



# Health System Watch

## Altersstruktur und Gesundheitsausgaben: Sind die EU-Länder auf die EU-Gesundheits- politik vorbereitet?

### Schwerpunktthema: Diagnose Armut?

Maria M. Hofmarcher\*, Gerald Röhrling\*, Monika Riedel\*

#### Altersstruktur

Griechenland, Italien, Spanien, Schweden, Österreich und Deutschland, aber auch die Schweiz und Japan sind Länder, die einen hohen Anteil von über 65-Jährigen mit meist niedriger Fertilität und hoher Lebenserwartung kombinieren. Die auf Basis dieser Kennzahlen ermittelte demographische Belastung betrifft alle betrachteten Industriestaaten quer über die Kontinente. Der Zugang zu Ressourcen scheint in Ländern mit hoher demographischer Belastung eingeschränkt zu sein. Wir finden außerdem Hinweise, dass hohe demographische Belastung mit guter Qualität der Versorgung einhergeht. Darüber hinaus bringt die demographische Belastung für reiche Länder momentan zumindest noch keine Finanzierungsprobleme. Die von uns operationalisierten Dimensionen der Versorgung sind jene Zielbereiche, die erst kürzlich seitens der EU-Kommission für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege in den EU-Ländern formuliert wurden. Diese zielgerichtete Orientierung könnte der EU-Gesundheitspolitik Leben einhauchen und der EU-Kommission wird in Zukunft stärkere Bedeutung als Koordinierungsstelle für die EU-Gesundheitspolitik zukommen.

#### Diagnose Armut?

Trotz eines aufkommensseitig sozial angelegten Gesundheitssystems für 99 Prozent der Bevölkerung erweisen sich auch in Österreich geringes Einkommen und niedriges Bildungsniveau als Barrieren für gute Gesundheit und den Zugang zu Gesundheitsleistungen. Aus den vorliegenden Mikrozensus Erhebungen geht hervor, dass sich Personen mit Universitätsabschluss deutlich gesünder fühlen als Pflicht- und Lehrausbildungsabschlossene. Allerdings steigt im Durchschnitt über alle Bildungsgruppen das gesundheitliche Wohlbefinden, da sowohl weniger Männer als auch weniger Frauen ihre Gesundheit als sehr schlecht einschätzen. In Österreich haben Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheitszustand keine besonders große Tradition, während es in einigen anderen europäischen Ländern systematische Forschungsstrategien zur Reduktion der sozialen Ungleichheit in Gesundheitszustand und Zugang zu Gesundheitsleistungen gibt.

Alters-  
struktur

Diagnose  
Armut?





# Altersstruktur und Gesundheitsausgaben: Sind die EU-Länder auf die EU-Gesundheits- politik vorbereitet?

Die Tatsache, dass mehr Menschen länger leben, stellt für unsere Gesellschaften und unsere Gesundheitssysteme eine große Errungenschaft dar. Als Ergebnis der niedrigen Geburtenraten und der zunehmenden Lebenserwartung wird die Bevölkerung Europas ständig älter. Allerdings bringen die demographischen Veränderungen für unsere Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme auch neue Herausforderungen mit sich.<sup>1</sup> Die folgende Analyse hat das Ziel Ländergruppen zu charakterisieren, die gegenwärtig mit demographischen Problemen konfrontiert sind.

Mit Hilfe des multivariaten statistischen Verfahrens der hierarchischen Clusteranalyse wurden Ländergruppen bestimmt, die bezüglich der demographischen Kennzahlen Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, Gesamfruchtbarkeitsrate und Lebenserwartung bei Geburt ähnliche Muster aufweisen. In einem weiteren Schritt analysieren wir den Zusammenhang zwischen demographischer Struktur, Zugang zu Gesundheitsversorgung, Qualität der Leistungserbringung und Nachhaltigkeit der Finanzierung. Darüber hinaus versuchen wir festzustellen, ob es Unterschiede zwischen steuerfinanzierten Ländern und Sozialversicherungsländern im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen demographischer Belastung und den von uns definierten Kennzahlen gibt. Um dies darzustellen, wurden Variable definiert und durch Rangbildung normiert und zusammengefasst.

Drei langfristige  
europäische  
Ziele...

## Drei langfristige europäische Ziele...

In einer Mitteilung der Europäischen Kommission von 1999 über "Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes" wird konsequenterweise die Sicherung einer hohen Qualitätsansprüchen genügenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung als eines der Hauptziele einer verstärkten Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten ausgemacht.

Diese Initiative wurde vom Europäischen Rat im März 2000 in Lissabon gutgeheißen. Besonders betont wurde, dass die sozialen Sicherungssysteme modernisiert werden müssen, damit auch weiterhin eine gute Gesundheitsfürsorge gewährleistet werden kann. Im Dezember 2001 formulierte die Kommission eine Mitteilung, in der die demographischen, technologischen und finanziellen Trends untersucht werden, welche die künftige Fähigkeit, hohe Sozialschutzstandards im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege auch in Zukunft aufrechtzuerhalten, gefährden könnten. Fazit des Berichts ist, dass die Systeme der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege in der EU vor der Herausforderung stehen, drei Ziele gleichzeitig zu verwirklichen<sup>2</sup>:

### 1. Allgemeiner Zugang

**Ziel ist die Sicherung des allgemeinen Zugangs zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Situation alter Menschen, die der Langzeitpflege bedürfen. Eine Finanzierung und Anpassung des Versorgungsangebotes soll insbesondere durch die Institutionalisierung der Langzeitpflege erfolgen<sup>3</sup>.**

Der Anspruch auf medizinische Versorgung ist ein für die Wahrung der Menschenwürde wesentliches Grundrecht, das für jede(n) Europäer(in) gewährleistet sein muss. Zugang zum Gesundheitswesen soll unabhängig von sozialer Stellung und Einkommen gewährleistet sein.

### 2. Qualitätssicherung (-verbesserung)

**Eine Erhöhung der Transparenz und Qualität der Gesundheitssysteme soll insbesondere durch Evaluierung von medizinischen Verfahren und Erzeugnissen sowie der Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens erfolgen.**

Es soll das bestmögliche Verhältnis zwischen gesundheitlichem Nutzen und den Kosten von Produkten und Behandlungen geschaffen werden, ohne das Ziel der Förderung der öffentlichen Gesundheit zu gefährden. Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung, insbesondere in Krankenanstalten, zur Reduktion von durch Qualitätsdefizite

<sup>1</sup> Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: Vorschlag für einen gemeinsamen Bericht: Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus, KOM (2002) 774, Brüssel 2003.

<sup>2</sup> Kommission der Europäischen Gemeinschaften, op. cit., Brüssel 2003.

<sup>3</sup> Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern, KOM (2001) 723, Brüssel 2001.





verursachten Kosten beitragen.<sup>4</sup> Vergleichende Analysen verschiedener Gesundheitssysteme und Behandlungsmethoden sollen "best practice" zur Verbesserung der Qualität und der optimalen Ressourcennutzung im Kontext des sozialen Schutzes identifizieren.

### 3. Langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme

**Ziel ist die Fortsetzung der auf eine Kostendämpfung abzielenden Reformen in Verbindung mit politischen Maßnahmen zur Konsolidierung der öffentlichen Finanzen und zur Sicherung einer adäquaten Finanzierung der Gesundheitsversorgung.**

Ein gewisses Finanzierungsniveau soll sicherstellen, dass die Verfügbarkeit von hoher Qualität im Gesundheitswesen und somit auch wissenschaftlicher und technischer Fortschritt gewährleistet sind.

#### ...die einer europäischen Gesundheitspolitik Leben einhauchen könnten...

Mit dem Vertrag von Amsterdam, der im Jahr 1999 in Kraft getreten ist, hat die EU-Gesundheitspolitik ihre gegenwärtigen Rechtsgrundlagen erhalten. Er enthält unter anderem die zentrale Bestimmung, dass die Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus Maßgabe aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ist. Damit ist die Gesundheitssicherung zur verpflichtenden Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche der Gemeinschaft geworden.

Im Jahr 2000 legte die EU-Kommission einen Vorschlag für eine neue "Gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft" vor. Sie reagierte damit einerseits auf die Veränderungen der rechtlichen Grundlagen der EU (Verträge von Maastricht und Amsterdam), andererseits auf die Erfahrungen mit und die Kritik an den eigenen Aktionsprogrammen im Bereich Gesundheit. Die EU-Programme wurden kritisiert, weil sie mit ihrer großen Zahl und dem "vertikalen Ansatz", für jedes Problem ein Programm aufzulegen, zu unübersichtlich und ineffizient waren. Hinzu kam, dass mit den Veränderungen der rechtlichen Grundlagen die gemeinschaftliche Gesundheitspolitik einen Bedeutungszuwachs erfahren hat, der sich auch in der Strategie der Kommission niederschlagen soll<sup>5</sup>. Die Verankerung des Gesundheitsschutzes als Querschnittsziel der Aktivitäten der EU ist der zentrale Ausgangspunkt für die strategische Neuausrichtung der Kommission.

Die neue Gesundheitsstrategie hat drei "horizontale Schwerpunkte":<sup>6</sup>

- **Verbesserung von Information und Kenntnissen im Bereich der Gesundheit.** Es wird ein umfassendes Informationssystem eingerichtet, das den politischen Entscheidungsträgern (und der Öffentlichkeit) die erforderlichen gesundheitlichen Schlüsseldaten liefert.
- **Rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren.** Es wird ein wirksames Schnellreaktionssystem eingerichtet, das Gefährdungen der öffentlichen Gesundheit, beispielsweise durch Infektionskrankheiten, begegnet. Die Integration auf der Grundlage der Freizügigkeit in der EU erfordert eine höhere Wachsamkeit.
- **Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren.** Das Programm wird zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung und zur Verringerung der vorzeitigen Todesfälle in der EU beitragen, indem die Krankheitsursachen durch wirksame Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bekämpft werden.

Das "Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit" gilt für die Jahre 2003 bis 2008 und formuliert als Gesamtziel "den Schutz der menschlichen Gesundheit und Ver-

4 Le cout de la qualité et de la non-qualité a hopital, Bericht der "Agence francaise pour l'accréditation et l'évaluation en santé" (ANAES), September 1998.

5 Schmucker, R.: Europäische Integration und Gesundheitspolitik, Arbeitspapier Nr.23/2003, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Jänner 2003

6 Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft. Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006), KOM (2000) 285, Brüssel 2000.

...die einer europäischen Gesundheitspolitik Leben einhauchen könnten...





besserungen im Gesundheitswesen"<sup>7</sup>. In Ergänzung der einzelstaatlichen Politiken ist das Programm an den oben formulierten allgemeinen Zielen orientiert. Es soll dazu beitragen, eine integrierte und sektorübergreifende Gesundheitsstrategie in den verschiedenen Gemeinschaftspolitiken sicherzustellen und Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abzubauen.

Der Schwerpunkt des Programms ist darauf ausgerichtet, eine stärkere Koordinierung und Vernetzung der verschiedenen EU-Politikbereiche mit den in den Einzelstaaten verantwortlichen Institutionen sowie Nichtregierungsorganisationen herzustellen. Zur Finanzierung des Aktionsprogramms stellt die EU 312 Mio. Euro zur Verfügung. Verantwortlich für die gesundheitspolitischen Angelegenheiten der EU und damit auch für die Durchführung der Aktionsprogramme ist die Generaldirektion "Gesundheit und Verbraucherschutz".

### **...und der EU-Kommission eine Koordinierungsrolle geben werden.**

In Hinkunft wird seitens der EU die Leistungsfähigkeit der Einzelstaaten im Bereich der Alterssicherung und Gesundheitspolitik mit Hilfe quantitativer Indikatoren transparent gemacht werden, an Hand derer sich bewährte Praktiken (Best Practice) identifizieren und vergleichen lassen. Die Umsetzung der Ziele, die auf EU-Ebene freiwillig festgelegt werden, wird den Mitgliedsländern überlassen. Damit soll die nationale Zuständigkeit erhalten bleiben, während gleichzeitig eine gemeinsame Zielorientierung geschaffen wird. Durch ein Berichtssystem werden die Ergebnisse in den einzelnen Mitgliedsstaaten erfasst und in einem Ranking abgebildet<sup>8</sup>. Grundlegende Voraussetzung für die Verwirklichung der drei Ziele Zugang, Qualität und nachhaltige Finanzierbarkeit ist die Zusammenarbeit aller am Gesundheitssystem beteiligten Akteure.

### **Die demographische Belastung in Industrieländern ist global...**

Ziel der folgenden Analyse ist, den Grad der demographischen Belastung in ausgewählten EU-, Beitritts- und G7-Ländern zu bestimmen<sup>9</sup>: Ein hoher Anteil der über 65-Jährigen, niedrige Fertilität und hohe Lebenserwartung der Bevölkerung weisen auf eine hohe demographische Belastung hin. Abbildung 1 zeigt die verwendeten demographischen Variablen als Index in Bezug zum jeweiligen EU-14-Durchschnitt (ohne Portugal). Der Anteil der über 65-Jährigen ist mit über 18 Prozent der Gesamtbevölkerung in Italien und in Japan am höchsten, Irland, die Slowakei und die USA rangieren am anderen Ende und liegen mit Anteilen unter zwölf Prozent überaus deutlich unter dem gewichteten EU-14-Durchschnitt von 16,3 Prozent. Der Anteil der über 65-Jährigen in der europäischen Bevölkerung wird sich bis in das Jahr 2025 auf 22 Prozent und dann auf 27,5 Prozent im Jahr 2050 erhöhen<sup>10</sup>.

Die Gesamfruchtbarkeitsrate als kumulatives Fertilitätsmaß beschreibt die Zahl der Lebendgeborenen, die eine hypothetische Kohorte von 1000 Frauen von ihrer Geburt an bis zum Abschluss ihrer Reproduktionsfähigkeit im Durchschnitt zur Welt bringt. Diese Kennzahl ist in den gängigen internationalen Datenbanken (OECD, WHO) gut verfügbar und wird üblicherweise mit "Kinder pro Frau" bezeichnet. Die Spannweite dieser Fertilitätszahl im ausgewählten Ländersample reicht von Werten nahe dem Ersetzungsniveau<sup>11</sup> von 2,1 (Irland, USA) bis zu Werten deutlich darunter (vgl. Tabelle A4). Insbesondere die osteuropäischen Beitrittsländer, wie Tschechien und die Slowakei, aber auch die südeuropäischen EU-Länder Italien, Spanien und Griechenland verzeichnen die geringsten Fertilitätsraten (1,2 Kinder pro Frau). Österreich liegt mit 1,3 Kinder nur knapp darüber.

7 Europäische Gemeinschaften (2002), Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008), in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften L 271 vom 09.10.2002, S. 1-11

8 Die Publikation: "Die Gesundheitssituation in der Europäischen Union, Gesundheitsunterschiede verringern" Europäische Gemeinschaften 2003, ist bereits ein Produkt, das auf die Herstellung von Transparenz und Vergleichbarkeit abstellt.

9 Die Länderauswahl richtete sich, auch im Hinblick auf die folgenden Analysen, nach der Datenverfügbarkeit.

10 Kommission der Europäischen Gemeinschaften, op. cit., Brüssel 2001.

11 Das Ersetzungsniveau (replacement level) der Gesamfruchtbarkeitsrate liegt bei 2,1 und bezeichnet jene Fertilitätsbedingungen, bei dem ein Elternpaar durch seine Kinder "ersetzt" wird. Ist das Ersetzungsniveau erreicht, nähern sich die Geburtenzahl und die Sterbezahlg graduell einander an, bis die Bevölkerung nicht mehr weiter wächst (stationäre Bevölkerung). Der Zeitraum der dafür notwendig ist, variiert stark je nach Altersstruktur der Bevölkerung.

...und der EU-Kommission eine Koordinierungsrolle geben werden.

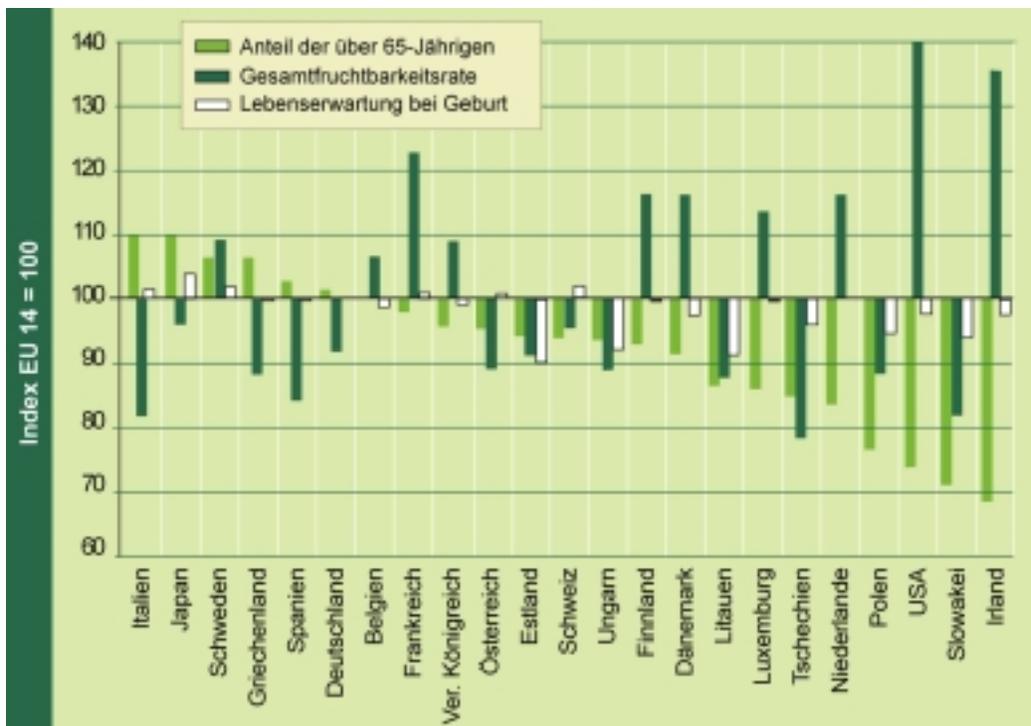
Die demographische Belastung in Industrieländern ist global...





Die Lebenserwartung als Mortalitätsmaß ist neben dem Einkommen zum größten Teil abhängig von den individuellen Lebensgewohnheiten bzw. vom individuellen Gesundheitsverhalten einer Bevölkerung. Mit der höheren Lebenserwartung ab Geburt verlängert sich auch die Lebensspanne, die bei guter Gesundheit und frei von Behinderungen zugebracht wird<sup>12</sup>. Bei altersspezifischer Betrachtung ist erkennbar, dass sich die Überlebenschancen zwar in allen Altersgruppen in den vergangenen Jahrzehnten verbesserten, der Anstieg der Lebenserwartung aber in erster Linie auf einen Rückgang der Sterblichkeit im höheren Erwachsenenalter zurückzuführen ist.<sup>13</sup> In der EU haben Dänemark (76,5 Jahre) und Irland (76,6 Jahre) die niedrigste Lebenserwartung bei Geburt. Die Lebenserwartung bei Geburt in Japan liegt beispielsweise 15,3 Prozent über dem niedrigsten Wert des Ländersamples in Estland (70,7 Jahre), was einer höheren Lebenserwartung von mehr als zehn Jahren entspricht.

**Abbildung 1:** Demographische Variable, Index EU 14 (ohne Portugal)=100, 2001 oder letztverfügbares Jahr, geordnet nach dem Anteil der über 65-Jährigen



Quelle: OECD Health data, Juli 2003; WHO Health for all data, Juni 2003; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

## ...und in der EU verteilt sie sich auf alle Ländercluster.

Tabelle 1 zeigt sowohl die Ergebnisse der Clusteranalyse als auch die typischen Charakteristika der einzelnen Ländergruppen<sup>14</sup>. Cluster 1 beinhaltet jene Länder, die gegenwärtig sehr stark von demographischer Belastung betroffen sind und hohe "Altenanteile", niedrige Fertilität und hohe Lebenserwartung aufweisen. Dazu gehören die EU-Staaten Griechenland, Italien, Spanien, Schweden, Österreich und Deutschland beziehungsweise die Schweiz und Japan. Innerhalb dieser Gruppe haben einerseits Japan und Schweden durch höhere Fertilität und andererseits Österreich, Deutschland und die Schweiz durch günstigere Werte in allen drei Variablen, die "besseren Karten" gegenüber den südeuropäischen Ländern. Bevölkerungsprognosen für 2050 zeigen, dass sich der Anteil der über 65-Jährigen in Italien, Spanien, Griechenland und Österreich auch am stärksten erhöhen

<sup>12</sup> Kommission der Europäischen Gemeinschaften op. cit., Brüssel 2001.

<sup>13</sup> Kytir J, Münz R (1999): Demographische Rahmenbedingungen: die alternde Gesellschaft und das älter werdende Individuum, zitiert in Lebenserwartung und Mortalität in Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Wien 2003.

<sup>14</sup> Da die unterschiedlichen Niveaus der drei Kennzahlen das Ergebnis der Clusteranalyse verzerren, wurden alle Variablen vor der Analyse standardisiert. Als Clustermethode wurde das Average-Linkage Verfahren gewählt, bei dem der Abstand zweier Objektklassen durch den Durchschnitt aller Distanzen zwischen Objekten aus den beiden Klassen gebildet wird. Die verbale Beschreibung richtet sich nach Rangzahlen, die durch Quartilsbestimmung der einzelnen Variablen hervorgegangen sind.

...und in der EU verteilt sie sich auf Ländercluster.





wird (auf über 30 Prozent der Gesamtbevölkerung)<sup>15</sup>.

**Tabelle 1:** Ergebnisse der Cluster- und der Ranganalyse

		Anteil der über 65-Jährigen	Gesamtfertilitätsrate	Lebenserwartung bei Geburt
<b>CLUSTER 1</b>	GRE, ITA, ESP JAP, SWE AUT, GER, CH	hoch hoch mittel-hoch	niedrig mittel mittel	mittel-hoch hoch mittel-hoch
<b>CLUSTER 2</b>	TCH POL, SLK EST, HUN, LIT	niedrig-mittel niedrig mittel	niedrig niedrig niedrig-mittel	niedrig niedrig niedrig
<b>CLUSTER 3</b>	LUX, NED, DEN BEL, FIN, FRA, UK	niedrig-mittel mittel	mittel-hoch mittel-hoch	mittel mittel
<b>CLUSTER 4</b>	IRL, USA	niedrig	hoch	mittel

niedrig: unter dem 25 Prozent Quartil  
 mittel: zw. dem 25 und 75 Prozent Quartil  
 hoch: über dem 75 Prozent Quartil

Quelle: IHS HealthEcon 2003.

Dem zweiten Cluster gehören alle osteuropäischen EU-Beitrittsländer des Ländersamples an. Tschechien, Polen, die Slowakei, Estland, Ungarn und Litauen sind zwar insbesondere durch niedrige Fertilität gekennzeichnet, jedoch dämpft die noch deutlich niedrigere Lebenserwartung die demographische Belastung. Gewinnen jene Staaten in den nächsten Jahrzehnten deutlich an Lebensjahren dazu, was zu erwarten ist, und ändert sich das Fertilitätsverhalten nicht, werden jene Staaten in Zukunft mit starker demographischer Belastung zu rechnen haben.

Länder mit niedrigen bis mittleren Anteilen an älteren Personen, relativ hohen Fertilitätsraten und hoher Lebenserwartung konzentrieren sich in Cluster 3. Dazu gehören die BeNeLux-Staaten, Frankreich, das Vereinigte Königreich und die skandinavischen Länder Finnland und Dänemark, wobei Luxemburg, die Niederlande und Dänemark gegenüber den anderen in diesem Cluster den geringeren Anteil an über 65-Jährigen aufweisen.

Im vierten Cluster befinden sich die demographischen Ausreißer dieses Ländersamples. Entgegen den Trends der meisten europäischen Länder haben Irland und die Vereinigten Staaten extrem niedrige Anteile bei den über 65-Jährigen und sehr hohe Reproduktionsraten.

## Die Operationalisierung der "Dreifaltigkeit" der EU-Gesundheitspolitik

Tabelle 2 zeigt jene Variablen, die wir zur Messung der von der EU-Kommission formulierten drei Zielbereiche für die Gesundheitspolitik verwendet haben. Der Zugang zum Gesundheitswesen wird durch die Langzeitbettendichte und die ÄrztInnendichte gemessen, wobei sowohl eine hohe Bettendichte als auch flächendeckende ärztliche Versorgung als Indikatoren für gute Ressourcenausstattung für die ältere Generation interpretiert werden können. Ältere PatientInnen werden aufgrund von vorhandener ärztlicher Versorgung und entsprechendem Platz nicht von einer Behandlung

<sup>15</sup> siehe Health System Watch III/2002, [www.ihs.ac.at](http://www.ihs.ac.at)





abgewiesen. Auch in der Mitteilung der Europäischen Kommission vom Januar 2003<sup>16</sup> werden als große Herausforderungen für die bestehenden Gesundheitssysteme im Zusammenhang mit der Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung u.a. die Verkürzung der Wartezeiten für nicht akute Krankenhausbehandlung und die Sicherstellung von genügend gut ausgebildetem medizinischem Personal genannt.

**Tabelle 2:** Definition der Ziele durch geeignete Variable

Ziel	Variable	Auswirkung
Zugang	Langzeitpflegebetten pro 100.000 EW	hoch --> Zugang gut
	Ärztinnen pro 100.000 EW	hoch --> Zugang gut
Qualität	Perinatale Sterblichkeit pro 1000 Geburten	niedrig --> Qualität gut
	Verlorene Lebensjahre durch Tod vor 65	niedrig --> Qualität gut
	Durchschnittliche Verweildauer	niedrig --> Qualität gut
Finanzierung	Private Gesundheitsausgaben pro Kopf	hoch --> Finanzierung gut
	Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf	hoch --> Finanzierung gut

Quelle: IHS HealthEcon 2003.

Ergebnisqualität im Gesundheitssystem wird in unserer Analyse durch die perinatale Sterblichkeit<sup>17</sup>, die Verringerung der Lebenserwartung durch Tod vor dem 65. Lebensjahr<sup>18</sup> und die durchschnittliche Verweildauer von PatientInnen im Akutbereich gemessen. Eine niedrige perinatale Sterblichkeit kann als Indiz für gute hygienische und medizinisch-technische Versorgung nach der Geburt und somit auf hohe allgemeine Qualitätsstandards in den Krankenhäusern hinweisen. Die Qualitätsmessung im Alter erfolgt durch die Anzahl der Jahre an verloraener Lebenserwartung durch Tod vor dem 65. Lebensjahr. Schließlich kann die mangelnde Verfügbarkeit medizinisch-technischer Methoden und Geräte zu vorzeitigem Tod führen. Als Maß für Prozessqualität und ökonomisch-effiziente Behandlung der PatientInnen ziehen wir die durchschnittliche Verweildauer heran.

Um die Dimension nachhaltiger und gerechter Finanzierung des Gesundheitssystems zu quantifizieren ziehen wir die öffentlichen und die privaten Gesundheitsausgaben heran. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen öffentlicher und privater Finanzierung geht zumeist einher mit sozial verträglichen Kostenbeteiligungen für private Haushalte, was die Versorgung am Stand der Technik gewährleistet.

## Hohe demographische Belastung geht einher mit Zugangsbarrieren...

Abbildung 2 zeigt einen leicht positiven Zusammenhang zwischen demographischer Belastung und dem Zugang zur Versorgung, was bedeutet, dass in Ländern mit einem Demographieproblem der Zugang zu ÄrztInnen und zu Langzeitversorgung eingeschränkt ist. Am stärksten betroffen von demographischer Belastung und Zugangsproblemen sind Schweden, Japan und Spanien. Österreich weist eine, gemessen am Medianwert des Ländersamples, geringe ÄrztInnendichte und eine deutlich geringere Langzeitbettendichte auf. Den besten Zugang verzeichnen zur Zeit die Sozialversicherungsländer Deutschland, die Schweiz, Belgien und die Niederlande, wobei die Niederlande zur Zeit auch mit keinem Demographieproblem konfrontiert sind. Bei den osteuropäischen EU-Beitrittsländern fällt auf, dass Litauen guten Zugang gewährleisten kann, was insbesondere auf eine hohe ÄrztInnendichte zurückzuführen ist. Die anderen osteuropäischen Staaten liegen um den Medianlinienschnittpunkt, wobei die größten Probleme beim Zugang gegenwärtig in der Slowakei zu verzeichnen sind.

<sup>16</sup> Kommission der Europäischen Gemeinschaften, op. cit., Brüssel 2003.

<sup>17</sup> Perinatale Sterblichkeit ist laut OECD die Anzahl der innerhalb der 1. Lebenswoche Gestorbenen plus nach der 28.

<sup>18</sup> Schwangerschaftswoche Totgeborenen, bezogen auf Tot- und Lebendgeburten. In Österreich wird die Rate allerdings bezogen auf Lebendgeburten berechnet, was jedoch auf Grund der kleinen Zahl von Totgeburten die Rate kaum beeinflusst.

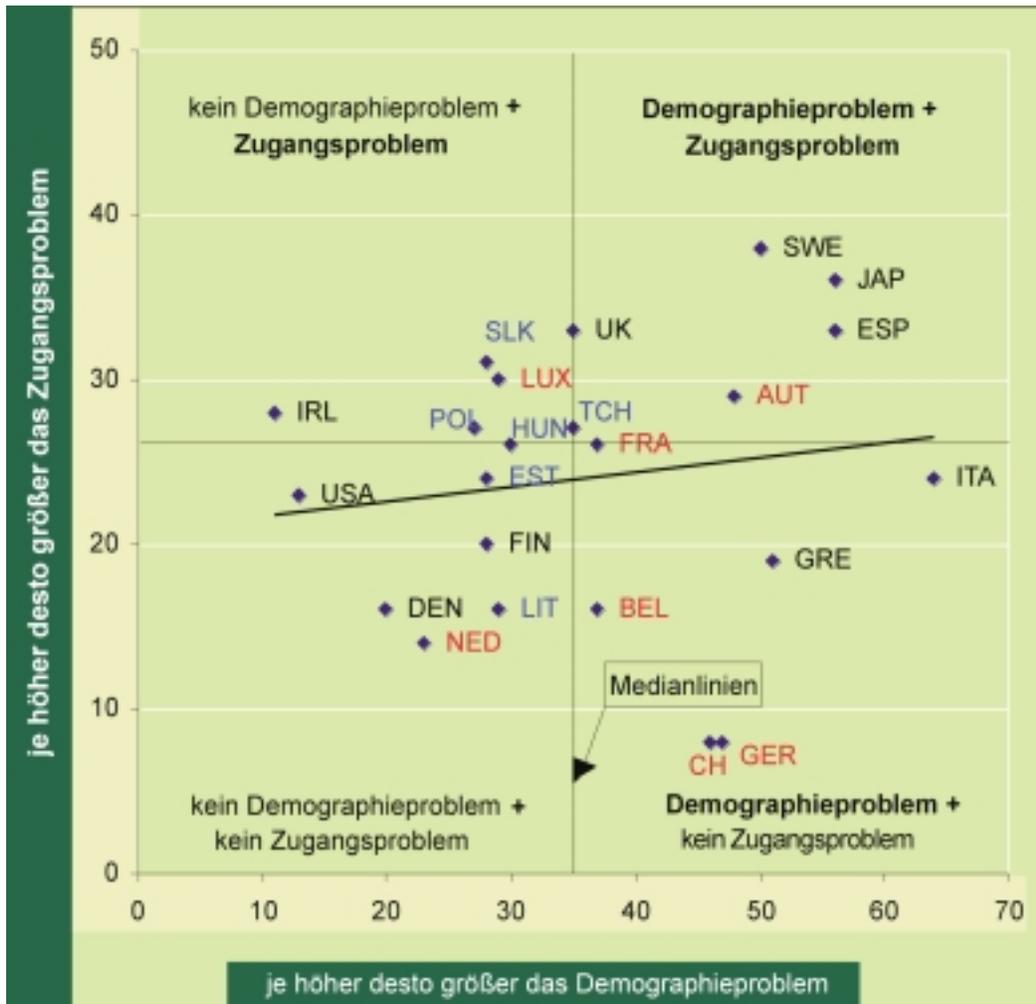
<sup>18</sup> Berechnung: 65 plus Lebenserwartung mit 65 minus Lebenserwartung bei Geburt.

Hohe demographische Belastung geht einher mit Zugangsbarrieren...





Abbildung 2: Zusammenhang Demographie - Zugang, 2001, Rangsummen



Quelle: OECD Health Data 2003, Juni 2003; WHO Health for all database, Juni 2003; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

## ...aber die Qualität der Versorgung ist hoch trotz hoher demographischer Belastung...

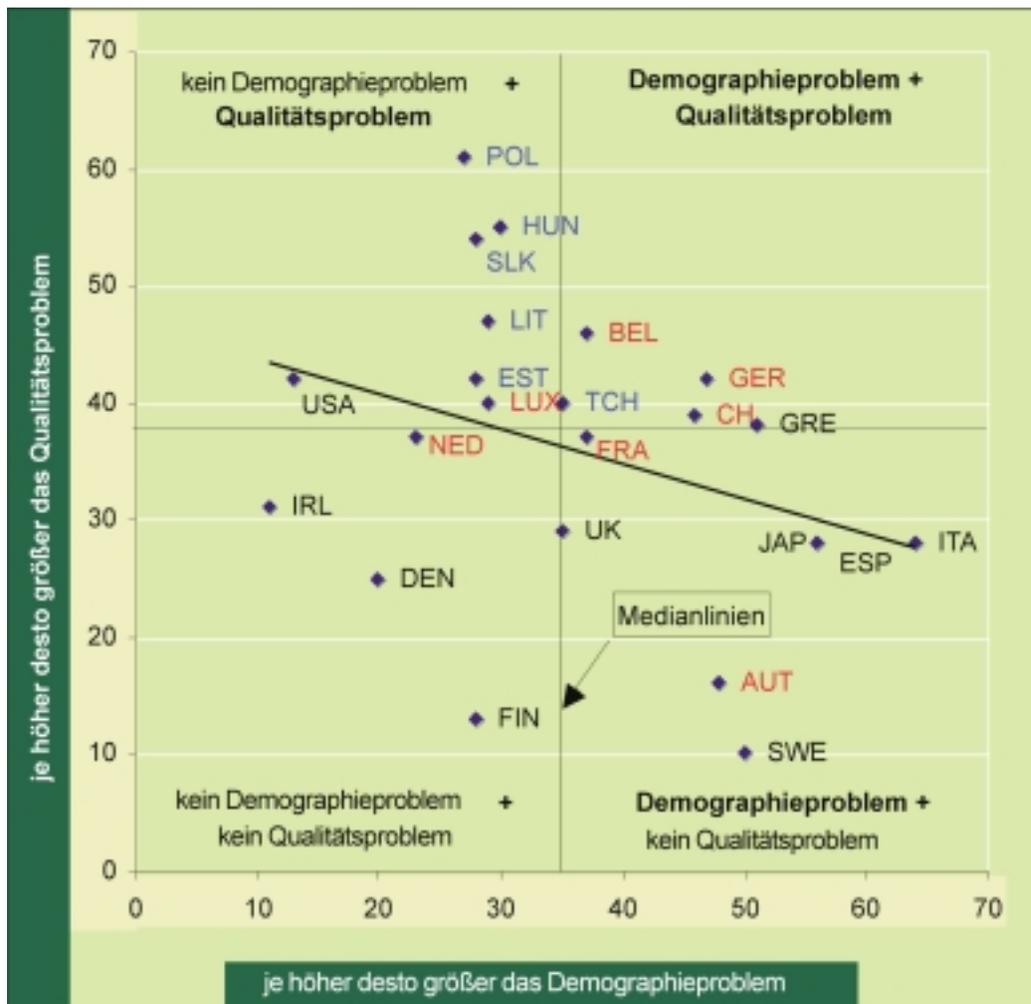
Im Gegensatz zum leicht positiven Zusammenhang beim Zugang, konnte bei der Qualität ein negativer Zusammenhang (signifikant auf einem Niveau von zehn Prozent) ermittelt werden, was soviel bedeutet wie, dass Länder mit hoher demographischer Belastung tendenziell über gute Qualitätsstandards verfügen (siehe Abbildung 3). Dies sind insbesondere die reichen EU-Staaten Österreich, Schweden und Italien, aber auch Spanien und Japan. Innerhalb der Sozialversicherungsländer nimmt Österreich eine deutlich bessere Stellung bezüglich der Qualität, gemessen an perinataler Sterblichkeit, verlorenen Lebensjahren durch Tod vor 65 und durchschnittlicher Verweildauer, ein. Bei allen verwendeten Kenngrößen zur Qualitätsmessung liegt Österreich im Spitzenfeld. Die größten Qualitätsprobleme im Gesundheitswesen haben erwartungsgemäß die osteuropäischen EU-Beitrittsländer, namentlich Polen, Ungarn und die Slowakei. Bei den von hoher demographischer Belastung betroffenen Sozialversicherungsländern Deutschland, Belgien und der Schweiz fällt auf, dass deren Qualitätsprobleme insbesondere auf hohe durchschnittliche Verweildauern und relativ hohe perinatale Sterblichkeit zurückzuführen sind.

...aber die Qualität der Versorgung ist hoch trotz hoher demographischer Belastung...





Abbildung 3: Zusammenhang Demographie - Qualität, 2001, Rangsummen



Quelle: OECD Health Data 2003, Juni 2003; WHO Health for all database, Juni 2003; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

### ...die für reiche Länder (noch) kein Finanzierungsproblem darstellt.

Wenngleich schwächer, zeigt sich auch bei der Dimension nachhaltige Finanzierung ein negativer Zusammenhang zur demographischen Struktur (siehe Abbildung 4). Tendenziell scheint in Ländern mit einem Demographieproblem die Finanzierung des Gesundheitssystems zur Zeit gesichert. Insbesondere in den USA, der Schweiz, aber auch in Österreich erfolgt die Finanzierung stark über die privaten Gesundheitsausgaben. In Deutschland war 2001 das Niveau der privaten Gesundheitsausgaben pro Kopf leicht unter dem österreichischen Niveau, von öffentlicher Hand wurde aber deutlich mehr aufgewendet. Generell ist festzustellen, dass in EU-Sozialversicherungsländern die Gesundheitsausgaben ein hohes Niveau erreicht haben, jedoch gehen wir davon aus, dass auch diese Länder aufgrund der Sicherung hoher Qualitätsstandards mit Finanzierungsproblemen konfrontiert sind. Die größten Schwierigkeiten sind wiederum bei den EU-Beitrittsländern zu verzeichnen, deren öffentliche Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben sehr niedrig sind und die Finanzierung durch private Haushalte auch nur begrenzt ist. Viele von ihnen haben sich bemüht, die Gesamteffizienz und -qualität ihres Gesundheitssystems durch eine tiefgreifende Reform sowohl seiner Organisation als auch seiner Finanzierungsweise (und insbesondere des Anteils der öffentlichen und privaten Finanzierung) zu erhöhen. Der Erfolg solcher Reformen hängt aber sehr davon ab, ob es gelingt, die finanzielle Tragfähigkeit der Systeme zu sichern, was wiederum von Wirtschaftsreformen und dem erfolgreichen Übergang zur Marktwirtschaft abhängt<sup>19</sup>.

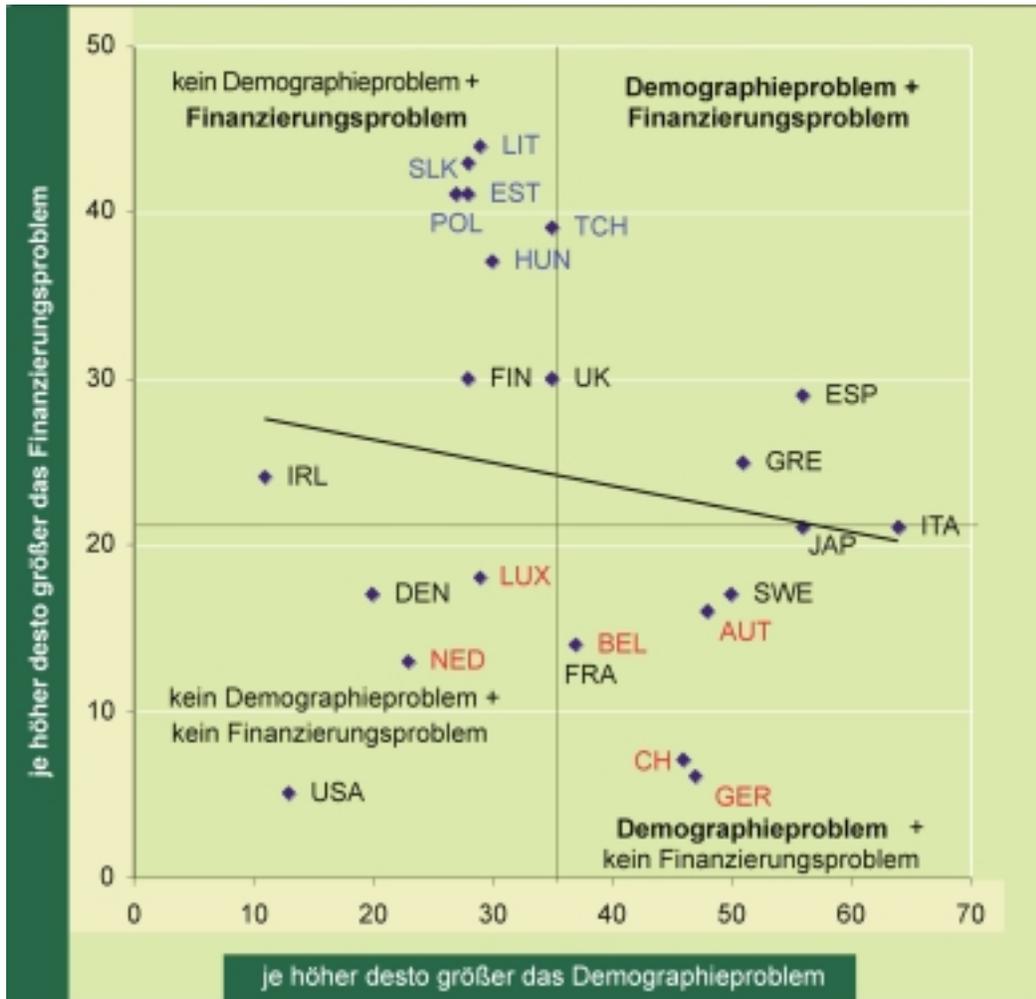
19 Kommission der Europäischen Gemeinschaften, op. cit., Brüssel 2001.

...die für reiche Länder (noch) kein Finanzierungsproblem darstellt.





Abbildung 4: Zusammenhang Demographie - Finanzierung, 2001, Rangsummen



Quelle: OECD Health Data 2003, Juni 2003; WHO Health for all database, Juni 2003; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

## Schwerpunktthema: Diagnose Armut?

Der negative Zusammenhang zwischen sozialer Stellung und Gesundheitszustand gehört zu den international viel beforschten und empirisch gut abgesicherten Beobachtungen. In Europa haben außer dem Vereinigten Königreich auch Holland und Skandinavien eine Tradition in diesbezüglichen Forschungsarbeiten, die sich zum Teil auch in entsprechender Gesetzgebung niederschlägt. Im Vereinigten Königreich dürfte dieses Interesse aber auch vom Bewusstsein über die im Vergleich zu einigen anderen EU-Ländern hohe soziale Ungleichheit ausgelöst worden sein. Die vorliegenden deskriptiven Befunde aus einzelnen Ländern zeigen viele Parallelen. Über die Kausalitäten für die beobachteten Ungleichheiten ist jedoch auch international noch nicht genügend bekannt. So weist erst ein sehr junger Artikel auf mögliche Implikationen aus der Wahl der Indikatoren für den Gesundheitszustand hin<sup>20</sup>: Kausalitäten, die die Mortalität in Gruppen von Personen gleichen Gesundheitszustands beeinflussen, dürften sich von jenen Kausalitäten unterscheiden, die den Gesundheitszustand als solchen beeinflussen. Während soziale Ungleichheit im Hinblick auf Mortalität mit unterschiedlich effektiver Akut-Behandlung in Zusammenhang stehen dürfte, ist bei der Morbidität zu vermuten, dass Prävention und korrekter Diagnostik zum richtigen Zeitpunkt eine größere Rolle zukommen.

<sup>20</sup> Peter Adams, Michael D Hurd, Daniel McFadden, Angela Merrill, Tiago Ribeiro, Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status, Journal of Econometrics 112, 2003, 3-56.

Schwerpunktthema: Diagnose Armut?





### Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Noch (k)ein Thema der europäischen Gesundheitspolitik?

Länder mit einem nationalen Gesundheitsdienst weisen eine stärker ausgeprägte Tradition in der Erforschung der Ungleichheit bei Gesundheitszustand und Zugang zu Gesundheitsleistungen auf als Sozialversicherungsländer. Als Beispiel für ein bereits länger dauerndes und konsistent verfolgtes Interesse an dieser Thematik werden im folgenden einige schwedische Reformbemühungen dargestellt. Das schwedische System verkörpert ja wie andere nationale Gesundheitsdienste die Grundidee eines allgemeinen Rechtes auf Gesundheitsleistungen, während in Sozialversicherungsländern die Vorstellung im Vordergrund steht, dass Gesundheitsleistungen Versicherungsleistungen sind, für die als Gegenleistung die Beitragszahlung zu erbringen ist<sup>21</sup>. Dennoch ist auch in einigen Sozialversicherungsländern neuerdings die Erforschung der sozialen Determinante des Gesundheitszustands stärker in den Vordergrund getreten. Die Niederlande verfolgen bereits seit einigen Jahren eine zielgerichtete Forschungsstrategie, im Gegensatz etwa zu Österreich. Allerdings gibt es in Österreich in jüngster Vergangenheit auch erste Initiativen zur Bearbeitung dieses Themas.

Das verstärkte Interesse spiegelt sich auch in den Aktivitäten internationaler Organisationen wieder. Die WHO Strategie Health 21. The health for all policy framework for the WHO region hielt fest, dass bis zum Jahr 2020 der Unterschied im Gesundheitszustand zwischen sozio-ökonomischen Gruppen in allen Mitgliedsländern um zumindest 25 Prozent verringert werden sollte. Auch die Europäische Union hat die Bedeutung der sozialen Ungleichheit im Zusammenhang mit Gesundheit erkannt und diesem Thema Priorität im Public Health Aktionsprogramm eingeräumt (siehe Fußnote 6). In Österreich steht eine Erarbeitung von offiziellen Zielen der Gesundheitspolitik oder eben von direkten Gesundheitszielen noch aus; auch auf Länderebene liegen unseres Wissens bislang nur für ein Bundesland, Oberösterreich, offizielle Gesundheitsziele vor.

### Konsistentes Bemühen um Chancengleichheit: Schweden

Schweden verfolgt das Ziel des gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen für Angehörige aller sozialen Schichten schon seit längerer Zeit<sup>22</sup>. Einige Reformen, in denen dieses Ziel explizit verankert oder implizit mitverfolgt wurde, sind im Folgenden beispielhaft aufgelistet.

**1970: Sieben Kronen Reform.** Eine fixe Gebühr von sieben Kronen ersetzt die vorher übliche Bezahlung des vollen Betrages und spätere Rückerstattung von 75 Prozent bei Inanspruchnahme von Ambulanzen in Regionalspitalern. Gleichzeitig wurden diese Ambulanzen durch die zuständigen Gebietskörperschaften übernommen, und dort tätige ÄrztInnen arbeiten als Angestellte statt als Privatunternehmer. Als Zielsetzung der Reform wurde festgehalten, 'The most important objective of the reform was to improve access to health care for the economically most disadvantaged population'. Allerdings wurde die fixe Gebühr sehr bald und sehr stark angehoben.<sup>23</sup>

**1982: Gesundheitswesen-Gesetz.** Die Verantwortung für die Bereitstellung von Gesundheitsversorgung wird regionalisiert. Dies bezieht sich auf finanzielle Verantwortung und auch auf die Ressourcenallokation, die sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung ausrichten soll. Spezielle Beachtung wird den schwächeren Mitgliedern der Gesellschaft geschenkt: Älteren, Immigranten, Frührentner, Behinderten. Auch dieses Gesetz nimmt explizit auf die Verteilung von Gesundheitsleistungen Bezug: 'The fundamental objectives of health care in Sweden are good health and health care on equal terms for the entire population'. (2§)

**1992: Nationale Behandlungsgarantie.** In den 90er Jahren stand die Diskussion über lange Wartezeiten auf manche Operationen im Vordergrund, sodass eine 3-Monats-Garantie eingeführt wurde:

21 Zu einer Klassifizierung unterschiedlicher Regimes von sozialen Sicherungssystemen siehe Nicholas Barr, *The Economics of the Welfare State*, Stanford University Press, 1993 und Christoph Badelt, August Osterle, *Grundzüge der Sozialpolitik*, Band 1: Allgemeiner Teil, Manz, 1998.

22 Die Ausführungen zu Schweden stützen sich auf den Bericht *Health Care Systems in Transition: Sweden*, 2001, European Observatory on Health Care Systems, S. 78ff.

23 Anderson R, Smedby B, Vagero D: Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas, *Social Science & Medicine* (2001), 1195-1204.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Noch (k)ein Thema der europäischen Gesundheitspolitik?

Konsistentes Bemühen um Chancengleichheit: Schweden





Bei Überschreiten dieser Wartezeit erwarb man das Recht, auch in anderen als dem regional zuständigen Spital den Eingriff zu fordern. Nachdem bereits 1993 Unzulänglichkeiten für die schwächeren Mitglieder der Gesellschaft (z.B. geistig Kranke, Ältere) festgestellt worden waren, wurden 1996 entsprechende Änderungen durchgeführt.

**1995: Neuorganisation der Primärversorgung.** Obwohl nicht explizit auf die Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen für sozial Schwache abzielend, dürfte diese Stärkung der Allgemeinpraxis als zentrale Anlaufstelle für Gesundheitsprobleme die Zugangsbarrieren vermindern. Es wurde das seit den 60ern bestehende Ziel wieder in Angriff genommen, PatientInnen vom Spital weg und in die ärztliche Praxis hinein zu lenken, wobei weniger auf den Allgemeinpraktiker allein als auf Netzwerke aus AllgemeinmedizinerInnen und anderen Gesundheitsberufen (Primary health-care teams) fokussiert wird. Freie ÄrztInnenwahl blieb erhalten, allerdings eingeschränkt auf ÄrztInnen, die unter Vertrag bei der regionalen Behörde sind.

Gerade die schwedischen Erfahrungen zeigen die Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Reformen, die auf die Verringerung von sozialen Ungleichheiten abzielen und die nicht zuletzt dadurch geprägt wurden, dass die einzelnen Regierungskoalitionen unterschiedliche Vorstellungen über den richtigen Weg zum gefassten Ziel hatten. So erfolgte die Organisationsreform des primären Sektors keineswegs geradlinig in einem Zug, sondern wurde nach politischen Richtungswechseln erst zurückgenommen, aber dann erneut wieder eingeführt<sup>24</sup>. Seit Beginn der 90er mehren sich allerdings die Anzeichen, dass verstärkter Einsatz von Markt-Elementen und Zuzahlungen Zugangsprobleme hervorrufen.<sup>25</sup>

### Systematische Forschungsstrategie: Niederlande

In den Niederlanden ist das Ziel, die soziale Ungleichheit der Gesundheit zu reduzieren, fest im Bewusstsein vieler Akteure im Gesundheitswesen verankert. So wurde im Jahr 2001 zwischen etlichen lokalen und nationalen Akteuren des öffentlichen Gesundheitswesens ein ‚National Contract on Public Health‘ geschlossen, der diesem Ziel oberste Priorität einräumte. Seit zehn Jahren wird kontinuierlich die sozialschichtspezifische Ungleichheit der Gesundheit untersucht. Im Rahmen eines fünf Jahre dauernden Projektes wurde erhoben, inwieweit diese Ungleichheit in den Niederlanden jener in anderen europäischen Ländern gleicht; es konnten große Ähnlichkeiten festgestellt werden<sup>26</sup>. Das nachfolgende und im Jahr 2001 abgeschlossene Projekt hat sich zum Ziel gesetzt festzustellen, welche Interventionen und Politikmaßnahmen diese Ungleichheit reduzieren können<sup>27</sup>. Im Rahmen dieses Programms wurden konkrete, quantitativ messbare Politik-Ziele ausformuliert, die sich an die im WHO-Programm Health 21. The health for all policy framework for the WHO region, festgehaltenen Ziele anlehnen. Als Ausgangspunkt diente das Ziel, die Differenz in gesunder Lebenserwartung zwischen Menschen mit hohem bzw. niedrigem sozialen Status bis 2020 von zwölf auf neun Jahre zu reduzieren, und zwar durch Maßnahmen, die zu einem stärkeren Anstieg der gesunden Lebenserwartung bei sozial schwachen Menschen führen sollen. Dieses Ziel ist schon allein deshalb als ehrgeizig anzusehen, da sich in den vorangegangenen Dekaden die Kluft zwischen besser und schlechter gestellten Schichten vergrößert hatte. Es wurden Evaluationsstudien für zwölf verschiedene Interventionen in Angriff genommen, die die vier Ansatzpunkte für eine Reduktion der schichtspezifischen Ungleichheit der Gesundheit abdecken sollten, nämlich Interventionen mit den Schwerpunkten sozioökonomische Benachteiligung, Effekte der Gesundheit auf sozioökonomische Benachteiligung, Effekte der sozioökonomischen Benachteiligung auf die Gesundheit, und Verbesserung von Zugang zu und Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Zu den erfolgversprechenden Interventionen zählen beispielsweise Zahnputz-Programme bei Volksschulkindern, Aufgabenrotation bei Müllmännern oder Unterstützung von DiabetespatientInnen türkischer Herkunft durch geschulte Landsleute. Manche Interventionen wurden auf lokaler Ebene bereits in die Praxis umge-

24 Ragnar Lofgren, The Swedish Health Care System: Recent Reforms, Problems, and Opportunities. Public Policy Sources 59, The Fraser Institute, Vancouver.

25 Anderson et al., op. cit., 2001.

26 Vgl. Johan P Mackenbach, Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five-year research programme, British Medical Journal 309, 1994, 1487-1491.

27 Vgl. Johan P Mackenbach, Karien Stronks, A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands, British Medical Journal 325, 2002, 1029-1032.





setzt. Dieses Beispiel zeigt, dass die Beseitigung gesundheitsbezogener Ungleichheit verschiedener sozialer Schichten nicht vom Gesundheitswesen allein geleistet werden kann, sondern in der Regel in eine umfassende und ressortübergreifende Strategie eingebunden sein sollte.<sup>28</sup>

### Und wie ist die Situation in Österreich?

In Österreich haben Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheitszustand keine besonders große Tradition. Die soziale Krankenversicherung ermöglicht - glücklicherweise - rund 99 Prozent der Bevölkerung Zugang zu einem umfassenden Paket von Gesundheitsleistungen. Die Sozialversicherung begreift sich zwar als wichtige Einrichtung in der Einkommensumverteilung, hat sich bislang allerdings auf die Einhebung und Verwaltung einkommensabhängiger Beiträge konzentriert, um soziale Ungleichheit zu reduzieren. Vorliegende Befunde deuten darauf hin, dass die einkommensabhängigen Beiträge gekoppelt mit im Prinzip einkommensunabhängiger Inanspruchnahme zu einem beträchtlichen Maß an Umverteilung führen<sup>29</sup>. Allerdings sind diese Befunde bereits einige Jahre alt, und gerade in den vergangenen Jahren wurden wieder zunehmend und unter unterschiedlichen Bezeichnungen Selbstbeteiligungsregelungen ausgeweitet. Das Ausmaß der umverteilenden Wirkung des staatlichen Gesundheitswesens könnte demnach zurückgegangen sein.

Die fehlende systematische Bearbeitung des Themas der Ungleichheit im Gesundheitswesen wird durch die rechtliche Situation erklärt. Ein Blick auf § 116 ASVG, der die Aufgaben der für rund 80 Prozent der Bevölkerung zuständigen Krankenkassen beschreibt, zeigt dass die Reduktion der sozialen Ungleichheit oder die Reduktion der Differenz im Gesundheitszustand bei Menschen unterschiedlicher sozialer Schichten zumindest nicht zu den expliziten Aufgaben der sozialen Krankenversicherung in Österreich gehört. Der entsprechende Paragraph hält fest:

- (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge
  1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;
  2. für die Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und der Mutterschaft;
  3. für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für die Hilfe bei körperlichen Gebrechen;
  4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;
  5. für die Gesundheitsförderung.
  
- (2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung
  1. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 155) und
  2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 156) gewährt werden.

Die dann folgenden Absätze (3) bis (5) widmen sich der möglichen Zuteilung von Mitteln für gemeinnützige Einrichtungen, für die Erforschung von Krankheits- und Unfallursachen und im Fall des Todes des Versicherten, und enthalten demnach ebenfalls keine Hinweise auf gesetzlich dokumentiertes Interesse der Sozialversicherung an einer Beseitigung schichtspezifischer Unterschiede im Gesundheitszustand. Zusätzlich haben wir eine elektronische Suche im ASVG mit Hilfe des Rechtssystem des Bundeskanzleramtes durchgeführt, und dabei mehrere Suchworte verwendet: Soziale Ungleichheit, Ungleichheit, sozial schwach, soziale Disparitäten. In allen Fällen ergaben sich null Treffer.

Entsprechend der fehlenden gesetzlichen Verankerung dieser Aufgabenstellung lagen bislang auch kaum Informationen über das Ausmaß schichtspezifischer Unterschiede hinsichtlich gesundheit-

<sup>28</sup> Dies spiegelt sich auch in den britischen Erfahrungen wider. Der im Juli 2003 veröffentlichte Bericht 'Tackling Health Inequalities - A Programme for Action' nennt vier Themenbereiche als langfristig am erfolgversprechendsten zur Reduktion der gesundheitsbezogenen Ungleichheit, die anderen Bereichen der Sozialpolitik zuzurechnen sind (Unterstützung für Kinder in den ersten Lebensjahren, Wohn- und Heizbeihilfen, Bildung, verringerte Arbeitslosigkeit und bessere Einkommenschancen für die ärmsten Bevölkerungsschichten) und nur ein Thema des Gesundheitswesens im eigentlichen Sinn (besserer Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen in benachteiligten Gebieten). <http://www.doh.gov.uk/healthinequalities/programmefraction> [03/07/2003]

<sup>29</sup> Alois Guger, Umverteilung durch öffentliche Haushalte in Österreich, Studie des österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen, 1996, Wien.

Und wie ist die Situation in Österreich?





licher Risiken, Morbidität und Mortalität vor. Verstärkt wurde dieses Manko durch die Schwierigkeit, eine Datenbasis zu finden, die sowohl umfassende Informationen zur gesundheitlichen Lage als auch Informationen über Einkommen, Erwerbs- und Bildungsstatus oder andere schichtspezifische Merkmale und Familiengröße aufweist.

In jüngerer Vergangenheit wurde die Wichtigkeit dieser Fragestellung allerdings vom zuständigen Bundesministerium erkannt, und es wurden entsprechende Studien in Auftrag gegeben, um zu klären, ob es auch in Österreich die für andere Staaten beschriebenen sozialschichtabhängigen gesundheitlichen Ungleichheiten gibt, und zwar durch Feststellen, ob und in welchem Ausmaß soziale Unterschiede, insbesondere Einkommensunterschiede, den Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung beeinflussen. Außerdem wurde eine Studie in Auftrag gegeben, die den Handlungsbedarf in Zusammenhang mit jenen Menschen klären soll, die NICHT von der Krankenversicherung erfasst werden.<sup>30</sup>

### Armut macht krank, auch in Österreich

In Österreich existiert kein allgemein gebräuchlicher Indikator für soziale Benachteiligung. In einer Arbeit wurde aus mehreren Merkmalen, über die aus den Mikrozensus-Befragungen Informationen zur Verfügung stehen, ein Sozialschicht-Index gebildet, und mit den Auskünften über den gesundheitlichen Zustand und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verknüpft<sup>31</sup>. Die verwendeten Merkmale beziehen sich auf Schulbildung, Stellung im Beruf, Teilnahme am Erwerbsleben und die Wohnnutzfläche; eine Information über die Einkommensverhältnisse stand leider nicht zur Verfügung. Unterschiede konnten sowohl in Bezug auf den angegebenen Gesundheitszustand als auch in Bezug auf die Inanspruchnahme einzelner Leistungen festgestellt werden. Angehörige der ‚Unterschicht‘ beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter, erkranken häufiger und nehmen folgerichtig auch häufiger regelmäßig Medikamente ein als Angehörige höherer sozialer Schichten. Sie nehmen häufiger die Leistungen von AllgemeinmedizinerInnen, aber seltener jene von Fach- und ZahnärztInnen in Anspruch, unterziehen sich seltener einer Gesundenuntersuchung und setzen weniger eigene Aktivitäten zur Gesundheitsvorsorge. Die Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsangeboten ist für Angehörige niedrigerer sozialer Schichten mit längeren Weg- und Wartezeiten verbunden als für sozial besser gestellte Menschen.

Diesen Befund bestätigt eine kürzlich veröffentlichte Untersuchung über den Zusammenhang von Inanspruchnahmeraten, Bedarf und Einkommen in OECD Ländern<sup>32</sup>. In allen Ländern nehmen wohlhabende Personen fachärztliche Leistungen im Verhältnis zum Bedarf stärker in Anspruch als untere Einkommensschichten. Allerdings konnte gezeigt werden, dass in Portugal, Österreich, Griechenland und in den USA Personen in unteren Einkommensschichten im Vergleich zu wohlhabenden Personen eine im Verhältnis zum Bedarf deutlich geringere Inanspruchnahme von vor allem fachärztlicher Versorgung haben.

Eine weitere vom BMSG in Auftrag gegebene Untersuchung zur Ungleichheit<sup>33</sup> bezog sich auf einzelne Zielgruppen wie erwerbstätige Armutsgefährdete, ältere Personen, Kinder und Jugendliche, AusländerInnen bzw. MigrantInnen. Als Indikator für sozio-ökonomische Benachteiligung wurde die Befreiung von der Rezeptgebühr herangezogen; die Auswertung bezieht sich auf oberösterreichische Daten. Einige Ergebnisse dieser Arbeit sind:

- Das Einkommen ist auch in Österreich ein wichtiger Einflussfaktor der Gesundheit.
- Bei älteren Erwerbstätigen haben im Vergleich zu ‚Reicheren‘ doppelt so viele sozial Schwächere eine schlechte Gesundheit. Dies könnte auf Zugangsbarrieren in niedrigeren sozialen Schichten hindeuten.

<sup>30</sup> Laut Sozialbericht 2000 des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen

<sup>31</sup> Elisabeth Pochobradsky, Claudia Habl, Nutzung von Gesundheitsleistungen durch sozial schwächere Gruppen, Originalarbeiten - Studien - Forschungsberichte 2/1999, BMSG.

<sup>32</sup> Van Doorslaer, E., Koolman X., Puffer F: Equity in the use of physician visits in OECD countries: Has equal treatment for equal need been achieved?, OECD 2002. [www.eur.nl/bmg/ecuity/ecuitywp.htm](http://www.eur.nl/bmg/ecuity/ecuitywp.htm); May 3, 2003.

<sup>33</sup> Elisabeth Pochobradsky, Claudia Habl, Barbara Schleicher, Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Studie im Auftrag des BMSG; ÖBIG, Wien, Oktober 2002.





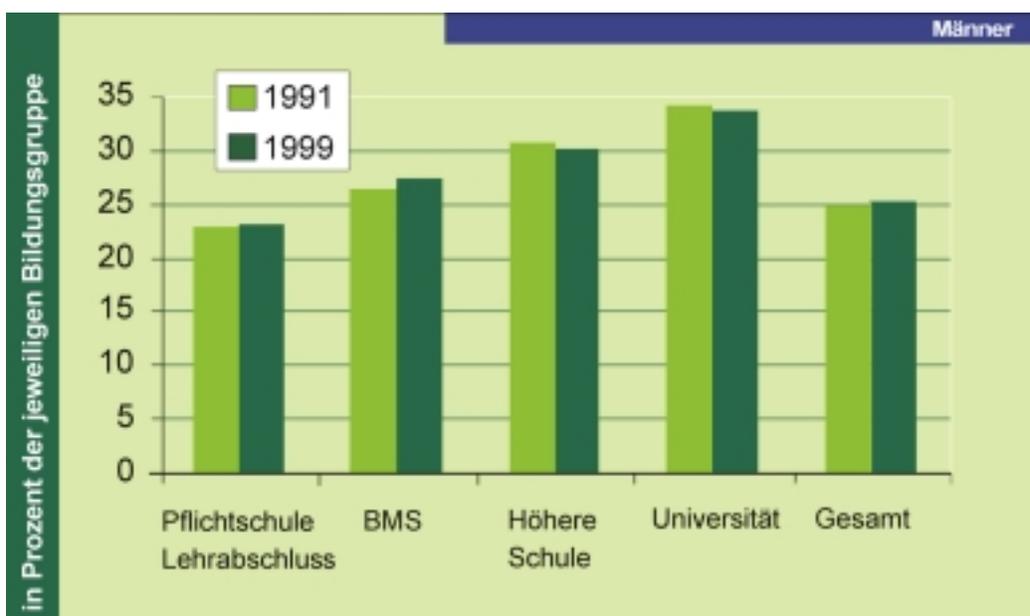
- Rezeptgebührenbefreite Personen unter 70 Jahren suchen häufiger ärztliche Hilfe als nicht von der Rezeptgebühr befreite Personen.
- Im Durchschnitt suchen sozial Schwächere seltener fachärztliche Hilfe, bekommen billigere Arzneimittel, aber verursachen höhere Krankheitskosten pro Person.
- Rezeptgebührenbefreite sind nur minimal länger oder öfter krank gemeldet, was mit größerer Sorge um den Arbeitsplatz in Zusammenhang stehen dürfte.

## Macht Bildung gesund...

Das Bildungsniveau der Haushaltsmitglieder und insbesondere des Haushaltsvorstandes spielt in der Bestimmung der Sozialschicht-Zugehörigkeit in der Regel eine wichtige Rolle. In den Daten der Krankenkassen sind Informationen über das Bildungsniveau nicht enthalten, wohl aber in den Daten des Mikrozensus. Zu zwei Zeitpunkten, 1991 und 1999, wurde ein Sonderprogramm zur Gesundheit durchgeführt, für das die entsprechenden Informationen nach Bildungsniveau ausgewertet werden können. Ein direkter Vergleich mit der Ungleichheit nach dem Einkommen kann nicht angestellt werden, da das Einkommen im entsprechenden Mikrozensus nicht abgefragt wurde.

Die Befragten konnten auf einer fünfstufigen Skala angeben, als wie gut sie ihren Gesundheitszustand einschätzen. Bezogen auf die Frauen sehen wir, dass der Anteil derjenigen, die einen sehr guten Gesundheitszustand angeben, bei Universitäts- oder Hochschulabsolventinnen altersstandardisiert<sup>34</sup> um knapp acht Prozentpunkte höher liegt als bei Pflichtschul- und Lehrabsolventinnen, bei Männern beträgt der entsprechende Abstand sogar über 10 Prozentpunkte, vgl. die Abbildungen 5 und 7.

**Abbildung 5:** Gesundheitszustand "sehr gut" nach Bildungsgruppen, Männer (altersstandardisiert)



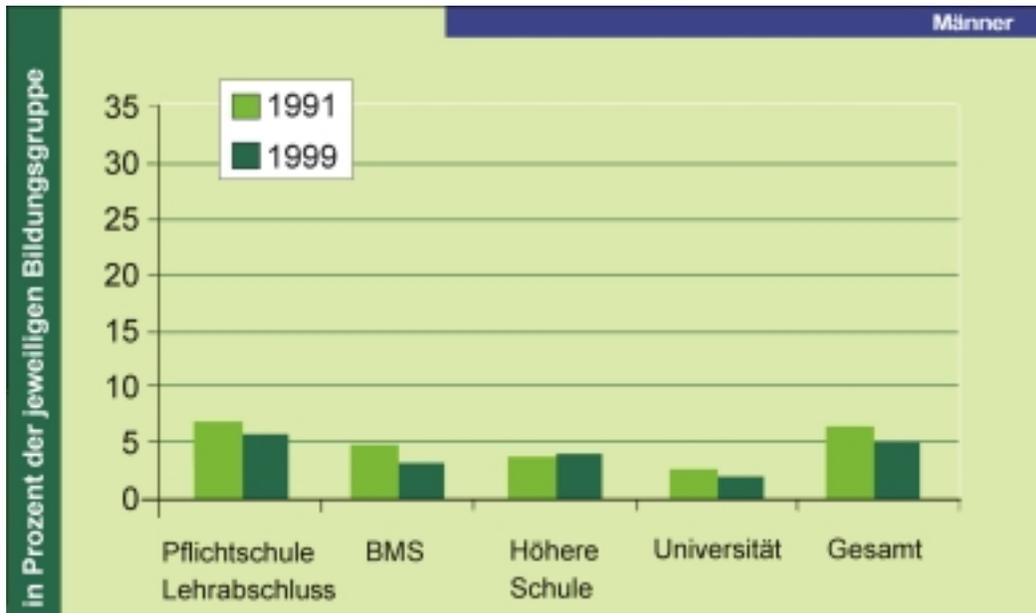
Quelle: Mikrozensus, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Macht Bildung  
gesund...

<sup>34</sup> Um durch unterschiedliche Bildungsbeteiligung und Altersstruktur verzerrte Darstellungen zu vermeiden, wurden alle Auswertungen mit der Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung 1999 standardisiert.

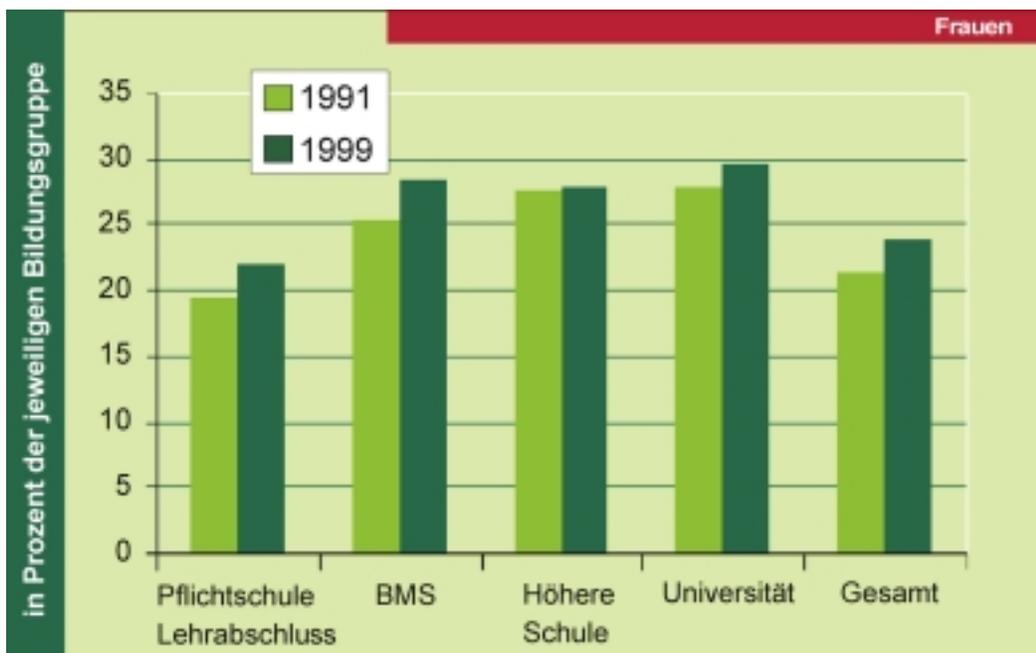


**Abbildung 6:** Gesundheitszustand "(sehr) schlecht" nach Bildungsgruppen, Männer (altersstandardisiert)



Quelle: Mikrozensus, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

**Abbildung 7:** Gesundheitszustand "sehr gut" nach Bildungsgruppen, Frauen (altersstandardisiert)

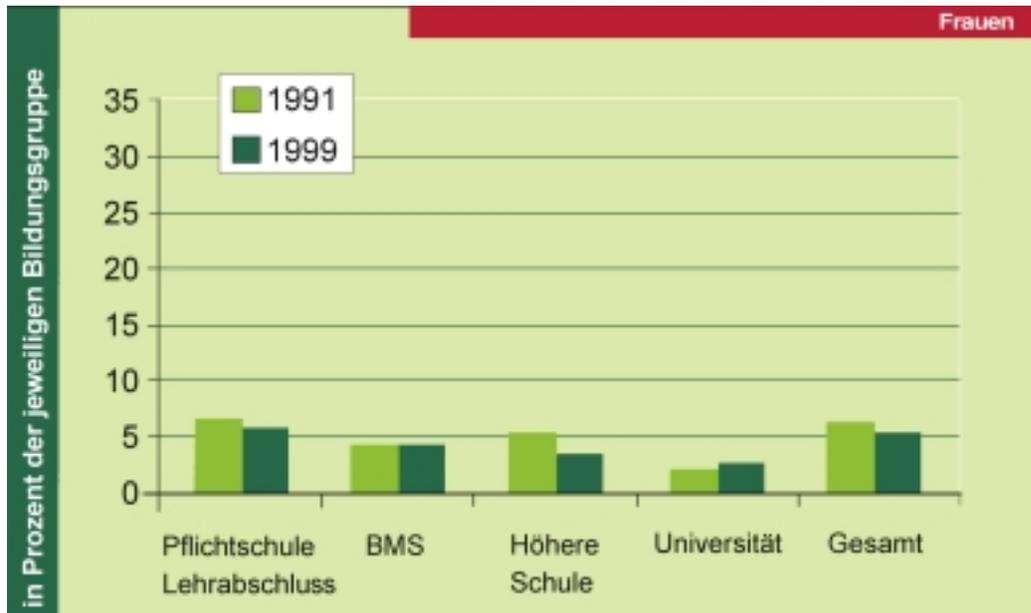


Quelle: Mikrozensus, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.





**Abbildung 8:** Gesundheitszustand "(sehr) schlecht" nach Bildungsgruppen, Frauen (altersstandardisiert)



Quelle: Mikrozensus, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Noch deutlicher sehen wir das Bildungsgefälle beim schlechten Gesundheitszustand. Hier wurden die Antworten ‚schlecht‘ und ‚sehr schlecht‘ zu einer Gruppe zusammengefasst, da nur knapp 1 Prozent der Menschen einen sehr schlechten Gesundheitszustand angeben. Wir sehen, dass sich - salopp gesprochen - Bildung über die Pflichtschule hinaus gesundheitsmäßig auszuzahlen scheint. Besonders auffällig beim schlechten Gesundheitszustand ist, dass das Gefälle nicht kontinuierlich verläuft, sondern offenbar eine Schwelle vorliegt: In den über Pflichtschulabschluss/Lehre hinausgehenden Bildungsgruppen ist der Anteil an Menschen mit (sehr) schlechter Gesundheit um ein Drittel niedriger als in der niedrigsten Bildungsgruppe, vgl. die Abbildungen 6 und 8.

Über die Zeit betrachtet, scheint sich der Abstand zwischen den Bildungsgruppen ein wenig zu verringern, bei insgesamt steigendem gesundheitlichem Wohlbefinden: Es gibt im Verhältnis mehr gesunde Pflichtschul-, Lehr- und BMS-Absolventinnen, aber wenig Veränderung bei sehr gesunden Maturantinnen und Akademikerinnen. Weniger Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen geben an, sich (sehr) schlecht zu fühlen, während bei einzelnen Gruppen mit höheren Bildungsabschlüssen die Anteile der sich (sehr) schlecht fühlenden Personen etwas gestiegen sind. Angesichts der enorm gestiegenen Bildungsbeteiligung bedeutet dies aber immer noch, dass die Zahl der sehr gesunden z.B. Akademiker gestiegen ist; es hat sich lediglich der gesundheitliche ‚Eliteneffekt‘ der Bildung nicht weiter vergrößert. Im Durchschnitt über alle Bildungsgruppen steigt das gesundheitliche Wohlbefinden demnach. Ungeachtet der Bildungsstufe, gibt beispielsweise in beiden Jahren ein praktisch gleich hoher Anteil von Männern einen sehr guten Gesundheitszustand an (1991: 24,9 Prozent versus 1999: 25,2 Prozent), aber ein deutlich niedrigerer Anteil einen (sehr) schlechten (1991: 6,1 Prozent versus 1999: 5,2 Prozent) (vgl. Abbildungen 5 und 6). Im Durchschnitt der Frauen nahm sowohl der sehr gute Gesundheitszustand zu, wie auch der (sehr) schlechte ab (vgl. Abbildungen 7 und 8); insgesamt hat sich der Abstand zwischen der - nach Eigenauskunft - besseren Gesundheit der Männer und der schlechteren der Frauen verringert.

Dass sich der gesundheitliche Abstand zwischen den Bildungsgruppen im Verlauf der 90er Jahre nur marginal verbessert hat, ist sozialpolitisch zu bedauern. Im internationalen Kontext betrachtet, steht Österreich mit diesem Befund jedoch nicht so schlecht da: Es liegt Evidenz vor, dass sich der gesundheitliche Abstand zwischen den sozio-ökonomischen Schichten in den letzten Jahrzehnten in einigen europäischen Ländern sogar vergrößert hat<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Vgl. für das Vereinigte Königreich Adam Oliver, Why care about health inequality? Office of Health Economics, London 2001, und für die Niederlande Johan P Mackenbach, Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five-year research programme, British Medical Journal 309, 1994, 1487-1491.

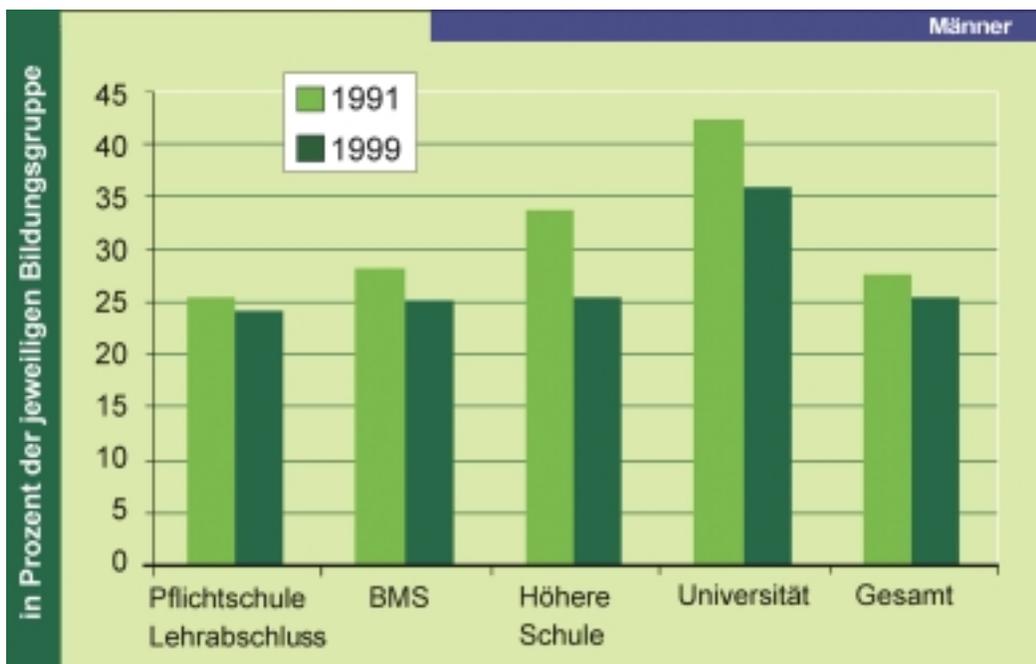


## ...oder verbessert Bildung die Nutzung der Gesundheitsressourcen?

Der Gesundheitszustand ist nur zu einem Bruchteil auf das Gesundheitssystem zurückzuführen, den überwiegenden Anteil erklären andere Faktoren wie Einkommen oder Lebensstil<sup>36</sup>. Eine unterschiedliche Nutzung des Gesundheitssystems in Abhängigkeit von der sozialen Schicht lässt sich aber dennoch nachweisen. So verläuft beispielsweise bei Männern das Bildungsgefälle bei der Inanspruchnahme von praktischen ÄrztInnen entsprechend dem Gesundheitszustand: Je höher die Bildung, desto größer der Anteil der Männer, die angeben im vergangenen Jahr NIE bei einem praktischen Arzt gewesen zu sein, sei es zu Krankenbehandlung im engeren Sinn, sei es zur Kontrolle oder zur Vorsorge.

Spiegelbildlich ist der Verlauf beim Anteil jener Männer, die die höchste Arzthäufigkeit angeben, nämlich mindestens 10 Arztbesuche im vergangenen Jahr, (vgl. Abbildungen 10 und 12). Ein Anteil von 9 bis 10 Prozent wird hier nur bei Pflichtschulabsolventen erreicht, bei Akademikern ein rund halb so hoher Anteil. Wenden wir uns dem Arztbesuch von Frauen zu, sehen wir ein ähnliches Bild, allerdings bei durchgängig stärkerer Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Der Anteil ohne Arztbesuch ist bei den Frauen um 5 bis 10 Prozentpunkte niedriger als bei den Männern, und der Anteil mit häufigem Arztbesuch ist jeweils höher als in der männlichen Vergleichsgruppe (vgl. Abbildungen 9 und 11). Besonders deutlich fallen die geschlechtsspezifischen Unterschiede an jeweils einem Ende der Bildungsskala aus: Weit mehr männliche als weibliche AkademikerInnen kontaktieren keine Allgemeinmediziner, und weit mehr Frauen als Männer mit nicht mehr als Lehr- oder Pflichtschulabschluss suchen öfter als 10 mal jährlich ärztliche Hilfe. Wir gehen jedoch nicht davon aus, dass die häufigere Inanspruchnahme allein am schlechteren Gesundheitszustand der Frauen liegt. Vielmehr dürften das häufig konstatierte ausgeprägtere Gesundheitsbewusstsein der Frauen und geringere Zurückhaltung gegenüber Vorsorgeeinrichtungen hier einen wichtigen Erklärungsbeitrag leisten<sup>37</sup>.

**Abbildung 9:** Besuche beim praktischen Arzt: nie in den letzten 12 Monaten, nach Bildungsgruppen, Männer (altersstandardisiert)



Quelle: Mikrozensus, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

<sup>36</sup> Wilkinson R G: Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality, Seite 66f., New York 2001.

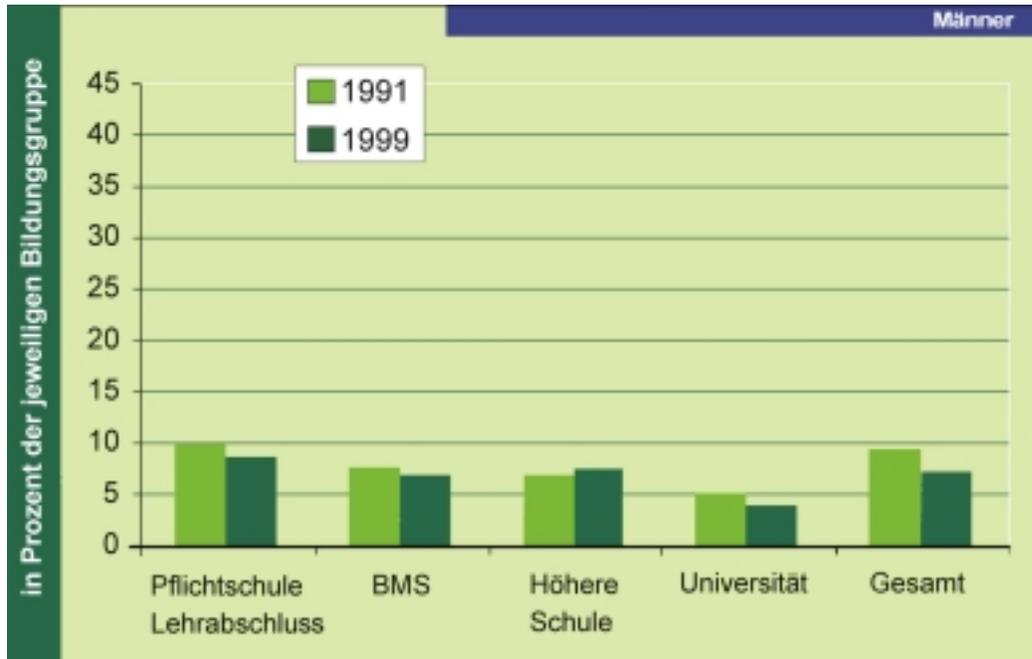
<sup>37</sup> Der Zweck des Arztkontaktes geht aus den Daten ja nicht hervor. Die entsprechende Frage im Mikrozensus lautete: Wie oft waren Sie in den letzten zwölf Monaten insgesamt zur Behandlung bzw. wegen Beschwerden oder zur Kontrolle bzw. Vorsorgeuntersuchung beim praktischen Arzt?

...oder verbessert Bildung die Nutzung von Gesundheitsressourcen?



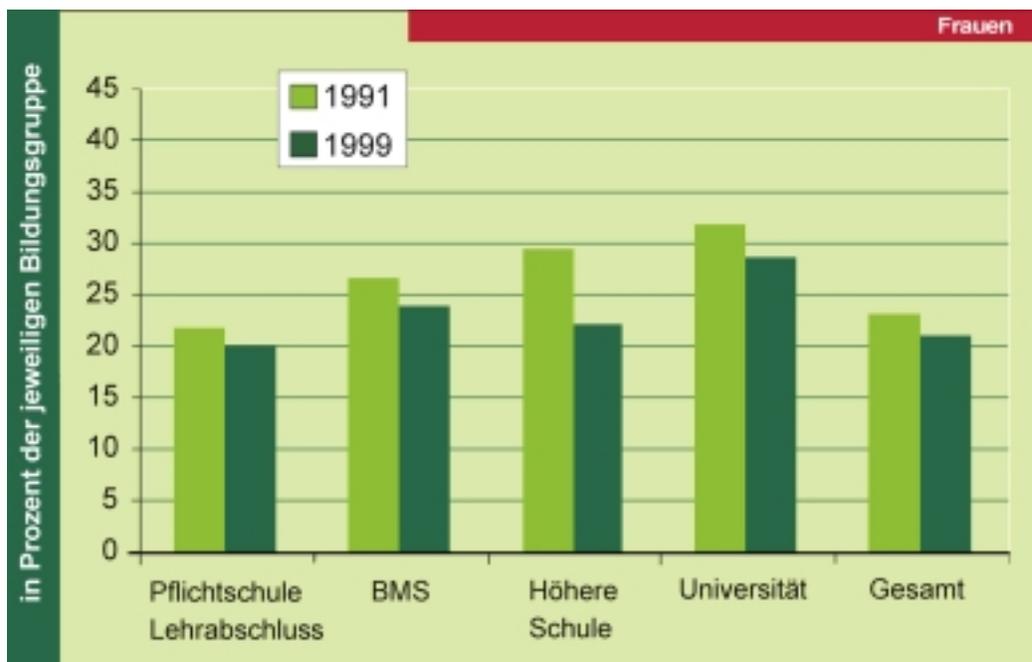


**Abbildung 10:** Besuche beim praktischen Arzt: öfter als 10 mal in den letzten 12 Monaten, nach Bildungsgruppen, Männer (altersstandardisiert)



Quelle: Mikrozensus, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

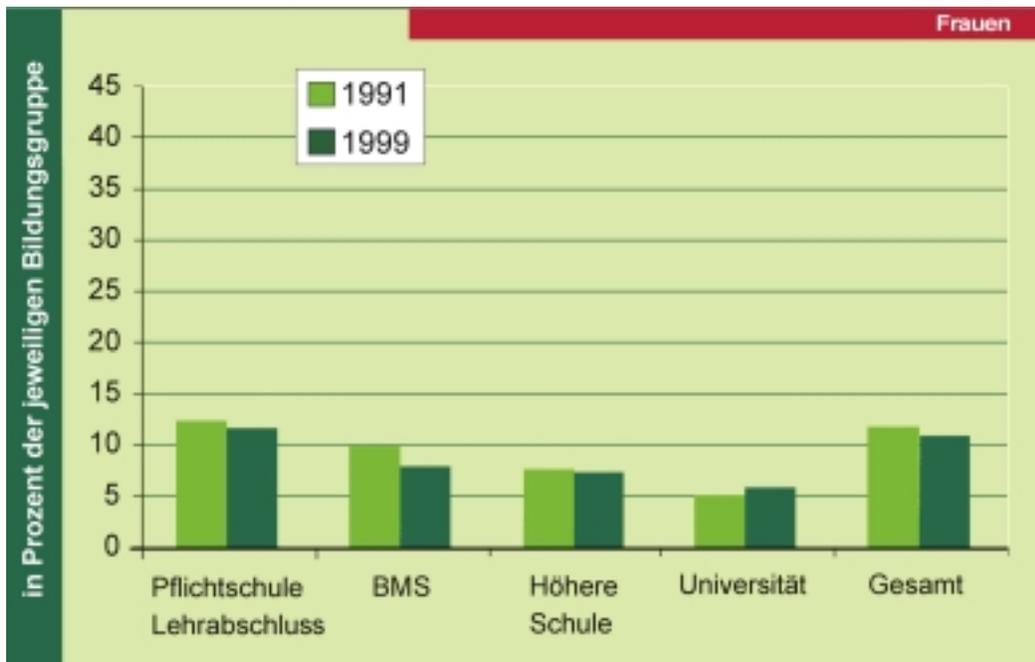
**Abbildung 11:** Besuche beim praktischen Arzt: nie in den letzten 12 Monaten, nach Bildungsgruppen, Frauen (altersstandardisiert)



Quelle: Mikrozensus, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.



**Abbildung 12:** Besuche beim praktischen Arzt: öfter als 10 mal in den letzten 12 Monaten, nach Bildungsgruppen, Frauen (altersstandardisiert)



Quelle: Mikrozensus, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Der Anteil der Männer und der Frauen, die nie eine HausärztIn besuchen, ist in allen Bildungsstufen gesunken. Möglicherweise hängt diese gestiegene Inanspruchnahme mit größerem Wissen um die Bedeutung von Früherkennung und Vorsorge zusammen. Der Bevölkerungsanteil jener Menschen, die sehr häufig allgemeinärztliche Dienste in Anspruch nehmen, ist indes zurückgegangen. Dies muss nicht allein an der besseren Gesundheit liegen, sondern vermutlich auch daran, dass heute mehr FachärztInnen zur Verfügung stehen als zu Beginn der 90er Jahre, und diese die Praktiker fallweise ersetzen. Im Österreichdurchschnitt stieg die Anzahl der FachärztInnen mit Kassenvertrag pro 10.000 EinwohnerInnen von 3,9 (1991) auf 4,5 (1999). Die Inanspruchnahme von Fachärzten ist in diesem Zeitraum auch in praktisch allen Bildungsgruppen gestiegen, bzw. hat der Anteil der Menschen ohne Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen abgenommen. Allerdings zeigt die Frequenz der Besuche bei Fachärzten kein so deutliches Bildungsgefälle, wie es bei Verwendung des umfassenderen Sozialschichtindex aus anderen Arbeiten<sup>38</sup> bekannt ist. Möglicherweise deutet dies darauf hin, dass andere Faktoren wie materieller Wohlstand (bzw. das Fehlen desselben) die Auswirkungen des Bildungsgefälles verstärken.

38 Pochobradsky et al, op. cit.





Tabelle A 1									
Gesamtbevölkerung, in 1000									
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Österreich	7 729	8 047	8 059	8 072	8 078	8 092	8 110	8 132	8 070
Belgien	9 967	10 137	10 157	10 170	10 200	10 152	10 161	10 263	10 275
Dänemark	5 140	5 228	5 262	5 284	5 301	5 319	5 293	5 359	5 342
Deutschland	79 364	81 661	81 896	82 052	82 029	82 087	82 188	82 008	81 990
Finnland	4 986	5 108	5 125	5 140	5 154	5 166	5 176	5 188	5 183
Frankreich	56 735	58 139	58 375	58 610	58 853	58 623	58 079	59 453	59 670
Griechenland	10 161	10 454	10 476	10 469	10 518	10 538	10 645	10 624	10 631
Irland	3 503	3 601	3 626	3 661	3 706	3 745	3 787	3 839	3 878
Italien	5 7661	57 301	57 398	57 512	57 588	57 645	57 748	57 503	57 450
Luxemburg	382	410	418	421	426	433	439	442	447
Niederlande	14 952	15 459	15 531	15 611	15 707	15 812	15 928	16 046	15 990
Portugal	9 896	9 917	9 928	9 946	9 968	9 989	10 211	10 034	10 048
Schweden	8 559	8 827	8 841	8 846	8 851	8 858	8 872	8 833	8 823
Spanien	38 959	39 210	39 270	39 323	39 371	39 626	39 629	39 920	39 924
Ver. Königreich	57 411	58 606	58 802	59 006	59 237	59 501	59 756	59 541	59 657
EU 15	365 405	372 103	373 159	374 156	374 988	375 485	377 019	377 185	377 378
EU 12	294 296	299 442	300 255	301 016	301 699	301 907	303 098	303 452	303 556
Schweiz	6 712	7 041	7 072	7 089	7 132	7 167	7 209	7 170	7 168
USA	249 623	266 278	269 394	272 647	275 854	279 040	282 125	284 797	n.v.
Bulgarien	8 991	8 406	8 363	8 312	8 257	8 211	8 170	7 913	7 790
Estland	1 569	1 437	1 416	1 400	1 386	1 376	1 370	1 364	1 360
Lettland	2 663	2 485	2 457	2 433	2 410	2 390	2 373	2 365	2 362
Litauen	3 698	3 629	3 602	3 575	3 549	3 524	3 500	3 481	3 681
Malta	364	371	373	375	378	379	386	383	394
Polen	38 119	38 588	38 618	38 650	38 668	38 654	38 646	38 641	38 543
Rumänien	23 207	22 681	22 608	22 546	22 503	22 458	22 435	22 408	22 332
Slowakei	5 295	5 364	5 374	5 383	5 391	5 395	5 401	5 379	5 408
Slowenien	2 000	1 983	1 991	1 980	1 974	1 976	1 977	1 992	1 984
Tschechien	10 363	10 331	10 315	10 304	10 295	10 283	10 273	10 224	10 250
Türkei	58 136	60 611	61 528	62 456	63 391	64 337	65 293	67 632	68 589
Ungarn	10 374	10 329	10 311	10 290	10 267	10 238	10 211	10 188	9 867
Zypern	681	732	738	744	749	754	757	762	n.v.
Beitritt 13	163 452	166 946	167 693	168 447	169 215	169 975	170 791	172 733	172 570
MOEL 10	106 281	105 232	105 054	104 873	104 698	104 505	104 355	103 946	103 607

Index 1990 = 100										Anteil an EU 15
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2002
Österreich	100	104	104	104	105	105	106	105	104	2,1
Belgien	100	102	102	102	102	102	102	103	103	2,7
Dänemark	100	102	102	103	103	103	103	104	104	1,4
Deutschland	100	103	103	103	103	103	104	103	103	21,7
Finnland	100	102	103	103	103	104	104	104	104	1,4
Frankreich	100	102	103	103	104	103	104	105	105	15,8
Griechenland	100	103	103	103	104	104	106	105	105	2,8
Irland	100	103	104	105	106	107	108	110	111	1,0
Italien	100	99	100	100	100	100	100	100	100	16,2
Luxemburg	100	107	109	110	112	113	115	116	117	0,1
Niederlande	100	103	104	104	105	106	107	107	107	4,2
Portugal	100	100	100	101	101	101	103	101	102	2,7
Schweden	100	103	103	103	103	103	104	103	103	2,3
Spanien	100	101	101	101	101	102	102	102	102	10,6
Ver. Königreich	100	102	102	103	103	104	104	104	104	15,8
EU 15	100	102	102	102	103	103	103	103	103	100,0
EU 12	100	102	102	102	102	103	103	103	103	80,4
Schweiz	100	105	106	106	106	107	107	107	107	1,9
USA	100	107	108	109	111	112	113	114	n.v.	n.v.
Bulgarien	100	93	93	92	92	91	91	88	87	2,1
Estland	100	92	90	89	88	88	87	87	87	0,4
Lettland	100	93	92	91	90	90	89	88	90	0,6
Litauen	100	98	97	97	96	95	95	94	100	1,0
Malta	100	105	106	106	107	107	109	111	111	0,1
Polen	100	101	101	101	101	101	101	101	101	10,2
Rumänien	100	98	97	97	97	97	97	97	96	6,9
Slowakei	100	101	101	102	102	102	102	102	102	1,4
Slowenien	100	99	100	99	99	99	99	100	99	0,5
Tschechien	100	100	100	99	99	99	99	99	99	2,7
Türkei	100	108	110	111	113	115	116	120	122	18,2
Ungarn	100	100	99	99	99	99	98	98	96	2,6
Zypern	100	107	108	109	110	111	111	112	n.v.	n.v.
Beitritt 13	100	102	103	103	104	104	104	105	106	46,7
MOEL 10	100	99	99	99	99	98	98	98	97	27,5

Quellen: WHO Health for all database, Juni 2003; OECD Health data, Juni 2003 für die USA; WDI World development Indicators 2002 und Progress-Report für Zypern



Tabelle A 2

## Anteil der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, in Prozent

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	17,4	17,6	17,4	17,3	17,1	16,9	16,7	16,5
Belgien	18,1	18,0	17,9	17,8	17,7	17,7	17,6	17,5
Dänemark	17,1	17,4	17,6	17,9	18,1	18,3	18,5	18,7
Deutschland	16,3**	16,2	16,1	16,0	15,9	15,8	15,6	15,4
Finnland	19,3	19,0	18,9	18,8	18,6	18,3	18,2	18,0
Frankreich	20,1	19,5	19,3	19,1	19,0	18,9	18,8	18,8
Griechenland	19,3	16,8	16,4	16,0	15,6	15,3	15,2	n.v.
Irland	27,1	24,2	23,6	23,0	22,5	22,0	21,7	21,3
Italien	16,6	15,1	14,9	14,7	14,6	14,5	14,4	14,4
Luxemburg	17,3	18,3	18,5	18,8	18,8	19,0	18,9	18,8
Niederlande	18,2	18,4	18,4	18,4	18,5	18,5	18,6	18,6
Portugal	20,4	17,7	17,3	16,9	16,5	16,2	16,0	16,0
Schweden	17,9	18,9	18,8	18,7	18,7	18,6	18,4	18,3
Spanien	19,9	16,6	16,1	15,6	15,3	15,0	14,8	14,6
Ver. Königreich	19,0	19,5	19,4	19,4	19,4	19,3	19,1	18,9
EU 15*	18,3	17,5	17,3	17,2	17,1	16,9	16,8	16,7
EU 12*	18,2	17,1	16,9	16,7	16,5	16,4	16,3	16,2
Schweiz	17,1	17,6	17,7	17,6	17,6	17,5	17,4	17,2
USA	21,7	21,9	21,8	21,7	21,6	21,5	n.v.	n.v.
Bulgarien	20,4	17,9	17,5	17,0	16,5	16,1	15,7	15,2
Estland	22,3	20,7	20,3	19,8	19,2	18,6	18,0	17,5
Lettland	21,4	20,7	20,2	19,7	19,0	18,3	17,7	17,0
Litauen	22,6	21,8	21,4	21,0	20,6	20,1	19,8	19,3
Malta	23,5	21,8	21,7	21,5	21,0	20,5	20,1	19,5
Polen	25,1	22,8	22,2	21,5	20,7	20,0	19,2	18,5
Rumänien	23,6	20,5	19,9	19,4	19,1	18,8	18,3	17,8
Slowakei	25,3	22,6	22,0	21,4	20,8	20,1	19,5	18,6
Slowenien	20,8	18,0	17,8	17,2	16,7	16,3	15,9	15,6
Tschechien	21,5	18,6	18,1	17,7	17,2	16,8	16,4	16,1
Türkei	35,0	32,3	31,7	31,2	30,7	30,3	29,8	n.v.
Ungarn	20,2	18,2	17,9	17,6	17,3	17,1	16,8	16,5
Zypern	25,8	25,2	24,8	24,3	23,9	23,6	23,1	n.v.
Beitritt 13*	27,3	25,0	24,5	24,0	23,6	23,1	22,6	17,6
MOEL 10*	23,2	20,8	20,3	19,8	19,2	18,7	18,1	17,6

## Index EU 15 = 100

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	95	100	100	101	100	100	99	99
Belgien	99	103	103	104	104	104	105	105
Dänemark	94	99	101	104	105	108	110	112
Deutschland	89	92	93	93	93	93	93	92
Finnland	105	108	109	109	109	108	108	108
Frankreich	110	111	111	111	111	112	112	112
Griechenland	105	96	95	93	91	90	90	n.v.
Irland	148	138	136	134	132	130	129	127
Italien	91	85	85	85	85	85	85	86
Luxemburg	95	104	107	109	110	112	113	112
Niederlande	100	105	106	107	108	109	111	111
Portugal	112	101	100	98	97	96	95	96
Schweden	98	108	108	109	110	110	110	109
Spanien	109	95	93	91	90	89	88	87
Ver. Königreich	104	111	112	113	114	114	114	113
EU 15*	100	100	100	100	100	100	100	100
EU 12*	99	98	97	97	97	97	97	97
Schweiz	94	100	102	102	103	103	104	103
USA	119	125	126	126	127	127	n.v.	n.v.
Bulgarien	112	102	101	99	97	95	94	91
Estland	122	118	117	115	112	110	107	104
Lettland	117	118	117	115	112	108	105	102
Litauen	124	124	123	122	121	118	118	115
Malta	128	124	125	125	123	121	119	117
Polen	137	130	128	125	121	118	114	111
Rumänien	129	117	115	113	112	111	109	106
Slowakei	138	129	127	124	122	119	116	111
Slowenien	112	102	103	100	98	96	95	93
Tschechien	117	106	104	103	101	99	98	96
Türkei	191	184	183	182	180	179	177	n.v.
Ungarn	111	104	103	102	101	101	100	98
Zypern	141	144	143	141	140	139	138	n.v.
Beitritt 13*	149	143	141	140	138	136	135	105
MOEL 10*	127	119	117	115	113	110	108	105

\*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt, \*\*1991

Quelle: OECD Health data, Juni 2003 für EU, Türkei, USA und die Schweiz; WHO Health for all database, Juni 2003 für alle Beitrittsländer außer Zypern (World Development Indicators 2002); IHS HealthEcon Berechnungen 2003.





Tabelle A 3

## Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, in Prozent

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	14,9	15,1	15,3	15,4	15,4	15,5	15,5	15,5
Belgien	14,9	15,9	16,1	16,4	16,5	16,7	16,8	16,9
Dänemark	15,6	15,2	15,1	15,0	14,9	14,8	14,8	14,8
Deutschland	13,4	14,2	14,4	14,6	14,7	14,8	14,9	15,1
Finnland	14,0	15,2	15,4	15,6	15,8	15,9	16,1	16,2
Frankreich	15,0**	15,5	15,6	15,7	15,9	16,1	16,4	16,9
Griechenland	13,8	15,8	16,0	16,4	16,7	17,1	17,3	n.v.
Irland	11,4	11,4	11,4	11,4	11,3	11,2	11,2	11,2
Italien	14,9	16,6	17,0	17,3	17,6	17,8	18,1	18,4
Luxemburg	13,4	14,1	14,4	14,3	14,3	14,4	14,2	14,0
Niederlande	12,8	13,2	13,3	13,4	13,5	13,5	13,6	13,6
Portugal	13,4	14,7	15,1	15,4	15,7	16,0	16,3	16,4
Schweden	13,6	15,3	15,7	16,0	16,4	16,6	16,9	17,0
Spanien	17,8	17,5	17,5	17,4	17,4	17,3	17,3	17,2
Ver. Königreich	15,7	15,9	15,9	15,9	15,9	15,8	15,9	15,9
EU 15*	14,6	15,5	15,7	15,9	16,1	16,2	16,4	16,6
EU 12*	14,3	15,4	15,7	15,9	16,1	16,3	16,5	16,7
Schweiz	14,6	14,7	14,8	15,0	15,1	15,2	15,3	15,4
USA	12,5	12,7	12,7	12,6	12,5	12,5	12,0	n.v.
Bulgarien	13,0	15,0	15,3	15,5	15,7	16,0	16,3	16,8
Estland	11,6	13,5	13,9	14,3	14,6	14,8	15,1	15,3
Lettland	11,8	13,6	13,9	14,3	14,6	14,7	15,0	15,4
Litauen	10,9	12,0	12,3	12,6	12,9	13,2	13,4	14,1
Malta	10,4	11,0	11,4	11,7	11,8	12,0	12,2	12,5
Polen	10,1	11,1	11,3	11,6	11,8	12,0	12,2	12,4
Rumänien	10,4	12,0	12,3	12,6	12,8	13,0	13,3	13,6
Slowakei	10,3	10,9	11,0	11,2	11,3	11,4	11,4	11,5
Slowenien	10,8	12,5	12,7	13,1	13,5	13,8	14,1	14,3
Tschechien	12,5	13,2	13,4	13,6	13,7	13,8	13,8	13,8
Türkei	4,3	5,0	5,2	5,4	5,5	5,6	5,7	n.v.
Ungarn	13,4	14,2	14,4	14,6	14,8	14,9	15,1	15,2
Zypern	10,9	11,0	11,1	11,2	11,3	11,4	11,5	n.v.
Beitritt 13*	8,7	8,6	8,8	10,0	10,1	10,3	10,4	13,6
MOEL 10*	11,1	12,3	12,5	12,7	12,9	13,1	13,3	13,6

## Index EU 15 = 100

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	102	97	97	97	96	96	94	94
Belgien	102	102	102	103	103	103	102	102
Dänemark	107	98	98	94	93	91	90	89
Deutschland	92	91	92	92	91	91	91	91
Finnland	96	98	98	98	98	98	98	98
Frankreich	103	100	99	99	99	99	100	102
Griechenland	94	100	102	103	104	106	105	n.v.
Irland	78	73	72	72	70	69	68	68
Italien	102	107	108	109	109	110	110	111
Luxemburg	92	91	92	90	89	89	87	84
Niederlande	87	85	85	84	84	83	83	82
Portugal	92	96	96	97	98	99	99	99
Schweden	93	98	100	101	102	102	103	103
Spanien	122	113	111	109	108	107	105	104
Ver. Königreich	107	102	101	100	99	98	97	96
EU 15*	100	100	100	100	100	100	100	100
EU 12*	98	99	100	100	100	100	101	101
Schweiz	100	96	94	94	94	94	93	93
USA	85	82	81	79	78	77	73	n.v.
Bulgarien	89	97	97	97	98	99	99	102
Estland	80	87	89	90	91	92	92	93
Lettland	81	88	89	90	90	91	92	93
Litauen	75	77	78	79	80	82	81	85
Malta	71	71	72	73	74	74	74	75
Polen	69	71	72	73	73	74	74	75
Rumänien	71	77	78	79	80	81	81	82
Slowakei	70	70	70	70	70	70	70	70
Slowenien	74	81	81	82	84	85	86	86
Tschechien	85	85	85	85	85	85	84	83
Türkei	29	32	33	34	34	35	35	n.v.
Ungarn	91	91	92	92	92	92	92	92
Zypern	75	71	71	70	70	70	70	n.v.
Beitritt 13*	60	62	62	63	63	63	63	82
MOEL 10*	76	79	79	80	81	81	81	82

\*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt, \*\*1991

Quelle: OECD Health data, Juni 2003 für EU, Türkei, USA und die Schweiz; WHO Health for all database, Juni 2003 für alle Beitrittsländer außer Zypern (World Development Indicators 2002); IHS HealthEcon Berechnungen 2003.



Tabelle A 4

## Gesamtfruchtbarkeitsrate, Kinder pro Frau

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	1,45	1,40	1,42	1,36	1,34	1,31	1,34	1,31
Belgien	1,60	1,60	1,60	1,60	1,60	1,50	1,54	1,56
Dänemark	1,70	1,80	1,70	1,80	1,70	1,70	1,80	1,70
Deutschland	1,45	1,25	1,32	1,37	1,36	1,37	1,34	1,36
Finnland	1,80	1,80	1,80	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
Frankreich	1,78	1,70	1,72	1,71	1,75	1,79	1,89	1,80
Griechenland	1,40	1,30	1,30	1,30	1,30	1,30	1,32	1,30
Irland	2,10	1,85	1,89	1,94	1,95	1,91	1,89	1,98
Italien	1,36	1,18	1,21	1,21	1,20	1,23	1,25	1,20
Luxemburg	1,62	1,67	1,76	1,71	1,67	1,71	1,78	1,66
Niederlande	1,60	1,50	1,50	1,60	1,60	1,70	1,70	1,70
Portugal	1,54	1,41	1,44	1,45	1,46	1,50	1,51	1,50
Schweden	2,10	1,70	1,60	1,50	1,50	1,50	1,60	1,60
Spanien	1,50	1,30	n.v.	1,10	1,20	1,20	1,23	1,24
Ver. Königreich	1,84	1,71	1,72	1,72	1,71	1,69	1,64	1,60
EU 15*	1,58	1,45	1,48	1,48	1,47	1,48	1,50	1,47
EU 12*	1,53	1,38	1,43	1,40	1,42	1,44	1,46	1,44
Schweiz	1,70	1,50	1,50	1,48	1,46	1,48	1,50	1,40
USA	2,08	2,02	2,04	2,06	2,07	2,05	2,05	n.v.
Bulgarien	1,70	1,23	1,24	1,09	1,11	1,23	1,27	1,20
Estland	2,06	1,38	1,37	1,32	1,28	1,32	1,39	1,34
Lettland	2,02	1,25	1,16	1,11	1,09	1,15	1,24	1,21
Litauen	2,02	1,49	1,42	1,39	1,36	1,35	1,27	1,29
Malta	2,00	1,80	2,00	2,00	1,80	1,70	1,70	1,50
Polen	2,04	1,80	1,58	1,51	1,43	1,37	1,34	1,30
Rumänien	1,50	1,30	1,30	1,30	1,30	1,30	1,30	1,20
Slowakei	2,09	1,62	1,47	1,43	1,37	1,33	1,29	1,20
Slowenien	1,48	1,28	1,27	1,24	1,24	1,20	1,28	1,20
Tschechien	1,89	1,28	1,19	1,17	1,16	1,13	1,16	1,15
Türkei	2,96	2,75	2,71	2,67	2,63	2,60	2,52	2,50
Ungarn	1,84	1,57	1,47	1,38	1,33	1,29	1,33	1,31
Zypern	2,42	2,13	n.v.	2,00	1,92	n.v.	1,91	n.v.
Beitritt 13*	2,23	1,97	1,89	1,85	1,82	1,80	1,77	1,74
MOEL 10*	1,85	1,52	1,41	1,36	1,32	1,30	1,30	1,25

## Index EU 15 = 100

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich	91	97	95	93	91	88	90	89
Belgien	100	110	107	109	109	101	103	106
Dänemark	107	124	114	123	116	115	120	116
Deutschland	91	85	89	94	82	82	90	92
Finnland	113	124	121	116	116	115	114	116
Frankreich	112	117	115	117	119	121	126	122
Griechenland	88	90	87	89	88	88	88	88
Irland	132	128	127	133	133	129	126	135
Italien	85	81	81	83	82	83	84	82
Luxemburg	102	115	118	117	114	115	119	113
Niederlande	100	104	101	109	109	115	114	116
Portugal	97	97	97	100	99	101	101	102
Schweden	132	117	107	103	102	101	107	109
Spanien	94	90	n.v.	75	82	81	82	84
Ver. Königreich	115	118	115	118	116	114	110	109
EU 15*	100	100	100	100	100	100	100	100
EU 12*	96	96	96	96	95	97	98	98
Schweiz	107	104	101	101	99	100	100	95
USA	130	139	137	141	141	138	138	n.v.
Bulgarien	107	85	83	75	75	83	85	82
Estland	129	95	92	90	87	89	93	91
Lettland	127	86	78	76	74	78	83	82
Litauen	127	103	95	95	92	91	85	88
Malta	125	124	134	137	122	115	114	102
Polen	128	124	106	103	97	92	90	88
Rumänien	94	90	87	89	88	88	87	82
Slowakei	131	105	90	98	93	90	85	82
Slowenien	92	88	85	85	84	81	84	82
Tschechien	119	88	80	80	79	76	78	78
Türkei	186	190	182	183	179	175	168	170
Ungarn	115	108	99	94	90	87	89	89
Zypern	152	147	n.v.	137	131	n.v.	128	n.v.
Beitritt 13*	140	136	127	127	123	121	118	118
MOEL 10*	116	105	95	93	90	88	87	85

\*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt,  
 Quelle: OECD Health data for all database; OECD Health data, Juni 2003 für die USA;  
 World Development Indicators 2002 für Zypern; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

