

IV/Winter 2002/2003

# HEALTH SYSTEM WATCH

Beilage zur Fachzeitschrift *Soziale Sicherheit*

erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon

Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

---

## **Gesundheitszustand in der EU: Ab dem 70. Lebensjahr wird's beschwerlich**

### **Schwerpunktthema: Gesünder bleiben dämpft Kostenanstieg**

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel\*

#### **Zusammenfassung**

Die durchschnittliche gesunde Lebenserwartung in den EU-Ländern liegt derzeit zwischen 71,4 Jahren in Schweden und 66,3 Jahren in Portugal. In den mittel- und osteuropäischen Ländern ist sie außer in Slowenien und Tschechien deutlich niedriger und variiert stärker. Die höhere Lebenserwartung für Frauen spiegelt sich auch in der Anzahl der Jahre, die in beeinträchtigtem Gesundheitszustand verbracht werden wider. Die Differenz zwischen Männern und Frauen beträgt im Durchschnitt knapp drei Jahre, sowohl in der EU als auch in den Kandidatenländern. Unterdurchschnittliche Lebenserwartung geht zumeist mit einer unterdurchschnittlichen Anzahl der beeinträchtigten Jahre einher. Die ÖsterreicherInnen liegen ebei beiden Kennzahlen knapp beim EU-Durchschnitt. Die österreichische Geschlechterdifferenz in der gesunden Lebenserwartung ist im EU-Vergleich relativ ausgeprägt, dies im besonderen bezogen auf die über 60-Jährigen.

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes kann die Ausgabendynamik deutlich abschwächen. Im Fall einer umfassenden und starken Verbesserung des Gesundheitszustandes steigt die BIP-Quote der öffentlichen Akutausgaben in Österreich um 11 Prozent. Bei gleichbleibendem Gesundheitszustand hingegen wird eine Steigerung um 18 Prozent bis zum Jahr 2025 errechnet. Schlägt sich die erwartete gesunde Lebenserwartung nur bei älteren Personen in geringeren Ausgaben nieder, verringert sich dieser Effekt. Die Ausgaben liegen jedoch noch immer unter jenen der Basisvariante der Berechnungen und steigen bis 2025 um 14 Prozent. Langfristig kann jedoch mit einem Abflachen des Anstiegs gerechnet werden, da sich der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung auf hohem Niveau stabilisieren dürfte.

\*Wir danken Gerald Röhrling und Michael Weichselbaumer für die Mitwirkung

## **Gesundheitszustand in der EU: Ab dem 70. Lebensjahr wird's beschwerlich**

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt wuchs zwischen 1990 und 2000 EU-weit um 2,0 Lebensjahre (2,6 Prozent). Die zehn mittel- und osteuropäischen Länder verzeichneten einen durchschnittlichen Zuwachs von 2,2 Jahren oder 3,1 Prozent (vgl. Tabelle A1). Bezogen auf die Lebenserwartung der über 65-Jährigen betrug der Zuwachs für Europäerinnen und für Europäer ein Jahr. Die Lebenserwartung der über 65-jährigen Frauen in den Beitrittsländern stieg durchschnittlich um 0,7 Jahre, jene für Männer um 0,5 Jahre (vgl. Tabelle A4 und A5).

Außer Rumänien, Bulgarien und der Türkei werden Anfang 2004 alle mittel- und osteuropäischen Länder einschließlich Malta und Zypern der Union beitreten. In jenen Ländern liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bereits nahe beim EU-Wert. Estland und Lettland scheren aus diesem Muster aus. Auch Ungarn gehört zu jenen Ländern, in der die Lebenserwartung nur etwa 91 Prozent des EU-Durchschnittes erreicht und damit gleich auf mit Rumänien sogar knapp unter dem Wert für Bulgarien liegt (vgl. Tabelle A1). Der Beitritt für Rumänien und Bulgarien ist für 2007 vorgesehen und die Bemühungen, die Türkei zu integrieren, werden ab 2004 intensiviert<sup>1</sup>. Für alle Beitrittsländer gilt allerdings, dass der durchschnittliche Abstand zur EU-Lebenserwartung deutlich geringer ist als jener zum gesamtwirtschaftlichen Einkommen bzw. zu den Gesundheitsausgaben in der EU<sup>2</sup>. Während mittel- und osteuropäische Länder im Durchschnitt 40 Prozent des gesamtwirtschaftlichen Einkommens in der EU und etwa 30 Prozent der EU-Gesundheitsausgaben erreichen, liegt die Lebenserwartung knapp über 90 Prozent des EU-Schnitts (vgl. Tabelle A1).

Die traditionell auf der Grundlage von Sterbetafeln und Mortalität errechnete Lebenserwartung umfasst auch jene Zeitspanne, die in schlechter Gesundheit verbracht wird. Mit dem Erscheinen des Welt-Gesundheitsberichtes 2000, haben sich die Bemühungen der internationalen Organisationen und insbesondere der WHO die gesunde Lebenserwartung (HALE: Healthy Life Expectancy) global zu messen, deutlich verstärkt<sup>3</sup>.

### **Spätestens ab dem 70. Lebensjahr wird's beschwerlich...**

Gesunde Lebenserwartung bezeichnet die Zeitspanne, in der Personen keinen Beeinträchtigungen ihres Gesundheitszustandes ausgesetzt sind. Sie berechnet sich aus der Lebenserwartung bei Geburt bereinigt um jene Jahre, in denen der subjektive Gesundheitszustand als schlecht angegeben wird<sup>4</sup>. Abbildung 1 zeigt - berechnet auf dem

---

<sup>1</sup> Günter Verheugen: Strategiepapier und Fortschrittsberichte, Rede im Europäischen Parlament, am 9.10.2002; <http://www.eu.int>, 7.11.2002

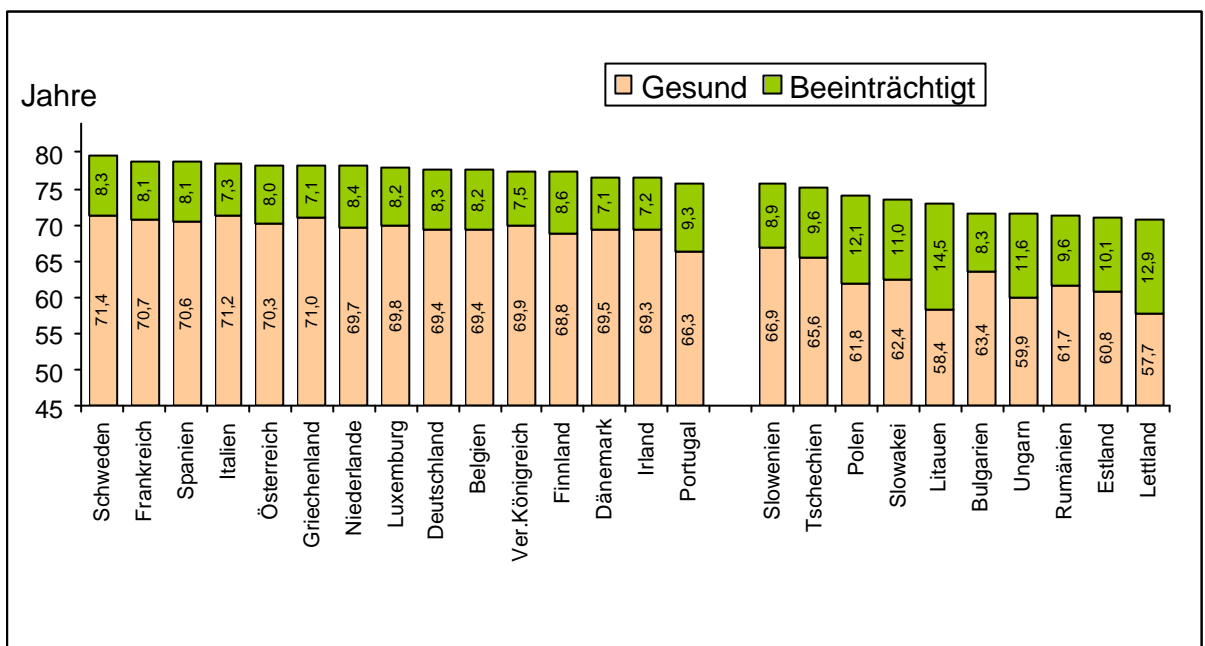
<sup>2</sup> Vgl. HSW I-2002 Anhangstabellen und A1 in dieser Ausgabe.

<sup>3</sup> The World Health Report 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Life, WHO, Geneva October 2002, The European Health Report 2002, WHO Regional Office Europe, Copenhagen 2002.

<sup>4</sup> Zur Diskussion der methodischen Details vgl.: Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD (2001). Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. Lancet, 357(9269): 1685-1691. WHO Global Burden of Disease 2000 Version 2 methods and results. GPE Discussion Paper No. 50, World Health Organization, Geneva October 2002. WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001, GPE Discussion Paper No. 37, World Health Organization, Geneva 30 November 2001.

gegenwärtig beobachtbaren Sterbe- und Erkrankungsrisiko - die durchschnittliche Anzahl von Jahren, die ein Neugeborenes beschwerdefrei erwarten kann plus jenen Jahren die in schlechter Gesundheit verbracht werden. Die Summe aus beiden Jahren ergibt die gesamte Lebenserwartung. Die gesunde Lebenserwartung in den mittel- und osteuropäischen Ländern liegt außer in Slowenien und Tschechien teilweise deutlich unter jener in den EU-Staaten und variiert stärker als in diesen. Die durchschnittliche gesunde Lebenserwartung in Schweden beträgt derzeit 71,4 Jahre und jene in Portugal 66,3 Jahre. Portugal liegt damit sogar etwas hinter Slowenien, das einen Wert von 66,9 Jahren erreicht.

Abbildung 1: Durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren, 2000 oder letzt verfügbar



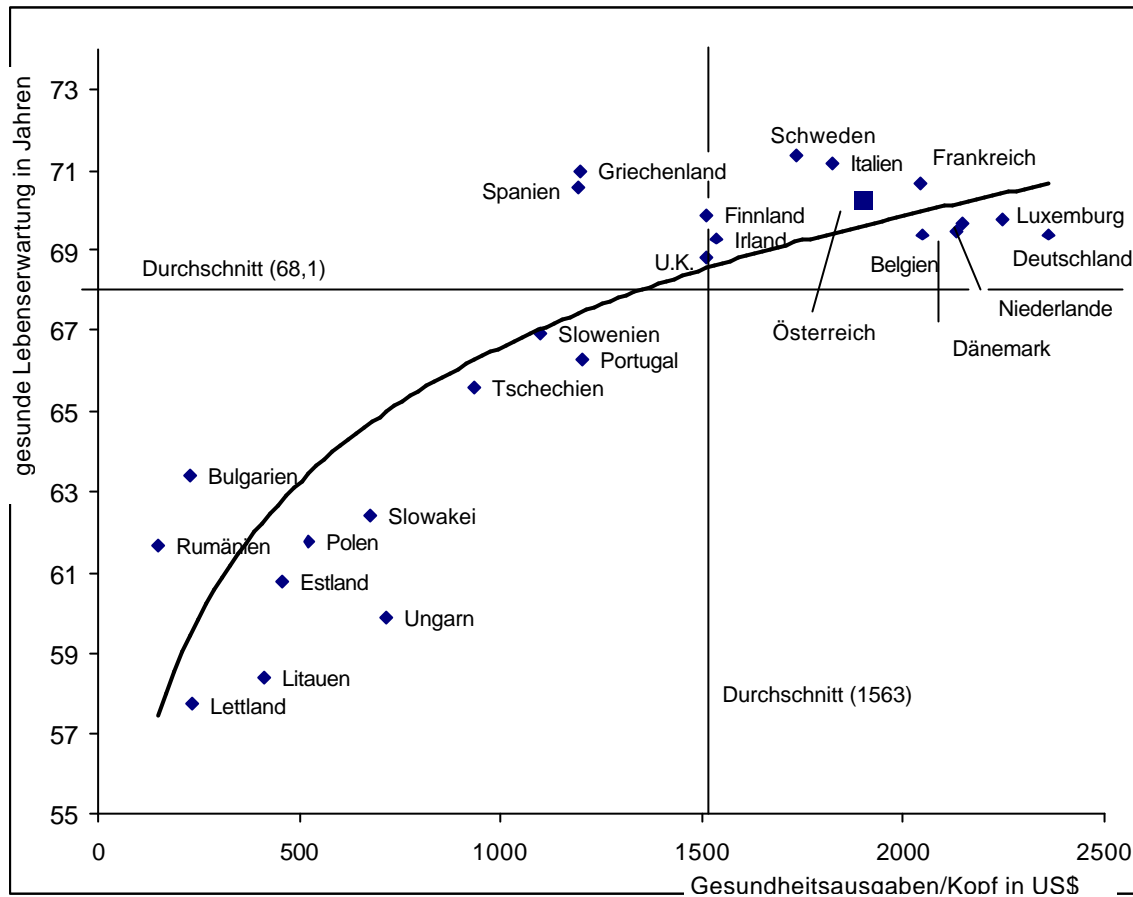
Quelle: WHO 2002, IHS HealthEcon 2002

### **...und die Versorgung teurer, aber mit abnehmenden Zuwächsen.**

Der Abstand in der gesunden Lebenserwartung innerhalb der EU zwischen Portugal und Schweden beträgt 5,1 Jahre, jener zwischen Schweden und Lettland, dem Land mit der geringsten gesunden Lebenserwartung 13,7 Jahre. Neuere Berechnungen zeigen, dass die Effizienz von Gesundheitssystemen im Hinblick auf die gesunde Lebenserwartung stark positiv mit dem Niveau der Gesundheitsausgaben pro Kopf assoziiert ist und dies gilt insbesondere für arme Länder<sup>5</sup>. Dieser Zusammenhang ist auch in Abbildung 2 verdeutlicht. Mit steigenden Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit steigt die gesunde Lebenserwartung. Allerdings ist der Zuwachs an gesunder Lebenserwartung abnehmend, je höher die Gesundheitsausgaben sind.

<sup>5</sup> Die Effizienz, gemessen in gewonnenen Lebensjahren steigt deutlich, wenn die Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr zumindest US\$ 80 erreichen. Vgl. Evans, DB, Tandon, A., Murray, ChL., Lauer, JA: Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. BMJ Volume 323 11 August 2001.

Abbildung 2: Gesunde Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben pro Kopf zu US\$ Kaufkraftparität, 2000 oder letzt verfügbar



Quelle: WHO 2002, OECD Health Data 2002, IHS HealthEcon 2002

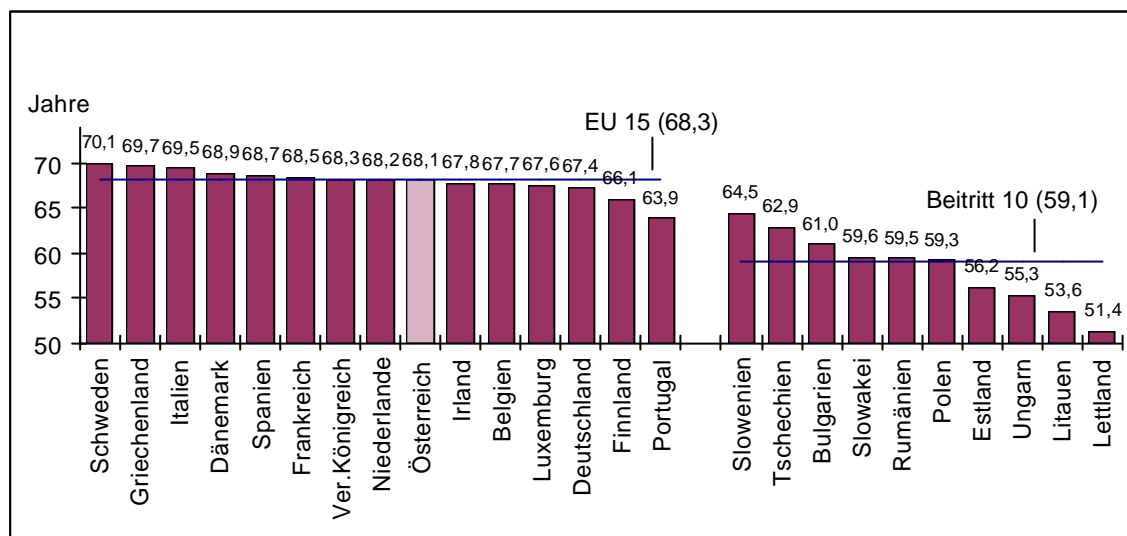
Die "Produktion" von gesunder Lebenserwartung ist in Spanien und Griechenland vergleichsweise am effizientesten: bei geringen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben wird in jenen Ländern ein hohes Niveau an gesunder Lebenserwartung erreicht. Schweden, Italien, Österreich und Frankreich erreichen ebenso ein hohes Niveau an gesunder Lebenserwartung. Dies allerdings mit vergleichsweise höheren Pro-Kopf-Ausgaben. Österreich liegt im oberen Mittelfeld der EU-Staaten: die gesunde Lebenserwartung beträgt durchschnittlich 70,3 Jahre, die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben liegen bei etwa US\$ 1900 (zu Kaufkraftparitäten). Die Position Österreichs würde sich freilich ändern, wenn die Gesundheitsausgaben pro Kopf höher sind, wofür es einige Hinweise<sup>6</sup> gibt; allerdings dürfte Österreich trotzdem vor Deutschland liegen, das hier innerhalb der EU-Länder vor Finnland und Irland an drittletzter Position liegt. Unterschiede im Niveau der Gesundheitsausgaben zwischen offiziell publizierten Zahlen und inoffiziellen Berechnungen dürften eher die Regel als die Ausnahme sein, sodass es bei den hier gezeigten Zusammenhängen durchaus Verschiebungen geben kann.

<sup>6</sup> Vgl. Hofmarcher M.M.; Ch. Lietz: Gesundheitsausgaben in Österreich, Mimeo Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon 2002.

### Die gesunde Lebenserwartung ist nicht weiblich...

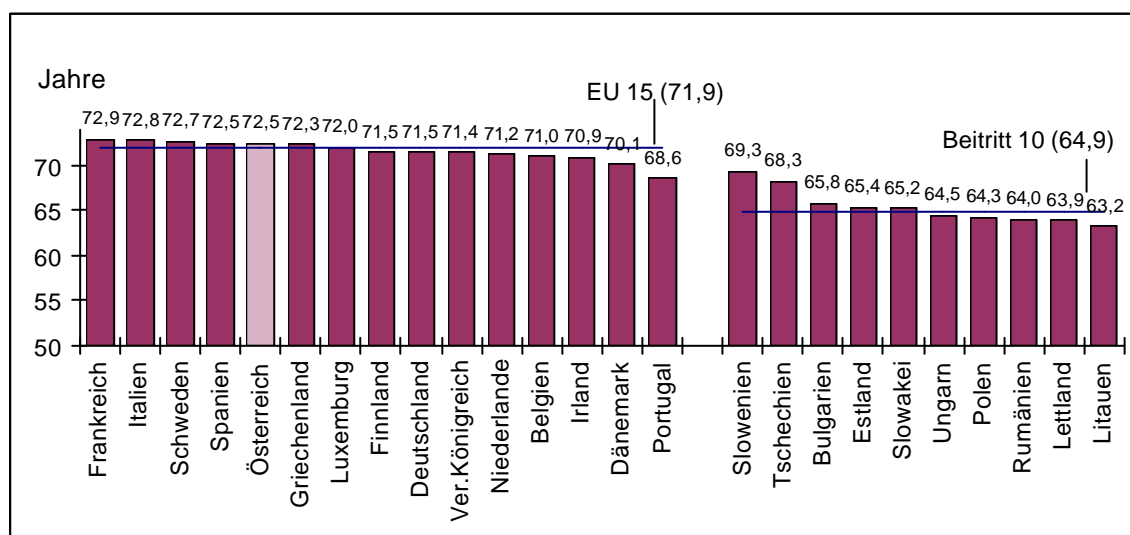
Die gesunde Lebenserwartung für Frauen liegt deutlich über jener für Männer. Französinnen können beispielsweise erwarten, 72,9 Jahre in vollständiger Gesundheit zu verbringen, Franzosen hingegen nur etwa 68,5 Jahre. Österreichische Frauen können sich 72,5 Jahre bester Gesundheit erfreuen, österreichische Männer hingegen nur 68,1 Jahre (vgl. Abb. 3 bis 5). Auch die Unterschiede zwischen Ländern und dies insbesondere zwischen den mittel- und osteuropäischen Ländern sind bei Männern stärker als bei Frauen.

Abbildung 3: Gesunde Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren, Männer 2000



Quelle: WHO 2002, IHS HealthEcon 2002.

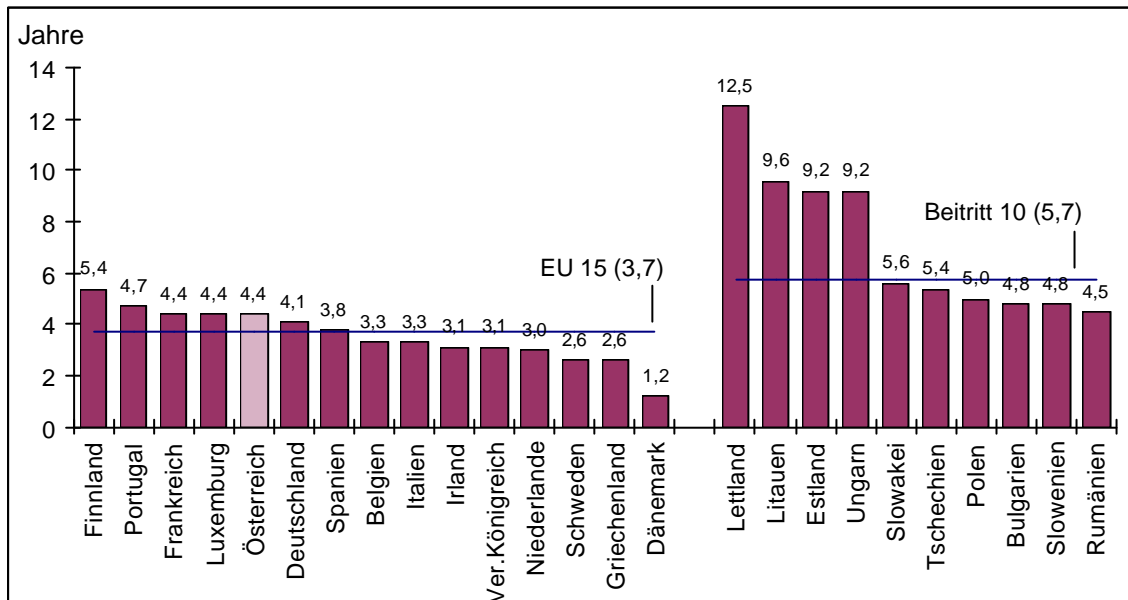
Abbildung 4: Gesunde Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren, Frauen 2000



Quelle: WHO 2002, IHS HealthEcon 2002.

Der Unterschied in der gesunden Lebenserwartung zwischen Europäerinnen und Europäern liegt bei 3,7 Jahren. Am geringsten ist der Unterschied in Dänemark, wo er nur 1,2 Jahre beträgt. Männer in den Baltischen Staaten und in Ungarn müssen mit einer bis zu 12 Jahren geringeren gesunden Lebenserwartung rechnen als die Frauen. Im Durchschnitt der Beitrittsländer beträgt die Geschlechterdifferenz in der gesunden Lebenserwartung 5,7 Jahre zugunsten der Frauen und damit 2 Jahre über der Differenz in der EU. Nachdem die gesunde Lebenserwartung erst für die Jahre 2000 und 2001<sup>7</sup> errechnet wurde, können noch keine Aussagen darüber gemacht werden, ob sich die Geschlechterdifferenz über die Zeit ändert. In bezug auf die gesamte Lebenserwartung gibt es jedoch Hinweise, dass sich die Geschlechterdifferenz in den Beitrittsländern erhöht hat. Während 1970 die Differenz 7,3 Jahre betrug, war sie im Jahr 2000 7,9 Jahre, wobei sie aber in Tschechien leicht abgenommen hat. Die Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung in den EU-Ländern war im Jahr 2000 6,3 Jahre, 1970 6,2 Jahre<sup>8</sup>.

Abbildung 5: Geschlechterdifferenz in der gesunden Lebenserwartung



Quelle: WHO 2002, IHS HealthEcon 2002.

### **...sondern die Lebenserwartung für Frauen ist höher als für Männer.**

Die höhere Lebenserwartung für Frauen (vgl. Tabelle A2 und A3) spiegelt sich auch in der Anzahl der Jahre, die im beeinträchtigten Gesundheitszustand verbracht werden wider. Abbildung 6 zeigt dies, getrennt für Männer und Frauen. In Portugal können Frauen damit rechnen etwa 10 Jahre ihrer gesamten Lebenserwartung in einem beeinträchtigten Gesundheitszustand zu verbringen, für portugiesische Männer sind es 7,8 Jahre. Die Dauer des beeinträchtigten Gesundheitszustandes bei Männern in der EU ist vergleichsweise

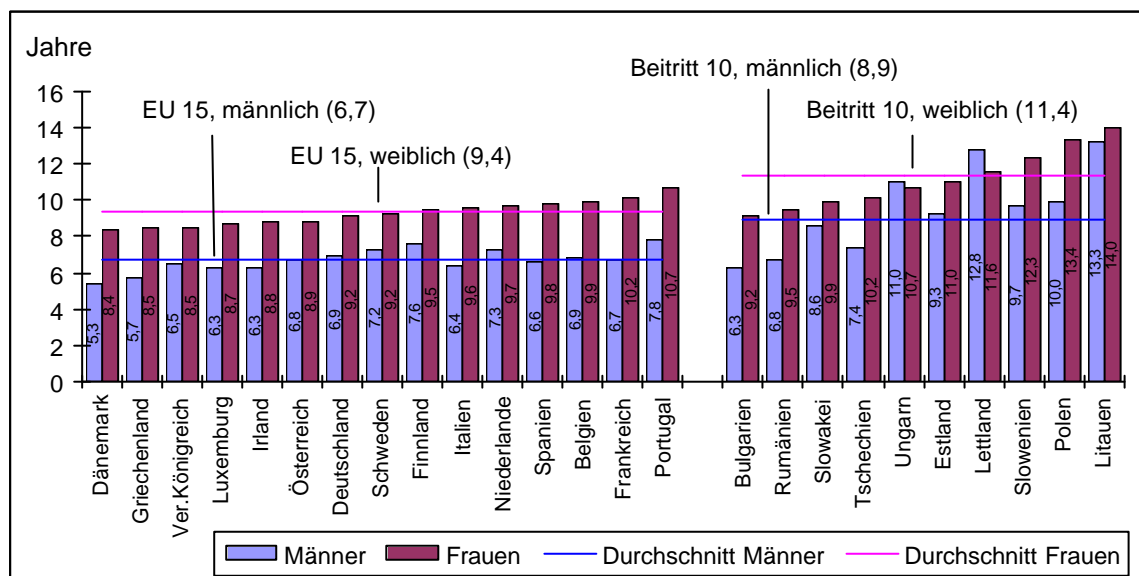
<sup>7</sup> The World Health Report 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Life, WHO, Geneva October 2002, Annex Table 4, Seite 200.

<sup>8</sup> Health Status Overview for Countries of Central and Eastern Europe that are Candidates For Accession to the European Union, WHO Regional Office for Europe and European Commission, Copenhagen July 2002.

geringer, streut aber stärker als bei den Frauen. Ungarische Männer und Männer in Lettland erleiden eine deutlich höhere Anzahl an Lebensjahren in schlechter Gesundheit als Frauen. Insgesamt können Frauen in Europa im Durchschnitt mit einem beeinträchtigten Gesundheitszustand von 9,4 (11,4) Jahren rechnen. Europäer erleiden 6,7 (8,9) Jahre Beeinträchtigungen (vgl. Abb. 6).

Unterdurchschnittliche Lebenserwartung geht zumeist mit einer unterdurchschnittlichen Anzahl der beeinträchtigten Jahre einher. So liegt beispielsweise die Lebenserwartung der Däninnen unter dem EU-Durchschnitt (vgl. Tabelle A2), die Anzahl der Jahre, die eine Dänin in beeinträchtigtem Gesundheitszustand verbringt ebenso. Dies ist auch für Bulgarien und Rumänien zu beobachten. Portugal andererseits ist hier eine Ausnahme: die Lebenserwartung ist unterdurchschnittlich, die Anzahl der Jahre in schlechterem Gesundheitszustand ist überdurchschnittlich hoch.

Abbildung 6: Lebenserwartung in beeinträchtigtem Gesundheitszustand in Jahren, 2000

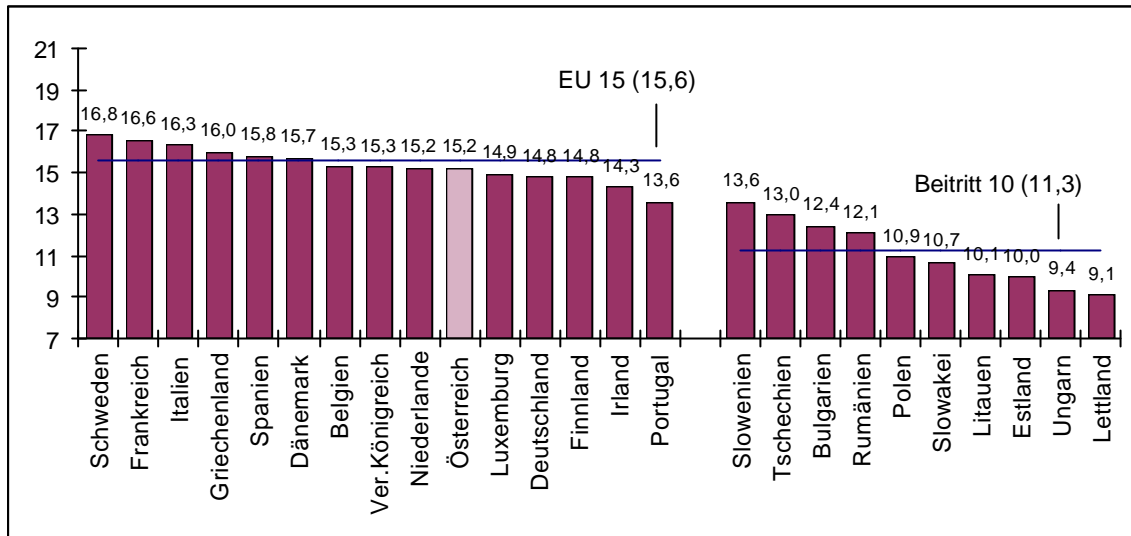


Quelle: WHO 2002, IHS HealthEcon 2002

### Europas 60-Jährige sind gleicher..

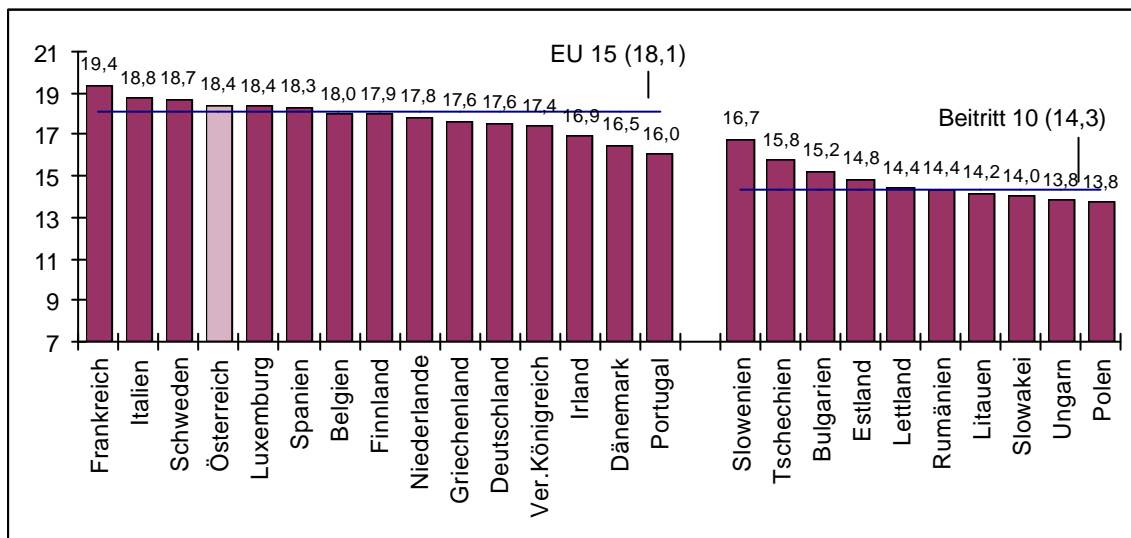
Während der Abstand in der gesunden Lebenserwartung bei der Geburt zwischen Männern in Schweden und Portugal 6,2 Jahre beträgt, war er im Jahr 2000 bezogen auf die 60-Jährigen 3,2 Jahre. Noch stärker ausgeprägt ist der Unterschied in den Kandidatenländern: Zwischen Slowenen und Letten beträgt er bei der Geburt 13,1 Jahre und bei den 60-Jährigen 4,5 Jahre (vgl. Abb. 3 und Abb. 7).

Abbildung 7: Gesunde Lebenserwartung in Jahren, 60-jährige Männer 2000



Quelle: WHO 2002, IHS HealthEcon 2002.

Abbildung 8: Gesunde Lebenserwartung in Jahren, 60-jährige Frauen 2000



Quelle: WHO 2002, IHS HealthEcon 2002.

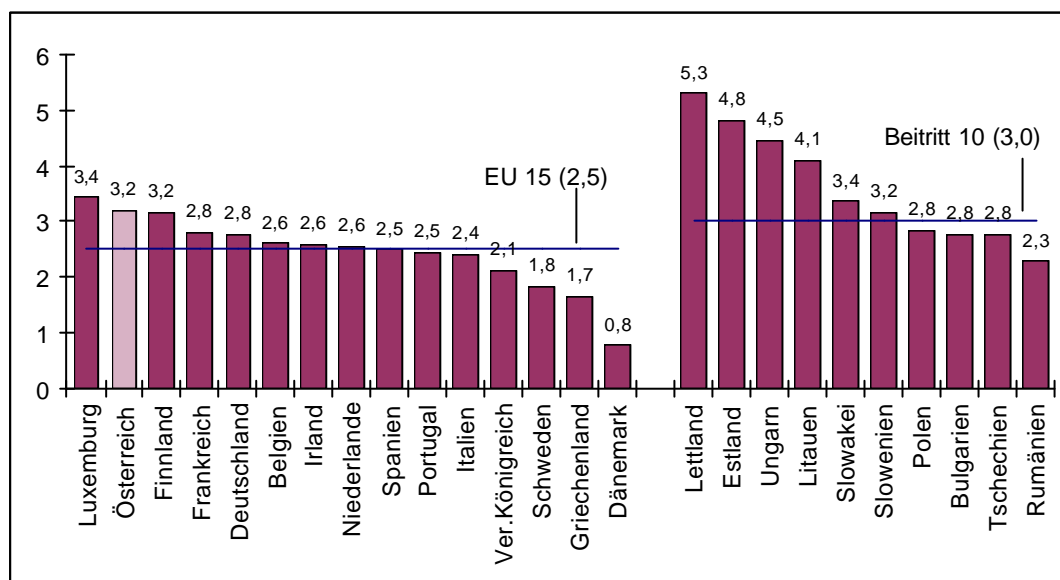
Bei den Frauen ist der Abstand in der gesunden Lebenserwartung zwischen Französisinnen und Portugiesinnen 4,3 Jahre und bei den 60-Jährigen 3,4 Jahre. In den Beitrittsländern beträgt er bei der gesunden Lebenserwartung der 60-jährigen Frauen 2,9 Jahre und bei Betrachtung der gesunden Lebenserwartung bei der Geburt 6,1 Jahre (vgl. Abb. 4 und 8). Während der Abstand in der gesunden Lebenserwartung bei der Geburt bei Europäern etwa zweimal so hoch ist wie bei den 60-jährigen Personen, ist er bei Europäerinnen ungefähr 1,2 mal so hoch. Eine ähnliche Relation ist für Männer und Frauen in den Beitrittsländern zu beobachten: Der Unterschied in der gesunden Lebenserwartung bei Geburt liegt für Männer etwa drei mal so hoch wie der Unterschied bei den 60-Jährigen, bei Frauen zweimal so hoch.



### ...auch die Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung ist weniger stark ausgeprägt

Auch der Abstand in der Geschlechterdifferenz ist bei der Lebenserwartung der 60-Jährigen weniger stark ausgeprägt als bei der Geschlechterdifferenz im Hinblick auf die Lebenserwartung bei Geburt. 60-jährige Europäerinnen haben durchschnittlich eine 2,5 Jahre höhere gesunde Lebenserwartung als 60-jährige Europäer. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei der gesunden Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt beträgt durchschnittlich 3,7 Jahre. 60-jährige Mittel- und Osteuropäerinnen können erwarten, sich drei Jahre länger als Männer in gutem Gesundheitszustand zu befinden, während der Unterschied bezogen auf die gesunde Lebenserwartung bei Geburt bei 5,7 Jahren zugunsten der Frauen liegt (vgl. Abb. 5 und Abb. 7). 60-jährige Österreicherinnen können damit rechnen, deutlich längere Zeit in guter Gesundheit zu verbringen als 60-jährige Österreicher: Die Differenz beträgt 3,2 Jahre. Österreich liegt damit nach Luxemburg an zweiter Stelle innerhalb der EU.

Abbildung 9: Geschlechterdifferenz in der gesunden Lebenserwartung in Jahren, 60-Jährige 2000



Quelle: WHO 2002, IHS HealthEcon 2002.

## Wird die Lebenserwartung weiter steigen?

Dass beim Anstieg der Lebenserwartung bereits ein natürliches Ende erreicht ist, ist unwahrscheinlich, obwohl im Querschnittsvergleich ähnlich reicher Länder kaum Unterschiede auszumachen sind. Diese Einschätzung kann durch eine Reihe von Beobachtungen untermauert werden<sup>9</sup>:

- In reichen Ländern ist in den letzten Jahren die Lebenserwartung auch bei alten Menschen noch weiter gestiegen, z.T. auch durch die markanten Verbesserungen in der Früherkennung und in der Behandlung von Herzkrankheiten.
- In Ländern mit zunehmender Streuung beim Gesundheitszustand verbessert sich die Lebenserwartung gerade in jenen Gruppen, die bereits eine gute Lebenserwartung haben, und nicht in den benachteiligten Gruppen. Das Erreichen einer natürlichen Lebensgrenze würde aber eine Verringerung dieser sozialen Unterschiede nahe legen; gerade diese wird aber nicht beobachtet.
- Werden die Länder mit relativ hoher Lebenserwartung im Zeitablauf beobachtet, zeigt sich, dass auch in diesen Ländern die Lebenserwartung um 2 bis 3 Jahre pro Dekade steigt. Falls eine absolute, natürliche Obergrenze der Lebenserwartung existiert, dürfte sie auf den jeweiligen historischen Kontext beschränkt sein.

Allerdings üben Ursachen wie sozialer Stress, schlecht funktionierende soziale Netzwerke, geringe Selbsteinschätzung, hohe Depressionsraten, Unsicherheit und Ängste, auch über den Verlust der Kontrolle über das eigene Umfeld, so tiefgreifenden Einfluss auf die Lebensumstände aus, dass die Frage berechtigt erscheint, ob es nicht wichtiger ist, Veränderungen in der Lebensqualität ins Zentrum des Interesses zu rücken, anstatt allein Veränderungen der Länge des Lebens. An dieser Stelle soll in Erinnerung gerufen werden, dass eine statistisch hohe oder niedrige Lebenserwartung nicht allein eine Frage zusätzlicher Lebensjahre älterer Menschen ist, sondern insbesondere auch eine Frage von vermiedenen vorzeitigen Todesfällen, beispielsweise durch Kinderkrankheiten, Gewalt oder Unfälle<sup>10</sup>. Unfälle sind sowohl in der EU als auch in den Kandidatenländern in den Altersgruppen 5-34 Jahre die führende Todesursache. Unfälle bei Frauen in der Altersgruppe 30-34 sind deutlich höher als in der EU<sup>11</sup>.

Wenn auch derzeit Menschen in ihrem achten oder neunten Lebensjahrzehnt noch länger leben als es vor einigen Jahren der Fall war, ist doch der größte Teil der gewonnenen Lebenserwartung auf eine reduzierte Sterblichkeit in jungen Jahren zurückzuführen. Grob gesagt, war die Reduktion der Sterblichkeit umso größer, je jünger die betrachtete Altersgruppe ist. Dementsprechend konnte die Säuglingssterblichkeit am stärksten zurückgedrängt werden, gefolgt von Kindersterblichkeit, und entsprechend kleineren Verbesserungen bei jüngeren und älteren Erwachsenen. Die heutigen SeniorInnen können zwar durchaus einer längeren

---

<sup>9</sup> Richard G Wilkinson, *Unhealthy Societies. The afflictions of inequality*. Routledge 1996, S. 35f

<sup>10</sup> Wilkinson, *op.cit.*, S.5.

<sup>11</sup> Health Status Overview for Countries of Central and Eastern Europe that are Candidates For Accession to the European Union, WHO Regional Office for Europe and European Commission, Copenhagen July 2002, Table 1.

Lebenserwartung entgegenblicken als ihre VorgängerInnen vor einigen Jahrzehnten; wesentlich ist aber, dass ein weit größerer Anteil jeder Kohorte in der Gegenwart überhaupt erst das hohe Alter erreicht<sup>12</sup>.

### **Und welche Krankheiten werden uns in den gewonnenen Jahren plagen?**

Im Rahmen der Global Burden of Disease Study<sup>13</sup> wurden Projektionen zukünftiger Entwicklungen vorgenommen. Bezogen auf Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands im Gegensatz zu Einflüssen auf die Sterblichkeit ist insbesondere die Entwicklung des Gesundheitszustands bei Erwachsenen von großer Bedeutung. Es wird erwartet, dass die Belastung durch übertragbare, ernährungsbedingte und mit Geburt und Schwangerschaft zusammenhängende Krankheiten bis zum Jahr 2020 auf ein Fünftel der gesamten Belastung durch Krankheiten zurückgehen wird, ausgehend von rund 40 Prozent im Jahr 1990. Die Belastung durch nicht übertragbare Krankheiten wie ischämische Herzkrankheiten und Schlaganfall wird hingegen markant zunehmen, auch jene durch Verletzungen und Unfälle.

Psychische Krankheiten werden einen wesentlichen Anteil an der gesamten Belastung haben, wenn auf alle, auch auf die nicht-tödlichen Krankheiten abgestellt wird. Wird hingegen lediglich auf Todesursachen Bezug genommen, ist die zukünftige Bedeutung der psychischen Krankheiten weniger augenfällig. Es wird geschätzt, dass der Anteil psychiatrischer und neurologischer Beeinträchtigungen an der Krankheitslast bis 2020 um rund die Hälfte zulegen wird, von 10,5 auf 15 Prozent. Dieser Anstieg wäre dann im Verhältnis bedeutender als jener der kardiovaskulären Krankheiten.

Aber im Verhältnis stärker als jede einzelne Krankheit wird der Tabakkonsum die Krankheitsbelastung in Zukunft ansteigen lassen. Während der Anteil an der gesamten Belastung für 1990 noch auf 2,6 Prozent geschätzt wurde, dürfte dieser Anteil bis 2020 auf 9 Prozent steigen – selbst ischämische Herzkrankheiten, die ‚Führergruppe‘ unter den Krankheiten, werden für 2020 auf nicht einmal 6 Prozent geschätzt.

Besonders deutlich wird der Wandel im Spektrum der weltweit meistbelastenden Krankheiten bei einem Vergleich der für die Jahre 1990 und 2020 geschätzten Spitzenreiter. 1990 nahmen Lungenentzündung, Diarrhoe und perinatale Beeinträchtigungen die führenden Positionen ein, bis 2020 werden sie voraussichtlich von ischämischen Herzkrankheiten, Depressionen und Folgen von Verkehrsunfällen abgelöst werden. Voraussichtlich werden jedoch nicht alle übertragbaren Krankheiten zurückgedrängt werden können. Die in der westlichen Welt prominentesten Beispiele hierfür sind die Infektion mit dem HI-Virus, die ausgehend vom 28. Platz bis 2020 auf den 10. Platz vorrücken dürfte, und Tuberkulose, die an 7. Stelle verharren dürfte.

Tendenziell kann davon gesprochen werden, dass in bezug auf die gesamt zukünftige Krankheitslast die Krankheiten der Kinder an Bedeutung verlieren und die Krankheiten

---

<sup>12</sup> Wilkinson, op.cit., S. 29f.

<sup>13</sup> The Global Burden of Disease and Injury: Executive Summary, 2000

Erwachsener und insbesondere älterer Menschen an Gewicht gewinnen werden; die Bevölkerungsentwicklung spielt hier neben einer Reihe anderer Faktoren eine große Rolle. In einzelnen Ländergruppen wird der Einfluss unterschiedlicher Effekte vorherrschen. Industrienationen beispielsweise werden das Zurückdrängen vieler Infektionskrankheiten weniger spüren, wohingegen die weitere Zunahme etlicher Wohlstandskrankheiten sehr wohl eine Rolle für ihre BewohnerInnen und ihre Gesundheitssysteme spielen wird.

## **Schwerpunktthema: Gesünder bleiben dämpft Kostenanstieg**

Um ein Bild über Veränderungen des Gesundheitszustands bei ÖsterreicherInnen zu gewinnen, kann eine Untersuchung herangezogen werden, die die Mikrozensus-Befragungen der Jahre 1978 bis 1998 auswertet<sup>14</sup>. Die Selbstauskünfte zum Gesundheitszustand werden darin mit Daten der jeweils aktuellen Sterbetafeln verknüpft, und daraus die gesunde Lebenserwartung für verschiedene Altersgruppen berechnet.

### **Deutliche Verbesserungen des Gesundheitszustandes in der Vergangenheit...**

Die Ergebnisse für ältere Jahrgänge hierzu sind in den Abbildungen 10 und 11 dargestellt. Für alle vier untersuchten Zeitpunkte wird eine mit zunehmendem Alter sinkende Anzahl zu erwartender gesunder Lebensjahre<sup>15</sup> gefunden. Im Zeitraum 1978 bis 1998 hat sich die gesunde Lebenserwartung in allen hier dargestellten Altersgruppen in etwa verdoppelt: 60-jährige Frauen konnten im Jahr 1978 damit rechnen, noch 5,2 gesunde Lebensjahre vor sich zu haben. 60-jährige Frauen im Jahr 1998 konnten bereits mit 11,2 gesunden Lebensjahren rechnen. Gemäss WHO Berechnungen betrug die gesunde Lebenserwartung der 60-jährigen Österreicherinnen im Jahr 2000 bereits 18,4 Jahre (vgl. Abb. 8), jene für Männer 15,2 Jahre (vgl. Abb. 7)<sup>16</sup>. Bei 80-jährigen Frauen stieg die gesunde Lebenserwartung von 0,7 Jahren (1978) auf 1,8 Jahre (1998). Bei Männern ergibt sich ein sehr ähnliches Bild; auch hier verdoppelt sich die gesunde Lebenserwartung in allen untersuchten Altersgruppen innerhalb von 20 Jahren. Die AutorInnen sehen hierin deutliche Hinweise auf eine Kompression der Morbidität in dieser Zeitspanne. Offenbar sind die Gewinne an Lebenszeit in Österreich vor allem Gewinne an gesunder Lebenszeit.

Diese optimistische Einschätzung ist jedoch unter der Einschränkung zu betrachten, dass für den Mikrozensus ausschließlich Personen befragt werden, die noch im häuslichen Umfeld leben. Personen in stationärer Pflege oder BewohnerInnen von Altenheimen etwa sind hier nicht enthalten. Im Prinzip könnte die im Mikrozensus aufscheinende Verbesserung des Gesundheitszustands auch dadurch verursacht sein, dass Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand zunehmend in Alten- oder Pflegeheimen wohnen, und daher „aus dem Mikrozensus herausfallen“. Dennoch scheinen die Verbesserungen des Gesundheitszustandes so ausgeprägt zu sein, dass unserer Einschätzung nach die genannte Einschränkung zwar den positiven Effekt dämpfen, aber kaum zur Gänze eliminieren dürfte.

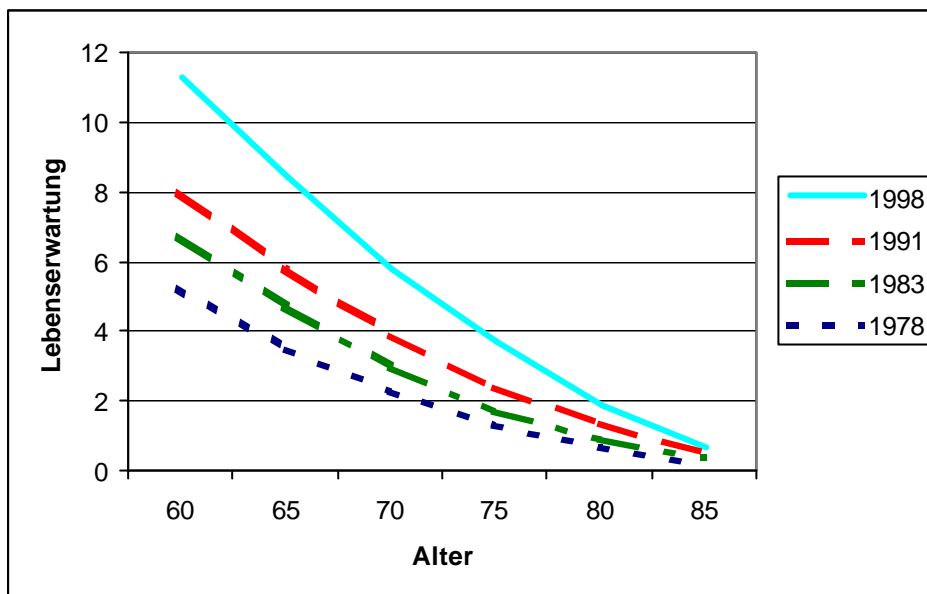
---

<sup>14</sup> Vgl. Doblhammer, J. Kytir, Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. *Social Science and Medicine* 52, 2001, 385-391.

<sup>15</sup> Als guter Gesundheitszustand gilt hier jener Zustand, der bei Selbstauskünften als 'gut' oder 'sehr gut' bezeichnet wird. Qualitativ ähnliche Ergebnisse werden jedoch auch für andere Kategorisierungen des 'guten Gesundheitszustands' erzielt.

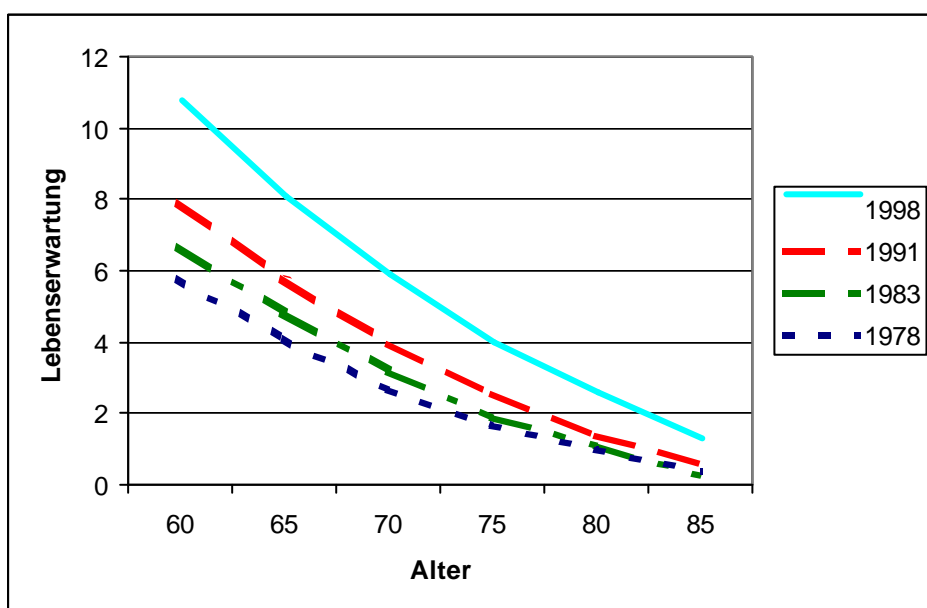
<sup>16</sup> Aufgrund der unterschiedlichen Berechnungsweise der gesunden Lebenserwartung können die hier ausgewiesenen Werte für 1998 und 2000 nicht unmittelbar verglichen werden. Die WHO bezieht in ihren Berechnungen nicht nur Befragungsergebnisse zum subjektiven Gesundheitszustand ein, sondern auch Unterschiede in den Krankheitsbelastungen gemäß eigens ermittelter Sterbewahrscheinlichkeiten.

Abbildung 10: Gesunde Lebenserwartung der Frauen nach Altersgruppen, Österreich



Quelle: Doblhammer, Kytir 2001

Abbildung 11: Gesunde Lebenserwartung der Männer nach Altersgruppen, Österreich



Quelle: Doblhammer, Kytir 2001

### ... die sich auch in der Zukunft fortsetzen dürften.

Es liegt kein Grund für die Annahme vor, dass die Verbesserungen der gesunden Lebenserwartung in Österreich und in anderen Industrieländern bereits in naher Zukunft zum Stillstand kommen werden. Wie stark diese Verbesserungen ausfallen könnten, ist freilich von so vielen Faktoren abhängig, dass eine fundierte Quantifizierung dieser Verbesserungen kaum

möglich ist. Ebenso ist es schwer abzuschätzen, ob sich diese Verbesserungen gleichmäßig über alle Bevölkerungsgruppen verteilen oder auf einzelne Gruppen konzentrieren werden, wie ältere, sozial bevorzugten oder benachteiligte oder von bestimmten Krankheiten betroffene Menschen. Die Errungenschaften der medizinisch-technischen Forschung, die Geschwindigkeit ihrer Verbreitung in der medizinischen Praxis, die Prioritätensetzung in der Gesundheitspolitik und nicht zuletzt das Gesundheitsverhalten der Menschen selbst spielen hier auf eine Weise zusammen, die selbst erst unzureichend erforscht ist.

Es ist naheliegend, dass Veränderungen des Gesundheitszustands auch zu Veränderungen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen und somit Einfluss auf die Gesundheitsausgaben ausüben. Im Zusammenhang mit der Pflege chronisch kranker, insbesondere älterer Menschen wurde bereits mehrfach thematisiert, dass die Verbesserung des Gesundheitszustands eine niedrigere Pro-Kopf-Inanspruchnahme von Pflegeleistungen bedeuten dürfte; dies sollte in Vorausschätzungen zukünftiger Gesundheitsausgaben Berücksichtigung finden, und wurde bereits für die in Schweden zu erwartenden Gesundheits- bzw. Pflegeausgaben durchgeführt. Diese Vorausschätzungen berechnen, dass die Ausgaben für Langzeitversorgung im Jahr 2050 4,8 Prozent oder 3,3 Prozent des BIP betragen könnten, je nachdem, ob die eingerechneten Verbesserungen des Gesundheitszustands eintreten oder nicht<sup>17</sup>. Die zukünftigen Verbesserungen des Gesundheitszustands wurden hierbei aus den Verbesserungen in der Vergangenheit abgeleitet. Mit einer einfacheren Berechnung ergeben sich für Belgien, Finnland, Italien und das Vereinigte Königreich vergleichbare Resultate, wenn auch aufgrund des niedrigeren Ausgangswertes auf niedrigerem Niveau.

Die Verbesserungen des Gesundheitszustandes wurden dabei relativ mechanisch ermittelt, indem altersspezifische Ausgabenschätzungen entsprechend der steigenden Lebenserwartung quer über die Altersgruppen ‚verschoben‘ wurden. Dies heißt beispielsweise bei einer um 5 Jahre steigenden Lebenserwartung, dass ein 75-Jähriger im Jahr 2050 nur so hohe Gesundheitsausgaben verursachen würde wie ein 70-Jähriger im Jahr 2000, beides gemessen am Bruttoinlandsprodukt. Ähnliche Berechnungen liegen für den Bereich des Bundespflegegeldes in Österreich ebenfalls vor<sup>18</sup>. In beiden Berichten wurden ähnliche Effekte für den Bereich der Akutversorgung nicht untersucht.

Wenn auch Verbesserungen des Gesundheitszustandes die Langzeitversorgung in stärkerem Maße betreffen könnten als die Akutversorgung, ist eine dämpfende Wirkung auf das Ausgabenwachstum auch hier nicht unplausibel. Dazu muss aber unterstellt werden, dass die steigenden Ansprüche an das Gesundheitswesen nicht die ausgabensenkenden Effekte aus der besseren Gesundheit überkompensieren.

Unklar ist, in welchen Altersgruppen allfällige Verbesserungen des Gesundheitszustands und damit möglicherweise verbundene Ausgabenverschiebungen auftreten werden, oder ob sie sich über alle Altersgruppen erstrecken werden. Gehen wir davon aus, dass gute Gesundheit im

---

<sup>17</sup> Economic Policy Committee, Budgetary challenges posed by aging populations, EPC/ECFIN/655/01-EN final, Brussels, October 24, 2001, S. 61f.

<sup>18</sup> vgl. M. Riedel, M.M. Hofmarcher, R. Buchegger, J. Brunner, Nachfragemodell Gesundheitswesen, Endbericht Teil 2, IHS Projektbericht, Wien, Juli 2002, S.111

Alter zumindest zum Teil durch Präventionsmaßnahmen in jüngeren Jahren erzielt wird, dürfte dies bei den jüngeren Menschen größere Reduktionen der Ausgaben verhindern. Außerdem sollte sich eine allfällige Prioritätensetzung im Rahmen der Gesundheitspolitik auf jene Bereiche konzentrieren, die auch numerisch relevant sind. Auch dies spricht dafür, dass Dämpfungen in den Pro-Kopf-Ausgaben bei der immer größer werdenden Gruppe der älteren Personen angestrebt werden sollten.

### **Verbesserungen des Gesundheitszustandes senken auch die Akutausgaben...**

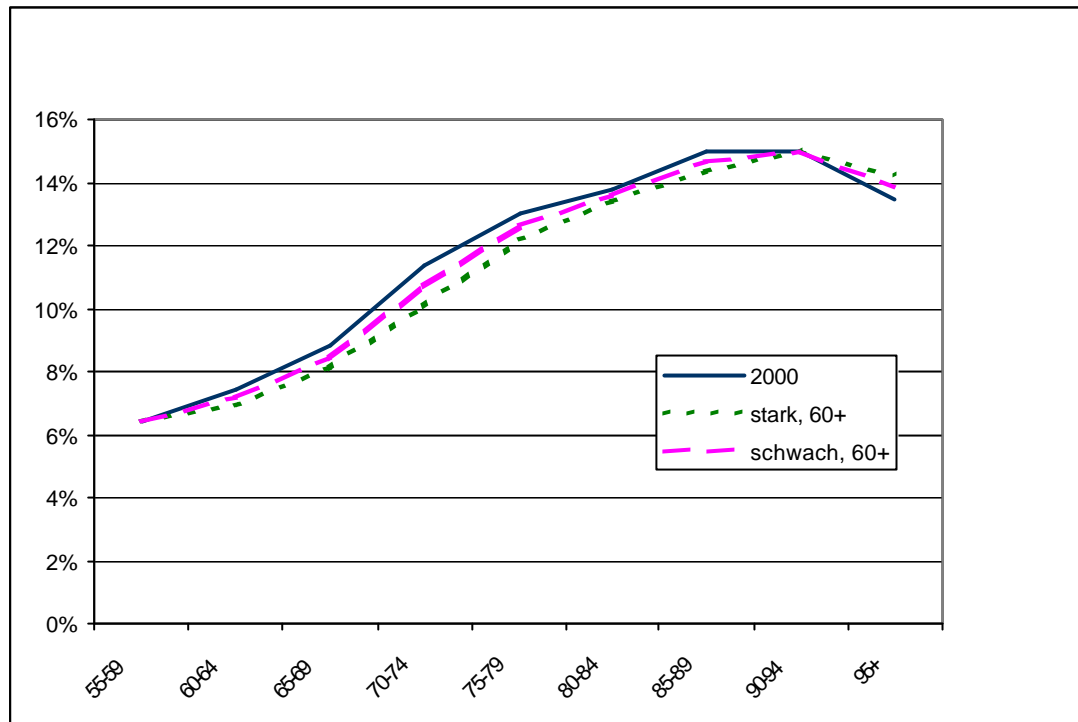
Wie weiter oben für den Bereich der Langzeitversorgung beschrieben, stellen die Abbildungen 12 und 13 zwei mechanistisch ermittelte Altersprofile für öffentliche Akutausgaben<sup>19</sup> im Jahr 2025 dar. Die Annahme hierbei ist, dass bis zum Jahr 2050 eine Ausgabenverschiebung um eine ganze (Szenario ‚stark‘) bzw. um eine halbe (Szenario ‚schwach‘) 5-Jahresgruppe eintritt. Die Abbildungen machen deutlich, dass die proportionale Verschiebung der Ausgaben gerade in jenen Altersgruppen zu auffälligen Ausgabenreduktionen führen könnte, in denen die originären Ausgabenprofile besonders steil verlaufen. Dies sind insbesondere die ‚jungen Alten‘ zwischen 65 und 80 Jahren.

---

<sup>19</sup>Die hier verwendeten öffentlichen Gesundheitsausgaben (akut) umfassen Ausgaben in folgender Abgrenzung:  
(1) Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen abzüglich der Krankenscheingebühr laut Hauptverband der Sozialversicherung,  
(2) Heilmittelausgaben inkl. UST und abzüglich Rezeptgebühren laut Hauptverband der Sozialversicherung,  
(3) Stationäre Endkosten für Fondskrankenanstalten: Stationäre Endkosten inkl. Kostenartengruppe 8 laut BMSG abzüglich Behandlungsbeiträgen und Beiträgen der Privaten Krankenversicherung  
(4) Ambulante Endkosten für Fonds-Krankenanstalten: Ambulante Endkosten inkl. Kostenartengruppe 8 laut BMSG abzüglich Beitrag der Sozialversicherung

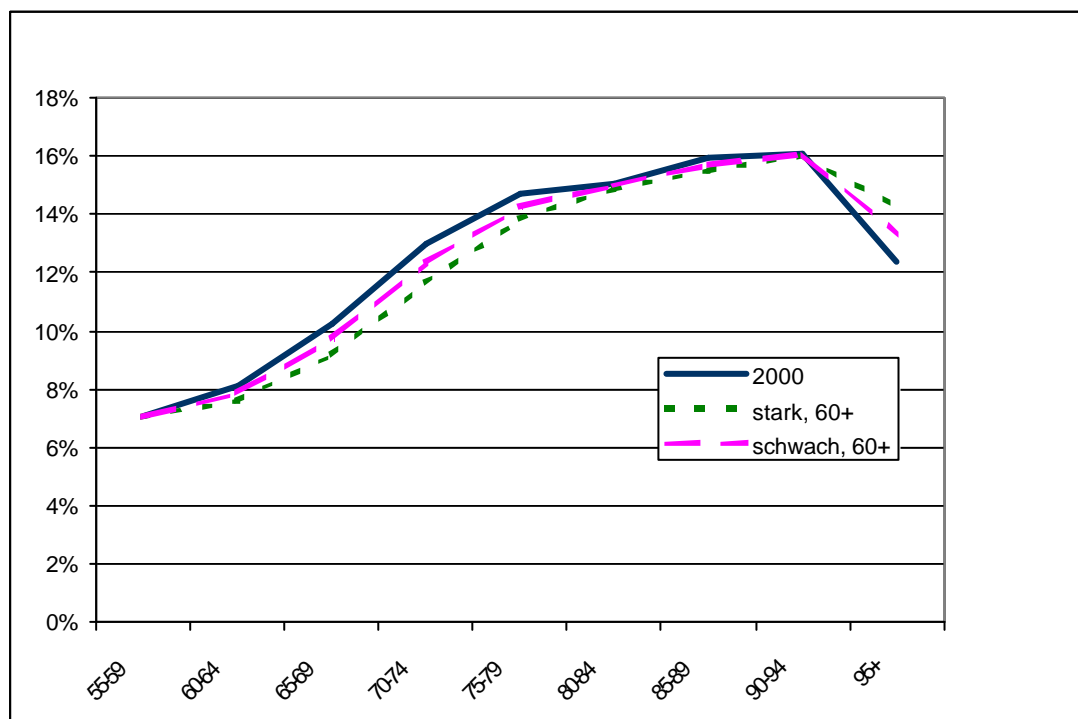


Abbildung 12: Profil der öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf (akut) bis 2025 bei Verbesserung des Gesundheitszustands über 60-jähriger Frauen, in Prozent des BIP



Quelle: IHS HealthEcon 2002.

Abbildung 13: Profil der öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf (akut) bis 2025 bei Verbesserung des Gesundheitszustands über 60-jähriger Männer, in Prozent des BIP



Quelle: IHS HealthEcon 2002.

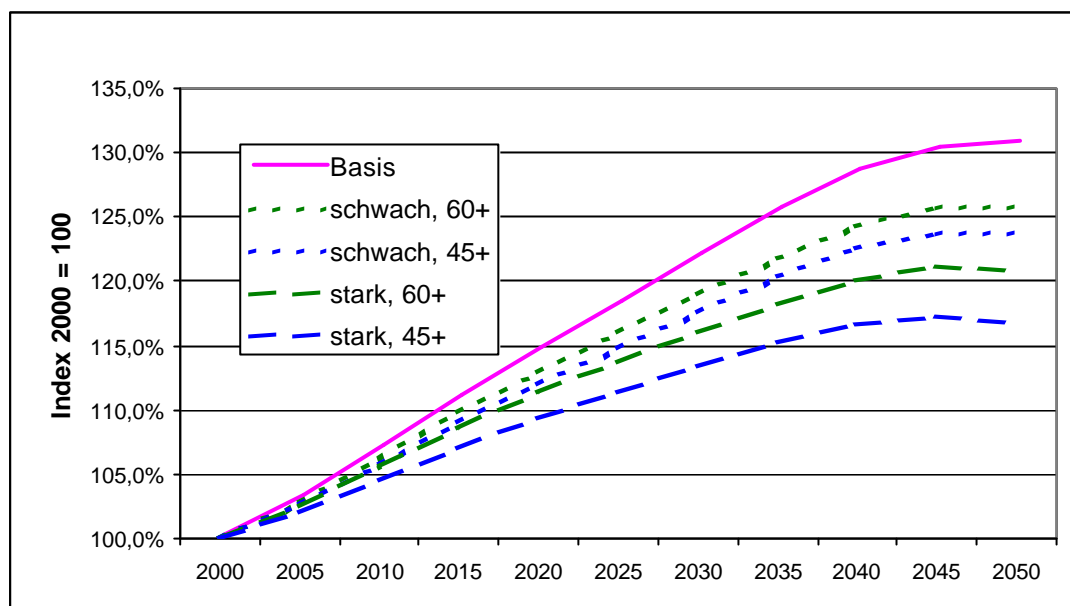
In Abbildung 14 wird dargestellt, zu welcher Entwicklung der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben eine Verknüpfung dieser Ausgabenprofile mit der Bevölkerungsentwicklung führt. Als Basisszenario wird hier die Berechnung bezeichnet, die von einem konstanten Alters-Ausgabenprofil ausgeht. Der Unterschied zwischen den jeweiligen Varianten in Abbildung 14 besteht darin, dass eine sukzessive Reduktion der Pro-Kopf-Ausgaben (gemessen am BIP pro Kopf) nicht in allen Altersgruppen unterstellt wird, sondern erst ab einem Alter von 45 bzw. 60 Jahren.

### **...und dies deutlich**

Die Verbesserung des Gesundheitszustandes schwächt die Ausgabendynamik deutlich ab. Im Fall einer umfassenden und starken Verbesserung des Gesundheitszustandes steigt die BIP-Quote der öffentlichen Akutausgaben in Österreich um 11 Prozent. Bei gleichbleibendem Gesundheitszustand hingegen wird eine Steigerung um 18 Prozent bis zum Jahr 2025 errechnet. Wirkt sich die steigende gesunde Lebenserwartung bereits in den Altersgruppen ab 45 Jahren dämpfend auf die Ausgabenentwicklung aus, dürfte die BIP-Quote bis 2025 um 14 Prozent (Szenario schwach) oder gut 11 Prozent (Szenario stark) steigen. Schlägt sich die zu erwartende verlängerte bzw. gesunde Lebenserwartung bei den über 60-Jährigen in niedrigeren Ausgaben nieder, könnte sich dieser Anstieg auf 16 Prozent oder knapp 14 Prozent verringern, je nach unterstellter Stärke dieses Zusammenhangs. Wird der Zeitraum der Vorausschätzung verlängert, vergrößern sich auch die Unterschiede zwischen den Modellvarianten.

Die Berechnungen wurden zwar für den Zeitraum bis 2050 durchgeführt und abgebildet – für diesen Zeitraum liegen auch Bevölkerungsvorausschätzungen vor – die Ergebnisse haben aber rein illustrativen Charakter. Berechnungen über einen derart langen Zeitraum unterliegen zu vielen Unsicherheiten und Fehlerquellen, als dass sie als realistische Prognose angesehen werden könnten. Bemerkenswert an dieser langfristigen Perspektive ist jedoch das Abflachen des Anstiegs gegen Ende des Berechnungszeitraums, da sich dann der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung auf hohem Niveau stabilisieren dürfte.

Abbildung 14: Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsquote akut bei Verbesserung des Gesundheitszustands



Quelle: IHS HealthEcon 2002.

Aus zwei Gründen sind die hier getroffenen Annahmen für die Verschiebungen im Alters-Ausgabenprofil konservativ: Laut Hauptvariante der offiziellen Bevölkerungsprognose wird die Lebenserwartung in diesem Zeitraum um mehr als 5 Jahre wachsen, die unterstellte Ausgabenverschiebung geht demnach davon aus, dass die Verbesserung der Lebenserwartung keinesfalls zur Gänze in niedrigere Gesundheitsausgaben übertragen werden kann. Zum zweiten wurde unterstellt, dass Verringerungen der Pro-Kopf-Ausgaben nicht in allen Altersgruppen auftreten, sondern eben erst ab einem Alter von 45 bzw. 60 Jahren, dann allerdings gleichmäßig in allen Altersgruppen. Bei beiden Aspekten wurden damit konservativere Annahmen getroffen, als es in ähnlichen Berechnungen für die österreichischen Bundespflegegeldausgaben gehandhabt wurde<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> vgl. Riedel et al, op.cit.

Tabelle A1: Lebenserwartung für Männer und Frauen bei Geburt	Index EU15=100														Veränderung	Veränderung
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	in Prozent 1990/2000	in Jahren 1990/2000
Österreich	75,6	76,8	77,1	77,5	77,8	78,0	78,3	99	100	100	100	100	100	100	3,6	2,7
Belgien	76,1	76,8	77,2	77,4	77,4	77,6	78,2	100	100	100	100	99	100	100	2,8	2,1
Dänemark	74,9	75,3	75,7	76,0	76,4	76,6	76,4	98	98	98	98	98	98	98	1,9	1,5
Deutschland	75,2	76,5	76,8	77,2	77,6	77,7	77,4	99	99	99	99	100	100	99	3,0	2,2
Finnland	74,9	76,5	76,8	77,0	77,2	77,4	77,5	98	99	99	99	99	99	99	3,4	2,6
Frankreich	76,9	77,9	78,1	78,5	78,6	78,8	78,9	101	101	101	101	101	101	101	2,5	2,0
Griechenland	77,1	77,7	77,8	78,2	78,1	78,4	77,9	101	101	100	101	100	101	100	1,1	0,8
Irland	74,9	75,7	75,9	76,0	76,3	76,5	76,3	98	98	98	98	98	98	98	1,9	1,4
Italien	76,8	77,8	78,2	78,5	79,1	78,5	78,7	101	101	101	101	102	101	101	2,4	1,9
Luxemburg	75,4	76,6	76,6	77,0	77,1	78,0	77,0	99	99	99	99	99	100	99	2,2	1,6
Niederlande	77,0	77,5	77,6	77,9	78,0	77,9	78,1	101	100	100	100	100	100	100	1,4	1,1
Portugal	73,9	74,9	74,9	75,2	75,3	75,6	75,7	97	97	97	97	97	97	97	2,4	1,8
Schweden	77,6	78,6	79,0	79,3	79,4	79,5	79,7	102	102	102	102	102	102	102	2,7	2,1
Spanien	76,9	77,9	78,1	78,4	78,5	78,7	78,2	101	101	101	101	101	101	100	1,6	1,3
Vereinigtes Königreich	75,7	76,6	76,9	77,2	77,3	77,4	77,3	99	99	99	99	99	99	99	2,2	1,6
EU15*	76,2	77,2	77,4	77,8	77,8	77,9	78,2	100	100	100	100	100	100	100	2,6	2,0
EU12*	76,3	77,3	77,5	77,9	77,9	78,0	78,4	100	100	100	100	100	100	100	2,8	2,1
Schweiz	77,4	78,5	79,0	79,2	79,4	79,7	79,7	102	102	102	102	102	102	102	3,0	2,3
USA	75,3	75,7	76,1	76,5	76,7	76,7	77,1	99	98	98	98	99	98	99	2,3	1,8
Bulgarien	71,5	71,0	70,9	70,3	70,9	71,7	71,7	94	92	92	90	91	92	92	0,3	0,2
Estland	70,0	68,0	70,3	70,5	70,2	71,1	70,9	92	88	91	91	90	91	91	1,4	0,9
Lettland	69,6	66,4	68,8	69,4	69,1	70,2	70,6	91	86	89	89	89	90	90	1,5	1,0
Litauen	71,6	69,4	70,6	71,5	71,9	72,4	72,9	94	90	91	92	92	93	93	1,8	1,3
Malta	76,2	77,3	77,5	77,6	77,5	77,3	78,2	100	100	100	100	100	99	100	2,7	2,0
Polen	71,0	72,0	72,4	72,8	73,1	73,2	73,9	93	93	93	94	94	94	95	4,1	2,9
Rumänien	69,8	69,4	68,8	69,2	69,9	70,6	71,3	92	90	89	89	90	91	91	2,1	1,5
Slowakei	71,1	72,4	73,0	72,9	72,8	73,2	73,4	93	94	94	94	94	94	94	3,2	2,3
Slowenien	74,1	74,9	75,2	75,3	75,3	75,8	75,3	97	97	97	97	97	97	96	1,6	1,2
Tschechien	71,5	73,3	74,0	74,1	74,8	74,9	75,2	94	95	96	95	96	96	96	5,1	3,7
Türkei	66,2	68,0	68,2	68,6	69,3	69,5	69,7	87	88	88	88	89	89	89	5,3	3,5
Ungarn	69,4	69,9	70,4	70,8	70,7	70,8	71,5	91	91	91	91	91	91	91	3,0	2,1
Zypern	76,5	77,2	n.v.	77,7	n.v.	n.v.	77,9	100	100	n.v.	100	n.v.	n.v.	100	1,8	1,4
Beitritt13*	69,2	70,0	70,2	70,5	71,0	71,3	71,7	91	91	91	91	91	91	92	3,7	2,5
MOEL10*	70,7	71,1	71,4	71,6	72,0	72,4	72,9	93	92	92	92	93	93	93	3,1	2,2

\*Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quellen: OECD Health data, August 2002; WHO Health for all database, Juni 2002 für alle beitrittswerbenden Länder;  
World Development Indicators 2002 für Zypern; IHS HealthEcon Berechnungen 2002.

Tabelle A2: Lebenserwartung der Männer bei Geburt	Index EU15=100														Veränderung	
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	in Prozent	in Jahren
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990/2000	1990/2000
Österreich	72,3	73,5	73,9	74,3	74,7	75,2	75,6	99	99	100	100	100	100	100	4,6	3,3
Belgien	72,4	73,6	73,5	74,7	74,8	74,4	75,1	99	100	99	100	100	99	100	3,7	2,7
Dänemark	72,0	72,6	72,9	73,3	73,7	74,0	74,0	99	98	98	98	99	99	98	2,8	2,0
Deutschland	72,7	73,3	73,6	74,1	74,5	74,9	74,4	100	99	99	99	100	100	99	2,4	1,7
Finnland	70,9	72,8	73,0	73,4	73,5	73,7	74,3	97	98	98	98	99	98	99	4,8	3,4
Frankreich	72,7	73,9	74,2	74,6	74,6	75,2	75,2	100	100	100	100	100	100	100	3,4	2,5
Griechenland	74,6	74,6	74,6	74,6	74,6	74,6	75,3	102	101	101	100	100	100	100	0,9	0,7
Irland	72,1	73,0	73,2	73,4	73,5	73,9	73,7	99	99	99	98	99	99	98	2,2	1,6
Italien	73,5	74,6	75,0	75,3	75,8	75,8	75,5	101	101	101	101	102	101	100	2,8	2,0
Luxemburg	72,3	72,9	73,0	74,1	73,7	75,1	73,8	99	99	98	99	99	100	98	2,1	1,5
Niederlande	73,8	74,6	74,7	75,2	75,2	75,4	75,1	101	101	101	101	101	101	100	1,8	1,3
Portugal	70,9	71,0	71,2	71,4	71,7	71,9	75,4	97	96	96	96	96	96	100	6,4	4,5
Schweden	74,8	75,9	76,5	76,7	76,9	77,0	77,4	102	103	103	103	103	103	103	3,4	2,6
Spanien	73,4	74,4	74,5	74,6	74,8	74,9	77,1	101	101	100	100	100	100	102	5,1	3,7
Ver. Königreich	72,9	74,1	74,3	74,6	74,8	75,1	75,7	100	100	100	100	100	100	100	3,8	2,8
EU 15*	73,0	73,9	74,2	74,5	74,6	74,9	75,4	100	100	100	100	100	100	100	3,3	2,4
EU 12*	73,0	73,8	74,1	74,5	74,5	74,9	75,1	100	100	100	100	100	100	100	3,0	2,2
Schweiz	74,0	75,3	75,7	76,2	76,5	76,8	76,8	101	102	102	102	103	103	102	3,7	2,8
USA	71,8	72,5	73,1	73,6	73,8	73,9	74,3	98	98	99	99	99	99	98	3,4	2,5
Bulgarien	68,3	67,4	67,5	67,0	67,4	68,4	68,5	94	91	91	90	90	91	91	0,3	0,2
Estland	64,8	61,9	64,7	64,9	64,6	65,5	65,4	89	84	87	87	87	87	87	1,0	0,6
Lettland	64,3	60,2	63,0	63,9	63,5	64,8	64,9	88	81	85	86	85	86	86	1,1	0,7
Litauen	66,6	63,6	65,1	66,0	66,7	67,1	67,6	91	86	88	89	89	90	90	1,5	1,0
Malta	73,8	75,0	75,0	74,9	74,7	75,1	76,0	101	101	101	100	100	100	101	2,9	2,1
Polen	66,6	67,7	68,2	68,5	68,9	68,9	69,8	91	92	92	92	92	92	93	4,9	3,2
Rumänien	66,6	65,5	65,1	65,3	66,3	67,2	67,8	91	89	88	88	89	90	90	1,8	1,2
Slowakei	66,8	68,4	68,9	68,9	68,7	67,4	69,3	91	93	93	92	92	90	92	3,7	2,5
Slowenien	70,0	70,9	71,2	71,2	71,3	71,8	71,6	96	96	96	95	96	96	95	2,3	1,6
Tschechien	67,6	69,8	70,5	70,6	71,2	71,5	71,7	93	94	95	95	95	95	95	6,0	4,1
Türkei	63,9	65,7	65,9	66,3	66,8	67,0	67,2	88	89	89	89	90	89	89	5,2	3,3
Ungarn	65,2	65,3	66,1	66,4	66,1	66,4	67,2	89	88	89	89	89	89	89	3,1	2,0
Zypern	74,4	74,9	n.v.	75,3	n.v.	75,5	75,7	102	101	n.v.	101	n.v.	101	100	1,7	1,3
Beitritt 13	65,8	66,5	66,8	67,1	67,5	68,3	68,3	90	90	90	90	91	91	91	3,9	2,6
MOEL 10	66,7	66,9	67,3	67,5	68,0	68,3	69,0	91	90	91	91	91	91	91	3,1	2,3

\* Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quellen: OECD Health Data, August 2002; WHO Health for all database, Juni 2002 für alle beitrittswerbenden Länder, World Development Indicators 2002 für Zypern; IHS HealthEcon Berechnungen 2002.

Tabelle A3: Lebenserwartung der Frauen bei Geburt	Index EU15=100								Veränderung in Prozent		Veränderung in Jahren					
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1990/2000	1990/2000
Österreich	78,9	80,1	80,2	80,6	80,9	80,9	81,2	99	100	100	100	100	100	101	2,9	2,3
Belgien	79,1	80,2	80,2	81,8	81,1	80,8	81,5	99	100	100	101	100	100	101	3,0	2,4
Dänemark	77,7	77,8	78,0	78,4	78,6	78,8	78,8	98	97	97	97	97	98	98	1,4	1,1
Deutschland	79,0	79,8	79,9	80,3	80,5	80,6	80,6	99	99	99	99	100	100	100	2,0	1,6
Finnland	78,9	80,2	80,5	80,5	80,8	81,0	81,2	99	100	100	100	100	100	101	2,9	2,3
Frankreich	80,9	81,9	82,0	82,3	82,2	82,3	82,7	102	102	102	102	102	102	102	2,2	1,8
Griechenland	79,4	79,4	79,4	79,4	79,4	79,4	80,7	100	99	99	98	98	98	100	1,6	1,3
Irland	77,6	78,6	78,5	78,6	79,1	79,1	79,1	98	98	97	97	98	98	98	1,9	1,5
Italien	80,0	81,0	81,3	81,6	81,8	82,0	82,0	101	101	101	101	101	102	101	2,5	2,0
Luxemburg	78,5	79,4	80,0	79,8	80,5	81,9	80,4	99	99	99	99	100	101	100	2,5	1,9
Niederlande	80,1	80,4	80,4	80,6	80,7	80,4	80,5	101	100	100	100	100	100	100	0,5	0,4
Portugal	77,9	78,2	78,5	78,7	78,8	79,1	79,2	98	97	97	97	98	98	98	1,7	1,3
Schweden	80,4	81,3	81,5	81,8	81,9	81,9	82,0	101	101	101	101	101	101	102	2,0	1,6
Spanien	80,5	81,6	81,8	82,0	82,2	82,4	81,8	101	101	102	101	102	102	101	1,6	1,3
Ver. Königreich	78,5	79,4	79,5	79,7	79,7	79,8	80,0	99	99	99	99	99	99	99	1,9	1,5
EU 15*	79,6	80,4	80,6	80,9	80,8	80,7	80,8	100	100	100	100	100	100	100	1,5	1,2
EU 12*	79,8	80,6	80,8	81,1	81,1	80,8	80,9	100	100	100	100	100	100	100	1,4	1,1
Schweiz	80,9	81,7	81,9	82,3	82,5	82,5	82,8	102	102	102	102	102	102	102	2,3	1,9
USA	78,8	78,9	79,1	79,4	79,5	79,4	80,0	99	98	98	98	98	98	99	1,5	1,2
Bulgarien	75,0	74,9	74,7	73,8	74,7	75,1	75,2	94	93	93	91	92	93	93	0,3	0,2
Estland	75,0	74,5	75,9	76,1	75,7	76,4	76,2	94	93	94	94	94	95	94	1,6	1,2
Lettland	74,6	73,0	74,5	74,8	74,6	75,4	76,1	94	91	93	93	92	93	94	2,0	1,5
Litauen	76,4	75,3	76,1	77,0	77,0	77,5	77,9	96	94	95	95	95	96	96	2,0	1,5
Malta	78,4	79,6	79,8	80,2	80,1	79,4	80,7	99	99	99	99	99	98	100	2,9	2,2
Polen	75,6	76,5	76,7	77,1	77,4	77,5	77,6	95	95	95	95	96	96	96	2,6	2,0
Rumänien	73,1	73,5	72,9	73,4	73,8	74,2	73,8	92	91	90	91	91	92	91	0,9	0,7
Slowakei	75,8	76,5	77,1	77,0	77,0	76,9	77,2	95	95	96	95	95	95	96	1,9	1,4
Slowenien	78,0	78,7	79,1	79,2	79,2	79,5	79,1	98	98	98	98	98	99	98	1,4	1,1
Tschechien	75,5	76,8	77,6	77,6	78,2	78,3	78,3	95	96	96	96	97	97	97	3,7	2,8
Türkei	68,5	70,3	70,5	70,9	72,0	72,1	72,3	86	87	88	88	89	89	89	5,5	3,8
Ungarn	73,9	74,7	74,9	75,3	75,3	75,2	75,6	93	93	93	93	93	93	94	2,3	1,7
Zypern	78,8	79,6	n.v.	80,0	n.v.	80,2	80,3	99	99	n.v.	99	n.v.	99	99	1,9	1,5
Beitritt 13	72,7	73,6	73,7	74,1	74,6	74,8	74,9	91	92	91	92	92	93	93	3,0	2,2
MOEL 10	74,9	75,4	75,6	75,9	76,2	76,4	76,4	94	94	94	94	94	95	95	2,1	1,6

\* Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quellen: OECD Health Data, August 2002; WHO Health for all database, Juni 2002 für alle beitrittswerbenden Länder, World Development Indicators 2002 für Zypern; IHS HealthEcon Berechnungen 2002.

Tabelle A4: Lebenserwartung für Männer im 65. Lebensjahr	Index EU15=100							Veränderung in Prozent 1990/99 od. letztv. Jahr	Veränderung in Jahren 1990/99 od. letztv. Jahr						
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000			1990	1995	1996	1997	1998	1999
Österreich	14,4	15,2	15,3	15,4	15,6	15,8	16,2	98	100	100	99	100	101	9,7	1,4
Belgien	14,3	14,8	15,0	15,2	15,2	15,4	n.v.	98	97	98	98	98	98	7,7	1,1
Dänemark	14,0	14,1	14,4	14,6	14,8	14,9	n.v.	96	93	94	94	95	95	6,4	0,9
Deutschland	14,0	14,7	14,9	15,2	15,3	15,5	n.v.	96	97	97	98	98	99	10,7	1,5
Finnland	13,7	14,5	14,6	15,0	14,9	15,1	15,6	94	95	95	97	96	96	10,2	1,4
Frankreich	15,6	16,1	16,1	16,3	16,4	16,5	n.v.	106	106	105	105	105	105	5,8	0,9
Griechenland	15,7	16,1	16,1	16,5	16,4	n.v.	n.v.	107	106	105	106	105	n.v.	4,5	0,7
Irland	13,3	13,6	13,9	14,1	14,2	14,2	n.v.	91	89	91	91	91	90	6,8	0,9
Italien	14,9	15,5	15,7	15,8	n.v.	n.v.	n.v.	102	102	102	102	n.v.	n.v.	6,0	0,9
Luxemburg	14,2	14,7	14,8	14,8	15,1	15,3	15,8	97	97	97	95	97	98	7,7	1,1
Niederlande	14,1	14,4	14,4	14,7	14,7	14,8	15,0	96	95	94	95	94	94	5,0	0,7
Portugal	13,9	14,3	14,2	14,4	14,3	14,3	n.v.	95	94	93	93	92	91	2,9	0,4
Schweden	15,3	16,0	16,1	16,2	16,3	16,5	16,7	104	105	105	104	105	105	7,8	1,2
Spanien	15,4	16,0	16,0	16,1	16,3	16,4	n.v.	105	105	104	104	105	105	6,5	1,0
Vereinigtes Königreich	14,0	14,6	14,8	15,1	15,2	15,3	15,9	96	96	97	97	98	98	9,3	1,3
EU15*	14,7	15,2	15,3	15,5	15,6	15,7	n.v.	100	100	100	100	100	100	7,1	1,0
EU12*	14,8	15,3	15,4	15,6	15,7	15,8	n.v.	101	101	101	101	101	101	6,8	1,0
Schweiz	15,3	16,1	16,3	16,5	16,6	16,8	n.v.	104	106	106	106	106	107	9,8	1,5
USA	15,1	15,6	15,7	15,9	16,0	16,1	n.v.	103	103	102	102	103	103	6,6	1,0
Bulgarien	12,9	12,8	12,6	12,4	12,5	13,0	12,8	88	84	82	80	80	83	1,0	0,1
Estland	12,1	12,1	12,4	12,7	12,4	12,7	12,7	83	79	81	82	80	81	4,9	0,6
Lettland	12,1	11,5	12,1	12,3	12,5	12,5	12,6	83	75	79	79	80	79	2,6	0,3
Litauen	13,4	13,0	13,2	13,5	13,6	13,8	14,1	91	86	86	87	87	88	3,0	0,4
Malta	14,2	15,4	14,7	14,6	14,6	15,1	15,2	97	101	96	94	94	96	6,4	0,9
Polen	12,5	13,0	13,0	13,2	13,4	13,3	13,7	85	85	85	85	86	85	6,5	0,8
Rumänien	13,3	12,9	12,5	12,7	13,0	13,0	13,5	91	85	82	82	83	83	-2,4	-0,3
Slowakei	12,4	12,7	12,9	12,9	12,8	13,1	13,1	85	84	84	83	82	83	5,4	0,7
Slowenien	13,5	13,9	13,9	14,1	13,9	14,1	n.v.	92	91	91	91	89	90	4,7	0,6
Tschechien	11,7	12,8	13,2	13,3	13,5	13,8	13,8	80	84	86	86	87	88	17,5	2,1
Türkei	12,5	n.v.	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7	85	n.v.	83	82	81	81	n.v.	n.v.
Ungarn	12,1	12,2	12,2	12,3	12,3	12,2	12,6	83	80	80	79	79	78	0,9	0,1
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	12,6	12,8	12,8	13,0	13,1	13,2	13,4	86	84	84	83	84	84	4,2	0,5
MOEL10*	12,6	12,8	12,8	12,9	13,1	13,2	13,4	86	84	83	83	84	84	4,2	0,5

\*Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quellen: OECD Health data, August 2002; WHO Health for all database, Juni 2002 für alle beitrittwerbenden Länder; IHS HealthEcon Berechnungen 2002.

Tabelle A5: Lebenserwartung für Frauen im 65. Lebensjahr	Index EU15=100							Veränderung in Prozent 1990/99 od. letztv. Jahr	Veränderung in Jahren 1990/99 od. letztv. Jahr						
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000			1990	1995	1996	1997	1998	1999
Österreich	18,0	18,7	18,8	19,1	19,3	19,4	19,6	98	98	98	98	100	99	7,8	1,4
Belgien	18,5	19,1	19,2	19,4	19,3	19,4	n.v.	100	100	100	100	100	99	4,9	0,9
Dänemark	17,8	17,5	17,8	17,9	18,1	18,1	n.v.	96	92	93	92	93	93	1,7	0,3
Deutschland	17,6	18,5	18,6	18,9	19,0	19,2	n.v.	95	97	97	97	98	98	9,1	1,6
Finnland	17,7	18,6	18,7	18,9	19,1	19,2	19,6	96	98	97	97	99	98	8,5	1,5
Frankreich	19,9	20,6	20,7	20,9	20,9	21,0	n.v.	108	108	108	108	108	108	5,5	1,1
Griechenland	18,0	18,4	18,6	18,9	18,7	19,1	n.v.	98	97	97	97	96	98	3,9	0,7
Irland	16,9	17,3	17,3	17,5	17,7	17,7	n.v.	92	91	90	90	91	91	4,7	0,8
Italien	18,6	19,4	19,7	20,2	n.v.	n.v.	n.v.	101	102	103	104	n.v.	n.v.	8,6	1,6
Luxemburg	18,2	19,2	19,2	19,0	19,2	19,5	20,6	99	101	100	98	99	100	7,1	1,3
Niederlande	18,6	18,7	18,6	18,8	18,8	18,7	18,8	101	98	97	97	97	96	0,5	0,1
Portugal	17,0	17,7	17,7	17,9	17,9	17,8	18,3	92	93	92	92	92	91	4,7	0,8
Schweden	19,0	19,7	19,7	19,9	20,0	19,9	20,1	103	103	103	102	103	102	4,7	0,9
Spanien	19,1	19,8	19,9	20,0	20,3	20,5	n.v.	103	104	104	103	105	105	7,3	1,4
Vereinigtes Königreich	17,9	18,2	18,3	18,4	18,5	18,5	19,2	97	95	95	95	95	95	3,4	0,6
EU15*	18,5	19,1	19,2	19,4	19,4	19,5	n.v.	100	100	100	100	100	100	5,6	1,0
EU12*	18,6	19,2	19,4	19,6	19,6	19,8	n.v.	101	101	101	101	101	101	6,5	1,2
Schweiz	19,4	20,2	20,3	20,4	20,5	20,6	n.v.	105	106	106	105	106	106	6,2	1,2
USA	18,9	18,9	19,0	19,2	19,2	19,1	n.v.	102	99	99	99	99	98	1,1	0,2
Bulgarien	15,4	15,4	15,2	14,9	15,1	15,4	15,4	83	81	79	77	78	79	0,5	0,1
Estland	15,8	16,3	16,6	17,0	16,6	17,2	17,1	86	85	86	87	86	88	8,8	1,4
Lettland	15,9	16,0	16,5	16,5	16,3	16,9	17,0	86	84	86	85	84	86	5,8	0,9
Litauen	17,1	17,0	17,3	17,5	17,6	18,0	18,3	93	89	90	90	91	92	5,0	0,9
Malta	17,1	17,6	18,4	18,5	18,0	17,7	18,6	93	92	96	95	93	91	3,2	0,5
Polen	16,3	16,6	16,6	16,9	17,1	17,2	17,5	88	87	87	87	88	88	5,5	0,9
Rumänien	15,3	15,4	14,9	15,3	15,5	15,5	16,0	83	81	78	79	80	79	1,4	0,2
Slowakei	16,1	16,3	16,7	16,6	16,6	16,9	16,9	87	86	87	86	86	87	4,9	0,8
Slowenien	17,3	17,9	18,1	18,0	18,1	18,4	n.v.	94	94	94	93	93	94	6,3	1,1
Tschechien	15,4	16,3	16,7	16,8	17,1	17,1	17,4	83	85	87	86	88	88	10,9	1,7
Türkei	13,9	14,0	14,1	14,2	14,2	14,2	14,3	75	73	73	73	73	73	n.v.	n.v.
Ungarn	15,5	15,9	15,8	16,1	16,1	15,9	16,5	84	84	83	83	83	82	2,9	0,4
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	15,8	16,2	16,1	16,3	16,5	16,6	16,9	86	85	84	84	85	85	4,6	0,7
MOEL10*	15,8	16,2	16,1	16,3	16,5	16,6	16,9	86	85	84	84	85	85	4,6	0,7

\*Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quellen: OECD Health data, August 2002; WHO Health for all database, Juni 2002 für alle beitrittwerbenden Länder; IHS HealthEcon Berechnungen 2002.