

# Altersprofil der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich – ein Update

Monika Riedel und Gerald Röhrling

## Abstract

Im Einklang mit internationalen Befunden, steigen auch in Österreich die öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben mit zunehmendem Alter deutlich an. Frauen »kosten« nur in ihrem reproduktionsfähigen Alter und knapp darüber hinaus mehr als Männer derselben Altersgruppe. Das Ausgabenprofil wird von den Krankenhausausgaben dominiert. Hauptkomponenten der ambulanten Ausgaben sind (zahn)ärztliche Hilfe und Medikamente; beide weisen eine unterschiedliche Geschlechts- und Altersverteilung auf. Nach EU-Berechnungen wird die »Gesundheitsquote« am BIP in Österreich je nach Projektionsszenario bis 2050 um 1,0 bis 2,4 Prozentpunkte steigen.

## Hintergrund

Auf Initiative der Finanzminister der Europäischen Union wurde im Jahr 2001 eine Vorausschätzung unterschiedlicher Arten öffentlicher Ausgaben für die meisten EU-Mitgliedsstaaten durchgeführt, um die Belastung der öffentlichen Haushalte durch die sich abzeichnenden demographischen Verschiebungen abzuschätzen (EPC 2001 und 2003). Zu diesen Ausgabenarten zählten neben Pensions- und Bildungsausgaben auch die Bereiche Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege. Im Jahr 2005 wurden die Berechnungen aktualisiert und die Vorausschätzung vereinheitlicht und erweitert, wobei die Alters-Ausgabenprofile aus den Mitgliedsländern geliefert wurden, während die Prognose von MitarbeiterInnen der EU-Kommission durchgeführt wurde. Von Seiten der Europäischen Union ist geplant, bis zum Jahr 2009 abermals aktualisierte, aber auch methodisch weiter entwickelte derartige Berechnungen vorzulegen. Dieser Beitrag stellt die bislang aus der letzten »Berechnungsrunde« vorliegenden österreichischen Berechnungen für den Bereich der Gesundheitsausgaben dar.<sup>1</sup>

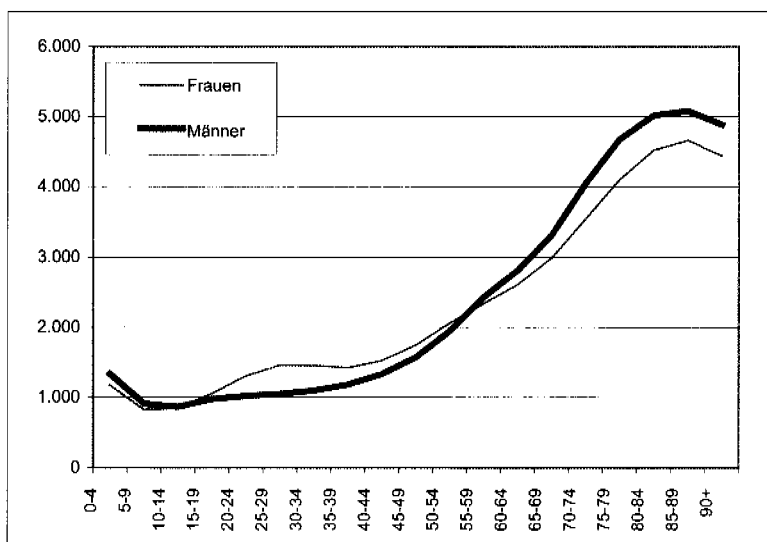
## Die österreichischen Alters-Ausgabenprofile

Die hier präsentierten österreichischen Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht decken die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Aufwendungen für Langzeitpflege) ab. Im Jahr 2003 beliefen sich diese auf rund 15,1 Mrd. Euro oder 6,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Mit dieser Quote rangiert Österreich im oberen Drittel jener EU-Staaten, welche die Gesundheitsausgaben nach vergleichbarer Berechnungsmethodik<sup>2</sup> erfassen; nur in Frankreich (8,0 Prozent), Portugal (7,3 Prozent) und Deutschland (7,2 Prozent) liegt die öffentliche Akutausgabenquote über der Österreichischen. Die gesamten Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege in Prozent der Wirtschaftsleistung betragen 9,0 Prozent, sodass im

österreichischen Akutsektor von einem Verhältnis öffentlich/privat von rund 3:1 gesprochen werden kann.

Die Pro-Kopf-Ausgaben steigen für beide Geschlechter mit zunehmendem Alter deutlich an, wobei der Anstieg mit dem Eintritt ins Pensionsalter besonders ausgeprägt ist, vgl. Abbildung 1. Frauen »kosten« nur in ihrem reproduktionsfähigen Alter und knapp darüber hinaus (zwischen 15 und 54 Jahren) um durchschnittlich 27 Prozent mehr als Männer derselben Altersgruppe. Bei über 55-Jährigen hingegen übersteigen die öffentlichen Ausgaben für Männer jene für Frauen. Der »Gendergap« vergrößert sich bis zur Altersgruppe der 70–74-jährigen und beträgt dort rund 14 Prozent. Als Grund dafür kann die höhere Krankheitsneigung mit zunehmendem Alter von Männern und ihre generell höhere Mortalität angenommen werden. Die gesamten öffentlichen Ausgaben sind sowohl bei den Frauen mit rund 4.660 Euro, als auch bei den Männern mit rund 5.081 Euro pro Kopf in der Altersgruppe der 85–89-jährigen am höchsten.

**Abbildung 1: Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsversorgung ohne Langzeitpflege, pro Kopf in Euro, 2003**



Quelle: IHS HealthEcon 2007.

Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben von Frauen über alle Altersgruppen hinweg liegen mit 1.943 Euro um rund 240 Euro oder 14 Prozent über jenen der Männer. Bei Unterstellung einer gleichen Altersstruktur in der männlichen wie der weiblichen Bevölkerung reduziert sich dieser Unterschied auf 45 Euro oder drei Prozent.

Der leichte Rückgang der durchschnittlichen Ausgaben in der letzten Altersgruppe könnte ein Indiz dafür sein, dass im Zuge »zurückhaltender Therapie« schwere, kostenintensive Behandlungen für Menschen aufgrund zu starker Nebenwirkungen oder aufgrund eines allgemein bereits schwachen Gesundheitszustandes nicht mehr in dem Umfang angewendet werden können wie bei etwas jüngeren Personen. Zu-

dem beziehen fast alle Menschen dieser Altersgruppe in Österreich Pflegegeld, sind also pflegebedürftig. Die Kosten der Langzeitpflege sind im hier dargestellten Profil jedoch nicht enthalten.

Tabelle 1 illustriert einerseits, dass die über 65-Jährigen (rund 16 Prozent der gesamten Bevölkerung) knapp ein Drittel der gesamten öffentlichen Ausgaben konsumieren, wobei rund 20 Prozent dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben werden können. Andererseits verbrauchen die drei Viertel erwerbsfähige Bevölkerung (15–64-Jährige) nur rund 58 Prozent der Ausgaben. Die gesamten Ausgaben für Frauen übersteigen mit 3,6 Prozent des BIP jene für Männer um 0,6 Prozentpunkte. Die größere Anzahl älterer und damit relativ ausgabenintensiver Frauen überkompensiert demnach ihre gemessen an gleichaltrigen Männern niedrigeren Pro-Kopf-Ausgaben.

**Tabelle 1: Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsversorgung (ohne Langzeitpflege) und Bevölkerung nach breiten Altersgruppen, 2003**

Altersgruppen	Öffentliche Gesundheitsausgaben (ohne Ausgaben für Langzeitpflege), 2003						Bevölkerung, 2003		
	in Prozent des BIP			in Prozent			in Prozent		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
0–14	0,3	0,3	0,6	4,0	4,6	8,7	5,1	5,4	10,4
15–64	2,1	1,8	3,9	30,8	27,5	58,3	36,9	37,2	74,1
65+	1,3	0,9	2,2	19,7	13,4	33,0	9,5	6,0	15,5
Gesamt	3,6	3,0	6,7	54,5	45,5	100,0	51,5	48,5	100,0

Quelle: IHS HealthEcon 2007.

Es lässt sich jedoch auch argumentieren, dass aufgrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung die Ausgaben für Frauen (beispielsweise der Altersgruppe 80–84) nicht mit den Ausgaben der Männer derselben Altersgruppe verglichen werden sollten, sondern mit entsprechend jüngeren Männern (beispielsweise mit den 75–79-jährigen Männern). Erst dann werden Personengruppen mit ähnlich hohen Anteilen ausgabenintensiver Behandlungen verglichen (weil dann dem Tode gleich nah). Bei dieser Betrachtungsweise kommt es zu einer Nivellierung der geschlechtsspezifischen Ausgabenunterschiede. Die Ausgaben für Männer übersteigen aber dennoch jene der Frauen, wie hier nicht dargestellte Berechnungen ergeben haben.<sup>3</sup>

Ein Vergleich der österreichischen Profile mit dem errechneten Durchschnitt der »alten« EU15-Mitgliedsländer zeigt, dass das österreichische Profil als sehr EU15-typisch angesehen werden kann. Sämtliche markante Merkmale des österreichischen Profils finden sich in sehr ähnlicher Form im EU15-Profil wieder: die höheren Ausgaben für die jüngste Altersgruppe im Vergleich zu Volksschulkindern, der »Babybauch« in den Ausgaben für Frauen im reproduktionsfähigen Alter, die höheren Ausgaben für ältere Männer (in Österreich: ab einem Alter von 55 Jahren) im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen, und die in der Altersgruppe 90+ etwas niedrigeren Ausgaben im Vergleich zu den nächstjüngeren Altersgruppen.

Im internationalen Vergleich, für die im Rahmen des EU-Projektes Alters-Ausgabenprofile geliefert wurden, sind die österreichischen Daten sehr detailreich: Sie

bilden im Gegensatz zu anderen Ländern, die sich oft auf Spitalsausgaben beschränken mussten, relativ viele Ausgabenkomponenten alters- und geschlechtsbezogen ab. Weiters sind sie auch nach einzelnen Altersjährgängen verfügbar; anders als etwa die Daten aus dem Vereinigten Königreich, die lediglich Informationen in 10-jährigen Altersgruppen bieten.

### **Zur Datenbasis**

Die Berechnung der Alters-Ausgabenprofile erfolgte nach einem Bottom-up Ansatz und verwendet administrative Daten für ganz Österreich. Die Ausgaben für stationäre Versorgung beruhen auf jenen Daten, die für die Krankenanstaltenfinanzierung herangezogen werden, die Ausgaben für die ambulante Versorgung inklusive Medikamente auf einer Auswertung der sozialen Krankenversicherung. Da nicht über alle öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben altersspezifische Informationen vorliegen, wurden die aus den vorhandenen Datenquellen berechneten Profile in einem zweiten Schritt so angepasst, dass sie – angewandt auf die Gesamtbevölkerung – die tatsächlichen öffentlichen Gesundheitsausgaben laut SHA Systematik<sup>4</sup> ergeben.

Bei der Berechnung der Ausgabenprofile konnte auf wesentliche Komponenten zurückgegriffen werden, über die sowohl alters- als auch geschlechtsspezifische Information zur Verfügung steht: Das Ausgabenprofil im stationären Sektor bezieht sich auf Fonds-Krankenanstalten<sup>5</sup> und wurde mit Hilfe von Daten aus der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Daten) und überregionalen Kostenrechnungsergebnissen (KORE-Daten) berechnet. Beide Datensätze wurden vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ)<sup>6</sup> zur Verfügung gestellt. Durch die Berechnung eines österreichweit einheitlichen »impliziten Punktwertes«<sup>7</sup> war es möglich, eine Abschätzung der tatsächlichen Kosten im öffentlichen stationären Bereich vorzunehmen.

Im extramuralen Bereich wurden alters- und geschlechtsbezogene Daten der sozialen Krankenversicherung (alle Gebietskrankenkassen) herangezogen, wobei zwischen fünf ambulanten Ausgabenarten unterschieden werden konnte: Ausgaben für ärztliche Hilfe, Zahnbehandlung, Medikamente, Heilbehelfe und Patiententransport (vgl. HVSV 2003).

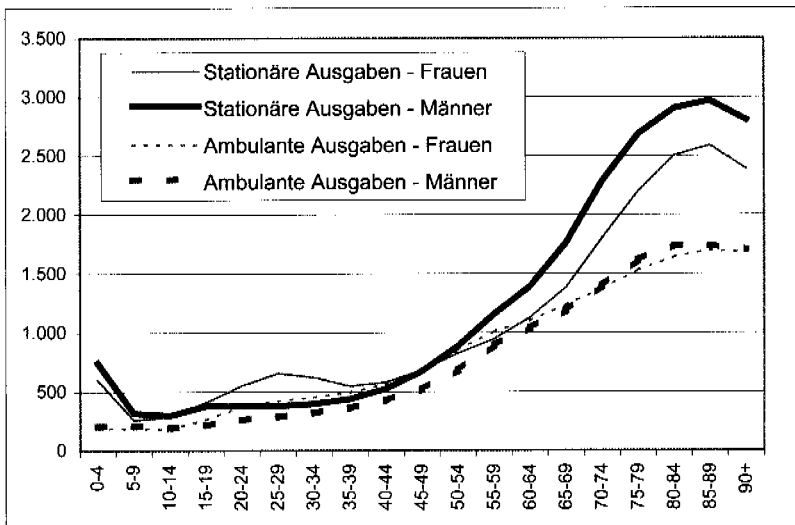
In einem zweiten Schritt wurden jene öffentlichen Ausgabenkomponenten, über die keine alters- und geschlechtsspezifische Information vorliegt, pauschal jeder Altersgruppe hinzugeschlagen. Dazu zählen beispielsweise Ausgaben in öffentlichen Spitalsambulanzen oder Ausgaben für Prävention, Verwaltung und Investitionen. Für den Bereich der privaten Krankenanstalten, die über den Privaten Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (PRIKRAF) und das LKF-System finanziert werden, wurde ein separater Umrechnungsfaktor<sup>8</sup> berechnet und die Annahme getroffen, dass die alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Punkte jener in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten entspricht.

### **Die Profile variieren je nach Ausgabenart**

Das gesamte Ausgabenprofil wird aufgrund der Tatsache, dass die kostenintensivsten Behandlungen im Krankenhaus erbracht werden, von den Ausgaben im stationären Sektor dominiert. Der Verlauf des gesamten Ausgabenprofils entspricht somit annähernd jenem im intramuralen Bereich, vgl. Abbildung 2.

Die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante Gesundheitsversorgung steigen ebenfalls mit zunehmendem Alter, vgl. Abbildung 2. Der Anstieg in den höheren Altersgruppen fällt jedoch deutlich geringer aus als im stationären Sektor. Generell ist festzustellen, dass im ambulanten Sektor die Geschlechterunterschiede schwächer ausgeprägt sind. In der Regel liegen die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante Gesundheitsleistungen deutlich unter den Pro-Kopf-Ausgaben für stationäre Akutversorgung. Dies erklärt sich daraus, dass etliche besonders kostenintensive Behandlungen, wie bereits erwähnt, ausschließlich stationär durchgeführt werden können.

**Abbildung 2: Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsversorgung (ohne Langzeitpflege), stationäre und ambulante Ausgaben, pro Kopf in Euro, 2003**

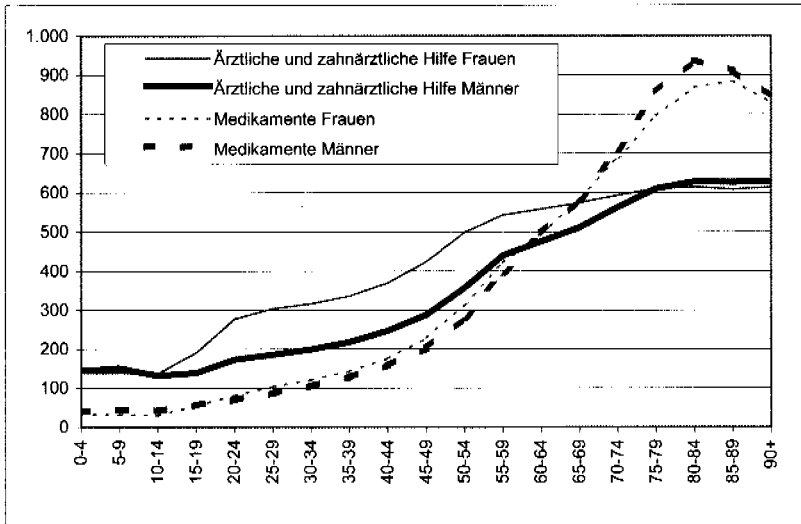


Quelle: IHS HealthEcon 2007.

Die Hauptkomponenten der ambulanten Ausgaben sind zum einen Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Hilfe und zum anderen Ausgaben für Medikamente, wobei beide Ausgabenbereiche sowohl eine unterschiedliche Geschlechter-, als auch eine unterschiedliche Altersverteilung aufweisen, vgl. Abbildung 3. Bei Männern unter 60 und Frauen unter 65 Jahren übersteigen die Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Versorgung die Medikamentenausgaben, bei älteren Personen überwiegen hingegen Ausgaben für Medikamente. Am deutlichsten wird dies in der Altersgruppe von 80–90 Jahren, in der mit bis zu durchschnittlich 937 Euro pro Jahr die höchsten Arzneimittelausgaben anfallen und bis zu 50 Prozent über den Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Hilfe liegen. Medikamentenausgaben zeigen somit ein sehr ausgeprägtes Altersgefälle, aber kaum geschlechtsspezifische Unterschiede.

Ein weit flacheres Altersgefälle, aber markantere Ausgabenunterschiede nach Geschlecht bestehen im Bereich ärztlicher und zahnärztlicher Hilfe. Deutlich höhere Pro-Kopf-Ausgaben für (zahn)ärztliche Hilfe sind bei 15–75jährigen Frauen zu beobachten. Hier dürfte ausschlaggebend sein, dass Frauen Präventionsmaßnahmen stärker in Anspruch nehmen als Männer, dies könnte aber auch mit der stärkeren

**Abbildung 3: Ambulante Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Hilfe und Medikamente, pro Kopf in Euro, 2003**



Quelle: IHS HealthEcon 2007.

Institutionalisierung im Bereich gynäkologischer Untersuchungen und Mammographiescreening zusammenhängen. Bei den 20–44-Jährigen beispielsweise übersteigen die Pro-Kopf-Ausgaben der Frauen jene der Männer sogar um mehr als die Hälfte. Frauen verursachen somit in ihrer überwiegenden Lebenszeit zwar höhere Ausgaben für (zahn)ärztliche Hilfe und in jüngeren Jahren auch für stationäre Versorgung als gleichaltrige Männer, aber wie zuvor gezeigt in der zweiten Lebenshälfte niedrigere Ausgaben für stationäre Krankenbehandlung.

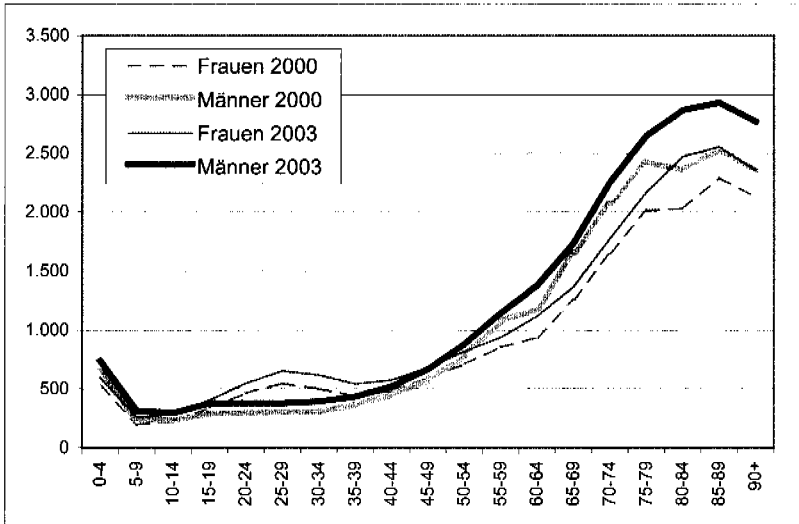
### Verschärfen sich die Profile, oder flachen sie ab?

Eine zeitliche Gegenüberstellung der Ausgabenprofile ist ausschließlich im intramuralen Bereich der Fonds-Krankenanstalten möglich. Nur in diesem Sektor beruhen beide Berechnungen auf der gleichen Datenquelle (LKF-Daten des BMGF) und folgen einer einheitlichen Berechnungsmethode. (Zur Berechnung der älteren österreichischen Alters-Ausgaben-Profile vgl. Riedel, Hofmarcher 2002; zur Berechnung der aktuellen Profile vgl. Abschnitt »Zur Datenbasis«).

Durchschnittlich stiegen die stationären Ausgaben im Zeitraum 2000 bis 2003 um rund 16 Prozent an. Differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht zeigt sich, dass bei Mädchen zwischen fünf und 15 Jahren die Ausgaben mit rund 30 Prozent am stärksten anstiegen. Mit einem Anstieg von über 20 Prozent wuchsen die Durchschnittsausgaben der 30–39-jährigen sowie der 80–84-jährigen Frauen ebenfalls stark. Bei Männern weisen 5–34-Jährige Steigerungsraten an die 30 Prozent auf bzw. auch hochbetagte Männer zwischen 80–84 Jahren und über 90-Jährige. Eine Betrachtung der absoluten Zuwächse zeigt, dass im stationären Bereich insbesondere

bei den Hochbetagten über 80 Jahren die größten Ausgabensteigerungen zu verzeichnen waren, vgl. Abbildung 4.

**Abbildung 4: Stationäre Ausgaben für Gesundheitsversorgung ohne Langzeitpflege, pro Kopf in Euro, 2000 und 2003**



Hinweis: Profil 2003 ohne private Krankenanstalten, da auch 2000 nicht enthalten

Quelle: IHS HealthEcon 2007.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die durchschnittlichen stationären Ausgaben sowohl in den jungen (unter 40 Jahre) als auch in den hohen Altersgruppen (über 80) über die Zeit überdurchschnittlich stark anstiegen, wohingegen 40 – 80-Jährige moderate Kostenzuwächse verzeichneten.

Eine Differenzierung in zwei breite Altersgruppen, nämlich in eine der unter 65-Jährigen und eine der über 65-Jährigen, zeigt, dass von keiner echten Verschärfung der Ausgabenprofile über die Zeit gesprochen werden kann. Fielen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der über 65-Jährigen im Jahre 2000 noch um 3,7 mal höher aus als jene der unter 65-Jährigen, so reduzierte sich das Verhältnis im Jahre 2003 sogar auf 3,5.

Bei der Erstellung der Profile im extramuralen Bereich konnte für das Jahr 2003 erstmals auf umfangreichere und präzisere Datengrundlagen zurückgegriffen werden, sodass ein Zeitvergleich in diesem Sektor durch die unterschiedliche Datenlage verzerrt wäre. Bei den ärztlichen Ausgaben beispielsweise beruhten die älteren Berechnungen noch ausschließlich auf Daten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (FOKO-Datenbank), wohingegen für 2003 Datenmaterial aller Gebietskrankenkassen zur Verfügung stand (Monitoringbericht des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger). Medikamentenausgaben konnten für das Jahr 2000 nur auf Basis von 10-Jahres-Altersgruppen verwendet werden; Ausgaben für Zahnbehandlung, Heilbehelfe und Patiententransport wurden erstmals für 2003 berücksichtigt.

## Vorausschätzung – Österreich wächst im EU-Durchschnitt

Um ein Bild darüber zu gewinnen, wie sich demographische Verschiebungen auf die zukünftigen Ausgaben auswirken könnten, werden sie häufig mit Bevölkerungsvorausschätzungen verknüpft. Diesem Ansatz folgte das angesprochene EU-Projekt aus 2001, das sich auf eine Abbildung der rein demographisch bedingten Entwicklungen konzentrierte. So gingen die Berechnungen beispielsweise von auch in Zukunft konstanten Alters-Ausgaben-Profilen aus, und unterstellten für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Kopf ein Wachstum, das exakt jenem der Wirtschaftsleistung (BIP) pro Kopf entspricht<sup>9</sup>. Die aktualisierten Berechnungen bauen auf diesem Ansatz auf und erweiterten ihn um eine Reihe von Annahmen, die weitere für die Gesundheitsausgaben wesentliche Entwicklungen abbilden sollen<sup>10</sup>. Die getroffenen Annahmen resultieren in sechs unterschiedlichen Szenarien; für eine detaillierte Beschreibung der Szenarien vgl. EPC 2006:

**Szenario I – *pure ageing*:** Die hier getroffene Annahme konstanter Alters-Ausgaben-Profile unterstellt implizit, dass die prognostizierte steigende Lebenserwartung der Bevölkerung lediglich zusätzliche Jahre in schlechtem Gesundheitszustand bringen wird. Die in Gesundheit verbrachte Lebensspanne bleibt somit annahmegemäß trotz steigender Lebenserwartung konstant. Da sich der Gesundheitszustand direkt in der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit in der Ausgabenhöhe niederschlägt, kann diese Annahme als pessimistisch im Sinne von ausgabenintensiv angesehen werden.

**Szenario II – *constant health*:** Dieses Szenario nimmt im Gegensatz zum vorigen an, dass gewonnene Lebensjahre in guter Gesundheit verbracht werden, und die Anzahl von Lebensjahren in schlechter Gesundheit sich zwischen dem Basisjahr der Berechnungen (2004)<sup>11</sup> und dem Ende des Projektionszeitraumes (2050) nicht ändert. In den Berechnungen entspricht diese Annahme einer Verschiebung der Alters-Ausgaben-Profile entsprechend den Gewinnen an Lebenserwartung.

**Szenario III – *death related costs*:** Entsprechend der Beobachtung, dass ein großer Anteil der individuellen Gesundheitsausgaben kurz vor dem Tode anfallen, verbindet dieses Szenario die Gesundheitsausgaben mit der verbleibenden Lebenszeit. Für die Berechnungen wird zwischen den durchschnittlichen Ausgaben pro überlebender und pro versterbender Person unterschieden.

**Szenario IV – *income effects*:** Dieses Szenario berücksichtigt den Einfluss der Einkommenselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsgütern. Unterstellt wird, dass die Elastizität von 1,1 im Basisjahr bis zum Ende des Projektionszeitraums linear auf 1,0 fällt. Wie in Szenario V entsprechen die übrigen Annahmen dem *pure ageing* Szenario.

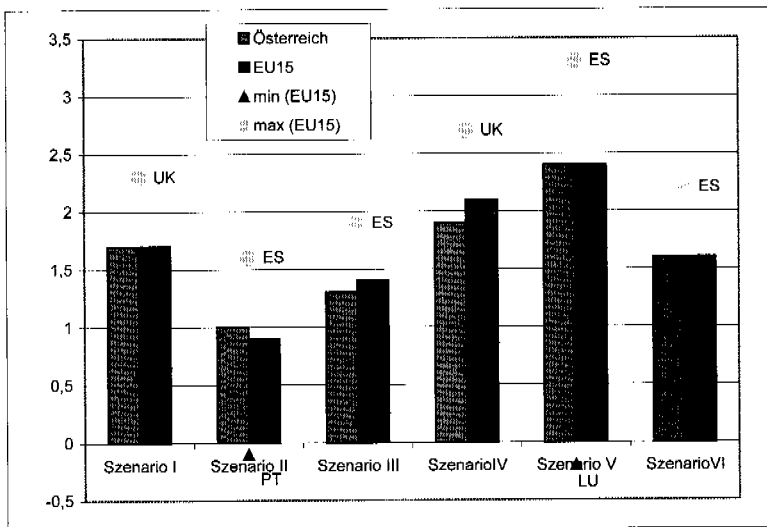
**Szenario V – *GDP per worker*:** Dieses Szenario unterscheidet sich vom *pure ageing* Szenario lediglich durch die Annahme, dass die Kosten im Gesundheitswesen entsprechend der Wirtschaftsleistung pro Erwerbsperson (statt pro Einwohner) steigen. Diese Annahme impliziert somit stärkere Kostensteigerungen und wiederholt eine Berechnungsannahme aus dem Vorläuferbericht.

**Szenario VI – *AWG reference scenario*:** Um eine seriöse Ausgangsbasis für politische Überlegungen auf EU-Ebene zu bieten, werden hier Annahmen aus ausgewählten Szenarien kombiniert, nämlich eine fallende Einkommenselastizität und eine abgeschwächte Form des *constant health* Szenario.



Für die meisten EU-Länder prognostiziert das pure ageing Szenario einen Ausgabenanstieg um ein bis zwei BIP-Prozentpunkte innerhalb des Zeitraums 2004 – 2050. Trotz der ungünstigeren demographischen Aussichten dürfte der Ausgabenanstieg in den neuen Mitgliedsländern schwächer ausfallen, was sowohl auf das niedrigere Ausgabenniveau (durchschnittlich 4,9 Prozent im Vergleich zu 6,4 Prozent des BIP in 2004) als auch auf ein flacheres Alters-Ausgaben-Profil zurückgehen dürfte. Der für Österreich berechnete Ausgabenanstieg entspricht mit 1,7 BIP-Prozentpunkten exakt dem Durchschnitt der EU15-Länder. Dies verwundert wenig, da auch die österreichischen Ausgabenprofile dem EU-Durchschnitt sehr nahe kommen. Allerdings ist zu bedenken, dass die für Österreich berücksichtigten Ausgaben 5,3 Prozent des BIP (2004) ausmachen und damit unter jenen der EU-Quote (6,4 Prozent) liegen. Damit implizieren sie de facto einen weit stärkeren relativen Anstieg als im EU-Vergleich. Wären zum Zeitpunkt der Berechnungen bereits die gemäß SHA aktualisierten öffentlichen Gesundheitsausgaben vorgelegen, hätten die Projektionsrechnungen für Österreich wohl zu einem überdurchschnittlichen Anstieg geführt. Abbildung 5 stellt einen Vergleich der für Österreich berechneten Ausgabenanstiege mit jenen in EU15 her, und weist auch die Werte jener Länder aus, für die die extremsten Entwicklungen berechnet wurden. Während die hohen Zuwächse im Vereinigten Königreich aus einem eher »extremen« Profil mit sehr hohen Ausgaben für die älteste Altersgruppe resultieren dürften, scheinen jene in Spanien aus den sehr niedrigen Geburtenraten zu stammen, welche die Demographie voraussichtlich stärker als im Durchschnitt der EU verschieben werden.

**Abbildung 5: Wachstumsraten der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) 2004 – 2050, in Prozent des BIP**



Quelle: Economic Policy Committee 2006.

Die vom Ansatzpunkt, nämlich einer steigenden Lebenserwartung, her verwandten Szenarien II und III prognostizieren erwartungsgemäß ein geringeres Ausgaben-

wachstum als das *pure ageing* Szenario. Die verbesserte Gesundheit an sich scheint sich nach den vorliegenden Ergebnissen stärker auszuwirken als die Berücksichtigung der »Sterbekosten«. Bereits der EU-Bericht weist aber auf die teils dünne, teils widersprüchliche Datenlage insbesondere zu den Annahmen des *constant health* Szenario hin, die daher nicht überinterpretiert werden sollten. Auch das *AWG reference*-Szenario berücksichtigt schließlich nur eine abgeschwächte Form des unter Ausgabenperspektive sehr optimistischen *constant health* Szenarios.

Die Ergebnisse für Szenario V weisen darauf hin, dass Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens die Ausgabenentwicklung massiv mit beeinflussen können. Zu diesen Faktoren zählt die allgemeine Lohnentwicklung, die auf den arbeitsintensiven Gesundheitsbereich durchschlägt (und wohl noch mehr auf den Bereich der Langzeitpflege, der in den hier besprochenen Ergebnissen ausgeklammert ist). Die zu erwartenden Lohnanstiege fußen neben anderen Ursachen wie der Baumol'schen Kostenkrankheit<sup>12</sup> nicht zuletzt auch auf der demographischen Entwicklung, die in Zukunft eine Angebotsverknappung am Arbeitsmarkt bewirken dürfte.

## Diskussion

Ausgelöst durch eine Initiative auf EU-Ebene, wurden für Österreich Alters-Ausgaben-Profile für die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit in nunmehr zwei Wellen berechnet. Gegenüber früheren Berechnungen wie Holzmann, Findl, Münz (1987) konnte ein weit höherer Detailgrad erreicht werden, der auch im Vergleich zu den für andere EU-Länder vorliegenden Ergebnissen umfassend und solide erscheint. So basieren die österreichischen Zahlen auf administrativen Daten für das gesamte Bundesgebiet (allerdings im Bereich etwa der Ärzteausgaben eingeschränkt auf die größte Versichertengruppe, den ASVG-Bereich). Damit lässt die Datenbasis die Probleme von Stichprobendaten vermissen und ist validiert. Zudem liegen Informationen für alle wesentlichen Ausgabenkomponenten vor, Spitäler, ärztliche Behandlung und Medikamente, sowie für eine Reihe kleinerer Komponenten.

Dennoch muss konzediert werden, dass einige kritische Annahmen getroffen werden mussten: Da keine systematische Information über Behandlungen in Spitalsambulanzen vorliegt, musste hier pauschaliert werden, was die Ergebnisse verzerrt haben könnte. Wenn hier in Wahrheit ein Altersgefälle ähnlich wie in anderen Komponenten vorliegt, ist das berechnete Alters-Ausgabenprofil zu flach, und die Vorausschätzung dementsprechend zu optimistisch. Da die Spitalsambulanzen rund 15 Prozent der gesamten öffentlichen Spitalsressourcen verbuchen, ist ein allfälliger Effekt wohl kaum vernachlässigbar. Andererseits ist nicht gesagt, dass Ausgabenkomponenten, für die uns keine altersspezifischen Informationen vorliegen, ebenfalls ein ausgeprägtes Altersgefälle aufweisen müssen. Bei Ausgaben für Präventionsmaßnahmen beispielsweise erschiene eine stärkere Konzentration auf vergleichsweise gesunde und daher oft relativ junge Personen durchaus plausibel. Hier könnte eine Verzerrung vorliegen, die der Verzerrung bei den Ausgaben für Spitalsambulanzen möglicherweise entgegenläuft. In der Berechnung wurde für alle Ausgabenkomponenten ohne Altersinformation ein einheitlicher und altersunabhängiger Betrag unterstellt.

Gegenüber dem Vorläuferprojekt ist der aktuelle Bericht der EU-Kommission bereits ambitionierter (wenn auch glücklicherweise nicht in Bezug auf den ohnehin bereits langen Prognosezeitraum): Statt hauptsächlich mit unterschiedlichen Bevöl-

kerungsszenarien zu experimentieren, wurde der Versuch gemacht, in den Vorausschätzungen auch andere Faktoren zu berücksichtigen, welche die Nachfrage nach oder die Preise von Gesundheitsleistungen beeinflussen werden. Naturgemäß sind derartige Vorausschätzungen mit hohen Unsicherheiten behaftet – im pessimistischsten Szenario wird ein mehr als doppelt so hoher Ausgabenanstieg berechnet wie im optimistischsten Szenario. Am deutlichsten werden die Unsicherheiten beim Einfluss des vielzitierten medizinisch-technischen Fortschritts. Hier kann nicht einmal gesagt werden, ob er sich ausgabensenkend oder -treibend auswirken wird – wenn auch eine ausgabenerhöhende Wirkung meist als die weit wahrscheinlichere angesehen wird. Daher sind Projektionsrechnungen, die den Fortschritt der Medizin einberechnen wollen, auch bislang noch unbefriedigend und im aktuellen EU-Projekt praktisch ausgespart. Bei tendenziell ausgabensenkenden Effekten konnte der Bericht bereits größere Fortschritte erzielen: Es wird versucht, zwischen altersbedingten Ausgaben und »Sterbekosten« zu unterscheiden, und es wird versucht, ausgabensenkende Effekte durch besseren Gesundheitszustand abzubilden. Insbesondere letzterer Effekt stützt sich jedoch hauptsächlich auf Annahmen und weniger auf harte empirische Untersuchungsergebnisse, sollte also mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden. Dem trägt der Bericht bereits dadurch Rechnung, dass im *AWG reference scenario* der Effekt gesunden Alterns nur in abgeschwächter Form berücksichtigt wird.

Zu bedenken ist jedoch die Zielrichtung der Vorausschätzungen, nämlich ein Bild über die zukünftige Belastung öffentlicher Haushalte durch Gesundheitsausgaben zu gewinnen. Als Ergebnis erhalten wir die Aussage, dass die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in der EU15 von 6,4 Prozent des BIP auf 8,2 Prozent steigen dürften, wenn wir den Zeitraum 2004–2050 und die rein demographischen Effekte betrachten. Auch Österreich weicht von diesem Anstieg um 1,7 Prozent des BIP kaum ab. Angesichts des langen Projektionszeitraums kann hier zwar von einem Anstieg, nicht aber von der so oft herbei beschworenen »Kostenexplosion« gesprochen werden. Da ausschließlich öffentliche Ausgaben betrachtet werden, sind Aussagen über die Belastung unserer privaten Budgets aus den Projektionen nicht unmittelbar abzulesen. Wir können jedoch davon ausgehen, dass »hohe« Belastungen öffentlicher Budgets tendenziell die politische Bereitschaft verstärken, Ausgaben in den privaten Bereich auszulagern. Ob wir mit den für die Gesundheitsausgaben prognostizierten Steigerungen bereits eine derartige Höhe erreichen, werden die nächsten Reformschritte zeigen.

## Literatur

BMGF: Krankenanstalten in Österreich 2006/2007

Economic Policy Committee – EPC (2001) »The budgetary challenge posed by ageing populations«, European Economy Reports and Studies N°4, European Commission, Directorate General for Economic and Financial Affairs, 2001.

[http://europa.eu.int/comm/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2001/eers0401\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/european_economy/2001/eers0401_en.pdf)

Economic Policy Committee (2003) »The impact of ageing populations on public finances: overview of analysis carried out at EU level and proposals for a work programme«.

[http://europa.eu.int/comm/economy\\_finance/epc/documents/2003/pensionmaster\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/documents/2003/pensionmaster_en.pdf)

Economic Policy Committee – EPC (2006) The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education

- and unemployment transfers (2004 – 2050): Brussels, February 2006,  
[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2006/eesp106en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2006/eesp106en.pdf)  
 Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger – HVSV (2003)  
 Monitoring Report, Berichtsjahr 2003.  
 Holzmann, R./ Findl, P./ Münz, R. (1987) Bevölkerung und Sozialstaat, Szenarien bis 2050.  
 Wien: Manz Verlag  
 Riedel, M./ Hofmarcher, M.M. (2002) Nachfragemodell Gesundheitswesens,  
 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Band 1  
 OECD Health Data, Oktober 2006.  
 Statistik Austria, [http://www.statistik.at/fachbereich\\_03/gesundheits\\_ausgaben\\_tab.shtml](http://www.statistik.at/fachbereich_03/gesundheits_ausgaben_tab.shtml)

## Anmerkungen

- 1 Die im EU-Dokument für Österreich verwendeten Zahlen wurden für diesen Beitrag hochgerechnet, um die gesamten öffentlichen Ausgaben für Gesundheit (ohne Langzeitpflege) abzubilden. Daher sind die hier ausgewiesenen Zahlen höher. Vgl. die Erläuterungen zur Datenbasis sowie EPC (2006).
- 2 Mehr zur Berechnungsmethodik finden Sie im Unterabschnitt »Zur Datenbasis«.
- 3 Werden im Konkreten die durchschnittlichen Ausgaben der 80 – 84-jährigen Frauen nicht mit den Ausgaben der Männer derselben Altersgruppe verglichen, sondern mit jenen der 75 – 79-jährigen Männer, so reduziert sich der Ausgabenunterschied zwischen den Geschlechtern um sieben Prozentpunkte (von zehn auf drei Prozent).
- 4 Seit dem Jahr 2005 befindet sich Österreich in der Implementierungsphase der OECD »System of Health Accounts« (SHA) zur Berechnung der Gesundheitsausgaben. Die entstehenden Gesundheitsausgabenkonten können als Satellitenkonto der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) angesehen werden und bieten eine umfassende, international vergleichbare Darstellung der Ausgaben im Gesundheitswesen.
- 5 Landesfonds-finanzierte Krankenanstalten sind im allgemeinen Akut-Krankenanstalten (durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 18 Tagen oder weniger). 51,5 Prozent aller Krankenanstalten sind Fonds-Krankenanstalten, in denen sich 77,4 Prozent aller Betten in Österreich befinden. Fonds-Krankenanstalten werden über die neun Landesgesundheitsfonds finanziert, welche aus öffentlichen Mitteln des Bundes, der Länder und der Gemeinden und aus Mitteln der sozialen Krankenversicherung gespeist werden (vgl. BMGF 2007).
- 6 Vormals Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF).
- 7 Dieser ergibt sich aus Division der um private Zahlungen bereinigten Endkosten in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten und allen im Jahr 2003 erwirtschafteten LKF-Punkten.
- 8 Dieser ergibt sich aus Division der Ausgaben der sozialen Krankenversicherung für den PRIKRAF und allen im Jahr 2003 erwirtschafteten LKF-Punkten in über den PRIKRAF finanzierten Krankenanstalten.
- 9 Eine Parallelberechnung ging von einem Wachstum der Pro-Kopf-Ausgaben wie bei der Wirtschaftsleistung je Erwerbsperson aus, um die Arbeitsintensität des Gesundheitswesens zu reflektieren.
- 10 Einige hiervon waren im Vorläuferbericht bereits für ausgewählte Mitgliedsländer dargestellt worden.
- 11 Im EU-Bericht wurde einheitlich das Jahr 2004 als Basisjahr herangezogen; da für Österreich nur Daten aus 2003 zur Verfügung standen, wurden diese in inflationierter Form verwendet.
- 12 Die Baumol'sche Kostenkrankheit bezeichnet die Problematik der schlechten Rationalisierbarkeit von Dienstleistungen im Gegensatz zu anderen Sektoren. Um die Qualität der Dienstleistungen aufrechtzuerhalten, müssen die Löhne jedoch mit der allgemeinen Lohnerhöhung der Bevölkerung mithalten. Die Löhne wachsen daher auch dann, wenn keine Rationalisierungen oder Produktivitätssteigerungen erfolgen.