

FORSCHUNGSBERICHT MAI 2022

Europaweites Branchenmonitoring der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (EU-GGR)

Konzeptionelle Weiterentwicklung der deutschen GGR

Andreas Haaf
Dr. Nora Albu
Patrick Gwinner
Paulina Roßnagel
Jan Gerlach
Hanna Hryhorova
Dr. Sandra Zimmermann
Prof. Dr. Dennis Ostwald
Prof. Dr. Alexander Karmann

Impressum

Version

Juli 2022

Auftraggeber

Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK)
Scharnhorststraße 34-37
11019 Berlin

Autoren WifOR

Andreas Haaf
Dr. Nora Albu
Patrick Gwinner
Paulina Roßnagel
Jan Gerlach
Hanna Hryhorova
Dr. Sandra Hofmann
Prof. Dr. Dennis Ostwald
Prof. Dr. Alexander Karmann

Lektorat

Rüdiger Leidner

Kontakt

Andreas Haaf
andreas.haaf@wifor.com

Dr. Sandra Zimmermann
sandra.zimmermann@wifor.com
WifOR Institut
Rheinstraße 22
64283 Darmstadt

Wissenschaftliche Leitung des Instituts

Prof. Dr. Dennis A. Ostwald

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis.....	III
1 Ausgangslage und Zielsetzung.....	1
2 Konzeptionelle Herleitung einer EU-GGR für die 27 EU-Mitgliedsstaaten.....	3
2.1 Teilbereich der medizinischen Versorgung.....	4
2.2 Teilbereich der industriellen Gesundheitswirtschaft.....	6
2.3 Teilbereich der weiteren Bereiche	10
3 Ökonomische Bestandsaufnahme der EU-GGR.....	13
3.1 Direkte Bruttowertschöpfung und Ausstrahleffekte der EU-GGR.....	13
3.2 Direkte Beschäftigung und Ausstrahleffekte der EU-GGR.....	17
3.3 Exporte und Importe der EU-GGR.....	20
3.4 Exkurs: Einordnung Deutschlands in die EU-GGR	22
4 Zusammenfassung, Fazit und Ausblick.....	25
Literaturverzeichnis	IV
Annex	VII
A: Datengrundlage und Modell.....	VIII
A.1. Europäische VGR der 27-Mitgliedsländer	VIII
A.2. Prodcom-Datenbank.....	IX
A.3. Forschung und Entwicklung.....	IX
A.4. Handel.....	X
A.5. Intercountry Input-Output-Tabellen	XI
A.6. Modellierung der Ausstrahleffekte.....	XII
B: Ergebnisvalidierung anhand wissenschaftlicher Literatur	XIV
B.1. Selbe Methodik: Gesundheitssatellitenkonto	XV
B.2. Identische Abgrenzung: Gesundheitsausgaben.....	XVI
B.3. Gleiche Thematik: Gesundheitswirtschaft	XVI



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Gütergruppenabgrenzung und Dreiteilung der Gesundheitswirtschaft gemäß GGR	4
Abbildung 2:	Gütergruppen der medizinischen Versorgung und die entsprechende Einrichtungs-Leistungskombinationen der europäischen Gesundheitsausgabenrechnung	5
Abbildung 3:	Güterzusammensetzung der industriellen Gesundheitswirtschaft und Umsetzung in der EU-GGR.....	6
Abbildung 4:	Gütergruppen der weiteren Bereiche und Umsetzung in der EU-GGR.....	11
Abbildung 5:	Bruttowertschöpfungsbeitrag der drei Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 für 2014.....	14
Abbildung 6:	Bruttowertschöpfungsbeitrag der drei Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 für 2019.....	14
Abbildung 7:	Direkte Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft als Summe für die EU-27 in Milliarden Euro und Bruttowertschöpfungsanteil der Gesundheitswirtschaft der EU-27 an der BWS der Gesamtwirtschaft der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019.....	15
Abbildung 8:	Schematische Darstellung der Berechnung der Ausstrahleffekte im Rahmen der EU-GGR.....	15
Abbildung 9:	Direkte, indirekte und induzierte Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft für die Summe der EU-27 in Milliarden Euro für die Jahre 2014 bis 2019.....	16
Abbildung 10:	Erwerbstätigenbeitrag der drei Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 für 2014	17
Abbildung 11:	Erwerbstätigenbeitrag der drei Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 für 2019	18
Abbildung 12:	Direkte Erwerbstätige der Gesundheitswirtschaft als Summe der EU-27 in Millionen Personen und Erwerbstätigenanteil der Gesundheitswirtschaft der EU-27 an den Erwerbstätigen der Gesamtwirtschaft in der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019.....	19
Abbildung 13:	Direkte, indirekte und induzierte Erwerbstätige der Gesundheitswirtschaft für die Summe der EU-27 in Millionen Personen für die Jahre 2014 bis 2019	20
Abbildung 14:	Exporte der Gesundheitswirtschaft nach der definitorischen Dreiteilung der EU-GGR für die Summe der EU-27 in Milliarden Euro und Exportanteil an der Gesamtwirtschaft der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019	21



Abbildung 15: Importe der Gesundheitswirtschaft nach der definitorischen Dreiteilung der EU-GGR für die Summe der EU-27 in Milliarden Euro und Importanteil an der Gesamtwirtschaft der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019	22
Abbildung 16: Bruttowertschöpfungs- und Beschäftigungsanteil der Gesundheitswirtschaft Deutschlands an der Gesundheitswirtschaft der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019.....	23
Abbildung 17: Export- und Importanteil der Gesundheitswirtschaft Deutschlands an der Gesundheitswirtschaft der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019.	24
Abbildung 18: Eckwerte der Gesundheitswirtschaft der EU-27 für das Jahr 2019 sowie im zeitlichen Vergleich und Anteil der EU-GGR an der Gesamtwirtschaft der EU-27	25

Abkürzungsverzeichnis

BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BMWK	Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz
BWS	Bruttowertschöpfung
CPA	Güterklassifikation in Verbindung mit den Wirtschaftszweigen
ESVG	Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen
EU	Europäische Union
EWG	Erweiterter Bereich
FuE	Forschung und Entwicklung
Figaro	Full International and Global Accounts for Research in Input-Output Analysis (Vollständige Internationale und globale Konten für die Forschung im Bereich Input-output Analyse)
GGR	Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung
GSK	Gesundheitssatellitenkonto
HC	Health care by Function (Gesundheitsversorgung nach Funktion)
HF	Health care by Financing Scheme (Gesundheitsversorgung nach Finanzierung)
HP	Health care by Provider (Gesundheitsversorgung nach Anbieter)
ICHA	Internationale Klassifizierung für Gesundheitskonten
ICIOT	Intercountry-Input-Output Tabellen
iGW	industrielle Gesundheitswirtschaft
KGW	Kernbereich
KN	Kombinierte Nomenklatur
MV	medizinische Versorgung
NACE	Statistische Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
SHA	System of Health Accounts (Gesundheitskontensystem)
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen
WB	weitere Bereiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WifOR	WifOR Wirtschaftsforschungsinstitut
WZ	Wirtschaftszweig

1

Ausgangslage und Zielsetzung

Der Paradigmenwechsel der Gesundheitswirtschaft der letzten Dekade – weg von der Kostenlast und hin zur Betrachtung einer gesellschaftlich bedeutenden und dynamischen Querschnittsbranche – wurde durch die COVID-19 Pandemie und den damit verbundenen Fokus auf das Gesundheitssystem auf eine davor undenkbare Weise beschleunigt. Dies hat zur Folge, dass das europäische Verständnis der Gesundheitswirtschaft und deren Verflechtung mit anderen Wirtschaftsbereichen vereinheitlicht und weiter vorangetrieben werden sollte.

Um die Bedeutung der ökonomischen Nachhaltigkeit und der gesellschaftlichen Gesundheit im Zusammenhang mit der Gesundheitswirtschaft zu bekräftigen, hat WifOR ein Rahmenwerk des globalen Branchenmonitorings der Querschnittsbranche in einem Bericht an die G20-Präsidentschaft und die B20-Gesundheits-Taskforce vorgestellt (Ostwald et al., 2021).

In Deutschland trägt das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK), ehemals Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), seit über einer Dekade in besonderem Maße dazu bei, diesen Paradigmenwechsel im Bereich der Gesundheitswirtschaft zu begleiten und die wachstums- und beschäftigungspolitische Bedeutung der Gesundheitswirtschaft aufzuzeigen, die zu ihrer Kernaufgabe, eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, hinzukommt (Ostwald et al., 2014).

Die Etablierung der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR) in Deutschland kann als Erfolgsgeschichte des Bundeswirtschaftsministeriums sowie der beteiligten Akteure gewertet werden. Sie genießt eine hohe Anerkennung bei Politik, Wirtschaft sowie Verbänden und Stakeholdern. Der Austausch auf internationaler Ebene zeigt jedoch, dass die Gesundheitswirtschaft in anderen Ländern bislang nicht die gleiche Wahrnehmung erfährt wie in Deutschland.

Die vom BMWK in Auftrag gegebene, erstmalige, EU-weite Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft beabsichtigt die wirtschaftliche Bedeutung der Querschnittsbranche auch in anderen EU-Ländern und auf EU-Ebene bewusst zu machen. Darüber hinaus stellt eine ökonomische Berichterstattung über die europäische Gesundheitswirtschaft, basierend auf amtlichen Statistiken und einer einheitlichen Methodik, einen essenziellen Mehrwert für den gesundheits- und wirtschaftspolitischen Dialog in Europa dar.

Hierfür wird der Ansatz der nationalen GGR für Deutschland, der 2013 bereits einmal von Österreich (Czypionka et al., 2014) übernommen wurde, auf die europäische Ebene übertragen, wodurch seine politische und gesellschaftliche Bedeutung weiter hervorgehoben wird. Das daraus entstehende EU-GGR-Rechenwerk bleibt somit inhaltlich konsistent zur Konzeption der nationalen Berechnung der nationalen GGR für Deutschland. Folglich wird mit

der EU-GGR eine innovative und umfassende Grundlage für die ökonomische Berichterstattung über die europäische Gesundheitswirtschaft geschaffen.

Da politische Diskussionen über den wirtschaftlichen Beitrag von Branchen üblicherweise auch deren Ausstrahleffekte umfassen, werden über die direkt generierten Beiträge der Gesundheitswirtschaft hinaus auch Ausstrahleffekte der Branche in der Gesamtwirtschaft berechnet. Diese umfassen die indirekten und induzierten Wertschöpfungs- und Erwerbstätigeneffekte der Gesundheitswirtschaft auf europäischer Ebene. Indirekte Effekte werden durch die Beschaffung von Waren und Dienstleistungen von Zulieferern ausgelöst (Vorleistungen). Durch diesen Stimulus wird die wirtschaftliche Aktivität entlang der gesamten Wertschöpfungskette erhöht. Induzierte Effekte erfassen die wirtschaftliche Beteiligung der Haushalte und deren Konsumverhalten: Sie quantifizieren die Auswirkungen auf die Wirtschaft, die durch die teilweise Wiederverausgabung der in der Gesundheitswirtschaft und den Zulieferbranchen erzielten Löhnen und Gehältern entsteht. Der „ökonomische Fußabdruck“ der europäischen Gesundheitswirtschaft berechnet sich aus der Summe der direkten, indirekten und induzierten Effekte.

Im vorliegenden Bericht werden somit, entsprechend der GGR für Deutschland, die Gesundheitswirtschaft mit ihren ausgewählten Teilbereichen, d.h. die medizinische Versorgung (MV), die industrielle Gesundheitswirtschaft (iGW) und die weiteren Bereiche (WB), für die Summe der 27 europäischen Mitgliedsstaaten und für den Betrachtungszeitraum 2014 bis 2019 quantifiziert.

In Anlehnung an die Berichterstattung der GGR-Kennzahlen für Deutschland werden die Bruttowertschöpfungs- und Beschäftigungskennzahlen der Gesundheitswirtschaft samt Ausstrahleffekten in anderen EU-weiten Wirtschaftssektoren berechnet. Zusätzlich werden auch die Importe und Exporte der europäischen Gesundheitswirtschaft außerhalb der EU inkludiert. Des Weiteren wird das Aggregat der EU-Gesundheitswirtschaft relativ zu den europäischen gesamtwirtschaftlichen Kennzahlen gemessen, um die Bedeutung für Wachstum und Beschäftigung der Querschnittsbranche im EU-Raum darzustellen. Schließlich wird der deutsche Anteil an der EU-GGR in einem Exkurs dargestellt.



2 Konzeptionelle Herleitung einer EU-GGR für die 27 EU-Mitgliedsstaaten

Die Erfassung der Gesundheitswirtschaft im Rahmen der bestehenden GGR des BMWK ist an die Definition der Nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft aus dem Jahr 2005 angelehnt. Demnach umfasst die Gesundheitswirtschaft die „Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen“. Diese Definition wurde durch die Auswahl von 888 als gesundheitsrelevant eingeschätzten Waren und Dienstleistungen aus einem Set von insgesamt 2643 Gütern der Gesamtwirtschaft konkretisiert. Somit werden die güterproduzierenden und dienstleistungserbringenden Unternehmen unabhängig von ihrer Einordnung in die Wirtschaftszweigklassifikation auf Basis einer güterseitigen Zuordnung zur Gesundheitswirtschaft der GGR gezählt. So werden nicht Unternehmen des Wirtschaftsbereichs der Pharmazeutischen Industrie, sondern Pharmazeutische Erzeugnisse in die EU-GGR gezählt.

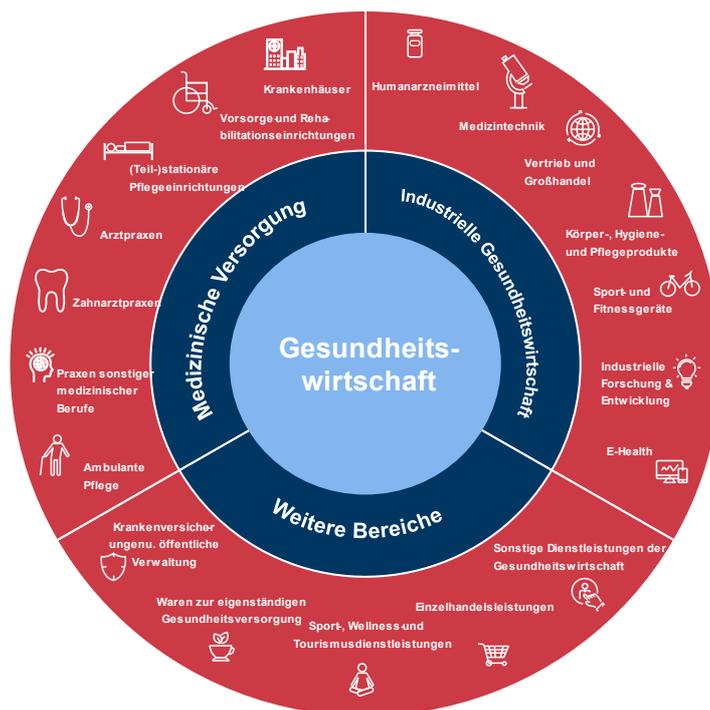
Seit der erstmaligen Berechnung der GGR für Deutschland im Jahr 2013 hat sich eine Aufspaltung der Gesundheitswirtschaft in drei Teilbereiche etabliert. Um eine Scheingenauigkeit aufgrund der eingeschränkten Datenlage gegenüber dem Modell, das für die Berechnung der nationalen GGR für Deutschland verwendet wird, zu vermeiden, wurde diese Dreiteilung als tiefste Differenzierung für die initiale Berechnung der EU-GGR gewählt. Die drei Teilbereiche sind die industrielle Gesundheitswirtschaft (iGW), die medizinische Versorgung (MV) und die weiteren Bereiche der Gesundheitswirtschaft. Abbildung 1 stellt die für die Berechnung der EU-GGR verwendete Dreiteilung der Branche dar.

Wie bereits erwähnt, gibt es auf Ebene der 27 EU-Mitgliedsstaaten Einschränkungen bzgl. der verfügbaren Statistiken gegenüber dem Datenbestand der nationalen GGR für Deutschland. Deshalb kommt es im Rahmen dieses Projekts mitunter zu annahmegetriebenen Schätzungen, Vereinfachungen und Berechnungen mit stärker aggregierten Daten als in der nationalen GGR für Deutschland. Dies betrifft die Berechnung der drei Teilbereiche auf unterschiedliche Weise und wird in den folgenden drei Unterkapiteln ausführlich erläutert.

Die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für alle 27 EU-Mitgliedsstaaten insgesamt (EU-GGR) stellt als Basis die direkten Effekte der Querschnittsbranche Gesundheitswirtschaft auf Ebene der Europäischen Union dar. Im Rahmen der EU-GGR lassen sich neben direkten Wertschöpfungs- und Erwerbstätigeneffekten auch Ex- und Importe der EU-Mitgliedstaaten berechnen.



Abbildung 1: Gütergruppenabgrenzung und Dreiteilung der Gesundheitswirtschaft gemäß GGR



Quelle: In Anlehnung an: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) 2018.

2.1 Teilbereich der medizinischen Versorgung

Die medizinische Versorgung ist der Teilbereich, der intuitiv am ehesten mit der Gesundheitswirtschaft in Verbindung gebracht wird, denn in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wird die Tätigkeit der Akteure der Gesundheitswirtschaft von den meisten Menschen unmittelbar wahrgenommen. Dieser Teilbereich ist dadurch geprägt, dass er ausschließlich aus Dienstleistungen besteht und diese auch nur in zwei Wirtschaftszweigen¹ erbracht werden.

Die Produktionswerte der einzelnen Dienstleistungen der Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. von Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten usw.) sind für die nationale GGR für Deutschland anhand der Sonderauswertung von Destatis bekannt. Da im Rahmen der EU-GGR nur nationale Aufkommens- und Verwendungstabellen der jeweiligen EU-Mitgliedsländer mit 64 Gütern und 64 Wirtschaftszweigen verwendet werden können, ist es nicht möglich gesundheitsrelevante Anteilswerte oder Wertschöpfungsquoten der einzelnen Einrichtungen zu bilden. Da jedoch die EU-GGR nur die medizinische Versorgung als Ganzes veröffentlicht und keine weitere Differenzierung vornimmt, schränkt dies die Aussagekraft im Rahmen des aktuellen Projektvorhabens nicht ein.

¹ WZ 86 – Gesundheitswesen sowie WZ 87-88 Heime und Sozialwesen

Abbildung 2: Gütergruppen der medizinischen Versorgung und die entsprechende Einrichtungs-/Leistungskombinationen der europäischen Gesundheitsausgabenrechnung

Gütercode	Bezeichnung in nationaler GGR	Einrichtungs-/Leistungskombination GAR
H51	Dienstleistungen von Krankenhäusern	Hospitals - Current health care expenditure (CHE)
H52	Dienstleistungen von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Residential long-term care facilities/Providers of ambulatory health care/Rest of economy - Current health care expenditure (CHE) [abzgl. H53+H64]
H61	Dienstleistungen von Arztpraxen	
H62	Dienstleistungen von Zahnarztpraxen	
H63	Dienstleistungen von Praxen sonstiger medizinischer Berufe	
H53	Dienstleistungen von stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen	Residential long-term care facilities/Providers of ambulatory health care/Rest of economy - Long- term care (health)
H64	Dienstleistungen der ambulanten Pflege	

Quelle: Eigene Darstellung, (Eurostat, 2022b).

Eine wichtige Quelle für den gesundheitsrelevanten Konsum ist die Gesundheitsausgabenrechnung. Für die Erfassung, Klassifizierung und Verarbeitung dieser Ausgaben gibt es ein gemeinsames Rahmenwerk, auf das sich Eurostat, die OECD sowie die Weltgesundheitsorganisation geeinigt haben: das System of Health Accounts (OECD et al., 2011). Dieses Rahmenwerk bietet für alle EU-Mitgliedsstaaten eine Erfassung des gesundheitsrelevanten Konsums, differenziert nach den Dimensionen Leistungsart, Einrichtung und Kostenträger. Im Rahmen der EU-GGR ist die letztere Dimension für die medizinische Versorgung nicht relevant. Eine so trennscharfe Abgrenzung der Gesundheitsausgaben wie in der nationalen GGR für Deutschland ist auf europäischer Ebene nicht möglich. Dies ist darin begründet, dass die Gesundheitsausgaben hier nicht in derselben Differenziertheit, insbesondere für die Einrichtungsdimension, wie für die nationale GGR in Deutschland vorliegen. Deshalb existieren auch Überschneidungen in der Zuordnung von Gütergruppen und Gesundheitsausgaben wie in Abbildung 2 zu sehen ist. In Summe kann der Eckwert der nationalen GGR für Deutschland mit diesem Vorgehen aber relativ genau getroffen werden.

Primär erfolgt die hier verwendete Abgrenzung nach Gesundheitsausgaben anhand der Einrichtungsdimension. Deshalb wird die Kreuztabelle der Gesundheitsausgaben², die Leistungsarten und Einrichtungen miteinander verbindet, genutzt. Um den Teilbereich der medizinischen Versorgung aus der nationalen GGR für Deutschland bestmöglich nachzubilden, bemisst sich der Eckwert auf europäischer Ebene anhand der Summe der laufenden Gesundheitsausgaben (Leistungsdimension) von „Hospitals“, „Residential long-term care facilities“, „Providers of ambulatory health care“ und „Rest of economy“ (Einrichtungsdimension). Allerdings werden Pflegedienstleistungen größtenteils in Einrichtungen, die dem Wirtschaftszweig 87-88 (Heime und Sozialwesen) und nicht dem Wirtschaftszweig 86 (Gesundheitswesen) zuzuordnen sind, erbracht. Deshalb wird die

² Definition der Nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft aus dem Jahr 2005 (vgl. Kuratorium Gesundheitswirtschaft, 2005).



Leistung „Long term care (health)“ der vier genannten Einrichtungen vom Eckwert abgezogen und diese dem Wirtschaftszweig 87-88 zugeordnet. Dieser Umweg ist in der nationalen GGR bzw. den nationalen Gesundheitsausgaben für Deutschland nicht notwendig, da diese dort deutlich granularer vorliegen. Auf europäischer Ebene variiert die Datengranularität der einzelnen Länder aber massiv. Das beschriebene Vorgehen setzt aber auf (relativ stark aggregierten) Kontenpositionen auf, die für alle EU-Mitgliedsstaaten im Zeitraum 2014-2019 verfügbar sind.

2.2 Teilbereich der industriellen Gesundheitswirtschaft

Der Teilbereich der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW) beinhaltet wichtige industrielle Güter, die für das Gesundheitswesen essenziell sind. Darunter fallen zum Beispiel Humanarzneimittel, Medizinprodukte und Medizintechnik. Aber auch Güter, die der gesunden Lebensführung dienlich sind, wie Sportgeräte oder Körper-, Mund- und Zahnpflegeprodukte sind in diesem Teilbereich enthalten.

Abbildung 3: Güterzusammensetzung der industriellen Gesundheitswirtschaft und Umsetzung in der EU-GGR

Gütercode	Bezeichnung in nationaler GGR	Methode EU-GGR
H1	Humanarzneimittel	Prodcocom
H2	Medizinprodukte und Medizintechnik	Prodcocom
E11	Körper-, Mund- und Zahnpflegeprodukte, Nahrungsergänzungsmittel	Prodcocom
E15	Sport- und Fitnessgeräte inkl. Schutzbekleidung	Prodcocom
E5	E-Health	Prodcocom / VT / Aufschlag
H7	Großhandelsleistungen mit Humanarzneimitteln, Medizinprodukten und Medizintechnik	Handelsaufschlag
E34 ³	Einzelhandelsleistungen des Erweiterten Bereichs der Gesundheitswirtschaft	Handelsaufschlag
E35 ³	Großhandelsleistungen des Erweiterten Bereichs der Gesundheitswirtschaft	Handelsaufschlag
E42 ⁴	FuE in der Gesundheitswirtschaft	FuE-Aufschlag

Quelle: Eigene Darstellung.

Damit solche Güter produziert werden können, ist vielfach ein erheblicher Forschungs- und Entwicklungsaufwand nötig. Ebenso müssen diese industriellen Güter oftmals mittels komplexer Lieferketten und Vertriebswege an den Endverbraucher gebracht werden. Daher

³ Einzelhandels- und Großhandelsleistungen des Erweiterten Bereichs der Gesundheitswirtschaft beziehen sich gleichermaßen auf den Handel von Waren der GGR-Gütergruppen E1 (Waren zur eigenständigen Gesundheitsversorgung) sowie E5 (E-Health).

⁴ FuE im Gesundheitswesen (als Teilbereich von E42) wird anders als alle anderen Forschungsdienstleistungen dem weiteren Bereich zugeordnet, vgl. Abbildung 4, Kapitel 2.3. Die Berechnungsweise ist jedoch dieselbe.

werden auch diese Dienstleistungen der iGW zugerechnet. Abbildung 3 zeigt die Zusammensetzung der Gütergruppen der industriellen Gesundheitswirtschaft, wie sie für die Berechnung der EU-GGR angewandt wurde. Während für die güterseitige Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft für die nationale GGR für Deutschland eine Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes genutzt wird, die 888 von insgesamt 2643 Gütern als gesundheitsrelevant ausweist, fehlt solch eine Datenbasis für die europäische Ebene. Eine Datenquelle, die dieser Granularität bestmöglich und zumindest für das produzierende Gewerbe entspricht, ist die europäische Produktionsstatistik Prodcum (Williams, 2008).

Prodcum

Die Prodcum ist eine mindestens einmal jährlich durchgeführte Erhebung zur Erstellung von Statistiken über Volumen und Wert der Produktion von gewerblichen Waren (hauptsächlich Industrieerzeugnisse) in der EU. Die Abkürzung steht für die französische Bezeichnung „Production Communautaire“ und bedeutet Gemeinschaftsproduktion. Die Prodcum deckt die Bereiche Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden sowie Herstellung von Waren ab, bei denen es sich um die Abschnitte B und C der Statistischen Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Union (NACE Rev.2, vgl. Eurostat, 2008) handelt. Diesen Bereich unterteilt die Prodcum auf rund 4.000 Güterpositionen.

Diese sehr hohe Differenziertheit der Daten einerseits, und eine starke Verwandtschaft zwischen der Güterklassifikation der deutschen Sonderauswertung (SIO-9-Steller) und der europäischen Prodcum (Prodcum-8-Steller) andererseits, ermöglicht es, die Branchenabgrenzung der nationalen GGR für Deutschland sehr präzise und nur mit einem äußerst geringen Informationsverlust auf europäischer Ebene nachzuvollziehen.

Eine Einschränkung des öffentlich zugänglichen Prodcum-Datensatzes besteht darin, dass viele Länder von der Möglichkeit Gebrauch machen, Werte für bestimmte Güter nicht anzugeben bzw. geheim zu halten. Dies ist insbesondere in Güterabschnitten bzw. Wirtschaftszweigen der Fall, in denen nur wenige große nationale Produzenten am Markt sind und es deshalb mit diesen Informationen relativ einfach möglich wäre, das Produktionsprogramm der jeweiligen nationalen Wettbewerber auf sehr detaillierter Ebene zu schätzen. So verwundert es nicht, dass von diesem Phänomen besonders pharmazeutische Güter betroffen sind, die einen maßgeblichen Teil der iGW ausmachen. Blicke dieses Phänomen unberücksichtigt, würde dies zu einer eklatanten Unterschätzung des Produktionswertes der industriellen Gesundheitswirtschaft führen und die Interpretation und Vergleichbarkeit der Ergebnisse nachhaltig einschränken.

Um diese Datenlücken zu schließen, wird hier eine Restwertverteilung mit relativen Produktionswertverhältnissen auf CPA-2-Stellerebene herangezogen.⁵ Dies ist möglich, da

⁵ CPA (Statistical Classification of Products by Activity) ist eine Güterklassifikation (für Waren und Dienstleistungen) auf Ebene der Europäischen Union. Diese statistische Systematik hat eine enge Anbindung an die Systematik der Wirtschaftszweige (NACE). Jedes Gut ist einem einzigen Wirtschaftszweig zugeordnet. Die volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und damit verbundene Daten der statistischen Ämter sind meistens bis zu einer Gliederungstiefe A*64 (also 64 verschiedenen Gütern oder Wirtschaftszweigen) öffentlich abrufbar und über einen zweistelligen Code von 01 bis 99 identifizierbar. Über diese zwei Ziffern lassen sich auch Güter mit einer detaillierteren Gliederungstiefe, z.B. aus der Prodcum-Erhebung, den Güteraggregaten auf A*64-Ebene zuordnen.



zwar auf nationaler Ebene viele Werte für bestimmte Güter nicht ausgewiesen bzw. geheim gehalten werden, jedoch nahezu immer eine entsprechende Summe für die gesamte EU-27 veröffentlicht wird. Zieht man von dieser Randsumme die bekannten Werte (also diejenigen Länderwerte, die bekannt sind und demnach nicht geheim sind) ab, bleibt ein Restwert übrig, der auf die Länder verteilt werden muss, deren Wert als geheim gekennzeichnet ist.

Der Verteilungsschlüssel des jeweiligen Restwerts auf die EU-Länder ergibt sich aus der Annahme, dass Länder, für die eine hohe Produktion auf aggregierter Ebene besteht, dieses Produkt in proportionalem Ausmaß produzieren. Die aggregierte Ebene ist in diesem Fall die inländische Produktion in der CPA-Güterklassifikation auf A*64-Gliederungstiefe.⁶ Diese ist aus den nationalen Aufkommenstabellen von Eurostat abrufbar (Eurostat, 2022a). Diese Aufkommenstabellen sind vollständig und beinhalten keine geheimen Werte. Die ersten beiden Ziffern des Prodcom-Codes des geheim gehaltenen Gutes entsprechen hier dem CPA-Zweisteller. Somit ist sichergestellt, dass die Summe der Länderproduktionswerte auf tiefgegliederter Güterebene dem EU-27-Aggregat entspricht.

Abgrenzung der Produktion der iGW

Um nun die Gesundheitswirtschaft güterseitig auf europäischer Ebene abzugrenzen, wird die bestehende Güterabgrenzung (also die 170 industriellen Produkte der 888 als gesundheitsrelevant festgelegten Güter und Dienstleistungen) zunächst in die Prodcom-Klassifikation überführt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Prodcom eine Produktionsstatistik ist, d.h. Dienstleistungen wie in der Sonderauswertung (z.B. Einzel- und Großhandel) können an dieser Stelle nicht berücksichtigt werden und müssen später annahmegestützt geschätzt werden. Die selektierten Gesundheitsgüter werden nun aus der Prodcom-Datenbank gefiltert und auf CPA-2-Stellerebene aggregiert, sodass die gesundheitsrelevanten Produktionswerte später mit Quotienten und Multiplikatoren derselben Gliederungstiefe verrechnet werden können. Damit werden alle Gütergruppen, die der Produktion in der iGW entsprechen (grün hinterlegt in Abbildung 3), aus der Prodcom-Datenbank herausgelöst.

Handel

Ein zweiter, wertmäßig großer Anteil der industriellen Gesundheitswirtschaft ist der Groß- und Einzelhandel. Dieser wird weitgehend analog zum Vorgehen in der nationalen GGR für Deutschland berechnet, soweit dies durch die eingeschränkte Datenverfügbarkeit auf europäischer Ebene möglich ist. Grundsätzlich steht man bei der Berechnung von Groß- und Einzelhandelsleistungen vor der Herausforderung die inländischen Aufkommen an Groß- und Einzelhandelsleistungen (CPA 46 und 47) der jeweiligen Wirtschaftsbereiche proportional dem Aufkommen der gesundheitsrelevanten, handelbaren Waren zuzuordnen.

Während es in der Sonderauswertung, die für die nationale GGR in Deutschland genutzt wird, eine Differenzierung der Groß- und Einzelhandelsleistungen für 121 Güter gibt, werden im

⁶ Das bedeutet, dass Produktionswerte der Länder für 64 verschiedene Wirtschaftszweige abgerufen werden können.



Rahmen der EU-GGR die nationalen Aufkommenstabellen der EU-Staaten genutzt, die nach 64 Wirtschaftszweigen und Güter differenzieren und einen Übergang von Herstellungs- zu Anschaffungspreisen beinhalten. Eine tiefere Herleitung der Groß- und Einzelhandelsaufschläge in der EU-GGR findet sich im Annex A.

Forschung und Entwicklung

Ein dritter, wichtiger Bestandteil der industriellen Gesundheitswirtschaft ist die Forschung und Entwicklung (FuE). Eine wichtige Datenquelle in diesem Kontext für die Berechnung der deutschen GGR ist die Wissenschaftsstatistik des Stifterverbands (vgl. Stifterverband, 2021). Hier finden sich externe und interne Forschungsausgaben je Wirtschaftszweig. Diese dienen als Ausgangspunkt für die Bestimmung des gesundheitsrelevanten Produktionswertes der Forschung und Entwicklung. Solche granularen Daten sind jedoch auf europäischer Ebene zumindest für externe Forschungsausgaben nicht verfügbar. Dennoch ist es uns möglich, mit Hilfe der nationalen VGR-Daten eine valide Schätzung der gesundheitsrelevanten Forschung und Entwicklung zu bestimmen.

Der Produktionswert der internen Forschung und Entwicklung wird in Unternehmen erbracht, deren Hauptaktivität nicht Forschung und Entwicklung ist (dies geschieht als Hauptaktivität in Wirtschaftszweig 72 Forschung und Entwicklung), also z.B. Unternehmen, die der Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen (WZ 21) oder der Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen (WZ 26) zugeordnet sind.

In den nationalen Aufkommenstabellen wird ersichtlich, dass diese und andere Wirtschaftszweige (größtenteils Wirtschaftszweige des Verarbeitenden Gewerbes) als Nebenproduktion einen signifikanten Produktionswert des Gutes Forschung und Entwicklung (CPA 72) erbringen. Wird dieser ins Verhältnis zum gesamten Aufkommen des jeweiligen Wirtschaftszweiges gesetzt, entsteht ein Quotient, der hier als interner FuE-Aufschlag bezeichnet wird. Durch eine weitere Multiplikation des internen FuE-Aufschlags je Wirtschaftszweig-2-Steller mit den gesundheitsrelevanten Produktionswerten, die aus der Prodcom-Datenbank gefiltert und anschließend auf 2-Stellerebene aggregiert wurden, entsteht der gesundheitsrelevante Produktionswert der internen Forschung- und Entwicklung des jeweiligen Wirtschaftszweigs.

Die externe Forschung und Entwicklung ist diejenige, die nicht von den gerade genannten Unternehmen erbracht wird, sondern von Unternehmen, deren Hauptaktivität die Forschung und Entwicklung ist, und die deshalb auch dem Wirtschaftszweig 72 – Forschung und Entwicklung – zugeordnet sind. Diese Forschungs- und Entwicklungsaktivität ist zum Teil natürlich auch auf Beauftragungen aus der Gesundheitswirtschaft zurückzuführen. Hier wird die Annahme getroffen, dass dies proportional zum Produktionswert geschieht. Der externe FuE-Aufschlag errechnet sich folglich aus dem Verhältnis des Aufkommens an Gut CPA 72 (Zähler), das vom Wirtschaftszweig 72 als Hauptaktivität erbracht wird und dem gesamtwirtschaftlichen Aufkommen (Nenner). Allerdings wird hier das gesamtwirtschaftliche Aufkommen insoweit adjustiert, als dass nur Wirtschaftszweige berücksichtigt werden, die



selbst auch interne FuE erbringen. Die Annahme ist hierbei, dass nur Wirtschaftszweige, die interne FuE erbringen, auch externe FuE beauftragen.

E-Health

Die E-Health-Gütergruppe in der nationalen GGR für Deutschland besteht einerseits aus Telekommunikations- und IT-Gütern zur Nutzung in der Gesundheitsversorgung sowie andererseits aus Dienstleistungen der Informationstechnologie und der Datenverarbeitung. Für erstere ist das Vorgehen analog zu den bereits genannten Gütern der Gesundheitswirtschaft, die über die Prodcorn-Datenbank bestimmt werden. Einzige Besonderheit ist hier, dass der resultierende Produktionswert für die Selektion der E-Health-Güter mit einem Digitalisierungs-Quotienten verrechnet werden. Dessen Bestimmung ist auf dem Aggregationsniveau der europäischen Verwendungstabellen nicht möglich. Deshalb wird auf den Wert von 5% aus der nationalen GGR für Deutschland zurückgegriffen, der mit einer wahrscheinlichen Überschätzung der E-Health-Gütergruppe im EU-27-Länderaggregat einhergeht.

Die Bestimmung des Produktionswertes der erwähnten E-Health-Dienstleistungen geschieht anhand der intermediären Verwendung der Güter CPA 61 (Telekommunikationsleistungen) sowie CPA 62-63 (Dienstleistungen der Informationstechnologie) im Wirtschaftszweig 86 (Gesundheitswesen), die aus den nationalen Verwendungstabellen (Eurostat, 2022c) abrufbar sind. Damit wird ein vereinfachtes, aber ähnliches Vorgehen wie in der nationalen GGR für Deutschland genutzt.

2.3 Teilbereich der weiteren Bereiche

Im Vergleich zu den beiden vorangegangenen Teilbereichen sind die „weiteren Bereiche“ der Gesundheitswirtschaft (nachfolgend: weitere Bereiche) aufgrund ihrer stark heterogenen Zusammensetzung weniger eindeutig zu charakterisieren (s. Abbildung 4). Grundsätzlich zeichnen sie sich dadurch aus, dass sie vor allem Unterstützungsfunktionen für das Gesundheitswesen bereitstellen und dabei weder direkt dem medizinischen noch dem industriellen Teilbereich zuzuordnen sind. Außerdem sind die weiteren Bereiche im Gegensatz zu den zwei anderen Teilbereichen gleichermaßen von Waren (Gesundheitsliteratur, biologische Lebensmittel, Sportbekleidung als Teil der Waren zur eigenständigen Gesundheitsversorgung) als auch von Dienstleistungen (Krankenversicherung, Einzelhandel, Sport-, Wellness-, u. Tourismusdienstleistungen, Forschung- und Entwicklung, Ausbildung etc.) geprägt.

Die hier zur Anwendung kommende Annahme besteht darin, dass, aufgrund dieser Abgrenzung, die weiteren Bereiche thematisch mit den zwei anderen Teilbereichen zusammenhängen. Dies bedeutet, dass ihre ökonomische Entwicklung aufgrund ihres Hilfs- und Unterstützungscharakters stark von der Entwicklung der iGW sowie der medizinischen Versorgung abhängt. Zusätzlich ist die Datenlage auf europäischer Ebene, insbesondere für die Berechnung der weiteren Bereiche, die in der nationalen GGR für Deutschland stark auf

Sekundärdaten aufbauen, nicht ausreichend, um hier valide Abschätzungen vorzunehmen. Für die davon betroffenen Teile der weiteren Bereiche werden die Wirtschaftszweiganteile auf tiefster GGR-Gütergruppenebene der nationalen GGR für Deutschland herangezogen, die mit den jeweiligen Produktionswerten auf einer Gliederungstiefen von 64 Wirtschaftszweigen multipliziert werden. Dieses Vorgehen geht mit einer wahrscheinlichen Überschätzung der betroffenen Teile der weiteren Bereiche im EU-27-Länderaggregat einher.

Das Vorgehen gilt nicht für den Einzelhandel mit Humanarzneimitteln sowie mit medizintechnischen Produkten. Dieser wird analog zum Vorgehen, wie es in Kapitel 2.2 beschrieben ist, bestimmt. Gleichmaßen gibt es einen Teil der Forschung und Entwicklung, der nicht der industriellen Gesundheitswirtschaft, sondern den weiteren Bereichen zugeordnet ist: Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen. Diese bemisst sich aus dem Produktionswert der medizinischen Versorgung (vgl. Kapitel 2.1) und den internen und externen FuE-Aufschlägen (vgl. Kapitel 2.2). Auch die Krankenkassen sind Teil der weiteren Bereiche und werden analog zum Vorgehen der nationalen GGR für Deutschland anhand der Verwaltungsausgaben (als Teil der Gesundheitsausgabenrechnung), differenziert nach den Finanzierungsschemata Pflichtversicherungs- und freiwillige Versicherungssysteme mit den VGR abgeglichen.

Abbildung 4: Gütergruppen der weiteren Bereiche und Umsetzung in der EU-GGR

Gütercode	Bezeichnung in nationaler GGR	Methode EU-GGR
H3	Einzelhandelsleistungen mit Humanarzneimitteln und Medizinprodukten und Medizintechnik	Handelsaufschlag
H4	Krankenversicherungen und öffentliche Verwaltung	Gesundheitsausgaben
E1 ⁷	Waren zur eigenständigen Gesundheitsversorgung	WZ-Anteile nationale GGR
E2	Sport-, Wellness- und Tourismusdienstleistungen	WZ-Anteile nationale GGR
E3	Sonstige Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft	WZ-Anteile nationale GGR
	darunter: Groß- und Einzelhandel mit Waren zur eigenständigen Gesundheitsversorgung (E1) sowie Geräte der Datenverarbeitung und Telekommunikation (E5)	Handelsaufschlag
E4 ⁸	Investitionen	WZ-Anteile nationale GGR
	darunter: Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen	FuE-Aufschlag

Quelle: Eigene Darstellung.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass sich die eben beschriebene konzeptionelle Vorgehensweise zur Ermittlung der EU-GGR auf Basis der vorhandenen Datengrundlage von dem Goldstandard der nationalen GGR für Deutschland unterscheidet. Die methodische Implementierung im Rahmen der EU-GGR bedarf daher an manchen Stellen Annahmen, die

⁷ Nicht enthalten sind die Gütergruppen E11 (Körper-, Mund- und Zahnpflegeprodukte, Nahrungsergänzungsmittel) sowie E15 (Sport- und Fitnessgeräte inkl. Schutzbekleidung), da diese der industriellen Gesundheitswirtschaft zugeordnet sind, vgl. auch Abbildung 3.

⁸ Alle Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten (E42) sind mit Ausnahme der Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen der industriellen Gesundheitswirtschaft zugeordnet, vgl. auch Abbildung 3.



notwendig sind, um die Aussagekraft und die Fähigkeit unter den genannten Bedingungen sehr valide und vergleichbare Ergebnisse zu liefern, zu gewährleisten.



3 Ökonomische Bestandsaufnahme der EU-GGR

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse – entsprechend im vorherigen Kapitel beschriebenen Abgrenzung – der drei Teilbereiche der EU-GGR für die Betrachtungszeitspanne 2014 bis 2019 präsentiert. Die Beschränkung der Berichtsjahre auf den Zeitraum bis 2019 ergibt sich aus der Verfügbarkeit der Figaro-Tabellen (vgl. dazu auch Annex A.5), die für die Berechnung der Ausstrahleffekte essenziell sind und mit einer Verzögerung von ca. 24 Monaten veröffentlicht werden.

Zuerst wird die Dreiteilung der Bruttowertschöpfungs- und Beschäftigungsaggregate der Querschnittsbranche Gesundheitswirtschaft für die Summe der 27 europäischen Mitgliedsstaaten dargestellt. Anschließend werden die Zeitreihen der Kennzahlen – d.h. die Bruttowertschöpfung und die Beschäftigung der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 – samt ihrer Ausstrahleffekte durch die Lieferkettenverflechtung sowie der Anteil der Gesundheitswirtschaft der EU-27 an der europäischen Gesamtwirtschaft wiedergegeben. Anschließend folgt die Quantifizierung der Exporte und Importe der Gesundheitswirtschaft der EU-27 außerhalb der EU-27. In einem Exkurs wird der deutsche Anteil an der Gesundheitswirtschaft der EU-27 ausgewiesen und somit die Rolle Deutschlands im Kontext der EU herausgestellt.

3.1 Direkte Bruttowertschöpfung und Ausstrahleffekte der EU-GGR

Die Bruttowertschöpfung (BWS) der Gesundheitswirtschaft in der Europäischen Union liegt im Jahr 2019 bei 1.375 Mrd. €. Dies bedeutet von 1.122 Mrd. € im Jahr 2014 kommend ein absolutes Wachstum von 253 Mrd. € innerhalb von fünf Jahren, was einem jährlichen durchschnittlichen Wachstum von 4,2% entspricht und somit deutlich über dem jährlichen Bruttowertschöpfungswachstum der Gesamtwirtschaft in der EU-27 von 3,5% liegt⁹ (s. Abbildung 5 und Abbildung 6).

Des Weiteren macht der klassische Teilbereich der medizinischen Versorgung 52% der gesamten BWS der Gesundheitswirtschaft in der EU im Jahr 2014 aus. Die anderen Teilbereiche, industrielle Gesundheitswirtschaft und weitere Bereiche, haben einen relativen Beitrag von respektive 19% und 29% an der gesamten Gesundheitswirtschaft der EU-27. Im Jahr 2019 ist der Anteil der industriellen Gesundheitswirtschaft an der gesamten BWS der

⁹ VGR aus der Eurostat Datenbank, Summe der BWS für die Jahre 2014 und 2019 über die 27-Mitgliedstaaten der Europäischen Union; eigene Berechnung.



Gesundheitswirtschaft in der EU um zwei Prozentpunkte auf 21% gestiegen, während der Anteil der medizinischen Versorgung um zwei Prozentpunkte auf 50% gesunken ist. Der Anteil der weiteren Bereiche ist zwischen 2014 und 2019 konstant bei 29% geblieben. Diese Entwicklung zeigt, dass die medizinische Versorgung im Betrachtungszeitraum die Hälfte der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 ausmacht (s. Abbildung 5 und Abbildung 6).

Abbildung 5: Bruttowertschöpfungsbeitrag der drei Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 für 2014



Notiz: Die Definition der Teilbereiche basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021b).
Quelle: Prodcorn, Eurostat, GGR für Deutschland, eigene Berechnungen.

Insgesamt ist in allen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft ein deutliches absolutes Wachstum zu erkennen. Während die medizinische Versorgung um mehr als 100 Mrd. € in diesem Zeitraum gewachsen ist, betrug das absolute Wachstum der industriellen Gesundheitswirtschaft und der weiteren Bereiche jeweils 76 Mrd. €. Die iGW wies dabei als Teilbereich die höchste relative Wachstumsdynamik auf und legte im Vergleich zu 2014 um 35,6% zu. Im Vergleich dazu wuchsen die weiteren Bereiche mit 23,6% und die medizinische Versorgung mit 17,4%. Diese Entwicklung zeigt, dass die industrielle Gesundheitswirtschaft im Betrachtungszeitraum eine weitaus bedeutendere Wachstumsdynamik als die zwei anderen Teilbereiche erfahren hat (s. Abbildung 5 und Abbildung 6).

Abbildung 6: Bruttowertschöpfungsbeitrag der drei Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 für 2019

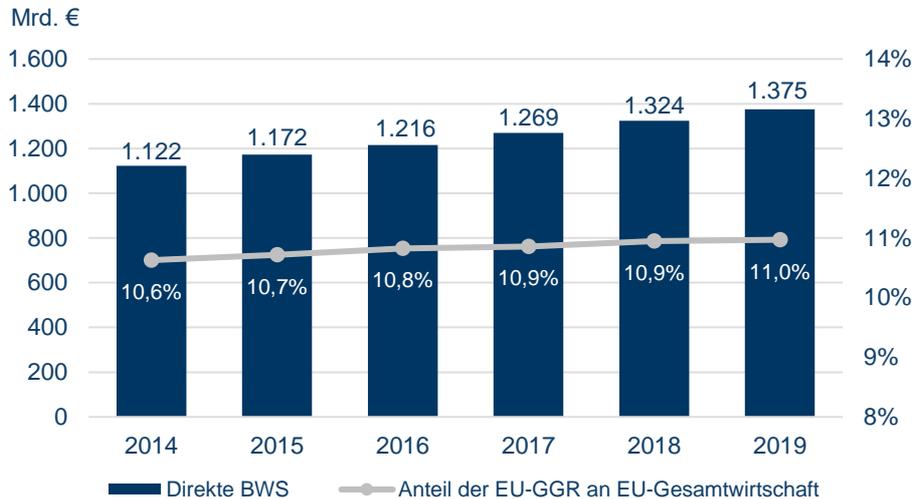


Notiz: Die Definition der Teilbereiche basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021).
Quelle: Prodcorn, Eurostat, GGR für Deutschland, eigene Berechnungen.

Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 lässt sich ebenfalls an ihrem Anteil an der Gesamtwirtschaft der EU-27 ableiten. Der Anteil befand sich im Jahr 2014 bei 10,6% und

ist seitdem kontinuierlich auf 11,0% im Jahr 2019 gestiegen. Der relative Anteil der BWS der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft der EU-27 hat nur marginal zugenommen (s. Abbildung 7).

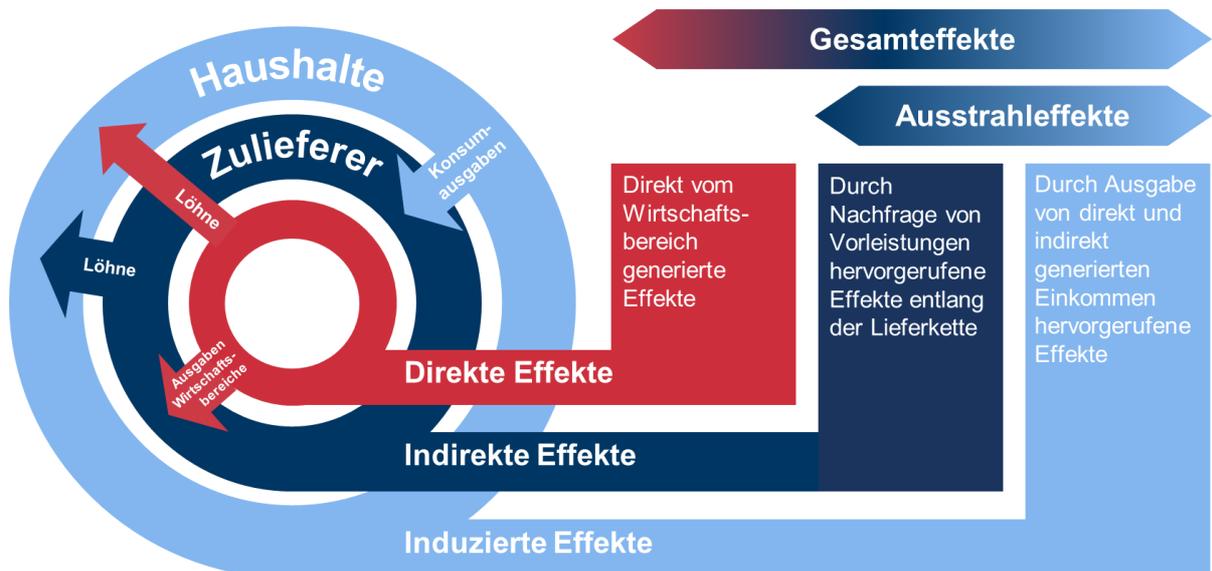
Abbildung 7: Direkte Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft als Summe für die EU-27 in Milliarden Euro und Bruttowertschöpfungsanteil der Gesundheitswirtschaft der EU-27 an der BWS der Gesamtwirtschaft der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019



Notiz: Die Definition Gesundheitswirtschaft basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021).
 Quelle: Prodcorn, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der EU-27, Eurostat, GGR für Deutschland, eigene Berechnungen.

Neben den direkten Effekten der Querschnittsbranche, wie der Bruttowertschöpfung und der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft selbst, erzeugt die Gesundheitswirtschaft durch Rückkopplungen mit den vorgelagerten Wirtschaftsbereichen auch Ausstrahleffekte (s. Abbildung 8 für eine schematische Darstellung der direkten, indirekten und induzierten BWS- und Beschäftigungseffekte).

Abbildung 8: Schematische Darstellung der Berechnung der Ausstrahleffekte im Rahmen der EU-GGR

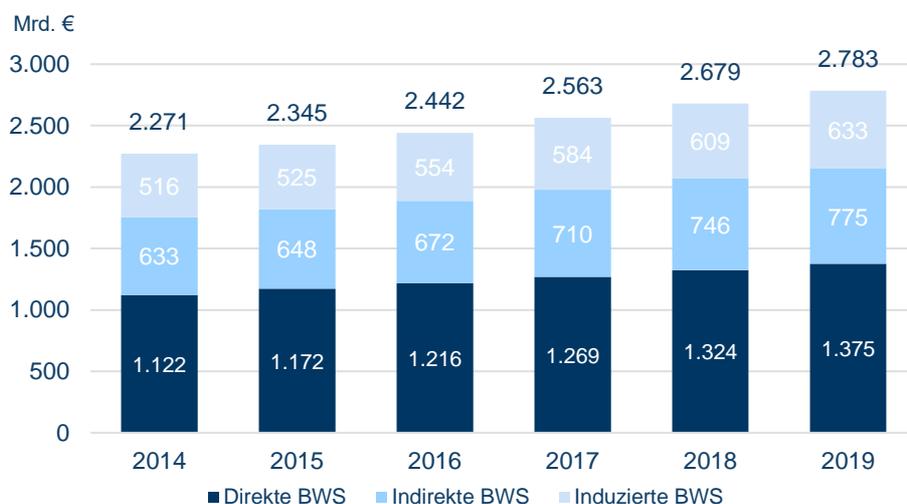


Quelle: WifOR Darstellung.

Die indirekten Effekte werden durch die Beschaffung von Waren und Dienstleistungen aus anderen Sektoren entlang der Lieferkette der EU-Gesundheitswirtschaft zur Weiterverarbeitung durch die Bereiche der Querschnittsbranche ausgelöst (Vorleistungen). Die induzierten Effekte erfassen die wirtschaftliche Beteiligung der Haushalte, die direktes Einkommen aus Tätigkeiten in der EU-GGR beziehen und Haushalte, die durch das Konsumverhalten entlang der Lieferkette der EU-Gesundheitswirtschaft die Produktion der Wirtschaft unterstützen (Verbrauch der direkt oder indirekt erzielten Einkommen).

Zwischen den Jahren 2014 und 2019 wiesen die indirekten und induzierten Effekte ein beträchtliches Wachstum auf. Im Jahr 2019 bewirkte die Gesundheitswirtschaft neben der direkt erwirtschafteten Bruttowertschöpfung im Wert von 1.375 Mrd. € zusätzlich eine indirekte BWS von 775 Mrd. € sowie eine induzierte BWS von 633 Mrd. € (s. Abbildung 9). Im Jahr 2019 unterstützt jeder Euro direkte Bruttowertschöpfung der EU-Gesundheitswirtschaft 0,56 Euro indirekte BWS und 0,46 Euro induzierte BWS innerhalb der EU-27. Im Betrachtungsjahr 2019 stiegen jeweils die absoluten direkten, indirekten und induzierten BWS-Effekte im Vergleich zum Jahr 2014 insgesamt um circa 22% an. Die starken und über die Betrachtungszeit konstanten Rückkopplungseffekte der Gesundheitswirtschaft in der EU-weiten Volkswirtschaft, weisen auf die Funktion der Gesundheitswirtschaft der EU als Wirtschaftsmotor und Stabilisator hin.

Abbildung 9: Direkte, indirekte und induzierte Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft für die Summe der EU-27 in Milliarden Euro für die Jahre 2014 bis 2019



Notiz: Die Definition Gesundheitswirtschaft basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021); die Berechnung der Ausstrahleffekte basiert auf einer Input-Output-Analyse und berücksichtigt die EU-27-weiten Rückkopplungen der Gesundheitswirtschaft der EU-27 Mitgliedstaaten. Ausstrahleffekte außerhalb der EU-27 sind nicht inkludiert.

Quelle: Prodcorn, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der EU-27, Eurostat, GGR für Deutschland, Figaro, eigene Berechnungen.

3.2 Direkte Beschäftigung und Ausstrahleffekte der EU-GGR

Die Anzahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft in der Europäischen Union liegt im Jahr 2019 bei 29,3 Mio. Im Jahr 2014 lag die Anzahl noch bei 25,3 Mio. Dies bedeutet ein absolutes Wachstum von 4,0 Mio. Erwerbstätigen innerhalb von fünf Jahren bzw. einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 3,0%, welches deutlich über dem durchschnittlichen Wachstum von Erwerbstätigen in der europäischen Gesamtwirtschaft von 1,3%¹⁰ liegt und somit den überdurchschnittlichen Beitrag der Gesundheitswirtschaft zur europäischen Beschäftigung hervorhebt (s. Abbildung 10 und Abbildung 11).

Abbildung 10: Erwerbstätigenbeitrag der drei Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 für 2014



Notiz: Die Definition der Teilbereiche basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021).
Quelle: Prodcorn, Eurostat, GGR für Deutschland, eigene Berechnungen.

Im Jahr 2014 stellt die medizinische Versorgung mit 55% den größten Anteil an den Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft der EU-27 dar. Die anderen Teilbereiche, industrielle Gesundheitswirtschaft und weitere Bereiche, wiesen einen relativen Beitrag zur Gesundheitswirtschaft der EU-27 von 12% bzw. von 33% auf. Die Anteile der einzelnen Teilbereiche an den Erwerbstätigen der Gesundheitswirtschaft der EU-27 sind von 2014 auf 2019 konstant geblieben, wodurch die medizinische Versorgung mit 16,1 Mio. Erwerbstätigen im Jahr 2019 immer noch mehr als die Hälfte der Erwerbstätigen der Gesundheitswirtschaft der EU-27 stellt.

¹⁰ VGR aus der Eurostat Datenbank, Summe der Erwerbstätigen für die Jahre 2014 und 2019 über die 27-Mitgliedstaaten der Europäischen Union; eigene Berechnung.

Abbildung 11: Erwerbstätigenbeitrag der drei Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 für 2019



Notiz: Die Definition der Teilbereiche basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021).
 Quelle: Prodcorn, Eurostat, GGR für Deutschland, eigene Berechnungen.

Im Kontext mit der Bruttowertschöpfung wird deutlich, dass die iGW einen im Vergleich zu ihren Erwerbstätigen überproportionalen Beitrag zur BWS leistet. Dies deutet auf eine höhere Produktivität der iGW im Vergleich zu den anderen Teilbranchen hin, die im Verhältnis zu ihren Erwerbstätigen einen etwas niedrigeren Anteil an der BWS der Gesundheitswirtschaft der EU-27 aufweisen.

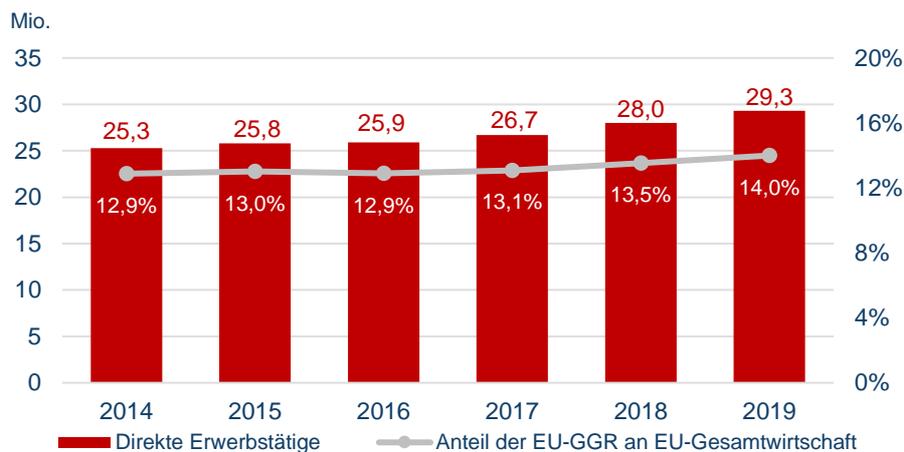
Allgemein ist in allen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft ein starker Zuwachs an Erwerbstätigen zu erkennen. Die Anzahl der Erwerbstätigen in der medizinischen Versorgung wuchs um 2,1 Mio. von 2014 bis 2019, während im gleichen Zeitraum die industrielle Gesundheitswirtschaft um 0,7 Mio. und die weiteren Bereiche 1,2 Mio. Erwerbstätige mehr beschäftigen.

In den einzelnen Teilbereichen wies die iGW mit einer Steigerung um 24,1% gegenüber 2014 wie auch schon bei der BWS die höchste relative Wachstumsdynamik auf. Die medizinische Versorgung hatte verglichen mit 2014 eine um 15,0% höhere Erwerbstätigenzahl und die weiteren Bereiche um 14,3% (s. Abbildung 10 und Abbildung 11). Vor allem vor dem Hintergrund der EU-Gesamtwirtschaft, die in diesem Zeitraum lediglich 6,6%¹¹ mehr Erwerbstätige zu verzeichnen hatte, unterstreicht diese überdurchschnittliche Entwicklung in allen Teilbereichen den Charakter der Gesundheitswirtschaft als Beschäftigungstreiber innerhalb der EU-27.

¹¹ VGR aus der Eurostat Datenbank, Summe der Erwerbstätigen für die Jahre 2014 und 2019 über die 27-Mitgliedstaaten der Europäischen Union; eigene Berechnung.



Abbildung 12: Direkte Erwerbstätige der Gesundheitswirtschaft als Summe der EU-27 in Millionen Personen und Erwerbstätigenanteil der Gesundheitswirtschaft der EU-27 an den Erwerbstätigen der Gesamtwirtschaft in der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019

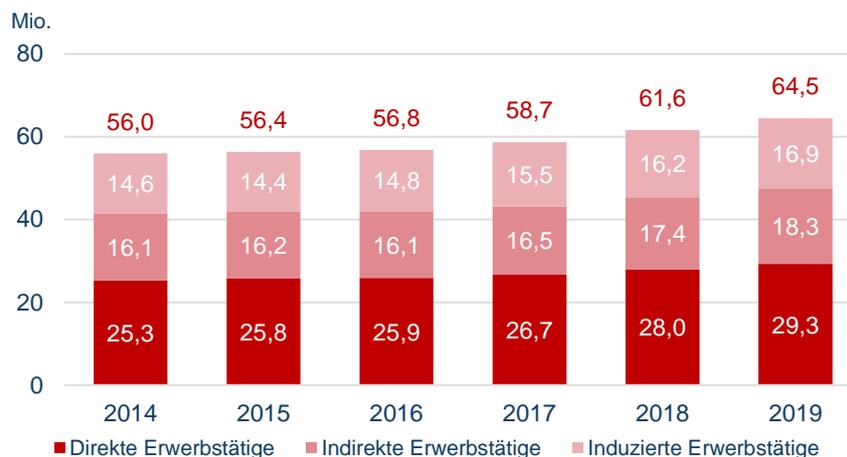


Notiz: Die Definition Gesundheitswirtschaft basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021).
 Quelle: Prodcorn, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der EU-27, Eurostat, GGR für Deutschland, eigene Berechnungen.

Die Bedeutung der Beschäftigung der Gesundheitswirtschaft der EU für die europäische Gesundheitswirtschaft wird auch an ihrem Anteil an der Gesamtwirtschaft der EU-27 deutlich. Dieser ist von 12,9% im Jahr 2014 auf 14,0% im Jahr 2019 angestiegen (s. Abbildung 12). Dieser Anstieg ist deutlich stärker als der Anstieg des Anteils der Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft der EU-27. Er wuchs im gleichen Zeitraum um lediglich 0,4 Prozentpunkte auf 11,0%, was die aktuelle Dynamik in der Erwerbstätigenentwicklung der Gesundheitswirtschaft der EU-27 hervorhebt.

Neben den bereits erwähnten direkten Effekten in den eigenen Teilbereichen der Querschnittsbranche, erzeugt die Gesundheitswirtschaft in der EU auch indirekte und induzierte Beschäftigung in anderen Wirtschaftsbereichen. Die EU-Gesundheitswirtschaft beschäftigt im Jahr 2019 somit nicht nur die 29,3 Mio. Erwerbstätigen innerhalb der eigenen Branche, sondern schafft weitere 18,3 Mio. Arbeitsplätze als indirekte Effekte sowie 16,9 Mio. Arbeitsplätze durch induzierte Effekte in anderen Branchen (s. Abbildung 13). Somit unterstützt im Jahr 2019 jeder direkte Arbeitsplatz der EU-Gesundheitswirtschaft 0,62 indirekte und 0,58 induzierte Arbeitsplätze innerhalb der EU-27.

Abbildung 13: Direkte, indirekte und induzierte Erwerbstätige der Gesundheitswirtschaft für die Summe der EU-27 in Millionen Personen für die Jahre 2014 bis 2019



Notiz: Die Definition Gesundheitswirtschaft basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021); die Berechnung der Ausstrahleffekte basiert auf einer Input-Output-Analyse und berücksichtigt die EU-27-weiten Rückkopplungen der Gesundheitswirtschaft der EU-27 Mitgliedstaaten. Ausstrahleffekte außerhalb der EU-27 sind nicht inkludiert.

Quelle: Prodcorn, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der EU-27, Eurostat, GGR für Deutschland, Figaro, eigene Berechnungen.

Im Betrachtungsjahr 2019 wuchsen jeweils die absoluten direkten, indirekten und induzierten Beschäftigungseffekte im Vergleich zum Jahr 2014 um circa 16%, 14% und 16%.¹² Die über die eigenen Teilbereiche hinausgehende Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft zeigen erneut den Charakter der Gesundheitswirtschaft als wichtiger Stabilisator des gesamtwirtschaftlichen Arbeitsmarktes in der EU.

3.3 Exporte und Importe der EU-GGR

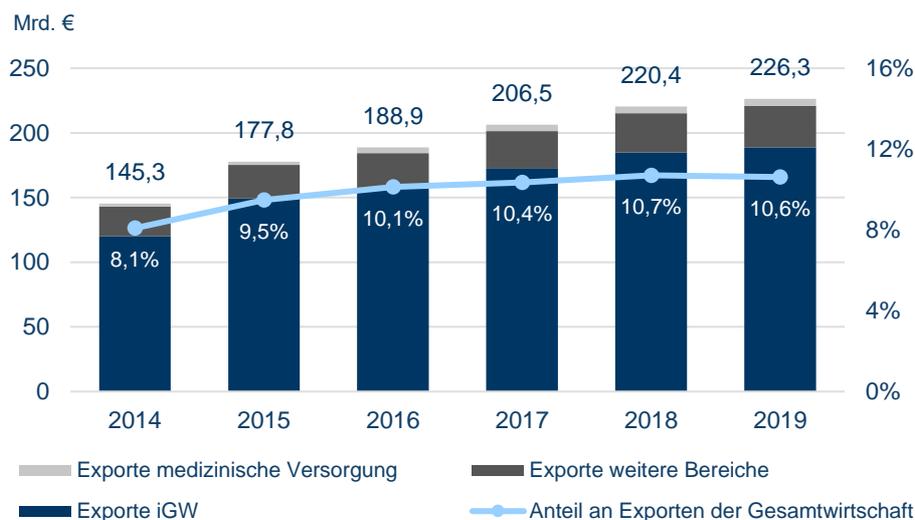
Die Gesundheitswirtschaft in der EU-27 trägt mit Exporten von 226,3 Mrd. € im Betrachtungsjahr 2019 zur Gesamtwirtschaft bei, was einen absoluten Zuwachs von 81,0 Mrd. € von 2014 bis 2019 bedeutet. Die Dynamik dieses Wachstums wird klar, wenn die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate betrachtet wird. Die Exporte der Gesundheitswirtschaft wuchsen von 2014 bis 2019 jährlich um 9,3%¹³, was gegenüber der Wachstumsrate der Exporte der EU-Gesamtwirtschaft von 3,5%¹⁴ eine um ein Vielfaches stärkere Dynamik bedeutet (s. Abbildung 14).

¹² Im Gegensatz zur Entwicklung der Bruttowertschöpfungseffekte zwischen 2014 und 2019, deren direkte, indirekte und induzierte Anteile jeweils um circa 22% in der Betrachtungszeitspanne gewachsen sind, findet sich bei den Beschäftigungseffekten eine unterschiedliche Entwicklung zwischen den indirekten und den induzierten Ausstrahleffekten wieder. Das Wachstum der indirekten Erwerbstätigeneffekte ist geringer als das der indirekten Bruttowertschöpfungseffekte im Verhältnis zu den direkten respektiven Werten. Dies lässt sich auf das Verhältnis von Erwerbstätigen zu Bruttowertschöpfung in den Wirtschaftsbereichen der EU-GGR Lieferanten außerhalb der EU-27-Länder erklären. Die BWS wächst schneller als Erwerbstätigenintensität in diesen Ländern. Diese Unterschiede in der Entwicklung deuten auch auf eine stärkere Arbeitsproduktivität in den nicht-EU-Ländern, die an die EU-GGR rückgekoppelt sind.

¹³ Den Hauptanteil an diesem Wachstum hat der Anstieg in den Exporten von pharmazeutischen Produkten und Zwischenprodukten, welcher zwischen 2014 und 2019 von 131 Mrd. € auf 205 Mrd. € angestiegen ist. Quelle: Eurostat

¹⁴ VGR aus der Eurostat Datenbank, Summe der Exporte für die Jahre 2014 und 2019 über die 27-Mitgliedstaaten der Europäischen Union; eigene Berechnung

Abbildung 14: Exporte der Gesundheitswirtschaft nach der definitorischen Dreiteilung der EU-GGR für die Summe der EU-27 in Milliarden Euro und Exportanteil an der Gesamtwirtschaft der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019



Notiz: Die Definition Gesundheitswirtschaft basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021).
Quelle: Prodcorn, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der EU-27, Eurostat, GGR für Deutschland, Figaro, eigene Berechnungen.

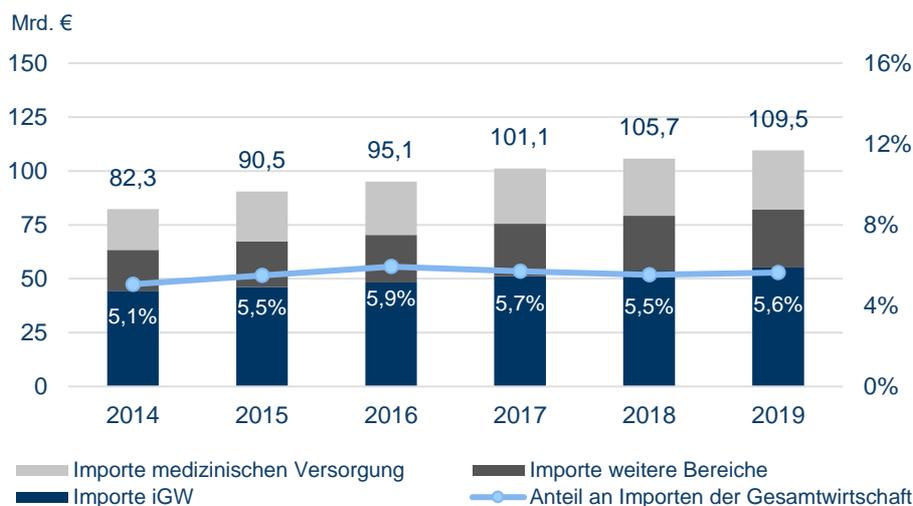
Diese Dynamik manifestiert sich ebenfalls in dem relativen Anteil der EU-27 GW an den Exporten der EU-Gesamtwirtschaft. Dieser stieg von 8,1% im Jahr 2014 auf 10,6% im Jahr 2019. Getrieben wird das Wachstum der EU-Gesundheitswirtschaft primär durch die Entwicklungen in der industriellen Gesundheitswirtschaft der EU. Von den Exporten zeichnet sich die iGW im Jahr 2019 für 188,8 Mrd. € verantwortlich, was einem Anteil von 83,4% der Exporte aus EU-27 Gesundheitswirtschaft entspricht. Dieser große Exportanteil der iGW an der EU-Gesundheitswirtschaft ist auf den großen Anteil des Exports von Waren im Vergleich zu Dienstleistungen zurückzuführen.

Bei den Importen der Gesundheitswirtschaft der EU-27 zeigt sich ein Wachstum von 82,3 Mrd. € im Jahr 2014 auf 109,5 Mrd. € im Jahr 2019. Obwohl dieses Wachstum von durchschnittlich jährlich 5,9% immer noch über dem Durchschnitt der Importe der EU-27 Gesamtwirtschaft von 3,6%¹⁵ liegt, fällt es etwas schwächer aus als das Wachstum der Exporte (9,3% p.a.)¹⁶. Des Weiteren ist der Importanteil der Gesundheitswirtschaft an den Importen der Gesamtwirtschaft der EU-27 niedriger ausgeprägt als die entsprechenden Exportanteile und stieg lediglich marginal von 2014 bis 2019 um 0,5 Prozentpunkte auf 5,6% (s. Abbildung 15). Eine ökonomische Erklärung für den halb so großen Import- im Vergleich zum Exportanteil liegt in den Lieferverflechtungen der gesundheitsrelevanten Wirtschaftsbranchen innerhalb der EU-27. Die Querschnittsbranche importiert weniger außerhalb der EU-27 als sie exportiert.

¹⁵ VGR aus der Eurostat Datenbank, Summe der Importe für die Jahre 2014 und 2019 über die 27-Mitgliedstaaten der Europäischen Union; eigene Berechnung

¹⁶ Dies ist auch durch den starken Handelsüberschuss der deutschen iGW-Waren zu erklären, die mit fast einem Drittel an der EU-GGR einen bedeutenden Anteil an den Exporten ausmachen. (S. Exkurs zur Einordnung Deutschlands in der EU-GGR, Kapitel 3.4)

Abbildung 15: Importe der Gesundheitswirtschaft nach der definitorischen Dreiteilung der EU-GGR für die Summe der EU-27 in Milliarden Euro und Importanteil an der Gesamtwirtschaft der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019



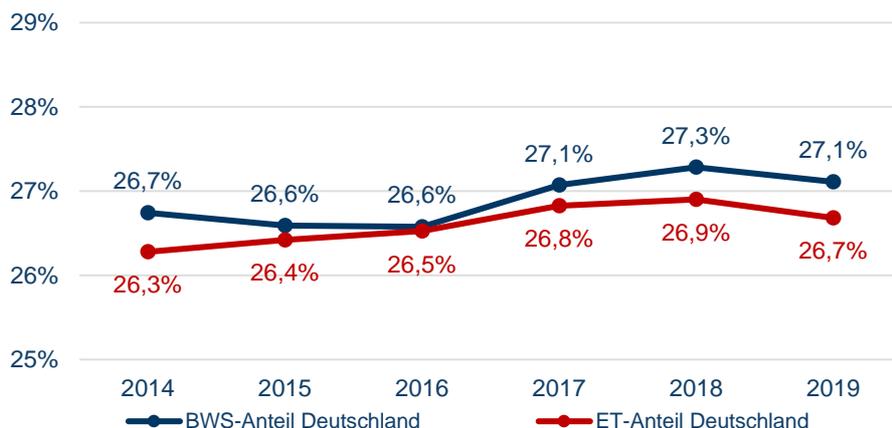
Notiz: Die Definition Gesundheitswirtschaft basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021).
 Quelle: Prodcorn, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der EU-27, Eurostat, GGR für Deutschland, Figaro, eigene Berechnungen.

Auch die Verteilung der Importe zwischen den -Teilbereichen der EU-Gesundheitswirtschaft ist aufschlussreich: die Importe werden zwar zu einem Großteil mit 50,4% von der industriellen Gesundheitswirtschaft bezogen, allerdings weisen die weiteren Bereiche mit 24,5% und die medizinische Versorgung mit 25,1% einen erheblich größeren Anteil der Importe von außerhalb der EU auf als bei Exporten.

3.4 Exkurs: Einordnung Deutschlands in die EU-GGR

Wird Deutschland im Rahmen der EU-GGR betrachtet, so fällt sofort auf, dass das Land als größte Volkswirtschaft der EU auch einen hohen Anteil an der Bruttowertschöpfung – mit 27,1% im Jahr 2019 – sowie der Beschäftigung – mit 26,7% im Jahr 2019 – der Gesundheitswirtschaft der EU-27 hat (s. Abbildung 16). Im Jahr 2014 wies Deutschland noch einen Anteil von 26,7% an der Bruttowertschöpfung und 26,3% an der Beschäftigung aus. Dies bedeutet für beide Indikatoren ein Wachstum von 0,4 Prozentpunkte von 2014 auf 2019.

Abbildung 16: Bruttowertschöpfungs- und Beschäftigungsanteil der Gesundheitswirtschaft Deutschlands an der Gesundheitswirtschaft der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019



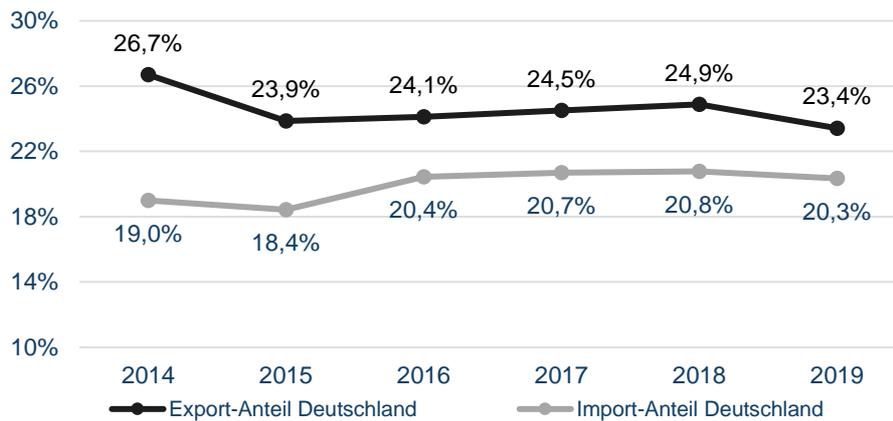
Notiz: Die Definition Gesundheitswirtschaft basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021); die hiesigen BWS- und Erwerbstätigenkennzahlen der Gesundheitswirtschaft für Deutschland stammen aus dem Rechenwerk der EU-GGR. Der hiesige Vergleich ist konsistent, da er selben Methodik folgt und auf derselben Datengrundlage basiert.

Quelle: Prodcorn, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der EU-27, Eurostat, GGR für Deutschland, Figaro, eigene Berechnungen.

Des Weiteren ist der Abstand der BWS- und der ET-Anteile zwischen dem Beginn und dem Ende des Betrachtungszeitraums nur marginal und hat sich für beide Indikatoren um circa 0,4 Prozentpunkte zwischen dem Betrachtungsjahr 2014 und 2019 erhöht. Zwar unterliegt der Bruttowertschöpfungsanteil Deutschlands mehr Konjunkturschwankungen als der Erwerbstätigenanteil (s. Abbildung 16), dennoch ist die allgemeine Wachstumsdynamik in beiden Indikatoren sichtbar. Ein bedeutender Treiber der Entwicklung der Indikatoren ist die Exportabhängigkeit der deutschen industriellen Gesundheitswirtschaft. Da die Exporte der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 von 2014 bis 2019 kontinuierlich gewachsen sind, wie in Abbildung 14 ersichtlich, bedeutet der Anstieg des deutschen Anteils ein im EU-Vergleich höheres Wachstum der Exporte der deutschen Gesundheitswirtschaft.

Im Jahr 2019 wird Deutschland 23,4% der Exporte und 20,3% der Importe der Gesundheitswirtschaft der EU-27 zugeschrieben (s. Abbildung 17). Des Weiteren erfährt Deutschland zwischen 2014 und 2019 ein jährliches durchschnittliches Wachstum der Exporte der Gesundheitswirtschaft der EU-27 von 6,5%, was 2,8 Prozentpunkte schwächer als der Durchschnitt der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 (9,3%) ist. Das unterdurchschnittliche Wachstum Deutschlands hatte zur Folge, dass der Anteil Deutschlands an den Exporten der EU-27 Gesundheitswirtschaft von 26,7% im Jahr 2014 auf 23,4% im Jahr 2019 gesunken ist, obwohl ein deutliches absolutes Wachstum vorlag. Gleichzeitig stieg der Anteil Deutschlands an den Importen der EU-27 Gesundheitswirtschaft von 19,0% im Jahr 2014 auf 20,3% im Jahr 2019.

Abbildung 17: Export- und Importanteil der Gesundheitswirtschaft Deutschlands an der Gesundheitswirtschaft der EU-27 in Prozent für die Jahre 2014 bis 2019



Notiz: Die Definition Gesundheitswirtschaft basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021); die hiesigen Exporte und Importe der Gesundheitswirtschaft für Deutschland stammen aus dem Rechenwerk der EU-GGR. Der hiesige Vergleich ist konsistent, da er selben Methodik folgt und auf derselben Datengrundlage basiert.

Quelle: Prodcorn, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der EU-27, Eurostat, GGR für Deutschland, Figaro, eigene Berechnungen.

Dieser Anstieg ist auf unterschiedliche jährliche Wachstumsraten der Importe von 2014 bis 2019 zurückzuführen. Während die Importe der deutschen Gesundheitswirtschaft zwischen 2014 und 2019 jährlich um durchschnittlich 7,4% gewachsen sind, stiegen die Importe in der europäischen Gesundheitswirtschaft jährlich nur um 5,9%. Trotz des in beiden Fällen starken absoluten Wachstums von 2014 bis 2019 ist der deutsche Anteil an der EU-27 aufgrund der Differenz der Wachstumsraten angestiegen.

4 Zusammenfassung, Fazit und Ausblick

Mit dem europaweiten Branchenmonitoring des hier vorliegenden Projekts wurde angestrebt die Erfolgsgeschichte GGR des BMWi fortzuführen und auf europäischer Ebene zu etablieren. Hierfür wurde die in Deutschland bestehende Standardberichterstattung zur Gesundheitswirtschaft im Rahmen der GGR auf die supranationale Ebene der EU übertragen.

Die Ergebnisse der Bruttowertschöpfungs- und Beschäftigungsimplicationen der EU-GGR sind folgende: Die Gesundheitswirtschaft in der EU-27 ist im Jahr 2019 mit einem Anteil von 11% der Bruttowertschöpfung und 14% der Erwerbstätigen eine wichtige Querschnittsbranche in der europäischen Gesamtwirtschaft, die über ihre Rolle des ökonomischen Stabilisators auch Impulse der Wertschöpfung und Beschäftigung in den ihr vorgelagerten Wirtschaftsbereichen, mit denen sie verflochten ist, weitergibt. Direkt generiert die Gesundheitswirtschaft in der EU-27 eine Bruttowertschöpfung von 1.375 Mrd. € und beschäftigt 29,3 Mio. Erwerbstätige. Auch liegt das durchschnittliche jährliche Wachstum der Gesundheitswirtschaft in allen Bereichen über dem der europäischen Gesamtwirtschaft, was erneut den Charakter der Gesundheitswirtschaft als wirtschaftlichen Impulsgeber verdeutlicht (s. Abbildung 18).

Abbildung 18: Eckwerte der Gesundheitswirtschaft der EU-27 für das Jahr 2019 sowie im zeitlichen Vergleich und Anteil der EU-GGR an der Gesamtwirtschaft der EU-27



Notiz: Die Definition Gesundheitswirtschaft basiert auf der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, BMWi (2021).
Quelle: Prodcorn, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der EU-27, Eurostat, GGR für Deutschland, Figaro, eigene Berechnungen.

Eine definitorische Dreiteilung der Teilbereiche der Querschnittsbranche – in die medizinische Versorgung, die industrielle Gesundheitswirtschaft und weitere Bereiche – ermöglicht eine tiefere Interpretation der ökonomischen Ergebnisse der EU-GGR. In der Betrachtungszeit 2014 bis 2019 bleibt die medizinische Versorgung mit knapp über der Hälfte des Wertschöpfungs- und Beschäftigungsanteils der größte Teilbereich der Querschnittsbranche. Dennoch zeichnet sich auch eine bedeutende Rolle der anderen zwei Teilbereiche, der industriellen Gesundheitswirtschaft und der weiteren Bereiche, ab, die einen starken wertschöpfenden und beschäftigenden Beitrag leisten. Somit ist die Gesundheitswirtschaft als Querschnittsbranche nicht nur in Anbetracht der Verflechtungen innerhalb der eigenen Wirtschaftsstruktur, sondern auch durch die Verbindungen innerhalb der europäischen Mitgliedstaaten eine stabilisierende wirtschaftliche und soziale Säule der EU.

Darüber hinaus ist die Gesundheitswirtschaft der EU-27 durch die Importe und Exporte von Gütern in einem bedeutenden Ausmaß auch mit ihrer Außenwirtschaft verflochten. Insgesamt ist die Gesundheitswirtschaft der EU-27 für Exporte im Wert von 226,3 Mrd. € sowie Importe im Wert von 109,5 Mrd. € verantwortlich. Insbesondere ist dabei die Rolle der industriellen Gesundheitswirtschaft hervorzuheben, die sich für einen Großteil der Exporte verantwortlich zeichnet. Bei den Importen der EU-Gesundheitswirtschaft ist, im Gegensatz zu den Exporten, ein geringerer Anteil der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft festzustellen, was auf eine stärker inner-europäisch orientierte Lieferkette der Querschnittsbranche zurückzuführen ist. Es zeigt sich jedoch auch hier eine im Vergleich zur Gesamtwirtschaft höhere Wachstumsdynamik der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 (s. Abbildung 18). Beide Entwicklungen unterstreichen wiederholt die relative Bedeutung sowie das starke Wachstum der außenwirtschaftlichen Indikatoren der Gesundheitswirtschaft.

Ein Deutschland-Exkurs zeigt, dass mehr als jeder vierte Erwerbstätige in der Gesundheitswirtschaft der EU-27 in Deutschland tätig ist und mehr als ein Viertel der in der EU-27 erzeugten Bruttowertschöpfung in Deutschland generiert wird. Des Weiteren wächst der deutsche Anteil der EU-Gesundheitswirtschaft marginal schneller als das EU-27 Aggregat – die Wachstumsdynamik der Bruttowertschöpfung in der deutschen Gesundheitswirtschaft zwischen 2014 und 2019 ist mit einer jährlichen durchschnittlichen Wachstumsrate von 4,4% höher als die in der EU-27 mit 4,2%. Dieser Trend lässt sich auch bei der Beschäftigung beobachten. Die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft Deutschlands weist mit einer jährlichen durchschnittlichen Wachstumsrate von 3,3% ebenfalls ein höheres Wachstum auf als die Gesundheitswirtschaft der EU-27, deren Erwerbstätige lediglich 3,0% gewachsen sind. Diese Ergebnisse unterstreichen somit die hervorgehobene Rolle, die Deutschlands Gesundheitswirtschaft innerhalb der Gesundheitswirtschaft der EU-27 für den absoluten Beitrag sowie die Wachstumsdynamik spielt.

Neben der ökonomischen Bestandsaufnahme der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 inklusive der Berechnung der Rückkopplungen entlang ihrer europäischen Lieferkette, ist ein europäisches Branchenmonitoring der Querschnittsbranche auch mit politischen Implikationen verbunden (Ostwald et al., 2021).

Die erstmalige Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 ermöglicht die evidenzbasierte Verbreitung des Paradigmenwechsels auf Ebene der EU – weg von der

reinen Fokussierung auf die Kostenlast des Gesundheitssystems hin zum Wachstumstreiber und Stabilitätsanker Gesundheitswirtschaft. Durch die Größe der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 und ihrer Reichweite in vorgelagerte Wirtschaftsbereiche der EU ist die Querschnittsbranche ein bedeutender Sektor für nachhaltiges Wirtschaftswachstum und Stabilität in der EU. Um die Widerstandsfähigkeit der europäischen Gesundheitssysteme und die Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaften in der EU-27 zu überwachen, sollten Regierungen, bzw. nationale Parlamente, und multinationale Institutionen ein europaweites Branchenmonitoring der Gesundheitswirtschaft in ihre wiederkehrenden (ökonomischen) Berichtswesen einbeziehen.

Ein wichtiger Bestandteil des Branchenmonitorings auf EU-Ebene ist der Vergleich der Wertschöpfung und Beschäftigung der Gesundheitswirtschaft mit anderen wirtschaftlich und politisch bedeutenden Branchen im europäischen Raum. Hierzu zählt zum Beispiel der Mobilitätssektor – der häufig als Rückgrat des europäischen Verarbeitenden Gewerbes gesehen wird – oder die Forst- und Landwirtschaft, die in großen Teilen durch EU-Gelder subventioniert wird. Dabei sollte das Benchmarking nicht nur die direkten ökonomischen Effekte berücksichtigen, sondern auch jene Ausstrahleffekte inkludieren, die durch die wirtschaftliche Aktivität der Gesundheitswirtschaft in vorgelagerten Branchen indirekt und induziert entstehen. Mithilfe des europäischen Branchenmonitorings der Gesundheitswirtschaft ist die strategische Optimierung der Ressourcenallokation innerhalb der Querschnittsbranche möglich.

Eine Untersuchung der europäischen Lieferkette auf Hotspots und Lieferengpässe könnte hier die Effizienz der gesamten Wertschöpfungskette in der Gesundheitswirtschaft verbessern. Durch die Identifizierung von Handlungsfeldern entlang der Versorgungskette der Gesundheitswirtschaft können isolierte Ansätze abgebaut werden. Der Nutzen kleinerer und zielgerichteter Investitionen, die effizient wirken, überwiegt teuren Maßnahmen. Solche Analysen unterstützen eine gesunde Bevölkerung und fördern gesellschaftlichen Wohlstand, Wirtschaftswachstum und bessere Beschäftigungsverhältnisse.

Die erstmalige Implementierung des europäischen Branchenmonitorings der Gesundheitswirtschaft ermöglicht die Identifikation von Herausforderungen und Chancen der Querschnittsbranche innerhalb der EU durch ein gemeinsames und einheitliches Verständnis für Investitionen in die Gesundheitswirtschaft.

So ist davon auszugehen, dass die zurückliegende Pandemie nicht die letzte gewesen sein wird. Die vielschichtigen Auswirkungen von COVID-19 und der mehr und mehr einsetzende Wiederaufbau in der postpandemischen Zeit zwingen die politischen Entscheidungsträger weltweit dazu, ihre Gesundheitsinvestitionen und -maßnahmen neu zu überdenken.

Es ist offensichtlich, dass frühzeitigere Investitionen in den Aufbau von Impfstoff-, Diagnostikprodukten und Therapiekapazitäten und therapeutischen Dienstleistungen eine hohe Kapitalrendite gehabt hätten – angesichts der hohen globalen Kosten pro Tag für die Pandemieabwehr. Bessere Qualität in der Gesundheitsversorgung und strategische Investitionen in die Gesundheit waren noch nie so wichtig wie heute.



Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass die Gesundheitswirtschaft sowohl als Generator von Gesundheit als auch für den Wohlstand unverzichtbar ist. Mit datengestützten Investitionen, sorgfältiger Planung und konzertierten Vorgehensweisen könnten die Schäden einer zukünftigen Pandemie an der Bevölkerung, der Lebensgrundlagen und der Wirtschaft unserer Länder reduziert werden.

Eine tiefere ökonomische Interpretation der vorliegenden Ergebnisse der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 kann auf Basis der aktuell vorliegenden Forschungstiefe nur eingeschränkt erfolgen. Die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in der EU-27, als eine branchenübergreifende Zusammensetzung von Wirtschaftsbereichen, hängt von mehreren (auch länderspezifischen) Faktoren ab, die in einer aggregierten Darstellung nicht näher analysiert werden können. So könnten sich gegenläufige Entwicklungen in den Ländern gegenseitig aufheben. Wie in Kapitel 3.4 zu sehen, ist Deutschland für mehr als ein Viertel der Bruttowertschöpfung der europäischen Gesundheitswirtschaft verantwortlich und prägt damit entscheidend die Dynamik der Gesundheitswirtschaft in Europa, wohingegen die Auswirkungen der kleinen Mitgliedsländer vermutlich eher marginal sind. Aufgrund dieser Eigenschaften kann die Entwicklung der EU-Gesundheitswirtschaft in einzelnen Jahren variieren. Auch erschwert die kurze Betrachtungszeit eine tiefere Untersuchung, die für eine adäquate Einordnung notwendig wäre. Konjunkturelle Erklärungsansätze für die Entwicklung einzelner Länder des EU-Aggregats in einzelnen Jahren haben somit nur einen stark begrenzten Aussagewert für die EU-Gesundheitswirtschaft. Daher ist die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 von unterschiedlichen Konjunkturschwankungen geprägt.

Nichtsdestotrotz ermöglicht ein europäisches Branchenmonitoring der Gesundheitswirtschaft auf methodischer und datentechnischer Ebene auch zukünftig Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Dies gilt insbesondere in Hinblick auf die Lücken, die es noch zwischen der nationalen GGR für Deutschland und der EU-GGR zu schließen gilt.

Die Bereiche der Weiterentwicklung lassen sich in zwei Bereiche gruppieren: Verarbeitung der Datenquellen und Ausdifferenzierungen der Methodik. Im Kontext Datenverarbeitung sollte eine tiefere Aufgliederung der drei Teilbereiche angestrebt werden. Die kann nur durch eine umfassendere Einbeziehung von weiteren amtlichen und sonstigen Statistiken erfolgen. Im Ergebnis könnten dann auch Bereiche wie zum Beispiel der Groß- und Einzelhandel oder Forschungs- und Entwicklungsleistungen quantifiziert werden. Auch die Herauslösung der weiteren Bereiche kann durch Recherche länderspezifischer Anteile verbessert werden. Des Weiteren können die Berechnungen der Ausstrahleffekte der Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigen im Rahmen einer Erweiterung des Figaro Input-Output-Modells um die Beschäftigungsvariable vereinheitlicht und die Präzision der berechneten Effekte für die Jahre 2018 und 2019 mittels eines tiefergegliederten Figaro-Datensatzes verbessert werden. Außerdem wäre es grundsätzlich möglich, auch innereuropäische Handelsströme der Gesundheitswirtschaft separat zu betrachten sowie die wichtigsten außereuropäischen Handelspartner zu identifizieren. In Abhängigkeit der Datenqualität könnte dies womöglich sogar differenziert nach Gütergruppen möglich sein. Dies ließe beispielsweise Rückschlüsse darüber zu, inwiefern sich die Importabhängigkeit bei bestimmten gesundheitsrelevanten

Waren im Zeitverlauf und eventuell in Reaktion auf die Covid-19-Pandemie, geändert hat (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), 2021a).

Eine Aktualisierung auf das Berichtsjahr 2020 hängt von den Veröffentlichungsfristen der genutzten Statistiken ab. Einige der genutzten Statistiken, so z.B. die nationalen Aufkommens- und Verwendungstabellen, haben kein festes Veröffentlichungsdatum, sondern werden rollierend aktualisiert, nachdem Eurostat diese Daten zusammen mit der jeweiligen nationalen Statistikbehörde geprüft hat.¹⁷

Die Hauptaggregate der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen sind in tiefer A*64-Gliederungstiefe ab 21 Monaten nach dem Berichtsjahr verfügbar. Die Figaro-Tabellen werden üblicherweise mit einer Verzögerung von zwei Jahren veröffentlicht, genauere Angaben sind hierzu jedoch nicht verfügbar. Bislang wurden diese Tabellen seit ihrer Einführung im vergangenen Jahr noch nicht um ein weiteres Berichtsjahr erweitert. Für die Gesundheitsausgaben besteht zwar eine Lieferpflicht der Mitgliedsländer bis zum April des zweiten Jahres nach Ende des Berichtsjahres, jedoch lässt sich daraus kein genaues Veröffentlichungsdatum ableiten.

Deshalb sollte angenommen werden, dass eine Aktualisierung auf das Berichtsjahr 2020 frühestens in der ersten Jahreshälfte 2023 möglich ist. Dementsprechend ist ausgehend von einem zweijährigen Aktualisierungsturnus im Jahr 2024 mit einer Ergänzung um die Berichtsjahre 2020 und 2021 zu rechnen. In Abstimmung mit dem BMWK ist zu prüfen, ob eine Verlagerung des Veröffentlichungszeitpunktes der EU-GGR-Aktualisierung in das 4. Quartal zur Folge hätte, das Berichtsjahr 2022 ebenfalls abdecken zu können.

Abschließend stellen die vorliegenden Ergebnisse des europaweiten Branchenmonitorings der Gesundheitswirtschaft in der EU-27 eine erstmalige Erfassung und Auswertung der EU-Gesundheitswirtschaft dar, die auf Anfrage durch Analysen der EU-Mitgliedsstaaten erweitert werden kann. Selektive nationale Untersuchungen oder die Ausweitung der Betrachtungszeitspanne können dabei auch einer besseren Einordnung der Entwicklung der deutschen Gesundheitswirtschaft in der EU-Gesundheitswirtschaft dienen.

¹⁷ Vgl. hierzu: Eurostat metadata: Supply, use and Input-output tables (naio_10) - 8.1. Release calendar. https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/de/naio_10_esms.htm



Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi). (2018). Gesundheitswirtschaft—Fakten & Zahlen. Handbuch zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung mit Erläuterungen und Lesehilfen.
https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-zahlen-handbuch.pdf?__blob=publicationFile&v=10
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi). (2021a). Exportpotenziale deutscher Gesundheitsprodukte in der EU [Studienbericht]. IGES, WifOR.
<https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Downloads/E/exportpotenziale-deutscher-gesundheitsprodukte-langfassung.pdf>
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi). (2021b). Gesundheitswirtschaft—Fakten & Zahlen. Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, Daten 2020.
<https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-und-zahlen-2020.html>
- Central Statistics Office (CSO). (2018). Standard Report on Methods and Quality for the System of Health Accounts Ireland.
https://www.cso.ie/en/media/csoie/methods/systemofhealthaccounts/PR_600706_Standard_Report_SHA_Final_June2020.pdf
- Czypionka, T., Schnabl, A., Sigl, C., Warmuth, J.-R., & Zucker, B. (2014). Gesundheitswirtschaft Österreich: Ein Gesundheitssatellitenkonto für Österreich (ÖGSK).
<https://www.bmdw.gv.at/Wirtschaftspolitik/Wirtschaftspolitik/Documents/Gesundheitssatellitenkonto%20f%C3%BCr%20%C3%96sterreich%20-%20Studie.pdf>
- Eurostat. (2008). NACE Rev. 2. Statistical classification of economic activities in the European Community. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Eurostat. (2022a). Aufkommenstabelle zu Herstellungspreisen mit Übergang auf Anschaffungspreise [naio_10_cp15].
https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=naio_10_cp15&lang=de
- Eurostat. (2022b). Gesundheitsausgaben—Ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Leistungserbringern [hlth_sha11_hchp].
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hchp/default/table?lang=de
- Eurostat. (2022c). Verwendungstabelle zu Anschaffungspreisen [naio_10_cp16].
https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=naio_10_cp16&lang=de

- Eurostat. (2022d). VGR Aggregate nach Industrie (bis zu NACE A*64) [nama_10_a64].
https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=nama_10_a64&lang=de
- Eurostat & European Commission. (2018). EU Inter-country Supply, Use and Input-Output Tables (FIGARO Project)—Methodological note.
https://ec.europa.eu/eurostat/documents/7894008/8749273/Methodological_note.pdf
- Kuratorium Gesundheitswirtschaft. (2005). Nationale Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft—Ergebnisbericht.
http://www.bioconvalley.org/fileadmin/user_upload/Downloads/Branchenkonferenzen/Bericht_BK_05.pdf
- OECD. (2009a). A System of Health Accounts: Implementation – Czech Republic. SHA tables from 2009 JHAQ.
<https://www.oecd.org/czech/asystemofhealthaccountsimplementation-czechrepublic.htm?msclid=c62ce8d8d11f11ecbeca9aee2aa2c370>
- OECD. (2009b). A System of Health Accounts: Implementation – Estonia. SHA tables from 2009 JHAQ. <https://www.oecd.org/health/health-systems/asystemofhealthaccountsimplementation-estonia.htm>
- OECD. (2009c). A System of Health Accounts: Implementation – Luxembourg. SHA tables from 2009 JHAQ.
<https://www.oecd.org/luxembourg/asystemofhealthaccountsimplementation-luxembourg.htm>
- OECD. (2009d). A System of Health Accounts: Implementation – Slovenia. SHA tables from 2009 JHAQ. <https://www.oecd.org/slovenia/asystemofhealthaccountsimplementation-slovenia.htm>
- OECD, WHO, & Eurostat (Hrsg.). (2011). A system of health accounts 2011.
- Ostwald, D. A., Henke, K.-D., Kim, Z.-G., Heeger, D., Hesse, S., Knippel, J., Perlitz, W.-D., Troppens, S., Richter, T., & Mosetter, H. (2014). Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssatellitenkontos zu einer Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung: Abschlussbericht (1. Aufl). Nomos.
- Ostwald, D. A., Hofmann, S., Alexandrakis, E., Atun, R., Lucard, A., Donnelly, A., & Küçük, H. (2021). If We Can't Measure It, We Can't Fix It (A Report to the G20 Presidency and B20 Health Taskforce, S. 13).
https://www.wifor.com/uploads/2021/05/G20_Health_Metrics_ROI_G20_B20.pdf
- Parliamentary Secretariat for Health. (2014). A National Health Systems Strategy for Malta. 2014-2020. <https://deputyprimeminister.gov.mt/en/documents/national-health-strategies/nhss-en.pdf>
- Statistics Sweden. (2022). System of Health Accounts (SHA). <http://www.scb.se/nr0109-en>

Statistisches Bundesamt. (2010). Input-Output-Rechnung im Überblick.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/VolkswirtschaftlicheGesamtrechnungen/InputOutputRechnung/InputOutputRechnungUeberblick5815116099004.pdf?__blob=publicationFile

Stifterverband. (2021). ÖRN 'DI: Zahlenwerk 2021.

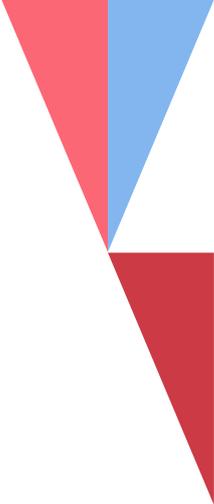
<https://www.stifterverband.org/download/file/fid/10273>

Timmer, M. P., Dietzenbacher, E., Los, B., Stehrer, R., & de Vries, G. J. (2015). An Illustrated User Guide to the World Input-Output Database: The Case of Global Automotive Production: User Guide to World Input-Output Database. *Review of International Economics*, 23(3), 575–605. <https://doi.org/10.1111/roie.12178>

Valašík, M., & Gémeš, J. (2012). Healthcare in Slovakia. 14(4).

Williams, B. (2008). Europrom PRODCOM Data. *Europroms User Guide*, 1–18.

Annex



A: Datengrundlage und Modell

Bei der Adaption der Datengrundlage der GGR für Deutschland auf die EU-GGR wird vor allem auf das Datenangebot des Statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat) zurückgegriffen. Die europäischen Datenquellen sind sowohl die Grundlage für die Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft als Ganzes als auch für die Unterteilung der Branche in drei Teilbereiche (s. Kapitel 2). Konkret handelt es sich um die folgenden Datenquellen:

- Europäische Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen,
- Europäische Gesundheitsausgaben,
- Europäische Produktionsstatistik Prodcum und
- Europäische Input-Output-Tabellen Figaro,

Das zentrale Rahmenwerk für die Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft konsistent zur nationalen GGR für Deutschland sind die europäischen Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Des Weiteren sind die Daten zu Gesundheitsausgaben der EU-Mitglieder und die europäische Produktionsstatistik Prodcum unerlässliche Datenquellen zur güterseitigen Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft auf europäischer Ebene.

Figaro, also die multiregionalen Input-Output-Tabellen, stellen das europäische Substitut für die deutsche Input-Output-Tabelle dar, die sich aus der tiefgegliederten Aufkommens- und Verwendungstabelle des Statistischen Bundesamtes in Deutschland erstellen lässt, und dient zur Berechnung der Ausstrahleffekte.

A.1. Europäische VGR der 27-Mitgliedsländer

Die europäischen Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen stellen einen essenziellen Datenbestand für die Berechnung der EU-GGR dar und finden in jedem der drei Teilbereiche Verwendung (vgl. Eurostat, 2022d). Besonders wichtig sind die Produktionswerte, differenziert nach 64 Wirtschaftszweigen, für die Berechnung der weiteren Bereiche, da hier Gütergruppen, die nicht genuin berechnet werden können mit Wirtschaftszweiganteilen der nationalen GGR für Deutschland geschätzt werden.

Eine Herausforderung hierbei ist, dass der Datenbestand der VGR für manche Länder unvollständig ist. Das bedeutet, dass manche Wirtschaftszweige ausgelassen werden bzw. nur höhere Aggregationsniveaus verfügbar sind. Betrifft dies nur einen einzelnen Wirtschaftszweig, kann dieser per Restwertmethode ausgeglichen werden. Oftmals sind aber alle Unterteilungen des verarbeitenden Gewerbes betroffen. In diesem Fall wird der bekannte Wert des gesamten verarbeitenden Gewerbes anhand des EU-Durchschnitts auf die darunterliegenden Wirtschaftszweige verteilt.

Um die Handels- und FuE-Aufschläge zu berechnen und die Eckwerte für den Ausgleich der Prodcop-Statistik zu bestimmen, werden die Aufkommenstabellen genutzt. Für einzelne Länder waren am aktuellen Rand noch keine (oder nur stärker aggregierte) Aufkommenstabellen verfügbar. In diesem Fall wird der Vorjahreswert des jeweiligen Handels- oder FuE-Aufschlags herangezogen. Die Produktionswerte der E-Health-Dienstleistungen werden anhand von Telekommunikations- und IT-Vorleistungen des Gesundheitswesens bestimmt. Diese Werte lassen sich aus den Verwendungstabellen der europäischen VGR gewinnen (Eurostat, 2022c).

A.2. Prodcop-Datenbank

Die Prodcop-Erhebung beruht auf einer Produktklassifikation, der Prodcop-Liste, die rund 4000 Positionen im Zusammenhang mit gewerblichen Waren umfasst. Bei der Erhebung durch die nationalen statistischen Behörden werden die Waren auf einer achtstelligen Ebene untergliedert. Dabei beziehen sich die ersten vier Stellen auf die entsprechende Klasse der Statistischen Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft (NACE) und die beiden folgenden Stellen auf Unterkategorien der statistischen Güterklassifikation in Verbindung mit den Wirtschaftszweigen in der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (CPA).

Die meisten Prodcop-Positionen entsprechen einem oder mehreren Codes der Kombinierten Nomenklatur (KN), welche zur Erstellung von Statistiken über den internationalen Warenverkehr herangezogen wird. Daher sind direkte Vergleiche zwischen EU-Mitgliedsländern deren industrieller Produktion und Handelsverflechtungen, mittels Korrespondenztabelle möglich.

Ebenfalls ist ein nahezu direkter Abgleich mit Gütern aus der GGR möglich. Denn die in der Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes genutzte Güterklassifikation (SIO-9-Steller bzw. Systematik der Wirtschaftszweige in der Input-Output-Rechnung, vgl. auch Statistisches Bundesamt, 2010, S. 38) orientiert sich ebenfalls stark an der Statistischen Systematik der Wirtschaftszweige (NACE) und Güterklassifikation (CPA) in der Europäischen Gemeinschaft, erlaubt für manche Gütergruppen aufgrund der zusätzlichen Stelle jedoch noch eine zusätzliche Differenzierung. Deshalb ist die Überführung der deutschen Güterabgrenzung auf die europäische Ebene möglich, aber mit einem gewissen Informationsverlust verbunden. Dies ist mit ein Grund, für die Europäische GGR vorerst nur drei Teilbereiche auszuweisen.

A.3. Forschung und Entwicklung

Wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben, erfolgt die Bestimmung der Forschungs- und Entwicklungstätigkeit der Gesundheitswirtschaft zweigeteilt: Interne als auch externe Forschungs- und Entwicklungsaufschläge werden berechnet und dann mit dem Produktionswert der iGW (Forschung und Entwicklung in der iGW) und der medizinischen



Versorgung (Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen) multipliziert. Das Resultat ist der Produktionswert der internen bzw. externen Forschungs- und Entwicklungstätigkeit des entsprechenden Teilbereichs.¹⁸

Der maßgebliche Unterschied zwischen der Bestimmung von internen und externen FuE-Aufschlägen besteht darin, dass interne FuE-Aufschläge wirtschaftszweigspezifisch bestimmt werden können. Die externen FuE-Aufschläge hingegen gelten gesamtwirtschaftlich und variieren nur nach Jahr und den 27 Mitgliedsländern.

Für Wirtschaftszweig i aus dem EU-27-Mitgliedsstaat j im Jahr k errechnet sich der interne FuE-Aufschlag wie folgt:

$$A = \text{Inländisches Aufkommen zu HPr}$$

$$\text{Interner FuE-Aufschlag}_{i,j,k} = \frac{A(\text{CPA 72} - \text{Forschung und Entwicklung})_{i,j,k}}{A_{i,j,k}}$$

Für die Bestimmung des externen FuE-Aufschlags wird die Hauptaktivität des Wirtschaftszweigs 72 – Forschung und Entwicklung auf das gesamte Aufkommen aller Wirtschaftszweige, deren Aufkommen an der Nebenaktivität CPA 72 - Forschung- und Entwicklung größer null ist, verteilt. Es besteht also die Annahme, dass Wirtschaftszweige, die überhaupt keine interne Forschung- und Entwicklung betreiben, diese auch nicht extern beauftragen. Damit verringert sich der Nenner und der externe FuE-Aufschlag nimmt zu.

Für EU-27-Mitgliedsstaat j im Jahr k errechnet sich der externe FuE-Aufschlag wie folgt:

$$\text{Externen FuE-Aufschlag}_{j,k} = \frac{A(\text{CPA 72} - \text{Forschung und Entwicklung})_{WZ 72,j,k}}{\sum_{i=1}^{99} A_{j,k}(\text{wenn CPA 72 in } WZ_i > 0) - \sum_{i=1}^{99} A_{j,k}(\text{wenn CPA 72 in } WZ_i = 0)}$$

A.4. Handel

Die Handelsspanne, die einen Großteil der Differenz zwischen dem Aufkommen nach Herstellungs- und Anschaffungspreisen ausmacht, wird auf CPA 2-Stellerebene anteilmäßig auf das jeweilige Güteraufkommen verteilt. Auf Güterebene differenziert die Handelsspanne nicht zwischen Groß- und Einzelhandel, diese Differenzierung kann auf europäischer Ebene nur mit dem relativen Verhältnis des gesamten inländischen Aufkommens an Groß- und Einzelhandelsleistungen einbezogen werden.

Für ein Gut mit CPA-2-Steller i aus dem EU-27-Mitgliedsstaat j im Jahr k errechnen sich Groß- und Einzelhandelsaufschlag wie folgt:

$$A = \text{Inländisches Aufkommen zu HPr}$$

¹⁸ Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen hat als Ausgangspunkt zwar den Produktionswert des Teilbereichs Medizinische Versorgung, wird aber entsprechend der Dreiteilung der Gesundheitswirtschaft dem weiteren Bereich zugeordnet.

$$Q_{i,j,k} = \frac{A(\text{CPA 46} - \text{Großhandelsleistungen})_{j,k}}{A(\text{CPA 46} - \text{Großhandelsleistungen})_{j,k} + A(\text{CPA 47} - \text{Einzelhandelsleistungen})_{j,k}}$$

$$\text{Großhandelsaufschlag}_{i,j,k} = \frac{\text{Handelsspanne}_{i,j,k}}{A_{i,j,k}} \cdot Q_{i,j,k}$$

$$\text{Einzelhandelsaufschlag}_{i,j,k} = \frac{\text{Handelsspanne}_{i,j,k}}{A_{i,j,k}} \cdot (1 - Q_{i,j,k})$$

A.5. Intercountry Input-Output-Tabellen

Das Figaro-Datenset wurde von Eurostat im Mai 2021 für die Berichtsjahre 2010 bis 2019 veröffentlicht. Das Datenset inkludiert EU-Länderübergreifende Aufkommens-, Verwendungs- und Input-Output-Tabellen, die auf dem Europäischen System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen (ESVG 2010) basieren (Eurostat & European Commission, 2018). Der Name Figaro steht für „Full International and Global Accounts for Research in Input-Output Analysis“ (Vollständige Internationale und globale Konten für die Forschung im Bereich Input-output Analyse).

Die Intercountry-Input-Output-Tabellen (ICIOT) umfassen 64 nach NACE klassifizierte Industriezweige und 64 Gütergruppen in den EU-27 Mitgliedsstaaten. Darüber hinaus beinhalten die Tabellen auch 17 Nicht-Mitgliedsstaaten: die USA, das Vereinigte Königreich, Kanada, Mexiko, Brasilien, Argentinien, Norwegen, die Schweiz, Russland, Türkei, Südafrika, Saudi-Arabien, China, Indien, Indonesien, Japan, Korea. Schließlich werden auch die Verflechtungen mit dem Rest der Welt geschätzt und in den ICIOT abgebildet. Auch die Beschäftigungszahlen des jeweiligen Landes werden von Eurostat nach Wirtschaftssektoren passend zur ICIOT zur Verfügung gestellt.

Die Tabellen sind Teil eines regelmäßigen jährlichen Erstellungsprozesses, der bis auf Weiteres bis 2023 läuft. Im Rahmen der vorliegenden Berichterstattung wurde der Zeitraum 2014 bis 2019 in Auftrag gegeben. Die Verwendung der Figaro-Tabellen hat gegenüber der World Input-Output-Database (Timmer et al., 2015) mehrere Vorteile: Erstens werden die Tabellen von Eurostat, welches ebenfalls die europäischen Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen basierend auf den nationalen Publikationen veröffentlicht, bereitgestellt; Zweitens werden die Beziehungen zwischen Handelsverflechtungen, d.h. Ausfuhr und Einfuhr und Arbeitsmarktdaten, mit Fokus auf die Europäische Union aufgezeigt; Drittens handelt es sich um den aktuellsten vergleichbaren Datensatz eines derzeit weiterlaufenden Projektes; Viertens ist die Nutzung der Daten ohne Lizenzgebühr möglich.

Die direkten Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte der EU-GGR werden anhand einer Multiplikation der errechneten Bruttowertschöpfungs- und Erwerbstätigenwerte pro 1 Euro Produktionswert mit den direkten Produktionswerten der Gütergruppen der EU-GGR



Teilbereiche – wie in Kapitel 2 hergeleitet – berechnet. Auch die direkten Export- und Importwerte der EU-GGR werden anhand von Anteilen am Produktionswert nach EU-Land und Wirtschaftszweig berechnet, die ebenfalls mit dem Produktionswert der jeweiligen Gütergruppen der EU-GGR Teilbereiche nach EU-Land und Wirtschaftszweige multipliziert werden.

Die Export- und Import-Anteile der EU-27-Länder stammen aus den Figaro-Tabellen für die Jahre 2014 bis 2019. Die Erwerbstätigen-Anteile wurden aus der VGR Datenbank von Eurostat für die Jahre 2014 bis 2019 entnommen. Auch die BWS-Anteile stammen aus den Figaro-Tabellen, jedoch wurde für die Berechnung der Bruttowertschöpfungswerte der Jahre 2018 und 2019 auf Anteile des Jahres 2017 zurückgegriffen, da die Wirtschaftsbereiche des Verarbeitenden Gewerbes, und bestimmte Dienstleistungsbereiche, die für die Berechnung der Gütergruppen der EU-GGR relevant sind, für die Jahre 2018 und 2019 aggregiert sind. Hierbei handelt es sich um teilweise prognostizierte Werte. Die somit von Eurostat veröffentlichten Durchschnittswerte liefern nicht die Datenqualität der Vorjahre und verzerren die BWS-Anteile. Sobald die Figaro-Tabelle in der nächsten Veröffentlichung von Eurostat für die Jahre 2018 und 2019 überarbeitet werden, können die disaggregierten BWS-Anteile für die Berechnung der direkten BWS der bereits genannten Jahre verwendet werden.

Die Ausstrahleffekte der Querschnittsbranche für Wertschöpfung und Beschäftigung werden mittels der Input-Output-Analyse auf Basis der ICIOT von Figaro quantifiziert, sodass die umfassende ökonomische Bedeutung der EU-weiten gesundheitswirtschaftlichen Wertschöpfungskette für die europäische Gesamtwirtschaft bestimmt werden kann. Die Figaro-Tabellen stellen somit ein multiregionales Input-Output-Rechenwerk dar, das im Rahmen der Berichterstattung sowohl die nationalen als auch die intra-EU-27 Effekte berücksichtigt. Es werden weder länderspezifische Ergebnisse gezeigt noch wird die Verflechtung der EU-27 Mitgliedsstaaten mit dem Rest der Welt in der Analyse inkludiert. Beides kann auf Wunsch mittels des Figaro-Datensets als Zusatzauftrag durchgeführt werden, in dessen Rahmen die Weiterentwicklung zu einem multiregionalen Modell vorangetrieben werden. Ein solches Modell würde auch die Verflechtungen zwischen den EU-Mitgliedsstaaten und somit die Transaktionen innerhalb der EU darstellen können.

Neben den Ausstrahleffekten, d.h. den indirekten und induzierten Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekten, werden in der vorliegenden Studie zwei weitere ökonomische Indikatoren für die 27 EU-Mitgliedsstaaten aus den Figaro-Tabellen extrahiert: die Exporte und Importe der EU-Gesundheitswirtschaft. Diese Indikatoren umfassen jene Güter, die mit Ländern außerhalb der EU-27 gehandelt werden, das heißt mit der übrigen Welt mit Ausnahme der EU-Mitgliedstaaten (extra-EU). Die Exporte der EU-GGR sind somit nicht gleich der Summe der Exporte der EU-Mitgliedstaaten, dasselbe gilt für die Importe.

A.6. Modellierung der Ausstrahleffekte

Zusätzlich zu den direkten Effekten umfasst die vorliegende Analyse auch indirekte und induzierte wirtschaftliche Effekte. Indirekte Effekte werden durch die Beschaffung von Waren



und Dienstleistungen von Lieferanten (andere Sektoren als den Gesundheitswirtschaftsbranchen) ausgelöst. Durch diesen Anreiz wird die Wirtschaftstätigkeit entlang der gesamten Lieferkette erhöht. Dieser Anstieg spiegelt sich in der Bruttowertschöpfung und anderen wirtschaftlichen Schlüsselfaktoren wider. Induzierte Effekte erfassen die wirtschaftliche Aktivität der Haushalte und insbesondere ihr Konsumverhalten. Sie quantifizieren die Gesamtwirkung auf die Wirtschaft, die durch die teilweise Verausgabung der in der Gesundheitswirtschaft und den vorgelagerten Bereichen erzielten Löhne und Gehälter ausgelöst wird. Die Summe aus indirekten und induzierten Effekten stellen die gesamten Ausstrahleffekte dar. Die wirtschaftlichen Gesamteffekte beziehen sich auf die Summe aller drei Effekte (direkte, indirekte und induzierte Effekte).

Die Input-Output-Analyse ist ein wirtschaftliches Standardinstrument zur Messung der wirtschaftlichen Auswirkungen einer Branche oder eines Unternehmens. Mit dieser Technik ist es möglich, die Inputs der Produktion entlang der gesamten Lieferkette aus anderen Wirtschaftssektoren zu verfolgen. Während im traditionellen Modell die Haushalte zum Endnachfragesektor gehören (exogen sind), werden in der GGR ihre Aktivitäten in das Modell einbezogen und somit als endogen behandelt, indem der "fiktive Industriesektoransatz" verwendet wird.

Die Grundlage für die Berechnung der Effekte bildet die folgende Gleichgewichtsgleichung:

$$x = Ax + y \leftrightarrow x = (I - A)^{-1}y$$

wobei x der Vektor der gesamten Bruttoproduktion und y der Vektor der Endnachfrage ist. A ist entweder die Matrix der Vorleistungskoeffizienten, die zur Berechnung der indirekten Effekte verwendet wird, oder die um das Arbeitseinkommen und die entsprechenden Konsumkoeffizienten erweiterte Matrix der Vorleistungen zur Berechnung der Ausstrahleffekte. Die Gleichung setzt Änderungen der Bruttoproduktion x mit Änderungen der Nachfrage y in Beziehung.

Ausgestattet mit dem durch eine gegebene Nachfrage ausgelösten Produktionswert (und dem darin inkludierten Arbeitsentgelt) wird die entsprechende resultierende Bruttowertschöpfung unter Verwendung länder- und sektorspezifischer Verhältnisse innerhalb der EU-ICIOT des Figaro-Datensatzes von Bruttowertschöpfung zu Produktionswert abgeleitet. Die Beschäftigungseffekte werden auf analoge Weise berechnet.



B: Ergebnisvalidierung anhand wissenschaftlicher Literatur

Im folgenden Abschnitt werden die bisher zu der Berechnung der Gesundheitswirtschaft veröffentlichten wissenschaftlichen Studien und Berichte zusammengefasst. Während die überwiegende Mehrheit der Länder dem System of Health Accounts (SHA) der OECD folgt, ist in Bezug auf die letztendliche Definition und Kategorisierung der Gesundheitswirtschaft eine große Heterogenität anzutreffen. Allgemein kann die Erfassung der Gesundheitswirtschaft in drei Kategorien eingeteilt werden: Arbeiten, die dieselbe Methodik zur Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft anwenden; Arbeiten, die dieselbe Abgrenzung der Bereiche der Querschnittsbranche treffen; sowie Arbeiten zum Thema Gesundheitswirtschaft ohne eine statistische Erfassung.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass für Vergleiche geeignete Kennzahlen zur Gesundheitswirtschaft lediglich eingeschränkt verfügbar sind. Während die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Eurostat eine Datenbank der Gesundheitsausgaben (Teilbereich medizinische Versorgung) nach Ländern bis zum Jahr 2019 veröffentlichen, existieren nur vereinzelt Kennzahlen zur Gesundheitswirtschaft (alle Teilbereiche des Gesundheitswirtschaft). Hauptgründe dafür sind, dass die Gesundheitswirtschaft weiter gefasst ist als die unter der Definition der WHO aufgeführten Gesundheitsausgaben. In den Datenbanken und Veröffentlichungen sind zudem Zahlen zur Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nicht vorhanden, da bei Veröffentlichungen der Fokus meistens auf der Wirtschaftskraft liegt.

Des Weiteren ist die Vergleichbarkeit vieler Quellen aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Abgrenzungen der Gesundheitswirtschaft nicht gegeben. Deren Zahlen sind nur eingeschränkt für einen Vergleich nutzbar, da sie meistens nicht kaufkraftbereinigt (Angaben sind in der damaligen Landeswährung) vorhanden sind und zudem ihre Aktualität sehr unterschiedlich ist. Auch unterscheidet sich die verwendete Berechnungsweise oft in einem solchen Ausmaß, dass Vergleiche zwischen den einzelnen Studien nicht sinnvoll sind.

Die vorliegende Studie ist, unserer Kenntnis nach, die erste definitorisch allumfassende und methodisch einheitliche, aktuelle Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft als Querschnittsbranche auf Ebene der europäischen Mitgliedstaaten für einen Zeitraum von sechs aufeinanderfolgenden Jahren. Die hier erzielten Ergebnisse sind somit nur sehr eingeschränkt mit denen aus den in den folgenden Teilkapiteln genannten Studien vergleichbar.



B.1. Selbe Methodik: Gesundheitssatellitenkonto

Als erste Kategorie ist hierbei die Methodik des Gesundheitssatellitenkontos zu nennen. Das Gesundheitssatellitenkonto fokussiert sich auf Produkte und Dienstleistungen, die gesundheitsrelevant sind (s. SHA-Definition im Kapitel 2). Dadurch ist es möglich, die Gesundheitswirtschaft als Querschnittsbranche aus unterschiedlichen Wirtschaftsbereichen umfassend abzubilden und somit den breiten Aufbau der Gesundheitswirtschaft herauszustellen. Zur Abbildung werden nationale wie internationale Statistiken herangezogen und miteinander in Verbindung gesetzt, um eine möglichst allumfassende Quantifikation der Gesundheitswirtschaft zu gewährleisten.

Innerhalb der Europäischen Union und ihren 27 Mitgliedern gibt es außer für Deutschland auch für Österreich, Schweden und Irland eine aktuelle Einordnung ihrer Gesundheitswirtschaften basierend auf dem System of Health Accounting (SHA) (Central Statistics Office (CSO), 2018; vgl. Czypionka et al., 2014; Statistics Sweden, 2022). Dies bedeutet, sie weisen die Gesundheitswirtschaft auf Basis der Gesundheitsausgaben der Waren und Dienstleistungen gemäß den drei Dimensionen, Finanzierung (HF), Provision (HP), sowie Funktion der Gesundheitswirtschaft (HC), aus. Allerdings werden in dieser Statistik lediglich die Ausgaben gemäß ihrer Zuordnung zu den einzelnen Dimensionen ausgewiesen. Diese Methode wird bei der Quantifikation der Gesundheitswirtschaft in Schweden und Irland angewendet. Jedoch ist dort der Charakter der Gesundheitswirtschaft als Querschnittsbranche auf Basis einer Güterzuordnung in der Komplexität, wie er in der deutschen GGR vorhanden ist, nicht vollständig berücksichtigt.

In der deutschen GGR werden einzelne Güter und Dienstleistungen dem Kern- bzw. dem Erweiterten Bereich der Gesundheitswirtschaft zugeordnet. Dies stellt eine detailliertere Herangehensweise im Vergleich zur Zuordnung nach dem SHA dar. Im Gegensatz zur Zuordnung des SHA auf Basis der Ausgaben in der Gesundheitswirtschaft, basiert die Definition der Gesundheitswirtschaft in diesem Fall auf einer güterzentrierten Definition der Gesundheitswirtschaft. Zudem ist die deutsche GGR durch die Nutzung von Aufkommens- und Verwendungstabellen in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung in der Lage, ein genaueres Bild der Gesundheitswirtschaft und der Verzahnung dieser mit den einzelnen Sektoren zu liefern.

Nur für Österreich existiert ebenfalls eine Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft, welche ebenfalls auf einer güterzentrierten Sichtweise beruht. Die Grundlage dafür wurde in dem Projektbericht von 2013 gelegt, in dem analog zum deutschen GSK eine Differenzierung der Gesundheitswirtschaft nach Kernbereich (KGW) und Erweitertem Bereich (EGW) vorgenommen wurde (Czypionka et al., 2014). Dadurch wird in Österreich eine deutlich tiefergehende Analyse ermöglicht als durch die in Schweden und Irland durchgeführten Differenzierungen auf Basis des SHA.

Allerdings existiert diese Studie für Österreich aus dem Jahr 2013 lediglich mit den Daten aus diesem Jahr. Seitdem wurde auch in Österreich in den Jahren danach die Gesundheitswirtschaft analog zu der Methodologie aus Schweden und Irland erfasst, so dass

auch dort die Erfassung auf einer höheren Aggregationsebene von statten ging als in der deutschen GGR.

B.2. Identische Abgrenzung: Gesundheitsausgaben

Die zweite Kategorie fasst Analysen der Gesundheitswirtschaft, welche auf spezifische Sektoren in der Gesundheitswirtschaft abzielen, die einen hohen Anteil von gesundheitsrelevanten Dienstleistungen und Waren herstellen, zusammen. Diese Analysen unterscheiden sich von einem GSK, indem sie nur einen Teilbereich der Definition der Gesundheitswirtschaft abdecken – überwiegend den Bereich der medizinischen Versorgung. Andere Waren und Dienstleistungen aus der industriellen Gesundheitswirtschaft oder den weiteren Bereichen werden nicht erfasst.

Diese Studien, die eine Analyse der Gesundheitswirtschaft durchgeführt haben, aber keine aktuellen Zahlen bzw. eine andere Methodik verwenden, unterscheiden sich vom Ansatz des GSK grundlegend. Ein Beispiel dafür ist die Analyse des Gesundheitssystems in Luxemburg (OECD, 2009c), die die Gesundheitsausgaben sowie die Anzahl der Beschäftigten in diesem Bereich darstellt. Allerdings beruhen die Analysen auf Sekundärquellen wie nationalen Verzeichnissen bzw. auf Auflistungen internationaler Organisationen wie der OECD und folgen keiner systematischen Darstellung wie dem SHA.

Darüber hinaus existieren mehrere Länder, die sich an der Methodik der SHA orientieren, diese aber nicht mit den aktuellen Zahlen bereitstellen, wie zum Beispiel Slowenien, Tschechien oder Estland (OECD, 2009d, 2009a, 2009b). Für diese Länder werden die Kapitalflüsse zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen sowie deren finanzierenden Einheiten beschrieben. Da diese Kapitalflüsse auch nur für das Anfangsjahr 2009 verfügbar sind, können sie nur begrenzt Aussagen für aktuellere Jahre zulassen.

Eine spezifische Unterteilung der Gesundheitswirtschaft, die über die Unterteilung in den ursprünglich erhobenen statistischen Kategorien hinausgeht, existiert in keinem der Beispiele. In den meisten Studien hierzu wird zudem der Bereich der medizinischen Versorgung als maßgeblich für die Gesundheitswirtschaft gesehen.

B.3. Gleiche Thematik: Gesundheitswirtschaft

Die dritte Kategorie bündelt eine breite Literatur zur europäischen Gesundheitswirtschaft sowie der Gesundheitspolitik im Allgemeinen, die weder ein allumfassendes GSK noch einen Teilbereich berücksichtigt. Diese Literatur befasst sich thematisch mit der Gesundheitswirtschaft ohne das Ziel der Quantifizierung, bzw. der empirischen Darstellung zu verfolgen.

Die in der Literatur vorhandenen Beispielländer, die keine nach SHA aufgegliederten Daten zur Verfügung stellen, sich aber mit der Thematik befassen, sind Bulgarien, Griechenland,

Kroatien, Lettland, Litauen, Malta, Portugal, die Slowakei und Zypern. Zu diesen Ländern existiert Literatur hinsichtlich des Gesundheitssystems, allerdings ist diese nicht auf die Gesundheitswirtschaft, sondern primär auf das Gesundheitssystem fokussiert und hat dabei einen eher deskriptiven Charakter. Dazu existieren eine Vielzahl von Berichten, in denen die Methodologie der SHA und von Satellitenkonten allgemein für spezifische Länder erläutert wird, die aber keine direkte Applikation der Methodik enthalten (vgl. Parliamentary Secretariat for Health, 2014; Valaščík & Gémeš, 2012).

Während diese Berichte das Potential der Methodik sowie der Anwendungskontexte herausarbeiten, weisen sie gleichzeitig auf die noch existierenden Lücken hinsichtlich der konkreten Quantifizierung hin.



WifOR ist ein unabhängiges Wirtschaftsforschungsinstitut, das aus einer Ausgründung des Fachgebiets für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftspolitik der Technischen Universität Darmstadt hervorgegangen ist. Wir verstehen uns als akademischer Partner und Think Tank auf globaler Ebene. Zu den Forschungsfeldern von WifOR gehören Wirtschafts-, Umwelt- und Social Impact Analysen sowie arbeitsmarkt- und gesundheitsökonomische Forschung.

KONTAKT

WifOR Institut
Rheinstraße 22
D-64283 Darmstadt
Germany | Greece | Ireland | Latin America | USA

www.wifor.com