

# Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen 2008 bis 2013



Von Diane Dammers

Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen geben Auskunft über die Leistungsfähigkeit und ökonomische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. Die Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ berechnet für ausgewählte Bundesländer – darunter Rheinland-Pfalz – die Gesundheitsausgaben und das Personal im Gesundheitswesen nach einem länderübergreifenden Ansatz. Die Ergebnisse von Gesundheitsausgaben- und Gesundheitspersonalrechnung weisen auf strukturelle Unterschiede im Gesundheitswesen der Bundesländer hin.

## Gesundheitsökonomisches Gesamtrechnungssystem wird sukzessive aufgebaut

Bedeutung der Branche ist schwer zu messen

Die Gesundheitsbranche hat eine erhebliche wirtschaftliche Bedeutung, die sich jedoch nur schwer messen lässt.<sup>1</sup> Ziel der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen ist es, durch die Verknüpfung verschiedener Datenquellen einen Beitrag zur Quantifizierung der Bedeutung des Gesundheitswesens zu leisten.

Als Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen werden Rechenwerke bezeichnet, die sich mit Fragestellungen der Gesund-

heitswirtschaft beschäftigen. Sie halten Informationen zu Art und Umfang der erbrachten Leistungen und der dafür eingesetzten Ressourcen sowie zu zukünftigen Entwicklungstendenzen in der Gesundheitswirtschaft bereit.

Das Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungssystem der Länder befindet sich noch im Aufbau. Im Jahr 2015 hat die Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ die Gesundheitsausgaben und das Personal im Gesundheitswesen für die acht Bundesländer Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen veröffentlicht. Inzwischen konnten das

Informationen zu im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen und dafür eingesetzten Ressourcen

Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen liegen für acht Bundesländer vor

<sup>1</sup> In der Wirtschaftszweigsystematik (WZ 2008) findet sich das Gesundheitswesen nicht als separater Wirtschaftszweig wieder. Es setzt sich vielmehr aus verschiedenen Wirtschaftszweigen zusammen und ist insofern eine sogenannte „Querschnittsbranche“.

Bayerische Landesamt für Statistik und das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg als neue Mitglieder der Arbeitsgruppe gewonnen werden, sodass 2016 voraussichtlich Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen für elf Bundesländer vorgelegt werden können.

Gesamtrechnungssystem besteht aus drei Komponenten

Das Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungssystem der Länder besteht aus drei Komponenten, die sukzessive entwickelt werden:

- Im Jahr 2013 wurde zum ersten Mal eine Gesundheitspersonalrechnung nach einheitlichem Ansatz vorgelegt, die seitdem jedes Jahr zentral im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen für alle Arbeitsgruppenmitglieder durchgeführt wird.
- Die Gesundheitsausgabenrechnung wurde 2014 eingeführt.
- Die dritte Komponente, eine Wertschöpfungsrechnung, ist für 2016 geplant.

Strukturelle Unterschiede im Gesundheitswesen der Länder

Die Notwendigkeit für eine Berechnung des Personals, der Ausgaben und der Wertschöpfung auf Länderebene ergibt sich durch die strukturellen Unterschiede im Gesundheitswesen zwischen den einzelnen Bundesländern, die durch die weitestmögliche Nutzung länderspezifischer Daten sichtbar gemacht werden sollen.

Gesamtrechnungen führen Daten aus verschiedenen Quellen zusammen

Die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen führen Daten aus verschiedenen Quellen in einem einheitlichen Rechenwerk zusammen. Sie beruhen so weit wie möglich auf Daten aus Erhebungen, die von den statistischen Ämtern durchgeführt werden. So greift die Gesundheitsausgabenrechnung u. a. auf Ergebnisse der Sozialhilfestatistik des Bundes und der Länder zurück, während die Gesundheitspersonalrechnung Daten aus der Krankenhausstatistik und der Pfl-

gestatistik verwendet. Außerdem fließen Statistiken anderer Institutionen, wie z. B. des GKV-Spitzenverbands, der Ärztekammern oder der Bundesagentur für Arbeit, in die Berechnungen ein. Liegen für einen Teilbereich keine länderspezifischen Daten vor, werden die Ergebnisse der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen des Bundes anhand des jeweiligen Bevölkerungsanteils auf die Bundesländer aufgeteilt.

## Gesundheitsausgaben steigen von Jahr zu Jahr

Die Gesundheitsausgabenrechnung beinhaltet alle Käufe von Waren und Dienstleistungen, die zum Zweck der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege getätigt werden, sowie die Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Berechnung beruht auf dem Inländerprinzip. Demnach enthalten die Gesundheitsausgaben nur die Käufe der inländischen Bevölkerung.

Gesundheitsausgaben haben direkten Patientenbezug

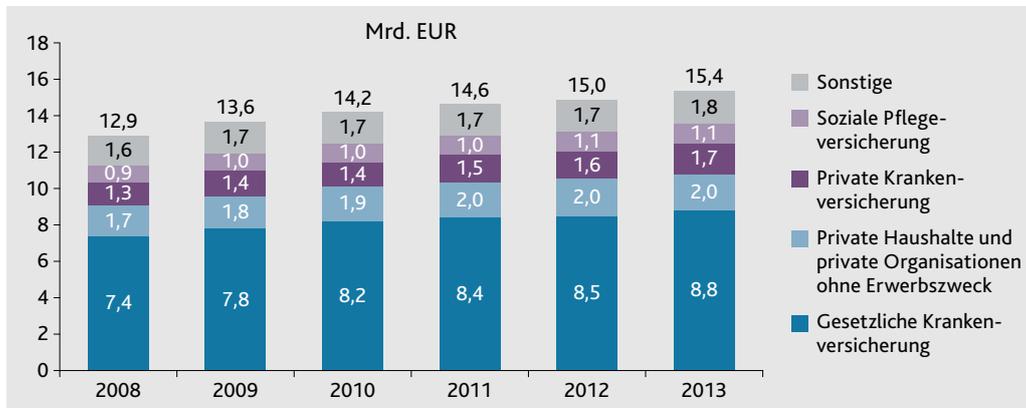
## Gesundheitswesen nach Ausgabenträgern

### Gliederung der Gesundheitsausgabenrechnung

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 und private Organisationen ohne Erwerbszweck

G 1

Gesundheitsausgaben 2008–2013 nach Ausgabenträgern



Zu den Gesundheitsausgaben zählen nur Transaktionen für die letzte Verwendung, ein direkter Patientenbezug muss daher im Regelfall gegeben sein. Transaktionen zwischen Leistungserbringern, z. B. zwischen Großhändlern und Apothekern, gehören folglich nicht zu den Gesundheitsausgaben.

Acht Ausgabenträger

Die Gesundheitsausgaben werden differenziert nach Ausgabenträgern berechnet und dargestellt. Gesundheitsrelevante Ausgaben werden von einer Vielzahl unterschiedlicher Akteure getätigt, die zu acht Ausgabenträgern zusammengefasst werden (siehe Textkasten).

2013: 15,4 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben

In Rheinland-Pfalz beliefen sich die Gesundheitsausgaben 2013 auf 15,4 Milliarden Euro. Damit waren sie um 3,1 Prozent höher als 2012. Nur Nordrhein-Westfalen wies mit +2,7 Prozent eine geringere Wachstumsrate auf. Die höchste prozentuale Ausgabensteigerung verzeichnete Sachsen (+5,6 Prozent).

Die Gesundheitsausgaben sind in Rheinland-Pfalz zwischen 2008 und 2013 um 2,5 Milliarden Euro gewachsen. Dies entspricht einer Zunahme um 19 Prozent. Der Anstieg vollzog sich kontinuierlich – die Ausgaben fielen in jedem Jahr höher aus als im jewei-

ligen Vorjahr. Auch in den anderen Bundesländern sind die Gesundheitsausgaben kräftig gestiegen. Von den sieben weiteren Ländern, für die vergleichbare Ergebnisse aus der Gesundheitsausgabenrechnung vorliegen, verzeichneten fünf eine größere prozentuale Erhöhung als Rheinland-Pfalz. Am stärksten nahmen die Ausgaben in Sachsen zu (+24 Prozent). Nur in zwei Ländern fiel der Zuwachs geringer aus als in Rheinland-Pfalz (Nordrhein-Westfalen: +17 Prozent, Baden-Württemberg: +18 Prozent).

Ein Vergleich mit dem Bruttoinlandsprodukt verdeutlicht die zunehmende ökonomische Bedeutung des Gesundheitswesens. Zwischen 2008 und 2013 übertraf der Anstieg der Gesundheitsausgaben den Wertschöpfungszuwachs. Der Erhöhung der Gesundheitsausgaben um 19 Prozent stand eine Zunahme des Bruttoinlandsprodukts (in jeweiligen Preisen) um zwölf Prozent gegenüber. Auch als das rheinland-pfälzische Bruttoinlandsprodukt in der Wirtschaftskrise 2009 um 2,6 Prozent sank, stiegen die Gesundheitsausgaben weiter an. In den übrigen Mitgliedsländern der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder blieb die gesamtwirtschaft-

Gesundheitsausgaben steigen stärker als die Wertschöpfung

T 1

Gesundheitsausgaben 2013 nach ausgewählten Bundesländern und Ausgabenträgern<sup>1</sup>

Land	Insgesamt		Darunter				
			Gesetzliche Krankenversicherung	Private Haushalte <sup>2</sup>	Private Krankenversicherung	Soziale Pflegeversicherung	Öffentliche Haushalte
	Mill. Euro	Euro je Einwohner/-in					
Baden-Württemberg	40 359	3 807	2 062	621	405	269	157
Hamburg	6 708	3 855	2 044	561	433	239	245
Hessen	23 949	3 971	2 188	616	398	295	186
Nordrhein-Westfalen	69 093	3 934	2 210	616	360	276	192
Rheinland-Pfalz	15 423	3 863	2 206	507	416	287	177
Sachsen	16 003	3 953	2 586	358	190	410	138
Schleswig-Holstein	10 782	3 835	2 153	581	386	268	184
Thüringen	8 703	4 019	2 539	457	217	384	153
Deutschland <sup>3</sup>	314 939	3 910	2 250	530	360	300	180

1 Zur Verteilung der Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung auf die Bundesländer liegen keine Informationen vor. – 2 Einschließlich Organisationen ohne Erwerbszweck. – 3 Werte auf volle zehn Euro gerundet.

liche Entwicklung ebenfalls hinter der Erhöhung der Gesundheitsausgaben zurück.

Pro-Kopf-Ausgaben liegen bei 3 863 Euro

Da Vergleiche der absoluten Höhe der Gesundheitsausgaben aufgrund der unterschiedlichen Größe der Bundesländer nicht sinnvoll sind, werden sie auf die Einwohnerzahl bezogen. Von den acht Ländern, für die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung nach länderübergreifendem Ansatz vorliegen, wies Thüringen 2013 mit 4 019 Euro die höchsten Ausgaben je Einwohnerin bzw. Einwohner auf. Rheinland-Pfalz stand mit Pro-Kopf-Ausgaben von 3 863 Euro an fünfter Stelle. Am niedrigsten waren die Ausgaben in Baden-Württemberg mit 3 807 Euro je Einwohnerin bzw. Einwohner.

**Gesetzliche Krankenversicherung trägt mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben**

Ausgabenstruktur unterscheidet sich zwischen den Bundesländern

Die Verteilung der Gesundheitsausgaben auf die Ausgabenträger deutet auf strukturelle Unterschiede im Gesundheitswesen der Bundesländer hin. Gemeinsam ist allen acht Ländern, dass die gesetzliche Krankenversicherung mehr als die Hälfte der Gesund-

heitsausgaben trägt. In Rheinland-Pfalz kam sie 2013 für 57 Prozent der Ausgaben auf. In Sachsen und Thüringen war ihr Anteil mit 65 bzw. 63 Prozent deutlich höher. Am niedrigsten war der Ausgabenanteil in Hamburg (53 Prozent).

In sieben der acht Länder folgten die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck mit großem Abstand als zweitwichtigster Ausgabenträger nach der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihr Anteil an den Gesundheitsausgaben belief sich in Rheinland-Pfalz auf 13 Prozent. Am höchsten war ihr Ausgabenanteil in Baden-Württemberg (16 Prozent). In Sachsen war der Anteil der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck an den Gesundheitsausgaben am geringsten. Dort lagen sie mit einem Anteil von 9,1 Prozent unter den acht Ausgabenträgern an dritter Stelle.

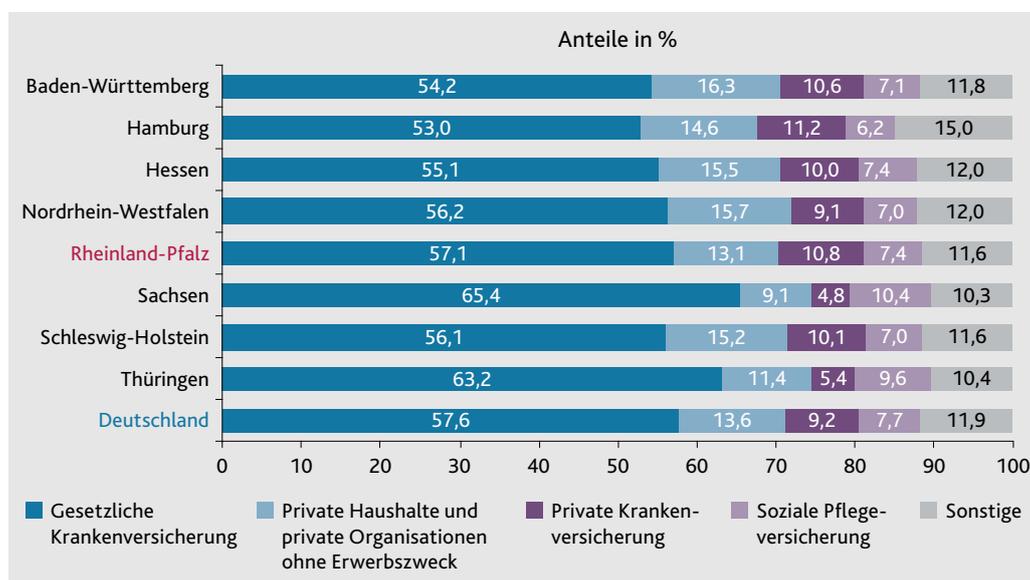
Privathaushalte als zweitwichtigster Ausgabenträger

Hinsichtlich der Bedeutung der privaten Krankenversicherung sind deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern erkennbar. In sechs der acht Länder stand sie 2013 hinter der gesetzlichen Krankenver-

Große Bedeutungsunterschiede bei der privaten Krankenversicherung

G 2

## Gesundheitsausgaben 2013 nach ausgewählten Bundesländern und Ausgabenträgern



sicherung und den Privathaushalten unter den Ausgabenträgern an dritter Stelle. In Rheinland-Pfalz trug sie elf Prozent der Gesundheitsausgaben. Nur in Hamburg war der Ausgabenanteil der privaten Krankenversicherung noch höher. Unter den sechs alten Bundesländern wies Nordrhein-Westfalen mit 9,1 Prozent den niedrigsten Ausgabenanteil der privaten Krankenversicherung auf. Noch wesentlich geringer waren die Ausgabenanteile in den beiden neuen Bundesländern Sachsen und Thüringen: Dort war der Anteil der privaten Krankenversicherung an den Gesundheitsausgaben mit 4,8 bzw. 5,4 Prozent nur etwa halb so groß wie in den übrigen Ländern. In Sachsen und Thüringen belegte die private Krankenversicherung nur Rang vier unter den Ausgabenträgern.

Soziale Pflegeversicherung hat in Sachsen und Thüringen höheren Stellenwert

In Sachsen und Thüringen lag die soziale Pflegeversicherung 2013 vor der privaten Krankenversicherung an dritter Stelle unter den Ausgabenträgern. In diesen beiden Ländern hatte die soziale Pflegeversicherung einen Anteil von zehn Prozent an den

Gesundheitsausgaben. In den übrigen sechs Ländern schwankte der Ausgabenanteil der sozialen Pflegeversicherung zwischen 7,4 Prozent in Hessen und Rheinland-Pfalz und 6,2 Prozent in Hamburg.

Die unterschiedlichen Ausgabenanteile der sozialen Pflegeversicherung dürften auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sein: Zum einen hängen die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung mit der Altersstruktur der Bevölkerung zusammen. Zum anderen dürfte die unterschiedliche Bedeutung der privaten Pflegeversicherung in den Bundesländern eine Rolle spielen. Die private Pflegeversicherung übernimmt die Pflegeausgaben für privat Krankenversicherte und ist im Ausgabenträger „Private Krankenversicherung“ enthalten.

Die übrigen vier Ausgabenträger – öffentliche Haushalte, Arbeitgeber, gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung – kamen in den Ländern für zehn bis 15 Prozent der Gesundheitsausgaben auf; in Rheinland-Pfalz belief sich ihr Anteil auf zwölf Prozent.

**Gesundheitspersonalrechnung  
zählt Beschäftigungsverhältnisse,  
keine Personen**

Personen mit mehreren Beschäftigungen werden mehrfach gezählt

In der Gesundheitspersonalrechnung wird die Zahl der Beschäftigten dargestellt, die in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig sind. Unter „Beschäftigten“ werden hier „Beschäftigungsverhältnisse“ verstanden. Personen, die mehrere Beschäftigungsverhältnisse gleichzeitig ausüben, werden also mehrfach als Beschäftigte gezählt. Damit liegt der Gesundheitspersonalrechnung ein anderes Konzept zugrunde als beispielsweise der Erwerbstätigenrechnung, die Erwerbstätige mit mehreren Beschäftigungsverhältnissen nur einmal erfasst.

Beschäftigte sind Selbstständige, mithelfende Familienangehörige und Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer

Als Beschäftigte gelten Selbstständige und mithelfende Familienangehörige sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Nicht hinzugezählt werden ehrenamtlich Tätige sowie Personen, die als Beauftragte aus anderen Wirtschaftsbereichen – z. B. als Beschäftigte eines Handwerksunternehmens – in Einrichtungen des Gesundheitswesens arbeiten. In der aktuellen Berechnung für die Jahre 2008 bis 2013 sind Auszubildende – anders als in der Berechnung für 2008 bis 2012 aus dem vergangenen Jahr – nicht mehr enthalten. Diese Anpassung war notwendig, um eine entsprechende Änderung der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes nachzuvollziehen.

Sieben Einrichtungenarten

Die Beschäftigten des Gesundheitswesens werden sieben Einrichtungenarten zugeordnet (siehe Textkasten). Die ambulanten Einrichtungen sowie die stationären und teilstationären Einrichtungen sind noch tiefer untergliedert.

**Gesundheitswesen nach Einrichtungsarten**

**Einrichtungsgliederung der Gesundheitspersonalrechnung**

1. Gesundheitsschutz
2. Ambulante Einrichtungen
  - 2.1 Arztpraxen
  - 2.2 Zahnarztpraxen
  - 2.3 Praxen sonstiger medizinischer Berufe
  - 2.4 Apotheken
  - 2.5 Einzelhandel
  - 2.6 Ambulante Pflege
3. Stationäre/teilstationäre Einrichtungen
  - 3.1 Krankenhäuser
  - 3.2 Vorsorge- und Rehabilitationskliniken
  - 3.3 Stationäre/teilstationäre Pflege
4. Rettungsdienste
5. Verwaltung
6. Sonstige Einrichtungen
7. Vorleistungseinrichtungen

Das „Gesundheitswesen im engeren Sinne“ umfasst die ersten sechs Einrichtungsarten. Die Vorleistungseinrichtungen, die keine Produkte und Dienstleistungen für den Endverbraucher erstellen, werden als „Gesundheitswesen im weiteren Sinne“ ebenfalls in die Gesundheitspersonalrechnung einbezogen.

**Beschäftigung im Gesundheitswesen steigt**

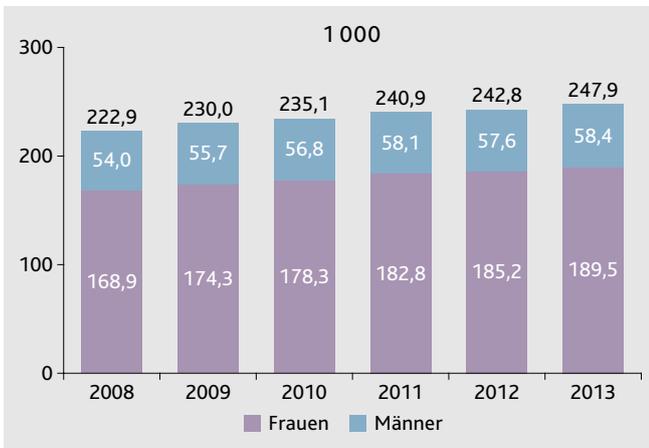
Im rheinland-pfälzischen Gesundheitswesen arbeiteten 2013 rund 247 900 Beschäftigte. Das waren 5 000 Personen bzw. 2,1 Prozent mehr als im Vorjahr. In den übrigen sieben Ländern gab es Zuwächse in einer ähnlichen Größenordnung: Die Beschäftigtenzahlen legten zwischen 1,9 Prozent (Nordrhein-Westfalen) und 2,7 Prozent (Sachsen) zu.

Beschäftigungszunahme in allen acht Ländern

Seit dem Beginn des Berichtszeitraumes 2008 hat die Beschäftigung im Gesundheitswesen in allen acht Ländern kontinuierlich zugenommen. Die Branche ver-

G 3

Personal im Gesundheitswesen 2008–2013 nach Geschlecht



Beschäftigungsanstieg auch in der Wirtschaftskrise

zeichnete auch in der Wirtschaftskrise einen Beschäftigungsanstieg, obwohl die Erwerbstätigenzahlen in den meisten Bundesländern 2009 unter dem Vorjahresniveau lagen. Den höchsten prozentualen Zuwachs des Gesundheitspersonals gab es in Hessen; dort erhöhte sich die Beschäftigtenzahl zwischen 2008 und 2013 um 13 Prozent. Rheinland-Pfalz befand sich mit einem Plus von elf Prozent im Mittelfeld.

62 Beschäftigte je 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner

Im Jahr 2013 kamen in Rheinland-Pfalz im Gesundheitswesen 62 Beschäftigte auf 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Den mit Abstand höchsten Wert erreichte

Hamburg mit knapp 73 Beschäftigten je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die geringste Personalausstattung in Relation zur Einwohnerzahl wies Thüringen auf (60 Beschäftigte je 1 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner).

Ambulante Einrichtungen haben die meisten Beschäftigten

Die Verteilung des Personals auf die Einrichtungstypen des Gesundheitswesens ist in den acht Bundesländern relativ ähnlich. Die ambulanten Einrichtungen hatten 2013 überall den größten Anteil an den Beschäftigten. In Rheinland-Pfalz belief sich ihr Anteil am gesamten Personal des Gesundheitswesens auf 40 Prozent, was einer Beschäftigtenzahl von 99 400 entspricht.

Ambulante Einrichtungen haben in allen Ländern den größten Beschäftigtenanteil

Etwas weniger als die Hälfte der Beschäftigten der ambulanten Einrichtungen waren in Arzt- bzw. Zahnarztpraxen tätig (47 300 Personen). In den Praxen der sonstigen medizinischen Berufe – dazu zählen z. B. die Praxen von Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sowie Hebammen bzw. Entbindungspflegern – arbeiteten 24 200 Personen, das war

47 300 Beschäftigte in Arzt- und Zahnarztpraxen

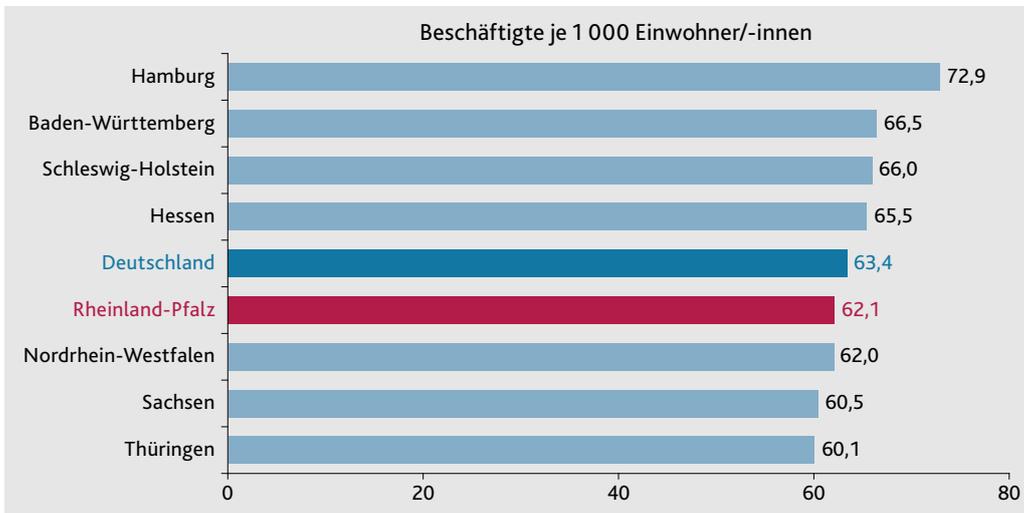
T 2

Personal im Gesundheitswesen 2013 nach ausgewählten Bundesländern

Land	Personal				
	insgesamt	Veränderung zu 2008	je 1 000 Einwohner/-innen	Frauen	Vollzeitäquivalente je 100 Beschäftigte
	1 000	%	Anzahl	%	Anzahl
Baden-Württemberg	706,5	12,3	66,5	74,3	72,4
Hamburg	127,3	10,9	72,9	71,9	73,7
Hessen	396,0	13,4	65,5	72,3	73,3
Nordrhein-Westfalen	1 088,6	10,6	62,0	75,9	71,4
Rheinland-Pfalz	247,9	11,2	62,1	76,4	71,5
Sachsen	244,8	12,7	60,5	79,3	75,2
Schleswig Holstein	186,0	10,5	66,0	75,1	73,0
Thüringen	129,9	11,4	60,1	77,8	76,6
Deutschland	5 117,0	11,7	63,4	75,8	72,8

G 4

Personal im Gesundheitswesen 2013 nach ausgewählten Bundesländern



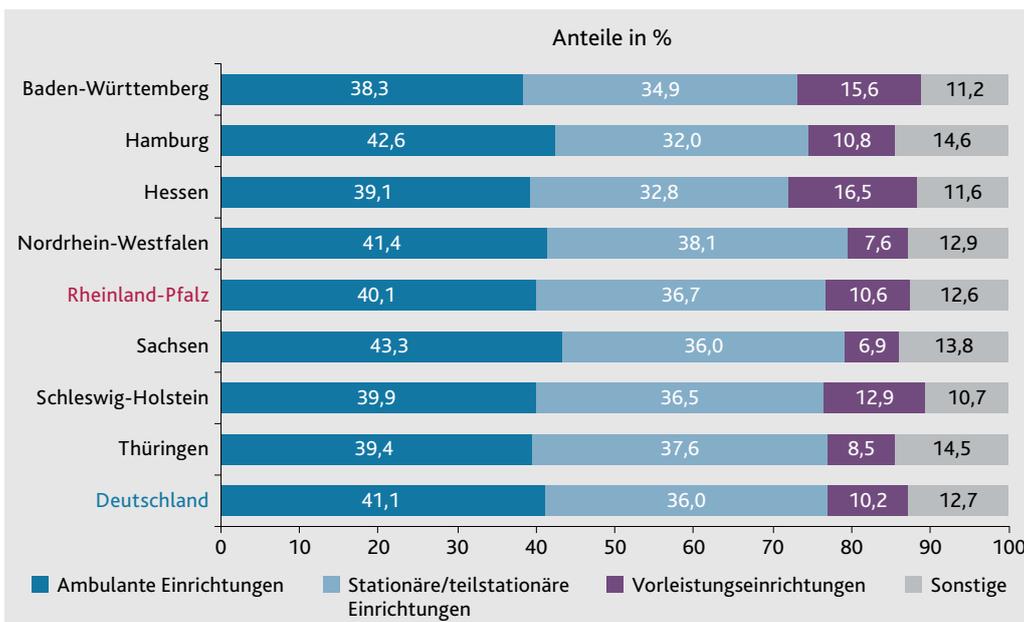
knapp ein Viertel der in ambulanten Einrichtungen Beschäftigten. Auf den Bereich der ambulanten Pflege entfielen zwölf Prozent (12 200 Beschäftigte), gefolgt von den Apotheken mit elf Prozent (10 600 Personen). Die übrigen Beschäftigten der ambulanten Einrichtungen waren im gesundheitsbezogenen Einzelhandel tätig (5 100 Personen).

In allen acht Ländern hatte der Bereich der stationären und teilstationären Einrichtungen hinter den ambulanten Einrichtungen die zweithöchste Beschäftigtenzahl. Im Jahr 2013 arbeiteten in Rheinland-Pfalz in diesem Bereich 90 900 Personen bzw. 37 Prozent der Beschäftigten des Gesundheitswesens.

Zweithöchste Beschäftigtenzahl in stationären bzw. teilstationären Einrichtungen

G 5

Personal im Gesundheitswesen 2013 nach ausgewählten Bundesländern und Art der Einrichtung



Die Mehrheit der Beschäftigten im stationären bzw. teilstationären Bereich war in Krankenhäusern tätig (56 000 bzw. 62 Prozent). In stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen arbeiteten 29 300 Personen bzw. fast ein Drittel der in stationären und teilstationären Einrichtungen Beschäftigten. Zu dieser Einrichtungsart zählen außerdem die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen 5 600 Personen bzw. 6,1 Prozent des Personals beschäftigt waren.

Bei Vorleistungseinrichtungen bestehen größere Unterschiede zwischen den Ländern

Größere Unterschiede zwischen den Bundesländern bestehen hinsichtlich der Bedeutung der Vorleistungseinrichtungen. Dazu gehören die pharmazeutische, die medizintechnische und die augenoptische Industrie, der Großhandel und die Handelsvermittlung sowie medizinische und zahnmedizinische Laboratorien. Besonders hoch war der Beschäftigtenanteil der Vorleistungseinrichtungen 2013 in Hessen und Baden-Württemberg mit jeweils 16 Prozent. Rheinland-Pfalz stand mit einem Anteil von elf Prozent an fünfter Stelle. Am niedrigsten war der Anteil der Vorleistungseinrichtungen in Sachsen mit 6,9 Prozent.

Die vier übrigen Einrichtungsarten haben jeweils nur einen geringen Anteil an der Beschäftigung im Gesundheitswesen. In Rheinland-Pfalz belief sich ihr Anteil zusammengekommen auf 13 Prozent.

### Ausblick

Die Ergebnisse der Gesundheitsausgaben- und der Gesundheitspersonalrechnung weisen auf strukturelle Unterschiede im Gesundheitswesen der Länder hin. Mit der Aufnahme von Hamburg und Schleswig-Holstein konnten die Berechnungen 2015 auf eine breitere Basis gestellt werden. Im Jahr 2016 ist mit der Erweiterung der Berichterstattung auf elf Bundesländer zu rechnen. Weitere Fortschritte auf dem Weg zu einem umfassenden Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungssystem sind durch die Einführung des Wertschöpfungsansatzes zu erwarten.

Bessere Basis für Ländervergleiche durch Erweiterung der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen

Diane Dammers, Diplom-Volkswirtin, Diplom-Kauffrau, ist Referentin im Referat „Analysen“.

### Info

Ausführlichere Informationen zu Definitionen und Methodik der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen bieten die Internetseite der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) unter [www.ggrdl.de](http://www.ggrdl.de) sowie die beiden bereits in den Statistischen Monatsheften erschienenen Beiträge:

- 2/2015 Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen 2008 bis 2012
- 3/2014 Personal im Gesundheitswesen 2008 bis 2011