

Personal im Gesundheitswesen 2008 bis 2011



Von Diane Dammers

Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen geben Auskunft über die Leistungsfähigkeit und ökonomische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. Die Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ befasst sich mit dem Aufbau eines gesundheitsbezogenen Gesamtrechnungssystems auf der Ebene der Bundesländer. Im Jahr 2013 führte die Arbeitsgruppe erstmals für die beteiligten Länder – darunter Rheinland-Pfalz – eine Gesundheitspersonalrechnung nach einem länderübergreifenden Ansatz durch. Die Ergebnisse zeigen, dass die Beschäftigung im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen ist.

Gesundheitswesen ist eine „Querschnittsbranche“

Gesundheitswesen als Zukunftsbranche

Der gegenwärtige Zustand und die zukünftige Entwicklung des Gesundheitswesens werden regelmäßig öffentlich diskutiert. Im Fokus stehen dabei häufig die erwarteten Kostensteigerungen und die besonderen Herausforderungen, die der demografische Wandel in den nächsten Jahrzehnten mit sich bringen wird. Aufgrund der Alterung der Bevölkerung wird mit einer wachsenden Nachfrage nach Waren und Dienstleistungen des Gesundheitswesens gerechnet, die möglicherweise mit einer Steigerung der Gesundheitsausgaben einhergehen wird. Den damit verbundenen Risiken bezüglich der künftigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems stehen allerdings auch Chancen gegenüber: Die prognostizierten Nachfragesteigerungen machen das Gesundheitswesen zu einer

Zukunftsbranche mit großem Wachstums- und Beschäftigungspotenzial.

Bereits in der Gegenwart hat die Gesundheitsbranche eine erhebliche wirtschaftliche Bedeutung, die sich jedoch aufgrund ihrer Eigenschaft als „Querschnittsbranche“ nur schwer quantifizieren lässt. Nach der Gliederung der Gesundheitspersonalrechnung umfasst das „Gesundheitswesen im engeren Sinne“ Einrichtungen, die gesundheitsbezogene Güter und Dienstleistungen für den Endverbraucher bereitstellen. Dazu zählen z. B. Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder auch die öffentliche Verwaltung. Das „Gesundheitswesen im weiteren Sinne“ beinhaltet die Produzenten von Vorleistungen, zu denen u. a. die pharmazeutische, augenoptische und medizintechnische Industrie gehören (siehe Textkasten).

Bedeutung der Branche ist schwer zu quantifizieren

Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder bestehen aus drei Komponenten

Einen wichtigen Beitrag zur Quantifizierung der Bedeutung des Gesundheitswesens leisten die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen. Unter diesem Begriff werden Rechenwerke zusammengefasst, 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.¹

Bisher nur einfache Disaggregation der Bundesergebnisse

Seit den 90er-Jahren veröffentlicht das Statistische Bundesamt Ergebnisse der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen für Deutschland im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.² Ergebnisse auf Länderebene konnten daraus nur näherungsweise durch eine einfache Disaggregation – d. h. durch Aufteilung der Bundesergebnisse auf die Länder anhand ihrer Anteile an der deutschen Gesamtbevölkerung – berechnet werden. Allerdings weist das Gesundheitswesen in den einzelnen Bundesländern Besonderheiten auf, die bei dieser Berechnungsmethode nicht berücksichtigt werden konnten, sodass einige Bundesländer parallel eigene gesundheitsökonomische Rechenwerke entwickelten.

2009 Gründung der Länderarbeitsgruppe

Im Jahr 2009 wurde die Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder gegründet. Sie verfolgt das Ziel, Gesundheitsökonomische Gesamt-

rechnungen für die Bundesländer nach einer einheitlichen Methode zu erstellen. Die Berechnungsmethodik orientiert sich weitgehend an den Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen des Bundes. Den Besonderheiten des Gesundheitswesens in den einzelnen Ländern soll durch die weitestmögliche Einbeziehung länderspezifischer Daten Rechnung getragen werden. Wie die Gesundheitspersonalrechnung zeigt, können auf diese Weise aussagekräftigere Daten zum Gesundheitswesen der Länder gewonnen werden als bei einer einfachen Disaggregation anhand der Bundesergebnisse.

Das Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungssystem der Länder besteht aus drei Komponenten:

- Die **Gesundheitspersonalrechnung** dient der quantitativen Beschreibung der Beschäftigung im Gesundheitswesen. Die Beschäftigungsverhältnisse im Gesundheitswesen werden nach Einrichtungsarten differenziert dargestellt. Dabei werden neben den Einrichtungen des Gesundheitswesens im engeren Sinne auch die Vorleistungsindustrien einbezogen (siehe Textkasten).
- Die **Gesundheitsausgabenrechnung** soll über die Kosten im Gesundheitswesen informieren. Zu diesem Zweck werden die Ausgaben im Gesundheitswesen nach Ausgabenträgern ermittelt.
- Ziel des **Wertschöpfungsansatzes** ist es, den Anteil der Gesundheitswirtschaft an der gesamten Wirtschaftsleistung eines Landes zu bestimmen. Zu diesem Zweck müssen die Einrichtungen, die zur Gesundheitswirtschaft zählen, von anderen Wirtschaftseinheiten abgegrenzt werden, um anschließend ihre Wirtschaftskraft zu ermitteln.

Beschäftigung

Kosten

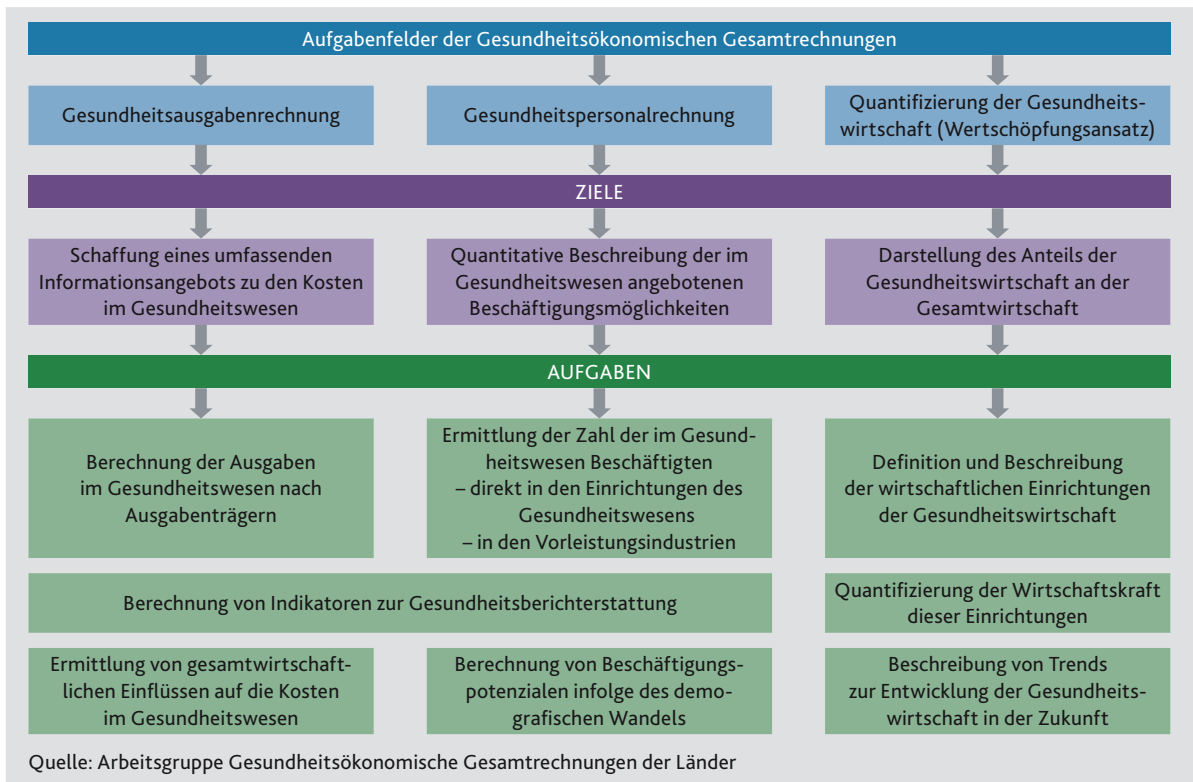
Anteil der Gesundheitswirtschaft an gesamter Wirtschaftsleistung

1 Ausführliche Informationen zu den Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen einschließlich der hier verwendeten Definitionen bietet die Internetseite der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL): www.ggrdl.de

2 Vgl. Knödler, R.: Gesundheitsökonomische Daten: Anbieter und Verwendungsmöglichkeiten. In: Statistische Monatshefte Baden-Württemberg 5/2010. S. 34-41.

G 1

Handlungsstrategien zur Entwicklung der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen auf Länderebene



Gesundheitspersonalrechnung zählt Beschäftigungsverhältnisse, keine Personen

2013 erste Berechnung nach länderübergreifendem Ansatz

Im Herbst 2013 legte die Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder erstmals eine Gesundheitspersonalrechnung vor, die für alle Länder der Arbeitsgruppe – Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen – nach einem einheitlichen Ansatz erstellt wurde. Die Ergebnisse beziehen sich auf die Jahre 2008 bis 2011.

Die Gesundheitspersonalrechnung der Länder fügt Daten aus verschiedenen Quellen in einem einheitlichen Rechenwerk zusam-

men.³ Sie verwendet zum einen Daten aus Erhebungen, die von den statistischen Ämtern selbst durchgeführt werden. Zentrale Quellen sind die Krankenhausstatistik und die Pflegestatistik des Bundes und der Länder. Zum anderen fließen Statistiken anderer Institutionen, wie z. B. der Ärztekammern, der Bundesagentur für Arbeit oder der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, in die Berechnungen ein. Das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen, das die Federführung innerhalb der Arbeitsgruppe innehat, konnte die benötigten Daten überwiegend zentral für alle Arbeitsgruppenmitglieder beschaffen. Um eine möglichst effiziente und einheitliche Bearbeitung der Gesundheitspersonalrechnung zu gewährleisten, wurden auch die Berechnungen zentral im sächsischen Landesamt durchgeführt.

Zentrale Datenbeschaffung und Berechnung

³ Quellen und Berechnungsmethoden sind in der Methodendokumentation detailliert dargestellt: Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL): Gesundheitspersonalrechnung auf Länderebene nach Einrichtungen. Kamenz 2013. Unter: http://www.ggrdl.de/ggr_methodisches_instrumentarium.html (abgerufen am 21.01.2014).

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.

Als Beschäftigte im Sinne der Gesundheitspersonalrechnung gelten Selbstständige und ohne Entgelt mithelfende Familienangehörige sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Nicht hinzugezählt werden ehrenamtlich Tätige sowie Beschäftigte, die als Beauftragte aus anderen Wirtschaftsbereichen – z. B. als Beschäftigte eines Handwerksunternehmens – in Einrichtungen des Gesundheitswesens arbeiten. Neben der Gesamtzahl der Beschäftigten wird die Zahl der weiblichen Beschäftigten sowie die Zahl der Vollzeitäquivalente ermittelt.

Vollzeitäquivalente teilweise durch einfache Disaggregation berechnet

Vollzeitäquivalente geben die Anzahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten an. Dabei entspricht eine Vollzeit beschäftigte Person einem Vollzeitäquivalent. Teilzeitbeschäftigte gehen mit einem Wert zwischen null und eins in die Berechnungen ein, der vom Umfang ihrer Arbeitszeit abhängt. Arbeitet eine Teilzeitkraft die Hälfte der tariflichen Arbeitszeit eines Vollzeitbeschäftigten, entspricht dies 0,5 Vollzeitäquivalenten. Länderspezifische Angaben zu den Vollzeitäquivalenten liegen nur für einen Teil der im Gesundheitswesen Beschäftigten vor. Daher werden die Vollzeitäquivalente bei einigen Einrichtungs-

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 Gesundheitshandwerk/-einzelhandel
 - 2.6 Ambulante Pflege
 - 2.7 Sonstige ambulante Einrichtungen
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. Vorleistungsindustrien

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

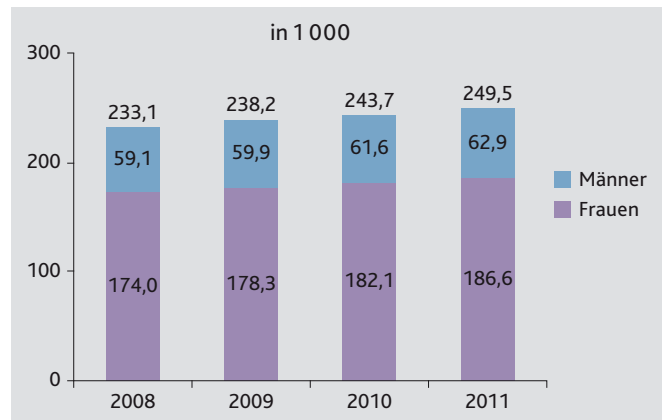
arten durch Übertragung der Bundesanteile auf länderspezifische Daten oder auch durch eine einfache Disaggregation der Bundesergebnisse mittels der Bevölkerungsanteile ermittelt.

In der Gesundheitspersonalrechnung der Länder werden die Beschäftigten des Gesundheitswesens sieben Einrichtungsarten zugeordnet. Die Untergliederung entspricht der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes. Der Bereich Gesundheitsschutz umfasst Einrichtungen der Kommunen, der Länder oder des Bundes, welche die Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren schützen sollen (u. a.

Sieben Einrichtungsarten

kommunale oder Landesgesundheitsämter, Lebensmittelüberwachung). Die ambulanten Einrichtungen sind noch tiefer in sogenannte „Zweisteller“ untergliedert. Dazu gehören Praxen von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie sonstigen medizinischen Berufen ebenso wie Apotheken, Gesundheitshandwerk bzw. -einzelhandel und ambulante Pflegeeinrichtungen. Auch der Bereich der stationären und teilstationären Einrichtungen ist weiter unterteilt; in diesem Bereich wird auf der Ebene der Zweisteller zwischen Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen unterschieden. Eine eigene Einrichtungsart bilden die Rettungsdienste, die für Krankentransport und Notfallrettung zuständig sind. Der Bereich Verwaltung umfasst die Einrichtungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, der Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung sowie Einrichtungen der Organisationen der Leistungserbringer (z. B. Kammern). Schließlich zählen zum Gesundheitswesen im engeren Sinne auch die sonstigen Einrichtungen, die anderen Wirtschaftszweigen angehören und Gesundheitsdienstleistungen oder Waren für den Endverbrauch anbieten. Als siebte Einrichtungsart berücksichtigt die Gesundheitspersonalrechnung die Vorleis-

G 2 Beschäftigte im Gesundheitswesen 2008–2011 nach Geschlecht



tungsindustrien des Gesundheitswesens, die keine Produkte für den Endverbrauch herstellen und daher als „Gesundheitswesen im weiteren Sinne“ bezeichnet werden. Hierzu gehören die pharmazeutische Industrie, die medizintechnische und augenoptische Industrie sowie der Bereich der medizinischen Laboratorien und des Großhandels.

Beschäftigung im Gesundheitswesen steigt

Von 2008 bis 2011 ist die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen kontinuierlich gestiegen. Dies gilt für alle sechs Bundesländer, die in der Gesundheitspersonalrechnung der Länder berücksichtigt wurden. Auch in der Wirtschaftskrise entwickelte sich die

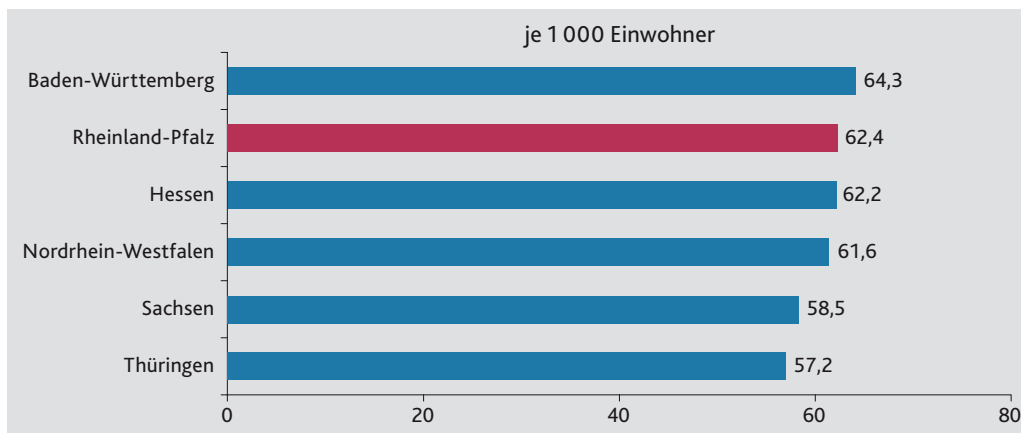
Beschäftigungsanstieg auch in der Wirtschaftskrise

T 1 Beschäftigte im Gesundheitswesen 2011 nach ausgewählten Bundesländern

Land	Insgesamt	Veränderung zu 2008	Je 1 000 Einwohner	Anteil der Frauen	Vollzeit-äquivalente
	1 000	%	Anzahl	%	1 000
Baden-Württemberg	693,7	6,6	64,3	73,8	520,2
Hessen	378,7	6,0	62,2	72,2	286,3
Nordrhein-Westfalen	1 098,9	6,6	61,6	74,9	817,1
Rheinland-Pfalz	249,5	7,0	62,4	74,8	184,5
Sachsen	241,9	7,0	58,5	76,3	189,7
Thüringen	127,0	6,9	57,2	76,3	101,1

G 3

Beschäftigte im Gesundheitswesen 2011 nach ausgewählten Bundesländern



Beschäftigung im Gesundheitswesen positiv, obwohl die Erwerbstätigenzahlen in den meisten Bundesländern 2009 unter dem Vorjahresniveau lagen.

Beschäftigungszunahme in allen sechs Ländern

Im rheinland-pfälzischen Gesundheitswesen waren 2011 rund 249 500 Beschäftigte tätig, das waren 16 400 mehr als 2008. Der prozentuale Beschäftigungsanstieg bewegte sich in allen sechs Bundesländern in einer ähnlichen Größenordnung: Sachsen und Rheinland-Pfalz standen mit einer Beschäftigungszunahme von insgesamt sieben Prozent zwischen 2008 und 2011 an der Spitze. Am geringsten fiel der Zuwachs in Hessen mit sechs Prozent aus.

Teilzeitbeschäftigung hat in Rheinland-Pfalz den höchsten Stellenwert

62,4 Beschäftigte im Gesundheitswesen je 1 000 Einwohner

Da Vergleiche der absoluten Beschäftigtenzahlen aufgrund der unterschiedlichen Größe der Bundesländer nicht sinnvoll sind, werden die Beschäftigten im Gesundheitswesen auf die Einwohnerzahl des jeweiligen Bundeslandes bezogen. Im Jahr 2011 kamen in Rheinland-Pfalz 62,4 Beschäftigte im Gesundheitswesen auf 1 000 Einwohner. Damit lag das Land an zweiter Stelle hinter Baden-Württemberg, das 64,3 Beschäftigte

im Gesundheitswesen je 1 000 Einwohner aufwies. Hessen und Nordrhein-Westfalen belegten mit 62,2 bzw. 61,6 Beschäftigten je 1 000 Einwohner die Ränge drei und vier. Sachsen und Thüringen folgten mit etwas Abstand (58,5 bzw. 57,2 Beschäftigte je 1 000 Einwohner).

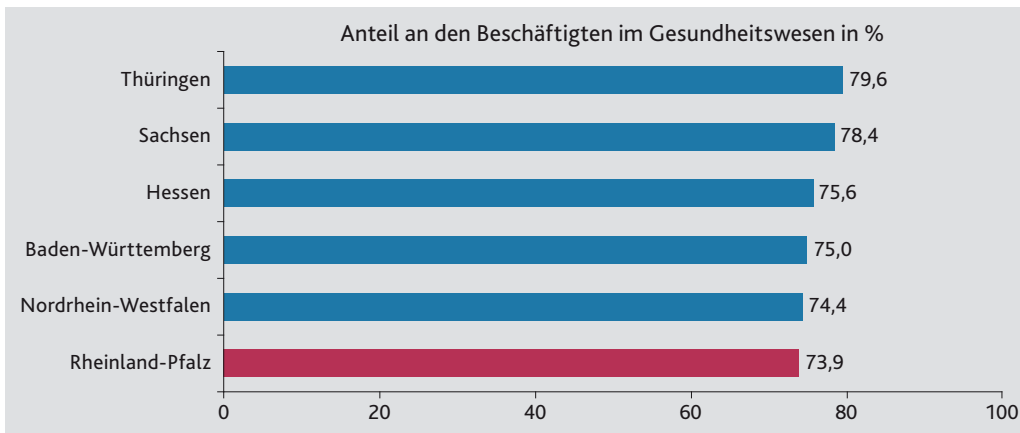
Angesichts der geringen Differenzen zwischen den vier alten Bundesländern und dem etwas größeren Abstand zu den beiden neuen Bundesländern stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse Ausdruck struktureller Unterschiede zwischen dem Gesundheitswesen in den alten und den neuen Ländern sein könnten. Anhand der geringen Zahl von sechs Bundesländern, die bislang an der Gesundheitspersonalrechnung der Länder beteiligt sind, lassen sich hierzu keine belastbaren Aussagen treffen. Eine Ausdehnung der Gesundheitspersonalrechnung auf alle Bundesländer würde in diesem Zusammenhang neue Untersuchungsperspektiven eröffnen.

Auch bei der Auswertung der Beschäftigten nach Vollzeitäquivalenten könnten sich strukturelle Unterschiede zwischen alten und neuen Ländern ergeben. Für den Ländervergleich wurden die Vollzeitäquivalente

Thüringen mit Höchstwert bei Vollzeitäquivalenten

G 4

Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten im Gesundheitswesen 2011 nach ausgewählten Bundesländern



zur Gesamtzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Relation gesetzt. Je höher die Zahl der Vollzeitäquivalente im Vergleich zur Beschäftigtenzahl ist, desto geringer ist die Bedeutung der Teilzeitbeschäftigung in einem Land. Den höchsten Wert wies Thüringen auf; hier erreichte die Zahl der Vollzeitäquivalente 80 Prozent der Beschäftigtenzahl des Gesundheitswesens. Es folgte Sachsen mit gut 78 Prozent. Die vier alten Länder wiesen Werte zwischen 74 und knapp 76 Prozent auf. In Rheinland-Pfalz war der Wert am geringsten, d. h. Teilzeitbeschäftigung hatte hier einen höheren

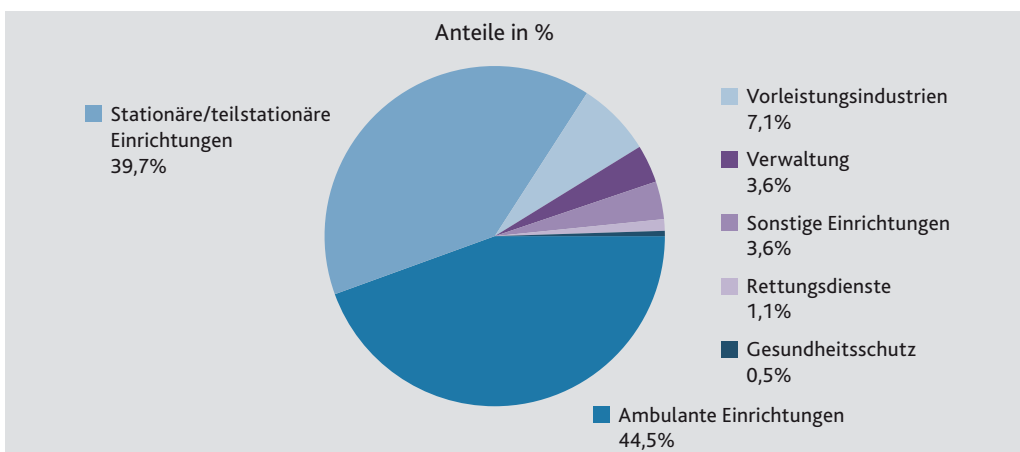
Stellenwert als in den übrigen fünf Bundesländern.

Eine große Bedeutung hat die Teilzeitbeschäftigung in den stationären und teilstationären Einrichtungen. Hier erreichten die Vollzeitäquivalente in Rheinland-Pfalz 2011 nur 70 Prozent der Beschäftigtenzahl. Auch in Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein-Westfalen war der Quotient aus Vollzeitäquivalenten und Beschäftigtenzahlen in dieser Einrichtungsart am niedrigsten. In Sachsen und Thüringen war Teilzeitbeschäftigung in den ambulanten Einrichtungen am weitesten verbreitet.

Teilzeitbeschäftigung in stationären und teilstationären Einrichtungen weit verbreitet

G 5

Beschäftigte im Gesundheitswesen 2011 nach Art der Einrichtung



Ambulante Einrichtungen haben die meisten Beschäftigten

Personalverteilung in allen Ländern ähnlich

Die Verteilung des Personals auf die verschiedenen Einrichtungsarten des Gesundheitswesens ist in den sechs Bundesländern ähnlich. Die ambulanten Einrichtungen hatten 2011 überall den größten Anteil an der Gesamtbeschäftigtenzahl. In Rheinland-Pfalz belief er sich auf 45 Prozent. An zweiter Stelle folgte in allen Ländern der Bereich der stationären und teilstationären Einrichtungen. In Rheinland-Pfalz waren 2011 rund 40 Prozent der Beschäftigten in dieser Einrichtungsart tätig.

Größere Unterschiede zwischen den Bundesländern ergeben sich hinsichtlich der Bedeutung der Vorleistungsindustrien. Den höchsten Anteil an den Beschäftigten im Gesundheitswesen hatten die Vorleistungsindustrien 2011 in Baden-Württemberg mit elf Prozent. Danach folgten Hessen mit 9,9 Prozent und Rheinland-Pfalz mit 7,1 Prozent. Am niedrigsten war der Anteil der Vorleistungsindustrien in Sachsen mit vier Prozent. Die vier übrigen Einrichtungsarten haben jeweils nur einen geringen Anteil an der Beschäftigung im Gesundheitswesen. In

Rheinland-Pfalz belief sich ihr Anteil 2011 zusammen auf 8,8 Prozent.

Gesundheitswesen ist eine Frauendomäne

Das Gesundheitswesen ist eine „Frauendomäne“. Etwa drei Viertel aller Beschäftigten im Gesundheitswesen sind weiblich. Im Jahr 2011 wiesen Thüringen und Sachsen mit jeweils 76 Prozent den höchsten Frauenanteil auf. Nur geringfügig niedriger war der Anteil in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz mit 75 Prozent. Am niedrigsten fiel der Frauenanteil im hessischen Gesundheitswesen aus (72 Prozent).

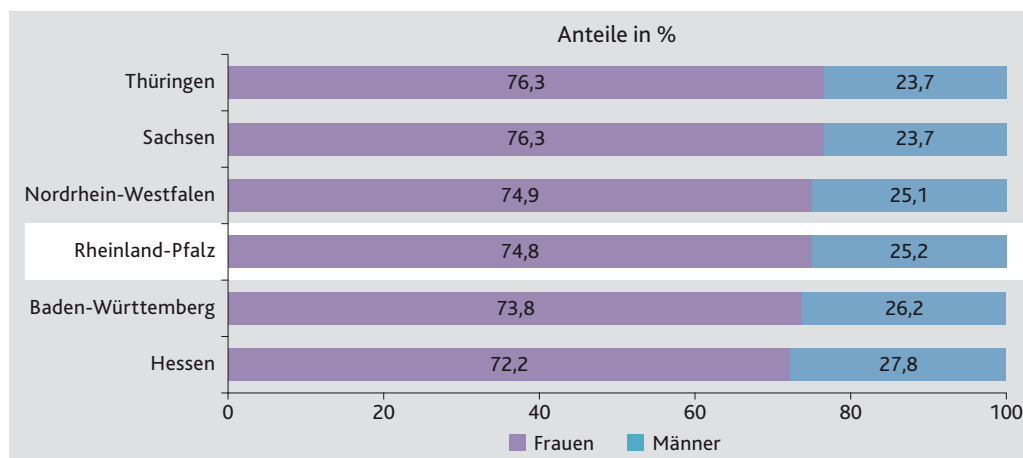
Drei Viertel der Beschäftigten sind Frauen

Hinsichtlich des Frauenanteils an den Beschäftigten bestehen große Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten des Gesundheitswesens. Die beiden größten Bereiche des Gesundheitswesens, die ambulanten sowie die stationären und teilstationären Einrichtungen, wiesen in allen sechs Bundesländern hohe Frauenanteile auf. In Rheinland-Pfalz verzeichneten die stationären und teilstationären Einrichtungen 2011 mit 80 Prozent den Spitzenwert. Es folgten die ambulanten Einrichtungen mit 79 Pro-

Rettungsdienste mit niedrigstem Frauenanteil

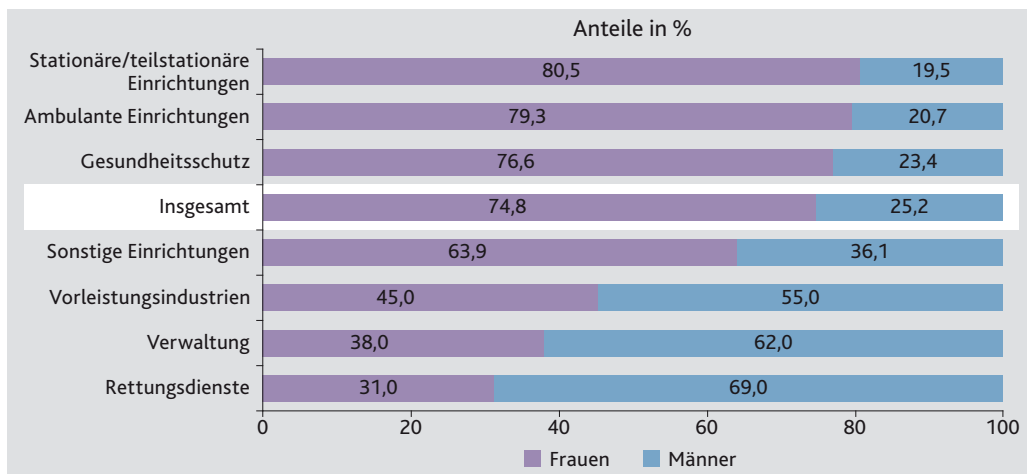
G 6

Beschäftigte im Gesundheitswesen 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Bundesländern



G7

Beschäftigte im Gesundheitswesen 2011 nach Geschlecht und Art der Einrichtung



zent. Die Rettungsdienste sind der Bereich mit dem niedrigsten Anteil weiblicher Beschäftigter. Länderspezifische Angaben zum Frauenanteil liegen bei dieser Einrichtungsart nicht vor. In Deutschland belief sich der Frauenanteil an den Beschäftigten der Rettungsdienste 2011 auf 31 Prozent. Auch in der Verwaltung waren Frauen unterrepräsentiert – in Rheinland-Pfalz lag ihr Anteil 2011 bei 38 Prozent.

Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen werden weiterentwickelt

Gesundheitspersonalrechnung in Zukunft regelmäßig

Die erstmalige Veröffentlichung einer länderübergreifend vergleichbaren Gesundheitspersonalrechnung bedeutet einen wichtigen Fortschritt für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Die Entwicklung eines einheitlichen Rechenwerkes und die Zentralisierung der Datenbeschaffung ermöglichen es, die Berechnungen in Zukunft regelmäßig parallel für mehrere Bundesländer durchzuführen. Der Prozess ist so organisiert, dass es mit vergleichsweise geringem Aufwand möglich wäre, weitere Länder in die Berechnungen einzubinden. Da die Daten ihr analytisches Potenzial erst

dann voll entfalten werden, wenn vergleichbare Ergebnisse für eine größere Zahl von Ländern vorliegen, ist die Erweiterung des Teilnehmerkreises ein Ziel der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder.

Neben der Weiterentwicklung der Gesundheitspersonalrechnung wird sich die Arbeitsgruppe 2014 mit der Konzeption einer länderübergreifend vergleichbaren Gesundheitsausgabenrechnung befassen. Das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen wird federführend für die Arbeitsgruppe ein einheitliches Rechenwerk entwickeln und die Daten beschaffen, die zentral zu gewinnen sind. Sofern es gelingt, noch fehlende Informationen aus dezentralen Quellen in den Bundesländern zu ergänzen, wird es auch in diesem Jahr weitere Fortschritte bei der Etablierung eines Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungssystems der Länder geben.

Länderübergreifende Konzeption einer Gesundheitsausgabenrechnung

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