

### **III. KÜNFTIGE HAUSHALTSBELASTUNGEN DURCH AUSGABEN FÜR GESUNDHEIT UND LANGZEITPFLEGE**

*Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege werden aller Voraussicht nach zunehmen ...*

Von den öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege wird in Zukunft wahrscheinlich ein erheblicher Druck auf die Staatshaushalte ausgehen. Diese Ausgaben sind bereits seit 30 Jahren im Steigen begriffen, und ihr Wachstum hat sich seit der Jahrhundertwende beschleunigt, so dass sie in den OECD-Ländern 2005 durchschnittlich fast 7% des BIP erreichen<sup>1</sup>. Die OECD-Projektionen deuten darauf hin, dass sich der durchschnittliche Ausgabenanteil, sofern keine Politikmaßnahmen getroffen werden, bis 2050 nahezu verdoppeln könnte, allerdings mit beträchtlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Ländern. Dieses Kapitel stellt die Projektionen vor, die die zahlreichen Ungewissheiten – sowohl bezüglich der Politik als auch der dem Ausgabenauftrieb zu Grunde liegenden Faktoren – aufzeigen, aber auch einige Schlussfolgerungen liefern, die robuster erscheinen.

*... unter dem Einfluss einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren ...*

Der Ausgabendruck rührt von einer Reihe unterschiedlicher Faktoren her. Die Bevölkerungsalterung ist einer davon, aber ihr Beitrag ist vielleicht nicht so groß, wie manchmal angenommen wird. Steigende Einkommen werden auch die Nachfrage nach einer qualitativ hochwertigen Versorgung stimulieren, aber vielleicht ebenfalls in geringerem Maße als zuweilen argumentiert wird. Ein wichtiger nachfragesteigernder Faktor wird die Entwicklung neuer medizinischer Techniken und Behandlungen sein. In einigen Ländern wird die Erwerbsbeteiligung der Frauen voraussichtlich deutlich zunehmen, was die Möglichkeit informeller Pflegeleistungen einschränkt und die Nachfrage nach öffentlichen Leistungen in diesem Bereich erhöht. Schließlich ist, selbst bei Berücksichtigung von Effizienzgewinnen auf Grund des technologischen Fortschritts davon auszugehen, dass die Preise für Gesundheits- und Langzeitpflegeleistungen rascher steigen werden als das allgemeine Preisniveau.

*... wobei der staatlichen Politik eine wichtige Rolle zukommt*

Die OECD-Projektionen stützen sich auf eine Reihe von Hypothesen in all diesen Bereichen. Es wird zwischen zwei Hauptszenarien unterschieden (Tabelle III.1):

- Wenn keine Politikmaßnahmen ergriffen werden, um die bisherigen Trends zu brechen, könnten die durchschnittlichen öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege bis 2050 nahezu 13% des BIP erreichen (das „Kostendruck-szenario“).
- Bei einem „Kostendämpfungsszenario“, das die unterstellten Effekte von Maßnahmen zur Eindämmung des Ausgabenwachstums berücksichtigt, würden die Durchschnittsausgaben immer noch um 3½ Prozentpunkte steigen und bis 2050 rd. 10% des BIP erreichen.

---

1. Dieses Kapitel befasst sich nur mit den öffentlichen Ausgaben. Durch private Aufwendungen erhöhten sich die Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege 2005 im Durchschnitt um weitere 2% des BIP.

Table III.1. Summary projections of public health and long-term care spending

In % of GDP

	Health care			Long term care			Total		
	2005 <sup>1</sup>	2050		2005 <sup>1</sup>	2050		2005 <sup>1</sup>	2050	
		Cost- pressure	Cost- containment		Cost- pressure	Cost- containment		Cost- pressure	Cost- containment
Australia	5.6	9.7	7.9	0.9	2.9	2.0	6.5	12.6	9.9
Austria	3.8	7.6	5.7	1.3	3.3	2.5	5.1	10.9	8.2
Belgium	5.7	9.0	7.2	1.5	3.4	2.6	7.2	12.4	9.8
Canada	6.2	10.2	8.4	1.2	3.2	2.4	7.3	13.5	10.8
Czech Republic	7.0	11.2	9.4	0.4	2.0	1.3	7.4	13.2	10.7
Denmark	5.3	8.8	7.0	2.6	4.1	3.3	7.9	12.9	10.3
Finland	3.4	7.0	5.2	2.9	5.2	4.2	6.2	12.2	9.3
France	7.0	10.6	8.7	1.1	2.8	2.0	8.1	13.4	10.8
Germany	7.8	11.4	9.6	1.0	2.9	2.2	8.8	14.3	11.8
Greece	4.9	8.7	6.9	0.2	2.8	2.0	5.0	11.6	8.9
Hungary	6.7	10.3	8.5	0.3	2.4	1.0	7.0	12.6	9.5
Iceland	6.8	10.7	8.9	2.9	4.4	3.4	9.6	15.2	12.3
Ireland	5.9	10.0	8.2	0.7	4.6	3.2	6.7	14.5	11.3
Italy	6.0	9.7	7.9	0.6	3.5	2.8	6.6	13.2	10.7
Japan	6.0	10.3	8.5	0.9	3.1	2.4	6.9	13.4	10.9
Korea	3.0	7.8	6.0	0.3	4.1	3.1	3.3	11.9	9.1
Luxembourg	6.1	9.9	8.0	0.7	3.8	2.6	6.8	13.7	10.6
Mexico	3.0	7.5	5.7	0.1	4.2	3.0	3.1	11.7	8.7
Netherlands	5.1	8.9	7.0	1.7	3.7	2.9	6.8	12.5	9.9
New Zealand	6.0	10.1	8.3	0.5	2.4	1.7	6.4	12.6	10.0
Norway	7.3	10.7	8.9	2.6	4.3	3.5	9.9	15.0	12.4
Poland	4.4	8.5	6.7	0.5	3.7	1.8	4.9	12.2	8.5
Portugal	6.7	10.9	9.1	0.2	2.2	1.3	6.9	13.1	10.4
Slovak Republic	5.1	9.7	7.9	0.3	2.6	1.5	5.4	12.3	9.4
Spain	5.5	9.6	7.8	0.2	2.6	1.9	5.6	12.1	9.6
Sweden	5.3	8.5	6.7	3.3	4.3	3.4	8.6	12.9	10.1
Switzerland	6.2	9.6	7.8	1.2	2.6	1.9	7.4	12.3	9.7
Turkey	5.9	9.9	8.1	0.1	1.8	0.8	6.0	11.7	8.9
United Kingdom	6.1	9.7	7.9	1.1	3.0	2.1	7.2	12.7	10.0
United States	6.3	9.7	7.9	0.9	2.7	1.8	7.2	12.4	9.7
<b>OECD average<sup>2</sup></b>	<b>5.7</b>	<b>9.6</b>	<b>7.7</b>	<b>1.1</b>	<b>3.3</b>	<b>2.4</b>	<b>6.7</b>	<b>12.8</b>	<b>10.1</b>

Note: For a description of the scenarios see text.

1. OECD estimates.

2. Unweighted average.

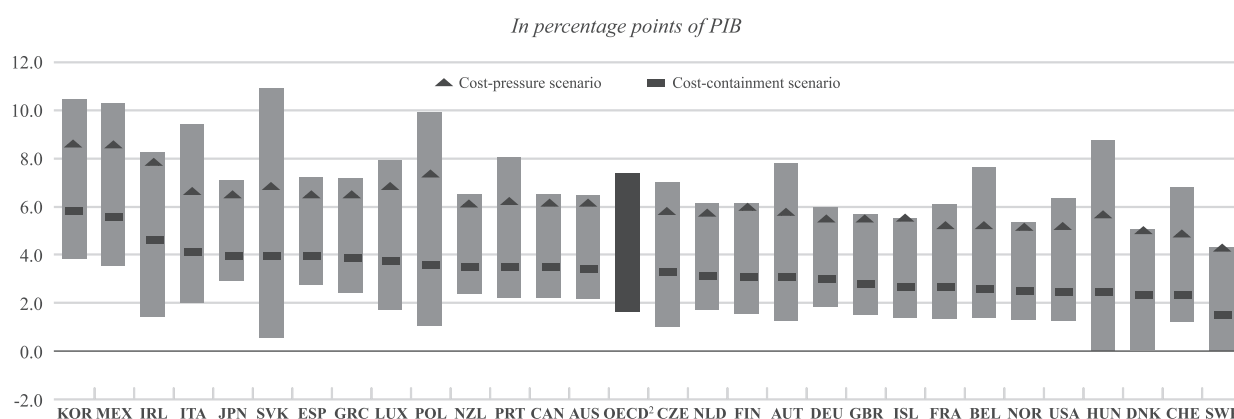
Source: OECD calculations.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/111672745588>

### Zwischen den Ländern gibt es große Unterschiede beim Ausgabenwachstum

Bei Vergleichen zwischen den OECD-Ländern treten augenfällige Unterschiede zu Tage (Abb. III.1). In dem Kostendämpfungsszenario hebt sich eine Gruppe von Ländern ab, die im Zeitraum 2005-2050 eine Zunahme der Gesundheits- und Pflegeausgaben um mindestens 4% des BIP verzeichnen. Dazu zählen Länder (wie Korea, Mexiko, Irland, Italien, Japan, die Slowakische Republik und Spanien), in denen eine rasche Bevölkerungsalterung mit der zunehmenden Bedeutung einer Reihe nicht demographischer Faktoren zusammenfällt, wie z.B. einer markanten Verlagerung im Langzeitpflegebereich, wo zuvor innerhalb der Familie erbrachte (informelle) Pflege-

Figure III.1. Total increase in health and long-term care spending by country, 2005-2050<sup>1</sup>



1. The vertical bars correspond to the range of the alternative scenarios, including sensitivity analysis. Countries are ranked by the increase of expenditures between 2005 and 2050 in the cost-containment scenario. Turkey was not included because data limitations made it impossible to calculate one of the scenarios.  
 2. OECD average excluding Turkey.  
 Source: OECD calculations.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/885302076708>

leistungen mehr und mehr durch öffentliche (formelle) Leistungsangebote ersetzt werden müssen. Am anderen Ende der Skala befindet sich Schweden mit einem Anstieg von weniger als 2% des BIP. In diesem Land ist der Alterungsprozess in eine Phase der Stabilisierung eingetreten, und dort entfällt bereits ein relativ hoher BIP-Anteil auf Gesundheits- und Pflegeausgaben.

### Die Projektionen erscheinen relativ robust

Die Rangfolge der Länder nach dem Umfang des zu erwartenden Ausgabenanstiegs bleibt bei einer Reihe von Sensitivitätstests in Bezug auf die vorgenannten Hauptbestimmungsfaktoren im Großen und Ganzen unverändert (Abb. III.1). Zudem ist die Spannweite der Ausgabenresultate für praktisch alle Länder und alternativen Szenarien kaum breiter als die, die sich bei Betrachtung der beiden weiter oben beschriebenen Hauptszenarien ergibt. Das lässt auf einen gewissen Grad an Robustheit der Ergebnisse schließen. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels werden die Projektionen in näheren Einzelheiten erörtert, wobei besonders die Rolle untersucht wird, die die verschiedenen Hypothesen bei den jeweils erzielten Ergebnissen spielen. Die Projektionen für die Gesundheits- und Langzeitpflegeausgaben beruhen auf den in Kasten III.1 und in Tabelle III. 2 beschriebenen Bevölkerungs- und Wirtschaftsprojektionen<sup>2</sup>.

### Die Bevölkerungsalterung bewirkt einen Anstieg der Ausgaben

#### Die Effekte der Alterung auf die Gesundheitskosten werden durch kompensierende Faktoren gemildert ...

Die Alterung geht mit einem zunehmenden Anteil älterer Kohorten an der Bevölkerung einher, wodurch tendenziell ein Aufwärtsdruck auf die Ausgaben entsteht, weil die Gesundheitskosten mit dem Alter steigen. Indessen könnten die durchschnittlichen Pro-Kopf-Gesundheitskosten für die älteren Altersgruppen im Zeitverlauf auch sinken, und zwar aus zwei Gründen:

2. Wegen einer Erörterung der in dieser Untersuchung verwendeten nationalen Bevölkerungsprojektionen und der ihnen zu Grunde liegenden Hypothesen vgl. Oliveira Martins et al. (2005).

### Kasten III.1 Den Projektionen zu Grunde liegende exogene Hypothesen

Die Projektionen stützen sich auf eine Reihe exogener Hypothesen, die folgendermaßen lauten (vgl. OECD, 2006, wegen näherer Einzelheiten):

- Bevölkerungsprojektionen ( $N$ ). Die Bevölkerungsprojektionen wurden von der OECD-Direktion Beschäftigung, Arbeitskräfte und Sozialfragen direkt bei nationalen Quellen eingeholt. Von diesen nationalen Bevölkerungsprojektionen wurden die projizierten Zugewinne an Lebenserwartung je Dekade abgeleitet. Zur Ermittlung der jährlichen Mortalitätsraten wurden die nationalen Fünf-Jahres-Projektionen linear interpoliert. Ausgehend von diesen Jahresdaten wurde die Mortalitätsrate je Alterskohorte und Jahr abgeleitet (vgl. Gonand, 2005). Da die zu Grunde gelegten Annahmen hinsichtlich Fertilität und Lebenserwartung für die verschiedenen Länder nicht zwangsläufig gleich sind, wurde ein Bevölkerungsmodell herangezogen, um die Sensitivität der Ergebnisse gegenüber einheitlichen Hypothesen bezüglich der Lebenserwartung für eine ausgewählte Gruppe von Ländern zu testen.
- Die Projektionen für die Erwerbsbevölkerung ( $L/N$ ) stützen sich auf frühere OECD-Arbeiten (Burniaux et al., 2003). Diese Projektionen wurden auf der Basis eines so genannten Kohortenkonzepts konstruiert. Sie entsprechen einem Basisszenario, bei dem unterstellt wird, dass der Effekt der gegenwärtigen Politik die Erwerbsbeteiligung in den nächsten Jahrzehnten beeinflusst, aber keine zusätzlichen Annahmen bezüglich künftiger Politikänderungen gemacht werden.
- Hinsichtlich der Zunahme der Arbeitsproduktivität ( $Y/L$ ) wird unterstellt, dass diese von der ursprünglichen Rate (1995-2003) aus bis 2030 in allen Ländern linear gegen 1,75% im Jahr konvergiert, außer in den ehemaligen Transformationsländern und Mexiko, wo die Konvergenz erst 2050 eintritt. Die Projektionen für das Pro-Kopf-BIP werden unmittelbar von den zuvor beschriebenen exogenen Variablen unter Verwendung folgender Gleichung abgeleitet:  $Y/N = Y/L \times L/N$ . Mit dieser einfachen Formel wird nicht der Anspruch einer optimalen Erfassung des zwischen den einzelnen Ländern bestehenden Produktivitätsgefälles erhoben, vielmehr soll damit der Effekt der Bevölkerungsalterung und anderer demographischer Faktoren auf die Projektionen soweit wie möglich isoliert werden.

Die Ergebnisse dieser Berechnungen sind in Tabelle III.2 wiedergegeben. Daraus ist ersichtlich, dass die Bevölkerungsalterung ohne eine substantielle Steigerung der Arbeitsproduktivität eine erhebliche Bremswirkung auf das Wachstum ausüben wird, die durchschnittlich einer Verringerung des jährlichen BIP-Wachstums um 1% im Zeitraum 2025-2050 gegenüber dem Zeitraum 2005-2025 entspricht. Wegen einer eingehenderen Erörterung des Effekts der Bevölkerungsalterung auf das Wachstum wird der interessierte Leser auf Oliveira Martins et al. (2005) verwiesen.

- Die höhere Lebenserwartung könnte bewirken, dass zusätzliche Lebensjahre bei guter Gesundheit verbracht werden („gesundes Altern“). Das ist die Hypothese, von der die vorliegenden Projektionen ausgehen. Sie kann als ein Kompromiss zwischen zwei konträren Standpunkten betrachtet werden. Einerseits könnte die zunehmende Lebenserwartung bedeuten, dass die Menschen gegen Ende ihres Lebens längere Zeit hindurch unter einem schlechten Gesundheitszustand leiden, und dank einer (teuren) medizinischen Behandlung am Leben gehalten werden. Andererseits könnten allgemeine Verbesserungen des Gesundheitszustands dazu beitragen, dass sich die Menschen immer mehr und immer länger einer guten Gesundheit erfreuen. Laufende Beobachtungen in einer Reihe von OECD-Ländern sprechen für die Hypothese des „gesunden Alterns“.

Table III.2. Decomposition of projected GDP per capita

	<i>Average annual percentage changes</i>							
	Labour utilisation <sup>1</sup>	Labour productivity <sup>2</sup>	GDP per capita	Memo item : GDP	Labour utilisation <sup>1</sup>	Labour productivity <sup>2</sup>	GDP per capita	Memo item : GDP
	2005-2025				2025-2050			
Australia	-0.2	2.2	2.0	2.8	-0.3	1.8	1.4	1.8
Austria	-0.5	2.0	1.6	1.8	-0.4	1.8	1.4	1.2
Belgium	-0.2	1.9	1.6	1.8	-0.2	1.8	1.5	1.6
Canada	-0.3	2.0	1.7	2.3	-0.2	1.8	1.6	1.7
Czech Republic	-0.4	1.5	1.1	1.1	-0.8	1.7	0.9	0.6
Denmark	-0.4	2.0	1.6	1.6	-0.1	1.8	1.6	1.5
Finland	-0.6	2.6	2.0	2.1	-0.1	1.8	1.7	1.4
France	-0.5	1.8	1.3	1.5	-0.3	1.8	1.5	1.5
Germany	-0.2	1.5	1.3	1.2	-0.2	1.8	1.5	1.1
Greece	0.3	2.0	2.3	2.1	-0.5	1.8	1.3	0.9
Hungary	-0.6	2.9	2.3	2.3	-0.7	2.1	1.4	1.0
Iceland	0.0	2.5	2.5	3.1	-0.2	1.8	1.6	1.8
Ireland	0.2	3.5	3.7	4.4	-0.2	1.8	1.5	1.8
Italy	-0.1	1.5	1.4	1.3	-0.5	1.8	1.2	0.7
Japan	-0.3	1.5	1.1	0.9	-0.3	1.8	1.4	0.7
Korea	-0.6	2.4	1.7	1.9	-0.4	1.8	1.3	0.6
Luxembourg	-0.1	3.2	3.0	4.2	-0.3	1.8	1.4	2.3
Mexico	0.8	2.6	3.5	4.5	0.1	2.0	2.1	2.4
Netherlands	-0.2	1.8	1.6	1.9	0.0	1.8	1.7	1.7
New Zealand	-0.3	1.8	1.5	2.1	-0.3	1.8	1.4	1.6
Norway	-0.1	1.9	1.8	2.3	-0.1	1.8	1.6	2.0
Poland	-0.4	3.7	3.4	3.2	-0.8	2.4	1.6	0.7
Portugal	-0.1	2.2	2.1	2.1	-0.5	1.8	1.3	0.9
Slovak Republic	-0.6	2.4	1.8	1.9	-1.0	1.9	0.9	0.5
Spain	-0.2	1.6	1.4	1.7	-0.4	1.8	1.3	1.1
Sweden	-0.6	2.3	1.7	2.2	0.0	1.8	1.7	2.0
Switzerland	-0.1	1.7	1.5	1.6	-0.2	1.8	1.6	1.4
Turkey	-0.3	2.4	2.0	3.0	-0.4	1.8	1.3	1.7
United Kingdom	-0.3	2.1	1.8	2.1	-0.1	1.8	1.6	1.7
United States	-0.3	2.1	1.7	2.6	-0.1	1.8	1.7	2.4
<b>Average</b>	-0.2	2.2	1.9	2.3	-0.3	1.8	1.5	1.4

1. Ratio of labour force to total population.

2. Labour productivity growth converges to 1.75% per year by 2030 except for former transition countries and Mexico which are assumed to converge by 2050.

Source: OECD calculations.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/627145782418>

- Die gegen Ende des Lebens entstehenden Gesundheitskosten (prämortale Kosten) können bedeutend sein. In dem Maße, wie mit der steigenden Lebenserwartung Personen aus einer Altersgruppe ausscheiden, nicht weil sie gestorben, sondern weil sie in die nächsthöhere Altersgruppe aufgerückt sind, würden die Durchschnittskosten für die betreffende Altersgruppe sinken. Diese Hypothese wurde in die jetzt vorliegenden Projektionen ebenfalls einbezogen. Dabei wurden altersspezifische Gesundheitsausgaben bereinigt, um bei den entsprechenden Ausgaben zwischen Personen, die in die nächsthöhere Altersgruppe übergewechselt und solchen, die gestorben sind, zu unterscheiden.

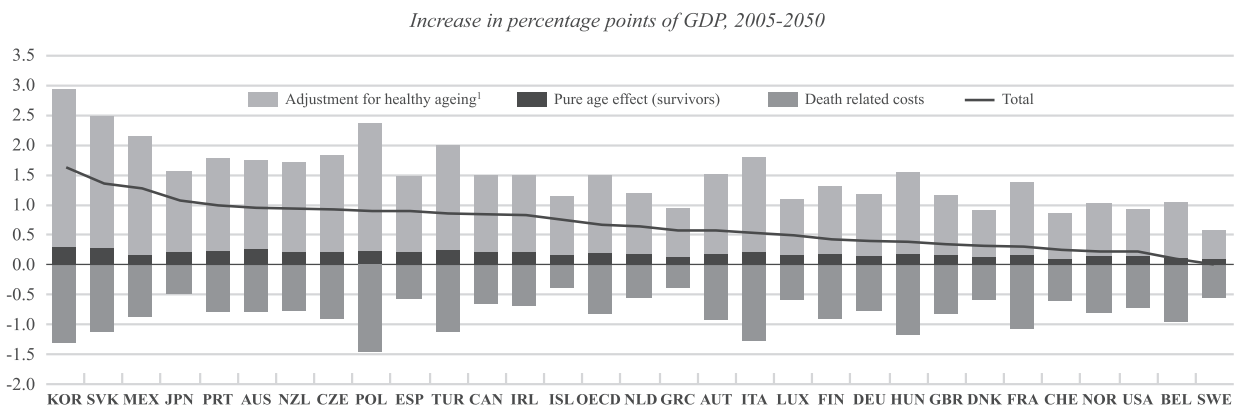
**... und haben daher nur eine geringe kostensteigernde Wirkung ...**

Zur Berücksichtigung dieser sich kompensierenden Effekte ist die Wirkung der demographischen Alterung auf die Gesundheitsausgaben per saldo begrenzt; sie entspricht für die OECD-Länder einer durchschnittlichen Zunahme um 0,7% des BIP über den Zeitraum 2005-2050 (Abb. III.2). Zwar gehen die einzelnen Effekte in allen Ländern in dieselbe Richtung, doch fällt ihr Umfang sehr unterschiedlich aus. In Ländern, in denen mit einem besonders dramatischen demographischen Wandel gerechnet wird, wie z.B. Korea, der Slowakischen Republik und Polen, dürften die unmittelbaren Effekte der Alterung besonders stark, aber auch die kompensierenden Einflüsse sehr ausgeprägt sein.

**... während der Effekt bei der Langzeitpflege stärker ist**

Bei der Langzeitpflege werden wohl weniger kompensierende Faktoren für den unmittelbaren Alterungseffekt zum Tragen kommen als bei den Gesundheitsleistungen. Die begrenzten verfügbaren Befunde deuten darauf hin, dass die Prävalenz der Abhängigkeit (d.h. die Unfähigkeit, eine oder mehrere Verrichtungen des täglichen Lebens auszuführen) exponentiell mit dem Alter zunimmt und für hochbetagte Menschen ein sehr hohes Niveau erreicht<sup>3</sup>. Unter diesen Bedingungen wäre es vielleicht nicht realistisch zu erwarten, dass sich die Prävalenz der Abhängigkeit im Gleichschritt mit der steigenden Lebenserwartung verschiebt. Folglich stützen sich die Projektionen auf die weniger optimistische (aber letztlich willkürliche) Annahme, dass sich die höhere Lebenserwartung nur zur Hälfte in einer Verringerung der Abhängigkeit niederschlägt. Davon ausgehend ergibt sich als demographischer Nettoeffekt bei den Aufwendungen im Pflegebereich im Zeitraum 2005-2050 ein durchschnittlicher Anstieg um 1,2% des BIP – sowohl absolut als auch relativ gesehen eine wesentlich stärkere Zunahme als bei den Gesundheitsausgaben (Abb. III.3).

Figure III.2. Demography effects on health care spending

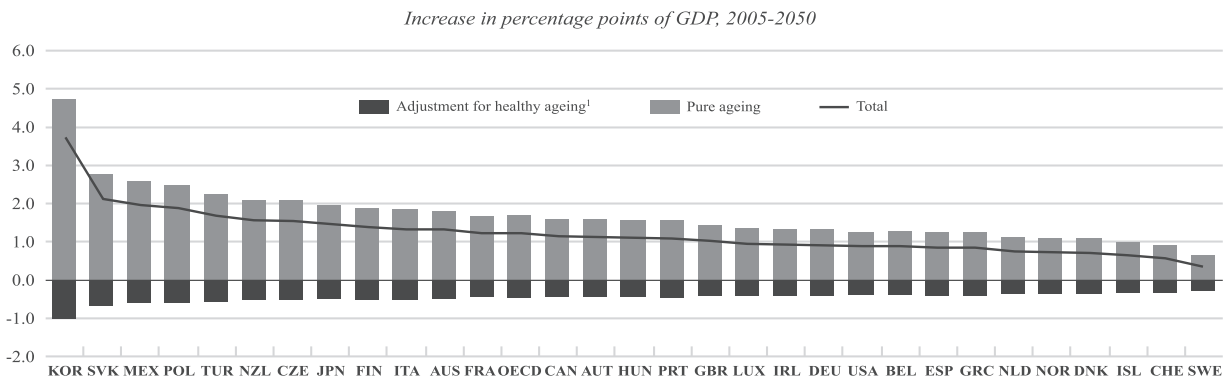


1. This adjustment implies that longevity gains are translated into additional years in good health.  
Source: OECD calculations.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/223562801633>

3. Einzelne Befunde aus vier OECD-Ländern (Comas-Herrera und Wittenberg, 2003) deuten darauf hin, dass rd. 30% der 85- bis 89-Jährigen Langzeitpflege benötigen könnten. Dieser Abhängigenquotient steigt für die über 95-Jährigen auf nahezu 70% an.

Figure III.3. **Demography effects on long-term care spending**



1. For long-term care, the “healthy ageing” adjustment corresponds to only half of the longevity gains.  
Source: OECD calculations.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/405572135327>

### Bei geringerer Verfügbarkeit von informellen Pflegeleistungen könnte die Nachfrage nach formellen Leistungen steigen

**Eine verstärkte Erwerbsbeteiligung von Frauen könnte zu einem geringeren Angebot an informellen Pflegeleistungen führen ...**

In Ländern mit niedriger Frauenerwerbsquote erbringen die Frauen häufig informelle Pflegeleistungen innerhalb der Familie. Daher kann eine zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen, die durch ein höheres Bildungsniveau und Politikreformen zur Beseitigung von Hindernissen für deren Teilnahme am Erwerbsleben gefördert wird, zu einem Rückgang des Angebots an informellen Pflegeleistungen und einer vermehrten Nachfrage nach institutionalisierten Pflegediensten führen. Ökonometrische Schätzungen deuten in der Tat darauf hin, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen den öffentlichen Ausgaben je abhängiger Person und der Erwerbsbeteiligung in der Altersgruppe 50-64 Jahre besteht.

**... was den Druck auf die öffentlichen Ausgaben erhöht**

Auf der Basis dieser Schätzungen und der trendmäßigen Entwicklung der Erwerbsquoten, die den BIP-Projektionen zu Grunde liegt (vgl. Kasten III.1 weiter oben), schließen die Ausgabenprojektionen die Effekte einer verringerten Bereitstellung informeller Pflegeleistungen auf die öffentlichen Ausgaben ein<sup>4</sup>. Die wachsende Nachfrage nach formellen Pflegeleistungen könnte die öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege in einigen Ländern (Irland, Griechenland und Mexiko) im Zeitraum 2005-2050 um nahezu 1% des BIP oder noch stärker erhöhen. In einem alternativen Szenario, bei dem die Erwerbsquote der 50- bis 64-Jährigen in allen Ländern auf mindestens 70% steigt, beläuft sich die entsprechende Zunahme der Durchschnittsausgaben im Zeitraum 2005-2050 auf 1,7% des BIP<sup>5</sup>. Bei diesen Szenarien wurden andere Faktoren, die die Nachfrage nach formellen Pflegeleistungen potenziell in die Höhe treiben könnten – wie die verringerte Größe der Haushalte – nicht berücksichtigt.

4. Um eine Vorstellung von der Größenordnung zu vermitteln, sei angeführt, dass sich die Durchschnittskosten der institutionellen Pflege je abhängiger Person in den Vereinigten Staaten 2003 zwischen 40 000 US-\$ und 75 000 US-\$ im Jahr bewegten. Vgl. Taleyson (2003).  
5. Andererseits werden höhere Erwerbsquoten aber wohl auch positive Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte haben, die, je nachdem wie sie zustande kommen, den ausgabensteigernden Effekt im Bereich der Langzeitpflege mehr als kompensieren könnten.

## Die Gesundheitsausgaben werden mit steigendem Einkommen zunehmen

*Die Gesundheitsausgaben könnten ungefähr im gleichen Tempo wachsen wie das BIP ...*

Im historischen Rückblick ist festzustellen, dass die Gesundheitsausgaben rascher gestiegen sind als das BIP, und diese Feststellung ist selbst dann noch zutreffend, wenn der demographische Wandel berücksichtigt wird. Es können mehrere Faktoren zur Erklärung dieser Entwicklung angeführt werden, nicht zuletzt die Effekte des technologischen Fortschritts und der relativen Preise, die weiter unten erörtert werden. Eine andere mögliche Erklärung ist, dass mit steigendem Einkommen der Gesundheit höhere Priorität beigemessen (d.h. Gesundheit als ein „höherwertiges“ Gut betrachtet) wird, doch gibt es hierfür keine eindeutigen empirischen Befunde. So lassen personenspezifische Daten keinen engen Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitsausgaben erkennen. Und es wurde eine Reihe methodologischer Einwände gegen makroökonomische Studien vorgebracht, die zu dem Schluss kommen, dass es sich bei der Gesundheit um ein höherwertiges Gut handelt. Vor diesem Hintergrund gehen die vorliegenden Projektionen von der Hypothese aus, dass die Gesundheitsausgaben unter sonst gleichen Bedingungen tendenziell parallel zum BIP steigen<sup>6</sup>. Das bedeutet, dass der BIP-Anteil der projizierten Gesundheitsausgaben unabhängig vom Wirtschaftswachstum ist.

*... während ein höheres Wachstum dafür sorgen könnte, dass der BIP-Anteil der Ausgaben für Langzeitpflege sinkt*

Es liegen nur sehr wenig Informationen vor, die eine empirische Evaluierung der Reagibilität der Ausgaben für Langzeitpflege gegenüber den Einkommen erlauben. A priori könnten Langzeitpflegeleistungen jedoch als eine größere Notwendigkeit angesehen werden als Gesundheitsdienstleistungen und folglich weniger reagibel gegenüber den Einkommen sein. Auf Grund dieses Arguments und in Ermangelung empirischer Informationen über die Reagibilität gehen die vorliegenden Projektionen von der Hypothese aus, dass die Ausgaben für die Langzeitpflege nicht vom Einkommensniveau abhängen und daher als BIP-Anteil bei stärkerem Wirtschaftswachstum tendenziell sinken. Unter Zugrundelegung der in Kasten III.1 wiedergegebenen Wachstumshypothesen bewirkt dieser Effekt im Zeitraum 2005-2050 einen durchschnittlichen Ausgabenrückgang um rd. 0,6% des BIP. Diese Hypothese führt vermutlich zu einer Verzerrung bei den Projektionen, die auf eine Unterschätzung des Ausgabendrucks hinwirkt.

## Technologischer Fortschritt, Preisentwicklung und die Rolle von Politikmaßnahmen

*Der technologische Fortschritt könnte einen Ausgabenauftrieb bewirken ...*

Technologische Entwicklungen und Veränderungen der relativen Preise sind miteinander verknüpft und könnten wichtige Auftriebskräfte für die künftigen Gesundheits- und Pflegeausgaben darstellen<sup>7</sup>. Der Beitrag der Technologie zur Ausgabenentwicklung ist der Nettoeffekt einer Reihe unterschiedlicher Einflüsse. Mit dem Aufkommen neuer Behandlungen kann die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigen. So beruht das „gesunde Altern“ denn auch nicht allein auf einer besseren

6. Ökonometrische Befunde von kombinierten Länder-/Zeitreihen auf makroökonomischer Ebene deuten darauf hin, dass die zusätzliche Berücksichtigung von Zeittrends bei Schätzungen der Gesundheitsausgaben in Relation zum Pro-Kopf-BIP zu Elastizitätsschätzungen führt, die bei oder unter eins liegen (vgl. OECD, 2006, Anhang 2B wegen näherer Einzelheiten). Die Hypothese eines Verhältnisses von 1:1 beim Wachstum von Gesundheitsausgaben und Einkommen steht auch damit in Einklang, dass der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben auf längere Sicht nicht ad infinitum wachsen kann.

7. Vgl. die frühen Arbeiten von Fuchs (1972) sowie Mushkin und Landefeld (1979). In jüngerer Zeit ist wieder mehr Interesse an der Untersuchung des Effekts von Technologie und Preisen erwacht, vgl. hierzu Newhouse (1992), KPMG Consulting (2001), Wanless (2001) und Productivity Commission (2005a und 2005b).



Lebensweise, sondern auch auf Fortschritten bei medizinischer Behandlung und Technik<sup>8</sup>. Gleichzeitig können manche technologische Entwicklungen eine kostensparende Wirkung haben und zu einer Senkung der Kosten für bestimmte Behandlungen führen. Inwieweit sich dies in einem Ausgabenrückgang niederschlägt, hängt jedoch von der Preiselastizität der Nachfrage nach entsprechenden Leistungen ab; darüber liegen kaum Informationen vor.

**... ebenso wie steigende relative Preise ...**

Zwar können technologische Entwicklungen zu einem Rückgang der Preise für gewisse Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen führen, doch sind die traditionell gemessenen Preise für Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege in Relation zum allgemeinen Preisniveau in der Regel der Tendenz nach gestiegen<sup>9</sup>. Das erklärt sich dadurch, dass ein großer Teil der Produktion dieser Sektoren aus personenbezogenen Dienstleistungen besteht, wo die Produktivität nur begrenzt in gleichem Maße gesteigert werden kann wie in anderen Teilen der Wirtschaft. Wenn die Löhne in diesen Sektoren genauso steigen wie in der übrigen Wirtschaft, werden die relativen Preise dort rascher zunehmen. Diese Tendenz zu steigenden relativen Preisen, die häufig als „Kostenkrankheit“ bezeichnet wird, ist vermutlich am akutesten bei der Langzeitpflege, die sich auf besonders arbeitsintensive Aktivitäten erstreckt<sup>10</sup>. Der Effekt der relativen Preisveränderungen auf die Gesamtausgaben wird dann davon abhängen, inwieweit sich höhere Preise in einer geringeren Nachfrage niederschlagen. Soweit die Langzeitpflege, wie zuvor dargelegt, als eine Notwendigkeit angesehen wird, dürfte die Preiselastizität dementsprechend schwach sein.

**... und diese Effekte wurden bei dem Kostendruck-szenario berücksichtigt ...**

In der Praxis weiß man nur wenig über die Effekte, die in der Vergangenheit von dem technologischen Fortschritt und den relativen Preisen ausgegangen sein könnten, so dass entsprechend große Ungewissheit über deren künftige Auswirkungen besteht. Bei den vorliegenden Projektionen wurden diese Effekte in Bezug auf Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege unterschiedlich behandelt.

- Was die Gesundheitsversorgung betrifft, so wurden die technologische Entwicklung und die relativen Preise als die Kräfte betrachtet, die die Ausgaben weit über das Niveau in die Höhe treiben, dass sich durch die demographische Alterung und die Einkommensentwicklung erklären ließe. Das Kostendruck-szenario legt dann die Hypothese zu Grunde, dass der technologische Fortschritt und die relativen Preise weiterhin den gleichen Effekt haben werden wie bisher. Zwischen 1981 und 2002 sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern in realer Rechnung um durchschnittlich 3,6% jährlich gestiegen. Bei einem durchschnittlichen Einkommenszuwachs von 2,3% und einem geschätzten demographischen Beitrag von 0,3 Prozentpunkten wird der Effekt der technologischen Entwicklung und der relativen Preise somit auf 1 Prozentpunkt pro Jahr geschätzt. Im Projektionszeitraum wachsen die Gesundheitsausgaben im Kostendruck-szenario auf Grund des technologischen Fortschritts und der relativen Preise folglich um 1 Prozentpunkt mehr, als unter dem Einfluss von Einkommensentwicklung und demographischem Wandel zu erwarten wäre.

8. Vgl. Sheehan (2002) und Cutler (2001) bezüglich Verbesserungen der Lebensweise und Jacobzone (2003) bezüglich des Effekts der technologischen Entwicklung.  
9. Bei einer angemessenen Korrektur der Preise für Gesundheitsversorgungsleistungen um qualitative Verbesserungen lässt sich diese Feststellung möglicherweise nicht aufrechterhalten. Das Pendant zu sinkenden relativen Preisen wäre dann ein viel rascherer Anstieg des Volumens von Gesundheitsdienstleistungen.  
10. Vgl. Baumol (1967) und (1993). Ein „voller Baumol-Effekt“ würde bedeuten, dass es bei der Langzeitpflege keine Produktivitätsgewinne gibt und sich die Löhne parallel zur gesamtwirtschaftlichen Arbeitsproduktivität (eine Proxy für künftige Lohnsteigerungen) entwickeln. Geht man davon aus, dass die Nachfrage nach Langzeitpflege eher unelastisch gegenüber den Preisen ist, würde der BIP-Anteil der Ausgaben für Langzeitpflege im Zeitverlauf kontinuierlich zunehmen.

- Was die Langzeitpflege betrifft, so geht das Kostendruckscenario von der Hypothese aus, dass sich die relativen Preise für die Langzeitpflegeleistungen entsprechend dem durchschnittlichen Produktivitätszuwachs in der Wirtschaft erhöhen. Damit wird unterstellt, dass in diesem Sektor keinerlei Produktivitätssteigerungen erzielt werden, was, sofern es nicht zu kompensierenden Nachfrageeffekten kommt, einen Anstieg um 1,5% des BIP im Zeitraum 2005-2050 impliziert.

***... aber in geringerem Umfang beim Kostendämpfungsszenario***

Diese Effekte sollten als eine Fortsetzung der bisherigen Trends angesehen werden, und das entsprechende Kostendruckscenario könnte mithin als ein Fortschreibungsszenario interpretiert werden, bei dem Politikmaßnahmen im Hinblick auf Kosteneindämmung nicht wirksamer sind, als sie es in der Vergangenheit waren. Demgegenüber werden beim Kostendämpfungsszenario effektivere, aber nicht näher spezifizierte Politikmaßnahmen unterstellt, die den zuvor erwähnten tendenziellen Ausgabenauftrieb z.T. eingrenzen. Dabei wird speziell von folgenden Annahmen ausgegangen:

- Im Fall der Gesundheitsversorgung würde die mit dem technologischen Fortschritt und den relativen Preisen einhergehende autonome Ausgabendrift allmählich abflauen, so dass die Zunahme der Gesundheitsausgaben bis 2050 nur durch Einkommens- und demographische Effekte bestimmt wird. Gleichwohl würden Technologie und relative Preise im Zeitraum 2005-2050 immer noch 1,4 Prozentpunkte zum Anstieg der Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP beitragen.
- Was die Langzeitpflege angeht, wird unterstellt, dass die relativen Preise nur halb so stark zunehmen wie das gesamtwirtschaftliche Produktivitätswachstum. In diesem Fall besteht der Effekt in einem Ausgabenwachstum um 0,6% des BIP im Zeitraum 2005–2050.

## **Positive und negative Risiken und Politikimplikationen**

***Die Projektionen könnten optimistisch sein ...***

Wie bereits ausgeführt, scheinen die Projektionen relativ robust gegenüber Veränderungen der einzelnen Hypothesen zu sein. Jedoch könnte es bei einer Kombination modifizierter Hypothesen, die alle in die gleiche Richtung gehen, zu deutlich veränderten Ergebnissen kommen. Es ist eher plausibel, dass sich eine solche Konstellation von Risiken in einem höheren Ausgabenwachstum niederschlägt. Zu möglichen Risiken zählen eine längere in schlechter Gesundheit verbrachte prämortale Phase bei zunehmender Lebenserwartung, eine vermehrte Abhängigkeit infolge der derzeit zu beobachtenden Trends bei Obesität, höhere Kosten durch technologische Fortschritte bei der medizinischen Behandlung als erwartet und eine mit wachsendem Einkommen steigende Nachfrage nach Langzeitpflegeleistungen, da vermutlich mehr Menschen qualitativ hochwertige Leistungen nachfragen werden.

***... aber selbst wenn sie es nicht sind, steht die Politik vor großen Herausforderungen ...***

Selbst wenn diese Risiken einer negativeren Entwicklung nicht eintreten, leiten sich von den Ausgabenprojektionen große Herausforderungen für die Politik ab. Noch deutlicher werden diese Herausforderungen im Licht der Erkenntnis, dass Kostendämpfungsmaßnahmen auf makroökonomischer Ebene mit denen in den achtziger und neunziger Jahren gewisse Erfolge bei der Zügelung der Ausgabentrends erzielt wurden (vgl. den Anhang), ihre Grenzen hat. So ist es z.B. schwierig, die Löhne zu dämpfen und gleichzeitig junge und qualifizierte Arbeitskräfte für das System zu

gewinnen. Auch lassen sich die Preise nicht einfach kontrollieren, wenn der technologische Fortschritt kontinuierlich neue Produkte und Behandlungen hervorbringt. Zudem sind Preiskontrollen nicht unbedingt wünschenswert, da die Entwicklung neuer und besserer medizinischer Behandlungen dadurch behindert werden kann. Und globale Beschränkungen des Leistungsangebots haben zu unpopulären Wartelisten geführt. Im Übrigen ist es schwierig, das angemessene Angebot an Gesundheits- und Langzeitpflegeleistungen ohne Marktsignale zu bestimmen – aber dies sind nun einmal Bereiche, in denen es häufig zu Marktversagen kommt.

***... und die Antworten darauf  
liegen keineswegs auf der  
Hand***

Unter diesen Umständen ist es schwierig, Politikorientierungen zu geben, die über die Empfehlung hinausgehen, sich um die Behebung von Marktversagen zu bemühen und – wenn dies möglich ist – Spielraum für das Funktionieren von Marktmechanismen zu schaffen. Erschwerend kommt in diesem Fall die große Diversität der Institutionen in den einzelnen Ländern hinzu. Was die Zukunft betrifft, so werden neue und verbesserte medizinische Techniken wahrscheinlich weiterhin eine der wichtigsten treibenden Kräfte für die Ausgaben darstellen. Zwar wäre es nicht wünschenswert, technologische Entwicklungen, die das Wohlbefinden des Einzelnen verbessern können, zu bremsen – doch sollte das Verhältnis von Kosten und Nutzen neuer Behandlungen ständig im Auge behalten werden. Ein anderer wichtiger Ausgabenfaktor ist der demographische Wandel, auf den die Regierungen wenig Einfluss haben. Soweit mit Politikmaßnahmen die Effizienz der Erbringung von Gesundheitsversorgungs- und Pflegeleistungen verbessert werden kann, wäre es hingegen möglich, den tendenziellen Anstieg der relativen Preise in diesem Bereich einzudämmen. Dazu bedarf es politischer Rahmenbedingungen, die insbesondere einer Steigerung der Kosteneffizienz auf mikroökonomischer Ebene Vorschub leisten. Schließlich geht es auch darum, die jeweiligen Rollen der öffentlichen und privaten Leistungserbringung und -finanzierung zu überprüfen. Die Gesundheits- und Langzeitpflegeleistungen werden in absehbarer Zukunft wahrscheinlich ein prioritäres Politikanliegen bleiben.

## ANHANG

### ÜBERBLICK ÜBER KOSTENDÄMPFUNGSMASSNAHMEN IN DEN OECD-LÄNDERN

Angesichts eines nicht tragbaren Wachstums der Gesundheitsausgaben in den sechziger und siebziger Jahren suchten die Regierungen zunächst, den Anstieg durch verschiedene Arten makroökonomischer Restriktionen zu dämpfen. Diese Maßnahmen führten häufig zu Allokationsproblemen eigener Art. Lohn- und Preiskontrollen wirkten sich negativ auf das Angebot von Gesundheitsleistungen aus, während Ausgabenbegrenzungen nach dem Top-down-Konzept die Anreize für die Anbieter minderten, die Produktion zu steigern oder die Produktivität zu verbessern.

In jüngerer Zeit sind mögliche Effizienzsteigerungen bei der Leistungserbringung stärker in den Mittelpunkt gerückt. Zwar hat sich der Ausgabenzuwachs in den vergangenen zwanzig Jahren beträchtlich verlangsamt, doch liefern Untersuchungen auf der Basis statistischer Tests zur Evaluierung der Wirkung von Ausgabenplafonds oder anderen Maßnahmen zur Eingrenzung der Ausgaben kaum Hinweise auf einen starken Effekt. In einigen Fällen wurde eine Senkung der Gesundheitsausgaben durch einen Transfer der Ausgaben auf andere Bereiche erzielt, wie z.B. die Langzeitpflege. Diese Auffassung wird durch die Tatsache erhärtet, dass die Länder, die die Gesundheitsausgaben am wirksamsten begrenzen konnten, auch jene sind, in denen die Ausgaben für Langzeitpflege am stärksten zugenommen haben<sup>11</sup>.

#### **Makroökonomische Kostendämpfungsinitiativen**

Auf Lohnkontrollen wurde in öffentlichen integrierten Systemen sowohl im niedergelassenen als auch im Krankenhausbereich zurückgegriffen, soweit es sich bei dem Pflegepersonal um abhängig Beschäftigte handelt (Dänemark (Krankenhäuser), Finnland, Irland (Krankenhäuser), Spanien, Schweden und das Vereinigte Königreich (Krankenhäuser)). Solche Maßnahmen waren Bestandteil allgemeinerer Sparanstrengungen im öffentlichen Sektor, und nicht spezifisch auf den Gesundheitsbereich ausgerichtet.

Preiskontrollen wurden im Gesundheitssektor weithin eingesetzt, vor allem in Bereichen, in denen die Regierungen die Preise administrativ regeln oder eine Kontrolle über die zwischen Käufern und Anbietern von Gesundheitsleistungen vereinbarten Preise ausüben. In einer Reihe von Ländern wurden die Gebühren direkt festgesetzt (z.B. Australien, Belgien, Frankreich, Japan, Luxemburg und Kanada). In anderen wurden die Preise automatisch angepasst, um volumenmäßige Überschreitungen zu kompensieren und zu verhindern, dass ein im Budget festgesetzter Plafond überschritten wird (z.B. Deutschland (niedergelassener Bereich), Österreich (Krankenhausbereich), Ungarn (ambulanter Bereich) und Belgien (jüngste Reformen)). Die administrative Preisfestsetzung war vermutlich im Arzneimittelsektor am weitesten verbreitet.

Die in den meisten Ländern bestehenden Zulassungsbeschränkungen (Numerus Clausus) für medizinische Fakultäten sind ein wichtiger Faktor, der die Zunahme der Anzahl medizinischer Fachkräfte beeinflusst. Infolgedessen ist die Zahl der neuen Ärzte pro Kopf der Bevölkerung zurückgegangen. Auch wurden zahlenmäßige Rück-

---

11. Dieser Anhang basiert weitgehend auf Docteur und Oxley (2003).

gänge beim medizinischen Hilfspersonal verzeichnet (Kanada, Schweden). Die Maßnahmen zur Begrenzung des Angebots haben z.B. in Kanada, dem Vereinigten Königreich und Dänemark effektiv zu Engpässen in der Gesundheitsversorgung geführt, und Wartelisten sind in den OECD-Ländern heute ein alltägliches Phänomen. In Ländern wie Finnland, Frankreich und Korea wurde ein Aufwärtsdruck auf die Löhne beobachtet.

Beim Krankenhausangebot wurde eine Politik verfolgt, die eine Verringerung der Anzahl der Betten je Einwohner und eine Konzentration der akuten Versorgung in größeren Krankenhausstationen förderte, um Skalen- und Verbundvorteile zu erzielen. In einigen Ländern ist die Anzahl der Akutpflegebetten je Einwohner jedoch immer noch vergleichsweise hoch (wie z.B. in Deutschland, Österreich, der Slowakischen Republik, der Tschechischen Republik und Ungarn).

Zur Ausgabendämpfung wurde weithin auf budgetäre Plafonds oder sonstige restriktive Budgetmaßnahmen zurückgegriffen. Im Hinblick auf eine solche Dämpfung haben sich anscheinend Maßnahmen zur Begrenzung und Umgestaltung des Angebots und zur Ausgabendeckelung im Krankensektor generell als erfolgreicher erwiesen als die Maßnahmen im Bereich der ambulanten Pflege oder der Arzneimittel. Und Begrenzungen über die Festsetzung von Budgetplafonds zeigten offenbar besonders in Ländern Wirkung, in denen, wie in Dänemark, Irland, Neuseeland und dem Vereinigten Königreich, integrierte Modelle der Gesundheitsfinanzierung und -versorgung die Regel sind (bzw. waren), wie auch in Ländern mit generell nur einem Kostenträger (wie z.B. Kanada), in denen die Gesundheitsbudgets im Haushaltplanungsprozess gewöhnlich explizit festgesetzt werden.

Die Kostenbeteiligung ist in den achtziger und vor allem in den neunziger Jahren zu einem zunehmend verbreiteten Phänomen geworden. Höhere Zuzahlungen wurden hauptsächlich für Arzneimittel beschlossen, während eine Selbstbeteiligung der Patienten an den Kosten für stationäre Behandlung und Arztbesuche nur in einem kleineren Kreis von Ländern (Schweden, Italien, Frankreich) eingeführt wurde. Das hängt vermutlich mit der höheren Preiselastizität von Arzneimitteln im Vergleich zur ambulanten Behandlung und namentlich der Krankenhausbehandlung zusammen.

## **Verbesserung der Kosteneffizienz auf Mikroebene**

Die ambulante Versorgung ist von größter Bedeutung für die globale Effizienz und Effektivität des Gesundheitssystems. Hier wird gewöhnlich der erste Kontakt zwischen dem Patienten und dem medizinischen Personal hergestellt, und die ambulante Behandlung ist in der Regel weniger teuer als die Krankenhausbehandlung. In einigen Ländern wurde die Lotsenfunktion der praktischen Ärzte gefördert (Vereinigtes Königreich, Neuseeland, Norwegen, Vereinigte Staaten und Frankreich). In den osteuropäischen Ländern wurde der ambulante Sektor in den neunziger Jahren vom öffentlichen Sektor auf den privaten Niederlassungsbereich verlagert, und in einigen Fällen erfolgt die Abrechnung nunmehr auf Pro-Kopf-Basis.

Bei Krankenhausreformen geht es vor allen Dingen um die Trennung von Käufern und Anbietern von Gesundheitsleistungen in öffentlichen integrierten Systemen. Die Käufer von Gesundheitsleistungen bzw. die Finanzträger sind gegenüber den Haushaltsbehörden für die Kostenkontrolle und gegenüber den Patienten für die Qualität und Zugänglichkeit der Leistungen verantwortlich.

In einer beträchtlichen Zahl von Ländern mit integrierten Systemen ist derzeit eine Entwicklung in diese Richtung zu beobachten (Australien, Vereinigtes Königreich, Neuseeland, Schweden, Italien, Portugal und in jüngerer Zeit Griechenland). Zu einem aktiveren Kaufverhalten sind auch Länder mit Modellen der öffentlichen Auftragsvergabe übergegangen (Deutschland, Belgien). Die Rolle der Käufer von Gesundheitsleistungen wurde in den Vereinigten Staaten gestärkt. Bestimmte Aktivitäten, die extern kostengünstiger erbracht werden können, wurden in verstärktem Maße ausgelagert. Schließlich hat eine begrenzte Zahl von Ländern (Vereinigte Staaten, Vereinigtes Königreich, Schweden, Tschechische Republik und Neuseeland) versucht, durch mehr Wettbewerb unter den Krankenhäusern Verbesserungen im Hinblick auf Effizienz, Qualität und Reaktionsfähigkeit herbeizuführen.

## Literaturverzeichnis

- Baumol, W.J. (1967), “Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis”, *American Economic Review* 57.
- Baumol, W.J. (1993), “Health Care, Education and the Cost of Disease: A Looming Crisis for Public Choice,” *Public Choice* 77:17-28.
- Burniaux, J.-M., R. Duval und F. Jaumotte (2003), “Coping with Ageing: a Dynamic Approach to Quantify the Impact of Alternative Policy Options on Future Labour Supply in OECD Countries”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 371.
- Comas-Herrera und R. Wittenberg (Hrsg.) (2003), *European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the Sensitivity of Projections of Future Long-Term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to Changes in Assumptions About Demography, Dependency, Informal Care, Formal Care and Unit Costs*, PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics.
- Cutler, D. (2001), “The Reduction in Disability among the Elderly”, *Proceedings of the National Academy of Science*, Vol. 98, No. 12.
- Docteur, E. und H. Oxley (2003), “Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 374.
- Fuchs, V. (1972), *Essays in the Economics of Health and Medical Care*, National Bureau of Economic Research, New York.
- Gonand, F. (2005), “Assessing the Robustness of Demographic Projections in OECD Countries”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 464.
- KPMG Consulting (2001), *Impact of New Technology on Victorian Public Hospital Costs*, Bericht für das Victorian Department of Human Services (Australien), September.
- Jacobzone, S. (2003), “Ageing and the Challenges of New Technologies: Can OECD Social and Health Care Systems Provide for the Future?”, *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol. 28, No. 2.
- Mushkin, E.P. und J.S. Landefeld (1979), *Biomedical Research: Costs and Benefits*, Ballinger Publishing Company, Cambridge, Massachusetts.
- Newhouse (1992), “Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?”, *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 6, No. 3.
- OECD (2006), “Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the Main Drivers?”, *OECD Economics Department Working Paper*, No. 477.
- Oliveira Martins, J., F. Gonand, P. Antolin, C. de la Maisonneuve und K. Yoo (2005), “The Impact of Ageing in Demand, Factor Markets and Growth”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 420.
- Productivity Commission (2005a), *Economic Implications of an Ageing Australia*, Forschungsbericht, Canberra.
- Productivity Commission (2005b), *Impacts of Medical Technology in Australia*, Fortschrittsbericht, Melbourne, April.
- Sheehan, P. (2002), “Health Costs, Innovation and Ageing”, *Pharmaceutical Industry Working Paper Series*, No. 9, Centre for Strategic Economic Studies, Victoria University of Technology, Melbourne.
- Taleyson, L. (2003), “Private Long-Term Care Insurance – International Comparisons”, *Health and Ageing*, No. 8, Geneva Association Information Newsletter, März.
- Wanless, D. (2001), *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View*, Zwischenbericht, HM Treasury, London.

## **Verzeichnis der Sonderkapitel in den letzten Ausgaben des *OECD-Wirtschaftsausblick***

### **Nr. 78, Dezember 2005**

Jüngste Entwicklungen bei den Wohnimmobilienpreisen: Die Rolle der wirtschaftlichen Fundamentaldaten

### **Nr. 77, Juni 2005**

Messung und Evaluierung des grundlegenden Preistrends

### **Nr. 76, Dezember 2004**

Ölpreisentwicklung: Antriebsfaktoren, wirtschaftliche Konsequenzen und Politikreaktionen  
Sparverhalten und Effizienz der Fiskalpolitik

### **Nr. 75, Juni 2004**

Wohnimmobilienmärkte, Vermögensentwicklung und Konjunkturzyklus  
Die Problematik einer Verringerung des amerikanischen Leistungsbilanzdefizits  
Vermögenspreiszyklen, Einmalfaktoren und strukturelle Haushaltssalden  
Stärkere Einkommenskonvergenz in Mitteleuropa nach dem EU-Beitritt

### **Nr. 74, Dezember 2003**

Die Finanzpolitik im Konjunkturzyklus: Die Rolle von Verschuldung, Institutionen und Budgetrestriktionen  
Die Finanzbeziehungen zwischen den einzelnen Ebenen der staatlichen Verwaltung  
Verbesserung der Kosteneffizienz der öffentlichen Ausgaben

### **Nr. 73, Juni 2003**

Nach dem Platzen der Telekommunikationsblase  
Strukturpolitik und Wachstum  
Trends der ausländischen Direktinvestitionen im OECD-Raum  
Beschränkungen für ausländische Direktinvestitionen in OECD-Ländern  
Einfluss der Politik auf ausländische Direktinvestitionen

### **Nr. 72, Dezember 2002**

Tragfähigkeit der Haushaltspositionen: Welchen Beitrag können Budgetregeln hierzu leisten?  
Erhöhung der Beschäftigung: Die Rolle eines späteren Renteneintritts  
Produktmarkt Wettbewerb und Wirtschaftsleistung  
Die Verfestigung der Inflation im Euroraum

### **Nr. 71, Juni 2002**

Die wirtschaftlichen Konsequenzen des Terrorismus  
Kontinuierliche Veränderungen des Konjunkturzyklus  
Intraindustrieller und konzerninterner Handel und die Internationalisierung der Produktion  
Produktivität und Innovation: Der Einfluss von Produkt- und Arbeitsmarktpolitik



# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Einführung: Das Wachstum bleibt kräftig, ist jedoch störanfällig .....</b>	vii
<b>I. Gesamtbeurteilung der Wirtschaftslage .....</b>	1
Überblick .....	1
Die Expansion erstarkt .....	2
Es bauen sich jedoch weiter Spannungen auf .....	7
Die wirtschaftlichen Aussichten sind immer noch recht gut .....	20
Herausforderungen für die makroökonomische Politik .....	26
Anhang I.1: Revidierte angebotsseitige Schätzungen der OECD: ein Einsatz auf der Basis der Kapitalleistungen .....	39
Anhang I.2: Das mittelfristige Referenzszenario .....	48
<b>II. Entwicklung in den einzelnen OECD-Ländern und ausgewählten Nicht-OECD-Volkswirtschaften .....</b>	55
Vereinigte Staaten .....	55
Japan .....	60
Euroraum .....	65
Deutschland .....	70
Frankreich .....	75
Italien .....	80
Vereinigtes Königreich .....	85
Kanada .....	90
Australien .....	95
Belgien .....	98
Dänemark .....	101
Finnland .....	104
Griechenland .....	107
Irland .....	110
Island .....	113
Korea .....	116
Luxemburg .....	119
Mexiko .....	122
Neuseeland .....	125
Niederlande .....	128
Norwegen .....	131
Österreich .....	134
Polen .....	137
Portugal .....	140
Schweden .....	143
Schweiz .....	146
Slowakische Republik .....	149
Spanien .....	152
Tschechische Republik .....	155
Türkei .....	158
Ungarn .....	161
Brasilien .....	164
China .....	168
Indien .....	172
Russische Föderation .....	176
<b>III. Künftige Haushaltsbelastungen durch Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege .....</b>	181
Anhang: Überblick über Kostendämpfungsmaßnahmen in den OECD-Ländern .....	192
<b>Verzeichnis der Sonderkapitel in den letzten Ausgaben des <i>OECD-Wirtschaftsausblick</i> .....</b>	196
<b>Statistischer Anhang .....</b>	197
Ländereinstufung .....	198
Gewichtungsschema für aggregierte Messgrößen .....	198
Unwiderruflich festgelegte Euro-Umrechnungskurse .....	198
National accounts reporting systems and latest data updates .....	197
Anhangstabellen (englische Fassung) .....	201
<b>Kästen</b>	
I.1 Wie schwach sind die Unternehmensinvestitionen in diesem Zyklus? .....	4
I.2 Warum sind die Anleiherenditen so niedrig? .....	16
I.3 Nähern sich die Wohnimmobilienpreise einem historischen Höchststand? .....	18
I.4 Wirtschaftspolitische und sonstige Annahmen für die Projektionen .....	24
I.5 Wie wirkt sich die Globalisierung auf die Inflation aus? .....	28

I.6	Welchen Beitrag leistete die Fiskalpolitik zur Stabilisierung konjunktureller Schwankungen? .....	34
I.7	Dem mittelfristigen Referenzszenario zu Grunde liegende Annahmen .....	52
III.1	Den Projektionen zu Grunde liegende exogene Hypothesen .....	184

**Tabellen** (englische Fassung)

I.1	The expansion should continue .....	1
I.2	Real wages lag productivity .....	3
I.3	Labour markets are recovering .....	6
I.4	Strong GDP growth in the first two quarters of 2006 .....	22
I.5	Strong world trade growth and widening external imbalances .....	23
I.6	The upswing is broadening .....	25
I.7	Not enough fiscal consolidation .....	33
I.8	Trend growth decomposition with revised method .....	46
I.9	Medium-term reference scenario summary .....	49
I.10	Fiscal trends in the medium-term reference scenario .....	50
I.11	Growth in total economy potential output and its components .....	51
III.1	Summary projections of public health and long-term care spending .....	182
III.2	Decomposition of projected GDP per capita .....	185

**Abbildungen** (englische Fassung)

I.1	The expansion has recently become less lopsided .....	3
I.2	Energy markets are hot .....	8
I.3	Imports of oil producers lag exports .....	10
I.4	Current account imbalances are growing and official reserves soaring .....	11
I.5	Financial conditions are still easy .....	15
I.6	Business confidence is improving .....	21
I.7	Most policy rates are moving up .....	27
I.8	The link between local demand pressure and inflation is weakening .....	27
I.9	Factors shaping core inflation .....	30
I.10	Headline and underlying inflation are converging .....	31
I.11	Fiscal targets keep moving .....	36
I.12	Total economy potential and output gaps .....	40
III.1	Total increase in health and long-term care spending by country, 2005-2050 .....	183
III.2	Demography effects on health care spending .....	186
III.3	Demography effects on long-term care spending .....	187

**Dieser Bericht enthält ...****StatLinks**

**Ein Service für OECD-Veröffentlichungen, der es ermöglicht, Dateien im Excel-Format herunterzuladen.**

Suchen Sie die StatLinks rechts unter den in diesem Bericht wiedergegebenen Tabellen und Abbildungen. Um die entsprechende Datei im Excel-Format herunterzuladen, genügt es, den jeweiligen Link, beginnend mit *http://dx.doi.org*, in den Internetbrowser einzugeben.

Wenn Sie die elektronische PDF-Version online lesen, dann brauchen Sie nur den Link anzuklicken. Sie finden StatLinks in weiteren OECD-Publikationen.

**Verwendete Zeichen**

\$	US-Dollar	.	Dezimalstelle
¥	Japanischer Yen	I, II	Kalenderhalbjahre
£	Pfund Sterling	Q1, Q4	Quartale
€	Euro	Billion	Milliarden
mb/d	Millionen Barrel/Tag	Trillion	Billionen
..	Keine Angaben verfügbar	s.a.a.r.	Saisonbereinigte Jahresraten
0	Null oder nahe null	n.s.a.	Nicht saisonbereinigt
–	Nicht zutreffend		

## Summary of projections

	2005	2006	2007	2006		2007					Fourth quarter			
				Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	2005	2006	2007	
Per cent														
<b>Real GDP growth</b>														
United States	3.5	3.6	3.1	4.0	3.4	3.2	3.0	3.0	3.0	2.9	3.2	3.9	3.0	
Japan	2.7	2.8	2.2	2.7	2.4	2.5	2.1	2.1	2.2	2.0	4.3	2.2	2.1	
Euro area	1.4	2.2	2.1	2.2	2.3	2.2	1.7	2.3	2.4	2.4	1.8	2.3	2.2	
Total OECD	2.8	3.1	2.9	3.3	3.0	2.9	2.7	2.9	3.0	2.9	3.0	3.1	2.9	
<b>Inflation</b>														
United States	2.8	3.0	2.3	3.0	2.0	2.2	2.2	2.3	2.3	2.2	3.1	2.6	2.3	
Japan	-1.3	-0.6	0.5	0.4	0.4	0.4	0.6	0.6	0.7	0.7	-1.7	0.1	0.6	
Euro area	1.7	1.6	2.0	1.4	1.6	1.5	2.5	2.1	2.1	2.0	1.9	1.3	2.2	
Total OECD	2.0	2.2	2.0	2.1	1.8	1.9	1.9	2.0	2.0	2.1	2.0	1.9	2.0	
<b>Unemployment rate</b>														
United States	5.1	4.7	4.7	4.7	4.6	4.7	4.7	4.7	4.7	4.8	5.0	4.7	4.8	
Japan	4.4	4.0	3.5	4.1	3.9	3.8	3.6	3.5	3.4	3.3	4.5	3.8	3.3	
Euro area	8.6	8.2	7.9	8.2	8.1	8.2	8.1	8.0	7.9	7.8	8.4	8.2	7.8	
Total OECD	6.5	6.2	6.0	6.2	6.1	6.1	6.1	6.0	6.0	5.9	6.4	6.1	5.9	
<b>World trade growth</b>	7.5	9.3	9.1	7.8	8.5	8.9	9.3	9.4	9.5	9.5	8.3	8.9	9.4	
<b>Current account balance</b>														
United States	-6.4	-7.2	-7.6											
Japan	3.6	4.3	5.5											
Euro area	-0.2	-0.4	-0.3											
Total OECD	-1.9	-2.1	-2.1											
<b>Cyclically-adjusted fiscal balance</b>														
United States	-3.7	-3.7	-3.9											
Japan	-4.9	-5.3	-5.2											
Euro area	-1.6	-1.6	-1.5											
Total OECD	-2.7	-2.8	-2.8											
<b>Short-term interest rate</b>														
United States	3.5	5.1	5.1	5.0	5.2	5.3	5.3	5.1	5.1	5.0	4.3	5.3	5.0	
Japan	0.0	0.1	0.7	0.1	0.1	0.1	0.3	0.6	0.9	1.1	0.0	0.1	1.1	
Euro area	2.2	2.7	3.4	2.6	2.7	2.9	3.2	3.4	3.5	3.7	2.3	2.9	3.7	

*Note:* Real GDP growth, inflation (measured by the increase in the GDP deflator) and world trade growth (the arithmetic average of world merchandise import and export volumes) are seasonally and working-day-adjusted annual rates. The "fourth quarter" columns are expressed in year-on-year growth rates where appropriate and in levels otherwise. The unemployment rate is in per cent of the labour force while the current account balance is in per cent of GDP. The cyclically-adjusted fiscal balance is in per cent of potential GDP. Interest rates are for the United States: 3-month eurodollar deposit; Japan: 3-month certificate of deposits; euro area: 3-month interbank rate.

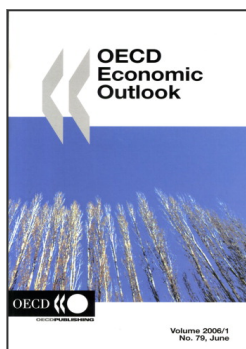
Assumptions underlying the projections include:

- no change in actual and announced fiscal policies;

- unchanged exchange rates as from 4 May 2006; in particular 1\$ = 113.50 yen and 0.79 euro.

The cut-off date for other information used in the compilation of the projections is 17 May 2006.

*Source:* OECD Economic Outlook 79 database.



**From:**  
**OECD Economic Outlook, Volume 2006 Issue 1**

**Access the complete publication at:**  
[https://doi.org/10.1787/eco\\_outlook-v2006-1-en](https://doi.org/10.1787/eco_outlook-v2006-1-en)

**Please cite this chapter as:**

OECD (2006), "Künftige Haushaltsbelastungen durch Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege", in *OECD Economic Outlook, Volume 2006 Issue 1*, OECD Publishing, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/eco\\_outlook-v2006-1-39-de](https://doi.org/10.1787/eco_outlook-v2006-1-39-de)

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).