

III/Herbst 2001

HEALTH SYSTEM WATCH

Beilage zur Fachzeitschrift *Soziale Sicherheit*

erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon

Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger



Entwicklung der Altersstruktur in der EU: Die EU altert – auch bei Osterweiterung Schwerpunktthema: Akutversorgung und Langzeitversorgung: Eine Schnittstelle nach Maß oder Zufall?

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel*

Zusammenfassung

Die Bevölkerung der derzeitigen EU-Mitgliedsländer wuchs in den neunziger Jahren um insgesamt 3,5 Prozent und wird in den nächsten beiden Jahrzehnten langsam weiterwachsen. Der Anteil älterer Menschen wird in den EU-Ländern weiter zunehmen, der Anteil junger Menschen abnehmen. Diese Verschiebungen in der Altersstruktur betreffen praktisch alle EU-Länder und werden durch den Beitritt mittel- und osteuropäischer Länder kaum entschärft werden können, da dort die Fertilitätsrate seit der Ostöffnung rapide sinkt. Durch die Veränderung der Altersstruktur, nicht zuletzt verursacht durch die laufend steigende Lebenserwartung, wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im allgemeinen und nach Einrichtungen der Langzeitversorgung im besonderen zunehmen.

Die Langzeitversorgung in europäischen Ländern konsumiert bis zu drei Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Die Verfügbarkeit von Bettenkapazitäten hängt in hohem Maß vom Wohlfahrtsmodell des jeweiligen Landes ab. Die Zahl der stationären Aufenthalte in österreichischen Krankenhäusern nimmt insgesamt zu, die Zahl der Betten sinkt, und die durchschnittliche Verweildauer je stationärem Aufenthalt sinkt ebenfalls, wie auch in den meisten anderen entwickelten Ländern. Gemessen an der PatientInnenzahl pro Bett und Jahr verbesserte sich die Effizienz in der akut-stationären Versorgung allerdings wesentlich stärker als im Langzeitbereich. In Wien wurden in den neunziger Jahren zwar deutlich mehr Langzeitbetten abgebaut als in den Bundesländern, die dichtere Versorgung blieb trotzdem erhalten.

*Wir danken Gerald Röhring für die Mitwirkung

Entwicklung der Altersstruktur in der EU: Die EU altert – auch bei Osterweiterung.

Die Entwicklung des Gesundheitswesens der nächsten Jahre wird in den meisten Industrieländern dadurch geprägt sein, dass geburtenschwächere Jahrgänge in das Erwerbsalter nachrücken, während die geburtenstärkeren Jahrgänge daraus ausscheiden und in eine Lebensphase übertreten, in der auch deutlich höhere Ansprüche an das Gesundheitswesen gestellt werden. Bevölkerungsprognosen kommt bei der Beurteilung notwendiger Weiterentwicklungen für das Gesundheitswesen daher hohe Bedeutung zu. Für die Europäische Union ist hierbei nicht nur von Bedeutung, welche zukünftige Entwicklung sich aus dem Bevölkerungsaufbau der gegenwärtigen Mitgliedsländer ergibt, sondern auch, welche Änderungen eintreten, wenn die Osterweiterung verwirklicht wird. Der erste Teil der vorliegenden Ausgabe des Health System Watch widmet sich daher Bevölkerungsprognosen für die EU-Länder und alle Beitrittskandidaten-Länder.

Altersstruktur in der EU

Derzeit liegt der Bevölkerungsanteil der unter 15-jährigen (16,8 Prozent) im EU-Durchschnitt noch nahe am Bevölkerungsanteil der Altersgruppe 65+ (16,0 Prozent; vgl. Anhangtabellen A2 und A3). In Österreich ist der Anteil der jungen (17,0 Prozent) noch ein wenig höher als jener der Altersgruppe 65+ (15,0 Prozent). Die Schwankungsbreite des Kinderanteils der einzelnen Mitgliedsländer liegt zwischen 21,6 Prozent (Irland) und 14,5 Prozent (Italien), die Schwankungsbreite des Altenanteils zwischen 17,3 Prozent (Griechenland) und 11,2 Prozent (Irland). Die meisten EU-Länder weisen im Jahr 1999 einen niedrigeren Anteil der unter 15-jährigen auf als 1990, lediglich Dänemark, Schweden, Luxemburg und die Niederlande entsprechen nicht diesem Muster.

Osterweiterung und Altersstruktur

Die Bevölkerung der 13 Länder, mit denen die Beitrittsverhandlungen bereits aufgenommen wurden, beträgt rund 170 Millionen Menschen (vgl. Anhangtabelle A1). Eine Erweiterung um diese Länder würde die EU auf eine Gemeinschaft von etwas unter 450 Millionen Menschen anwachsen lassen. Gegenüber der derzeitigen EU-Bevölkerung entspricht dies einem Anstieg um 45 Prozent. Wird der größte Beitrittswerber, die Türkei, ausgeklammert, beläuft sich der Anstieg immer noch auf 104 Millionen Menschen oder 28 Prozent.

Die Osterweiterung wird auch die Altersstruktur in der EU maßgeblich beeinflussen. Beschränken wir die Betrachtung auf die Beitrittswerber ohne die Türkei, die eine stark unterschiedliche Altersstruktur im Vergleich zu den meisten anderen Beitrittswerbern aufweist, so ist keinesfalls zu erwarten, dass der Prozess der Bevölkerungsalterung durch die Osterweiterung wesentlich gemildert oder gar umgekehrt werden könnte. Angesichts der

unter das EU-Niveau gesunkenen Fertilität in diesen Ländern könnte sich dieser Prozess sogar verstärken.

Seit der Ostöffnung sind gravierende demographische Veränderungen eingetreten, die in vier der betrachteten zwölf Beitrittsländer zu einem Rückgang der Bevölkerung geführt haben. Am drastischsten verlief diese Entwicklung in Estland, Lettland und in Bulgarien, wo die Bevölkerung um rund ein Zehntel abgenommen hat. Lediglich Malta und Zypern, die beiden kleinsten Beitrittsländer, verzeichnen ein deutlicheres Bevölkerungswachstum als die EU; Polen und die Slowakei wachsen immerhin beinahe gleich stark wie die EU.

Beiträge zu einem Bevölkerungsrückgang haben alle drei wichtigen demographischen Faktoren geliefert: Geburtenziffern und Lebenserwartung sanken deutlich, und zusätzlich stieg die Nettoabwanderung. Im Gegensatz zu den EU-Ländern spielt in den meisten beitragswerbenden Ländern derzeit das natürliche Bevölkerungswachstum eine weit wichtigere Rolle als der Wanderungssaldo. So ist die Gesamfruchtbarkeitsrate in den betrachteten MOEL-Ländern niedriger als der EU-Durchschnitt¹. Der Anteil der 0-14-jährigen an der gesamten Bevölkerung liegt in den meisten MOEL-Ländern zwar derzeit noch über dem EU-Vergleichswert, ist im vergangenen Jahrzehnt aber in der Regel um mehrere Prozentpunkte gefallen. Im Durchschnitt der MOEL-Länder waren 1990 noch 23,2 Prozent der Bevölkerung jünger als 15 Jahre, dieser Anteil fiel bis 1999 auf 18,7 Prozent. Dieselbe Kennzahl für den EU-Durchschnitt ging zwar ebenfalls zurück, aber nur von 18,1 auf 16,8 Prozent. Der Rückgang der Kinderquote ist in Estland und Lettland besonders ausgeprägt (vgl. Anhangtabelle A2). Angesichts der niedrigen Geburtenhäufigkeit ist auch in den Beitrittsländern mit einem weiteren Sinken des jungen Bevölkerungsanteils zu rechnen.

Aufgrund der niedrigeren Lebenserwartung, nicht zuletzt auch in den älteren Generationen, liegt in den MOEL-Ländern auch der Bevölkerungsanteil der Altersgruppe 65+ unter dem Vergleichswert der EU (vgl. Anhangtabelle A3). Da die Beitrittsländer eine jüngere Altersstruktur aufweisen, rechnet EUROSTAT damit, dass sich der Anteil der älteren Menschen von derzeit 13 Prozent bis zum Jahr 2020 auf 18 Prozent erhöhen und erst etwa zur Mitte des Jahrhunderts den Niveaus der EU-15 annähern wird².

Bevölkerungsprognosen für Österreich

Nach den Ergebnissen der jüngst revidierten Bevölkerungsprognose³ für Österreich wird die Bevölkerungszahl weiter wachsen, allerdings langsamer als in der Vergangenheit. Bis zum Jahr 2030 wird in der Hauptvariante mit einem Bevölkerungswachstum von drei Prozent

¹ Statistik kurzgefasst, Thema 3 - 12/2001, Die demographischen Folgen der Aufnahme von zwölf Beitrittsländern für die EU, Eurostat.

² Statistik kurzgefasst, Thema 3 - 12/2001, Die demographischen Folgen der Aufnahme von zwölf Beitrittsländern für die EU, Eurostat.

³ Hanika, A., Bevölkerungsvorausschätzung 2000 - 2050 für Österreich und die Bundesländer, Statistische Nachrichten 12/2000, S. 977-989.

gerechnet. Im Jahr 2032 wird das Bevölkerungsmaximum erreicht, danach sinkt die österreichische EinwohnerInnenzahl wieder. Geburtenüberschüsse liefern lediglich in den Jahren 2000 und 2001 positive Beiträge zum Bevölkerungswachstum. Ab dem Jahr 2002 überwiegen die Sterbefälle die Geburten. Die Bevölkerungszahl steigt aber noch bis 2032, da die negativen Geburtenbilanzen durch Nettozuwanderung kompensiert werden.

Die Prognose geht davon aus, dass langfristig das Fertilitätsniveau bei 1,5 Kindern pro Frau und damit etwas höher als 1999 (1,31) liegen wird. Eine leichte Erhöhung der Fertilität wird auch in den meisten internationalen Bevölkerungsprognosen für die EU-Länder angenommen. Für die Mortalität wird unterstellt, dass sich die Lebenserwartung der Männer auf 80,0 Jahre (2030) bzw. auf 82,0 Jahre (2050) steigert, jene der Frauen auf 85,5 Jahre (2030) bzw. auf 87,0 Jahre (2050). Langfristig dürfte sich die Schere zwischen weiblicher und männlicher Lebenserwartung somit etwas verringern.

Die demographische Alterung wird sich im Gesamtbelastungsquotienten⁴ nicht deutlich niederschlagen, da in dieser Kennziffer der sinkende Anteil der jüngeren Generation vom steigenden Anteil der Älteren kompensiert wird. In Österreich beispielsweise liegt dieser Quotient derzeit bei 58,8 und wird im Jahr 2050 79,7 betragen. Für das Jahr 1971 weist die österreichische Statistik in etwa denselben Wert aus. Allerdings lag damals der Anteil der unter 15-jährigen noch über jenem der über 60-jährigen. Im Jahr 2050 hingegen wird der Anteil der Altersgruppe 60+ voraussichtlich nahezu das 2,5-fache des Kinderanteils betragen.

Prognosen oder Vorausschätzungen für längere Zeiträume sind mit hohen Unsicherheiten behaftet; mit entsprechender Vorsicht sollten die Ergebnisse interpretiert werden. Meist berechnen Demographen daher parallel mehrere Varianten, die sich in ihren Annahmen bezüglich Fertilität, Lebenserwartung oder Wanderungsströmen unterscheiden. Exemplarisch werden in Tabelle 1 Prognoserechnungen für Österreich von verschiedenen Institutionen gegenübergestellt. Die Ergebnisse sind bereits für den Prognosezeitraum bis 2020 recht unterschiedlich. So rechnet die Weltbank für Österreich bereits in den nächsten zwanzig Jahren mit einem Bevölkerungsrückgang von rund drei Prozent, stimmt die Prognoseannahmen allerdings stärker auf die Entwicklungsländer als auf Industrieländer ab. Die Vereinten Nationen rechnen für 2010 mit einer um drei Prozent größeren Bevölkerung als im Jahr 2000, setzen den Zeitpunkt des eintretenden Bevölkerungsrückgangs aber noch innerhalb der nächsten 20 Jahre an. Statistik Austria und Eurostat gehen hingegen davon aus, dass sich die Bevölkerung in Österreich wie in einigen anderen Mitgliedsländern erst später rückläufig entwickeln wird.

⁴ Summe der unter 15-jährigen und der über 60-jährigen dividiert durch die Altersgruppe 15-60.

Tabelle 1: Bevölkerungsprognosen für Österreich

	in 1.000		Index 2000=100	
	2010	2020	2010	2020
Statistik Austria, August 2001				
mittlere Variante	8.231	8.327	101,4	102,5
Eurostat, Basislinie	8.326	8.443	102,8	104,2
World Development Indicators	8.037	7.885	99,2	97,3
Vereinte Nationen	8.348	8.279	103,0	102,2

Quellen: Statistik Austria, Eurostat Jahrbuch 2001, IHS HealthEcon 2001.

Die EU wächst langsam...

In den vergangenen zehn Jahren nahm die Bevölkerung der heutigen EU-Länder um insgesamt rund drei Prozent zu (vgl. Anhangtabelle A1). Das Bevölkerungswachstum hat sich damit gegenüber den vorangegangenen Dekaden verlangsamt. Nicht alle Mitgliedsländer weisen das gleiche Wachstumsmuster auf: Österreich gehört gemeinsam mit Griechenland, Irland, den Niederlanden und insbesondere Luxemburg zur Gruppe der überdurchschnittlich wachsenden EU-Länder. In Italien und Portugal hingegen stagniert die Bevölkerungszahl.

Den meisten europäischen Ländern ist gemein, dass Zunahmen der Einwohnerzahl weniger stark durch natürliches Wachstum (der Differenz aus Geburtenzahl und der Anzahl von Sterbefällen) bedingt sind, sondern aus Zuwanderung bestehen. EUROSTAT schätzt, dass das natürliche Bevölkerungswachstum zwischen 2000 und 2001 rund ein Drittel der Bevölkerungszunahme von über einer Million ausmacht. Ohne Wanderungen wären einzelne Länder wie Deutschland, Schweden oder Griechenland derzeit bereits mit Bevölkerungsrückgängen konfrontiert, und in Österreich oder Spanien würde die Bevölkerung kaum noch wachsen. Die derzeit überdurchschnittlich hohe Bevölkerungszunahme in Luxemburg resultiert zu rund zwei Dritteln aus dem Wanderungssaldo. Länder wie Frankreich, deren Bevölkerungswachstum primär ein natürliches Wachstum ist, bilden in der EU eindeutig die Ausnahme.⁵

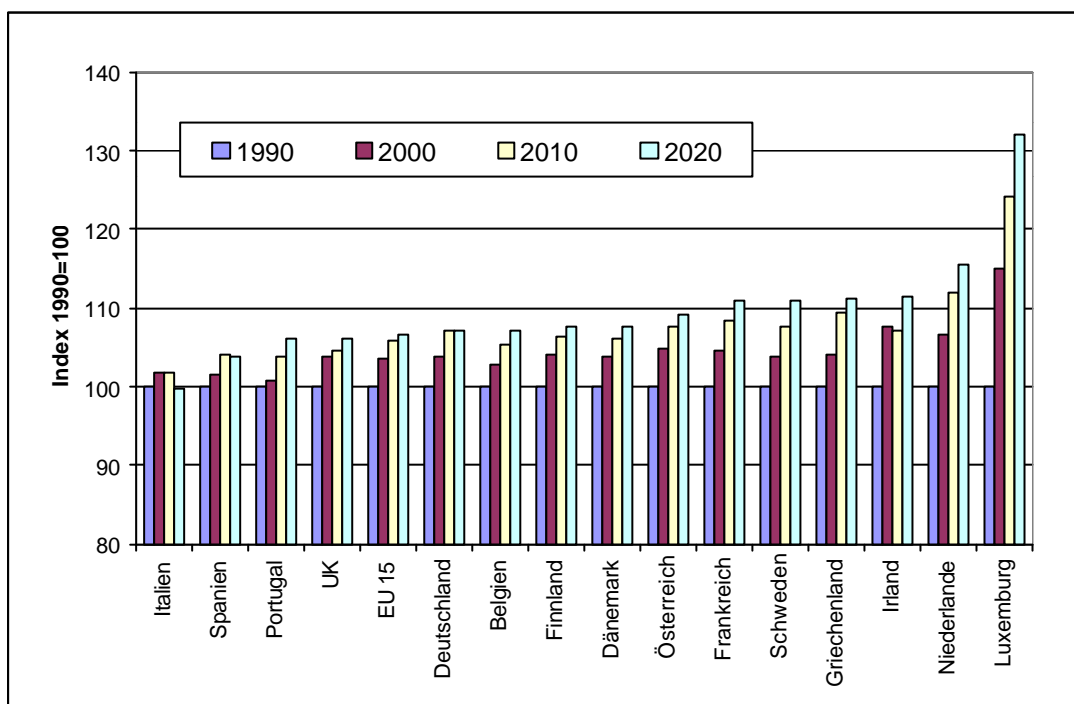
... und wird langsam weiterwachsen...

Die Bevölkerung der derzeitigen EU-Länder wird in den ersten Dekaden des neuen Jahrtausend zwar weiterwachsen, aber mit weiterhin sinkendem Tempo. Der Bevölkerungszuwachs betrug in den EU-15 im letzten Jahrzehnt noch 3,5 Prozent, wird sich aber in den beiden folgenden Jahrzehnten auf 2,4 Prozent und weiter auf 0,7 Prozent verringern. Sechs EU-Ländern dürfte es gelingen, ihre Bevölkerung zwischen 1990 und 2020 um mehr als

⁵ Statistik kurzgefasst, Thema 3 - 16/2000, Erste Bevölkerungsschätzungen für 2000, Eurostat.

zehn Prozent zu vermehren, Österreich verfehlt diese Marke um weniger als einen Prozentpunkt (vgl. Abbildung 1). Luxemburg als wachstumsstärkstes EU-Land hat ein Bevölkerungswachstum dieser Größenordnung bereits in den neunziger Jahren übertroffen. In drei Ländern, Deutschland, Spanien und Italien, zeichnet sich bereits innerhalb der nächsten zwanzig Jahre der Beginn von Bevölkerungsrückgängen ab. Im geburten-schwachen Italien fällt dieser am stärksten aus und setzt bereits früher als in den anderen EU-Ländern ein. Dadurch wird es im Jahr 2020 bereits weniger ItalienerInnen geben als im Jahr 1990.

Abbildung 1: Bevölkerungsprognose für EU-Länder



Quelle: EUROSTAT: Jahrbuch 2001, EUROSTAT Basislinienschätzung für 2010/20, IHS HealthEcon 2001.

...dafür steigen die Gesundheitsausgaben

Sowohl Bevölkerungswachstum als auch Bevölkerungsalterung führen zu einem Anstieg der gesamten Gesundheitsausgaben. Für die Ausgaben für ärztliche Leistungen liegen Berechnungen vor, die beide Effekte getrennt ausweisen⁶. Bereits für den Zeitraum 2000 bis 2020 ist für die Länder Europas anzunehmen, dass der ausgabentreibende Effekt der Alterung den Effekt aus der steigenden Personenzahl überwiegen wird. In Europa dürften lediglich in Irland und in Norwegen Ausgabensteigerungen aufgrund der Bevölkerungs-

⁶ Denton, Frank T., A. Gafni, B.G. Spencer, Exploring the effects of population change on the costs of physician services, QSEP Research Report No. 358, Research Institute for Quantitative Studies in Economics and Population, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada, April 2001

zunahme dominieren. Außerhalb Europas überwiegen sie ebenfalls aufgrund der Bevölkerungszunahme, beispielsweise in Australien, Kanada oder den USA.

Nimmt der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung zu, so übt dies Druck auf die Gesundheitsausgaben aus, da ältere Menschen in der Regel mehr Gesundheitsleistungen nachfragen und in Anspruch nehmen (müssen) als jüngere. Der wachsende Anteil älterer Menschen resultiert unter anderem daraus, dass die Lebenserwartung in der Vergangenheit beträchtlich gestiegen ist; voraussichtlich wird sie auch weiter steigen⁷. Je nachdem, ob die gewonnenen Lebensjahre in relativ gutem oder in eher schlechtem Gesundheitszustand verbracht werden, ergeben sich unterschiedliche Konsequenzen für die aggregierte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.

⁷ Kennzahlen zum Gesundheitszustand der EU-Bevölkerung werden in der Winter-Ausgabe des HSW präsentiert.

Schwerpunktthema: Akutversorgung und Langzeitversorgung: eine Schnittstelle nach Maß oder Zufall?

Die Sozial- und Gesundheitspolitik in allen entwickelten Ländern ist seit geraumer Zeit mit der Langzeitversorgung befasst. Wie im Standardteil dieser Ausgabe ausgeführt, wächst die Anzahl älterer Personen und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung; darüber hinaus steigt auch die Lebenserwartung für diese Personengruppe. Die Definition von Langzeitversorgung ist schwierig. Die Bereiche hausärztliche Versorgung, Akutversorgung und Langzeitversorgung sind nicht scharf abgrenzbar. In der Akutversorgung sind ärztliches und nicht-ärztliches medizinisches Personal bemüht, eine akut aufgetretene Krankheit zu behandeln; in der Langzeitversorgung hingegen liegt der Schwerpunkt darauf, die Funktionsfähigkeit von Personen so gut wie möglich zu erhalten.

Die Definition von Langzeitversorgung ist breit...

Langzeitversorgung umschreibt ein Spektrum von alltäglichen Aktivitäten, die chronisch erkrankte und/oder behinderte Person für eine längere Zeitperiode benötigen. Jene, vorwiegend arbeitsintensiven, Leistungen dienen dazu, den Verlust von physischen und/oder mentalen Kräften zu minimieren, wiederherzustellen oder zu kompensieren⁸.

Die WHO definiert Langzeitversorgung als ein System von Aktivitäten, die darauf abzielen, einer Person, die selber nicht mehr in der Lage ist für sich zu sorgen, durch informelle und/oder professionelle Hilfestellungen, die höchst mögliche Lebensqualität zu garantieren. Dies nach Maßgabe individueller Präferenzen und mit dem größtmöglichen Spielraum an Unabhängigkeit, Autonomie, Selbstbestimmung und Würde⁹.

Jene Grundsätze enthält das 1993 verabschiedete Bundespflegegeld-Gesetz in Österreich. Es sieht eine Kombination von Geld- und Sachleistungen vor, die aus dem Steueraufkommen finanziert werden. Die Leistungen stellen auf den individuellen Bedarf ab und sind nicht mehr an die Ursache der Pflegebedürftigkeit geknüpft oder an die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis. Das Gesetz wurde mit der Absicht beschlossen, die Strukturen der Langzeitversorgung zu vereinheitlichen¹⁰.

Definitions- und Abgrenzungsprobleme spiegeln sich jedoch auch in der Struktur des Pflegeaufwandes wider. 1999 wurden insgesamt ATS 22.18 Mrd. (€ 1,6 Mrd.) für

⁸ Stone, R.I., Long-Term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century, Milbank Memorial Fund, August 2000: <http://www.milbank.org/0008stone/>

⁹ World Health Organization and Milbank Memorial Fund: Towards and International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Aging, Geneva 2000.

¹⁰ Schaffenberger, E., Juraszovich, B., Pochobradsky, E., Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Auftrag des BMSG, Wien 1999.

Langzeitversorgung ausgegeben. Davon trug 84 Prozent der Bund und 16 Prozent die Länder.

Tabelle 2: Aufwand für Pflegevorsorge, zu laufenden Preisen 1999

	Mrd. ATS	Mrd. EURO	Anteile in Prozent
Gesamt	22,19	1,61	100
Bundspflegegeld	18,65	1,36	84,1
Landespflegegeld	3,53	0,26	15,9
			Gesamte Pflegeausgaben in Prozent
Bruttoinlandsprodukt	2,712.03	197,09	0,8
Staatsausgaben	1,455.00	105,74	1,5

Quellen: BMSG 1999, IHS HealthEcon 2001.

Langzeitversorgung verbrauchte insgesamt 1,5 Prozent der gesamten Staatsausgaben. Der gesamte Pflegeaufwand bleibt allerdings unterschätzt, da er weder die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung für Hauskrankenpflege und Rehabilitation enthält, noch die Ausgaben für die Leistungen von Krankenanstalten und niedergelassenen ÄrztInnen.

...die politische Diskussion darüber immer aktuell

In etwa der Hälfte aller EU-Länder, einschließlich Österreich, sieht die Gesetzgebung vor, dass die Verantwortung für abhängige Familienmitglieder der Familie obliegt. Andererseits war die Expansion des Wohlfahrtsstaates beginnend in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts oftmals von der Überlegung dominiert, familiäre Versorgungs-Verpflichtungen durch formale Hilfe zu substituieren¹¹. In Mitteleuropa haben Deutschland und Österreich eine Versicherungs- bzw. eine Geldtransfer-Lösung umgesetzt. In Nordeuropa wird hingegen an das dort traditionell ausgeprägte Gesundheits- und Wohlfahrtssystem von Sachleistungen angeknüpft. In den Mittelmeerländern wird vor allem die Angehörigenpflege als dominierend angesehen¹².

Langzeitversorgung konsumiert in allen Ländern einen erheblichen Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Während in Holland und in Schweden beinahe drei Prozent des BIP aufgewendet werden, ist der Anteil in Spanien (0,56 Prozent), Italien (0,74 Prozent) und der Schweiz (0,75 Prozent) am geringsten.

¹¹ Johansson, L., From Policy to Practice: The Swedish Model, Paper presented at the 2nd Int. Conference on Caring – "Share the Care", Brisbane, Australia, March 2000.

¹² Ruddy, J., Sozialschutz bei Pflegebedürftigkeit im Alter in den 15 EU-Mitgliedsstaaten und in Norwegen, Soziale Sicherheit 2/2000, Wien.

Langzeitversorgung wird von einer Reihe unterschiedlicher Anbieter erbracht. Die institutionelle Struktur von Langzeitversorgung ist vielfach durch die Entwicklung der Sozialgesetzgebung geprägt, die auf unterschiedliche Art und Weise die Bedürfnisse und Präferenzen der Betroffenen bzw. die Verfügbarkeit informeller Hilfe und die Kosten einbezieht.

Diese Unterschiede spiegeln sich auch deutlich in den Differenzen bei der Verfügbarkeit der Bettenressourcen für die Langzeitversorgung wider. Während in einigen hier ausgewiesenen Ländern die Kapazitäten zunahmten, ist beispielsweise in Schweden ein Rückgang von mehr als 90 Prozent zu verzeichnen, was aber darauf zurückzuführen ist, dass seit 1992 nur mehr „echte Geriatriebetten“ gezählt werden und Ressourcen des privaten Sektors bzw. in allgemeinen Krankenanstalten ausgenommen sind. Im Gegensatz dazu werden im Vereinigten Königreich Betten (Plätze) sowohl im National Health Service als auch im privaten Sektor gezählt.

Ausgehend von einem ähnlichen Niveau weisen Deutschland und die Niederlande seit 1990 ein Bettenwachstum zwischen sechs und 26 Prozent auf. In beiden Ländern werden ausschliesslich die Betten in Pflegeheimen ausgewiesen. Das österreichische Niveau der Langzeitressourcen ist mit 1,9 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen vergleichsweise niedrig. Darüber hinaus sind die Kapazitäten 1999 auf 86 Prozent des Niveaus von 1990 gefallen. Die Betten der Langzeitversorgung in Österreich werden als Residuum ermittelt, indem vom gesamten Bettenstand die Akutbetten und Betten für psychiatrische Versorgung abgezogen werden.

Tabelle 3: Langzeitversorgung im internationalen Überblick

	Ausgaben, gesamt (öffentlich)	Anteil der über 65-jährigen in Prozent		Öffentliche Finanzierung	Betten, 1997 oder letztverfügbares Jahr	
	In Prozent des BIP	In Institutionen	Formale Hilfe zu Hause		Pro 1000 EinwohnerInnen	1990=100
Österreich	1,4 (0,8)	4,9	24,0	Steuern	1,9	86
Holland	2,7 (1,8)	8,8	12,0	Beiträge, Pflichtversicherung	3,7	106
Schweiz	0,75 (N.V.)	N.V.	N.V.	Beiträge und Steuern	11,3	96
Deutschland	N.V. (0,82)	6,8	9,6	Beiträge	4,4	126
Frankreich	N.V. (0,5)	6,5	6,7	Kommunale Steuern	1,4	117
Italien	N.V. (0,74)	2,1	3,6	Kommunale Steuern und Beiträge	0,2	100
Schweden	2,7 (2,7)	8,7	11,2	Steuern	0,7	7
Finnland	1,12 (0,89)	5,3	14,0	Kommunale Steuern	N.V.	N.V.
Dänemark	N.V. (2,24)	7	20,3	Kommunale Steuern	6,6	76
Spanien	0,56 (N.V.)	2,8	2,0	Kommunale Steuern	0,9	33
Vereinigtes Königreich	1,3 (1,0)	5,1	5,5	Steuern	4,4	126
USA	1,3 (0,7)	5,7	16,0	Steuern	N.V.	N.V.

Quellen: International Reform Monitor, Social Policy, Labour Market Policy and Industrial Relations, Bertelsmann Stiftung, Juli und August 2001, OECD Health Data, September 2001, IHS Health Econ 2001.

Gefolgt von Dänemark (20,3 Prozent) weist Österreich mit 24 Prozent die höchste Betreuungsrate von Personen über 65 auf, die formale Hilfe zu Hause in Anspruch nehmen. Mehr als ein Zehntel der über 65-jährigen in den USA (16 Prozent) und in Finnland (14 Prozent), gefolgt von Schweden (11,2 Prozent), erhalten formale Hilfestellungen zu Hause.

In einigen EU-Ländern ist Langzeitversorgung zu Hause entweder sehr fragmentiert¹³ oder sie wird – wie in Deutschland – unter dem Paradigma der Dezentralisierung erbracht¹⁴. Allerdings hat die Pflegeversicherung in Deutschland zu einer mehr als 50-prozentigen Entlastung der kommunalen Haushalte geführt. Darüber hinaus konnte eine beträchtliche

¹³ Herrrad, J.-C., Acute and Long-term Care for the Elderly in France: Financial Barriers to an Integrated System of Care, <http://salata.mef.hr/CMJ/3803/3803-10.html>

¹⁴ Wasem, J., A study on decentralizing from acute care to home care setting in Germany, Health Policy 41 Suppl. (1997) S109-S129.

Ausweitung des Versicherungsschutzes in der nicht-institutionellen Versorgung beobachtet werden¹⁵.

Die Pflichtversicherung für Langzeitversorgung in den Niederlanden (AWBZ) erstreckt sich auf die gesamte Bevölkerung und deckt das Risiko der Pflegebedürftigkeit umfassend ab. Auf der Finanzierungsseite weist Holland ein vergleichsweise integriertes System der Langzeitversorgung auf, was daran zu erkennen ist, dass Ausgaben für jenen Bereich als ein Teil der Gesundheitsausgaben ausgewiesen werden. Die Ausgaben für Langzeitversorgung, die 2,7 Prozent des BIP konsumierten und 2000 etwa 27 Prozent der niederländischen Gesundheitsausgaben verbrauchten¹⁶, verteilen sich auf intramurale, semimurale und extramurale Ausgaben, wobei für die Langzeitversorgung zu Hause etwa 20 Prozent aufgewendet werden¹⁷. Die regionalen Kapazitäten der Langzeitversorgung sind durch die verfügbaren Budgets reguliert, die auf der Grundlage der Anzahl der über 75-jährigen in einer spezifischen Region verteilt werden. Obwohl der Ausbau von Nachbarschaftshilfe in den letzten Jahren im Vordergrund stand, ist das Angebot in der Langzeitversorgung noch immer beschränkt und es entstanden Wartelisten auf allen Betreuungsebenen¹⁸.

Im Vereinigten Königreich werden etwa 1,3 Prozent des BIP für Langzeitversorgung ausgegeben; davon 1,0 Prozent im National Health Service. Allerdings hat das Kapazitätswachstum im privaten Sektor vergleichsweise sehr stark zugenommen¹⁹, was jedoch zur Folge hatte, dass das Angebot über die Regionen ungleich verteilt und Qualitätsstandards nicht angemessen entwickelt und implementiert sind. Weiters ist durch das Amalgam von privaten und öffentlichen Kapazitäten die Datenlage schlecht²⁰. Die erst kürzlich getroffene Entscheidung, in Schottland persönliche Langzeitversorgung ohne Selbstbeteiligung der PatientInnen anzubieten, löste darüber hinaus eine politische Diskussion über die Effektivität der Dezentralisierung im National Health Service des Vereinigten Königreich aus, zumal seitens des Finanzministeriums keine weiteren Mittel für den dadurch anfallenden Mehraufwand bereitgestellt werden²¹.

¹⁵ Cuellar, A., Wiener, J.: Can Social Insurance For Long-term Care Work? The Experience of Germany. *Health Affairs*, Vol. 19, Number 3 May/June 2000.

¹⁶ Central Bureau of Statistics, The Netherlands, 2000.

¹⁷ Stoocker, T. et.al.: Costs in the Last Year of Life in The Netherlands, *Inquiry* 38: 73-80 (Spring 2001).

¹⁸ Portrait, F., Lindeboom, M., Deeg, D., The use of long-term care services by the Dutch Elderly, *Health Economics* 9: 513-531 (2000).

¹⁹ Harrington, Ch., Pollock, A.M.: Decentralisation and privatization of long-term care in UK and USA, *THE LANCET* Vol 351: 1805-1808, June 1998.

²⁰ Turrell, A.R., Castleden, C.M., Freestone, B.: Long stay care and the NHS: discontinuities between policy and practice, *BMJ* Vol 317, October 1998.

²¹ Pollock, A.M., *Social Policy and Devolution*, *BMJ* Vol 322, February 2001.

...und die Abgrenzungen zum Akutsektor empirisch gewachsen

Die OECD definiert Langzeitversorgung als laufende Bereitstellung von Gesundheits- und Pflegeleistungen für Personen, die infolge chronischer Behinderungen oder reduzierter Unabhängigkeit, Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen²². Bis vor wenigen Jahren wurde als Abgrenzung zwischen akut-stationären und Langzeit-Ressourcen eine Bettenbelegung von bis zu durchschnittlich 30 Tagen angenommen. Gegenwärtig beläuft sich die

Tabelle 4: Wien

Akut-stationäre Versorgung	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Belagstage	4,114.180	3,963.080	3,933.940	3,924.310	3,897.090	3,915.910	3,904.660	3,894.610	3,894.540	3,884.440
Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	9,9	9,3	9,0	8,8	8,5	8,1	7,8	7,0	6,7	6,5
Betten gesamt	14.023	13.636	13.536	13.555	13.717	13.846	13.622	13.692	13.292	13.132
Betten pro 1.000 EinwohnerInnen	9,2	8,8	8,6	8,5	8,6	8,7	8,5	8,6	8,3	8,2
Betten pro 1.000 EinwohnerInnen 65+	50,6	49,5	49,6	50,0	51,1	52,1	51,8	52,6	51,6	51,7
Stationäre PatientInnen gesamt	413.786	424.189	436.748	447.500	457.888	483.819	500.285	558.951	581.155	598.056
Stationäre PatientInnen pro Bett	29,5	31,1	32,3	33,0	33,4	34,9	36,7	40,8	43,7	45,5
Stationäre PatientInnen/1.000 EinwohnerInnen	271,5	274,6	278,3	281,6	286,9	303,8	313,6	349,3	363,5	373,2
Stationäre PatientInnen/1.000 EinwohnerInnen 65+	1492,0	1540,2	1600,5	1650,9	1705,3	1819,0	1901,1	2145,8	2256,7	2355,2
Langzeitversorgung										
Belagstage	2,615.820	2,566.920	2,596.060	2,495.690	2,532.910	2,454.090	2,375.340	2,335.390	2,255.460	2,205.560
Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	330,0	321,2	320,6	327,4	316,0	322,7	288,6	279,4	281,8	285,8
Betten gesamt	7.277	7.164	7.264	6.945	7.083	6.854	6.678	6.508	6.308	6.168
Betten pro 1.000 EinwohnerInnen	4,8	4,6	4,6	4,4	4,4	4,3	4,2	4,1	3,9	3,8
Betten pro 1.000 EinwohnerInnen 65+	26,2	26,0	26,6	25,6	26,4	25,8	25,4	25,0	24,5	24,3
Stationäre PatientInnen gesamt	7.927	7.992	8.097	7.622	8.015	7.605	8.231	8.358	8.003	7.716
Stationäre PatientInnen pro Bett	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3	1,3
Stationäre PatientInnen/1.000 EinwohnerInnen	5,2	5,2	5,2	4,8	5,0	4,8	5,2	5,2	5,0	4,8
Stationäre PatientInnen/1.000 EinwohnerInnen 65+	28,6	29,0	29,7	28,1	29,9	28,6	31,3	32,1	31,1	30,4

Quelle: Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2001.

Tabelle 5: Österreich ohne Wien

Akut-stationäre Versorgung	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Belagstage	14,251.320	13,936.560	13,605.760	13,333.190	13,195.410	12,971.790	12,683.040	12,219.490	12,308.479	12,215.570
Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	9,5	9,2	8,7	8,4	8,2	7,9	7,6	6,9	6,6	6,3
Betten gesamt	49.983	49.179	48.589	47.577	47.213	46.699	45.888	45.240	44.594	44.045
Betten pro 1.000 EinwohnerInnen	8,1	7,8	7,7	7,4	7,3	7,2	7,1	7,0	6,9	6,8
Betten pro 1.000 EinwohnerInnen 65+	56,1	54,0	52,4	51,5	50,4	49,1	47,5	46,2	45,1	44,2
Stationäre PatientInnen gesamt	1,502.350	1,518.129	1,556.560	1,578.168	1,608.039	1,636.599	1,662.587	1,778.898	1,867.451	1,943.326
Stationäre PatientInnen pro Bett	30,1	30,9	32,0	33,2	34,1	35,0	36,2	39,3	41,9	44,1
Stationäre PatientInnen/1.000 EinwohnerInnen	242,1	242,2	245,3	246,5	249,9	253,6	257,2	274,9	288,2	299,5
Stationäre PatientInnen/1.000 EinwohnerInnen 65+	1686,8	1667,2	1678,9	1709,9	1715,2	1719,1	1721,4	1816,1	1887,3	1949,0
Langzeitversorgung										
Belagstage	2,518.680	2,533.440	2,564.240	2,446.810	2,374.590	2,358.210	2,436.960	2,450.510	2,541.521	2,594.430
Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	44,3	43,6	42,6	39,4	38,5	37,6	38,1	38,9	38,8	39,2
Betten gesamt	7.617	7.721	7.811	7.523	7.187	7.501	7.812	7.860	7.906	7.655
Betten pro 1.000 EinwohnerInnen	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Betten pro 1.000 EinwohnerInnen 65+	8,6	8,5	8,4	8,2	7,7	7,9	8,1	8,0	8,0	7,7
Stationäre PatientInnen gesamt	56.877	58.077	60.236	62.082	61.690	62.787	64.043	62.943	65.419	66.132
Stationäre PatientInnen pro Bett	7,5	7,5	7,7	8,3	8,6	8,4	8,2	8,0	8,3	8,6
Stationäre PatientInnen/1.000 EinwohnerInnen	9,2	9,3	9,5	9,7	9,6	9,7	9,9	9,7	10,1	10,2
Stationäre PatientInnen/1.000 EinwohnerInnen 65+	63,9	63,8	65,0	67,3	65,8	66,0	66,3	64,3	66,1	66,3

Quelle: Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2001.

Bestandsaufnahme: Wien ist anders

Nach dieser Definition sind derzeit ein Drittel aller Krankenanstaltenbetten in Wien dem Bereich Langzeitversorgung zuzuordnen, in den Bundesländern außer Wien hingegen nicht einmal 15 Prozent (vgl. Tabellen 3 und 4). 1.000 WienerInnen stehen 8,2 Akutbetten und 3,8 Langzeitbetten zur Verfügung, 1.000 EinwohnerInnen in den Bundesländern hingegen 6,8 Akutbetten und 1,2 Langzeitbetten. Bezogen auf die Bevölkerung ist die Bettenversorgung somit in beiden Bereichen in Wien besser als in den Bundesländern. Allerdings muss bei der Interpretation der besseren Akutversorgung in Wien auch bedacht werden, dass einige hochspezialisierte Behandlungen von PatientInnen aus den Bundesländern in Wien durchgeführt werden²³. Im selben Zusammenhang ist auch zu sehen, dass im Akutbereich in Wien signifikant mehr stationäre Aufnahmen je 1.000 EinwohnerInnen verzeichnet werden als in den Bundesländern (373 bzw. 300), bei einer ebenfalls (allerdings nur geringfügig) höheren durchschnittlichen Belagsdauer in Wien.

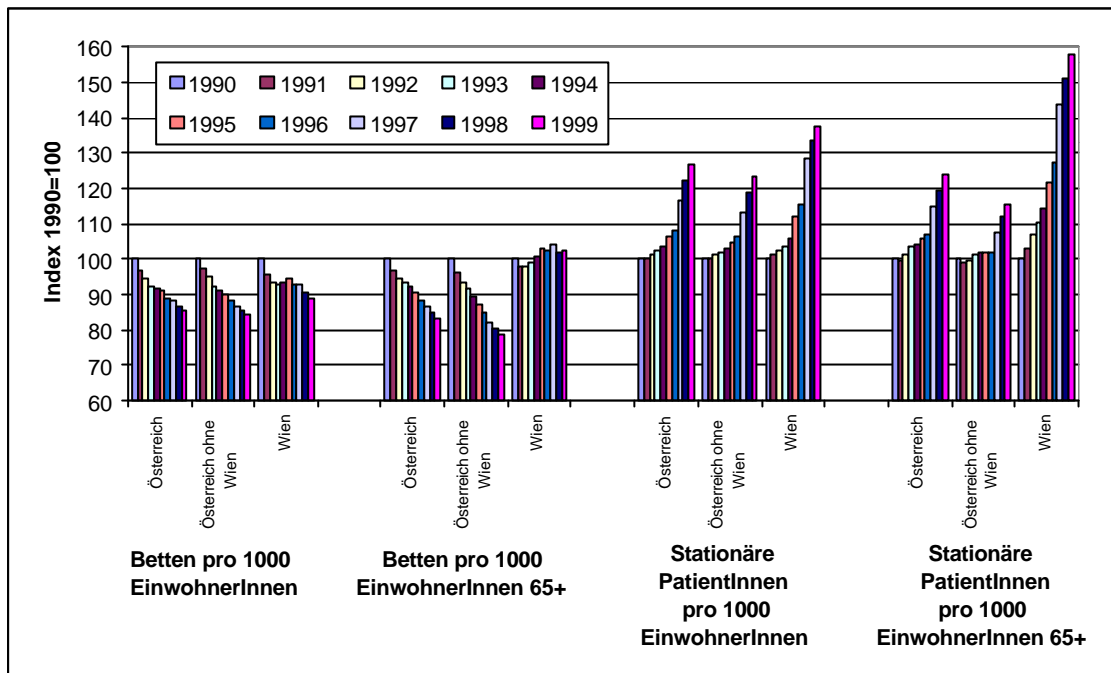
Kapazitäten sinken...

Die überproportional hohe Zahl an Langzeitbetten in Wien ist auf Pflegeanstalten für chronisch Kranke zurückzuführen. Von 8.873 Betten dieses Bereichs in ganz Österreich finden sich 6.154 in Wien. Hingegen werden in Wien keine Betten in Genesungsheimen oder in Rehabilitationszentren verzeichnet; in den Bundesländern jedoch übersteigt seit Anfang der 90er Jahre die Anzahl der Betten für medizinische Rehabilitation die Bettenzahl in Pflegeheimen für chronisch Kranke. Die regional unterschiedliche Struktur im Bereich Langzeitversorgung schlägt sich auch in der durchschnittlichen Belagsdauer nieder, die in Wien bei 286 Tagen liegt, im Durchschnitt der anderen Bundesländer hingegen bei knapp 40 Tagen.

Da Gesundheitsleistungen in stärkerem Maße von älteren Menschen als von jüngeren in Anspruch genommen werden, können Unterschiede in der Altersstruktur auch Versorgungsunterschiede begründen. Allerdings zeigen Tabelle 3 und 4, dass die Unterschiede in der Versorgung zwischen Wien und den Bundesländern weit größer sind als jene in der Altersstruktur. Werden beispielsweise die Betten der Langzeitversorgung auf die EinwohnerInnen der Altersgruppe 65+ bezogen, verringert sich der Vorsprung Wiens in der Bettenkapazität gegenüber den Bundesländern nur unwesentlich.

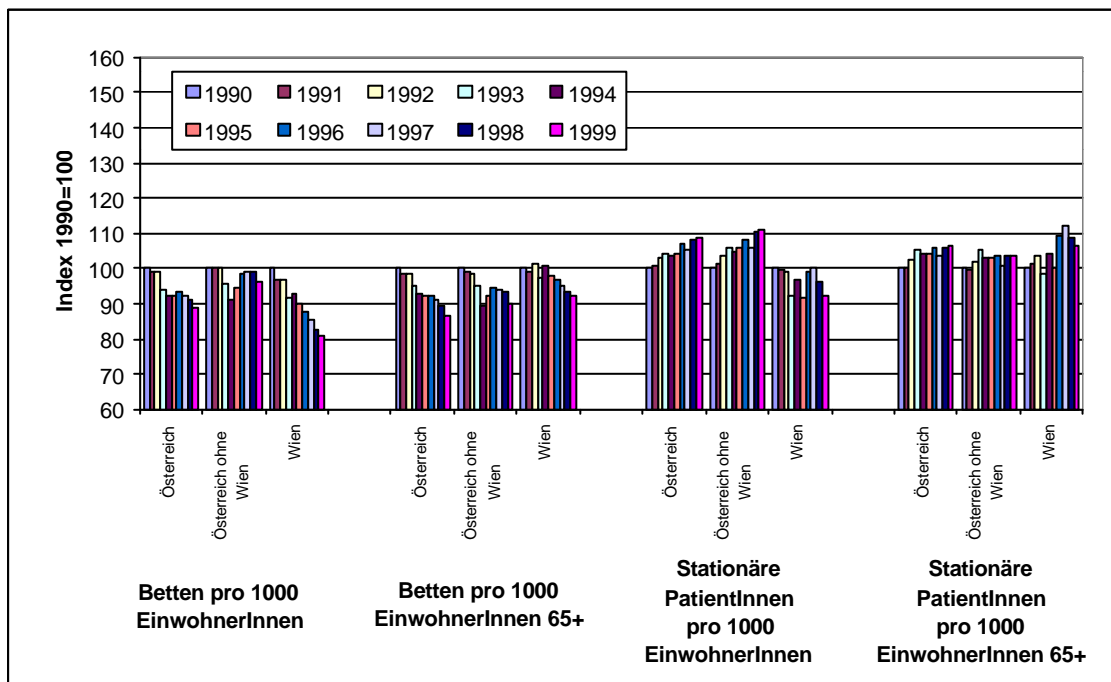
²³ Die PatientInnenstromanalyse für 1992 wies aus, dass in Wien um neun Prozent mehr stationäre PatientInnen versorgt wurden als in Wien wohnhaft waren. Bei PatientInnen der Spitzenversorgung betrug diese Kennziffer sogar 32 Prozent. Vgl. ÖBIG: ÖKAP '94 - Österreichischer Krankenanstaltenplan, Band 1, S. 96.

Abbildung 2: Akut-stationäre Versorgung



Quelle: Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2001.

Abbildung 3: Langzeitversorgung



Quelle: Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2001.

Seit dem Höchststand der Bettenzahlen in Österreich Ende der 80er Jahre ist die absolute Anzahl tatsächlich aufgestellter Betten in den meisten der hier untersuchten Bereichen sukzessive gesunken. Im Akutbereich fiel die Reduktion in den Bundesländern stärker aus als in Wien, wo allerdings auch seit 1990 fast 900 von 14.000 Betten abgebaut wurden. Angesichts der um ein vielfaches höheren Kapazität in der Langzeitversorgung nimmt es nicht wunder, dass in Wien in diesem Bereich erhebliche Reduktionen durchgesetzt werden konnten. Bezogen auf die Bevölkerung, liegt hier die Bettenzahl 1999 um fast 20 Prozent unter jener von 1990 (vgl. Abbildung 3). In den Bundesländern entwickelte sich die auf die Bevölkerung bezogene Anzahl von Langzeitbetten zwar in den frühen 90er Jahren auch rückläufig, diese Tendenz drehte sich in der zweiten Hälfte der Dekade jedoch um. Werden die Bettenzahlen auf ältere statt auf alle EinwohnerInnen bezogen, zeigt sich eine rückläufige Tendenz im Bereich der Langzeitversorgung in Österreich, allerdings gab es 1999 in Wien mehr Akutbetten bezogen auf die über 65-jährigen als 1990.

...die Nachfrage steigt...

Die Anzahl stationärer PatientInnen stieg in Österreich, sowohl im Akutbereich als auch im Bereich der Langzeitpflege. Im Akutbereich sind markante Steigerungen insbesondere in den letzten Jahren zu beobachten, seit Einführung des LKF-Systems. Eine damit verbundene Befürchtung lautet, dass Anreize, PatientInnen früher zu entlassen, zu einer verstärkten Inanspruchnahme der Langzeitversorgung führen könnte. Aus den uns vorliegenden Daten kann diese Befürchtung nicht untermauert werden: Es sind keinerlei signifikante Zunahmen der PatientInnenzahlen ab 1997 festzustellen. Der markante Anstieg bei Wiener PatientInnen in der Langzeitversorgung erfolgte bereits 1996, ein Zusammenhang mit der Finanzierungs-umstellung ist daher nicht unmittelbar ablesbar.

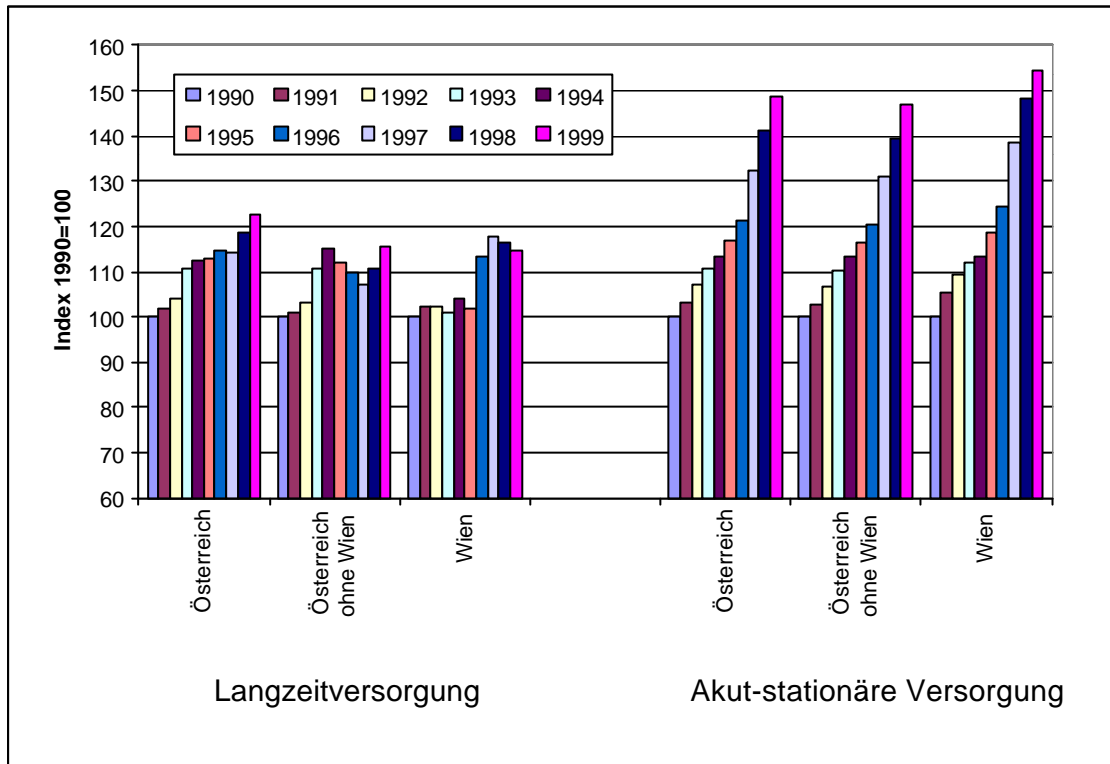
Die vorliegenden Befunde schließen allerdings nicht aus, dass PatientInnen frühzeitig aus der Akutversorgung entlassen werden; es finden sich lediglich keine Hinweise darauf, dass die Einführung des LKF-Systems zu einer stärkeren Beanspruchung der stationären Einrichtungen für Langzeitpflege geführt hat.

...und die Effizienz verbessert sich – wahrscheinlich

Interpretieren wir die Maßzahl PatientInnen je Bett und Jahr als einen Indikator für das Verhältnis zwischen zentralen Output- und Inputgrößen und damit als eine (grobe) Kennziffer für die Effizienz der stationären Versorgung, können wir zweierlei beobachten: In beiden Bereichen, Akut- wie Langzeitversorgung, konnten in den vergangenen zehn Jahren Verbesserungen erzielt werden. Während jedoch im Akutbereich auffallende Verbesserungen zeitlich mit der Finanzierungs-umstellung 1997 zusammenfallen, hat diese Zäsur im Bereich der Langzeitversorgung nur wenig Niederschlag gefunden. Auffällig ist – jedenfalls in den Bundesländern ohne Wien – hingegen das Jahr 1993, in dem die PatientInnenzahl je Langzeitbett stärker stieg als in irgendeinem anderen Jahr des Beobachtungszeitraumes. Von 1992 auf 1993 wurden sowohl in Wien als auch in den anderen Bundesländern Betten im Ausmaß von etwa 300 Stück abgebaut (siehe Tabellen 3 und 4).

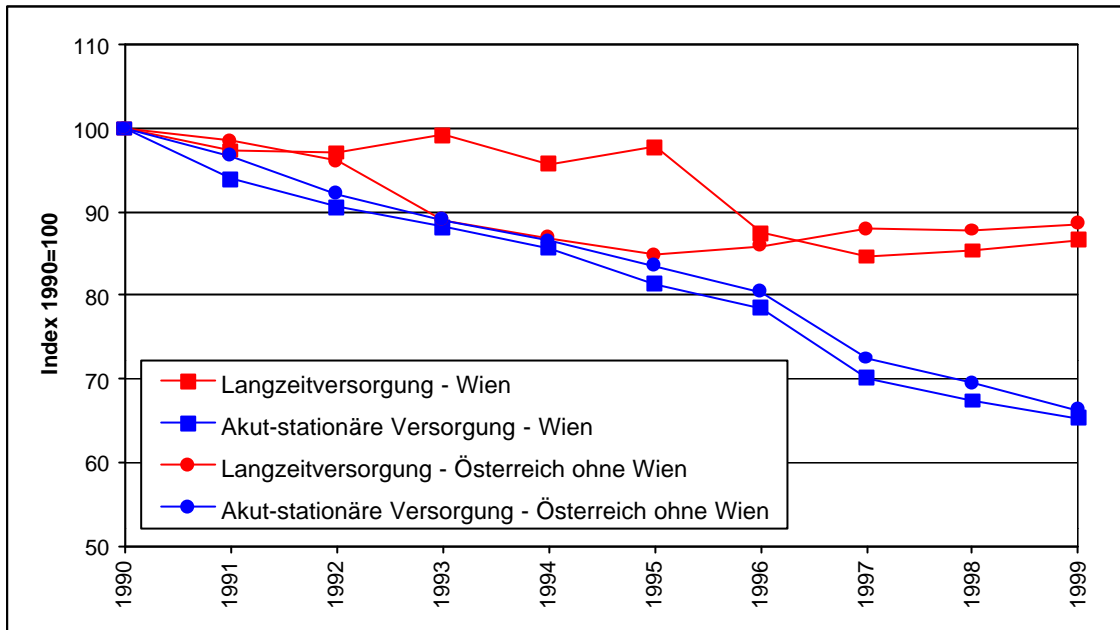
Während in Wien weitere Effizienzverbesserungen anscheinend durch den Abbau von Langzeitbetten erzielt wurden, stieg in den Bundesländern die PatientInnenzahl stark bei konstanten Kapazitäten. Die Entwicklung in den Bundesländern weist darauf hin, dass höhere Effizienz durch die Verbesserung der Auslastung erzielt wurde. Allerdings schwanken die Bettenzahlen seit 1993, was wahrscheinlich eher ein Definitionsproblem ist, als eine unentschiedene Kapazitätsstrategie seitens der Länder.

Abbildung 4: PatientInnen pro Bett



Quelle: Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2001.

Abbildung 5: Durchschnittliche Belagsdauer



Quelle: Statistik Austria; IHS HealthEcon Berechnungen 2001.

Im Einklang mit der internationalen Entwicklung ist die durchschnittliche Belagsdauer rückläufig (vgl. Abbildung 5). Im Akutsektor sind kaum Unterschiede zwischen der Entwicklung in Wien und in den Bundesländern auszunehmen; die durchschnittliche Belagsdauer liegt 1999 um rund ein Drittel unter jener von 1990. Der Langzeitsektor hingegen weist zwar heute auch eine niedrigere durchschnittliche Belagsdauer auf, aber die Rückgänge in den Bundesländern waren praktisch ausschließlich in der ersten Hälfte der 90er Jahre zu verzeichnen, in Wien hingegen erfolgte der größte Bettenabbau von 1995 auf 1996.

Tabelle A1: Gesamtbevölkerung in 1.000									Index 1990=100								Anteil an EU-15
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000 *	2001 *	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000 *	2001 *	1999
Österreich	7729	8047	8059	8072	8078	8092	8121	8135	100	104	104	104	105	105	105	105	2,2
Belgien	9948	10131	10143	10170	10192	10214	10236	10267	100	102	102	102	102	103	103	103	2,7
Dänemark	5135	5216	5251	5275	5295	5314	5330	5349	100	102	102	103	103	103	104	104	1,4
Deutschland	79113	81539	81818	82012	82057	82037	82164	82264	100	103	103	104	104	104	104	104	21,8
Finnland	4974	5099	5117	5132	5147	5160	5171	5181	100	103	103	103	103	104	104	104	1,4
Frankreich	56577	58020	58258	58492	58728 *	58973 *	59226	59520	100	103	103	103	104 *	104 *	105	105	15,7
Griechenland	10121	10443	10465	10487	10511	10522	10546	10570	100	103	103	104	104	104	104	104	2,8
Irland	3507	3598	3620	3652	3694 *	3735	3777	3827	100	103	103	104	105 *	107	108	109	1,0
Italien	56694	57269	57333	57461	57563 *	57613	57680	57876	100	101	101	101	102 *	102	102	102	15,3
Luxemburg	379	407	413	418	424	429	436	443	100	107	109	110	112	113	115	117	0,1
Niederlande	14893	15424	15494	15567	15654	15760	15864	15982	100	104	104	105	105	106	107	107	4,2
Portugal	9920	9912	9921	9934	9957	9980	9998	10016	100	100	100	100	100	101	101	101	2,7
Schweden	8527	8816	8838	8845	8848	8854	8861	8880	100	103	104	104	104	104	104	104	2,4
Spanien	38826	39177	39242	39299	39348	39394	39442	39509	100	101	101	101	101	101	102	102	10,5
Vereinigtes Königreich	57459	58500	58704	58905	59090 *	59391 *	59623	59817	100	102	102	103	103 *	103 *	104	104	15,8
EU-15	363802	371598	372676	373721	374586	375468	376464	377624	100	102	102	103	103	103	103	104	100,0
EU-12	292681	299066	299883	300696	301353	301909	302650	303578	100	102	102	103	103	103	103	104	80,4
Schweiz	6674	7019	7062	7081	7097	7124	7164	7205	100	105	106	106	106	107	107	107	1,9
USA	248143	261687	264162	266490	269106 *	271465	274035	n.v.	100	105	106	107	108 *	109	110	n.v.	72,3
Bulgarien	8991	8406	8363	8312	8257	8211	8191	8129	100	93	93	92	92	91	91	90	2,2
Estland	1571	1484	1469	1458	1450	1442	1439	1433	100	94	94	93	92	92	92	91	0,4
Lettland	2671	2516	2491	2469	2449	2432	2424	2410	100	94	93	92	92	91	91	90	0,6
Litauen	3711	3715	3710	3706	3702	3700	3699	3694	100	100	100	100	100	100	100	100	1,0
Malta	354	371	373	375	378	379	380	382	100	105	105	106	107	107	107	108	0,1
Polen	38119	38588	38618	38636	38664	38741	38647	38631	100	101	101	101	101	102	101	101	10,3
Rumänien	23207	22681	22608	22546	22503	22458	22456	22428	100	98	97	97	97	97	97	97	6,0
Slowakei	5298	5364	5374	5383	5391	5395	5399	5402	100	101	101	102	102	102	102	102	1,4
Slowenien	2000	1983	1991	1980	1974	1976	1988	1989	100	99	100	99	99	99	99	99	0,5
Tschechien	10363	10331	10315	10304	10295	10283	10274	10267	100	100	100	99	99	99	99	99	2,7
Türkei	56136	60611	61528	62455	63391	64337	n.v.	n.v.	100	108	110	111	113	115	n.v.	n.v.	17,1
Ungarn	10365	10229	10193	10155	10114	10068	10043	10006	100	99	98	98	98	97	97	97	2,7
Zypern	n.v.	645	652	658	663	667	667	670	n.v.	100	101	102	103	103	103	104	0,2
Beitritt 13	162784	166922	167685	168437	169230	170089	n.v.	n.v.	100	103	103	103	104	104	n.v.	n.v.	45,3
MOEL 10	106294	105296	105132	104948	104798	104705	104560	104389	100	99	99	99	99	99	98	98	27,9

* vorläufige oder geschätzte Werte

Quelle:EUROSTAT: Jahrbuch 2001; EUORSTAT: Statistik kurzgefasst: Bevölkerung und soziale Bedingungen 16/2000 für Schätzungen 2000/01;

WHO Health for all database, Juni 2001 für alle Beitrittsländer 1990-1999 außer Zypern: Progress Report 2000;

Österreich: Statistik Austria: Statistisches Jahrbuch 2001 für 1990-1999, ISIS (Integriertes Statistisches Informationssystem) für 2000/01; IHS HealthEcon Berechnungen 2001.

Tabelle A2: Anteil der unter 15-jährigen an der Gesamtbevölkerung in Prozent							Index EU-15=100					
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Österreich	17,4	17,7	17,5	17,3	17,1	17,0	96	102	101	101	101	101
Belgien	18,2	17,8	17,7	17,6	17,5	17,4	100	102	102	103	103	103
Dänemark	17,0	17,4	17,7	17,9	18,1	18,2	94	100	102	104	106	108
Deutschland	16,1	16,1	16,0	15,9	15,8	15,7	89	92	92	92	93	93
Finnland	19,3	19,0	18,9	18,8	18,6	18,5	107	109	109	109	110	110
Frankreich	20,2	19,5	19,4	19,2	19,1	18,9	112	112	112	112	112	112
Griechenland	19,2	16,8	16,5	16,2	15,9	15,6	106	96	95	94	93	92
Irland	27,4	24,2	23,6	23,0	22,5	21,6	151	139	137	134	132	128
Italien	15,9	15,0	14,9	14,8	14,7	14,5	88	86	86	86	86	86
Luxemburg	17,3	17,8	18,0	18,1	18,3	18,4	96	102	104	106	107	109
Niederlande	18,2	18,4	18,4	18,3	18,3	18,2	101	106	106	107	108	108
Portugal	20,0	18,1	17,9	17,6	17,4	17,0	110	104	103	103	102	101
Schweden	17,9	18,8	18,8	18,8	18,8	18,9	99	108	109	110	111	112
Spanien	19,4	16,3	15,9	15,6	15,3	14,8	107	93	92	91	90	88
Vereinigtes Königreich	19,1	19,3	19,2	19,1	19,0	18,8	106	111	111	111	111	112
EU-15*	18,1	17,4	17,3	17,2	17,0	16,8	100	100	100	100	100	100
EU-12*	17,9	17,0	16,9	16,7	16,6	16,4	99	98	98	97	97	97
Schweiz	16,9	17,4	17,4	17,3	17,2	17,1	93	100	100	101	101	101
USA	21,9	22,0	21,8	21,7	21,5	21,2	121	126	126	126	126	126
Bulgarien	20,4	18,4	17,8	17,3	16,7	16,0	113	105	103	101	98	95
Estland	22,2	20,5	19,8	19,2	18,6	17,7	123	118	115	112	109	105
Lettland	21,4	20,6	19,9	19,2	18,6	17,7	118	118	115	112	109	105
Litauen	22,6	21,7	21,2	20,7	20,2	19,5	125	124	122	120	119	116
Malta	23,7	22,1	21,7	21,3	20,9	20,6	131	127	125	124	123	122
Polen	25,1	22,8	22,1	21,5	20,8	20,1	139	131	128	125	122	119
Rumänien	23,6	20,5	20,0	19,6	19,2	18,7	130	117	116	114	113	111
Slowakei	25,3	22,7	22,2	21,6	21,0	20,3	140	130	128	126	123	120
Slowenien	19,1	18,3	17,8	17,4	16,9	16,4	105	105	103	101	99	98
Tschechien	21,5	18,7	18,3	17,8	17,4	16,9	118	107	106	104	102	100
Türkei	35,0	31,2	30,6	30,1	29,6	29,5	193	179	177	175	174	175
Ungarn	20,2	18,2	17,9	17,7	17,5	17,3	112	104	104	103	103	102
Zypern	26,0	26,2	25,7	25,2	24,6	24,1	144	150	149	147	145	143
Beitritt 13*	27,3	24,6	24,1	23,7	23,2	22,8	151	141	140	138	136	136
MOEL 10*	23,2	20,9	20,4	19,8	19,3	18,7	128	120	118	116	113	111

* Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quelle: World Development Indicators 2001; IHS HealthEcon Berechnungen 2001.

Tabelle A3: Anteil der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung in Prozent							Index EU-15=100					
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Österreich	15,0	14,7	14,8	14,8	14,9	15,0	102	96	95	94	94	94
Belgien	15,1	15,8	15,9	16,1	16,2	16,4	102	102	102	102	102	102
Dänemark	15,6	15,1	14,9	14,8	14,7	14,4	106	98	96	94	92	91
Deutschland	14,9	15,2	15,4	15,5	15,7	15,8	101	99	99	99	99	99
Finnland	13,4	14,1	14,2	14,4	14,5	14,6	91	92	91	91	91	91
Frankreich	14,0	15,3	15,4	15,5	15,6	15,6	95	99	99	99	98	98
Griechenland	13,7	15,9	16,3	16,6	16,9	17,3	93	103	104	106	107	108
Irland	11,3	11,4	11,4	11,3	11,3	11,2	77	74	73	72	71	70
Italien	15,3	16,1	16,4	16,7	17,0	17,2	104	104	105	106	107	108
Luxemburg	13,1	13,7	13,8	14,0	14,1	14,2	89	89	89	89	89	89
Niederlande	12,8	13,2	13,3	13,4	13,5	13,6	87	86	86	85	85	85
Portugal	13,6	16,1	16,1	16,1	16,1	16,0	92	104	103	102	102	100
Schweden	17,8	17,4	17,3	17,3	17,2	17,2	121	113	111	110	109	108
Spanien	13,8	15,4	15,7	16,0	16,3	16,5	94	100	101	102	103	103
Vereinigtes Königreich	15,7	15,8	15,8	15,8	15,8	15,7	107	102	101	101	100	99
EU-15*	14,7	15,4	15,6	15,7	15,9	16,0	100	100	100	100	100	100
EU-12*	14,4	15,3	15,5	15,7	15,9	16,0	98	99	99	100	100	100
Schweiz	14,4	14,3	14,5	14,7	14,9	15,0	98	93	93	93	94	94
USA	12,4	12,5	12,3	12,2	12,1	11,8	84	81	79	78	76	74
Bulgarien	13,0	14,5	14,8	15,1	15,5	15,6	88	94	95	96	98	98
Estland	11,7	12,8	13,1	13,3	13,6	13,7	79	83	84	85	86	86
Lettland	12,0	13,3	13,5	13,8	14,0	14,1	81	86	87	88	88	89
Litauen	11,0	12,2	12,4	12,6	12,8	13,0	74	79	80	80	81	81
Malta	10,5	11,1	11,2	11,3	11,5	11,7	71	72	72	72	72	73
Polen	10,0	11,0	11,2	11,4	11,6	11,8	68	71	72	73	73	74
Rumänien	10,4	11,8	12,0	12,3	12,5	12,7	71	77	77	78	79	79
Slowakei	10,3	10,8	10,9	11,0	11,1	11,1	70	70	70	70	70	70
Slowenien	11,7	12,1	12,4	12,8	13,1	13,5	79	78	80	81	83	84
Tschechien	12,5	13,1	13,2	13,3	13,5	13,6	85	85	85	85	85	85
Türkei	4,3	5,1	5,2	5,3	5,5	5,7	29	33	33	34	35	36
Ungarn	13,4	14,1	14,2	14,2	14,3	14,4	91	91	91	91	90	90
Zypern	10,9	10,4	10,4	10,5	10,6	10,6	74	67	67	67	67	67
Beitritt 13*	8,7	9,5	9,7	9,8	10,0	10,1	59	62	62	63	63	63
MOEL 10*	11,1	12,1	12,3	12,5	12,7	12,8	75	78	79	79	80	80

* Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt

Quelle: World Development Indicators 2001; IHS HealthEcon Berechnungen 2001.