

Brunner, Johann K.; Buchegger, Reiner

Working Paper

Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen in Österreich

Working Paper, No. 0112

Provided in Cooperation with:

Johannes Kepler University of Linz, Department of Economics

Suggested Citation: Brunner, Johann K.; Buchegger, Reiner (2001) : Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen in Österreich, Working Paper, No. 0112, Johannes Kepler University of Linz, Department of Economics, Linz

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/97456>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

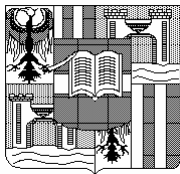
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



**Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen in
Österreich**

von

Johann K. Brunner^{*)} und Reiner Buchegger

Arbeitspapier Nr. 0112
Dezember 2001

Johannes Kepler Universität Linz
Institut für Volkswirtschaftslehre
Altenberger Straße 69
A-4040 Linz - Auhof, Austria
www.economics.uni-linz.ac.at

^{*)} Korrespondierender Autor:
johann.brunner@jku.at
Tel. +43 (0)70 2468 -8248, -9821 (Fax)

I Einleitung

Die Entwicklung des Gesundheitswesens stellt ein wichtiges und umstrittenes Thema der aktuellen sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Diskussion dar. Dabei geht es um eine Vielzahl sehr verschiedener Fragen, die einerseits die Aufrechterhaltung des finanziellen Gleichgewichts im Rahmen der derzeitigen institutionellen Struktur betreffen, zum anderen aber auch strukturelle Änderungen zum Inhalt haben, wie etwa die Beziehungen zwischen den selbstverwalteten Sozialversicherungen untereinander und zu den zuständigen Ministerien, Kostenaufteilungen zwischen Sozialversicherungen, Krankenhausträgern und Privaten, Abschaffung des Systems der Pflichtversicherungen und Ähnliches. Die Diskussion ist Teil der unter dem allgemeineren Titel der Reform des Sozialstaates geführten Auseinandersetzung, bei der eben auch andere Bereiche der Sozialpolitik (etwa Kinderbetreuung, Altersvorsorge, Arbeitslosenunterstützung, ...) angesprochen werden.¹

Ökonomisch gesehen liegt der Grund für die besondere Aufmerksamkeit, die dem Gesundheitswesen zukommt, in der Tatsache, dass die von diesem Sektor erbrachten Leistungen keine üblichen Güter und Dienstleistungen wie Kleider oder Reisen darstellen, sondern dass sie mit speziellen Charakteristika (wie fehlende Markttransparenz, angebotsinduzierte Nachfrage, externe Effekte, u.a.²) verbunden sind, die das Funktionieren von Märkten in Frage stellen oder sogar ausschließen. Daher wird ein großer Teil der Bereitstellung durch öffentliche Mittel (Steuern, Beiträge) finanziert und die Entscheidungen darüber haben einen anderen Stellenwert als individuell ausgeübte private Nachfrage in anderen Bereichen der Volkswirtschaft.

Für eine ökonomische Argumentation zum Funktionieren des Gesundheitswesens wäre es wichtig, verlässliche Aussagen über die Effizienz und die Verteilungswirkungen der gegenwärtigen Organisation und möglicher alternativer Regelungen machen zu können. Das wichtigste Hindernis, das der Gewinnung derartiger Aussagen entgegensteht, liegt in den Schwierigkeiten, den Output der Einrichtungen des Gesundheitssystems zuverlässig zu messen, um ihn in einer

¹ Auf den Gesundheitsbereich entfällt etwa ein Viertel der Sozialausgaben in Österreich (Statistik Austria 2000).

Kosten-Nutzen-Betrachtung bzw. für Effizienzvergleiche dem Input gegenüberstellen zu können.³

Als ein erster Schritt für eine umfassende ökonomische Analyse des Gesundheitswesens aus einer Makroperspektive liegt es nahe, sich zunächst auf die Erfassung des für die Bereitstellung von Gesundheitsgütern und –dienstleistungen aufgewendeten Ressourceneinsatzes zu konzentrieren. Dies wird üblicherweise durch die Zusammenstellung der Gesundheitsausgaben im Rahmen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung vorgenommen und diese Ausgaben werden dann in Form der Gesundheitsquote zum Bruttoinlandsprodukt in Beziehung gesetzt. Zum Teil als Ersatz für die Effizienzmessung in Form eines Input-Output-Vergleichs wird einerseits die zeitliche Entwicklung der Gesundheitsausgaben betrachtet, um Trends bzw. Problembereiche identifizieren zu können. Andererseits werden Gegenüberstellungen der Gesundheitsausgaben verschiedener Länder als Indikatoren für ein über- oder unterdotiertes nationales Gesundheitswesen herangezogen.⁴

Im Abschnitt II des vorliegenden Beitrags wird dargestellt, dass schon die Erhebung der Gesundheitsausgaben, wie sie in den nationalen und internationalen Statistiken ausgewiesen werden, erhebliche Probleme aufwirft. Diese Probleme betreffen einerseits die Definition des zu erfassenden Bereichs, andererseits die Erfassung der Daten sowie deren adäquate Zusammenstellung. Im anschließenden dritten Abschnitt des Beitrags werden die Methoden und die Ergebnisse zweier Studien im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen (Brunner et al. 1999, 2001) präsentiert, in der eine detaillierte Ermittlung des Güter- und Dienstleistungsoutputs und der Wertschöpfung der verschiedenen Produzenten des Gesundheitssektors auf Basis der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung und der Input-Output-Tabelle vorgenommen wurde. Sie hatte die Erstellung vollständiger und kompatibler Produktions- und Güterkonten für die verschiedenen Teilbereiche des

² Zu einer ausführlichen Darstellung der Besonderheiten des Marktes für Gesundheit siehe Breyer/Zweifel 1999.

³ Für den Krankenhaussektor siehe z.B. Hofmarcher /Riedel 2000b. Im Rahmen der Europäischen Union wird derzeit ein Projekt zur Messung des Outputs von Krankenanstalten durchgeführt.

⁴ Einige Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von einer Betrachtung der Makroeffizienz des Gesundheitswesens (z.B. Barr 1998, vgl. auch Theurl 1996). Eine Übersicht über analytische Studien

Gesundheitssektors (einschließlich ihrer Verknüpfungen mit den übrigen Sektoren der österreichischen Volkswirtschaft) sowie die Erfassung der Beschäftigung zum Ziel. Abschnitt IV enthält eine Gegenüberstellung ausgewählter Ergebnisse der beiden vorangehenden Abschnitte sowie einige abschließende Bemerkungen.

II Definition der Gesundheitsausgaben

Die wichtigste Kennzahl für die Größe des Gesundheitssektors eines Staates ist die Gesundheitsquote, das sind, wie erwähnt, die Gesundheitsausgaben in Beziehung zum Bruttoinlandsprodukt. Was sind Gesundheitsausgaben?

Zur Orientierung könnte man verschiedene Umschreibungen des Begriffs „Gesundheit“ heranziehen, von denen die WHO-Formulierung, die Gesundheit als einen Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens definiert, wohl die bekannteste ist. Allerdings erscheint sie für Abgrenzungen wenig geeignet, weil sie viele sozialpolitische Maßnahmen (und darüber hinaus viele Maßnahmen, die das öffentliche Angebot an Gütern des privaten Konsums – etwa Freizeiteinrichtungen - betreffen) mit einschließt, die man in einer engeren Sichtweise nicht dem Gesundheitsbereich zuordnen würde. Spezifischer ist dagegen die im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) vorgenommene Perspektive, die auf den Begriff „Krankheit“ abstellt als einen Zustand, der Krankenbehandlung notwendig macht (§120 ASVG), um Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen Bedürfnisse zu sorgen, wiederherzustellen, zu festigen oder zu bessern (vgl. Hofmarcher/Riedel 2000a).

Von der OECD wurde ein Standard für die Erfassung und Zusammenstellung erarbeitet, das „System of Health Accounts“, das eine möglichst weitgehende internationale Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten ermöglichen soll (siehe OECD 2000). Es baut auf der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) auf und bezieht die Produktions- und Konsumdaten ein, die in einer eher institutionell orientierten Abgrenzung dem Gesundheitsbereich zuzuordnen sind. Für Österreich werden aufgrund von VGR- bzw. finanzstatistischen Daten von Statistik Österreich die

zum Vergleich der Gesundheitsausgaben aus einer Makroperspektive (vor allem zwischen OECD-Ländern) geben Gerdtham/Jönsson (2000).

entsprechenden Zuordnungen vorgenommen und an die OECD gemeldet, die ihrerseits eine große internationale Datenbank erstellt hat und laufend aktualisiert.

Tabelle 1 zeigt die wichtigsten nach OECD-Abgrenzungen dargestellten Gesundheitsausgaben für Österreich in den Jahren 1995-1999. Man ersieht, dass die gesamten Gesundheitsausgaben aus den Kategorien: Konsum der privaten Haushalte an Gesundheitsgütern und -dienstleistungen, Eigenkonsum der privaten „non-profit“-Krankenanstalten und Rettungsdienste, öffentlicher Konsum (soweit er dem Gesundheitsbereich zuzuordnen ist) sowie den Investitionen in diesem Bereich besteht. Es handelt es sich um eine Güterverwendungsrechnung, die auf den Sektor Gesundheit ausgerichtet ist.

Bei näherer Betrachtung der Tabelle erkennt man kaum interpretierbare Brüche in den Zeitreihen, vor allem im Jahr 1997, von denen man vermutet, dass sie mit einer Umstellung der Erhebung bzw. Zuordnung der Daten zusammenhängen dürften. Das verdeutlicht die generelle Problematik, dass ein Verständnis der Ergebnisse statistischer Erhebungen und Berechnungen nur unter Kenntnis der dabei angewandten Methoden möglich ist.

Eine detaillierte Darstellung dieser Methoden ist nicht Gegenstand dieses Beitrags (siehe dazu Dannerbauer 2001). Erwähnt sei, dass die privaten Ausgaben für ambulante und stationäre Gesundheitsdienstleistungen aus den Produktionswerten der Ärzte und Krankenhäuser unter Abzug der von Sozialversicherungen und anderen Institutionen geleisteten Zahlungen ermittelt werden, jene für Versicherungsdienstleistungen ergeben sich als Differenz zwischen den eingezahlten Bruttoprämien für private Kranken- und Unfallversicherung und den Versicherungsleistungen („Schadenszahlungen“) unter Berücksichtigung von Kapitalerträgen und Prämienrückvergütungen. Der öffentliche Konsum im Bereich Gesundheit wird als Differenz von Produktionskosten und Produktionserlösen berechnet (ab 1997 sind darin auch die Zahlungen der Landesfonds aufgrund der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung an die privaten „non-profit“-Krankenhäuser enthalten). Nicht jährlich erhobene Daten werden mit adäquaten Veränderungsraten fortgeschrieben.

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben in Österreich laut OECD/VGR - Konzept (ESVG 95), 1995-1999, in Mio. ATS

	1995	1996	1997	1998	1999
Konsumausgaben der privaten Haushalte, Gesundheit	49.704	53.110	52.610	54.651	56.610
Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen	9.707	10.226	10.136	10.807	11.038
Ambulante Gesundheitsdienstleistungen	19.713	22.015	21.596	23.014	24.403
Stationäre Gesundheitsdienstleistungen	13.362	13.526	13.438	13.548	13.651
Versicherungsdienstleistungen im Zusammenhang mit der Gesundheit	6.922	7.343	7.440	7.282	7.518
plus Eigenkonsum der privaten "non-profit"-Krankenanstalten und Rettungsdienste	+7.014	+7.204	+141	+148	+159
plus Öffentlicher Konsum, Gesundheit ¹⁾	+134.418	+137.906	+133.763	+141.508	+149.896
plus Investitionen, Gesundheit	+11.503	+14.644	+13.269	+13.753	+14.968
Gesundheitsausgaben, insgesamt	202.639	212.864	199.783	210.060	221.633
Öffentlicher Konsum, Gesundheit ¹⁾	134.418	137.906	133.763	141.508	149.896
plus Investitionen Sektor Staat, Gesundheit	+7.004	+7.473	+5.299	+4.874	+5.581
plus laufende Transfers, Gesundheit	+5.074	+5.570	+3.608	+4.398	+4.217
Öffentliche Gesundheitsausgaben	146.496	150.949	142.670	150.780	159.694
Gesundheitsausgaben, insgesamt, in % des BIP	8,5	8,7	7,9	8,0	8,2
Öffentliche Gesundheitsausgaben, in % des BIP	6,2	6,2	5,7	5,8	5,9
Öffentl. Gesundheitsausgaben, in % der gesamten Gesundheitsausgaben	72,3	70,9	71,4	71,8	72,1
Bruttoinlandsprodukt (BIP)	2.370.726	2.449.959	2.513.476	2.614.661	2.712.034

¹⁾ LKA GmbH Landeskrankenanstalten GmbH's (Burgenland, Kärnten, Steiermark, Tirol): bis einschließlich 1996 inkludiert.
LF Landeskrankenanstaltenfonds: ab 1997 inkludiert.

Quelle: Statistik Österreich; Unterschiede zu den Zahlen von z. B. Hofmarcher/Riedel (2000a) sind durch (in diesem Bereich laufend vorgenommene) Revisionen bedingt.

Ein generelles Problem bei der Betrachtung längerer Zeitreihen von VGR-Daten stellt die Umstellung des Erhebungskonzepts auf das Europäische System der

Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung dar, die im Jahr 1995 erfolgte. Zur Illustration der Größenordnungen werden in der folgenden Tabelle 2 ausgewählte Ausgabenkategorien des Gesundheitswesens nach alter (ESVG79) und neuer (ESVG95) Berechnungsmethode einander gegenübergestellt.

Tabelle 2: Ausgewählte Ausgabenkategorien des Gesundheitswesens, in Mrd. ATS

		1994	1995	1996	1997	1998
Konsumausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit	neu		49,7	53,1	52,6	54,7
	alt	47,3	50,0	53,5	58,8	
Eigenkonsum	neu		7,0	7,2	0,1	0,1
	alt	4,7	4,8	5,0	5,0	
Öffentlicher Konsum, Gesundheit	neu		134,4	137,9	133,8	141,5
	alt	119,7	124,3 ⁵	128,3	137,4	
Öffentlicher Gesamtausgaben für Gesundheit	neu		146,5	150,9	142,7	150,0
	alt	134,2	137,4	142,5	151,6	
Gesamtausgaben für Gesundheit	neu		202,6	212,9	199,8	210,1
	alt	180,4	185,9	194,0	207,7	

Quellen: Hofmarcher/Riedel (2000a), Statistik Österreich, Gesundheitsausgaben, Arbeitsunterlage (1998)

„neu“: Berechnung aufgrund des ESVG95

„alt“: Berechnet nach der Revision der VGR 95/96; Basis ESVG79

Deutlich erkennbar (wenn auch nicht ganz einfach erklärbar!) sind die beiden Brüche in den Reihen im Jahre 1995 und im Jahre 1997⁶. Die Schwierigkeiten der Erstellung von über die Zeit konsistenter "längerer" Reihen können anhand dieser Tabelle 2 sehr gut aufgezeigt werden. So sind die privaten Konsumausgaben für Gesundheit durch die Änderung 1995 kaum betroffen, durch die Änderung des Jahres 1997 sehr wohl; beim öffentlichen Konsum ist dies eher umgekehrt! Der sog. Eigenkonsum hingegen ist von den Änderungen in beiden Zeitpunkten stark betroffen. Die öffentlichen Gesamtausgaben für Gesundheit liegen durch die Änderungen 1995 in

⁵ In Dellmour (2001) wird diese Zahl mit 119,9 Mrd. ATS angegeben – vermutlich die Konsequenz einer weiteren Revision, was die Diskrepanz noch erhöht.

⁶ Die für den Gesundheitsbereich wesentlichen methodischen Änderungen werden in diesem Abschnitt weiter unten kurz behandelt.

diesem Jahr um etwa 9 Prozent über dem nach der ‚alten‘ Methode berechneten Wert, 1997 liegt die neue Reihe jedoch um rund 4 Prozent unter der ‚alten‘; Ähnliches gilt für die Gesamtausgaben für Gesundheit, die zur Berechnung der Gesundheitsquote herangezogen werden.

Die grundlegende Änderung des Jahres 1995 ist, wie erwähnt, der Übergang auf das von der EU verpflichtend vorgesehene Europäische System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (ESVG95). Im Zusammenhang damit fanden umfassende neue Erhebungen statt, die – neben Klassifikationsänderungen in allen Bereichen (z. B. ÖNACE statt Betriebssystematik 68) – vor allem im Dienstleistungsbereich zum Teil erstmalige, zum Teil qualitativ wesentlich verbesserte Ergebnisse lieferten. Auch gab es innerhalb des Dienstleistungssektors neue Zuordnungen.⁷

Das Jahr 1997 brachte als einschneidende Änderung die Einführung der Unterscheidung in Markt- und Nichtmarkt-Produzenten im öffentlichen Sektor und im nicht auf Gewinn ausgerichteten privaten Sektor. Die geänderte Ermittlung der Wertschöpfung bei Marktproduzenten – darunter fallen definitionsgemäß alle Wirtschaftseinheiten dieser beiden Sektoren, die mindestens 50 % ihrer Kosten durch Erlöse selbst erwirtschaften – wirkte sich als deutlicher Rückgang des Beitrags dieses Segments zum Bruttoinlandsprodukt aus: der ‚Verlust‘ dieser Marktproduzenten wurde bisher als öffentlicher Konsum ausgewiesen und war damit Wertschöpfung, nach dem neuen System wird er als negativer Betriebsüberschuss gegen die anderen Komponenten der Wertschöpfung (Arbeitnehmerentgelte, Abschreibung) aufgerechnet. Dadurch sinkt im Vergleich zur bisherigen Berechnungsmethode die Wertschöpfung im Gesundheitssektor.⁸

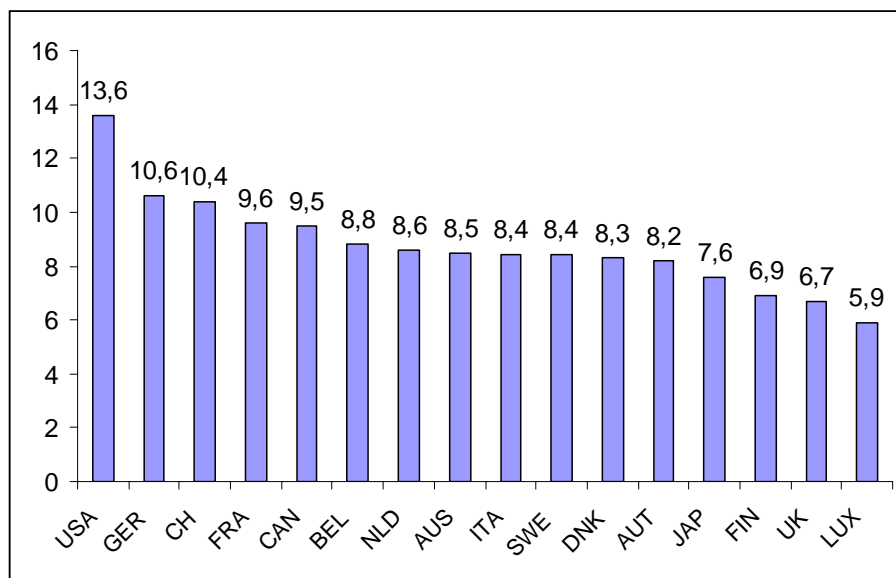
Diese vielfältigen Einflüsse der Erhebungs- bzw. Gliederungsmethoden sollten sowohl bei zeitlichen nationalen wie auch bei internationalen Vergleichen mitbedacht werden. Letztere beziehen sich vor allem auf die Gesundheitsquote, deren Höhe im Jahr 1999 für ausgewählte Länder in Abbildung 1 dargestellt ist. Man erkennt, dass die österreichische Quote von 8,2% etwa im Mittelfeld liegt.

⁷ So wurden z. B. die Bereiche Studentenheime, Kindergärten, Kinderhorte aus dem Fürsorgewesen ausgegliedert und dem Bildungswesen zugeordnet; die niedergelassenen Ärzten waren überhaupt zum ersten Mal voll meldepflichtig und wurden somit auch erstmalig in vollem Umfang direkt erfasst.

⁸ Für Einzelheiten vergleiche z. B. die Darstellungen bei Scheiblecker (1999), Russinger (2000), Mazenegger (2001) und Dannerbauer (2001).

Von besonderem Interesse sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben, die die in der Einleitung angeführte Tatsache widerspiegeln, dass das Gesundheitswesen zu einem großen Teil durch öffentlich finanzierte und damit auch durch öffentliche Entscheidungen determinierte Nachfrage gekennzeichnet ist. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben umfassen neben dem öffentlichen Konsum und den Investitionen in diesem Bereich noch die Transfers des Staates an private Haushalte oder private Institutionen ohne Erwerbszweck und an das Ausland (Dannerbauer 2001). Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt ergibt sich für 1999 für die öffentlichen Gesundheitsausgaben eine Quote von 5,9%, sie umfassen also nahezu drei Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben Österreichs.⁹

Abbildung 1: Gesundheitsquoten ausgewählter Länder 1998



Quelle: OECD, Gesundheitsdaten 2000

⁹ Betrachtet man andere Staaten, so erkennt man, dass dieser Anteil bei den meisten zwischen 70 % und 85 % liegt, niedrig ist er in den USA (ca. 45 %), hoch in Belgien und Luxemburg (ca. 90 %). (OECD Gesundheitsdaten 2000).

III Die Güter und Dienstleistungen im Gesundheitssektor: Produktion, Verwendung, Vorleistungsstruktur, Beschäftigung

In diesem Abschnitt wird das österreichische Gesundheitswesen in größerer Detailliertheit dargestellt und seine ökonomische Bedeutung herausgearbeitet. Während sich die Betrachtung in Abschnitt II auf die Höhe und Art der Ausgaben konzentriert hat, stehen im folgenden Unterabschnitt die Beiträge der einzelnen Produzenten des Gesundheitssektors im Mittelpunkt. In den weiteren Unterabschnitten werden dann die Güterverwendung, die Verflechtung mit anderen Sektoren der Volkswirtschaft sowie die direkt und indirekt mit dem Gesundheitswesen in Zusammenhang stehende Beschäftigung erörtert. Dabei stützen wir uns auf zwei Studien (Brunner et al. 1999 und Brunner et al. 2001), in denen entsprechende Zahlen für die Jahre 1981 bis 1998 errechnet wurden. Zielsetzung dieser beiden Arbeiten war eine möglichst detaillierte Darstellung des Gesundheitssektors auf Basis der VGR und der Input-Output Tabellen. Auf der Grundlage der VGR für diesen Zeitraum sowie der I-O-Tabellen für die Jahre 1983, 1990 und 1995 wurden die Produktions- und Güterkonten und die inter- und intrasektoralen Verflechtungen für das Gesundheitswesen als Teilbereich des Dienstleistungssektors errechnet. Dazu waren neben internen Arbeitsunterlagen von Statistik Österreich auch zusätzliche Datenquellen heranzuziehen, wie z. B. Statistiken über den Außenhandel, die Beschäftigung, die Produktion usw. Zur Erstellung dieses ‚Satellitensystems‘ der VGR und der Verflechtungsmatrizen waren sowohl für die ‚Eckjahre‘, in denen es I-O-Tabellen gab, als auch bei der Fortschreibung für die anderen Jahre eine Reihe von (plausiblen) Annahmen sowie umfangreiche Abstimmungsarbeiten erforderlich. Ausführliche methodische Erläuterungen und die entsprechenden Berechnungen finden sich in den beiden zu Beginn dieses Absatzes zitierten Arbeiten.

III.1 Die Produzenten von Gesundheitsgütern und Gesundheitsdienstleistungen

Aus den ÖNACE Zweistellern bzw. deren Unteraggregaten wurden folgende Produzenten dem Gesundheitswesen zugerechnet:

- Niedergelassene Ärzte

- Krankenhäuser, wobei hier die Teilaggregate private Krankenhäuser, Krankenhäuser des öffentlichen Dienstes und Krankenhäuser der privaten Dienste ohne Erwerbscharakter unterschieden wurden
- Fürsorgewesen
- Pharmazeutische Industrie
- Medizinisch-technische Industrie
- Medizinischer Handel, der Groß- und Einzelhandel umfasst und sowohl die pharmazeutische als auch die medizinisch-technische Industrie betrifft.

Diese Abgrenzung stimmt weitgehend mit jener überein, die dem im Abschnitt II besprochenen Konzept der Gesundheitsausgaben zugrunde liegt (vgl. dazu die Überlegungen auf der Güterebene in Unterabschnitt III.2). Allerdings ist sie durch die Einbeziehung der Fürsorgeausgaben weiter gefasst, andererseits sind die Dienstleistungen der privaten Krankenversicherungen nicht inkludiert.

Tabelle 3: Produktionskonto 1995 und 1998: Gesundheitswesen

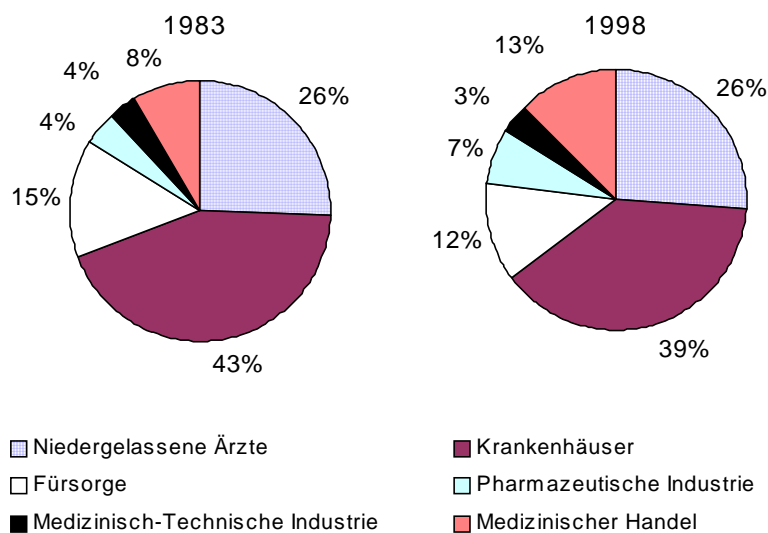
	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS
Wertschöpfung	162,2	194,0
<i>davon:</i>		
Arbeitnehmeraufwand	106,9	127,3
Steuern minus Subventionen	2,4	3,1
Bruttobetriebsüberschuss	52,9	63,6
Intermediärverbrauch	78,3	96,8
BPW = Güteroutput	240,6	290,8
<i>davon:</i>		
Gesundheitsdienstleistung	151,5	171,4
Fürsorgedienstleistung	33,0	37,4
Pharmaprodukte	18,2	25,0
Medizinisch-technische Produkte	5,3	9,4
Sonstige Güter	7,5	10,9
Handelsleistungen	25,1	36,6

Quelle: Brunner et al. 2001

Tabelle 3 enthält das zusammengefasste Produktionskonto des so definierten Gesundheitssektors für das Jahr 1995 und (geeignet fortgeschrieben) für das Jahr

1998. Stellt man die Zahlen in Beziehung zu den entsprechenden gesamtwirtschaftlichen Größen, so ergibt sich für 1998 ein Anteil des Gesundheitswesens von 6,1%, gemessen am Brutton Produktionswert (BPW), und von 7,6%, gemessen an der Wertschöpfung. Vergleicht man die Wertschöpfung des Gesundheitssektors 1998 mit jener von 1983, so ergibt sich eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von etwa 8%, während das nominelle BIP nur um durchschnittlich etwa 5% wuchs. Dies indiziert die steigende Bedeutung des Gesundheitssektors.

Abbildung 2: Anteile an der Wertschöpfung



Quelle: Brunner et al. 2001

Abbildung 2 zeigt die Aufteilung der Wertschöpfung im Jahr 1998 auf die oben angeführten Produzenten. Man ersieht, dass die Krankenhäuser mit einem Anteil von 39% dominieren, gefolgt von den niedergelassenen Ärzten mit 26%. Etwa gleich groß sind das Fürsorgewesen und der medizinische Handel, die industriellen Produzenten liegen am unteren Ende, wobei die medizinisch-technische Industrie halb so groß ist wie die pharmazeutische Industrie.

Die Anteile im Jahr 1998 sind den für das Jahr 1983 errechneten gegenübergestellt. Bei dieser Gegenüberstellung ist allerdings zu beachten, dass sich die

Erhebungskonzepte im Laufe der Zeit geändert haben.¹⁰ Bei den erkennbaren Differenzen zwischen den Jahren 1998 und 1983 kann daher nicht gesagt werden, wie weit sie auf strukturelle Entwicklungen oder auf die geänderten Erfassungsmethoden zurückzuführen sind.¹¹

Detaillierte Produktions- und Güterkonten zu den einzelnen Anbietern und für den Gesundheitssektor insgesamt sind im Anhang wiedergegeben (A.1 - A.2). Man ersieht, dass die Wertschöpfung im Jahr 1998 bei den Ärzten fast 80% des BPW ausmacht, bei den Krankenhäusern nahe 70%, während sie bei der pharmazeutischen Industrie nur 45% umfasst. Ersichtlich ist auch die unterschiedliche Aufteilung der Wertschöpfung in Arbeitnehmeraufwand (von mehr als 90% bei den Krankenhäusern über 56% bei der pharmazeutischen Industrie bis zu etwa 24% bei den Ärzten) und Bruttobetriebsüberschuss. Angemerkt sei noch die Bedeutung der jeweiligen Arten von Krankenhäusern: im Jahr 1998 entfallen etwa 80% der Wertschöpfung der Krankenhäuser auf diejenigen des öffentlichen Dienstes, 16% auf diejenigen der privaten Dienste ohne Erwerbscharakter und nur 4% auf die privaten Krankenhäuser. Dies entspricht ungefähr auch der Aufteilung im Jahr 1983.

III.2 Güterarten und Güterverwendung

In Analogie zur Abgrenzung des Gesundheitssektors nach den Produzenten lässt sich innerhalb der VGR bzw. der Input-Output-Klassifikation auch auf der Güterebene eine Abgrenzung vornehmen. Dem gemäß können die folgenden Güter und Dienstleistungen dem Gesundheitssektor zugeordnet werden: Gesundheitsdienstleistungen (das sind die von Ärzten und Krankenhäusern erbrachten Leistungen), Fürsorgedienstleistungen, pharmazeutische Güter, medizinisch-technische Güter sowie Handelsleistungen auf medizinische Güter (das sind Groß- und Einzelhandelsleistungen auf pharmazeutische und medizinisch-technische Güter). Ein Vergleich der Tabellen 3 und 4 lässt eine ziemlich direkte

¹⁰ Siehe die Ausführungen in Abschnitt II.

¹¹ Bei der Ausweitung des Anteils des medizinischen Handels etwa dürfte letzteres eine bedeutende Rolle spielen. Auffällig ist auch eine Entwicklung bei den Ärzten, die in der Abb. 2 nicht sichtbar wird: ihr ausgewiesener Anteil ist in den achtziger Jahren gefallen und erst mit der neuen und genaueren Erfassung im Jahr 1995 wieder auf den Wert von 1983 gestiegen.

Zuordnung zwischen den Produzenten und den entsprechenden Dienstleistungen bei Gesundheit und Fürsorge erkennen, bei den anderen Produzenten scheinen auch sonstige Güter in nennenswertem Umfang als Output auf (für eine detaillierte Aufgliederung siehe Brunner et al. 2001).

Tabelle 4: Güterkonten 1995 und 1998, Gesundheitsleistungen

	1995	1998
	Mrd. ATS	Mrd. ATS
Heimische Produzenten	234,8	281,9
<i>davon:</i>		
<i>Niedergelassene Ärzte</i>	<i>56,7</i>	<i>64,1</i>
<i>Krankenhäuser</i>	<i>95,5</i>	<i>108,1</i>
<i>Fürsorgewesen</i>	<i>33,0</i>	<i>37,4</i>
<i>Pharmazeutische Industrie</i>	<i>18,9</i>	<i>26,0</i>
<i>Medizinisch-technische Industrie</i>	<i>5,6</i>	<i>9,9</i>
<i>Medizinischer Handel</i>	<i>23,4</i>	<i>34,4</i>
<i>Sonstige heimische Produktion</i>	<i>1,7</i>	<i>2,0</i>
Importe	26,7	39,6
Gesamtaufkommen = Gesamtverwendung	261,5	321,5
Intermediärverwendung	26,9	38,4
Endverwendung	234,6	283,1
<i>davon:</i>		
<i>Privater Konsum</i>	<i>59,0</i>	<i>71,1</i>
<i>Öffentlicher Konsum</i>	<i>150,9</i>	<i>176,6</i>
<i>Investitionen</i>	<i>5,7</i>	<i>8,8</i>
<i>Exporte</i>	<i>18,9</i>	<i>26,6</i>

Quelle: Brunner et al. 2001

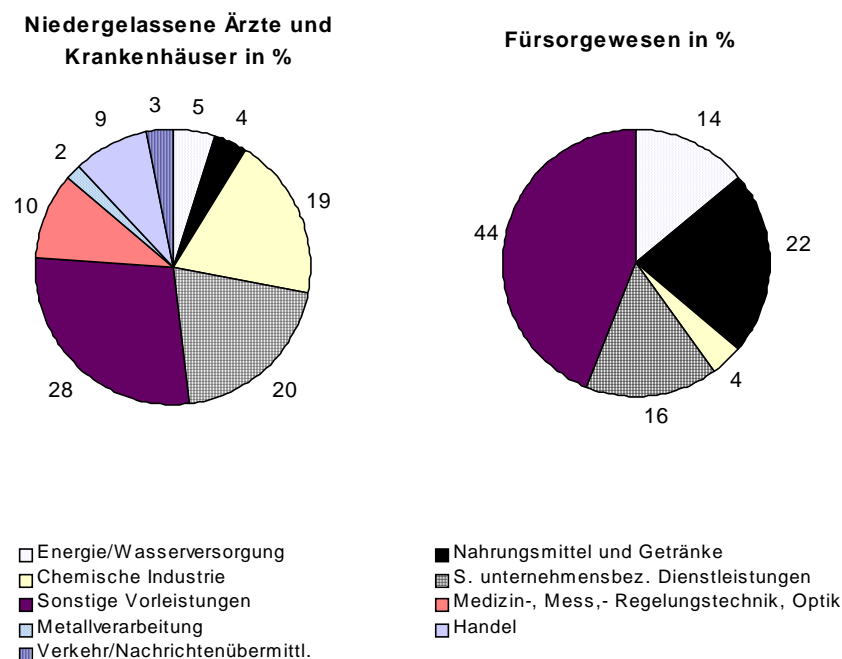
Tabelle 4 zeigt die zusammengeführten Güterkonten für die Jahre 1995 und 1998. Zusätzlich sind im Anhang die Konten B.1 - B.5 für die Herkunft und die Verwendung der Gesundheitsgüter und –dienstleistungen angeführt. Sie zeigen vor allem die Aufteilung in heimische Produktion (bei den Dienstleistungen und beim Handel erwartungsgemäß 100%) und Importe (bei den pharmazeutischen Gütern etwas mehr als die Hälfte des gesamten Güteraufkommens). Bei der Endverwendung dominiert bei allen Produkten mit Ausnahme der medizinisch-technischen Güter der öffentliche Konsum in unterschiedlichem Maße vor dem privaten Konsum; bemerkenswert ist, dass von der Endverwendung bei den pharmazeutischen Gütern

deutlich mehr als die Hälfte, bei den medizinisch-technischen Gütern knapp die Hälfte exportiert wird.

III.3 Die Vorleistungen für den Gesundheitssektor

Aus der Input-Output-Tabelle 1995 lässt sich berechnen, aus welchen anderen Sektoren die Lieferungen von Vorleistungen für den Gesundheitssektor erfolgen. Die Ergebnisse für die beiden Kategorien der Gesundheitsdienstleistungen sind in Abbildung 3 veranschaulicht.

Abbildung 3: Anteile der wichtigsten Liefersektoren an den gesamten Vorleistungen der niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser sowie des Fürsorgewesens 1995



Quelle: Brunner et al. 2001

Man ersieht, dass die bedeutendsten Liefersektoren für die niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser die sonstigen unternehmensbezogenen Dienstleistungen (Anteil von 20% an den gesamten Vorleistungen, dahinter stehen z.B. Finanz- sowie

Versicherungsdienste, EDV-Beratung, Realitätenwesen, Steuerberatung u.ä.) waren sowie, nicht überraschend, die chemische Industrie (19%, sie enthält auch die pharmazeutische Industrie). Vergleiche über die Zeit sind wegen der 1995 vorgenommenen Neuklassifikation von Industriezweigen kaum möglich, sie dürfte z. B. dafür verantwortlich sein, dass die chemische Industrie früher einen wesentlich größeren Anteil an allen Vorleistungen innehatte. Beim Fürsorgewesen stellten der Sektor Nahrungsmittel und Getränke (Anteil 22%) sowie wiederum die sonstigen unternehmensbezogenen Dienstleistungen (Anteil 16%) die größten Liefersektoren dar.

III.4 Die direkte und indirekte Beschäftigung

Als besonders interessante Charakterisierung der Bedeutung des Gesundheitswesens wird häufig die Höhe der damit verbundenen Beschäftigung angesehen. Aus verschiedenen Statistiken und unter geeigneter Fortschreibung wurde für das Jahr 1998 die Zahl von ca. 314.000 selbstständig und unselbstständig Beschäftigten ermittelt, die, wie Tabelle 5 zeigt, zu mehr als zwei Dritteln den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern zuzurechnen sind. Weiters können mithilfe der Input-Output-Tabelle 1995 noch weitere 71.000 Beschäftigte in anderen Sektoren der vom Gesundheitssektor ausgeübten Nachfrage nach Vorleistungen zugeordnet werden, sodass sich insgesamt etwas unter 385.000 selbstständig und unselbstständig Beschäftigte ergeben, die mit dem Gesundheitssektor zusammenhängen. Das ist nahezu ein Zehntel der gesamtösterreichischen Beschäftigung.

Tabelle 5: Direkte Beschäftigung im Gesundheitswesen 1998

Produzenten von Gesundheitsdienstleistungen	217.900
Fürsorgewesen	48.500
Pharmazeutische Industrie	9.000
Medizinisch-Technische Industrie	6.800
Medizinischer Handel	31.300
Summe direkte Beschäftigung	313.500

Quelle: Brunner et al. 2001

IV Abschließende Bemerkungen

In Abschnitt III wurden einige zentrale Ergebnisse eines Projekts zur Erstellung detaillierter und kompatibler Produktions- und Güterkonten des Gesundheitssektors dargestellt. Von diesen Zahlen zur Charakterisierung der volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens entspricht der in III.2 beschriebene Ansatz auf der Güterebene am ehesten dem Ausgabenkonzept, das in Abschnitt II entsprechend der Vorgabe durch die OECD präsentiert wurde. Im Folgenden soll nun versucht werden, einige Eckdaten beider Darstellungen einander gegenüberzustellen.

Tabelle 6: Konsum an Gesundheitsgütern im Jahr 1998, in Mrd. ATS

Güteraufkommen		321,5
- Intermediärverwendung	38,4	
Endverwendung		283,1
- Exporte	26,6	
- Investitionen	8,8	
Konsum Gesundheit (einschl. Fürsorge)		247,7
- Fürsorge	37,6	
Konsum Gesundheit i. e. S.		210,1
<i>davon: Öffentlicher Konsum</i>		<i>152,5</i>
<i>Privater Konsum</i>		<i>57,6</i>

Quelle: Brunner et al. 2001, eigene Berechnungen, siehe Tabellenanhang B.

Die gesamten Konsumausgaben für Gesundheit, wie sie von Statistik Österreich nach dem OECD-Konzept für 1998 ausgewiesen wurden, betragen 196,1 Mrd. ATS (Tabelle 1). Reduziert man sie um die (in Brunner et al. 2001 nicht enthaltenen) Versicherungsdienstleistungen von 7,3 Mrd. ATS, so verbleiben Ausgaben von 188,8 Mrd. ATS, wovon 141,5 Mrd. ATS als öffentlicher und 47,3 Mrd. ATS als privater Konsum ausgewiesen werden. Andererseits zeigt Tabelle 6 den sich aus den

Güterkonten des Abschnitts III.2 ergebenden Konsum an Gesundheitsgütern und Dienstleistungen in Höhe von 210,1. Es ergibt sich somit eine Differenz von etwa 21 Mrd. ATS, d. h. die privaten und öffentlichen Gesundheitsausgaben laut Statistik Österreich sind um rund 10 % geringer als die in Brunner et al. 2001 ermittelte entsprechende Güterverwendung.

Zu berücksichtigen ist, dass beide Berechnungen teilweise auf Schätzungen und Hochrechnungen beruhen, somit eine exakte Übereinstimmung von vornherein nicht zu erwarten ist. Eine weitere Ursache der Divergenzen könnte die unterschiedliche Erfassung der Leistungen des Medizinischen Handels sein. So zeigt etwa Tabelle B.5 im Anhang einen privaten Konsum von Handelsleistungen auf medizinische Güter in Höhe von 12,1 Mrd. ATS, der allein (ohne den zugehörigen privaten Konsum an pharmazeutischen und medizinisch-technischen Gütern von zusammen 6,5 Mrd. ATS) schon den Posten privater Konsum an medizinischen Erzeugnissen, Geräten und Ausrüstungen von 10,8 Mrd. ATS (Gesundheitsausgaben, Tabelle 1) übersteigt.¹²

Insgesamt zeigen die Ausführungen dieses Beitrags auf, wie sehr die in den Statistiken ausgewiesenen Zahlen zur Beschreibung des Gesundheitswesens von den dabei verwendeten Messkonzepten und Erhebungsverfahren abhängen. Internationale Vergleiche, z. B. von Gesundheitsquoten, sind daher äußerst problematisch, weil es schwierig ist, die Besonderheiten der Erhebungen in verschiedenen Ländern zu beurteilen. Bei nationalen Vergleichen über die Zeit mag es zunächst scheinen, dass die Abhängigkeit von den Messkonzepten keine so gravierende Rolle spielt, wenn stets nach den gleichen Verfahren erhoben wird. Erstens war dies jedoch in Österreich in jüngerer Zeit nicht der Fall, es gab – wie erörtert – bedeutsame Veränderungen im Zusammenhang mit der Einführung des ESVG 95. Zweitens ist zu bedenken, dass solche Anpassungen der Erhebungen in einem dynamischen Bereich wie der Volkswirtschaft ständig notwendig sind. Trotz dieser Probleme stellt eine umfassende und detaillierte Beschreibung der ökonomischen Bedeutung des Gesundheitswesens eine wichtige Entscheidungsgrundlage rationaler Gesundheitspolitik dar.

Literatur

- Barr, N. (1998), The Economics of the Welfare State, 3rd ed., Oxford u.a.
- Breyer, F., P. Zweifel (1999), Gesundheitsökonomie, 3. Auflage, Berlin.
- Brunner, J.K., R. Buchegger, R. Mechtler, K. Stöger (2001),
Gesundheitsökonomische Strukturen und Verflechtungen im österreichischen
Gesundheitswesen, mimeo, Linz.
- Brunner, J.K., R. Buchegger, M. Dicklberger, R. Mechtler, K. Stöger (1999),
Gesundheit als Wachstumsfaktor, mimeo, Wien.
- Dannerbauer, H. (2001), Berechnungen der Gesundheitsausgaben laut OECD/VGR-
Konzept (ESVG 95), 1995-1999. Statistik Austria, Manuskript.
- Dellmour, J. (2001), Konsumausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen - Erste
vorläufige Ergebnisse gemäß revidierter Klassifikation COFOG, Statistische
Nachrichten, H. 3, 234-238.
- Gerdtham, U.-G., B. Jönsson (2000), International Comparisons of Health
Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis. A. J. Culyer, J. P.
Newhouse, Handbook of Health Economics, vol. IA, Elsevier, 11-53.
- Hofmarcher, M.M., M. Riedel (2000a), Gesundheitsausgaben in der EU: Höhe oder
Definition, das ist die Frage. Health System Watch I/2000.
- Hofmarcher, M.M., M. Riedel (2000b), Ressourcenverbrauch in der EU: 3:1 für den
Krankenanstaltensektor. Health System Watch II/2000.
- Kolb, W. (1997), Struktur des österreichischen Gesundheitswesens, IWI Arbeitsheft
28.
- Mazenegger, B. (2001), Der Sektor Private Organisationen ohne Erwerbszweck in
der VGR, Statistische Nachrichten, H. 4, 297-299.
- OECD (2000), A System of Health Accounts, Paris

¹² In Brunner et al. 2001 werden Leistungen des Medizinischen Handels für den Konsum von 26,9 Mrd. ATS ausgewiesen; Recherchen bei Statistik Österreich lieferten Hinweise, dass diese Leistungen nicht oder nur zum Teil in den Berechnungen der Tabelle 1 enthalten sind.

Russinger, R. (2000) Das Österreichische Bruttoinlandsprodukt nach dem ESVG95, Statistische Informationen der AK Wien, H. 1.

Scheiblecker, R. (1999) Die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung nach dem ESVG95, Monatsberichte des Österr. Instituts für Wirtschaftsforschung, H. 10, 683-692.

Stübler, W. (1997), Gesundheitsausgaben in Österreich 1983-1995. Statistische Nachrichten, H. 4, 307-310.

Theurl, E. (1996), Einige Entwicklungslinien und Reformen der Gesundheitssysteme in Europa im Überblick, in E.Theurl und J. Dézsy (Hrsg.), Herausforderungen für die Gesundheitspolitik, Innsbruck.

Anhang

Tabellen A.1 und A.2: Produktionskonten 1995, 1998

Tabelle A.1: Niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Fürsorgewesen

	Niedergelassene Ärzte		Krankenhäuser		Fürsorgewesen	
	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS
Wertschöpfung	44,5	50,4	66,3	75,0	21,1	23,9
<i>davon:</i>						
<i>Arbeitnehmeraufwand</i>	10,8	12,2	58,8	66,6	19,2	21,8
<i>Steuern minus Subv.</i>	0,1	0,1	0,9	1,0	0,5	0,6
<i>Bruttobetriebsüberschuss</i>	33,7	38,1	6,6	7,4	1,4	1,6
Intermediärverbrauch	12,4	14,1	29,5	33,4	12,0	13,5
BPW	56,9	64,4	95,8	108,4	33,1	37,4

**Tabelle A. 2: Pharmazeutische Industrie, Medizinisch-technische Industrie,
Medizinischer Handel**

	Pharmazeutische Industrie		Med.-techn. Industrie		Medizinischer Handel	
	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS
Wertschöpfung	9,9	13,6	3,7	6,6	16,7	24,5
<i>davon:</i>						
<i>Arbeitnehmeraufwand</i>	5,5	7,6	2,7	4,8	9,8	14,4
<i>Steuern minus Subv.</i>	0,2	0,3	0,1	0,2	0,6	0,9
<i>Bruttobetriebsüberschuss</i>	4,1	5,6	0,9	1,6	6,3	9,3
Intermediärverbrauch	12,1	16,6	3,3	5,8	9,1	13,4
BPW	22,0	30,2	7,0	12,4	25,8	38,0

Tabellen B.1 - B.5: Güterkonten 1995, 1998

Tabelle B.1. Gesundheitsdienstleistungen

	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS
Heimische Produzenten	152,0	172,0
<i>davon:</i>		
<i>Niedergelassene Ärzte</i>	<i>56,0</i>	<i>63,4</i>
<i>Krankenhäuser</i>	<i>95,5</i>	<i>108,0</i>
<i>Sonstige heimische Produzenten</i>	<i>0,5</i>	<i>0,6</i>
Importe	0,1	0,1
Gesamtaufkommen = Gesamtverwendung	152,1	172,1
Intermediärverwendung	5,3	6,0
Endverwendung	146,7	166,1
<i>davon:</i>		
<i>Privater Konsum</i>	<i>34,6</i>	<i>39,1</i>
<i>Öffentlicher Konsum</i>	<i>112,2</i>	<i>126,9</i>

Tabelle B.2: Fürsorgedienstleistungen

	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS
Heimische Produzenten	33,8	38,3
<i>davon:</i>		
<i>Fürsorgewesen</i>	<i>33,0</i>	<i>37,4</i>
<i>Sonstige heimische Produzenten</i>	<i>0,8</i>	<i>0,9</i>
Gesamtaufkommen = Gesamtverwendung	33,8	38,3
Intermediärverwendung	0,6	0,7
Endverwendung	33,2	37,6
<i>davon:</i>		
<i>Privater Konsum</i>	<i>11,9</i>	<i>13,5</i>
<i>Öffentlicher Konsum</i>	<i>21,3</i>	<i>24,1</i>

Tabelle B.3: Pharmazeutische Güter

	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS
Heimische Produzenten	18,5	25,4
<i>davon:</i>		
<i>Niedergelassene Ärzte</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
<i>Pharmazeutische Industrie</i>	<i>18,2</i>	<i>25,0</i>
<i>Medizinisch-technische Industrie</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
<i>Sonstige heimische Produzenten</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>
Importe	19,2	29,8
Gesamtaufkommen = Gesamtverwendung	37,7	55,2
Intermediärverwendung	13,4	19,1
Endverwendung	24,3	36,1
<i>davon:</i>		
<i>Privater Konsum</i>	<i>3,3</i>	<i>4,7</i>
<i>Öffentlicher Konsum</i>	<i>6,7</i>	<i>9,6</i>
<i>Export</i>	<i>14,3</i>	<i>21,8</i>

Tabelle B.4: Medizinisch-Technische Güter

	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS
Heimische Produzenten	5,4	9,5
<i>davon:</i>		
<i>Niedergelassene Ärzte</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
<i>Medizinisch-technische Industrie</i>	<i>5,3</i>	<i>9,3</i>
<i>Sonstige heimische Produzenten</i>	<i>0,1</i>	<i>0,2</i>
Importe	7,5	9,7
Gesamtaufkommen = Gesamtverwendung	12,8	19,3
Intermediärverwendung	5,1	8,8
Endverwendung	7,8	10,4
<i>davon:</i>		
<i>Privater Konsum</i>	<i>1,0</i>	<i>1,8</i>
<i>Öffentlicher Konsum</i>	<i>0,6</i>	<i>1,1</i>
<i>Investitionen</i>	<i>1,6</i>	<i>2,7</i>
<i>Export</i>	<i>4,6</i>	<i>4,8</i>

Tabelle B.5: Handelsleistungen auf medizinischen Gütern

	1995 Mrd. ATS	1998 Mrd. ATS
Heimische Produzenten	25,1	36,6
<i>davon:</i>		
<i>Niedergelassene Ärzte</i>	<i>0,6</i>	<i>0,7</i>
<i>Krankenhäuser</i>	<i>0,0</i>	<i>0,1</i>
<i>Pharmazeutische Industrie</i>	<i>0,7</i>	<i>1,0</i>
<i>Medizinisch-technische Industrie</i>	<i>0,3</i>	<i>0,5</i>
<i>Medizinischer Handel</i>	<i>23,4</i>	<i>34,4</i>
Gesamtaufkommen = Gesamtverwendung	25,1	36,6
Intermediärverwendung	2,5	3,7
Endverwendung	22,5	33,0
<i>davon:</i>		
<i>Privater Konsum</i>	<i>8,3</i>	<i>12,1</i>
<i>Öffentlicher Konsum</i>	<i>10,1</i>	<i>14,8</i>
<i>Investitionen</i>	<i>4,1</i>	<i>6,1</i>