34 Prozent). Der Anstieg vollzog sich kontinuierlich, da die Ausgaben

Unterschiedlich hoher Frauenanteil in den Einrichtungen des Gesundheitswesens

18 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben

G 3

Gesundheitsausgaben 2008–2016 nach Ausgabenträgern



in jedem Jahr höher ausfielen als im jeweiligen Vorjahr.

Auf jede Rheinland-Pfälerin bzw. jeden Rheinland-Pfälzer entfielen 2016 rechnerisch Gesundheitsausgaben in Höhe von 4 423 Euro. Die Pro-Kopf-Ausgaben lagen etwas über dem Bundesdurchschnitt, der sich auf 4 330 Euro belief. Die höchsten Ausgaben pro Kopf wurden in Brandenburg (4 601 Euro) und die niedrigsten in Bremen (3 861 Euro) getätigt.

Gesetzliche Krankenversicherung ist wichtigster Ausgabenträger

In allen Bundesländern wurde mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben von der gesetzlichen Krankenversicherung getätigt. In Rheinland-Pfalz beliefen sich die Pro-Kopf-Ausgaben dieses Ausgabenträgers auf 2 438 Euro. Das sind rund 500 Euro weniger als in Sachsen-Anhalt, wo die höchsten Ausgaben je Einwohnerin bzw. Einwohner getätigt wurden. In Baden-Württemberg und in Bremen gab die gesetzliche Krankenversicherung am wenigsten aus (2 338 bzw. 2 339 Euro je Einwohnerin bzw. Einwohner).

Der zweitwichtigste Ausgabenträger in Rheinland-Pfalz sind mit größerem Abstand die „Privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck“: Sie gaben 685 Euro je Einwohnerin bzw. Einwohner aus. Das war im Vergleich der Bundesländer der höchste Wert. Darunter fallen beispielsweise Zuzahlungen von Privatpersonen bei Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die niedrigsten Ausgaben dieses Ausgabenträgers verzeichnete Mecklenburg-Vorpommern (335 Euro je Einwohnerin bzw. Einwohner).

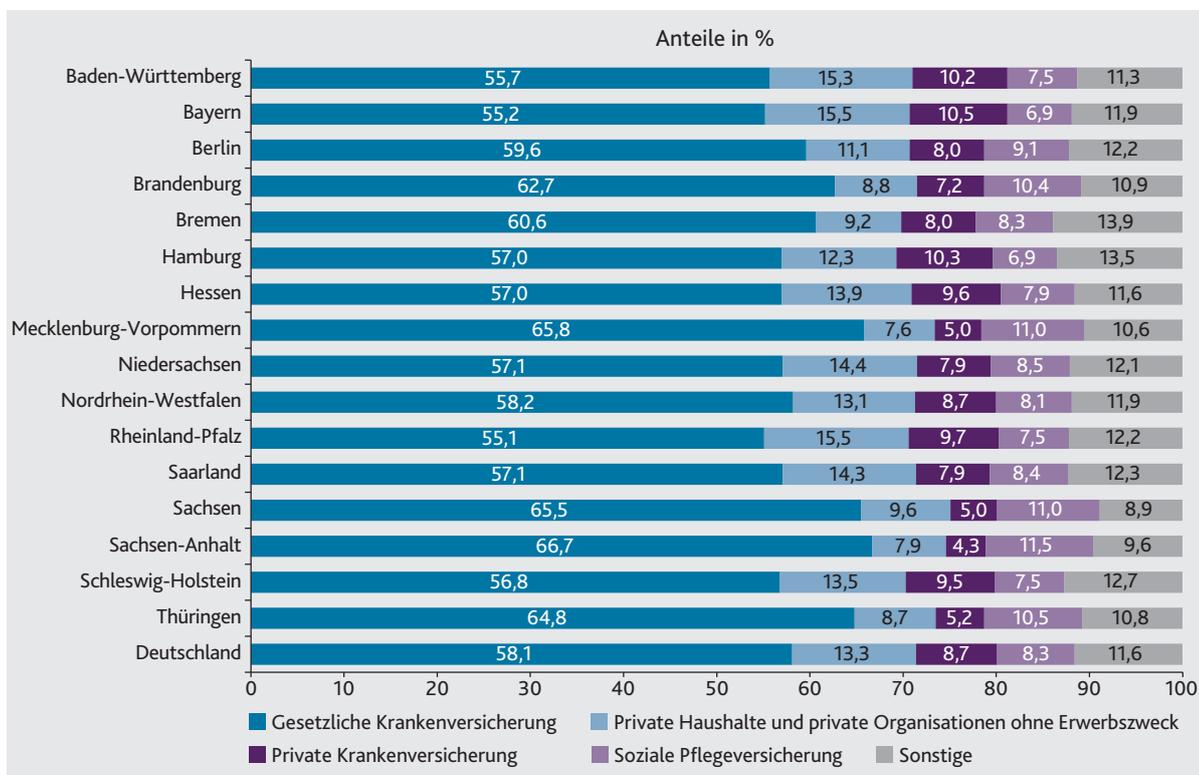
Privathaushalte als zweitwichtigster Ausgabenträger

In den westlichen Bundesländern waren die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck der zweitwichtigste Ausgabenträger. Gemeinsam mit Bayern lag Rheinland-Pfalz im Vergleich der Bundesländer beim Anteil dieses Ausgabenträgers an den gesamten Gesundheitsausgaben an erster Stelle. In beiden Ländern übernahmen die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck gut 15 Prozent der Gesundheitsausgaben. In Bremen entfielen neun Prozent der Gesundheitsausgaben auf diesen Ausgabenträger.

Ausgabenstruktur unterscheidet sich zwischen den Bundesländern

G 4

Gesundheitsausgaben 2016 nach Bundesländern und Ausgabenträgern



T 2

Gesundheitsausgaben 2016 nach Bundesländern und Ausgabenträgern

Land	Insgesamt		Darunter			
			Gesetzliche Krankenversicherung	Private Haushalte ¹	Private Krankenversicherung	Soziale Pflegeversicherung
	Mill. EUR	EUR je Einwohner/-in	EUR je Einwohner/-in	EUR je Einwohner/-in	EUR je Einwohner/-in	EUR je Einwohner/-in
Baden-Württemberg	45 835,2	4 199	2 338	643	427	313
Bayern	56 008,7	4 346	2 397	673	455	301
Berlin	15 433,6	4 351	2 593	483	348	395
Brandenburg	11 454,3	4 601	2 884	405	330	478
Bremen	2 606,5	3 861	2 339	355	308	322
Hamburg	7 445,7	4 139	2 358	510	427	285
Hessen	26 830,8	4 331	2 470	603	415	341
Mecklenburg-Vorpommern	7 136,2	4 428	2 914	335	220	487
Niedersachsen	34 709,3	4 374	2 497	628	345	370
Nordrhein-Westfalen	77 660,2	4 344	2 530	570	377	353
Rheinland-Pfalz	17 956,5	4 423	2 438	685	430	333
Saarland	4 549,7	4 567	2 610	651	363	383
Sachsen	17 393,3	4 260	2 788	408	215	469
Sachsen-Anhalt	9 954,2	4 442	2 965	352	190	511
Schleswig-Holstein	12 358,5	4 306	2 447	583	411	323
Thüringen	9 203,1	4 252	2 757	370	221	445
Deutschland	356 537	4 330	2 516	575	377	358

¹ Einschließlich private Organisationen ohne Erwerbszweck.

Die Ergebnisse der neuen Bundesländer weichen deutlich von den Ergebnissen der alten Bundesländer ab. In diesen Ländern nahm jeweils die soziale Pflegeversicherung mit Anteilswerten von mehr als einem Zehntel den zweiten Rang ein. Eine mögliche Ursache für diesen strukturellen Unterschied ist der teils höhere Altenquotient in den neuen Bundesländern.⁴ Er ist Folge der Abwanderung vor allem jüngerer Menschen aus diesen Ländern. Aus dem größeren Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung dürfte sich in den neuen Ländern eine vergleichsweise höhere Nachfrage nach Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ergeben.

Gesundheitswirtschaft erbringt bedeutenden Beitrag zur Wirtschaftsleistung

Große Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Rheinland-Pfalz

In der rheinland-pfälzischen Gesundheitswirtschaft wurde 2017 von knapp 298 500 Erwerbstätigen eine Bruttowertschöpfung in jeweiligen Preisen von 15 Milliarden Euro erwirtschaftet. Das waren 15 Prozent der Erwerbstätigen und zwölf Prozent der gesamten Bruttowertschöpfung des Landes. Preisbereinigt legte die Bruttowertschöpfung gegenüber dem Vorjahr um 3,2 Prozent zu. Damit fiel das Wachstum in Rheinland-Pfalz deutlich höher aus als im Länderdurchschnitt, der bei +2,2 Prozent lag. Die Gesundheitswirtschaft wuchs in Rheinland-Pfalz außerdem stärker als die Gesamtwirtschaft (+2,5 Prozent).

Im Berichtsjahr waren 5 700 Erwerbstätige mehr in der Gesundheitswirtschaft tätig als im Vorjahr. Dies entspricht einem Zuwachs um zwei Prozent (Länderdurchschnitt: +2,5 Prozent; Gesamtwirtschaft: +1 Prozent).

⁴ Der Altenquotient bezieht die Zahl der 65-jährigen und älteren Personen auf 100 Personen im Alter zwischen 20 und 65 Jahren.

Im Ländervergleich variiert der Anteil der Gesundheitswirtschaft an der gesamten Wertschöpfung des entsprechenden Landes zwischen knapp 14 Prozent in Schleswig-Holstein und acht Prozent in Bayern. Rheinland-Pfalz lag mit rund zwölf Prozent an sechster Stelle. Beim Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtwirtschaft liegt Mecklenburg-Vorpommern mit 16 Prozent an der Spitze, gefolgt von Schleswig-Holstein, dem Saarland und Sachsen-Anhalt. Dahinter rangiert Rheinland-Pfalz auf Platz fünf. Den niedrigsten Erwerbstätigenanteil hat die Gesundheitswirtschaft in Bayern mit zwölf Prozent.

Wertschöpfungsanteil der Gesundheitswirtschaft variiert zwischen Ländern

Je Erwerbstätige bzw. Erwerbstätigen wurde in der Gesundheitswirtschaft in Rheinland-Pfalz 2017 eine Bruttowertschöpfung von 50 400 Euro erzielt (Länderdurchschnitt: 48 400 Euro). Der als Arbeitsproduktivität bezeichnete Indikator lag damit deutlich unter dem Wert der Gesamtwirtschaft (64 300 Euro). Dabei ist allerdings zu beachten, dass die gesamtwirtschaftliche Arbeitsproduktivität hierzulande durch einzelne hochproduktive Branchen des verarbeitenden Gewerbes stark „nach oben gezogen“ wird, etwa durch die Chemische Industrie und die Pharmaindustrie. Im Vergleich der Länder streuten die Werte der Arbeitsproduktivität in der Gesundheitswirtschaft zwischen 40 300 Euro in Sachsen und 59 300 Euro in Hessen.

Arbeitsproduktivität überdurchschnittlich

In allen Ländern stieg die gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft seit 2008 deutlich. In Rheinland-Pfalz nahm die preisbereinigte Bruttowertschöpfung um 28 Prozent zu (Länderdurchschnitt: +19 Prozent). Ihr Zuwachs war deutlich größer als der Anstieg der gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung (+12 Prozent). Auch

Gesundheitswirtschaft wächst sehr dynamisch

T 3

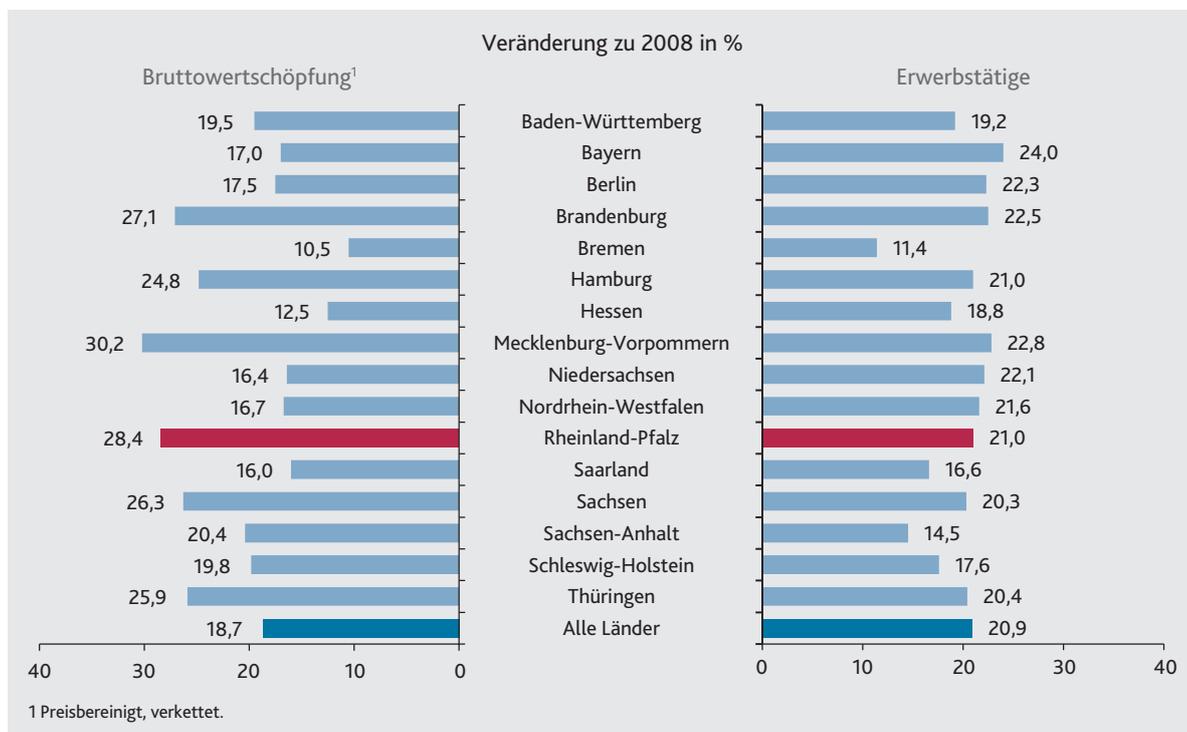
Bruttowertschöpfung und Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft 2017 nach Bundesländern

Land	Bruttowertschöpfung ¹		Bruttowertschöpfung je Erwerbstätige/-n	Erwerbstätige	
	insgesamt	Anteil an der Gesamtwirtschaft		insgesamt	Anteil an der Gesamtwirtschaft
	Mrd. EUR	%		1 000	%
Baden-Württemberg	42,7	9,6	52 552	812,1	13,0
Bayern	42,8	8,0	46 191	926,7	12,3
Berlin	15,1	12,2	55 215	272,6	14,0
Brandenburg	6,6	10,6	41 320	159,5	14,3
Bremen	2,7	9,0	47 356	57,9	13,5
Hamburg	9,8	9,2	58 355	167,7	13,4
Hessen	27,3	10,8	59 313	459,6	13,4
Mecklenburg-Vorpommern	4,9	12,7	41 113	119,6	15,9
Niedersachsen	24,0	9,2	41 767	574,6	14,1
Nordrhein-Westfalen	62,6	10,1	47 484	1 319,1	14,0
Rheinland-Pfalz	15,0	11,6	50 396	298,5	14,8
Saarland	3,8	11,9	46 034	82,2	15,5
Sachsen	11,8	10,8	40 262	293,7	14,3
Sachsen-Anhalt	6,7	12,3	43 478	154,5	15,3
Schleswig-Holstein	11,4	13,6	51 717	220,6	15,8
Thüringen	6,4	11,5	42 307	152,0	14,5
Alle Länder	293,7	10,0	48 374	6 070,9	13,7

1 In jeweiligen Preisen.

G 5

Bruttowertschöpfung und Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft 2017 nach Bundesländern



in den Jahren der Wirtschaftskrise 2008 bis 2010 wuchs die rheinland-pfälzische Gesundheitswirtschaft stark (+9,1 Prozent), während die Gesamtwirtschaft um 0,4 Prozent schrumpfte. Die Gesundheitswirtschaft entwickelte sich bislang also relativ unabhängig von der Konjunktur.

Beschäftigungszuwachs höher als in der Gesamtwirtschaft

Die Beschäftigung in der rheinland-pfälzischen Gesundheitswirtschaft legte seit 2008 um 21 Prozent bzw. 51 700 Erwerbstätige zu (Länderdurchschnitt: +21 Prozent; Gesamtwirtschaft: +6 Prozent). Im Vergleich der Länder entstanden die meisten neuen Arbeitsplätze in Bayern (+24 Prozent bzw. +179 400 Erwerbstätige). Bremen dagegen verzeichnete relativ wenige neue Arbeitsplätze (+11 Prozent bzw. 5 900 Erwerbstätige).

Arbeitsproduktivität in einigen Bundesländern rückläufig

Der Wertschöpfungszuwachs wurde in Rheinland-Pfalz auch durch Produktivitätsfortschritte getragen. Die Arbeitsproduktivität stieg zwischen 2008 und 2017 preisbereinigt um gut sechs Prozent. In einigen Ländern war die Produktivität im Betrachtungszeitraum rückläufig, am stärksten in

Bayern (-5,6 Prozent). In der Folge ging die länderdurchschnittliche Arbeitsproduktivität in der Gesundheitswirtschaft zurück (-1,8 Prozent).

Fazit

Der Gesundheitswirtschaft kommt u. a. durch Entwicklungen wie dem demografischen Wandel eine immer größere Bedeutung zu. Einen Beitrag zur Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft leistet die Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“. Durch das von der Arbeitsgruppe erstellte Rechensystem können die Gesundheitswirtschaft und das Gesundheitswesen nun deutschlandweit beobachtet, analysiert und länderübergreifend verglichen werden.

Dr. Melanie Nofz, Diplom-Volkswirtin, ist Referentin im Referat „Analysen Wirtschaft“.

