

III/Herbst 2002

# HEALTH SYSTEM WATCH

,Beilage zur Fachzeitschrift **Soziale Sicherheit**

erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon

Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger



---

## **Altersstruktur und Gesundheitsausgaben in der EU: Kostenanstieg, aber ohne „Explosion“ Schwerpunktthema: Gesundheitsausgaben nach Alter zeigen Profil**

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel\*

### **Zusammenfassung**

Die erwartete Änderung der Altersstruktur in der EU ist eine Herausforderung für das Gesundheitswesen. In den vorliegenden EU-Prognosen der Gesundheitsausgaben zeichnet sich ein deutlicher Anstieg ab. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben für Akutversorgung in Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) wachsen in der Zeitperiode 2000-2050 zwischen 0,7 (Dänemark) und 2,3% (Irland). In Österreich wird die entsprechende Zunahme 1,5 Prozentpunkte betragen. Das Ausgabeniveau für Langzeitversorgung wird im Jahr 2050 zwischen 0,9% des BIP in Irland und 5,1% des BIP in Dänemark betragen. In Österreich wachsen die Ausgaben im EU-Schnitt und erhöhen sich von 0,7 auf 1,6% des BIP. Der durch die zukünftige Altersstruktur bedingte Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgabenquote beträgt rund ein Drittel.

Das österreichische Alters-Ausgaben-Profil zeigt gegenüber jenen anderer EU-Länder keine gravierenden Auffälligkeiten. Auch in Österreich steigen die öffentlichen Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter. Die Pro-Kopf-Ausgaben in der Altersgruppe 85-89 sind beispielsweise rund fünfmal so hoch wie jene der Altersgruppe 35-39. Der stationäre Sektor dominiert das Alters-Ausgabenprofil, besonders ausgeprägt ist der Anstieg mit dem Eintritt des Pensionsalters. Das Alters-Ausgabenprofil für ärztliche Hilfe ist fast linear, jenes bei Heilmittelausgaben aber steiler als im stationären und im ärztlichen Bereich. Die Ausgaben für Bundespflegegeld sind noch stärker auf die älteren Altersgruppen konzentriert. Sie entsprachen im Jahr 2000 0,67 % des BIP. Davon entfielen 0,37 Prozentpunkte oder mehr als die Hälfte auf die Altersgruppe 80+.

\*Wir danken Gerald Röhrling für die Mitwirkung

## Altersstruktur und Gesundheitsausgaben in der EU: Kostenanstieg, aber ohne „Explosion“

Zwischen 1990 und 2000 wuchs die EU-Bevölkerung um drei Prozent. Der Anteil der über 65-jährigen Personen stieg in diesem Zeitraum allerdings bereits von 14,7% auf 16,4%. Dementsprechend fiel der Anteil der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 18,1% auf 16,7% (siehe Tabellen A1 bis A3).

Der Zusammenhang zwischen Bevölkerungsalterung und Gesundheitsausgaben wurde im Rahmen des EU-Projektes *Forecasting the effects of ageing on health expenditure* für alle EU-Länder systematisch dokumentiert<sup>1</sup>.

Bevölkerungsprognosen liegen grundsätzlich unterschiedliche Annahmen über die Entwicklung der Fertilität, der Mortalität und über die Wanderungsbewegungen zugrunde. Sie bildeten im EU-Projekt den Anknüpfungspunkt zur Vorausschätzung der Gesundheitsausgaben. Die hier zugrunde liegende Fragestellung lautet: Wie entwickeln sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf, wenn

- 1 die im Jahr 2000 ermittelten Gesundheitsausgaben pro Kopf nach 5jährigen Altersgruppen mit verschiedenen Varianten der vorausgeschätzten Anzahl der Bevölkerung in diesen Altersgruppen multipliziert werden.
- 2 die unterstellte Entwicklung des gesamtwirtschaftlichen Wachstums pro Kopf bzw. pro Erwerbsperson, das ist die Produktivität, im selben Umfang auf den Gesundheitssektor zutrifft und wenn
- 3 sich die Erwerbsbevölkerung gemäß nationaler Prognosen entwickelt.

Alle Annahmen sind sehr mechanistisch, haben aber den Vorteil, dass als Bezugsgröße für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Kopf das Bruttoinlandsprodukt herangezogen werden kann. Der Vorausschätzung des Bruttoinlandsproduktes liegen Annahmen über die Entwicklung der Produktivität zugrunde. Wahrscheinliche Strukturveränderungen im Gesundheitswesen wurden nicht berücksichtigt.

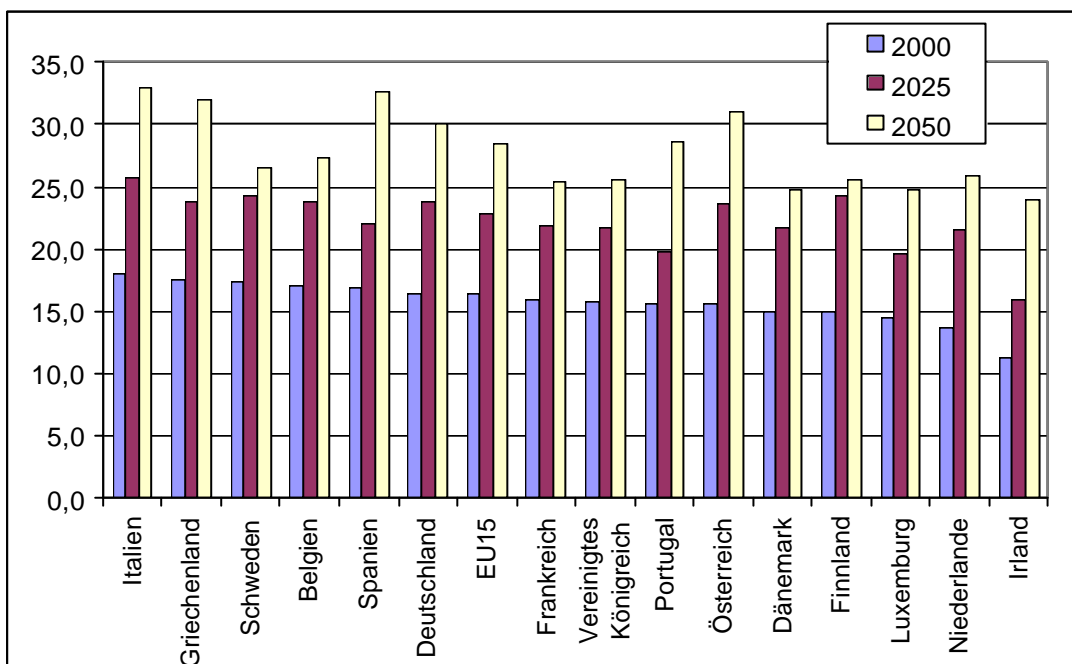
---

<sup>1</sup> Die Berechnungen für Österreich wurden vom Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen beauftragt und sind im Projektbericht *Nachfragemodell Gesundheitswesen* wiedergegeben. Vgl. M. Riedel, M.M. Hofmarcher, *Nachfragemodell Gesundheitswesen*, Endbericht Teil 1, IHS Projektbericht, Wien, 2002.

### Zukünftige Altersstruktur in der EU: Ein junges Thema...

Die Entwicklung des Gesundheitssektors war in den letzten 30 bis 40 Jahren hauptsächlich durch die steigende Nachfrage und das wachsende Angebot bestimmt. Die prognostizierten demographischen Veränderungen stellen neue Herausforderungen an die öffentlichen Haushalte, zumal nicht nur die absolute Zahl der älteren Menschen zunimmt, sondern auch das Verhältnis zwischen Erwerbsbevölkerung und PensionistInnen stark ansteigen wird. Gereiht nach dem Anteil der über 65-jährigen im Jahr 2000 zeigt Abbildung 1 die Entwicklung der Altersstruktur in der EU bis 2050. EU-weit wird ihre Anzahl von 61 Millionen auf 103 Millionen in Jahr 2050 ansteigen. Den größten Beitrag dieses Anstiegs wird die Zunahme der Personen über 80 Jahre liefern, die im Vergleich zum gegenwärtigen Wert 2050 etwa dreimal so hoch sein wird.

**Abbildung 1: Entwicklung des Anteils der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung 2000 – 2050**

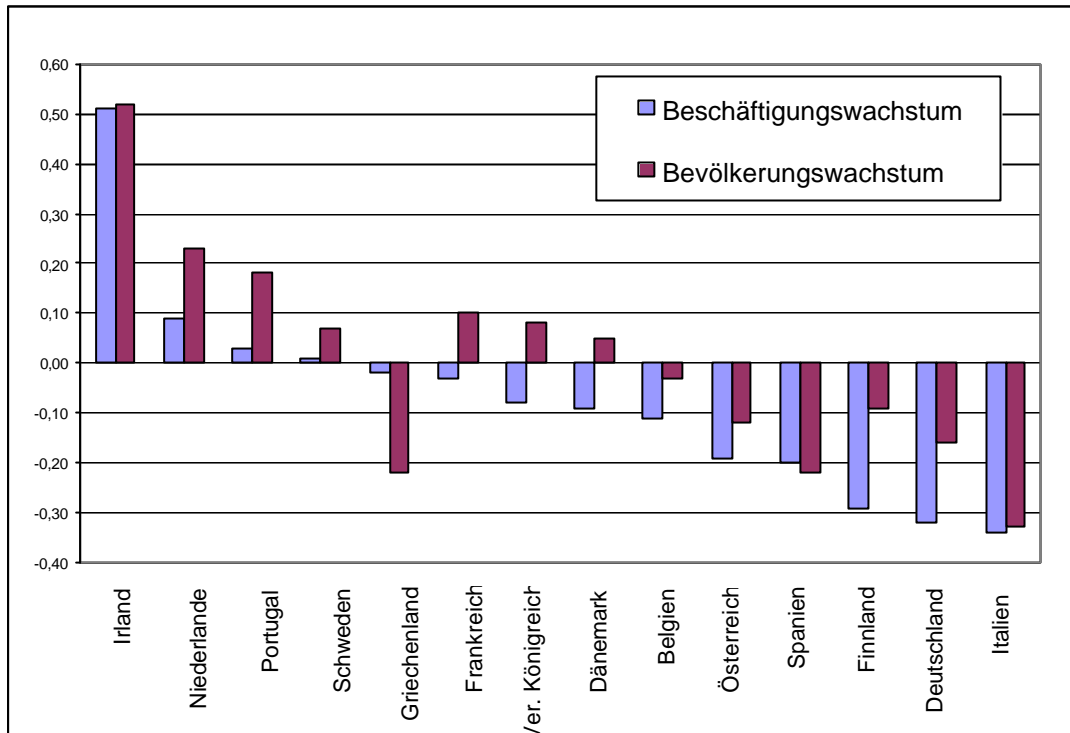


Quelle: World Development Indicators 2002, IHS HealthEcon Berechnungen 2002.

### ...mit vielen „Alten“ und weniger Beschäftigten

Für die Belastung der öffentlichen Haushalte ist die Entwicklung der Erwerbsbeteiligung gleichermaßen bedeutend wie die Altersstruktur. Abbildung 2 stellt das vorausgeschätzte jahresdurchschnittliche Wachstum der Beschäftigung der Bevölkerung gegenüber.

**Abbildung 2: Jahresdurchschnittliches Beschäftigungs- und Bevölkerungswachstum 2000 – 2050, in Prozent**



Quelle: EPC/ECFIN/630-EN-final, Oktober 2001, IHS HealthEcon 2002

Im EU-Ländervergleich weisen alle Mitgliedsstaaten, mit Ausnahme von Griechenland und Spanien, für die Beobachtungsperiode 2000-2050 höhere Bevölkerungs- als Beschäftigungszuwächse auf. Ein positives Beschäftigungs- und Bevölkerungswachstum verzeichnet insbesondere Irland mit jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten von knapp über 0,50 %, aber auch die Niederlande, Portugal und Schweden. Einerseits ein positives Bevölkerungswachstum, aber andererseits ein Beschäftigungsrückgang bis 2050 wird für Frankreich, das Vereinigte Königreich und Dänemark prognostiziert. Die übrigen EU-Länder weisen sowohl einen Beschäftigungs- als auch einen Bevölkerungsrückgang auf, der besonders in Italien stark ausgeprägt ist. Die größten Unterschiede zwischen den beiden Wachstumsraten sind in Österreich, aber vor allem in Finnland bzw. Deutschland festzustellen, wo die Beschäftigung jahresdurchschnittlich um das dreifache bzw. das doppelte gegenüber der Bevölkerung sinkt<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Economic Policy Committee, Budgetary challenges posed by ageing populations, EPC/ECFIN/630-EN-final, October 2001.

## Vorausschätzung der öffentlichen Ausgaben in der EU: Akutausgaben dominieren...

Unter den EU-Mitgliedsstaaten sind die Ausgaben für Akutversorgung in Frankreich, gefolgt von Schweden und Irland, im Jahre 2000 mit 6,2% des BIP am höchsten. Österreich rangiert mit einer Ausgabenquote von 4,9% des BIP im unteren Drittel der EU-Staaten, knapp vor Finnland und dem Vereinigten Königreich mit Ausgaben von jeweils 4,6% des BIP<sup>3</sup> (siehe Tabelle 1).

**Tabelle 1: Öffentliche Gesundheitsausgaben für Akut- und Langzeitversorgung**

	Akut- und Langzeitversorgung		Akutversorgung		Langzeitversorgung	
	Ausgaben in Prozent des BIP 2000	Anstieg der Ausgaben in Prozent des BIP 2000-2050	Ausgaben in Prozent des BIP 2000	Anstieg der Ausgaben in Prozent des BIP 2000-2050	Ausgaben in Prozent des BIP 2000	Anstieg der Ausgaben in Prozent des BIP 2000-2050
Belgien	6,1	2,1	5,3	1,3	0,8	0,8
Dänemark	8,0	2,7	5,1	0,7	3,0	2,1
Deutschland <sup>1)</sup>	n.v.	n.v.	5,7	1,4	n.v.	n.v.
Finnland	6,2	2,8	4,6	1,2	1,6	1,7
Frankreich	6,9	1,7	6,2	1,2	0,7	0,5
Griechenland <sup>1)</sup>	n.v.	n.v.	4,8	1,7	n.v.	n.v.
Irland <sup>2)</sup>	6,6	2,5	5,9	2,3	0,7	0,2
Italien	5,5	1,9	4,9	1,5	0,6	0,4
Niederlande	7,2	3,2	4,7	1,0	2,5	2,2
<b>Österreich</b>	<b>5,6</b>	<b>2,4</b>	<b>4,9</b>	<b>1,5</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>
Portugal <sup>1)</sup>	n.v.	n.v.	5,4	0,8	n.v.	n.v.
Schweden	8,8	3,0	6,0	1,0	2,8	2,0
Spanien <sup>1)</sup>	n.v.	n.v.	5,0	1,7	n.v.	n.v.
Ver. Königreich	6,3	1,8	4,6	1,0	1,7	0,8
EU*	6,4	2,0	5,3	1,3	1,2	0,8

<sup>1)</sup> Ergebnisse für öffentliche Gesundheitsausgaben für Langzeitversorgung noch nicht verfügbar.  
<sup>2)</sup> Ergebnisse für Irland in Prozent des BNP und pro Erwerbssperson  
 \*Gewichteter Durchschnitt

Quelle: EPC/ECFIN/630-EN-final, October 2001, IHS HealthEcon 2002.

Das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben für Akutversorgung in der Zeitperiode 2000-2050 liegt in den Ländern der europäischen Union zwischen 0,7 (Dänemark) und 2,3% (Irland) des BIP. Die meisten Staaten verzeichnen jedoch einen Anstieg von 1-2 Prozentpunkten bis in das Jahr 2050. Als Folge der Alterung der Bevölkerung erhöhen sich die Ausgaben für Akutversorgung durchwegs, sodass diese im Jahr 2050 zwischen 5,6 und 8,2% des BIP liegen. Irland, Frankreich und Deutschland erreichen 2050 die höchsten Ausgabenquoten von um die 8,0% des BIP, allerdings gehören jene Länder bereits im Jahr 2000 zur Spitzengruppe. Im Gegensatz dazu erhöhen sich die Ausgaben der Schlusslichter 2000 (Vereinigtes Königreich, Finnland und die Niederlande) unterdurchschnittlich, sodass 2050 dort unter 6,0% des BIP für die Akutversorgung aufgewendet werden.

<sup>3</sup> Zur Definition der verwendeten öffentlichen Ausgaben vergleiche den Schwerpunktteil dieser Ausgabe bzw. das EU-Dokument EPC/ECFIN/655/01-EN-final, October 2001. Aufgrund von Abgrenzungsunterschiede sind Niveauunterschiede nur bedingt vergleichbar.

### **...aber Langzeitausgaben holen rasch auf**

Die Auswirkungen demographisch bedingter Veränderungen auf die öffentlichen Ausgaben für Langzeitversorgung bewirken Anstiege zwischen 0,2% und 2,2% des BIP. Jene EU-Staaten, die auch schon 2000 die höchsten Ausgabenquoten aufwiesen, verzeichnen auch in der Zeitperiode bis in das Jahr 2050 die höchsten Zuwächse (größer oder gleich 2,0% des BIP). Vice versa haben jene Staaten, die 2000 eine niedrige Quote hatten, auch die geringsten Anstiege (siehe Tabelle 1).

Im allgemeinen können die Mitgliedsstaaten bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben für Langzeitversorgung im Jahre 2000 grob in zwei Gruppen eingeteilt werden: Einerseits jene Staaten, die unter einem Prozent des BIP für Langzeitversorgung ausgeben, andererseits existiert eine Gruppe von Staaten die traditionell viel für die Versorgung älterer Menschen bereitstellt. Zu diesen Ländern zählen die skandinavischen Staaten Schweden und Dänemark bzw. die Niederlande mit Ausgaben zwischen 2,5% und 3,0% des BIP. Eine Ausnahme von dieser Zweiteilung bilden Finnland und das Vereinigte Königreich, die mit 1,6% bzw. 1,7% des BIP eine Mittelstellung im EU-Vergleich einnehmen.

Österreich gehört wie Belgien, Frankreich, Irland und Italien zu jenen Ländern, die vergleichsweise wenig für Langzeitversorgung ausgeben. Allerdings weist das Beispiel Österreich auch auf Abgrenzungsprobleme hin: da in den österreichischen Daten keine Trennung zwischen stationärer Akut- und Langzeitversorgung durchgeführt werden konnte, wurden als Ausgaben für Langzeitversorgung lediglich das Bundespflegegeld herangezogen.

Das Ausgabenniveau für Langzeitversorgung wird gemäß Prognoserechnung im Jahr 2050 zwischen 0,9% des BIP in Irland und 5,1% des BIP in Dänemark betragen. In Österreich wachsen die Ausgaben im EU-Schnitt und erhöhen sich von 0,7% auf 1,6% des BIP.

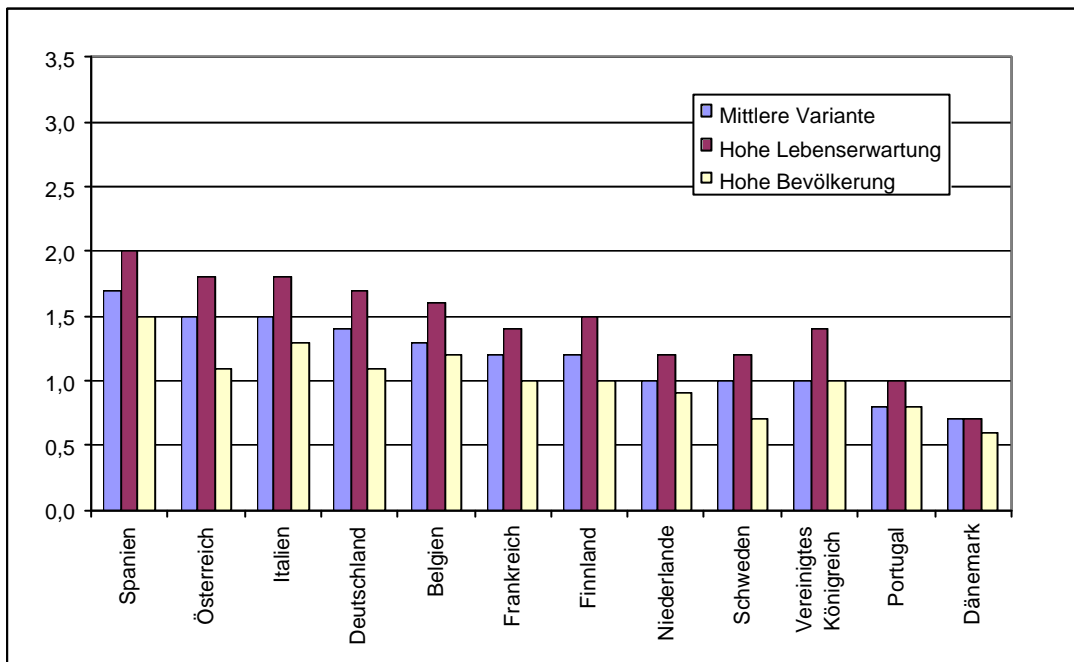
### **Prognosen der Bevölkerungen und der Gesundheitsausgaben leben von Annahmen und Annahmen sind Annahmen...**

Die Vorausschätzung der Gesundheitsausgaben arbeitet mit drei verschiedenen Bevölkerungsvarianten. Die Variante hohe Bevölkerung wurde unter der Annahme hoher Fertilität und hoher Migration erstellt, die Variante hohe Lebenserwartung unterstellt hohe Lebenserwartung bei mittleren Fertilitäts- und Migrationsannahmen.

Unter Verwendung des demographischen Szenarios „hohe Lebenserwartung“ steigt die Quote der öffentlichen Gesundheitsausgaben für Akutversorgung im Jahr 2050 erwartungsgemäß stets stärker, als unter der Annahme der mittleren Variante. Die größte Differenz im Anstieg pro Kopf verzeichnet mit 0,4% des BIP das Vereinigte Königreich. Im Bereich der Langzeitversorgung sind die Unterschiede zur mittleren Variante in den skandinavischen Ländern Schweden und Finnland bzw. den Niederlanden tendenziell höher als bei der Akutversorgung. So ist die Differenz im Anstieg in Schweden am größten.

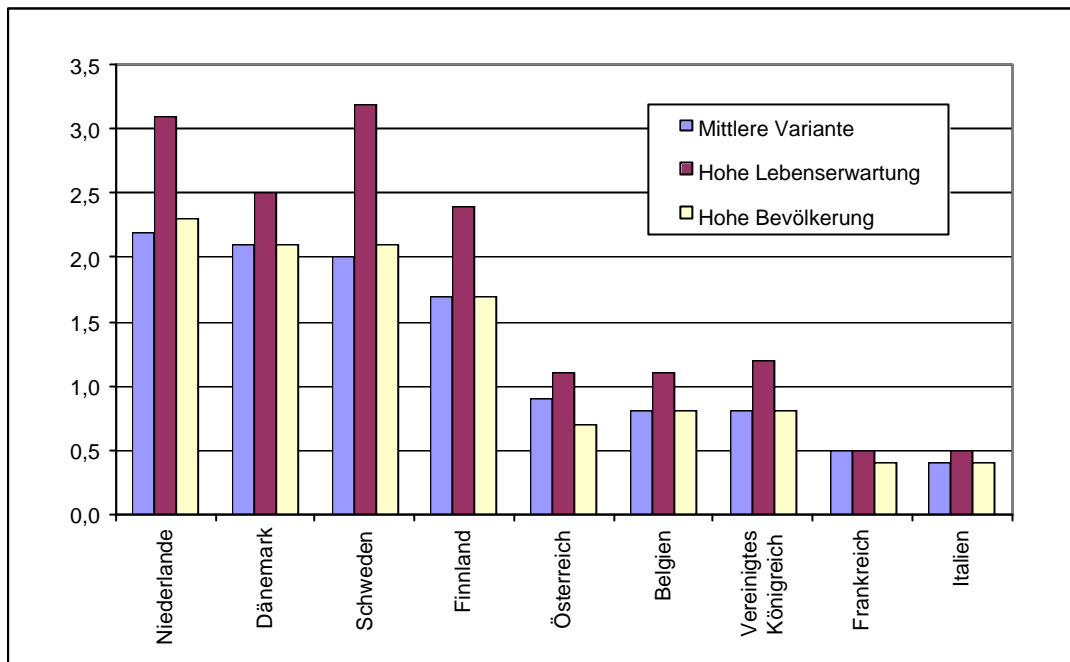
Die prognostizierten öffentlichen Gesundheitsausgaben für Akutversorgung im Szenario „hohe Bevölkerung“ liegen unter den geschätzten Werten der mittleren Variante, da der Effekt höherer Fertilität und höherer Migration die Auswirkungen erhöhter Lebenserwartung überwiegt. Eine Ausnahme bilden Portugal und das Vereinigte Königreich, bei denen die prognostizierten Werte des mittleren Szenarios und jene mit „hoher Bevölkerung“ identisch sind. In den Mitgliedsstaaten in denen Daten für Ausgaben für Langzeitversorgung vorliegen, ist festzustellen, dass die geschätzten Werte der Variante „hohe Bevölkerung“ nahe bei jenen liegen, die für die mittlere Annahme berechnet wurden. Die Niederlande und Schweden weisen knapp höhere Anstiege als in der mittleren Variante auf.

**Abbildung 3: Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben für Akutversorgung nach verschiedenen Bevölkerungsprognosen, 2000-2050 in Prozent des BIP**



Quelle: EPC/ECFIN/655/01-EN-final, October 2001, IHS HealthEcon 2002.

**Abbildung 4: Anstieg der öffentliche Gesundheitsausgaben für Langzeitversorgung nach verschiedenen Bevölkerungsprognosen, 2000-2050 in Prozent des BIP**



Quelle: EPC/ECFIN/655/01-EN-final, October 2001, IHS HealthEcon 2002.

#### ....sind Annahmen - auch bei den Kostenszenarien

Um den möglichen Effekt einer von der Gesamtwirtschaft unterschiedlichen Preisentwicklung im Gesundheitswesen abzubilden, wurden ausgehend von der mittleren Variante Alternativberechnungen durchgeführt. Als Ausgangspunkt wird unterstellt, dass der Preisauftrieb im Gesundheitswesen um einen viertel Prozentpunkt stärker bzw. schwächer als in der Gesamtwirtschaft ausfällt. Da die jährliche Inflation in der Gesamtwirtschaft mit 2% angenommen wurde, entspricht dies einer jährlichen Inflation im Gesundheitswesen von 2,25% bzw. 1,75%. Da dieser Inflationsannahme keine weiteren Berechnungen zugrunde liegen, und überdies diese Inflation im Verlauf der gesamten Projektionszeit als konstant angenommen wird, können diese Berechnungen als rein 'mechanisches' Kostenszenario aufgefasst werden.

Im Szenario „hohes Kostenwachstum“ liegen die geschätzten Werte sowohl bei der Akut-, als auch bei der Langzeitversorgung über den Quoten der mittleren Variante. Der Unterschied bei den Ausgaben für Akutversorgung beträgt zwischen 0,8% und 1,0% des BIP zur mittleren Variante. Im Bereich der Langzeitversorgung fallen die Differenzen geringer aus (vgl. Tabelle 2 und Tabelle 3).

In der Variante „niederes Kostenwachstum“ zeigt sich ein ähnliches Bild unter dem Vorzeichen, dass die prognostizierten Werte unter der mittleren Kostenvariante liegen.



**Tabelle 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben für Akutversorgung nach verschiedenen Kostenszenarien**

	Hohe Kostenwachstumsvariante			Mittlere Variante		Niedere Kostenwachstumsvariante	
	Ausgaben in Prozent des BIP 2000	2050	Anstieg der Ausgaben in Prozent des BIP 2000-2050	2050	Anstieg der Ausgaben in Prozent des BIP 2000-2050	2050	Anstieg der Ausgaben in Prozent des BIP 2000-2050
Belgien	5,3	7,5	2,2	6,6	1,3	5,9	0,6
Finnland	4,6	6,5	1,9	5,7	1,1	5,1	0,5
Irland	5,9	9,2	3,3	8,2	2,3	7,3	1,4
Italien	4,9	7,3	2,4	6,5	1,6	5,7	0,8
Niederlande	4,7	6,4	1,7	5,6	0,9	5,0	0,3
<b>Österreich</b>	<b>4,9</b>	<b>7,2</b>	<b>2,3</b>	<b>6,4</b>	<b>1,5</b>	<b>5,7</b>	<b>0,8</b>
Portugal	5,4	7,0	1,6	6,1	0,7	5,4	0,0
Schweden	6,0	7,9	1,9	7,0	1,0	6,1	0,1
Spanien	5,5	8,2	2,7	7,2	1,7	6,4	0,9
Ver. Königreich	4,6	6,4	1,8	5,6	1,0	4,9	0,3

Kostenannahmen:  
**Mittlere Variante** : Durchschnittliche Gesundheitsausgaben pro Kopf wachsen gleich der BIP-Wachstumsrate pro Kopf  
**Hohe Kostenwachstumsvariante** : Durchschnittliche Gesundheitsausgaben pro Kopf wachsen 0,25 Prozentpunkte über der BIP-Wachstumsrate pro Kopf  
**Niedere Kostenwachstumsvariante** : Durchschnittliche Gesundheitsausgaben pro Kopf wachsen 0,25 Prozentpunkte unter der BIP-Wachstumsrate pro Kopf

Quelle: EPC/ECFIN/655/01-EN-final, October 2001, IHS HealthEcon 2002.

**Tabelle 3: Öffentliche Gesundheitsausgaben für Langzeitversorgung nach verschiedenen Kostenszenarien**

	Hohe Kostenwachstumsvariante			Mittlere Variante		Niedrige Kostenwachstumsvariante	
	Ausgaben in Prozent des BIP 2000	2050	Anstieg der Ausgaben in Prozent des BIP 2000-2050	2050	Anstieg der Ausgaben in Prozent des BIP 2000-2050	2050	Anstieg der Ausgaben in Prozent des BIP 2000-2050
Belgien	0,8	1,7	0,9	1,5	0,7	1,3	0,5
Finnland	1,6	3,7	2,1	3,3	1,7	2,9	1,3
Irland	0,7	1,0	0,3	0,9	0,2	0,8	0,1
Italien	0,6	1,2	0,6	1,0	0,4	0,9	0,3
Niederlande	2,5	5,4	2,9	4,7	2,2	4,2	1,7
<b>Österreich</b>	<b>0,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,0</b>	<b>1,5</b>	<b>0,8</b>	<b>1,4</b>	<b>0,7</b>
Schweden	2,8	5,4	2,6	4,8	2,0	4,2	1,4
Ver. Königreich	1,7	2,9	1,2	2,6	0,9	2,3	0,6

Kostenannahmen: siehe Tabelle 2.

Quelle: EPC/ECFIN/655/01-EN-final, October 2001, IHS HealthEcon 2002.

## Schwerpunktthema: Gesundheitsausgaben nach Alter zeigen Profil

Der Zusammenhang zwischen Bevölkerungsalterung und Gesundheitsausgaben ist in Österreich bislang kaum untersucht worden. Im Rahmen des EU-Projektes *Forecasting the effects of ageing on health expenditure* wurden seit längerer Zeit die ersten österreichischen Altersprofile für Gesundheitsausgaben errechnet, die sich allerdings – der Intention des EU-Berichtes entsprechend – auf öffentliche Ausgaben beschränken<sup>4</sup>.

Aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung wurden Altersprofile für Krankenanstaltenversorgung, ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen und Heilmittel einbezogen; andere öffentliche Gesundheitsausgaben blieben noch ausgeklammert. Somit belaufen sich die berücksichtigten Gesundheitsausgaben auf rund 4,9 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Dies ist aus zwei Gründen weniger als die öffentlichen Gesundheitsausgaben von 5,6 % des BIP, wie sie beispielsweise von Statistik Austria publiziert werden. Zum einen konnten nur jene Ausgaben berücksichtigt werden, über deren Altersverteilung Informationen vorliegen. Zum anderen wurde versucht, die Ausgaben entsprechend der von der OECD entwickelten Systematik *System of Health Accounts* abzugrenzen. Das bedeutet, dass beispielsweise Selbstbehalte und Selbstzahlungen abgezogen werden mussten.

Um die Langzeitversorgung abzudecken, wurde zusätzlich das Bundespflegegeld herangezogen. Alle Altersprofile wurden anhand von Daten für das Jahr 2000 berechnet.

### Gesundheitsausgaben steigen mit dem Alter...

Wie bereits aus den für andere Länder vorliegenden Berechnungen zu erwarten war, steigen die Ausgaben pro Kopf auch in Österreich mit zunehmendem Alter. Die Pro-Kopf-Ausgaben in der Altersgruppe 85-89 sind beispielsweise rund fünfmal so hoch wie jene der Altersgruppe 35-39. Lediglich die jüngste und die beiden ältesten Altersgruppen durchbrechen das Muster der mit steigendem Alter steigenden Ausgaben, vgl. Abbildung 5. Dieser Knick bei den ältesten Altersgruppen kann in den Daten einiger anderer Länder ebenfalls beobachtet werden, und deutet möglicherweise darauf hin, dass sich in diesen Altersgruppen die finanzielle Belastung der öffentlichen Hand von der (akuten) Gesundheitsversorgung auf die Langzeitversorgung umverteilt<sup>5</sup>.

Nicht nur die mit Geburten und Schwangerschaft zusammenhängenden Ausgaben verursachen eine Ausgabendifferenz zwischen jungen Männern und Frauen. Das Alters-Ausgaben-Profil bei Männern ist etwas steiler als jenes der Frauen; ab der Altersgruppe 55-

---

<sup>4</sup> Vgl. M. Riedel, M.M. Hofmarcher, Nachfragemodell Gesundheitswesen, Endbericht Teil 1, IHS Projektbericht, Wien, Juli 2002.

<sup>5</sup> vgl. Economic Policy Committee, Budgetary challenges posed by aging populations, EPC/ECFIN/655/01-EN final, Brussels, October 24, 2001, S. 34.

59 sind die Pro-Kopf-Ausgaben bei Männern höher als die gleichaltriger Frauen. Die Differenz ist am höchsten in den Altersgruppen 70-74 und 75-79 und beträgt dort 413 € pro Person und Jahr. Auch das ‚Kippen‘ der Ausgabendifferenz ist kein österreichisches Spezifikum.

### **...nicht grundlos steiler für die Männer**

Eine mögliche Erklärung für die höheren Ausgaben für männliche im Vergleich zu gleichaltrigen weiblichen SeniorInnen liegt in der unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Lebenserwartung. Die Literatur weist ja darauf hin, dass Ausgaben für Gesundheitsleistungen insbesondere in den Jahren und Monaten unmittelbar vor dem Tod ansteigen, und dies einen Teil des Ausgabenanstiegs mit zunehmendem Alter erklärt<sup>6</sup>. Unter diesem Aspekt wäre ein Vergleich zwischen den Geschlechtern sinnvoll, der auf Gruppen mit gleicher Lebenserwartung, und nicht auf Gruppen mit gleichem Lebensalter abstellt, also etwa die Ausgaben für Frauen der Altersgruppe 70-75 mit jenen für Männer der Altersgruppe 65-70 vergleicht. Unter diesem Gesichtspunkt reduziert sich die Ausgabendifferenz erheblich (vgl. Abbildung 5).

### **Die Profile in der EU liegen eng beisammen...**

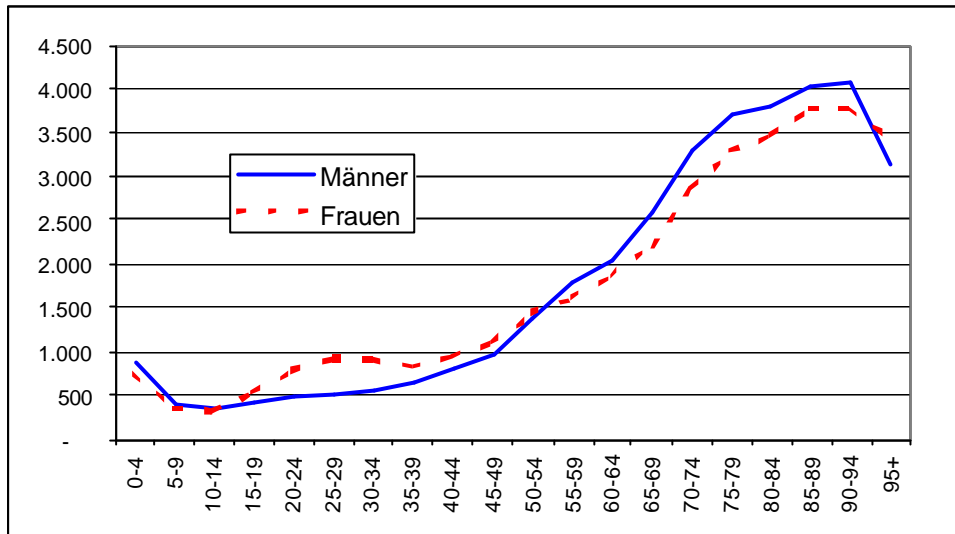
Das österreichische Alters-Ausgaben-Profil zeigt gegenüber jenen anderer EU-Länder keine gravierenden Auffälligkeiten. Bei Kindern von 5 bis 14 Jahren zählen die österreichischen Pro-Kopf-Ausgaben zu den niedrigsten, bei 50 bis 80jährigen Menschen zu den höchsten innerhalb der EU (beides gemessen anhand der jeweiligen Gesundheitsausgaben in Prozent des nationalen BIP pro Kopf). Österreich gehört damit eher zu jenen EU-Ländern, in denen der Anstieg der Ausgaben früh einsetzt, nämlich bereits ab einem Alter von etwa 50 Jahren. Das österreichische Alters-Ausgaben-Profil scheint am besten vergleichbar mit dem schwedischen. Im Vereinigten Königreich, Finnland oder den Niederlanden setzt ein entsprechender Ausgabenanstieg erst bei 5 bis 10 Jahre älteren Menschen ein. Außerdem ist erwähnenswert, dass die österreichischen Pro-Kopf-Ausgaben für 80 bis 95 Jährige nur noch von den in Frankreich, Belgien, und (zum Teil) im Vereinigten Königreich beobachteten übertroffen werden. In diesem Vergleich ist allerdings zu berücksichtigen, dass die länderspezifischen Unterschiede nicht sehr groß sind; die vorhandenen Länder-Profile ergeben ein sehr homogenes Bild, und bewegen sich lediglich bei den jüngsten und ältesten Altersgruppen etwas stärker auseinander<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> z.B. Zweifel, Felder, Meiers, Ageing of population and health care expenditure: A red herring? Health Economics 8, 485-496.

<sup>7</sup> vgl. Economic Policy Committee, op. cit., Graph 4.1.

**Abbildung 5: Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Altersgruppen (Akutversorgung), in € 2000**



Quelle: IHS HealthEcon 2002

### **...aber wir kennen ihre Verschiebungen (noch) nicht.**

Leider konnte im Rahmen des Projektes nicht festgestellt werden, ob sich die österreichischen Alters-Ausgaben-Profile im Zeitablauf verändern, ob also ältere Menschen heute, gemessen an jungen Menschen, relativ mehr oder relativ weniger Gesundheitsausgaben pro Kopf verursachen<sup>8</sup>. Eine Verschiebung des Ausgabenprofils in jede der beiden Richtungen wäre denkbar: Wenn medizinisch-technischer Fortschritt sich vornehmlich auf Beschwerden älterer Menschen konzentriert, könnten für diese mehr neue und daher in der Tendenz teurere Leistungen entwickelt werden, die in Summe zu höheren Pro-Kopf-Ausgaben bei älteren führen würden. Hinweise hierfür liegen für einige Länder vor<sup>9</sup>. Andererseits ist die Lebenserwartung auch älterer Menschen gestiegen, es ist daher wahrscheinlich, dass ältere Menschen heute einen besseren Gesundheitszustand genießen können als in der Vergangenheit. In diese Richtung deuten auch Ergebnisse des österreichischen Mikrozensus<sup>10</sup>. Wenn letzterer Effekt in Zukunft vorliegt, und zu niedrigerer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt, würde dies eine Verringerung der prognostizierten Ausgabensteigerungen zur Folge haben.

<sup>8</sup> Ein Vergleich der Ergebnisse mit älteren Daten ist problematisch bzw unmöglich, da zum größten Teil Datenquellen herangezogen wurden, die noch nicht sehr lange vorhanden sind: Für den Krankenanstaltenbereich Abrechnungspunkte, die im Zuge der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) ermittelt werden, für den Bereich ärztliche Hilfe Daten der Folgekostenrechnung II, die für die Bundesländer Oberösterreich und Burgenland zur Verfügung steht, und für den Bereich Langzeitversorgung das Bundespflegegeld.

<sup>9</sup> S. Jacobzone, Healthy ageing and the challenges of new technologies – can OECD social and health care systems provide for the future?, Proceedings of the proceedings of the "Tokyo workshop on healthy ageing and the biotechnologies" organised by the OECD and the Ministry of Health Labour and Welfare in Japan, 2001.

<sup>10</sup> Vgl. G. Doblhammer, J. Kytir, Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. Social Science and Medicine 52, 2001, 385-391.

### **Der stationäre Sektor dominiert das Alters-Ausgabenprofil..**

Die Ausgaben für stationäre Pflege und Behandlung machen in Österreich fast die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben aus<sup>11</sup>. Entsprechend hohes Gewicht kommt dem stationären Sektor daher auch bei der Bestimmung von Alters-Ausgaben-Profilen zu. Im Rahmen der hier präsentierten Berechnungen ist die Bedeutung der Ausgaben für stationäre Pflege und Behandlung aus zwei Gründen sogar noch höher: (1) Die Profile beschränken sich auf öffentliche Ausgaben; private Ausgaben fallen aber bei ärztlicher Hilfe und bei Medikamenten stärker in Gewicht; (2) die Profile umfassen nicht alle Ausgabenarten, sondern eben nur jene, für die altersspezifische Informationen zur Verfügung standen. In Summe führt dies dazu, dass die Ausgaben für den stationären Bereich sich in der hier verwendeten Abgrenzung auf 2,9% des BIP belaufen, die hier verwendeten gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 4,9 % des BIP. Das Profil der Gesundheitsausgaben wird dementsprechend von den stationären Ausgaben dominiert, beide Profile ähneln einander stark, vgl. Abbildung 5 und 6.

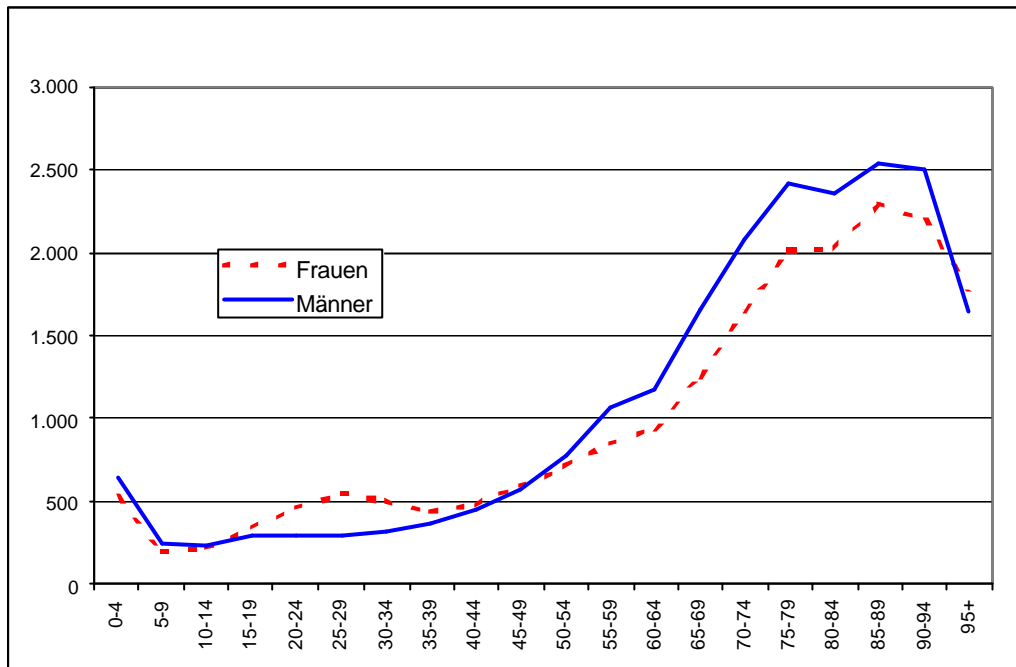
Die Berechnung der Profile basiert auf den LKF-Punkten der Fonds-Krankenanstalten. Nicht-Fonds-Krankenanstalten wurden ausgeklammert, da einerseits keine völlig vergleichbaren Altersprofile berechenbar sind (u.a. da die LKF-Punkte bei Nicht-Fonds-Krankenanstalten nicht die Abrechnungsbasis bilden), und Nicht-Fonds-Krankenanstalten als Komponente der öffentlichen Gesundheitsausgaben von vergleichsweise geringer Bedeutung sind.

Über die Behandlung in Spitalsambulanzen stehen derzeit noch keine altersbezogenen Daten zur Verfügung. Die Finanzierung der Ambulanzen ist in der Regel aus dem LKF-System ausgeklammert und erfolgt pauschaliert. In Ermangelung von altersbezogenen Angaben über die Inanspruchnahme von Ambulanzen wurden für die Ambulanzausgaben alters- und geschlechtsunabhängig pauschalierte Kosten je EinwohnerIn unterstellt.

---

<sup>11</sup> Vgl. HSW 2/2002, Tabelle A1.

**Abbildung 6: öffentliche Ausgaben für stationäre Behandlung, pro Kopf nach Altersgruppen, in € 2000**

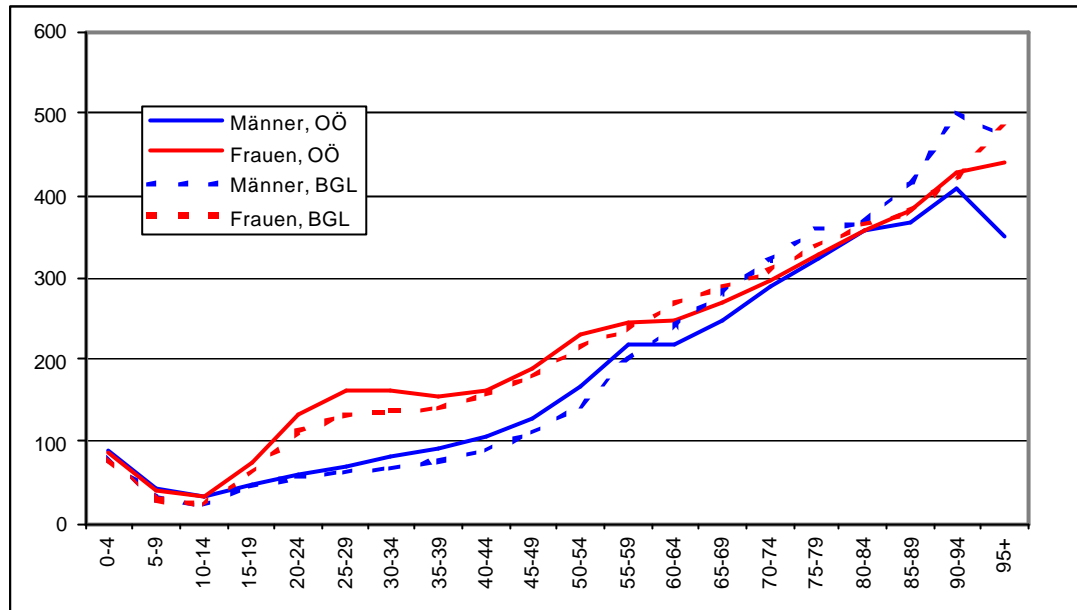


Quelle: BMSG, IHS HealthEcon 2002

### **...jenes für ärztliche Hilfe ist jedoch fast linear...**

Die mit zunehmendem Alter einhergehende Steigerung der Pro-Kopf-Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistung verläuft weit kontinuierlicher, als es bei den Ausgaben für stationäre Pflege der Fall ist. Die besonders starken Ausgabensteigerungen mit Einsetzen des Pensionsalters wie im stationären Bereich können bei ärztlicher Hilfe nicht festgestellt werden. Das Profil verläuft sowohl bei Frauen und stärker noch bei Männern annähernd linear; bei Frauen ist allerdings auch die stärkere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in jenem Alter ersichtlich, in das die meisten Familiengründungen fallen.

Es liegt kein Datensatz vor, der eine altersbezogene Auswertung der Ausgaben für ärztliche Hilfe nach Altersgruppen für die gesamte österreichische Bevölkerung ermöglicht. Allerdings verfügen die Gebietskrankenkassen zweier Bundesländer, Oberösterreich und Burgenland, bereits über eine versichertenbezogene Datenbank (Folgekostenrechnung – FOKO II), die eine Berechnung der Ausgaben für ärztliche Hilfe nach Altersgruppen ermöglicht.

**Abbildung 7: Ausgaben pro Kopf für ärztliche Hilfe, Vergleich OÖ und BGL, 2000, in €**

Quelle: GKK Oberösterreich, IHS HealthEcon 2002.

Ein Vergleich der für beide Bundesländer berechneten Alters-Ausgaben-Profile weist durchaus auf Unterschiede hin, vgl. Abbildung 7. Im wesentlichen sind die Ausgaben für Versicherte der GKK Burgenland bis zum Alter von 60 Jahren geringfügig niedriger als die vergleichbaren Ausgaben für Versicherte der GKK Oberösterreich, und bei älteren Burgenländern geringfügig höher als bei gleichaltrigen OberösterreicherInnen. Um eine möglichst gute Annäherung an das unbekannte ‚wahre‘ österreichische Alters-Ausgaben-Profil zu bilden, wurde für die Berechnung des gesamten Ausgabenprofils (Abbildung 4) ein mit den Versichertenzahlen gewichteter Mittelwert aus beiden Profilen gebildet.

Knapp 1,1 Millionen Personen (von 8,1 Mio ÖsterreicherInnen) sind bei der GKK Oberösterreich krankenversichert; rund 125 000 Menschen bei der GKK Burgenland. Gebietskrankenkassen sind die gesetzlich vorgesehene Krankenversicherung für Privatangestellte einschließlich Arbeitern und deren Angehörige. Daher werden einige Bevölkerungsgruppen wie Selbständige oder Beamte bei der Berechnung der Alters-Ausgaben-Profile nicht berücksichtigt. Zusätzlich zu allfälligen Unterschieden zwischen den Bundesländern könnte auch dieser Umstand dazu führen, dass die berechneten Profile von den ‚wahren‘ Profilen der österreichischen Gesamtbevölkerung abweichen.

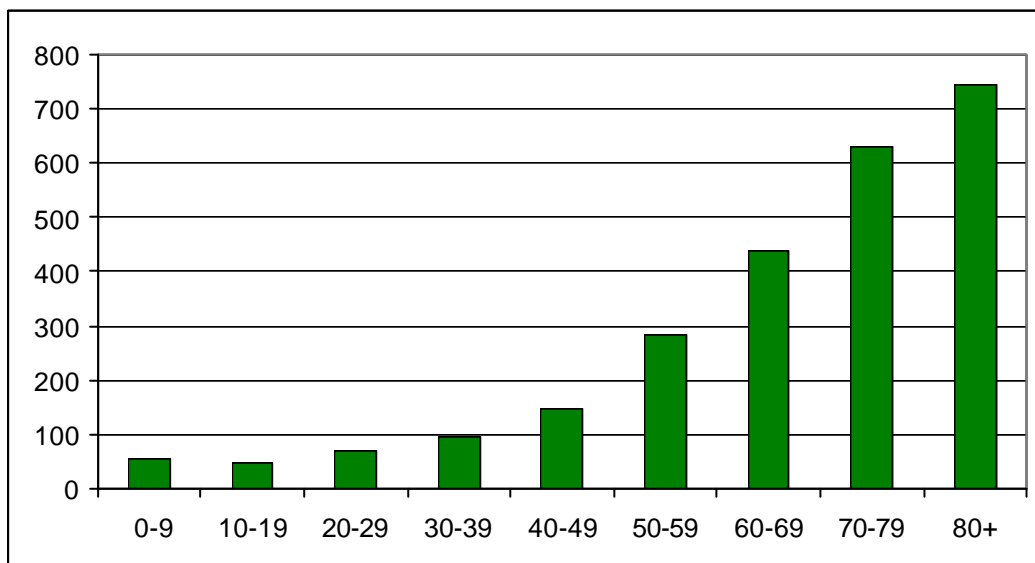
### **...und bei Heilmitteln steiler als im stationären und im ärztlichen Bereich**

Das Altersprofil im Heilmittelbereich ist steiler als in den Bereichen stationäre Pflege oder ärztliche Hilfe (vgl. Abbildung 8). Beispielsweise sind die Pro-Kopf-Ausgaben der Altersgruppe 80+ mehr als siebenmal so hoch wie jene der 30 bis 39jährigen; im Bereich ärztliche Hilfe hingegen liegen beide Gruppen nur etwa halb so weit auseinander. Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger (HVSV) wertet bereits seit einigen Jahren die

Ausgaben für Heilmittel auf Pro-Kopf-Basis aus. Die zugrunde liegende Datenbank umfasst alle sozialen Krankenversicherungen mit Ausnahme der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft. Damit stehen Angaben für mehr als 95% der österreichischen Bevölkerung zur Verfügung. Unglücklicherweise enthält diese Datenbank keine Information über das Geschlecht der Versicherten, und die Auswertungen enthalten lediglich Angaben über Altersgruppen in Abständen von zehn Jahren.

Ob und in welche Richtung sich das Alters-Ausgaben-Profil bei öffentlichen Heilmittelausgaben im Zeitablauf verschiebt, ist schwierig zu beurteilen, obwohl Auswertungen für einige Jahre vorliegen. Während ein Vergleich der Profile von 1997 und 2000 auf eine leichte Verschiebung in Richtung höherer Ausgaben bei älteren Menschen hindeutet, kann eine ähnliche Schlussfolgerung für den Vergleich der Daten für 1990 und 2000 nicht gezogen werden. Zusätzlich erschwert wird diese Betrachtung durch Anhebungen der Rezeptgebühr, die dazu führen, dass zunehmend niedrigpreisige Heilmittel nicht mehr als öffentliche Ausgaben aufscheinen, da ihre Kosten in der Regel vom Versicherten selbst getragen werden, sobald sie die Rezeptgebühr unterschreiten.

**Abbildung 8: Heilmittelausgaben pro Kopf und Jahr nach Altersgruppen, 2000, in €**



Quelle: HVSV, IHS HealthEcon 2002.

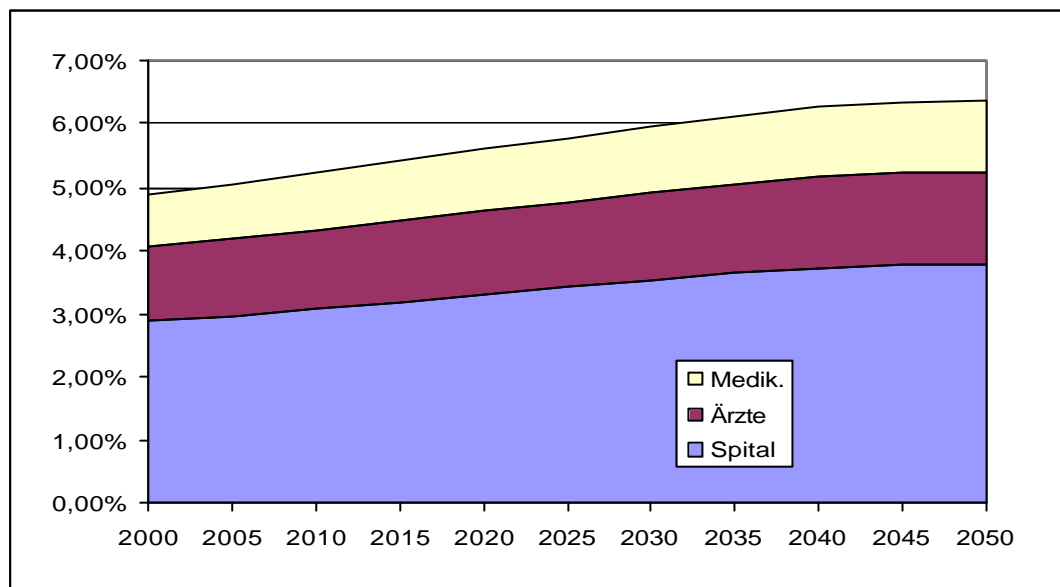
### **Zukünftige Gesundheitsausgaben: Strukturverschiebungen sind gefragt...**

Von den 4,9 % des BIP an öffentlichen Gesundheitsausgaben im Jahr 2000 entfallen 2,9 Prozentpunkte auf die Ausgaben für Fondsspitäler, 1,2 Prozentpunkte auf Sozialversicherungsausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen und 0,8 Prozentpunkte auf Sozialversicherungsausgaben für Heilmittel. Da sich die Altersprofile dieser drei Komponenten unterscheiden, werden sich in Zukunft auch ihre Anteile etwas verschieben. Der Anteil aller drei Komponenten gemeinsam wird laut Modellrechnung von



4,9 % des BIP (2000) auf 6,4 % (2050) ansteigen. Die dominierende Stellung des Ausgabenbereiches Krankenanstalten wird erhalten bleiben, wie Abbildung 9 illustriert. Die Basis dieser Berechnung bildet die Hauptvariante der Bevölkerungsvorausschätzung laut Statistik Austria. Weiters wurde von einer konstanten Struktur des Gesundheitswesens ausgegangen. Werden in Zukunft in einem gewissem Ausmaß stationäre durch ambulante Behandlungen ersetzt, würde sich das in einer entsprechend geringeren Dynamik des stationären und einer verstärkten Dynamik des ärztlichen Sektors niederschlagen.

**Abbildung 9: Komponenten der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach Komponenten, Hauptvariante der Bevölkerungsvorausschätzung, in Prozent des BIP**

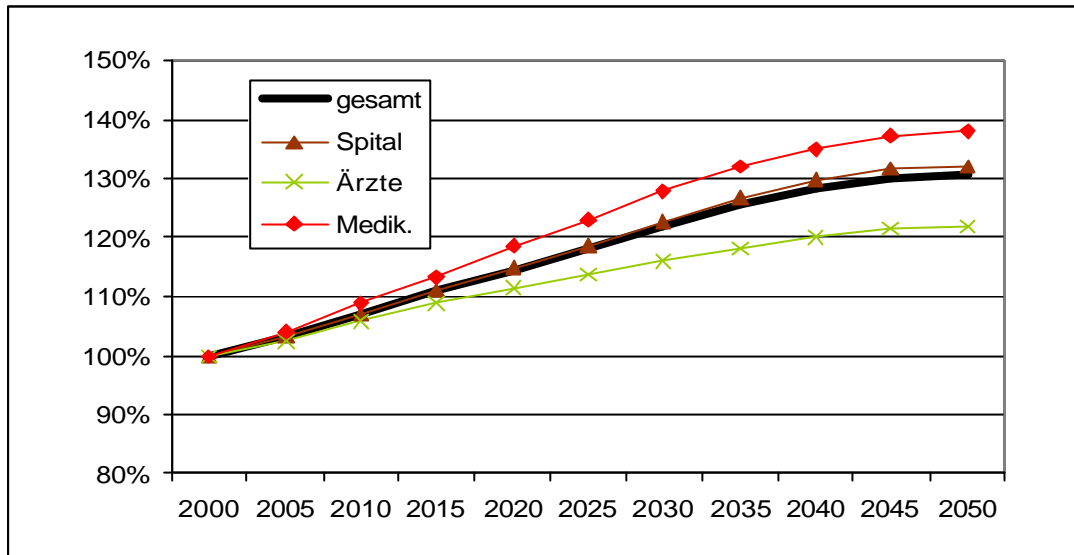


Quelle: IHS HealthEcon 2002.

### **...die zur Angleichung der Entwicklungsdynamik führen müssten**

Da das Altersgefälle der Ausgaben bei Heilmitteln größer ist als in den Bereichen ärztliche Hilfe oder stationäre Behandlung, wird die Zunahme der Ausgaben für Heilmittel voraussichtlich größer ausfallen als die Zunahme der beiden anderen Ausgabenkomponenten. Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen werden unterproportional zunehmen; die Entwicklung der Spitalsausgaben dominiert die Entwicklung der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben.

**Abbildung 10: Entwicklung von Komponenten der Gesundheitsausgaben, Hauptvariante der Bevölkerungsvorausschätzung, Index der BIP-Quoten 2000=100**



Quelle: IHS HealthEcon 2002.

Bezogen auf die Ausgabenanteile im Jahr 2000 ist diese Entwicklung in Abbildung 10 dargestellt. Allerdings wurde in dieser Berechnung angenommen, dass in allen drei Bereichen dieselbe Preisentwicklung vorliegen wird, nämlich Preissteigerungen im Ausmaß der Steigerungen des BIP pro Kopf. In dem Ausmaß, wie einzelne Segmente eine stärkere Preisentwicklung erfahren werden, wird ihr zukünftiger Anteil durch die vorliegenden Berechnungen unterschätzt.

### **Ausgaben-Profil für das Bundespflegegeld: eine steile Sache...**

Die Ausgaben für Bundespflegegeld sind weit stärker auf die älteren Altersgruppen konzentriert, als es bei den Gesundheitsausgaben der Fall ist. Abbildung 11 bezieht die Ausgaben für Bundespflegegeld auf die Einwohnerzahlen der entsprechenden Altersgruppen<sup>12</sup>. Die Pro-Kopf-Ausgaben stellen demnach die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben pro EinwohnerIn, nicht die Ausgaben pro PflegegeldbezieherIn dar. Auch ist hier, im Gegensatz zu den Gesundheitsausgaben, zu beobachten, dass die Ausgaben pro Einwohnerin höher als jene pro gleichaltrigem männlichen Einwohner ausfallen. Dies scheint paradox, da ältere Männer eine niedrigere Lebenserwartung als gleichaltrige Frauen haben. Damit wäre bei ihnen ein schlechterer Gesundheitszustand und eine höhere Pflegebedürftigkeit zu vermuten. Die höheren Pflegeausgaben pro Frau dürften daher eher durch das häusliche Umfeld zu erklären sein: Durch die höhere Lebenserwartung der Frauen dürften mehr Männer von ihren Partnerinnen gepflegt werden als Frauen von ihren Männern.

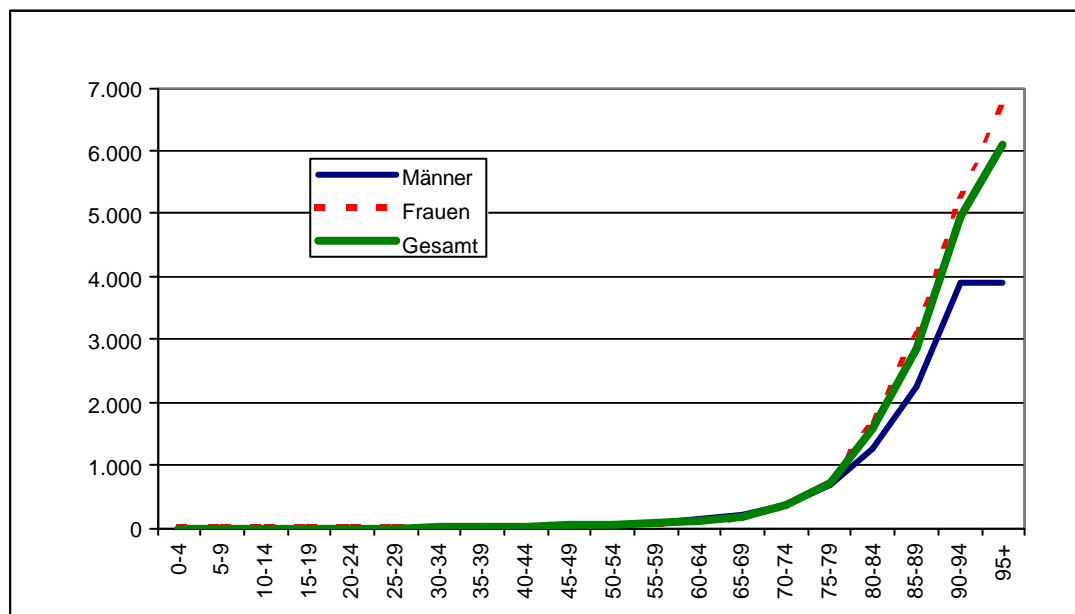
<sup>12</sup> Der 'Knick' im Profil bei Männern ist ein statistisches Artefakt, das dadurch entstand, dass wegen geringer Besetzungszahl Männer der Altersgruppen 90-94 und 95+ zusammengefasst werden mussten.

Alleinlebende ältere Menschen sind aber stärker auf Unterstützung angewiesen als Menschen in einer Partnerschaft, sodass die Gepflogenheiten bei der Beantragung von Pflegegeld hier eine Rolle spielen könnten.

### ...und noch mehr Dynamik als im Akutbereich

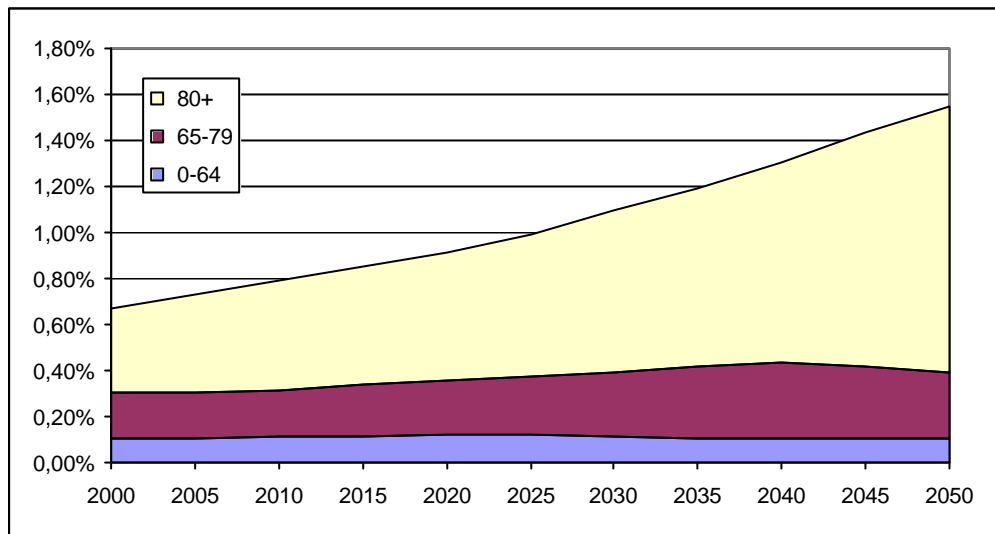
Die Ausgaben für Bundespflegegeld entsprachen im Jahr 2000 0,67 % des BIP. Davon entfielen 0,37 Prozentpunkte oder mehr als die Hälfte auf die Altersgruppe 80+. Weitere 0,20 % des BIP entfielen auf die Altersgruppe 65-79 Jahre. Durch das steile Ausgabenprofil einerseits und den wachsenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung andererseits werden sich diese Ausgabenanteile nach Altersgruppen in Zukunft stark verschieben (vgl. Abbildung 12). Die Ausgaben für jüngere Menschen werden relativ zum BIP praktisch konstant bleiben. Dementsprechend sind die zukünftigen Ausgabensteigerungen beim Bundespflegegeld vor allem auf den wachsenden Bevölkerungsanteil der Altersgruppe 80+ zurückzuführen: In der Hauptvariante der Bevölkerungsvorausschätzung werden sich die Pflegeausgaben des Bundes bezogen auf das BIP bis 2050 mehr als verdoppeln. Konkret steigen sie in der Modellrechnung um 0,87 % des BIP, davon allein die Ausgaben der Altersgruppe 80+ um 0,78 % (vgl. Abbildung 12).

**Abbildung 11: Ausgaben für Bundespflegegeld pro EinwohnerIn und Jahr nach Altersgruppen, 2000, in €**



Quelle: HVSV, IHS HealthEcon 2002

**Abbildung 12: Verteilung der Ausgaben für Bundespflegegeld nach Altersgruppen, Hauptvariante der Bevölkerungsvorausschätzung, in Prozent des BIP**



Quelle: IHS HealthEcon 2002.

Diese Modellrechnungen basieren auf der Annahme, dass der Gesundheitszustand und damit auch die Inanspruchnahme von Gesundheits- oder Pflegeleistungen nach Altersgruppen in Zukunft gleich bleiben. Es ist aber eher wahrscheinlich, dass sich der steigenden Lebenserwartung entsprechend auch der Gesundheitszustand älterer Menschen verbessern wird. Wird eine derartige Entwicklung in den Modellrechnungen berücksichtigt, reduziert sich die Zunahme der Pflegegeldleistungen, und die hier dargestellten Berechnungen stellen eine Überschätzung dar. Verschiebt sich die Morbidität bis 2050 etwa in der Art, dass z.B. der Gesundheitszustand der dann 75jährigen dem Gesundheitszustand der heutigen 70jährigen entspricht, steigen die gesamten Bundespflegegeldausgaben nur noch um rund ein Viertel, verglichen mit einer Verdoppelung der Ausgaben in der Basisvariante<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> vgl. M. Riedel, M.M. Hofmarcher, Nachfragemodell Gesundheitswesen, Endbericht Teil 2, IHS Projektbericht, Wien, Juli 2002, S.111

Tabelle A1: Gesamtbevölkerung in 1.000	Index 1990=100								Anteil an EU15 2001									
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001										
Österreich	7729	8047	8059	8072	8078	8092	8110	8075	100	104	104	104	105	105	105	104	104	2,1
Belgien	9967	10137	10157	10181	10203	10152	10161	10263	100	102	102	102	102	102	102	103	103	2,7
Dänemark	5140	5228	5262	5284	5301	5319	5293	5332	100	102	102	103	103	103	103	104	104	1,4
Deutschland	79364	81661	81896	82052	82029	82087	82220	82008	100	103	103	103	103	103	104	103	103	21,8
Finnland	4986	5108	5125	5140	5154	5166	5176	5178	100	102	103	103	103	104	104	104	104	1,4
Frankreich	56735	58139	58375	58610	58853	58623	59079	59453	100	102	103	103	104	103	104	105	105	15,8
Griechenland	10161	10454	10476	10499	10516	10538	10645	10624	100	103	103	103	104	104	105	105	105	2,8
Irland	3503	3601	3626	3661	3705	3745	3787	3841	100	103	104	105	106	107	108	110	110	1,0
Italien	57661	57301	57398	57512	57588	57595	57748	57503	100	99	100	100	100	100	100	100	100	15,3
Luxemburg	382	410	416	421	426	433	439	443	100	107	109	110	112	113	115	116	116	0,1
Niederlande	14952	15459	15531	15611	15707	15812	15785	15929	100	103	104	104	105	106	106	107	107	4,2
Portugal	9896	9917	9928	9946	9968	9989	10211	10034	100	100	100	101	101	101	103	101	101	2,7
Schweden	8559	8827	8841	8846	8851	8858	8910	8833	100	103	103	103	103	103	104	103	103	2,3
Spanien	38959	39210	39270	39323	39371	39633	39629	39920	100	101	101	101	101	102	102	102	102	10,6
Vereinigtes Königreich	57411	58606	58802	59009	59237	59501	59756	59541	100	102	102	103	103	104	104	104	104	15,8
EU15	365405	372103	373159	374166	374988	375541	376948	376977	100	102	102	102	103	103	103	103	103	100,0
EU12	294296	299442	300255	301027	301599	301863	302990	303271	100	102	102	102	102	103	103	103	103	80,4
Schweiz	6712	7041	7072	7089	7132	7144	7386	7170	100	105	105	106	106	106	110	107	107	1,9
USA	249440	264800	268180	271540	274890	278230	281550	n.v.	100	106	108	109	110	112	113	n.v.	n.v.	n.v.
Bulgarien	8991	8406	8363	8312	8257	8211	8170	7866	100	93	93	92	92	91	91	87	87	2,1
Estland	1571	1484	1469	1458	1450	1442	1370	1377	100	94	94	93	92	92	87	88	88	0,4
Lettland	2671	2516	2491	2469	2449	2432	2373	2406	100	94	93	92	92	91	89	90	90	0,6
Litauen	3711	3715	3710	3706	3702	3700	3696	3689	100	100	100	100	100	100	100	99	99	1,0
Malta	354	371	373	375	378	379	386	392	100	105	105	106	107	107	109	111	111	0,1
Polen	38119	38588	38618	38650	38666	38654	38646	38577	100	101	101	101	101	101	101	101	101	10,2
Rumänien	23207	22681	22608	22546	22503	22458	22435	22408	100	98	97	97	97	97	97	97	97	5,9
Slowakei	5298	5364	5374	5383	5391	5395	5401	5404	100	101	101	102	102	102	102	102	102	1,4
Slowenien	2000	1983	1991	1980	1974	1976	1977	1986	100	99	100	99	99	99	99	99	99	0,5
Tschechien	10363	10331	10315	10304	10295	10283	10273	10260	100	100	100	99	99	99	99	99	99	2,7
Türkei	56136	60611	61528	62455	63391	64337	65293	67632	100	108	110	111	113	115	116	120	120	17,9
Ungarn	10365	10229	10193	10155	10114	10068	10024	9917	100	99	98	98	98	97	97	96	96	2,6
Zypern	681	732	738	744	749	754	757	n.v.	100	107	108	109	110	111	111	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13	163465	167009	167771	168536	169318	170088	170800	171914	100	102	103	103	104	104	104	105	105	45,6
MOEL10	106294	105296	105132	104962	104800	104618	104364	103890	100	99	99	99	99	98	98	98	98	27,6

Quellen: WHO Health for all database, Juni 2002; World Development Indicators 2002 für die USA und Zypern; IHS HealthEcon Berechnungen 2002.

	Tabelle A2: Anteil der unter 15-jährigen an der Gesamtbevölkerung in Prozent							Index EU15=100						
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Österreich	17,4	17,5	17,4	17,2	17,0	16,8	16,6	96	100	100	100	100	100	99
Belgien	18,1	18,0	17,8	17,7	17,6	17,4	17,3	100	103	103	103	103	103	103
Dänemark	17,0	17,4	17,5	17,7	17,9	18,1	18,3	94	99	101	103	105	107	109
Deutschland	16,1	16,2	16,1	15,9	15,8	15,7	15,5	89	93	93	93	93	93	93
Finnland	19,3	19,0	18,8	18,6	18,4	18,2	18,0	107	109	109	108	108	108	108
Frankreich	20,2	19,5	19,4	19,2	19,1	18,9	18,7	112	111	112	112	112	112	112
Griechenland	19,2	16,8	16,5	16,1	15,8	15,4	15,1	106	96	95	94	93	91	90
Irland	27,3	24,3	23,7	23,2	22,6	22,1	21,6	151	139	137	135	133	131	129
Italien	15,9	15,0	14,8	14,6	14,5	14,4	14,3	88	85	85	85	85	85	85
Luxemburg	17,3	18,4	18,4	18,5	18,6	18,6	18,7	95	105	106	108	109	110	112
Niederlande	18,2	18,4	18,4	18,4	18,4	18,3	18,3	101	105	106	107	108	109	109
Portugal	20,0	17,8	17,6	17,4	17,1	16,9	16,7	110	102	101	101	101	100	100
Schweden	17,9	18,9	18,7	18,6	18,5	18,3	18,2	99	108	108	108	108	109	109
Spanien	19,4	16,6	16,2	15,8	15,5	15,1	14,7	107	95	94	92	91	89	88
Vereinigtes Königreich	19,1	19,4	19,3	19,2	19,1	19,1	19,0	106	111	111	112	112	113	114
EU15*	18,1	17,5	17,3	17,2	17,0	16,9	16,7	100	100	100	100	100	100	100
EU12*	17,9	17,1	16,9	16,7	16,5	16,4	16,2	99	98	98	97	97	97	97
Schweiz	16,9	17,1	17,0	17,0	16,9	16,8	16,7	93	98	98	99	99	99	100
USA	21,9	22,2	22,1	22,0	21,9	21,8	21,7	121	127	127	128	129	129	130
Bulgarien	20,4	18,1	17,6	17,1	16,7	16,2	15,7	113	104	102	100	98	96	94
Estland	22,2	20,5	19,9	19,4	18,8	18,3	17,7	122	117	115	113	111	108	106
Lettland	21,5	20,5	19,8	19,1	18,4	17,9	17,4	119	117	114	111	108	106	104
Litauen	22,6	21,8	21,3	20,8	20,3	19,9	19,5	125	124	123	121	120	118	116
Malta	23,5	22,1	21,7	21,3	20,9	20,5	20,2	130	126	125	124	123	122	121
Polen	25,1	22,8	22,0	21,2	20,5	19,8	19,2	139	130	127	124	121	118	115
Rumänien	23,6	20,5	20,0	19,6	19,1	18,7	18,3	130	117	116	114	112	111	109
Slowakei	25,3	22,6	21,9	21,3	20,7	20,1	19,5	139	129	126	124	121	119	117
Slowenien	19,1	18,3	17,8	17,3	16,9	16,4	15,9	105	105	103	101	99	97	95
Tschechien	21,5	18,6	18,1	17,7	17,3	16,8	16,4	118	106	105	103	101	100	98
Türkei	35,0	32,3	31,8	31,3	30,9	30,5	30,0	193	184	183	183	182	181	180
Ungarn	20,2	18,1	17,9	17,6	17,4	17,2	16,9	112	103	103	103	102	102	101
Zypern	25,8	25,2	24,8	24,3	23,9	23,5	23,1	143	144	143	142	140	139	138
Beitritt13*	27,3	25,0	24,5	24,0	23,6	23,1	22,7	151	143	141	140	139	137	136
MOEL10*	23,2	20,8	20,3	19,7	19,2	18,6	18,1	128	119	117	115	113	111	108

\*Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quelle: World Development Indicators 2002; IHS HealthEcon Berechnungen 2002.

	Anteil der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung in Prozent							Index EU15=100						
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Österreich	14,9	15,1	15,2	15,3	15,4	15,5	15,6	102	98	97	97	96	96	95
Belgien	14,9	15,9	16,1	16,3	16,6	16,8	17,0	101	103	103	103	103	104	104
Dänemark	15,6	15,3	15,2	15,1	15,1	15,0	15,0	106	99	97	96	94	93	92
Deutschland	15,0	15,5	15,6	15,8	16,0	16,2	16,4	102	100	100	100	100	100	100
Finnland	13,4	14,2	14,3	14,5	14,6	14,8	14,9	91	92	92	92	91	91	91
Frankreich	14,0	15,1	15,3	15,4	15,6	15,8	16,0	95	97	98	98	98	98	98
Griechenland	13,7	15,6	16,0	16,3	16,7	17,1	17,6	93	101	102	103	105	106	107
Irland	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	11,3	77	74	73	72	71	70	69
Italien	15,3	16,6	16,9	17,1	17,4	17,8	18,1	104	107	108	108	109	110	110
Luxemburg	13,4	14,0	14,1	14,1	14,2	14,3	14,4	91	90	90	89	89	89	88
Niederlande	12,8	13,2	13,4	13,4	13,5	13,6	13,6	87	86	85	85	84	84	83
Portugal	13,6	14,6	14,8	15,0	15,2	15,4	15,6	92	94	94	95	95	95	95
Schweden	17,8	17,5	17,5	17,4	17,4	17,4	17,4	121	113	112	110	109	108	106
Spanien	13,8	15,3	15,6	15,9	16,3	16,6	17,0	94	99	100	101	102	103	104
Vereinigtes Königreich	15,7	15,7	15,8	15,8	15,8	15,8	15,8	107	102	101	100	98	97	96
EU15*	14,7	15,5	15,6	15,8	16,0	16,2	16,4	100	100	100	100	100	100	100
EU12*	14,4	15,4	15,6	15,8	16,0	16,3	16,5	98	99	100	100	100	100	101
Schweiz	14,3	14,9	15,1	15,4	15,6	15,8	16,0	97	96	97	97	97	98	98
USA	12,4	12,5	12,4	12,4	12,4	12,3	12,3	84	81	79	78	77	76	75
Bulgarien	13,0	14,9	15,1	15,3	15,6	15,9	16,1	88	96	96	97	98	98	99
Estland	11,6	13,2	13,5	13,7	14,0	14,2	14,4	79	85	86	87	87	88	88
Lettland	12,0	13,5	13,7	13,9	14,1	14,4	14,8	81	87	88	88	88	89	90
Litauen	10,9	12,0	12,2	12,5	12,8	13,1	13,4	74	77	78	79	80	81	82
Malta	10,4	11,4	11,6	11,8	12,0	12,2	12,4	71	74	74	75	75	75	76
Polen	10,1	11,1	11,3	11,5	11,7	11,9	12,1	68	72	72	73	73	74	74
Rumänien	10,4	12,0	12,3	12,5	12,8	13,0	13,3	71	77	78	79	80	81	81
Slowakei	10,3	10,9	11,0	11,1	11,2	11,3	11,4	70	70	70	70	70	70	70
Slowenien	11,7	12,3	12,6	12,9	13,3	13,6	13,9	80	79	80	82	83	84	85
Tschechien	12,5	13,2	13,3	13,5	13,6	13,7	13,8	85	85	85	85	85	85	85
Türkei	4,3	5,0	5,2	5,3	5,5	5,6	5,8	29	33	33	34	34	35	35
Ungarn	13,3	14,1	14,2	14,3	14,4	14,5	14,6	91	91	91	90	90	90	89
Zypern	10,9	11,0	11,1	11,2	11,3	11,4	11,5	74	71	71	71	70	70	70
Beitritt13*	8,7	9,6	9,8	9,9	10,1	10,2	10,4	59	62	62	63	63	63	63
MOEL10*	11,1	12,2	12,4	12,6	12,8	13,0	13,2	75	79	79	80	80	80	81

\*Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quelle: World Development Indicators 2002; IHS HealthEcon Berechnungen 2002.