



**TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN**



**Gutachten des Gesundheitsökonomischen Zentrums der
TU Dresden für das
Sächsische Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und
Verkehr**

Erste Bestandsaufnahme der Gesundheitswirtschaft in Sachsen

– Endbericht –

27. November 2009

Prof. Dr. Alexander Karmann

Dr. Andreas Werblow

Kati Schulze

Daniel Lukas

Inhaltsverzeichnis

1	Inhalt und Ziel	7
2	Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsmärkte.....	8
2.1	Das Zwiebel- bzw. Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft.....	9
2.2	Theoretische Betrachtung der Subjektiven Gesundheit und Präferenzen in der Gesundheitswirtschaft.....	12
3	Methodik	15
3.1	Gesundheitswirtschaft nach Wirtschaftszweigen: Darstellung und Beschreibung der Teilmärkte.....	15
3.1.1	Verarbeitendes Gewerbe (WZ D).....	17
3.1.2	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern (WZ G)	18
3.1.3	Kredit- und Versicherungsgewerbe (WZ J)	19
3.1.4	Grundstücks- und Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen, anderweitig nicht genannt (WZ K).....	19
3.1.5	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung (WZ L)...	20
3.1.6	Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (WZ N)	20
3.1.7	Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen (WZ O).....	21
3.2	Wertschöpfungsansatz	22
4	Bestehende Studien zur derzeitigen und zukünftigen Situation der Gesundheitswirtschaft in Deutschland und Sachsen	25
4.1	Gesundheitswirtschaft in Deutschland – Deutschland Report 2030 der Prognos AG	25
4.2	Gesundheitswirtschaft in Sachsen.....	27
4.2.1	Zukunftsfelder Sachsens mit Bezug auf die Gesundheitswirtschaft Sachsens	28
4.2.2	Regionale Verteilung der Gesundheitswirtschaft Sachsens: Gutachten der Prognos AG.....	30

4.2.3	Empirische Darstellung der Gesundheitswirtschaft Sachsens: Statistisches Landesamt Sachsen	31
5	Empirische Erfassung der Gesundheitswirtschaft in Sachsen unter besonderer Berücksichtigung des Zweiten Gesundheitsmarktes.....	33
5.1	Die Sächsische Gesundheitswirtschaft in Zahlen	33
5.1.1	Datengrundlage im Vergleich zur Studie des Statistischen Landesamtes Sachsen.....	34
5.1.2	Erwerbstätige und Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	36
5.1.3	Bruttowertschöpfung	39
5.2	Der Zweite Gesundheitsmarkt Sachsens in Zahlen	42
5.2.1	Abgrenzung und Zuordnung der Wirtschaftszweige zum Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt	42
5.2.2	Erwerbstätige	48
5.2.3	Bruttowertschöpfung	50
6	Kritische Zusammenfassung und Ausblick	53
	Literatur	56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft	10
Abbildung 2: Bruttowertschöpfung GWS (Schätzung StaLa Sachsen).....	32
Abbildung 3: Erwerbstätige GWS (Schätzung StaLa Sachsen).....	32
Abbildung 4: Indizes der Erwerbstätigen	36
Abbildung 5: Indizes der Bruttowertschöpfung (Methode II und Sachsen gesamt)	40
Abbildung 6: Indizes der Erwerbstätigen des Zweiten Gesundheitsmarktes in Sachsen	48
Abbildung 7: Indizes der Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft Sachsen.....	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verwendete WZ-Kategorien nach Klassifikation von 2003 des Statistischen Bundesamtes; mit Gewichtungsfaktoren (GF)	16
Tabelle 2: Gesundheitswirtschaft in Deutschland - BWS und ET in der Vergangenheit und Zukunft	26
Tabelle 3: Bruttowertschöpfung und Erwerbstätige in Sachsen (Schätzung StaLa Sachsen).....	31
Tabelle 4: Verwendete WZ-Kategorien seitens des Statistischen Landesamtes Sachsen im Vergleich mit den von uns einbezogenen WZ	34
Tabelle 5: Erwerbstätige der Gesundheitswirtschaft insgesamt	36
Tabelle 6: Wachstumsraten sv-Beschäftigte und Erwerbstätige der GWS.....	37
Tabelle 7: Wachstumsraten der Erwerbstätigen in einzelnen Wirtschaftszweigen der GWS.....	38
Tabelle 8: Wachstumsraten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den einzelnen Wirtschaftszweigen der GWS.....	38
Tabelle 9: Bruttowertschöpfung in jeweiligen Preisen in 1000 Euro	39
Tabelle 10: Wachstumsraten der Bruttowertschöpfung in jeweiligen Preisen nach Wirtschaftszweigen (Methode II)	41

Tabelle 11: Bereiche Schichtenmodell zu WZ-Nummern und deren anteilige Zuordnung zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt.....	47
Tabelle 12: Erwerbstätige im Zweiten Gesundheitsmarkt in Sachsen.....	48
Tabelle 13: Wachstumsraten der ET im Zweiten Gesundheitsmarkt insgesamt in Sachsen	49
Tabelle 14: Wachstumsraten der ET im Zweiten Gesundheitsmarkt - Randbereich.....	50
Tabelle 15: Bruttowertschöpfung im Zweiten Gesundheitsmarkt in Sachsen.....	51
Tabelle 16: Wachstumsraten der BWS im Zweiten Gesundheitsmarkt 2002 – 2006 insgesamt (nominal)	52
Tabelle 17: Wachstumsraten der BWS (nominal) im Zweiten Gesundheitsmarkt, Randbereich	52

Abkürzungsverzeichnis

BWS	Bruttowertschöpfung
EH	Einzelhandel
ET	Erwerbstätige
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GH	Großhandel
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPR	Gesundheitspersonalrechnung
GWS	Gesundheitswirtschaft Sachsen
H. v.	Herstellung von
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
PKV	Private Krankenversicherung
StaLa	Statistisches Landesamt Sachsen
StU	Steuerbarer Umsatz
svB	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
WSA	Wertschöpfungsansatz
WZ	Wirtschaftszweig

1 INHALT UND ZIEL

Die Gesundheitswirtschaft wird seit einiger Zeit als die Innovations- und Wachstumsbranche der Zukunft bezeichnet. Während der Leistungskatalog erstattungsfähiger Leistungen auf dem Ersten Gesundheitsmarkt zunehmend eingeschränkt wird, gewinnt die private Finanzierung von Gesundheitsangeboten zunehmend an Bedeutung. Speziell dieser Zweite Gesundheitsmarkt gilt im Rahmen der Gesundheitswirtschaft als die Wachstumsbranche in Deutschland. Inwiefern dies auch auf Sachsen zutrifft und welchen Nutzen die sächsische Wirtschaft daraus ziehen kann, ist Inhalt der vorliegenden Studie.

Die Analyse der Gesundheitswirtschaft beruht auf dem so genannten Wertschöpfungsansatz (WSA). Dieser betrachtet die Bruttowertschöpfung (BWS) sowie die Erwerbstätigenanzahl (ET) als Maßstab für die Leistungs- und Wachstumsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft. Hinzugezogen werden bei der Beurteilung der sächsischen Gesundheitswirtschaft außerdem bestehende Studien auf Bundes- sowie Länderebene. Analog zu diesen, allerdings mit einem erweiterten Verständnis von Gesundheitswirtschaft sowie unter der besonderen Berücksichtigung des Zweiten Gesundheitsmarktes, werden statistische Auswertungen für Sachsen vorgenommen.

2 GESUNDHEITSWIRTSCHAFT UND GESUNDHEITSMÄRKTE

Der Begriff Gesundheitswesen unterlag in den letzten Jahren einem starken Wandel. Aufgrund des steigenden Gesundheitsbewusstseins, des demografischen Wandels und vor allem des medizinisch-technischen Fortschritts fand ein Umdenken statt. Der Begriff Gesundheitswirtschaft erweitert das Verständnis von Gesundheitswesen und umfasst sowohl den Ersten als auch den Zweiten Gesundheitsmarkt. (vgl. Goldschmidt und Hilbert, 2009, S. 12)

Der Erste Gesundheitsmarkt enthält die Gesundheitsversorgung, welche größtenteils durch erstattungsfähige Leistungen der GKV sowie der PKV abgedeckt wird. Der Zweite Gesundheitsmarkt betrachtet darüber hinaus weitere rein privat finanzierte Güter und Dienstleistungen. Bisher lag der Schwerpunkt der Erfassung des Gesundheitssektors auf dem Ersten Gesundheitsmarkt. In einer Studie von Roland Berger wird allerdings das große Potential des Zweiten Gesundheitsmarktes hervorgehoben, welches 2008 für Deutschland schätzungsweise 64 Milliarden Euro betrug (vgl. Kartte und Neumann, 2008, S. 3f.). Im Folgenden soll eine spezifische Analyse dieses Potentials für das Bundesland Sachsen erfolgen.

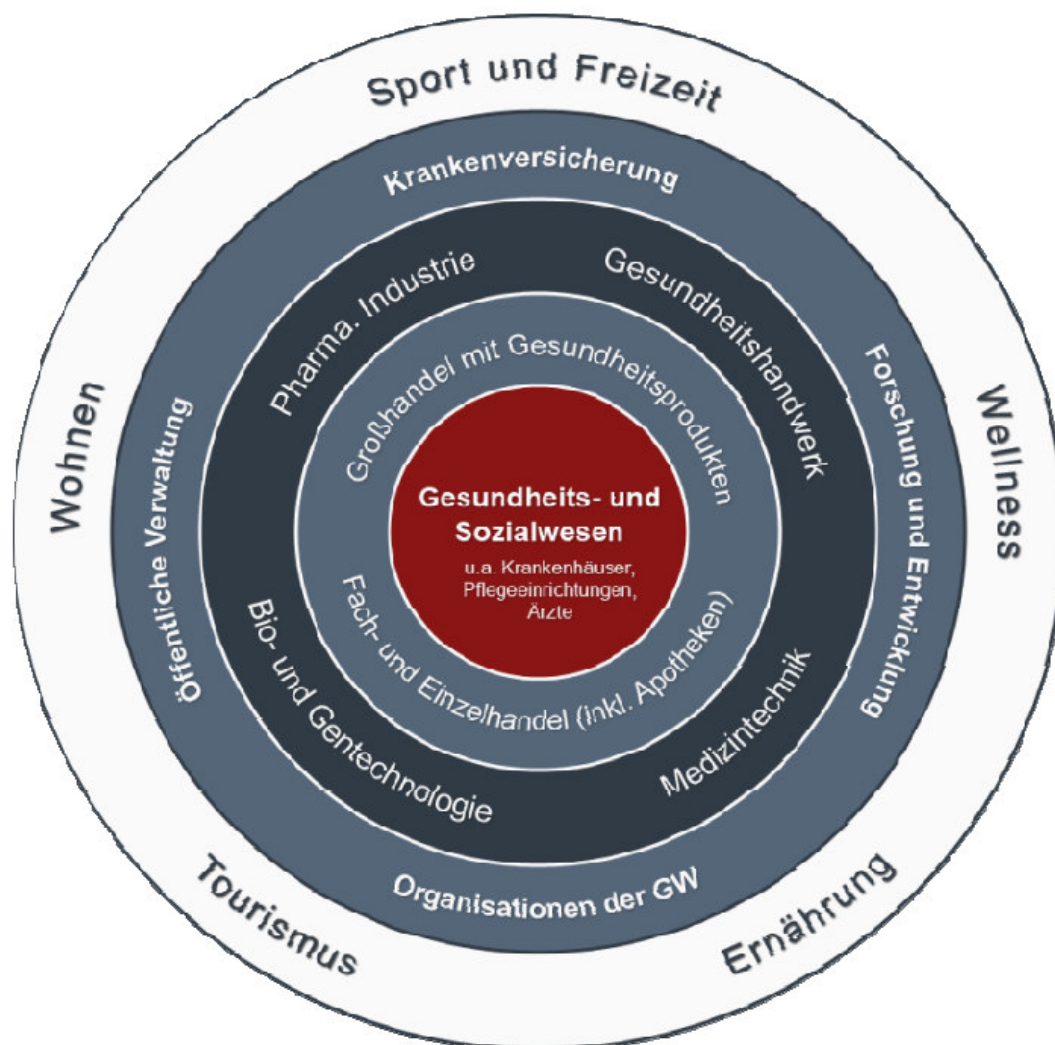
Im Rahmen des Umdenkens hin zur Gesundheitswirtschaft ergab sich auch die Notwendigkeit einer aktualisierten statistischen Erfassung des gesamten Gesundheitssektors. In der Vergangenheit fand im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) lediglich eine Erfassung der Ausgaben (Gesundheitsausgabenrechnung) sowie der Beschäftigten (Gesundheitspersonalrechnung) statt. Diese Darstellungsweise ist nicht mehr ausreichend, da der Zweite Gesundheitsmarkt keine Berücksichtigung findet. Im Vordergrund steht zukünftig weniger der Kostenaspekt dieser Branche als vielmehr ihr wertschöpfender Aspekt für die Volkswirtschaft in Form eines hohen Wachstumspotentials hinsichtlich Arbeitsplätzen und Wirtschaftskraft (vgl. Goldschmidt und Hilbert, 2009, S. 11).

Eine Berücksichtigung dieser Aspekte findet in dem in Kapitel 3.2 beschriebenen Wertschöpfungsansatz statt. Zuvor erfolgt die Darstellung eines Modells, welches die Gesundheitswirtschaft in ihre verschiedenen Teilbereiche gliedert.

2.1 DAS ZWIEBEL- BZW. SCHICHTENMODELL DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Die Bereiche der Gesundheitswirtschaft wurden in vereinfachter Form vom Institut für Arbeit und Technik (IAT) im „IAT-Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft“ von 2002 dargestellt (vgl. Goldschmidt und Hilbert, 2009, S. 25). Dieses Modell erfuhr inzwischen eine Erweiterung zu einem Schichtenmodell (vgl. Ranscht u.a, 2009, S. 4ff.), welches sich verstärkt auf die Wirtschaftszweigeinteilung des Statistischen Bundesamtes richtet und eine bessere Möglichkeit zur Unterscheidung des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes bietet. Aus diesem Grund wird nachfolgend auf das in der Abbildung 1 dargestellte Schichtenmodell zurückgegriffen.

Abbildung 1: Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft



Quelle: Ranscht u.a. (2009)

Den Kern bildet zum einen das „klassische“ Gesundheitswesen der Primärversorgung mit ambulanter und stationärer Versorgung in Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Ebenfalls Bestandteil des Kerns ist das Sozialwesen in Form von stationären, teilstationären sowie ambulanten Pflegeeinrichtungen. Der Kernbereich weist einen ausgeprägten Dienstleistungscharakter auf und ist somit ein Garant für Beschäftigung (vgl. Goldschmidt und Hilbert, 2009, S. 25ff.).

Der Kernbereich wird von einer ersten Schicht umschlossen. Diese erste Schicht deckt den Fach-, Einzel- und Großhandel von medizinischen, pharmazeutischen und orthopädischen Erzeugnissen sowie die Apotheken ab.

Die zweite Schicht bildet das Verarbeitende Gewerbe in Form der pharmazeutischen Industrie, der Medizintechnik und der Bio- sowie Gentechnologie. Diese Vorleistungs- und Zulieferindustrie der Gesundheitswirtschaft ist durch einen hohen Kapitalaufwand geprägt und sehr technologieintensiv. Ebenfalls Bestandteil der zweiten Schicht ist das Gesundheitshandwerk.

Die dritte Schicht umfasst weitere Einrichtungen, zu denen neben der GKV und PKV auch die Pflegeversicherungen und Teile der Unfall- und Rentenversicherung gezählt werden. Ebenfalls Bestandteil ist die öffentliche Verwaltung sowie Organisationen im Gesundheitssektor und die Forschung und Entwicklung im Bereich der Medizin. Der beschriebene Kernbereich sowie die drei Schichten werden auch als die *Gesundheitswirtschaft im engeren Sinne* bezeichnet.

Die letzte Schicht gleicht der des Zwiebelmodells und trägt die Bezeichnung des gesundheitsrelevanten Randbereiches. Dazu zählen gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen wie Wellness, Gesundheitstourismus, gesunde Ernährung, Sport- und Freizeitangebote sowie Service-/Betreutes Wohnen (vgl. Goldschmidt und Hilbert, 2009, S. 24f.). Der Randbereich bündelt vollständig Güter und Dienstleistungen des Zweiten Gesundheitsmarktes. Die anderen Schichten sind zu verschiedenen Anteilen dem Ersten oder Zweiten Gesundheitsmarkt zuordenbar und stellen insbesondere Inputs zur Produktion der entsprechend nachgefragten Güter und Dienstleistungen dar. Eine Abgrenzung zwischen Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt allein anhand des Schichtenmodells ist somit nicht möglich.

Dies betrifft beispielsweise die Apotheken: neben den rezeptpflichtig verkauften Arzneimitteln werden auch zahlreiche freie Medikamente oder Gesundheitsprodukte (Homöopathie, Badezusätze) angeboten, welche von den Konsumenten privat finanziert und nicht über das System der Krankenversicherer abgerechnet werden. Demzufolge müsste dieser Teil zum Zweiten Gesundheitsmarkt zugeordnet werden. Aufgrund des mehrheitlichen Anteils der verkauften Produkte auf dem Ersten Gesundheitsmarkt, werden die Apotheken komplett selbigem zugeschrieben. Der Zweite Gesundheitsmarkt wird daher nicht weiter betrachtet. Dieser Aspekt wird im Rahmen der Arbeit ebenfalls berücksichtigt und es erfolgt eine möglichst präzise anteilmäßige Zuordnung zum Ersten bzw. Zweitem Gesundheitsmarkt.

Zentraler Treiber für die wachsende Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarktes und den Wandel hin zur Gesundheitswirtschaft ist insbesondere das Nachfrageverhalten. Die Individuen werden nicht bloß als Patienten, sondern darüber hinaus als agierende Konsumenten definiert. Diesem Aspekt widmet sich kurz das Folgekapitel.

2.2 THEORETISCHE BETRACHTUNG DER SUBJEKTIVEN GESUNDHEIT UND PRÄFERENZEN IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Fragen Individuen Gesundheitsgüter nach, liegt dem das Bedürfnis der Verbesserung oder des Erhalts des individuellen Gesundheitszustandes zu Grunde. Gesundheit stellt dabei der Theorie nach ebenso ein Gut dar, welches – einer groben Unterscheidung nach – den Charakter eines Konsum- oder Investitionsgutes annehmen kann. Während bei ersterem das Individuum aus der Gesundheit an sich einen Nutzen zieht, dient bei letzterem die Gesundheit bspw. als Input zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Produktivität und zur Erzielung von Einkommen (vgl. Breyer u.a., 2005, S. 79ff.).

Die Nachfrage nach Primärleistungen auf dem Ersten Gesundheitsmarkt dient dem Erreichen eines bestimmten Gesundheitsniveaus, welches durch ambulante oder stationäre Versorgung sichergestellt werden soll.

In der Regel betrifft dies Krankheitsbilder, welche die Leistungsfähigkeit des Individuums einschränken und unbehandelt zu einem steten Abfall seiner Arbeitsfähigkeit führen. Aus diesem Grund ist das Individuum gezwungen, medizinische Leistungen zu konsumieren, um die Gesundheit als Input zur Generierung von Einkommen verwenden zu können. Natürlich ist das Wohlbefinden an sich, in Form des reinen Konsums von Gesundheit, ebenso an die Nachfrage im Ersten Gesundheitsmarkt gekoppelt. Doch kann hier mehrheitlich von einer Identität beider Motive der Nachfrage ausgegangen werden.

Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland zeichnet sich durch eine breit aufgestellte Versorgung mit Leistungen aus dem Ersten Gesundheitsmarkt aus, wobei diese überwiegend durch Organe der Sozialversicherung finanziert werden. Die Mehrzahl der Bundesbürger ist sozialversicherungspflichtig. Durch den Charakter einer Pflichtversicherung und einer allgemein umfassenden Abdeckung an medizinischen Leistungen des Ersten Gesundheitsmarktes ist die Nachfrage in allererster Linie nicht kostendeterminiert. Die Mentalität einer Vollversicherung führt vielmehr zur Ausweitung des Konsums über ein effizientes Niveau hinaus (vgl. Werblow 2002, S. 430). Die generierte Nachfrage betrifft den Konsum von ärztlichen, pflegerischen und besonderen personellen Leistungen, medizinischem Gerät, Heil- und Hilfsmitteln sowie Medikamenten.

Der Konsum im Zweiten Gesundheitsmarkt richtet sich in der Regel nicht auf die Kuration der oben angesprochenen Krankheitsbilder, sondern auf die Stärkung des individuellen Wohlbefindens. In diesem Rahmen wollen wir von subjektiver Gesundheit sprechen, welches im Unterschied zur herkömmlichen Definitionen aus der Psychologie nicht das subjektive Empfinden bzgl. der individuellen Einschätzung der Gesundheit meint, sondern jedwedes Wohlbefinden, welches nicht unmittelbar durch schulmedizinische Leistungen gesteigert werden kann. Daher ist hier vordergründig der Konsumgutcharakter der Gesundheit als Nachfragemotiv von Bedeutung. Auch hier kann das Investitionsgut Gesundheit wiederum eine Rolle spielen, wenn das individuelle Wohlbefinden zur bewussten Leistungssteigerung dient. Daher kann im weitesten Sinne jede Nachfrage im Zweiten Gesundheitsmarkt auch als Steigerung des Investitionsgutes Gesundheit betrachtet werden. Wir wollen die Nachfrage nach Gesundheitsgütern des Zweiten Marktes daher wie folgt definieren:

Im engeren Sinne dient die hier entstehende Nachfrage einer Steigerung der individuellen Gesundheit, um daraus einen direkten Nutzen zu ziehen. Hierzu gehören insbesondere Leistungen, die das subjektive Wohlbefinden erhöhen und in ihrer unmittelbaren Anwendung eine Nutzenerhöhung bewirken. Im weiteren Sinne bewirkt der Konsum mittelbar eine Steigerung der Leistungsfähigkeit und stellt damit auch eine Investition dar, allerdings nicht zwingend durch den Nachfrager intendiert.

Die zwei wesentlichen Eigenschaften des Zweiten Sektors sind einerseits die Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen durch private Anbieter und andererseits die mehrheitlich private Finanzierung des Konsums außerhalb eines Versicherungsschutzes. Anders als beim Ersten Gesundheitsmarkt ergeben sich hierdurch Marktstrukturen, die mit Branchen außerhalb des Gesundheitswesens vergleichbar sind.

3 METHODIK

Das folgende Kapitel beinhaltet eine ausführliche Erklärung der verwendeten Methodik. Begonnen wird mit der Beschreibung der Einteilung der Gesundheitswirtschaft nach Wirtschaftszweigen (WZ) entsprechend der Klassifikation von 2003 des Statistischen Bundesamtes (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, 2003). Darin kommt das von uns vergleichsweise weit gefasste Verständnis der Gesundheitswirtschaft zum Ausdruck. Die Gründe für diese weite Auffassung werden ebenfalls dargestellt. Dem schließt sich die Beschreibung des Wertschöpfungsansatzes (WSA) sowie unsere Vorgehensweise bei der Berechnung an.

3.1 GESUNDHEITSWIRTSCHAFT NACH WIRTSCHAFTSZWEIGEN: DARSTELLUNG UND BESCHREIBUNG DER TEILMÄRKTE

Damit die deutsche Wirtschaft möglichst getreu der Realität in Zahlen abgebildet werden kann, bedarf es der Einteilung in verschiedene Wirtschaftszweige. Diese Abgrenzung ist bis auf 5 Ebenen möglich. Zur Veranschaulichung dient ein kurzes Beispiel: Auf 1-Steller-Ebene befinden wir uns im *Abschnitt* N „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“. Die folgende *Abteilung* auf 2-Steller-Ebene mit der Nummer 85 trägt in diesem Fall die gleiche Bezeichnung. Auf 3-Steller-Ebene schließt sich die *Gruppe* Gesundheitswesen, Nummer 85.1, an. Eine der folgenden *Klassen* auf 4-Steller-Ebene ist die der Krankenhäuser mit der WZ-Nummer 85.11. Diese wiederum beinhaltet unter anderem die *Unterklasse* Hochschulkliniken, d.h. den 5-Steller 85.11.2. Jeder Abschnitt kann mehrere Abteilungen, jede Abteilung mehrere Gruppen, jede Gruppe mehrere Klassen und jede Klassen mehrere Unterklassen beinhalten. Bei umfangreichen Abschnitten wie dem Verarbeitenden Gewerbe besteht zusätzlich die Unterteilung in *Unterabschnitte*. Entsprechend den Abschnitten erfolgt nun die Darstellung der genutzten Wirtschaftszweige.

Die von uns einbezogenen WZ-Nummern können der Tabelle 1 entnommen werden. In den folgenden Unterkapiteln schließt sich eine kurze Beschreibung des WZ und eine Erläuterung der Gewichtung der dritten Spalte an. Die Gewichtung ist notwendig, falls lediglich ein Teil des WZ Einzug in die Berechnung findet. Die Abschätzung dieser Gewichtungsfaktoren geschieht entweder aufgrund von offiziellen Angaben, wird aufgrund von Berichten und Veröffentlichungen approximiert oder mithilfe von Experten geschätzt. Sollte anteilmäßig von einer höheren Ebene ein Wert für die 4- oder 5-Steller-Ebene approximiert worden sein, so ist der prozentuale Anteil an der höheren WZ-Nummer in der letzten Spalte dargestellt.

Tabelle 1: Verwendete WZ-Kategorien nach Klassifikation von 2003 des Statistischen Bundesamtes; mit Gewichtungsfaktoren (GF)

WZ	Bezeichnung der verwendeten WZ-Kategorien nach der Klassifikation von 2003 des Statistischen Bundesamtes	GF des WZ	Anteil am höheren WZ
15.88	Herstellung von homogenisierten und diätetischen Nahrungsmitteln	1	
24.1	Herstellung von chemischen Grundstoffen	1	
24.4	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	1	
24.52	Herstellung von Duftstoffen und Körperpflegemitteln	0,5	
33.1	Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Erzeugnissen	1	
33.40	Herstellung von optischen und fotografischen Geräten		0,19
33.40.1	Herstellung von augenoptischen Erzeugnissen	1	
35.42	Herstellung von Fahrrädern	1	
35.43	Herstellung von Behindertenfahrzeugen	1	
36.4	Herstellung von Sportgeräten	1	
51.31	Großhandel mit Obst, Gemüse und Kartoffeln	0,1	
51.45	Großhandel mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln	0,5	
51.46	Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen	1	
52.21	Einzelhandel mit Obst, Gemüse und Kartoffeln	0,1	
52.27	Sonstiger Facheinzelhandel mit Nahrungsmitteln		0,25
52.27.1	Einzelhandel mit Reformwaren	1	
52.31	Apotheken	1	
52.32	Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln	1	
52.33	Einzelhandel mit Parfümeriewaren und Körperpflegemitteln		0,28
52.33.1	Einzelhandel mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln (ohne Drogerieartikel)	0,5	
52.49	Facheinzelhandel, anderweitig nicht genannt (in Verkaufsräumen)		0,25
52.49.3	Augenoptiker	1	
52.49.7	Einzelhandel mit Fahrrädern, Fahrradteilen und -zubehör	1	
52.49.8	Einzelhandel mit Sport- und Campingartikeln (ohne Campingmöbel)	1	
66.03	Sonstiges Versicherungsgewerbe		0,025
66.03.1	Krankenversicherungen	1	
73.1	Forschung und Entwicklung im Bereich Natur-, Ingenieur-, Agrarwissenschaften und Medizin		0,2

73.10.4	Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin	1	
75.12	Öffentliche Verwaltung auf den Gebieten Gesundheitswesen, Bildung, Kultur und Sozialwesen		
75.12.3	Öffentliche Verwaltung auf dem Gebiet Sozialwesen		
75.12.4	Öffentliche Verwaltung auf dem Gebiet Gesundheitswesen		
L	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung		0,2
75.30	Sozialversicherung und Arbeitsförderung		
75.30.1	Gesetzliche Rentenversicherung (ohne knappschaftliche Rentenversicherung und Altershilfe für Landwirte)	1	
75.30.2	Knappschaftliche Rentenversicherung	1	
75.30.5	Gesetzliche Krankenversicherung (ohne knappschaftliche Krankenversicherung)	1	
75.30.6	Knappschaftliche Krankenversicherung	1	
75.30.7	Gesetzliche Unfallversicherung	1	
85.1	Gesundheitswesen	1	
85.31	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)		0,95
85.31.3	Altenwohnheime	1	
85.31.4	Altenheime	1	
85.31.5	Altenpflegeheime	1	
85.31.6	Heime für werdende Mütter sowie Mütter und Väter mit Kind	1	
85.31.7	Einrichtungen zur Eingliederung und Pflege Behinderter	1	
85.31.8	Wohnheime für Behinderte	1	
85.31.9	Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	1	
85.32	Sozialwesen, anderweitig nicht genannt		0,9
85.32.4	Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen	1	
85.32.5	Sonstige soziale Beratungsstellen	1	
85.32.6	Ambulante soziale Dienste	1	
85.32.7	Organisationen der freien Wohlfahrtspflege und Jugendhilfe	1	
91.33	Interessenvertretungen und Vereinigungen, a. n. g.		0,09
91.33.2	Organisationen des Gesundheitswesens	1	
92.6	Sport	1	
93.02	Frisör- und Kosmetiksalons	0,5	
93.04	Sauna, Solarien, Fitnesszentren und Ähnliches	1	

3.1.1 VERARBEITENDES GEWERBE (WZ D)

Im Verarbeitenden Gewerbe wird die Klasse 15.88 „Herstellung von homogenisierten und diätetischen Nahrungsmitteln“ mitgezählt, da diese Lebensmittel für eine besondere Ernährung geeignet sind (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, 2003, S. 181).

Die Gruppe 24.1 umfasst die „Herstellung chemischer Grundstoffe“, welche für die Anwendung in der Gesundheitswirtschaft, bspw. bei der pharmazeutischen Industrie, Voraussetzung sind.

Ebenfalls vollständig berücksichtigt wird die „Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen“ (Gruppe 24.4).

Die Klasse 24.52 „Herstellung von Duftstoffen und Körperpflegemitteln“ beinhaltet bspw. Zahn- und Mundpflegemittel sowie Sonnenschutzmittel. Somit stellt sie für uns eine relevante Klasse dar und fließt zu 50 % in die Berechnung ein.

Komplett berücksichtigt wird die Gruppe 33.1 „Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Erzeugnissen“.

Hingegen erfolgt bei der Gruppe 33.4 bzw. der identischen Klasse 33.40 „Herstellung von optischen und fotografischen Geräten“ lediglich der Einbezug der Unterklasse 33.40.1 „Herstellung von augenoptischen Erzeugnissen“. Da keine Unterteilung in Unterklassen auf Sachsebene zu erhalten war, nutzten wir die prozentualen Anteile von 33.40.1 an 33.4 auf Bundesebene für die Bestimmung des Gewichtungsfaktors. Dieser wird für jedes Jahr gesondert berechnet und betrug im Jahr 2006 19 %.

Als Bestandteil der Gesundheitswirtschaft verstehen wir auch die sportliche Komponente, da Sport prinzipiell der Gesunderhaltung dient. Somit fließt die Klasse 35.42 „Herstellung von Fahrrädern“ in die Berechnung ein.

Die Klasse 35.43 „Herstellung von Behindertenfahrzeugen“ wird ebenfalls einbezogen.

Den Abschluss im Verarbeitenden Gewerbe bildet die Gruppe 36.4 „Herstellung von Sportgeräten“ und wird von uns aufgrund des Sportbezuges ebenfalls vollständig berücksichtigt.

3.1.2 HANDEL; INSTANDHALTUNG UND REPARATUR VON KRAFTFAHRZEUGEN UND GEBRAUCHSGÜTERN (WZ G)

Unter dem Aspekt der Gesundheit fällt auch die gesunde Ernährung. Der „Großhandel mit Obst, Gemüse und Kartoffeln“ – Klasse 51.31 – fließt bei uns ebenso wie der dazugehörige „Einzelhandel mit Obst, Gemüse und Kartoffeln“ (52.21) mit jeweils 10 % ein. Dies liegt darin begründet, dass ernährungsbewusste Menschen verstärkt Bioprodukte kaufen und diese einen Anteil von ca. 10 % an der Obst- und Gemüseversorgung in Deutschland ausmachen.

Analog zum Verarbeitenden Gewerbe bei der Herstellung findet die Klasse 51.45 „Großhandel mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln“ zu 50 % Einzug in die Berechnung, ebenso wie der „Einzelhandel mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln (ohne Drogerieartikel)“ (52.33.1; anteilmäßig von Bundesebene der Klasse 52.33 approximiert – ca. 28 %).

Die Unterklasse 52.27.1 „Einzelhandel mit Reformwaren“ konnte mit einem ungefähren Anteil von 25 % von der Klasse „Sonstiger Facheinzelhandel mit Nahrungsmitteln“ (52.27) bestimmt werden und findet vollständige Berücksichtigung.

Die „Apotheken“ der Klasse 52.31 sowie der „Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln“ (52.32) sind selbsterklärend zur Gesundheitswirtschaft zu zählen.

Die Klasse 52.49 „Facheinzelhandel, anderweitig nicht genannt (in Verkaufsräumen)“ beinhaltet die drei relevanten Unterklassen 52.49.3 „Augenoptiker“, 52.49.7 „Einzelhandel mit Fahrrädern, Fahrradteilen und –zubehör“ sowie 52.49.8 „Einzelhandel mit Sport- und Campingartikeln (ohne Campingmöbel)“. Deren Anteil an der Klasse 52.49 wird wieder anhand des Deutschlandwertes approximiert und liegt bei ca. 25 %.

3.1.3 KREDIT- UND VERSICHERUNGSGEWERBE (WZ J)

Das „Sonstige Versicherungsgewerbe“ der Klasse 66.03 hat die Unterklasse 66.03.1 der „Krankenversicherungen“ zum Bestandteil. Deren Anteil liegt ebenfalls nicht für Sachsen auf besagter 5-Steller-Ebene vor, wodurch der gleiche Anteil wie auf Bundesebene angenommen wird (ca. 2,5 % von 66.03).

3.1.4 GRUNDSTÜCKS- UND WOHNUNGSWESEN, VERMIETUNG BEWEGLICHER SACHEN, ERBRINGUNG VON WIRTSCHAFTLICHEN DIENSTLEISTUNGEN, ANDERWEITIG NICHT GENANNT (WZ K)

Einen Teil des Abschnittes K nimmt die Gruppe 73.1 bzw. Klasse 73.10 „Forschung und Entwicklung im Bereich Natur-, Ingenieur-, Agrarwissenschaften und Medizin“ ein. Diese Klasse umfasst die Unterklasse „Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin“ (73.10.4).

Deren Anteil an 73.10 liegt allerdings nicht auf Bundesebene vor. Mangels geeigneter Werte wird von einer Gleichverteilung der fünf Unterklassen und somit von einem Anteil der 73.10.4 an 73.10 von 20 % ausgegangen.

3.1.5 ÖFFENTLICHE VERWALTUNG, VERTEIDIGUNG, SOZIALVERSICHERUNG (WZ L)

Im Abschnitt L ist die Datenlage nicht zufrieden stellend. So liegen weder auf Sachsen- noch auf Deutschlandebene ausreichend Daten vor, wodurch eine Approximation der 5-Steller-Ebene nicht möglich ist. Dies betrifft die Klasse „Öffentliche Verwaltung auf den Gebieten Gesundheitswesen, Bildung, Kultur und Sozialwesen“ (75.12). Deren Unterklassen 75.12.3 „Öffentliche Verwaltung auf dem Gebiet Sozialwesen“ sowie 75.12.4 „Öffentliche Verwaltung auf dem Gebiet Gesundheitswesen“ können nicht von Bundesebene approximiert werden. Daher werden sie in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt.

Ähnlich verhält es sich in den Unterklassen der Klasse 75.30 „Sozialversicherung und Arbeitsförderung“. Die Anteile von 75.30.1 „Gesetzliche Rentenversicherung (ohne knappschaftliche Rentenversicherung und Altershilfe für Landwirte)“, 75.30.2 „Knappschaftliche Rentenversicherung“, 75.30.5 „Gesetzliche Krankenversicherung (ohne knappschaftliche Krankenversicherung)“, 75.30.6 „Knappschaftliche Krankenversicherung“ sowie 75.30.7 „Gesetzliche Unfallversicherung“ an der Klasse 75.30 liegen ebenso wenig vor wie Werte zur Klasse 75.30 selbst. Aus diesem Grund werden vom Abschnitt L 20 % für den Gesundheitsbereich angesetzt.

3.1.6 GESUNDHEITS-, VETERINÄR- UND SOZIALWESEN (WZ N)

Beim Abschnitt N findet die gesamte Gruppe 85.1 „Gesundheitswesen“ Berücksichtigung, eine weitere Untergliederung ist nicht notwendig.

Auf Seiten des „Sozialwesen“ (85.3) sind ausgewählte Aspekte bedeutsam, beispielsweise die Unterklassen der Klasse 85.31 „Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)“.

So nehmen 85.31.3 „Altenwohnheime“, 85.31.4 „Altenheime“, 85.31.5 „Altenpflegeheime“, 85.31.6 „Heime für werdende Mütter sowie Mütter und Väter mit Kind“, 85.31.7 „Einrichtungen zur Eingliederung und Pflege Behinderter“, 85.31.8 „Wohnheime für Behinderte“ sowie 85.31.9 „Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)“ einen Anteil von ca. 95 % an 85.31 an.

Die Klasse „Sozialwesen, anderweitig nicht genannt“ (85.32) wird ebenfalls nur anteilmäßig berücksichtigt. Einbezogen werden die Unterklassen 85.32.4 „Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen“, 85.32.5 „Sonstige soziale Beratungsstellen“, 85.32.6 „Ambulante soziale Dienste“ und 85.32.7 „Organisationen der freien Wohlfahrtspflege und Jugendhilfe“, welche ca. 90 % an 85.32 ausmachen.

3.1.7 ERBRINGUNG VON SONSTIGEN ÖFFENTLICHEN UND PERSÖNLICHEN DIENSTLEISTUNGEN (WZ O)

Im letzten Abschnitt ist die Unterklasse 91.33.2 „Organisationen des Gesundheitswesens“ einzubeziehen. Diese hat auf Bundesebene bei der Klasse „Interessenvertretungen und Vereinigungen, anderweitig nicht genannt“ (91.33) einen Anteil von ungefähr 9 % in 2006.

Insgesamt wird die Gruppe 92.6 „Sport“ berücksichtigt, da körperliche Betätigung einen positiven Effekt auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung hat.

Da der gesundheitliche Aspekt auch nicht unwesentlich durch den Wohlfühlaspekt der Bevölkerung geprägt ist, haben wir uns zu einer 50 %igen Einbeziehung der Klasse 93.02 „Frisör- und Kosmetiksalons“ entschlossen. Wir vertreten die Ansicht, dass durch das erhöhte Wohlbefinden nach einer Frisör- oder Kosmetikbehandlung gleichzeitig die Zufriedenheit mit der eigenen Lebenslage gesteigert wird, was wiederum positive Effekte auf den Gesundheitszustand mit sich bringt. Dieser sehr weiten Abgrenzung liegen die in Abschnitt 2.2 dargelegten Gedanken von subjektiver Gesundheit, Wohlbefinden und Konsum zu Grunde.

Die letzte Klasse „Sauna, Solarien, Fitnesszentren und Ähnliches“ (93.04) lässt sich ähnlich wie die vorherige begründen. Der Sport-, Entspannungs- und Wellnessaspekt ist wesentlicher Bestandteil zur allgemeinen Zufriedenheit der Bevölkerung und somit auch zu einem ausgewogenen Gesundheitszustand.

Diese Einteilung nach Wirtschaftszweigen ist Grundlage für den nachfolgend beschriebenen Wertschöpfungsansatz, an dessen Anschluss die von uns angewandte Methodik folgt.

3.2 WERTSCHÖPFUNGSANSATZ

Im Jahr 2007 wurde die Studie "Wachstums- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg" veröffentlicht, welche die detaillierte Darstellung des so genannten Wertschöpfungsansatzes beinhaltet. Dieser ist eine Methode zur Ermittlung von Bruttowertschöpfungs- und Erwerbstätigendaten und basiert auf der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) (vgl. Ostwald und Ranscht, 2007, S. 32). Die Bruttowertschöpfung (BWS) ist ein „Maßstab für die wirtschaftliche Leistung der Volkswirtschaft gegliedert nach Wirtschaftsbereichen“ (Ostwald und Ranscht, 2007, S. 72). Die BWS ermöglicht Aussagen über das Wachstumspotential der Gesundheitswirtschaft und somit eine Einschätzung des zukünftigen wirtschaftlichen Erfolges. Jede in Deutschland im Rahmen der Gesundheitswirtschaft hergestellte Leistung fließt in die BWS mit ein – somit sind auch alle Exporte Bestandteil des WSA (vgl. Ostwald und Ranscht, 2007, S. 33). Berechnen lässt sich die BWS aus der Differenz zwischen dem Produktionswert und den Vorleistungen. Die Verwendung einer pauschalen Vorleistungsquote, die für die Gesundheitswirtschaft durchschnittlich 40 % beträgt, ist allerdings zu allgemein und somit kritisch. Vielmehr ist die gesonderte Betrachtung der einzelnen Bereiche der Gesundheitswirtschaft mitsamt ihrer unterschiedlichen Vorleistungsquoten notwendig. Diese Vorleistungen müssen zur Ermittlung der BWS herausgerechnet werden. Darin liegt der entscheidende Unterschied zur offiziellen Gesundheitsberichterstattung Deutschlands (GBE). Die GBE betrachtet die gesamten Umsätze, welche inklusive Gewinnaufschlägen, Umsatzsteuer sowie Vorleistungen zu verstehen sind (vgl. Ostwald, 2008, S. 36f.). Somit werden die Vorleistungen im Rahmen verschiedener Wertschöpfungsketten teilweise mehrfach erfasst. Darüber hinaus macht diese unterschiedliche Erfassungsvariante eine Vergleichbarkeit zwischen dem WSA und der GBE äußerst schwierig.

Auf der Grundlage der Entstehungsrechnung der VGR werden getreu dem Inlandskonzept alle Erwerbstätigen (ET) mit Arbeitsplatz im Inland einbezogen.

Die Erwerbstätigenanzahl umfasst alle Personen in einem Arbeitsverhältnis, Personen mit einem selbstständigen Gewerbe oder der Betreibung von Landwirtschaft sowie Freiberufler (vgl. Ostwald und Ranscht, 2007, S. 72). Deren prognostizierte Entwicklung schätzt die Beschäftigungseffekte für Deutschland in den nächsten Jahren ab und ermöglicht eine entsprechende Planung hinsichtlich des benötigten Personals und dessen Ausbildung. Im Vergleich mit der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) weist die Erwerbstätigenanzahl des WSA einen höheren Wert aus, da die GPR einzelne Bereiche der Gesundheitswirtschaft unterschätzt oder nicht berücksichtigt (vgl. Ostwald und Ranscht, 2007, S. 33). Gleichzeitig werden für die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) sowie GPR unterschiedliche Bereiche erfasst, da die GPR auch die Vorleistungsindustrie berücksichtigt. Ein Vergleich zwischen beiden offiziellen Statistiken des Statistischen Bundesamtes ist somit ebenfalls nicht möglich (vgl. Ostwald, 2008, S. 48). Mithilfe des WSA kann auch für tiefer liegende Ebenen, wie beispielsweise die Bundesländer, die BWS sowie ET ermittelt und somit eine regionale Differenzierung vorgenommen werden (vgl. Ostwald und Ranscht, 2007, S. 32).

Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Berechnungsweisen WSA und GAR bzw. GPR des Statistischen Bundesamtes ist die unterschiedliche Erfassung der Teilmärkte der Gesundheitswirtschaft. Da eine Abgrenzung nach Branchen, Produkten und Dienstleistungen aufgrund der fließenden Übergänge nicht länger dienlich ist, bildet beim WSA die zuvor beschriebene Klassifikation nach Wirtschaftszweigen (WZ) die Grundlage für die Einteilung der Gesundheitswirtschaft (vgl. Ostwald und Ranscht, 2007, S. 32).

Aufgrund der unvollständigen Datenlage sowohl auf Deutschland- als auch Sachsebene wird der beschriebene Wertschöpfungsansatz in einer Abwandlung zur Anwendung gebracht.

Bei der Ermittlung der BWS für Sachsen liegen lediglich Werte für die 1-Steller-Ebene vor. Da jedoch tiefere Gliederungsebenen bis auf 4- oder 5-Steller notwendig waren, musste ein Vergleichswert gefunden werden. Dazu diente der Steuerbare Umsatz (StU), anhand dessen die Werte für Sachsen approximiert werden können. Die Werte für den Steuerbaren Umsatz konnten größtenteils bis auf 4-Steller-Ebene erlangt werden.

Mithilfe der folgenden Formel lässt sich die BWS auf x-Steller-Ebene berechnen:

$$BWS_{x\text{-Steller}} = \frac{BWS_{1\text{-Steller}}}{StU_{1\text{-Steller}}} * StU_{x\text{-Steller}} \quad (\text{Methode I})$$

Dabei bedeutet der x-Steller die gewünschte Gliederungstiefe, d.h. 3-, 4- oder 5-Steller.

In Ausnahmefällen war allerdings kein Steuerbarer Umsatz auf x-Steller-Ebene verfügbar. In diesen Fällen wurde die BWS pro Erwerbstätigen auf 1-Steller-Ebene zu Hilfe genommen und mit der Anzahl der ET auf gewünschter 3-, 4- bzw. 5-(x-) Steller-Ebene multipliziert.

$$BWS_{x\text{-Steller}} = BWS \text{ pro Kopf}_{1\text{-Steller}} * ET_{x\text{-Steller}} \quad (\text{Methode II})$$

Diese zweite Methode wird auch durchgängig zur Anwendung gebracht, wodurch zwei unterschiedliche Ergebnisse der BWS für die einzelnen WZ erlangt werden konnten.

Die Vorgehensweise zur Ermittlung der ET für Sachsen vollzog sich analog. Da lediglich die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (svB) in Sachsen bis auf 4-Steller-Ebene vorliegen, wurden diese als Vergleichswert herangezogen. Entsprechend der Formel

$$ET_{x\text{-Steller}} = \frac{ET_{1\text{-Steller}}}{svB_{1\text{-Steller}}} * svB_{x\text{-Steller}}$$

konnten die ET in Sachsen bis auf 5-Steller-Ebene ermittelt werden.

4 BESTEHENDE STUDIEN ZUR DERZEITIGEN UND ZUKÜNFTIGEN SITUATION DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IN DEUTSCHLAND UND SACHSEN

Bisherige Studien zur Gesundheitswirtschaft in Deutschland oder Sachsen haben häufig vordergründig die Entwicklung der Bereiche des Schichtenmodells untersucht. Eine Wiedergabe in WZ erfolgte bisher durch Ostwald (vgl. Ostwald, 2008) für Deutschland und in einer Veröffentlichung des Statistischen Landesamtes Sachsen vom November 2009 für Sachsen (vgl. Statistisches Landesamt Sachsen, 2009). Auf letztere wird in Kapitel 4.2.3 näher eingegangen. Diese Untersuchung bildet eine Vergleichsgrundlage für die empirische Erfassung der Gesundheitswirtschaft in Sachsen im Rahmen der vorliegenden Studie.

4.1 GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IN DEUTSCHLAND – DEUTSCHLAND REPORT 2030 DER PROGNOSE AG

Eine Beurteilung der zukünftigen Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland ermöglicht der von der Prognos AG veröffentlichte Deutschland Report 2030 (vgl. Prognos AG, 2006). Dieser liefert unter anderem Angaben über die zu erwartende Entwicklung der Bruttowertschöpfung und der Erwerbstätigenzahlen in den unterschiedlichen Wirtschaftsbereichen bis zum Jahr 2030. Grundlegend erfolgt eine Einschätzung des Gesundheits-, Veterinär- sowie Sozialwesens als eine Branche mit sehr guten Perspektiven (vgl. Prognos AG, 2006, Textband S. 207). In der nachfolgenden Betrachtung wird das Veterinärwesen mit einem Umsatzanteil in 2003 von weniger als 5 % vernachlässigt und das Hauptaugenmerk auf das Gesundheits- sowie Sozialwesen gelenkt. Dabei wird vereinfachend davon ausgegangen, dass 70 % der Anteile auf das Gesundheits- und 30 % auf das Sozialwesen entfallen (in Anlehnung an die Umsatzanteile in 2003 von knapp unter 70 % bzw. 30 %).

Das Gesundheitswesen wird zum großen Teil durch die Gesetzliche bzw. Private Krankenversicherung finanziert. Die Entwicklung der Branche zeigt allerdings einen stetig steigenden Anteil privat finanzierter Leistungen. Das jährliche Wachstum der realen Bruttowertschöpfung im Gesundheitswesen betrug 4 %. Diese Zunahme der Bruttowertschöpfung von 100,3 Mrd. € (1995) auf 143,3 Mrd. € in 2004 spiegelt sich auch in dem Anstieg der Erwerbstätigenzahlen wider. Waren 1995 noch 3,227 Mio. innerhalb der Branche beschäftigt, stieg dieser Wert auf 3,980 Mio. Personen in 2004, eine durchschnittliche jährliche Erhöhung von 2,4 %. Die Prognos AG geht weiterhin von einer jährlichen Veränderung von 0,6 % bzw. ein Anstieg auf 4,697 Mio. Erwerbstätige in 2030 sowie einer Bruttowertschöpfung von 224,6 Mrd. € mit einem jährlichen Zuwachs von 1,7 % zwischen 2004 und 2030 aus (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Gesundheitswirtschaft in Deutschland - BWS und ET in der Vergangenheit und Zukunft

	Absolute Werte			Jährliches Wachstum	
	1995	2004	2030	1995-2004	2004-2030
BWS in Mrd. €	100,3	143,3	224,6	0,04	0,017
ET in Mio. €	3,227	3,98	4,697	0,024	0,006

Die Gründe für diese positive Entwicklung der Branche wurden bereits genannt: Neben dem gestiegenen Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung leistet der medizinisch-technische Fortschritt seinen Beitrag, welcher insbesondere positive Effekte auf die Lebenserwartung hat. Auch die demografische Entwicklung in Deutschland erhöht die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Bis 2030 wird von 10,1 Mio. Deutschen ausgegangen, die älter als 75 Jahre sind – in 2005 betrug die Anzahl noch 6,7 Mio. Eine Versorgung dieser Altersgruppe spiegelt sich vor allem im Sozialwesen wider, welches Senioreneinrichtungen und ambulante Pflegedienste beinhaltet (vgl. Prognos AG, 2006, Textband S. 294f.). Diese ambulanten Gesundheitsdienstleistungen werden auch in Zukunft nicht in allen Fällen von der Krankenversicherung getragen und fallen somit in den Bereich der Gesundheitspflege, welche privat finanziert wird (und definitorisch dem Zweiten Gesundheitsmarkt gleichgesetzt werden kann). Unter Gesundheitspflege zählen ebenso stationäre Gesundheitsdienstleistungen sowie medizinische Geräte bzw. Erzeugnisse und beinhaltet auch privat zu tätige Zuzahlungen und Eigenleistungen.

Betragen die Ausgaben für die Gesundheitspflege im Jahr 1991 noch 24,5 Mrd. €, so hat sich der Wert in 2004 mit 58,3 Mrd. € bereits mehr als verdoppelt. Selbiger Trend setzt sich fort, wodurch in 2030 die zu erwartenden Ausgaben mit 189,6 Mrd. € beziffert werden – einem jährlichen Anstieg zwischen 2004 und 2030 von 4,6 %. In 2004 lagen die Ausgaben pro Kopf für die Gesundheitspflege bei 617 € (Basisjahr 2000), was einem Anteil am privaten Konsum von 4,7 % entsprach. Dieser Wert soll bis 2030 auf 7,7 % bzw. 1.306 € im Jahr 2030 anwachsen (vgl. Prognos AG, 2006, Textband S. 318f.). Dabei zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter auch der Anteil der Gesundheitspflege am privaten Konsum steigt – bei den 45- bis 54-Jährigen beträgt er noch halb so viel wie bei den 80-Jährigen und Älteren (vgl. Prognos AG, 2006, Textband S. 301).

Die genannten Sachverhalte beinhalten allerdings nur einen Teil der die Gesundheitswirtschaft umfassenden Wirtschaftsbereiche. Neben dem Gesundheits- und Sozialwesen spielen auch der Handel, das Verarbeitende Gewerbe sowie weitere Bereiche mit einem geringeren Anteil eine Rolle. Entsprechend dieser Wirtschaftszweige erstellte die Prognos AG Daten zur Abschätzung der zukünftigen Entwicklung bis 2030, welche bezüglich der BWS sowie der ET eine positive Aussicht auf die Gesundheitswirtschaft in Deutschland und Sachsen begründet.

Zunächst werden allerdings andere Studien zur Gesundheitswirtschaft vorgestellt, in denen die Bedeutung Sachsens herausgearbeitet wird.

4.2 GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IN SACHSEN

Die folgenden drei Unterkapitel enthalten verschiedene Studien, welche die Gesundheitswirtschaft in Sachsen erläutern. Bei unseren Aussagen über die GWS werden diese Studien als Referenz für inhaltliche Sachverhalte bzw. als Vergleichsgrundlage für die empirische Datenerfassung herangezogen.

4.2.1 ZUKUNFTSFELDER SACHSENS MIT BEZUG AUF DIE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT SACHSENS

Eine weitere Studie, welche sich mit der voraussichtlichen Entwicklung der Gesundheitswirtschaft beschäftigt, trägt den Namen „Wirtschaftliche Zukunftsfelder in Ostdeutschland“ (vgl. Braun und Eich-Born, 2008). Die Studie zeigt mögliche Entwicklungsrichtungen in verschiedenen, breit definierten Zukunftsfeldern auf, ohne mit Sicherheit angeben zu können und zu wollen, dass und in welchem Ausmaß eine langfristige, positive Entwicklung eintritt (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. 7). Dabei entspricht der Begriff Zukunftsfeld nicht der klassischen einzelnen Branche, sondern ist breiter angelegt. Ein Zukunftsfeld umfasst neue Branchen sowie deren Innovationswirkung auf bestehende Branchen (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. XVII) und weckt Hoffnung auf positive Beschäftigungs- und Wertschöpfungseffekte. Von Interesse für die vorliegende Studie sind dabei die ausgewählten Zukunftsfelder der Gesundheitswirtschaft/Medizintechnik, der Bio- und Nanotechnologie sowie der Optischen Industrie (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. 2f.). Somit wird mehr auf das Schichtenmodell und weniger auf die Einteilung in WZ zurückgegriffen.

Die Gesundheitswirtschaft kann entsprechend der Studie mit einer Steigerung der Nachfrage rechnen, da die wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und innovativen Trends dies begünstigen. Einen besonderen Einfluss auf die Gesundheitswirtschaft werden der Nano-, Bio- sowie der Optischen Technologie zugeschrieben, welche besonders forschungsintensiv sind und meist noch am Anfang ihrer Entwicklung stehen (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. XIII).

Die Studie sieht in der Gesundheitswirtschaft positive Wachstumsaussichten sowie einen „Paradigmenwechsel von der Nachsorge zur Prävention“ (Braun und Eich-Born, 2008, S. XXIV) durch die bekannten Aspekte: Der demografische Wandel verursacht den steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen, der Trend hin zur Wohlfühlgesellschaft bzw. das gestiegene Gesundheitsbewusstsein erhöhen die Nachfrage und der technologische Fortschritt unterschützt dies mit dem dazugehörigen Angebot (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. XXIV).

Spezielles Augenmerk im Rahmen dieser Studie wird auf den Bereich der Medizintechnik als innovative Vorleistungsindustrie der Gesundheitswirtschaft gelegt (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. XXIV). Die Branche richtet sich ebenso wie die Biotechnologie an marktwirtschaftlichen Prinzipien aus und unterliegt dadurch einem geringeren gesundheitspolitischen Einfluss sowie weniger stark ausgeprägten Regulierungen. Beides ist im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft verstärkt der Fall (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. 140). Allerdings ist die Medizintechnik vom herrschenden Gesundheitssystem in Deutschland nicht unabhängig, sondern muss sich nach der Erstattungsfähigkeit ihrer Produkte durch die Versicherer richten. Zudem sind Forschung und Entwicklung sowie spezielle Produktions- sowie Zulassungshürden besonders kostenintensiv. Die vor allem klein- und mittelständisch organisierte Branche versorgt mit ihren spezialisierten Produkten primär regionale Märkte. Um sich als kleinerer Anbieter neben den bestehenden Hochburgen in Deutschland zu etablieren, bedarf es einer engen Vernetzung mit anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft bzw. mit Schlüsseltechnologien aus den Bereichen der Optischen Industrie, der Nano- oder Biotechnologie (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. 142f.). Trotz des stark ausgeprägten Wachstums und der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der Medizintechnik (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. 140) wird Sachsen nicht explizit als Zukunftsregion gesehen (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. XXV). Zwar vereinte es 2006 zahlenmäßig 6,7 % der Betriebe der Medizintechnik und liegt somit an fünfter Stelle aller Bundesländer. Hinsichtlich der prozentualen Anzahl der Beschäftigten sowie des Umsatzes nimmt der Freistaat allerdings nur eine hintere Position ein (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. 143). Lediglich in Dresden ist die Medizintechnik nennenswert vertreten (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. XV).

Im Bereich der Biotechnologie hat sich in Sachsen bereits Leipzig/(Halle)/Dresden unter dem Begriff BioSaxony etabliert (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. XXIII). Besonders der Pharmabereich, welcher unter den Begriff der Roten Biotechnologie fällt (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. 124), verspricht positive Entwicklungen (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. XIV). Von Bedeutung sind hierbei vor allem die Schnittstellen zur Medizintechnik sowie zur Nanotechnologie (vgl. Braun und Eich-Born, 2008, S. 133).

Die Nanotechnologie ist eine Querschnittstechnologie mit breiten Auswirkungen auf andere Bereiche, beispielsweise in Form von positiven Beschäftigungseffekten auf die Chemische Industrie und Optik sowie die Medizintechnik. Ein Schwerpunkt dieses Zukunftsfeldes liegt bereits in Dresden (vgl. Braun und Eichborn, 2008, S. XIVf.).

Eine weitere Studie gibt die Verteilung der Gesundheitswirtschaft in Sachsen wider und wird nachfolgend kurz vorgestellt.

4.2.2 REGIONALE VERTEILUNG DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT SACHSENS: GUTACHTEN DER PROGNOSE AG

Im Jahr 2009 veröffentlichte die Prognos AG einen „Zukunftsatlas Branchen 2009“ (vgl. Prognos AG, 2009). In diesem werden sieben so genannte Zukunftsfelder identifiziert, wovon eines die Gesundheitswirtschaft ist. Dabei flossen allerdings lediglich die WZ-Nummern 24.4 „Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen“, 33.1 „Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Erzeugnissen“ sowie 85.1 „Gesundheitswesen“ ein.

Der Begriff Zukunftsfeld wird mit der Annahme verbunden, dass die Wertschöpfung in diesem Bereich bis 2015/2020 stark steigen wird. Für die Untersuchung der Gesundheitswirtschaft in Sachsen ist von Interesse, welchen Rang die 13 Kreise und kreisfreien Städte Sachsens im Rahmen der 413 Regionen Deutschlands einnehmen (vgl. Prognos AG, 2009, S. 2). Die Prognos AG liefert damit ein bundesweites Ranking einzelner Regionen. Die Spitzenposition in Sachsen und die Bezeichnung Top-Region in Deutschland nimmt die Stadt Dresden mit Rang 15 ein. Ihr folgt auf Rang 48 die Stadt Leipzig mit einer überdurchschnittlichen Bedeutung. Mit großem Abstand liegen die Regionen mit durchschnittlicher Bedeutung dahinter, begonnen beim Kreis Bautzen auf Rang 90. Dicht beieinander siedeln sich der Kreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge (94) sowie der Vogtlandkreis (97) an. Es folgen der Erzgebirgskreis (105), der Kreis Mittelsachsen (106) sowie Görlitz (108). Wiederum in größerer Distanz befinden sich der Kreis Zwickau auf Rang 130, der Landkreis Leipzig (131) sowie die kreisfreie Stadt Chemnitz (135). Keine bzw. eine unterdurchschnittliche Bedeutung für das Ranking der Gesundheitswirtschaft weist der Kreis Meißen auf.

Der Freistaat Sachsen nimmt dabei im Vergleich zu Deutschland eine gute Position ein. Hervorzuheben ist hierbei vor allem der Sachverhalt, dass eine gleichmäßige regionale Verteilung innerhalb des Bundeslandes zu verzeichnen ist (vgl. Prognos AG, Karte Zukunftsfeld Gesundheitswirtschaft, 2009).

4.2.3 EMPIRISCHE DARSTELLUNG DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT SACHSENS: STATISTISCHES LANDESAMT SACHSEN

Anfang November 2009 veröffentlichte das Statistische Landesamt Sachsen erstmals Statistiken zur Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Sachsen. Dabei verwendet es bei seinen Berechnungen den beschriebenen Wertschöpfungsansatz. Die Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft, welche ebenfalls in WZ-Nummern erfolgt, ist relativ eng gefasst und wird in Kapitel 5.1.1 der unseren gegenüber gestellt.

Die konkreten Ergebnisse des Statistischen Landesamtes für die BWS sowie ET lassen sich folgender Tabelle 3 sowie den Grafiken in Abbildung 2 und Abbildung 3 entnehmen. Deutlich wird dabei ein Anstieg beider Faktoren zwischen 1996 und 2006, mit einer Ausnahme bei der Anzahl der ET im Jahr 2000.

Tabelle 3: Bruttowertschöpfung und Erwerbstätige in Sachsen (Schätzung StaLa Sachsen)

	BWS	ET
	in 1000 Euro	
1996	6.137.000	206.300
1997	6.315.000	207.000
1998	6.572.000	211.300
1999	6.781.000	215.800
2000	7.080.000	213.200
2001	7.160.000	218.700
2002	7.580.000	225.600
2003	7.807.000	231.300
2004	8.087.000	232.100
2005	8.304.000	232.700
2006	8.611.000	236.200

Abbildung 2: Bruttowertschöpfung GWS (Schätzung StaLa Sachsen)

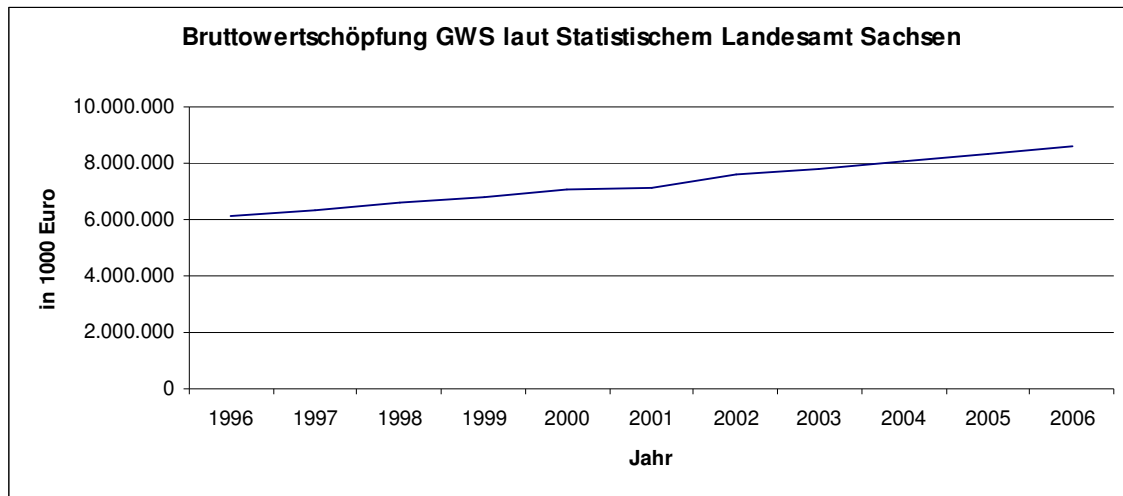
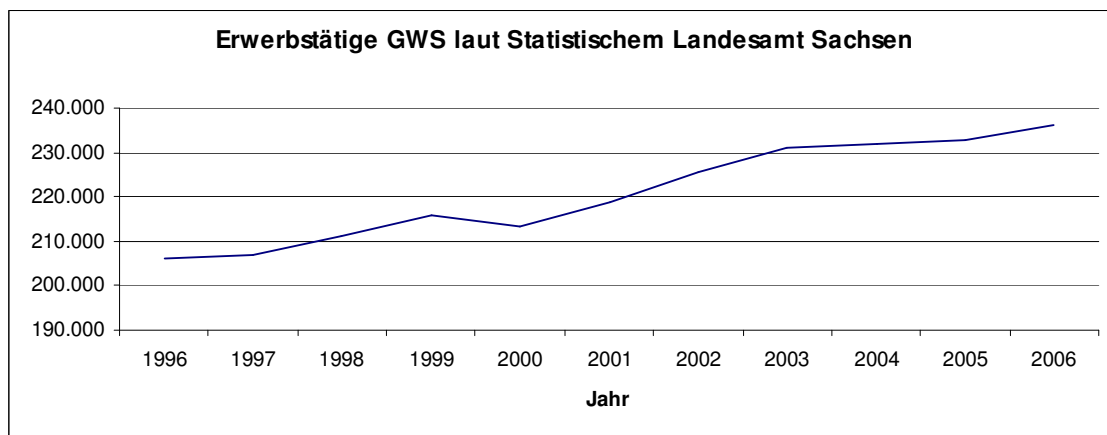


Abbildung 3: Erwerbstätige GWS (Schätzung StaLa Sachsen)



Das folgende Kapitel hat die empirische Erfassung der Gesundheitswirtschaft Sachsens nach unserem weit gefassten Verständnis zum Inhalt.

5 EMPIRISCHE ERFASSUNG DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IN SACHSEN UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DES ZWEITEN GESUNDHEITSMARKTES

In einem ersten Schritt wird entsprechend des Wertschöpfungsansatzes, das heißt unter Zuhilfenahme der Bruttowertschöpfung sowie der Erwerbstätigenzahlen, eine erste empirische Bestandsaufnahme der Gesundheitswirtschaft in Sachsen vorgenommen. Dabei werden die relevanten Wirtschaftszweigkategorien gebündelt und ergeben in der Summe einen Wert für die sächsische Gesundheitswirtschaft.

In einem zweiten Schritt wird das Augenmerk auf den Zweiten Gesundheitsmarkt gelegt. Dies bedeutet, dass für jede Kategorie gesondert eine Angabe darüber erfolgt, in welchem Ausmaß der Zweite Gesundheitsmarkt Bestandteil der Wirtschaftszweigkategorie ist.

5.1 DIE SÄCHSISCHE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IN ZAHLEN

Zunächst wird in diesem Abschnitt die Datengrundlage der vorliegenden Studie im Vergleich zur Datengrundlage der Studie des Statistischen Landesamtes Sachsen dargestellt (vgl. Statistisches Landesamt Sachsen, 2009). Danach erfolgt in zwei Unterabschnitten die Darstellung für die Erwerbstätigen bzw. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sowie die Bruttowertschöpfung.

5.1.1 DATENGRUNDLAGE IM VERGLEICH ZUR STUDIE DES STATISTISCHEN LANDESAMTES SACHSEN

Nachfolgende Tabelle 4 enthält die in die Berechnungen des Statistischen Landesamtes einbezogenen WZ, welche den von uns berücksichtigten WZ gegenüber gestellt werden. Dabei wird auf den ersten Blick deutlich, dass die Gesundheitswirtschaft unterschiedlich weit aufgefasst und definiert wird. Da im Rahmen dieses Gutachtens der Zweite Gesundheitsmarkt besondere Betrachtung findet, ist eine Berücksichtigung des Randbereiches (bspw. der WZ-Nummern 93.02 und 93.04) notwendig.

Tabelle 4: Verwendete WZ-Kategorien seitens des Statistischen Landesamtes Sachsen im Vergleich mit den von uns einbezogenen WZ

WZ	Bezeichnung der verwendeten WZ-Kategorien nach Klassifikation von 2003 des Statistischen Bundesamtes	StaLa Sachsen	Eigene Berechnungen
15.88	Herstellung von homogenisierten und diätetischen Nahrungsmitteln		x
24.1	Herstellung von chemischen Grundstoffen	x	x
24.4	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	x	x
24.52	Herstellung von Duftstoffen und Körperpflegemitteln		x
33.1	Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Erzeugnissen	x	x
33.40	Herstellung von optischen und fotografischen Geräten		
33.40.1	Herstellung von augenoptischen Erzeugnissen	x	x
35.42	Herstellung von Fahrrädern		x
35.43	Herstellung von Behindertenfahrzeugen	x	x
36.4	Herstellung von Sportgeräten		x
51.18	Handelsvermittlung von Waren, anderweitig nicht genannt		
51.18.5	Handelsvermittlung von pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf, Arztbedarf, Dentalbedarf, zahnärztlichen Instrumenten, Krankenhaus- und Altenpflegebedarf	x	
51.31	Großhandel mit Obst, Gemüse und Kartoffeln		x
51.45	Großhandel mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln		x
51.46	Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen	x	x
52.21	Einzelhandel mit Obst, Gemüse und Kartoffeln		x
52.27	Sonstiger Facheinzelhandel mit Nahrungsmitteln		
52.27.1	Einzelhandel mit Reformwaren		x
52.31	Apotheken	x	x
52.32	Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln	x	x
52.33	Einzelhandel mit Parfümeriewaren und Körperpflegemitteln		
52.33.1	Einzelhandel mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln (ohne Drogerieartikel)		x

52.49	Facheinzelhandel, anderweitig nicht genannt (in Verkaufsräumen)		
52.49.3	Augenoptiker	x	x
52.49.7	Einzelhandel mit Fahrrädern, Fahrradteilen und –zubehör		x
52.49.8	Einzelhandel mit Sport- und Campingartikeln (ohne Campingmöbel)		x
66.03	Sonstiges Versicherungsgewerbe		
66.03.1	Krankenversicherungen	x	x
73.1	Forschung und Entwicklung im Bereich Natur-, Ingenieur-, Agrarwissenschaften und Medizin		
73.10.4	Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin	x	x
75.12	Öffentliche Verwaltung auf den Gebieten Gesundheitswesen, Bildung, Kultur und Sozialwesen		
75.12.3	Öffentliche Verwaltung auf dem Gebiet Sozialwesen	x	
75.12.4	Öffentliche Verwaltung auf dem Gebiet Gesundheitswesen	x	
75.30	Sozialversicherung und Arbeitsförderung		
75.30.1	Gesetzliche Rentenversicherung (ohne knappschaftliche Rentenversicherung und Altershilfe für Landwirte)	x	x
75.30.2	Knappschaftliche Rentenversicherung	x	x
75.30.5	Gesetzliche Krankenversicherung (ohne knappschaftliche Krankenversicherung)	x	x
75.30.6	Knappschaftliche Krankenversicherung	x	x
75.30.7	Gesetzliche Unfallversicherung	x	x
85.1	Gesundheitswesen	x	x
85.31	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)		
85.31.3	Altenwohnheime	x	x
85.31.4	Altenheime	x	x
85.31.5	Altenpflegeheime	x	x
85.31.6	Heime für werdende Mütter sowie Mütter und Väter mit Kind	x	x
85.31.7	Einrichtungen zur Eingliederung und Pflege Behinderter	x	x
85.31.8	Wohnheime für Behinderte	x	x
85.31.9	Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	x	x
85.32	Sozialwesen, anderweitig nicht genannt		
85.32.4	Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen		x
85.32.5	Sonstige soziale Beratungsstellen		x
85.32.6	Ambulante soziale Dienste	x	x
85.32.7	Organisationen der freien Wohlfahrtspflege und Jugendhilfe		x
91.33	Interessenvertretungen und Vereinigungen, anderweitig nicht genannt		
91.33.2	Organisationen des Gesundheitswesens	x	x
92.6	Sport		x
93.02	Frisör- und Kosmetiksalons		x
93.04	Sauna, Solarien, Fitnesszentren und Ähnliches		x

Die Bereiche der öffentlichen Verwaltung (75.12) konnten wir nicht erfassen, da für diese WZ-Nummern keine Angaben für Sachsen oder Deutschland erhältlich waren. Selbiges gilt für die Handelsvermittlung von pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf, Ärztebedarf, Dentalbedarf, zahnärztlichen Instrumenten, Krankenhaus- und Altenpflegebedarf (51.18.5), für welche aufgrund des Nichtvorhandenseins der 5-Steller-Ebene für Deutschland auch keine Approximation möglich war.

5.1.2 ERWERBSTÄTIGE UND SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHTIG BESCHÄFTIGTE

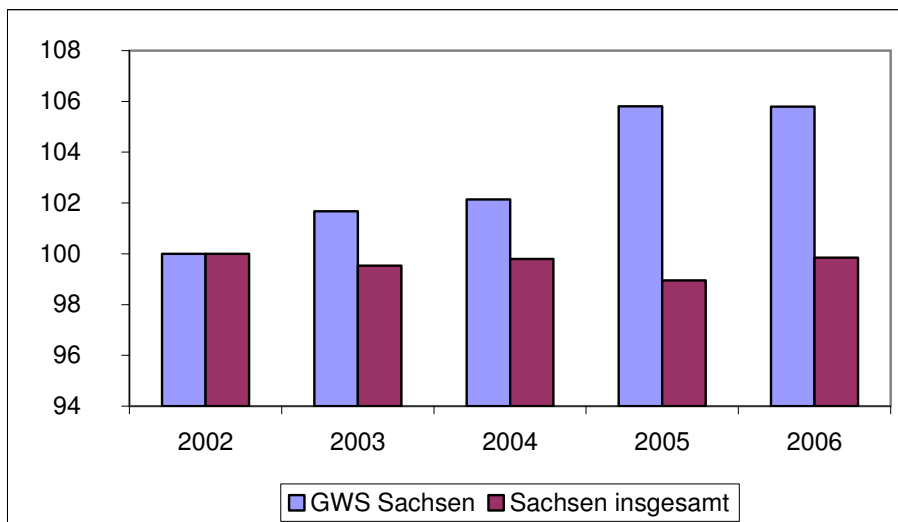
Die Zahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft ist in den letzten fünf Jahren deutlich angestiegen (vgl. Tabelle 5). Im Jahr 2006 waren in den betrachteten Wirtschaftszweigen 243.191 Beschäftigte tätig. Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate in diesem Zeitraum betrug 1,4 Prozent. Unsere Ergebnisse liegen dabei im gleichen Trend wie die Ergebnisse des Statistischen Landesamtes Sachsen.

Tabelle 5: Erwerbstätige der Gesundheitswirtschaft insgesamt

	2002	2003	2004	2005	2006
Unsere Berechnung	229.885	233.728	234.805	243.245	243.191
StaLa	225.600	231.300	232.100	232.700	236.200

Abbildung 4 zeigt darüber hinaus, dass die Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft deutlich anders verlaufen ist als in der gesamten sächsischen Wirtschaft, in der eine leichte Abnahme der Erwerbstätigenzahlen zu verzeichnen war.

Abbildung 4: Indizes der Erwerbstätigen



Wie Tabelle 6 zeigt, kam der Beschäftigungszuwachs in der Gesundheitswirtschaft bis 2005 höchstwahrscheinlich hauptsächlich durch den verstärkten Einsatz geringfügig Beschäftigter zu Stande. Während die Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter (svB) in dieser Zeit nur gering gestiegen ist (+0,4 %), nahm die Erwerbstätigenzahl in der gleichen Zeit um 5,7 Prozent zu.

Tabelle 6: Wachstumsraten sv-Beschäftigte und Erwerbstätige der GWS

	2003	2004	2005	2006
sv-Beschäftigte GWS	-1,09%	-1,08%	1,68%	0,96%
Erwerbstätige GWS	1,67%	0,46%	3,59%	-0,02%

Ab 2005 deutet sich eine Wende an. Ab diesem Jahr wuchs erstmals wieder die Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter (+ 1,68 %).

Für eine genauere Analyse der Erwerbstätigenzahlen und der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten wird im Folgenden auch die Entwicklung in einzelnen Wirtschaftszweigen der Gesundheitswirtschaft betrachtet. Hierfür aggregieren wir die Erwerbstätigen und die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den einzelnen Wirtschaftszweigen auf der 2-stelligen WZ-Ebene.

Die Entwicklung der Erwerbstätigenzahlen und der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten verlief in den einzelnen Wirtschaftszweigen nicht einheitlich. Während bei den Erwerbstätigen in den relativ bedeutsamen Wirtschaftszweigen (gemessen am Anteil der ET an der Gesamterwerbstätigenzahl der Gesundheitswirtschaft) die Erwerbstätigenzahlen im Durchschnitt angestiegen sind, sank in der gleichen Zeit die Zahl der Erwerbstätigen in anderen kleinen Wirtschaftszweigen relativ stark (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Wachstumsraten der Erwerbstätigen in einzelnen Wirtschaftszweigen der GWS

WZ	WZ-Bezeichnung	Durchschnittliche Wachstumsrate der ET (2002-2006)	Anteil ET an GWS (2006)
85	Gesundheits- und Sozialwesen	1,68%	74,32%
52	Einzelhandel	-1,19%	6,55%
93	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	3,30%	4,50%
24	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	-0,47%	3,12%
33	Medizin-, Mess-, Steuer- und Regelungstechnik, Optik	1,24%	2,95%
75	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	1,98%	2,58%
92	Kultur, Sport und Unterhaltung	0,35%	2,04%
51	Handelsvermittlung und Großhandel	1,60%	1,64%
73	Forschung und Entwicklung	1,09%	1,03%
91	Organisation Gesundheitswesen	2,36%	0,94%
35	Sonstiger Fahrzeugbau	-4,93%	0,22%
66	Versicherungsgewerbe	-9,25%	0,06%
36	Herstellung von Sportgeräten	-7,96%	0,04%

Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ab (vgl. Tabelle 8). Allerdings waren hier die positiven Wachstumsraten geringer und der Abbau von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen etwas stärker ausgeprägt als bei den Erwerbstätigen.

Tabelle 8: Wachstumsraten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den einzelnen Wirtschaftszweigen der GWS

WZ	WZ-Bezeichnung	Durchschnittliche Wachstumsrate der svB (2002-2006)	Anteil svB an GWS (2006)
85	Gesundheits- und Sozialwesen	0,42%	76,91%
52	Einzelhandel	-2,17%	5,61%
93	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	-1,03%	3,83%
24	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	0,01%	3,35%
33	Medizin-, Mess-, Steuer- und Regelungstechnik, Optik	1,73%	3,17%
75	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	0,10%	2,02%
92	Kultur, Sport und Unterhaltung	-3,86%	1,73%
51	Handelsvermittlung und Großhandel	0,58%	1,41%
73	Forschung und Entwicklung	1,47%	0,84%
91	Organisation Gesundheitswesen	-1,93%	0,80%
35	Sonstiger Fahrzeugbau	-4,47%	0,24%
66	Versicherungsgewerbe	-10,26%	0,05%
36	Herstellung von Sportgeräten	-7,52%	0,04%

5.1.3 BRUTTOWERTSCHÖPFUNG

Für die Berechnung der Bruttowertschöpfung werden zwei unterschiedliche Methoden verwendet (vgl. auch Kapitel 3). Die erste Methode verwendet hauptsächlich den steuerbaren Umsatz in den einzelnen Wirtschaftszweigen zur Approximation der Bruttowertschöpfung in den relevanten Wirtschaftszweigen. Die zweite Methode beruht auf der Annahme, dass die Bruttowertschöpfung pro Erwerbstätigen auf der einstelligen Wirtschaftszweigeinteilung mit derjenigen des betrachteten Wirtschaftszweigs übereinstimmt. Wir dokumentieren im Folgenden die Ergebnisse beider Methoden.

Tabelle 9 zeigt zunächst die Bruttowertschöpfung für Sachsen nach beiden Methoden im Vergleich zum kürzlich veröffentlichten Ergebnis des Statistischen Landesamtes Sachsen. Während die Berechnungen nach Methode I teilweise um mehr als eine Mrd. Euro von den Berechnungsergebnissen des StaLa abweichen, beträgt die Differenz nach Methode II „nur“ noch zwischen 300 und 600 Mio. Euro. Diese Unterschiede sind relativ groß. Im nachfolgenden Abschnitt wird dieser Punkt daher noch ausführlich behandelt.

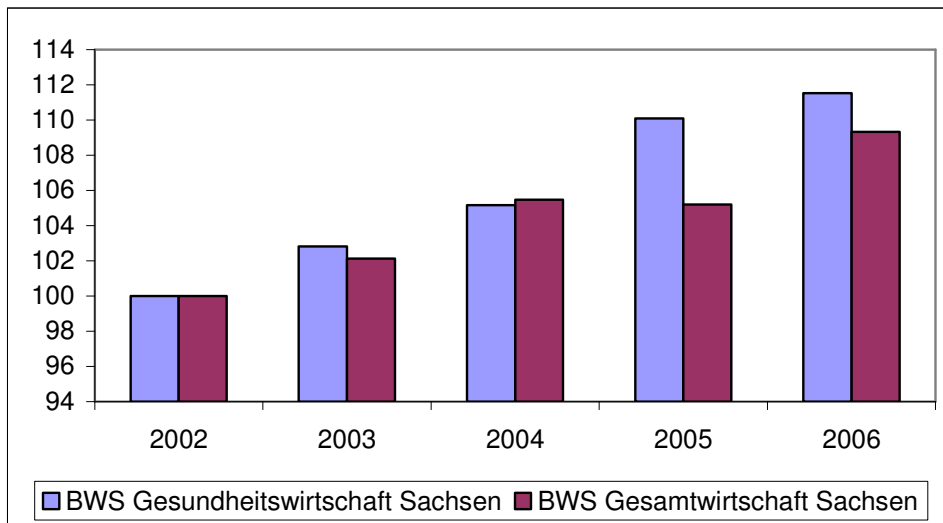
Tabelle 9: Bruttowertschöpfung in jeweiligen Preisen in 1000 Euro

	2002	2003	2004	2005	2006
Unsere Berechnung (Methode I)	6.742.380	7.048.565	7.417.713	7.342.109	7.406.402
Unsere Berechnung (Methode II)	7.205.447	7.408.017	7.576.640	7.932.123	8.036.530
StaLa	7.580.000	7.807.000	8.087.000	8.304.000	8.611.000

Trotz der Unterschiede sind auch Gemeinsamkeiten auszumachen. So ist nach allen drei Berechnungsmethoden ein deutliches Wachstum zu beobachten. Das durchschnittliche jährliche Wachstum betrug zwischen 2,4 (Methode I) und 3,2 Prozent (StaLa). Dabei wurde in allen drei Berechnungsmethoden keine Preisbereinigung vorgenommen.

Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft in Sachsen entwickelte sich die Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft dynamischer. Vergleicht man die unter Methode II gewonnenen Ergebnisse mit den Zahlen der gesamten sächsischen Wirtschaft, so zeigt sich, dass insbesondere in den letzten Jahren ein höheres Wachstum generiert werden konnte (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Indizes der Bruttowertschöpfung (Methode II und Sachsen gesamt)



Auch für die Bruttowertschöpfung können wir uns die Ergebnisse auf zusammengefasster WZ-2-Ebene anschauen (Methode II). Anders als bei den Erwerbstätigen- und sozialversicherungspflichtig Beschäftigtenzahlen sind in fast allen Wirtschaftszweigen positive durchschnittliche Wachstumsraten der Bruttowertschöpfung festzustellen (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Wachstumsraten der Bruttowertschöpfung in jeweiligen Preisen nach Wirtschaftszweigen (Methode II)

WZ	WZ-Bezeichnung	Durchschnittliche Wachstumsrate BWS (2002-2006)	Anteil BWS an GWS (2006)
85	Gesundheits- und Sozialwesen	2,61%	70,89%
52	Einzelhandel	0,32%	5,37%
93	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	3,45%	4,71%
24	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	6,09%	4,55%
33	Medizin-, Mess-, Steuer- und Regelungstechnik, Optik	7,92%	4,30%
75	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	2,70%	3,01%
73	Forschung und Entwicklung	0,71%	2,23%
92	Kultur, Sport und Unterhaltung	0,49%	2,13%
51	Handelsvermittlung und Großhandel	3,15%	1,35%
91	Organisation Gesundheitswesen	2,51%	0,99%
35	Sonstiger Fahrzeugbau	1,34%	0,32%
66	Versicherungsgewerbe	-5,98%	0,12%
36	Herstellung von Sportgeräten	-1,89%	0,05%

Am stärksten fiel dabei das Wachstum im Bereich der Medizintechnik aus (WZ 33). Ein durchschnittliches jährliches Wachstum von 7,92 Prozent bedeutet eine Erhöhung der Bruttowertschöpfung in den Jahren 2002 – 2006 von knapp 91 Mio. Euro (von 254,8 Mio. Euro im Jahr 2002 auf 345,6 Mio. Euro im Jahr 2006). Nur im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens kam es absolut gesehen zu einer noch höheren Steigerung der Wertschöpfung. In diesem Wirtschaftszweig betrug die Steigerung zwischen 2002 und 2006 ca. 558,5 Mio. Euro. Allerdings ist bei der Interpretation dieser Zahlen zu berücksichtigen, dass das Gesundheits- und Sozialwesen ungefähr 71 Prozent der gesamten Gesundheitswirtschaft ausmachen, während der Anteil der Medizintechnik nur 4,3 Prozent beträgt.

Im Anschluss an die Betrachtung der gesamten GWS erfolgt nun die genauere Untersuchung des Zweiten Gesundheitsmarktes für Sachsen.

5.2 DER ZWEITE GESUNDHEITSMARKT SACHSENS IN ZAHLEN

In diesem Kapitel liegt das Hauptaugenmerk auf der gesonderten Betrachtung des Zweiten Gesundheitsmarktes. Ziel ist es, dessen Ausmaß sowohl hinsichtlich der Bruttowertschöpfung als auch in Bezug auf die Erwerbstätigenanzahl für Sachsen abzubilden. Dafür bedarf es zunächst der Abgrenzung und Zuordnung der einzelnen Wirtschaftszweignummern zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt. Dies füllt das folgende Kapitel aus, bevor anschließend konkrete Werte für Sachsen berechnet werden.

5.2.1 ABGRENZUNG UND ZUORDNUNG DER WIRTSCHAFTSZWEIGE ZUM ERSTEN UND ZWEITEN GESUNDHEITSMARKT

Trotz der vorhandenen Möglichkeiten, die der WSA bietet, wurde bei den bisher durchgeführten Studien mit dem WSA der äußere Randbereich des Schichtenmodells – und somit zum großen Teil der Zweite Gesundheitsmarkt - nicht berücksichtigt. Diese Ansicht der Gesundheitswirtschaft ist in unseren Augen unvollständig. In der vorliegenden Arbeit für Sachsen wird dieser Rahmen daher erweitert und dem Randbereich eine explizite Bedeutung für die Entwicklung des Zweiten Gesundheitsmarktes zugeschrieben. Auf Bundesebene besteht ebenfalls das Ziel, diesem Problem der Nichterfassung und schwierigen Abgrenzung Abhilfe zu schaffen. Dafür wurde vom Bundesministerium für Wirtschaft ein Forschungsauftrag zur Erarbeitung eines Gesundheitssatellitenkontos erteilt, welches sowohl den Ersten, als auch den Zweiten Gesundheitsmarkt hinsichtlich ihrer Wertschöpfung und Erwerbstätigenanzahl erfasst. Dieser Bericht wurde im November 2009 vorgelegt.

Zunächst werden in einem ersten Schritt die betrachteten Wirtschaftszweige den einzelnen Schichten des Schichtenmodells und deren Unterpunkten zugeordnet (Tabelle 11). Die anteilige Zugehörigkeit der WZ-Nummern zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt wird in Form eines Gewichtungsfaktors angegeben.

Dabei ist es weniger von Bedeutung (und auch nicht möglich), die genauen Werte des Zweiten Gesundheitsmarktes exakt zu prognostizieren, als vielmehr eine grobe Größenordnung anzugeben. Es schließt sich eine kurze Begründung der Gewichtungsfaktoren für den Ersten sowie Zweiten Gesundheitsmarkt im nachfolgenden Text an.

In einer Studie von Roland Berger (vgl. Kartte und Neumann, 2008) wird das Potential des Zweiten Gesundheitsmarktes näher beleuchtet. Dabei wird von einem prozentualen Anteil in der gesamten Gesundheitswirtschaft von ungefähr 20 % ausgegangen. Dabei fließt auch der Randbereich des Schichtenmodells mit ein, auch wenn dies nicht in dem Detaillierungsgrad geschieht, wie wir ihn ansetzen. Dieser Wert von 20% dient für die folgenden Berechnungen als die Grundlage, von welcher jedoch in begründeten Fällen abgewichen wird.

Der gesamte Kernbereich mit dem Gesundheits- (85.1) sowie Sozialwesen (85.3) nimmt für den Ersten Gesundheitsmarkt 80 % ein, der Zweite Gesundheitsmarkt liegt bei 20 %. Dies wird damit begründet, dass der Großteil der Leistungen von der GKV oder PKV im Rahmen einer Krankheitsvollversicherung getragen wird. Allerdings kann aufgrund von Zusatzversicherungen oder individuellen Gesundheitsleistungen eine bessere Gesundheitsversorgung erreicht werden, welche jedoch privat zu finanzieren ist. Beides ist sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich des Gesundheitswesens verbreitet.

Der zweite Bereich des Schichtenmodells ist der des Handels. Aufgrund von Berichten über die Verkaufszahlen in Apotheken (52.31) liegt unsere Annahme begründet, dass 75 %, vor allem Arzneimittel, im Rahmen des Ersten Gesundheitsmarktes verkauft wird. Die restlichen 25 % sind beispielsweise freiverkäufliche Arzneimittel, Medikamente im Rahmen der alternativen Medizin sowie Pflegeprodukte, welche keine Finanzierung der Krankenkassen erfahren. Unter der WZ-Nummer 52.32 wird der Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln gelistet. Darunter ist bspw. der Orthopädieschuhmacher zu zählen, ebenso wie der Verkauf von Prothesen oder Gehhilfen. Für diesen Bereich wird ebenfalls von einer 80-20-Aufteilung ausgegangen, da trotz Krankenversicherung eine Zuzahlung geleistet werden muss oder im Rahmen freiwilliger Gesundheitsvorsorge ein entsprechendes Produkt auf eigene Kosten getragen wird. Bei den Augenoptikern (52.49.3) hat sich mit den Gesundheitsreformen seit 2004 viel getan.

Inzwischen bezahlen die Krankenversicherungsunternehmen nur noch in Ausnahmefällen die entsprechenden Leistungen (2 %). Auf den Zweiten Gesundheitsmarkt entfällt mit 98 % somit der Großteil der Finanzkraft. Der Großhandel mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen (51.46) wird zu 75 % dem Ersten Gesundheitsmarkt zugeordnet. Der Grund hierfür liegt bei den pharmazeutischen Produkten, welche in Analogie zu den Verkaufszahlen der Apotheken zu drei Vierteln dem Ersten Gesundheitsmarkt zugeordnet werden. Im Vergleich zu Untersuchungen des Statistischen Landesamtes Sachsen fehlt bei unserer Erfassung die Handelsvermittlung von pharmazeutischen Erzeugnissen, medizinischen und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf, Ärztebedarf, Dentalbedarf, zahnärztlichen Instrumenten, Krankenhaus- und Altenpflegebedarf (51.18.5). Dies liegt darin begründet, dass für Sachsen keine Werte erlangt werden konnten und entsprechende Daten auch auf Deutschlandebene lediglich bis auf 4-Steller-Ebene verfügbar waren. Da besagter 4-Steller allerdings zu viele nicht-gesundheitsbezogene Positionen umfasst, wurde auf eine Einbeziehung verzichtet und der Wert als äußerst gering und vernachlässigbar angenommen.

Das Verarbeitende Gewerbe als zweite Schicht des Modells beinhaltet die Herstellung verschiedenster Produkte der Gesundheitswirtschaft. Wie bereits bei den Augenoptikern erklärt, erfährt die Herstellung von augenoptischen Erzeugnissen (33.40.1) die gleiche Aufteilung von 2 % für den Ersten und 98 % für den Zweiten Gesundheitsmarkt. Behindertenfahrzeugen (35.43) wird wieder die bekannte 80-20-Zuordnung zugrunde gelegt. Ebenso wie der Facheinzelhandel mit, ist auch die Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Erzeugnissen (33.1) mit selbiger Standardverteilung einzuordnen. Die WZ-Nummer 15.88 beinhaltet die Herstellung von homogenisierten und diätetischen Nahrungsmitteln, wozu neben Nahrungsergänzungsmitteln und gesonderter Diabetikermedikamente auch die Verarbeitung von bspw. Babynahrung zählt. Aus diesem Grund wird der Anteil gleichmäßig zu 50 % auf beide Märkte verteilt. Sowohl die Herstellung von chemischen Grundstoffen (24.1) als auch die von pharmazeutischen Erzeugnissen (24.4) wird aus den bereits genannten Gründen zu drei Vierteln dem Ersten und zu 25 % dem Zweiten Gesundheitsmarkt angerechnet.

In der dritten Schicht befinden sich weitere Einrichtungen wie die Organisationen des Gesundheitswesens (91.33.2). Diese werden als klassische Einrichtungen des Ersten Gesundheitsmarktes erachtet und somit zu 100 % diesem zugeordnet.

Auf Seiten der öffentlichen Verwaltung des Sozialwesens (75.12.3) sowie Gesundheitswesens (75.12.4) konnten weder für Sachsen noch für Deutschland Zahlen erlangt werden, da diese nicht zugänglich sind. Somit konnte eine Einbeziehung in die Berechnungen nicht erfolgen und eine Zuordnung zu den Gesundheitsmärkten entfällt. Die Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin (73.10.4) sehen wir vollständig, d.h. zu 100 %, durch den Ersten Gesundheitsmarkt finanziert, ebenso wie die Krankenversicherungen (66.03.1) sowie diverse Einrichtungen im Rahmen der Sozialversicherungen (75.30).

Der letzte noch verbleibende Bereich ist der gesundheitsbezogene Randbereich des Schichtenmodells. Diesen ordnen wir vollständig dem Zweiten Gesundheitsmarkt zu. Die Nichtberücksichtigung dieser Wirtschaftszweige bildet den großen Unterschied zwischen dem vorliegenden Bericht und anderen Veröffentlichungen. Wir möchten anhand der Werte in den folgenden Kapiteln verdeutlichen, welches Ausmaß diese Positionen in der Gesundheitswirtschaft einnehmen. Unserer Ansicht nach zählt zur Gesundheitswirtschaft die gesamte Fahrradindustrie (35.42 und 52.49.7), da eine sportliche Betätigung stattfindet und der allgemeine Gesundheitszustand dadurch verbessert wird. Ebenso wie der Bereich Sport (92.6) und die Herstellung von Sportgeräten (36.4) findet auch der Einzelhandel mit Sport- und Campingartikeln (52.49.8) vollständig Einzug in die Erfassung. Zum Freizeitvergnügen und gleichzeitiger Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens dient die WZ-Nummer 93.04 mit Saunen, Fitnesszentren sowie Bädern ohne medizinischen Hintergrund, welche somit durch eigene Finanzmittel zu finanzieren sind. Selbiges trifft auf die Herstellung sowie den Groß- und Einzelhandel mit Körperpflegemitteln und kosmetischen Erzeugnissen zu (24.52, 51.45 und 52.33). Diese dienen dem allgemeinen Wohlbefinden der Bevölkerung. Dem Verständnis nach decken diese Bereiche ebenso wie der gesamte Zweite Gesundheitsmarkt die subjektive Gesundheit ab, welche nicht durch schulmedizinische Leistungen beeinflusst werden kann. Aus diesem Grund finden auch die Dienstleistungen in Frisör- und Kosmetiksalons (93.02) Berücksichtigung in den Berechnungen, da sie zu einem ganzheitlichen Wohlfühlen beitragen. Ist die Rede von Gesundheit, so ist ein wesentlicher Aspekt die Ernährung. Allgemein gehört eine Ernährung mit Obst und Gemüse zu einem gesunden Lebensstil, welche jedoch jedem Konsumenten selbst überlassen ist.

Somit fallen der Groß- und Einzelhandel mit Obst, Gemüse und Kartoffel (51.31 und 52.21) vollständig dem Randbereich zu. Auch Reformwaren (52.27.1) dienen der Unterstützung einer gesunden Ernährung.

Es gibt noch offene Punkte im Randbereich des Schichtenmodells, welche auch bei uns nicht berücksichtigt werden konnten. Dazu zählt zum Einen der Tourismus. Es steht außer Frage, dass ein bestimmter Anteil am Gastgewerbe gesundheitsbezogen ist – besonders die Anzahl der Wellnessurlaube ist in den letzten Jahren zunehmend gestiegen und ein Ende des Trends ist nicht abzusehen. Allerdings ist der konkrete Anteil schwer abzuschätzen, da keine entsprechende WZ-Nummer existiert. Zwar gibt es den Bereich der Reisebüros und Reiseveranstalter, wie hoch allerdings die gebuchten Reisen im Bereich Wellness bzw. Gesundheitswirtschaft sind, kann nicht ausgemacht werden. Wenn auch nicht die Leistung in Form der Übernachtung, so sind in unseren Berechnungen aber zumindest die medizinischen und nicht-medizinischen Massagen, Bäder, Saunaaufenthalte und Ähnliches enthalten, welche normalerweise im Rahmen eines solchen Gesundheitsurlaubs zur Anwendung kommen. Der letzte zu klärende Punkt des Schichtenmodells ist der des Service-/ Betreuten Wohnens. Aufgrund der Alterung der Gesellschaft erlangt auch die Architektur von Gebäuden zunehmend an Bedeutung. So ist die Anforderung nach rollstuhlfahrgerechten Wohnungen gestiegen und es gibt zahlreiche Zentren für betreutes Wohnen, Demenz-WGs oder Behinderten-WGs. Da dies die Lebensqualität der betroffenen Menschen stark erhöht, ist ein zunehmender Teil der Bevölkerung willig, diese Annehmlichkeiten privat zu finanzieren. Die staatlich finanzierten Einrichtungen des Sozialwesens sind in vielen Fällen entweder qualitativ nicht vergleichbar oder decken den steigenden Bedarf zunehmend weniger alleine ab.

In unserer Analyse unterscheiden wir nicht nur zwischen dem Ersten und Zweiten Markt, sondern betrachten innerhalb des Zweiten Marktes diejenigen WZ etwas genauer, die im Schichtenmodell ausschließlich in der äußersten Schale anzutreffen sind. Somit umfasst dieser Randbereich alle WZ, die zu 100 % dem Zweiten Gesundheitsmarkt zuzurechnen sind (vgl. Tabelle 11).

Anhand dieser Einteilung und Zugehörigkeit zum Zweiten Gesundheitsmarkt erfolgt in den nachfolgenden Abschnitten die Berechnung der Erwerbstätigenanzahl sowie der Wertschöpfung.

Tabelle 11: Bereiche Schichtenmodell zu WZ-Nummern und deren anteilige Zuordnung zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt

Bereiche im Schichtenmodell		WZ-Nummern	GF Gesundheitsmärkte 2006	
			Erster	Zweiter
Kernbereich	Gesundheitswesen	85.1 Gesundheitswesen	0,8	0,2
	Sozialwesen	85.31.3 bis 85.31.9 Heime	0,8	0,2
		85.32.4 bis 85.32.7 Sozialwesen, a.n.g.	0,8	0,2
1. Schicht: Handel	Fach- und Einzelhandel inkl. Apotheken	52.31 Apotheken	0,75	0,25
		52.32 Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln	0,8	0,2
		52.49.3 Augenoptiker	0,02	0,98
	Großhandel mit Gesundheitsprodukten	51.46 GH mit pharmazeutischen, medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen	0,75	0,25
2. Schicht: Verarbeitendes Gewerbe	Gesundheitshandwerk	33.40.1 H. v. augenoptischen Erzeugnissen	0,02	0,98
		35.43 H. v. Behindertenfahrzeugen	0,8	0,2
	Medizintechnik	33.1 H. v. medizinischen Geräten und orthopädischen Erzeugnissen	0,8	0,2
	Bio- und Gentechnologie	15.88 H. v. homogenisierten und diätetischen Nahrungsmitteln	0,5	0,5
	Pharmazeutische Industrie	24.1 H. v. chemischen Grundstoffen	0,75	0,25
		24.4 H. v. pharmazeutischen Erzeugnissen	0,75	0,25
3. Schicht: Weitere Einrichtungen	Organisationen der Gesundheitswirtschaft	91.33.2 Organisationen des Gesundheitswesens	1	0
	Öffentliche Verwaltung	75.12.3 (Öfftl. Verw. Sozialwesen) und 75.12.4 (Öfftl. Verw. Gesundheitswesen)		
		Forschung und Entwicklung	73.10.4 Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin	1
	Krankenversicherung	66.03.1 Krankenversicherungen	1	0
		75.30.1, 75.30.2, 75.30.5 bis 75.30.7 Sozialversicherung und Arbeitsförderung	1	0
Randbereich	Sport und Freizeit	35.42 H. v. Fahrrädern	0	1
		36.4 H. v. Sportgeräten	0	1
		52.49.7 EH mit Fahrrädern, Fahrradteilen und -zubehör und 52.49.8 EH mit Sport- und Campingartikeln	0	1
		92.6 Sport	0	1
		93.04 Sauna, Solarien, Fitnesszentren und Ähnliches	0	1
		24.52 H. v. Duftstoffen und Körperpflegemitteln	0	1
	Wellness	51.45 GH mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln	0	1
		52.33.1 EH mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln	0	1
		93.02 Frisör- und Kosmetiksalons	0	1
		51.31 GH mit Obst, Gemüse und Kartoffeln	0	1
	Ernährung	52.21 EH mit Obst, Gemüse und Kartoffeln	0	1
		52.27.1 EH mit Reformwaren	0	1
		Tourismus		
	Service-/ Betreutes Wohnen			

5.2.2 ERWERBSTÄTIGE

Die Erwerbstätigenzahlen im Zweiten Gesundheitsmarkt haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen (vgl.

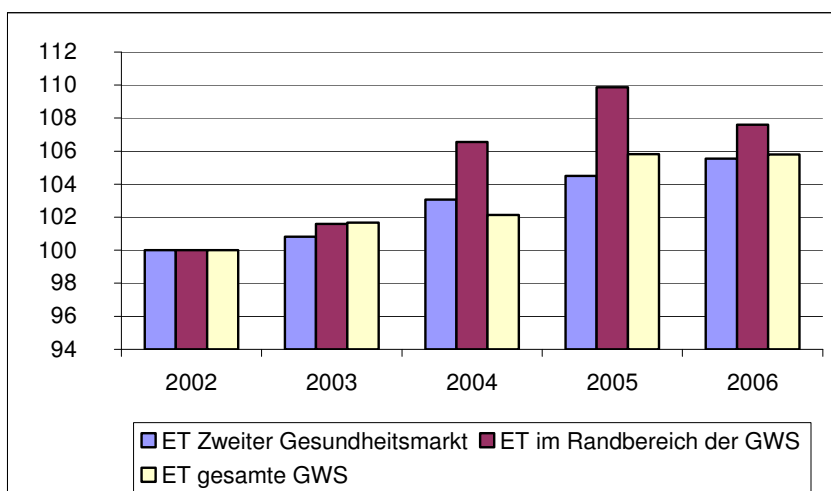
Tabelle 12). Knapp 27 Prozent der ET in der Gesundheitswirtschaft lassen sich dem Zweiten Gesundheitsmarkt nach unserer Abgrenzung zurechnen, wobei knapp 8 Prozent in Branchen tätig sind, die wir ausschließlich der Gesundheitswirtschaft zuordnen.

Tabelle 12: Erwerbstätige im Zweiten Gesundheitsmarkt in Sachsen

	2002	2003	2004	2005	2006
Erwerbstätige im Zweiten Gesundheitsmarkt	61.385	61.886	63.261	64.137	64.789
Anteil an der gesamten Gesundheitswirtschaft	26,70%	26,48%	26,94%	26,37%	26,64%
Erwerbstätige im Randbereich der GWS	17.143	17.415	18.267	18.833	18.446
Anteil an der gesamten Gesundheitswirtschaft	7,46%	7,45%	7,78%	7,74%	7,58%

Wie Abbildung 6 zeigt, war das Wachstum der Erwerbstätigenzahlen in den Branchen, die ausschließlich dem Zweiten Gesundheitsmarkt zuzuordnen sind (Randbereich) teilweise deutlich höher als im gesamten Zweiten Gesundheitsmarkt oder in der gesamten Gesundheitswirtschaft.

Abbildung 6: Indizes der Erwerbstätigen des Zweiten Gesundheitsmarktes in Sachsen



Betrachtet man den gesamten Zweiten Gesundheitsmarkt in seinen Einzelsektoren, so zeigt sich, dass das Gesundheits- und Sozialwesen ebenso wie in der gesamten Gesundheitswirtschaft eine dominierende Rolle spielt. Dies hängt mit der verwendeten Abgrenzung zusammen, wonach 20 Prozent der Erwerbstätigen in diesem Sektor dem Zweiten Gesundheitsmarkt zugerechnet werden können. Da in dieser Studie die Abgrenzung des Zweiten Gesundheitsmarktes anhand der Finanzierungsart erfolgt (privat vs. staatlich bzw. öffentlich), scheint dieser Anteil realistisch.

Wie im Gesundheits- und Sozialwesen ist auch das durchschnittliche Wachstum der Erwerbstätigenzahlen im zweitwichtigsten Wirtschaftszweig des Zweiten Gesundheitsmarkts – der Erbringung von sonstigen Dienstleistungen – positiv (vgl. Tabelle 13). Interessant ist ferner, dass insbesondere im produzierenden Sektor die Beschäftigung zurückging, während sie in dienstleistungsnahen Bereichen eher zugenommen hat.

Tabelle 13: Wachstumsraten der ET im Zweiten Gesundheitsmarkt insgesamt in Sachsen

WZ	WZ-Bezeichnung	Durchschnittliche Wachstumsrate der ET (2002-2006)	Anteil ET am Zweiten Gesundheitsmarkt (2006)
85	Gesundheits- und Sozialwesen	1,68%	55,80%
93	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	3,30%	16,91%
52	Einzelhandel	-1,43%	10,82%
92	Kultur, Sport und Unterhaltung	0,35%	7,64%
24	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	-0,24%	3,70%
33	Medizin-, Mess-, Steuer- und Regelungstechnik, Optik	2,25%	2,42%
51	Handelsvermittlung und Großhandel	1,48%	1,90%
35	Sonstiger Fahrzeugbau	-3,39%	0,68%
36	Herstellung von Sportgeräten	-7,96%	0,14%

Im Folgenden betrachten wir schließlich die Entwicklung derjenigen Branchen im Vergleich, die in der vorgenommenen Abgrenzung ausschließlich der Gesundheitswirtschaft zugerechnet werden. Wie Tabelle 14 zeigt, dominiert die Branche „Frisör- und Kosmetiksalons“ nach unserer Abgrenzung den Bereich des Randbereiches der Gesundheitswirtschaft in Sachsen. In den letzten Jahren wuchs die Anzahl der Erwerbstätigen in diesem Sektor um jährlich 3,02 Prozent. Im Jahr 2006 waren hier 9.209 Personen beschäftigt.

Tabelle 14: Wachstumsraten der ET im Zweiten Gesundheitsmarkt - Randbereich

WZ	WZ-Bezeichnung	Durchschnittliche Wachstumsrate ET (2002-2006)	Anteil ET am Zweiten Gesundheitsmarkt (2006)
93.02	Frisör- und Kosmetiksalons	3,02%	49,92%
92.6	Sport	0,35%	26,84%
93.04	Sauna, Solarien, Fitnesszentren	4,84%	9,47%
52.33	EH mit Parfümeriewaren und Körperpflegemitteln	0,09%	4,47%
24.52	Herstellung von Duftstoffen und Körperpflegemitteln	0,70%	3,60%
35.42	Herstellung von Fahrrädern	-2,87%	2,26%
51.31	GH mit Obst, Gemüse und Kartoffeln	-0,83%	0,92%
52.27	EH mit Reformwaren	-3,81%	0,80%
51.45	GH mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln	3,45%	0,73%
36.4	Herstellung von Sportgeräten	-7,96%	0,49%
52.21	EH mit Obst, Gemüse und Kartoffeln	-5,08%	0,49%

Die höchste durchschnittliche Wachstumsrate ist allerdings bei Saunen, Solarien und Fitnesszentren zu verzeichnen (durchschnittlich 4,84 Prozent pro Jahr). Allerdings sind hier in absoluten Zahlen vergleichsweise wenig Erwerbstätige tätig (1.747 im Jahr 2006).

Während im Dienstleistungsbereich die Zahl der Erwerbstätigen in den letzten Jahren stieg, sank sie in den Bereichen der Produktion (Herstellung von Fahrrädern, Herstellung von Sportgeräten) und im Handel (insbesondere im Einzelhandel). Dies verdeutlicht die wachsende Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen und des Zweiten Gesundheitsmarktes im Speziellen als Wachstumsmotor für die Beschäftigungssituation der Dienstleistungsbranche.

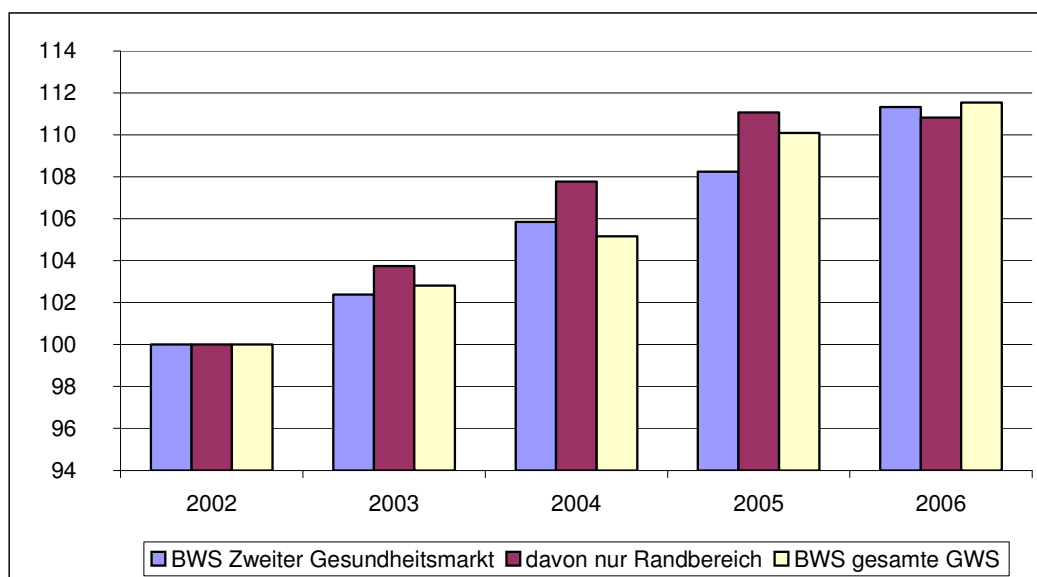
5.2.3 BRUTTOWERTSCHÖPFUNG

Im Jahr 2006 wurde im Zweiten Gesundheitsmarkt in Sachsen eine Bruttowertschöpfung von über 2 Mrd. Euro erreicht (vgl. Tabelle 15). Diese Wertschöpfung entsprach einem Anteil an der gesamten Gesundheitswirtschaft von knapp 27 Prozent. Gut 600 Mio. Euro werden nach unserer Abgrenzung im Randbereich der GWS erwirtschaftet (Obst und Gemüse, Drogerieartikel usw.).

Tabelle 15: Bruttowertschöpfung im Zweiten Gesundheitsmarkt in Sachsen

	2002	2003	2004	2005	2006
BWS im Zweiten Gesundheitsmarkt	1.911.676	1.957.434	2.023.642	2.069.383	2.128.214
Anteil an der gesamten Gesundheitswirtschaft	26,53%	26,42%	26,71%	26,09%	26,48%
BWS im Randbereich der GWS	579.887	601.554	624.921	644.021	642.669
Anteil an der gesamten Gesundheitswirtschaft	8,05%	8,12%	8,25%	8,12%	8,00%

Abbildung 7 zeigt, dass die Wertschöpfung im Zweiten Gesundheitsmarkt ungefähr im gleichen Maße zugenommen hat wie im gesamten Gesundheitsmarkt (jährlich durchschnittlich um 2,7 bzw. 2,6 Prozent). Außerdem ist bei der Wertschöpfung kein ausgeprägter Unterschied bei den zwei unterschiedlichen Abgrenzungen des Zweiten Gesundheitsmarktes erkennbar.

Abbildung 7: Indizes der Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft Sachsen

Wie bei den Erwerbstätigen ist auch bei der BWS das Gesundheits- und Sozialwesen der mit Abstand bedeutsamste Wirtschaftszweig, gefolgt von der Erbringung von sonstigen Dienstleistungen (vgl. Tabelle 16). Die höchsten Wachstumsraten werden allerdings bei der Medizin-, Mess-, Steuer- und Regelungstechnik und Optik erzielt (+8,99 %). In diesem Bereich betrug im Jahr 2006 in Sachsen die BWS ca. 75,8 Mio. Euro. Im Bereich der Herstellung von chemischen Erzeugnissen (BWS im Jahr 2006: 115, 5 Mio. Euro) lag die durchschnittliche Wachstumsrate der nominalen Bruttowertschöpfung bei 6,34 Prozent.

Tabelle 16: Wachstumsraten der BWS im Zweiten Gesundheitsmarkt 2002 – 2006 insgesamt (nominal)

WZ	WZ-Bezeichnung	Durchschnittliche Wachstumsrate BWS (2002-2006)	Anteil der BWS an GWS (2006)
85	Gesundheits- und Sozialwesen	2,61%	53,54%
93	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	3,45%	17,77%
52	Einzelhandel	0,08%	8,91%
92	Kultur, Sport und Unterhaltung	0,49%	8,03%
24	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	6,34%	5,43%
33	Medizin-, Mess-, Steuer- und Regelungstechnik, Optik	8,99%	3,56%
51	Handelsvermittlung und Großhandel	3,03%	1,56%
35	Sonstiger Fahrzeugbau	2,98%	1,00%
36	Herstellung von Sportgeräten	-1,89%	0,21%

Auch bei der Bruttowertschöpfung wollen wir uns wieder diejenigen gesundheitswirtschaftlichen Bereiche etwas genauer anschauen, die ausschließlich dem Zweiten Gesundheitsmarkt zurechenbar sind.

In diesem Teilmarkt wird die höchste Wertschöpfung in Frisör- und Kosmetiksalons erzielt (vgl. Tabelle 17) und betrug 2006 knapp 318 Mio. Euro. Das durchschnittliche jährliche Wachstum des WZ 93.02 lag mit 3,17 Prozent etwas über dem jährlichen Wachstum des gesamten Gesundheitsmarktes

Tabelle 17: Wachstumsraten der BWS (nominal) im Zweiten Gesundheitsmarkt, Randbereich

WZ	WZ-Bezeichnung	Durchschnittliche Wachstumsrate der BWS (2002-2006)	Anteil BWS am Zweiten Gesundheitsmarkt (2006)
93.02	Frisör- und Kosmetiksalons	3,17%	49,47%
92.6	Sport	0,49%	26,60%
93.04	Sauna, Solarien, Fitnesszentren	4,99%	9,38%
24.52	Herstellung von Duftstoffen und Körperpflegemitteln	7,34%	4,99%
52.33	EH mit Parfümeriewaren und Körperpflegemitteln	1,62%	3,47%
35.42	Herstellung von Fahrrädern	3,53%	3,13%
51.31	GH mit Obst, Gemüse und Kartoffeln	0,69%	0,71%
36.4	Herstellung von Sportgeräten	-1,89%	0,68%
52.27	EH mit Reformwaren	-2,34%	0,62%
51.45	GH mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln	5,03%	0,57%
52.21	EH mit Obst, Gemüse und Kartoffeln	-3,63%	0,38%

Die höchsten jährlichen Wachstumsraten konnten allerdings bei der Herstellung von Duftstoffen und Körperpflegemitteln erzielt werden (+7,34 Prozent). Im Jahr 2006 lag hier die Bruttowertschöpfung bei 32 Mio. Euro.

6 KRITISCHE ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Der Vorteil der von uns vorgestellten Berechnungen liegt in der vergleichsweise einfachen Methodik. So wurden für die einzelnen Berechnungen die verfügbaren Statistiken zu den Wirtschaftszweigen verwendet (Bruttowertschöpfung, sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und die Umsatzsteuerstatistik). Damit ist eine gute und einfache Nachvollziehbarkeit gegeben. Für die Berechnungen werden ausschließlich die in Kapitel 3.2 dargestellten Formeln angewandt.

Der Preis für die „Einfachheit“ ist möglicherweise eine gewisse Ungenauigkeit. So sind in den frei verfügbaren Statistiken bestimmte Werte teilweise nicht aufgeführt, da sie aufgrund zu geringer Fallzahlen der Geheimhaltung unterliegen. Außerdem muss man aufgrund fehlender Informationen bei der Ableitung der Gewichtungsfaktoren auf grobe Abschätzungen abstellen. Bei der Methodik I für die Berechnung der Bruttowertschöpfung kommt erschwerend hinzu, dass die Umsatzsteuer dort erhoben wird, wo der Hauptsitz der Firma liegt. Wird in Sachsen etwas von Firmen produziert, welche ihren Sitz nicht in Sachsen haben, wird dieser Umsatz nicht in der Umsatzsteuerstatistik Sachsens erfasst.

Obwohl wir bei unseren Berechnungen mehr Wirtschaftszweige als das Statistische Landesamt einbezogen haben, liegen unsere Daten entgegen der Erwartungen nicht über den Werten des StaLa oder anderen Veröffentlichungen, wie bspw. des Gesundheitssatellitenkontos. Aufgrund der geringen Informationen an genau verwendeten Daten bzw. Berechnungswegen der anderen Studien können die Differenzen allerdings nicht im Detail aufgezeigt werden. Aus diesen Gründen plädiert das Gesundheitsökonomische Zentrum hinsichtlich einer erweiterten Bestandsaufnahme der Gesundheitswirtschaft in Sachsen für eine Kooperation mit dem Statistischen Landesamt Sachsen (sowie möglicherweise weiteren Partnern aus der Forschung). Ziel sollte es sein, eine verlässliche Methodik auf dem Gebiet der Gesundheitswirtschaft zu entwickeln.

Eine wichtige Grundlage für eine sich weiter entfaltende Gesundheitswirtschaft kann in der Ausbildung des Gesundheitspersonals gesehen werden. Der Freistaat Sachsen verfügt über zwei Universitätskliniken mit den Standorten Dresden und Leipzig.

Während einerseits eine medizinische Ausbildung in der Region positiv auf die Gewährleistung des Versorgungsauftrags in Stadt und auf dem Land wirken kann, bietet ein Universitätsklinikum ein besonderes Potential für Forschung und Entwicklung in einer Vielzahl von Grundlagen- und Anwendungsbereichen der Forschung. Die Standorte Dresden und Leipzig zeichnen sich bereits gegenwärtig durch eine gedeihende Clusterstruktur aus. Nicht nur Synergieeffekte innerhalb der Universität, mit ihren verschiedenen Fakultäten und Instituten produzieren neueste Erkenntnisse, sondern insbesondere auch die Kooperation mit nationalen und internationalen Forschungseinrichtungen tragen zur Entwicklung von spezifischen Kompetenzen an den jeweiligen Standorten bei. In Dresden und Leipzig etablieren sich Netzwerke mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Diese sind die Grundlage für die Entwicklung grundlegender Erkenntnisse und den Transfer in der Anwendung und Erzeugung neuer Produkte, welche regional, national und international abgesetzt werden. Für Sachsen sind dabei drei Punkte wesentlich. Erstens kann die Etablierung derartiger Cluster zur Imagebildung eines Wissenschafts- und Hochtechnologiestandortes beitragen. Zweitens entwickeln derartige Cluster Agglomerations- und Spezialisierungseffekte und fördern die Ansiedlung einer Vielzahl verwandter Industrien und somit eine größere Wertschöpfungstiefe, ähnlich der Mikroelektronik im Raum Dresden. Drittens, die Etablierung derartiger Cluster hat einen mittelbaren Effekt auf die Region bzgl. der hochwertigen medizinischen Versorgung.

Die Unterstützung und Wegweisung der Sächsischen Regierung kann dabei die positive Entwicklung der Gesundheitswirtschaft voranbringen. Beispielsweise gilt für die Zukunftsfelder Nanotechnologie, Optische sowie Biotechnologie in besonderem Maße, dass noch keine etablierten Standortstrukturen existieren. Entscheidend für die Entwicklung der Bereiche ist vielmehr das notwendige innovative Umfeld, welches durch öffentliche Forschungseinrichtungen gegeben werden kann (Zukunftsfelder Ostdeutschland, S. XIII). Die Optische Industrie kommt häufig in der Medizintechnik zur Anwendung, umfasst aber weitaus mehr als lediglich die reine Augenoptik (Zukunftsfelder Ostdeutschland, S. 160f.). Auch in diesem Bereich ist der Markt hinsichtlich des Standortes noch nicht endgültig verteilt. Entsprechende positive Anreize auf Seiten der Politik können für innovative Unternehmen auf fruchtbaren Boden stoßen.

Als Beispiele werden Venture Capital, qualifizierte Arbeiter sowie eine spezialisierte und öffentliche Forschungsumgebung genannt (Zukunftsfelder Ostdeutschland, S. 161).

Aufgrund der demografischen Veränderungen in den nächsten Jahren kann es aber gerade in den arbeitsintensiven Bereichen der Gesundheitswirtschaft zu erheblichen Engpässen kommen. Gerade im Pflegebereich werden neue Strategien zur Deckung der steigenden Nachfrage erforderlich sein. Allerdings sei auch darauf hingewiesen, dass die absehbare Zunahme der Zahl alter Menschen nicht notwendiger Weise eine proportionale Zunahme der Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen muss. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die aufgrund einer höheren Lebenserwartung „gewonnenen“ Lebensjahre verstärkt in guter Gesundheit verbracht werden. Dieser Sicht liegt die Annahme zu Grunde, dass die höchsten Gesundheitskosten im letzten Lebensjahr unabhängig vom Alter anfallen (vgl. bspw. Werblow et al. 2007 für einen empirischen Beleg dieses Sachverhalts). Damit ein solches Szenario Wirklichkeit werden kann, ist die Stärkung des Zweiten Gesundheitsmarktes von herausragender Bedeutung. Unsere Zahlen zeigen, dass der Zweite Gesundheitsmarkt schon heute eine bedeutende Rolle innerhalb der Gesundheitswirtschaft in Sachsen spielt.

Prognosen anderer Studien zeigen, dass auch in Zukunft von einem hohen Wachstum der Gesundheitswirtschaft – und insbesondere des Zweiten Gesundheitsmarktes – ausgegangen werden kann. Im Rahmen des Gesundheitssatellitenkontos wird ein jährlicher Anstieg der BWS von 2,1 Prozent bis zum Jahr 2030 prognostiziert, die Erwerbstätigen nehmen in der gleichen Zeit um jährlich 1,3 Prozent zu. Die Prognos AG sieht die positive Entwicklung der gesamten Gesundheitswirtschaft zwar etwas weniger stark ausgeprägt, dafür wird den privaten Ausgaben – und somit dem Zweiten Gesundheitsmarkt – ein jährliches Wachstum von 4,6 % vorausgesagt. Dieses Potential gilt es für Sachsen zu nutzen und somit neue Wertschöpfung sowie Arbeitsplätze zu generieren.

LITERATUR

- Braun, Gerald/Eich-Born, Marion: Wirtschaftliche Zukunftsfelder in Ostdeutschland, o.O.: o.V., 2008, http://www.bmvbs.de/Anlage/original_1030473/Studie-Zukunftsfelder-in-Ostdeutschland.pdf (30.09.2009)
- Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter/Kifmann, Mathias: Gesundheitsökonomik. 5. überarbeitete Auflage, Berlin: Springer-Verlag GmbH, 2005
- Goldschmidt, Andreas J.W/Hilbert, Josef (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland – Die Zukunftsbranche, Wegscheid: Wikom GmbH, 2009
- Karte, Joachim/Neumann, Karsten: Der Gesundheitsmarkt – Sicht der Bürger – Strategien der Anbieter (Studie), München: Roland Berger, 2008
- Ostwald, Dennis A.: Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2008
- Ostwald, Dennis A./Ranscht, Anja: Wachstums- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg (Studie im Auftrag von HealthCapital Berlin-Brandenburg), Berlin: HealthCapital, 2007
- Prognos AG (Hrsg.): Prognos Deutschland Report 2030, Textband und Tabellenband, Berlin: Prognos AG, 2006
- Prognos AG (Hrsg.): Zukunftsatlas Branchen 2009, Berlin: Prognos AG, 2009, <http://www.prognos.com/Zukunftsatlas-2009-Branchen.656.0.html> (23.09.2009)
- Prognos AG (Hrsg.): Zukunftsatlas Branchen 2009, Karte Zukunftsfeld Gesundheitswirtschaft, Berlin: Prognos AG, 2009, <http://www.prognos.com/Karten.658.0.html> (14.10.2009)
- Ranscht, Anja u.a.: Wachstums- und Beschäftigungseffekte in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, Darmstadt: WifOR, 2009, http://www.healthcapital.de/fileadmin/download/2009/Ruerup_Studie_09/Gesundheitswirtschaft_Datenaktualisierung_2009_180809.pdf (30.09.2009)
- Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg.): Klassifikation der Wirtschaftszweige mit Erläuterungen – Ausgabe 2003, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt Deutschland, 2003, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Klassifikationen/GueterWirtschaftsklassifikationen/klassifikationwz2003__erl,property=file.pdf (28.09.2009)
- Statistisches Landesamt Sachsen: Erstmals Zahlen zur Gesundheitswirtschaft in Sachsen, Kamenz: Statistisches Landesamt Sachsen, 2009, http://www.statistik.sachsen.de/21/08_08/08_08_infoliste.asp (04.11.2009)

Werblow, Andreas: Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 2002, S. 427-436

Werblow, Andreas/Felder, Stefan/Zweifel, Peter: Population Ageing and Health Care Expenditure: A School of 'Red Herrings'?. Health Economics, 2007, Nr. 16, S. 1109-1126, 2007