

Projektbericht
Research Report

Gesundheitswirtschaft Österreich

Ein Gesundheitssatellitenkonto für
Österreich (ÖGSK): Update Jahr 2013

Thomas Czypionka
Alexander Schnabl
Sarah Lappöhn
Eva Six
Hannes Zenz



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Projektbericht
Research Report

Gesundheitswirtschaft Österreich

Gesundheitssatellitenkonto für
Österreich(ÖGSK): Update Jahr 2013

Thomas Czypionka
Alexander Schnabl
Sarah Lappöhn
Eva Six
Hannes Zenz

Endbericht

Studie im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich

März 2018

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Dr. Thomas Cypionka

☎: +43/1/599 91-127

E-Mail: thomas.cypionka@ihs.ac.at

DI Alexander Schnabl

☎: +43/1/599 91-211

E-Mail: alexander.schnabl@ihs.ac.at

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Bedeutung und grundlegende Erfassung der Gesundheitswirtschaft	8
2.1. Verständnis von Gesundheitswirtschaft	8
2.2. Studien zur österreichischen Gesundheitswirtschaft	13
3. Abgrenzung und Klassifizierung der Gesundheitswirtschaft	15
3.1. Modell zur Verortung der Gesundheitswirtschaft	15
3.2. Abgrenzung des GSK.....	17
3.2.1. Güterbezogene Abgrenzung	17
3.2.2. Finanzierungsseitige Abgrenzung.....	19
3.3. Kernbereich Gesundheitswirtschaft	20
3.3.1. System of Health Accounts	21
3.3.2. Aufbau und Anwendung des KGW	24
3.3.3. Gesundheitsanteile des KGW.....	26
3.4. Erweiterte Gesundheitswirtschaft.....	31
3.4.1. Aufbau und Anwendung der EGW	31
3.4.2. Biolebensmittel	37
3.4.3. Bekleidung	38
3.4.4. Gesundheitsrelevante Bücher	41
3.4.5. Pharmazeutische Produkte.....	42
3.4.6. Hygiene und Körperpflege	46
3.4.7. Gesundheitsrelevante Bildung	48
3.4.8. Gesundheitsrelevante Dienstleistung – TV und Radio	54
3.4.9. Wellness/Gesundheits- und Sporttourismus.....	55
3.4.10. Gesundheitlich relevante Forschung & Entwicklung.....	61
3.4.11. Fitness.....	62
3.4.12. Gesundheitsrelevante Versicherungsleistungen.....	63
3.4.13. Gesundheitsrelevante Interessensvertretung	64
3.4.14. Gesundheitsrelevante IT & Telekommunikation.....	65
3.4.15. Transport und Handel	66
3.4.16. Beratungsdienste	67
3.4.17. Werbung	67
3.4.18. Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften.....	68
3.4.19. Gesundheitsrelevante Bauleistungen	69
4. Methodik	70
4.1. Input-Output-Analyse	70
4.1.1. Der Aufbau von Input-Output-Tabellen	72
4.1.2. Aufbau der Verwendungstabelle	74
4.1.3. Aufbau der Aufkommenstabelle	74

4.2. Methodik der Input-Output-Analyse	75
4.2.1. Ermittlung bestimmter Ausgabeneffekte	79
4.2.2. Ermittelte Effekte	81
4.3. Berechnung des nationalen österreichischen GSK	84
4.4. Satellitenkonten	87
4.5. Datengrundlage	88
5. Ergebnisse	89
5.1. Überblick und ausgeklammerte Gütergruppen des GSK.....	89
5.1. Eckwerte des ÖGSK.....	92
5.2. Produktionswert, Wertschöpfung und Beschäftigte durch direkte Effekte	93
5.3. Verflechtung der Gesundheitswirtschaft	95
5.4. Außenhandel der Gesundheitswirtschaft	99
5.5. Direkte, indirekte und induzierte Effekte	99
5.6. Erster und Zweiter Gesundheitsmarkt	103
5.7. Wertschöpfungskomponenten der Gesundheitswirtschaft.....	104
6. Schlussfolgerungen	106
7. Quellenverzeichnis	107
8. Appendix	111

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Effekte der Gesundheitsnachfrage.....	5
Abbildung 2: Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft	9
Abbildung 3: Modell zur Verortung der Gesundheitswirtschaft	16
Abbildung 4: Die vier Teilmärkte des österreichischen GSK.....	20
Abbildung 5: SHA Leistungserbringer x Finanzier in Verbindung mit GSK Güteraggregationsgruppen	30
Abbildung 6: Gesundheitsmarkt - Lebensmittel	38
Abbildung 7: Gesundheitsmarkt - Bekleidung und Schuhe.....	40
Abbildung 8: Gesundheitsrelevanz des Buchmarktes	42
Abbildung 9: Gesundheitsmarkt – Pharmazeutika	46
Abbildung 10: Gesundheitsmarkt - Hygiene- und Körperpflege	48
Abbildung 11: Überkategorisierung von Lernaktivitäten.....	49
Abbildung 12: Das österreichische Bildungssystem (mit ISCED-Klassifikationen)	50
Abbildung 13: Gesundheitsmarkt - Erwachsenenbildung	54
Abbildung 14: Gesundheitsmarkt - TV- und Radiosektors	55
Abbildung 15: Abgrenzung des Gesundheitstourismus und seiner Segmente.....	58
Abbildung 16: Gesundheitsmarkt - Tourismus	61
Abbildung 17: Darstellung von Wertschöpfungs-, Beschäftigungs- und Steuerwirkungen.....	71
Abbildung 18: Veranschaulichung der 3x3 Unterteilung	85
Abbildung 19: Produktivität in der Gesundheitswirtschaft nach BWS pro beschäftigter Person 2013.....	95
Abbildung 20: Produktivität von KGW und EGW nach BWS pro beschäftigter Person 2013.....	95
Abbildung 21: Export und Importe der GSK Sektoren nach Gütergruppen	99
Abbildung 22: Gesamteffekte der Gesundheitswirtschaft gegliedert nach direkten, indirekten und induzierten Wirkungen.....	102
Abbildung 23: Wertschöpfungskomponenten der Gesundheitswirtschaft 2013	105

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausprägungen des technologischen Fortschritts	10
Tabelle 2: SHA-Klassifikation.....	22
Tabelle 3: Beispiel für die Verortung gesundheitsrelevanter Gütergruppen	24
Tabelle 4: Aufbau und Gesundheitsanteile der Güteraggregationsgruppen G_1 - G_7	25
Tabelle 5: Zusammenführung: Güteraggregationsgruppen und SHA-Klassifizierung.....	27
Tabelle 6: Aufbau und Gesundheitsanteile der Güteraggregationsgruppen G_8 - G_12	31
Tabelle 7: Gesundheitskoeffizienten.....	33
Tabelle 8: Quellen zur Berechnung von Gesundheitsanteilen und Koeffizienten einzelner Gütergruppen	34
Tabelle 9: Arzneimittelmarkt in Österreich in Mio. €	44
Tabelle 10: Private Ausgaben für nicht-formale Erwachsenenbildung	52
Tabelle 11: Gesundheitlich relevante Leistungen im sekundären und tertiären Bildungsbereich (in Mio. Euro).....	53
Tabelle 12: Touristischer Konsum an Gastronomieleistungen	60
Tabelle 13: Grundstruktur einer Input-Output-Tabelle	73
Tabelle 14: Aufbau und Gesundheitsanteile der Güteraggregationsgruppen G_1-G_12	89
Tabelle 15: Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte durch Ausgaben und Exporte der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2013	92
Tabelle 16: Aufteilung der direkten, indirekten und induzierten Steuern und Abgaben durch Ausgaben und Exporte der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2013 in Mio. EUR.....	93
Tabelle 17: Direkte Effekte der 12 Gesundheitswirtschaftssektoren 2013.....	94
Tabelle 18: Kennzahlen der 12 Gesundheitswirtschaftssektoren in Mio. Euro für das Jahr 2013	97
Tabelle 19: Gesamteffekte der 12 Gesundheitswirtschaftssektoren (direkt, indirekt und induziert)	101
Tabelle 20: Notwendige Auslandsleistungen für die Produktion der heimischen Gesundheitswirtschafts (=ausländische Vorleistungen).....	103
Tabelle 21: Direkte Effekte der Gesundheitswirtschaft nach 1. und 2. Markt, KGW und EGW104	
Tabelle 22: Gesamteffekte der Gesundheitswirtschaft (direkt, indirekt und induziert) gegliedert nach 1. + 2. Markt, KGW und EGW	104
Tabelle 23: Anteil der Wertschöpfungskomponenten an der Wertschöpfung.....	105
Tabelle 24: SHA 2011-Klassifikation	111
Tabelle 25: Sektoren nach ÖCPA 2008 und ÖNACE 2008	113

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
CPA	Classification of Products by Activity
DL	Dienstleistung
EGW	Erweiterte Gesundheitswirtschaft
ESVG	Europäisches System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GM1	Erster Gesundheitsmarkt
GM2	Zweiter Gesundheitsmarkt
GSK	Gesundheitssatellitenkonto
GW	Gesundheitswirtschaft
IHS	Institut für höhere Studien
IIO	Interne Input-Output-Daten der internen Berechnung der Statistik Austria
IOT	Input-Output Tabelle
KGW	Kernbereich Gesundheitswirtschaft
LQ	Location Quotient
LSE	Leistungs- und Strukturhebung
MTF	Medizinisch-Technischer-Fortschritt
NACE	Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne
NGW	Nicht-Gesundheitswirtschaft
ÖCPA	Österreichische Classification of Products by Activity
ÖGSK	Österreichische Satellitenkonto
ÖNACE	Österreichische Statistical classification of economic activities in the European Community
OTC	Over The Counter; entspricht nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
POE	Private Organisationen ohne Erwerbszweck
SAM	Social Accounting Matrices
SHA	System of Health Accounts
SLQ	Simple Location Quotient
SNA	System of National Accounts
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WKO	Wirtschaftskammer Österreich

Executive Summary

In der öffentlichen Diskussion wird Gesundheit noch vorwiegend als „Kostenfaktor“ wahrgenommen, und auch in den Rechenwerken der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung gab es bis zur Erstellung des ersten Gesundheitssatellitenkontos im Auftrag von Wirtschaftskammer und Wirtschaftsministerium kaum eine spezifische Erfassung und Zusammenstellung jener wirtschaftlichen Aktivitäten, die auf das Bedürfnis des Menschen nach Gesundheit zurückgehen. Aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen wird dieses jedoch zu einem immer bedeutenderen Wirtschaftsfaktor. Dementsprechend musste auch das Gesundheitssatellitenkonto für Österreich einer Aktualisierung unterzogen werden, auch wenn die Grundkonzeption gleich bleibt. Wir stützen uns auf den Begriff der Gesundheitswirtschaft, die neben dem klassischen Kernbereich auch einen erweiterten Bereich umfasst, dessen Nachfrage ebenfalls wesentlich vom Bedürfnis nach Gesundheit getrieben ist, aber bisher kaum als solcher wahrgenommen wird. Diese Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und -gütern macht die Gesundheitswirtschaft zu einem inhärenten Teil der Ökonomie mitsamt deren Produktivität, Verflechtung, Vorleistungsstruktur, Exportmöglichkeiten und Beschäftigten. Daraus ergeben sich bedeutende volkswirtschaftliche Potenziale. So eröffnet der technologische Wandel neue Behandlungsmöglichkeiten und kann damit als Wertschöpfungsfaktor gesehen werden. Der demographische Wandel erhöht den Bedarf an Gütern der Gesundheitswirtschaft und insbesondere das sich verändernde individuelle Gesundheitsverständnis in Verbindung mit steigendem Wohlstand kann einen bedeutsamen Einfluss auf die Nachfrage nach Gesundheitsgütern haben (Luxusgutcharakter).

Durch die Abbildung von Verflechtungen des Bereichs Gesundheit, im engeren und weiteren Sinne, können Aussagen über die ökonomischen Auswirkungen von Ausgaben und Investitionen in den Teilbereichen getätigt werden. Darüber hinaus werden auch Bewertungen wirtschafts- und gesundheitspolitischer Entscheidungen messbar. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die zentralen Ergebnisse des ÖGSK 2013 (direkte Effekte).

Eckwerte des österreichischen Gesundheitssatellitenkontos (ÖGSK) 2013 (direkte Effekte)

	KGW	EGW	GW gesamt	Anteil an der Gesamt- wirtschaft
Produktionswert Mrd. EUR	35,13	18,63	53,76	8,88%
Bruttowertschöpfung Mrd. EUR	21,67	9,50	31,17	10,85%
Beschäftigte	433.923	190.104	624.027	14,02%
Vollzeitäquivalente	339.522	149.719	489.242	13,28%
Außenhandelsüberschuss Mio. EUR	-535,04	1.014,70	479,66	6,26%
Steuern und Abgaben Mrd. EUR	8,65	3,57	12,22	8,58%

Quelle: IHS (2017).

Herangehensweise

Um dem Anspruch, die Gesundheitswirtschaft als Teil der gesamten Wirtschaft mit all ihren Verflechtungen darzustellen, gerecht zu werden, bedient sich die Studie der Input-Output-Methodik, die die gesamte Volkswirtschaft abbildet und so ein zentrales Rechenwerk für ökonomische Analysen darstellt. Innerhalb der bereits verfügbaren Input-Output-Tabellen ist die Gesundheitswirtschaft bisher nur unzureichend abgebildet worden. Das Satellitenkonto folgt dem Ziel, durch eine Extrahierung der relevanten Teilmärkte und Verdichtung dieser Information in einem „separaten“ Konto den gesundheitsrelevanten Wirtschaftsteil in eine praktikable Form zu gießen. Gleichzeitig bleibt der Satellit ein Teil der Input-Output-Tabelle, um die Verflechtungen mit der restlichen Wirtschaft weiterhin aufzeigen und analysieren zu können und die Auswirkungen von Effekten wie Nachfrageänderungen oder wirtschaftspolitischen Maßnahmen berechnen zu können.

Mit der Methodik der Input-Output-Analyse können die wechselseitig verknüpften Liefer- und Bezugsstrukturen der einzelnen Wirtschaftssektoren erfasst und quantifiziert werden. Weiters ermöglicht die Input-Output-Analyse die Berechnung direkter, indirekter und induzierter Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte sowie der Effekte auf das gesamtwirtschaftliche Aufkommen an Steuern und Sozialversicherungsabgaben.

Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft

Die Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft für das ÖGSK folgt primär einer nachfrageseitigen, güterbezogenen Unterscheidung. Dieser gesundheitsrelevante Konsum führt zu Umsätzen und Beschäftigung bei Produzenten und Dienstleistern, welche somit direkt der Gesundheitswirtschaft zuzurechnen sind.

Der Kernbereich Gesundheitswirtschaft (KGW) umfasst Güter und Leistungen des Gesundheitswesens nach der Statistik der Gesundheitsausgaben gemäß dem *System of Health Accounts*. Dazu zählen beispielsweise stationäre bzw. ambulante Leistungen oder pharmazeutische Erzeugnisse und deren Vertrieb.

Die Erweiterte Gesundheitswirtschaft (EGW) entspricht gesundheitsrelevanten Gütern und Leistungen, die einer subjektiv gesundheitsbezogenen Kaufentscheidung unterliegen, welche nicht mit den Institutionen des Gesundheitswesens gemäß dem *System of Health Accounts* in Verbindung gebracht werden und entsprechen somit nicht im KGW enthaltenen gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen.

Gesundheitsanteile bilden den zentralen Schlüssel für die einzelnen Elemente im Gesundheits-satellitenkonto. Dabei kommen auch Gesundheitskoeffizienten zur Anwendung, welche die subjektiv beigemessene gesundheitliche Wirkung bei der Kaufentscheidung widerspiegeln. Diese Informationen wurden durch Sichtung von Artikeln, Studien, offiziellen Datenquellen und Unternehmensberichten sowie Erhebungen und Anfragen bei Herstellern, Hochschulen, Innungen bzw. Interessensvertretungen generiert. Wesentliche Herausforderung ist die Verknüpfung der ermittelten Informationen mit den Makroaggregaten der VGR zur Implementierung in die Input-Output Rechnung. Für eine einfachere Handhabung der

Ergebnisse, wurden in einer sekundären Abgrenzung Aggregate der diversen Güter und Dienstleistungen gebildet. Diese komprimierte Darstellung gliedert sich in sieben Aggregationsgruppen des Kernbereichs sowie fünf Aggregationsgruppen der erweiterten Gesundheitswirtschaft und ist aus Kompatibilitätsgründen dem deutschen Gesundheitssatellitenkonto entlehnt.

Ergebnisse

Im Jahr 2013 lag die durch die Gesundheitswirtschaft generierte heimische Bruttowertschöpfung bei insgesamt EUR 47,3 Mrd., wovon rund EUR 31,2 Mrd. (66 %) auf die direkten Effekte entfielen, EUR 10,3 Mrd. (22 %) auf die indirekten und EUR 5,8 Mrd. (12 %) auf die induzierten Effekte. Insgesamt sind die direkten Effekte anteilmäßig am höchsten, sie machten 10,9 % der österreichischen Wertschöpfung der Gesamtwirtschaft aus. Das bedeutet, dass rund jeder 9. Euro der österreichischen Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft generiert wurde.

Durch die Gesundheitswirtschaft und ihre inter- und intrasektoralen Verflechtung zu anderen Wirtschaftsbereichen wurden insgesamt rund 870 Tsd. Arbeitsplätze in Personenjahren gesichert, was rund 696 Tsd. Arbeitsplätzen in Vollzeitäquivalenten entspricht (Gesamteffekt aus direkten, indirekten und induzierten Effekten). Jeder fünfte Beschäftigte ist damit in der Gesundheitswirtschaft oder den mit ihr verbundenen Wirtschaftsbereichen, jeder siebte direkt in der Gesundheitswirtschaft tätig.

Die Arbeitsproduktivität des Jahres 2013 gemessen an der Bruttowertschöpfung je erwerbstätiger Person liegt in der österreichischen Gesundheitswirtschaft mit rund EUR 50 Tsd. je erwerbstätiger Person rund ein Viertel unter der gesamtwirtschaftlichen Produktivität (EUR 65 Tsd. je Erwerbstätigen).

Die gesamten durch die Gesundheitswirtschaft generierten direkten, indirekten und induzierten Steuern und Abgaben beliefen sich in Österreich auf insgesamt EUR 19,4 Mrd., wobei der Sozialversicherung mit rund EUR 9,6 Mrd. der größte Teil dieser Einnahmen zukam. Der Bund generierte EUR 6,2 Mrd., die Länder rund EUR 2,1 Mrd. und die Gemeinden EUR 1,6 Mrd.

Das Gros der Konsumausgaben zu Herstellungspreisen (private Haushalte und Staat;) im Jahr 2013 wird mit rund EUR 28,2 Mrd. im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (KGW) getätigt. Demgegenüber entfielen EUR 7,8 Mrd. der Konsumausgaben auf den wachsenden Bereich der erweiterten Gesundheitswirtschaft (EGW). Die gesamte Endnachfrage in der Gesundheitswirtschaft (Konsum, Investitionen, Exporte) im Jahr 2013 betrug EUR 51,4 Mrd.

Exporte bzw. Importe der gesamten Gesundheitswirtschaft (Waren und Dienstleistungen) beliefen sich in Österreich im Jahr 2013 auf EUR 9,7 Mrd. bzw. EUR 9,3 Mrd. Für den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (KGW) betragen die Exporte rund EUR 5,2 Mrd. gegenüber EUR 5,7 Mrd. an Importen. Für die Erweiterte Gesundheitswirtschaft (EGW) betragen die Exporte EUR 4,6 Mrd. und die Importe EUR 3,6 Mrd.

Die Personalkosten tragen in der Gesundheitswirtschaft im KGW mit rund 70 % und in der EGW mit rund 56 %, mehr als die Hälfte – und damit den größten Anteil – zur Wertschöpfung bei.

ÖGSK Wirtschaftspolitische Schlussfolgerungen:

Hohe **Beschäftigungsintensität** in der Gesundheitswirtschaft:

Jeder **siebte Beschäftigte** ist in der Gesundheitswirtschaft tätig.

Jeder **fünfte Beschäftigte** ist in der Gesundheitswirtschaft oder den von ihr angestoßenen Wirtschaftsbereichen tätig

Hohe **Wertschöpfungseffekte**:

10,9 % der österreichischen Wertschöpfung entstehen direkt in der Gesundheitswirtschaft.

Mit den Verflechtungseffekten werden sogar **16,5 % der österreichischen Wertschöpfung** direkt, indirekt oder induziert durch Nachfrage in der Gesundheitswirtschaft geschaffen

Bedeutende **Abgabeneffekte**:

Jeder achte Abgabeneuro fällt durch die Gesundheitswirtschaft und ihre Verflechtungen an.

Schwerpunkt der Gesundheitswirtschaft auf **Dienstleistungen**:

Über **80 Prozent der Bruttowertschöpfung** der Gesundheitswirtschaft werden über Dienstleistungen generiert.

Die Gesundheitswirtschaft als **Exportwirtschaft ist ausbaufähig**:

Der Beitrag der Gesundheitswirtschaft am Gesamtösterreichischen **Exportüberschuss (Waren und Dienstleistungen) beträgt 6,26 %**.

Die österreichische Gesundheitswirtschaft ist ein **sehr bedeutender Wirtschaftssektor**, da diese über die **wirtschaftlichen Verflechtungen** Vorleistungen aus der heimischen Wirtschaft bezieht und solcherart sehr viele Menschen in **Beschäftigung** setzt, nämlich über **870.000**.

Die **erweiterte Gesundheitswirtschaft** wächst stärker als der Durchschnitt der Gesamtwirtschaft und stellt damit einen **Wachstumsmotor** dar. Ihre Potenziale müssen aber noch entfaltet werden.

Der **Kernbereich** der Gesundheitswirtschaft wirkt **stabilisierend** auf die österreichische Volkswirtschaft.

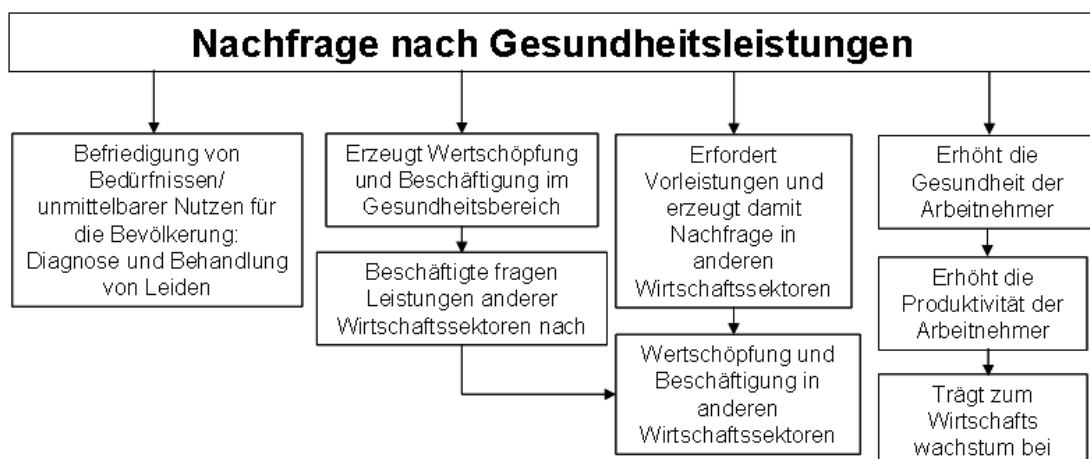
1. Einleitung

Das österreichische Gesundheitswesen wird gemeinhin als Kostenfaktor für die öffentlichen Kassen gesehen. Tatsächlich nehmen die gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2016 11,21 (gesamt) bzw. 8,13 Prozent (öffentlich) des Bruttoinlandsprodukts ein. Gleichzeitig zeigten aber die letzten „Krisenjahre“, dass das Gesundheitswesen einen stabilisierenden Wirtschaftssektor darstellt.

Die demographische Entwicklung mit steigender Lebenserwartung und die epidemiologische Entwicklung in Richtung chronische Erkrankungen lassen eine Erhöhung der Nachfrage im Gesundheitswesen erwarten. Gleichzeitig aber ist auch der Luxusgutcharakter von Gesundheitsleistungen zu berücksichtigen, also die Tatsache, dass Individuen mit höheren Einkommen überproportional Gesundheitsleistungen nachfragen. Dieses Phänomen betrifft vor allem den „zweiten Gesundheitsmarkt“, also den rein privat finanzierten Bereich.

Die volkswirtschaftlichen Wirkungen der Nachfrage nach Gesundheit werden anhand von Abbildung 1 verdeutlicht. Aus der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, also dem Konsum dieser, entsteht direkter Nutzen für die Bevölkerung. Auf der anderen Seite wirkt Gesundheit selbst als Vorleistung für die Wirtschaft, indem die bessere Gesundheit von Arbeitnehmern ein längeres produktives Arbeitsleben ermöglicht. Zur Erstellung von Gesundheitsleistungen sind neben der unmittelbaren Wertschöpfung (direkte Effekte) auch Vorleistungen zu berücksichtigen, sowie die zur Herstellung dieser Vorleistungen notwendigen Wertschöpfungs- und Vorleistungskomponenten usw., die nicht nur dem Gesundheitssektor entstammen (indirekte Wirkungen). Außerdem lösen die Wertschöpfungskomponenten weitere Nachfragewirkungen auch in anderen Bereichen der Wirtschaft aus (induzierte Effekte).

Abbildung 1: Effekte der Gesundheitsnachfrage



Quelle: Pock et al. (2010).

Bereits in vergangenen Studien wurde die Bedeutung und Wirkung von Gesundheit analysiert (Schnabl et al. 2009, Pock et al. 2010, Czypionka et al. 2014). Wesentliche Erkenntnisse betreffen die großen Effekte gesteigerter Gesundheit als Vorleistung für die Wirtschaft und die Wirkungen des Sektors Gesundheit über direkte, indirekte und induzierte Effekte in Hinblick auf

Bruttoproduktion, Wertschöpfung, Beschäftigung und Abgabewirkungen, wobei gerade dem Exportsektor in Österreich noch ein Ausbaupotenzial zugeschrieben wird.

Auch die Debatte über die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens spielt in Hinblick auf die wirtschaftliche Aktivität eine wichtige Rolle. Das Heben von Wirtschaftlichkeitsreserven durch Bündelung und Outsourcing kann gerade für private Unternehmer neue Chancen der Entwicklung bieten. Es muss eine Balance gefunden werden zwischen der Sicht des Gesundheitssektors als Kostenfaktor einerseits, aber auch als wichtiger Zweig der Wirtschaft andererseits. Die Diskussion über sinnvolle privatwirtschaftliche Aktivität und der Nutzung dieser Potenziale, um letztlich auch den öffentlich zu finanzierenden Bereich nachhaltig abzusichern, ist ebenso notwendig wie die Frage nach sinnvollen wirtschaftspolitischen Maßnahmen in jedem einzelnen Gesundheitsmarkt. Zur Beantwortung solcher Fragen eignet sich ein Satellitenkonto für den Bereich „Gesundheit“, welches von einem umfassenden Sektorenbegriff ausgeht.

Durch die Abbildung von Verflechtungen des Bereichs Gesundheit, sowohl im engeren und weiteren Sinne, als auch in Hinblick auf eine öffentliche (erster Gesundheitsmarkt) und eine private Finanzierung (zweiter Gesundheitsmarkt) können Aussagen über die ökonomischen Auswirkungen von Ausgaben und Investitionen in den Teilbereichen getätigt werden. Darüber hinaus werden auch Bewertungen wirtschafts- und gesundheitspolitischer Entscheidungen messbar.

Die vorliegende Ausarbeitung zur Schaffung eines Satellitenkontos in Verbindung mit einer Input-Output-Analyse gliedert sich wie folgt. Vorweg soll ein Verständnis von Gesundheit und eine grundlegende Erfassung der Gesundheitswirtschaft geschaffen werden (Kapitel 2). Kapitel 3 schafft eine Abgrenzung und Klassifizierung der Gesundheitswirtschaft. Dabei wird das Stufenmodell und die Strukturierung in einen Kernbereich Gesundheitswirtschaft (KGW) und in einen Bereich erweiterte Gesundheitswirtschaft (EGW) dargelegt. Wesentlicher Bestandteil dabei ist die Ermittlung des Gesundheitskoeffizienten – die gesundheitliche Relevanz – mit der das jeweilige Gut in die Gesundheitswirtschaft einfließt. Durch eine Zusammenführung auf 12 Güteraggregationsgruppen ergibt sich die Grundstruktur des Gesundheitssatellitenkontos. Im Anschluss daran wird die Methodik der Input-Output-Analyse bzw. des Satellitenkontos erläutert (Kapitel 4). Ebenfalls beschrieben werden die Datenanforderungen, die sich durch die Konstruktion eines Satellitenkontos im Rahmen der Input-Output-Tabelle ergeben. Im darauffolgenden Kapitel 4 folgen die Ergebnisse und eine Analyse des geschaffenen Gesundheitssatellitenkontos. Dabei werden von der Gesundheitswirtschaft ausgehende direkte, indirekte und induzierte Effekte auf die Wertschöpfung, Beschäftigung und fiskalischen Einnahmen, aber auch der zweite, privat finanzierte Gesundheitsmarkt, der Staatsverbrauch (gesundheitsbezogene Leistungen der Gebietskörperschaften/Sozialversicherung). Im abschließenden Kapitel 5.1 erfolgt eine kurze Zusammenschau der Ergebnisse und wirtschaftspolitische Einschätzungen der Potenziale der österreichischen Gesundheitswirtschaft.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird der Einfachheit halber der Begriff Gesundheitssatellitenkonto mit GSK abgekürzt. Zur Bedeutung weiterer Abkürzungen siehe das der Einleitung vorangestellte Abkürzungsverzeichnis.

Danksagung

Wir danken den unzähligen GesprächspartnerInnen, die mit ihren Datenlieferungen, Informationen und Hinweisen diese Arbeit in dieser Qualität erst möglich gemacht haben!

2. Bedeutung und grundlegende Erfassung der Gesundheitswirtschaft

Das durch die erste Publikation zur Gesundheitswirtschaft in Österreich etablierte Abgrenzungskonzept wird im Update beibehalten und soll hier nochmals kurz erklärt werden. Das System of Health Accounts bildet dabei die Grundstruktur auf Basis von umfassenden, konsistenten und international vergleichbaren Gesundheitskonten. Es lässt sich als Sekundärstatistik auf Basis der VGR ausweisen. Das nachfolgende Kapitel soll vorweg eine weniger technische und dafür allgemeine und qualitativ weitgefaste Auslegung der Gesundheitswirtschaft liefern. Im weiteren Verlauf dieser Ausarbeitung wird der Begriff Gesundheit bzw. Gesundheitswirtschaft fortlaufend eingengt bzw. konkretisiert (Kapitel 3). Für eine gegenständliche Abbildung der Gütergruppen im GSK siehe Tabelle 14.

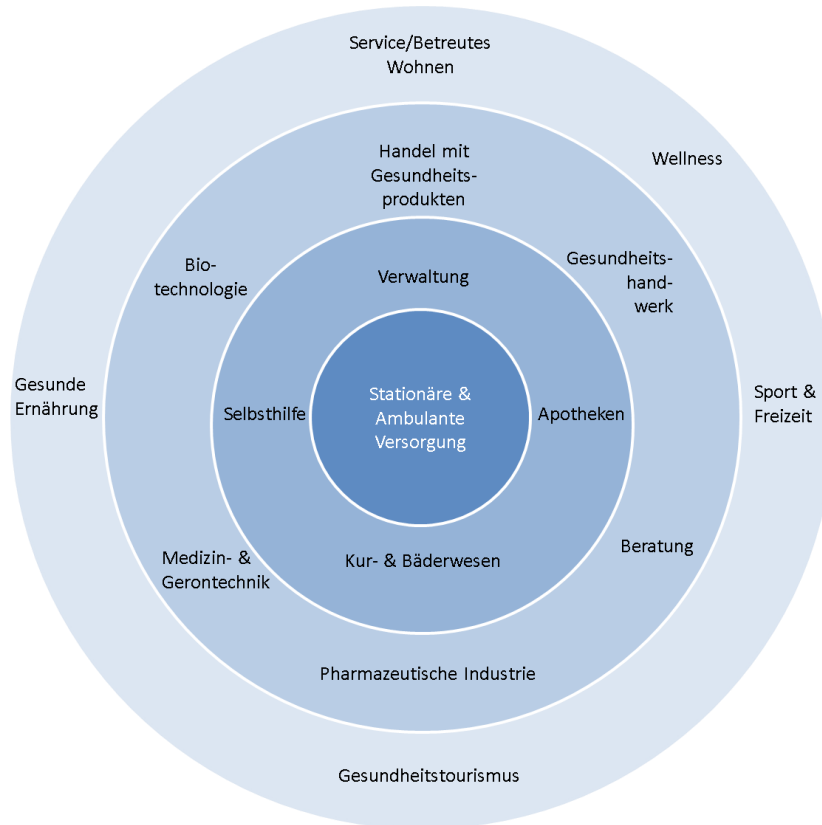
2.1. Verständnis von Gesundheitswirtschaft

Der Begriff „Gesundheitswesen“ unterliegt seit einiger Zeit einem Wandel. Mit den zunehmenden Steigerungen der Gesundheitsausgaben seit den 1970er-Jahren wurde das Gesundheitswesen zunehmend als Kostenfaktor für die öffentlichen Kassen wahrgenommen, insbesondere, als sich das Wirtschaftswachstum, das nach dem zweiten Weltkrieg eine geradezu sagenhafte Entwicklung genommen hatte, zunehmend verlangsamte. Diese Ansicht rührt auch aus der hohen Staatsquote in diesem Bereich, welche sich aus den Gegebenheiten der Marktunvollkommenheiten ergibt. Doch anders als die Verwaltung, ein Mittel zum Zweck ist, wird im Gesundheitswesen unmittelbar Nutzen für die Bevölkerung im Sinne der Gesundheitsproduktion gestiftet. Zudem weitete sich auch der Gesundheitsbegriff selbst aus. Verstand man darunter lange Zeit die Abwesenheit von (physischer) Krankheit, weitete die Weltgesundheitsorganisation ihre Definition bereits 1948 deutlich aus. Demnach bedeutet Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern ist ein „*state of complete physical, mental and social well-being*“ (WHO 1948). Dementsprechend weitete sich auch die Aufgabe der Gesundheitsproduktion aus. Zum Kernbereich der Wiederherstellung von Gesundheit tritt das Bedürfnis der Erhaltung und Verbesserung des Wohlbefindens, welches sich in einer Erweiterung des „Gesundheitsmarktes“ widerspiegelt.

Unabhängig, ob die Finanzierung nun öffentlich oder privat erfolgt, ist die Basis der Gesundheitsproduktion immer ein wirtschaftlicher Prozess, der unter Verwendung von Vorleistungen und Primärinputs Leistungen generiert. Das Gesundheitswesen kann also als Gesundheitswirtschaft angesehen werden, mit Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekten, die als Output eine gesteigerte Gesundheit und in weiterer Folge wiederum auch gesteigerte Produktivität hat. Damit findet ein Wandel weg von einer reinen inputorientierten Kostenbetrachtung des Sektors Gesundheit, hin zu einem ergebnisorientierten Wachstumsmotor für die Ökonomie eines Landes statt. In diesem Kapitel wird die Entwicklung vom Verständnis von Gesundheit als Motor für Wirtschafts- und Beschäftigungseffekte dargelegt.

Eine international vergleichbare Standardisierung bei der Erfassung und Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft existiert nicht. Einige Studien haben Anläufe für eine sinnvolle Klassifizierung der Gesundheitswirtschaft und deren Subeinheiten vorgenommen.¹ Nachfolgende Grafik zeigt eine mögliche Abbildung der Gesundheitswirtschaft anhand eines Zwiebelmodells.

Abbildung 2: Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft



Quelle: Institut Arbeit und Technik (IAT).

Für das Funktionieren der Gesundheitswirtschaft müssen Güter und Dienstleistungen in anderen Wirtschaftssektoren nachgefragt werden, wodurch auch dort Wachstums- und Beschäftigungseffekte entstehen.

Humankapital ist eine der Voraussetzungen für Wirtschaftswachstum. Je gesünder eine Bevölkerung ist, desto leistungsfähiger ist sie, wodurch ein höheres Wirtschaftswachstum generiert wird und die Steuereinnahmen eines Landes steigen. Durch ein gesundes Älterwerden der Bevölkerung ist der Krankenstand der Arbeitnehmer geringer, weniger Menschen gehen in Frühpension und es stehen mehr Arbeitskräfte zur Verfügung. Durch eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit der Arbeitnehmer zahlen sich Investitionen in die Aus- und Weiterbildung verstärkt aus. (Hoffmann et al. 2011: 7) Aufwendungen für die Gesundheit der

¹ Das deutsche GSK sei an dieser Stelle ausgespart. Es bildet eine Hauptreferenz für die Strukturierungen des österreichischen GSK.

Bevölkerung werden nicht mehr als reine Ausgaben aufgefasst, sondern als Investitionen in die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (BMWi 2009: 11).

Auch die wachsende Geltung des Begriffs „*Health in All Policies*“ (zu dt. „Gesundheit in allen Politikfeldern“) steht in Zusammenhang mit dem zeitgemäßen Verständnis von Gesundheit und der Gesundheitswirtschaft. So basiert *Health in All Policies* auf dem Konzept der Gesundheitsdeterminanten und geht von der Erkenntnis aus, dass die Gesundheit der Bevölkerung nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern wirksam und nachhaltig gefördert werden kann.

Die Gesundheitswirtschaft unterliegt einer Vielzahl von Einflussfaktoren und Dynamiken. Innovationstreiber und Quellen der zukünftigen Entwicklung sind im Wesentlichen der demographische Wandel, Lebensstil und sich wandelnde Bedürfnisse der Gesellschaft, sowie der medizinisch-technologische Fortschritt. Letzterer nimmt dabei eine besondere Rolle ein. Gerade im Gesundheitswesen ist aufgrund von Problematiken bei der Output-Messung, der Bestimmung der Produktionsfunktion und der Kosten-Nutzen-Zuordnung technologischer Fortschritt oftmals schwer bestimmbar. In der ökonomischen Theorie wird von technologischem Fortschritt gesprochen, wenn die Faktorrelation zwischen Input und Output durch Wissen verbessert wird (Hens und Pamini 2008). Diese Verbesserung der Faktorrelation geschieht etwa durch eine Änderung der Verfahren, Prozesse und Methoden in der Produktion. Aufgrund dieser zweidimensionalen Definition ist das tatsächliche Vorliegen von technischem Fortschritt nicht immer eindeutig bestimmbar. Dies tritt ein, wenn ein geringerer Faktoreinsatz, im gleichen Zuge ein schlechteres Ergebnis liefert und vice versa (Ausprägung III und VII in Tabelle 1). Ein Abwägen bzw. eine Gewichtung von Faktoreinsatz und Ergebnis ist notwendig, um eine klare Aussage treffen zu können. In der Gesundheitswirtschaft geschehen viele technologische Neuerungen gerade in diesem unscharfen Bereich.

Tabelle 1: Ausprägungen des technologischen Fortschritts

		Ergebnis		
		verbessert	unverändert	verschlechtert
Faktoreinsatz	verkleinert	I	II	III
	unverändert	IV	V	VI
	vergrößert	VII	VIII	IX

Quelle: Sigl (2012: 7).

Medizinisch-technischer Fortschritt (MTF) hat einen wesentlichen Einfluss auf das Wachstum in der Gesundheitswirtschaft. Der MTF besteht hier vielfach aus Add-on Technologien, also Verfahrensweisen, die nicht anstatt der älteren sondern zusätzlich zu diesen zum Einsatz kommen. Somit ist eine wesentliche Besonderheit des technologischen Fortschritts im Gesundheitswesen, dass hier bereits vorhandene Technologien nicht zwangsläufig durch neue ersetzt bzw. verdrängt werden. Es findet also keine Substituierung durch die Produkte des medizinisch-technischen Fortschritts statt, sondern diese treten de facto als Komplementärgut

auf den Markt. Somit kommt es zu einer supplementären Verbreitung und Nutzung von Technologien, zusätzlich zu den bereits bestehenden Technologien, weshalb diese auch als sogenannte Add-on Technologien bezeichnet werden (Bantle 1996). Daneben existieren noch andere wachstumsrelevante Faktoren des technologischen Fortschritts in der Gesundheitswirtschaft, wie etwa angebotsinduzierte Nachfrage, Übergewicht an Produktinnovationen (gegenüber Prozess- und organisatorischen Innovationen), sowie Anreizmechanismen im Bestehen von Versicherungen oder durch diverse Vergütungsformen.

Eine weitere Eigenschaft des MTF ist eine geringe Substitutionswirkung auf den Inputfaktor Arbeit. Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft bleibt also trotz technologischen Fortschritts arbeitsintensiv und bildet somit einen langfristig stabilen Beschäftigungssektor. Dabei ist jedoch der Baumoleffekt zu beachten. Der Gesundheitssektor ist durch keinen bzw. einen geringen Anstieg der Produktivität charakterisiert (Baumol 1967). Andere Bereiche der Ökonomie weisen einen höheren Anstieg der Produktivität auf. Die Löhne im *unproduktiveren* Gesundheitssektor müssen jedoch im selben Ausmaß wie im Rest der Ökonomie wachsen, um den Sektor nicht zunehmend unattraktiv zu machen, was zu einem relativen Anstieg der Kosten im Gesundheitssektor führt. Dieser Effekt ist gemeinhin als Baumoleffekt bekannt (Baumol 1967). Seine Existenz wurde auch empirisch nachgewiesen (Hartwig 2008). Der Effekt durch den Anstieg der relativen Preise auf die Gesundheitsausgaben ist abhängig von der Preiselastizität der Individuen für Gesundheitsleistungen. Je preiselastischer die Nachfrage, desto höher die Mengenreaktion. Jedoch kann der Preiseffekt den Mengeneffekt überkompensieren, wodurch die Gesundheitsausgaben ansteigen.² Zusätzlich weist der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft einen krisenresistenten Charakter aufgrund der relativ konstanten einkommensunelastischen Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen der Gesundheit auf.

Neben dem technologischen Fortschritt sind regulative Eingriffe, institutionelle Vorgaben und die Finanzierungsstruktur wesentliche Einflussfaktoren auf Nachfrage und Angebot am Gesundheitsmarkt. Weiters erhöhen der demographische Wandel, wandelnde Bedürfnisse der Gesellschaft bzw. eine sich ändernde Lebensstil, ein neues Verständnis von Gesundheit und ein steigender Wohlstand (Luxusgutcharakter) den Bedarf an Gütern der Gesundheitswirtschaft. Der Gesundheitsmarkt ist jedoch ein unvollkommener Markt mit partiellem Marktversagen aufgrund von Informationsasymmetrien, externen Effekten und einer eingeschränkter

² Es existieren Studien zur Messung der Effekte durch höhere Preise von Leistungen im Gesundheitswesen auf die aggregierten Gesundheitsausgaben:

Anderson et al. (2003) zeigen anhand von OECD-Daten aus dem Jahr 2000, dass eine Erklärung für die hohen Gesundheitsausgaben pro Kopf in den USA die höheren Preise für Güter und Service im Gesundheitswesen sind. Dies ergibt sich aus dem Vergleich der Gesundheitsausgaben pro Kopf mit der im internationalen Vergleich geringen Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen pro Kopf.

Hartwig (2008) überprüft anhand einer Paneldatenanalyse den Effekt, den Lohnsteigerungen im Gesundheitswesen auf die Gesundheitsausgaben haben. Der Autor findet einen positiven Zusammenhang zwischen den relativen Preisen und den Gesundheitsausgaben bei einer gleichzeitig bestehenden unelastischen Nachfrage. Der Effekt der relativen Preise auf die Gesundheitsausgaben ist im wissenschaftlichen Diskurs zwar umstritten, neuere Studien lassen jedoch vermuten, dass ein Anstieg der Preise im Gesundheitswesen zwar zu einem Rückgang im Volumen an Gesundheitsleistungen führt, der Preiseffekt jedoch überwiegt und die Gesundheitsausgaben ansteigen. Frogner (2010) untersucht den Anstieg der Durchschnittslöhne im Gesundheitswesen und die Gesundheitsausgaben der USA, Australiens und Kanadas zwischen 1970 und 2005. Der Autor konnte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den relativen Preisen und den Gesundheitsausgaben feststellen.

Rationalität³ (Breyer et al. 2005). Um dieses partielle Marktversagen zu korrigieren, bestehen regulative Eingriffe. Diese haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheitswirtschaft und können bei teils mangelhafter Ausgestaltung als partielles Staatsversagen bezeichnet werden. Eine stärkere Marktorientierung der Gesundheitswirtschaft, bezogen auf eine gesteigerte Konkurrenz und Transparenz, erhöht den effizienten Einsatz der Mittel und fördert nicht nur die Innovation von medizinischen Produkten, sondern bringt auch innovative Versorgungsformen und Prozessstrukturen hervor. Diese großen ökonomischen und medizinischen Potenziale im Sinne des Patienten und der Qualität bedürfen jedoch einem stetigen Monitoring und gegebenenfalls einer Umgestaltung der verbleibenden regulativen Rahmenbedingungen, welche obligatorisch der Verhinderung diverser Formen des Marktversagens am Gesundheitsmarkt dienen.

Zusammenfassend kann die Gesundheitswirtschaft als innovative und Beschäftigungsintensive Branche mit einer starken Komponente personenbezogener Dienstleistungen bezeichnet werden, mit Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekten, die als Output eine gesteigerte Gesundheit und in weiterer Folge gesteigerte Produktivität aufweist. Gleichzeitig ergibt sich durch das weltweite Wachstum der Mittelschicht (Wilson und Dragusanu 2008) in Zusammenhang mit dem Luxusgutcharakter der Gesundheit ein großes Exportpotenzial – sowohl in den klassischen Bereichen der Gesundheitswirtschaft wie der Medizintechnik und der Pharmaindustrie, als auch in weiter gefassten Bereichen wie dem Gesundheitstourismus. Durch diese Erkenntnis findet ein Wandel weg von einer reinen inputorientierten Kostenbetrachtung des Sektors Gesundheit, hin zu einem ergebnisorientierten Wachstumsmotor für die Ökonomie eines Landes statt. Für ein nachhaltiges Wachstum durch die Gesundheitswirtschaft ist dabei – gerade durch den hohen Anteil an öffentlichen Mitteln, mit Gesundheitsausgaben von etwa 8,4 % (SHA 2010) des BIP – ein effizienter und evidenzbasierter Einsatz der Ressourcen nach medizinischen und ökonomischen Kriterien von Bedeutung. Dem Volumen der Gesundheitswirtschaft muss daher ein entsprechender Outcome gegenüberstehen. Dieser lässt sich als höhere Lebensqualität bzw. mehr gesunde Lebensjahre verstehen. Aus ökonomischer Sicht können vorzeitige Sterblichkeit (Gestorbene oder verlorene Lebensjahre unter 65 Jahren) oder verlorene Erwerbstätigkeitsjahre herangezogen werden. Die Schaffung eines Satellitenkontos für Gesundheit eröffnet somit weitere interessante Fragestellung mit weitreichender Bedeutung, wie etwa der Messung der Produktivitätsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft.⁴

³ Vollkommene Rationalität ist auch auf anderen Märkten nicht zu finden und als theoretisches Konstrukt zu verstehen, weshalb mit der neuen Institutionenökonomik die Annahme begrenzter Rationalität eingeführt wurde (Kieser 1993). Wie andere Marktversagensphänomene ist sie aber im Gesundheitswesen ausgeprägter.

⁴ Aufgrund der Vorreiterrolle Deutschlands bei der Schaffung eines GSK werden bereits darauf basierende Folgestudien, wie etwa die Nutzung und Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssatellitenkontos zu einer Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung BMWi (2012a) oder die Messung der Produktivitätsentwicklung in der deutschen Gesundheitswirtschaft BMWi (2012b) erarbeitet.

2.2. Studien zur österreichischen Gesundheitswirtschaft

Das vorangegangene Kapitel hat die Bedeutung und Erfassung der Gesundheitswirtschaft erläutert. Nachfolgend sollen vergangene Studienergebnisse präsentiert werden, deren Ziel bereits eine Abbildung der Gesundheitswirtschaft war. Diese geben einen ersten quantitativen Einblick in den Gesundheitsmarkt als produzierenden Sektor, mit Produktions-, Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekten. Als Weiterentwicklung dazu steht die Schaffung eines Satellitenkontos. Dieses schafft eine gegenständlichere Erfassung der Gesundheitswirtschaft und offenbart die Verflechtung des Kernbereichs und des erweiterten Bereichs der Gesundheitswirtschaft, sowie die Verflechtung selbiger mit dem Rest der Ökonomie.

In der IHS-Studie „Wertschöpfungseffekte des Wirtschaftssektors Gesundheit“ aus dem Jahr 2009 wurden nachträglich für das Jahr 2006 Schätzungen der nachfrageorientierten Bedeutung der Gesundheitswirtschaft ermittelt. Dies erfolgte damals noch ohne Schaffung eines eigenen GSK, sondern basierte auf der damals aktuellsten IOT (2005). Dies hatte zur Folge, dass die damaligen Ergebnisse sowohl im Aggregat als auch insbesondere im Detail unpräziser waren. In Cypionka et al. (2014) wurde erstmalig ein österreichisches Gesundheitssatellitenkonto für das Jahr 2008 erstellt, diese Studie zielte auf präzisere Ergebnisse ab – im Folgenden wird zunächst die Bedeutung des Gesundheitswesens an sich aufgezeigt.

Insgesamt beliefen sich die laufenden Ausgaben, die Investitionsausgaben sowie die berücksichtigten Exporte an Gesundheitsdienstleistungen, pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen im Jahr 2008 zusammen auf zirka EUR 30 Mrd.

Durch die eben genannten Ausgaben wurde in Österreich im Jahr 2008 eine Bruttowertschöpfung von insgesamt rund EUR 41,6 Mrd. ausgelöst, davon EUR 26 Mrd. direkt, EUR 9,5 Mrd. indirekt und EUR 6,14 Mrd. konsuminduziert. Im Ausland wurden insgesamt EUR 9 Mrd. generiert.

Insgesamt wurden in Österreich durch die Ausgaben und Exporte im Gesundheitssektor Arbeitsplätze in Höhe von rund 806 Tsd. Personen beziehungsweise rund 638 Tsd. Vollzeitäquivalenten gesichert, dies entspricht etwa 18,1 % der gesamtösterreichischen Vollzeitäquivalente im Jahr 2008. Im Ausland wurden Beschäftigungseffekte in Höhe von 141 Tsd. Personenjahren (119 Tsd. in Vollzeitäquivalenten) ausgelöst.

Die Einnahmen der öffentlichen Hand beliefen sich auf EUR 15,1 Mrd., was etwa 7,3 % der gesamtösterreichischen öffentlichen Einnahmen im Jahr 2008 entsprach. Der größte Anteil von EUR 8 Mrd. flossen als Abgaben in die Sozialversicherung, die Krankenanstaltenfinanzierung und den Familienlastenausgleichsfonds. Der Bund erhielt nach dem Finanzausgleich EUR 4,9 Mrd., die Länder und Gemeinden EUR 2,2 Mrd.

Humankapital ist – wie auch schon in Kapitel 2.1 erwähnt – einer der wichtigsten Faktoren für ein gesundes wirtschaftliches Wachstum. Neben Bildung bestimmt Gesundheit schlechthin

dasjenige Ausmaß an Humankapital, das der Wirtschaft zur Produktion zur Verfügung steht. Die gesundheitsökonomische Literatur belegt einen positiven und signifikanten Effekt der gestiegenen Lebenserwartung auf das BIP-Wachstum. Der positive Zusammenhang zwischen Gesundheit und dem Bereitstellen der eigenen Arbeitskraft impliziert, dass ein schlechter Gesundheitszustand der erwerbstätigen Bevölkerung zu realen Produktivitätsverlusten aufgrund von vermehrten Fehlzeiten und vorzeitiger Sterblichkeit führt. In der Studie „Wachstumseffekte von Gesundheit – Eine Simulationsstudie für Österreich“ werden diese volkswirtschaftlichen Effekte mithilfe zweier Methoden: (Humankapital-Ansatz und IHS-Makromodell) quantifiziert. Als Betrachtungszeitraum wurden in der Studie die Perioden 1980-2007, 1990-2007 sowie 2000-2007 gewählt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass – bewertet durch das statische Modell des Humankapital-Ansatzes – die beobachteten Gesundheitsverbesserungen der letzten drei Jahrzehnte unter Berücksichtigung der Gesundheitsausgabendynamik einen positiven Netto-Effekt auf die Produktivität der österreichischen Erwerbsbevölkerung ausübten.⁵

Es zeigt sich, dass Gesundheit und die Gesundheitswirtschaft ein mehrdimensionales Phänomen sind, die in enger Verbindung stehen. Dabei spielen unter anderem die Gesellschaft, Bildung, Investitionen und das Arbeitsangebot eine tragende Rolle.

⁵ Das implementierte Lebenszyklus-Modell im Humankapital-Ansatz unterstellte dazu einen Wirkungsgrad von 100% der Gesundheitsausgaben auf Mortalität (vorzeitige Sterblichkeit) und Morbidität (Krankenzustände), was gleichbedeutend ist mit der Auswirkung der verbesserten Gesundheit sui generis. Im Rahmen des implementierten dynamischen IHS-Wachstumsmodells wurden realistischere Wirkungsgrade der Gesundheitsausgaben angenommen. Die Ergebnisse der einzelnen makro-ökonomischen Variablen wie BIP, BIP pro Kopf und Arbeitslosenquote fielen uneinheitlich aus. Die Simulationsergebnisse differieren in qualitativer und quantitativer Hinsicht und sind demnach von den konkreten Parameterwerten und Modellannahmen abhängig.

3. Abgrenzung und Klassifizierung der Gesundheitswirtschaft

Für die Schaffung eines Gesundheitssatelliten bedarf es einer gegenständlichen Abgrenzung. Die Bestimmung der Gesundheitswirtschaft soll in Anlehnung an das Stufenmodell, welches auch im deutschen GSK Anwendung fand (BMW 2012), und auch dem ersten Gesundheitssatellitenkonto für Österreich zugrundeliegt, erfolgen.

3.1. Modell zur Verortung der Gesundheitswirtschaft

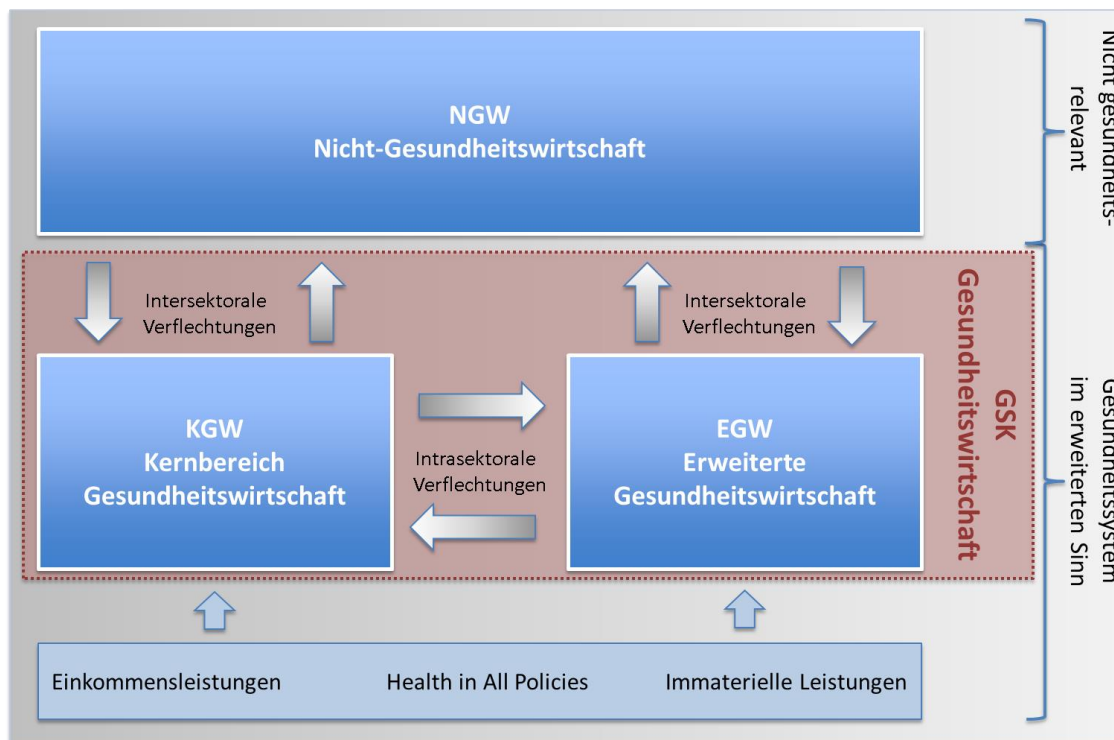
Die Gesundheitswirtschaft lässt sich anhand verschiedener Begriffe abgrenzen. So wurden im Forschungsprojekt des Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMW 2009: 103) als Beispiel der objektive Gesundheitsnutzen, die Gesundheitsrelevanz von Leistungen, die Zahlungsbereitschaft (entspricht dem subjektivem Gesundheitsnutzen bzw. der Kaufabsicht) oder eine produkt- und unternehmensbezogene Abgrenzung angeführt.

Eine Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft für das ÖGSK erfolgt über den Konsum von Gütern und Dienstleistungen. Der gesundheitsrelevante Konsum als Ausgaben auf der Verwendungsseite führt zu Umsätzen bei ProduzentInnen und DienstleisterInnen auf der Entstehungsseite, welche somit der Gesundheitswirtschaft zuzuordnen sind. Medizinische Güter und Leistungen gehören zum (Kern-)Bereich Gesundheitswirtschaft. Alle konsumierten Güter und Dienstleistungen, die einen subjektiven (entspricht der Kaufabsicht) Gesundheitsnutzen stiften – und somit einen verwendungsseitigen gesundheitsrelevanten Konsum darstellen –, werden als gesundheitsrelevant eingestuft (zur güterbezogenen Unterscheidung siehe Kapitel 3.2.1). Dabei beschränkt sich die Konsumnachfrage nach in Österreich produzierten gesundheitsrelevanten Gütern und Leistungen nicht nur auf das Inland, sondern auch der Export gesundheitsrelevanter Güter und Dienstleistungen fließt aufgrund dieser Herangehensweise in das ÖGSK mit ein. Der Import gesundheitsrelevanter Leistungen und Güter zur Bedienung der Endnachfrage sowie der Import von Intermediär-Gütern für alle gesundheitsrelevanten Wirtschaftsbereiche sind nicht Teil der Leistungen der Österreichischen Gesundheitswirtschaft und werden daher nicht im ÖGSK berücksichtigt, der zur Erfüllung der heimischen Gesundheitsleistungen bestehende Bedarf nach importierten Intermediär-Gütern wird jedoch gesondert ausgewiesen.

Die hier vorgestellte Klassifizierung des Gesundheitssatellitenkontos in einen Kernbereich Gesundheitswirtschaft (KGW) und in eine erweiterte Gesundheitswirtschaft (EGW) folgt einer Abgrenzung nach Gütern und deren gesundheitlicher Relevanz und nicht einer finanzierungsseitigen Untergliederung. Wie hoch der öffentliche oder private Finanzierungsanteil der Güter ist, wird erst in einem zweiten Schritt durch die Unterscheidung in einen ersten Gesundheitsmarkt (1. GM) und einen zweiten Gesundheitsmarkt (2. GM) berücksichtigt (siehe Kapitel 3.2.2).

Nachfolgende Abbildung liefert eine Annäherung zur Verortung der Gesundheitswirtschaft. So lassen sich Güter und Dienstleistungen in die drei Bereiche Nicht-Gesundheitswirtschaft (NGW), Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (KGW) und erweiterte Gesundheitswirtschaft (EGW) untergliedern. Durch Vorleistungen bei der Produktion gibt es eine Verflechtung von Gütern und Dienstleistungen miteinander. Weiters beinhaltet ein Gesundheitssystem auch Einkommensleistungen, immaterielle Leistungen und Leistungen anderer Politikfelder (Health in All Policies).

Abbildung 3: Modell zur Verortung der Gesundheitswirtschaft



Quelle: Cypionka et al. (2014).

Die Gesundheitswirtschaft des GSK wird durch die zwei Aggregationsgruppen Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (KGW) und erweiterte Gesundheitswirtschaft (EGW) gebildet (zur Beschreibung der Aggregationsgruppen siehe Kapitel 3.3). Die Vorleistungsstruktur der Gesundheitsbereiche untereinander (intrasektorale Verflechtung), sowie die Vorleistung der Gesundheitsbereiche mit nicht-gesundheitsspezifischen Leistungen (intersektoral), wird durch die Verwendungstabelle im Rahmen der Input-Output Analyse wiedergegeben und ist ebenfalls Teil der Gesundheitswirtschaft des GSK.

Im österreichischen Gesundheitssatellitenkonto (ÖGSK) bleiben Einkommensleistungen bzw. Transferzahlungen, Health in All Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern) und immaterielle Gesundheitsleistungen unberücksichtigt. Zu den Einkommensleistungen, welche ausgenommen werden, zählen etwa Lohnfortzahlungen. Im ÖGSK werden somit auch private Versicherungsleistungen in Form von monetären Transferleistungen wie das Spitalgeld – welches 8,2 % der privaten Krankenversicherungsleistungen im Jahr 2013 ausmachte – nicht berücksichtigt (VVO 2016). Zu den vom ÖGSK ausgenommenen immateriellen Gesundheitsleistungen gehören etwa Qualität, Anbindung, Hygienebedingungen oder auch

Zugang und Transparenz im Gesundheitswesen. Zur extrinsischen Gesundheitswirtschaft gehören etwa die Faktoren Umwelt oder Lebensstandard, welche ebenfalls ausgenommen sind. Im Gegensatz zu Hygienebedingungen finden Hygienegüter in Form von Produkten zur Körperpflege als materielle Güter (intrinsische Faktoren der Gesundheitswirtschaft) Berücksichtigung. Weiters werden Bereiche wie die Wasserversorgung nicht einbezogen, da dies als Basisversorgung bzw. autonomer Konsum angesehen wird und ein zu abstraktes und diffiziles Verständnis der Gesundheitswirtschaft zugrunde legen würde. Im 19. Jahrhundert hatte die Wasser- und Abwasserversorgung maßgeblichen Anteil am Anstieg der Gesundheit in der Bevölkerung und wurde als stark gesundheitsrelevant wahrgenommen. Heutzutage ist in vielen Ländern (wie etwa auch Österreich) die Wasser- und Abwasserversorgung jedoch eine selbstverständliche Leistung, welcher keine direkte Gesundheitsrelevanz mehr beigemessen wird.

3.2. Abgrenzung des GSK

Die grundsätzliche Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft für das ÖGSK erfolgt nach Güterkriterien und einer damit zusammenhängenden Bestimmung der jeweiligen Gesundheitsrelevanz.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass im weiteren Verlauf dieser Ausarbeitung zwischen Gesundheitskoeffizient und Gesundheitsanteil begriffsdefinitorisch unterschieden wird:

- **Gesundheitskoeffizient** bezieht sich auf den gesundheitsrelevanten Anteil eines bestimmten Gutes oder einer bestimmten Leistung (siehe dazu Tabelle 7: Gesundheitskoeffizienten).
- **Gesundheitsanteil** gibt den finalen gesundheitsrelevanten Anteil einer spezifischen Gütergruppe an. Dieser ergibt sich aus der Kombination des Gesundheitskoeffizienten und jenem Anteil, welcher von der übergeordneten CPA-Gruppe auf dieses spezifische Gut/diese spezifischen Güter entfällt (siehe dazu Tabelle 14).

3.2.1. Güterbezogene Abgrenzung

Der primären Untergliederung des GSK folgt eine nachfrageseitige, güterbezogene Unterscheidung.⁶ Nach einem herkömmlichen Verständnis des Gesundheitsmarktes werden alle im Gesundheitswesen zur Anwendung kommenden Güter und Leistungen, etwa ärztliche Dienstleistungen, Arzneimittel oder Diagnosegeräte dem Gesundheitsmarkt zugeschrieben. Wie in Kapitel 2. angeführt hat das Verständnis über die vielfältigen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und einzelnen Lebensbereichen stark zugenommen, was unter anderem auch im Stichwort *Health in all policies* zum Ausdruck kommt. Somit gehören auch gesundheitsfördernde Güter und Leistungen zum Gesundheitsmarkt, die außerhalb der Institutionen des Gesundheitswesens konsumiert werden. Zu diesen zählen etwa Bio-Lebensmittel,

⁶ Eine sekundäre Untergliederung ergibt sich durch die Güteraggregationsgruppen G1-G12 (siehe dazu Tabelle 14).

gesundheitsrelevanter Tourismus bzw. Wellness oder Aufarbeitungen zum Thema Gesundheit in Medien (TV, Radio, Printmedien). Somit ergibt sich folgende güterbezogene Unterscheidung:

- **Kernbereich Gesundheitswirtschaft (KGW):** Umfasst Güter und Leistungen des Gesundheitswesens nach der Statistik der Gesundheitsausgaben gemäß dem *System of Health Accounts*. Dazu zählen beispielsweise stationäre bzw. ambulante Leistungen oder pharmazeutische Erzeugnisse und deren Vertrieb (siehe Kapitel 3.3).
- **Erweiterte Gesundheitswirtschaft (EGW):** Bezeichnet gesundheitsrelevante Güter und Leistungen, die einer subjektiv gesundheitsbezogenen Kaufentscheidung unterliegen, welche nicht mit den Institutionen des Gesundheitswesens gemäß dem *System of Health Accounts* in Verbindung gebracht werden und somit nicht im KGW enthaltenen gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen entsprechen.

Die primäre Intention hinter einer Klassifizierung über eine subjektive Kaufentscheidung ergibt sich aus der Datenverfügbarkeit und aus Erhebungsgründen.⁷ Durch Marktforschung bzw. Umfragen lässt sich das subjektive Empfinden einer gesundheitsbezogenen Wirkung als Basis für die Kaufentscheidung eines Gutes am österreichischen Markt erheben. Somit wird durch diese Definition der erweiterten Gesundheitswirtschaft nicht die tatsächliche gesundheitsbezogene Wirkung bei der Zuordnung der Gütergruppen abgebildet, sondern die durch die KonsumentInnen subjektiv beigemessene Gesundheitsrelevanz. Es liegen bei weitem nicht genug stichhaltige Daten über die gesundheitlichen Wirkungen der für die EGW in Frage kommenden Güter vor. Über das SHA kann zwar eine Abgrenzung und Identifikation der Güter und Leistungen für den KGW vorgenommen werden. Die Input-Orientierung anhand der Gesundheitsausgaben gemäß dem *System of Health Accounts* (SHA) liefert jedoch nur die getätigten Aufwendungen ohne Feststellung der tatsächlichen Output-Wirkung auf die Gesundheit. Eine ineffiziente Ressourcenverteilung wird damit nicht offengelegt.⁸

Weiters ergeben sich aufgrund der medizintechnologischen Abgrenzung des SHA einige Güter und Leistungen, die sich in einem Graubereich bewegen. So ist die Schönheitschirurgie strenggenommen nicht gesundheitsrelevant. Weitere Grenzfälle sind etwa Haushaltshilfen, Sonnenbrillen oder Kondome. Kapitel 5.1 gibt einen Überblick über einbezogene und ausgeklammerte Bereiche der Gesundheitswirtschaft des GSK. Daraus lassen sich auch jene Produktions- und Dienstleistungssektoren ablesen, welche nicht primär gesundheitsrelevant erscheinen, aufgrund ihrer Vorleistungsstruktur für die Gesundheitswirtschaft jedoch hervorzuheben sind und demnach im GSK behandelt werden sollen. Dazu gehören beispielsweise die pharmazeutische Industrie, die medizintechnische Industrie oder Versicherungsdienstleistungen. Die Ausweisung von Wirtschaftssektoren mit Vorleistungsfunktion für den Kernbereich Gesundheitswirtschaft als eigene Güteraggregationsgruppen richtet sich nach dem *System of Health Accounts* (SHA) (siehe

⁷ Darüber hinaus liegt eine internationale Vergleichbarkeit bzw. eine internationale Konsensfindung in dieser Definitionsfassung begründet. Die Rahmenbestimmungen des österreichischen GSK sind an jene des deutschen GSK angelehnt.

⁸ Zu den Problematiken bei der Output-Messung, der Bestimmungen der Produktionsfunktion und der Kosten-Nutzen-Zuordnung siehe Kapitel 2.

Kapitel 3.3.1). Sozialleistungen, wie etwa Erziehungs- und Jugendwohnheime, Beratungsstellen, Tagesstätte, oder Einrichtungen zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen werden – mit Ausnahme von Pflegeeinrichtungen bzw. Einrichtungen für Menschen mit Behinderung – nicht berücksichtigt.

3.2.2. Finanzierungsseitige Abgrenzung

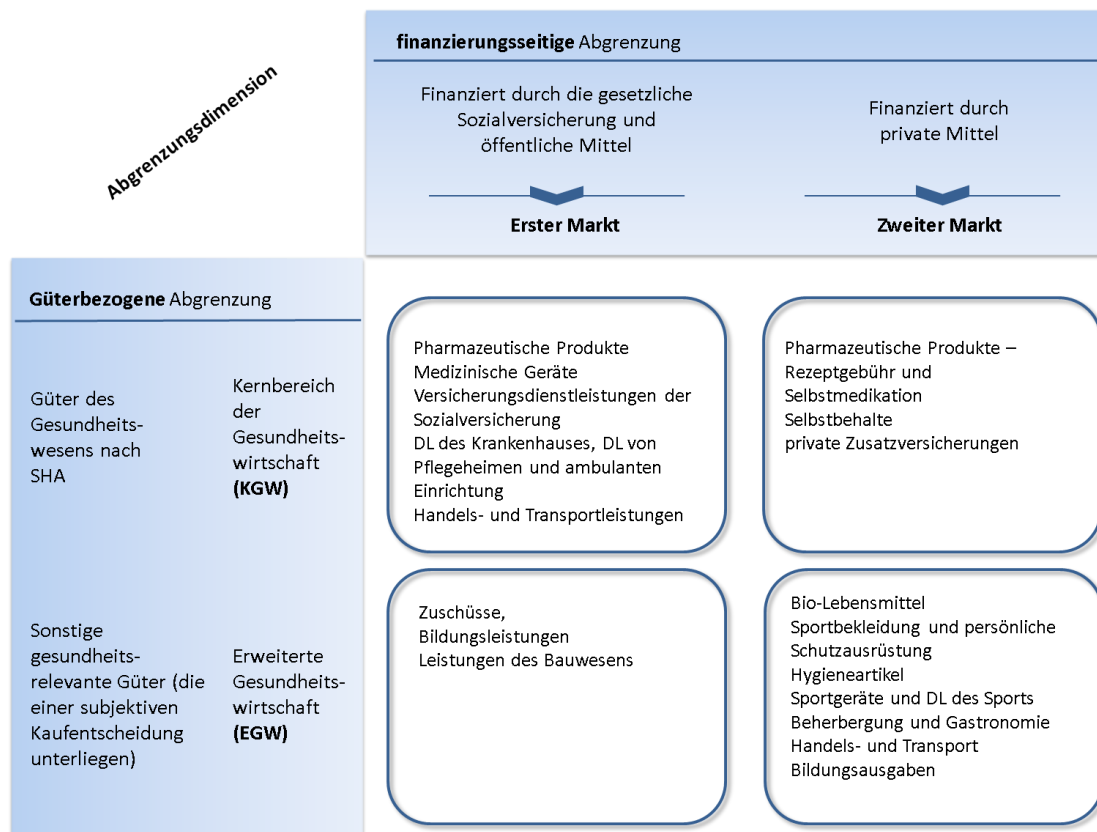
Neben einer güterbezogenen Unterscheidung kann die Gesundheitswirtschaft auch finanzierungsseitig abgegrenzt werden. Dabei orientiert sich diese finanzierungsseitige Unterscheidung an der Einteilung des *System of Health Accounts (SHA)* gemäß der *Classification of Health Care Financing – ICHA-HF* in einen Sektor Staat (ICHA-HF.1) und einen privaten Sektor bestehend aus den Bereichen Freiwillige Systeme der Gesundheitsfinanzierung (ICHA-HF.2) und Selbstzahlungen der privaten Haushalte (ICHA-HF.3) (siehe Tabelle 5).⁹ Primär wird bei der Unterscheidung der beiden Märkte von den Konsumausgaben privater Haushalte und privater Organisationen ohne Erwerbszweck (POE), sowie Konsumausgaben des Staates im Rahmen der Input-Output-Rechnung ausgegangen.

- **Erster Gesundheitsmarkt (GM_1):** Güter und Leistungen, die im Rahmen des bestehenden Finanzierungssystems über Pflichtversicherungen bzw. Sozialversicherungen (ICHA-HF.1.2) erstattet werden oder durch öffentliche Mittel finanziert werden (ICHA-HF.1.1), sind dem *Ersten Gesundheitsmarkt (GM_1)* zugeordnet (beispielsweise erstattungsfähige Arzneimittel).
- **Zweiter Gesundheitsmarkt (GM_2):** Jene gesundheitsrelevanten Güter und Leistungen, welche weder über Pflichtversicherungen bzw. Sozialversicherungen gedeckt sind noch durch öffentliche Mittel subventioniert werden, sind dem *Zweiten Gesundheitsmarkt* zugeordnet. Darunter fallen freiwillige Krankenversicherungssysteme, private Organisationen ohne Erwerbszweck, Unternehmen und Selbstzahlungen der privaten Haushalte für Leistungen wie beispielsweise Wellness (ICHA-HF.2 - HF.3).

Im internationalen Vergleich besteht in Österreich ein hoher Deckungsgrad durch Leistungen der Sozialversicherung. So werden etwa auch im zahnmedizinischen Bereich Leistungen durch die Krankenversicherung übernommen, was durchaus nicht in allen westlichen Ländern der Fall ist. Aus diesem Grund ist der erste Markt im Verhältnis zum zweiten Markt in Österreich stärker ausgeprägt. Jedoch weist der Zweite Gesundheitsmarkt eine wachsende Bedeutung auf. Im Zuge dieser Entwicklung ist eine tendenzielle relative Verschiebung vom Ersten zum Zweiten Gesundheitsmarkt zu erwarten.

⁹ Zusätzlich existiert noch der Sektor *übrige Welt* (ICHA-HF.4), der jedoch hier nicht von Bedeutung ist.

Abbildung 4: Die vier Teilmärkte des österreichischen GSK



Quelle: Czypionka et al (2014).

3.3. Kernbereich Gesundheitswirtschaft

Da die primäre Unterscheidung des GSK verwendungsseitig nach Gütern erfolgt, werden in diesem und den darauffolgenden Kapiteln die Gütergruppen und deren Gesundheitsrelevanz (Gesundheitskoeffizienten) anhand der Einteilung in einen Kernbereich Gesundheitswirtschaft (KGW) und eine erweiterte Gesundheitswirtschaft (EGW) erläutert.

Gesundheitsanteile bzw. Koeffizienten, die die Gesundheitsrelevanz widerspiegeln, bilden den Schlüssel für die im Gesundheitssatelliten abgegrenzten Konten. Dazu werden Studien und Statistiken bzw. Sekundärdaten herangezogen (siehe etwa Tabelle 8) sowie Befragungen durchgeführt. Die wesentliche Anforderung bei der Ermittlung dieser Koeffizienten ist eine Kompatibilität mit den Makroaggregaten der VGR.¹⁰ Wie bereits angeführt bestimmt die systematische Abgrenzung der Leistungsanbieter im SHA die Güterabgrenzung für den Kernbereich Gesundheitswirtschaft.

¹⁰ Wenn nicht anders angegeben, bilden Gesundheitskoeffizienten güterbezogene nachfrageseitige Koeffizienten. Für einzelne Gütergruppen ergeben sich Abweichungen in den Koeffizienten in Bezug auf Konsumausgaben der POE, Konsumausgaben des Staates, Ausrüstungsinvestitionen, Bauinvestitionen, (Input-)Vorratsveränderungen, (Output-)Vorratsveränderungen, Importe, Exporte, intermediäre Verwendung und Subventionen.

3.3.1. System of Health Accounts

Seit dem Jahr 2005 werden die österreichischen Gesundheitsausgaben im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) nach der System of Health Accounts-Methode berechnet und publiziert. Eine revidierte Version des Manuals „A System of Health Accounts (SHA 2011)“ veröffentlichten OECD, Eurostat und WHO im Jahr 2011. Diese Version wurde erstmalig im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung 2015/2016 für die Jahre 2011 bis 2014 in Österreich umgesetzt (Statistik Austria 2016a).

Das „System of Health Accounts“ ist ein konsistentes, international vergleichbares System von Gesundheitskonten zur umfassenden Dokumentation und Erfassung von Gesundheitsausgaben (inklusive Langzeitpflege) und ihrer Finanzierung. Derzeit wird das SHA in nahezu allen OECD-Ländern verwendet. Die angewandten Buchungsregeln zur Berechnung der öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben gemäß SHA basieren auf den Konzepten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) und erfüllen somit auch die international anerkannten Kriterien zur Festlegung der nationalen ökonomischen Aggregate. Die VGR bildet somit den Bezugspunkt sowohl für die Input-Output-Tabellen als auch für die Ausgabenrechnung gemäß SHA.

Generell verfolgt das SHA folgende Ziele (Statistik Austria 2016a):

- Eine international harmonisierte inhaltliche Abgrenzung der Gesundheitsversorgung und ihrer grundlegenden Kategorien;
- International vergleichbare Gesundheitskonten in Form standardisierter Tabellen;
- Bereitstellung eines Rahmens für eine im zeitlichen Verlauf konsistente Berichterstattung;
- Weitgehende Anbindung der Buchungsregeln an das System of National Accounts (SNA 2008). Dieser Standard der Vereinten Nationen (UNO) dient als weltweite Empfehlung zur Umsetzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR);

Das System of Health Accounts Manual bietet eine Vielzahl an Blickwinkeln auf gesundheitsrelevante Ausgaben. Folgende Klassifikationssysteme werden dabei angeboten:

- Konsumausgaben nach den Dimensionen Finanzierungssysteme (HF), Leistungserbringer (HP) und Gesundheitsleistungen und -güter (HC)
- Bruttoanlageinvestitionen (HK.1.1) von Leistungserbringern (HP)
- Konsumausgaben für Gesundheit nach Charakteristika von Leistungsempfängern (Alter, Geschlecht, Krankheitsgruppen, sozioökonomische Faktoren, etc.)
- Ausgaben für Produktionsfaktoren (Inputs) im Gesundheitswesen (FP)
- Mittelherkunft für Finanzierungssysteme (FS)
- Finanziere der Gesundheitsversorgung (FA)
- Außenhandel (Importe und Exporte) nach den Dimensionen Finanzierungssysteme (HF), Leistungserbringer (HP) und Gesundheitsleistungen und -güter (HC)
- Preis- oder Mengenveränderungen der Gesundheitsausgabenentwicklung

Die Umsetzung des System of Health Accounts (SHA 2011) in Österreich beinhaltet die jährliche Erfassung der gesundheitsrelevanten Konsumausgaben nach Finanzierungssystemen (HF), Leistungserbringern (HP) und Gesundheitsleistungen und -gütern (HC) sowie der Bruttoanlageinvestitionen von Leistungserbringern (HP).

Aufgrund der dargestellten Merkmale und Zielsetzungen des SHA dient es als wichtiger Grundstein bei der Implementierung eines Gesundheitssatellitenkontos (Güterabgrenzung für den KGW). Dabei gilt zu beachten, dass die im SHA ausgewiesenen Informationen nicht vorbehaltlos übertragbar sind und dadurch eine Kompatibilität mit der Input-Output-Methodik nicht immer gegeben ist. In der VGR wird etwa das Pflegegeld als Transfer an Haushalte behandelt, im SHA fließen diese Mittel als Produktion von Gesundheitsleistungen durch Haushaltsmitglieder in die Gesundheitsausgaben ein. Gleiches gilt für betriebsärztliche Leistungen, da diese in der VGR als Vorleistungen verbucht werden (Statistik Austria 2016a). Darüber hinaus gilt es zu beachten, dass sich das SHA nach den Umsätzen durch den Endverbrauch richtet und dabei Vorleistungsstrukturen außer Acht lässt.

Für die Implementierung des österreichischen GSK sind vor allem die Klassifizierungen nach Leistungserbringern und Finanziers relevant. Folgende Tabelle (Tabelle 2) gibt die SHA-Klassifizierung und die Abgrenzung der Kategorisierungen wieder. Die komplette Klassifikation mit allen Untergliederungen ist dem Appendix (Kapitel 8) beigelegt.

Tabelle 2: SHA-Klassifikation

HP – Leistungserbringer von Gesundheitsleistungen und -gütern	
HP.1 Krankenhäuser	Hier sind alle Einrichtungen erfasst, deren Haupttätigkeit in der medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Betreuung stationär aufgenommener PatientInnen liegt. Spitalsambulanzen sind ebenfalls in dieser Gruppe enthalten. Eine wesentliche Eigenschaft ist die spezielle Infrastruktur bzw. technologische Ausstattung der Einrichtungen.
HP.2 Einrichtungen der Langzeitpflege	Klassifiziert sind hier alle Einrichtungen, deren Haupttätigkeit in der Unterbringung, Beaufsichtigung und Pflege von beeinträchtigten und pflegebedürftigen Menschen besteht. Wichtig bei der Klassifikation einer Einheit ist der Anteil der medizinischen Leistung. Ist die medizinische Komponente eher sekundär, dann werden diese nicht in dieser Kategorie inkludiert.
HP.3 Ambulante Leistungserbringer	In dieser Gruppe sind alle Einrichtungen zusammengefasst, deren Haupttätigkeit in der direkten Erbringung ambulanter Gesundheitsleistungen für Personen besteht, die keine stationäre Behandlung benötigen.
HP.4 Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung	Diese Kategorie umfasst Hilfsleistungen im Gesundheitswesen, wie etwa Rettungs- und Krankentransporte oder medizinische und diagnostische Labors. Es werden nur Leistungserbringer inkludiert, die nicht nur Vorleistungen erzeugen, sondern in direkten Kontakt mit PatientInnen treten.
HP.5 Einzelhandel und sonstige Anbieter medizinischer Güter	Eine Einrichtung wird in dieser Gruppe erfasst, wenn die Haupttätigkeit der Verkauf medizinischer Güter an die breite Öffentlichkeit zur letzten Verwendung bzw. Nutzung durch private Haushalte ist. Als Beispiel seien hierbei Apotheken und der

	Einzelhandel für medizinische und orthopädische Artikel genannt.
HP.6 Einrichtungen der präventiven Gesundheitsversorgung	Hier werden all jene Einrichtungen berücksichtigt, welchen die Organisation und Durchführung von Programmen für Präventionsmaßnahmen obliegt, wie etwa die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES).
HP.7 Verwaltung und Versicherung der Gesundheitsversorgung	Diese Klasse umfasst alle Einrichtungen, deren Haupttätigkeit in der Planung und Regulierung der Aktivitäten von Gesundheitsleistungserbringern besteht, und jene Einheiten, welche die Gesundheitssystemfinanzierung verwalten und regulieren.
HP.8 Sonstige Wirtschaftszweige	Diese Gruppe umfasst anderweitig nicht genannte Wirtschaftszweige, die als Neben- oder sonstige Tätigkeit Gesundheitsleistungen erbringen. Als Beispiel können die privaten Haushalte, welche Pflegeleistungen erbringen, die durch das Pflegegeld abgebildet werden, genannt werden.
HP.9 Übrige Welt	Diese Gruppe dient zur Erfassung von gebietsfremden Einrichtungen, die Gesundheitsleistungen zur letzten Verwendung durch gebietsansässige Einheiten erbringen.
HF – Finanziars	
HF.1 Staat und verpflichtende Beitragssysteme	Bei dieser Gruppe sind alle institutionellen Einheiten der Teilsektoren Bund, Länder, Gemeinden sowie die Sozialversicherung erfasst. In den SHA-Tabellen werden die Gesundheitsausgaben nach HF.1.1 Staat außer Sozialversicherung und HF.1.2 Verpflichtende Beitragssysteme dargestellt.
HF.2 Freiwillige Krankenversicherungssysteme	Diese Gruppe beinhaltet Versicherungen, welche nicht durch rechtliche Normen verpflichtend sind, und umfasst freiwillige Krankenversicherungen und die Finanzierungssysteme „Private Organisationen ohne Erwerbszwecke“ und „Unternehmen“ (z.B. betriebsärztliche Tätigkeiten).
HF.3 Selbstzahlungen der privaten Haushalte	Selbstzahlungen der Haushalte fallen ebenfalls unter die freiwilligen Finanzierungssysteme. Zahlungen erfolgen in der Regel bei Inanspruchnahme der Gesundheitsleistung.
HF.4 Übrige Welt	Diese Position umfasst Finanzierungssysteme im Inland, die durch nicht-gebietsansässige Finanziars betrieben werden. Diese Finanziars sind im Bereich der internationalen Kooperation, wie sie zum Beispiel die Entwicklungshilfe im Gesundheitsbereich darstellt, von Relevanz. Da in Österreich keine Finanzierung von Gesundheitsleistungen durch das Ausland erbracht wird, ist diese Kategorie nicht von Bedeutung.

Quelle: IHS (2017) nach Statistik Austria (2016a).

Die im SHA ausgewiesenen Gesundheitsausgaben dienen als Datengrundlage für den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, welche in das Güteraggregationssystem (Güteraggregationsgruppen G_1-G_12) des Gesundheitssatellitenkontos überführt werden. Folgendes Kapitel geht nun genauer auf den Aufbau des Kernbereichs Gesundheitswirtschaft ein, um in Folge eine Harmonisierung des SHA und des GSK durchzuführen (siehe Tabelle 5).

3.3.2. Aufbau und Anwendung des KGW

Der KGW setzt sich aus den Güteraggregationsgruppen G_1 bis G_7 zusammen. Tabelle 4 zeigt alle Güter und Dienstleistungen, die dem KGW zugeordnet werden. Dabei kann grob unterschieden werden zwischen jenen Gütergruppen, die auf der vorhandenen Datenebene zu 100 % gesundheitsrelevant sind und jenen Gütergruppen, die nur anteilig einer Gütergruppe auf höherer Aggregationsebene zuordenbar sind.

Somit weisen etwa medizinische Dienstleistungen im (teil-)stationären bzw. nichtstationären Bereich, Alters- und Pflegeheime, sowie Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräte und elektromedizinische Geräte, medizinische und zahnmedizinische Apparate und Materialien (hierunter fallen auch Brillen und orthopädische Produkte) jeweils einen Gesundheitsanteil von 100 % auf.

Andere Güter und Dienstleistungen sind ein bestimmter Anteil der verfügbaren Gütergruppe, welche auch nicht gesundheitsrelevante Bereiche enthält. Daraus ergibt sich ein Gesundheitsanteil von unter 100 %. Nachfolgende Tabelle 3 veranschaulicht beispielhaft die Zuordnung gesundheitsrelevanter Güter und Dienstleistungen zur jeweiligen tiefst verfügbaren Datenebene:

Tabelle 3: Beispiel für die Verortung gesundheitsrelevanter Gütergruppen

Zusammensetzung der verfügbaren Gütergruppen	Zuordnung
30_F Fahrräder, sowie Behindertenfahrzeuge	
C309210 Zweiräder und andere Fahrräder (einschließlich Lastendreiräder), ohne Motor	EGW
C309220 Rollstühle und andere Fahrzeuge für Kranke und Körperbehinderte	KGW
C309230 Teile und Zubehör für Zweiräder und andere Fahrräder, ohne Motor, sowie für Rollstühle und andere Fahrzeuge für Behinderte	KGW/EGW
C 30.92.4 Kinderwagen und Teile davon	NGW
C309299 An Subunternehmer vergebene Arbeiten bei der Herstellung von Fahrrädern sowie Behindertenfahrzeugen	KGW/EGW

Anmerkung: NGW...Nicht-Gesundheitswirtschaft.

Quelle: Czypionka et al. (2014).

Um eine klare Struktur zu schaffen, werden alle gesundheitsrelevanten Güter und Leistungen einer von zwölf Güteraggregationsgruppen zugeordnet. Um eine größtmögliche Kompatibilität zu gewährleisten, wurde die Struktur den Güteraggregationsgruppen des deutschen GSK angepasst. Für den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft des österreichischen GSK ergibt sich damit die in Tabelle 4 veranschaulichte Zuordnung der Güteraggregationsgruppen und deren jeweiliger Gesundheitsanteil (für eine Erläuterung der Gesundheitsanteile siehe Tabelle 5).

Tabelle 4: Aufbau und Gesundheitsanteile der Güteraggregationsgruppen G_1 - G_7

Güteraggregationsgruppe	CPA ¹⁾	Gütergruppe	Gesundheitsanteil
Kernbereich der Gesundheitswirtschaft			
G_1 Pharmazeutische Produkte			
	21	Pharmazeutische Erzeugnisse	88,76%
G_2 Medizintechnische Produkte			
	26F	Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräte und elektromedizinische Geräte	100%
	30F	Fahrräder sowie Behindertenfahrzeuge	1%
	32D	Medizinische und zahnmedizinische Apparate und Materialien	100%
	33_IC	Installationsarbeiten an medizinischen, sowie optischen und feinmechanischen Instrumenten und an Ausrüstungsgegenständen für industriell-gewerbliche Zwecke	13,34%
	33_RC	Reparaturarbeiten an elektronischen und optischen Geräten	13,34%
G_3 Einzelhandelsleistungen des Kernbereichs			
	47	Einzelhandelsleistungen (ohne Handelsleistungen mit Kraftfahrzeugen)	6,80%
G_4 Krankenversicherungs- und sonstige Verwaltungsleistungen			
	65	Dienstleistungen Versicherungen	16,70%
	84	Dienstleistungen der öffentlichen Verwaltung, der Verteidigung und der Sozialversicherung	3,46%
G_5 Dienstleistungen stationärer Einrichtungen			
	86_A	Dienstleistungen von Krankenhäusern	100%
	87-88_A	Alters- und Pflegeheime	100%
G_6 Dienstleistungen nicht-stationärer Einrichtungen			
	86_B	Ärztliche Dienstleistungen in Arzt- und Zahnpraxen	100%
	86_C	Dienstleistungen des Gesundheitswesens, a.n.g.	100%
	87-88_B	Dienstleistungen des Sozialwesens	16,07%
G_7 Sonstige Dienstleistungen des Kernbereichs			
	46	Großhandelsleistungen (ohne Handelsleistungen mit Kraftfahrzeugen)	9,04%
	49	Landverkehr und Transportleistungen in Rohrfernleitungen	1,24%
	50	Schiffahrtsleistungen	0,002%
	51	Luftfahrtleistungen	0,001%
	52	Lagereleistungen sowie sonstige Unterstützungsdienstleistungen für den Verkehr	1,28%

Anmerkung: Einige ÖCPA Gütergruppen scheinen doppelt auf, da diese anteilig sowohl im KGW als auch in der EGW wirksam sind.

Wenn nicht anders angegeben, bilden Gesundheitskoeffizienten güterbezogene nachfrageseitige Koeffizienten. Für einzelne Gütergruppen ergeben sich Abweichungen in den Koeffizienten in Bezug auf Konsumausgaben der POE, Konsumausgaben des Staates, Ausrüstungsinvestitionen, Bauinvestitionen, (Input-)Vorratsveränderungen, (Output-)Vorratsveränderungen, Importe, Exporte, intermediäre Verwendung und Subventionen.

1) Je nach verfügbarer Detailtiefe wurden neben den publizierten Daten der Statistik Austria auf Zweisteller-Ebene auch Sonderauswertungs-Daten der internen Input-Output-Tabelle 2013 (IIO) der Statistik Austria herangezogen.¹¹ Diese sind durch einen nachgestellten alphabetischen Code gekennzeichnet.

Quelle: IHS (2017).

3.3.3. Gesundheitsanteile des KGW

In den vorhergehenden zwei Kapiteln wurde genauer auf die Klassifikation des SHA wie auch des KGW eingegangen. Durch eine Darstellung der genauen Zusammensetzung und Abgrenzung der Gruppen soll eine Verzahnung der beiden Klassifikationssysteme erfolgen. In folgender Tabelle (Tabelle 5) wird dies vorgenommen. Die erste Spalte beinhaltet die Güteraggregationsgruppen, wie sie in Tabelle 4 dargestellt wurden. In der dritten Spalte ist die zuordenbare SHA-Klassifikation zu finden. In der Mitte befindet sich jeweils eine Beschreibung und Abgrenzung der Gruppen. Dabei wird auch die Bestimmung der Gesundheitsanteile von Gütern und Leistungen des KGW erläutert.

¹¹ Input-Output-Daten der Sonderauswertung der Statistik Austria liefern eine etwas genauere Abbildung (sozusagen „Zweieinhalbsteller“-Ebene). Während die publizierte Input-Output-Tabelle 74 Sektoren aufweist, unterscheidet die „interne IO“ etwa 250 Güter- und 150 Wirtschaftssektoren. Der *Gesundheitsanteil* bezieht sich – wenn vorhanden – auf diese „Zweieinhalbsteller“-Ebene.

Tabelle 5: Zusammenführung: Güteraggregationsgruppen und SHA-Klassifizierung

Güteraggregationsgruppen	Beschreibung	SHA-Klassifizierung
G_1 Pharmazeutische Erzeugnisse	<p>Diese Gruppe beinhaltet fast die gesamte pharmazeutische Industrie, abzüglich jenes Anteils an Pharmazeutika, welcher für die Veterinärmedizin bestimmt ist.</p> <p>Ein Teil der pharmazeutischen Produktion ist der EGW zuzuschreiben (Selbstmedikation mit nicht registrierten OTC-Produkten wie Nahrungsergänzungsmitteln oder diätischen Lebensmitteln), wodurch sich für die Güteraggregationsgruppe G_1 des Kernbereichs ein Anteil von 88,76 % ergibt (siehe dazu Kapitel 3.4.5).</p>	
G_2 Medizintechnische Produkte	<p>Diese Gruppe umfasst medizinische, chirurgische bzw. orthopädische Instrumente, Apparate, Geräte, Vorrichtungen und Verbrauchsmaterialien sämtlicher Fachrichtungen.</p> <p>Dies sind etwa neben Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten sowie elektromedizinischen bzw. zahnmedizinischen Apparaten (inkl. Installations- und Reparaturarbeiten an derartigen Geräten) auch Brillen und andere Sehhilfen, orthopädische und prothetische Hilfsmittel und Hörhilfen, Sterilisierapparate für medizinische oder chirurgische Zwecke oder für Laboratorien, Spritzen, Nadeln, Katheter, Kanülen, Mechanotherapie- und Massageapparate, künstliche Gelenke u. a. orthopädische Apparate sowie deren Teile und Zubehör, Waren der Zahnprothetik und medizinische Möbel wie beispielsweise Operationstische und -stühle.</p> <p>Da alle diese Güter eine vollständige Gesundheitsrelevanz aufweisen (Gesundheitskoeffizient von 100 %), werden die entsprechenden IIO Gütergruppen 26_F <i>Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräte und elektromedizinische Geräte</i> sowie 32_D <i>Medizinische und zahnmedizinische Apparate und Materialien</i> gänzlich in die Güteraggregationsgruppe Medizintechnische Geräte (G_2) aufgenommen. Zur Bestimmung der Installations- und Reparaturarbeiten für medizintechnische Geräte wird approximativ der Anteil elektromedizinischer Geräte (inkl. Importe, ohne Exporte) am gesamten Aufkommen (inkl. Importe, ohne Exporte) an elektronischen und optischen Erzeugnissen und Geräten (13,34 %) ermittelt und auf die IIO Gruppen 33_RC und 33_IC (<i>Reparatur- und Installationsarbeiten an elektronischen und optischen Geräten</i>) angewandt.</p> <p>Außerdem ist die Produktion von Rollstühlen und Behindertenfahrzeugen dieser Gruppe zuzuschreiben. Laut Innung der Gesundheitsberufe (Orthopädietechniker) besteht in Österreich nur eine äußerst geringe Produktion an Rollstühlen und Behindertenfahrzeugen, weshalb der entsprechende</p>	HP.5 Einzelhandel und sonstige Anbieter medizinischer Güter

	Gesundheitsanteil an der IIO Gütergruppe 30_F <i>Fahrräder sowie Behindertenfahrzeuge</i> mit einem Prozent ausgewiesen wird.	
G_3 Einzelhandelsleistungen des Kernbereichs	Zu dieser Kategorie gehören Apotheken bzw. der Einzelhandel mit medizinischen Gütern. Zur Ermittlung des Gesundheitsanteils des Einzelhandels (CPA 47) wird der zweite Quadrant der Aufkommenstabelle des GSK betrachtet, welcher neben Großhandels- und Transportspannen auch Einzelhandelsspannen ausweist. Dem Einzelhandel mit Gütern des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft kommt ein Anteil von 6,80 % am gesamten Einzelhandel zu.	
G_4 Krankenversicherungs- und sonstige Verwaltungsleistungen	In die Gruppe der Verwaltung und Versicherung der Gesundheitsversorgung gemäß SHA fallen Verwaltung der Gesundheitsversorgung durch den Staat (HP.7.1), die Sozialversicherung (HP.7.2), private Krankenversicherungen (HP.7.3) und sonstige Einheiten der Verwaltung (HP.7.9). Die Ausgaben der relevanten Bereiche HP.7.1 und 7.2 gemäß SHA, entsprechen einem Anteil am Aufkommen der Dienstleistungen der Kranken- und Unfallversicherung (CPA 84) von 3,46 %. Nachfolgend gilt dabei durch die Klassifikation bzw. Abgrenzung des SHA zu beachten: Die Verwaltungsleistungen der Krankenversicherungsträger werden um nicht gesundheitsrelevante Teile vermindert. Bei den Pensionsversicherungsträgern wird lediglich ein kleiner Anteil der Verwaltungsausgaben nach SHA verbucht – berechnet wird dieser Anteil anhand der gesundheitsrelevanten Aufwendungen der Pensionsversicherungsträger. Bei den Unfallversicherungsträgern ist der gesundheitsrelevante Verwaltungsaufwand bereits bei den jeweiligen Behandlungspositionen inkludiert. Zusätzlich fließen noch gesundheitsrelevante Verwaltungsausgaben des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger und Ausgaben von sonstigen Verwaltungseinheiten wie auch Verwaltungsausgaben des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds und der Krankenfürsorgeanstalten mit ein. Zur Bestimmung des gesundheitsrelevanten Anteils an Dienstleistungen von Versicherungen (CPA 65) werden die Verwaltungsleistungen zur Gesundheitsversorgung privater Krankenversicherungen aus dem SHA herangezogen. Diese entsprechen 15,81 % des Aufkommens der Dienstleistungen der Nichtlebensversicherungen inkl. Unfall- und Krankenversicherungen und 11,52 % der Rückversicherungsdienstleistungen (siehe Kapitel 3.4.12).	HP.7 Verwaltung und Versicherung der Gesundheitsversorgung
G_5 Dienstleistungen stationärer Einrichtungen	Bei diesen Leistungen handelt es sich um stationäre und ambulant erbrachte Leistungen von Krankenanstalten. Die Güteraggregationsgruppe G_5 umfasst somit auch Rehabilitations- und Unfallkrankenanstalten.	HP.1 Krankenanstalten HP.2 Einrichtungen

	Aufgrund der gänzlich gesundheitsrelevanten Bedeutung geht die gesamte IIO Gruppe 86_A <i>Dienstleistungen von Krankenhäusern</i> an dieser Stelle mit einem Gesundheitsanteil von 100 % ein. Selbiges gilt für Alters- und Pflegeheime (IIO 87-88_A), welche vollständig im GSK Eingang finden.	der Langzeitpflege
G_6 Dienstleistungen nicht-stationärer Einrichtungen	<p>Unter nicht-stationäre Leistungen fallen erbrachte Leistungen in Praxen von ÄrztInnen und ZahnärztInnen, Ambulatorien sowie von sonstigen medizinischen Berufen und nichtärztliche Gesundheitsdienstleistungen (PsychologInnen und PsychotherapeutInnen). Somit wird die IIO Gruppe 86_B <i>Ärztliche Dienstleistungen in Praxen von ÄrztInnen und ZahnärztInnen</i> gänzlich berücksichtigt.</p> <p>Darüber hinaus, gehen noch sonstige Dienstleistungen des Gesundheitswesens (IIO 86_C), wie Rettungsdienst- und Krankentransportleistungen, vollständig in die Güteraggregationsgruppe G_6 ein.</p> <p>Zusätzlich beinhaltet die hier beschriebene Güteraggregationsgruppe G_6 Dienstleistungen des Sozialwesens (IIO 86_B). Dies resultiert einerseits aus der Berücksichtigung von Leistungen für beeinträchtigte Menschen, welche in der IIO Gruppe 87-88_B enthalten sind und ebenfalls im GSK abgebildet werden sollen (im Gegensatz zu anderen Leistungen des Sozialwesens, wie etwa Beratungsstellen, Erziehungs- und Jugendwohnheimen, Tagesstätten, oder Einrichtungen zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen). Andererseits gehen auch ambulante Pflegeleistungen ins GSK ein, wodurch sich für die IIO Gruppe 87-88_B ein Gesundheitsanteil von 16,07 % ergibt.</p>	HP.3 Ambulante Leistungserbringer HP.4 Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung
G_7 Sonstige Dienstleistungen des Kernbereichs Gesundheitswirtschaft	Zu dieser Güteraggregationsgruppe gehören sonstige Dienstleistungen des Kernbereichs Gesundheitswirtschaft, wie verschiedene Transportleistungen sowie Handelsvermittlungs- und Großhandelsleistungen. Der Einzelhandel des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft ist bereits in der Güteraggregationsgruppe G_4 abgebildet. Die Bestimmung des gesundheitsrelevanten Anteils erfolgt analog zu diesem über den zweiten Quadranten der Aufkommenstabelle des GSK. Dieser liefert einen Gesundheitsanteil für den Großhandel (IIO 46_H) von 9,04 % sowie 1,28 % für Transport- und Lagerleistungen (CPA 49-52).	

Quelle: IHS (2017).

Nach der Verzahnung der beiden Klassifikationssysteme und deren Abgrenzung soll an dieser Stelle noch eine schematische Darstellung folgen, um genauer darzustellen, wie die relevante SHA-Tabelle mit den Güteraggregationsgruppen in Beziehung steht.

Wie in Abbildung 5 zu erkennen ist, sind alle Bereiche der Leistungserbringung aus dem SHA dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (KGW) zuzuordnen (rot markierter Bereich). Innerhalb dieser güterbezogenen Abgrenzung ist auch die finanzierungsseitige Abgrenzung nach öffentlichen Mitteln (blau unterlegter Bereich) und privaten Mitteln (grün unterlegter Bereich) der Gesundheitswirtschaft möglich.

Abbildung 5: SHA Leistungserbringer x Finanzier in Verbindung mit GSK Güteraggregationsgruppen

GSK Gütergruppe	HP- Leistungserbringer	HF- Finanziers	1.Markt		2.Markt			
			HF.1.1 Staat außer Sozialversicherung	HF.1.2 Sozialversicherung	HF.2.1 Private Versicherungsunternehmen	HF.2.2 NPOs	HF.2.3 Unternehmen	HF.3 Selbstzahlungen der privaten Haushalte
Kernbereich Gesundheitswirtschaft	G_5	HP.1 Krankenhäuser	x	x	x	x		x
		HP.2 Einrichtungen der Langzeitpflege	x	x	x	x		x
	G_6	HP.3 Ambulante Leistungserbringer	x	x	x	x		x
	G_1	HP.4 Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung	x	x	x			x
	G_2							
	G_3	HP.5 Einzelhandel und sonstige Anbieter medizinischer Güter						
	G_6	HP.6 Einrichtungen der präventiven Gesundheitsversorgung	x					
	G_4	HP.7 Verwaltung und Versicherung der Gesundheitsversorgung	x	x	x			
	G_7	HP.8 Sonstige Wirtschaftszweige	x	x				
HP.9 Übrige Welt			x	x				

Quelle: IHS (2017).

3.4. Erweiterte Gesundheitswirtschaft

In diesem Kapitel werden die Güter und Dienstleistungen der Erweiterten Gesundheitswirtschaft (EGW) ausgewählt und abgegrenzt. Dafür werden die jeweiligen Gesundheitskoeffizienten und -anteile bestimmt. Die Güter und Dienstleistungen der EGW ergeben sich aufgrund einer subjektiven gesundheitsfördernden Kaufentscheidung. Diese stehen daher nicht in direktem Zusammenhang mit den Institutionen des Gesundheitswesens und scheinen somit nicht in der Statistik der Gesundheitsausgaben gemäß dem System of Health Accounts (SHA) auf.

3.4.1. Aufbau und Anwendung der EGW

In den folgenden Kapiteln wird auf die einzelnen Gütergruppen sowie auf die Berechnung der jeweiligen Gesundheitskoeffizienten genauer eingegangen. So wird etwa der Biolebensmittelbereich mit einer entsprechenden (subjektiven) Gesundheitsrelevanz aus der bestehenden ÖCPA-Gruppe Nahrungsmittel (IIO 10_A) berechnet. Über den Motivationsgrund „Sport“ wird auf alle sportrelevanten Sektoren der entsprechende Gesundheitskoeffizient angewandt (IIO 32_C, 30F, 93). Tabelle 6 gibt einen Überblick über die erweiterten Gesundheitsanteile:

Tabelle 6: Aufbau und Gesundheitsanteile der Güteraggregationsgruppen G_8 - G_12

Güteraggregationsgruppe	CPA ¹⁾	Gütergruppe	Gesundheitsanteil
Erweiterte Gesundheitswirtschaft			
G_8 Gesundheitswaren des Erweiterten Bereichs			
Nahrungsmittel und Getränke	01_A/E/ F/G/H/I	Erzeugnisse der Landwirtschaft und Jagd, sowie damit verbundene Dienstleistungen	9,13%
	10_A	Nahrungsmittel	9,13%
	10_D	Frucht- und Gemüsesäfte	9,13%
	11	Getränke	9,13%
Bekleidung	14	Bekleidung	7,50%
	15_B	Schuhe	11,40%
Hygiene und Körperpflege	17_C	Haushalts-, Hygiene- und Toilettenartikel aus Zellstoff, Papier und Pappe	79,78%
	20_E	Seifen, Wasch-, Reinigungs- und Körperpflegemittel	33,54%
Bücher und Medien	58A	Dienstleistungen betreffend das Verlegen von Büchern sowie Adressbüchern	3,94%
	18	H. v. Verlags- und Druckerzeugnissen	4,16%
	59	Dienstleistungen der Herstellung, des Verleihs und Vertriebs von Filmen und Fernsehprogrammen, von Kinos und Tonstudios; Verlagsleistungen bezüglich Musik	2,73%
	60	Rundfunkveranstaltungsleistungen	3,62%
Pharmazeutische Erzeugnisse	21	Pharmazeutische Erzeugnisse	9,64%

Fitness	32_C	Sportgeräte sowie Musikinstrumente und Spielwaren	24,91%
	30F	Fahrräder sowie Behindertenfahrzeuge	46,06%
G_9 Dienstleistungen für Sport, Wellness und Tourismus			
Sport	93	Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	35,74%
	77	Dienstleistungen der Vermietung von beweglichen Sachen	0,64%
Tourismus	55	Beherbergungsdienstleistungen	31,70%
	56	Gastronomiedienstleistungen	5,33%
	79	Dienstleistungen von Reisebüros und Reiseveranstaltern und sonstige Reservierungsdienstleistungen	31,70%
Wellness	96B	Frisör- und Kosmetikdienstleistungen	5,60%
	96D	Heil-, Kur- und Thermalbäder	100%
	96E	Schlankheits- und Massagezentren; Solarien, Saunas, Bäder a.n.g.; sonstige Dienstleistungen a.n.g.	5,60%
G_10 Sonstige Gesundheitsdienstleistungen des Erweiterten Bereichs			
Arbeitskräftevermittlung	78	Dienstleistung der Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften und des Personalmanagements	2,40%
Handel	46	Großhandelsleistungen	2,86%
	47	Einzelhandelsleistungen	5,32%
Transport und Verkehr	49	Landverkehrsleistungen und Transportleistungen in Rohrfernleitungen	2,62%
	50	Schifffahrtsleistungen	0,001%
	51	Luffahrtleistungen	1,13%
	52	Lagereileistungen sowie sonstige Unterstützungsdienstleistungen für d. Verkehr	0,91%
Interessensvertretung	94	Dienstleistungen von Interessensvertretungen sowie kirchlichen und sonstigen religiösen Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	14,30%
IKT	61	Telekommunikationsdienstleistungen	1,20%
	62-63	Dienstleistung der EDV-Programmierung und -Beratung	1,81%
Beratungsdienste	69	Rechts-, Steuerberatungs- und Wirtschaftsprüfungsdienstleistungen	8,94%
	70	Dienstleistungen der Unternehmensführung und -beratung	8,53%
Werbung	73	Werbe- und Marktforschungsleistungen	4,20%
G_11 Gesundheitsrelevante Ausbildung und Forschung			
	85	Erziehungs- und Unterrichtsdienstleistungen	3,49%
	72	Forschung- und Entwicklungsleistungen	14,96%
G_12 Gesundheitsrelevante Bauleistungen			
	41	Gebäude und Hochbauarbeiten	3,60%
	42	Tiefbauten und Tiefbauarbeiten	1,31%
	43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallationsarbeiten und sonstige Ausbauarbeiten	3,38%

Anmerkung: Einige ÖCPA Gütergruppen scheinen doppelt auf, da diese anteilig sowohl im KGW als auch in der EGW wirksam sind.

1) Je nach verfügbarer Detailtiefe wurden neben den publizierten Daten der Statistik Austria auf Zweisteller-Ebene auch Daten der internen Input-Output-Tabelle 2013 (IIO) der Statistik Austria herangezogen. Diese sind durch einen nachgestellten alphabetischen Code gekennzeichnet.

Quelle: IHS (2017).

Da als Datengrundlage Daten der Statistik Austria aus dem Jahr 2013 dienen, beziehen sich alle verwendeten Koeffizienten und Volumangaben, sofern vorhanden, auf das Jahr 2013. Liegen keine Daten zu diesem Jahr vor, werden die naheliegendsten Jahre herangezogen und gegebenenfalls anhand des Wachstums in diesem Industriezweig oder anhand des BIP-Wachstums angepasst.

Methodisch bedingt ergibt sich eine konservative Auswahl der Bereiche der erweiterten Gesundheitswirtschaft. Es werden jene Produkte und Dienstleistungen in die EGW einbezogen, die im Rahmen der Input-Output-Analyse darstellbar sind und denen, basierend auf der aktuellen Datenlage, ein Gesundheitskoeffizient zuordenbar ist. Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, werden etwa Einkommens- und immaterielle Leistungen, oder spezieller etwa die Endnachfrage für Wasserversorgung, nicht im GSK berücksichtigt.

Aufgrund eines äußerst geringen Marktvolumens bzw. Datenmängeln werden einige wenige Bereiche mit einer geringen Bedeutung ebenfalls nicht berücksichtigt. Hierzu zählen etwa gesundheitsrelevante Personentransporte mit dem Taxi zum Krankenhaus oder in eine Praxis.

Im Gegensatz zu den in Tabelle 6 angeführten Gesundheitsanteilen, welche in Bezug auf Gütergruppen der ÖCPA bzw. IIO zur Anwendung kommen, veranschaulicht Tabelle 7 den Gesundheitskoeffizienten (entspricht der Gesundheitsrelevanz) einzelner Güter und Dienstleistungen.¹² So sind beispielsweise Bio-Lebensmittel zu 30 % gesundheitsrelevant und weisen einen wertmäßigen Marktanteil von 30,45 % (2013) am Nahrungsmittelmarkt auf. Daraus ergibt sich ein Gesundheitsanteil an der IIO Gruppe 10_A „Nahrungsmittel“ von 9,13 %.

Tabelle 7: Gesundheitskoeffizienten

	Produkte und Dienstleistungen	Gesundheitskoeffizient
1	<u>Bio-Lebensmittel</u>	30%
2	<u>gesundheitsrelevante Bekleidung</u>	
2a	Sportbekleidung	49%
2b	Persönliche Schutzausrüstung und Arbeits- und Berufsbekleidung	100%
3	<u>gesundheitsrelevante Presse/Bücher</u>	
3a	Medizinische Literatur	100%
3b	Sportliteratur	49%
4	<u>Humanpharmazeutika</u>	100%

¹² Für eine begriffsdefinitorische Unterscheidung von Gesundheitskoeffizienten und Gesundheitsanteil siehe Seite 60.

5	<u>Laborleistungen</u>	100%
6	<u>Ges. rel. Erwachsenenbildung</u>	
6a	Weiterbildung im Gesundheitsbereich	100%
6b	Sport- und Bewegungskurse	49%
7	<u>Ges. rel. Dienstleistung – TV und Radio</u>	100%
8	<u>Ges. rel. Tourismus: Wellness/Gesundheitstourismus und Sporttourismus</u>	
8a	Gesundheits- und Wellness-tourismus	100%
8b	Sporturlaube	49%
9	<u>Ges. rel. Forschung und Entwicklung</u>	100%
10	<u>Fitness</u>	49%
11	<u>private Kranken- und Unfallversicherung</u>	100%

Quelle: IHS (2017).

Nachfolgend soll in Tabelle 8 ein Überblick über einen Teil der herangezogenen publizierten Quellen zur Berechnung von Gesundheitsanteilen und Koeffizienten einzelner Gütergruppen gegeben werden. Darin sind Erhebungen und Anfragen nicht enthalten, welche neben der Sichtung von Sekundärliteratur, durchgeführt wurden.

Tabelle 8: Quellen zur Berechnung von Gesundheitsanteilen und Koeffizienten einzelner Gütergruppen

Güter & Leistungen	Quelle
Bio-Lebensmittel	Agrarmarkt Austria (2015): RollAMA Motivanalyse 2015 Agrarmarkt Austria (2016): Marktentwicklung - Wert und Menge Ministerium für ein lebenswertes Österreich (2014): Grüner Bericht 2014: Bericht über die Situation der österreichischen Land- und Forstwirtschaft
Bekleidung	Helmenstein C, Kleissner A, Moser B (2006): Sportwirtschaft in Österreich. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedeutung des Sports in Österreich. SportsEconAustria
PSA	Arbeiterkammer (2010): Umfrage zu Persönlicher Schutzausrüstung: Frauen unzufriedener als Männer. Pressekonferenz am 28. Jänner 2010 Verband Arbeitssicherheit (2015): PSA-Marktstudie – Konstantes Wachstum trotz schwieriger Zeiten. Karmasin Marktforschung
Bücher	Österreichische Nationalbibliothek (2016): Österreichische Bibliographie. Reihe A, Verzeichnis der Österreichischen Neuerscheinungen. Heft 2. Wien

Sport Motivation	EC – European Commission (2014): Special Eurobarometer 412: Sport and Physical Activity. Report
TV und Radio	<p>Woelke J (2012): TV-Programmanalyse. Fernsehvollprogramme in Österreich</p> <p>Wenzel C, Trappel J, Gadringer S (2012): Zur Qualität im Privatrundfunk - Begleitforschung zum österreichischen Privatrundfunkfonds. Schriftenreihe der Rundfunk und Telekom Regulierungs-GmbH</p>
Hygiene und Körperpflege	<p>COSSMA (2013): Schönheitspflegemittel und Haushaltspflegemittel 2013 leicht im Plus</p> <p>Statistik Austria (2016b): Konsumerhebung 2014/15. Wien</p>
Gastronomie im Tourismussektor	<p>Österreich Werbung (2016): Ausgaben der Gäste in Österreich 2013/14. T-MONA Urlauberbefragung 2013/2014</p> <p>SportsEconAustria (2016): Das Sport-Datenvademecum. Sport Austria Ausgabe Nr.8</p>
Wellness/Gesundheits-tourismus und Sporttourismus	<p>BMWFW (2014a): Ein Tourismus-Satellitenkonto für Österreich</p> <p>BMFWF (2014b): Gesundheitstourismus in Österreich 2014. Endbericht November 2014</p> <p>Österreich Werbung (2016): Ausgaben der Gäste in Österreich. T-MONA Urlauberbefragung 2013/2014</p> <p>Statistik Austria (2016d): Ankünfte und Nächtigungen im Tourismus-Winterhalbjahr (2008/2009 bis 2015/2016)</p> <p>Statistik Austria (2017f): Ankünfte und Nächtigungen im Tourismus-Sommerhalbjahr (2009 bis 2016)</p> <p>WKO (2013): Tourismus und Freizeitwirtschaft in Zahlen. Österreichische und internationale Tourismus- und Wirtschaftsdaten. 49. Ausgabe</p>
Pharmazeutika	<p>IGEPHA (2016): Jahresbericht</p> <p>Pharmig (2015): Daten & Fakten 2015. Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich</p> <p>Statistik Austria (2016a): Standard-Dokumentation Metainformation zu den Gesundheitsausgaben nach „System of Health Accounts“ für Österreich. Wien</p> <p>Statistik Austria (2015): Current expenditure on health care by functions, providers and financing schemes in Austria 2015. National Accounts</p>

Gesundheitsrelevante Bildung	<p>OECD (2016): Education at a Glance 2016</p> <p>Statistik Austria (2013): Erwachsenenbildung 2011/12. Ergebnisse des Adult Education Survey (AES)</p> <p>Statistik Austria (2016c): Belegte ordentliche Studien an öffentlichen Universitäten 1971-2015. Hochschulstatistik</p> <p>Statistik Austria (2017a): Einnahmenentwicklung der Volkshochschulen Budgetjahr 1960 bis 2015 nach Mittelherkunft. Verband Österreichischer Volkshochschulen</p> <p>Statistik Austria (2017b): Kursteilnahmen an Volkshochschulen nach Fachbereichen 1981/82 bis 2014/15. Verband Österreichischer Volkshochschulen</p> <p>Statistik Austria (2017c): Öffentliche Bildungsausgaben nach ISCED 2011 nach Bildungsbereichen 2012 bis 2014. Bildungsausgabenstatistik</p> <p>Statistik Austria (2017d): Ordentliche Studierende an Fachhochschul-Studiengängen 1994-2016. Hochschulstatistik</p> <p>Statistik Austria (2017e): Staatliche Bildungsausgaben 2013-2015 nach Ausgabenarten und Bildungseinrichtungen. Bildungsausgabenstatistik</p>
Forschung & Entwicklung	<p>Austria Wirtschaftsservice (2015): Life Science Report Austria 2015</p> <p>BMVIT (2015): Österreichischer Forschungs- und Technologiebericht 2015. Bericht der Bundesregierung an den Nationalrat gem. § 8 (2) FOG über die Lage und Bedürfnisse von Forschung, Technologie und Innovation in Österreich</p> <p>BMVIT (2016): Österreichischer Forschungs- und Technologiebericht 2016. Bericht der Bundesregierung an den Nationalrat gem. § 8 (2) FOG über die Lage und Bedürfnisse von Forschung, Technologie und Innovation in Österreich</p>
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	<p>Akupav (2012): Webportal Statistik der Arbeitskräfteüberlassung und privaten Arbeitsvermittlung, im Auftrag der Sektion VI, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz</p>
Bausektor	<p>Euroconstruct (2012): Länderreport Österreich. London</p>
Versicherungsleistungen	<p>VVO - Versicherungsverband Österreich (2013): Jahresbericht 2013 in Zahlen und Worten</p>
Interessensvertretungen	<p>ÖGB (2014): Bilanz 2013</p> <p>Österreichische Apothekerkammer (2015): Apotheke in Zahlen 2015</p> <p>Österreichische Ärztekammer (2013): Wahrnehmungsbericht der Österreichischen Ärztekammer für die Jahre 2011 und 2012</p>

Beratungsdienstleistungen	FEACO (2012): Survey of the European Management Consultancy 2011/12
Werbung	Fessel K, Luisser, R (2017): FOCUS Pressekonferenz 1/2017. Gewista (2013): Werbemarkt Österreich. Überblick. Wien

Quelle: IHS (2017).

3.4.2. Biolebensmittel

Frische, nährstoffreiche Lebensmittel und eine abwechslungsreiche Ernährung sind bedeutende Determinanten für die Gesundheit des Menschen.

Aufgrund der Motivation, aus welcher heraus viele KonsumentInnen biologische Produkte kaufen, fließen diese in das GSK ein.

- Biolebensmittel
- Biologische Getränke

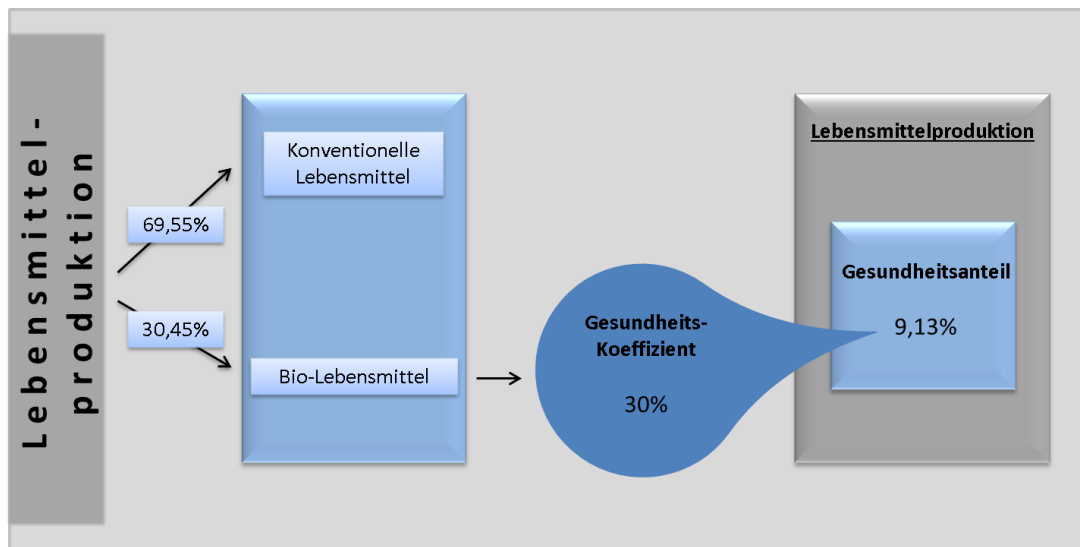
Natürlich ist zu beachten, dass nicht alle Biolebensmittel rein aus gesundheitlichen Gründen konsumiert werden – hier fließen auch Motive wie der Wunsch nach gentechnikfreien Lebensmitteln, Lebensmitteln ohne künstlichen Zusatzstoffen wie auch artgerechter Tierhaltung ein. Dennoch steht in 30 % aller Fälle ein gesundheitsbezogenes Kaufmotiv an erster Stelle (2015) – dieser Prozentsatz fließt als Gesundheitskoeffizient in die weiteren Berechnungen ein (vgl. Agrarmarkt Austria 2015). Um weitere Quantifizierungen vornehmen zu können, muss die Produktionsmenge von Bioprodukten im Vergleich zu konventioneller Produktion ermittelt werden.

Mithilfe von Daten des Grünen Berichts für das Jahr 2013 (Ministerium für ein lebenswertes Österreich 2014) lässt sich für den Anteil landwirtschaftlich biologisch produzierter Güter ein Wert von 30,45 % ermitteln.¹³

Aus dem Produktionsanteil und dem Anteil des gesundheitsbezogenen Kaufmotivs von 30 % ergibt sich ein finaler Gesundheitsanteil im Lebensmittelsektor von 9,13 %, welcher auf ausgewählte Untergruppen der Lebensmittel- und Getränkeproduktion angewandt wird. Hierzu zählen folgende Gruppen: Erzeugnisse der Landwirtschaft und Jagd (IIO 01_A/E/F/G/H/I)¹⁴ und Nahrungsmittel (IIO 10_A) wie auch die Herstellung von Frucht- und Gemüsesäften (IIO 10_D) und Getränken (CPA 11).

¹³ Für diese Berechnung werden nur Betriebe im Bereich Futterbau und Marktfruchtproduktion herangezogen. Forstwirtschaftliche Betriebe finden aufgrund fehlender Gesundheitsrelevanz keine Beachtung.

¹⁴ Somit sind Untergruppen wie Faserpflanzen und Schurwolle (IIO 01_C), Naturkautschuk (IIO 01_D) und rohe pflanzliche Stoffe (IIO 01_J) ausgenommen.

Abbildung 6: Gesundheitsmarkt - Lebensmittel

Quelle: IHS (2017).

3.4.3. Bekleidung

Der Anteil gesundheitsrelevanter Bekleidung setzt sich aus zwei Untergruppen mit deren jeweiligem Gesundheitskoeffizient zusammen, nämlich Sportbekleidung und Persönliche Schutzausrüstung (PSA).

Sportbekleidung bedingt, wie auch in anderen Bereichen, die anteilmäßige Ermittlung der Sportbekleidung am Gesamtbekleidungsmarkt (wobei hier zwischen Bekleidung und Schuhen unterschieden wird). Auf diesen Anteil wird dann der Gesundheitskoeffizient wirksam. Der Ermittlung des Gesundheitskoeffizienten im Bereich Sport liegt eine Studie zum Sportverhalten in Österreich zugrunde. Diese zeigt auf, dass das Motiv „um gesund zu bleiben“ von 49 % aller Befragten mit „trifft genau zu“ klassifiziert wurde (34 % wählten die zweite Skalenabstufung „trifft eher zu“). Weitere bedeutende Motive zur Ausübung von Sport, welchen eine gesundheitliche Relevanz zuzuschreiben wäre, sind „Entspannung und Stressabbau“ (39 % „trifft genau zu“) und „Erhaltung der Leistungsfähigkeit ins hohe Alter“ (27 % „trifft genau zu“). Aus diesen Befragungsergebnissen kann ein konservativer Gesundheitskoeffizient von 49 % für den Bereich Sport abgeleitet werden (Pratscher 2000). Darüber hinaus gibt eine Studie der Europäischen Kommission an, dass es zu keiner signifikanten Änderung der Angaben zwischen 2009 und 2013 kam (EC 2014:51).

Persönliche Schutzausrüstung:

- Schutzhelme
- Schutzhandschuhe
- Schutzkleidung gegen Hitzestrahlung, Regen
- Sicherheitsschuhe

Es wird daher für Österreich angenommen, dass 49 % der Sportbekleidung und der Sportschuhe gesundheitsrelevant anzusehen sind, während das Residuum etwa ästhetischen oder modischen Motiven zugeschrieben wird.

<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheitsgurte <p><u>Sportbekleidung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sportschuhe, Sportbekleidung • Skianzüge • Badebekleidung

als

Da sich der Bekleidungssektor aus vielen Bereichen zusammensetzt, gilt es, den Anteil der Sportbekleidung¹⁵ zu ermitteln. In einer Studie zur Quantifizierung der Sportwirtschaft in Österreich wurden die Umsatzerlöse der verschiedenen Bereiche der österreichischen Sportartikelindustrie berechnet (Helmenstein et al. 2006). Werden diese Angaben inflationsbereinigt in Beziehung zu jenen der Leistungs- und Strukturtabellen gesetzt, ist zu erkennen, dass 9,44 % der heimischen Bekleidungsproduktion und 18,93 % der Schuhproduktion dem Sektor Sportbekleidung zuzurechnen sind. Dieser Anteil der Produktion dient in Folge als Basiswert, auf den der Gesundheitskoeffizient angewendet wird.

Im Gegensatz dazu ist die gesundheitliche Relevanz von **Persönlicher Schutzausrüstung** (PSA) unbestritten. Diese dient vollends dem Zweck, Schaden durch Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen zu vermeiden, weshalb sie zur Gänze als gesundheitsrelevant eingestuft wird. Folgende Artikel fallen unter die Bezeichnung PSA:

- Kopfschutz: Schutzhelme
- Augen- und Gesichtsschutz: Schutzbrille
- Gehörschutz: Gehörschutzstöpsel
- Atemschutz: Filtermasken
- Handschutz: Schutzhandschuhe
- Hautschutz: Salben und Cremes
- Schutzkleidung: gegen Hitzestrahlung, Regen
- Fußschutz: Sicherheitsschuhe
- Absturzsicherung: Sicherheitsgurte

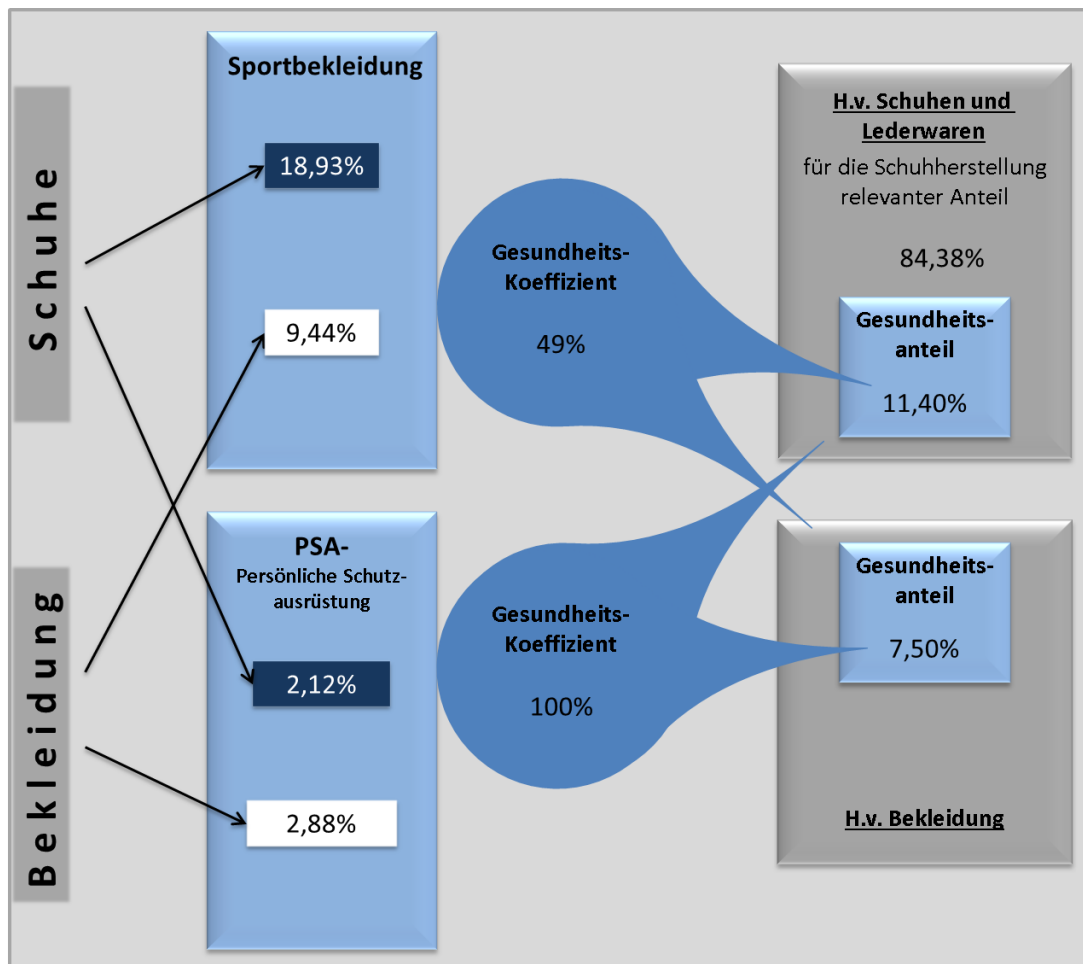
Laut einer Studie des Gallup Instituts im Auftrag des österreichischen Verbandes zur Förderung der Arbeitssicherheit (VAS) hat der österreichische Markt für PSA ein Volumen von 170 Mio. Euro (2010) (Arbeiterkammer 2010). Eine weitere Studie des Verbandes für Arbeitssicherheit (Verband Arbeitssicherheit 2007), welche die Anbieterseite des PSA-Markts in Österreich genauer analysiert, zeigt, dass 66 % der Umsätze auf den Bereich Bekleidung entfallen, während weitere 17 % dem Bereich Schuhe zuzuordnen sind.¹⁶

¹⁵ Auf den Bereich „functional clothing“ konnte aufgrund fehlender Daten nicht explizit eingegangen werden. Die Sichtung von Sekundärliteratur, sowie Anfragen bei Produzenten und Fachverbänden lieferten keine verwertbaren Ergebnisse.

¹⁶ Die Restgröße aus etwaigen Produktgruppen kann nicht genau zugeordnet werden, weshalb dies in weiterer Folge nicht berücksichtigt wird.

Folgende Abbildung 7 zeigt die weitere Vorgehensweise. Die Gesundheitsanteile beider Bereiche (Sportbekleidung und persönliche Schutzausrüstung) bilden jeweils einen kombinierten Prozentsatz, welcher auf die Herstellung von Schuhen (CPA 15) und die Herstellung von Bekleidung (CPA 14) angewandt wird.

Abbildung 7: Gesundheitsmarkt - Bekleidung und Schuhe



Quelle: IHS (2017).

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle noch **Arbeits- und Berufsbekleidung** angeführt. Die gesundheitliche Relevanz von Arbeits- und Berufsbekleidung zu quantifizieren ist jedoch sehr schwierig, da dieser Begriff ein sehr breites Spektrum von Bekleidung umfasst. Demnach fällt jegliche Kleidung darunter, die während der Arbeit getragen oder vom Betrieb beschafft wird (Roben von RichterInnen, Kittel von ÄrztInnen). Ein weiteres Kriterium ist, dass derartige Kleidung nicht privat nutzbar ist. Während Arbeitsbekleidung von ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen oder LaborantInnen in gewisser Weise gesundheitlichen Schutz darstellt, ist dies im Falle etwaiger Uniformen (RichterInnen, Gastronomie) nicht der Fall. Aus diesem Grund und wegen des daraus resultierenden sehr geringen Aufkommens wird diese Sparte der Bekleidung in den Berechnungen nicht miteinbezogen.

3.4.4. Gesundheitsrelevante Bücher

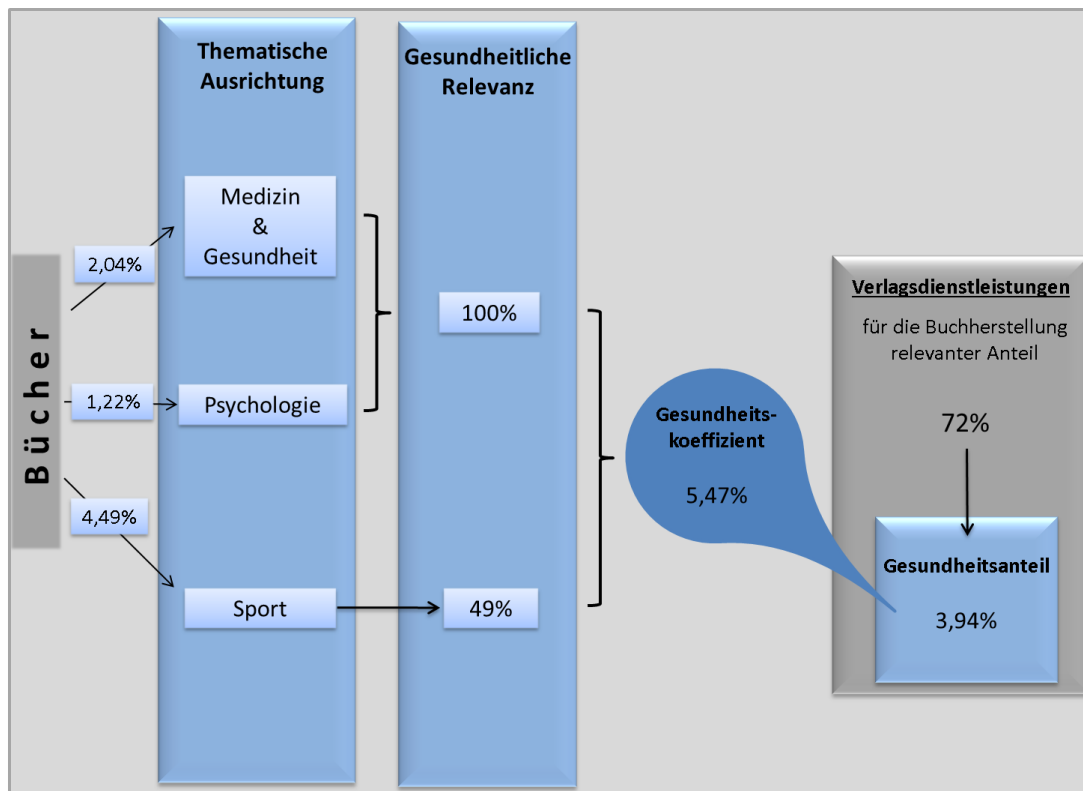
Der Buchmarkt fließt gemäß des Anteils gesundheitsbezogener Bücher in das GSK mit ein.

Das Marktvolumen kann nicht wie im deutschen GSK direkt aus einer Quelle entnommen werden. Das Aufkommen gesundheitsrelevanter **österreichischer Bucherscheinungen** wird auf Basis der Erscheinungsaufzeichnungen der Österreichischen Nationalbibliothek (2016)

- Dienstleistungen betreffend das Verlegen von gesundheitsrelevanter Literatur
- Herstellung von gesundheitsrelevanten Verlags- und Druckerzeugnissen

quantifiziert. Dieser Koeffizient wird auf das Volumen der Verlagsdienstleistungen angewandt (IIO 58A). Für das Jahr 2013 ergibt sich aus den Statistiken der Österreichischen Nationalbibliothek ein Gesundheitsanteil von 5,47 %. Dieser setzte sich, wie aus Abbildung 8 zu entnehmen ist, wie folgt zusammen: 2,04 % der Bucherscheinungen sind dem Themengebiet Medizin & Gesundheit zuzuordnen, 1,22 % der Psychologie und weitere 4,49 % dem Bereich Sport. Medizin & Gesundheit wie auch Psychologie sind zur Gänze als gesundheitsrelevant zu erachten, während Sportliteratur nur zu 49 % gesundheitsrelevant ist (vgl. Gesundheitskoeffizient des Sports Kapitel 3.4.3). Daraus ergibt sich, dass 3,94 % aller Verlagsdienstleistungen als gesundheitsrelevant zu erachten sind. In den Daten der Statistik Austria werden Verlagsdienstleistungen von Büchern (IIO 58A) mit einer weiteren Gruppe¹⁷ aggregiert. Um jenen für das Verlegen von Büchern relevanten Anteil herauszurechnen, werden Daten der Leistungs- und Strukturtabellen herangezogen. Dies zeigt, dass 72,01 % dieser Untergruppe für die Berechnungen relevant sind – da sie dem Buchsektor zuzurechnen sind.

¹⁷ Dienstleistungen betreffend das Verlegen von Adressbüchern und Verzeichnissen (58.12)

Abbildung 8: Gesundheitsrelevanz des Buchmarktes

Anmerkung: Von den Verlagsdienstleistungen sind nur 72 % für die Herstellung von Büchern als relevant zu erachten – 28 % der Verlagsdienstleistungen entfallen auf Adressbücher und Verzeichnisse und finden demnach in den Berechnungen keine weitere Beachtung mehr.

Quelle: IHS (2017).

3.4.5. Pharmazeutische Produkte

Der Bezug von Arzneimitteln in Österreich gliedert sich in den Krankenhausmarkt (Anstaltsapotheken) und den Apothekenmarkt (öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken). Der Arzneimittelmarkt lässt sich weiter in den Erstattungsmarkt und den Selbstmedikationsmarkt bzw. Markt für „Over-the-counter-Produkte“ (OTC-Produkte) unterteilen. Die Definition sowie die Zulassung von Arzneimitteln sind im Arzneimittelgesetz (AMG) festgeschrieben. Der Internetversand von rezeptpflichtigen Arzneimitteln ist durch § 50 Abs. 2 Gewerbeordnung bzw. durch § 59 Abs. 9 Arzneimittelgesetz verboten. Einfuhrbestimmungen sind im Arzneiwareneinfuhrgesetz (AWEG) geregelt. Darüber hinaus sind Vorschriften für die Verschreibung von Arzneimitteln im Rezeptpflichtgesetz (RezPG) festgelegt, auf Basis dessen das BMG die zur ärztlichen Verschreibung freigegebenen Arzneimittel bestimmt. Zu dieser Fragestellung berät die nach § 5 RezPG eingerichtete Rezeptpflichtkommission den Bundesminister für Gesundheit. Das Führen einer Apotheke unterliegt in Österreich einem behördlichen Genehmigungsverfahren. Für die Erlangung einer Konzession sind Vorgaben bezüglich der Ausstattung, der Ausbildung des Personals und dergleichen zu erfüllen. Zur Abgrenzung von Arzneimitteln zu anderen Gütern ist ein Antrag an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) zu stellen. Der beim BMG eingerichtete Abgrenzungsbeirat erstellt ein Gutachten zur Abgrenzungsfrage und unterstützt in seiner Tätigkeit den/die GesundheitsministerIn (§ 49a AMG). Die Abgrenzungskommission berät

das BMG bei der Klärung der Vertriebsfreigabe von Arzneimitteln für Drogerien (§ 60 AMG). Weiters stehen dem/der BundesministerIn für Gesundheit der Arzneimittelbeirat, welcher Grundsatzfragen im Bereich der Arzneimittel klärt und wissenschaftliche Gutachten erstellt (§ 49 AMG), sowie die Österreichische Arzneibuchkommission, welche Beschlüsse über die im Österreichischen Arzneibuch (ÖAB) enthaltenen Monographien gemäß Arzneibuchgesetz (ArzBG) trifft, als beratende Gremien zur Seite. Die Pharmareferentenprüfungskommission ist für die Prüfung von PharmareferentInnen vom BMG eingesetzt (§ 72 AMG). Die Vorbereitung der Durchführung der Prüfung obliegt dem Fachverband der chemischen Industrie Österreichs in der Wirtschaftskammer Österreich, welcher diese Aufgabe an den Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (PHARMIG) übertragen hat. Die PHARMIG stellt die Interessensvertretung der österreichischen Pharmaindustrie dar, deren Mitgliedschaft jedoch auf freiwilliger Basis beruht.

3.4.5.1. Zulassung von Arzneimitteln in Österreich

Die für die Neuzulassung, Pharmakovigilanz, klinische Prüfungen und Marktüberwachung bereits am Markt befindlicher Arzneimittel zuständige Behörde ist die AGES PharmMed. Änderungen im Arzneimittelspezialitätenregister (alle im Inland zugelassenen Arzneimittelspezialitäten) werden einmal im Monat verlautbart. Als nationale Zulassungsstelle operiert die AGES PharmMed seit 2006 als ein Geschäftsbereich der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) und ist dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) unterstellt. Auf europäischer Ebene sind für Informationen und Transparenz im Arzneimittelsektor die Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (DG SANTE) und die Europäische Arzneimittel-Agentur (European Medicines Agency, EMA) zuständig. Für die Zulassung von Arzneimitteln in Österreich besteht neben dem nationalen Prüfungsverfahren durch die AGES PharmaMed auch das Mutual Recognition Procedure (MRP) und das Decentralised Procedure (DCP) auf europäischer Ebene durch die zuvor genannten Organisationen. Das MRP entspricht einem gegenseitigen Anerkennungsverfahren, bei dem nach einer Erstzulassung in einem EU-Mitgliedstaat (Referenzstaat) der Zulassungsinhaber einen Markteintritt auch in einem anderen Land der EU anstreben kann. Das DCP ist ein dezentrales Verfahren, bei dem eine Zulassung für mehrere EU-Staaten gleichzeitig angestrebt wird. Bei besonderen Arzneimitteln, etwa zur Behandlung von Diabetes, HIV, oder Krebs, muss ein Zulassungsantrag zentral an die europäische Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) gestellt werden. Bei einem positiven Bescheid gilt die Zulassung für alle EU-Staaten. Solche länderübergreifenden, für alle EU-Staaten geltenden Zulassungsverfahren werden immer häufiger von den AntragsstellerInnen in Anspruch genommen, wodurch die Zahl der nationalen Prüfungsverfahren rückläufig ist.

3.4.5.2. Abgrenzung und Quantifizierung des Pharmamarktes

Das ÖGSK ordnet der österreichischen Gesundheitswirtschaft nur humanmedizinische Güter und Leistungen zu. Daher werden, wie im deutschen GSK, das Veterinärwesen und tierische Arzneimittel ausgeschlossen. Pharmazeutische Erzeugnisse sind demnach um jenen Anteil zu bereinigen, der auf Veterinärmedizin entfällt. Dieser nimmt auf Basis einer Schätzung der Arbeitsgemeinschaft Tierarzneimittel (ARGE TAM) jedoch nur 1,2 % des Gesamtaufkommens

der pharmazeutischen Erzeugnisse (CPA 21) ein. Die verbleibende Größe von 98,8 % entspricht Humanarzneimitteln bzw. pharmazeutischen Erzeugnissen zur Herstellung von Humanarzneimitteln, und ist mit einem Koeffizienten von 100 % gänzlich gesundheitsrelevant.

Nachdem 98,8 % des Gesamtaufkommens als der Humanmedizin zugehörig identifiziert wurden, kann eine weitere Gliederung basierend auf den SHA Daten vorgenommen werden (Statistik Austria 2015). 79,3 % der Humanarzneimittel in Österreich sind rezeptpflichtige Arzneimittel. Der Rest mit 20,7 % ist dem OTC-Sektor zugehörig (siehe Tabelle 9).

Um den OTC-Sektor genauer zu definieren, ist hervorzuheben, dass Änderungen im Rezeptpflichtgesetz aus dem Jahre 2003 bedingen, dass Arzneimittel zwangsläufig in die OTC-Kategorie fallen, wenn die Substanz von der Rezeptpflichtkommission als für die Selbstmedikation geeignet befunden wird.¹⁸ Jedoch können auch derartige Arzneimittel lediglich von Apotheken (Anstalts-, öffentliche und ärztliche Hausapotheken) vertrieben werden. Drogerien dürfen nur ein sehr eingeschränktes Sortiment an nicht registrierten OTC-Produkten vertreiben (Nahrungsergänzungsmittel) (§ 59 AMG). Aus diesem Grund konzentriert sich der Markt für OTC-Selbstmedikation in Österreich auf den Apothekensektor. In folgender Tabelle 9 wird der Arzneimittelmarkt nach Daten des SHA und einer der Studie zum Selbstmedikationsmarkt in Österreich (Pharmig 2015) aufgearbeitet. Auf dem OTC Markt entfallen 47,6 % auf die Selbstmedikation mit registrierten und 46,4 % auf die Selbstmedikation mit nicht registrierten OTC-Produkten, sowie 6 % auf verordnete Rezeptfreie Arzneimittel (Pharmig 2015: 64). Zu den nicht registrierten OTC-Produkten zählen unter anderem etwa Nahrungsergänzungsmittel oder diätische Lebensmittel.

Tabelle 9: Arzneimittelmarkt in Österreich in Mio. €

Arzneimittel	2013	%
rezeptpflichtige Arzneimittel	3.387,01	79,31
Over-the-Counter-Produkte	883,34	20,69
<i>davon:</i>		
<i>Selbstmedikation mit registrierten OTC Produkten</i>		<i>47,6%*</i>
<i>Selbstmedikation mit nicht registrierten OTC Produkten</i>		<i>46,4%*</i>
<i>verordnete Rezeptfreie Arzneimittel</i>		<i>6%*</i>

Anmerkungen: Im SHA scheinen unter der Klassifikation Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsgüter rezeptpflichtige Arzneimittel, OTC Produkte und sonstige medizinische Verbrauchsgüter auf. Letztgenannte sonstige medizinische Verbrauchsgüter haben lediglich ein Volumen von 1,87 % an der

¹⁸ Eine von der IGEPHA in Auftrag gegebene Studie zeigt, dass 93,4% der Befragten beim Auftreten einer leichten Erkrankung zunächst selbst über erste Maßnahmen entscheiden (vgl. IGEPHA). Bereits seit 1967 ist der Begriff Selbstmedikation im deutschen Sprachgebrauch eingeführt:

„Selbstmedikation umfasst alle Handlungen, die der Einzelne für sich oder seine Familie vornimmt, um gesund zu bleiben oder geringfügige Erkrankungen wie Erkältungen oder Kopfschmerzen selbst zu behandeln. Dieses Handeln basiert auf dem Wissen und der Information, die ihm zur Verfügung steht“ (IGEPHA).

Auch in Österreich könnte die Bedeutung der Selbstmedikation zunehmen. Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von der generellen Alterung der Bevölkerung, einem gestiegenem Gesundheitsbewusstsein und den hohen Ansprüchen, die an den Zustand „gesund“ gestellt werden, über das Naheverhältnis zum boomenden Wellness-Markt, bis hin zu der „Entdeckung“ neuer Krankheiten. (Böheim und Pichler o.J.)

gesamten Klassifikationsgruppe. Diese Produkte entsprechen nicht der ÖCPA Gruppe 21 und werden daher an dieser Stelle nicht berücksichtigt.

* Aufgliederung des OTC Marktes nach der Studie von IGEPHA/IMS Health (Pharmig 2013).

Quelle: IHS (2017).

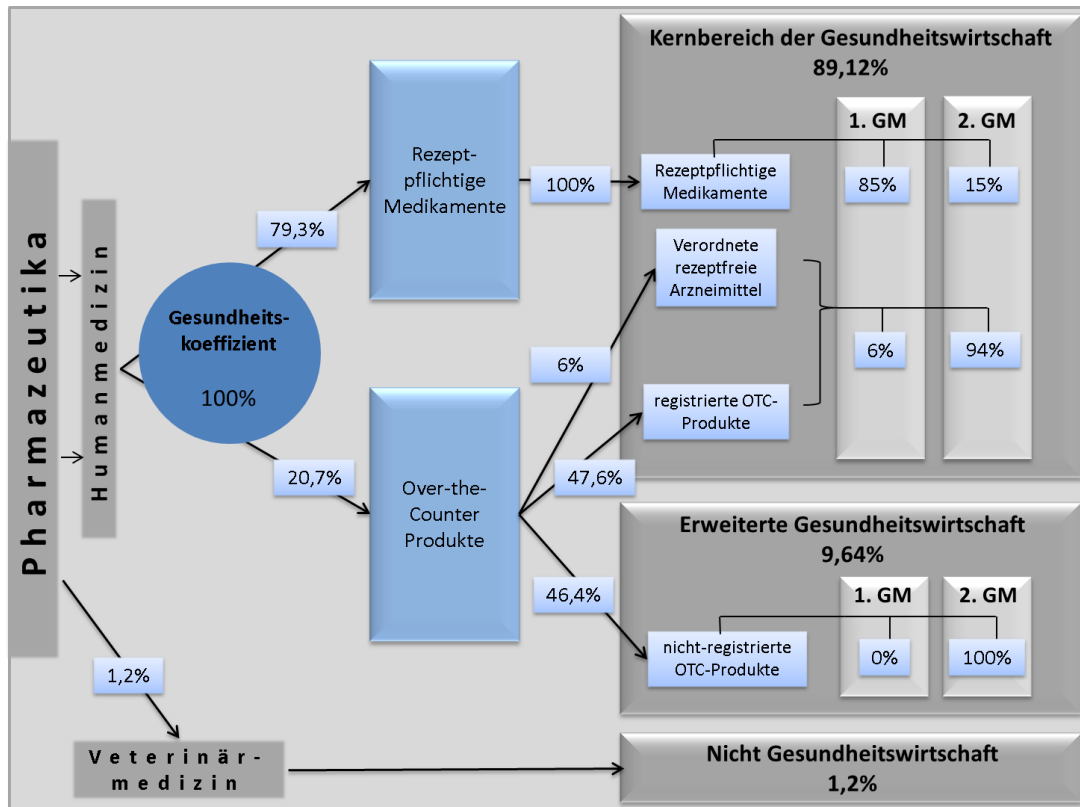
Unter Berücksichtigung der Definition und Klassifizierung der Gesundheitswirtschaft und in Anlehnung an das deutsche GSK ergibt sich für den Pharmasektor eine komplexe Struktur. Der Pharmamarkt lässt sich als eine der wenigen Gütergruppen im ÖGSK (so wie etwa auch Fahrräder und Behindertenfahrzeuge)¹⁹ güterbezogen sowohl dem KGW als auch der EGW zuordnen. In den Kernbereich fallen alle rezeptpflichtigen Medikamente, wie auch ein Anteil des OTC-Marktes – nämlich die verordneten rezeptfreien Arzneimittel und die Selbstmedikation mit registrierten OTC-Produkten. Zum erweiterten Bereich der Gesundheitswirtschaft ist die Selbstmedikation mit nicht registrierten OTC-Produkten zu zählen, was Güter wie Nahrungsergänzungsmittel oder diätische Lebensmittel beinhaltet.

Als Basis zur finanzierungsseitigen Unterscheidung werden die Gesundheitsausgaben in Österreich gemäß System of Health Accounts (SHA) für die anteilmäßige Aufgliederung der Finanzierungsströme bzw. des Arzneimittelmarktes herangezogen. Dies ermöglicht es, Informationen aus dem SHA auf die dieser Studie zugrundeliegende VGR-basierte Input-Output-Methode zu übertragen. Die aliquote Aufteilung des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes auf rezeptpflichtige Arzneimittel und OTC-Produkte, sowie die Zuordnung zum KGW und EGW der pharmazeutischen Erzeugnisse ist in Abbildung 9 veranschaulicht.²⁰

¹⁹ Laut Innung der Gesundheitsberufe (Orthopädietechniker) besteht in Österreich nur eine geringe Produktion an Rollstühlen und Behindertenfahrzeugen, weshalb der entsprechende Gesundheitsanteil an der IIO Gütergruppe 30F *Fahrräder sowie Behindertenfahrzeuge* mit einem Prozent ausgewiesen wird.

²⁰ Diese Endverwendungsseitige Unterscheidung wird in weiterer Folge auf den ersten Quadranten der IOT übertragen, da aufgrund von Datenmängeln keine genaueren Informationen nach Sichtung von Sekundärdaten, sowie Anfragen bei Herstellern über das österreichweite Volumen von Nahrungsergänzungsmitteln oder diätischen Lebensmitteln vorliegen.

Abbildung 9: Gesundheitsmarkt – Pharmazeutika



Anmerkung: Im SHA scheinen unter der Klassifikation Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsgüter rezeptpflichtige Arzneimittel, OTC Produkte und sonstige medizinische Verbrauchsgüter auf. Letztgenannte sonstige medizinische Verbrauchsgüter haben lediglich ein Volumen von 1,87 % an der gesamten Klassifikationsgruppe. Diese Produkte sind keine Arzneimittel bzw. entsprechen nicht der ÖCPA Gruppe 21 und werden daher an dieser Stelle nicht angeführt.

Aufgliederung des OTC Marktes nach der Studie von IGEPHA/IMS Health (Pharmig 2013)

Quelle: IHS (2017).

3.4.6. Hygiene und Körperpflege

Diese Gütergruppe umfasst verschiedene Produkte zur Körperpflege und Hygiene. Zusätzlich werden Dienstleistungen zur Körperpflege (Friseur) miteinbezogen. Der Anteil der Friseurdienstleistungen (IIO 96B) entspricht aufgrund der mutmaßlich annähernd gleichen Konsummotivation mit 5,6 % dem deutschen Gesundheitskoeffizienten.

- Seifen, Wasch- und Reinigungsmittel
- Hygiene und Toilettenartikel
- Friseur- und Kosmetikdienstleistungen
- Desinfektionsmittel

In den Daten der Statistik Austria werden Seifen, Wasch-, Reinigungs- und Körperpflegemittel sowie Duftstoffe (IIO 20_E) zusammengefasst. Dieses Aggregat stellt damit die detaillierteste Information dar. Da Seifen einen Gesundheitskoeffizienten von 100 % aufweisen und Reinigungs- bzw. Körperpflegemittel, sowie Duftstoffe einen Gesundheitskoeffizienten von 12 %

haben²¹, ist eine Gewichtung der Gütergruppe 20_E notwendig. Dazu werden die Anteile der jeweiligen Konsumgüter entsprechend der Konsumerhebung der Statistik Austria in vollständig gesundheitsrelevante Gesundheitsprodukte (100 %), wie Seife und Zahnpflege²², und teilweise gesundheitsrelevante Hygieneprodukte (12 %), wie etwa Schönheits- und Hautpflegeprodukte, nach Ausgaben geteilt (24,47 % bzw. 75,53 %). Daraus ergibt sich ein Gesundheitsanteil der Gütergruppe 20_E von 33,54 %.

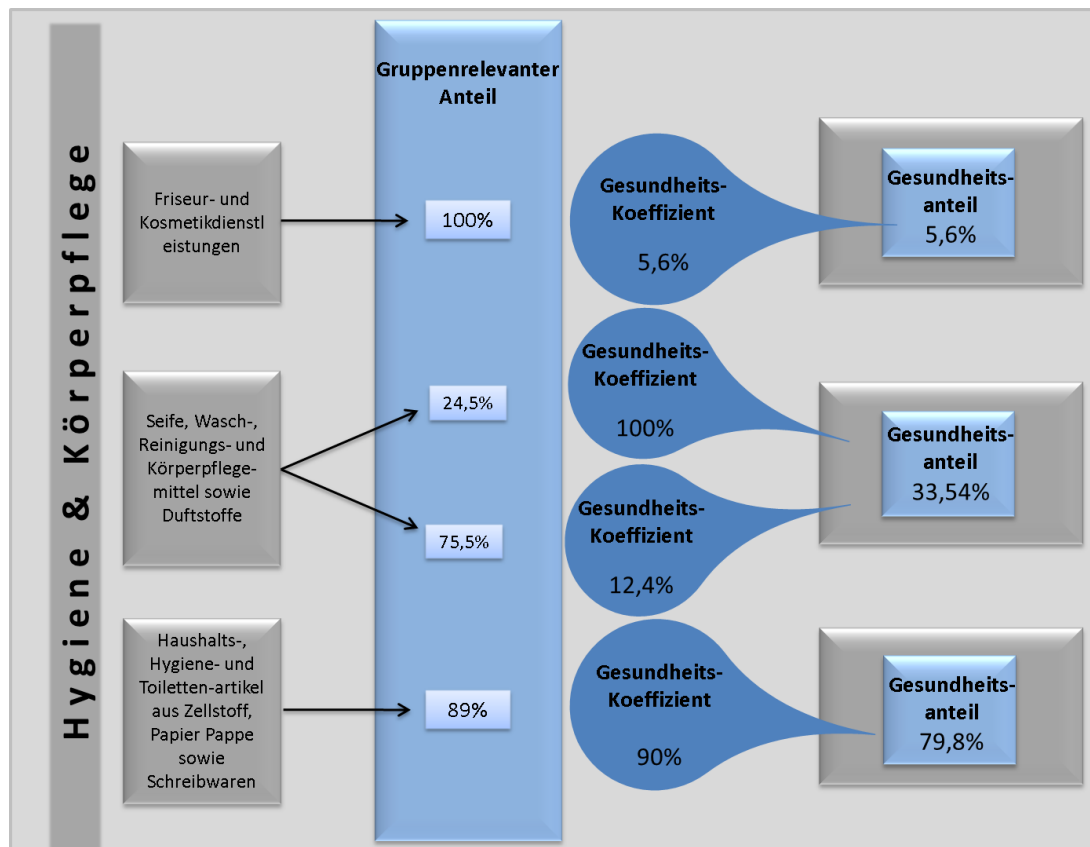
In der Konsumerhebung der Statistik Austria (2016b) werden neben den eben berücksichtigten Verbrauchs- und Gebrauchsartikeln zur Körperpflege zusätzlich noch hygienische Papier- und Zellstoffwaren angeführt. Diese gesundheitsrelevanten Produkte sollen daher im Gegensatz zum deutschen GSK ebenfalls einfließen. Da in der dafür zur anteilmäßigen Berechnung herangezogenen „internen IO“ Gütergruppe auch Schreibwaren und Bürobedarf aus Papier und Pappe (CPA 1723) enthalten sind, wird über vorhandene LSE NACE Daten auf Viersteller-Ebene eine Bereinigung durchgeführt²³ womit sich insgesamt ein Gesundheitsanteil von 79,78 % ergibt. Zur schematischen Darstellung der Ergebnisse siehe Abbildung 10.

²¹ Entspricht dem Gesundheitskoeffizienten teilweise gesundheitsrelevanter Hygieneprodukte für Reinigungs- und Körperpflegemittel sowie Duftstoffe des deutschen GSK (BMW i 2009: 180).

²² In Anbetracht der hohen Bedeutung, welche die Mundgesundheit für den generellen Gesundheitszustand hat, ist Zahnhygiene von großer Bedeutung. Bei Erkrankungen im Mundraum geht es nicht nur um kosmetische und hygienische Probleme, sondern sie können in engem Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen stehen, da die Mundgesundheit den allgemeinen Gesundheitszustand einer Person stark beeinflusst, z.B. können entzündlich bedingte Herzklappenerkrankungen (Endokarditis) entstehen (Bodenwinkler et al. 2011: 3). Aus diesem Grund wird die orale Hygiene als bedeutende Gesundheitsprävention angesehen und fließt demnach zu 100% in das GSK ein. Laut einer Erhebung von AC Nielsen setzten Lebensmitteleinzel- und Drogeriefachhandel im Jahre 2013 169 Millionen Euro mit Mundpflegeprodukten um (Statista 2017).

²³ Da die ÖCPA Gruppe 1723 neben Hygiene- und Toilettenartikeln aus Zellstoff, Papier und Pappe auch Haushaltsartikel aus Zellstoff, Papier und Pappe enthält, besteht ein Gesundheitskoeffizient für diese Gruppe von 90%.

Abbildung 10: Gesundheitsmarkt - Hygiene- und Körperpflege



Quelle: IHS (2017).

3.4.7. Gesundheitsrelevante Bildung

Bildung ist von großer gesellschaftlicher als auch volkswirtschaftlicher Bedeutung. So ist auch das Gesundheitswesen von einer adäquaten, hochwertigen Ausbildung aller im Gesundheitswesen aktiven Menschen abhängig. Dabei ist zu beachten, dass die Begriffe Bildung und Ausbildung ein sehr breites Themenspektrum abdecken.

Demnach ist nicht nur der formale Bildungsweg in Form eines Medizinstudiums, einer Krankenpflegeschule oder einer Ausbildung zum/zur TherapeutIn als gesundheitlich relevant zu erachten. Auch Aus- und Weiterbildungen im Erwachsenenalter haben oft gesundheitsrelevante Thematiken zum Inhalt. Des

Weiteren sind zum Beispiel auch technische Studien von indirekter Bedeutung. Die große Komplexität des Bildungsangebotes verdeutlicht die Schwierigkeit, alle gesundheitlich relevanten Disziplinen der verschiedenen Bildungsinstitutionen abzubilden. Es sei an dieser

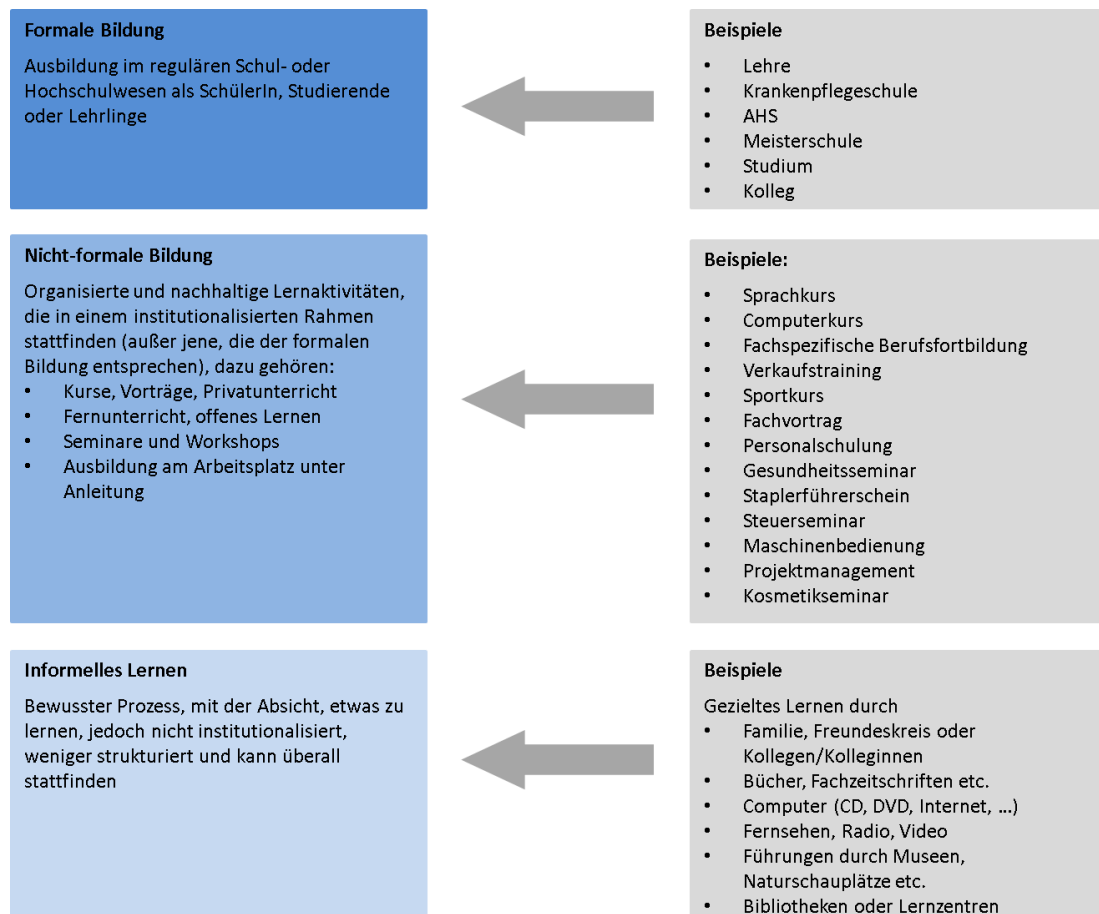
Dienstleistungen von:

- allgemein bildenden weiterführenden Schulen
- berufsbildenden weiterführenden Schulen
- postsekundären, nicht tertiären Bildungseinrichtungen
- tertiären Bildungseinrichtungen
- im Bereich Sport- und Freizeitunterricht
- Unterstützungsdienstleistungen für den Unterricht

Stelle angemerkt, dass aufgrund der Datenlage eine lückenlose Quantifizierung aller gesundheitsrelevanten Bildungsleistungen nicht möglich ist, dass die hier angestellten Berechnungen jedoch eine bestmögliche Annäherung zum Ziel haben.

Im Folgenden wird also die gesundheitliche Relevanz der bedeutendsten Bildungssparten herausgearbeitet und quantifiziert. Als erstes erfolgt die Darstellung der verschiedenen Bildungsangebote.²⁴ Die Überkategorisierung unterteilt alle Lernaktivitäten in drei Untergruppen: die formale Bildung, die nicht-formale Bildung und informelles Lernen (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Überkategorisierung von Lernaktivitäten



Quelle: Statistik Austria (2013).

Hier von Interesse sind primär formale Bildung und Teile nicht-formaler Bildung. Informelles Lernen wird an dieser Stelle nicht weiter thematisiert.

Formale Bildung im Zuge des ersten Bildungsweges

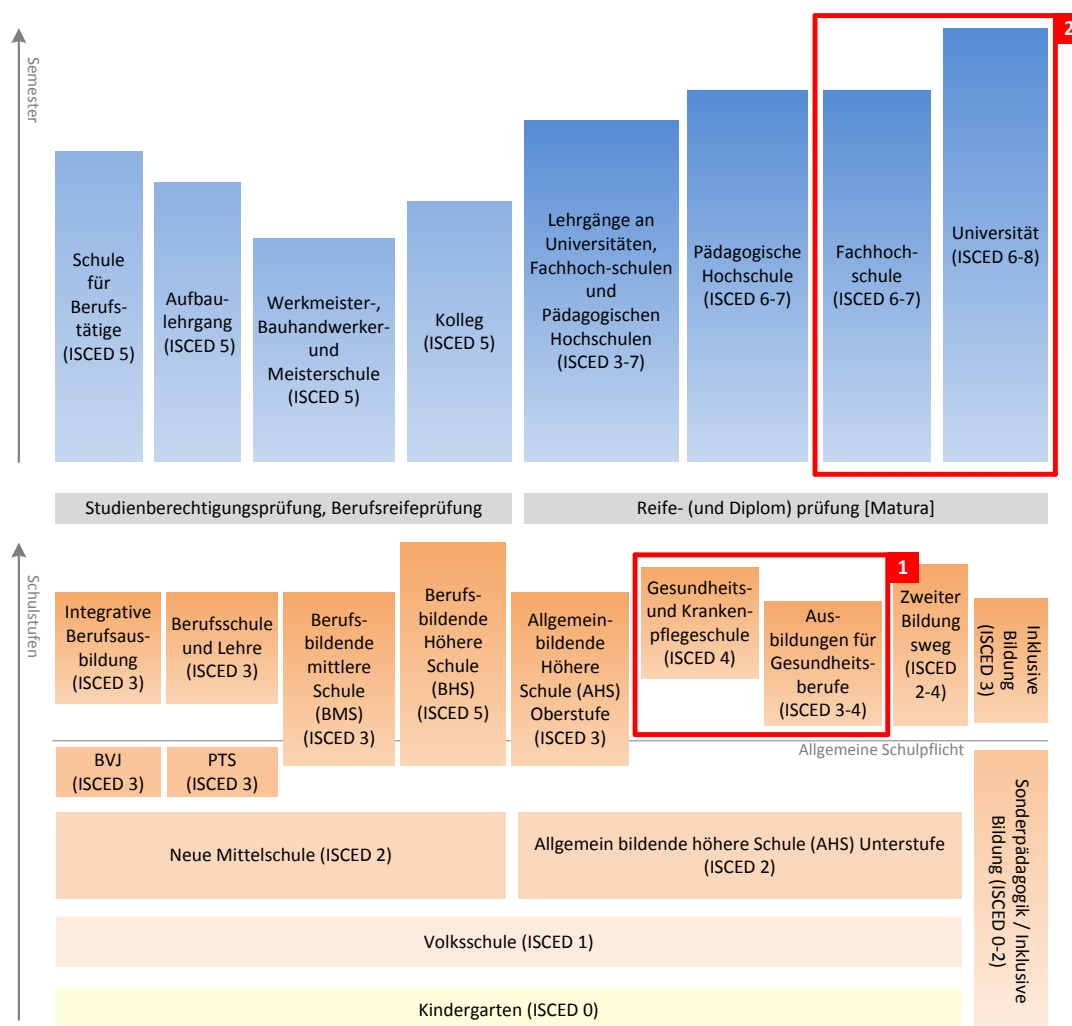
Formale Bildung beinhaltet Ausbildungen im regulären Schul- oder Hochschulwesen. Derartige Lernaktivitäten sind durch eine zusammenhängende „Leiter“ von Vollzeitbildung in

²⁴ Basierend auf der ISCED 2011: International Standard Classification of Education

Bildungsinstitutionen innerhalb eines Nationalen Qualitätsrahmens (z. B.: Matura, Meisterprüfung, Universitätsabschluss) gekennzeichnet

Folgende Abbildung (Abbildung 12) zeigt das formale österreichische Bildungssystem. Die rot umrandeten Bereiche markieren gesundheitsrelevante Bereiche. Aufgrund dieser Abgrenzung ist von Anfang an zu beachten, dass ein sehr großer Teil der Bildungsausgaben nicht in die Berechnungen und in diesem Sinne nicht in die Analyse über ihre gesundheitliche Relevanz mit einbezogen wird.

Abbildung 12: Das österreichische Bildungssystem (mit ISCED-Klassifikationen)



Anmerkung:

BVJ: Berufsvorbereitungsjahr und integrative Berufsausbildung

PTS: Polytechnische Schule

Die sich in Klammern befindlichen Klassifizierungen beziehen sich auf die internationale Einteilung von Bildungsaktivitäten (ISCED - International Standard Classification of Education)

Quelle: IHS (2017), gemäß Euroguidance Österreich (o.J.).

Zum **gesundheitsrelevanten sekundären Bildungsbereich (1)** zählen einerseits die Gesundheits- und Krankenpflegesschulen und andererseits die Ausbildungen für Gesundheitsberufe, wie etwa Ausbildungen in den Medizinischen Assistenzberufen oder Lehrgänge für Pflegeassistenten. Schulen und Ausbildungen, welche unter diese Klassifizierung fallen, sind definitionsgemäß vollständig als gesundheitsrelevant anzusehen.

Für den **gesundheitsrelevanten tertiären Bildungsbereich (2)** müssen sowohl Universitäten als auch Fachhochschulen berücksichtigt werden. Um den gesundheitsrelevanten Anteil zu ermitteln, werden verschiedene Disziplinen berücksichtigt. Für die Kategorie Humanmedizin ergibt sich wie für die Schulen des Gesundheitswesens ein Gesundheitskoeffizient von 100 %. In anderen Disziplinen werden entweder direkt gesundheitsrelevante Themen vermittelt, oder Themen die auf indirekte Art und Weise dem Gesundheitssystem zufließen (z. B.: Technik: IT, Maschinenbau)²⁵.

Für den universitären Bereich zeigen diese Berechnungen, dass 10,55 % aller Bildungsleistungen (abhängig von der Anzahl belegter Studienfächer) von gesundheitlicher Relevanz sind. Für die Fachhochschulen ergibt sich ein ähnliches Bild – 12,79 % sind hier der Gesundheit zuzurechnen (Statistik Austria 2017d; Statistik Austria 2016c; OECD 2016).

Nach der Bildungsausgabenstatistik der Statistik Austria (2017e) lassen sich die öffentlichen Bildungsausgaben für Universitäten und Fachhochschulen ermitteln. Gemäß Berechnungen der OECD (2016) entfallen im tertiären Bildungsbereich 94,89 % auf die öffentliche Finanzierung, während 5,11 % der privaten Finanzierung zufallen. Diese Aufgliederung in öffentliche und private Zahlungsströme ist für die finanzierungsseitige Abgrenzung zwischen 1. und 2. Markt der Gesundheitswirtschaft von Relevanz.

Im kommenden Abschnitt wird auf Erwachsenenbildung und nicht-formale Bildung eingegangen. An dieser Stelle sei noch darauf hingewiesen, dass Erwachsenenbildung auch in formalen Bildungssparten stattfindet. Der Anteil jener 25- bis 64-Jährigen, die an formaler Bildung teilnehmen, ist jedoch sehr gering. Da diese Personen bereits in den TeilnehmerInnenstatistiken der formalen Bildung (Universitäten, Fachhochschulen, u. a.) berücksichtigt werden, muss in diesem Bereich nicht explizit auf die Erwachsenenbildung eingegangen werden.

Die genauen Ergebnisse der Berechnungen finden sich in Tabelle 11 als Zusammenfassung am Ende des Kapitels.

Erwachsenenbildung und nicht-formale Bildung

Um im Bereich der gesundheitsrelevanten Erwachsenenbildung einen möglichst konsistenten Koeffizienten zu ermitteln, wurden primär Informationen aus der Erwachsenenbildungserhebung (AES – Adult Education Survey) entnommen. Diese Erhebung, welche im Jahre 2011/12

²⁵ Auch für weitere Hauptstudienrichtungen wurde ein Gesundheitskoeffizient ermittelt: Geisteswissenschaften (5%), Naturwissenschaften (20%), Technik (15%), Veterinärmedizin (10%).

durchgeführt wurde, gibt einen breiten Überblick über beruflich wie auch privat motivierte Lernaktivitäten der österreichischen Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren. Für diese Altersgruppe sind Bildungsaktivitäten im nicht-formalen Bereich von vorrangiger Bedeutung.

Zur nicht-formalen Bildung gehören organisierte und nachhaltige Bildungsaktivitäten, die in einem institutionalisierten Rahmen stattfinden, im Unterschied zur formalen Bildung jedoch zu keinen Abschlüssen im formalen Bildungswesen führen (z. B.: Kurse, Fernunterricht, Ausbildungen am Arbeitsplatz, Seminare). Aus der Erwachsenenbildungserhebung lässt sich erkennen, dass mit 45,5 % fast die Hälfte der 25- bis 64-Jährigen nicht-formale Weiterbildungsangebote besuchten (Statistik Austria 2013). Anhand der durchschnittlichen Ausgaben pro teilnehmender Person (EUR 268,58 – für Unterricht, Einschreibung, Prüfungen, Bücher oder technische Lernmittel) für nicht-formale Bildung in einem Jahr lassen sich die privaten Ausgaben ermitteln. Weiters gibt eine Aufgliederung nach Inhalten der Weiterbildung darüber Aufschluss, dass 13,70 % aller nicht-formalen Bildungsaktivitäten im Bereich Gesundheit und soziale Dienste angesiedelt waren. In Tabelle 10 ist das Vorgehen genauer dargestellt. Insgesamt ergeben sich gesundheitlich relevante, private Ausgaben in Höhe von EUR 78,41 Mio.

Tabelle 10: Private Ausgaben für nicht-formale Erwachsenenbildung

Teilnehmende (25-64 Jahre) an nicht-formalen Bildungsaktivitäten ¹	Durchschnittliche private Ausgaben pro Person	gesamte private Ausgaben für nicht-formale Bildung	Bereich Gesundheit und soziale Dienste – 13,70%
2.131.100	268,58 €	572,37 Mio.	78,41 Mio.

¹In den letzten 12 Monaten vor der Befragung

Quelle: Statistik Austria (2013), IHS Health Economics and Health Policy (2017).

Da ein Großteil dieser Bildungsaktivitäten in privaten Bildungsinstitutionen stattfindet, sind die öffentlichen Leistungen zu vernachlässigen. Lediglich auf eine wichtige, von staatlicher Seite subventionierte Bildungsinstitution muss an dieser Stelle eingegangen werden – die Volkshochschulen. Insgesamt nahmen 480.743 Personen im Jahre 2012/13 an VHS-Kursen teil. 44,5 % aller Kursteilnahmen²⁶ waren dem Bereich „Gesundheit und Bewegung“ zuzurechnen. Da eine genauere Aufgliederung von Seiten der Volkshochschulen nicht möglich war und ein bestimmter Anteil der Nachfrage auf Sportkurse entfällt, auf die der Sportkoeffizient anzuwenden wäre, wurde, um eine rechnerische Annäherung zu erzielen, folgende Annahme getroffen: Das Kursaufkommen wird zur Hälfte dem Bereich Gesundheit und zur Hälfte dem Bereich Bewegung und Sport zugerechnet. Dies erlaubt es, auf den Sportkursanteil den Sportkoeffizienten von 49 % anzuwenden, was schließlich zu dem finalen Koeffizienten von 33,14 % führt. Die Einnahmeentwicklungen der Volkshochschulen zeigen, dass neben den Kursteilnahmebeiträgen öffentliche Mittel (u. a. Bundessubventionen, Subventionen von Kommunen, Gemeinden) in Höhe von EUR 33,5 Mio. in diese Bildungsinstitutionen fließen. Auf diesen Wert wird schließlich der Gesundheitskoeffizient angewandt. Um Doppelzahlungen zu vermeiden, fließen die privaten Zahlungen nicht noch einmal in die Berechnungen mit ein, da diese bei den privaten Zahlungen im Rahmen nicht-formaler Bildung berücksichtigt werden.

²⁶ Hier wurde nicht das generelle Kursangebot als Maßgröße herangezogen, sondern die effektive Nachfrage.

Die Darstellung zeigt, dass der Bildungssektor sehr komplex ist und sich aus vielen verschiedenen Bereichen zusammensetzt. Werden nun all diese Bereiche zusammengefasst, gelangt man zum finalen Gesundheitsanteil, welcher in der Folge auf die Erziehungs- und Unterrichtsdienstleistungen (CPA 85) angewandt wird. Folgende Tabelle (vgl. Tabelle 11) fügt die verschiedenen Bereiche zusammen und zeigt die Ausgaben im jeweiligen Bereich genauso wie die Gesundheitsrelevanz dieser.

Tabelle 11: Gesundheitlich relevante Leistungen im sekundären und tertiären Bildungsbereich (in Mio. Euro).

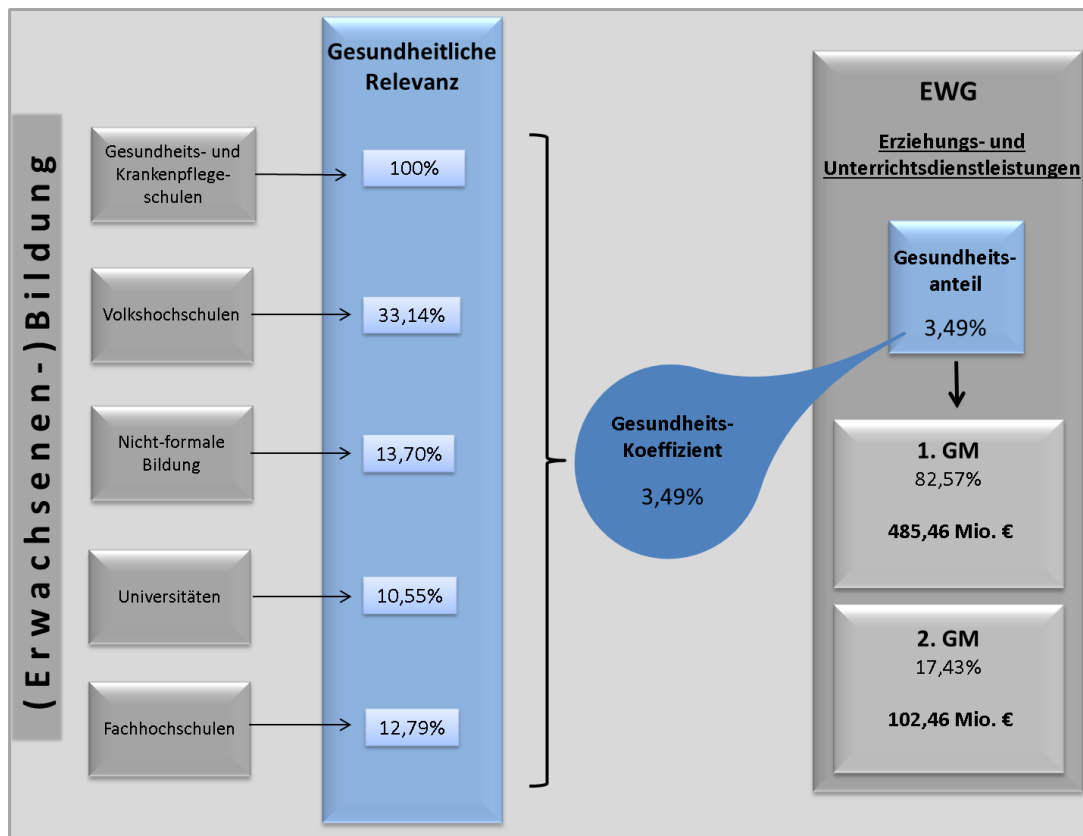
Ausgaben in den jeweiligen Bildungsbereichen		Gesundheitsrelevanz	Gesundheitsrelevante Ausgaben
sekundärer Bildungsbereich			
öffentliche Ausgaben für Schulen des Gesundheitswesens	38,65	100%	38,65
tertiärer Bildungsbereich			
Universitäten	4.043,56		
davon öffentliche	3.837,08	10,55%	404,92
private Haushalte	206,48		21,79
Fachhochschulen	256,32		
davon öffentliche	327,56	12,79%	41,88
private Haushalte	17,63		2,25
nicht-formale Bildung			
private Ausgaben	572,47	13,70%	78,41
öffentliche Ausgaben für VHS	33,49	33,14%	11,10
Für die Gesundheitswirtschaft relevante Leistungen			
gesamt			587,92
CPA 85 – Erziehungs- und Unterrichtsdienstleistungen			16.855,60
finaler Gesundheitsanteil		3,49%	

Anmerkung: CPA 85 – Erziehungs- und Unterrichtsdienstleistungen entsprechen dem heimischen Aufkommen im Jahr 2013 gemäß der publizierten Input-Output-Tabellen 2013 der Statistik Austria.

Quelle: IHS (2017), gemäß Statistik Austria (2013, 2016c, 2017b, 2017c).

Insgesamt ergibt sich ein finaler Gesundheitsanteil von 3,49 % im Bereich Bildung (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: Gesundheitsmarkt - Erwachsenenbildung



Quelle: IHS (2017).

3.4.8. Gesundheitsrelevante Dienstleistung – TV und Radio

Die Relevanz der Hörfunk- und Fernsehveranstaltungsleistungen für den Gesundheitssektor wird auf Basis des Anteils gesundheitsrelevanter Themen quantifiziert.

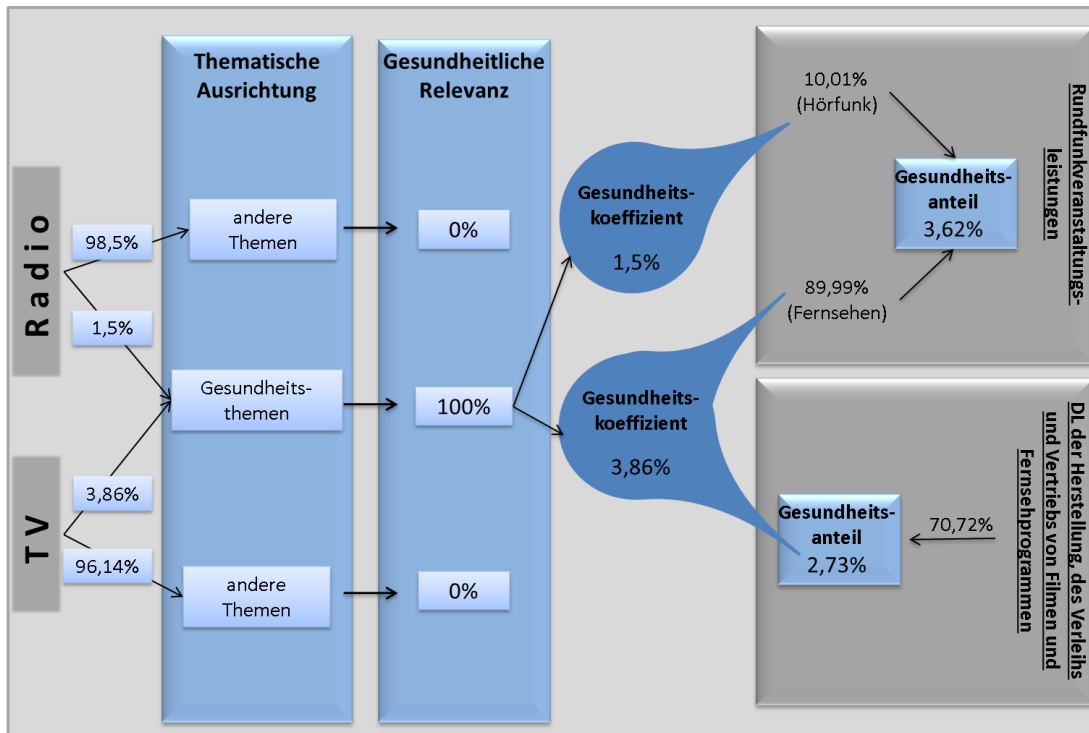
Die TV-Programmanalyse des **Fernsehvollprogrammes** in Österreich (2011), welche 5 österreichische Sender (ORF 1, ORF 2, ATV, PULS 4, ServusTV) analysierte, zeigt, dass durchschnittlich 3,86 % der Sendezeit dem Bereich „Verbraucher- und Gesundheitsthemen“ zuzuordnen sind (Woelke 2010). Dieser Prozentsatz erscheint durch die Miteinrechnung von Verbraucherthemen etwas überhöht. Allerdings wird in dieser Analyse die Beitragszeit analysiert und nicht die Kosten der Beiträge. Deshalb ist zu beachten, dass Eigenproduktionen, was diese Formate oftmals sind, teurer sind und die Ausstrahlungen seltener wiederholt werden. Aufgrund dieser Tatsache fließt der angegebene Anteil von 3,86 % in die Berechnungen ein.

- Rundfunkveranstaltungsleistungen
- Hörfunkveranstaltungsleistungen
- Produktion von Fernsehsendungen
- Produktion von Radiosendungen

Auch für **Radioveranstalter** gibt es derartige Aufzeichnungen zur quantitativen Themenverteilung. Diese zeigen, dass bei den großen Radioveranstaltern 1 % aller Beitragseinheiten dem Thema Gesundheit gewidmet sind, bei kleinen Radioveranstaltern liegt

dieser Prozentsatz bei 2 %. Zusammengefasst wird demnach ein Gesundheitsanteil von 1,5 % angenommen (Wenzel et al. 2012).

Abbildung 14: Gesundheitsmarkt - TV- und Radiosektors



Anmerkung: Die Aufteilung der Rundfunkveranstaltungsleistungen auf die Bereich Hörfunk und Fernsehen basiert auf genaueren Daten der LSE.

Quelle: IHS (2017).

3.4.9. Wellness/Gesundheits- und Sporttourismus

Die Reisemotive von TagesbesucherInnen und TouristInnen sind sehr vielschichtig. Motive für die Urlaubsentscheidung nach der T-MONA Befragung sind etwa Spaß/Vergnügen (60 %), in der Natur sein (57 %), aktiv/sportlich sein (57 %), Zeit mit Familie/Freunden (52 %), erholen/entspannen (48 %), aus dem Alltag ausbrechen (43 %), einfach genießen (42 %), etwas für Gesundheit/ Körper tun (37 %), dem Geist /der Seele Gutes tun (28 %) oder Neues Erleben (27)²⁷ (WKO 2013).

Diese Studie konzentriert sich auf jene Reisen, welchen gesundheitsrelevante Reisemotive zu Grunde liegen. Unter diese Reisemotive fallen Gesundheitsurlaube und Sporturlaube. Aufgrund der eventuell ebenfalls marginalen Gesundheitsrelevanz anderer Urlaubsmotive, lässt sich das breite Themenfeld von gesundheitsrelevantem Tourismus erkennen. Solche weiteren Urlaubsmotive können durch die gewählte Abgrenzung jedoch nicht berücksichtigt werden. Aus diesem Grund sollen nachfolgend verschiedene Formen und Quellen aufgearbeitet werden, die eine Zuordnung eines Gesundheitsanteils für den Tourismussektor (Gesundheitsurlaube und Sporturlaube) im Rahmen des ÖGSK ermöglichen.

²⁷ Mehrfachnennungen möglich.

Eingangs eine ausgabenseitige Definition aus dem Framework zur Methodologie von Tourismussatellitenkonten von UNO, Eurostat, WTO und OECD: „Tourism expenditure is the amount paid for the acquisition of consumption of goods and services, as well as valuables, for own use or to give away, for and during tourism trips. It includes expenditure by visitors themselves as well as expenses that are paid for or reimbursed by others.“ (UNO 2010: 12).

Unterschiedliche Urlaubsmotive können sich in der Realität überlappen – es besteht keine Monokausalität. Diese Überschneidungen erschweren eine Quantifizierung des gesundheitsrelevanten Anteils. So kann ein Teil der TouristInnen, welche den Urlaub aufgrund von *Spaß/Vergnügen* antreten, selbigen mit einem sportlichen Motiv oder Wellness-Motiv verbinden. Aus der Zusammenfassung der T-MONA Gästebefragung (Österreich Werbung o.J.) lässt sich ablesen, dass eine überdurchschnittlich hohe Korrelation zwischen den Urlaubsmotiven *aktiv oder sportlich sein* und *etwas für die Gesundheit / den Körper tun* besteht (Korrelationskoeffizient von 0,21). So wird Wellness Tourismus oftmals – speziell in Tirol und Salzburg – als *Add-on* zum Hauptmotiv *Wintersport* der Urlaubsreise angeboten (Con.os tourismus consulting 2011).²⁸

Für das GSK müssen gesundheitstouristisch verschiedene VGR-Gruppen berücksichtigt werden. Um alle Bereiche, die dem Tourismus direkt zuzuordnen sind, in die Berechnungen miteinzubeziehen, sind neben Beherbergungs- und Gastronomie-dienstleistungen auch Dienstleistungen von Reisebüros und Reiseveranstaltern genauso wie Dienstleistungen der Fremdenverkehrsbeförderung und Besucherinformation zu beachten. Das Aufkommen dieser Bereiche wird aufgliedert in jenen Anteil, der auf den Gesundheitstourismus entfällt, und jenen, der dem Sporttourismus zuzurechnen ist. Auf diese Grundgrößen wirken die Gesundheitskoeffizienten der jeweiligen Bereiche.

Beherbergungsdienstleistungen

- Hotels, Gasthöfe und Pensionen
- Ferienunterkünfte

Gastronomiedienstleistungen

- Restaurants, Cafés
- Kantinenleistungen

Dienstleistungen von Reisebüros und Reiseveranstaltern

- Reservierungsdienstleistungen bzgl. Unterkünften und Beförderung
- Besucherinformation

In Folge wird genauer auf die beiden Unterkategorien Wellness/Gesundheitstourismus und Sporttourismus eingegangen.

3.4.9.1. Reiner Gesundheitstourismus

Eine Studie, welche im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft von der Donau-Universität Krems durchgeführt wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass

²⁸ Der Anteil der Nächtigungszahlen von Tirol und Salzburg an den Gesamtnächtigungen Österreichs lag im Jahr 2013 bei etwa 53% (Statistik Austria 2017g).

19,30 % aller gewerblichen Betten einen gesundheitstouristischen Hintergrund (2013) hatten (BMFWF 2014b).

Bei der Definition des Begriffs „Gesundheitstourismus“, wie auch in Folge der Abgrenzung der verschiedenen Sektoren beziehen wir uns weiter auf diese Studie, welche aufgrund von Vergleichszwecken jener von Con.os tourism consulting (2011) entspricht.

Definition „Reiner Gesundheitstourismus“

Con.os bedienten sich bei der Definition von Gesundheitstourismus einer Annäherung von Berg (Berg 2008 zit. nach Con.os tourism consulting 2011), welche sie um bedeutende Faktoren erweiterten.

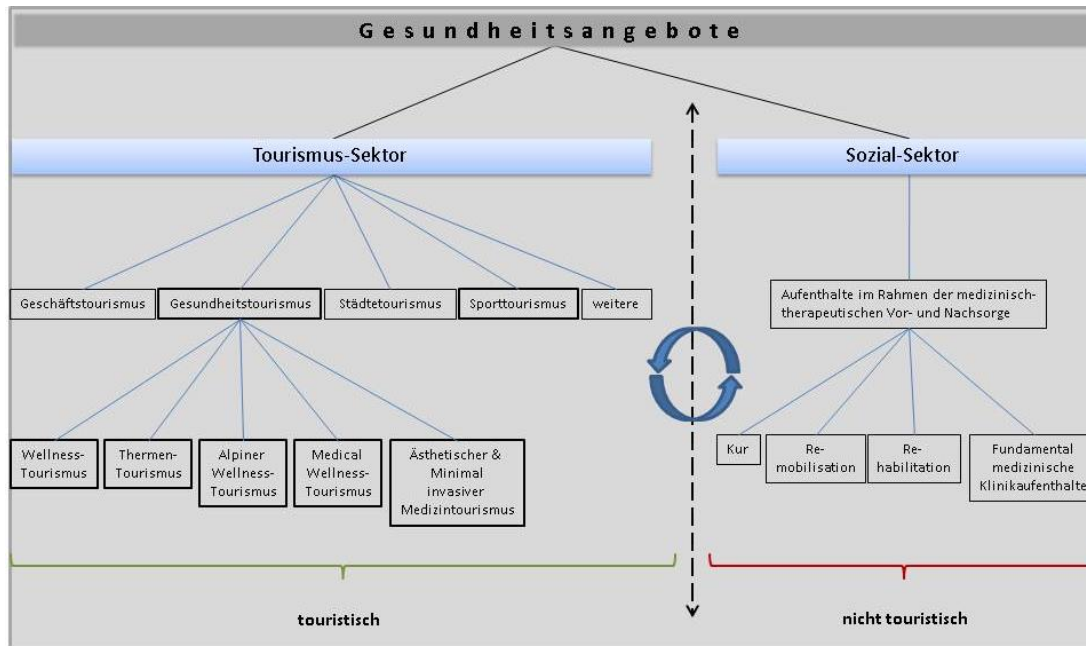
Die Ausgangsdefinition nach Berg lautet wie folgt: „Die Gesamtheit der Beziehungen und Erscheinungen, die sich aus der Ortsveränderung und dem Aufenthalt von Personen zur Förderung, Stabilisierung und gegebenenfalls Wiederherstellung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens unter der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ergeben, für die der Aufenthaltsort weder hauptsächlicher noch dauernder Wohn- und Arbeitsort ist.“

Diese Definition muss jedoch, um eine konsistente Beschreibung des Begriffs „Gesundheitstourismus“ zu erhalten, um vier Aspekte erweitert werden:

- **Freiwilligkeit des Reisens:** Der Reise geht eine eigenständige Entscheidung voraus. Darin findet sich zugleich die Abgrenzung zum gesundheitlichen Kernbereich der Kur, Rehabilitation und Remobilisation, da derartige Aufenthalte einer ärztlichen Bewilligung bedürfen und teilweise durch die Versicherung gedeckt werden.
- **Erbringung gesundheitsorientierter Dienstleistungen durch Dritte:** Darunter ist zu verstehen, dass Dienste in Anspruch genommen werden, die nicht von der jeweiligen Person selbst durchgeführt werden können. Demnach gilt unter anderem der Sporttourismus als auszuschließen, da dieser primär auf der aktiven selbstgesteuerten Ausübung von Tätigkeiten beruht.
- **Finanzierung des Gesundheitsaufenthaltes:** Dies ist ein wesentlicher Faktor, um eine Unterscheidung zwischen touristischen und nicht-touristischen Angeboten zu treffen. Leistungen, die von der Sozialversicherung ganz oder überwiegend finanziert werden, können demnach nicht dem Gesundheitstourismus zugeordnet werden. Erfolgt die Finanzierung jedoch durch den Gast oder auch eine Zusatzversicherung, ist die Reise als touristische einzustufen.
- **Nächtigungsfokus im Gesundheitstourismus:** Da gesundheitstouristische Angebote zur Steigerung des Wohlbefindens meist einen mehrtägigen Aufenthalt bedingen, findet etwaiger Tagestourismus keine Berücksichtigung.

Basierend auf dieser umfassenden Definition kann der Gesundheitstourismus, wie in folgender Grafik (Abbildung 15) schematisch dargestellt, im gesamten Gesundheitsangebot verortet werden. Wie bereits formuliert, kann es zwischen verschiedenen Bereichen zu Überschneidungen kommen.

Abbildung 15: Abgrenzung des Gesundheitstourismus und seiner Segmente



Quelle: Con.os tourism consulting (2011).

Aus der Grafik lassen sich die verschiedenen Segmente des Gesundheitstourismus entnehmen.

- Wellness-Tourismus
- Thermen-Tourismus
- Alpiner Wellness Tourismus
- Medical Wellness Tourismus
- Ästhetisch/minimal invasiver Medizintourismus

Heil-, Kur- und Thermalbäder (CPA 96D) entsprechen sonstigen Gesundheitsdienstleistungen des erweiterten Bereichs (G_10) und gehen gänzlich in das ÖGSK ein.²⁹

Nachfrageseitig³⁰ lassen sich 19,3 % aller gewerblichen Betten dem Gesundheitstourismus zuordnen (BMFWF 2014b). Weiters ist anzumerken, dass per Definition des Gesundheitstourismus gesundheitsorientierte Dienstleistungen durch Dritte erbracht werden, was zu zusätzlichen Aufwendungen führt.

3.4.9.2. Sporttourismus

Wie im vorhergehenden Kapitel dargestellt wurde, gilt Sporttourismus definitionsgemäß nicht als Gesundheitstourismus. Eine allgemein anerkannte Definition für Sporttourismus scheint es

²⁹ Für Schlankheits- und Massagezentren, Solarien und Saunas (CPA 96E) wird mit 5,6% der gleiche Gesundheitsanteil angenommen wie im deutschen GSK (BMWi 2009).

³⁰ Nachfrageseitige „Betten“ entsprechen der tatsächlichen Auslastung gegenüber den angebotsseitigen verfügbaren Betten.

nicht zu geben. Im weiteren Sinn kann jedoch diese Definition als Basis dienen: „*Sport tourism in broad terms is the appropriation of “self”-participation in sports in the routine living environment under other/alien, non-familiar conditions outside of one’s own living environment*“. (Schwark 2007: 119)

Der gesundheitsrelevante Anteil des Sporttourismus kann aufgrund unterschiedlicher Abgrenzung durch diverse Studien als Bandbreite abgebildet werden. Der Bericht „Tourismus und Freizeitwirtschaft in Zahlen“ (WKO 2013) weist – unter Berücksichtigung von Mehrfachnennungen bzw. Monokausalität – für *aktiv/sportlich sein* als Urlaubsmotivation einen Wert von 57% aus (siehe Kapitel 3.4.9). Nach einer Studie über die ökonomische Bedeutung des Sports in Österreich (Felderer et al. 2006), lässt sich anhand der Anteile der sportrelevanten Sektoren an der Bruttowertschöpfung eine Gesundheitsrelevanz des Sporttourismus von 45 % ableiten. Ein Bericht der WKO deutet darüber hinaus darauf hin, dass sich der Anteil des Sporttourismus in Österreich im Zeitraum 2008 – 2013 nicht maßgeblich verändert hat (WKO 2016). Es wird daher eine Gesundheitsrelevanz des Sporttourismus von 45 % angenommen.

Ein weiteres Indiz für die hohe Bedeutung des Sporttourismus in Österreich liefert die Tourismusstatistik (Statistik Austria 2017g). Sie weist für Österreich im Jahr 2013 insgesamt 132,6 Mio. Nächtigungen aus. Davon entfallen auf das Bundesland Wien, welches wohl den geringsten Sporttourismusanteil haben dürfte, da die Möglichkeiten für Wandern, Schifahren etc. gering sind, nur 12,7 Mio. Nächtigungen. In Tirol hingegen, welches vorwiegend alpinen Sporttourismus anbietet, fielen 45,1 Mio. Nächtigungen an. Es dürfte somit insgesamt der weit überwiegende Anteil der Nächtigungen in Österreich auf Sommer- und Wintertourismus entfallen.

Werden nun die konservativen 45 % des Tourismus dem Sporttourismus zugeordnet und davon 49 % (Sportkoeffizient) an Gesundheitsrelevanz zuerkannt, ergibt sich ein gesundheitsrelevanter Sporttourismusanteil von 22,05 %.

3.4.9.3. Gesundheitsrelevanter Tourismus

Diese Bandbreite und Multikausalität der Urlaubsmotive bedingt eine Zuordnung eines Gesundheitskoeffizienten aus den bestehenden Datenquellen. Wie bereits angeführt, werden für diese Studie speziell der Sporttourismus und der reine Gesundheitstourismus herangezogen, um ein Gesamtbild des gesundheitsrelevanten Tourismus zu erhalten. Als Basis kann dabei von dem in Kapitel 3.4.9.1 beschriebenen reinen Gesundheitstourismus bzw. Wellness-tourismus (gänzlich gesundheitsrelevant) ausgegangen werden, welcher in Österreich 19,3 % aller gewerblichen Nächtigungen ausmacht. Bei der Betrachtung des Sporttourismus (Kapitel 3.4.9.2) haben Studien gezeigt, dass 45 % der touristischen Wertschöpfung durch Sport bedingt sind.³¹ In weiterer Folge wird der in Kapitel 3.4.3 behandelte Sportkoeffizient von 49 % herangezogen, welcher die Primärintention Gesundheit bei Sporttreibenden angibt.

³¹ Unter dem Vorbehalt von Mehrfachnennungen weist der Tourismus Monitor (WKO 2013) für *aktiv/sportlich sein* als Urlaubsmotivation einen Wert von 57%.

Durchschnittlich lässt sich somit eine sportliche bedingte gesundheitstouristische Relevanz von 22,05 % ausweisen. Ein Teil dieser Menge des gesundheitsrelevanten Sporttourismus deckt sich sicherlich mit dem reinen Gesundheitstourismus (Schlagwort: Alpiner Wellness Tourismus). Dadurch können die hier ausgewiesenen 22,05 % als kleinste gemeinsame Schnittmenge – Mindestgrundlage für einen Gesundheitsanteil des Tourismus – angesehen werden. Zusätzlich gilt es dabei kumulativ einerseits den Anteil am reinen Gesundheitstourismus zu berücksichtigen, welcher sich nicht mit dem gesundheitsrelevanten Sporttourismus deckt. Andererseits müssen sonstige Urlaubsmotive, die eine marginale gesundheitliche Relevanz aufweisen, berücksichtigt werden. Da keine verwertbaren Informationen für diesen prozentualen Aufschlag auf die Gesundheitsanteil-Mindestgrundlage des Tourismus von 22,05 % existieren, muss dieser geschätzt werden. Nach weiterführenden Recherchen und der Sichtung qualitativer Informationen wird diese Menge als Residualwert zur Erreichung eines plausiblen gesamten Gesundheitsanteils von 31,70 % abgeleitet. Dabei wird angenommen, dass ein Teil des Sporttourismus aus Gesundheitsgründen deckungsgleich mit dem Kern-Gesundheitstourismus ist (konservative Annahme), nämlich die Hälfte des letzteren (9,70 %). Für das ÖGSK ergibt sich somit ein Gesundheitsanteil für den Tourismus von 31,70 %, dessen VGR basierte Anwendung nachfolgend beschrieben wird.

Im Falle der **Beherbergungsdienstleistungen** (IIO 55) und der **Dienstleistungen von Reisebüros und Reiseveranstaltern** (CPA 79) sind direkt 31,70 % des Gesamtaufkommens als Gesundheitsrelevant zu klassifizieren, da 100 % der Leistungserbringung dem Tourismussektor zufließt.

Im **Gastronomiesektor** (IIO 56) ist zu beachten, dass nicht das ganze Aufkommen dem Tourismus zuzurechnen ist. Aus diesem Grund muss zuerst jener Anteil der Gastronomie herausgerechnet werden, der von TouristInnen nachgefragt wird. Erhebungen der Österreich Werbung (2016) ergeben, dass TouristInnen durchschnittlich EUR 22 pro Tag für Gastronomieleistungen aufwenden. In Tabelle 12 wird das weitere Vorgehen dargestellt. Durch die Gewichtung nach Sommer- und Wintertourismus ergibt sich anhand der jeweiligen Nächtigungszahlen ein gesamtösterreichischer touristischer Konsum an Gastronomieleistungen von EUR 2.881 Mrd.³² Diese Berechnung der touristisch bedingten Gastronomieausgaben bildet einen Annäherungswert.

Tabelle 12: Touristischer Konsum an Gastronomieleistungen

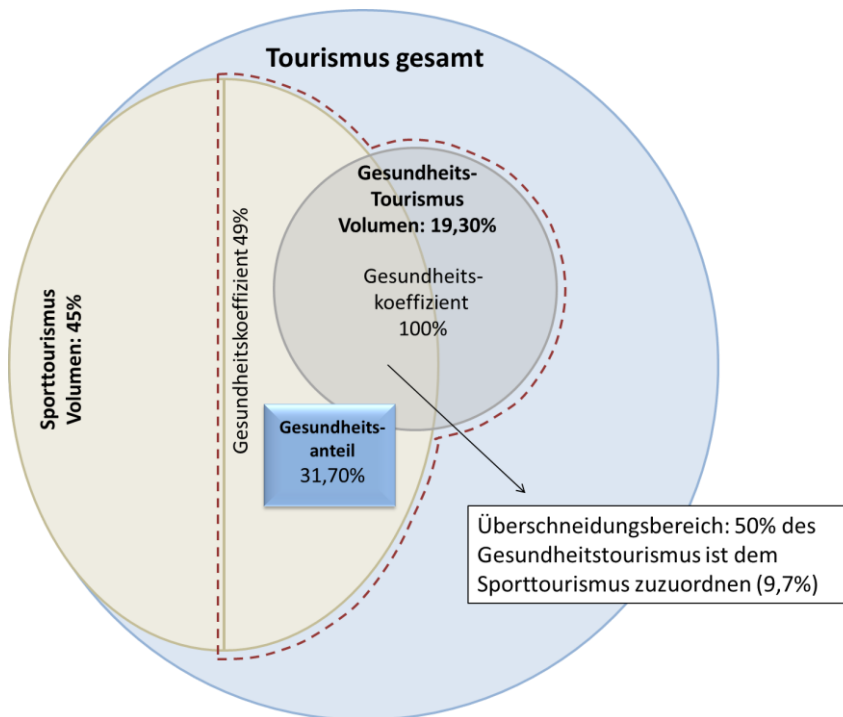
Saison	Nächtigungen	touristische Gastronomieausgaben/Tag	touristische Gastronomieausgaben
Sommer 2013	66,5 Mio.	22 €	1.462 Mio. Euro
Winter 2013	64,5 Mio.	22 €	1.419 Mio. Euro
Gesamt	131,0 Mio.		2.881 Mio. Euro

Quelle: Statistik Austria (2016d; 2017f), Österreich Werbung (2016).

³² Dieser gesamtösterreichische touristische Konsum an Gastronomieleistungen bildet einen Näherungswert. Das verhältnismäßig geringe Volumen durch tagestouristischen Konsum bleibt unberücksichtigt.

In Relation zur in der Input-Output-Tabelle angegebenen privaten Endnachfrage nach Gastronomiedienstleistungen ergibt sich ein Prozentsatz von 16,8 %, welcher von TouristInnen nachgefragt wird. Auf diesen Anteil wirkt weiter der Gesundheitskoeffizient im Bereich Tourismus (31,70 %), was zu einem finalen Gesundheitsanteil von 5,33 % führt. Mit dem Gesamtaufkommen dieser touristischen Nachfrage wird in Folge so umgegangen, wie bereits für den Bereich Beherbergung beschrieben – 31,70 % dieser Endnachfrage sind als für die Gesundheitswirtschaft relevant zu klassifizieren (siehe Abbildung 16).

Abbildung 16: Gesundheitsmarkt - Tourismus



Quelle: IHS (2017).

3.4.10. Gesundheitlich relevante Forschung & Entwicklung

Durchführung und Finanzierung von Forschung und experimenteller Entwicklung sind im österreichischen Forschungs- und Technologiebericht 2015 und 2016 aufgearbeitet, welcher zur Ermittlung des Gesundheitskoeffizienten für das ÖGSK herangezogen wird. Die Bundesausgaben für Forschung und Forschungsförderung nach sozioökonomischen Zielsetzungen, weisen

Forschung und Entwicklung in den Bereichen:

- Biotechnologie im Dienste der Gesundheit
- Medizin
- Psychologie
- Biologie

einen Ausgabenanteil für die Förderung des Gesundheitswesens für das Jahr 2013 von 20,10 % aus.³³ Der Unternehmenssektor (48,7 %), ausländische Unternehmen (16,6 %) und

³³ Der Ausgabenanteil zur Förderung des Gesundheitswesens bezieht sich auf den Bund als Finanzierungsquelle. Der öffentliche Sektor in der Systematik des österreichischen Forschungs- und Technologieberichtes 2015 beinhaltet neben dem Bund auch Länder, Gemeinden, Forschungsförderungsfonds und sonstige öffentliche Finanzierung. Der

der öffentlicher Sektor (34,2 %), bilden die größten Finanzierungssektoren (BMVIT 2016). Die marginalen Restsektoren sind der privat gemeinnützige Sektor (0,5 %) und Fördermittel der EU (1,9 %). Für die Ermittlung der Höhe der Ausgaben für gesundheitlich relevante Forschung und Entwicklung werden die Ausgaben des öffentlichen Sektors (vereinfachend inkl. den marginalen Sektoren *privat gemeinnützig* und *Fördermittel der EU*) und die dbzgl. Unternehmensausgaben herangezogen (Austria Wirtschaftsservice 2015). Diese betragen in Summe etwa EUR 1,43 Mrd. und sind Teil der gesamten Forschungs- und Entwicklungsausgaben. Der Forschungs- und Technologiebericht 2016 weist diesen Gesamtwert für 2013 in der Höhe von EUR 9,571 Mrd. aus, der gesundheitsrelevante Anteil liegt daher bei etwa 14,96 %.

3.4.11. Fitness

Der Markt für Fitness setzt sich aus dem Markt für Sport-Dienstleistungen und der Produktion von Sportgeräten zusammen.

Das Volumen der Sport-Dienstleistungen beinhaltet zwei Untergruppen. Zum einen fallen Dienstleistungen der Vermietung von Sportgeräten darunter, zum anderen auch Dienstleistungen des Betriebs von Sportanlagen, Sportvereinen und Fitnesscentern. Die **Vermietung von Sportgeräten** ist eine Unterkategorie der CPA Gruppe 77 (Dienstleistungen der Vermietung von beweglichen Sachen). Mittels Leistungs- und Strukturtabellen lässt sich der Anteil, der auf Sportgeräte entfällt, errechnen. Auf diesen Anteil wirkt der Gesundheitskoeffizient im Bereich Sport und Fitness (49 %). In Kombination ergibt sich für diese Gruppe ein finaler Gesundheitsanteil von 0,64 %.

Sportgeräteproduktion:

- Ski- und Skiausrüstung und andere Wintersportausrüstung
- Wasserski, Surfbretter und andere Ausrüstung für den Wassersport
- Geräte und Ausrüstung für Turnhallen, Fitnessstudios
- Ball- und Freiluftsportgeräte
- Schwimmbecken

Vermietung und Leasings von Sport- und Freizeitgeräten

Betrieb von Sportanlagen:

- Sportvereine
- Fitnesscenter

Die **Dienstleistungen des Betriebs von Sportanlagen, Sportvereinen und Fitnesscentern** fallen in der CPA mit anderen Dienstleistungsbereichen zusammen und werden in der Gruppe Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung (CPA 93) aggregiert. Um zu eruieren, welcher Anteil dieses Aggregats für den Bereich Sport relevant ist, dient ein Bericht von SportsEconAustria. In diesem wird der Bereich Sport mit einer direkten Bruttowertschöpfung von 854,89 Mio. für das Jahr 2013 kalkuliert³⁴ (SpEA 2016). Unter

Bund stellt dabei mit ca. 80% den Großteil der Forschungsmittel. Da für die anderen öffentlichen Finanzierungsquellen keine Aufschlüsselung nach sozioökonomischen Zielsetzungen existiert, wird für selbige eine gleiche Verteilung der Ausgabenanteile zur Förderungen des Gesundheitswesens angenommen wie für jene des Bundes

³⁴ Im Projektbericht „Gesundheitswirtschaft Österreich“ aus dem Jahr 2014 wurde eine Bruttowertschöpfung für das Jahr 2008 von 127,55 Mio. (Felderer et al. 2006) festgestellt. Diese hohe Differenz ergibt sich aus unterschiedlichen Definitionen des Begriffs „Sport“.

Anwendung des Sport-Gesundheitskoeffizienten ergibt dies einen finalen Gesundheitsanteil von 35,74 % (CPA 93) im Vergleich zum gesamten Aufkommen der Gruppe DL des Sports, der Unterhaltung und der Erholung.

Die **Herstellung von Sportgeräten** (IIO 32_C) ist ein breitgefächerter Begriff. Unter diese Klassifizierung fällt die Produktion von Skiern und jeglicher Skiausrüstung, Artikeln für den Wassersport wie Surfbrettern, Wasserski und ähnlichen, Geräten für die Turnhallen und Fitnessstudios wie auch Ball- und Freiluftsportgeräten und Angelausrüstungen. Da die Gruppe 32_C der Input-Output-Tabelle jedoch neben der Sportgeräteproduktion noch die Produktion von Musikinstrumenten und Spielwaren miteinschließt, muss dieser Anteil zuerst aus den Berechnungen ausgeschlossen werden. Zu diesem Zweck bedienen wir uns wieder der detaillierteren Daten der Leistungs- und Strukturtabellen. Diese weisen aus, dass 50,85 % der Übergruppe auf die Produktion von Sportgeräten entfallen. Weiters sind Fahrräder als Sportgeräte einzuordnen, weshalb auch die **Herstellung von Fahrrädern**³⁵ (IIO 30_F) hier miteinzubeziehen ist.³⁶ Auf diese beiden Bereiche wird der sportbezogene Gesundheitskoeffizient von 49 % angewandt. Für die Herstellung von Sportgeräten bzw. für die Herstellung von Fahrrädern ergeben sich somit Gesundheitsanteile von 24,91 % (IIO 32_C) bzw. 46,06 % (IIO 30_F).

3.4.12. Gesundheitsrelevante Versicherungsleistungen

Versicherungsdienstleistungen sind von großer gesundheitlicher Relevanz, weshalb die damit in Verbindung stehenden Dienstleistungen in das GSK einfließen.

Neben der Deckung von Krankheit und Unfall über die Sozialversicherung – 99,9 % der Gesamtbevölkerung (HV SVT 2017) – verfügen im Jahr 2014 35,8 % der Österreicher zusätzlich über eine private Krankenversicherung (VVO 2014). Im Jahr 2013 betrug das Prämienaufkommen der privaten Krankenversicherungen EUR 1.821

Mio., sowie jenes der Unfallversicherung EUR 947,11 Mio. (VVO 2013). Diesem gesamten Prämienaufkommen der Kranken- und Unfallversicherung im Jahr 2013 von EUR 2.307 Mio. stehen Leistungen von EUR 1.495 Mio. gegenüber (EUR 1.184 Mio. Krankenversicherungen und EUR 311 Mio. Unfallversicherung).

Dienstleistungen von Versicherungs-
gesellschaften und Rückversicherungen in
den Bereichen:

- Gesetzliche Sozialversicherung
- Unfallversicherung
- Krankenversicherung

³⁵ Der Tatsache, dass viele Fahrräder primär zu Fortbewegungszwecken und nicht zu sportlichen Zwecken angeschafft werden, kann hier aufgrund fehlender Daten nicht Rechnung getragen werden. Jedoch ist auch im Falle der reinen Fortbewegung anzuerkennen, dass diese körperliche Betätigung gesundheitsrelevanten Nutzen stiftet.

³⁶ Die Produktion von Fahrrädern ist in der IIO Gütergruppe 30_F mit Behindertenfahrzeugen subsummiert. Da ersteres der EGW und die Produktion von Behindertenfahrzeugen dem KGW zuzuordnen ist, verteilt sich die Gütergruppe 30_F – so wie auch die Produktion pharmazeutischer Erzeugnisse (CPA 21) – auf den Kernbereich und die erweiterte Gesundheitswirtschaft (1% bzw. 94%). Sonstige Fahrzeuge in der IIO Gütergruppe 30_F (beispielsweise Kinderwagen) wird ein Aufkommensanteil von 5% zugeschrieben, welcher auf die Nicht-Gesundheitswirtschaft entfällt.

Die Leistungen privater Versicherungen zur Deckung gesundheitlicher Risiken werden mittels Ausgaben der Verwaltung zur Gesundheitsversorgung privater Krankenversicherungen aus dem SHA ermittelt.³⁷ Daraus ergibt sich für die Dienstleistungen der Nichtlebensversicherung inkl. Unfall- und Krankenversicherung ein Gesundheitsanteil von 15,81 % und für die Rückversicherungsleistungen ein Gesundheitsanteil von 11,52 %. Die Dienstleistungen von Lebensversicherungsgesellschaften, Pensionskassen und -fonds sind nicht gesundheitsrelevant und damit Teil der Nicht-Gesundheitswirtschaft (NGW).

Im Bereich der gesundheitsrelevanten Sozialversicherung und Verwaltung wird eine analoge Herangehensweise gewählt. Es werden die Leistungen der Verwaltung der Gesundheitsversorgung (Staat inkl. Sozialversicherungsträger) aus dem SHA herangezogen und auf die CPA Gruppe 84 Dienstleistungen der öffentlichen Verwaltung, der Verteidigung und der Sozialversicherung angewandt. Daraus ergibt sich ein Gesundheitsanteil für die genannte CPA Gruppe von 3,30 %.

3.4.13. Gesundheitsrelevante Interessensvertretung

Aufgrund verschiedenster Leistungserbringungen für ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen im Gesundheitssektor sind Dienstleistungen von Wirtschafts- und Arbeitgeberverbänden sowie Berufsorganisationen und ArbeitnehmerInnenvereinigungen auch in das GSK aufzunehmen.

Dienstleistungen von:

- Wirtschafts- und Arbeitgeberverbänden
- Gewerkschaften
- Berufsorganisationen
- Arbeitnehmervereinigungen

In Österreich sind ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen automatisch Mitglied einer Kammer. ÄrztInnen sind in der Ärztekammer organisiert, ArbeitnehmerInnen in der Kammer der ArbeiterInnen und Angestellten und ArbeitgeberInnen in der Wirtschaftskammer. 2013 gab es laut der Österreichischen Ärztekammer 42.302 ÄrztInnen in Österreich (Statistik Austria 2016e). Neben der Ärztekammer vertreten die Österreichische Zahnärztekammer und die Österreichische Apothekerkammer die Interessen wichtiger Akteure im Gesundheitswesen mit 4.853 (Statistik Austria 2016e) und 5.589 Mitgliedern (Österreichische Apothekerkammer 2015).

Von Seiten der ArbeitnehmerInnen sind die Gesundheitsberufe in unterschiedlichen Teilgewerkschaften organisiert. Es gibt jedoch innerhalb des ÖGB eine Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe, welche folgende Berufe umfasst: Hebammen, medizinisch-technische Dienste, Gesundheits- und Krankenpflege, medizinisch-technische Fachdienste, Sozialbetreuungsberufe, medizinische MasseurInnen und HeilmasseurInnen, SanitäterInnen und Sanitätshilfsdienste. Eine ÄrztInnengewerkschaft gibt es in Österreich nicht. Insgesamt vertrat diese Fachgruppenvereinigung im Jahr 2013 etwa 76.891

³⁷ Transferleistungen sollen dabei nicht berücksichtigt werden. Da das SHA einer Verwendungsrechnung folgt, sind Transferleistungen – sie stellen keine Endverwendung dar – in der Gesundheitsausgabenrechnung gemäß SHA nicht enthalten.

Mitglieder (Preterebner 2017). Bei einer ÖGB-Gesamtmitgliederzahl von 1.196.538 (2015) bedeutet das einen Anteil von 6,43 %. Der Umsatzerlös des ÖGB für das Jahr 2013 betrug EUR 212,89 Mio. (ÖGB 2014).

Bedeutende Interessensvertretungen der ArbeitgeberInnen bzw. österreichischen ProduzentInnen in der Gesundheitswirtschaft sind etwa die Pharmig (Interessenvertretung der österreichischen pharmazeutischen Industrie) oder die Austromed (Interessenvertretung der Medizinprodukte-Unternehmen), sowie die WKO-Innung der Gesundheitsberufe (AugenoptikerInnen, KontaktlinsenoptikerInnen, HörgeräteakustikerInnen, ZahntechnikerInnen, OrthopädietechnikerInnen und BandagistInnen) und sonstige Innungen als Vertretung von ProduzentInnen und DienstleisterInnen der erweiterten Gesundheitswirtschaft.

Zur Abbildung der Dienstleistungen von Interessenvertretungen wird das Beschäftigungsverhältnis der Input-Output-Tabellen herangezogen. Durch die Schaffung eines Gesundheitssatelliten lässt sich der Anteil des KGW und der EGW am gesamten Beschäftigungsverhältnis im Jahresdurchschnitt abbilden (10,2 % bzw. 4,1 %). Somit kommt der Gesundheitswirtschaft ein Anteil nach Beschäftigten von 14,30 % zu, welcher auf die CPA Abteilung 94 *Dienstleistungen von Interessenvertretungen* angewandt wird.

Durch die gewählte Herangehensweise über das Beschäftigungsverhältnis – nicht das Angestelltenverhältnis – sind in weiterer Folge auch all jene Dienstleistungen von Wirtschafts- und ArbeitgeberInnenverbänden sowie Berufsorganisationen von Bedeutung, deren vertretene Personen bei der Produktion und Leistungserbringung in der Gesundheitswirtschaft beteiligt sind, aber gegebenenfalls nicht direkt dort angestellt sind. Dies beinhaltet beispielsweise in Krankenanstalten bedienstete nicht medizinische TechnikerInnen oder Putzpersonal. Darüber hinaus sind durch den hier gewählten Ansatz auch kirchliche Interessensvertretungen abgebildet, da kirchliche Organisationen etwa auch am Spitalsmarkt tätig sind und religiöse Vereinigungen ferner in der CPA-Abteilung 94 *Dienstleistungen von Interessenvertretungen* beinhaltet sind.

3.4.14. Gesundheitsrelevante IT & Telekommunikation

Im deutschen GSK wurde dieser Gesundheitsanteil als Anteil der Informations- und Telekommunikations-Ausgaben der Gesundheitsbranche (CPA 86) am gesamten Markt für Software, Hardware und Datenbanken (CPA 62-62) definiert. Aufgrund der eingeschränkten Datenlage wird diese Herangehensweise auf das ÖGSK übertragen. Der Anteil der Dienstleistungen der EDV-Programmierung und -Beratung (CPA 62-63) im Gesundheitswesen (Leistungen des KGW) an der Gesamtverwendung dieser Informationsdienstleistungen liegt in Österreich bei 1,81 % und bildet damit den vorleistungsseitigen Gesundheitsanteil. Die gleiche

Dienstleistungen im Bereich:

- IT-Dienste und –Entwicklung für Anwendungen wie auch Netze und Systeme
- Softwareentwicklung
- Betrieb von Datenverarbeitungssystemen
- Telekommunikationsdienstleistungen

Herangehensweise wird für Telekommunikationsdienstleistungen (CPA 61) gewählt. Der Bereich der gesundheitsrelevanten Telekommunikation ist ein zukunftsweisender Sektor. Es werden erste Systeme entwickelt, die über eine Vernetzung die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung verbessern sollen. Diese reichen von automatischen Notfallsystemen, der Übermittlung von medizinischen 24-Stunden-Aufzeichnungen, „Ambient Assisted Living“ (selbstbestimmtes Leben durch technische Unterstützung) bis hin zu ersten Ferndiagnosen und Anwendungssoftware für Mobilgeräte (mobile Apps). Die enormen Potenziale bedingen eine Aufnahme der gesundheitsrelevanten Kommunikationsdienstleistungen in das ÖGSK. Die Verwendung von Telekommunikationsdienstleistungen (CPA 61) durch die Kernbereiche der Gesundheitswirtschaft macht 1,20 % an den gesamten Telekommunikationsdienstleistungen aus.

3.4.15. Transport und Handel

Auch Dienstleistungsbereiche wie der Transport (von Gütern und Personen) und der Handel - genauer von gesundheitsrelevanten Gütern - werden in die Berechnungen miteinbezogen. Für die Ermittlung jenes Anteils an den Transport- und Handelsleistungen, welcher den gesundheitsrelevanten Gütern zuzuschreiben ist, wird der zweite Quadrant der Aufkommenstabelle des GSK herangezogen. Nach der Input-Output-Methode sind im zweiten Quadranten der Aufkommenstabelle folgende Spalten abgebildet:

- Heimisches Aufkommen
- Importe (gesamt bzw. aus der EU)
- Aufkommen zu Herstellungspreisen
- Großhandelsspannen
- Einzelhandelsspannen
- Transportspannen
- Gütersteuern und Gütersubventionen
- Aufkommen zu Anschaffungspreisen

Durch die Schaffung eines Gesundheitssatelliten lassen sich die Großhandels-, Einzelhandels- und

Transportspannen der einzelnen gesundheitsrelevanten Güter im GSK aufsummieren und als Anteil an der jeweiligen Gesamtspanne messen. Da die einzelnen Güter nach deren Zugehörigkeit zum Kernbereich der Gesundheitswirtschaft oder zur erweiterten Gesundheitswirtschaft unterschieden werden können, ergeben sich jeweilige Gesundheitsanteile von 9,04 % bzw. 2,86 % an den Großhandelsleistungen (CPA 46), 6,80 % bzw. 5,32 % an den Einzelhandelsleistungen (CPA 47) und 2,53 % bzw. 1,79 % an den Transport- und Lagerleistungen (CPA 49-52). Durch diese Herangehensweise wird von einer Gleichverteilung der Landverkehrsleistungen, der Schifffahrtsleistungen, der Luftfahrtsleistungen und der Lagerleistungen ausgegangen.

Transportleistungen:

- Landverkehrsleistungen
- Personenbeförderung und Gütertransportleistungen mit der Eisenbahn, im Straßenverkehr, im linienmäßigen Fernverkehr, im Schiffsverkehr, im Luftverkehr
- Lagerleistungen
- Dienstleistungen für den Landverkehr, die Schifffahrt und die Luftfahrt
- Unterstützungsdienstleistungen für den Verkehr

Handelsleistungen:

- Großhandel und Handelsvermittlung
- Einzelhandel
- Landverkehr

Bei Betrachtung des Anteils der Gesundheitswirtschaft an Großhandel, Einzelhandel oder Transport verdeutlicht sich das Verhältnis zwischen Gütern und Dienstleistungen, da bei letzteren keine dieser Leistungen anfallen. Sowohl im Kernbereich als auch im erweiterten Bereich ist die Gesundheitswirtschaft zu einem wesentlichen Teil durch Dienstleistungen bestimmt.

3.4.16. Beratungsdienste

Beratungsdienste erlangen am österreichischen Gesundheitsmarkt eine immer größere Bedeutung. Gerade im Spitalssektor (IIO 86A) werden neben Rechts-, Steuer- und Unternehmensberatung, vermehrt wissenschaftliche Dienstleistungen zur Hebung von Effizienzpotenzialen in Anspruch genommen.³⁸

Laut einer Studie der FEACO (European Federation of Management Consultancies Associations; der europäischen Dachorganisation der nationalen Managementberatungsverbände) trugen in Deutschland im Jahr 2011 AuftragnehmerInnen aus dem Gesundheitsbereich³⁹ 3,3 % zum Umsatz der Beratungsunternehmen bei (FEACO 2012: 21).

Dienstleistungen im Bereich:

- Rechtsberatung und -vertretung
- Wirtschaftsprüfung
- Buchführungsleistungen
- Steuerberatung
- Finanzberatung
- Personalberatung
- Beschaffungsmanagement

Die Verwendung von Dienstleistungen der Unternehmensführung und -beratung (CPA 70) und Rechts-, Steuerberatungs- und Wirtschaftsprüfungsdienstleistungen (CPA 69) durch die Kernbereiche der Gesundheitswirtschaft macht 8,49 % bzw. 8,89 % an den gesamten Leistungen dieser Abschnitte aus. Für Rechts-, Steuerberatungs- und Wirtschaftsprüfungsdienstleistungen (CPA 69) muss zusätzlich die gesundheitsrelevante Endnachfrage berücksichtigt werden.⁴⁰

3.4.17. Werbung

Die Werbewirtschaft ist ein bedeutender Wirtschaftszweig und hat auch indirekte Effekte durch die Beeinflussung der Kaufentscheidung potenzieller KundInnen. Aus diesem Grund muss ein spezifischer Anteil der Werbewirtschaft als

Dienstleistungen von:

- Werbeagenturen
- Markt und Meinungsforschungsunternehmen

³⁸ Siehe etwa Czypionka/Kraus/Sigl/Warmuth (2012): Health Cooperation: Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen. IHS Wien.

³⁹ In der Studie der FEACO umfasst der Gesundheitsbereich Anbieter von Gesundheitsdiensten (Spitäler und ÄrztInnen), Vertrieber von medizinischen Geräten und medizinischen Gütern sowie Versicherungsunternehmen. Außerdem sind Hersteller von Pharmaka sowie Unternehmen der Biotech-Branche darin enthalten.

⁴⁰ Dienstleistungen der Unternehmensführung und -beratung (CPA 70) kommt nach den IO Tabellen der Statistik Austria keine Endnachfrage zu.

gesundheitsrelevant erachtet werden. Markterhebungen der gewista urban media (gewista 2013) und der Media FOCUS Research Ges.m.b.H.⁴¹ analysieren die Werbeausgaben nach Wirtschaftsbereichen. Aufgrund dieser Aufgliederung war es möglich abzuschätzen, wie viel Werbeausgaben die gesundheitsrelevanten Wirtschaftszweige haben. Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass nur ein bestimmter Anteil der Wirtschaftstätigkeit der definierten Bereiche als gesundheitsrelevant zu werten ist, was der Gesundheitsanteil widerspiegelt, wurde eben der jeweilige Anteil auf die Werbeausgaben der jeweiligen Bereiche angewandt. In Folge wurden die gesundheitsrelevanten Werbeausgaben summiert und als Prozentsatz der gesamten Werbeausgaben ausgedrückt, wodurch schließlich der Gesundheitsanteil der CPA-Gruppe 73 (Werbe- und Marktforschungsleistungen) ermittelt wurde. Die Berechnungen zeigen, dass 4,20 % der gesamten Werbeausgaben gesundheitliche Relevanz haben.⁴²

3.4.18. Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften

Die Vermittlung von festangestellten MitarbeiterInnen und die befristete Überlassung von Arbeitskräften ist eine wachsende Dienstleistungsbranche (Akupav 2012). Gesundheitsrelevante Vermittlungsdienstleistungen können von potenziellen ArbeitgeberInnen oder von

Dienstleistungen im Bereich:

- Vermittlung von Arbeitskräften der Gesundheitsberufe
- Überlassung von Arbeitskräften der Gesundheitsberufe

Arbeitssuchenden in Auftrag gegeben werden. Für die Auswahl und Anstellung der BewerberInnen sind die potenziellen ArbeitgeberInnen zuständig. Die Bezahlung für die Leistungen des Vermittlungsunternehmens erfolgt erfolgsabhängig, d. h. nur bei einer erfolgreichen Bewerbervermittlung. Im Rahmen der befristeten Überlassung von Arbeitskräften werden Dienstleistungen für die Vermittlung von gesundheitsrelevantem Personal für Zeitarbeitsverträge angeboten.⁴³ Die Zeitarbeitsvermittlung stellt die MitarbeiterInnen ein und überlässt sie an KundInnen zur Ergänzung des Personals in bestimmten Situationen. Approximativ wird die Statistik der Arbeitskräfteüberlassung und privaten Arbeitsvermittlung herangezogen, welche einen Anteil der Gesundheits-, Lehr- und Kulturberufe von 4,92 % ausweist (Akupav 2012). Um eine weiter Disaggregation dieser Gruppe zu erreichen, werden die geleisteten Arbeitsstunden der entsprechenden CPA Gruppen aus den publizierten IO-Tabellen der Statistik Austria herangezogen. Den Gesundheitsberufen (CPA 86) kommt ein Anteil von 48,77 % zu (Lehrberufe (CPA 85) 45,01 %, Kulturberufe (CPA 90, 91) 6,22 %). Damit ergibt sich ein Gesundheitsanteil von 2,40 %, welcher auf die Dienstleistungen der Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften (CPA 78) angewendet wird. Da Angehörige von Gesundheitsberufen de facto nur in gesundheitsrelevanten Branchen vermittelt werden, werden in der Verwendungstabelle nur die Sektoren 86 und 87 berücksichtigt.

⁴¹ Die genauere Aufgliederung der von der gewista (gewista 2013) veröffentlichten Daten wurde auf Anfrage von der Media FOCUS Research Ges.m.b.H. für diese Studie zur Verfügung gestellt.

⁴² Im Rahmen des Projektes „Gesundheitswirtschaft Österreich“ für das Jahr 2008 (Czypionka et al. 2014) betrug der Gesundheitsanteil für Werbung (CPA 70) 7,28%. Diese relativ große Differenz resultiert aus einer abweichenden Aufgliederung seitens der FOCUS Research Ges.m.b.H.

⁴³ Erläuterungen der Statistik Austria zur Leistungs- und Strukturhebung im Dienstleistungsbereich.

3.4.19. Gesundheitsrelevante Bauleistungen

Die Errichtung von gesundheitsrelevanten Bauten bzw. Gebäuden des Gesundheitswesens hat einen wesentlichen Anteil an Dienstleistungen von Architektur- und Ingenieurbüros (CPA 71), vorbereitenden Baustellenarbeiten, Bauinstallationsarbeiten und sonstige Ausbauarbeiten (CPA 43) und Gebäuden und Hochbauarbeiten (CPA 41). Zur Ermittlung des Gesundheitsanteils an diesen Gruppen wird der Euroconstruct Länderbericht (2012) herangezogen. Der Bauproduktion an Gebäuden des Gesundheitswesens, unter der Bauart öffentlicher und privater Nichtwohnbau, kommt ein Anteil an der gesamten Bauproduktion in Österreich von 1,83 % (2011) zu. Werden zusätzlich die Investitionen durch den Gesundheitssektor gemäß der Investitionstabelle der Statistik Austria berücksichtigt, ergeben sich für Bauleistungen Gesundheitsanteile von 3,60 % (CPA 41), 1,31 % (CPA 42), 3,38 % (CPA 43), sowie 3,77% (CPA 71).

Bauleistungen im Bereich:

- Vorbereitenden Baustellenarbeiten
- Bauinstallationsarbeiten
- Ausbauarbeiten
- Gebäude und Hochbauarbeiten
- Dienstleistungen der Architektur- und Ingenieurbüros und der technischen, physikalischen Untersuchungen

4. Methodik

In einem ersten Schritt wurde ein Gesundheitssatellitenkonto erstellt. In einem zweiten Schritt wurde zur Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft und ihrer volkswirtschaftlichen Wirkungen die Input-Output-Analyse als Instrument herangezogen. Diese wird auf den nachstehenden Seiten näher erläutert. Daran anschließend wird die Anwendung eines Satellitenkontos sowie die dafür verwendete Datengrundlage dargelegt (Kapitel 4.3 bis 4.5).⁴⁴

4.1. Input-Output-Analyse

Die Input-Output-Statistik ist ein wesentlicher Teil der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung, die Erstellung erfolgt meist nach international einheitlichen Konzepten und Regeln: Die internationale Norm ist das System of National Accounts 2008 (SNA 2008), die darauf basierende europäische Norm das Europäische System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (ESVG 2010).⁴⁵

Methodisch beruht die Input-Output-Analyse auf den Arbeiten von Leontief (1936), der die Gesamtwirtschaft als ein System von Wirtschaftssektoren betrachtet, die jeweils Leistungsströme aufnehmen und abgeben. Die Input-Output-Analyse ermöglicht die Berechnung von direkten und indirekten Wertschöpfungs-, Kaufkraft- und Beschäftigungseffekten, die sich durch die Nachfrage nach bestimmten Gütern und Dienstleistungen ergeben. Zudem lassen sich mit diesem Instrument die Effekte auf das gesamtwirtschaftliche Aufkommen an Steuern und Sozialabgaben – getrennt nach Gebietskörperschaften – berechnen. Eine vereinfachte Struktur der Untersuchung im zentralen Bereich der Input-Output-Analyse ist schematisch in Abbildung 17 dargestellt.

Die Input-Output-Analyse basiert auf der sehr detaillierten Input-Output-Tabelle, die ergänzend zur Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung erstellt wird und die Verflechtungen der einzelnen Produktionsbereiche in einer Volkswirtschaft sowie deren Beiträge zur Wertschöpfung darstellt. Abgeleitet aus den Vorleistungsverflechtungen und der Input-Struktur können Wertschöpfungs- und Beschäftigungsmultiplikatoren berechnet werden, welche die Beziehung zwischen Endnachfrage und Gesamtgüterproduktion abbilden. Im Ergebnis liefert die Untersuchung die kumulierten Auswirkungen der betrachteten Ausgaben bzw. Einrichtungen auf die Wirtschaft.

Diese Auswirkungen werden zusätzlich zu den so genannten „Erstrundeneffekten“ über gesamtwirtschaftliche Verflechtungen multiplikativ verstärkt. Die ursprünglich getätigten Ausgaben induzieren Folgerunden- beziehungsweise Multiplikatoreffekte, da wiederum jeder Betrieb für die Herstellung seiner Produkte und Dienstleistungen Halbfabrikate sowie Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe von anderen Branchen benötigt. Um von den Erstrundeneffekten auf

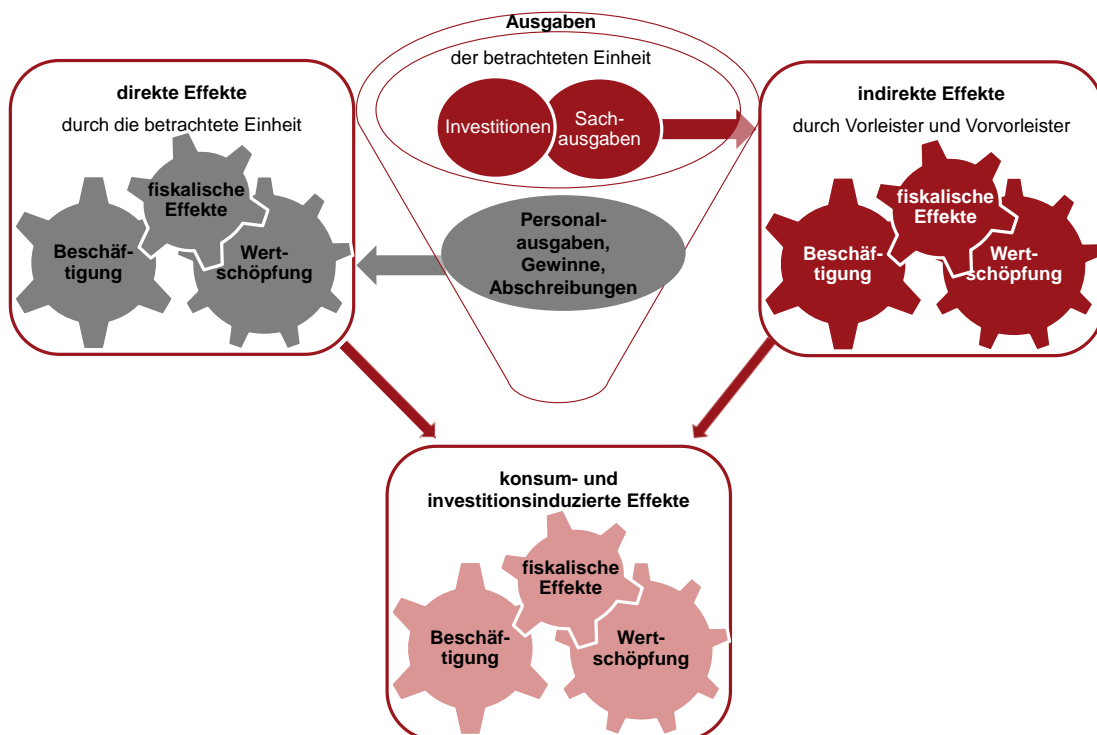
⁴⁴ Dieses Kapitel folgt in Teilen Holub und Schnabl (1994a und 1994b).

⁴⁵ Eine der wichtigsten Umstellungen der ESVG 1995 auf ESVG 2010 ist, dass Forschung und Entwicklung als Investition bewertet wird und nicht mehr wie vorher als Vorleistung, innerbetriebliche Leistung oder Nichtmarkt-Konsum. Im Vergleich zur ESVG1995 ist das Bruttoinlandsprodukt in der ESVG 2010 im Jahr 2013 um 3 % höher (Statistik Austria 2014).

die Höhe dieser Folgerundeneffekte schließen zu können, verwendet man die aus der Input-Output-Tabelle abgeleiteten Multiplikatoren, welche die sektoralen Verflechtungen der Volkswirtschaft in kompakter Form abbilden.

Die Höhe der Multiplikatoren hängt in erster Linie von der Struktur der wirtschaftlichen Verflechtungen der primär angeregten Sektoren mit den übrigen Sektoren ab, das heißt vor allem davon, an wen die Personal- und Sachausgaben fließen und wie diese in Folgeaufträgen weitergegeben werden. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Vorleistungen sowohl aus dem In- als auch dem Ausland bezogen werden können. Primäre Effekte, also Erstrundeneffekte, und davon durch Wirtschaftsverflechtungen ausgelöste weitere Effekte für Österreich gehen aber nur von jenem Teil der laufenden Ausgaben aus, der nicht über Importe ins Ausland abfließt.

Abbildung 17: Darstellung von Wertschöpfungs-, Beschäftigungs- und Steuerwirkungen



Quelle: IHS (2017).

In der Input-Output-Statistik werden zwei Klassifikationen verwendet: Für die Güterproduktion wird die CPA-Klassifikation (Classification of Products by Activity) eingesetzt. Darin werden die hergestellten Güter nach ihrer Art gegliedert (z. B. Dienstleistungen im Beherbergungswesen, chemische Erzeugnisse). Demgegenüber werden Unternehmen nach NACE (Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne) klassifiziert (z. B. Beherbergungsunternehmen, Chemieunternehmen). Die beiden Klassifikationen gleichen einander, sodass in der Regel jedem Produkttyp nach CPA ein entsprechender Unternehmenstyp nach NACE gegenübersteht. Allerdings bieten Unternehmen in der Regel nicht nur Güter aus dem eigenen Sektor, sondern auch aus anderen Sektoren an (z. B. bieten Bauernhöfe oft auch Übernachtungsmöglichkeiten an; Beherbergungsunternehmen wiederum häufig auch Dienstleistungen im Bereich der Gastronomie, des Einzelhandels oder der

Wellness usw.), deshalb werden sie nach ihrem bedeutsamsten Gut klassifiziert. In Tabelle 36 im Anhang befindet sich eine Übersicht der Sektoren laut österreichischer ÖCPA- und ÖNACE-Klassifikation. Die im vorliegenden Bericht abgebildeten Ergebnisse entsprechen einer Güterklassifikation.

4.1.1. Der Aufbau von Input-Output-Tabellen

Derzeit veröffentlicht Statistik Austria 38 Matrizen in der Input-Output-Statistik, eine davon ist die Input-Output-Tabelle, welche in einer Variante die heimische Produktion und Importe gemeinsam beinhaltet und in einer anderen ausschließlich die heimische Produktion. Die von der Statistik Austria veröffentlichte nationale Input-Output-Tabelle ist als eine Güter x Güter-Matrix mit jeweils 74 Gütersektoren aufgebaut. Das bedeutet, dass sowohl in den Zeilen als auch in den Spalten Güterklassen nach CPA-Klassifikation angegeben sind. Aus dieser Matrix ist der Intermediärverbrauch abzulesen, das heißt welche Gütereinputs für die gesamte Produktion eines im Inland produzierten Gutes bzw. einer im Inland erzeugten Dienstleistung benötigt werden. Analog stellt die Zeile Wertschöpfung den entsprechenden Betrag der Wertschöpfungskomponenten zur Gesamtproduktion eines Gutes dar. Zusätzlich kann in der Spalte Endnachfrage die durch den Konsum nachgefragte Menge der einzelnen Güter abgelesen werden.

Input-Output-Tabellen werden aus der Aufkommens- und Verwendungstabelle unter bestimmten Annahmen abgeleitet und in drei Teilbereiche, die üblicherweise als Quadranten bezeichnet werden, gegliedert:

1. Quadrant (Vorleistungen):

Der erste Quadrant (in **2. Quadrant (Endnachfrage)**):

Der zweite Quadrant – in **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** oben rechts in hellgrün – beinhaltet die einzelnen Komponenten der Endnachfrage. Die Verwendung jener Güter, die direkt der Endnachfrage dienen, wird hier gegliedert in Form von Konsumausgaben, Bruttoinvestitionen, Lagerveränderungen und Exporten ausgewiesen. Die Summe von Intermediärverbrauch und Endnachfrage ist die Gesamtverwendung.

3. Quadrant (Wertschöpfung/Primäraufwand):

Der dritte Quadrant (in **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** unten links in rot) bildet die im Rahmen der Produktion entstandene Wertschöpfung der Produktionsbereiche nach Komponenten ab bzw. die in der Produktion der einzelnen Produktionssektoren eingeflossenen Primäreinputs. Für jeden Produktionsbereich gibt diese Matrix an, wie viel von jeder Wertschöpfungskomponente für die Erzeugung des spezifischen Gutes einzusetzen war. In diesem Quadranten werden die Wertschöpfungskomponenten Arbeitnehmerentgelte, Abschreibungen, Betriebsüberschüsse sowie sonstige Produktionsabgaben und Subventionen abgebildet. Die Summe aus Intermediärverbrauch und Wertschöpfungskomponenten ergibt den Produktionswert. Addiert man dazu noch die Importe gleichartiger Güter, so erhält man das Gesamtaufkommen. Das Gesamtaufkommen eines Gutes muss der Gesamtverwendung eines Gutes entsprechen.

Tabelle 13 links oben in graugrün) stellt den eigentlichen Kern der Input-Output-Tabelle dar und hat die Lieferungen und Bezüge der einzelnen Sektoren (die Vorleistungen) zum Gegenstand. Hier werden die gesamten Güter und Dienstleistungen aus inländischer Produktion und gegebenenfalls aus Importen, die als Intermediärverbrauch (inklusive Gütersteuern und Gütersubventionen) benötigt werden, dargestellt. Zu beachten ist, dass die Vorleistungen in einem bestimmten Produktionsbereich auf Güterbasis nicht mehr den Vorleistungen im korrespondierenden Wirtschaftsbereich (der Verwendungstabelle)⁴⁶ entsprechen, sondern absolut und in der Struktur der Güter nur jene Waren und Dienstleistungen abbilden, die zur Erzeugung des für diesen Produktionsbereich charakteristischen Gutes notwendig sind.

2. Quadrant (Endnachfrage):

Der zweite Quadrant – in **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** oben rechts in hellgrün – beinhaltet die einzelnen Komponenten der Endnachfrage. Die Verwendung jener Güter, die direkt der Endnachfrage dienen, wird hier gegliedert in Form von Konsumausgaben, Bruttoinvestitionen, Lagerveränderungen und Exporten ausgewiesen. Die Summe von Intermediärverbrauch und Endnachfrage ist die Gesamtverwendung.

3. Quadrant (Wertschöpfung/Primäraufwand):

Der dritte Quadrant (in **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** unten links in rot) bildet die im Rahmen der Produktion entstandene Wertschöpfung der Produktionsbereiche nach Komponenten ab bzw. die in der Produktion der einzelnen Produktionssektoren eingeflossenen Primärinputs. Für jeden Produktionsbereich gibt diese Matrix an, wie viel von jeder Wertschöpfungskomponente für die Erzeugung des spezifischen Gutes einzusetzen war. In diesem Quadranten werden die Wertschöpfungskomponenten Arbeitnehmerentgelte, Abschreibungen, Betriebsüberschüsse sowie sonstige Produktionsabgaben und Subventionen abgebildet. Die Summe aus Intermediärverbrauch und Wertschöpfungskomponenten ergibt den Produktionswert. Addiert man dazu noch die Importe gleichartiger Güter, so erhält man das Gesamtaufkommen. Das Gesamtaufkommen eines Gutes muss der Gesamtverwendung eines Gutes entsprechen.

Tabelle 13: Grundstruktur einer Input-Output-Tabelle

	Gut ₁	...	Gut _n	Endnachfrage	Gesamtverwendung
Gut ₁	z_{11}	...	z_{1n}	Y_1	Σ_1
\vdots	\vdots	...	\vdots	\vdots	\vdots
Gut _n	z_{n1}	...	z_{nn}	Y_n	\vdots
Wertschöpfungskomponenten	W_1	...	W_n		
Produktionswert	X_1	...	X_n		
Importe	m_1	...	m_n		
Gesamtaufkommen	Σ_1		

⁴⁶ Siehe Kapitel 4.1.2.

Quelle: Eigene Darstellung IHS (2017).

4.1.2. Aufbau der Verwendungstabelle

Aus der Verwendungstabelle ist der Intermediärverbrauch aller Wirtschaftssektoren ablesbar, also die Aufschlüsselung der von den Sektoren für die Produktion verwendeten Vorleistungsgüter. Sie ist schematisch ähnlich aufgebaut wie die Input-Output-Tabelle, allerdings mit einem Unterschied in der Verflechtung: Während die Input-Output-Tabelle eine Güterverflechtung (CPA x CPA) darstellt, ist die Verwendungstabelle eine CPA x NACE-Matrix, in den Zeilen stehen demnach die Güterklassen, während in den Spalten die Wirtschaftssektoren (Aktivitäten) angegeben sind. Aus dieser Darstellung ist einerseits in den Spalten der Intermediärverbrauch abzulesen, das heißt alle Gütereinputs, die für die gesamte Produktion eines im Inland produzierenden Wirtschaftssektors benötigt werden, und andererseits in den Zeilen die Verwendung der Güter eines Gütersektors in den unterschiedlichen Wirtschaftssektoren. In einer zusätzlichen Zeile ist, wie auch in der Input-Output-Tabelle, die Wertschöpfung, hier der NACE-Sektoren, angegeben. Schließlich ist auch in der Verwendungstabelle eine Spalte mit der Endnachfrage zu finden, zusätzlich können in einer weiteren Spalte die darin enthaltenen Importe angegeben sein.

Die Verwendungstabelle zu Herstellungspreisen unterscheidet sich von jener zu Anschaffungspreisen durch Handels- und Transportspannen bzw. Gütersteuern abzüglich Gütersubventionen, die in der Verwendungstabelle zu Herstellungspreisen im Intermediärverbrauch bereits herausgerechnet und eigens angegeben sind.

Wie auch die Input-Output-Tabelle ist die Verwendungstabelle in Quadranten aufzuteilen. Auch hier stellt der 1. Quadrant die Vorleistungsstruktur dar, die die Verwendung der Güter in den einzelnen Wirtschaftsbereichen zeigt. Der 2. Quadrant weist den Endverbrauch der Güter und Exporte aus und der 3. Quadrant die Wertschöpfung der Wirtschaftssektoren.

4.1.3. Aufbau der Aufkommenstabelle

Im Unterschied zur Verwendungstabelle, in der der Intermediärverbrauch der Güter nach Wirtschaftsklassen angegeben ist, wird in der Aufkommenstabelle dargestellt, welcher Wirtschaftssektor welche Güter und Dienstleistungen (heimisch) produziert. Auch hier handelt es sich wie bei der Verwendungstabelle um eine CPA x NACE-Matrix. Die Spalten geben demnach die einzelnen Wirtschaftssektoren an, während zeilenweise gelesen die einzelnen Güter nach ihren produzierenden Wirtschaftssektoren abgelesen werden können. Neben dem heimischen Aufkommen werden zusätzlich importierte Güter (bewertet zu cif-Preisen) in der Tabelle ausgewiesen. Insgesamt stellt die Aufkommenstabelle die Produktionswerte der einzelnen Wirtschaftsbereiche bzw. Importe dar (1. Quadrant).

Bei der Aufkommenstabelle zu Herstellungspreisen mit Übergang zu Anschaffungspreisen werden zusätzlich die Handels- und Transportspannen sowie die Gütersteuern abzüglich Gütersubventionen hinzugerechnet.

4.2. Methodik der Input-Output-Analyse

Wie bereits erwähnt, stellt die Input-Output-Tabelle den Ausgangspunkt der Input-Output-Analyse dar. Zur genaueren Beschreibung der Methodik wird auf die eben dargestellte Grundstruktur einer Input-Output-Tabelle verwiesen (siehe **2. Quadrant (Endnachfrage)**):

Der zweite Quadrant – in **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** oben rechts in hellgrün – beinhaltet die einzelnen Komponenten der Endnachfrage. Die Verwendung jener Güter, die direkt der Endnachfrage dienen, wird hier gegliedert in Form von Konsumausgaben, Bruttoinvestitionen, Lagerveränderungen und Exporten ausgewiesen. Die Summe von Intermediärverbrauch und Endnachfrage ist die Gesamtverwendung.

3. Quadrant (Wertschöpfung/Primäraufwand):

Der dritte Quadrant (in **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** unten links in rot) bildet die im Rahmen der Produktion entstandene Wertschöpfung der Produktionsbereiche nach Komponenten ab bzw. die in der Produktion der einzelnen Produktionssektoren eingeflossenen Primärinputs. Für jeden Produktionsbereich gibt diese Matrix an, wie viel von jeder Wertschöpfungskomponente für die Erzeugung des spezifischen Gutes einzusetzen war. In diesem Quadranten werden die Wertschöpfungskomponenten Arbeitnehmerentgelte, Abschreibungen, Betriebsüberschüsse sowie sonstige Produktionsabgaben und Subventionen abgebildet. Die Summe aus Intermediärverbrauch und Wertschöpfungskomponenten ergibt den Produktionswert. Addiert man dazu noch die Importe gleichartiger Güter, so erhält man das Gesamtaufkommen. Das Gesamtaufkommen eines Gutes muss der Gesamtverwendung eines Gutes entsprechen.

Tabelle 13).

Der erste Quadrant, die Vorleistungsmatrix, beschreibt die Austauschbeziehungen von Produkten zwischen den Sektoren. Diese Austauschbeziehungen nennt man auch interindustrielle bzw. intersektorale Ströme. Diese werden für eine bestimmte Zeitperiode (üblicherweise ein Jahr) gemessen und in Geldeinheiten angegeben. Wenn n die Zahl der Sektoren beschreibt, ist der erste Quadrant grundsätzlich eine $(2 \times n)$ -Matrix: n Sektoren (in den Spalten) erhalten heimische Vorleistungen aus n Sektoren (in den Zeilen) und durch Importe (ebenfalls n Sektoren). Die heimischen Vorleistungen des Sektors i an Sektor j werden mit z_{ij} , jene der importierten Vorleistungen mit m_{ij} bezeichnet ($i, j = 1, \dots, n$).

Unter Endnachfrage (2. Quadrant) versteht man jene Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen, die nicht als Input im Produktionsprozess verwendet werden. Die Endnachfrage unterteilt man in fünf große Bereiche:

- Konsumausgaben der privaten Haushalte (C)
- private Investitionen (V)
- Lagerveränderungen (H)
- Staatsausgaben (G)
- Exporte (E)

Die ersten vier Komponenten werden häufig unter dem Begriff der „inländischen Endnachfrage“ zusammengefasst, während die Exporte auch als „ausländische Endnachfrage“ bezeichnet werden. Die Endnachfrage selbst wird mit Y abgekürzt und definiert sich wie folgt:

$$Y_i = C_i + V_i + H_i + G_i + E_i.$$

Diese Gleichung gilt für jeden Sektor i , $i = 1, \dots, n$.

Die Wertschöpfungsmatrix (3. Quadrant) zeigt, zeilenweise gelesen, die Verteilung der Wertschöpfungskomponenten auf die Sektoren und, spaltenweise gelesen, die Zusammensetzung der Wertschöpfung eines bestimmten Sektors. Die einzelnen Komponenten der Wertschöpfungsmatrix sind insbesondere

- die Zahlungen für Arbeitskraft, L , und
- weitere Komponenten wie Kapitalerträge, Bodenerträge, Gewinne, Steuern (abzügl. Subventionen) und Abschreibungen, die im Weiteren unter N zusammengefasst werden sollen.

Die Wertschöpfung selbst wird mit W abgekürzt und definiert sich wie folgt als:

$$W_i = L_i + N_i.$$

Führt man nun all diese Elemente zusammen, so erhält man eine Tabelle jener Grundstruktur, wie sie in **2. Quadrant (Endnachfrage)**:

Der zweite Quadrant – in **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** oben rechts in hellgrün – beinhaltet die einzelnen Komponenten der Endnachfrage. Die Verwendung jener Güter, die direkt der Endnachfrage dienen, wird hier gegliedert in Form von Konsumausgaben, Bruttoinvestitionen, Lagerveränderungen und Exporten ausgewiesen. Die Summe von Intermediärverbrauch und Endnachfrage ist die Gesamtverwendung.

3. Quadrant (Wertschöpfung/Primäraufwand):

Der dritte Quadrant (in **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** unten links in rot) bildet die im Rahmen der Produktion entstandene Wertschöpfung der Produktionsbereiche nach Komponenten ab bzw. die in der Produktion der einzelnen Produktionssektoren eingeflossenen Primärintputs. Für jeden Produktionsbereich gibt diese Matrix an, wie viel von jeder Wertschöpfungskomponente für die Erzeugung des spezifischen Gutes einzusetzen war. In diesem Quadranten werden die Wertschöpfungskomponenten Arbeitnehmerentgelte, Abschreibungen, Betriebsüberschüsse sowie sonstige Produktionsabgaben und Subventionen abgebildet. Die Summe aus Intermediärverbrauch und Wertschöpfungskomponenten ergibt den Produktionswert. Addiert man dazu noch die Importe gleichartiger Güter, so erhält man das Gesamtaufkommen. Das Gesamtaufkommen eines Gutes muss der Gesamtverwendung eines Gutes entsprechen.

Tabelle 13 dargestellt wurde.

Man schreibt:

z_{ij} ... heimische Vorleistungen (Ströme) von Sektor i zu Sektor j ;

m_{ij} ... importierte Vorleistungen von Sektor i zu Sektor j ;

Y_i ... gesamte Endnachfrage nach heimischen Gütern des Sektors i ;

m_{y_i} ... gesamte Endnachfrage nach importierten Gütern des Sektors i ;

X_i ... heimischer Gesamtoutput von Sektor i ;

m_{x_i} ... importierte Güter des Sektors i ;

W_j ... Wertschöpfung im Sektor j ;

S_j ... Nettogütersteuern im Sektor j

Für jeden Sektor n gilt die Gleichheit zwischen Produktion und Verbrauch:

$$\sum_{i=1}^n z_{ij} + \sum_{i=1}^n m_{ij} + S_j + W_i = X_i = \sum_{j=1}^n z_{ij} + Y_i, \quad i, j = 1, \dots, n.$$

Wird die Zusammensetzung des Verbrauchs der heimischen Produktion des Sektors i , X_i , betrachtet

$$X_i = z_{i1} + z_{i2} + \dots + z_{in} + Y_i, \quad i = 1, \dots, n$$

so zeigt sich die Verteilung des Outputs von Sektor i auf die anderen Sektoren (verwendete Vorleistungen) und auf die Endnachfrage Y_i im Sektor i . Diese Gleichung lässt sich für jeden einzelnen Sektor $i = 1, \dots, n$ darstellen.

Für die weitere Analyse wird angenommen, dass die interindustriellen Ströme von i nach j vom Gesamtoutput des Sektors j in einer bestimmten Periode abhängen. Dabei werden konstante Skalenerträge unterstellt, sodass eine Erhöhung aller Inputs um einen bestimmten Faktor zu einer Steigerung des Outputs um genau diesen Faktor führt. Das Verhältnis von heimischer Vorleistung des Sektors i für den Output j kann daher folgendermaßen definiert werden:

$$a_{ij} = \frac{z_{ij}}{X_j} = \frac{\text{Inputstrom}}{\text{Output}}.$$

Diese $n \times n$ Verhältnisse können auch als inländische (oder regionale) Kunden-Lieferanten-Beziehungen interpretiert werden. Der Output eines jeden Sektors X_i kann mittels dieser Koeffizienten als Funktion der Inputbedürfnisse aller Sektoren nach diesem Output dargestellt werden, sodass gilt:

$$X_i = a_{i1}X_1 + a_{i2}X_2 + \dots + a_{in}X_n + Y_i, \quad i = 1, \dots, n.$$

Wie bereits erwähnt, bietet die Input-Output-Rechnung die Möglichkeit, die von einer veränderten Endnachfrage – hierzu zählen unter anderem privater Verbrauch, öffentlicher

Verbrauch, Investitionen und Exporte – ausgehenden Wertschöpfungs- und Beschäftigungswirkungen zu quantifizieren. Dabei werden aber nicht nur die direkten, sondern durch die Verwendung der inversen Leontief-Matrix⁴⁷ als dem Kernstück des offenen statischen Input-Output-Modells (Stäglin und Pischner 1976) auch die indirekten Effekte aufgrund der Vorleistungsverkettungen ermittelt.

Bekannt seien die Endnachfrage Y_i sowie die Koeffizienten a_{ij} , gesucht werden die Werte X_1 bis X_n . Werden alle Unbekannten auf eine Seite gebracht, erhält man folgendes lineare System mit n Unbekannten und n Gleichungen:

$$(1 - a_{11})X_1 - a_{12}X_2 - \dots - a_{1n}X_n = Y_1$$

...

$$-a_{n1}X_1 - a_{n2}X_2 - \dots + (1 - a_{nn})X_n = Y_n$$

beziehungsweise

$$(I - A)X = Y,$$

wobei

$$A = \begin{bmatrix} a_{11} & \dots & a_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ a_{n1} & \dots & a_{nn} \end{bmatrix}, \quad X = \begin{bmatrix} X_1 \\ \vdots \\ X_n \end{bmatrix}, \quad Y = \begin{bmatrix} Y_1 \\ \vdots \\ Y_n \end{bmatrix}.$$

Die Matrix A ist die Matrix der inländischen (oder regionalen) Kunden-Lieferanten-Beziehungen, X und Y seien Spaltenvektoren des Bruttooutputs beziehungsweise der Endnachfrage. I ist die Einheitsmatrix. $(I-A)$ wird als die Leontief-Matrix bezeichnet.

Um den gesamten Effekt einer Änderung der Endnachfrage zu bestimmen, ist es notwendig, nicht nur die direkten Auswirkungen, sondern auch die indirekten Effekte durch benötigte Vorleistungen entlang der gesamten Vorleistungskette zu messen. Um solche Effekte zu quantifizieren, wird der Bruttooutput als Funktion der Endnachfrage dargestellt:

$$X = (I - A)^{-1}Y.$$

$(I-A)^{-1}$ wird auch als die Leontief-Inverse bezeichnet. Mit der Leontief-Inversen können die primären Effekte (das sind die direkten und die indirekten Effekte) im Inland (oder der betrachteten Region) ermittelt werden. Ihre einzelnen Elemente zeigen, wie viele monetäre Einheiten Lieferungswert aus heimischer Produktion des Zeilenvektors für eine monetäre Einheit Endnachfrage im Spaltenvektor erforderlich sind.

⁴⁷ Siehe weiter unten.

4.2.1. Ermittlung bestimmter Ausgabeneffekte

Die Ausgaben gliedern sich primär in zwei große Ausgabengruppen: Personalausgaben und Sachausgaben. Personalausgaben und etwaige Überschüsse zählen zu den direkten Wertschöpfungseffekten.

Die Sachausgaben für den Betrieb und Investitionen bilden den Nachfragevektor Y^s , diese führen zu unmittelbaren indirekten Effekten.

Gegeben ist nun zum Beispiel ein Nachfragevektor Y^s . Sollen die ökonomischen Effekte von bestimmten Ausgaben oder Investitionen quantifiziert werden, so sind etwaige Steuerbelastungen, die diese Ausgaben belasten (etwa die Umsatzsteuer), von den Ausgaben Y^s abzuziehen. Weiters sind Ausgaben, die direkt im Ausland getätigt werden oder durch einen Händler⁴⁸ importiert werden, von den Ausgaben abzuziehen, um die im Inland wirksam werdenden Nettoausgaben Y^h zu erhalten.

Mit den Nettosachausgaben Y^h schätzt man zuerst den dafür notwendigen heimischen Produktionsbedarf X^h :

$$X^h = (I - A)^{-1}Y^h.$$

Ausgehend vom Produktionsbedarf X^h können nun weitere ökonomische Größen ermittelt werden:

- **Wertschöpfungseffekt, Beschäftigung, Lohn und Betriebsüberschuss**

Aus der Input-Output-Tabelle können mit den sektorbezogenen Wertschöpfungswerten W_j und den sektorbezogenen Produktionswerten X_j die Wertschöpfungskoeffizienten berechnet werden:

$$w_j = \frac{W_j}{X_j}, \quad j = 1, \dots, n.$$

Der Wertschöpfungskoeffizient w_j gibt den Anteil der Wertschöpfung an den Produktionskosten des Wirtschaftsbereiches j an.

Werden nun diese Wertschöpfungskoeffizienten w_j mit dem entsprechenden Produktionsbedarf X^h entsprechend multipliziert, so erhält man den gesamten Wertschöpfungseffekt (direkt und indirekt) der untersuchten Maßnahme:

$$W^h = \sum_{j=1}^n w_j \cdot X_j^h.$$

⁴⁸ In diesem Falle verbleibt ja nur die Handelsmarge in Österreich. Diese wird gesondert behandelt (hier nicht beschrieben).

Genauso wie die Wertschöpfung aus dem Produktionsbedarf ermittelt werden kann, können die für die Maßnahme notwendigen direkten und indirekten Beschäftigungseffekte, Löhne und die generierten Betriebsüberschüsse berechnet werden. So werden etwa die Beschäftigungskoeffizienten b_j anhand der Beschäftigungszahlen im Sektor j , B_j , und der entsprechenden Wertschöpfung ermittelt:

$$b_j = \frac{B_j}{W_j}, \quad j = 1, \dots, n.$$

Die Zahl der Beschäftigten, die man mit einer bestimmten Maßnahme h in Verbindung bringen kann, ist dann

$$B^h = \sum_{j=1}^n b_j \cdot W_j^h.$$

Ebenso erhält man die Löhne L^h und die generierten Gewinne G^h :

$$l_j = \frac{L_j}{W_j}, \quad g_j = \frac{G_j}{W_j}, \quad j = 1, \dots, n \quad L^h = \sum_{j=1}^n l_j \cdot W_j^h \quad G^h = \sum_{j=1}^n g_j \cdot W_j^h$$

- **Konsuminduzierte Effekte**

Zusätzlich zu den direkten und indirekten Effekten lassen sich auch die induzierten Effekte aus dem nachfragewirksamen Einkommen berechnen. Eine Veränderung der Endnachfrage generiert (soweit es sich um eine Erhöhung handelt) Beschäftigung und folglich Löhne und Gehälter. Die entstehenden Einkommen induzieren, nach Berücksichtigung der Steuern und Sozialabgaben und der Sparneigung der Haushalte⁴⁹, eine erhöhte Nachfrage nach Konsumgütern und Dienstleistungen in Höhe des nachfragewirksamen Einkommens. Die Erhöhung der Endnachfrage bewirkt weitere ökonomische Effekte. Denn diese Nachfrage nach Konsumgütern und Dienstleistungen löst wiederum eine Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen aus, welche (direkt oder indirekt) als Inputs für die nachgefragten Konsumgüter und Dienstleistungen dienen. Dadurch wird die Produktion in verschiedenen Wirtschaftsbereichen angeregt, Arbeitsplätze werden gesichert. Die daraus resultierenden Löhne und Gehälter werden wiederum (nach Abzug aller Abgaben) konsumwirksam – bis ein Grenzwert erreicht wird. Dabei ist zu beachten, dass ein Teil der konsuminduzierten Nachfrage direkt durch Auslandsgüter oder Güter anderer Regionen gedeckt wird, sodass nur ein Teil der konsuminduzierten Nachfrage in der betrachteten Region tatsächlich wirksam wird.

⁴⁹ Die Netto-Sparquote lag 2013 bei 7,0 % (Statistik Austria 2017h).

4.2.2. Ermittelte Effekte

Folgende Effekte können abgeschätzt werden:

Effekte auf den Bruttoproduktionswert: Der Bruttoproduktionswert entspricht der gesamten Produktion. Dazu zählen der Umsatz mit allen Erzeugnissen aus eigener Produktion, der Wert der für den internen betrieblichen Gebrauch bestimmten Erzeugnisse und der Wert eventueller Lagerveränderungen.

Wertschöpfungseffekte: Die Bruttowertschöpfung umfasst die innerhalb eines abgegrenzten Wirtschaftsgebietes erbrachte und in Marktpreisen ausgedrückte wirtschaftliche Leistung (Produktionswert abzüglich der Vorleistungen) der einzelnen Wirtschaftszweige oder der Volkswirtschaft insgesamt. Die Wertschöpfung besteht hauptsächlich aus Personalausgaben, Abschreibungen und dem Betriebsüberschuss.

Beschäftigungseffekte: Gemeint sind alle Arbeitsplätze (selbstständig und unselbstständig), die bedingt durch die Gesundheitswirtschaft Österreichs und ihre Verflechtungen mit anderen Wirtschaftsbereichen gesichert werden. Die Beschäftigungseffekte werden sowohl in Personenjahren (Arbeitsplätzen), als auch in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ausgewiesen. Ein VZÄ entspricht einem kollektivvertraglichen Vollzeitarbeitsplatz.

Fiskalische Effekte: Zu den bereits angeführten Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekten kommen auch die nicht zu vernachlässigenden Steuerrückflüsse in Form von Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern hinzu:

- Abgaben zur Sozialversicherung,
- Einkommensteuer,
- Körperschaftsteuer,
- Umsatzsteuer.

Steuern und Abgaben folgender bezugsberechtigter Gebietskörperschaften werden dargestellt:

- Sozialversicherung,
- Bund
- Bundesländer
- Gemeinden.

Die ökonomischen Effekte können außerdem folgendermaßen klassifiziert werden:

Die **direkten Effekte** werden unmittelbar durch die Maßnahme(n) ausgelöst. Es werden vorwiegend die folgenden wirtschaftlichen Impulse beachtet:

- Die Personalausgaben (direkter Einkommenseffekt),
- die Zahl der Beschäftigten bei den untersuchten Einrichtungen selbst (direkter Beschäftigungseffekt),
- etwaige Gewinne der Einrichtungen (direkter Betriebsüberschuss).

Die direkt ausgelösten Wirtschaftsaktivitäten verursachen aufgrund der wirtschaftlichen Verflechtungen (Vorleistungskette) die **indirekten Effekte**.

- Für den Betrieb von gesundheitsrelevanten Einrichtungen müssen in der Regel die unterschiedlichsten Leistungen zugekauft werden: Darunter fallen für den Betrieb der Gebäude notwendige Leistungen (Energie, Wasser, Abwasserentsorgung, Reinigung etc.), Ausgaben für Werbung oder auch Investitionen in die Ausrüstung. Der Kauf dieser Vorleistungen führt wiederum zu Beschäftigungs- und Wertschöpfungseffekten bei den liefernden Unternehmen. Aber auch für die Erbringung der Vorleistungen sind Materialien und Leistungen notwendig, die zugekauft werden müssen usw. Die indirekten Effekte bilden diese Verflechtungskette in der Volkswirtschaft ab.

Die direkten und indirekten Effekte (das sind die primären Effekte) bewirken eine Veränderung in der Beschäftigung; dies wiederum führt zu veränderten Einkommen, Kaufkraft und Konsum. Dieser Wirkungskanal löst die **(konsum-)induzierten Effekte** aus.

Erläuterndes Beispiel:

Der **Bruttoproduktionswert** stellt die Summe aller Produktionsprozesse dar. Die Aussagekraft ist geringer als jene der Wertschöpfung. Denn teilt ein Unternehmen beispielsweise seine Produktion auf mehrere Tochterunternehmen auf, so steigt die Bruttoproduktion, da der Produktionsprozess nicht mehr unternehmensintern abläuft, sondern jetzt mehrere Produktionsschritte in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung erfasst werden. Die Produktion des vorgelagerten Betriebes ist aber Vorleistung für den nächsten Betrieb, stellt bei diesem also eine Ausgabe für Vorleistungen dar. Nur die Wertdifferenz ist die tatsächliche **Wertschöpfung**. Sind die Betriebe integriert, so wird Bruttoproduktion verringert. Die Wertschöpfung bleibt aber gleich.

Erläuterndes Beispiel im Gesundheitswesen:

Ein Hüftprothese wird einem Patienten/einer Patientin eingesetzt. Der Lohn für das ärztliche und sonstige medizinische Personal stellt eine unmittelbare Wertschöpfungskomponente dar, da deren Entgelt für den Mehrwert steht, der dem Patienten/der Patientin zugutekommt, weil er/sie ein wieder funktionierendes Hüftgelenk erhält. Dies ist der **direkte Wertschöpfungseffekt**, der unmittelbar durch die Inanspruchnahme des Spitals durch den Patienten/die Patientin entsteht. Die Stromversorgung des OPs, das Essen für den Patienten/die Patientin, die Hüftprothese, Nahtmaterial etc. werden als **Vorleistungen** bezogen und stellen damit die **indirekten Effekte** dar. Deren Herstellung erfordert wiederum Vorleistungen: Das verarbeitete Metall der Hüftprothese, die Kunststoffe des Nahtmaterials, der zur Erzeugung eingesetzte Strom. Gleichzeitig entsteht auch Wertschöpfung: Aus der bloßen Metalllegierung wird durch die Ingenieure und Metallgießer die Prothese. Der Hersteller der Metalllegierung hat die einfachen Reinelemente als Vorleistungen bezogen. Die Wertschöpfung besteht aus der Arbeit, die die TechnikerInnen investieren, um aus den Metallen die Legierung zu erzeugen.

Die Wertschöpfung auf jeder Stufe wird als Arbeitnehmerentgelt, Gewinn oder Abschreibungen realisiert. Mit diesen Einkommenskomponenten können nun die ArbeitnehmerInnen, die UnternehmerInnen oder der Staat wiederum Leistungen konsumieren. Es entstehen die **induzierten Effekte**.

In den später folgenden Ergebnistabellen wäre der Bruttoproduktionswert dieses Vorgangs: Kosten der Operation + Kosten der Prothese, des Nahtmaterials des Stroms und des Essens etc. + Kosten der Metalllegierung etc.

Da das Spital zwar die Kosten für die Operation inklusive der Kosten für die Prothese ersetzt erhält, dafür aber die Prothese usw. bezahlen muss, ist nur der von ihm geleistete zusätzliche Wert auch Wertschöpfung, d. h. das Einsetzen der Prothese und die Pflege des Patienten bis zur Entlassung, welche vor allem durch die Entgelte des Personals repräsentiert werden. Ein etwaiger Gewinn (z. B. bei einem Privatspital, in einer Ordination) ist als Unternehmerlohn ebenfalls Wertschöpfungskomponente.

4.2.3. Annahmen

Die Input-Output-Analyse stellt ein wichtiges Instrument zur Abschätzung konjunktureller Auswirkungen unterschiedlicher Investitionen und Ausgaben dar. Da die Erhebung der Datengrundlagen für die Input-Output-Tabellen sehr aufwendig ist, zumal alle Produktionsverflechtungen einer Volkswirtschaft aufgezeigt werden, sind die Tabellen nur mit einer Zeitverzögerung von einigen Jahren verfügbar. In der vorliegenden Studie wird die aktuell verfügbare, von Statistik Austria publizierte, nationale Input-Output-Tabelle für das Jahr 2013 verwendet. Es muss bei ihrer Anwendung und Interpretation der Ergebnisse jedoch berücksichtigt werden, dass die Analyse auf einer Reihe von vereinfachenden Annahmen beruht, von denen im Folgenden die wesentlichsten kurz dargestellt und erläutert werden.

Annahme 1: Abgesicherte und neu geschaffene Arbeitsplätze sind gleich zu behandeln.

Mit getätigten Investitionen und Ausgaben sind unmittelbar Arbeitsplätze, und in der Folge Wertschöpfung und Steuereinnahmen, verbunden. In Hinblick auf die Arbeitsplätze ist anzumerken, dass durch Investitionen und Ausgaben – je nach Auslastung der betroffenen Unternehmen – entweder die bestehenden Arbeitsplätzen abgesichert oder aber auch neue Beschäftigungsverhältnisse geschaffen werden. Der volle Beschäftigungseffekt wird sich nur bei einer bereits 100-prozentigen Auslastung und einer entsprechenden Aufstockung der Kapazitäten entfalten. In allen anderen Fällen kommt es aber zu einer Absicherung bereits vorhandener Arbeitsplätze und einer Auslastung der Kapazitäten. Bei nicht permanent anfallender Nachfrage besteht auch häufig die Tendenz, diese eher in Form von Überstundenleistungen und Sonderschichten als durch die Neueinstellung von Arbeitskräften zu bedienen.

In der vorliegenden Untersuchung wird jedoch der Frage, welches Ausmaß der Beschäftigung abgesichert beziehungsweise neu geschaffen wird, nicht weiter nachgegangen. Vielmehr wird das Gesamtausmaß der mit den Ausgaben und Investitionen in Verbindung stehenden

Beschäftigung ausgewiesen, unabhängig davon, ob neue Arbeitsplätze generiert werden oder bei bereits bestehenden die Auslastung verändert wird.

Annahme 2: Durch Nachfrage bewirkte Preiseffekte werden nicht berücksichtigt.

Das statische Input-Output-Modell basiert auf der Annahme konstanter, preisunabhängiger Vorleistungskoeffizienten, das heißt, die Preise werden als gegeben angesehen. Dies bedeutet, dass keine Effekte auf den Preis mit den getätigten Ausgaben und Investitionen angenommen werden.

Annahme 3: Die Produktionsfaktoren sind ausreichend mobil.

Bei einer Steigerung der Nachfrage wird in der Methodik der Input-Output-Analyse vorausgesetzt, dass die jeweiligen Kapazitäten (Vorleistungsgüter, ArbeitnehmerInnen usw.) auch tatsächlich vorhanden sind. Bei offenen Volkswirtschaften stellt diese Annahme in der Regel kein Problem dar, solange die Faktoren ausreichend mobil sind. Lediglich bei geschlossenen Volkswirtschaften (kein Import-Export, keine Arbeitnehmermobilität mit externen Partnern) kann es zu Engpässen bei notwendigen Produktionsfaktoren kommen und damit der ermittelte Wirtschaftseffekt überschätzt werden.

Bei einer (unerwartet) extrem hohen Nachfrage in einem kurzem Zeitraum nach bestimmten Gütern kann es jedoch bei kleineren Volkswirtschaften wie Österreich zu einer teilweisen Umverteilung der wirtschaftlichen Effekte in das Ausland kommen. Das hat zur Folge, dass in diesem Fall der heimische Anteil überschätzt wird; die Gesamtwirkung (d.h. gemeinsam mit den Effekten im Ausland) bleibt aber in der Regel weitgehend unverändert.

4.3. Berechnung des nationalen österreichischen GSK

Grundsätzlich werden die für die Erstellung des österreichischen Gesundheitssatellitenkontos notwendigen gesundheitsrelevanten Komponenten (Güter und Aktivitäten) der nationalen Input-Output-Tabelle, gemäß der ÖCPA bzw. ÖNACE 2008 Klassifikation, entnommen. Zusätzlich wird die Güterklasse bzw. Aktivität (86) „Dienstleistungen des Gesundheitswesens“ bzw. (86) „Gesundheitswesen“ in die drei Unterklassen (86 A) „Dienstleistungen von Krankenhäusern“, (86 B) „ärztliche Dienstleistungen in Arzt- und Zahnarztpraxen“ und (86 C) „sonstige Dienstleistungen des Gesundheitswesens“ erweitert. Da die Daten dies zuließen, wurde außerdem Sektor (65) „(DL von) Versicherungen, Rückversicherungen u. Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)“, der auch private Unfall- und Krankenversicherungen umfasst, ebenfalls in 3 Teilsektoren disaggregiert.⁵⁰ Somit erhöhte sich die Gesamtanzahl der Güterklassen bzw. Aktivitäten von 74 auf 78. Als Basis für diese Erweiterung der Tabellen diente eine Sonderauswertung zur Input-Output-Tabelle der Statistik Austria, die weiter unten genauer beschrieben wird.

⁵⁰ Diese sind (65 A) „(DL von) Lebensversicherungen, Pensionsfonds und Pensionskassen“, (65 C) „Rückversicherungen“ bzw. „Rückversicherungsdienstleistungen“ und (65 REST) „(Dienstleistungen der) Nichtlebensversicherungen“, wobei der letzte Teilsektor u.a. private Unfall- und Krankenversicherungen enthält.

Eine Herausforderung stellte die Zuordnung der Güter sowie Aktivitäten gemäß ÖCPA bzw. ÖNACE 2008 Klassifikation nach dem Aspekt der Gesundheitsrelevanz dar. Hierfür wurde eine Unterteilung gewählt, die zwischen dem Kernbereich Gesundheitswirtschaft (KGW), der Erweiterten Gesundheitswirtschaft (EGW) und der Nicht-Gesundheitswirtschaft (NGW) unterscheidet (siehe Abbildung 18).

Abbildung 18: Veranschaulichung der 3x3 Unterteilung

	Gut ₁	...	Gut _n	Endnachfrage	Gesamtverwendung
Gut ₁	z_{11}	...	z_{1n}	Y_1	Σ_1
⋮	⋮	...	⋮	⋮	⋮
Gut _n	z_{n1}	...	z_{nn}	Y_n	⋮
Wertschöpfung	W_1	...	W_n		
Produktionswert	X_1	...	X_n		
Importe	m_1	...	m_n		
Gesamtaufkommen	Σ_1		

		Gut 21			
		NGW 21	KGW 21	EGW 21	
Gut 26	NGW 26				...
	KGW 26				...
	EGW 26				...
	⋮	⋮	⋮	⋮	

Quelle: IHS (2017).

Jede Güterklasse bzw. Aktivität wurde anhand dieser drei Unterscheidungskriterien differenziert. Dieses Prinzip ist grundlegend für die Erstellung des Gesundheitssatellitenkontos und wird in Verwendungs-, Aufkommens- sowie Input-Output-Tabelle 2013 angewandt. Es werden jeweils Zeilen als auch Spalten der Tabellen (entsprechend den Güterklassen bzw. Aktivitäten) gemäß dieser Systematik erweitert. Jede einzelne Zelle des ersten Quadranten (Vorleistungen bzw. Investitionen bzw. Aufkommen) der jeweiligen originären Tabelle wird dabei auf eine 3x3-Tabelle erweitert (jeweils für die Zeilen und Spalten nach NGW, KGW und EGW – Verdreifachung von Zeilen und Spalten). Jede Zelle des zweiten Quadranten (Endnachfrage) wird in eine 3x1-Tabelle disaggregiert (Verdreifachung der Zeilen). Jede Zelle des dritten Quadranten (Wertschöpfung) wird in eine 1x3-Tabelle zerlegt (Verdreifachung der Spalten). Dieses Prinzip wird auf alle Sektoren der ÖCPA bzw. ÖNACE 2008 Klassifikation in der Verwendungs-, Aufkommens- und Bruttoanlageinvestitionstabelle angewandt.

Aus dieser Gesamtzusammenstellung ergibt sich eine deutlich erweiterte Version von Verwendungs-, Aufkommens-, Bruttoanlageinvestitions- und Input-Output-Tabelle, und zwar insofern, als die 78 Sektoren (74+4) weiter jeweils in die drei Bereiche der

Gesundheitswirtschaft (NGW, KGW, EGW) unterteilt werden und dies auf Zeilen als auch Spalten angewandt wird. Dies ergibt, für die jeweiligen ersten Quadranten aller Tabellen, eine $(78 \times 3) \times (78 \times 3)$ -Matrix bzw. 234×234 -Matrix als grundlegende Ausgangsstruktur für die folgenden Schritte, für den zweiten und dritten Quadranten gilt Entsprechendes.

Die so gewonnene Systematik erlaubt eine Darstellung der Verflechtungen der Gesundheitswirtschaft (intrasektorale Verflechtung KGW, EGW) mit sich selbst und mit der restlichen Wirtschaft (intersektorale Verflechtung NGW). KGW bzw. EGW lassen sich extrahieren und die Ergebnisse getrennt als Satellit abbilden.

Als Datenbasis für diese Erweiterung dienten primär die in Kapitel 3.3 und 3.4 ermittelten Gesundheitskoeffizienten. Für die Berechnungen wurden zwei verschiedene Methoden angewandt. Wo möglich wurde auf eine Sonderauswertung zur Input-Output-Tabelle der Statistik Austria zurückgegriffen. Während die publizierte Input-Output-Tabelle 74 Güter- und Wirtschaftssektoren aufweist, unterscheiden die Sonderauswertungen bis zu 250 Güter- und 150 Wirtschaftssektoren und betreffen die Verwendungs- und Aufkommenstabelle. Diese detailliertere Gliederung betrifft teilweise auch gesundheitsrelevante Bereiche. Daher wurde die Statistik Austria vom IHS beauftragt, für genau diese Sektoren Sonderauswertungen durchzuführen. Diese Auswertungen waren sehr umfangreich, steigerten die Qualität der Endprodukte jedoch deutlich. Diese Sonderauswertungen umfassen, unter anderem, eine detailliertere Darstellung der Vorleistungsstruktur für die Produktion der gewählten (gesundheitsrelevanten) Wirtschaftssektoren. Die Gesundheitskoeffizienten konnten hier in der Folge direkt auf die detaillierten Gütergruppen der Sonderauswertung angewandt werden.

Wo dies nicht möglich war, wurde für die einzelnen Güterklassen insgesamt ermittelt, mit welchem relativen Anteil die Güter jener Güterklasse den Bereichen aus NGW, KGW oder EGW zuzuordnen sind. Diese Anteile wurden dann auf die gesamte Klasse angewandt. Sind beispielsweise 100 Prozent der Güter einer bestimmten Güterklasse der Nicht-Gesundheitswirtschaft zuzuordnen, sind somit alle Güter dieser Klasse nicht gesundheitsrelevant. Für all jene Güterklassen, die jedoch einen positiven relativen Anteil für die KGW und/oder EGW aufweisen, wurde dieser Anteil entsprechend dem jeweiligen Gesundheitsanteil berechnet.

Diese Vorgangsweise wurde, in einem ersten Schritt, auf Verwendungs- und Aufkommenstabelle angewandt, aus diesen konnte in der Folge die Input-Output-Tabelle abgeleitet werden. In einem nächsten Schritt wurde die Endnachfrage in einigen entscheidenden Sektoren, in denen sie in der VGR nur ungenügend erfasst ist, auf Basis von genaueren Datenquellen korrigiert. Dies betrifft hauptsächlich Sektoren der KGW, für die das SHA genauere Zahlen liefern kann. Schließlich wurden die nun vorliegenden Tabellen mit jeweils 78×3 Sektoren zu den 13 Güteraggregationsgruppen des Gesundheitssatellitenkontos (G_1 bis G_12 sowie NGW) aggregiert. Im Ergebnis haben wir nun die nationale Verwendungstabelle Gesundheit, nationale Aufkommenstabelle Gesundheit und nationale Input-Output-Tabelle Gesundheit erstellt.

4.4. Satellitenkonten

Im Unterschied zu einer reinen Bestandaufnahme der österreichischen Gesundheitswirtschaft ermöglicht die Erstellung eines eigenen Satellitenkontos für den Bereich Gesundheit im Rahmen einer Input-Output-Tabelle detaillierte Angaben über die Markt- und Finanzierungsverflechtungen. Ist das Gesundheitssatellitenkonto in die Input-Output-, Aufkommens- und Verwendungstabellen integriert, können aus diesen Tabellen die Verflechtungen des Gesundheitswesens mit sich selbst und mit der übrigen Wirtschaft detailliert abgelesen werden.

Damit soll sichergestellt werden, dass als Endresultat ein Gesundheitssatellit entsteht, der als praktikables Instrument zur Berechnung von volkswirtschaftlichen Effekten im Kernbereich oder erweiterten Gesundheitsbereich und ihren Teilmärkten herangezogen werden kann. Die für den Gesundheitssatelliten notwendige Abgrenzung erfolgt nach einem Stufenmodell, welches auch im deutschen GSK Anwendung findet.

Das hier erarbeitete österreichische Gesundheitssatellitenkonto (ÖGSK) bildet ein zukunftssicheres und wissenschaftlich gut abgesichertes Modell, mit einer wissenschaftlich sauberen und stichhaltigen Auswahl der gesundheitsrelevanten Bereiche und Anteile. Zum Zwecke einer eindeutigen Nachvollziehbarkeit werden alle durchgeführten Schritte dokumentiert, sowie etwa auch die Berechnung der Gesundheitskoeffizienten erläutert und die dafür herangezogenen Quellen ausgewiesen (siehe Tabelle 8). Aufgrund der starken intersektoralen Verflechtung der österreichischen Gesundheitswirtschaft mit der Gesamtwirtschaft ergeben sich ökonomische, soziale, sowie ökologische Effekte. Diese wissenschaftliche Ausarbeitung lässt jedoch ausschließlich eine ökonomische Untersuchung zu, weshalb die anderen Bereiche ausgeklammert bleiben.

Durch die Nachfrage nach Gütern und Leistungen der Gesundheitswirtschaft generierte Beschäftigungs-, und Wachstumseffekte rücken in den Mittelpunkt der Analyse. Gerade die Gesundheitswirtschaft ist stark vom Inputfaktor Arbeit geprägt und bedingt einen hohen Personaleinsatz. Technologischer Fortschritt führt jedoch im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsbereichen vielfach nicht zu einer Reduktion des Arbeitsaufwandes (siehe dazu Kapitel 2).

Wie in Kapitel 2.1 angeführt sind neben dem technologischen Fortschritt auch regulative Eingriffe, institutionelle Vorgaben und die Finanzierungsstruktur sowie demographische Faktoren und ein Wertewandel von Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten wesentliche Einflussfaktoren auf Nachfrage und Angebot am Gesundheitsmarkt. Effekte durch regulative Eingriffe sowie institutionelle Vorgaben oder auch fiskalische Effekte werden nicht direkt in der Analyse der Gesundheitswirtschaft anhand des GSK berücksichtigt. Fiskalische Effekte können jedoch durch eine fiskalische Erweiterung des GSK indirekt ermittelt werden.

4.5. Datengrundlage

Folgende Quellen wurden als Datengrundlage für die Erstellung des GSK verwendet:

Nationale Daten:

- Publikation der Statistik Austria „Input-Output-Tabelle 2013“
- Sonderauswertungen der „internen Input-Output-Statistik 2013“ der Statistik Austria
- Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts der OECD
- Tourismus-Satellitenkonto von Statistik Austria und WIFO
- Gesundheitskoeffizienten
- Leistungs- und Strukturhebung der Statistik Austria

Neben den Datenanforderungen zur Anwendung der Input-Output-Struktur auf das GSK kommen weitere Datenerhebungen und Quellensichtungen zur Anwendung. Speziell die Abgrenzung und Klassifizierung der Gesundheitswirtschaft erfordert eine stichhaltige Auswahl der gesundheitsrelevanten Bereiche und der auf Primär- und Sekundärquellen basierenden Anteile (siehe dazu im Detail Kapitel 3.3 und 3.4).

5. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse von Kapitel 4 in einer Überblickstabelle zusammengefasst. Die darauffolgenden Kapitel beschreiben die Ergebnisse der Input-Output-Analyse des österreichischen GSK.

5.1. Überblick und ausgeklammerte Gütergruppen des GSK

Nachfolgend wird ein Überblick über die Struktur des ÖGSK gegeben. Dazu sind der Aufbau und die Gliederung aller Güteraggregationsgruppen (G_1-G_12) abgebildet.

5.1.1.1. Aufbau und Gesundheitsanteile der Güteraggregationsgruppen

Vorab wird die vollständige Tabelle des erarbeiteten österreichischen GSK mit allen einbezogenen Gütergruppen, welche in Teilen bereits in Kapitel 3 angeführt wurde, dargestellt.

Tabelle 14: Aufbau und Gesundheitsanteile der Güteraggregationsgruppen G_1-G_12

Güter-aggregations-gruppe	CPA ¹⁾	Gütergruppe	Gesundheitsanteil
Kernbereich der Gesundheitswirtschaft			
G_1 Pharmazeutische Produkte			
	21	Pharmazeutische Erzeugnisse	88,76%
G_2 Medizintechnische Produkte			
	26F	Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräte und elektromedizinische Geräte	100%
	30F	Fahrräder sowie Behindertenfahrzeuge	1%
	32D	Medizinische und zahnmedizinische Apparate und Materialien	100%
	33_IC	Installationsarbeiten an medizinischen, sowie optischen und feinmechanischen Instrumenten und an Ausrüstungsgegenständen für industriell-gewerbliche Zwecke	13,34%
	33_RC	Reparaturarbeiten an elektronischen und optischen Geräten	13,34%
G_3 Einzelhandelsleistungen des Kernbereichs			
	47	Einzelhandelsleistungen (ohne Handelsleistungen mit Kraftfahrzeugen)	6,80%
G_4 Krankenversicherungs- und sonstige Verwaltungsleistungen			
	65	Dienstleistungen Versicherungen	16,70%
	84	Dienstleistungen der öffentlichen Verwaltung, der Verteidigung und der Sozialversicherung	3,30%
G_5 Dienstleistungen stationärer Einrichtungen			
	86_A	Dienstleistungen von Krankenhäusern	100%

	87- 88_A	Alters- und Pflegeheime	100%
G_6 Dienstleistungen nicht-stationärer Einrichtungen			
	86_B	Ärztliche Dienstleistungen in Arzt- und Zahnpraxen	100%
	86_C	Dienstleistungen des Gesundheitswesens, a.n.g.	100%
	87- 88_B	Dienstleistungen des Sozialwesens	15,07%
G_7 Sonstige Dienstleistungen des Kernbereichs			
	46	Großhandelsleistungen (ohne Handelsleistungen mit Kraftfahrzeugen)	9,04%
	49	Landverkehr und Transportleistungen in Rohrfernleitungen	1,24%
	50	Schiffahrtsleistungen	0,002%
	51	Luftfahrtleistungen	0,001%
	52	Lagereleistungen sowie sonstige Unterstützungsdienstleistungen für den Verkehr	1,28%
Erweiterte Gesundheitswirtschaft			
G_8 Gesundheitswaren des Erweiterten Bereichs			
Nahrungsmittel und Getränke	01_A/E/ F/G/H/I	Erzeugnisse der Landwirtschaft und Jagd, sowie damit verbundene Dienstleistungen	9,13%
	10_A	Nahrungsmittel	9,13%
	10_D	Frucht- und Gemüsesäfte	9,13%
	11	Getränke	9,13%
Bekleidung	14	Bekleidung	7,50%
	15_B	Schuhe	11,40%
Hygiene und Körperpflege	17_C	Haushalts-, Hygiene- und Toilettenartikel aus Zellstoff, Papier und Pappe	79,78%
	20_E	Seifen, Wasch-, Reinigungs- und Körperpflegemittel	33,54%
Bücher und Medien	58A	Dienstleistungen betreffend das Verlegen von Büchern sowie Adressbüchern	3,94%
	18	H. v. Verlags- und Druckerzeugnissen	4,16%
	59	Dienstleistungen der Herstellung, des Verleihs und Vertriebs von Filmen und Fernsehprogrammen, von Kinos und Tonstudios; Verlagsleistungen bezüglich Musik	2,73%
	60	Rundfunkveranstaltungsleistungen	3,62%
Pharmazeutische Erzeugnisse	21	Pharmazeutische Erzeugnisse	9,64%
Fitness	32_C	Sportgeräte sowie Musikinstrumente und Spielwaren	24,91%
	30F	Fahrräder sowie Behindertenfahrzeuge	46,06%
G_9 Dienstleistungen für Sport, Wellness und Tourismus			
Sport	93	Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	35,74%
	77	Dienstleistungen der Vermietung von beweglichen Sachen	0,64%

Tourismus	55	Beherbergungsdienstleistungen	31,70%
	56	Gastronomiedienstleistungen	5,33%
	79	Dienstleistungen von Reisebüros und Reiseveranstaltern und sonstige Reservierungsdienstleistungen	31,70%
Wellness	96B	Frisör- und Kosmetikdienstleistungen	5,60%
	96D	Heil-, Kur- und Thermalbäder	100%
	96E	Schlankheits- und Massagezentren; Solarien, Saunas, Bäder a.n.g.; sonstige Dienstleistungen a.n.g.	5,60%

G_10 Sonstige Gesundheitsdienstleistungen des Erweiterten Bereichs

Arbeitskräftevermittlung	78	Dienstleistung der Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften und des Personalmanagements	2,40%
Handel	46	Großhandelsleistungen	2,86%
	47	Einzelhandelsleistungen	5,32%
Transport und Verkehr	49	Landverkehrsleistungen und Transportleistungen in Rohrfernleitungen	2,62%
	50	Schiffahrtsleistungen	0,001%
	51	Luftfahrtleistungen	1,13%
	52	Lagereleistungen sowie sonstige Unterstützungsdienstleistungen für d. Verkehr	0,91%
Interessensvertretung	94	Dienstleistungen von Interessensvertretungen sowie kirchlichen und sonstigen religiösen Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	14,30%
IKT	61	Telekommunikationsdienstleistungen	1,20%
	62-63	Dienstleistung der EDV-Programmierung und -Beratung	1,81%
Beratungsdienste	69	Rechts-, Steuerberatungs- und Wirtschaftsprüfungsdienstleistungen	8,94%
	70	Dienstleistungen der Unternehmensführung und -beratung	8,53%
Werbung	73	Werbe- und Marktforschungsleistungen	4,20%

G_11 Gesundheitsrelevante Ausbildung und Forschung

	85	Erziehungs- und Unterrichtsdienstleistungen	3,49%
	72	Forschung- und Entwicklungsleistungen	14,96%

G_12 Gesundheitsrelevante Bauleistungen

	41	Gebäude und Hochbauarbeiten	3,60%
	42	Tiefbauten und Tiefbauarbeiten	1,31%
	43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallationsarbeiten und sonstige Ausbauarbeiten	3,38%
	71	Dienstleistungen von Architektur- und Ingenieurbüros	3,77%

Anmerkung: Einige ÖCPA Gütergruppen scheinen doppelt auf, da diese anteilig sowohl im KGW als auch in der EGW wirksam sind.

Wenn nicht anders angegeben, bilden Gesundheitskoeffizienten güterbezogene nachfrageseitige Koeffizienten ab. Für einzelne Gütergruppen ergeben sich Abweichungen in den Koeffizienten in Bezug auf Konsumausgaben der POE, Konsumausgaben des Staates, Ausrüstungsinvestitionen, Bauinvestitionen, (Input-)Vorratsveränderungen, (Output-)Vorratsveränderungen, Importe, Exporte, intermediäre Verwendung und Subventionen.

1) Je nach verfügbarer Detailtiefe wurden neben den publizierten Daten der Statistik Austria auf Zweisteller-Ebene auch Daten der internen Input-Output-Tabelle 2013 der Statistik Austria herangezogen. Diese sind durch einen nachgestellten alphabetischen Code gekennzeichnet.

Quelle: IHS (2017).

5.1. Eckwerte des ÖGSK

In Tabelle 15 und Tabelle 16 werden die in Österreich erzielten ökonomischen Wirkungen abgebildet, die durch die Gesundheitswirtschaft im Jahr 2013 hervorgerufen wurden. Die Effekte beinhalten direkte, indirekte und induzierte Effekte und sind zu Preisen von 2013 bewertet.

Die durch die Gesundheitswirtschaft generierte Bruttowertschöpfung (Tabelle 15) lag 2013 in Österreich bei insgesamt EUR 47,3 Mrd. Davon entfielen rund EUR 31,2 Mrd. auf die direkten Effekte, EUR 10,3 Mrd. auf die indirekten und EUR 5,8 Mrd. auf die induzierten Effekte.

Durch die Ausgaben und Exporte im Gesundheitssektor wurden insgesamt rund 870 Tsd. Arbeitsplätze in Personenjahren gesichert, was rund 696 Tsd. Arbeitsplätzen in Vollzeitäquivalenten entspricht. Wie auch bei den Wertschöpfungseffekten werden bei den Beschäftigungseffekten die meisten Effekte durch die direkten Effekte hervorgerufen.

Die gesamten Steuern und Abgaben (Tabelle 16) beliefen sich auf insgesamt EUR 19,4 Mrd. in Österreich, wobei der Sozialversicherung (gemeinsam mit dem Familienlastenausgleichsfonds, Katastrophenfonds und der Krankenanstaltenfinanzierung) mit rund EUR 9,6 Mrd. der größte Anteil dieser Einnahmen zukam. Der Bund erhielt EUR 6,2 Mrd., die Länder rund EUR 2,1 Mrd. und die Gemeinden EUR 1,6 Mrd.

Tabelle 15: Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte durch Ausgaben und Exporte der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2013

	direkt	indirekt	induziert	gesamt
Bruttowertschöpfung in Mio. Euro				
Österreich	31.172	10.328	5.758	47.257
Beschäftigungseffekte in Personenjahren				
Österreich	624.027	157.018	88.848	869.893
Beschäftigungseffekte in Vollzeitäquivalenten				
Österreich	489.242	131.941	74.346	695.528

Quelle: IHS (2017).

Tabelle 16: Aufteilung der direkten, indirekten und induzierten Steuern und Abgaben durch Ausgaben und Exporte der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2013 in Mio. EUR

	Mio. EUR
Sozialversicherung	9.605
Bund	6.154
Länder	2.071
Gemeinden	1.590
gesamt	19.421

Quelle: IHS (2017).

5.2. Produktionswert, Wertschöpfung und Beschäftigte durch direkte Effekte

Es folgen detaillierte Ergebnisse zu den Analysen der zwölf Gesundheitssektoren. Aus Tabelle 17 sind die direkten Effekte der zwölf Gesundheitswirtschaftssektoren für das Jahr 2013 ablesbar, also jene Effekte, die direkt in den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft generiert werden. Bei den direkten Effekten werden die Bruttowertschöpfung (BWS), der Bruttoproduktionswert (BPW), die Beschäftigtenanzahl in Personenjahren sowie die Bruttowertschöpfung pro Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten beschrieben. Die Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftssektoren sind einzeln als auch in den Aggregaten KGW (Kernbereich der Gesundheitswirtschaft) und EGW (Erweiterte Gesundheitswirtschaft) sowie in deren Anteilen an der Gesamtwirtschaft abgebildet. So beträgt die direkte Bruttowertschöpfung für die gesamte Gesundheitswirtschaft rund EUR 31,2 Mrd. wovon rund EUR 21,7 Mrd. auf den KGW entfallen und rund EUR 9,5 Mrd. auf die EGW. Damit beträgt der Anteil der KGW rund 7,6 % und der Anteil der EGW rund 3,3 % der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung aus direkten Effekten. Insgesamt tragen die direkten Effekte der Gesundheitswirtschaft somit 10,9 % zur österreichischen Bruttowertschöpfung bei. Den höchsten direkten Wertschöpfungsanteil innerhalb der Gesundheitswirtschaft weisen die Dienstleistungen stationärer Einrichtungen (G_5) mit EUR 10,8 Mrd. auf. Der Bruttoproduktionswert der gesamten Gesundheitswirtschaft beträgt EUR 53,8 Mrd. Die direkten Beschäftigungseffekte zeigen, dass die Gesundheitswirtschaft insgesamt 624.027 Arbeitsplätze sichern konnte, was 14,0 % der österreichischen Beschäftigung entspricht. Der größte Anteil fällt auch hier auf den Gesundheitswirtschaftssektor Dienstleistungen stationärer Einrichtungen (G_5) mit 245.674 Beschäftigten in Personenjahren. Die gesamte Gesundheitswirtschaft weist mit einer Bruttowertschöpfung von EUR 63.714 pro VZÄ im Vergleich etwas mehr als 4/5 der Produktivität der gesamten Wirtschaft auf (EUR 77.939). Dies erklärt sich unter anderem durch die hohe Anzahl an gemeinwirtschaftlicher Aktivitäten (keine Gewinne).

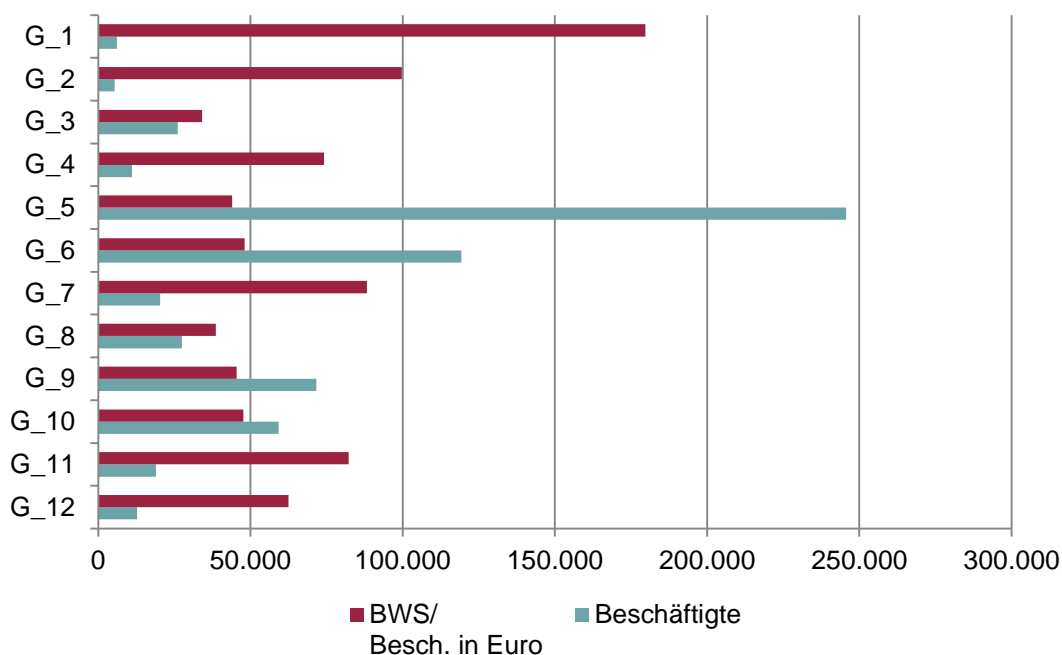
Tabelle 17: Direkte Effekte der 12 Gesundheitswirtschaftssektoren 2013

	Gesundheitssektoren	BWS in Mio. €	BPW in Mio. €	Beschäftigte	BWS/VZÄ
G_1	Pharmazeutische Produkte	1.102	2.699	6.128	179.755
G_2	Medizintechnische Produkte	536	1.565	5.381	104.471
G_3	Einzelhandelsleistungen des Kernbereichs	890	1.440	26.103	44.036
G_4	Krankenversicherungs- und sonstige Verwaltungsleistungen	821	1.518	11.070	82.083
G_5	Dienstleistungen stationärer Einrichtungen	10.799	16.139	245.674	57.320
G_6	Dienstleistungen nicht stationärer Einrichtungen	5.734	8.584	119.294	62.606
G_7	Sonstige Dienstleistungen des Kernbereichs	1.789	3.185	20.273	99.107
G_8	Gesundheitswaren des Erweiterten Bereichs	1.063	3.790	27.520	49.723
G_9	Dienstleistungen für Sport, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus	3.253	5.760	71.587	60.128
G_10	Sonstige Gesundheitswaren des erweiterten Bereichs	2.827	5.240	59.254	59.464
G_11	Gesundheitsrelevante Ausbildung und Forschung	1.561	2.018	19.985	101.904
G_12	Gesundheitsrelevante Bauinvestitionen	797	1.822	12.758	69.967
	KGW	21.671	35.129	433.923	63.829
	EGW	9.500	18.302	190.104	63.455
	Gesundheitswirtschaft gesamt	31.172	53.759	624.027	63.714
	Gesamtwirtschaft	287.196	605.227	4.450.097	77.939
	Anteil KGW	7,55%	5,80%	9,75%	
	Anteil EGW	3,31%	3,08%	4,27%	
	Anteil Gesundheitswirtschaft gesamt	10,85%	8,88%	14,02%	

Quelle: IHS (2017).

Zur Veranschaulichung wird in Abbildung 19 die Produktivität der einzelnen Sektoren des KGW und der EGW der Gesundheitswirtschaft dargestellt, welche durch die Bruttowertschöpfung pro Beschäftigten ausgedrückt wird. Es zeigt sich, dass die Produktivität in den verschiedenen Bereichen sehr unterschiedlich ausfällt. Pharmazeutische Produkte (G_1) ist der Bereich mit der höchsten und der Bereich Einzelhandelsleistungen des Kernbereichs (G_3) mit der niedrigsten Produktivität.

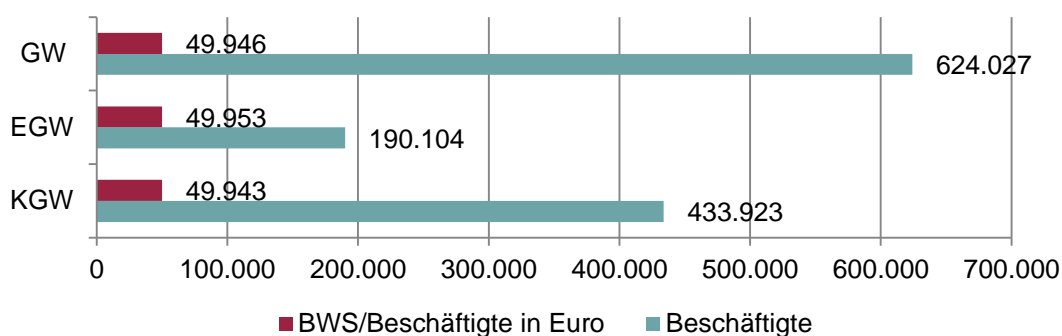
Abbildung 19: Produktivität in der Gesundheitswirtschaft nach BWS pro beschäftigter Person 2013



Quelle: IHS (2017).

In Abbildung 20 ist die Produktivität des KGW, der EGW sowie der gesamten österreichischen Gesundheitswirtschaft dargestellt. Diese berechnet sich durch die Bruttowertschöpfung pro beschäftigter Person. Die Produktivität im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft und in der erweiterten Gesundheitswirtschaft sind nahezu gleich hoch.

Abbildung 20: Produktivität von KGW und EGW nach BWS pro beschäftigter Person 2013



Anmerkung: GW ... Gesundheitswirtschaft gesamt

Quelle: IHS (2017).

5.3. Verflechtung der Gesundheitswirtschaft

Tabelle 18 stellt wichtige Kennzahlen der zwölf Gesundheitssektoren dar. Der KGW fragte Vorleistungen im Ausmaß von EUR 12,3 Mrd. und die EGW im Ausmaß von EUR 9,0 Mrd.

nach. Gleichzeitig lieferte der KGW EUR 4,9 Mrd. und der EGW EUR 6,9 Mrd. an Vorleistungen. Die höchsten Konsumausgaben privater Haushalte entfallen mit EUR 2,8 Mrd. auf den Bereich Dienstleistungen für Sport, Wellness und Tourismus (G_9) aus dem EGW. Für Dienstleistungen stationärer (G_5) und nicht stationärer (G_6) Einrichtungen (KGW) gaben private Haushalte EUR 2,6 Mrd. bzw. EUR 2,3 Mrd. aus. Demgegenüber entfallen die höchsten Konsumausgaben des Staates mit EUR 12,1 Mrd. auf den Sektor Dienstleistungen stationärer Einrichtungen (G_5) aus dem KGW.

Tabelle 18: Kennzahlen der 12 Gesundheitswirtschaftssektoren in Mio. Euro für das Jahr 2013

	in Mio. €	empfangene Vorleistungen	liefernde Vorleistungen	Konsumausgaben privater Haushalte	Konsumausgaben des Staates	Exporte	Importe	Außenhandelsbilanz	Investitionen inkl. Vorratsveränderungen	Endnachfrage	Aufkommen
G_1	Pharmazeutische Produkte	1.591	1.738	578	1.402	2.481	3.528	-1.047	29	4.490	6.227
G_2	Medizintechnische Produkte	1.018	775	247	299	1.367	1.626	-260	504	2.416	3.191
G_3	Einzelhandelsleistungen des Kernbereichs	537	59	936	380	0	0	0	64	1.381	1.440
G_4	Krankenversicherungs- und sonstige Verwaltungsleistungen	635	345	419	708	130	85	46	0	1.258	1.603
G_5	Dienstleistungen stationärer Einrichtungen	4.650	0	2.585	12.061	143	209	-65	0	16.347	16.347
G_6	Dienstleistungen nicht stationärer Einrichtungen	2.470	520	2.280	5.579	64	73	-9	0	8.137	8.656
G_7	Sonstige Dienstleistungen des Kernbereichs	1.372	1.461	597	91	976	176	800	235	1.899	3.361
G_8	Gesundheitswaren des Erweiterten Bereichs	2.714	2.033	2.397	11	1.796	2.561	-765	114	4.318	6.351
G_9	Dienstleistungen für Sport, Fitness, Wellness und Tourismus	2.426	1.153	2.746	261	1.611	305	1.306	0	4.912	6.065
G_10	Sonstige Gesundheitswaren des erweiterten Bereichs	2.343	2.784	1.383	317	796	504	293	239	2.960	5.744
G_11	Gesundheitsrelevante Ausbildung und Forschung	518	89	62	612	280	130	150	1.074	2.205	2.295
G_12	Gesundheitsrelevante Bauinvestitionen	1.016	827	51	4	91	60	31	908	1.054	1.882

	in Mio. €	empfangene Vorleistungen	liefernde Vorleistungen	Konsumaus- gaben privater Haushalte	Konsumaus- gaben des Staates	Exporte	Importe	Außen- handelsbilanz	Investitionen inkl. Vorratsver- änderungen	Endnachfrage	Aufkommen
KGW		12.272	4.898	7.644	20.519	5.161	5.696	-535	832	35.928	40.825
EGW		9.016	6.886	6.639	1.205	4.574	3.560	1.015	2.336	15.449	22.336
Gesundheitswirtschaft gesamt		21.289	11.784	14.283	21.724	9.736	9.256	480	3.167	51.377	63.161
Gesamtwirtschaft		310.691	310.691	151.056	63.244	164.296	156.633	7.663	73.557	451.169	761.860
Anteil KGW		3,95%	1,58%	5,06%	32,44%	3,14%	3,64%	-6,98%	1,13%	7,96%	5,36%
Anteil EGW		2,90%	2,22%	4,39%	1,91%	2,78%	2,27%	13,24%	3,18%	3,42%	2,93%
Anteil GW gesamt		6,85%	3,79%	9,46%	34,35%	5,93%	5,91%	6,26%	4,31%	11,39%	8,29%

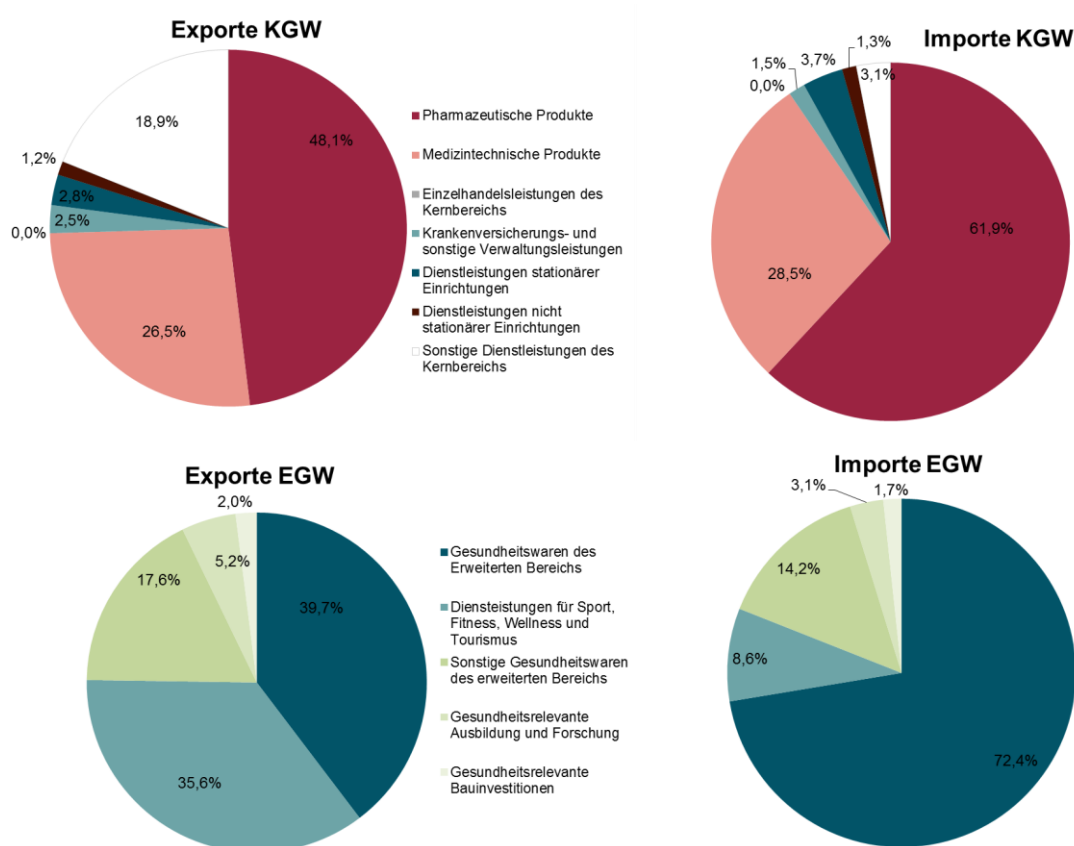
Anmerkungen: POE ... private Organisationen ohne Erwerbszweck.

Quelle: IHS (2017).

5.4. Außenhandel der Gesundheitswirtschaft

Exporte sowie Importe aus bzw. in die gesamte Gesundheitswirtschaft betragen im Jahr 2013 EUR 9,7 Mrd. bzw. EUR 9,3 Mrd. (Tabelle 18). Für den KGW beliefen sich die Exporte auf rund EUR 5,2 Mrd. gegenüber EUR 5,7 Mrd. an Importen. Für die EGW lagen die Exporte bei EUR 4,6 Mrd. und die Importe bei EUR 3,6 Mrd. In Abbildung 21 sind die Anteile der Sektoren an den Exporten bzw. Importen veranschaulicht. Daraus ist erkennbar, dass im KGW pharmazeutische Produkte (G_1) und medizintechnische Produkte (G_2) den größten Anteil ausmachen. In der EGW sind es die Gesundheitswaren des erweiterten Bereichs (G_8).

Abbildung 21: Export und Importe der GSK Sektoren nach Gütergruppen



Quelle: IHS (2017).

5.5. Direkte, indirekte und induzierte Effekte

Während in Kapitel 5.2 die direkten Effekte der Gesundheitswirtschaft dargestellt werden, werden im vorliegenden Kapitel die gesamten Wertschöpfungsketten samt indirekten und induzierten Effekten beachtet, die durch die Gesundheitssektoren ausgelöst werden. Für die Gesamteffekte (direkte, indirekte und induzierte Effekte) der Gesundheitswirtschaft sind die Bruttowertschöpfung, die Beschäftigteneffekte in Personen und VZÄ, sowie

Bruttowertschöpfung pro Beschäftigten in VZÄ angegeben (Tabelle 19). Betrachtet man die Gesamteffekte im Vergleich mit den direkten Effekten aus Tabelle 15, so ist erkennbar, dass die direkten Effekte mehr als die Hälfte der Gesamteffekte der Gesundheitswirtschaft in absoluten Werten bei den Indikatoren Bruttowertschöpfung (EUR 47,3 Mrd. gesamt zu knapp EUR 31,2 Mrd. direkt) und den Beschäftigteneffekten (695.528 VZÄ gesamt zu 489.242 VZÄ direkt) ausmachen. Die Effekte einzelner Sektoren dürfen nicht summiert werden, da es aufgrund der Wertschöpfungskette zu Doppelzählungen käme, und sind darum eigens getrennt berechnet ausgewiesen.⁵¹

⁵¹ Zu beachten gilt, dass der wirtschaftliche Effekt der gesamten Gesundheitswirtschaft geringer ist als die Summe der Effekte der Gesundheitswirtschaftsbereiche. Dies liegt daran, dass Teile der getätigten Produktionen einzelner Gesundheitsbereiche Vorleistungen für andere Gesundheitsbereiche sind. Zu den Effekten zählen die indirekten Effekte, die im Wesentlichen die Vorleistungen von anderen Bereichen umfassen.

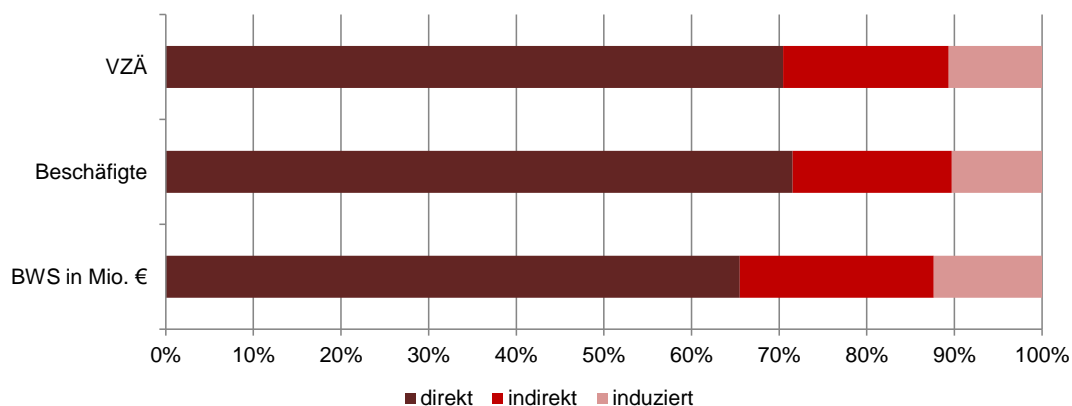
Liefert nun ein Bereich A Vorleistungen für einen anderen Bereich B, so werden diese Vorleistungen im Falle einer Gesamtevaluation richtigerweise nur einmal, als indirekte Effekte von B, erfasst. Werden jedoch A und B getrennt evaluiert, werden diese Vorleistungen zweimal erfasst: einmal als direkte Effekte von A und einmal als Teil der indirekten Effekte von B.

Tabelle 19: Gesamteffekte der 12 Gesundheitswirtschaftssektoren (direkt, indirekt und induziert)

	Gesundheitssektoren	BWS in Mio. €	Beschäftigte	VZÄ	BWS/VZÄ
G_1	Pharmazeutische Produkte	1.921	18.672	16.599	115.747
G_2	Medizintechnische Produkte	885	10.958	9.591	92.323
G_3	Einzelhandelsleistungen des Kernbereichs	1.383	31.844	25.177	54.941
G_4	Krankenversicherungs- und sonstige Verwaltungsleistungen	1.354	19.549	17.057	79.363
G_5	Dienstleistungen stationärer Einrichtungen	15.006	305.454	238.364	62.955
G_6	Dienstleistungen nicht stationärer Einrichtungen	8.234	158.285	123.808	66.507
G_7	Sonstige Dienstleistungen des Kernbereichs	2.816	37.217	31.990	88.038
G_8	Gesundheitswaren des Erweiterten Bereichs	2.544	51.348	41.196	61.749
G_9	Dienstleistungen für Sport, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus	5.003	100.903	78.254	63.933
G_10	Sonstige Gesundheitswaren des erweiterten Bereichs	4.785	88.835	71.794	66.653
G_11	Gesundheitsrelevante Ausbildung und Forschung	1.945	27.887	22.571	86.173
G_12	Gesundheitsrelevante Bauinvestitionen	1.573	24.967	21.683	72.532
	KGW	31.493	577.961	461.407	68.254
	EGW	15.762	290.932	234.120	67.324
	Gesundheitswirtschaft gesamt	47.257	869.893	695.528	67.944
	Gesamtwirtschaft	287.196	4.450.097	3.684.860	77.939
	Anteil KGW	10,97%	12,99%	12,52%	
	Anteil EGW	5,49%	6,54%	6,35%	
	Anteil Gesundheitswirtschaft gesamt	16,45%	19,55%	18,88%	

Quelle: IHS (2017).

In Abbildung 22 sind die Gesamteffekte gegliedert nach direkten, indirekten und induzierten Effekten für die genannten Indikatoren dargestellt. Es ist erkennbar, dass von der gesamten Bruttowertschöpfung mit EUR 47,3 Mrd. rund 66,0 % durch direkte Effekte der Gesundheitswirtschaft erwirtschaftet wurden, 21,9 % indirekt und 12,2 % induziert. Insgesamt sind die direkten Effekte anteilmäßig am höchsten. Bei den Beschäftigungseffekten machen die direkten Effekte sogar 71,7 % aus.

Abbildung 22: Gesamteffekte der Gesundheitswirtschaft gegliedert nach direkten, indirekten und induzierten Wirkungen

Quelle: IHS (2017).

Im Folgenden wird auf das für die heimische Produktion notwendige Importaufkommen (entspricht nicht dem Import gesundheitsrelevanter Güter zur Bedienung der Endnachfrage, sondern den notwendigen ausländischen Vorleistungen für die heimische Produktion von Gesundheitsleistungen) der zwölf Gesundheitssektoren eingegangen. Wie aus Tabelle 20 ersichtlich, sind insgesamt durch importierte Leistungen der österreichischen Gesundheitswirtschaft rund EUR 20,1 Mrd. an Bruttowertschöpfung im Ausland entstanden. Außerdem wurden 301.875 Arbeitsplätze bzw. 252.018 VZÄ gesichert. Die Effekte einzelner Sektoren dürfen nicht summiert werden, da es aufgrund der Wertschöpfungskette zu Doppelzählungen käme; Gesamteffekte sind dementsprechend eigens berechnet und getrennt ausgewiesen.⁵²

⁵² Siehe Fußnote 51.

Tabelle 20: Notwendige Auslandsleistungen für die Produktion der heimischen Gesundheitswirtschafts (=ausländische Vorleistungen)

	Gesundheitssektoren	BWS in Mio. €	Beschäftigte	VZÄ
G_1	Pharmazeutische Produkte	1.724	24.178	20.340
G_2	Medizintechnische Produkte	1.207	18.096	15.107
G_3	Einzelhandelsleistungen des Kernbereichs	484	7.308	6.092
G_4	Krankenversicherungs- und sonstige Verwaltungsleistungen	554	8.354	6.969
G_5	Dienstleistungen stationärer Einrichtungen	4.992	73.006	61.103
G_6	Dienstleistungen nicht stationärer Einrichtungen	2.350	35.156	29.342
G_7	Sonstige Dienstleistungen des Kernbereichs	1.289	19.413	16.192
G_8	Gesundheitswaren des Erweiterten Bereichs	2.635	40.862	33.928
G_9	Dienstleistungen für Sport, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus	2.213	33.765	28.067
G_10	Sonstige Gesundheitswaren des erweiterten Bereichs	2.019	30.942	25.730
G_11	Gesundheitsrelevante Ausbildung und Forschung	410	6.236	5.188
G_12	Gesundheitsrelevante Bauinvestitionen	828	12.498	10.433
	KGW	12.175	180.352	150.724
	EGW	7.957	121.523	101.094
	Gesundheitswirtschaft gesamt	20.132	301.875	252.018

Quelle: IHS (2017).

5.6. Erster und Zweiter Gesundheitsmarkt

In Tabelle 21 sind nochmals die direkten Effekte der Gesundheitswirtschaft ersichtlich, wobei hier die finanzierungsseitige Unterscheidung in einen 1. und 2. Gesundheitsmarkt berücksichtigt wird. Die Bruttowertschöpfung im 1. Markt des KGW beläuft sich auf EUR 15,0 Mrd., was rund 48 % der gesamten Gesundheitswirtschaft (rund EUR 31,2 Mrd.) ausmacht.

Tabelle 21: Direkte Effekte der Gesundheitswirtschaft nach 1. und 2. Markt, KGW und EGW

	KGW				EGW			
	1. Markt		2. Markt		1. Markt		2. Markt	
BWS in Mio. €	15.046	48%	6.625	21%	2.056	7%	7.445	24%
Beschäftigte	311.448	50%	122.475	20%	33.802	5%	156.302	25%
VZÄ	241.817	49%	97.705	20%	29.905	6%	119.814	24%
Abgaben in Mio. €	6.122	50%	2.550	21%	916	8%	2.550	21%

Quelle: IHS (2017).

Im Gegensatz zu Tabelle 21 sieht man in Tabelle 22 die Gesamteffekte der Gesundheitswirtschaft gegliedert nach KGW bzw. EGW und 1. und 2. Markt.

Tabelle 22: Gesamteffekte der Gesundheitswirtschaft (direkt, indirekt und induziert) gegliedert nach 1. + 2. Markt, KGW und EGW

	KGW				EGW			
	1. Markt		2. Markt		1. Markt		2. Markt	
BWS in Mio. €	21.617	46%	9.876	21%	3.211	6%	12.554	27%
Beschäftigte	406.684	47%	171.277	20%	53.375	6%	238.557	27%
VZÄ	322.562	46%	138.845	20%	42.371	6%	191.749	28%
Abgaben in Mio. €	9.431	49%	4.024	21%	1.495	6%	4.470	24%

Quelle: IHS (2017).

5.7. Wertschöpfungskomponenten der Gesundheitswirtschaft

Tabelle 23 beschreibt die Anteile der Wertschöpfungskomponenten Personalkosten, Abschreibungen und des Netto-Betriebsüberschusses der österreichischen Wirtschaft an der gesamten Wertschöpfung für die drei Bereiche KGW, EGW und NGW. Demnach tragen die Personalkosten in allen drei Bereichen den größten Anteil, mehr als die Hälfte, zur Wertschöpfung bei.

	Personalkosten	Abschreibungen	Netto-Betriebsüberschuss
KGW	70,2%	11,4%	18,5%
EGW	55,8%	28,2%	16,0%
NGW	53,6%	21,6%	24,8%

Quelle: IHS (2017).

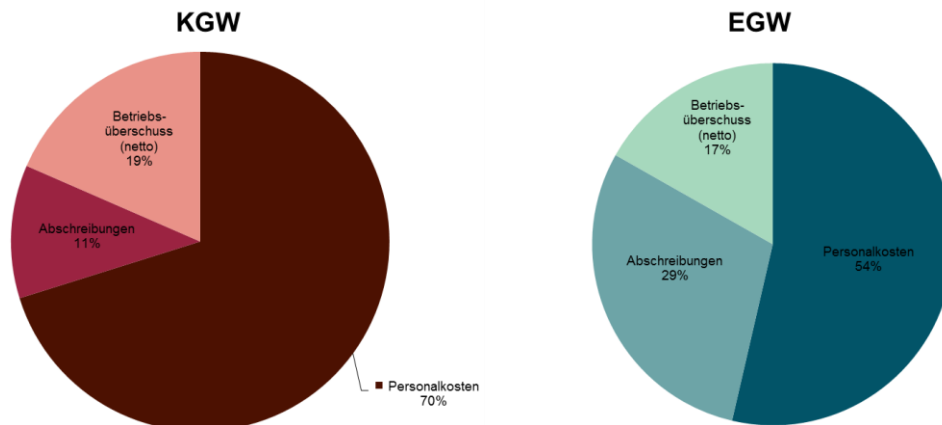
Abbildung 23 zeigt die Verteilung der Anteile für KGW und EGW graphisch auf einen Blick.

Tabelle 23: Anteil der Wertschöpfungskomponenten an der Wertschöpfung

	Personalkosten	Abschreibungen	Netto-Betriebsüberschuss
KGW	70,2%	11,4%	18,5%
EGW	55,8%	28,2%	16,0%
NGW	53,6%	21,6%	24,8%

Quelle: IHS (2017).

Abbildung 23: Wertschöpfungskomponenten der Gesundheitswirtschaft 2013



Quelle: IHS (2017).

6. Schlussfolgerungen

Die in der ersten Publikation zum Gesundheitssatellitenkonto für Österreich geäußerte Prognose, dass die Gesundheitswirtschaft an Bedeutung gewinnen wird, hat sich schon in der relativ kurzen Zeit (fünf Jahre) bestätigt. Dies ist insbesondere auf die erweiterte Gesundheitswirtschaft sowie die Exporte zurückzuführen. Besonders bemerkenswert ist der erhöhte Beschäftigungseffekt. Die aktualisierten Werte seien hier nochmals zusammengefasst.

Durch die weit gefasste Definition der Gesundheitswirtschaft addiert sich zum Kernbereich noch mehr als 40 Prozent an Wertschöpfung hinzu. Zweitens bedürfen sowohl der Kernbereich als auch der Erweiterte Bereich viele Vorleistungen, und durch die Tatsache, dass sie Arbeitseinkommen generieren, entstehen auch Kaufkrafteffekte. Durch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entstehen somit EUR 31,2 Mrd. direkt (2008: 25,97 Mrd.), EUR 10,3 Mrd. indirekt (2008: 9,52 Mrd.) und EUR 5,8 Mrd. (2013:6,06 Mrd.) induziert; insgesamt entstehen dadurch EUR 47,3 Mrd. (2008: 41,56 Mrd.) an Wertschöpfung im Inland, bezogen auf die Gesamtwirtschaft sind dies 16,5 % (2008:16,22%).

Die Qualität vieler Gesundheitsberufe als personenbezogene Dienstleistungen bewirkt auch, dass die letztlich durch das Bedürfnis nach Gesundheit ausgelöste Beschäftigung enorm ist. In der Gesundheitswirtschaft selbst sind dies rund 624. Tsd. (2008: 569 Tsd) Beschäftigte Personen bzw. 489 Tsd. (2008: 444 Tsd.) Vollzeitäquivalente. Insgesamt finden 870 Tsd. (2008: 806 Tsd.) Personen dadurch Beschäftigung, was 696 Tsd. (2008: 638 Tsd.) Vollzeitäquivalenten entspricht. Bezogen auf die Gesamtwirtschaft stehen demnach 19,6 % (2008: 19,1%) der Erwerbstätigen bzw. 18,9 % (2008: 18,14%) der Vollzeitäquivalente in Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Gesundheit.

Die Wertschöpfung pro Vollzeitäquivalent ist in der Gesundheitswirtschaft geringer als in der Gesamtwirtschaft (EUR 64 Tsd. vs. EUR 78 Tsd.). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass zum einen ein erheblicher Teil der Gesundheitswirtschaft gemeinwirtschaftlich arbeitet und somit keine Gewinne erzielen will, andererseits an der Natur der personenbezogenen Dienstleistung, die pro Beschäftigten wenig Kapitaleinsatz und somit Deckungsbeiträge generiert.

An Abgaben werden über direkte, indirekte und induzierte Effekte EUR 18,3 Mrd. geleistet.

Der Außenhandelsüberschuss als Anteil an der Gesamtwirtschaft stieg auf 6,26% (2008: 4,4%).

Die Steigerungen in den relativen Werten zwischen den Jahren 2008 und 2013 sind in erster Linie durch den erweiterten Bereich der Gesundheitswirtschaft entstanden. Dies mag sicher zu einem kleinen Teil auf einer genaueren Abbildung der Gesundheitskoeffizienten durch neue, präzisere Studien basieren. Vor allem aber ist dieser Bereich, wie schon in unserer ersten Veröffentlichung des Gesundheitssatellitenkontos beschrieben, ein Wachstumsmarkt, der entsprechende Beschäftigung erzeugt.

7. Quellenverzeichnis

- Agrarmarkt Austria (2015): RollAMA Motivanalyse 2015.
- Agrarmarkt Austria (2016): Marktentwicklung - Wert und Menge.
- Akupav (2012): Webportal Statistik der Arbeitskräfteüberlassung und privaten Arbeitsvermittlung, im Auftrag der Sektion VI, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. <https://akupav.eipi.at/akupav/> [zuletzt Abgerufen am 05.09.2012]
- Arbeiterkammer (2010): Umfrage zu Persönlicher Schutzausrüstung: Frauen unzufriedener als Männer. Pressekonferenz am 28. Jänner 2010
- Austria Wirtschaftsservice (2015): Life Science Report Austria 2015.
- BMVIT (2015): Österreichischer Forschungs- und Technologiebericht 2015. Bericht der Bundesregierung an den Nationalrat gem. § 8 (2) FOG über die Lage und Bedürfnisse von Forschung, Technologie und Innovation in Österreich.
- BMVIT (2016): Österreichischer Forschungs- und Technologiebericht 2016. Bericht der Bundesregierung an den Nationalrat gem. § 8 (2) FOG über die Lage und Bedürfnisse von Forschung, Technologie und Innovation in Österreich.
- BMWFW (2014a): Ein Tourismus-Satellitenkonto für Österreich.
- BMWFW (2014b): Gesundheitstourismus in Österreich 2014. Endbericht November 2014.
- BMWi (2009): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Abschlussbericht 30. November 2009. Berlin.
- BMWi (2012a): Nutzung und Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssatellitenkontos zu einer Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR). Unterlage zur Vorbereitung des Expertenworkshops am 15. Mai 2012 (unveröffentlicht).
- BMWi (2012b): Messung der Produktivitätsentwicklung der Gesundheitswirtschaft. Workshop Zwischenbericht vom 27. September 2012 (unveröffentlicht).
- Bodenwinkler A, Kerschbaum J, Sax G (2011): Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2010. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- Böheim M, Pichler E (o.J.): Der österreichische Selbstmedikationsmarkt: Marktperformance und Deregulierungsspielräume. WU-Working Paper.
- Con.os tourismus consulting (2011): Grundlagenstudie: Der Gesundheits- und Wellness-Tourismus in Österreich: Status-Potenziale-Ausblick. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend.
- COSSMA (2013): Schönheitspflegemittel und Haushaltspflegemittel 2013 leicht im Plus.
- Cypionka T, Kraus M, Röhrling G, Warmuth JR (2012): Health Cooperation. Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen. IHS Endbericht/März 2012. Wien.
- Cypionka T, Schnabl A, Sigl C, Zucker B, Warmuth JR (2014): Gesundheitswirtschaft Österreich. Ein Gesundheitssatellitenkonto für Österreich (ÖGSK). SpringerGabler.
- EC – European Commission (2014): Special Eurobarometer 412: Sport and Physical Activity. Report.
- Euroconstruct (2012): Länderreport Österreich. London .
- Euroguidance Österreich (o.J.): Das österreichische Bildungssystem. <http://www.bildungssystem.at/> [zuletzt abgerufen am 31.07.2017].

- FEACO (2012): Survey of the European Management Consultancy 2011/12.
- Felderer B, Kleissner A, Moser B, Schnabl A, Dimitrov D, Weissteiner T (2006): Ökonomische Bedeutung des Sports in Österreich. Studie im Auftrag des Jubiläumsfonds der Oesterreichischen Nationalbank. Institut für Höhere Studien. SportsEconAustria, Wien.
- Fessel K, Luisser, R (2017): FOCUS Pressekonferenz 1/2017.
- Gewista (2013): Werbemarkt Österreich. Überblick. Wien
- Helmenstein C, Kleissner A, Moder B (2006): Sportwirtschaft in Österreich. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedeutung des Sports in Österreich. SportsEconAustria.
- Holub Hans-Werner, Schnabl Hermann (1994a): Input-Output-Rechnung: Input-Output-Tabellen. Einführung. München: R. Oldenbourg Verlag (3., aktualisierte Aufl.).
- Holub Hans-Werner, Schnabl Hermann (1994b): Input-Output-Rechnung: Input-Output-Analyse. Einführung München/Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- HV SVT – Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017). Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017. Wien.
- IGEPHA (2016): Jahresbericht 2015.
- Leontief W. (1936): Quantitative Input and Output Relations in the Economic System of the United States. In: Review of Economics and Statistics Vol. 18, 105-125.
- Ministerium für ein lebenswertes Österreich (2014): Grüner Bericht 2014: Bericht über die Situation der österreichischen Land- und Forstwirtschaft.
- OECD (2016): Education at a Glance 2016.
- ÖGB (2014): Bilanz 2013.
- Österreich Werbung (2016): Ausgaben der Gäste in Österreich 2013/14. T-MONA Urlauberbefragung 2013/2014.
- Österreich Werbung (o.J.): Was sind die Motive für einen Urlaub in Österreich? SU/Tourismusforschung.
- Österreichische Apothekerkammer (2015): Apotheke in Zahlen 2015.
- Österreichische Ärztekammer (2013): Wahrnehmungsbericht der Österreichischen Ärztekammer für die Jahre 2011 und 2012.
- Österreichische Nationalbibliothek (2016): Österreichische Bibliographie. Reihe A, Verzeichnis der Österreichischen Neuerscheinungen. Heft 2. Wien.
- Pharmig (2015): Daten & Fakten 2015. Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich.
- Pratscher H (2000): Sportverhalten in Österreich. Journal für Ernährungsmedizin 2 (5), 18-23.
- Pretebner, Karl (2017): E-Mail-Verkehr bzgl. der Mitgliederanzahl der ARGE-FGV. Chefredakteur der Zeitschrift „gesund & sozial“ und Sachverständiger für Gesundheits- und Krankenpflege, Wien, 14.08.
- Schwark J (2007): Sport Tourism: Introduction and Overview. European Journal for Sport and Society 4(2). 117-132.
- SpEA - SportsEconAustria (2016): Das Sport-Datenvademecum. Sport Austria Ausgabe Nr.8.
- Statistik Austria (2013): Erwachsenenbildung 2011/12. Ergebnisse des Adult Education Survey (AES).
- Statistik Austria (2014): ESVG 2010.

- Statistik Austria (2015): Current expenditure on health care by functions, providers and financing schemes in Austria 2015. National Accounts.
- Statistik Austria (2016a): Standard-Dokumentation Metainformation zu den Gesundheitsausgaben nach „System of Health Account“ für Österreich. Statistik Austria. Wien.
- Statistik Austria (2016b): Konsumerhebung 2014/15.
- Statistik Austria (2016c): Belegte ordentliche Studien an öffentlichen Universitäten 1971-2015. Hochschulstatistik.
- Statistik Austria (2016d): Ankünfte und Nächtigungen im Tourismus-Winterhalbjahr (2008/2009 bis 2015/2016). Tourismusstatistik.
- Statistik Austria (2016e): Ärzte und Ärztinnen seit 1960 absolut und auf 100.000 Einwohner. Österreichische Ärztekammer, Österreichische Zahnärztekammer.
- Statistik Austria (2017a): Einnahmenentwicklung der Volkshochschulen Budgetjahr 1960 bis 2015 nach Mittelherkunft. Verband Österreichischer Volkshochschulen.
- Statistik Austria (2017b): Kursteilnahmen an Volkshochschulen nach Fachbereichen 1981/82 bis 2014/15. Verband Österreichischer Volkshochschulen.
- Statistik Austria (2017c): Öffentliche Bildungsausgaben nach ISCED 2011 nach Bildungsbereichen 2012 bis 2014. Bildungsausgabenstatistik.
- Statistik Austria (2017d): Ordentliche Studierende an Fachhochschul-Studiengängen 1994-2016. Hochschulstatistik.
- Statistik Austria (2017e): Staatliche Bildungsausgaben 2013-2015 nach Ausgabenarten und Bildungseinrichtungen. Bildungsausgabenstatistik.
- Statistik Austria (2017f): Ankünfte und Nächtigungen im Tourismus-Sommerhalbjahr (2009 bis 2016). Tourismusstatistik.
- Statistik Austria (2017g): Ankünfte, Nächtigungen sowie durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Bundesländern (1995 bis 2016). Tourismusstatistik.
- Statistik Austria (2017h): Einkommen und Sparen der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, 1995-2016.
- Technologiebericht (2012): Österreichischer Forschungs- und Technologiebericht 2012 Bericht der Bundesregierung an den Nationalrat gem. § 8 (2) FOG über die Lage und Bedürfnisse von Forschung, Technologie und Innovation in Österreich. Wien.
- UNO (2010): Tourism Satellite Account: Recommended Methodological Framework 2008. Department of Economic and Social Affairs.
- Verband Arbeitssicherheit (2015): PSA-Marktstudie – Konstantes Wachstum trotz schwieriger Zeiten. Karmasin Marktforschung.
- VVO (2013): Jahresbericht des Versicherungsverband Österreich 2013. Wien.
- VVO (2014): Jahresbericht des Versicherungsverband Österreich 2014. Wien
- VVO (2016): Jahresbericht des Versicherungsverband Österreich 2016. Wien.
- Wenzel C, Trappel J, Gadringer S (2012): Zur Qualität im Privatrundfunk - Begleitforschung zum österreichischen Privatrundfunkfonds. Schriftenreihe der Rundfunk und Telekom Regulierungs-GmbH.

WIFO (2012): Ein Tourismus-Satellitenkonto für Österreich. Methodik Ergebnisse und Prognosen für die Jahre 2000 bis 2012. WIFO. Wien.

Wilson D, Dragusanu R (2008): The expanding middle: The exploding world middle class and falling global inequality. Global Economic Paper No.170. Goldman Sachs.

WKO (2013): Tourismus und Freizeitwirtschaft in Zahlen. Österreichische und internationale Tourismus- und Wirtschaftsdaten. 49. Ausgabe.

Woelke J (2010): TV-Programmanalyse Fernsehvollprogramme in Österreich. Bericht zur Frühjahresstichprobe 2009. Schriftenreihe der Rundfunk und Telekom Regulierungs-GmbH.

Woelke J (2012): TV-Programmanalyse. Fernsehvollprogramme in Österreich.

8. Appendix

Tabelle 24: SHA 2011-Klassifikation

HC – Funktion bzw. Art der Gesundheitsleistung

- HC.1 Leistungen der kurativen Gesundheitsversorgung
 - HC.1.1 Stationäre kurative Gesundheitsversorgung
 - HC.1.2 Tagesfälle der kurativen Gesundheitsversorgung
 - HC.1.3 Ambulante kurative Gesundheitsversorgung
 - HC.1.3.1 Allgemeine ambulante Gesundheitsversorgung
 - HC.1.3.2 Ambulante zahnärztliche Gesundheitsversorgung
 - HC.1.3.3 Spezialisierte ambulante Gesundheitsversorgung
 - HC.1.4 Häusliche kurative Gesundheitsversorgung
- HC.2 Leistungen der rehabilitativen Gesundheitsversorgung
 - HC.2.1 Stationäre rehabilitative Gesundheitsversorgung
 - HC.2.2 Tagesfälle der rehabilitativen Gesundheitsversorgung
 - HC.2.3 Ambulante rehabilitative Gesundheitsversorgung
 - HC.2.4 Häusliche rehabilitative Gesundheitsversorgung
- HC.3 Langzeitpflege
 - HC.3.1 Stationäre Langzeitpflege
 - HC.3.2 Tagesfälle der Langzeitpflege
 - HC.3.3 Ambulante Langzeitpflege
 - HC.3.4 Häusliche Langzeitpflege
- HC.4 Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung
 - HC.4.1 Klinische Labors
 - HC.4.2 Bildgebende Diagnoseverfahren
 - HC.4.3 Patiententransporte
- HC.5 Medizinische Güter
 - HC.5.1 Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsgüter
 - HC.5.1.1 Verschriebene Arzneimittel
 - HC.5.1.2 Rezeptfreie Arzneimittel
 - HC.5.1.3 Sonstige medizinische Verbrauchsgüter
 - HC.5.2 Therapeutische Hilfsmittel und andere medizinische Güter
 - HC.5.2.1 Brillen und sonstige Sehhilfen
 - HC.5.2.2 Hörhilfen
 - HC.5.2.3 Orthopädische und prothetische Hilfsmittel
 - HC.5.2.4 Sonstige medizinische Güter
- HC.6 Prävention
 - HC.6.1 Information, Bildung und Beratung
 - HC.6.2 Immunisierungsprogramme
 - HC.6.3 Früherkennungsprogramme
 - HC.6.4 Programme zur Überwachung des Gesundheitszustandes
 - HC.6.5 Epidemiologische Überwachung, Risiko- und Krankheitskontrollprogramme
 - HC.6.6 Katastrophenvorbereitung und Notfallprogramme

HC.7 Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung

HC.7.1 Verwaltung der Gesundheitsversorgung

HC.7.2 Verwaltung der Gesundheitsfinanzierung

HC.9 Übrige Gesundheitsversorgung (nicht anderweitig genannt)

HP – Leistungserbringer von Gesundheitsleistungen und –gütern

HP.1 Krankenhäuser

HP.1.1 Allgemeinkrankenhäuser

HP.1.2 Psychiatrische Kliniken und Suchtkliniken

HP.1.3 Spezialkliniken (außer psychiatrischen Kliniken und Suchtkliniken)

HP.2 Einrichtungen der Langzeitpflege

HP.2.1 Pflegeheime

HP.2.2 Einrichtungen für psychisch Erkrankte und Suchtkranke

HP.2.9 Sonstige Einrichtungen der Langzeitpflege

HP.3 Ambulante Einrichtungen

HP.3.1 Arztpraxen

HP.3.1.1 Praxen von Allgemeinärzten

HP.3.1.2 Praxen von psychiatrischen Fachärzten

HP.3.1.3 Praxen von Fachärzten (außer psychiatrischen Fachärzten)

HP.3.2 Zahnarztpraxen

HP.3.3 Praxen von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe

HP.3.4 Ambulante Zentren der Gesundheitsversorgung

HP.3.4.1 Familienplanungseinrichtungen

HP.3.4.2 Ambulante Einrichtungen für psychisch Kranke und Suchtkranke

HP.3.4.3 Unabhängige ambulante Operationseinrichtungen

HP.3.4.4 Dialyseeinrichtungen

HP.3.4.9 Sonstige ambulante Einrichtungen

HP.3.5 Erbringer häuslicher Gesundheitsleistungen

HP.4 Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung

HP.4.1 Ambulanz und Rettungsdienste

HP.4.2 Medizinische und diagnostische Labors

HP.4.9 Sonstige Erbringer von Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung

HP.5 Einzelhandel und sonstige Anbieter medizinischer Güter

HP.5.1 Apotheken

HP.5.2 Einzelhandel und sonstige Anbieter von medizinischen Gütern und Geräten

HP.5.9 Sonstige Anbieter von pharmazeutischen und medizinischen Gütern

HP.6 Einrichtungen für präventive Gesundheitsversorgung

HP.7 Verwaltung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemfinanzierung

HP.7.1 Staat

HP.7.2 Sozialversicherung

HP.7.3 Private Krankenversicherungen

HP.7.9 Sonstige Einheiten

HP.8 Sonstige Wirtschaftszweige (übrige Wirtschaft)

- HP.8.1 Private Haushalte als Erbringer häuslicher Gesundheitsleistungen
- HP.8.2 Sonstige Wirtschaftszweige als sekundäre Produzenten von Gesundheitsleistungen
- HP.8.9 Sonstige Wirtschaftszweige (nicht anderweitig genannt)
- HP.9 Übrige Welt

HF – Finanzierungssystem

- HF.1 Staat
 - HF.1.1 Staat außer Sozialversicherung
 - HF.1.1.1 Bund
 - HF.1.1.2 Land/Region/Gemeinde
 - HF.1.2 Verpflichtende Beitragssysteme
 - HF.1.2.1 Sozialversicherung
 - HF.1.2.2 Verpflichtende private Krankenversicherungssysteme
- HF.2 Freiwillige Systeme der Gesundheitsfinanzierung
 - HF.2.1 Freiwillige Krankenversicherungssysteme
 - HF.2.1.1 Primäre Krankenversicherungssysteme
 - HF.2.1.2 Ergänzungs-/Zusatzversicherungssysteme
 - HF.2.2 Private Organisationen ohne Erwerbszweck
 - HF.2.3 Unternehmen
- HF.3 Selbstzahlungen der privaten Haushalte
 - HF.3.1 Selbstzahlungen ohne Selbstbehalte
 - HF.3.2 Selbstbehalte
 - HF.3.2.1 Selbstbehalte bei Finanzierungssystem Staat und verpflichtende Beitragssystemen der Gesundheitsfinanzierung
 - HF.3.2.2 Selbstbehalte bei freiwilliger Krankenversicherung
- HF.4 Übrige Welt
 - HF.4.1 Verpflichtendes Finanzierungssystem (Ausland)
 - HF.4.2 Freiwilliges privates Finanzierungssystem (Ausland)

Quelle: Statistik Austria 2016a

Tabelle 25: Sektoren nach ÖCPA 2008 und ÖNACE 2008

	ÖCPA 2008	ÖNACE 2008
1	Erzeugnisse der Landwirtschaft u. Jagd sowie damit verbundene DL	Landwirtschaft, Jagd u. damit verbundene Tätigkeiten
2	Forstwirtschaftliche Erzeugnisse u. DL	Forstwirtschaft u. Holzeinschlag
3	Fische u. Fischereierzeugnisse; Aquakulturerzeugnisse; DL für die Fischerei	Fischerei u. Aquakultur
5	Kohle	Kohlenbergbau
6	Erdöl u. Erdgas	Gewinnung v. Erdöl u. Erdgas

7	Erze	Erzbergbau
8	Steine u. Erden; sonstige Bergbauerzeugnisse	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau
9	DL für den Bergbau u. für die Gewinnung v. Steinen u. Erden	Erbringung v. DL für den Bergbau u. für die Gewinnung v. Steinen u. Erden
10	Nahrungs- u. Futtermittel	Herstellung v. Nahrungs- u. Futtermitteln
11	Getränke	Getränkeherstellung
12	Tabakerzeugnisse	Tabakverarbeitung
13	Textilien	Herstellung v. Textilien
14	Bekleidung	Herstellung v. Bekleidung
15	Leder u. Lederwaren	Herstellung v. Leder, Lederwaren u. Schuhen
16	Holz sowie Holz- u. Korkwaren (ohne Möbel); Flecht- u. Korbwaren	Herstellung v. Holz-, Flecht-, Korb- u. Korkwaren (ohne Möbel)
17	Papier, Pappe u. Waren daraus	Herstellung v. Papier, Pappe u. Waren daraus
18	DL der Vervielfältigung v. bespielten Ton-, Bild- u. Datenträgern, Druckereileistungen	Herstellung v. Druckerzeugnissen; Vervielfältigung v. bespielten Ton-, Bild- u. Datenträgern
19	Kokereierzeugnisse u. Mineralölerzeugnisse	Kokerei u. Mineralölverarbeitung
20	Chemische Erzeugnisse	Herstellung v. chemischen Erzeugnissen
21	Pharmazeutische Erzeugnisse	Herstellung v. pharmazeutischen Erzeugnissen
22	Gummi- u. Kunststoffwaren	Herstellung v. Gummi- u. Kunststoffwaren
23	Glas- u. Glaswaren, Keramik, verarbeitete Steine u. Erden	Herstellung v. Glas u. Glaswaren, Keramik, Verarbeitung v. Steinen u. Erden
24	Metalle	Metallerzeugung u. -bearbeitung
25	Metallerzeugnisse	Herstellung v. Metallerzeugnissen
26	Datenverarbeitungsgeräte, elektronische u. optische Erzeugnisse	Herstellung v. Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen u. optischen Erzeugnissen
27	Elektrische Ausrüstungen	Herstellung v. elektrischen Ausrüstungen
28	Maschinen	Maschinenbau
29	Kraftwagen u. Kraftwagenteile	Herstellung v. Kraftwagen u. Kraftwagenteilen
30	Sonstige Fahrzeuge	Sonstiger Fahrzeugbau
31	Möbel	Herstellung v. Möbeln
32	Waren a.n.g.	Herstellung v. sonstigen Waren
33	Reparatur- u. Installationsarbeiten an Maschinen u. Ausrüstungen	Reparatur u. Installation v. Maschinen u. Ausrüstungen
35	Energie u. DL der Energieversorgung	Energieversorgung
36	Wasser; DL der Wasserversorgung sowie des Wasserhandels durch Rohrleitungen	Wasserversorgung
37	Abwasserentsorgungs-DL	Abwasserentsorgung

38	DL der Sammlung, Behandlung u. Beseitigung v. Abfällen sowie zur Rückgewinnung v. Wertstoffen	Sammlung, Behandlung u. Beseitigung v. Abfällen; Rückgewinnung
39	DL der Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonstigen Entsorgung	Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonstige Entsorgung
41	Gebäude u. Hochbauarbeiten	Hochbau
42	Tiefbauten u. Tiefbauarbeiten	Tiefbau
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallationsarbeiten u. sonstige Ausbaurbeiten	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation u. sonstiges Ausbaugewerbe
45	Handelsleistungen mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltungs- u. Reparaturarbeiten an Kraftfahrzeugen	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung u. Reparatur v. Kraftfahrzeugen
46	Großhandelsleistungen (ohne Handelsleistungen mit Kraftfahrzeugen)	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen u. Krafträdern)
47	Einzelhandelsleistungen (ohne Handelsleistungen mit Kraftfahrzeugen)	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
49	Landverkehrsleistungen u. Transportleistungen in Rohrfernleitungen	Landverkehr u. Transport in Rohrfernleitungen
50	Schifffahrtsleistungen	Schifffahrt
51	Luftfahrtsleistungen	Luftfahrt
52	Lagereileistungen sowie sonstige Unterstützungs-DL für den Verkehr	Lagerei sowie Erbringung v. sonstigen DL für den Verkehr
53	Post-DL u. private Kurier- u. Express DL	Post-, Kurier- u. Expressdienste
55	Beherbergungs-DL	Beherbergung
56	Gastronomie-DL	Gastronomie
58	DL des Verlagswesens	Verlagswesen
59	DL der Herstellung, des Verleihs u. Vertriebs v. Filmen u. Fernsehprogrammen, v. Kinos u. Tonstudios; Verlagsleistungen bezüglich Musik	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik
60	Rundfunkveranstaltungsleistungen	Rundfunkveranstalter
61	Telekommunikations-DL	Telekommunikation
62	DL der EDV-Programmierung u. -Beratung u. damit verbundene DL	Erbringung v. DL der Informationstechnologie
63	Informations-DL	Informations-DL
64	Finanz-DL, außer Versicherungen u. Pensionen	Erbringung v. Finanz-DL
65	DL v. Versicherungen, Rückversicherungen u. Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)	Versicherungen, Rückversicherungen u. Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)
66	Mit den Finanz- u. Versicherungs-DL verbundene DL	Mit Finanz- u. Versicherungs-DL verbundene Tätigkeiten
68	DL des Grundstücks- u. Wohnungswesens	Grundstücks- u. Wohnungswesen
69	Rechts-, Steuerberatungs- u. Wirtschaftsprüfungsleistungen	Rechts- u. Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
70	DL der Verwaltung u. Führung v. Unternehmen u. Betrieben; Unternehmensberatungsleistungen	Verwaltung u. Führung v. Unternehmen u. Betrieben; Unternehmensberatung
71	DL v. Architektur- u. Ingenieurbüros u. der technischen, physikalischen u. chemischen Untersuchung	Architektur- u. Ingenieurbüros; technische, physikalische u. chemische Untersuchung
72	Forschungs- u. Entwicklungsleistungen	Forschung u. Entwicklung

73	Werbe- u. Marktforschungsleistungen	Werbung u. Marktforschung
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche u. technische DL	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche u. technische Tätigkeiten
75	DL des Veterinärwesens	Veterinärwesen
77	DL der Vermietung v. beweglichen Sachen	Vermietung v. beweglichen Sachen
78	DL der Vermittlung u. Überlassung v. Arbeitskräften u. des Personalmanagements	Vermittlung u. Überlassung v. Arbeitskräften
79	DL v. Reisebüros u. Reiseveranstaltern u. sonstige Reservierungs-DL	Reisebüros, Reiseveranstalter u. Erbringung sonstiger Reservierungs-DL
80	Wach-, Sicherheits- u. Detekteileistungen	Wach- u. Sicherheitsdienste sowie Detekteien
81	DL der Gebäudebetreuung u. des Garten- u. Landschaftsbaus	Gebäudebetreuung; Garten- u. Landschaftsbau
82	Wirtschaftliche DL für Unternehmen u. Privatpersonen a.n.g.	Erbringung v. wirtschaftlichen DL für Unternehmen u. Privatpersonen a. n. g.
84	DL der öffentlichen Verwaltung, der Verteidigung u. der Sozialversicherung	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung
85	Erziehungs- u. Unterrichts-DL	Erziehung u. Unterricht
86	DL des Gesundheitswesens	Gesundheitswesen
87	DL v. Heimen (ohne Erholungs- u. Ferienheime)	Heime (ohne Erholungs- u. Ferienheime)
88	DL des Sozialwesens (ohne Heime) a.n.g.	Sozialwesen (ohne Heime)
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende DL	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten
91	DL v. Bibliotheken, Archiven u. Museen, botanischen u. zoologischen Gärten	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische u. zoologische Gärten
92	DL des Spiel-, Wett- u. Lotteriewesens	Spiel-, Wett- u. Lotteriewesen
93	DL des Sports, der Unterhaltung u. der Erholung	Erbringung v. DL des Sports, der Unterhaltung u. der Erholung
94	DL v. Interessenvertretungen sowie kirchlichen u. sonstigen religiösen Vereinigungen (ohne Sozialwesen u. Sport)	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen u. Sport)
95	Reparaturarbeiten an Datenverarbeitungsgeräten u. Gebrauchsgütern	Reparatur v. Datenverarbeitungsgeräten u. Gebrauchsgütern
96	Sonstige überwiegend persönliche DL	Erbringung v. sonstigen überwiegend persönlichen DL
97	DL privater Haushalte, die Hauspersonal beschäftigen	Private Haushalte mit Hauspersonal
98	Durch private Haushalte für den Eigenbedarf produzierte Waren u. DL ohne ausgeprägten Schwerpunkt	Herstellung v. Waren u. Erbringung v. DL durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
99	DL exterritorialer Organisationen u. Körperschaften	Exterritoriale Organisationen u. Körperschaften

Quelle: Klassifikationsdatenbank Statistik Austria.

Autoren: Thomas Cypionka, Alexander Schnabl, Sarah Lappöhn, Eva Six, Hannes Zenz

Titel: Gesundheitswirtschaft Österreich: Ein Gesundheitssatellitenkonto (GSK) für Österreich für das Jahr 2013

Endbericht

© 2018 Institut für Höhere Studien (IHS),

Josefstädterstraße 39, A-1080 Wien • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
