

Gesundheitsausgaben im Vergleich mit Merkmalen und Indikatoren aus der amtlichen Statistik

Der Gesundheit der Bevölkerung ist ein hoher Wert beizumessen – sie ist Teil der Lebensqualität, leistet aber auch einen nicht unwesentlichen Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung in einer bestimmten Region. Beides sind Dimensionen zur Wohlfahrtsmessung und dadurch einer genaueren Betrachtung wert. Die Gesundheitsausgabenrechnung der Länder leistet ihren Beitrag dazu, indem sie Einblicke über den gesamten volkswirtschaftlichen Ressourcenverbrauch gibt, der im Laufe eines Jahres für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit aufgewendet wird. In diesem Beitrag werden die Gesundheitsausgaben der Länder verschiedenen Merkmalen bzw. Indikatoren aus der amtlichen Statistik gegenübergestellt und diskutiert. Dabei zeigen sich neben vielen Gemeinsamkeiten durchaus auch einige Unterschiede.

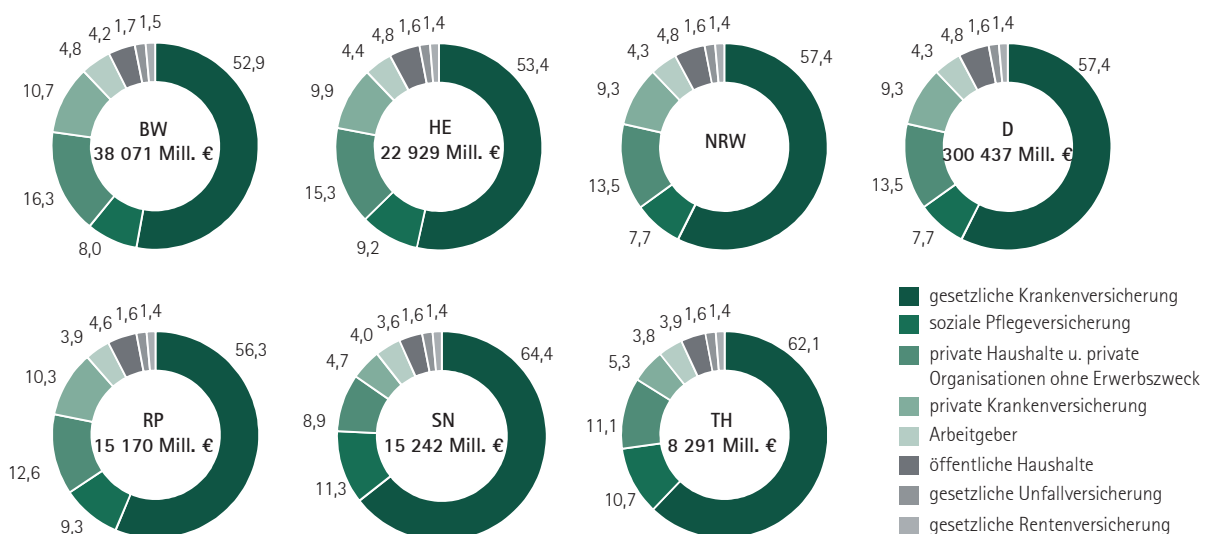
Vorbemerkungen

Die Gesundheitsausgabenrechnung ist neben der Gesundheitspersonalrechnung und den Wertschöpfungsberechnungen Teil der gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder. Unter gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen werden Rechenwerke verstanden, 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. Im Jahr 2014 hat die AG GGRdL die Berechnung der Gesundheitsausgaben auf den länderübergreifenden Ansatz¹⁾, der methodisch vergleichbar mit der Bundesrechnung und dem System of Health Accounts [1] ist, umgestellt.

1) Unter einem länderübergreifenden Ansatz wird eine einheitliche Methodik zur Berechnung der Gesundheitsausgaben bzw. des Gesundheitspersonals auf Länderebene verstanden. Der länderübergreifende Ansatz dieser Berechnungen wurde im Rahmen der Arbeit der AG GGRdL im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen entwickelt und innerhalb der AG GGRdL abgestimmt und evaluiert.

Abb. 1 Gesundheitsausgaben in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2012 nach Ausgabenträgern (in Prozent)



Tab. 1 Gesundheitsausgaben in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 2008 bis 2012

Jahr	Gesundheitsausgaben						
	Deutschland	Baden-Württemberg	Hessen	Nordrhein-Westfalen ¹⁾	Rheinland-Pfalz	Sachsen	Thüringen
	Mill. €						
2008	264 798	33 934	20 068	57 938	13 130	12 979	7 127
2009	279 060	35 324	21 084	60 996	13 821	13 741	7 506
2010	288 340	36 577	21 695	62 966	14 396	14 330	7 854
2011	293 585	37 096	22 310	64 193	14 745	14 815	8 125
2012	300 437	38 071	22 929	65 558	15 170	15 242	8 291

1) Hier erfolgte eine Disaggregation der Bundeswerte top down mittels des Bevölkerungsanteils Bundesland/ Deutschland. Die Disaggregation mittels der Bevölkerungszahlen geht davon aus, dass die durchschnittlichen Ausgaben je Einwohner im Bundesland mit denen des Bundes identisch sind.

- Mitglieder der AG GGRdL sind derzeit die Statistischen Landesämter Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Thüringen, Sachsen als Federführung und das Statistische Bundesamt.
- Die Disaggregation mittels der Bevölkerungszahlen geht davon aus, dass die durchschnittlichen Ausgaben je Einwohner im Bundesland mit denen des Bundes identisch sind. Da Nordrhein-Westfalen aufgrund des hohen Bevölkerungsanteils eine ähnliche Struktur wie Deutschland aufweist, ist davon auszugehen, dass diese methodische Abweichung keinen grundsätzlichen Einfluss auf die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung hat. Die Gesundheitsausgaben von Nordrhein-Westfalen sind dadurch zwar nicht uneingeschränkt vergleichbar, aber hinreichend genau für die folgenden Darstellungen. Dies ist bei der Betrachtung der Grafiken und Analysen zu berücksichtigen.
- Die folgenden Ausführungen sowie der Begriff „Bundesländer“ beziehen sich auf eine Untersuchungseinheit, die ausschließlich aus den sechs Ländern, welche Mitglied der AG GGRdL sind, besteht.
- 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. Räumlich bezieht sich die Erfassung der Gesundheitsausgaben dabei auf die Käufe der inländischen Bevölkerung (die gegebenenfalls auch im Ausland getätigt werden können). Inhaltlich werden nur die Transaktionen für die letzte Verwendung erfasst, ein direkter Patientenbezug muss daher im Regelfall gegeben sein. Transaktionen zwischen Leistungserbringern, z. B. die Lieferung von Arzneimitteln von pharmazeutischen Großhändlern an Apotheken, bleiben unberücksichtigt. [3]

Damit konnten erstmalig für fünf der sechs Mitglieder der AG GGRdL²⁾ miteinander vergleichbare Länderergebnisse zu den Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern ausgewiesen werden. [2] Für Nordrhein-Westfalen, werden Gesundheitsausgaben derzeit noch mittels Disaggregation top down vom Bundeswert anhand des Bevölkerungsanteils von Nordrhein-Westfalen an der Bevölkerung Deutschlands ermittelt.³⁾ Weiterführend gilt es nun, diese Ergebnisse zu bewerten. Im Folgenden werden dazu die Gesundheitsausgaben der Länder⁴⁾ verschiedenen Merkmalen bzw. Indikatoren aus der amtlichen Statistik gegenübergestellt und diskutiert.

Finanzierung der Gesundheitsausgaben durch acht Träger

Mit der Gesundheitsausgabenrechnung wird der gesamte volkswirtschaftliche Ressourcenverbrauch ermittelt, der im Laufe eines Jahres

für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit aufgewendet wird. Die Ausgaben für die Gesundheit⁵⁾ einer Bevölkerung entstehen in den unterschiedlichsten Gesellschaftsbereichen, welche zusammengefasst zu acht Ausgabenträgern erfasst werden (vgl. dazu ausführlicher [3] sowie [4, S.141 f.]).

Über die Hälfte der Gesundheitsausgaben in den betrachteten sechs Ländern finanzieren die gesetzlichen Krankenversicherungen. Während die sozialen Pflegeversicherungen in Sachsen den zweitgrößten Ausgabenanteil trugen, finanzierten in den übrigen fünf Ländern die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck den zweitgrößten Anteil der Gesundheitsausgaben (vgl. Abb. 1).

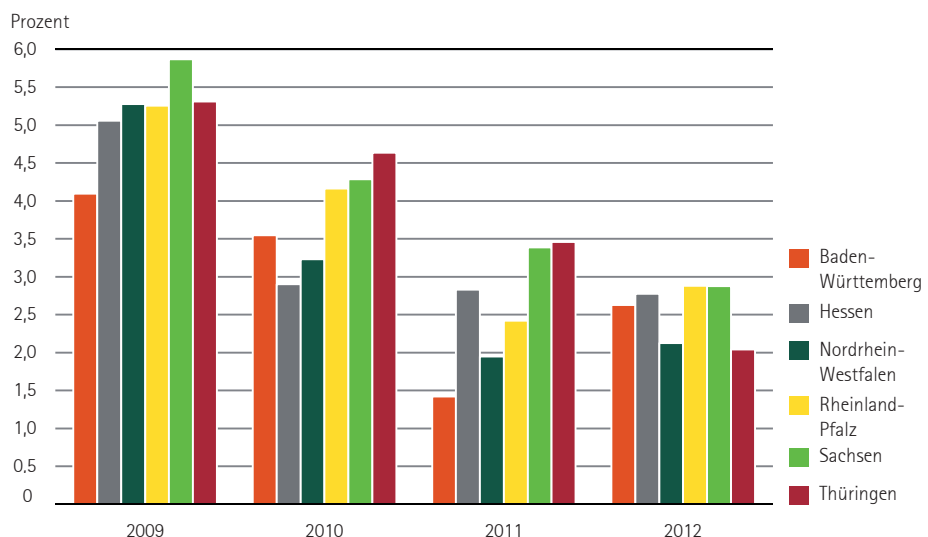
Gesundheit ist viel wert

Deutschlandweit wurden 2012 insgesamt gut 300 Milliarden € in die Gesundheit der Bevölkerung investiert (vgl. Tab 1). Die höchsten Ausgaben auf Länderebene⁴⁾ verzeichnete 2012 Nordrhein-Westfalen mit knapp 65,6 Milliarden € und die geringsten Thüringen mit nahezu 8,3 Milliarden €. In Sachsen betragen die Gesundheitsausgaben gut 15,2 Milliarden €.

Weiterhin steigende Ausgaben

Die Gesundheitsausgaben sind in allen Ländern jeweils seit Beginn des Betrachtungszeitraumes (2008) kontinuierlich um mindestens zehn Prozent gestiegen. Sachsen verzeichnete den stärksten Zuwachs mit 17,4 Prozent und Baden-Württemberg den niedrigsten mit 12,2 Prozent. Auf Bundesebene lag er zum Vergleich bei 13,5 Prozent. Es zeigt sich, dass die jährlichen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf tendenziell kleiner werden (vgl. Abb. 2). In Sachsen beispielsweise war im Jahr

Abb. 2 Veränderung der Gesundheitsausgaben gegenüber dem Vorjahr



2009 im Vergleich zum Vorjahr ein Zuwachs von 5,9 Prozent zu beobachten, 2012 waren es nur noch 2,9 Prozent.

Im Vergleich zu 2008 verzeichnete von allen Ausgabenträgern die soziale Pflegeversicherung in den sechs Bundesländern den stärksten Anstieg. Am geringsten stiegen die Ausgaben der öffentlichen Haushalte, in Hessen waren diese sogar leicht rückläufig.

Die einfache Darstellung der Unterschiede und Entwicklungen in den Ländern gibt einen ersten Eindruck zur Einordnung der Gesundheitsausgaben (ausführlicher in [1]).

Je Einwohner werden durchschnittlich gut 3 700 € für die Gesundheit ausgegeben

Im Jahr 2012 wurden im Bundesdurchschnitt 3 740 € je Einwohner für die Gesundheit ausgegeben. Die Spanne der Pro-Kopf-Ausgaben erstreckte sich zwischen 3 612 € in Baden-Württemberg und 3 819 € in Hessen. Die Gesundheitsausgaben in Sachsen lagen mit 3 764 € je Einwohner im Mittelfeld der sechs Länder und geringfügig über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Abb. 3).

Für die Analyse der Ausgaben pro Kopf über den gesamten Betrachtungszeitraum ist eine Besonderheit zu beachten. Derzeit sind Bevölkerungszahlen für die Jahre bis 2010 lediglich auf Basis der Volkszählung 1987 bzw. der Registerdaten vom 3. Oktober 1990 verfügbar. Ab dem Jahr 2011 sind die Bevölkerungsdaten nach dem vorläufigen Fortschreibungsergebnis auf Basis der endgültigen Ergebnisse des Zensus 2011 vorhanden. Damit ist eine Rückrechnung der Gesundheitsausgaben auf Basis der gleichen Bevölkerungszahlen gegenwärtig nicht durch-

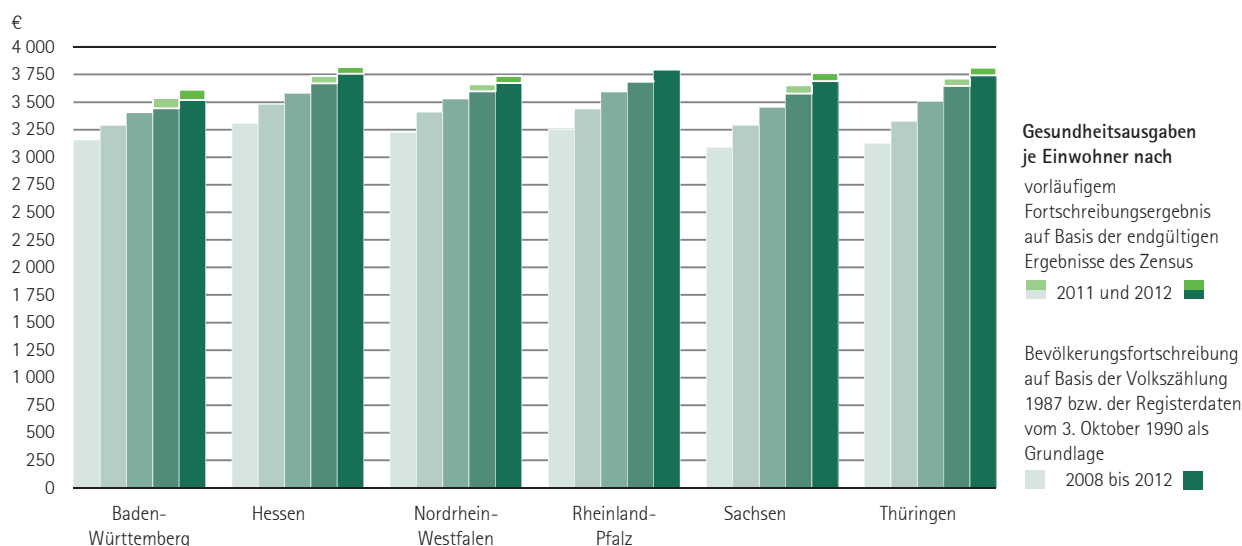
Tab. 2 Veränderung der Bevölkerungsanteile an der Gesamtbevölkerung in Deutschland nach ausgewählten Bundesländern

Land	Anteil an der Gesamtbevölkerung in Deutschland				Differenz Neu - Alt	
	Alt ¹⁾		Neu ²⁾		2011	2012
	2011	2012	2011	2012		
	%				%–Punkte	
Baden-Württemberg	13,17	13,20	13,07	13,11	-0,09	-0,09
Hessen	7,43	7,45	7,45	7,47	0,01	0,02
Nordrhein-Westfalen	21,81	21,78	21,87	21,82	0,05	0,04
Rheinland-Pfalz	4,89	4,88	4,97	4,96	0,08	0,08
Sachsen	5,06	5,04	5,06	5,04	-0,01	-0,01
Thüringen	2,72	2,70	2,73	2,71	0,00	0,00

1) Bevölkerungsfortschreibung auf Basis der Volkszählung 1987 bzw. der Registerdaten vom 3. Oktober 1990
 2) Vorläufiges Fortschreibungsergebnis auf Basis der endgültigen Ergebnisse des Zensus

föhrbar. Aufgrund dessen dient in der Gesundheitsausgabenrechnung für die Jahre 2008 bis 2010 die Bevölkerungsfortschreibung auf Basis der Volkszählung 1987 bzw. der Registerdaten vom 3. Oktober 1990 als Grundlage, ab 2011 findet bereits das vorläufige Fortschreibungsergebnis auf Basis der endgültigen Ergebnisse des Zensus 2011 Verwendung. Im Rahmen der neuen Erkenntnisse durch den Zensus ist die Bevölkerungszahl in Deutschland und den betrachteten Ländern geringer. In den einzelnen Ländern sind die Korrekturen allerdings unterschiedlich stark ausgeprägt, was dementsprechend zu einer unterschiedlich starken Niveauminderung der Bevölkerungszahlen führt. Für die Ermittlung der Gesundheitsausgaben der Länder hat dieses Vorgehen fast keinen Einfluss, denn die Bevölkerungszahlen finden im Rechenwerk lediglich für Disaggregationen als Anteil der Bevölkerung

Abb. 3 Gesundheitsausgaben je Einwohner 2008 bis 2012 nach ausgewählten Bundesländern



Tab. 3 Veränderung der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben nach ausgewählten Bundesländern

Land	Veränderung 2011 gegenüber 2010					Veränderung 2012 gegenüber 2008				
	insgesamt ¹⁾	Veränderungsbeitrag				insgesamt ¹⁾	Veränderungsbeitrag			
		ohne Korrektur ²⁾		durch Korrektur ¹⁾			ohne Korrektur ²⁾		durch Korrektur ¹⁾	
	€	%	€	%	€	%	€	%		
Baden-Württemberg	134	42	31	93	69	455	364	80	91	20
Hessen	158	93	59	65	41	512	451	88	61	12
Nordrhein-Westfalen	133	72	54	62	46	512	450	88	62	12
Rheinland-Pfalz	103	94	91	10	9	551	543	98	8	2
Sachsen	204	130	64	74	36	678	603	89	75	11
Thüringen	209	144	69	65	31	683	615	90	68	10

1) Vorläufiges Fortschreibungsergebnis auf Basis der endgültigen Ergebnisse des Zensus

2) Bevölkerungsfortschreibung auf Basis der Volkszählung 1987 bzw. der Registerdaten vom 3. Oktober 1990

eines Landes am Bundeswert Verwendung. Diese Anteile haben sich nur geringfügig verändert (vgl. Tab. 2). Setzt man die Ausgaben allerdings in Bezug zur Bevölkerung, zeigt sich ein Einfluss der Korrektur: die Pro-Kopf-Ausgaben in Bund und Ländern weisen eine unterschiedlich starke Niveauerhöhung auf. Eine vergleichende Analyse der Gesundheitsausgaben je Einwohner im Längsschnitt muss, solange keine Rückrechnung der neuen Bevölkerungszahlen realisierbar ist, diese Tatsache berücksichtigen. So ist die Veränderung der Gesundheitsausgaben je Einwohner zwischen 2008 und 2012 nicht allein auf die Veränderung der Ausgaben zurückzuführen, sondern auch auf die Korrektur der Bevölkerungszahlen.

Von 2010 auf 2011 stiegen die Gesundheitsausgaben je Einwohner zwischen 103 € in Rheinland-Pfalz und 209 € in Thüringen an. Die Anteile an dieser Veränderung, die auf das tatsächliche Wachstum zurückzuführen sind, lagen zwischen 31 Prozent in Thüringen und 91 Prozent in Rheinland-Pfalz. Die methodische Korrektur der Bevölkerungszahlen trug entsprechend zwischen 9 Prozent und 69 Prozent zu dieser Veränderung bei (vgl. Tab. 3). Vergleicht man die Jahre 2012 und 2008, liegt der Veränderungsbeitrag der Korrektur zwischen 2 Prozent in Rheinland-Pfalz und 20 Prozent in Baden-Württemberg.

Auch die Gesundheitsausgaben je Einwohner steigen

Unabhängig von der methodischen Korrektur fällt die Tendenz der Pro-Kopf-Ausgaben in allen Ländern positiv aus. Im Vergleich zum Vorjahr wurde zuletzt (2012) in den Ländern zwischen 74 € in Baden-Württemberg und 112 € in Sachsen mehr für die Gesundheit pro Einwohner ausgegeben. Dies entspricht einem Zuwachs von 2,1 bzw. 3,1 Prozent in diesen Ländern. In den

Jahren 2008 bis 2010 erhöhten sich die Ausgaben pro Kopf um 247 € in Baden-Württemberg bis zu 375 € in Thüringen bzw. zwischen 7,8 Prozent und 12,0 Prozent (vgl. Abb. 3).

Zwischen den Jahren 2008 und 2012 sind die Pro-Kopf-Ausgaben am stärksten in Sachsen und Thüringen gestiegen. Zu Beginn des Berechnungszeitraumes hatten Sachsen und Thüringen noch am wenigsten für die Gesundheit je Einwohner ausgegeben, bis 2012 fand eine Angleichung an die übrigen Länder statt. Da in diesen beiden Ländern der geringste Anteil der Veränderung auf die methodische Korrektur der Einwohnerzahl zurückzuführen ist, liegt der Schluss nahe, dass der Anstieg anderweitig zu begründen ist. Bereinigt man die Veränderung der Gesundheitsausgaben um den Beitrag, der aus der Korrektur der Einwohnerzahl resultiert, zeigt sich wie erwartet eine ähnliche Entwicklung – der Zuwachs ist lediglich nicht so stark ausgeprägt. Durch die Bereinigung ist nun jedoch ebenso in Rheinland-Pfalz eine überdurchschnittliche Erhöhung der Ausgaben je Einwohner zu beobachten. Baden-Württemberg wies 2012 auch bei der bereinigten Entwicklung sowohl die geringsten Ausgaben je Einwohner als auch den geringsten Anstieg im Vergleich zu 2008 auf (vgl. Tab. 3).

Tendenziell keine höheren Gesundheitsausgaben trotz höherer Wirtschaftsleistung

Um die Höhe der Gesundheitsausgaben gesamtwirtschaftlich einzuordnen, bietet sich ein Vergleich mit dem Bruttoinlandsprodukt (in jeweiligen Preisen) an.⁶⁾

Das Bruttoinlandsprodukt (in jeweiligen Preisen) wies in den betrachteten Ländern 2012 eine Höhe zwischen 49,7 Milliarden € in Thüringen und 586,7 Milliarden € in Nordrhein-Westfalen auf. [5] Infolge des Krisenjahres 2009, in dem

6) Das Bruttoinlandsprodukt basiert im Gegensatz zu den Gesundheitsausgaben auf dem Arbeitsortkonzept, was im Weiteren berücksichtigt werden muss.

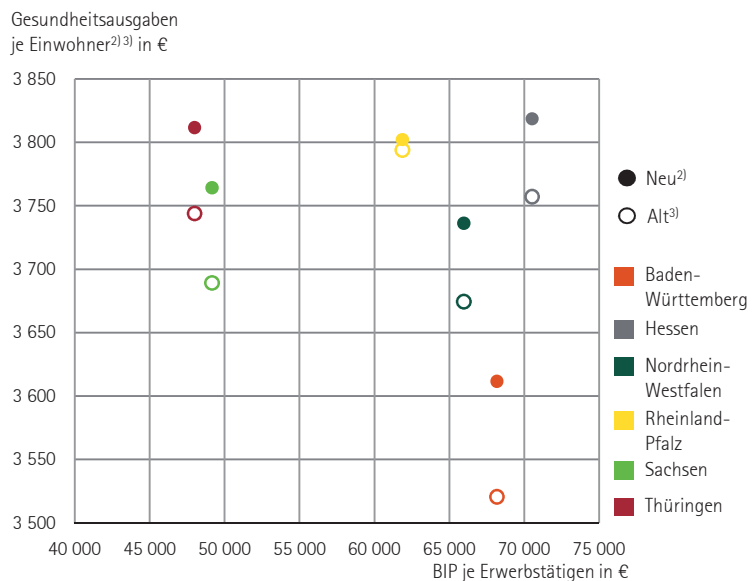
die Bruttowertschöpfung insbesondere im industriellen Bereich abgenommen hatte, sank das Bruttoinlandsprodukt im Vergleich zum Vorjahr um 2,6 Prozent in Rheinland-Pfalz bis 7,1 Prozent in Baden-Württemberg. Dieser Rückgang wurde bereits im Folgejahr in fast allen Ländern wieder kompensiert. Damit lag das Bruttoinlandsprodukt zuletzt (2012) zwischen 2,1 Prozent in Hessen bis 10,4 Prozent in Rheinland-Pfalz über dem im Jahr 2008. Je Einwohner verzeichneten die betrachteten Länder 2012 eine Wirtschaftsleistung von 22 454 € in Thüringen bis 37 356 € in Hessen. Im Vergleich zu 2008 stieg das Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt zwischen 1,5 Prozent in Hessen und 11,5 Prozent in Rheinland-Pfalz an. Auf die Höhe des Bruttoinlandsproduktes je Einwohner wirkt sich auch das Pendlerverhalten der Erwerbstätigen aus. Länder mit einem höheren Anteil an Einpendlern (bspw. Baden-Württemberg und Hessen) können dadurch tendenziell mehr Waren und Dienstleistungen produzieren und entsprechend auch ein höheres Bruttoinlandsprodukt aufweisen. Als Bezugsgröße bietet sich deshalb die ebenfalls auf dem Arbeitsortkonzept basierende Erwerbstätigenzahl an. Dadurch wird eine Darstellung der Wirtschaftsleistung pro Kopf in dem jeweiligen Land aussagekräftiger. Je Erwerbstätigen hatte das Bruttoinlandsprodukt 2012 eine Höhe von 47 998 € in Thüringen bis 70 524 € in Hessen. Während in Hessen das Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigen 2008 bis 2012 leicht rückläufig (1,4 Prozent) war, erhöhte es sich in den anderen betrachteten Ländern zwischen 3,2 Prozent in Nordrhein-Westfalen und 8,0 Prozent in Rheinland-Pfalz.

Obwohl z. B. Baden-Württemberg das zweithöchste Bruttoinlandsprodukt je Einwohner und je Erwerbstätigen (vgl. Abb. 4) aufweist, wird hier weniger in die Gesundheit je Einwohner investiert als in den anderen Ländern. Entgegengesetzt verhält es sich mit Thüringen und Sachsen. Im Vergleich zu den anderen Ländern ist hier das Bruttoinlandsprodukt je Einwohner und je Erwerbstätigen am geringsten, die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheit sind dennoch mit am höchsten.

Eine Tendenz, dass in den Ländern mehr für die Gesundheit ausgegeben wird, wenn die Wirtschaftsleistung pro Kopf hoch ist, ist damit nicht direkt erkennbar. Unabhängig vom Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt muss also eine gewisse Mindestmenge - die auch von anderen Faktoren, wie z.B. die Altersstruktur der Bevölkerung (siehe auch S. 55 f. in diesem Beitrag), beeinflusst wird - an Geld je Einwohner für die Gesundheit ausgegeben werden.

Vergleicht man die Pro-Kopf-Werte im Untersuchungszeitraum, so zeigt sich, dass die Gesund-

Abb. 4 Gesundheitsausgaben je Einwohner und Bruttoinlandsprodukt¹⁾ je Erwerbstätigen in ausgewählten Bundesländern 2012



1) in jeweiligen Preisen (Berechnungsstand: August 2013 [VGR des Bundes]); Quelle: AK VGRdL
 2) Quelle Einwohner: Vorläufiges Fortschreibungsergebnis auf Basis der endgültigen Ergebnisse des Zensus
 3) Quelle Einwohner: Bevölkerungsfortschreibung auf Basis der Volkszählung 1987 bzw. der Registerdaten vom 3. Oktober 1990

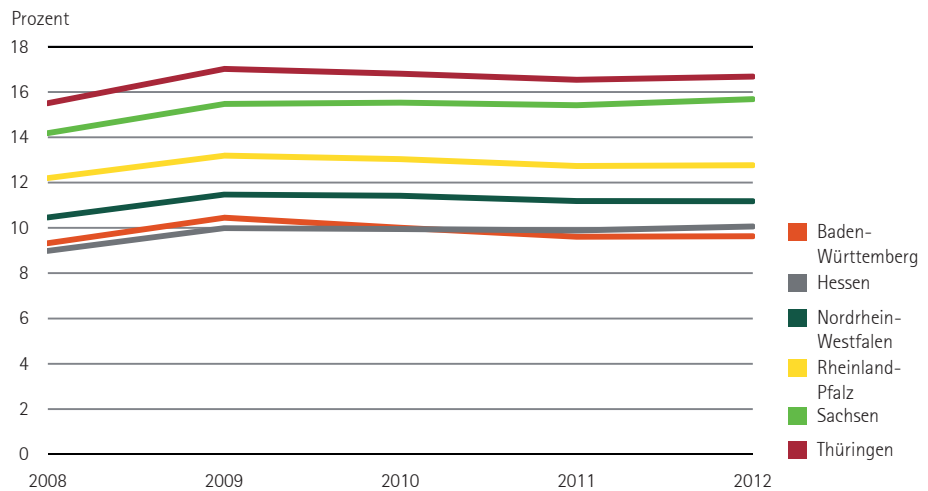
heitsausgaben je Einwohner stärker anstiegen als das Bruttoinlandsprodukt je Einwohner oder je Erwerbstätigen. Tendenziell wird also ein immer größerer Teil des BIP für das Gesundheitswesen verwendet.

Relativ stabile Gesundheitsausgabenquote

Ein anschließender Vergleich der Gesundheitsausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt in jeweiligen Preisen (= Gesundheitsausgabenquote) zeigt zum einen auf, welchen Beitrag das Gesundheitswesen am Bruttoinlandsprodukt leistet. Zum anderen wird durch den Vergleich eine Aussage darüber möglich, welchen Anteil des Bruttoinlandsproduktes des Landes für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung ausgegeben wird.

Die Gesundheitsausgabenquote lag 2012 zwischen 9,6 Prozent in Baden-Württemberg und 16,7 Prozent in Thüringen (vgl. Abb. 5). Bei der Analyse des Indikators ist zu beachten, dass der Anteil am Bruttoinlandsprodukt sich in Abhängigkeit von den wirtschaftlichen Gegebenheiten in einem Land befindet. Die Länderunterschiede der Gesundheitsausgabenquote sind deshalb auch auf das sich unterscheidende Niveau des Bruttoinlandsproduktes zurückzuführen. Während Hessen sowie Baden-Württemberg die höchste Wirtschaftsleistung je Erwerbstätigen aufweisen, finden sich Sachsen und Thüringen am Ende der Skala wieder (vgl. [5]: Tab 7.3). Entsprechend ist der Anteil am Bruttoinlandsprodukt, den diese für die Gesundheit ausgeben

Abb. 5 Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP¹⁾ in ausgewählten Bundesländern 2008 bis 2012



1) in jeweiligen Preisen (Berechnungsstand: August 2013 [VGR des Bundes]); Quelle: AK VGRdL

höher als in den anderen (westdeutschen) Bundesländern.

Die Gesundheitsausgabenquote war über den Berechnungszeitraum in allen Ländern relativ stabil. Die Gesundheitsausgabensteigerung orientierte sich damit im Wesentlichen an der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes. Dennoch zeigen sich bei der Abbildung der Gesundheitsausgabenquote die Auswirkungen der Krise im Jahr 2009. In diesem Jahr ist wie bereits dargestellt das Bruttoinlandsprodukt gesunken, die Gesundheitsausgaben hingegen stiegen weiterhin an. Dadurch veränderte sich die Relation zeitweise und ein leichter Anstieg der Gesundheitsausgabenquote ist zu beobachten. Im Zuge der wirtschaftlichen Belebung 2010 verringerte sich auch wieder der Anteil des Bruttoinlandsproduktes, der für das Gesundheitswesen verwendet wurde.

Im Vergleich zu den anderen Ländern stiegen in Sachsen und Hessen 2012 gegenüber 2011 das Bruttoinlandsprodukt in jeweiligen Preisen weniger und die Gesundheitsausgaben ähnlich stark. Dies hat für die beiden Länder einen erneuten Anstieg der Gesundheitsausgabenquote zur Folge. Der Anteil am Bruttoinlandsprodukt, der in diesen Ländern für die Gesundheit aufgebracht wurde, lag dadurch 2012 sogar leicht über dem des Krisenjahres 2009.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass auch der Vergleich der Gesundheitsausgabenquote über die Länder bzw. den Untersuchungszeitraum zeigt, dass unabhängig von der Wirtschaftsleistung in einem Land ein Mindestaufwand für die Gesundheit der Bevölkerung aufgebracht werden muss.

Abb. 6 Gesundheitsausgaben 2012 nach öffentlich und privat finanzierten Ausgabenträger sowie ausgewählten Bundesländern

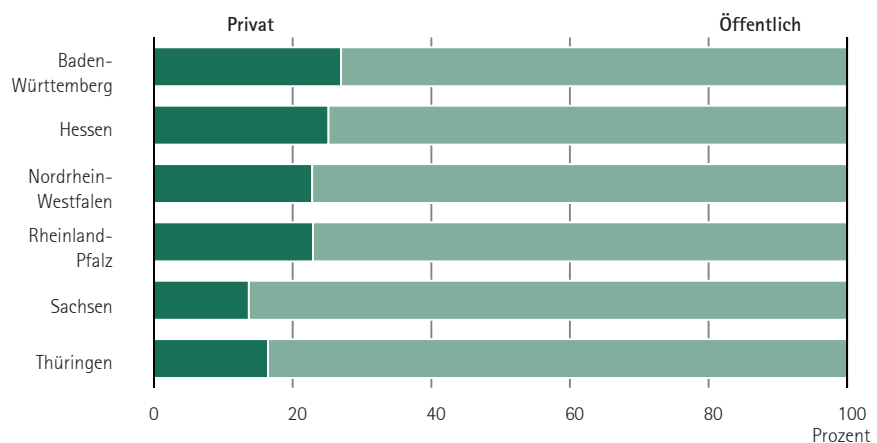
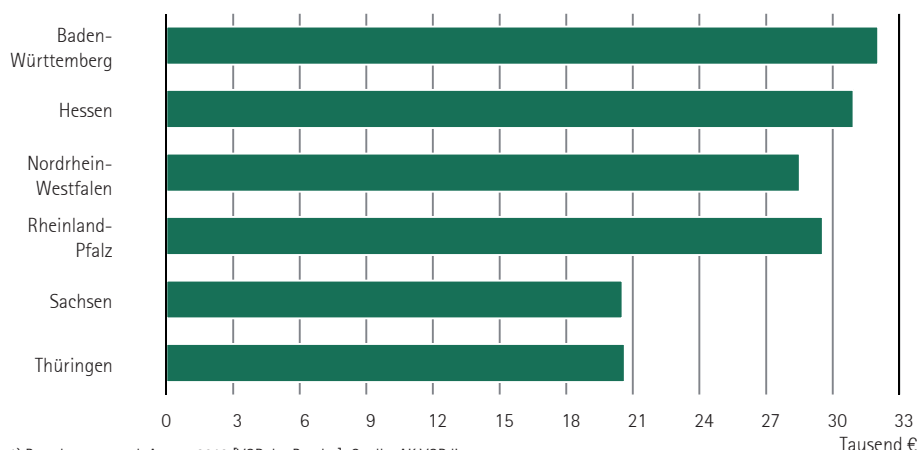


Abb. 7 Nettonationaleinkommen (Primäreinkommen der gesamten Volkswirtschaft)¹⁾ je Einwohner 2012



1) Berechnungsstand: August 2013 [VGR des Bundes]; Quelle: AK VGRdL

Exkurs: öffentlich finanzierte Ausgaben-träger finanzieren größten Teil der Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitsausgaben lassen sich auch in öffentlich und privat finanzierte Ausgabenträger aufgliedern.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben, welche durch öffentliche Träger finanziert wurde lag 2012 in den betrachteten Ländern zwischen 73,0 Prozent in Baden-Württemberg und 86,3 Prozent in Sachsen. Die Anteile der privat finanzierten Träger lagen entsprechend zwischen 13,7 Prozent in Sachsen und 27,0 Prozent in Baden-Württemberg. Die öffentlich finanzierten Ausgabenträger kommen also im Vergleich zu den privat finanzierten für den größeren Teil der Gesundheitsausgaben auf (vgl. Abb. 6). Entsprechend nehmen diese zugleich den größeren Anteil am Bruttoinlandsprodukt ein.

Auch hier deutet sich ein Unterschied zwischen ost- und westdeutschen Ländern an: während 2012 in Sachsen (86,3 Prozent) und Thüringen (83,6 Prozent) ein überdurchschnittlich hoher Gesundheitsausgabenanteil von öffentlich finanzierten Trägern getragen wurde, variierte der Anteil in den anderen Ländern zwischen 73,0 Prozent in Baden-Württemberg und 77,0 Prozent in Nordrhein-Westfalen. Seit 2008 blieb die Relation zwischen diesen beiden Ausgabenträgergruppen nahezu unverändert.

Je Einwohner wurden 2012 zwischen 2 638 € in Baden-Württemberg und 3 250 € in Sachsen durch die öffentlichen Träger bzw. zwischen 515 € in Sachsen und 974 € in Baden-Württemberg durch private Träger finanziert. Grundsätzlich folgen beide Ausgabenträgergruppen der Entwicklung der Gesundheitsausgaben insgesamt. Allerdings haben die Ausgaben der privaten Träger je Einwohner in allen betrachteten Ländern seit 2008 etwas stärker zuge-

nommen (zwischen 14,5 Prozent in Nordrhein-Westfalen und 28,8 Prozent in Thüringen), als die der öffentlichen Träger (zwischen 13,8 Prozent in Baden-Württemberg und 21,8 Prozent in Sachsen).⁷⁾ Ein leichter Bedeutungszuwachs von privat finanzierten Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen zur Entlastung der öffentlich finanzierten Gesundheitssysteme ist damit generell aber dennoch etwas deutlicher in den ostdeutschen Ländern erkennbar.

Keine direkte Auswirkung des Nettonationaleinkommens auf die Gesundheitsausgaben

Ein weiterer Indikator zur Bewertung der Gesundheitsausgaben ist das Einkommen einer Volkswirtschaft. Das Nettonationaleinkommen zu Marktpreisen, als Einkommensgröße zum Wohnort, umfasst im Gegensatz zum Bruttonationaleinkommen keine gesamtwirtschaftlichen Abschreibungen. Das Primäreinkommen beinhaltet nicht nur die Erwerbs- und Vermögenseinkommen, sondern auch die vom Staat empfangenen Produktions- und Importabgaben abzüglich der vom Staat geleisteten Subventionen (Nettoproduktionsabgaben), die zu den staatlichen und damit den gesamtwirtschaftlichen Primäreinkommen zählen.

Das Nettonationaleinkommen betrug in den betrachteten Ländern 2012 zwischen 45,7 Milliarden € in Thüringen und 508,8 Milliarden € in Nordrhein-Westfalen. Im Vergleich zu 2008 sank das Nettonationaleinkommen in allen Ländern zunächst bis 2009 um 0,9 Prozent in Rheinland-Pfalz bis 5,9 Prozent in Baden-Württemberg ab. Anschließend verzeichnete es wieder einen Zuwachs bis 2012, der bei 10,3 Prozent in Hessen bis zu 13,8 Prozent in Baden-Württemberg lag (vgl. Abb. 8). Je Einwohner wiesen die Länder ein

7) Bereinigt man diese Werte um die Korrektur der Bevölkerungszahlen, ist eine ähnliche Tendenz festzustellen – die Veränderung der Gesundheitsausgaben 2012 gegenüber 2008 der öffentlich finanzierten Ausgabenträger betrug damit zwischen 10,9 Prozent in Baden-Württemberg und 19,3 Prozent in Sachsen bzw. die der privat finanzierten Ausgabenträger zwischen 13,4 Prozent in Baden-Württemberg und 26,5 Prozent in Thüringen.

Nettonationaleinkommen zwischen 20 540 € in Sachsen und 32 055 € in Baden-Württemberg auf (vgl. Abb. 7). Im Jahr 2008 betrug das Pro-Kopf-Nettonationaleinkommen in diesen Ländern noch zwischen 18 543 € und 29 882 €. Der Zuwachs dieser Größe bis 2012 liegt damit zwischen 5,4 Prozent in Hessen und 11,8 Prozent in Rheinland-Pfalz. Neben Rheinland-Pfalz weisen Thüringen (11,3 Prozent) und Sachsen (10,8 Prozent) bei den Pro-Kopf-Werten mit den größten Anstieg auf.

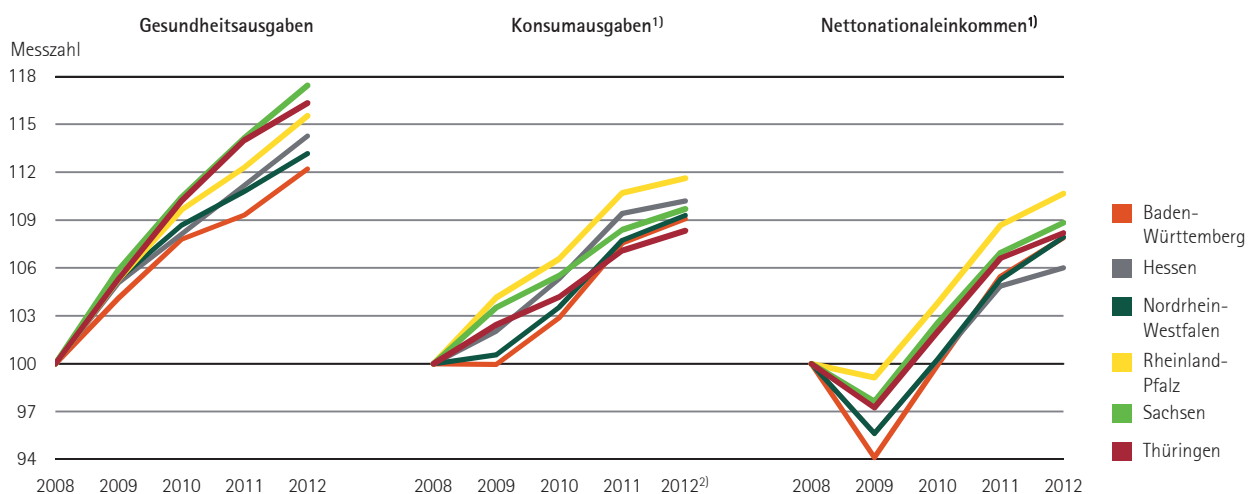
Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz verzeichneten 2012 die höchsten Nettonationaleinkommen, jedoch lagen lediglich Rheinland-Pfalz und Hessen bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf (bereinigt um die Korrektur der Einwohnerzahl (vgl. Tab. 3)) ganz vorn. Sachsen und Thüringen mit einem niedrigen Einkommen wiesen je Einwohner durchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben auf. Nettonationaleinkommensunterschiede scheinen sich somit nicht direkt auf die Ausgaben eines Landes für die Gesundheit auszuwirken. Die Relation von Gesundheitsausgaben und Nettonationaleinkommen gibt einen Überblick, wieviel des Einkommens einer Volkswirtschaft für die Gesundheit ausgegeben wird. In den betrachteten westdeutschen Ländern wird aufgrund des höheren Einkommens ein geringerer Anteil für die Gesundheit ausgegeben als in den ostdeutschen Ländern. Insgesamt lagen die Anteile 2012 zwischen 11,0 Prozent in Baden-Württemberg und 18,1 Prozent in Thüringen. Im Vergleich zu 2008 erfuhren die Gesundheitsausgaben in den dargestellten Ländern bis 2012

einen größeren Zuwachs als – bedingt durch das Krisenjahr 2009 – das Nettonationaleinkommen. Ab 2009 erhöhten sich in Sachsen und Thüringen beide Größen ähnlich stark, in den anderen Ländern allerdings ist ein höherer Anstieg des Nettonationaleinkommens zu verzeichnen. Dadurch bedingt ist 2012 im Vergleich zu 2008 lediglich eine geringfügige Zunahme der Anteile der Gesundheitsausgaben am Nettonationaleinkommen zu beobachten – in Sachsen und Thüringen allerdings etwas stärker (1,3 Prozentpunkte) als in den anderen Ländern (0,4 Prozentpunkte in Baden-Württemberg bis 0,9 Prozentpunkte in Hessen). Auch an dieser Stelle muss der Einfluss anderer Größen, wie z.B. das Durchschnittsalter der Bevölkerung (siehe auch S. 55 f. in diesem Beitrag), in die Wertung der Ergebnisse einbezogen werden. Grundsätzlich stellen daneben auch der medizinische Fortschritt, die Morbiditätsentwicklung, die Verbraucherpreise, die sich verändernden rechtlichen Rahmenbedingungen, aber auch Leistungs- und Zugangsausweitungen weitere Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben dar. Deren Betrachtung auf Länderebene bietet ein weiteres umfassendes Forschungsfeld.

Gesundheitsausgaben steigen stärker als die Konsumausgaben (in jeweiligen Preisen)

Im Gegensatz zum Nettonationaleinkommen, welches in vereinfachender Weise die Einnahmen einer Volkswirtschaft abbildet, geben die Konsumausgaben einen Eindruck über deren Ausgaben für konsumtive Zwecke. Daher bietet sich

Abb. 8 Gesundheitsausgaben, Konsumausgaben und Nettonationaleinkommen (Primäreinkommen der gesamten Volkswirtschaft) insgesamt 2008 bis 2012 nach ausgewählten Bundesländern
2008 = 100



1) Berechnungsstand: August 2013 [VGR des Bundes]; Quelle: AK VGRdL

2) Zum Veröffentlichungstermin des Artikels lagen keine aktuellen staatlichen Konsumausgaben für das Jahr 2012 vor. Für die Darstellung wurden diese mit Hilfe einer Regression ab dem Jahr 1991 ermittelt.

ein Vergleich der Konsumausgaben (in jeweiligen Preisen) mit den Gesundheitsausgaben an. Die Konsumausgaben des Staates entsprechen dem Wert der Güter, die vom Staat selbst produziert werden, (jedoch ohne selbst erstellte Anlagen und Verkäufe) sowie den Ausgaben für Güter, die als soziale Sachtransfers den privaten Haushalten für ihren Konsum zur Verfügung gestellt werden. Als private Konsumausgaben werden die Waren- und Dienstleistungskäufe der inländischen privaten Haushalte für Konsumzwecke bezeichnet.

Die Konsumausgaben (staatlich und privat) betragen 2012⁸⁾ zwischen 49,5 Milliarden € in Thüringen und 442,7 Milliarden € in Nordrhein-Westfalen. Im Vergleich zu 2008 stiegen die Konsumausgaben in allen betrachteten Ländern relativ gleichmäßig an, um 8,3 Prozent in Thüringen bis 11,6 Prozent in Rheinland-Pfalz (vgl. Abb. 8). Je Einwohner wurden 2012 circa knapp 23 000 € in Thüringen bis 26 000 € in Baden-Württemberg konsumiert.

Die Verteilung der Gesundheitsausgaben zwischen den Ländern ähnelt der der Konsumausgaben. Nordrhein-Westfalen als bevölkerungsreichstes Land weist sowohl bei den Gesundheitsausgaben als auch bei den Konsumausgaben absolut die höchsten Werte auf, Thüringen auf der anderen Seite bei beiden Größen die niedrigsten.

Grundsätzlich weisen die Ausgaben für die Gesundheit ein stärkeres Wachstum auf, als die Ausgaben für den Konsum.

Setzt man die Gesundheitsausgaben in Relation zu den Konsumausgaben, so beträgt der Anteil 2012 zwischen 13,8 Prozent in Baden-

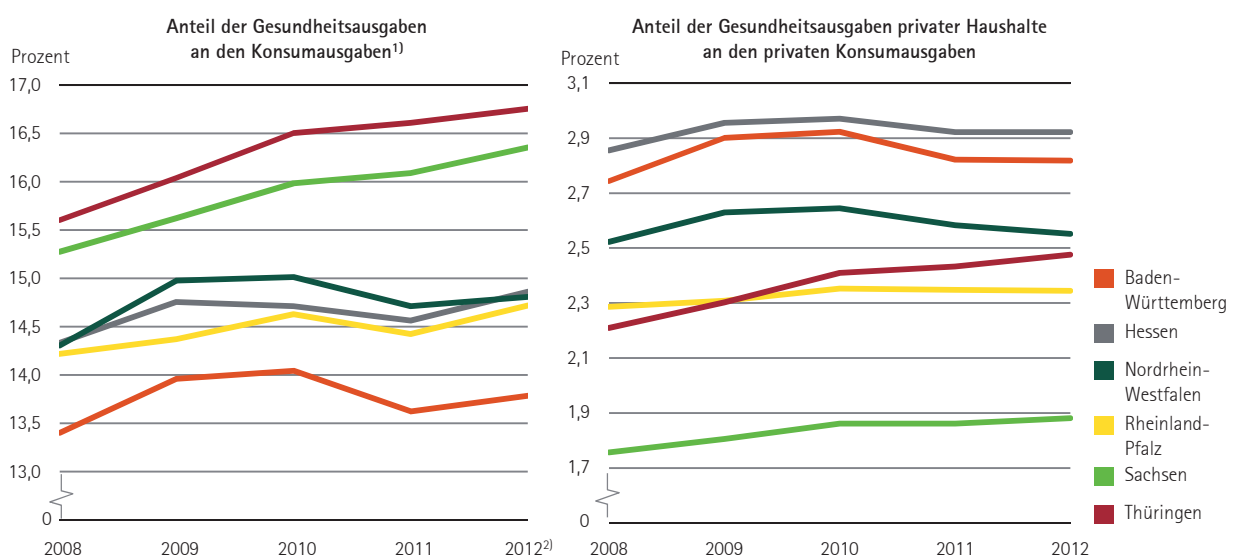
Württemberg und 16,8 Prozent in Thüringen (vgl. Abb. 9). Da sich die Konsumausgaben je Einwohner generell weniger stark in ihrer Höhe unterscheiden, ist die Spanne der Anteile an den Gesundheitsausgaben zwischen den Ländern geringer als die bereits beschriebenen Spannen beim Bruttoinlandsprodukt und dem Nettotonationaleinkommen (jeweils circa 7 Prozentpunkte). Im Vergleich zu 2008 stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben an den Konsumausgaben zwischen 0,4 Prozentpunkten in Baden-Württemberg und 1,2 Prozentpunkten in Thüringen. In Sachsen und Thüringen ist im Vergleich zu den anderen Ländern ein deutlicherer Anstieg des Anteils zu erkennen, da hier der Zuwachs der Gesundheitsausgaben im Vergleich zu den Konsumausgaben überdurchschnittlich hoch war.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben an den Konsumausgaben ist in Sachsen und Thüringen niedriger als der Anteil am Nettotonationaleinkommen. Grund hierfür sind die in diesen Ländern existierenden leicht höheren Konsumausgaben je Einwohner im Vergleich zum Nettotonationaleinkommen. In den anderen Ländern ist ein umgekehrtes Verhältnis zu beobachten.

Diese Darstellungen werden noch differenzierter, wenn lediglich die Ausgaben der privaten Haushalte betrachtet werden. Die Konsumausgaben der privaten Haushalte betragen 2012 zwischen 35,7 Milliarden € in Thüringen und 335,0 Milliarden € in Nordrhein-Westfalen. Im Vergleich zu 2008 stiegen diese ebenfalls relativ gleichstark an, zwischen 8,3 Prozent in Thüringen und 11,7 Prozent in Rheinland-Pfalz. Je Einwohner waren 2012 zwischen 16 137 € in

8) Zum Veröffentlichungstermin des Artikels lagen keine aktuellen staatlichen Konsumausgaben für das Jahr 2012 vor. Für die Darstellung wurden diese mit Hilfe einer linearen Regression ab dem Jahr 1991 ermittelt.

Abb. 9 Anteil der Gesundheitsausgaben an den Konsumausgaben¹⁾ in ausgewählten Bundesländern 2008 bis 2012



1) in jeweiligen Preisen

2) Zum Veröffentlichungstermin des Artikels lagen keine aktuellen staatlichen Konsumausgaben für das Jahr 2012 vor. Für die Darstellung wurden diese mit Hilfe einer Regression ab dem Jahr 1991 ermittelt.

Thüringen und 19 718 € in Baden-Württemberg an privaten Konsumausgaben zu verzeichnen. Die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte nehmen an den privaten Konsumausgaben einen Anteil von 1,9 Prozent in Sachsen bis 2,9 Prozent in Hessen ein. Die privaten Haushalte verwenden damit einen relativ kleinen Teil ihrer Konsumausgaben für die Gesundheit der Haushaltsmitglieder. Im Vergleich zu 2008 haben sich die Anteile kaum verändert. Die Stagnation dieser Quote auf grundsätzlich niedrigem Niveau weist darauf hin, dass eine Nachfrage nach „zusätzlichen Gesundheitsleistungen“ außerhalb der jeweiligen öffentlich finanzierten Leistungen kaum vorhanden ist und auch nicht ansteigt.

An dieser Stelle deutet sich ein allgemeiner Zusammenhang zum im jeweiligen Land vorhandenen Anteil privat versicherter Personen an. In Baden-Württemberg und Hessen geben die privaten Haushalte verglichen mit den anderen betrachteten Ländern den größten Teil ihrer Konsumausgaben für die Gesundheit aus. Beide Länder weisen gleichzeitig mit den höchsten Anteil privat Versicherter an allen Krankenversicherten⁹⁾ auf. Diese Verbindung müsste allerdings im Detail sowie anhand von Daten aller Länder nochmals geprüft werden.

Gesundheitsausgaben und Alter

Eine viel diskutierte Größe in Bezug auf die Gesundheitsausgaben – vor allem auch für die Ausgabenträger gesetzliche sowie private Kranken- und Pflegeversicherung – stellt auch das Alter der Bevölkerung dar (z. B. [6]).

Erhöhung des Durchschnittsalters der Bevölkerung

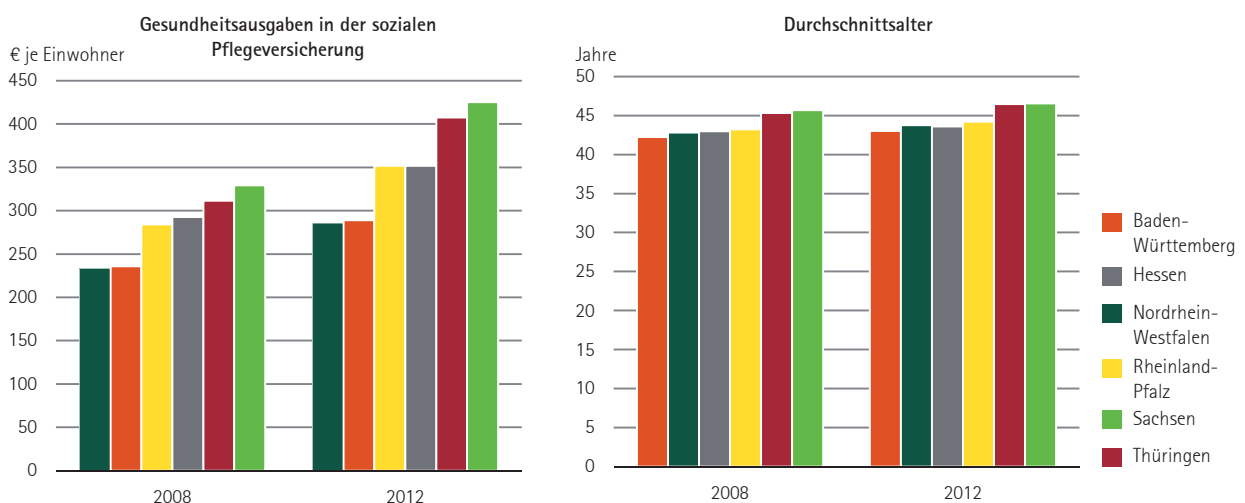
Das Durchschnittsalter der Bevölkerung in den hier betrachteten sechs Ländern betrug 2012 zwischen 43,0 Jahren (Baden-Württemberg) und 46,5 Jahren (Sachsen und Thüringen). In ähnlicher Rangfolge wie beim Altersdurchschnitt finden sich die Länder auch bei den Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheit wieder: Baden-Württemberg hat die geringsten, anschließend folgen in aufsteigender Reihenfolge Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Rheinland-Pfalz, Thüringen und Hessen (beim Durchschnittsalter ist der Rang für Sachsen und Hessen vertauscht). Im Jahr 2008 hatte das Durchschnittsalter zwischen 42,2 Jahren (Baden-Württemberg) und 45,7 Jahren (Sachsen) gelegen. Hier ist keine eindeutige Tendenz zu beobachten. Die Bevölkerung in Sachsen und Thüringen wies zwar das höchste Durchschnittsalter auf, doch waren die Ausgaben je Einwohner am niedrigsten. Insofern kann für die dargestellten Jahre kein allgemeingültiger Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter und den Gesundheitsausgaben abgeleitet werden.

Größere Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung bei höherem Durchschnittsalter

Das steigende Durchschnittsalter ist auch für die Betrachtung der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung von Bedeutung. Wenn der Anteil der älteren Bevölkerung steigt, nimmt grundsätzlich auch die Zahl der Pflegebedürftigen zu. In Abbildung 10 wird diese These im Ländervergleich veranschaulicht. Die Länder mit einem höheren Durchschnittsalter weisen 2008

9) Ergebnisse des Mikrozensus. Hochrechnung auf Basis der Bevölkerungseckwerte aus der Fortschreibung des mit Stichtag 9. Mai 2011 durchgeführten Zensus. Eigene Berechnungen des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen – Datenquelle: Statistisches Bundesamt. Krankenversicherte: einschließlich Personen mit ausschließlich sonstigem Anspruch auf Krankenversicherung sowie einschließlich Personen ohne Angaben zur Art der Krankenversicherung.

Abb. 10 Gesundheitsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung je Einwohner sowie Durchschnittsalter der Bevölkerung¹⁾ 2008 und 2012 nach ausgewählten Bundesländern



1) Quelle 2008: Bevölkerungsforschreibung auf Basis der Volkszählung 1987 bzw. der Registerdaten vom 3. Oktober 1990; Quelle 2012: Vorläufiges Fortschreibungsergebnis auf Basis der endgültigen Ergebnisse des Zensus

und 2012 gleichzeitig die höchsten Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung aus. Dieser Ausgabenträger finanzierte zwischen 8 Prozent (Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen) und 11 Prozent (Sachsen und Thüringen) aller Gesundheitsausgaben und dessen Ausgaben sind seit Beginn des Berechnungszeitraumes am stärksten gestiegen.

Es zeigt sich, dass ein starker Anstieg des Altersdurchschnittes in den Ländern nicht zwangsläufig mit einer signifikanten Erhöhung der Gesundheitsausgaben einhergeht, weder insgesamt noch bei der Betrachtung der sozialen Pflegeversicherung allein. Die Ausgabensteigerung lässt sich also nicht nur auf ein erhöhtes Alter zurückführen.

Laut Repschläger [7, S. 42f.] ist der größte Ausgabensprung aufgrund des steigenden Alters der Bevölkerung bereits vollzogen – auf Länderebene gibt darauf auch die Verringerung der Wachstumsraten für die Ausgaben einen Hinweis. [Vgl. S. 48 und Abb. 1 in diesem Beitrag.] Eine Untersuchung der Jahre vor 2008 ist nicht möglich, da die Gesundheitsausgaben so derzeit nicht vorliegen. Dennoch werden sich die Gesundheitsausgaben auch weiterhin erhöhen. Der Anteil der älteren Bevölkerung wird künftig weiter steigen – einen großen Beitrag dazu leistet die Generation der sogenannten „Babyboomer“ – und damit der Bevölkerungsanteil, der steigende und überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben pro Kopf ausweist (vgl. [7, S. 35ff.] und [11]).¹⁰⁾

Länderergebnisse sind grundsätzlich in allgemeinen Kontext einzuordnen

Häufig wird ein kausaler Zusammenhang zwischen dem ansteigenden Alter und den erhöhten Gesundheitsausgaben eines Landes unterstellt. In verschiedenen Studien wird sich mit diesem komplexen Zusammenhang auseinandergesetzt, allerdings erfolgt dies zum größten Teil auf Bundes-, Europa- bzw. internationaler Ebene. Generell wird den Auswirkungen des demografischen Wandels – für den das steigende Durchschnittsalter einen Indikator darstellt – ein Anteil von 13 bis 29 Prozent am Anstieg der Gesundheitsausgaben zugesprochen (vgl. [7, S. 41f.] und [8, 9]). Grundsätzlich scheint das auch auf Länderebene zu gelten.

Je höher das Alter einer Person ist, umso größer sind die Ausgaben für deren Gesundheit (vgl. [7, S. 35f.]). Zudem steigen mit zunehmendem Alter die Sterberaten und die Ausgaben im Gesundheitswesen sind im letzten Lebensjahr überdurchschnittlich hoch (vgl. [8, S. 26] und [9, 10]). Die Altersstruktur der Bevölkerung in den Ländern spiegelt sich wie aufgezeigt grundsätzlich

auch in den Gesundheitsausgaben wider. Eine Betrachtung der Daten auf Grundlage aller Länder wäre in diesem Zusammenhang wünschenswert. Dies bleibt einer späteren Untersuchung vorbehalten.

Ausblick

Vergleicht man Höhe und Entwicklung der Gesundheitsausgaben mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, dann zeigt sich, dass ein bestimmtes Niveau von Gesundheitsausgaben unabhängig von wirtschaftlichen Faktoren besteht. Zwischen den Gesundheitsausgaben der Länder und den zentralen Kenngrößen der Wirtschaftsstatistik, wie etwa das Bruttoinlandsprodukt oder die Konsumausgaben – absolut wie je Einwohner – besteht damit kein offensichtlich kausaler Zusammenhang.

Das zeigt, dass die Höhe und die Entwicklung der Gesundheitsausgaben anderen Bedingungen folgen. Unbedingt muss deshalb unter anderem auch die Altersstruktur der Bevölkerung eines Landes für langfristige (Haushalts-)Planungen für das Gesundheitswesen berücksichtigt werden.

In Politik, Wissenschaft bzw. bei den Akteuren im Gesundheitswesen selbst besteht der Informationsbedarf an kleinräumigen Daten, um damit auch Vergleiche mit Staaten der EU und auf internationaler Ebene vorzunehmen – dem gilt es gerecht zu werden.

Die vergleichende Analyse der Länderergebnisse wird zudem umso fundierter, je mehr Länder in die Untersuchungen einbezogen sind. Deshalb ist es ein Ziel der AG GGRdL weitere Länder als Mitglieder zu gewinnen.

Janika Weigel, Dipl.-Soziologin, Sachbearbeiterin Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen

Weitere Informationen zum Thema finden Sie hier:



¹⁰⁾ Das Alter einer Bevölkerung ist allerdings nicht nur für die Ausgabenseite beachtenswert. Aufgrund der aus der Alterung resultierenden Veränderungen an der Erwerbsbeteiligung muss auch die damit einhergehende Verminderung der Einnahmen zur Finanzierung des Gesundheitswesens bedacht werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- [1] OECD, Eurostat, WHO (2011): A System of Health Accounts, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264116016-en. Unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5916161/KS-30-11-270-EN.PDF/655cbab0-4f9-4d41-82bb-d39b6fb3f397> (Aufruf am 02.04.2015.)
- [2] Weigel, J./Meise, S./Richter, B. (2014): Gesundheitsausgaben im Ländervergleich 2008 bis 2012 – Realisierung eines länderübergreifenden Ansatzes. In: Statistik in Sachsen. 2/2014, S. 38 - 47. Unter: http://www.statistik.sachsen.de/download/300_Voe-Zeitschrift/Zeitschrift_2014_2_SN.pdf (Aufruf am 02.04.2015.)
- [3] AG GGRdL (2014): Gesundheitsausgabenrechnung nach Ausgabenträgern auf Länderebene. http://www.ggrdl.de/GGR/A_P_VI_meth_2014.pdf.
- [4] Dammers, D. (2015): Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen 2008 bis 2012. Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz. 02/2015, S. 139 – 147. Unter: <http://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/monatshefte/2015/02-2015-139.pdf> (Aufruf am 02.04.2015.)
- [5] Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (2014): Entstehung, Verteilung und Verwendung des Bruttoinlandsprodukts in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 1991 bis 2013. Berechnungsstand des Statistischen Bundesamtes: August 2013/Februar 2014. Reihe 1, Länderergebnisse Band 5. Unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/VolkswirtschaftlicheGesamtrechnungen/VGRderLaender/VGR_LaenderergebnisseBand1.html (Aufruf am 02.04.2015.)
- [6] Breyer, F./Ulrich, V. (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Band 220. S. 1 - 17. Und: Hall, Re./Jones, Ci. (2007): The value and the rise in health spending. The Quarterly Journal of Economics. Band 122. Heft 1. S. 39 – 72. Unter: http://www.fwi.uni-bayreuth.de/de/download/WP_01-99.pdf (Aufruf am 02.04.2015.) Oder: Henke, K. D./Reimers L. (2006): Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben. JEL classification I11, J14. Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG). Unter: https://www.tu-berlin.de/uploads/media/2006-01_02.pdf (Aufruf am 02.04.2015.)
- [7] Repschläger, U. (2012): Der Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Gesundheitsausgaben in Deutschland. In: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2012. Beiträge und Analysen. S. 26 – 45. Unter: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gut-versichert/Infothek/Wissenschaft-Forschung/Publikationen/Gesundheitswesen-aktuell-2012/2-Repschlaeger-2012,property=Data.pdf> (Aufruf am 02.04.2015.)
- [8] Felder, S. (2008): Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende. In: GGW. JG 8, Heft 4 (Oktober). S. 23 - 30. Unter: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs3_1008.pdf (Aufruf am 02.04.2015.)
- [9] Nöthen, M. (2011): Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik. Wiesbaden. Juli 2011. S. 665 – 675. (Anm.: Schwerpunkt des Artikels liegt auf der Kostenentwicklung im Krankenhaus.) Unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/FrageAlter.pdf?__blob=publicationFile (Aufruf am 02.04.2015.)
- [10] Niehaus, F. (2006): Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben. WIP-Diskussionspapier 5/06. Version 2/06. Wissenschaftliches Institut der PKV. Unter: http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Auswirkungen_des_Alters_auf_Gesundheitsausgaben.pdf (Aufruf am 02.04.2015.)
- [11] Statistisches Bundesamt: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Bevoelkerungsvorausberechnung.html> (Aufruf am 02.04.2015.)