

# Gesundheitswirtschaft und Wertschöpfungsansatz nach WZ 2008

## Teil II

**Britta Frie, Katharina Muno, Wolf-Dietmar Speich**

### Möglichkeiten zur Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft

Zur Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft bzw. des Gesundheitssektors stehen im Rahmen der amtlichen Statistik verschiedene Datenquellen zur Verfügung. Zudem sind verschiedene Herangehensweisen vorstellbar. Ziel ist es jeweils, die Bruttowertschöpfung und die Zahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft bzw. dem Gesundheitssektor insgesamt sowie für einzelne Teilbereiche zu bestimmen, wobei die Passfähigkeit der Daten zu den amtlichen Gesamtergebnissen gewährleistet sein sollte.

Zum einen bietet es sich an, auf der Basis der vorgeschlagenen wirtschaftsfachlichen Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft bzw. konkret des Gesundheitssektors die Verfügbarkeit von amtlichen Datenquellen zu prüfen und dementsprechend eine zunächst betriebswirtschaftlich geprägte Quantifizierung nach einem Bottom-up-Verfahren vorzunehmen. Allerdings müssten diese Ergebnisse dann noch auf die amtlichen Gesamtergebnisse abgestimmt werden. Zum anderen ist es jedoch auch vorstellbar, ausgehend von den vorliegenden Gesamtergebnissen und unter Nutzung weiterer Informationen aus amtlichen und externen Quellen die Bruttowertschöpfung bzw. die Zahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft im Grunde genommen nach einem Top-down-Ansatz zu ermitteln, wobei hier die oben angeführte Passfähigkeit von Beginn an gegeben wäre. Beide Verfahren sind sowohl mit Vor- als auch mit Nachteilen verbunden. Maßgeblich für die Wahl des Verfahrens ist das Kriterium „Datenverfügbarkeit“

### Datenverfügbarkeit

Als Datenquelle zur Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft bietet sich einerseits das statistische Unternehmensregister an. Es liefert für alle Wirtschaftszweige Informationen zu steuerbaren Umsätzen und/oder sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Unternehmen bzw. Betriebe und Einrichtungen. Gespeist wird das Register größtenteils aus Verwaltungsdaten,

die durch Informationen aus statistischen Erhebungen aktualisiert und ergänzt werden. Ende Oktober 2010 war das Berichtsjahr 2009 der aktuelle Stand der zuletzt im Register verarbeiteten Verwaltungsdaten. Gegenüber den traditionellen Sekundärstatistiken, wie der Umsatzsteuerstatistik bzw. der Beschäftigtenstatistik, stellt das Unternehmensregister ein eigenständiges Auswertungsinstrumentarium dar, bei dem spezielle Regeln und Zyklen der Pflege und Aktualisierung der Registereinheiten gelten. Die branchenbezogene Einordnung von Unternehmen und Betrieben im Unternehmensregister basiert auch auf der aktuellen Wirtschaftszweigklassifikation WZ 2008. Im Register ist die Angabe des Wirtschaftszweigschlüssels auf WZ-4-Steller-Ebene verpflichtend. Die tiefere Gliederung auf WZ-5-Steller-Ebene ist grundsätzlich optional. Daher fehlen hier häufig die Angaben.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass derzeit im Unternehmensregister geringfügig Beschäftigte<sup>1</sup> (400 Euro-Jobs) sowie Selbstständige und Angehörige der freien Berufe, die von der Umsatzsteuer(-voranmeldung) befreit sind und keine sozialversicherungspflichtigen Personen beschäftigen, bisher grundsätzlich nicht mit aufgeführt sind. Diese Situation tritt häufig in Heil-, Pflege- und Serviceberufen auf, so dass in diesem Segment von einer Untererfassung im Unternehmensregister zu sprechen ist.

Zudem liegen für den – im Zusammenhang mit dem Gesundheitssektor – relevanten Wirtschaftsabschnitt O „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung“ zurzeit noch keine Registerauswertungen vor, da die diesem Bereich zuzuordnenden Wirtschaftseinheiten gegenwärtig noch nicht vollständig vom Register abgebildet werden.<sup>2</sup>

Im Bereich des Verarbeitenden Gewerbes kann neben den Daten des Unternehmensregisters auch auf weitere wirtschaftsfachlich und zum Großteil auch regional tief gegliederte Ergebnisse der einzelnen Statistiken zurückgegriffen werden. Zudem kann bei der Zuordnung einzelner Gesundheitsgüter die Produktionsstatistik herangezogen werden. Hinzu kommt, dass für das Verarbeitende Gewerbe neben Unter-

Dipl.-Geografin Britta Frie ist Referentin im Bereich Private Haushalte und Arbeitsmarkt, hier zuständig für die laufenden Wirtschaftsrechnungen sowie die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, bei Information und Technik Nordrhein-Westfalen.

Dipl.-Volkswirtin Katharina Muno ist Referentin im Unternehmensregister/ Gewerbeanzeigen, Hessisches Statistisches Landesamt.

Dr. Wolf-Dietmar Speich ist Leiter des Referats „Wirtschaftsanalysen, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen“ im Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen.

<sup>1</sup> Nach der im Jahr 2011 geplanten Umstellung des Unternehmensregisters werden dann auch diese Angaben im Register verfügbar sein.

<sup>2</sup> Zudem liegen auch für die Wirtschaftsabschnitte „Land- und Forstwirtschaft, Fischerei“ sowie „Private Haushalte mit Hauspersonal“ zurzeit noch keine Registerauswertungen vor, da die diesen Bereichen zuzuordnenden Wirtschaftseinheiten gegenwärtig ebenfalls noch nicht vollständig vom Register abgebildet werden.

nehmensergebnissen zum Teil auch Betriebsergebnisse zur Verfügung stehen. Auch ist es möglich, auf der Basis der Angaben aus den Kostenstrukturerhebungen auf Unternehmensebene Vorleistungsquoten festzulegen, um beispielsweise die Bruttowertschöpfung je Wirtschaftszweig berechnen zu können.

Die Verfügbarkeit fachstatistischer Informationen stellt sich in den Bereichen Handel sowie Dienstleistungen und damit auch für den Kernbereich „Gesundheits- und Sozialwesen“ deutlich ungünstiger dar, als im zuvor angeführten Bereich des Verarbeitenden Gewerbes. Einschränkungen gibt es sowohl im wirtschaftsfachlich tief gegliederten Ergebnisausweis als auch in regionaler Hinsicht. Auf der Länderebene liegen im Prinzip nur Angaben bis zum WZ-4-Steller vor. Ferner sind einige Dienstleistungsbereiche gegenwärtig fachstatistisch noch gar nicht berücksichtigt. Somit gibt es auch Probleme mit der Verfügbarkeit von Informationen, die für die Wertschöpfungsberechnung benötigt werden, beispielsweise zu den Vorleistungen.

Aufgrund der angeführten Probleme bei der Datenverfügbarkeit auf WZ-5-Steller-Ebene wird nachfolgend untersucht, ob der Informationsverlust bei der Zusammenfassung der Wirtschaftszweige des Gesundheitssektors auf WZ-4-Steller-Ebene bedeutend ist oder eher vernachlässigt werden kann.

### **Modifizierte Abgrenzung des Gesundheitssektors nach WZ 2008 auf WZ-4-Steller-Ebene**

Durch die Zusammenfassung einzelner Wirtschaftszweige von der WZ-5-Steller-Ebene (= Unterklassen) auf die höhere Aggregationsstufe (= Klassen) reduziert sich die Zahl der gesundheitsrelevanten Wirtschaftszweige von 36 auf 27. Während die gesundheitsrelevanten Zweige im Bereich des Verarbeitenden Gewerbes sowie das „klassische Gesundheits- und Sozialwesen“ (Ausnahmen: WZ 30.92.0 „Herstellung von Fahrrädern sowie von Behindertenfahrzeugen“ sowie WZ 87.30.0 „Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime“) mit 20 WZ-5-Stellern bzw. jetzt 12 WZ-4-Stellern auch auf dieser höheren Aggregationsstufe noch komplett dem Gesundheitssektor zuzuordnen sind<sup>3</sup>, sind im Handel zwei Wirtschaftszweige und im Dienstleistungsbereich ein Wirtschaftszweig nicht mehr vollständig zuzuordnen.

Aufgrund der Aggregationsstufe erhöht sich die Zahl der anteilig zu schätzenden Wirtschaftszweige von neun auf zwölf. Dabei ist festzuhalten,

dass bereits sieben dieser Wirtschaftszweige auf WZ-4-Steller-Ebene nicht weiter untergliedert sind. Daraus folgt, dass für diese Fälle auf der WZ-5-Steller-Ebene kein zusätzlicher Informationsgewinn vorliegt, der das Schätzverfahren positiv beeinflussen könnte.

Zwei gesundheitsrelevante Dienstleistungsbereiche müssen bereits auf der WZ-5-Steller-Ebene „herausgeschätzt“ werden. Dies sind die „Schulen des Gesundheitswesens“ (WZ 85.42.4), die mit den Berufsakademien und Fachakademien zusammengefasst werden und die „Selbsthilfeorganisationen im Bereich Gesundheitswesen“, die im WZ 94.99.9 „Interessenvertretungen und Vereinigungen a. n. g.“ mit aufgenommen sind. Der Informationsverlust, der durch eine Schätzung auf höherem Aggregationsniveau erfolgt, kann jedoch als gering betrachtet werden.

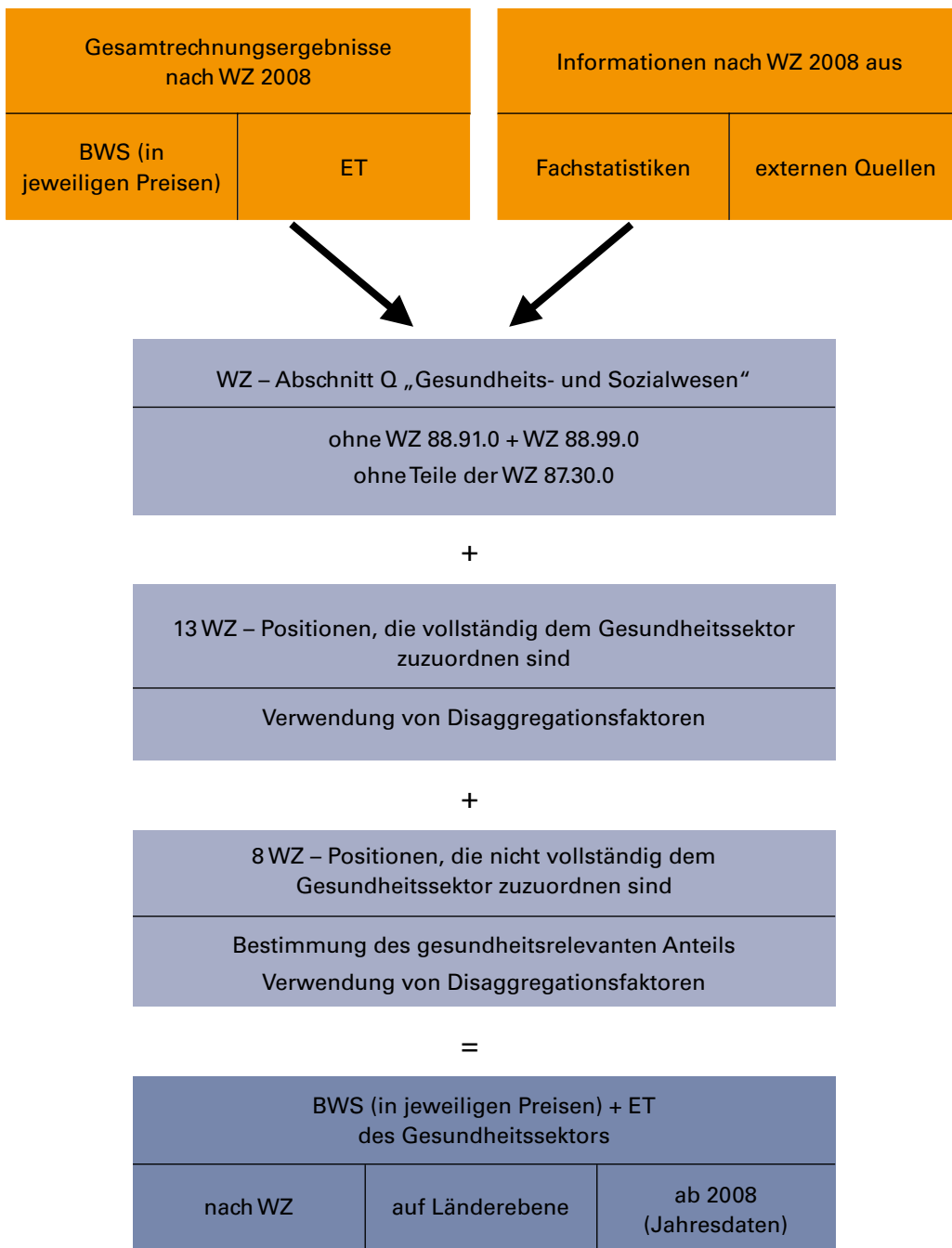
Lediglich drei bedeutende gesundheitsrelevante Branchen, die auf der Ebene der WZ-5-Steller eindeutig abzugrenzen sind, müssen jetzt – auf höherer Aggregationsstufe – „herausgeschätzt“ werden. Aus dem Bereich Handel zählen dazu der WZ 46.18.4 „Handelsvermittlung von pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf, Ärztebedarf, Dentalbedarf, zahnärztlichen Instrumenten, Krankenhaus- und Altenpflegebedarf“, der jetzt im WZ 46.18 „Handelsvermittlung von sonstigen Waren“ aufgeht sowie der WZ 47.78.1 „Augenoptiker“, der in den WZ 47.78 „Sonstiger Einzelhandel in Verkaufsräumen (ohne Antiquitäten und Gebrauchsgüter)“ integriert wird. Der WZ 65.12.1 „Krankenversicherungen, nur private Versicherungen ohne gesetzliche Krankenkassen“ aus dem Bereich Dienstleistungen wird mit anderen Versicherungen im WZ 65.12 „Nichtlebensversicherungen“ zusammengefasst.

Die modifizierte Auswertung auf WZ-4-Steller-Ebene ergibt, dass mit Ausnahme der drei zuletzt genannten Branchen (WZ 46.18.4, WZ 47.78.1 und WZ 65.12.1) der Informationsverlust bezogen auf den Gesundheitssektor minimal sein dürfte. Die genannten drei Wirtschaftszweige lassen sich jedoch mit Hilfe von Zusatzinformationen, z. B. der Verbände, recht gut schätzen. Insgesamt ist damit festzuhalten, dass grundsätzlich auch eine wirtschaftszweigsystematische Abgrenzung des Gesundheitssektors auf WZ-4-Steller-Ebene möglich ist.

Für eine Quantifizierung des Gesundheitssektors nach einem Bottom-up-Ansatz könnte im Prinzip auf diese modifizierte Abgrenzung zurückgegriffen werden. Dies hätte den Vorteil, dass auf Bundesländerebene über das Unter-

<sup>3</sup> Bei den schon auf der WZ-5-Steller-Ebene nicht vollständig der Gesundheitswirtschaft zuzuordnenden Unterklassen WZ 30.92.0 „Herstellung von Fahrrädern sowie von Behindertenfahrzeugen“ und WZ 87.30.0 „Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime“ bleibt der Sachverhalt auf der übergeordneten Ebene unverändert bestehen.

**Ü1** Top-down-Ansatz zur Quantifizierung des Gesundheitssektors



BWS = Bruttowertschöpfung  
 ET = Zahl der Erwerbstätigen (Jahresdurchschnitt)  
 WZ = Wirtschaftszweige

nehmensregister Informationen zu den Umsätzen und den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des Gesundheitssektors bereits weitgehend abgebildet werden könnten. Problematisch ist, wie im Abschnitt „Datenverfügbarkeit“ beschrieben, dass gerade im Kernbereich „Gesundheitswesen“ für die Angehörigen freier Berufe gesetzliche Regelungen zur Steuerfreiheit von Umsätzen existieren (z.B. für Ärzte,

Zahnärzte, Heilpraktiker, Physiotherapeuten oder Hebammen), so dass hier von einer Untererfassung des Umsatzes auszugehen ist. Zudem ist von einer sehr hohen Zahl an geringfügig Beschäftigten auszugehen, die dann nicht mit berücksichtigt wäre<sup>4</sup>.

Um auf Grundlage der Umsatzangaben die Wertschöpfung des Gesundheitssektors auf

4 Vgl. Fußnote 1.

Länderebene berechnen zu können, sind weitere Informationen, insbesondere zu den Vorleistungen und zur Nettostellung der Handelsware, notwendig. Diesbezüglich ist jedoch gegenwärtig die Datenlage in den Bereichen Handel und Dienstleistung als nicht ausreichend bzw. ungenügend zu charakterisieren. Letztlich ließe sich so zunächst auch nur eine betriebswirtschaftlich geprägte Schätzung der Bruttowertschöpfung des Gesundheitssektors durchführen. Ferner bedarf es bezüglich der Daten zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zusätzlicher Angaben, um auf dieser Basis die Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheitssektor schätzen zu können. Auch hier ist die Datenverfügbarkeit nur bedingt gegeben. Aufgrund dieser Probleme bei der Bestimmung von Wertschöpfung und Erwerbstätigenzahl wurde in der Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ nach einer alternativen Möglichkeit zur Quantifizierung des Gesundheitssektors gesucht.

#### **Top-down-Ansatz zur Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft nach dem Wertschöpfungsansatz**

Auf der Basis von Gesamtergebnissen der amtlichen Statistik und unter Nutzung weiterer Informationen aus amtlichen und externen Quellen kann die Bruttowertschöpfung bzw. die Zahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft bzw. konkret im Gesundheitssektor nach einem Top-down-Ansatz ermittelt werden. Das im Folgenden dargestellte Konzept eines Schätzansatzes lehnt sich in seinen Grundzügen an das von Ostwald vorgeschlagene Verfahren an [23]. Es stellt jedoch unter den neuen Rahmenbedingungen – der Abgrenzung des Gesundheitssektors nach der WZ 2008 – und bezüglich des geplanten konkreten Vorgehens sowie der Nutzung einer breiteren Ausgangsdatenbasis eine Weiterentwicklung dar.

Grundlage des Top-down-Ansatzes ist die von der Arbeitsgruppe vorgeschlagene Abgrenzung des Gesundheitssektors nach Unterklassen der WZ 2008. Diese Abgrenzung umfasst 27 WZ-5-Steller, die vollständig als gesundheitsrelevant klassifiziert sind und neun weitere Bereiche, die nur zum Teil dem Gesundheitssektor zuordenbar sind. Ferner wird bei den Überlegungen davon ausgegangen, dass aus den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen bzw. der Erwerbstätigenrechnung nach Abschluss der WZ-Revision<sup>5</sup> Angaben zur Bruttowertschöpfung und zur Zahl der Erwerbstätigen (Jahresdaten) in einer ausreichend tiefen wirtschaftsfachlichen Gliederung verfügbar sind. Konkret

werden auf Bundes- wie auf Länderebene zumindest Angaben für Abschnitte der WZ 2008 benötigt. Des Weiteren müssen für die Schätzung zusätzliche Gesamtrechnungsinformationen sowie die verschiedensten fachstatistischen Angaben bzw. Informationen aus externen Quellen zur Verfügung stehen.

Ausgangspunkt des Schätzverfahrens ist die Übernahme der amtlichen Gesamtergebnisse (Bruttowertschöpfung [in jeweiligen Preisen] bzw. Zahl der Erwerbstätigen) für den Wirtschaftsabschnitt Q „Gesundheits- und Sozialwesen“ (*Übersicht 1*). Gemäß der Abgrenzung des Gesundheitssektors ist hier zunächst eine Bereinigung um die Anteile der zwei dann nicht gesundheitswirtschaftlich relevanten Unterklassen „Tagesbetreuung von Kindern“ (WZ 88.91.0) und „Sonstiges Sozialwesen a.n.g.“ (WZ 88.99.0) sowie um Teile der Position „Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime“ (WZ 87.30.0) notwendig. Hierzu bedarf es entsprechender Informationen. Die Übernahme der amtlichen Gesamtergebnisse hat den Vorteil, dass die Passfähigkeit der späteren Schätzergebnisse zu diesen Daten gegeben ist. Bei den Schätzungen auf der Regionalebene waren bisher stets Anpassungen an die amtlichen Daten notwendig [24].

In einem zweiten Schritt werden Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigenzahl nacheinander für die verbleibenden 13 WZ-Positionen, die vollständig dem Gesundheitssektor zuzurechnen sind, sowie für die übrigen acht WZ-Positionen, die nicht in vollem Umfang gesundheitswirtschaftlich relevant sind, geschätzt. Ausgangspunkt dafür stellen wieder die amtlichen Gesamtergebnisse auf WZ-Abschnittsebene dar. So kann beispielsweise die Bruttowertschöpfung des Verarbeitenden Gewerbes (WZ-Abschnitt C) für die Schätzung des Leistungsbeitrags des Bereichs „Herstellung von pharmazeutischen Produkten“ (WZ 21) herangezogen werden. Die Schätzung selbst soll mittels spezieller, nach Möglichkeit länderspezifischer Disaggregationsfaktoren erfolgen. Zu deren Bestimmung werden Informationen aus verschiedenen fachstatistischen bzw. externen Quellen benötigt. Schwieriger stellt sich die Schätzung von Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigenzahl für die acht WZ-Positionen dar, bei denen zusätzlich noch der gesundheitswirtschaftliche Anteil ermittelt werden muss. Dies wird im Einzelnen geprüft.

Durch Addition der einzelnen Ergebnisse ist eine Quantifizierung des gesamten Gesundheitssektors möglich (*Übersicht 1*). Unter der Voraussetzung, dass die benötigten Disaggre-

<sup>5</sup> Mit einer Veröffentlichung revidierter Gesamtergebnisse nach WZ 2008 ist auf Bundesebene Anfang September 2011 und auf der Länderebene aus heutiger Sicht voraussichtlich im ersten Halbjahr 2012 zu rechnen.

## Ü2 Literatur- und Quellenverzeichnis

- [23] Vgl. Ostwald, D. A.: Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Berlin, 2009, hier S. 10.
- [24] Oettel, A., D. A. Ostwald, A. Ranscht, B. Richter und W.-D. Speich: Ermittlung von Potenzialen der Gesundheitswirtschaft mit Hilfe des Wertschöpfungsansatzes. In: Statistik in Sachsen, 4/2009, S. 32-36.

gationsfaktoren bestimmt werden können, ist die Durchführung erster Berechnungen auf der Ebene „Summe der Länder“ (Bundesebene) nach Vorliegen revidierter Gesamtergebnisse des Statistischen Bundesamtes gemäß WZ 2008 im Herbst 2011 möglich. Die Schätzung könnte dann zumindest für die Berichtsjahre 2008 und 2009 durchgeführt werden. Entsprechende Schätzungen für einzelne Länder wären frühestens in der zweiten Jahreshälfte 2012 realisierbar. Aufgrund der starken Unterschiede in den WZ-Zuordnungen zwischen der WZ 2008 und der WZ 2003 werden rückwirkende Schätzungen für die Berichtsjahre vor der WZ-Umstellung nicht durchgeführt, da aus methodischen Gründen zunächst aus WZ 2003 geschätzt werden müsste. Im Anschluss würde dann die Umrechnung nach WZ 2008 erfolgen.

Die Schätzungen nach dem Top-down-Ansatz könnten somit jährlich nach Vorliegen der benötigten amtlichen Gesamtergebnisse sowie der Zusatzinformationen durchgeführt werden, zumindest für die jeweils originär berechneten Berichtsjahre. Perspektivisch würde es sich anbieten, für die Schätzungen am aktuellen Rand ein Fortschreibungsverfahren zu entwickeln. Ferner könnte der Schätzansatz sukzessive verfeinert und auf weitere WZ-Positionen ausgedehnt werden, so dass langfristig die Quantifizierung des gesamten Bereichs der Gesundheitswirtschaft möglich wäre.

**Fazit**

Mit der hier vorgestellten Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft bzw. des Gesundheitssektors sind neben dem „klassischen“ Gesundheitswesen die bedeutendsten gesundheitsrelevanten Wirtschaftszweige erstmalig auf Basis der Klassifikation der Wirtschaftszweige,

Ausgabe 2008 auf der WZ-4-Steller- und der WZ-5-Steller-Ebene zusammengestellt worden. Die Abgrenzung ist kohärent zu den nationalen und internationalen Gesamterrechnungssystemen und, so weit es geht, vergleichbar mit der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes. Mit dieser klassifikatorischen Arbeit wurde die Voraussetzung für eine Quantifizierung der Gesundheitswirtschaft bzw. des Gesundheitssektors nach der WZ 2008 geschaffen. Zur Bestimmung von Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigenzahl der Gesundheitswirtschaft auf Bundes- und Länderebene bieten sich zwei Ansätze an. Die Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamterrechnungen der Länder“ favorisiert vorerst die Möglichkeit zur Quantifizierung des Gesundheitssektors mittels des Top-down-Ansatzes. Zum einen ist damit von Beginn an die Passfähigkeit zu den amtlichen Gesamterrechnungsergebnissen gewährleistet und zum anderen stellt sich die Datenlage hier insgesamt günstiger dar. Perspektivisch wird es möglich sein, weitere gesundheitsrelevante Wirtschaftszweige, die nicht vollständig der Gesundheitswirtschaft zuzuordnen sind, in die Betrachtungen mit einzubeziehen.

Die Tabellen zur Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft nach WZ 2003 und zur Abgrenzung des Gesundheitssektors nach WZ 2008 können unter [www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag11\\_05\\_08\\_Tabellenanhang.pdf](http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag11_05_08_Tabellenanhang.pdf) abgerufen werden.

Die Erstveröffentlichung dieses Aufsatzes erfolgte im Internet und kann unter [www.ggrdl.de/Vorlage-UGR/Frie\\_Muno\\_Speich.pdf](http://www.ggrdl.de/Vorlage-UGR/Frie_Muno_Speich.pdf) abgerufen werden.

Teil I des Beitrags ist bereits im Statistischen Monatsheft Baden-Württemberg 5/2011 erschienen. ■