



Langzeitversorgung in der EU: Wenig Chance für „ambulant vor stationär“?

Schwerpunktthema: Internationale Reformen in der Langzeitversorgung

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel, Gerald Röhrling *

Wenig Chance für „ambulant vor stationär“?

Die unterschiedliche Grenzziehung in der Arbeitsteilung zwischen Akut- und Langzeitversorgung spiegelt sich in einem Trade-off zwischen Pflege- und Akutbetten wieder. In einigen neuen EU-Mitgliedsländern, aber auch in Österreich und Belgien, stehen einer hohen Anzahl von Akutbetten deutlich weniger Pflegebetten gegenüber. In den nordischen Ländern werden relativ mehr Pflegebetten als Akutbetten angeboten. Diese Unterschiede erklären sich teilweise aus der unterschiedlichen Bedeutung der Familie bzw. des Staates in der Wahrnehmung der Versorgung. Typischerweise liegen die Ursachen für einen länger als medizinisch nötigen Verbleib im Krankenhaus bei älteren PatientInnen im weiter bestehenden Pflegebedarf bei fehlenden Kapazitäten zu ihrer Unterbringung. Das Problembewusstsein für diese Fehlallokationen dürfte jedoch in allen Ländern gestiegen sein. Beim Ausbau von ambulanten Pflegekapazitäten müssen aber auch die Möglichkeiten häuslicher Unterstützung und die zu erwartende Entwicklung der Schwere der Pflegebedürftigkeit bedacht werden.

Internationale Reformen der Langzeitversorgung

Seit Anfang der 90er Jahre waren einige Länder bestrebt, durch einen Auf- und Ausbau einen ähnlich guten und bevölkerungsumfassend organisierten Zugang zu Langzeitpflege zu schaffen wie er für Akutbehandlungen meist bereits bestand. In manchen Ländern mussten die institutionellen Voraussetzungen aber erst geschaffen werden, wie die Pflegeversicherungen in Deutschland und Japan oder das steuerfinanzierte Pflegegeld in Österreich. In den meisten betrachteten Ländern wurden auch Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gesetzt. Zu diesen Maßnahmen zählten Ausbildungsvorschriften, Behandlungsstandards und -richtlinien sowie die Errichtung von Institutionen zur Erarbeitung und Durchsetzung dieser Qualitätsstandards.

Wenig Chance
für „ambulant
vor stationär“?

Internationale
Reformen der
Langzeitver-
sorgung

* Alle Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon,
 Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon +43-1-59991-127, E-Mail: hofmarch@ihs.ac.at.
 Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar unter der Internet-Adresse: <http://www.ihs.ac.at>





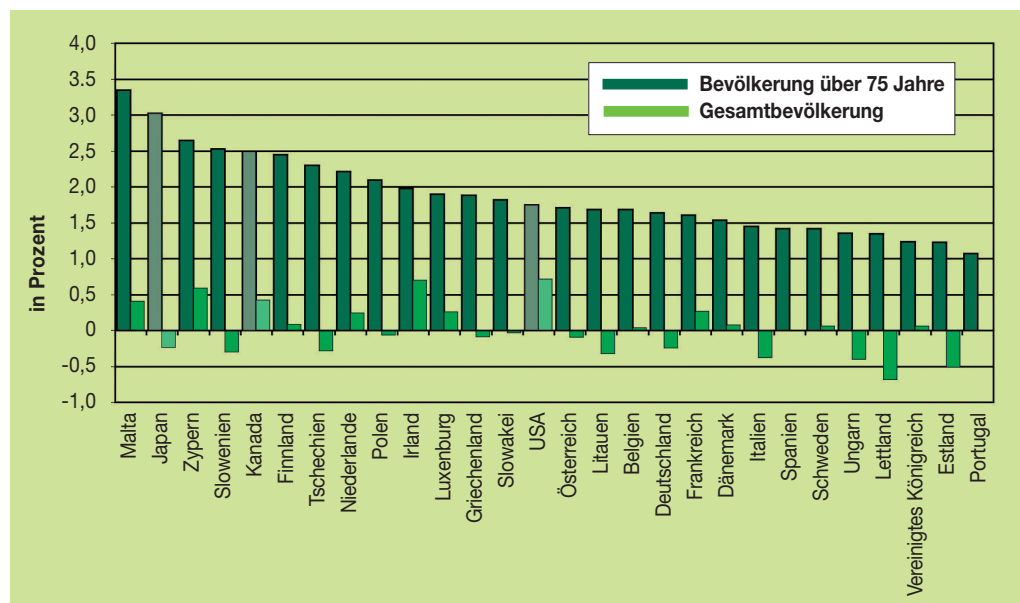
Langzeitversorgung in der EU: Wenig Chance für „ambulant vor stationär“?

International wird unterschiedlich ausgelegt, was unter Langzeitversorgung (LTC) zu verstehen ist. Obwohl ein Schwergewicht auf der Versorgung älterer Menschen liegt, umfasst Langzeitversorgung im Prinzip bedürftige Menschen aller Altersgruppen, Behinderte und chronisch Kranke. Weiters uneinheitlich ist, welche Leistungen als LTC zusammengefasst werden und ob dies beispielsweise ausschließlich pflegerische Leistungen oder auch persönliche oder häusliche Unterstützung bzw. sowohl intramurale als auch extramurale Leistungen umfasst. Bei intramuralen Leistungen wiederum können Kapazitätsengpässe bei Pflegeheimen dazu führen, dass LTC auch in Akutspitälern geleistet wird. Im Zuge der Kostendämpfungsmaßnahmen gibt und gab es in vielen Ländern Bestrebungen, diese Fehlallokation abzubauen.

Langzeitpflege gewinnt international an Bedeutung ...

Für die Gesamtbevölkerung in den entwickelten Ländern werden bis zum Jahr 2025 recht unterschiedliche Entwicklungspfade prognostiziert. Einzelne Länder wie die USA oder in Europa Irland, das Vereinigte Königreich oder Frankreich werden ein Bevölkerungswachstum verzeichnen. Die neuen EU-Mitglieder in Osteuropa, aber auch Italien, Deutschland und Österreich werden hingegen 2025 weniger Einwohner als heute beheimaten, vgl. Abbildung 1. Durch die steigende Lebenserwartung, gekoppelt mit niedriger Fertilität wird die Anzahl der über 75-Jährigen zunehmen, sodass im Jahr 2025 der Anteil der Bevölkerungsgruppe 75+ in den EU-Ländern voraussichtlich zwischen knapp 7 Prozent (Irland, Slowakei) und knapp 13 Prozent (Schweden, Italien) liegen wird, vgl. Abbildung 2. Im Jahr 2000 dagegen hatte die Slowakei noch mit 4 Prozent den niedrigsten und Schweden mit 9 Prozent den höchsten Anteil dieser Altersgruppe.

Abbildung 1: Jahresdurchschnittliche Wachstumsraten 2000-2025



Quelle: World Development Indicators 2004, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

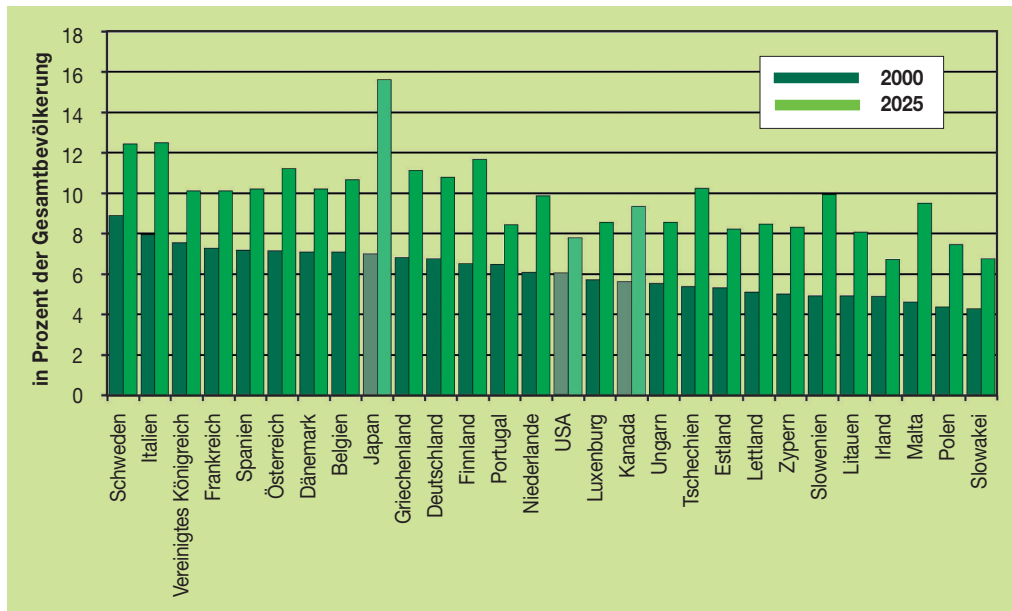
Neben der demographischen Entwicklung hängt der zukünftige Pflegebedarf auch davon ab, ob und wie sich der durchschnittliche Gesundheitszustand in den einzelnen Altersgruppen entwickeln wird. Während Bevölkerungsprognosen mit unterschiedlichen Annahmen zu Migration, Lebenserwartung und Fertilität für die meisten Länder vorliegen, sind Prognosen des zukünftigen Gesundheitszustandes weit seltener. In der Regel beschränken sie sich darauf, analog zur Entwicklung

Langzeit-
pflege
gewinnt
international
an
Bedeutung ...





Abbildung 2: Anteil der über 75-Jährigen an der Gesamtbevölkerung



Quelle: World Development Indicators 2004, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

der Lebenserwartung auch die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre zu extrapolieren, und bewegen sich konzeptionell damit kaum über demographische Überlegungen hinaus. Die rein demographisch orientierten Prognosen der Ausgaben für LTC weisen auf deutliche Anstiege hin. Im Rahmen von EU-weit durchgeführten Berechnungen wurde für Österreich ermittelt, dass allein durch die Entwicklung der Altersstruktur die Pflegeausgaben in den nächsten 30 Jahren um die Hälfte steigen werden.¹⁾

Die öffentliche Finanzierung von Langzeitpflege gewinnt freilich OECD-weit an Bedeutung und umfasst sowohl öffentliche wie private Pflegeheime, aber auch formelle oder informelle Arrangements für Pflege zu Hause. Die öffentlichen Ausgaben für Pflege haben in Europa ein Nord-Süd-Gefälle: die skandinavischen Länder geben mit 3 Prozent des BIP am meisten aus und finanzieren damit ein hohes Niveau an stationärer wie auch an häuslicher Pflege. In Südeuropa sind derartige Ausgaben kaum vorgesehen und der familiären Pflege kommt weit höhere Bedeutung zu.²⁾

In jenen OECD-Ländern, für die Daten vorliegen, gibt es sehr große Unterschiede, ob mehr intramurale Pflege in öffentlichen oder in privaten Einrichtungen angeboten wird. So liegt der Anteil privater Einrichtungen in Finnland, Schweden und Norwegen unter 20 Prozent, aber in Deutschland, dem Vereinigten Königreich, den USA und Japan über 80 Prozent. Unter diesen privaten Einrichtungen gibt es zwar viele non-profit-Einrichtungen, aber in Ländern wie Irland, Portugal, dem Vereinigten Königreich oder den USA ist auch ein beträchtlicher Anteil von gewinnorientierten Institutionen vorhanden: In den USA ist die Gewinnorientierung mit 69 Prozent aller Pflegeheime wohl am häufigsten.³⁾

Wenn die öffentliche Finanzierung von Langzeitpflege auch für informelle Pflege verwendet werden kann, senkt das in der Praxis die öffentlichen Ausgaben, weil Verwandte und andere Personen, die auf informeller Basis pflegen, dann in der Regel mehr und auch zu ungünstigeren Uhrzeiten pflegen. Andererseits zielen manche Länder darauf ab, kein öffentliches Geld für jene Pflege aufzuwenden, die ohnehin von Familienangehörigen erbracht wird; daher wird in Frankreich keine Pflege durch Ehepartner, und in den USA und dem Vereinigten Königreich keine Pflege durch irgendwelche Familienangehörigen finanziert.⁴⁾

1) Riedel M, Hofmarcher MM: Nachfragemodell Gesundheitswesen, Endbericht Teil 2, IHS Projektbericht, Wien, Juli 2002, S. 111.

2) Lunsgaard J: Competition and efficiency in publicly funded services, OECD Economic Studies No 35, 2002/2, p. 70-128.

3) Lunsgaard J: op. cit.

4) Lunsgaard J: op. cit.



... wird ausgebaut werden müssen ...

... wird ausgebaut werden müssen ...

Der Ausbau von Pflegekapazitäten wird nicht homogen über alle Arten von Pflegesettings erfolgen. So gilt als unbestritten, dass die informelle Pflege zukünftig zurückgehen wird. Kleinere Familiengrößen, zunehmende Berufstätigkeit der Frauen aber auch verstärkte Bemühungen, Frührenten zu vermeiden, werden die Möglichkeiten für informelle Pflegeleistungen verhindern oder erschweren. Aktuelle Prognosen rechnen, dass die Gruppe der informell Pflegenden jährlich um ein Prozent sinken und dementsprechend die stationäre und die formelle ambulante Pflege ansteigen werden.⁵⁾ Projektionen für Deutschland zeigen, dass die steigende Lebenserwartung nicht nur die Zahl der Pflegebedürftigen steigen lassen wird, besonders in der Altersgruppe ab 80 Jahren. Vielmehr wird auch eine Verschiebung in Richtung höherer Pflegebedürftigkeit eintreten und der Anteil stationärer Pflege wachsen.⁶⁾

Eine EU-Studie⁷⁾ bestätigt, dass eine reine Verlagerung in den stationären Bereich teurer käme als eine in den ambulanten Sektor. Allerdings haben die Ausgaben für ambulante Pflege einen großen Graubereich, denn informelle Pflege wird nur scheinbar kostenlos erbracht. Daher können Ausgaben für ambulante Pflege volkswirtschaftlich leicht unterschätzt werden, Ausgaben für stationäre Pflege hingegen sind genauer dokumentiert.

Dass ein bevorzugter Ausbau stationärer Pflege generell zu höheren Ausgaben führt als ein Ausbau formeller ambulanter Pflege wird für Österreich von Streissler⁸⁾ skeptisch betrachtet, da dies bestehende Engpässe in der ambulanten Pflege fortschreiben würde (S. 260). Als Faustregel für das Kostenverhältnis formeller ambulanter zu stationärer Pflege gibt sie an, dass ambulante Pflege nur dann kostengünstiger ist, wenn ein Pflegebedarf von vier Stunden nicht überschritten wird. Der international zu beobachtende Trend zur Forcierung von ambulanten Betreuungseinrichtungen ist aber nicht ausschließlich unter Kostenüberlegungen, sondern auch unter dem Aspekt zu sehen, dass ein möglichst langer Verbleib in häuslicher Umgebung von vielen Pfinglingen als wünschenswert angesehen wird.

... sollte aber treffsicherer werden ...

... sollte aber treffsicherer werden ...

Die Grenze zwischen Akutversorgung und Langzeitpflege im stationären Bereich ist theoretisch anhand der Verweildauer einfach zu bestimmen, wenn auch international verschiedene Zeitlimits herangezogen werden. In der Praxis geht diese Abgrenzung jedoch nicht immer auch mit einer inhaltlich begründbaren Unterscheidung zwischen Akutversorgung und Pflege einher, was oft die Engpässe in der Kapazität auf den sogenannten niedrigeren Versorgungsstufen aufzeigt. Die unterschiedliche Grenzziehung in der Arbeitsteilung zwischen Akut- und Langzeitversorgung spiegelt sich auch in den internationalen Bettenzahlen dieser beiden Bereiche wieder, vgl. Abbildung 3. Es gibt offenbar einen Trade-off zwischen Pflege- und Akutbetten. So kommen die skandinavischen Länder mit relativ niedrigen Akutbetten-Zahlen aus, verfügen aber über rund doppelt so viele Pflegebetten. In einer anderen Ländergruppe mit einigen neuen EU-Mitgliedern, aber auch Österreich und Belgien, steht einer hohen Anzahl von Akutbetten eine deutlich niedrigere Anzahl von Pflegebetten gegenüber. Im „korporatistischen“ Wohlfahrtsstaatmodell in diesen Ländern kommt der Familie höhere Bedeutung zu als in den nordischen Ländern, wo diese Rolle weitgehend vom Staat übernommen wird.⁹⁾ Die Schweiz, Luxemburg und Deutschland bilden die Ausreißer aus diesem Muster und wurden aus der in der Grafik dargestellten Trendgeraden daher ausgeklammert: Diese drei reichen Sozialversicherungsländer leisten sich Betten in vergleichsweise reichlicher Anzahl, wobei Deutschland insbesondere bei Akutbetten und die Schweiz bei Pflegebetten auffallend hohe Werte verzeichnet.

5) Comas-Herrera A et al: European Study of Long-Term Care Expenditure, Report to the European Commission, PSSRU Discussion Paper 1840, 2003.

6) Schulz E et al: The impact of aging on hospital care and long-term care – the example of Germany, Health Policy 67, 2004, p. 57–74.

7) Comas-Herrera A et al: op. cit.

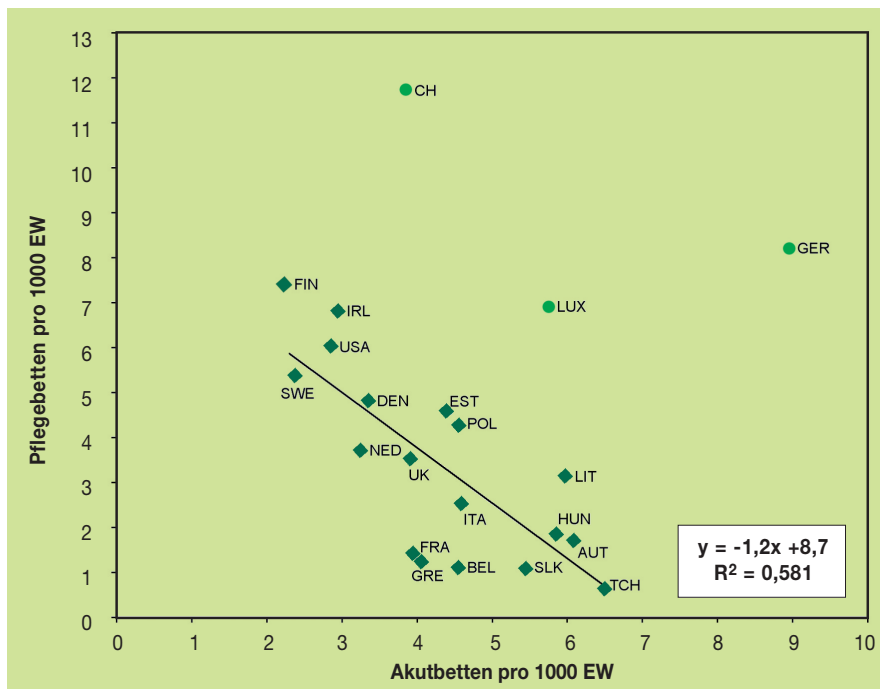
8) Streissler A: Geriatriische Langzeitpflege, Wirtschaftspolitische Blätter 2/2004, S. 247–271.

9) Badelt Ch, Österle A: Grundzüge der Sozialpolitik, Allgemeiner Teil, Manz 1998.





Abbildung 3: Akut- und Pflegebetten, 2002 oder letztverfügbares Jahr



Quelle: OECD Health Data, WHO Health for all database für Estland und Litauen, beide Juni 2004; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Weiters gehen wir davon aus, dass die Grenzziehung zwischen den beiden Versorgungsbereichen sehr verschwommen ist und in gewissem Umfang bleiben wird. Der Auf- und Ausbau von Langzeit-einrichtungen begann sich erst seit kurzem zu formieren, nachdem in den letzten Jahrzehnten der Ausbau der Akutversorgung durch die Fortschritte in der Medizin im Vordergrund stand. Auch wenn sich ein eigenständiger LTC-Sektor einmal herausgebildet haben wird, wird die Grenzziehung schwierig bleiben. Die Überlappung von Akut- und Langzeitversorgung wird auch weiterhin zu einem gewissen Maß an „Fehlbelegungen“ führen (müssen). Die Etablierung von „akut-geriatrischen“ Abteilungen in Österreich ist beispielsweise ein Hinweis dafür. Interessant ist auch, dass erst seit dem Jahr 2000 in österreichischen Akutkrankenanstalten eine Fallpauschale für „geriatrische Medizin“ verrechnet werden kann. Eine scharfe Trennung zwischen Akut- und Langzeitversorgung wird auch in Hinkunft nicht möglich sein, zumal auch insbesondere im Bereich der typischen „Alterserkrankungen“ (Alzheimer, Parkinson) viel Forschung betrieben und dies zu neuen Behandlungen führen wird. Dennoch scheint in vielen Ländern die Allokation der Ressourcen zwischen diesen Bereichen ineffizient.

Ein systematischer Review von Forschern der Universität in York kommt zu dem Schluss, dass geschätzte 29 Prozent der Aufnahmen in akute psychiatrische stationäre Versorgung unangemessen sind. In den meisten Fällen verhinderten fehlende Wohn- und Unterstützungsmöglichkeiten eine Entlassung. Bei älteren PatientInnen kamen unangemessene Aufenthalte häufiger vor als bei jüngeren. Obwohl die Variation bei der Häufigkeit solcher „Fehlbelegungen“ stark ist, schätzen die Autoren, dass in einer Vielzahl von Settings „Fehlbelegungen“ über 20 Prozent ausmachen. Typischerweise liegt die Ursache für einen länger als medizinisch nötigen Verbleib älterer PatientInnen in weiter bestehendem Pflegebedarf.¹⁰ Für Österreich vorliegende Schätzungen kommen zu einem weitaus niedrigeren Grad an „Fehlbelegungen“: Bei strikter „Entlassungspolitik“ nach 29 Tagen könnte etwa die Hälfte des Belagstagevolumens der über 65-Jährigen in der Akutversorgung vermieden werden; das entsprach zum Erhebungszeitpunkt rund 6 Prozent des gesamten Belagstagevolumens. Diese Berechnungen beziehen sich jedoch noch auf die Anfang der 90er Jahre geltende Kostenerstattung.¹¹

10) McDonagh MS, Smith DH, Goddard M: Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results, Health Policy 53:1, October 2000, p. 157-184.

11) ÖBIG: Österreichischer Krankenanstaltenplan: ÖKAP '94, Band 1. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, November 1994.



Mit der Einführung der leistungsorientierten Finanzierung könnte sich dieses Potenzial noch verringert haben, zumal die Anreize, die Verweildauern stark auszudehnen, damit deutlich eingedämmt wurden. Es stellt sich daher die Frage, wie die PatientInnen besser in die zu ihren Behandlungs- oder Pflegebedürfnissen passende Versorgungseinrichtung gelenkt werden können. Eine Überblicksarbeit beschäftigt sich mit den Möglichkeiten, die eine stärker integrierte Versorgung (im Sinne einer Zusammenführung von Akut- und Langzeitversorgung) bietet. Die Effektivität solcher Modelle wurde anhand von Parametern wie Krankenhauseinweisungen, Institutionalisierung in LTC-Einrichtungen, Nutzung und Kosten von Pflegediensten gemessen. Als gemeinsame Faktoren der effektiven Modelle konnten herausgefiltert werden: vertikal integrierter Zugang zu den Anbietern (z. B. Akutversorgung mit angeschlossener Pflegeeinrichtung), Case Management, geriatrisches Assessment bzw. ein multidisziplinäres Team, aber auch finanzielle Anreize für eine Leistungssubstitution auf niedrigere Versorgungsebenen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass für Umstrukturierungen ein umfassender Ansatz notwendig ist, da die Kosteneffektivität von den Charakteristika des gesamten Systems abhängt. Einige der dargestellten Ansätze auf Gemeindeebene konnten durchaus positiven Einfluss auf Hospitalisierungsraten und Kosten ausüben, ohne dass damit Verschlechterungen im Gesundheitszustand der betreuten Menschen einhergingen.¹²⁾

... und mit häuslicher Unterstützung verzahnt sein.

Für die Versorgung älterer Menschen nach akut-stationären Eingriffen liegt eine Arbeit vor, die nach den Effekten von aktiver Unterstützung (im Gegensatz zu einer Behandlungsplanung) nach akut-stationären Spitalsaufenthalten (ohne Einschränkung auf bestimmte Krankheitsbilder) fragt. Es konnte festgestellt werden, dass mehr ältere Menschen ein halbes bis ganzes Jahr nach der Einweisung zu Hause sind, wenn sie nach ihrem stationären Eingriff anschließend zu Hause aktiv unterstützt wurden (supported discharge). Bei diesen PatientInnen war auch die Zuweisung in Langzeitpflege niedriger als in der Kontrollgruppe, ohne dass höhere Mortalität verzeichnet worden wäre. Die Ergebnisse über (erneute) Spitalweisungen waren allerdings nicht eindeutig, und Daten über die Zufriedenheit von PatientInnen oder pflegenden Angehörigen und über Veränderungen im funktionalen Status waren zu lückenhaft für Auswertungen.¹³⁾

Eine Untersuchung für das Vereinigte Königreich zeigt, dass es nicht ausreicht, die Spitalweisung älterer Menschen durch „irgendwelche“ alternativen Angebote hinauszuschieben. Vielmehr gibt es große Unterschiede in den dadurch induzierten Kostenverschiebungen, je nachdem welche Settings für diese alternativen Angebote bevorzugt werden. Im britischen Kontext verursacht ein Ausbau von Home-Care-Einrichtungen offenbar weniger Kosten als jener von Pflegeheimen. Allerdings ist nicht unerheblich, in welchem Umfang und mit welchem Zeithorizont gearbeitet wird. Da die „leichteren Fälle“ zuerst entlassen werden, müssen Programme größeren Umfangs für immer stärker beeinträchtigte PatientInnen Vorsorge treffen, und der Kostenvorteil ambulanter Versorgung schmilzt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein Ausbau ambulanter oder stationärer Langzeitversorgung außerhalb von Spitälern nicht ausschließlich von PatientInnen in Anspruch genommen wird, die ansonsten im Spital lägen. Vielmehr werden dann auch mehr Leistungen für jene Patienten zugänglich, die ansonsten rein privat versorgt würden. Bezogen auf das britische National Health Service (NHS) wird gerechnet, dass dies auf rund zwei Drittel der EmpfängerInnen von spitalsexternen Leistungen zutrifft. Dies schmälert die durch bessere LTC-Versorgung erzielbare Entlastung der Krankenhäuser erheblich.¹⁴⁾

Nach österreichischen Erfahrungen wird die Verzahnung mit häuslicher Pflege als befriedigend empfunden. Der Qualität der Pflege im häuslichen Bereich wird ein gutes bzw. sehr gutes Attest ausgestellt.¹⁵⁾ Die Befragten gaben allerdings auch an, dass sie nicht immer über ausreichende Informationen verfügten, finanzielle Probleme standen für sie nicht im Vordergrund.

12) Johri M, Beland F, Bergman H: International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003, 18:3, p. 222-235.

13) Hyde CJ, Robert IE, Sinclair AJ: The effect of supporting discharge from hospital to home in older people, *Age and Ageing* 2000, vol. 29, p. 271-279.

14) Fernández JL, Forder J: The importance of social care in achieving an efficient health care system: the case for reducing hospital delay discharge rates. PSSRU, LSE Health and Social Care Discussion Paper Number 7, 2002.

15) Petzl D: 10 Jahre Bundespflegegeld: Pflegevorsorge - Ein statistischer Überblick, Soziale Sicherheit, Ed: Federation of Social Security Institutions, Mai 2003.

... und mit
häuslicher
Unterstützung
verzahnt sein.





Schwerpunktthema: Internationale Reformen der Langzeitversorgung

Anknüpfend an das Schwerpunktthema in der Sommerausgabe von Health System Watch (2/2004) über die Reformen im Gesundheitswesen der G7-Länder und Österreichs werden in der vorliegenden Ausgabe Reformen in der Langzeitversorgung näher betrachtet. Die analysierten Änderungen werden nach ihrer hauptsächlichen Wirkungsrichtung präsentiert, d. h. es wird gefragt, inwieweit sie sich auf den Zugang zu Leistungen auswirken, die Qualität verbessern oder die langfristige Finanzierbarkeit sichern oder sichern sollen. Abschließend werden die internationalen Reformen den Entwicklungen in Österreich gegenübergestellt.

Der Focus lag auf Zugangsverbesserungen ...

In den entwickelten Ländern ist das Bewusstsein vorhanden, dass die voraussehende Bevölkerungsentwicklung zu einer verstärkten Nachfrage nach Leistungen und Einrichtungen der Langzeitversorgung führen wird. In manchen Ländern wird LTC, im Gegensatz zur Akutversorgung, jedoch vorwiegend von privaten oder karitativen, jedenfalls nicht notwendigerweise von öffentlichen Institutionen erbracht. Andererseits ist in einigen Ländern, und dies vor allem in den steuerfinanzierten, die Langzeitpflege im Rahmen des Spitalswesens organisiert. Im letzten Jahrzehnt wurden in einigen Ländern öffentlich finanzierte Strukturen geschaffen, die einen weitgehend einkommensunabhängigen Zugang zu LTC ermöglichen sollen. Manche Länder wie Frankreich wählten eine Politik der kleinen Schritte, indem bestehende Strukturen angepasst wurden, oder einzelne Maßnahmen ergriffen wurden, die einander mehr oder weniger gut ergänzen. Nur in zwei G7-Ländern (und in Österreich mit dem Pflegegeld) wurde der Versuch gemacht, eine zentrale Institution mit der Aufgabe der umfassenden Finanzierung von LTC zu schaffen:¹⁶⁾

◆ In Japan wurde 2000 eine Pflegeversicherung eingerichtet,¹⁷⁾ und in Deutschland bereits 1995 als fünfte Säule der Sozialversicherung.¹⁸⁾ In Frankreich wird eine derartige Lösung diskutiert. Tabelle 1 stellt wesentliche Merkmale der beiden implementierten Systeme der österreichischen Pflegegeld-Lösung gegenüber. In Deutschland erhalten nun rund 2 Mio. Menschen regelmäßig diese Versicherungsleistungen, davon 1,37 Mio. im ambulanten und 0,64 Mio. Menschen im stationären Bereich.¹⁹⁾

◆ In Frankreich²⁰⁾ wurde 2001 ein Gesetz beschlossen, das über 60-jährigen PatientInnen eine Geldleistung für andere als die in der Krankenversicherung erfassten Hilfsleistungen sichert. Außerdem wurden ein Aktionsplan für den Ausbau von Tagespflegestätten und kurzfristigen Unterbringungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige gestartet und ein Netz von kommunalen Koordinationszentren für die medizinische und soziale Unterstützung Älterer errichtet. Die institutionelle Landschaft der Langzeitversorgung ist aber immer noch komplex, unübersichtlich, und nicht zuletzt durch ihre Vielschichtigkeit nicht umfassend. Die Hitzewelle im Sommer 2003, in der 15.000 Menschen starben – darunter viele ältere – brachte das Thema der Langzeitversorgung wieder auf die politische Agenda. Eine umfassende Reform ist in Ausarbeitung und soll LTC als weiteren Zweig der Sozialversicherung organisieren.²¹⁾

16) In Italien und Kanada ist stationäre Langzeitpflege punkto Finanzierung und Organisation z. T. Krankenhausaufenthalten gleichgestellt (vgl. European Observatory on Health Care Systems, Health Care Systems in Transition (HiT) - Canada, 2001 und Health Care Systems in Transition (HiT) - Italy, 2001).

17) vgl. z.B. Matsuda S, Yamamoto M: Long term care insurance and integrated care for the aged in Japan, International Journal of Integrated Care, 1 September 2001.

18) Bundesrepublik Deutschland, Antwort der Bundesregierung zum Fragebogen des Ausschusses für Sozialschutz „zur Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege älterer Menschen“, 2002.

19) Ulla Schmidt: Die Pflegeversicherung hat sich bewährt und ist ein unverzichtbarer Zweig der sozialen Sicherung, Pressemitteilung des BMGS, Berlin, 26.05.2004.

20) Questionnaire on Health and Long-Term Care for the Elderly, France's Contribution, July 2002.

21) Busse R, Schlette S (eds.): Health Policy Developments, Issue 2: Focus on Health and Ageing, Pharmaceutical Policy and Human Resources, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2004.

Der Fokus lag
auf Zugangsver-
besserungen ...





Tabelle 1: Neue Institutionen der Langzeitversorgung im Überblick

	Deutschland	Japan	Österreich
Einführung	1995	2000	1993
Finanzierung	Einkommensabhängige Beiträge	Je zur Hälfte einkommensabhängige Beiträge der Bevölkerung 40+ und Steuern	Steuern
Selbstbeteiligung	Rund die Hälfte	10%	Da feste Geldleistungen, je nach Inanspruchnahme
Sach-/Geldleistungen	Jedes einzeln oder Kombination möglich	Sachleistungen; Geldleistungen werden diskutiert	Geldleistungen
Leistungshöhe pro Monat	384 € bis 1.918 € (Sachleistung), 205 € bis 665 € (Geldleistung), weitere Leistungen sind möglich	500 \$ bis 3.300 \$	148 € bis 1.437 €
Für stationäre/ambulante Leistungen	Beide	Beide	Beide
Leistungsniveaus	3 Pflegestufen	6 Pflegestufen	7 Pflegestufen
Anspruchsberechtigung	Altersunabhängig, bedarfsorientiert	Bedarfsorientiert ab 65 Jahren, für typische Alterserkrankungen ab 40 Jahren	Altersunabhängig, bedarfsorientiert
Inanspruchnahme	2,6% der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung	Rund 10% der Bevölkerung 65+ oder 1,7% der Gesamtbevölkerung	3,2% der Bevölkerung
Bevölkerungsanteil 65+ Jahre (2002)	17,3%	18,4%	15,5%
Bevölkerungsanteil 80+ Jahre (2002)	4,0%	4,2%	3,8%

Quelle: IHS HealthEcon 2004.

◆ Das Vereinigte Königreich führte mit Wirkung ab 2002 ein, dass die Pflege durch Krankenpflegepersonal in allen Settings einschließlich Pflegeheimen nunmehr für die PatientInnen ohne Kostenbeteiligung erbracht wird, nicht mehr nur in Akutspitälern. Allerdings haben die seit Mitte der 90er Jahre laufenden Bemühungen, die häusliche Pflege zu fördern, auch dazu geführt, dass Kosten zur LTC umgeschichtet und die Zahl der Pflegebetten gesenkt wurde.

◆ In den USA umfasst Medicaid nur für arme oder durch Gesundheits- oder Pflegeausgaben arm gewordene Personen explizit auch die Langzeitpflege, während Medicare in der Regel nicht für LTC zuständig ist. Die Regelungen für Medicaid variieren je nach Bundesstaat; und dementsprechend variiert auch, ob nur stationäre oder auch häusliche Pflege durch Medicaid abgedeckt wird.²²⁾ Rund die Hälfte der Ausgaben für Pflegeheime wird von den Bundesstaaten via Medi-

22) vgl. Feder J et al: Long-Term Care in the United States: An Overview, Health Affairs May/June 2000, p. 8–25.





caid aufgebracht. Eine Gesetzesänderung gab den Bundesstaaten ab 1997 größere Freiheiten in ihrer Pflegeheim-Politik, insbesondere bei Medicaid-Pflegesätzen. Die Höhe der Pflegesätze scheint nicht geringer geworden zu sein, allerdings sind die HeimbewohnerInnen auch kränker oder stärker behindert. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass die Produktivität gestiegen ist. Insgesamt ist zu beobachten, dass die prospektive Leistungsabgeltung zunehmend über Fallpauschalen erfolgt. Damit orientiert sich die Finanzierung verstärkt an Charakteristika der Heimbewohner, statt ausschließlich an jenen der Heime.²³⁾ Einzelne Bundesstaaten haben die bislang über verschiedene Abteilungen verstreute Finanzierung und Verantwortung für LTC organisatorisch zusammengefasst. Der Bundesstaat New Jersey konnte dadurch z. B. erreichen, dass 2002 nur noch 85 Prozent des Medicaid-Budgets auf Pflegeheime entfielen (1997: 93 Prozent), und dass um 3.000 Personen oder 10 Prozent weniger Menschen in Pflegeheimen untergebracht werden mussten. Gleichzeitig wurde die Zahl der BezieherInnen von Pflegeleistungen im häuslichen Umfeld oder Tageszentren in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt.²⁴⁾

... der durch den Einsatz öffentlicher Mittel forciert wurde.

Die Finanzierung der neuen Einrichtungen erfolgt hauptsächlich öffentlich: In Deutschland wurde eine an das Krankenversicherungssystem gekoppelte Versicherungsstruktur geschaffen, die auch die meisten Grundsätze daraus übernimmt wie z. B. einkommensabhängige Beiträge oder die Aufbringung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Die japanische Pflegeversicherung ist kommunal organisiert und wird zur Hälfte aus Prämien der Bevölkerung 40+, zu einem Viertel von der nationalen Regierung und zu je einem Achtel von Präfektur und Gemeinde finanziert. Das System ist darauf ausgelegt, dass die Pflegeversicherung 90 Prozent der entstehenden Pflegekosten abdecken sollte; dennoch werden in Japan Befürchtungen geäußert, dass für sozial Schwächere Hürden beim Bezug von LTC bestehen.

Das deutsche System lässt den Versicherten die Wahl, ob sie Sachleistungen oder Geldleistungen beziehen wollen, während die japanische Lösung anfangs ausschließlich auf Sachleistungen abstellte. Um eine Verlagerung der Pflege vom intramuralen in den extramuralen Bereich zu unterstützen, wird auch in Japan in die Wege geleitet, das System für Geldleistungen zu öffnen. Sowohl in Japan als auch in Frankreich deuten erste Berichte an, dass die Bevölkerung sehr rasch die neuen Leistungen angenommen hat.

Die deutsche Pflegeversicherung wurde in den ersten Jahren international als erfolgreich angesehen.²⁵⁾ Hierzu dürfte der inzwischen erfolgte Kapazitätsausbau der pflegerischen ambulanten und stationären Infrastruktur ebenso beigetragen haben wie die Beobachtung, dass viele Pflegebedürftige aus der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit herausgeführt werden konnten. Zudem wurde in den ersten Jahren ein (kalkuliertes) Finanzpolster aufgebaut. Seit dem Jahr 2000 übersteigen allerdings die Ausgaben zunehmend die Einnahmen. Dies muss zwar in Zusammenhang mit der schlechten wirtschaftlichen Situation dieser Jahre gesehen werden, weist aber dennoch auch auf die Finanzierungsschwierigkeiten in der deutschen Pflegeversicherung hin. Besonders die wachsende Anzahl von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Alzheimer) dürfte in Zukunft die Problematik verschärfen.²⁶⁾

Nun rückt die Qualität der Pflege stärker ins Bewusstsein.

Parallel zur Verbesserung des Zugangs zur Langzeitpflege konnte in einigen Ländern das Angebot an entsprechenden Einrichtungen ausgeweitet werden. Das wachsende Angebot führte in manchen Ländern zu Problemen bei der Qualität der gebotenen Pflege, zudem dürfte das Qualitäts-

... der durch den Einsatz öffentlicher Mittel forciert wurde.

Nun rückt die Qualität der Pflege stärker ins Bewusstsein.

23) Grabowski DC, Feng Z, Intrator O, Mor V: Recent Trends in State Nursing Home Payment Policies, Health Affairs – Web Exclusive, 16 June 2004, W4 – p. 363–373.

24) Reinhard SC, Fahey CJ: Rebalancing Long-Term Care in New Jersey: From Institutional Towards Home and Community Care. Milbank Memorial Fund 2003.

25) Vgl. Cuellar AE, Wiener JM: Can Social Insurance for Long-Term Care Work? The Experience of Germany, Health Affairs May/June 2000, p. 8–25.

26) Deutsche Bundesregierung, op. cit., S. 13.





bewusstsein gestiegen sein, sodass verbreitet die Einführung von Pflegestandards und/oder Änderungen im Ausbildungssystem des Pflegepersonals in Angriff genommen wurden:

- ◆ In England legt das National Service Framework (NSF) 2001 landesweit einheitliche Standards für die Pflege älterer Menschen im Gesundheits- und Sozialwesen fest, die sich auf Menschen zuhause, in Heimen und im Spital beziehen. Es wird ein integrativer Ansatz verfolgt, in dem die individuellen Pflegebedürfnisse bewertet und die Pflege geplant werden. Die Umsetzung des NSF erfolgt jedoch eher zögerlich, was in Zusammenhang mit Abstimmungsschwierigkeiten mit anderen Zielen des englischen National Health Service gesehen wird.²⁷⁾
- ◆ In Frankreich wurde parallel zur Einführung der finanziellen Unterstützung für LTC eine Reihe von Maßnahmen zur Informationsverbesserung und zur Qualitätssicherung ergriffen: Errichtung von kommunalen Koordinationszentren für ältere Menschen – CLIC (2000), freiwillige Standards für Heimhilfen (2000) und ein self-assessment tool für Pflegeheime (ANGELIQUE) sowie ein neues Diplom für soziale Hilfsleistungen (2002).
- ◆ In Deutschland wurden bereits 1995/96 auf Bundesebene Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität und Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung festgeschrieben. Die Bundesregierung fördert die Entwicklung von allgemein anerkannten und fachlich abgesicherten Pflege- und Qualitätsstandards, z. B. zur Dekubitusprophylaxe, zur Kontinenzförderung oder zur Sturzprophylaxe. Außerdem regelt das Altenpflegegesetz 2001 eine bundeseinheitliche Ausbildung. Das seit 2002 geltende Pflege-Qualitätssicherungsgesetz verpflichtet jede zugelassene stationäre Pflegeeinrichtung und jeden Pflegedienst zu einem umfassenden, einrichtungsinternen Qualitätsmanagement und zur regelmäßigen Überprüfung ihrer Qualität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen. Auch wenn Pflegebedürftige Pflegegeld für häusliche Pflege anstelle von Sachleistungen beziehen, finden regelmäßige Besuche durch zugelassene Pflegekräfte statt, um einerseits Pflegemängel und andererseits Überforderungen der Betreuungspersonen rechtzeitig zu erkennen, und entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen zu können.²⁸⁾

Die meisten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der Langzeitpflege wurden erst vor so kurzer Zeit gesetzt, dass uns noch keine Erfahrungsberichte vorliegen, aus denen Lektionen gezogen werden könnten.

Welche Neuerungen gab es in Österreich ...

Die einschneidendste Maßnahme zur Verbesserung und bundesweiten Vereinheitlichung des Zugangs zur Pflege war die Einführung des Bundespflegegelds, die im Jahr 1993 erfolgte und damit früher als entsprechende Maßnahmen in den meisten analysierten Staaten. Da zuvor nicht alle Pflegebedürftigen erfasst waren, wurde nun eine Lücke im System der sozialen Sicherheit geschlossen. Das Bundespflegegeldgesetz schafft ein 7-stufiges System des Pflegebedarfs. Der Anspruch auf die daran geknüpften Geldleistungen besteht unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit, und unabhängig davon, ob damit professionelle oder familiäre Pflege finanziert wird. Im Dezember 2003 bezogen über 259.000 Menschen oder gut 3 Prozent der ÖsterreicherInnen Bundespflegegeld, drei Viertel von ihnen bezogen Pflegegeld der untersten drei Stufen, die meisten davon Stufe 2 (36 Prozent aller PflegegeldbezieherInnen). Im Jahr 2003 wurden 1,32 Milliarden € oder 0,6 Prozent des BIP für Bundespflegegeld ausgegeben.²⁹⁾ 1992 wurde auch die medizinische Hauskrankenpflege eine Pflichtleistung der Krankenversicherung. Sie soll den Zugang zu qualifizierter Krankenpflege auch dann sicherstellen, wenn keine stationäre Aufnahme erforderlich ist, also insbesondere nach Spitalsentlassungen. Sie soll von eingetragenen Krankenschwestern unter ärztlicher Aufsicht erfolgen und beschränkt sich auf vier Wochen pro Krankheitsfall, da die Langzeitpflege durch das Pflegegeld abgedeckt ist. Genaue Informationen über die Inanspruchnahme liegen nicht vor; für medizinische Hauskrankenpflege werden 10 Mio. € oder ca. 0,1 Prozent des Budgets der sozialen Krankenversicherung aufgewandt. Ihre Zielsetzung ist es, die Inanspruchnahme stationärer Betten zu senken.

27) Busse R, Schlette S (eds.): op. cit.

28) Deutsche Bundesregierung, op. cit., S. 17f.

29) www.sozialversicherung.at, 4. August 2004

Welche
Neuerungen
gab es in
Österreich ...





Auch in Österreich ist inzwischen die Qualität der Pflege ins Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt. Die öffentliche Diskussion entzündet sich zwar primär an aktuell zu Tage tretenden Missständen; es werden aber Bestrebungen zur Hebung der Pflegequalität durchaus auch abseits dieser tagespolitischen Interessen umgesetzt. So erlangte mit 1. 7. 2004 ein Kollektivvertrag für die Gesundheitsberufe Geltung, der zu einer Vereinheitlichung der Arbeitsbedingungen in der Pflege und damit indirekt auch zu einer besseren Pflegequalität beitragen sollte. Aktuell ist ein Gesetz zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Vorbereitung.

... und was können wir aus den internationalen Erfahrungen lernen?

Die Einführung des Bundespflegegeldes in Österreich erfolgte am internationalen Maßstab gemessen relativ früh. Problematisch könnte werden, dass diese Maßnahme nur teilweise die Kosten bei stationärem Pflegebedarf deckt, und dass die Inflationsanpassung der Geldbeträge bisher nur sehr zurückhaltend praktiziert wurde – dies wird in Zukunft regelmäßiger erfolgen müssen, wenn eine gleichbleibende Menge an Pflegeleistung je LeistungsbezieherIn und Zeiteinheit damit finanziert werden soll. Dass das österreichische Bundespflegegeld steuerfinanziert ist, erscheint sinnvoll, da es dadurch nicht allein an der Erwerbsquote und der Lohnentwicklung hängt, im Gegensatz zur deutschen Pflegeversicherung.

Eine stärkere Ausrichtung der Finanzierung an der älteren Bevölkerung wie in Japan würde nämlich die Finanzierungsproblematik lediglich vom Gesundheits- in das Pensions-Ressort verschieben. Trotz der vergleichsweise hohen „Altenquote“ in Japan war die treibende Kraft für die Einführung der Pflegeversicherung das Bemühen um gerechten Zugang und nicht die langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheits- und Pflegesystems.³⁰⁾ Wegen der hohen Lebenserwartung wird die Pflegeversicherung zur Hälfte aus Beiträgen der über 40-Jährigen gespeist, die auch die Anspruchsberechtigten sind. Dies steht in starkem Gegensatz zum deutschen Modell, in dem alle Erwerbstätigen und die Rentner die Versicherung finanzieren. Demographische Verschiebungen zu den Älteren hin verschieben somit im japanischen Modell zumindest die beitragsfinanzierte Hälfte der Finanzierungslast gleich mit. Solange entsprechend gute Einkommensverhältnisse auch in der älteren Bevölkerung gegeben sind – zugegebenermaßen eine optimistische Bedingung –, ist das japanische Modell finanzierungsseitig wesentlich unempfindlicher gegenüber demographischer Alterung als traditionelle Versicherungsmodelle. Allerdings erwarten Analysten, dass die Finanzierung durch die Bevölkerungsgruppe 40+ nicht ausreichen und daher auf die Gesamtbevölkerung ausgeweitet werden wird. Im Gegenzug würde dann auch die Altersuntergrenze für den Leistungsbezug fallen, was in Summe die Finanzierung des Systems entschieden erleichtern wird.³¹⁾

Als Vorzug des deutschen Finanzierungsmodells wird hervorgehoben, dass die strikte Trennung von Beiträgen für Akutbehandlung einerseits und LTC andererseits verhindert, dass die mächtigere Lobby für Akutpflege auch LTC-Mittel absorbiert. Dem steht freilich der Nachteil gegenüber, dass Patienten meist eine Mischung von Akutbehandlung und LTC benötigen, und die finanzielle Trennung *Cost shifting* und Koordinierungsprobleme verursachen kann.³²⁾

Kostenverlagerungen und Koordinierungsprobleme können bei föderaler Struktur und unzureichend abgegrenzten Zuständigkeiten auch zwischen den Gebietskörperschaften der einzelnen Ebenen auftreten; ideal, aber selten verwirklicht wäre unter diesem Gesichtspunkt die Konzentration der Kompetenzen auf einer Ebene. In Italien und Kanada waren diesbezügliche Streitigkeiten zwischen Länder- bzw. Provinz- und Bundesebene zu beobachten, und in den USA versuchten einige Bundesstaaten, Kosten vom staatlich finanzierten Medicaid-Programm an das föderal finanzierte Medicare auszulagern, worunter in der Regel Zugang zu und Qualität der Pflege litten.

Der Ausbau von Pflegekapazität führt unweigerlich zur Notwendigkeit eines Qualitätsmonitorings, und dieses wiederum in der Regel zu einer Verteuerung der gebotenen Pflegeleistungen. Die Balance

30) Campbell JC, Ikegami N: Long-Term Care Insurance Comes to Japan, Health Affairs vol. 19, no 3, 2000, p. 26-39.

31) vgl. Campbell JC, Ikegami N: Japan's Radical Reform of Long-term Care, Social Policy and Administration 2003, vol. 37, no1, p. 21-34.

32) Cuellar, Wiener 2000: op.cit.

... und was können wir aus den internationalen Erfahrungen lernen?





zwischen Aufwand für und (Qualitäts-)Gewinn aus implementierten Monitorings und Standards ist eine Herausforderung für sich. Können Pflegebedürftige zwischen Geld- und Sachleistungen wählen, verstärkt dies insbesondere bei steigenden Kosten für professionelle Pflege den gewünschten Anreiz, stärker informelle häusliche (im Sinne von familiärer oder durch Freunde erbrachter) Pflege in Anspruch zu nehmen. Diese aber unterliegt oft keinen Qualitätskontrollen. Der Anspruch auf Geldleistungen für LTC sollte daher an Qualitätskontrollen auch für derartige häusliche Pflege geknüpft werden. Dies wird bei zunehmendem Pflegebedarf auch in Österreich (wieder) thematisiert werden müssen, obwohl vorliegende Berichte der Qualität der Pflege im häuslichen Bereich ein gutes bis sehr gutes Attest ausstellen.³³⁾

Campbell und Ikegami schließen aus den ersten Erfahrungen mit dem japanischen Modell, dass die Einführung eines umfassenden LTC-Systems weit bessere Chancen bietet, das Kostenwachstum bei verbessertem Zugang und Qualitätssicherung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu kontrollieren, als die bruchstückhaften Ansätze, die in den meisten entwickelten Ländern verfolgt werden. Die guten österreichischen Erfahrungen unterstützen diese Einschätzung.



33) Nemeth C, Pochobradsky E: Qualitätssicherung in der Pflege, Pilotprojekt des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, 2002.



Tabelle A1a

Gesamtbevölkerung in 1000

	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Österreich	7.729	8.047	8.110	8.132	8.053	8.116
Belgien	9.967	10.137	10.161	10.263	10.333	10.319
Dänemark	5.140	5.228	5.293	5.359	5.376	5.364
Deutschland	79.364	81.661	82.188	82.340	81.990	82.476
Estland	1.569	1.437	1.370	1.364	1.359	1.323
Finnland	4.986	5.108	5.176	5.188	5.201	5.207
Frankreich	56.735	58.139	58.896	59.453	59.670	60.144
Griechenland	10.161	10.454	10.558	10.577	10.631	10.976
Irland	3.503	3.601	3.787	3.847	3.917	3.956
Italien	57.661	57.301	57.762	56.996	57.450	57.423
Lettland	2.663	2.485	2.373	2.355	2.339	2.307
Litauen	3.698	3.629	3.500	3.481	3.469	3.443
Luxemburg	382	410	439	442	446	453
Malta	354	371	386	393	396	394
Niederlande	14.952	15.459	15.926	16.046	16.149	16.149
Polen	38.119	38.588	38.646	38.641	38.635	38.588
Portugal	9.896	9.917	10.211	10.293	10.368	10.062
Schweden	8.559	8.827	8.872	8.896	8.925	8.877
Slowakei	5.298	5.364	5.401	5.379	5.379	5.402
Slowenien	2.000	1.983	1.977	1.992	1.996	1.984
Spanien	38.959	39.210	40.174	40.614	39.924	41.061
Tschechien	10.363	10.331	10.273	10.224	10.201	10.235
Ungarn	10.374	10.329	10.211	10.188	10.159	9.877
Vereinigtes Königreich	57.396	58.579	59.704	59.051	59.229	59.251
Zypern	579	651	694	701	710	802
EU25	440.407	447.242	452.084	452.215	452.303	454.189
EU15 („alte“ EU-Staaten)	365.390	372.076	377.255	377.497	377.662	379.834
EU10 („neue“ EU-Staaten)	75.017	75.166	74.829	74.718	74.641	74.355
EU12 (EURO-Zone)	294.296	299.442	303.385	304.191	304.132	306.342
Schweiz	6.712	7.041	7.209	7.260	7.168	7.169
USA	249.623	266.278	282.224	285.318	288.369	n.v.
Bulgarien	8.991	8.406	8.170	7.913	7.869	7.896
Rumänien	23.207	22.681	22.435	22.408	21.795	22.334
Türkei	56.136	60.611	65.293	67.632	68.569	71.325

Quelle:

WHO Health for all database, Juni 2004;
 OECD Health Data, Juni 2004 für die USA;
 IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Gesamt-
bevölkerung
in 1000





Gesamtbevölkerung Index

Tabelle A1b

Gesamtbevölkerung

Index 1990 = 100	1990	1995	2000	2001	2002	2003	Anteil an EU25
Österreich	100	104	105	105	104	105	1,8
Belgien	100	102	102	103	104	104	2,3
Dänemark	100	102	103	104	105	104	1,2
Deutschland	100	103	104	104	103	104	18,2
Estland	100	92	87	87	87	84	0,3
Finnland	100	102	104	104	104	104	1,1
Frankreich	100	102	104	105	105	106	13,2
Griechenland	100	103	104	104	105	108	2,4
Irland	100	103	108	110	112	113	0,9
Italien	100	99	100	99	100	100	12,6
Lettland	100	93	89	88	88	87	0,5
Litauen	100	98	95	94	94	93	0,8
Luxemburg	100	107	115	116	117	119	0,1
Malta	100	105	109	111	112	111	0,1
Niederlande	100	103	107	107	108	108	3,6
Polen	100	101	101	101	101	101	8,5
Portugal	100	100	103	104	105	102	2,2
Schweden	100	103	104	104	104	104	2,0
Slowakei	100	101	102	102	102	102	1,2
Slowenien	100	99	99	100	100	99	0,4
Spanien	100	101	103	104	102	105	9,0
Tschechien	100	100	99	99	98	99	2,3
Ungarn	100	100	98	98	98	95	2,2
Vereinigtes Königreich	100	102	104	103	103	103	13,0
Zypern	100	112	120	121	122	138	0,2
EU25	100	102	103	103	103	103	100,0
EU15 („alte“ EU-Staaten)	100	102	103	103	103	104	83,6
EU10 („neue“ EU-Staaten)	100	100	100	100	99	99	16,4
EU12 (EURO-Zone)	100	102	103	103	103	104	67,4
Schweiz	100	105	107	108	107	107	
USA	100	107	113	114	116	n.v.	
Bulgarien	100	93	91	88	88	88	
Rumänien	100	98	97	97	94	96	
Türkei	100	108	116	120	122	127	

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004;
 OECD Health Data, Juni 2004 für die USA;
 IHS HealthEcon Berechnungen 2004.





Tabelle A2

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

						Index EU25=100				
	1990	1995	2000	2001	2002	1990	1995	2000	2001	2002
Österreich	17,5	17,8	17,0	16,8	16,6	88	98	100	100	99
Belgien	18,1	18,0	17,6	17,5	17,5	91	99	103	104	105
Dänemark	17,1	17,4	18,5	18,7	18,8	86	96	109	111	113
Deutschland	20,2	16,2	15,6	15,4	15,2	102	89	92	91	91
Estland	22,3	20,7	18,0	17,5	16,9	112	114	106	104	101
Finnland	19,3	19,0	18,2	18,0	17,9	97	105	107	107	107
Frankreich	20,1	19,5	18,8	18,8	18,7	101	107	110	112	112
Griechenland	19,3	16,8	15,0	14,8	14,6	97	93	88	88	87
Irland	27,1	24,2	21,7	21,4	21,1	136	133	127	127	126
Italien	16,6	15,1	14,4	14,4	14,4	84	83	85	85	86
Lettland	21,4	20,7	17,7	17,0	16,3	108	114	104	101	98
Litauen	22,6	21,8	20,0	19,3	18,6	113	120	117	115	112
Luxemburg	17,3	18,3	18,9	18,8	18,8	87	101	111	112	113
Malta	23,5	21,8	20,1	19,5	19,0	118	120	118	116	114
Niederlande	18,2	18,4	18,6	18,6	18,6	92	101	109	110	111
Polen	25,1	22,8	19,2	18,5	18,0	126	126	113	110	108
Portugal	20,4	17,7	16,0	15,9	15,8	103	97	94	94	95
Schweden	17,9	18,9	18,4	18,3	18,1	90	104	108	109	108
Slowakei	25,2	22,6	19,5	19,0	18,4	127	124	114	113	110
Slowenien	20,6	18,0	15,9	15,6	15,2	103	99	93	92	91
Spanien	19,9	16,6	14,6	14,5	14,5	100	91	86	86	87
Tschechien	21,5	18,6	16,4	16,1	15,7	108	102	96	96	94
Ungarn	20,2	18,2	16,8	16,5	16,2	102	100	99	98	97
Vereinigtes Königreich	19,0	19,4	19,0	18,8	18,6	96	107	112	112	111
Zypern	25,8	25,2	23,3	22,9	22,4	130	139	136	136	134
EU25*	19,9	18,2	17,0	16,9	16,7	100	100	100	100	100
EU15* („alte“ EU-Staaten)	19,1	17,5	16,8	16,7	16,6	96	96	98	99	99
EU10* („neue“ EU-Staaten)	23,5	21,3	18,4	17,9	17,4	118	117	108	106	104
EU12* (EURO-Zone)	19,2	17,1	16,2	16,2	16,1	97	94	95	96	96
Schweiz	17,1	17,6	17,4	17,2	17,0	86	97	102	102	102
USA	21,7	21,9	21,4	21,2	21,0	109	121	126	126	126
Bulgarien	20,4	17,9	15,7	15,2	14,8	103	99	92	90	88
Rumänien	23,6	20,5	18,3	17,8	17,3	119	113	107	106	104
Türkei	35,0	31,7	28,5	28,4	28,3	176	174	167	168	169

*bevölkerungsgewichteter Durchschnittswert

Quelle: OECD Health Data Juni 2004 für alle OECD Länder; WHO Health for all database, Juni 2004 für EST, LET, LIT, MTA, SLO, BUL, RUM; World Development Indicators 2004 für Zypern und die Türkei; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

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





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

Tabelle A3

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

						Index EU25=100				
	1990	1995	2000	2001	2002	1990	1995	2000	2001	2002
Österreich	14,9	15,1	15,4	15,5	15,5	101	101	97	97	96
Belgien	14,9	15,9	16,8	16,9	17,0	101	106	106	105	105
Dänemark	15,6	15,2	14,8	14,8	14,8	106	102	93	92	91
Deutschland	18,7	15,5	16,4	16,9	17,3	127	104	104	105	107
Estland	11,6	13,5	15,1	15,3	15,7	79	91	95	96	97
Finnland	13,4	14,2	14,9	15,1	15,2	91	95	94	94	94
Frankreich	14,0	15,2	16,1	16,2	16,3	95	102	102	101	101
Griechenland	13,8	15,6	17,4	17,8	18,1	94	104	110	111	112
Irland	11,4	11,4	11,2	11,2	11,1	78	76	71	70	69
Italien	14,9	16,6	18,1	18,4	18,6	101	111	114	115	115
Lettland	11,8	13,6	15,0	15,4	15,7	80	91	95	96	97
Litauen	10,9	12,3	13,9	14,3	14,6	74	83	88	89	90
Luxemburg	13,4	14,1	14,2	14,0	13,9	91	94	90	87	86
Malta	10,4	11,0	12,2	12,5	12,7	71	74	77	78	78
Niederlande	12,8	13,2	13,6	13,6	13,7	87	88	86	85	85
Polen	10,1	11,1	12,2	12,4	12,6	69	74	77	77	78
Portugal	13,4	14,7	16,3	16,5	16,6	91	98	103	103	103
Schweden	17,8	17,5	17,3	17,2	17,2	121	117	109	107	106
Slowakei	10,3	10,9	11,4	11,4	11,5	70	73	72	71	71
Slowenien	10,8	12,5	14,1	14,3	14,6	74	84	89	89	90
Spanien	13,6	15,3	17,0	16,9	16,9	93	102	107	105	104
Tschechei	12,5	13,2	13,8	13,9	13,9	85	88	87	87	86
Ungarn	13,4	14,2	15,1	15,2	15,3	91	95	95	95	94
Vereinigtes Königreich	15,7	15,8	15,8	15,9	15,9	107	106	100	99	98
Zypern	10,9	11,0	11,6	11,8	11,9	74	74	73	74	73
EU25*	14,7	14,9	15,8	16,0	16,2	100	100	100	100	100
EU15* („alte“ EU-Staaten)	15,4	15,5	16,4	16,6	16,7	105	104	104	104	103
EU10* („neue“ EU-Staaten)	11,1	12,0	13,0	13,2	13,4	75	81	82	82	83
EU12* (EURO-Zone)	15,3	15,4	16,5	16,7	16,9	104	103	104	104	105
Schweiz	14,6	14,7	15,3	15,4	15,5	99	98	97	96	96
USA	12,5	12,7	12,4	12,4	12,3	85	85	78	77	76
Bulgarien	13,0	15,0	16,3	16,8	17,0	88	100	103	105	105
Rumänien	10,4	12,0	13,3	13,6	14,0	71	80	84	85	87
Türkei	4,3	4,9	5,7	5,8	5,8	29	33	36	36	36

*bevölkerungsgewichteter Durchschnittswert

Quelle: OECD Health Data Juni 2004 für alle OECD Länder; WHO Health for all database, Juni 2004 für EST, LET, LIT, MTA, SLO, BUL, RUM; World Development Indicators 2004 für Zypern und die Türkei; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

