

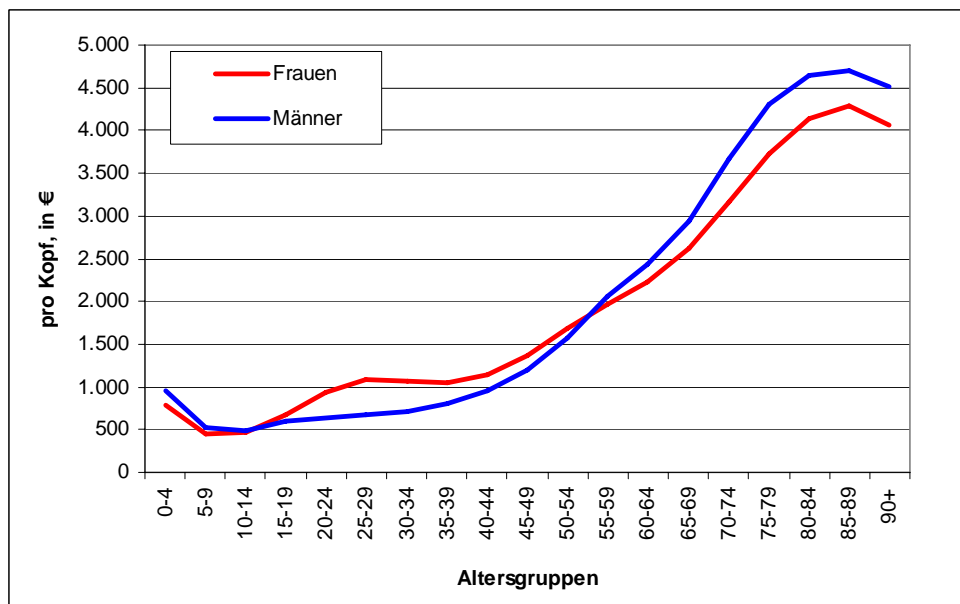
## Presseinformation

Wien, am 19.05.2006

### Berechnung öffentlicher Gesundheitsausgaben und sogenannter „Sterbekosten“ für Österreich nach Alter und Geschlecht

Die HealthEcon-Gruppe des Institutes für Höhere Studien (IHS) hat für Österreich eine Berechnung der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach Alter und Geschlecht für das Jahr 2003 vorgenommen: Umfasst sind öffentliche Ausgaben für stationäre Gesundheitsversorgung in landesfonds- und privat-finanzierten Krankenanstalten – also ohne Pflegeheimen – sowie öffentlichen Spitalsambulanzen und ambulante Ausgaben der Sozialversicherung für ärztliche und zahnärztliche Hilfe, Medikamente, Heilbehelfe und den Transport von PatientInnen. Alle berücksichtigten Ausgabenkomponenten decken rund 12 Mrd. Euro oder 5,3 Prozent des Bruttoinlandsproduktes ab.<sup>1</sup>

**Abbildung 1: Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsversorgung\*, gesamt, 2003**



Quelle: IHS HealthEcon 2006.

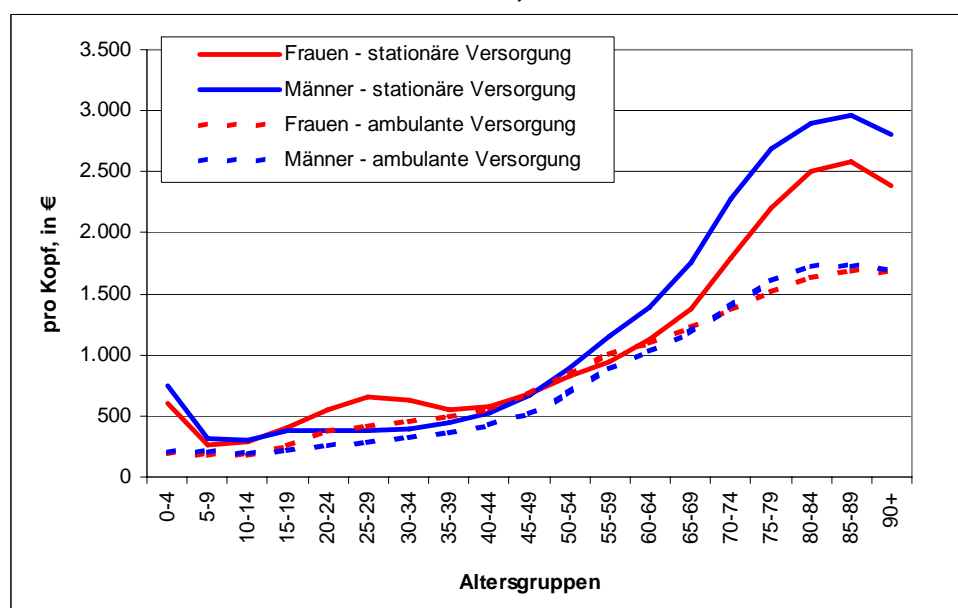
\* ohne Ausgaben für Langzeitpflege

<sup>1</sup> Zum Vergleich: Die Ausgabenquote der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der aktuellen Berechnung nach OECD System of Health Accounts (Statistik Austria) beträgt für das Jahr 2003 6,8 Prozent. Diese Quote enthält jedoch auch Ausgaben für Langzeitpflege (0,8 Prozent) sowie Ausgaben für Prävention, den öffentlichen Gesundheitsdienst und öffentliche Investitionen. Für diese Ausgabenkomponenten liegt keine geschlechts- und altersspezifische Information vor.

## Die Ausgaben für achtzigjährige sind rund vier bis sechsmal so hoch wie jene für dreißigjährige

Die Ergebnisse im stationären Sektor zeigen, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für beide Geschlechter mit zunehmendem Alter deutlich ansteigen, vgl. Abbildung 2. Frauen „kosten“ nur in ihrer Reproduktionsphase zwischen 15 und 49 Jahren um durchschnittlich 27 Prozent mehr als Männer derselben Altersgruppe. Bei über 50-jährigen hingegen übersteigen die öffentlichen Spitalsausgaben für Männer jene für Frauen deutlich. Der „Gendergap“ vergrößert sich bis zur Altersgruppe der 70-74jährigen und beträgt dort knapp 30 Prozent. Als Grund dafür kann mit zunehmendem Alter die höhere Krankheitsneigung von Männern und ihre generell höhere Mortalität angenommen werden. Die öffentlichen Spitalsausgaben sind sowohl bei den Frauen mit rund 2.600 Euro, als auch bei den Männern mit rund 3.000 Euro in der Altersgruppe der 85-89jährigen am höchsten.

**Abbildung 2: Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsversorgung\*, stationär und ambulant, 2003**



Quelle: IHS HealthEcon 2006.

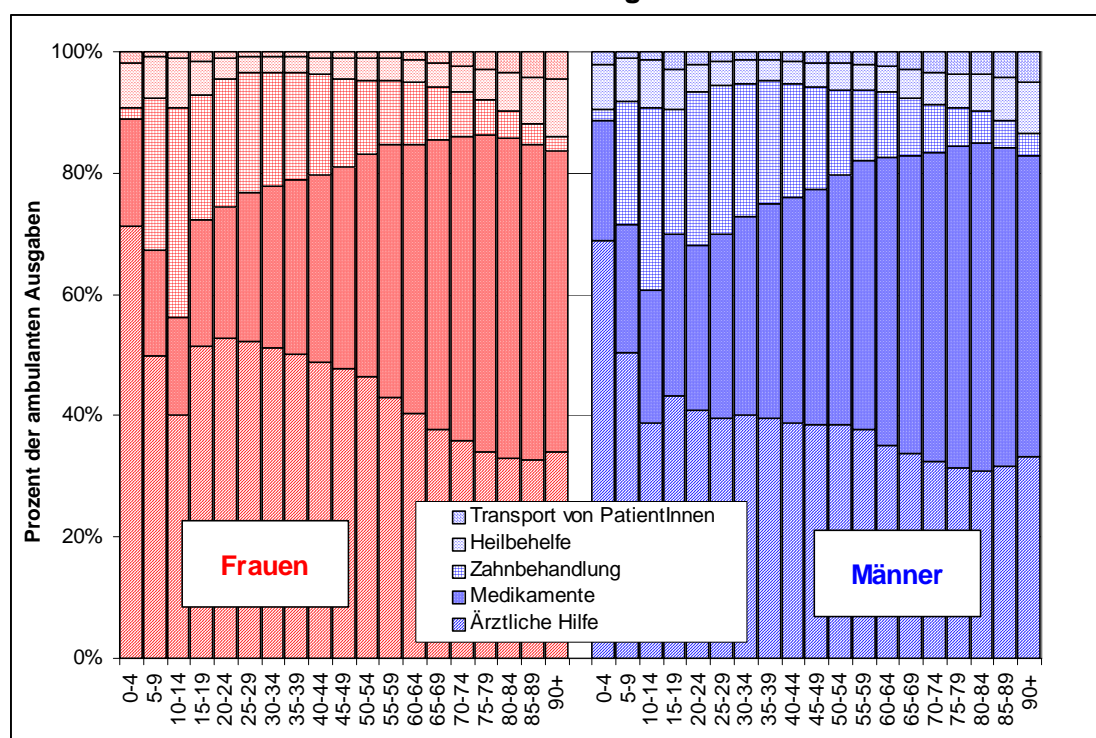
\* ohne Ausgaben für Langzeitpflege

Die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante Gesundheitsdienstleistungen steigen ebenfalls mit zunehmendem Alter. Der Anstieg in den höheren Altersgruppen fällt jedoch deutlich geringer aus als im stationären Sektor, vgl. Abbildung 2. 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 ausschließlich stationär durchgeführt werden können. Dennoch sieht das Institut für Höhere Studien Einsparungspotential in der kostengünstigeren ambulanten Durchführung

einzelner Operationen und Behandlungen. Internationale ExpertInnen gehen davon aus, dass zum Beispiel ambulante Kataraktoperationen (= Grauer Star) gleich effektiv sind wie stationär durchgeführte Eingriffe, aber um rund 30 Prozent weniger Kosten verursachen. In Österreich werden Kataraktoperationen primär stationär durchgeführt.<sup>2</sup>

Die Hauptkomponenten der ambulanten Ausgaben sind einerseits Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Hilfe und andererseits Ausgaben für Medikamente, wobei aber beide Ausgabenbereiche sowohl eine unterschiedliche Geschlechter-, als auch eine unterschiedliche Altersverteilung aufweisen, vgl. Abbildung 3 und 4. Bei Männern unter 60 und Frauen unter 65 Jahren übersteigen die Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Versorgung die Medikamentenausgaben, bei älteren Personen überwiegen hingegen die Ausgaben für Medikamente. Am deutlichsten wird dies in der Altersgruppe von 80-90 Jahren, in der mit bis zu 937 Euro pro Jahr die höchsten Arzneimittelausgaben anfallen. Medikamentenausgaben zeigen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

**Abbildung 3: Ausgabenkomponenten der ambulanten Versorgung, in Prozent der ambulanten Ausgaben 2003**



Quelle: IHS HealthEcon 2006 und HVSV.

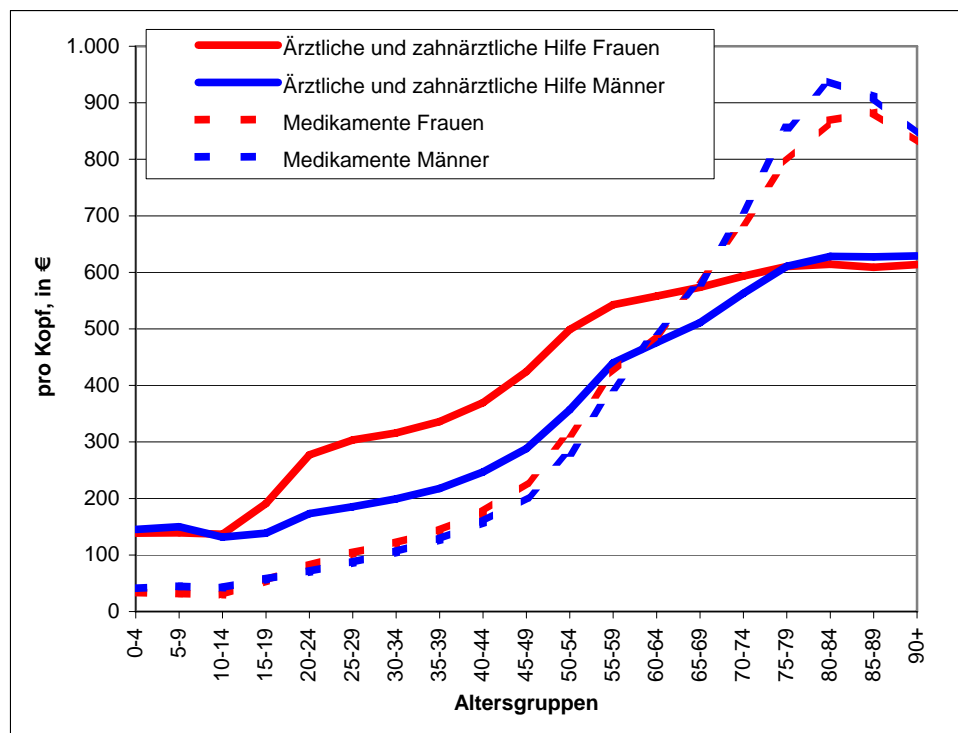
Markante Ausgabenunterschiede nach Geschlecht bestehen jedoch im Bereich ärztliche und zahnärztliche Hilfe. Deutlich höhere Pro-Kopf-Ausgaben für (zahn-)ärztliche Hilfe sind bei den 15-75jährigen Frauen zu beobachten. Bei den 20-44jährigen beispielsweise übersteigen die Pro-Kopf-Ausgaben der Frauen jene der

<sup>2</sup> vgl. Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel, Gerald Röhrling: Ressourcenverbrauch in der EU: Sollte Österreich westlicher werden? Schwerpunktthema: Die Leistungsfähigkeit der Ordenskrankenhäuser könnte „ansteckend“ sein, Health System Watch II/Sommer 2005, [http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw05\\_2d.pdf](http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw05_2d.pdf)



Männer sogar um mehr als die Hälfte. Hier dürfte ausschlaggebend sein, dass Frauen eine höhere Arztkontakthäufigkeit aufweisen und Präventionsmaßnahmen stärker in Anspruch nehmen als Männer. Frauen verursachen somit in ihrer überwiegenden Lebenszeit zwar höhere Ausgaben für (zahn)ärztliche Hilfe, aber wie oben gezeigt in der zweiten Lebenshälfte niedrigere Ausgaben für stationäre Versorgung.

**Abbildung 4: Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Hilfe bzw. Ausgaben für Medikamente, pro Kopf in €, 2003**



Quelle: IHS HealthEcon 2006.

Das österreichische Altersprofil der öffentlichen Gesundheitsausgaben (stationär und ambulant) entspricht sowohl für Frauen als auch für Männer recht genau dem durchschnittlichen EU15-Ausgabenprofil.

### **Auf Menschen im letzten Lebensjahr entfallen gut ein Zehntel der Spitalsausgaben**

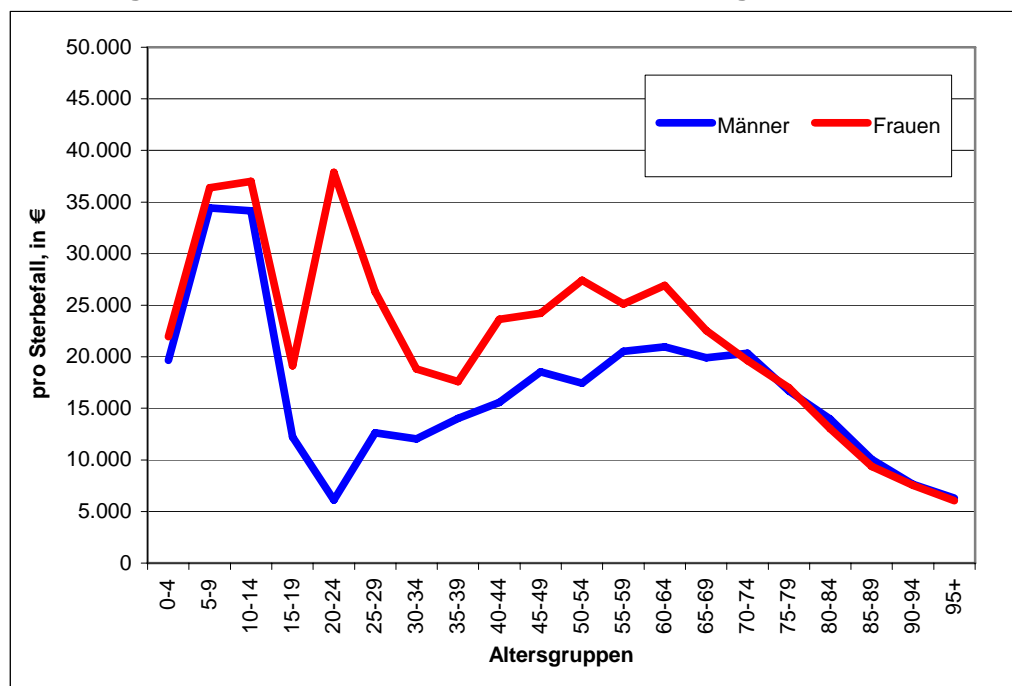
Neben der Berechnung der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach Alter und Geschlecht hat die IHS-HealthEcon-Gruppe auch die Ausgaben für Gesundheitsversorgung in den letzten Lebensmonaten berechnet („Sterbekosten“).<sup>3</sup> Auch in diesem Fall war es möglich zwischen stationären und ambulanten Kosten zu unterscheiden, wobei jedoch nur auf Daten von in Krankenhäusern gestorbenen Menschen zurückgegriffen werden konnte.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Für die österreichischen Berechnungen wurde ausgehend vom Todeszeitpunkt 2004 Kosten der letzten zwei Jahre berechnet.

<sup>4</sup> Um dafür zu korrigieren, wurden zwei Szenarien gerechnet, die jeweils eine Unter- bzw. eine Obergrenze der „wahren“ Sterbekosten darstellen. Das „no cost-Szenario“ (=Untergrenze) unterstellt die Annahme, dass

Im Jahr 2004 konnten den Ausgaben im letzten Lebensjahr 10 Prozent der gesamten stationären Ausgaben zugerechnet werden. Werden die beiden letzten Lebensjahre berücksichtigt, erhöht sich der Anteil auf 13 Prozent. Das gesamte Sterbekostenprofil wird von den stationären Ausgaben dominiert: Sterbekosten im ambulanten Bereich machen nur rund ein Zehntel der Sterbekosten im stationären Bereich<sup>5</sup> aus.

**Abbildung 5: Sterbekosten\*, stationär und ambulant gesamt, 2004**



Quelle: IHS HealthEcon 2006.

\* ohne Ausgaben für Langzeitpflege

Abbildung 5 zeigt die berechneten Sterbekosten (ambulant und stationär) nach Alter und Geschlecht. Bei Todesfällen in jüngerem Alter sind die Ausgaben tendenziell höher als in höherem Alter. Außerdem besteht bis zum Alter von etwa 70 Jahren ein Geschlechtsunterschied in der durchschnittlichen Ausgabenhöhe: Frauen werden in der letzten Lebensphase ausgabenintensiver behandelt als Männer. Dieser Unterschied ist insbesondere bei den 20-30-Jährigen sehr stark ausgeprägt. Tatsache ist, dass in diesen zehn Jahren deutlich mehr Männer durch einen Transportmittelunfall oder durch Selbstmord und damit oft außerhalb des Krankenhauses sterben als Frauen, was auf die durchschnittlichen Ausgaben durchschlagen dürfte.<sup>6</sup> Parallel dazu liegt der Anteil der Frauen, die zwischen 20 und 30 Jahren an behandlungs- und kostenintensiven bösartigen Neubildungen sterben deutlich über dem entsprechenden Anteil bei Männern.<sup>7</sup> Bei den über 70jährigen sind in den Ausgaben

Sterbefälle außerhalb des Krankenhauses keine Kosten verursachen und das „same cost-Szenario“ (=Obergrenze), dass Sterbefälle außerhalb des Krankenhauses die gleichen Kosten verursachen wie jene Sterbefälle im Krankenhaus. Es sei darauf hingewiesen, dass die „Wahrheit“ eher an der unteren Grenze liegen wird, da davon auszugehen ist, dass Sterbefälle außerhalb des Krankenhauses (z.B. Unfälle, Selbstmorde, Tod in Pflegeheimen oder Hospizeinrichtungen) weniger Kosten für das Gesundheitssystem im engeren Sinn verursachen.

<sup>5</sup> Bezogen auf das „no-cost-Szenario“ (=Untergrenze).

<sup>6</sup> 55 Prozent der männlichen Sterbefälle im Alter zwischen 20-30 Jahren gehen auf Transportmittelunfälle oder Selbstmorde zurück, wohingegen es bei Frauen nur 36 Prozent sind. Zudem findet sich in dieser Altersgruppe eine weit höhere männliche Mortalität.

<sup>7</sup> 20 Prozent der weiblichen Sterbefälle im Alter zwischen 20-30 Jahren gehen auf bösartige Neubildungen zurück, wohingegen es bei Männern nur 8 Prozent sind.

keine Geschlechtsunterschiede mehr festzustellen. Bei Frauen ab dem 65. und bei Männern ab dem 75. Lebensjahr reduzieren sich die Sterbekosten stetig, was damit zusammenhängen dürfte, dass bei sehr alten Menschen kurz vor ihrem Tod in geringerem Maße intensive Behandlungsformen angewendet werden.

### **Bis 2050 wird ein Anstieg der öffentlichen „Gesundheitsausgabenquote“ um ein bis zwei Fünftel erwartet**

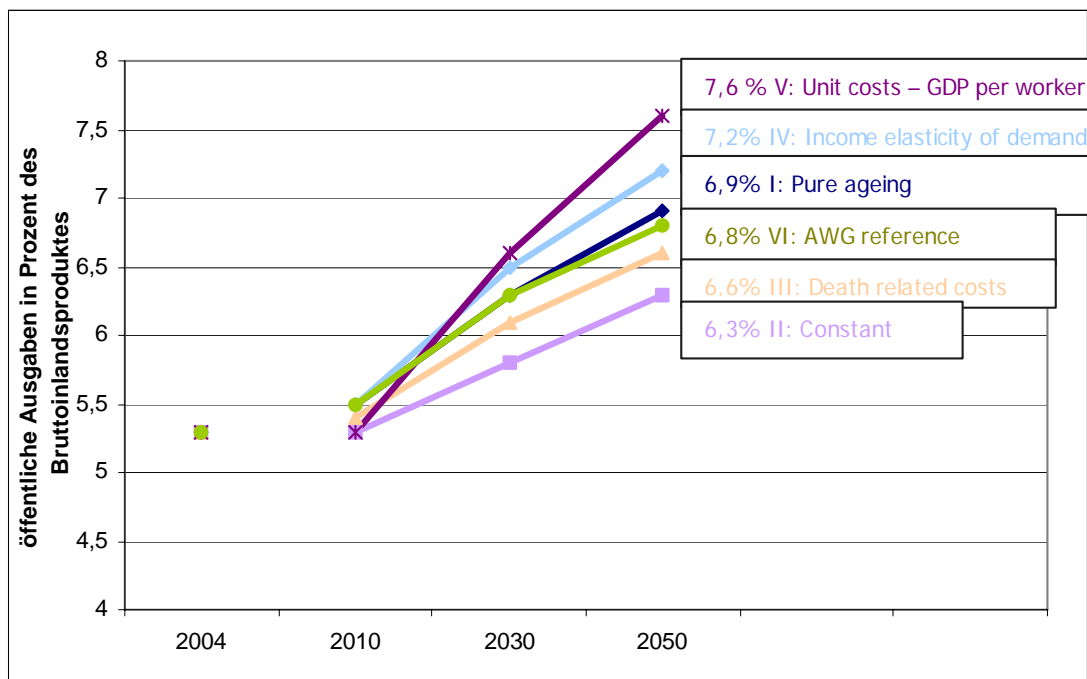
Basierend auf den vom IHS berechneten Altersprofilen und unter Berücksichtigung bestimmter Rahmenbedingungen prognostizierte das Directorate-General for Economic and Financial Affairs (DG ECFIN) der Europäischen Kommission in verschiedenen Szenarien die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsversorgung bis zum Jahr 2050.<sup>8</sup> Ausgehend von einem im Vergleich zum EU15-Durchschnitt um rund einen Prozentpunkt niedrigeren Ausgabenniveau von 5,3 Prozent des Bruttoinlandsproduktes im Jahr 2004, werden – je nach Annahme – die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich bis 2050 auf 6,3 bis 7,6 Prozent des Bruttoinlandsproduktes anwachsen, vgl. Abbildung 6. Aufgrund der Ähnlichkeit des österreichischen Altersprofils, ähnlicher Lebenserwartungsentwicklung und Makroannahmen für Österreich und die EU15 zeigen sich in der Ausgabenentwicklung 2004-2050 für Österreich und die EU15 keine wesentlichen Unterschiede.

---

<sup>8</sup> Der Bericht ist kostenlos verfügbar unter [http://europa.eu.int/comm/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2006/eespecialreport0106\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/european_economy/2006/eespecialreport0106_en.htm)

Szenario I (Pure ageing) berücksichtigt ausschließlich den reinen Demographieeffekt einer alternden Bevölkerung und kann quasi als Baseline-Szenario angesehen werden. Szenario II (Constant Health) zeigt, dass Veränderungen im Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung (Zugewinne an Lebenserwartung werden in gutem Gesundheitszustand verbracht) die Ausgaben am wenigsten stark ansteigen lässt. Auch die Berücksichtigung der Sterbekosten (Szenario III, death related costs) lässt die Ausgaben weniger stark wachsen als im Baseline-Szenario. Im Gegensatz zu allen anderen Szenarien geht Szenario IV von einer Einkommenselastizität größer 1 im Basisjahr aus und zeigt somit, dass Änderungen im Pro-Kopf-Einkommen Auswirkungen auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben haben. Den stärksten Ausgabenanstieg verzeichnet Szenario V in dem sich die Entwicklung der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt pro Erwerbstätigen orientiert. Szenario VI ist eine Kombination aus Szenario I und II, geht aber davon aus, dass sich der Gesundheitszustand nur halb so stark verbessert wie in Szenario II angenommen.

Abbildung 6: Prognoseszenarien der Gesundheitsausgaben für Österreich



Quelle: DG ECFIN und IHS HealthEcon 2006.

### Rückfragehinweis:

IHS, Stumpergasse 56, 1060 Wien, Fax: 01/59991-162, <http://www.ihs.ac.at>

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Felderer, [felderer@ihs.ac.at](mailto:felderer@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-125

Dr. Monika Riedel, [riedel@ihs.ac.at](mailto:riedel@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-126

Tanja Gewis (PR und Eventmanagement), [gewis@ihs.ac.at](mailto:gewis@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-122