

Gesundheitswirtschaft trägt knapp zwölf Prozent zur gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung bei



Von Melanie Nofz

Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft nimmt – nicht zuletzt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – stetig zu. Deshalb gibt es ein wachsendes Interesse an Daten zur Wirtschaftsleistung und zur Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft. Dieser Datenbedarf lässt sich nicht direkt aus den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und der Erwerbstätigenrechnung decken, weil die Gesundheitswirtschaft in der Wirtschaftszweigsystematik (WZ 2008) nicht als eigenständiger Wirtschaftszweig ausgewiesen ist. Aus diesem Grund beschäftigt sich die Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ damit, die Bruttowertschöpfung und die Erwerbstätigkeit in der Gesundheitswirtschaft im volkswirtschaftlichen Kontext darzustellen. In diesem Jahr wurden erstmals Ergebnisse für alle 16 Bundesländer vorgelegt. Sie zeigen die große und wachsende volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, aber auch die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern.

Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen auf Länderebene

Fragestellungen der Gesundheitswirtschaft und des Gesundheitswesens werden behandelt

Die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen sind Rechenwerke, die sich mit Fragestellungen des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft befassen.¹ Sie informieren über die Art und den Umfang der im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen (Gesundheitsausgabenrechnung) sowie über die hierfür eingesetzten Personalressourcen (Gesundheitspersonalrechnung). Darüber hinaus wird mit der Berechnung der Bruttowertschöpfung und der Zahl der Erwerbstätigen die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft auf-

gezeigt. Die von den Statistischen Ämtern der Länder Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen (Federführung) und Thüringen gegründete Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ verfolgt das Ziel, Daten auch auf Länderebene bereitzustellen. Mit dem Beitritt der Statistischen Ämter der Länder Bayern, Berlin/Brandenburg sowie Hamburg/Schleswig-Holstein umfasst die Arbeitsgruppe derzeit elf Bundesländer.

Für diese Länder wurden 2016 Ergebnisse zur Gesundheitspersonal- und zur Gesundheitsausgabenrechnung vorgelegt. Die Gesundheitspersonalrechnung wird von der Arbeitsgruppe bereits seit 2013 und die Gesundheitsausgabenrechnung seit 2014 durchgeführt. Ergebnisse aus diesen Rechen-

Gesundheitspersonal- und Gesundheitsausgabenrechnung sind bereits etabliert

¹ Ausführlichere Informationen zu den Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen wie beispielsweise Definitionen und Methodik bietet die Internetseite der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL): www.ggrdl.de.

werken stehen derzeit für die Berichtsjahre 2008 bis 2014 zur Verfügung.

Erstmals alle drei Säulen der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen ermittelt

Nach umfangreichen methodischen Vorarbeiten, die unter anderem die Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft auf der Basis der Wirtschaftszweigsystematik (WZ 2008) umfasste, wurden 2016 darüber hinaus für alle 16 Bundesländer erstmals die Wirtschaftsleistung und die Erwerbstätigkeit in der Gesundheitswirtschaft berechnet. Mit diesem sogenannten Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz, für den Ergebnisse für die Jahre 2008 bis 2015 vorliegen, wurde das Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungssystem mit seinen drei Säulen vervollständigt.

Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz bildet die wirtschaftlichen Tätigkeiten in der Gesundheitswirtschaft ab

Kategorien der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen werden verwendet

Der Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz ermöglicht es, die wirtschaftlichen Tätigkeiten der in einem Wirtschaftsgebiet in der Gesundheitswirtschaft aktiven wirtschaftlichen Einheiten für eine Berichtsperiode in den Kategorien der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen abzubilden. Ziel ist es, die Bruttowertschöpfung und die Zahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft auf Länderebene zu bestimmen. Da die Daten mit den amtlichen Gesamtrechnungsergebnissen harmonisieren, ist ein Vergleich der Gesundheitswirtschaft mit der Wertschöpfung und der Erwerbstätigkeit anderer Bereiche der Volkswirtschaft möglich.

Methodisch lehnt sich das Vorgehen zur Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft in seinen Grundzügen an den von Ostwald/Ranscht² erarbeiteten Schätzansatz an. Die-

2 Ostwald, D. A.: Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Berlin, 2008; Ranscht, A.: Quantifizierung regionaler Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft – am Beispiel ausgewählter Metropolregionen. Berlin, 2009.

ser Ansatz wurde insofern weiterentwickelt, als dass die Gesundheitswirtschaft nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008) abgegrenzt und eine breitere sowie detailliertere Datenbasis genutzt wurde. Die Berechnungen nach dem Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz beziehen sich auf die Gesundheitswirtschaft im engeren Sinne. Dabei werden solche Güter und Dienstleistungen, d. h. ihre Fertigung und Vermarktung, berücksichtigt, 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 im engeren Sinne zählen privat finanzierte gesundheitsbezogene Waren und Dienstleistungen. Hierzu gehören beispielsweise Produkte aus dem Wellness-Bereich.

Gesundheitswirtschaft leistet einen erheblichen Beitrag zur gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung

In Rheinland-Pfalz wurde 2015 in der Gesundheitswirtschaft mit knapp 279 000 Erwerbstätigen eine Bruttowertschöpfung in jeweiligen Preisen in Höhe von knapp 14,1 Milliarden Euro erwirtschaftet. Das waren zwölf Prozent der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung, die sich im Berichtsjahr auf 119 Milliarden Euro belief. Preisbereinigt legte die Bruttowertschöpfung der rheinland-pfälzischen Gesundheitswirtschaft 2015 um 3,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr zu (Länderdurchschnitt: +2,3 Prozent). Dieser Wirtschaftsbereich wuchs damit deutlich stärker als die Gesamtwirtschaft (+1,2 Prozent).

Gesundheitswirtschaft trägt fast zwölf Prozent zur gesamten Wertschöpfung bei

Von den Erwerbstätigen in Rheinland-Pfalz waren 14 Prozent in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt. Im Berichtsjahr verbes-

T 1

Bruttowertschöpfung und Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft im engeren Sinne 2015 nach Bundesländern

Land	Bruttowertschöpfung ¹		Bruttowertschöpfung je Erwerbstätige/-n	Erwerbstätige	
	insgesamt	Anteil an der Gesamtwirtschaft		insgesamt	Anteil an der Gesamtwirtschaft
	Mrd. EUR	%	EUR	1 000	%
Baden-Württemberg	38,3	9,2	50 293	762	12,6
Bayern	39,8	8,1	46 588	855	11,8
Berlin	13,4	12,0	52 506	255	13,8
Brandenburg	6,3	10,7	43 449	145	13,4
Bremen	2,6	9,2	47 285	56	13,2
Hamburg	9,1	9,2	58 694	155	12,9
Hessen	28,1	11,9	65 262	431	12,9
Mecklenburg-Vorpommern	4,3	12,1	40 342	107	14,5
Niedersachsen	22,1	9,5	41 716	530	13,4
Nordrhein-Westfalen	56,5	9,7	46 429	1 217	13,3
Rheinland-Pfalz	14,1	11,8	50 417	279	14,1
Saarland	3,6	11,5	47 914	75	14,5
Sachsen	11,2	11,0	40 852	273	13,5
Sachsen-Anhalt	6,1	12,0	42 825	142	14,2
Schleswig-Holstein	10,9	14,1	53 073	205	15,2
Thüringen	6,2	12,2	43 932	142	13,6
Summe der Länder	272,6	10,0	48 437	5 629	13,1

¹ In jeweiligen Preisen.

serte sich die Erwerbstätigkeit in diesem Bereich um 1,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr (Gesamtwirtschaft: +0,7 Prozent; Länderdurchschnitt: +1,7 Prozent). Dies entspricht einem Zuwachs von rund 5 000 Erwerbstätigen.

Unterschiede bestehen zwischen den Bundesländern

Der Beitrag der Gesundheitswirtschaft zur Wirtschaftsleistung und Erwerbstätigkeit war in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich hoch. In Schleswig-Holstein waren mehr als 15 Prozent aller Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft angesiedelt, in Bayern dagegen weniger als zwölf Prozent. Rheinland-Pfalz lag mit gut 14 Prozent an fünfter Stelle.

Die Anteile der Gesundheitswirtschaft an der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung streuten im Ländervergleich zwischen 8,1 Prozent (in Bayern) und 14 Prozent (in

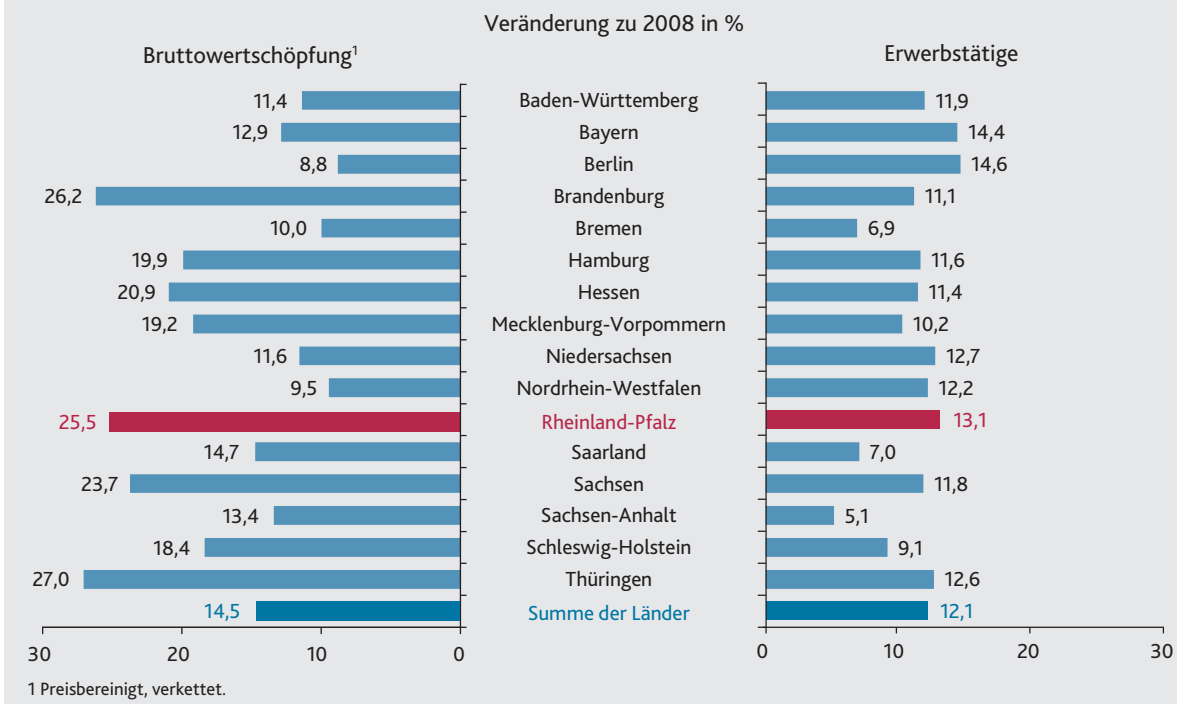
Schleswig-Holstein), wobei Rheinland-Pfalz an siebter Stelle über dem Durchschnitt lag.

Die Wirtschaftsleistung je Erwerbstätige bzw. Erwerbstätigen, also die Arbeitsproduktivität, lag in der rheinland-pfälzischen Gesundheitswirtschaft 2015 bei gut 50 400 Euro (Länderdurchschnitt: 48 400 Euro). Die gesamtwirtschaftliche Arbeitsproduktivität war in Rheinland-Pfalz im Berichtsjahr deutlich höher (59 800 Euro). Dabei ist allerdings zu beachten, dass die gesamtwirtschaftliche Arbeitsproduktivität hierzulande stark durch einzelne hochproduktive Branchen des Verarbeitenden Gewerbes beeinflusst wird, etwa durch die Pharmaindustrie und die Chemische Industrie. Im Vergleich der Länder belief sich die Spannweite der Arbeitsproduktivität in der Gesundheitswirtschaft auf 40 300 Euro (in Mecklenburg-Vorpommern) bis 65 300 Euro (in Hessen).

Arbeitsproduktivität in der Gesundheitswirtschaft geringer als in der Gesamtwirtschaft

G 1

Bruttowertschöpfung und Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft im engeren Sinne 2015 nach Bundesländern



Gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft steigt in allen Ländern

In allen Ländern ist die gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft seit 2008 kräftig gestiegen. In Rheinland-Pfalz belief sich der Zuwachs der preisbereinigten Bruttowertschöpfung zwischen 2008 und 2015 auf 26 Prozent (gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung: +5,7 Prozent). Diese Steigerung lag deutlich über dem Länderdurchschnitt (+15 Prozent). Auch in den Jahren der Wirtschaftskrise 2008 bis 2010 wuchs die Gesundheitswirtschaft in Rheinland-Pfalz stark (+9,1 Prozent).

Das kräftige Wachstum der Wertschöpfung führte zu vielen neuen Arbeitsplätzen in der Gesundheitswirtschaft. Die Beschäftigung in der rheinland-pfälzischen Gesundheitswirtschaft nahm seit 2008 um 13 Prozent bzw. 32 000 Erwerbstätige zu (Gesamtwirtschaft: +4 Prozent; Länderdurchschnitt: +12 Prozent). Im Vergleich der Länder verzeichnete Berlin den stärksten Zuwachs an Arbeitsplätzen

(+15 Prozent bzw. 32 500 Erwerbstätige), relativ wenige neue Arbeitsplätze entstanden dagegen in Sachsen-Anhalt (+5,1 Prozent bzw. 7 000 Erwerbstätige).

Der mittelfristige Wertschöpfungszuwachs wurde in Rheinland-Pfalz auch durch Produktivitätsfortschritte getragen. Die Arbeitsproduktivität stieg seit 2008 preisbereinigt um gut elf Prozent und übertraf damit den länderdurchschnittlichen Zuwachs (+2,1 Prozent) deutlich. In einigen Ländern war die Produktivität im Betrachtungszeitraum rückläufig, am stärksten in Berlin (-5,1 Prozent).

Gesundheitsausgaben werden für acht Ausgabenträger berechnet

Die AG GGRdL erstellt Gesundheitsausgabenrechnungen nach Ausgabenträgern. Träger von Gesundheitsausgaben sind alle öffentlichen und privaten Institutionen, die Leistungen für die Gesundheit finanzieren (siehe Textkasten). Zu den Gesundheitsausgaben zählen

Gesundheitsausgaben werden räumlich und inhaltlich abgegrenzt

alle Käufe von Waren und Dienstleistungen, die zum Zweck der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege getätigt werden 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.

Rund 4000 Euro je Einwohnerin und Einwohner werden in den Ländern für die Gesundheit ausgegeben

2014: Gesundheitsausgaben in Höhe von 16,3 Milliarden Euro

In Rheinland-Pfalz beliefen sich die Gesundheitsausgaben 2014 auf 16,3 Milliarden Euro.³ Gegenüber dem Vorjahr erhöhten sie sich um 4,4 Prozent bzw. 682 Millionen Euro (Bundesdurchschnitt: +4,2 Prozent). Im Vergleich zu 2008 stiegen die Gesundheitsausgaben um 23 Prozent bzw. rund 3,1 Milliarden Euro (Bundesdurchschnitt: +23 Prozent).

3 Ergebnisse für 2015 liegen noch nicht vor.

Gesundheitswesen nach Ausgabenträgern

Gliederung der Gesundheitsausgabenrechnung

1. Öffentliche Haushalte
2. Gesetzliche Krankenversicherung
3. Soziale Pflegeversicherung
4. Rentenversicherung
5. Gesetzliche Unfallversicherung
6. Private Krankenversicherung
7. Arbeitgeber
8. Private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck

Die Gesundheitsausgaben je Einwohnerin und Einwohner erlauben einen Vergleich der elf Ländern, die in der AG GGRdL vertreten sind.⁴ Auf diese Weise wird der Einfluss der unterschiedlichen Bevölkerungszahl in den Ländern

Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheit überdurchschnittlich

4 Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung werden nur für die Mitgliedsländer der AG GGRdL veröffentlicht.

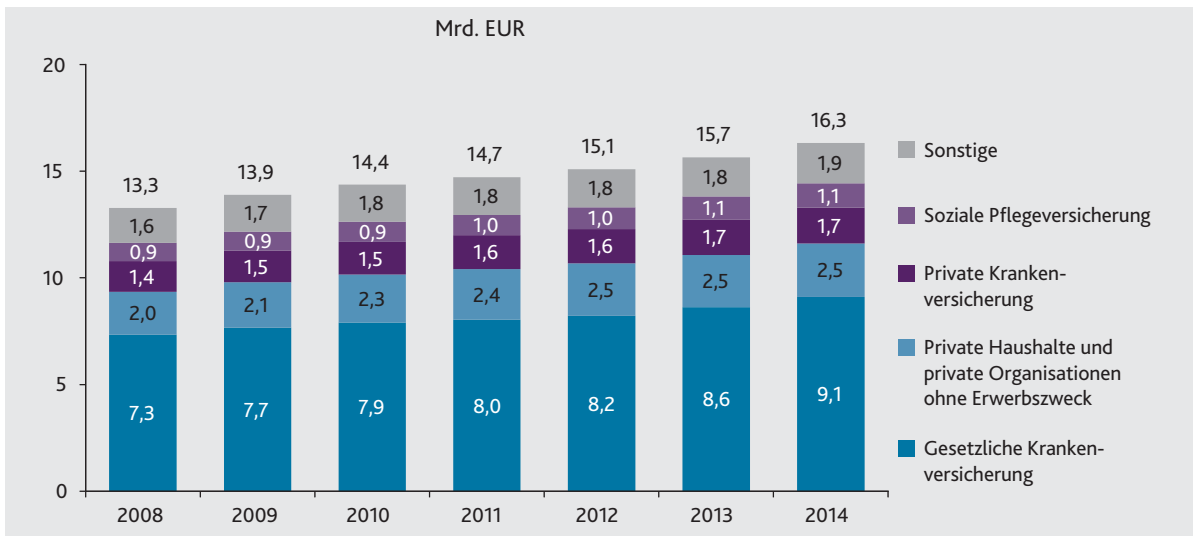
T 2 Gesundheitsausgaben 2014 nach ausgewählten Bundesländern und Ausgabenträgern

Land	Insgesamt		Darunter			
			Gesetzliche Krankenversicherung	Private Haushalte ¹	Private Krankenversicherung	Soziale Pflegeversicherung
	Mill. EUR	EUR je Einwohner/-in				
Baden-Württemberg	41 851	3 921	2 190	593	410	270
Bayern	50 896	4 024	2 224	627	425	262
Berlin	14 144	4 105	2 414	465	366	350
Brandenburg	10 387	4 233	2 708	370	304	428
Hamburg	6 812	3 882	2 172	506	421	243
Hessen	24 522	4 040	2 302	562	400	300
Nordrhein-Westfalen	71 009	4 033	2 354	533	364	303
Rheinland-Pfalz	16 335	4 081	2 275	627	419	286
Sachsen	16 597	4 097	2 689	368	191	426
Schleswig-Holstein	11 206	3 969	2 284	548	384	279
Thüringen	8 707	4 033	2 639	341	215	397
Deutschland	327 951	4 050	2 368	533	361	314

1 Einschließlich private Organisationen ohne Erwerbszweck.

G 2

Gesundheitsausgaben 2008–2014 nach Ausgabenträgern



ausgeschaltet. Rheinland-Pfalz lag mit Ausgaben von 4 081 Euro pro Kopf knapp über dem bundesdeutschen Durchschnitt (4 050 Euro). Die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben wurden in Brandenburg (4 200 Euro) und die niedrigsten in Hamburg (3 900 Euro) getätigt.

Ausgabenträger begründen. Eine gestiegene Zahl an Pflegebedürftigen ist eine denkbare Ursache für den höheren Anteil der Sozialen Pflegeversicherung.

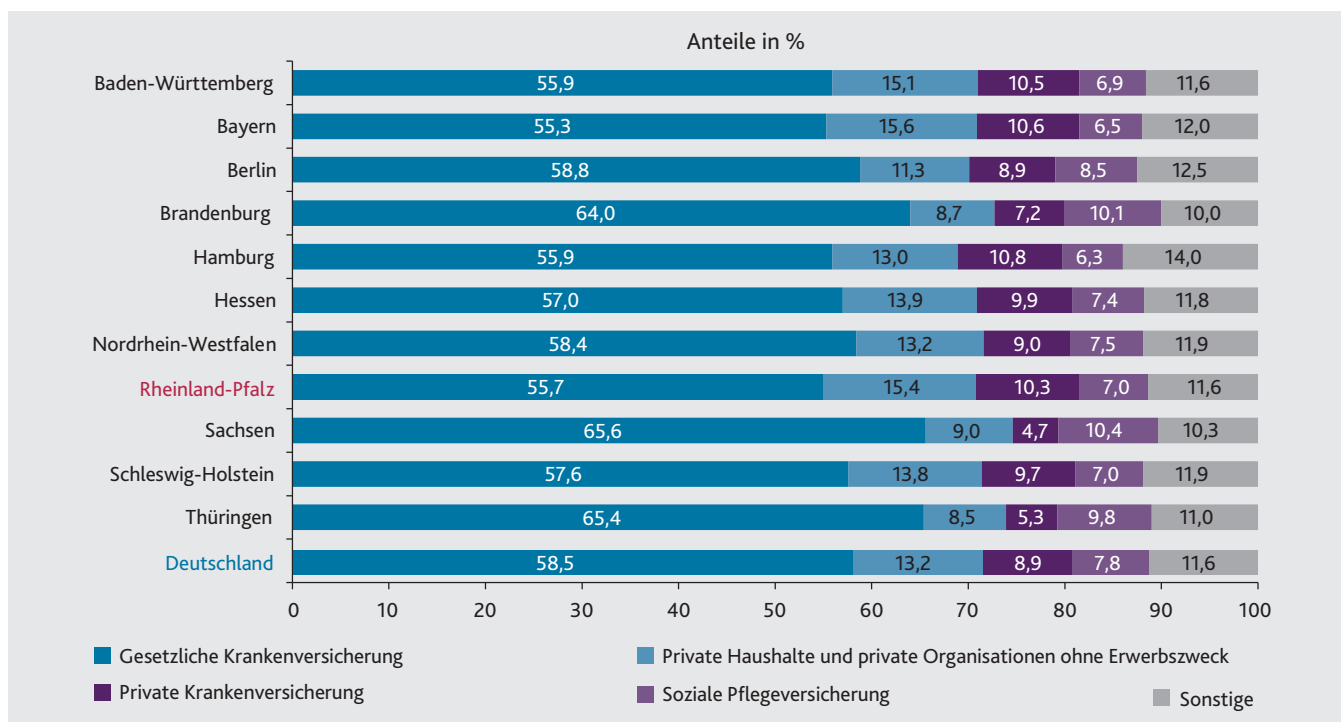
Anteil an Gesundheitsausgaben steigt bei drei Ausgabenträgern im Vergleich zu 2008

Werden die einzelnen Ausgabenträger betrachtet, zeigt sich für Rheinland-Pfalz, dass ihre Anteile an den gesamten Ausgaben des Gesundheitswesens seit 2008 nur leicht schwankten. Die Reihenfolge ihrer Bedeutung blieb im betrachteten Zeitraum unverändert. Im Vergleich zu 2008 erhöhten sich die Anteile der Gesetzlichen Krankenversicherung (+0,4 Prozentpunkte), der Sozialen Pflegeversicherung (+0,5 Prozentpunkte) sowie der Privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (+0,2 Prozentpunkte). Die Ausgabenanteile der übrigen Ausgabenträger verringerte sich oder stagnierte wie im Fall der Gesetzlichen Unfallversicherung. Bei den gesetzlichen Krankenkassen lässt sich die leichte Erhöhung des Anteilswerts möglicherweise mit steigenden Prämienzahlungen und freiwilligen Angeboten durch diesen

Wie in den anderen zehn Mitgliedsländern der Arbeitsgruppe und in Deutschland trug die Gesetzliche Krankenversicherung in Rheinland-Pfalz den überwiegenden Teil der Gesundheitsausgaben (56 Prozent). In Rheinland-Pfalz beliefen sich die Pro-Kopf-Ausgaben dieses Ausgabenträgers auf 2 275 Euro. Im Vergleich der Länder lagen die Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen knapp 2 200 Euro in Hamburg und gut 2 700 Euro in Brandenburg. Rheinland-Pfalz befand sich im unteren Bereich vor Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg.

Die Gesetzliche Krankenversicherung trägt mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben

Mit großem Abstand folgt der zweitwichtigste Ausgabenträger: In den westlichen Bundesländern waren das die „Privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck“. So trugen beispielsweise Privatpersonen Zuzahlungen zu Leistungen der Gesetzlichen Krankenver-



sicherung. In Rheinland-Pfalz entfielen auf Private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck 15 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. In Bayern übernahmen diese Ausgabenträger knapp 16 Prozent und in Berlin nur gut elf Prozent. Die Ergebnisse für Brandenburg, Sachsen und Thüringen wichen deutlich von den Ergebnissen der westlichen Länder ab. In diesen Ländern nahm jeweils die Soziale Pflegeversicherung mit Anteilswerten von 9,8 bis 10,4 Prozent den zweiten Rang ein. Eine mögliche Ursache für diesen strukturellen Unterschied ist der auffällig höhere Altenquotient in diesen Ländern.⁵ Er ist Folge der Abwanderung vor allem jüngerer Menschen aus diesen Ländern. Deshalb könnten weniger individuelle Gesundheitsleistungen durch die jüngere Bevölkerung und vergleichsweise mehr

Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung durch die ältere Bevölkerung als in den alten Bundesländern nachgefragt worden sein.

Gesundheitspersonalrechnung ermittelt die im Gesundheitswesen bestehenden Beschäftigungsverhältnisse

Die Gesundheitspersonalrechnung stellt die im Gesundheitswesen tätigen Beschäftigten nach Einrichtungsarten (siehe Textkasten) und Geschlecht dar. Im Rahmen dieser Berechnungen wird die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse ermittelt. Daraus ergibt sich, dass Personen mit mehreren Arbeitsverhältnissen in verschiedenen Einrichtungen mehrfach gezählt werden. Als Beschäftigte im Gesundheitswesen gelten Selbstständige, ohne Entgelt mithelfende Familienangehörige sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Beschäftigte sind Selbstständige, mithelfende Familienangehörige sowie Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer

Zusätzlich hierzu werden in der Gesundheitspersonalrechnung Vollzeitäquivalente abge-

⁵ Der Altenquotient bezieht die Zahl der 65-jährigen und älteren Personen auf 100 Personen im Alter zwischen 20 und 65 Jahren.

bildet, um Unterschiede bei der Teilzeitbeschäftigung hervorzuheben. Bestimmt wird diese Kennziffer, indem die Zahl der Beschäftigten auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechnet wird.

Rund 252 000 Beschäftigungsverhältnisse im Gesundheitswesen

Im Jahr 2014 waren im rheinland-pfälzischen Gesundheitswesen im engeren Sinne gut 252 000 Personen beschäftigt. Auf 1 000 Rheinland-Pfälzerinnen bzw. Rheinland-Pfälzer kamen somit 63 Beschäftigte im Gesundheitswesen.

Höchste Beschäftigtenzahl in ambulanten sowie stationären und teilstationären Einrichtungen

Die meisten Beschäftigten (25 je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner) waren in ambulanten Einrichtungen wie Arzt- oder Zahnarztpraxen tätig. Nur geringfügig weniger Beschäftigungsverhältnisse (23 je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner) bestanden in stationären und teilstationären Einrichtungen wie z. B. Krankenhäuser. Zusammengenommen entspricht dies einem Anteil von mehr als drei Viertel der im Gesundheitswesen Beschäftigten. Einen wesentlich geringeren Anteil hatten die übrigen Einrichtungsarten. Von ihnen besaßen die Vorleistungseinrichtungen, zu denen z. B. die pharmazeutische und medizintechnische Industrie gehören, mit knapp elf Prozent den höchsten Beschäftigtenanteil.

Ambulante Einrichtungen haben in allen Ländern den größten Beschäftigtenanteil

In den zehn anderen Ländern der Arbeitsgruppe, für die vergleichbare Ergebnisse berechnet wurden, war die Verteilung der Beschäftigten auf die Einrichtungsarten ähnlich wie in Rheinland-Pfalz. Nur in Brandenburg und Sachsen lagen nicht die Vorleistungseinrichtungen, sondern die sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens auf dem dritten Platz. Hierzu zählen diejenigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die keiner der definierten Einrichtungsarten zuzurechnen sind.

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.

Die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Rheinland-Pfalz ist mittelfristig deutlich gestiegen. Gegenüber 2008 erhöhte sie sich um 13 Prozent bzw. 29 500 Beschäftigte. Den höchsten Beitrag hierzu leisteten die ambulanten sowie stationären und teilstationären Einrichtungen, deren Beschäftigtenzahl um 10 600 bzw. 9 500 zulegte.

Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen steigt

Im Vergleich mit den anderen Ländern, für die eine Gesundheitspersonalrechnung durchge-

T 3

Personal im Gesundheitswesen 2014 nach ausgewählten Bundesländern

Land	Insgesamt		Vollzeitäquivalente	Weibliche Beschäftigte
	1 000	je 1 000 Einwohner/-innen	%	
Baden-Württemberg	719,4	67,1	72,3	74,8
Bayern	823,2	64,9	71,8	76,2
Berlin	235,5	67,9	75,6	72,1
Brandenburg	134,9	54,9	74,5	79,4
Hamburg	130,2	73,9	73,8	71,2
Hessen	402,6	66,1	73,1	72,6
Nordrhein-Westfalen	1 106,6	62,7	71,5	75,9
Rheinland-Pfalz	252,1	62,8	71,4	76,2
Sachsen	251,5	62,0	74,7	79,6
Schleswig-Holstein	188,6	66,6	73,1	74,2
Thüringen	132,7	61,5	76,0	78,1
Deutschland	5 222,0	64,3	72,6	75,9

Zuwachs in den Ländern beträgt mindestens elf Prozent

führt wurde, fiel der Beschäftigungszuwachs in Rheinland-Pfalz unterdurchschnittlich aus. Nur Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein wiesen mit 13, zwölf bzw. elf Prozent eine geringere mittelfristige Veränderung aus. Besonders kräftig stieg die Zahl

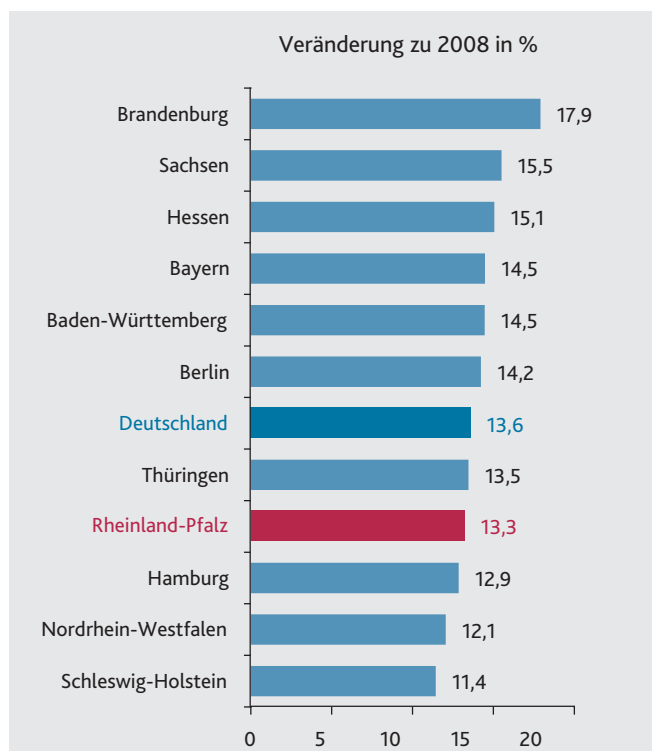
der Beschäftigungsverhältnisse in Brandenburg (+18 Prozent bzw. 20 500 Beschäftigte).

Vergleichsweise geringe Unterschiede gab es zwischen den Ländern beim Ausmaß der Teilzeitarbeit im Gesundheitswesen. Im Jahr 2014 kamen in Rheinland-Pfalz auf 100 Beschäftigte nur 71,4 Vollzeitäquivalente. Das war im Vergleich der Bundesländer der niedrigste Wert, was den hohen Stellenwert der Teilzeitarbeit im rheinland-pfälzischen Gesundheitswesen verdeutlicht.

71,4 Vollzeitäquivalente je 100 Beschäftigte im Gesundheitswesen

G 4

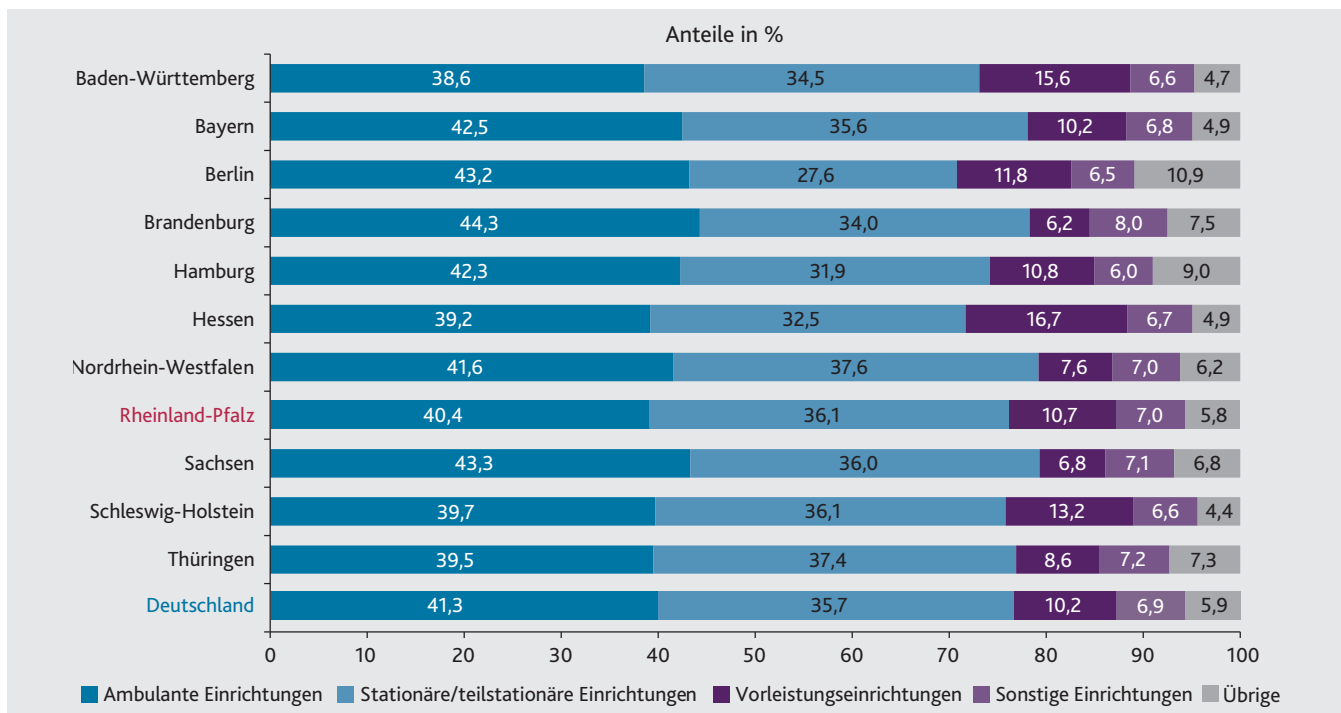
Personal im Gesundheitswesen 2014 nach ausgewählten Bundesländern



Größere Unterschiede in der Bedeutung der Teilzeitarbeit bestanden zwischen den verschiedenen Einrichtungsarten des Gesundheitswesens. So gab es 2014 in Rheinland-Pfalz die meisten Vollzeitäquivalente in der Verwaltung (85,9 Vollzeitäquivalente je 100 Beschäftigte) und den Vorleistungseinrichtungen (85,2 Vollzeitäquivalente). Demgegenüber wurde in den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens (65 Vollzeitäquivalente) und den ambulanten Einrichtungen (insbesondere den Apotheken und Praxen sonstiger medizinischer Berufe wie physiotherapeutische Praxen) deutlich häufiger in Teilzeit gearbeitet (65,6 Vollzeitäquivalente).

G 5

Personal im Gesundheitswesen 2014 nach ausgewählten Bundesländern und Art der Einrichtung



Gut drei Viertel aller Beschäftigten im Gesundheitswesen sind weiblich

Die Mehrheit der im Gesundheitswesen in Rheinland-Pfalz beschäftigten Personen ist weiblich. Im Jahr 2014 lag der Anteil der Frauen an allen Beschäftigten im Gesundheitswesen bei 76 Prozent (Bundesdurchschnitt: ebenfalls 76 Prozent). Die meisten weiblichen Beschäftigten arbeiteten in Krankenhäusern, in Arztpraxen sowie in der stationären und teilstationären Pflege.

Fazit

Mit der Berechnung der Wirtschaftsleistung und der Erwerbstätigkeit in der Gesundheitswirtschaft hat die Arbeitsgruppe „Gesund-

heitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“, die 2010 ihre Arbeit aufgenommen hat, die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen vervollständigt. Die Ergebnisse zeigen die große volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. Zugleich verdeutlichen die hierbei ermittelten Unterschiede die Relevanz einer Differenzierung nach Bundesländern.

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