

# Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder



Gesundheitspersonalrechnung,  
Gesundheitsausgabenrechnung,  
Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz

Ausgabe 2016



STATISTISCHE ÄMTER  
DER LÄNDER



# **Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder**

Gesundheitspersonalrechnung,  
Gesundheitsausgabenrechnung,  
Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz

Ausgabe 2016

### **Herausgeber**

Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder  
im Auftrag der Statistischen Ämter der Länder

### **Herstellung und Redaktion**

Bayerisches Landesamt für Statistik  
Nürnberger Straße 95  
90762 Fürth  
Telefon 089 2119-3218  
Telefax 089 2119-13580  
E-Mail [info@statistik.bayern.de](mailto:info@statistik.bayern.de)  
[www.statistik.bayern.de](http://www.statistik.bayern.de)

Erscheinungsfolge: jährlich  
Erschienen im Februar 2017

Kostenfreier Download im Internet: [www.ggrdl.de](http://www.ggrdl.de), [www.statistikportal.de](http://www.statistikportal.de)

Fotorechte:  
© Schlierner – Fotolia.com

© **Bayerisches Landesamt für Statistik, Fürth 2016**  
**(im Auftrag der Herausgebergemeinschaft)**  
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise,  
mit Quellenangabe gestattet.

## **Grußwort des Präsidenten des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen**

In einem Zeitraum von nicht einmal zehn Jahren hat sich die Situation auf einem wichtigen Feld der Arbeit der Statistischen Ämter, den Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen, grundlegend gewandelt. Diese Entwicklung ging einher mit ebenfalls wesentlichen Veränderungen in der Wahrnehmung des Gesundheitswesens durch die breite Bevölkerung.

Klassischerweise wurde das Gesundheitswesen primär als Kostenfaktor wahrgenommen. Wenn man krank war, nahm man die Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch. Man ging zum Arzt, erwarb etwas in der Apotheke, erhielt ggf. andere medizinische oder orthopädische Hilfsmittel, gelegentlich fuhr man auch zur Kur. Das alles verursachte Kosten.

Der demographische Wandel und die damit verbundene zunehmende Alterung der Bevölkerung rückten den Gesichtspunkt der Gesunderhaltung bis ins höhere Lebensalter in ein neues Licht. Hinzu kam der wissenschaftlich-technische Fortschritt in der Medizin. Behandlungsverfahren und Medikamente, die früher nicht oder höchstens einer begrenzten Zahl von Patienten zugänglich waren, erlangten Breitenwirkung. Diese Entwicklungen schreiten weiter voran.

Und schließlich hat sich auch die persönliche Einstellung zur Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens verändert. Man leistet sich zusätzliche Gesundheitsgüter bzw. Dienstleistungen! Neben dem Kernbereich des Gesundheitswesens, der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, hat sich ein Bereich in der Wirtschaft entwickelt, den man allgemein als „Gesundheitsmarkt“ bezeichnet.

Dieses weite Feld wird durch die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder statistisch beobachtet und analysiert. Wir wissen, wieviel Personal im Gesundheitswesen bzw. in der Gesundheitswirtschaft tätig ist und ermitteln zukünftige Beschäftigungspotenziale dieses Wirtschaftsbereiches. Wir wissen, wieviel und wofür Geld in der Gesundheitswirtschaft ausgegeben wird und welchen Beitrag dieser Bereich zur gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung und damit zum Bruttoinlandsprodukt leistet.

Als Präsident des in der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) federführenden Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen wünsche ich den Mitgliedern der Arbeitsgruppe weiterhin viel Erfolg und uns allen gute Gesundheit!

Ihr  
Burkhard Müller

## Abkürzungsverzeichnis

AK ETR	Arbeitskreis Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder
AG GGRdL	Arbeitsgruppe der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder
AK VGRdL	Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder
ALK	Amtsleiterkonferenz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BWS	Bruttowertschöpfung
ET	Erwerbstätige
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GGRdL	Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPR	Gesundheitspersonalrechnung
o. E.	ohne Erwerbszweck
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WSE	Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz
WZ	Wirtschaftszweig

## Inhalt

Grußwort .....	5
Abkürzungsverzeichnis .....	6
Abbildungsverzeichnis .....	9
<b>Einführung zur Arbeitsgruppe der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Gesundheitspersonalrechnung .....</b>	<b>13</b>
1.1. Methodische Hinweise .....	13
1.2. Gesundheitspersonal nach Einrichtungsarten .....	14
1.3. Gesundheitspersonal nach Geschlecht .....	18
<b>2. Gesundheitsausgabenrechnung .....</b>	<b>20</b>
2.1. Methodische Hinweise .....	20
2.2. Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern .....	21
2.3. Entwicklung der Gesundheitsausgaben je Einwohner .....	23
2.4. Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt .....	25
<b>3. Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz .....</b>	<b>27</b>
3.1. Methodische Hinweise .....	27
3.2. Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft .....	28
3.3. Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft .....	31
3.4. Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft und in der Gesamtwirtschaft .....	33
Adressen der Statistischen Ämter der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder .....	34
Kontaktpersonen zum Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz in den Bundesländern, die nicht in der AG GGRdL vertreten sind .....	35





## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Gesundheitspersonal in ausgewählten Bundesländern 2014 .....	14
Abb. 2	Gesundheitspersonal in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2014 nach Art der Einrichtung .....	15
Abb. 3	Gesundheitspersonal in ambulanten Einrichtungen in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2014 nach Art der Einrichtung .....	16
Abb. 4	Gesundheitspersonal in stationären und teilstationären Einrichtungen in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2014 nach Art der Einrichtung .....	17
Abb. 5	Gesundheitspersonal in ausgewählten Bundesländern 2008 und 2014 nach Geschlecht . . .	18
Abb. 6	Anteil der Frauen und der Vollzeitäquivalente am Gesundheitspersonal in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2014 .....	19
Abb. 7	Gesundheitsausgaben in ausgewählten Bundesländern 2014 .....	21
Abb. 8	Gesundheitsausgaben in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2014 nach Ausgabenträgern .....	22
Abb. 9	Veränderung der Gesundheitsausgaben je Einwohner in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2011 und 2014 nach Ausgabenträgern .....	23
Abb. 10	Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2008 und 2014 .....	25
Abb. 11	Mittlere jährliche Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben je Einwohner und des Bruttoinlandsprodukts je Einwohner in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2011 bis 2014 .....	26
Abb. 12	Bruttowertschöpfung (in jeweiligen Preisen) der Gesundheitswirtschaft je Einwohner nach Bundesländern 2015 .....	28
Abb. 13	Bruttowertschöpfung (in jeweiligen Preisen) der Gesundheitswirtschaft nach Bundesländern 2013 und 2015 .....	29
Abb. 14	Anteil der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft an der Bruttowertschöpfung der Gesamtwirtschaft (in jeweiligen Preisen) nach Bundesländern 2008 bis 2015 .....	30
Abb. 15	Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft nach Bundesländern 2013 und 2015 .....	31
Abb. 16	Anteil der Erwerbstätigen der Gesundheitswirtschaft an den Erwerbstätigen der Gesamtwirtschaft nach Bundesländern 2008 bis 2015 .....	32
Abb. 17	Mittlere jährliche Wachstumsraten der Bruttowertschöpfung (preisbereinigt) der Gesundheitswirtschaft und des Bruttoinlandsprodukts (preisbereinigt) nach Bundesländern 2010 bis 2015 .....	33

## Einführung zur Arbeitsgruppe der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL)

Bei den Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen (GGR) handelt es sich um Rechenwerke, 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 den zukünftigen Entwicklungstendenzen in der Gesundheitswirtschaft bereit. Sie geben somit Auskunft über die Leistungsfähigkeit und die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft.

Nicht nur auf der Bundesebene sondern auch auf Länderebene steigt die Nachfrage nach einer regelmäßigen Bereitstellung von Informationen als Grundlage für Entscheidungen zur Gestaltung der regionalen Gesundheitspolitik. Die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder stellen hierfür eine wesentliche Datenquelle dar.

Möglichkeiten zur Durchführung regionaler Gesundheitsökonomischer Gesamtrechnungen wurden ab Ende 2004 zunächst im Arbeitskreis „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder“ (AK VGRdL) erörtert und analysiert. An diesen Arbeiten war das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen federführend beteiligt. Als Folge dessen kam es im Jahr 2007 in Sachsen zur Institutionalisierung der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen, indem eine entsprechende Referentenstelle eingerichtet wurde. Der fachliche Schwerpunkt lag zuerst beim „Wirtschaftsfaktor Gesundheitswirtschaft“, das heißt bei der Ermittlung der Wertschöpfung und der Erwerbstätigenzahl der Gesundheitswirtschaft. In diesem Zusammenhang beteiligte sich das Amt 2008/2009 an dem Projekt „Vergleich der Gesundheitsregionen“ in Kooperation mit der TU Darmstadt. Ein von Dr. Anja Ranscht<sup>1)</sup> und Dr. Dennis Ostwald<sup>2)</sup> entwickelter Ansatz zur Ermittlung der Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft wurde im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen institutionalisiert und später weiter entwickelt.

Auch in anderen Ländern wurden verschiedene Arbeiten durchgeführt, etwa in Form von Datenaufbereitungen und -bereitstellungen für gesundheitsökonomische Studien, die von den jeweiligen Länderministerien veranlasst waren. Einige Statistische Landesämter führten selbst Berechnungen zu den Gesundheitsausgaben, zum Gesundheitspersonal bzw. zur Gesundheitswirtschaft ihrer Länder nach jeweiligen länderspezifischen Erfordernissen und Vorgaben durch, zum Beispiel Baden-Württemberg oder Hessen.<sup>3) 4)</sup>

1) Ranscht, A., 2009. Quantifizierung regionaler Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft – am Beispiel ausgewählter Metropolregionen, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, Berlin.

2) Ostwald, D. A., 2008. Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Nach der Vorlage erster Ergebnisse verständigten sich die damals auf diesem Gebiet tätigen Statistischen Ämter der Länder im Jahr 2009 darauf, der Amtsleiterkonferenz den Vorschlag zu unterbreiten, eine eigenständige Arbeitsgruppe für die regionalen Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen zu gründen. Auf der Amtsleiterkonferenz (ALK) am 10./11. November 2009 wurde dieser Vorschlag aufgegriffen und die Gründung einer Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ (AG GGRdL) beschlossen. Die konstituierende erste Sitzung dieser Arbeitsgruppe fand am 27./28. Januar 2010 in Dresden mit den Vertreterinnen und Vertretern der Statistischen Landesämter Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen sowie des Statistischen Bundesamtes statt. Das sächsische Statistische Landesamt nimmt seitdem die Federführung dieser Arbeitsgruppe wahr. Im Jahresverlauf 2010 kam dann das Statistische Landesamt für Nordrhein-Westfalen zur AG, hatte anfangs einen Beobachterstatus und wurde später Vollmitglied.

Zu Beginn verständigte man sich auf Ziele, Rahmenbedingungen, Definitionen sowie inhaltliche Handlungsfelder und weitere Aspekte der Zusammenarbeit und entwickelte Handlungsstrategien zur Einführung eines Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungssystems der Länder. Schwerpunkte der Arbeiten der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder sind:

- die Gesundheitspersonalrechnung (GPR)
- die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR)
- der Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz (WSE)

Auf Basis früherer Arbeiten wurden durch die AG sowohl für die Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern als auch für die Gesundheitspersonalrechnung sukzessive so genannte länderübergreifende Ansätze erarbeitet, die es gestatten, nach Bereitstellung eines aktuellen Bundesergebnisses effektiv und effizient miteinander vergleichbare Länderergebnisse zu den Gesundheitsausgaben und zum Gesundheitspersonal zu ermitteln. Die Berechnungen erfolgten dabei für beide Aufgabenbereiche zunächst an zentraler Stelle in Sachsen. Im Jahr 2016 übernahm Bayern die Durchführung der Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern.

Die Statistischen Ämter von Bayern, von Berlin und Brandenburg sowie von Hamburg und Schleswig-Holstein arbeiten seit 2015 in der AG mit. Damit sind gegenwärtig bereits elf von sechzehn Ländern in der AG vertreten. Die Beteiligung dieser Ämter ist insbesondere das Ergebnis der erneuten Behandlung des Themas „Regionale Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen“ auf der Amtsleiterkonferenz im Herbst 2014. Hier wurde von den bisher geleisteten Arbeiten zur Entwicklung länderübergreifender Ansätze und den bereits vorlie-

3) Knödler, R., 2010. Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal in Baden-Württemberg 2008, Statistisches Monatsheft 12/2010, S. 23-28.

4) Hessisches Statistisches Landesamt, 2010. Gesundheitswirtschaft in Hessen – volkswirtschaftliche Potenziale eines Zukunftsmarktes, Wiesbaden.

genden miteinander vergleichbaren Länderergebnissen zu den Gesundheitsausgaben und zum Gesundheitspersonal berichtet. Die Nachhaltigkeit der Berechnungen ist durch die vorliegenden Methodendokumentationen gegeben.

Die Arbeiten der Arbeitsgruppe auf diesen beiden Tätigkeitsfeldern führten dazu, dass zusätzliche Themenfelder bzw. Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder bedient werden können.

Einen Schwerpunkt der Arbeiten seit Ende 2015 bildet die Weiterentwicklung der Rechenwerke zur Ermittlung der Erwerbstätigenzahl und der Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft im engeren Sinne als länderübergreifender Ansatz. Mit der Einführung der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008, in der amtlichen Statistik und mit den letzten beiden Generalrevisionen in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und in der Erwerbstätigenrechnung war eine grundlegende Neubearbeitung der früher geschaffenen Rechenwerke des Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatzes (WSE) erforderlich. Der von der AG verfolgte Ansatz zur wirtschaftsbereichsbezogenen Ermittlung von Wachstums- und Beschäftigungseffekten der Gesundheitswirtschaft im engeren Sinne berücksichtigt zum einen die Datenlage auf regionaler Ebene und stellt zum anderen Ergebnisse bereit, die konsistent zu den amtlichen Regionaldaten der Bruttowertschöpfung bzw. des Bruttoinlandsprodukts und der Erwerbstätigenzahl der Arbeitskreise VGRdL bzw. Erwerbstätigenrechnung des Bundes und der Länder sind. Auf diesem Arbeitsgebiet besitzt die AG GGRdL das Mandat, für alle 16 Bundesländer regelmäßig miteinander vergleichbare Länderergebnisse zu Wertschöpfung und Erwerbstätigenzahl der Gesundheitswirtschaft im engeren Sinne zu ermitteln und zu veröffentlichen. Das erfolgte erstmals Mitte 2016. Während sich die Daten zum Gesundheitspersonal und zu den Gesundheitsausgaben in dieser Veröffentlichung nur auf die elf Mitgliedsländer der AG GGRdL beziehen, enthält das Kapitel zum Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz Angaben für alle 16 Bundesländer.

## 1. Gesundheitspersonalrechnung

### 1.1. Methodische Hinweise

Die Gesundheitspersonalrechnung (GPR) der Länder stellt die im Gesundheitswesen (einschließlich Vorleistungseinrichtungen) tätigen Beschäftigten nach Einrichtungsarten, Geschlecht und in Form von Vollzeitäquivalenten dar. In ihrer Methodik lehnt sich die Gesundheitspersonalrechnung an die Berechnungen des Statistischen Bundesamtes an.

Die Gliederung der Einrichtungsarten der GPR richtet sich nach der Klassifikation der Gesundheitsrechnungssysteme des Statistischen Bundesamtes, die wiederum auf der Klassifikation der Gesundheitseinrichtungen (System of Health Accounts – Health Provider) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD) basiert.<sup>5)</sup> Die Einrichtungsarten (1-Steller) des Gesundheitswesens umfassen Gesundheitsschutz, ambulante Einrichtungen, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, Rettungsdienste, Vorleistungseinrichtungen, Verwaltung und sonstige Einrichtungen.

Auf Basis verschiedener Datenquellen wird das Gesundheitspersonal in einer Kombination aus Top-down- und Bottom-up-Ansatz berechnet. Zu den wichtigsten Datenquellen gehören die Krankenhaus- und Pflegestatistik des Bundes und der Länder, die Statistiken der Bundesagentur für Arbeit (BA) und die Mitgliederstatistik der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

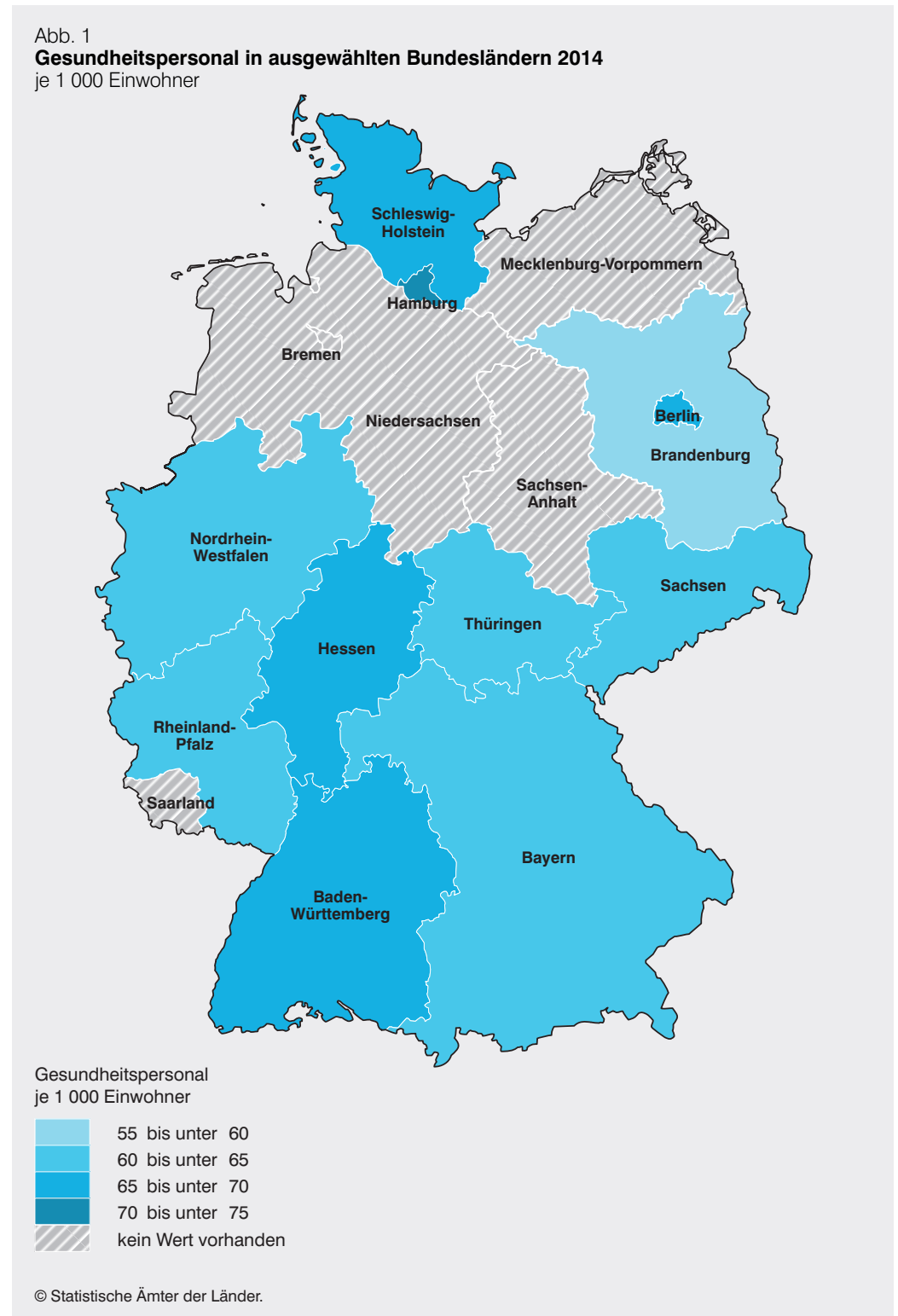
Im Rahmen der GPR werden Beschäftigte insgesamt, weibliche Beschäftigte und Vollzeitäquivalente berechnet. Unter Beschäftigten werden in der GPR Beschäftigungsverhältnisse verstanden. Somit werden Personen mit mehreren Arbeitsverhältnissen im Gesundheitswesen mehrfach gezählt. Dies ist ein anderes Vorgehen als in der Erwerbstätigenrechnung, in der Personen mit ihrer überwiegenden Tätigkeit nur einmal gezählt werden. Bei der Zahl der Vollzeitäquivalente handelt es sich um eine hypothetische Größe, die angibt, wie viele Vollzeitstellen sich umgerechnet aus den Beschäftigungsverhältnissen ergeben würden. Die Vollzeitäquivalente werden unter Berücksichtigung von Daten des Mikrozensus zu Arbeitszeiten berechnet. Angaben zu Arbeitszeiten liegen jedoch nicht für alle Einrichtungsarten vor, weshalb für manche Einrichtungsarten die Vollzeitäquivalente anhand der Bundesverhältnisse berechnet werden.

Nachfolgend werden Ergebnisse der GPR für die Jahre 2008 bis 2014 mit Berechnungsstand Januar 2016 dargestellt.

5) OECD, Eurostat, WHO, 2011. A System of Health Accounts, OECD Publishing, Paris.

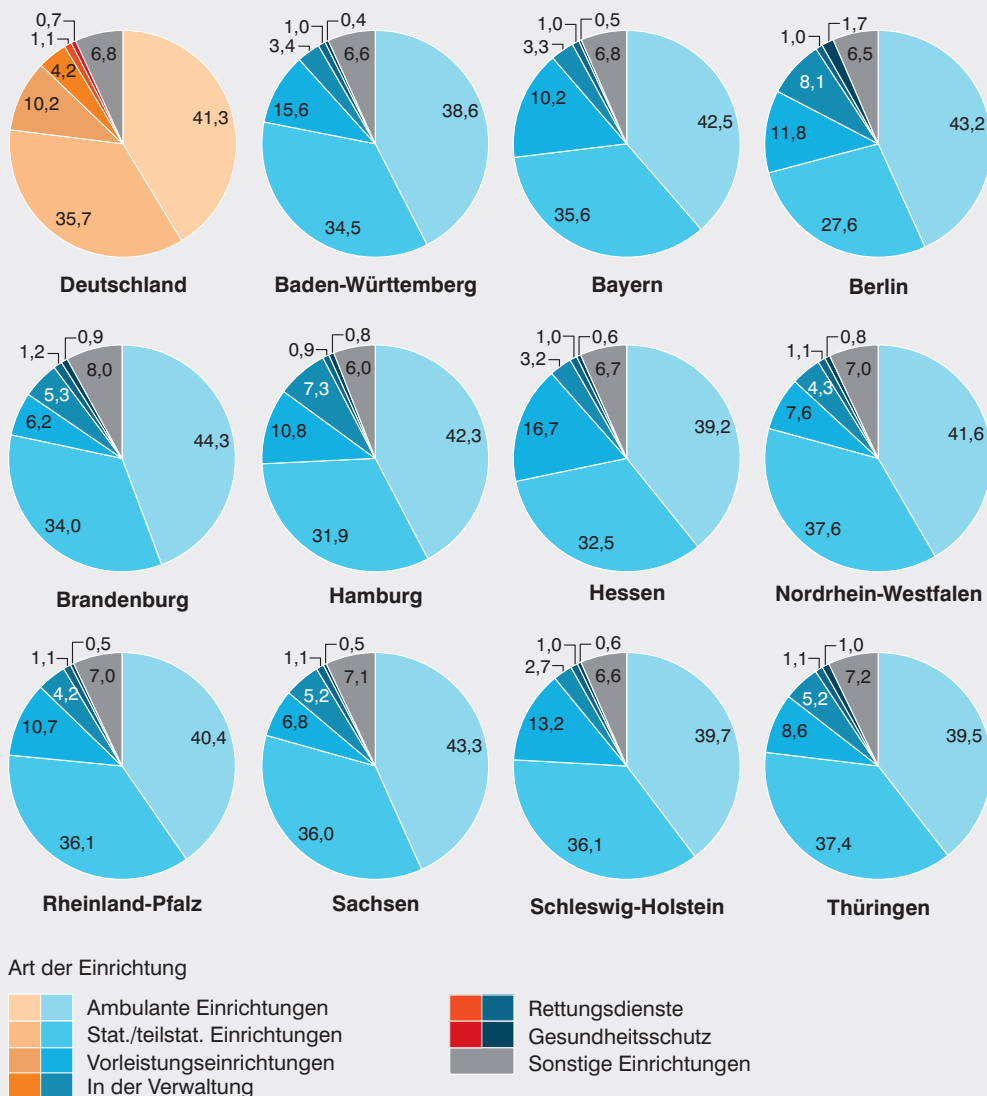
## 1.2. Gesundheitspersonal nach Einrichtungsarten

Abb. 1  
**Gesundheitspersonal in ausgewählten Bundesländern 2014**  
je 1 000 Einwohner



Die höchste Zahl an Beschäftigten im Gesundheitswesen pro 1 000 Einwohner wurde 2014 mit 74 Beschäftigten für Hamburg ermittelt, die niedrigste mit 55 Beschäftigten je 1 000 Einwohner für Brandenburg.

Abb. 2  
**Gesundheitspersonal in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2014**  
 nach Art der Einrichtung  
 in Prozent



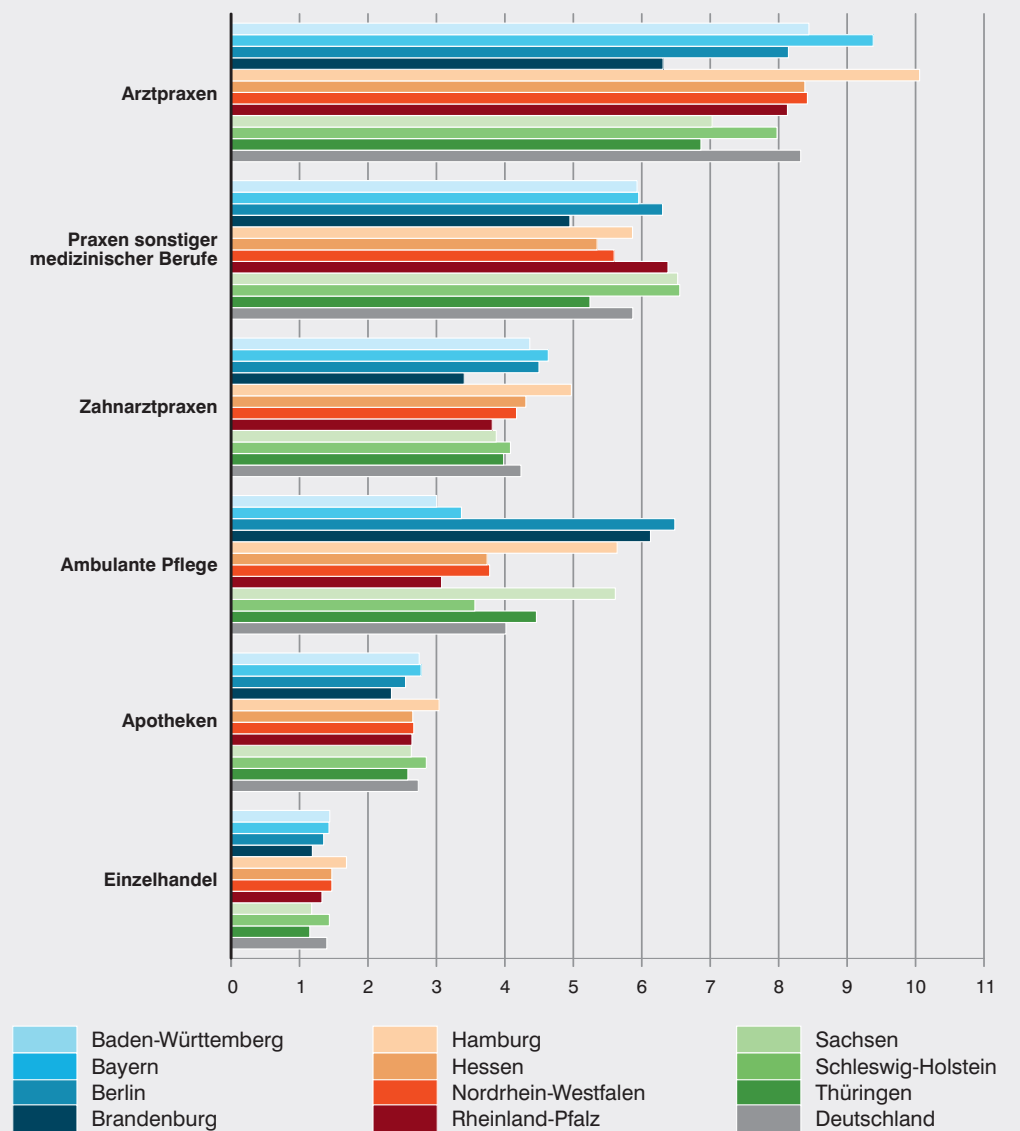
© Statistische Ämter der Länder.

Die meisten Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens sind in ambulanten Einrichtungen (Maximum Brandenburg: 44,3 Prozent, Minimum Baden-Württemberg: 38,6 Prozent) tätig, gefolgt von stationären/teilstationären Einrichtungen (Nordrhein-Westfalen: 37,6 Prozent, Berlin: 27,6 Prozent). Der Anteil an Beschäftigten in den Vorleistungseinrichtungen liegt zwischen 16,7 Prozent in Hessen und 6,2 Prozent in Brandenburg. Weitere Beschäftigte des Gesundheitswesens sind in der Verwaltung (Berlin: 8,1 Prozent, Schleswig-Holstein: 2,7 Prozent), bei Rettungsdiensten (Brandenburg: 1,2 Prozent, Hamburg: 0,9 Prozent) sowie im Gesundheitsschutz (Berlin: 1,7 Prozent, Baden-Württemberg: 0,4 Prozent) und sonstigen Einrichtungen (Brandenburg: 8,0 Prozent, Hamburg: 6,0 Prozent) tätig.



Abb. 3

**Gesundheitspersonal in ambulanten Einrichtungen in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2014 nach Art der Einrichtung**  
je 1 000 Einwohner



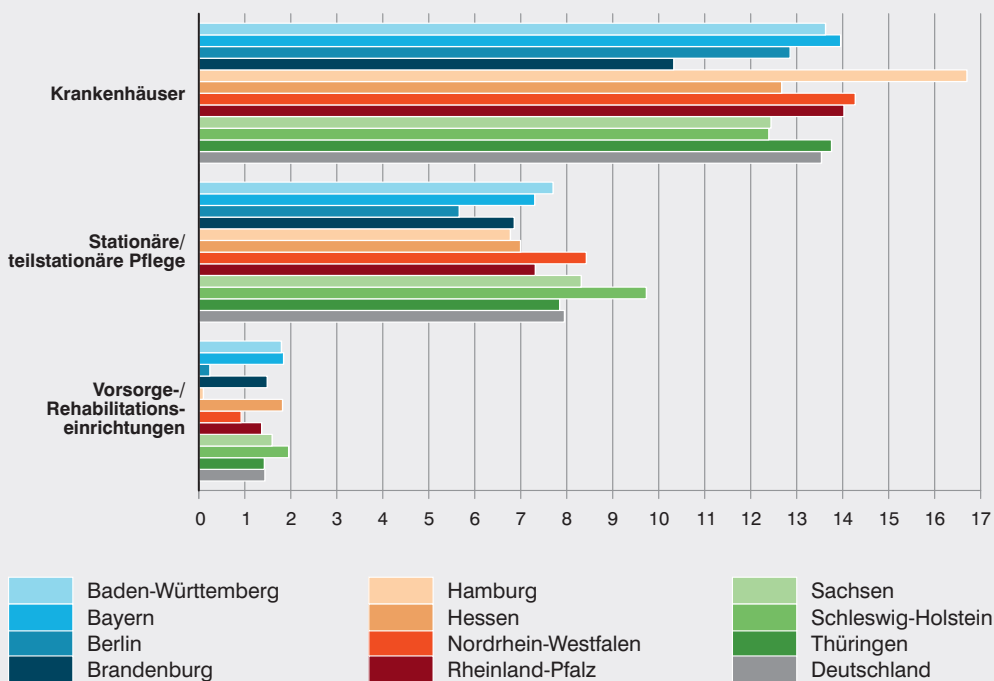
© Statistische Ämter der Länder.

Für Hamburg wurden 2014 durchschnittlich knapp über zehn Beschäftigte je 1 000 Einwohner in Arztpraxen ermittelt, in Brandenburg waren es gut sechs Beschäftigte je 1 000 Einwohner. Die Beschäftigten je 1 000 Einwohner in Praxen sonstiger medizinischer Berufe lagen zwischen knapp sieben in Schleswig-Holstein und knapp unter fünf in Brandenburg. In der ambulanten Pflege zeigten sich größere Unterschiede zwischen den Bundesländern. Hier lag die maximale Zahl an Beschäftigten je 1 000 Einwohner bei knapp sieben in Berlin und die minimale bei drei in Baden-Württemberg. Hingegen zeigten sich kaum merkliche Unterschiede der durchschnittlichen Personalausstattung in Apotheken sowie im Einzelhandel.



Abb. 4

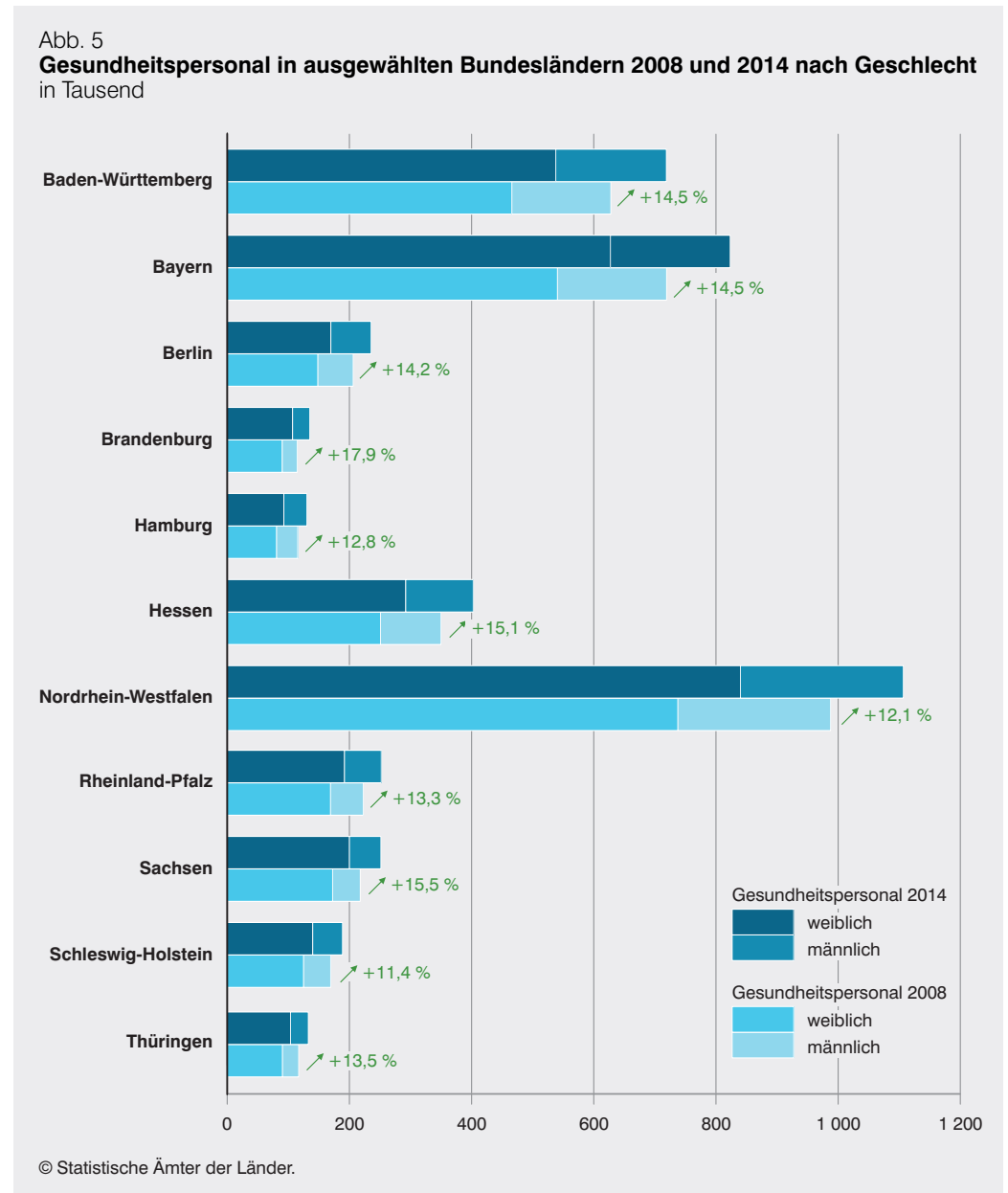
**Gesundheitspersonal in stationären und teilstationären Einrichtungen in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2014 nach Art der Einrichtung**  
je 1 000 Einwohner



© Statistische Ämter der Länder.

In Krankenhäusern zeigten sich erkennbare Unterschiede der Personalausstattung zwischen den Bundesländern mit knapp 17 Beschäftigten je 1 000 Einwohner in Hamburg und gut zehn Beschäftigten je 1 000 Einwohner in Brandenburg. In der stationären/teilstationären Pflege wurde für Schleswig-Holstein die höchste Zahl an Beschäftigten mit fast zehn Personen je 1 000 Einwohner und für Berlin die geringste Zahl mit weniger als sechs Personen je 1 000 Einwohner ermittelt. In Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen liegt die durchschnittliche Personalausstattung der Bundesländer bei einer Person je 1 000 Einwohner.

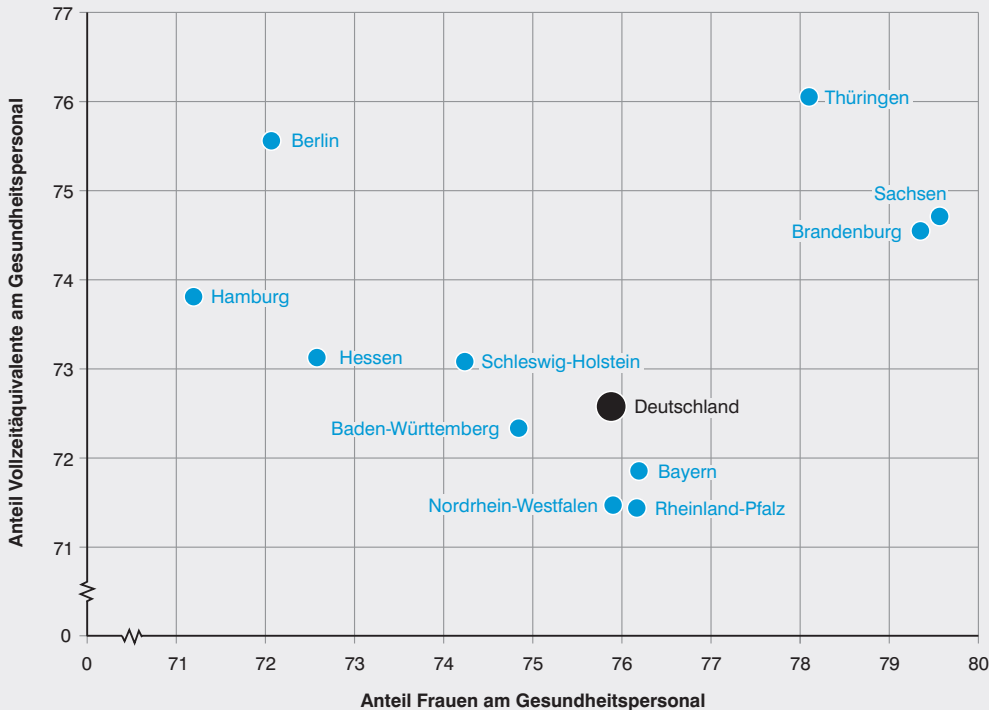
### 1.3. Gesundheitspersonal nach Geschlecht



In Deutschland waren im Jahr 2014 rund 5 222 000 Personen in Gesundheitseinrichtungen tätig. Darunter entfielen allein 1 106 600 Personen auf das bevölkerungsreichste Land Nordrhein-Westfalen und 130 200 Personen auf den Stadtstaat Hamburg. Der Frauenanteil am Gesundheitspersonal liegt in allen dargestellten Bundesländern bei über 70 Prozent. Der Anteil liegt zwischen 79,6 Prozent in Sachsen und 71,2 Prozent in Hamburg. Den höchsten Zuwachs der Beschäftigten im Gesundheitswesen im Zeitraum von 2008 bis 2014 verzeichnete Brandenburg mit 17,9 Prozent, den niedrigsten Schleswig-Holstein mit 11,4 Prozent.

Abb. 6

**Anteil der Frauen und der Vollzeitäquivalente am Gesundheitspersonal in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2014**  
in Prozent



© Statistische Ämter der Länder.

Die Gegenüberstellung des Frauenanteils am Gesundheitspersonal und des Verhältnisses der Vollzeitäquivalente zu den Beschäftigtenzahlen insgesamt gibt Hinweise auf die Beschäftigungsmöglichkeiten von Frauen im Gesundheitswesen. Je höher der Anteil der Vollzeitäquivalente an den Beschäftigten ist, desto mehr Stunden arbeiten die Beschäftigten im Durchschnitt je Arbeitsvertrag. Der Frauenanteil und der Anteil der Vollzeitäquivalente liegt in allen dargestellten Ländern zwischen 71 und 80 Prozent. In der Grafik lassen sich drei Cluster von Ländern erkennen. In den Ländern Sachsen, Brandenburg und Thüringen liegen beide Kennzahlen im rechten oberen Bereich, was darauf hindeutet, dass viele Frauen vollzeitbeschäftigt in Gesundheitseinrichtungen tätig sind. In den Ländern Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz liegt die Frauenquote etwa im deutschen Mittel. Dagegen ist der Anteil der Vollzeitäquivalente im Vergleich zu den anderen Ländern im unteren Bereich. Dieses Muster deutet auf einen größeren Anteil von Teilzeitbeschäftigung von Frauen in den alten Bundesländern hin. Dagegen weisen Hessen und die Stadtstaaten Berlin und Hamburg einen hohen Anteil der Vollzeitäquivalente und im Vergleich zu den anderen Ländern geringere Frauenquoten auf.

## 2. Gesundheitsausgabenrechnung

### 2.1. Methodische Hinweise

Die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) der Länder bildet die Ausgaben für Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen nach Ausgabenträgern ab. Die Methodik lehnt sich eng an die Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes an. Die Abgrenzung der Gesundheitsausgaben in der GAR der Länder und des Bundes beruht auf dem „System of Health Accounts“, welches von der OECD, der WHO und Eurostat zum Zweck der internationalen Vergleichbarkeit empfohlen wird.<sup>6)</sup>

Zu den Gesundheitsausgaben zählen alle Käufe von Waren und Dienstleistungen, die zum Zweck der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege getätigt werden sowie die Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens.<sup>7)</sup> Räumlich bezieht sich die Erfassung der 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. Nicht dargestellt werden hier die Ausgaben des erweiterten Leistungsbereichs des Gesundheitswesens, zu denen Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen zählen.

In der GAR wird zwischen acht Ausgabenträgern unterschieden. Dazu zählen alle öffentlichen und privaten Institutionen, die Leistungen für die Gesundheit finanzieren. Dies sind die Öffentlichen Haushalte, die Gesetzliche Krankenversicherung, die Soziale Pflegeversicherung, die Gesetzliche Rentenversicherung, die Gesetzliche Unfallversicherung, die Private Krankenversicherung, die Arbeitgeber sowie die privaten Haushalte und die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck.

Die Gesundheitsausgaben werden auf Basis verschiedener Datenquellen ermittelt. Dabei wird eine Kombination aus Top-down- und Bottom-up-Ansatz verwendet. Zu den wichtigsten Datenquellen gehören die Ergebnisse verschiedener amtlicher Statistiken des Bundes und der Länder, die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und die Angaben des GKV-Spitzenverbands zu Ausgaben und Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung.

Nachfolgend werden Ergebnisse der GAR für die Jahre 2008 bis 2014 mit dem Berechnungsstand März 2016 dargestellt.

---

6) OECD, Eurostat, WHO, 2011. A System of Health Accounts, OECD Publishing, Paris.

7) Weigel, J., Meise, S. und Dr. Richter, B., 2014. Gesundheitsausgaben im Ländervergleich 2008 bis 2012 – Realisierung eines länderübergreifenden Ansatzes, in: Statistik in Sachsen 2/2014, S. 38-47.

## 2.2. Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern

Abb. 7

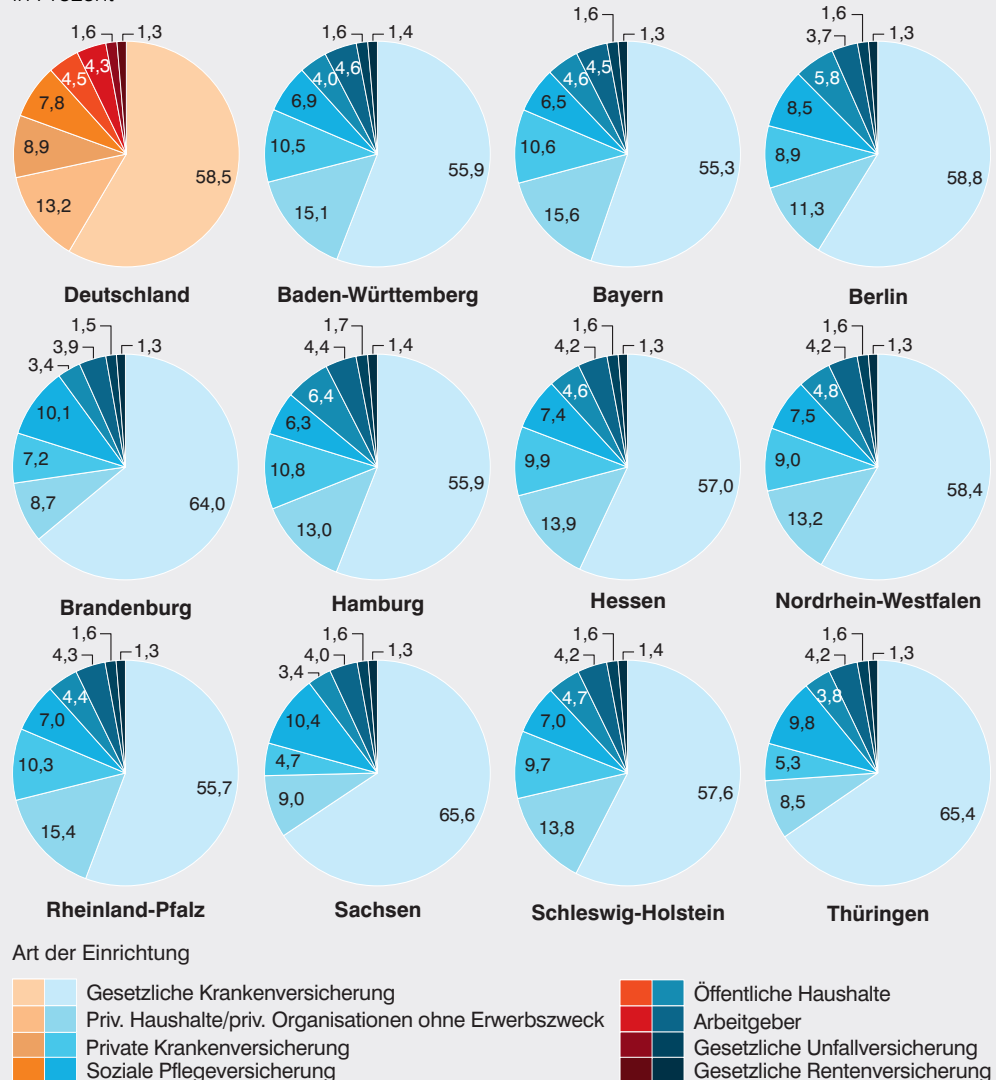
### Gesundheitsausgaben in ausgewählten Bundesländern 2014 in Euro je Einwohner



© Statistische Ämter der Länder.

Die Gesundheitsausgaben pro Einwohner liegen im deutschen Mittel bei 4 050 Euro je Einwohner. In den Bundesländern wurden die höchsten Ausgaben je Einwohner mit 4 233 Euro in Brandenburg, die niedrigsten mit 3 882 Euro in Hamburg ermittelt.

Abb. 8

**Gesundheitsausgaben in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2014  
nach Ausgabenträgern**  
in Prozent


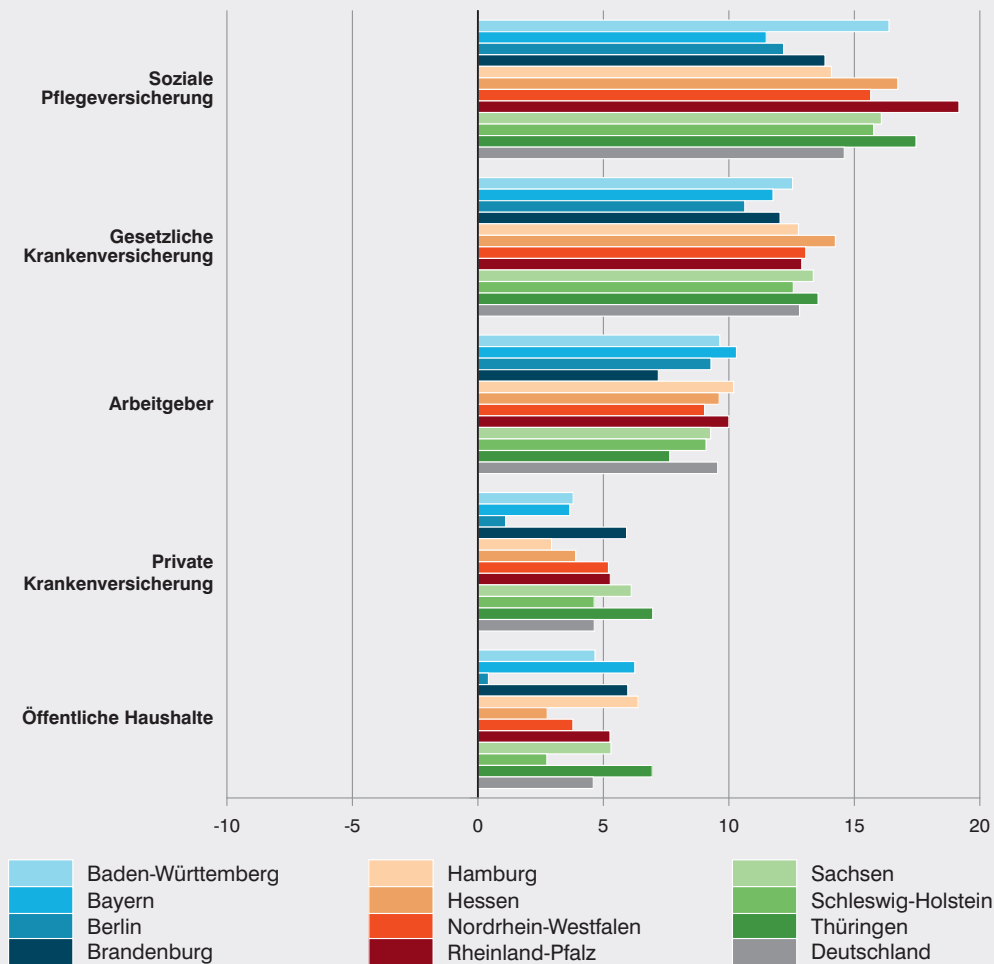
© Statistische Ämter der Länder.

In allen dargestellten Ländern trägt die Gesetzliche Krankenversicherung die höchsten Ausgabenanteile mit im Schnitt 58,5 Prozent der Gesundheitsausgaben. In den neuen Bundesländern sind diese Anteile am höchsten (Maximum Sachsen mit 65,6 Prozent). Während in Bayern die GKV mit 55,3 Prozent den geringsten Ausgabenanteil trägt, leisten die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck dort den im Ländervergleich höchsten Anteil mit 15,6 Prozent der Gesundheitsausgaben (Minimum Thüringen mit 8,5 Prozent). Als drittgrößte Position trägt die Private Krankenversicherung Ausgaben zwischen 4,7 Prozent in Sachsen und 10,8 Prozent in Hamburg. Die Ausgabenanteile der Sozialen Pflegeversicherung sind in den neuen Bundesländern mit Maximum in Sachsen (10,4 Prozent) am höchsten. Im Vergleich trägt die Soziale Pflegeversicherung in Hamburg mit 6,3 Prozent den geringsten Ausgabenanteil.

## 2.3. Entwicklung der Gesundheitsausgaben je Einwohner

Abb. 9

**Veränderung der Gesundheitsausgaben je Einwohner in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2011 und 2014 nach Ausgabenträgern**  
in Prozent



© Statistische Ämter der Länder.

Betrachtet man die Veränderungsraten zwischen 2011 und 2014 der Ausgaben je Einwohner der einzelnen Ausgabenträger, so ist im Schnitt das höchste Ausgabenwachstum in der Sozialen Pflegeversicherung zu beobachten.<sup>8)</sup> Besonders in den Ländern Rheinland-Pfalz (19,2 Prozent), Thüringen (17,5 Prozent) und Hessen (16,7 Prozent) konnte ein starker Ausgabenanstieg ermittelt werden. Auch die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zeichnen sich durch ein starkes Wachstum aus. Während hier Berlin den geringsten Zuwachs zeigt (10,6 Prozent), ist in Hessen der höchste Ausgabenzuwachs (14,2 Prozent) der GKV verortet. Das Ausgabenwachstum der Arbeitgeber liegt zwischen 7,2 Prozent in Brandenburg und 10,3 Prozent in Bayern. Eine hohe

8) Weitere nicht dargestellte Ausgabenträger sind die Gesetzliche Unfallversicherung, die Gesetzliche Rentenversicherung und die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck.

Variation des Ausgabenwachstums je Einwohner ist bei den Trägern der öffentlichen Hand zu beobachten. Während in Berlin das Ausgabenwachstum der Öffentlichen Haushalte nur 0,4 Prozent beträgt, sind die Ausgaben in Thüringen um 6,9 Prozent gestiegen. Im Schnitt sind seit 2011 auch die Ausgaben der Privaten Krankenversicherung gestiegen. Hier ist das Wachstum in Thüringen mit 7,0 Prozent am höchsten und in Berlin mit 1,1 Prozent am geringsten.

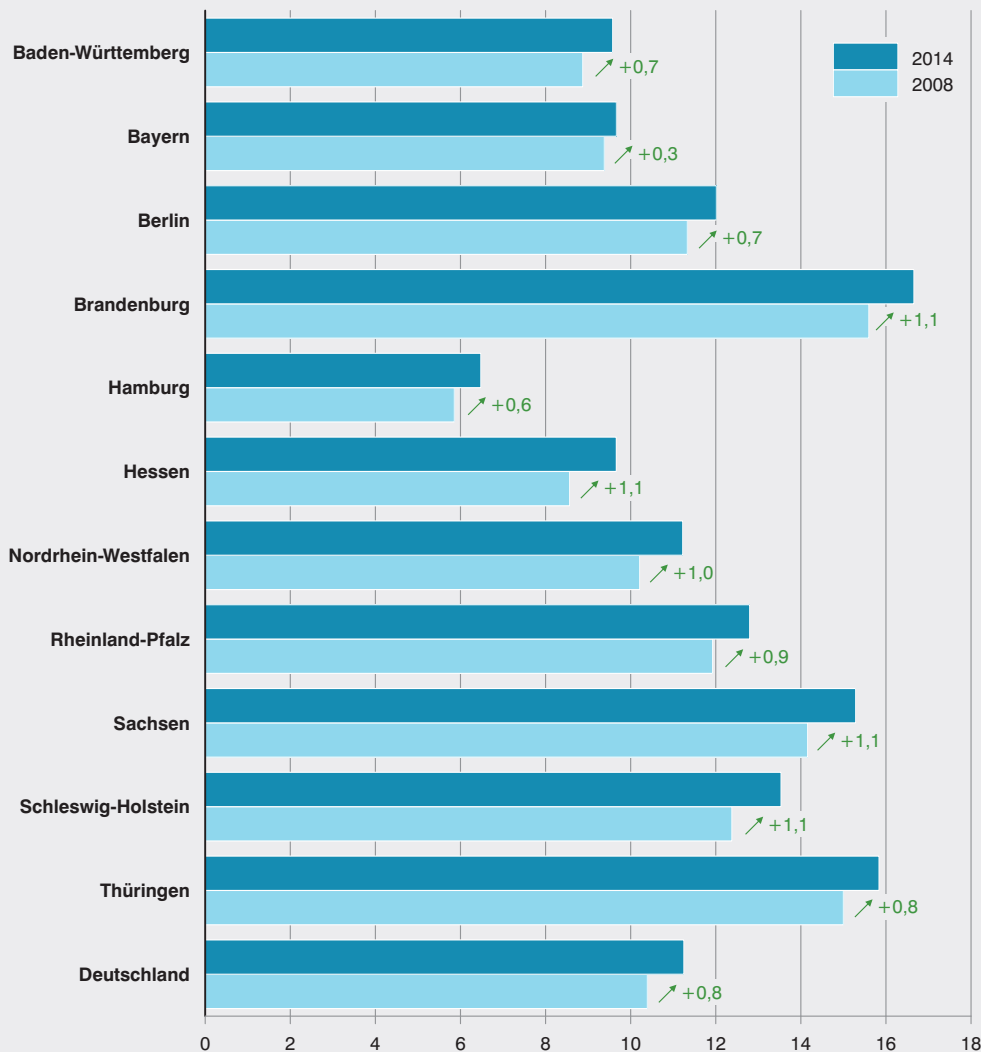


## 2.4. Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt

Abb. 10

### Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2008 und 2014

in Prozent



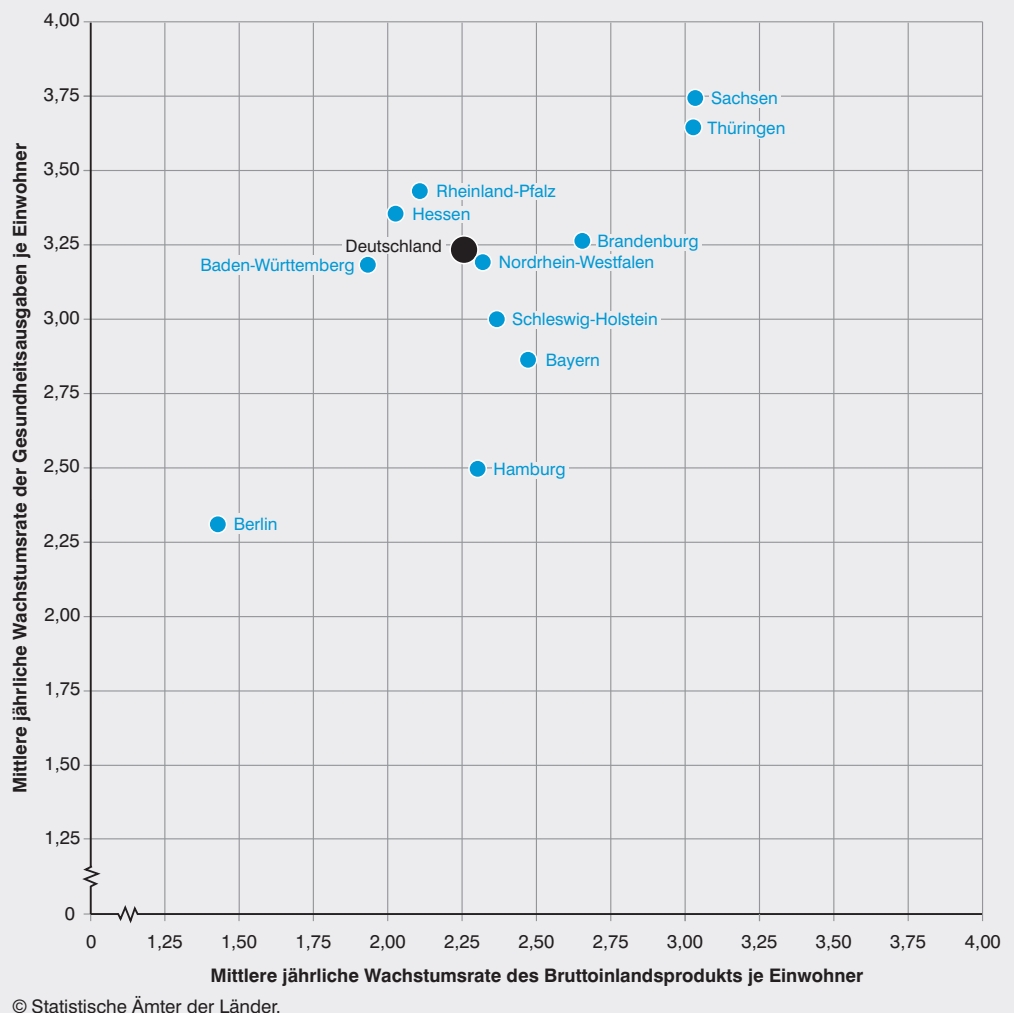
© Statistische Ämter der Länder.

Setzt man die Gesundheitsausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt, ergibt sich die sogenannte Gesundheitsausgabenquote. Diese variiert erheblich zwischen den Ländern. Die größten Gesundheitsausgabenquoten wurden in den neuen Bundesländern berechnet mit dem Maximum von 16,7 Prozent in Brandenburg. In Hamburg ist die Quote mit 6,5 Prozent am geringsten. Die Veränderung über die Zeit ist seit 2008 in allen Bundesländern positiv und liegt zwischen 0,3 Prozentpunkten in Bayern und 1,1 Prozentpunkten in Brandenburg, Hessen, Sachsen und Schleswig-Holstein.

Abb. 11

**Mittlere jährliche Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben je Einwohner und des Bruttoinlandsprodukts je Einwohner in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2011 bis 2014**

in Prozent



Die Gegenüberstellung des Wachstums der Gesundheitsausgaben je Einwohner und des Wachstums des Bruttoinlandsprodukts<sup>9)</sup> (in jeweiligen Preisen) je Einwohner zeigt, dass in allen Bundesländern das Wachstum der Gesundheitsausgaben das Wirtschaftswachstum überholt hat. Dies impliziert, dass langfristig immer höhere Einkommensanteile für die Gesundheitsversorgung verwendet werden. Die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben je Einwohner liegen zwischen 3,7 Prozent in Sachsen und 2,3 Prozent in Berlin. Während in Berlin auch das BIP je Einwohner das geringste mittlere Wachstum seit 2011 mit 1,4 Prozent ausweist, liegt das Wachstum des sächsischen BIP je Einwohner beim Maximum von 3,0 Prozent. Mit einem Unterschied von 1,3 Prozentpunkten übersteigt das Ausgabenwachstum das Wachstum des BIP je Einwohner besonders stark in Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz. Dagegen sind die geringsten Abweichungen in Bayern und Hamburg zu verorten.

9) AK VGRdL; Berechnungsstand August 2015/Februar 2016.

### 3. Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz

#### 3.1. Methodische Hinweise

Der Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz (WSE) liefert Daten zur Bruttowertschöpfung (BWS) und zu den Erwerbstätigen (ET) in der Gesundheitswirtschaft und ermöglicht den Vergleich der Gesundheitswirtschaft mit der Wertschöpfung und Erwerbstätigkeit in anderen Bereichen der Volkswirtschaft. Ziel des WSE ist es, die wirtschaftlichen Elemente der Gesundheitswirtschaft zu beschreiben, deren Wirtschaftskraft zu quantifizieren und die Voraussetzungen für Prognosen und Planungen von wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Entscheidungsträgern zu schaffen. Mittels der Kenngrößen Bruttowertschöpfung und Erwerbstätige zeigt sie den Anteil der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft auf.

Der von der AG GGRdL entwickelte länderübergreifende Ansatz nutzt eine wirtschaftszweigbasierte Abgrenzung (Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 – WZ 2008) der Gesundheitswirtschaft. Die WZ-Abgrenzung ermöglicht die Nutzung qualitativ hochwertiger und tief gegliederter Daten der Arbeitskreise Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (AK VGRdL) und Erwerbstätigenrechnung (AK ETR) sowie der Bundesagentur für Arbeit (BA).

Die Gesundheitswirtschaft wird als Querschnittsbranche durch mehrere WZ abgebildet. Es wird zwischen dem Bereich Q Gesundheits- und Sozialwesen, der nahezu vollständig der Gesundheitswirtschaft zuzuordnen ist, sowie sonstigen nur teilweise relevanten Teilbereichen – zum Beispiel im Verarbeitenden Gewerbe oder im Handel – unterschieden.<sup>10)</sup> In diesen Bereichen erfolgt eine Schlüsselung der BWS bzw. ET (WZ 2-Steller) anhand der Daten zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der BA (WZ 5-Steller), eine Schätzung auf Basis früherer WZ Abgrenzungen (WZ 2003) oder in seltenen Fällen eine Abgrenzung auf Basis von Experteneinschätzungen.<sup>11)</sup>

Die BWS der einzelnen gesundheitswirtschaftlichen WZ wird in jeweiligen Preisen, je Erwerbstätigen sowie je Einwohner und in Vorjahrespreisen berechnet. Zudem werden die preisbereinigte Änderungsrate gegenüber dem Vorjahr und der Kettenindex (2010 = 100) ermittelt.

Nachfolgend werden Ergebnisse des WSE für die Jahre 2008 bis 2015 mit Berechnungsstand Juli 2016 dargestellt. Aufgrund eines Mandats können auch für die fünf nicht in der AG vertretenen Bundesländer Ergebnisse ausgewiesen werden.

10) Zu beachten ist die unterschiedliche Abgrenzung der Erwerbstätigen im WSE und des Gesundheitspersonals der GPR. Während in der GPR eine Person mit mehreren Beschäftigungsverhältnissen mehrfach eingeht, wird bei der Zahl der Erwerbstätigen eine Person nur einmal mit ihrer überwiegenden Tätigkeit gezählt. Auch die Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft im WSE nach der Wirtschaftszweigabgrenzung unterscheidet sich von der Abgrenzung der Einrichtungen des Gesundheitswesens der GPR nach dem System der OECD. Die Zahlen sind deshalb zwischen WSE und GPR nicht direkt vergleichbar.

11) Für eine ausführliche Beschreibung der Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft und der verschiedenen Vorgehensweisen sei auf die Methodenbeschreibung der AG GGRdL verwiesen. Verfügbar unter: [www.ggrdl.de/GGR/Q\\_P\\_VI\\_meth\\_2016.pdf](http://www.ggrdl.de/GGR/Q_P_VI_meth_2016.pdf)

### 3.2. Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft

Abb. 12

**Bruttowertschöpfung (in jeweiligen Preisen) der Gesundheitswirtschaft je Einwohner nach Bundesländern 2015**

in Euro je Einwohner

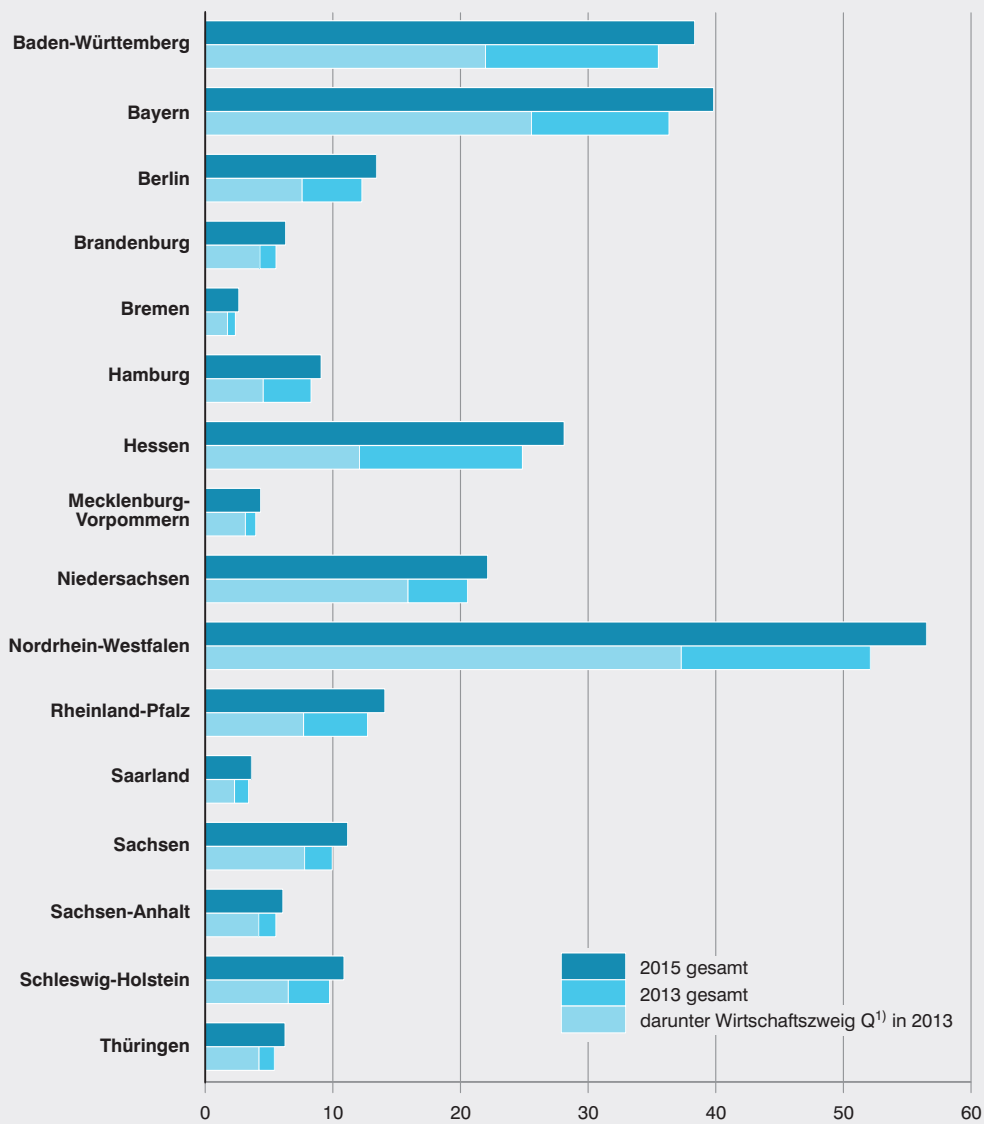


Für das Jahr 2015 wurde die höchste Bruttowertschöpfung (in jeweiligen Preisen) der Gesundheitswirtschaft je Einwohner in Hamburg mit 5 127 Euro ermittelt. Im Vergleich zu den anderen Bundesländern ist die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft in Brandenburg mit 2 550 Euro je Einwohner am geringsten.

Abb. 13

**Bruttowertschöpfung (in jeweiligen Preisen) der Gesundheitswirtschaft nach Bundesländern 2013 und 2015**

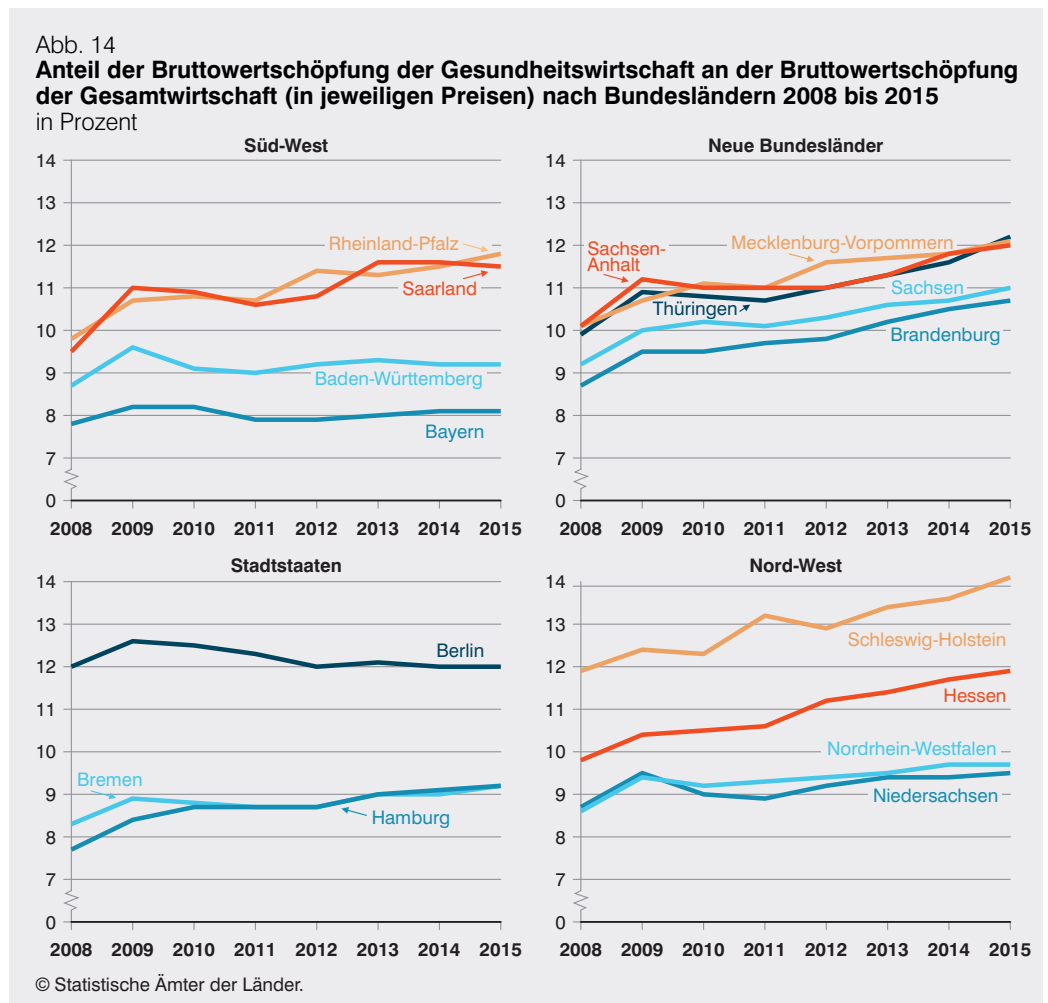
in Milliarden Euro



<sup>1)</sup> Gesundheitswirtschaftsrelevanter Teil des WZ Q der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008).

© Statistische Ämter der Länder.

In allen Bundesländern ist die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft zwischen den Jahren 2013 und 2015 gewachsen. Die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft ist in Bremen, im Saarland und in Mecklenburg-Vorpommern am geringsten. In Mecklenburg-Vorpommern ist zudem der Anteil des Kernbereichs des Gesundheits- und Sozialwesens (WZ Q) mit 79,6 Prozent am höchsten. In Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern liegt die Bruttowertschöpfung im oberen Bereich. In Hessen liegt die BWS mit 28,1 Milliarden Euro im oberen Bereich. Dort ist der Anteil des Gesundheits- und Sozialwesens für 2013 mit 48,6 Prozent am geringsten.



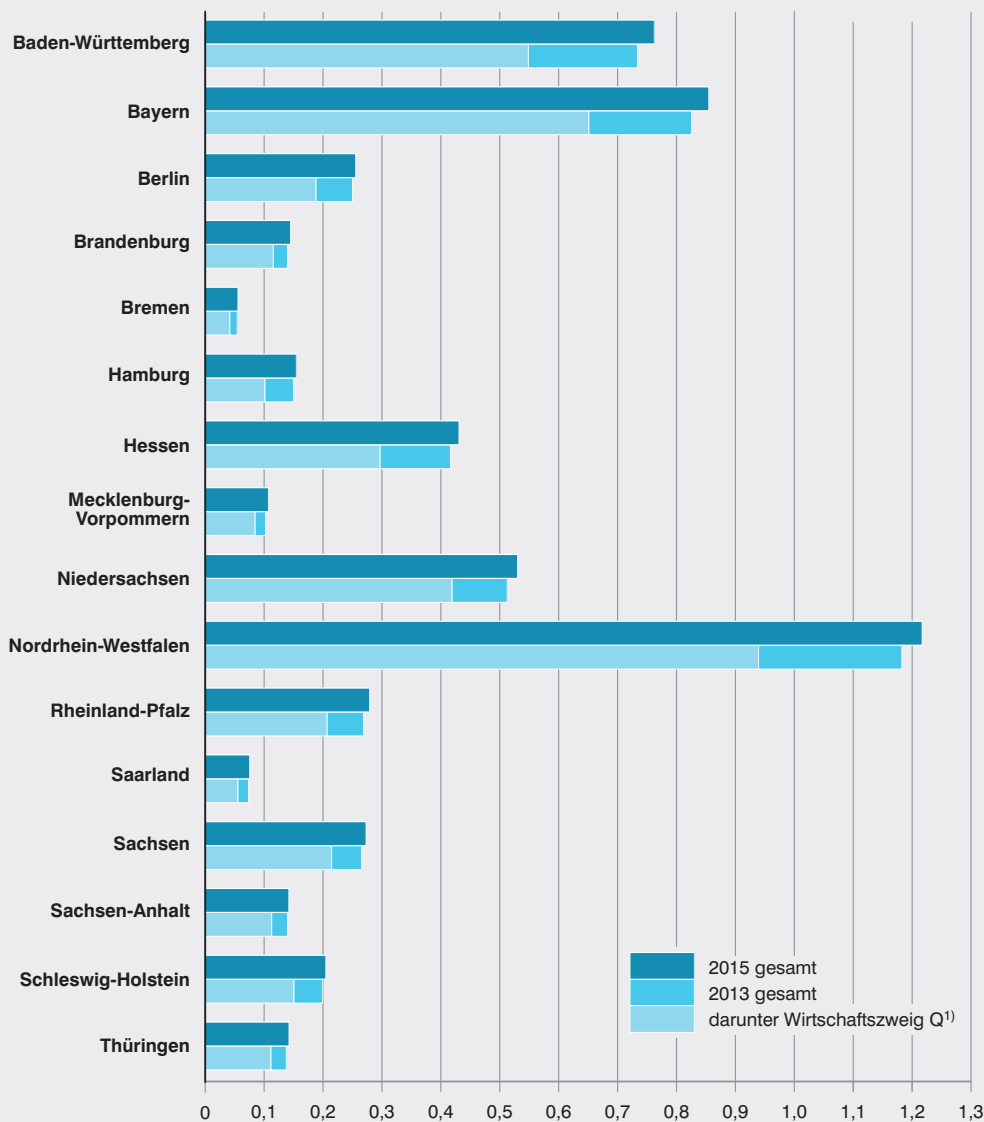
Bei der Betrachtung der BWS der Gesundheitswirtschaft als Anteil der BWS der Gesamtwirtschaft<sup>12)</sup> werden aus Darstellungsgründen vier Gruppen von Bundesländern unterschieden: Stadtstaaten (Berlin, Hamburg, Bremen), neue Bundesländer (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen), Bundesländer Süd-West (Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland) und Nord-West (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein). Zwischen den einzelnen Gruppen lassen sich sowohl Unterschiede in der Höhe des Anteils der BWS der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft als auch im zeitlichen Trend feststellen. Besonders fallen die Unterschiede zwischen den Stadtstaaten und den neuen Bundesländern auf. In den neuen Bundesländern ist das Niveau des Anteils der BWS vergleichsweise hoch bei 8,7 bis 12,2 Prozent. Dagegen hebt sich im Niveau unter den Stadtstaaten Berlin mit rund 12,2 Prozent von Hamburg und Bremen (8,7 und 8,8 Prozent) ab. In der zeitlichen Entwicklung sind alle Stadtstaaten durch ein moderates Wachstum des Anteils der BWS der Gesundheitswirtschaft gekennzeichnet, wohingegen sich besonders die neuen Bundesländer durch ein stetiges positives Wachstum auszeichnen. Ein vergleichsweise moderates Wachstum lässt sich ebenfalls für Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen feststellen.

12) AK VGRdL; Berechnungsstand August 2015/Februar 2016.

### 3.3. Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft

Abb. 15

#### Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft nach Bundesländern 2013 und 2015 in Millionen



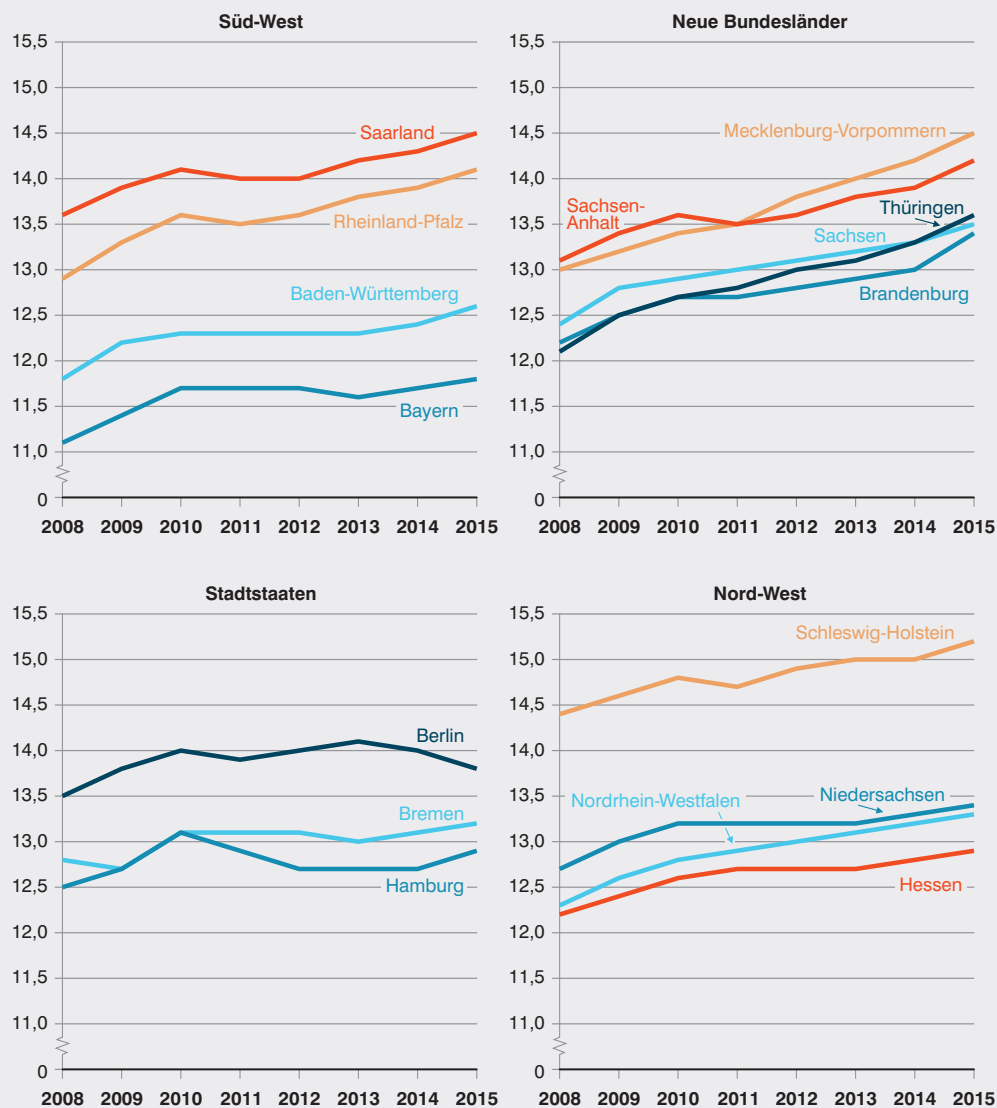
<sup>1)</sup> Gesundheitswirtschaftsrelevanter Teil des WZ Q der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008).

© Statistische Ämter der Länder.

Dem bevölkerungsreichsten Land Nordrhein-Westfalen sind auch die meisten Erwerbstätigen (1 217 000) der Gesundheitswirtschaft zuzuordnen. Die geringste Zahl an Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft wurde für Bremen mit 56 000 ermittelt. In Mecklenburg-Vorpommern haben die Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialbereich 2013 den höchsten Anteil (82,8 Prozent) an den Erwerbstätigen der Gesundheitswirtschaft. In Hamburg ist der Anteil der Erwerbstätigen im Kernbereich Gesundheits- und Sozialwesen mit 67,7 Prozent am geringsten.

Abb. 16

### Anteil der Erwerbstätigen der Gesundheitswirtschaft an den Erwerbstätigen der Gesamtwirtschaft nach Bundesländern 2008 bis 2015 in Prozent



© Statistische Ämter der Länder.

Bei der Betrachtung der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft als Anteil der Erwerbstätigen der Gesamtwirtschaft<sup>13)</sup> werden erneut vier Gruppen unterschieden: Stadtstaaten, neue Bundesländer, Süd-West und Nord-West. Auch hier lässt sich in den Stadtstaaten das moderateste Wachstum der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft feststellen. Dagegen ist in allen Flächenstaaten ein stetig wachsender Anteil der Erwerbstätigen der Gesundheitswirtschaft festzustellen. Im Zeitraum von 2008 bis 2015 gewinnt die Gesundheitswirtschaft in den neuen Bundesländern am stärksten an Bedeutung.

13) AK ETR; Berechnungsstand August 2015/Februar 2016.

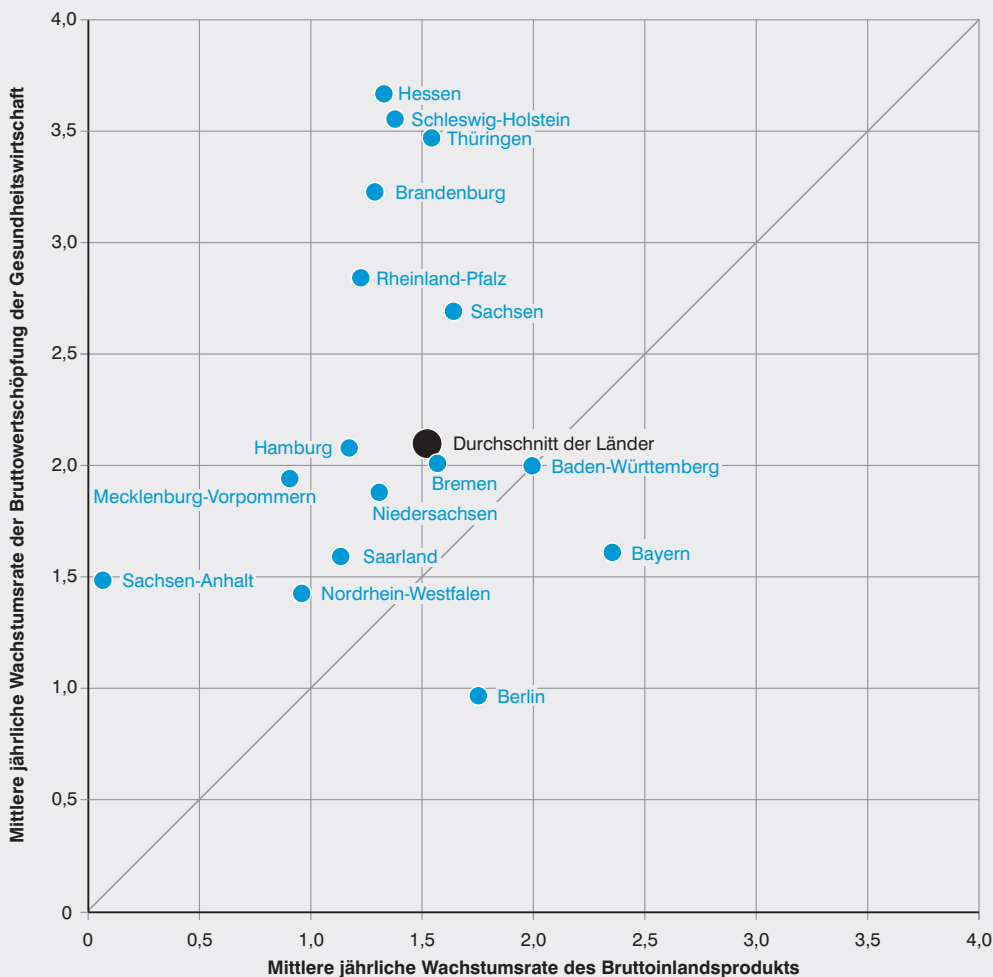


### 3.4. Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft und in der Gesamtwirtschaft

Abb. 17

**Mittlere jährliche Wachstumsraten der Bruttowertschöpfung (preisbereinigt) der Gesundheitswirtschaft und des Bruttoinlandsprodukts (preisbereinigt) nach Bundesländern 2010 bis 2015**

in Prozent



© Statistische Ämter der Länder.

Stellt man die mittleren jährlichen Wachstumsraten der preisbereinigten Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft dem des preisbereinigten Bruttoinlandsprodukts der Gesamtwirtschaft gegenüber, so lässt sich feststellen, dass in fast allen Bundesländern die Gesundheitswirtschaft im Schnitt stärker gewachsen ist als die Gesamtwirtschaft. Während eine Nähe zur Winkelhalbierenden ähnliches Wachstum von Gesundheits- und Gesamtwirtschaft anzeigt, besteht in Ländern über der Winkelhalbierenden ein überdurchschnittliches und in Ländern unter der Winkelhalbierenden ein unterdurchschnittliches Wachstum der Gesundheitswirtschaft. Länder mit einem unterdurchschnittlichen Wachstum der Gesundheitswirtschaft sind Bayern und Berlin. Besonders überdurchschnittlich ist die Gesundheitswirtschaft dagegen in den Ländern Brandenburg, Thüringen Schleswig-Holstein und Hessen gewachsen.

## Adressen der Statistischen Ämter der Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder

### Baden-Württemberg

#### Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Böblinger Straße 68  
70199 Stuttgart

Postanschrift: 70158 Stuttgart

- Dr. Frank Thalheimer  
Tel. 0711 641-2650
- Marcel Nesensohn  
Tel. 0711 641-2958

[analyse31@stala.bwl.de](mailto:analyse31@stala.bwl.de)

### Bayern

#### Bayerisches Landesamt für Statistik

Nürnberger Straße 95  
90762 Fürth

Postanschrift: 90725 Fürth

- Dr. Tilman von Roncador  
Tel. 089 2119-3394  
St.-Martin-Str. 47, 81541 München
- Martina Doppelbauer  
Tel. 0911 98208-6345
- Dr. Miriam Orlowski  
Tel. 0911 98208-6348

[ggr-bayern@statistik.bayern.de](mailto:ggr-bayern@statistik.bayern.de)

### Berlin und Brandenburg

#### Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Alt-Friedrichsfelde 60  
10315 Berlin

- Robert Budras  
Tel. 030 9021-3734

[ggr@statistik-bbb.de](mailto:ggr@statistik-bbb.de)

### Hamburg und Schleswig-Holstein

#### Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Steckelhörn 12  
20457 Hamburg

Postanschrift: 20453 Hamburg

- Karin Budziszewski  
Tel. 040 42831-1836

[vgr-hh@statistik-nord.de](mailto:vgr-hh@statistik-nord.de)

### Hessen

#### Hessisches Statistisches Landesamt

Rheinstraße 35/37  
65185 Wiesbaden

- Florian Fischer  
Tel. 0611 3802-826

[ggr@statistik.hessen.de](mailto:ggr@statistik.hessen.de)

### Nordrhein-Westfalen

#### Information und Technik NRW, Geschäftsbereich Statistik

Mauerstraße 51  
40476 Düsseldorf

Postanschrift: Postfach 10 11 05, 40002 Düsseldorf

- Dr. Iris Leim  
Tel. 0211 9449-2958

[sgr@it.nrw.de](mailto:sgr@it.nrw.de)

### Rheinland-Pfalz

#### Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz

Mainzer Str. 14-16  
56130 Bad Ems

Postanschrift: 56128 Bad Ems

- Dr. Ludwig Böckmann  
Tel. 02603 71-2940  
[ludwig.boeckmann@statistik.rlp.de](mailto:ludwig.boeckmann@statistik.rlp.de)
- Melanie Nofz  
Tel. 02603 71-2130  
[melanie.nofz@statistik.rlp.de](mailto:melanie.nofz@statistik.rlp.de)

### Sachsen

#### Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Macherstraße 63  
01917 Kamenz

Postanschrift: Postfach 11 05, 01911 Kamenz

- Dr. Wolf-Dietmar Speich  
Tel. 03578 33-3400
- Susanne Meise  
Tel. 03578 33-3455

[ggr@statistik.sachsen.de](mailto:ggr@statistik.sachsen.de)

## Thüringen

### Thüringer Landesamt für Statistik

Europaplatz 3

99091 Erfurt

Postanschrift: Postfach 90 01 63, 99104 Erfurt

■ Dr. Oliver Großmann

Tel. 0361 37-84211

[ggr@statistik.thueringen.de](mailto:ggr@statistik.thueringen.de)

## Statistisches Bundesamt

Gustav-Stresemann-Ring 1

65189 Wiesbaden

Postanschrift: 65180 Wiesbaden

■ Michael Cordes

Tel. 0611 75-8116

Graurheindorfer Str. 198, 53117 Bonn

[michael.cordes@destatis.de](mailto:michael.cordes@destatis.de)

■ Angela Heinze

Tel. 0611 75-3768

[angela.heinze@destatis.de](mailto:angela.heinze@destatis.de)

## Kontaktpersonen zum Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz in den Bundesländern, die nicht in der AG GGRdL vertreten sind

## Bremen

### Statistisches Landesamt Bremen

An der Weide 14–16

28195 Bremen

■ Dr. Andreas Cors

Tel. 0421 361-2142

[andreas.cors@statistik.bremen.de](mailto:andreas.cors@statistik.bremen.de)

## Saarland

### Landesamt für Zentrale Dienste, Statistisches Amt

Virchowstraße 7

66119 Saarbrücken

Postanschrift: Postfach 10 30 44, 66030 Saarbrücken

■ Karl Schneider

Tel. 0681 501-5948

[k.schneider@lzd.saarland.de](mailto:k.schneider@lzd.saarland.de)

## Mecklenburg-Vorpommern

### Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

Lübecker Straße 287

19059 Schwerin

Postanschrift: Postfach 12 01 35, 19018 Schwerin

■ Dr. Margit Herrmann

Tel. 0385 588-56041

[margit.herrmann@statistik-mv.de](mailto:margit.herrmann@statistik-mv.de)

## Sachsen-Anhalt

### Landesamt für Zentrale Dienste, Statistisches Amt

Merseburger Straße 2

06110 Halle/Saale

Postanschrift: Postfach 20 11 56, 06012 Halle/Saale

■ Antje Bornträger

Tel. 0345 2318-339

[antja.borntraeger@stala.mi.sachsen-anhalt.de](mailto:antja.borntraeger@stala.mi.sachsen-anhalt.de)

## Niedersachsen

### Landesamt für Statistik Niedersachsen

Göttinger Chaussee 76

30453 Hannover

Postanschrift: Postfach 91 07 64, 30427 Hannover

■ Silke Dai

Tel. 0511 9898-3353

[vgr@statistik.niedersachsen.de](mailto:vgr@statistik.niedersachsen.de)

