

Die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder – Erste Ergebnisse für Bayern

Dr. Miriam Orlowski

Seit 2016 ist Bayern Mitglied in der Arbeitsgruppe der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL). Der Arbeitsgruppe gehören noch elf weitere Bundesländer sowie das Statistische Bundesamt an. Die AG GGRdL liefert Daten über die quantitative Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, indem jährlich Ergebnisse zum Gesundheitspersonal, zu den Gesundheitsausgaben und zur Bruttowertschöpfung und den Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft bereitgestellt werden. Dieser Artikel liefert einen Überblick zu den Zielen und Aufgaben der Arbeitsgruppe sowie zu den wichtigsten methodischen Vorgehensweisen und ausgewählten Ergebnissen.

Einleitung

Mit einer Bruttowertschöpfung von 272,6 Milliarden Euro machte die Gesundheitswirtschaft 2015 einen Anteil von 10% an der deutschen Gesamtwirtschaft aus.¹ Der Anteil an Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft lag bei 13,1% (5,6 Millionen Erwerbstätige). Nicht zuletzt zeigt die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft deren Stabilität und Potenzial. Die Zahl der Erwerbstätigen ist seit 2008 im Schnitt um 1,6% jährlich gewachsen. Noch stärker fällt das Wachstum der Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft aus. Die Bruttowertschöpfung wuchs mit konstant positiven Wachstumsraten um jährlich im Schnitt 4,4%.

Einen ähnlich steigenden Trend verzeichnen die Ausgaben für Gesundheit. Aufgrund verschiedenster Determinanten, darunter der demographische Wandel, ein steigendes Gesundheitsbewusstsein und höhere Kosten des technischen Fortschritts, haben sich auf Bundesebene die Ausgaben für Gesundheit zwischen 1992 und 2014 mehr als verdoppelt.² Die Finanzierung der wachsenden Ausgaben stellt das Gesundheitssystem vor immer größere Herausforderungen.

Seit 2009 erstellt die Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG

GGRdL) Konzepte für Gesamtrechnungen auf Bundeslandebene. Verschiedene Faktoren wie Altersstruktur und Einkommen bewirken eine unterschiedliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft und deren Teilbereichen in den Bundesländern. Im Jahr 2013 lag der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung (Pflegequote) bundesweit am niedrigsten in Bayern bei 2,6%, in Sachsen bei 3,7% und in Mecklenburg-Vorpommern bei 4,5%. Die stationäre und ambulante Pflege und damit das Gesundheitspersonal und die Gesundheitsausgaben bekommen dementsprechend eine sehr unterschiedliche Bedeutung. Diese Länderunterschiede machen eine separate Betrachtung für ein differenziertes Bild des Gesundheitswesens notwendig.

Die Arbeitsgruppe der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder

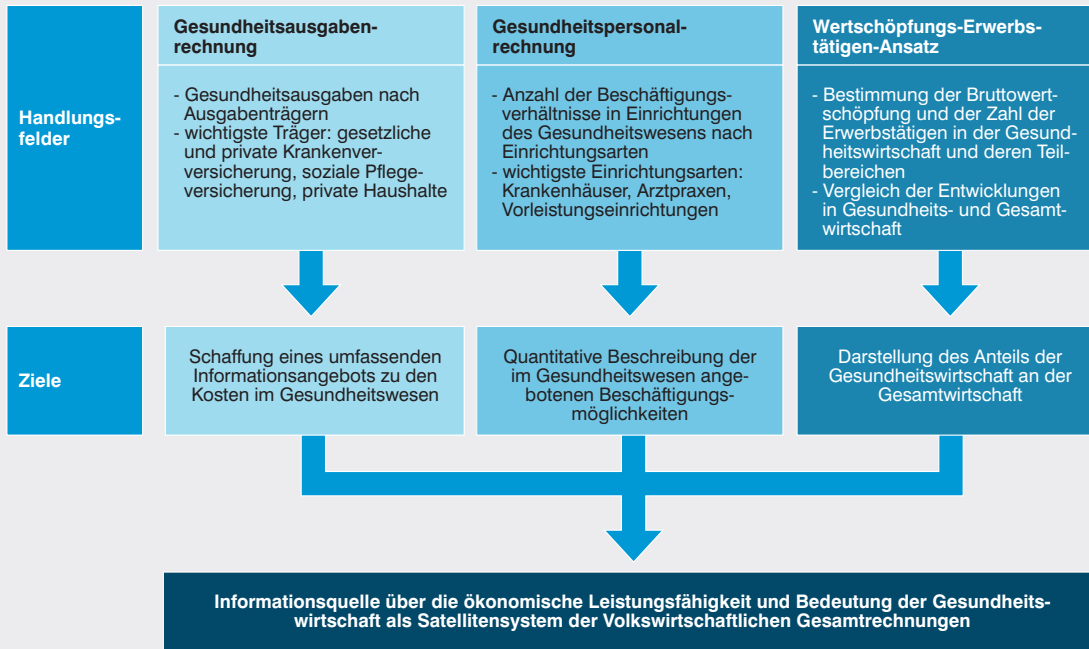
Im Jahr 2009 wurde unter Federführung des Statistischen Landesamts des Freistaates Sachsen die Gründung einer Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) beschlossen. Die GGRdL sind dabei als Satellit der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) konzipiert. Bis 2016 ist die Anzahl der teilnehmenden Bundesländer auf elf gewachsen. Neben dem Statistischen Bundesamt und den Landesämtern Sachsen, Thüringen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Hamburg und Baden-Württem-

¹ Ergebnisse beziehen sich auf die Veröffentlichung des Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatzes der AG GGRdL 2016. Für den hier genannten Deutschlandwert wird die Summe aller 16 Länder verwendet. Für ausführliche Ergebnisse siehe www.ggrdl.de.

² Für ausführliche Ergebnisse siehe www.gbe-bund.de (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Abgerufen am 30. September 2016.

Abb. 1

Handlungsfelder der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder



berg waren 2016 die letzten Zugänge das Bayerische Landesamt für Statistik und das Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg.

Die Handlungsfelder der AG GGRdL umfassen die Gesundheitsausgabenrechnung, die Gesundheitspersonalrechnung und den Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz (vgl. Abbildung 1). In allen drei Teilbereichen werden unterschiedliche Datenquellen zusammengeführt, um die ökonomische Bedeutung des Gesundheitswesens hinsichtlich verschiedener Aspekte zu quantifizieren. Während die Gesundheitsausgabenrechnung die finanziellen Herausforderungen des Gesundheitswesens beleuchtet, gibt die Gesundheitspersonalrechnung Aufschluss über die Beschäftigungsmöglichkeiten in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Der Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz dagegen fokussiert die gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, indem deren Bruttowertschöpfung und Erwerbstätige berechnet werden.

Um die Einheitlichkeit von Methodik und Datengrundlage sicher zu stellen, werden alle drei Teilbereiche jeweils zentral für alle Bundesländer berech-

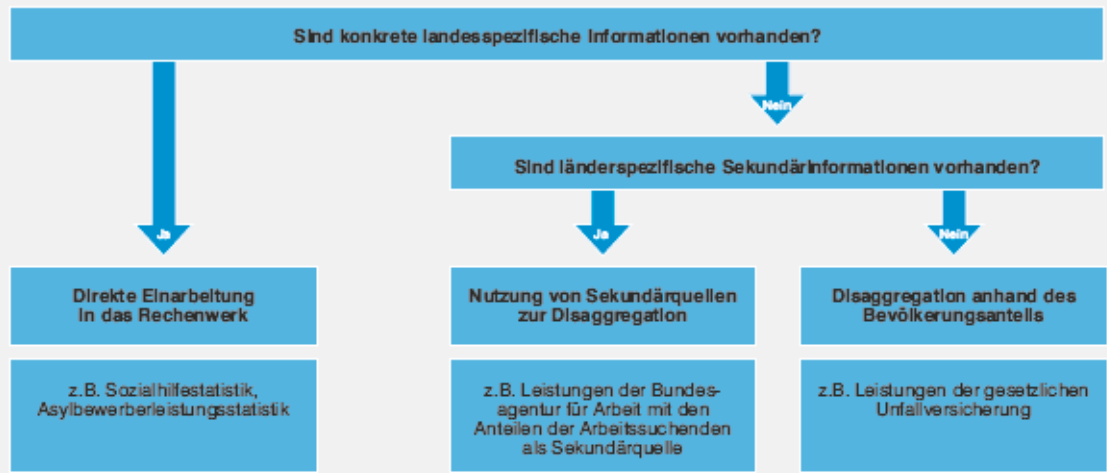
net. Bis zum Jahr 2016 wurden alle Berechnungen vom federführenden Land Sachsen durchgeführt, wo auch sämtliche Rechenwerke entwickelt wurden. Mit dem Beitritt des Bayerischen Landesamts für Statistik konnte Bayern die Gesundheitsausgabenrechnung als Koordinierungsaufgabe übernehmen und entwickelt fortan die Rechenwerke in Zusammenarbeit mit dem federführenden Land Sachsen und den AG-Mitgliedern weiter.

In der Methodik wird generell ein sog. Bottom-up-Ansatz, d. h. die Nutzung landesspezifischer Daten, bevorzugt. Wenn die Datenverfügbarkeit dies jedoch nicht zulässt, kommt der sog. Top-down-Ansatz zum Tragen (vgl. Abbildung 2). Hier werden Bundesergebnisse entweder durch eine qualifizierte Disaggregation anhand von Sekundärquellen oder durch eine einfache Disaggregation anhand der Bevölkerung auf die Bundesländer geschlüsselt.

Nachfolgend werden die einzelnen Komponenten der GGRdL kurz dargestellt.

Die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) weist Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern aus.

Abb. 2
Entscheidungsalgorithmus zum methodischen Vorgehen



3 Vgl. OECD, Eurostat, WHO (2011), A System of Health Accounts, OECD Publishing.

4 Weigel, J., Meise, S.; Dr. Richter, B.: Gesundheitsausgaben im Ländervergleich 2008 bis 2013 – Realisierung eines länderübergreifenden Ansatzes. In: Statistik in Sachsen Heft 2/2014, S. 38–47.

5 Dies ist ein Unterschied zur Erwerbstätigenrechnung (ETR), in der das Personenkonzept zugrunde gelegt wird. D.h. bei den Erwerbstätigen (so auch beim Handlungsfeld WSE) wird eine Person mit mehreren Beschäftigungsverhältnissen nur einmal mit ihrer überwiegenden Tätigkeit gezählt. Für eine genaue Beschreibung der Methodik der ETR siehe die Homepage des Arbeitskreises Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder unter www.ak-etr.de.

Das Konzept der Berechnung lehnt sich eng an das Vorgehen des Statistischen Bundesamts an, das sich wiederum an internationalen Standards der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD), der World Health Organisation (WHO) und der europäischen Statistikbehörde Eurostat orientiert (System of health accounts).³ Die Gesundheitsausgaben umfassen „alle Käufe von Waren und Dienstleistungen, die zum Zweck der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege getätigt werden sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens.“⁴

Die Ausgaben des erweiterten Leistungsbereichs umfassen Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen und Leistungen für Forschung und Ausbildung. Diese Ausgaben werden bisher nicht separat für die Länder berechnet, sondern durch Disaggregation des Bundeswertes ermittelt. Alle Berechnungen erfolgen nach dem Inländerkonzept, d.h. es werden Ausgaben berücksichtigt, die von Inländern verursacht werden. Als Datenquellen werden u. a. die Statistik der Sozialhilfe, die Asylbewerberstatistik, Daten des GKV-Spitzenverbands, die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe und der Mikrozensus genutzt (vgl. Infokasten 1).

Die Gesundheitspersonalrechnung (GPR) weist Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheitswesens nach Einrichtungsarten aus, wobei unter Beschäftigten hier Beschäftigungsverhältnisse verstanden werden. Übt eine Person mehrere Beschäftigungsverhältnisse gleichzeitig aus, werden diese separat berücksichtigt.⁵ Das Gesundheitspersonal wird nach Einrichtungen gemäß der Klassifikation der Gesundheitseinrichtungen (system of health accounts – health provider) der OECD ausgewiesen. Datengrundlage bilden bspw. die Daten der Bundesagentur für Arbeit und die Ärztestatistik (vgl. Infokasten 2). Neben den Einrichtungsarten werden in der GPR auch Beschäftigte nach Geschlecht und die Zahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) ermittelt. VZÄ geben an, wie

Infokasten 1: Gliederung der Gesundheitsausgabenrechnung

1. Öffentliche Haushalte
 - 1.1 Leistungen der Sozialhilfe
 - 1.2 Asylbewerberleistungen
 - 1.3 Leistungen der Kriegsopferversorge
 - 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

viele Vollzeitstellen sich hypothetisch aus der Summe der Beschäftigungsverhältnisse ergeben würden. Sie werden unter Nutzung von Informationen zu Arbeitszeiten u. a. auf Basis des Mikrozensus berechnet.

Der Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz (WSE) stellt Daten zur Bruttowertschöpfung und zur Zahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft bereit. Im Jahr 2016 lagen erstmals Berechnungen unter der Federführung Sachsens vor. Über ein Mandatsverfahren konnten hier auch alle nicht in der AG beteiligten Bundesländer gewonnen werden, sodass für alle Bundesländer bis 2015 Ergebnisse zur Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft vorliegen.

Entgegen dem Vorgehen in GAR und GPR wird im WSE nicht die Klassifikation der OECD zur Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft verwendet, sondern die Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008). Eine wirtschaftszweigbasierte Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft ermöglicht die Nutzung qualitativ hochwertiger und tief gegliederter Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen der Länder (VGRdL) (WZ 2-Stellerebene) und der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten der Bundesagentur für Arbeit (WZ 5-Steller). Die Gesundheitswirtschaft kann als Querschnittsbranche keinem einzelnen Wirtschaftszweig zugeordnet werden. Vielmehr setzt sich das Gesundheitswesen aus ganzen Wirtschaftsbereichen (WZ Q: Gesundheits- und Sozialwesen) und Teilbereichen anderer Wirtschaftsbereiche zusammen (z.B. Herstellung von Behindertenfahrzeugen aus WZ C: Verarbeitendes Gewerbe). Wenn Wirtschaftsbereiche nicht komplett der Gesundheitswirtschaft zugeordnet werden, werden die 2-Steller Ergebnisse der VGR anhand verschiedener Methoden mithilfe von Sekundärinformationen auf die 5-Steller Untergruppen geschlüsselt.⁶ Die entsprechenden Teilbereiche werden dann zur Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft addiert.

Ausgewählte Ergebnisse der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen

Nachfolgend wird ein kurzer Überblick zu den wichtigsten aktuellen Ergebnissen gegeben. Detaillierte Ergebnisse sind auf dem Internetauftritt der AG unter www.ggrdl.de zu finden.



Infokasten 2: Gliederung 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. Einrichtungen der ambulanten Pflege
3. Stationäre und teilstationäre Einrichtungen
 - 3.1. Krankenhäuser
 - 3.2. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
 - 3.3. Stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen
4. Rettungsdienste
5. Verwaltung
6. Sonstige Einrichtungen
7. Vorleistungseinrichtungen

Gesundheitsausgabenrechnung

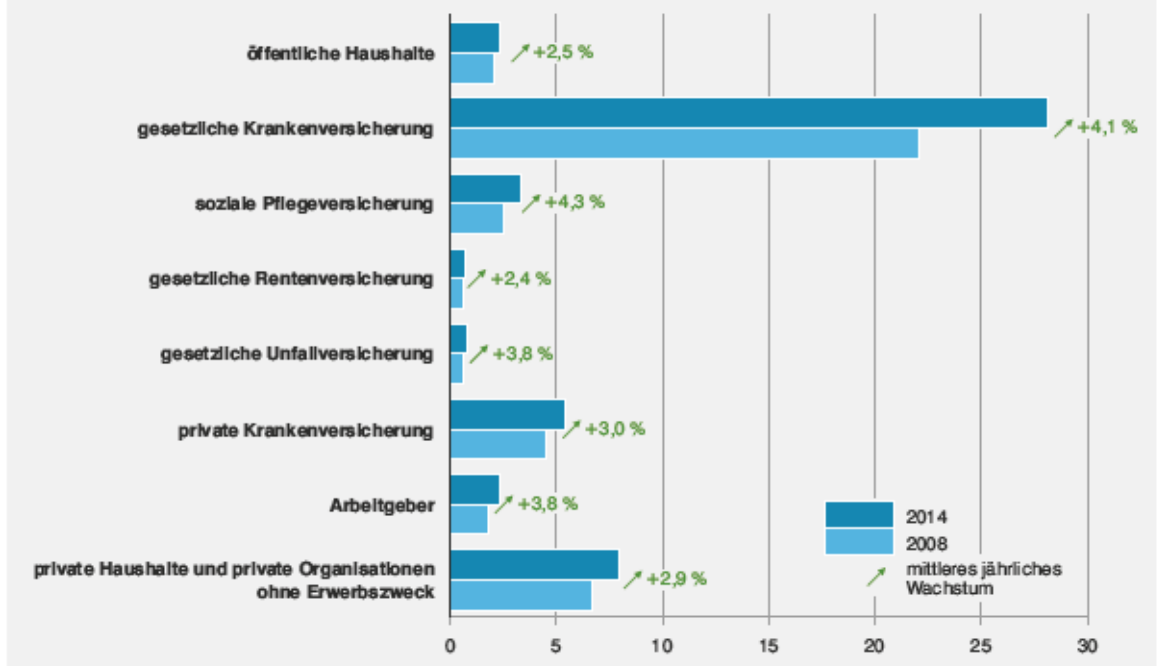
Die bayerischen Gesundheitsausgaben sind seit 2008 stetig gestiegen und überstiegen 2014 erstmals die 50-Milliarden-Grenze. Abbildung 3 zeigt die bayerischen Gesundheitsausgaben für die Jahre 2008 und 2014 mit mittleren jährlichen Wachstumsraten für diesen Zeitraum nach Ausgabenträger. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind mit über 20 Milliarden die höchsten Ausgaben, gefolgt von den privaten Haushalten und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck sowie der privaten Krankenversicherung. Bei allen Ausgabenträgern wurden steigende Gesundheitsausgaben im betrachteten Zeitraum ermittelt. Das stärkste mittlere jährliche Ausgabenwachstum wurde in der sozialen Pflegeversicherung mit 4,3% ermittelt. Die gesetzliche Rentenversicherung hat das geringste Ausgabenwachstum mit 2,4%.

Gesundheitspersonalrechnung

In bayerischen Einrichtungen des Gesundheitswesens wurden 2014 insgesamt rund 823 000 Beschäftigte gezählt. Diese Zahl ist seit 2008 stetig gestiegen. Abbildung 4 zeigt das Gesundheitspersonal nach Einrichtungsarten 2014 in Bayern. Insgesamt wurden in Bayern 823 200 Beschäftigte in den Einrichtungen des Gesundheitswesens ermittelt. Den größten Anteil machen dabei die Beschäftigten in

⁶ Für eine genaue Auflistung der Wirtschaftsbereiche, die der Gesundheitswirtschaft zugeordnet werden, siehe Methodendokumentation des WSE: http://www.ggrdl.de/GGR/Q_P_VI_meth_2016.pdf

Abb. 3
Gesundheitsausgaben in Bayern 2008 und 2014 nach Ausgabenträger
 in Milliarden Euro



ambulanten Einrichtungen aus (349 600), worunter die Meisten in medizinischen Praxen und in der ambulanten Pflege tätig sind. Ebenfalls sehr bedeutend sind stationäre und teilstationäre Einrichtungen mit insgesamt 293 300 Beschäftigten, darunter Krankenhäuser, stationäre und teilstationäre Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen.

Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz

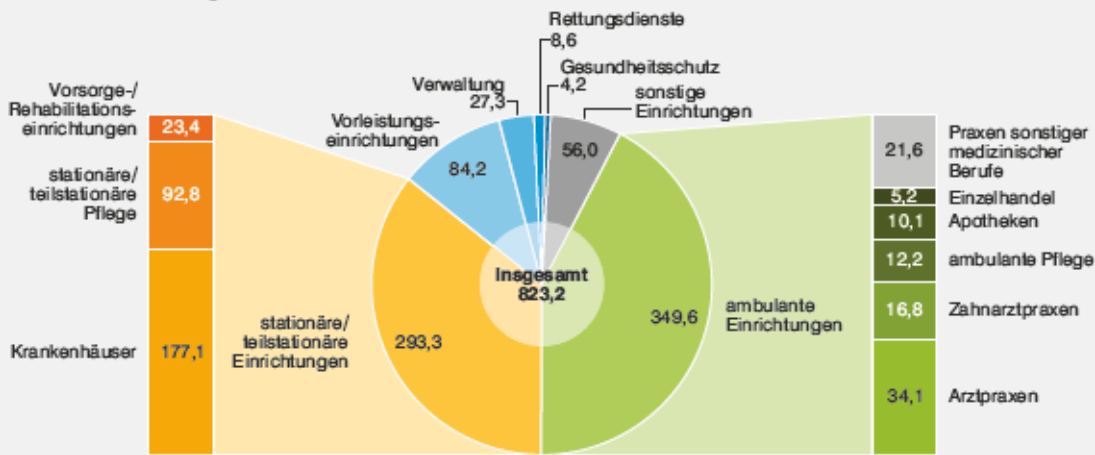
Das Gesundheitswesen ausschließlich als Kostenträger zu betrachten wird der gesamtwirtschaftlichen Bedeutung dieses Wirtschaftsbereiches nicht gerecht. Daher wird im Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz aufgezeigt, wie viel Bruttowertschöpfung im Gesundheitswesen generiert wird und wie viele Erwerbstätige dort beschäftigt sind.⁷ Abbildung 5 gibt den Index der preisbereinigten Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft und in der Gesundheitswirtschaft, sowie den Anteil der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft im Zeitverlauf wieder. Der Gesundheitswirtschaft in Bayern ist insgesamt in 2015 eine Bruttowertschöpfung von 39,8 Milliarden Euro zuzuschreiben. Dies macht 8,1 % der Bruttowertschöpfung der Gesamtwirtschaft in Bayern aus.

Abbildung 5 zeigt, dass dieser Anteil im Zeitverlauf relativ stabil ist. Zwischen 2008 und 2010, der Zeit der weltweiten Wirtschafts- und Finanzkrise, zeigt sich die Widerstandsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft. Während in diesem Zeitraum die gesamtwirtschaftliche Bruttowertschöpfung in Deutschland um rund 5 % eingebrochen ist, war der Rückgang der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft mit 0,2 % äußerst moderat. Ab 2010 weisen Gesundheits- und Gesamtwirtschaft eine steigende Bruttowertschöpfung mit relativ ähnlichen Wachstumsraten auf.

Abbildung 6 zeigt die Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft und der Gesamtwirtschaft, sowie den Anteil der Erwerbstätigen der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft im Zeitverlauf. Auch hier liegt der Anteil der Erwerbstätigen relativ stabil zwischen 11 % bis 12 % mit steigender Tendenz. Sowohl die Zahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft als auch in der Gesamtwirtschaft wachsen mit ähnlichen Wachstumsraten. Der größte Unterschied zwischen Gesundheits- und Gesamtwirtschaft ist erneut in den Jahren der Finanzkrise (2008 bis 2010) zu erkennen. Hier ist die Zahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft trotz Krise gewachsen,

7 Zu beachten ist hier die unterschiedliche Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft in GPR und WSE. Während die GPR Gesundheitspersonal bzw. Beschäftigungsverhältnisse in Gesundheitseinrichtungen betrachtet (gemäß Abgrenzung der OECD), werden im WSE die Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft gemäß einer wirtschaftszweigbasierten Abgrenzung gezählt. Da die Gesundheitswirtschaft als solche eine Querschnittsbranche ist, ist die Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft im WSE breiter gefasst als die Eingrenzung auf Einrichtungsarten. Zur Gesundheitswirtschaft zählen bspw. auch anteilig Taxiunternehmen oder Fahrzeughersteller.

Abb. 4
Gesundheitspersonal in Bayern 2014 nach Art der Einrichtung
 in Tausend Beschäftigten



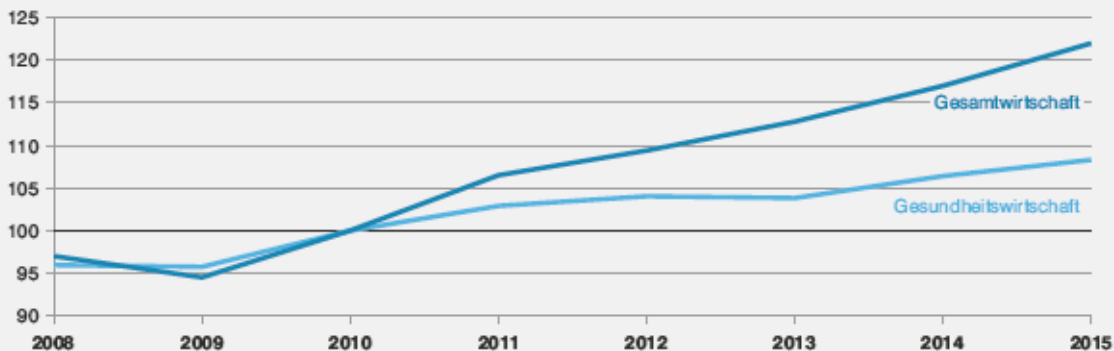
während die der Erwerbstätigen in der Gesamtwirtschaft stagnierte.

Zusammenfassung – Gesundheitswirtschaft in Bayern

Seit 2016 ist das Bayerische Landesamt für Statistik Mitglied in der Arbeitsgruppe der Gesundheits-

ökonomischen Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL). Diese liefert jährlich Daten zu den Gesundheitsausgaben, dem Gesundheitspersonal und der Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft. Damit wird eine Basis für die quantitative Beurteilung der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft bereitgestellt. Bayern hat 2016

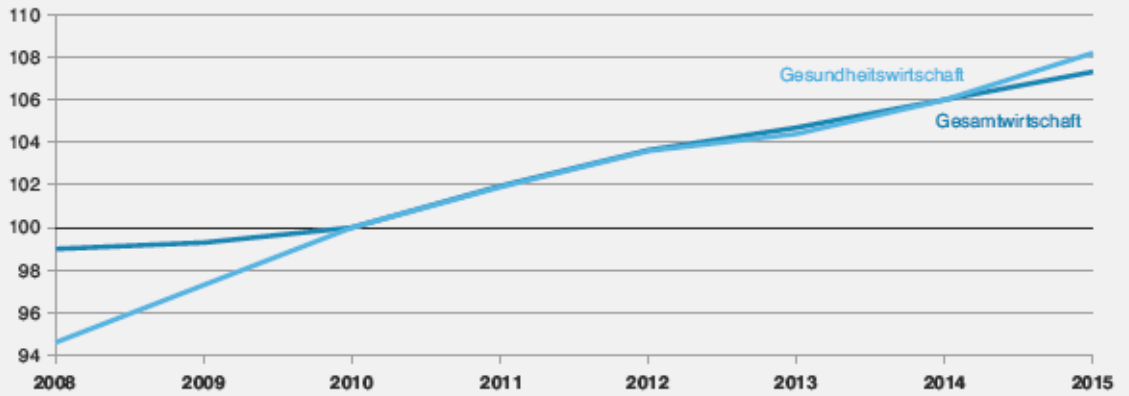
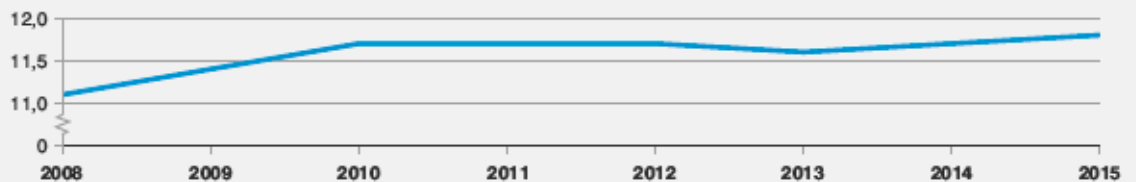
Abb. 5
Index Bruttowertschöpfung in der bayerischen Gesundheits- und Gesamtwirtschaft seit 2008
 preisbereinigt, 2010 = 100



Anteil der Bruttowertschöpfung der bayerischen Gesundheits- und Gesamtwirtschaft seit 2008 an der Gesamtwirtschaft
 in Prozent



Abb. 6

Index der Erwerbstätigen in der bayerischen Gesundheitswirtschaft im engeren Sinne seit 2008
 2010 $\hat{=}$ 100

Anteil der Erwerbstätigen der bayerischen Gesundheitswirtschaft im engeren Sinne an der Gesamtwirtschaft seit 2008
 in Prozent


als Koordinierungsaufgabe die Berechnung der Gesundheitsausgabenrechnung der Länder übernommen.

Insgesamt zeigt sich in allen Bereichen des Gesundheitspersonals, der Gesundheitsausgaben und der Bruttowertschöpfung ein steigender Trend. Dies zeigt einerseits wachsende Herausforderungen in

der Finanzierung des Gesundheitssystems und andererseits ein enormes Beschäftigungs- und Wachstumspotential. Die Gesundheitswirtschaft ist vergleichsweise robust gegen wirtschaftliche Krisen und wird voraussichtlich durch Faktoren wie den demographischen Wandel immer größere Bedeutung in der Gesamtwirtschaft einnehmen.