

---

# Demographische Entwicklung in Österreich und Gesundheitsplanung

Michaela Moritz

Die demographische Entwicklung in Österreich zeigt die in Europa üblichen Kennzeichen:

## *Lebenserwartung*

Derzeit liegt die durchschnittliche Lebenserwartung für einen heute geborenen Jungen bei 76 Jahren und für ein Mädchen bei 82 Jahren. Ein heute 60-jähriger Mann kann durchschnittlich mit weiteren 20 Jahren und eine Frau mit weiteren 24 Lebensjahren rechnen. Die Lebenserwartung steigt alle fünf Jahre um ein weiteres Jahr.

Österreich liegt bei der Lebenserwartung in der Europäischen Union hinter Schweden, Italien und Frankreich gemeinsam mit Spanien an vierter Stelle.

## *Bevölkerungsentwicklung*

Die langfristige Entwicklung bis 2050 (Abbildung 1) zeigt eine in etwa gleiche Bevölkerungszahl von ca. 8,1 Mio. 2001 und 2050, dazwischen gibt es einen leichten Anstieg auf ca. 8,3 Mio. bis 2030. Der Anteil der unter 15-Jährigen sinkt von 16,8 Prozent 2001 auf 12,2 Prozent 2050, die Arbeitsbevölkerung sinkt von 62 auf 51,8 Prozent und die über 60-Jährigen steigen von 21,2 auf 36 Prozent.

*Tabelle 1: Entwicklung der Lebenserwartung 1961–2001 in Österreich*

<i>Lebenserwartung</i>					
	1961	1971	1981	1991	2001
<i>Männer</i>					
Im Alter von 0 Jahren (bei der Geburt)	66,47	66,64	69,28	72,41	75,91
Im Alter von 15 Jahren	54,74	54,28	55,69	58,26	61,51
Im Alter von 60 Jahren	15,53	15,20	16,36	18,03	20,42
<i>Frauen</i>					
Im Alter von 0 Jahren (bei der Geburt)	72,84	73,67	76,41	79,05	81,68
Im Alter von 15 Jahren	60,52	60,77	62,51	64,77	67,14
Im Alter von 60 Jahren	18,99	18,99	20,40	22,21	24,25

Quelle: Statistik Austria

*Tabelle 2: Einwohner nach Altersgruppen 2001 und 2031 in Österreich*

	<i>absolut</i>		<i>in %</i>	
	2001	2031	2001	2031
Unter 15	1.353.512	1.104.837	16,8	13,1
15 bis 64	5.437.933	5.197.681	67,7	61,8
65 bis 74	659.985	1.123.890	8,2	13,4
75 bis 84	441.754	691.137	5,5	8,2
85 und älter	141.622	298.433	1,8	3,5
Insgesamt	8.034.806	8.415.978	100,0	100,0

Abbildung 1: Einwohner in Österreich nach breiten Altersgruppen 2001–2050

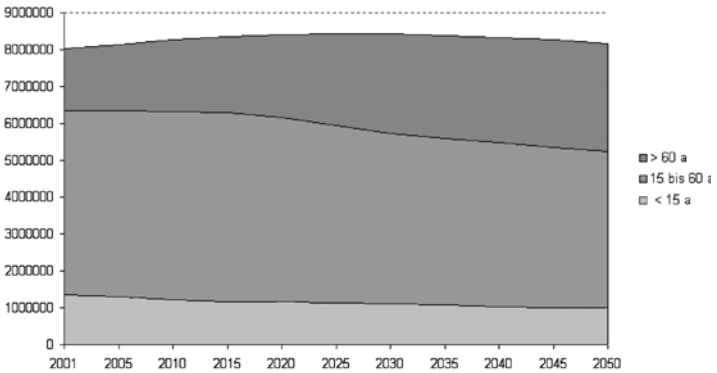
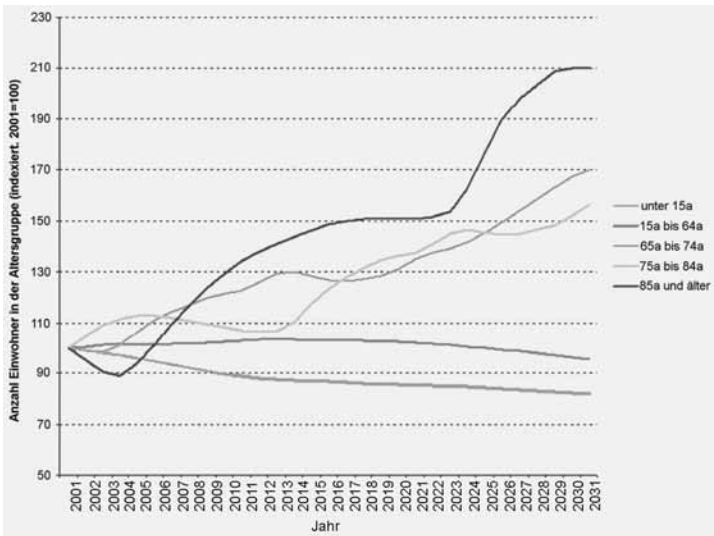


Abbildung 2: Einwohner Österreichs nach ausgewählten Altersgruppen 2001–2031 indiziert



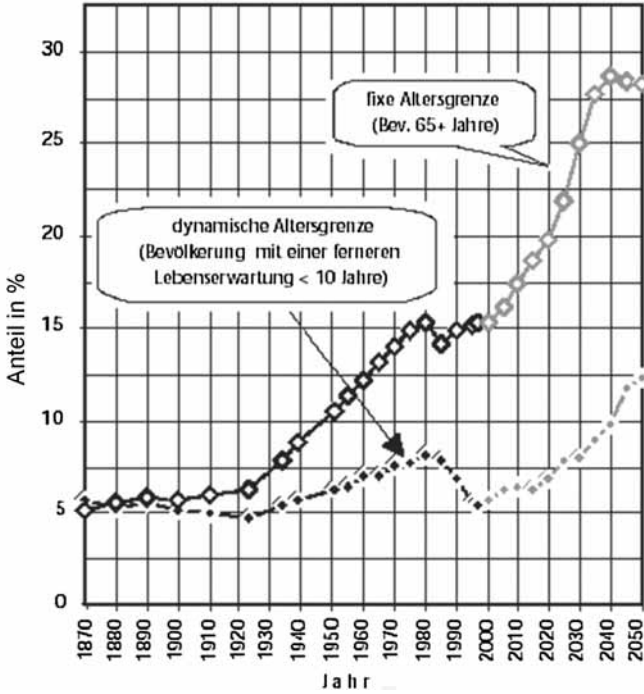
In der mittelfristigen Spanne bis 2030 ist die verhältnismäßig geringe Abnahme der unter 15-Jährigen, der Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung und die Zunahme des Anteils der alten und hochaltrigen Bevölkerung zu erkennen (Abbildung 2, Tabelle 2).

Das Konzept der starren Altersgrenzen (Bevölkerung über 60, über 65 Jahre), mit denen über Jahrzehnte hinweg die Gruppe „ältere Menschen“ gleich definiert wurde bzw. noch wird, steht zunehmend unter Kritik<sup>1</sup>. Der demographische Versuch von Ryder, das Konzept statischer Altersgrenzen zu durchbrechen, zeigt für Österreich Abbildung 3.

„Alter“ begann in Österreich für einen Mann im späten 19. Jahrhundert im Durchschnitt bei 65, für eine Frau bei 66 Jahren. Heute liegen diese Schwellenwerte bei 74 Jahren für Männer und bei 78 Jahren für Frauen. Bei dem in den Prognosen (mittlerer Variante) unterstellten Sterblichkeitsrückgang steigen die entsprechenden Werte bis zum Jahr 2050 für beide Geschlechter um weitere vier Jahre (Männer: 78 Jahre; Frauen: 82 Jahre).

Die „Dynamisierung“ der Altersgrenze hat erhebliche Konsequenzen für die demographische Analyse des Alterungsprozesses (Abbildung 3). Denn auf diese Weise lässt sich zeigen: In Österreich ist der so definierte Anteil „älterer“ Menschen aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung mit derzeit rund 6 Prozent keineswegs höher als vor 100 Jahren. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre von 5 Prozent auf 15 Prozent. Blickt man in die Zukunft, so wird Österreich allerdings in jedem Fall demographisch altern. Denn im Jahr 2050 werden mit über 12 Prozent doppelt so viele Menschen wie heute jenen Altersgruppen angehören, deren fernere Lebenserwartung weniger als 10 Jahre beträgt. Der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung wird bis dahin bereits auf 28 Prozent gestiegen sein. Allerdings entkommt man auch hier der grundsätzlichen Problematik historischer

Abbildung 3: Demographisches Altern im Vergleich zwischen „starrem“ und „dynamischem“ Indikator: Österreich 1869 bis 1998, Prognosen bis 2050 (mittlere Variante)



Quellen: Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen; eigene Berechnungen auf Basis der Sterbetafeln der österr. Bevölkerung, der Daten der Volkszählungen und der Bevölkerungsfortschreibung sowie der Bevölkerungsvorausschätzung 1998–2050 (mittlere Variante) des ÖSTAT

Langzeitvergleiche nicht völlig. Denn die durchschnittliche Zahl gesundheitlich belasteter Lebensjahre in der letzten Phase des Lebens wird sich in Zukunft möglicherweise ebenfalls verringern.

### *Expansion versus Kompression der Morbidität*

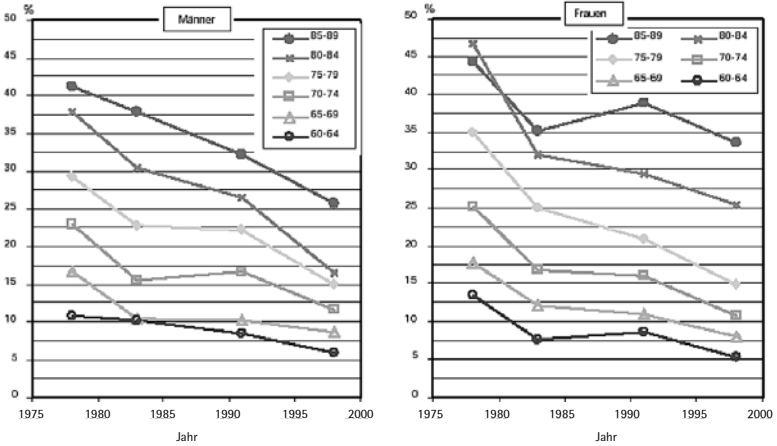
Die höhere Lebenserwartung älterer Menschen ist nur bis zu einem gewissen Grad ein Indikator für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Alter. Die Diskussion geht nun darum, ob es sich dabei auch um eine längere Erhaltung eines guten Gesundheitszustandes oder um ein Hinausschieben des Todeszeitpunktes bei chronisch kranken und entsprechend beeinträchtigten Menschen handelt.

Die optimistische Sichtweise der Kompression der Krankheiten ortet die Beeinträchtigungen und Behinderungen erst in hohem Alter in massiver Form. Die pessimistische Sichtweise sieht in der Verlängerung der Lebensdauer eher ein „Hinausschieben“ des Todeszeitpunktes bei chronisch kranken und funktional beeinträchtigten alten Menschen, also eine Expansion der Morbidität.

In Österreich zeigt sich anhand von subjektiven Einschätzungen – andere Daten stehen nicht zur Verfügung<sup>2</sup> –, die als guter Indikator für Lebensqualität und Lebenserwartung eingeschätzt werden, dass von 1978–1998 der Anteil der älteren Menschen, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einschätzen, deutlich geringer wurde.

„Es zeigt sich, dass in den vergangenen zwanzig Jahren (1978 bis 1998) der Anteil jener älteren Menschen, die ihren Gesundheitszustand als ‚schlecht‘ oder ‚sehr schlecht‘ einschätzen, deutlich geringer wurde. Dies trifft für die ‚jungen‘ Alten ebenso zu wie für die Hochbetagten und gilt für Männer und Frauen in gleicher Weise (Abbildung 4). So beurteilten 1978 rund 17 Prozent der 65- bis 69-jährigen Männer und 18 Prozent der gleichaltrigen Frauen ihren Gesundheitszustand mit ‚schlecht‘ oder ‚sehr schlecht‘. Bis 1998 hatte sich dieser Wert bei Männern und Frauen mehr als halbiert (auf 8 Prozent). Unter den 80- bis 84-jährigen empfanden laut Mikrozensus 1998 lediglich 16 Pro-

Abbildung 4: Anteil der Personen in Österreich, die ihren Gesundheitszustand mit „schlecht“ oder „sehr schlecht“ beurteilen; ältere Menschen in privaten Haushalten 1978, 1983, 1991 und 1998



Quelle: Mikrozensusserhebungen 1978, 1983, 1991, 1998; eigene Berechnungen

zent der Männer und 25 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand als schlecht. Zwanzig Jahre vorher war diese negative Beurteilung der eigenen Gesundheit noch doppelt so häufig zu finden. Selbst bei den Hochbetagten 85- bis 89-Jährigen kam es zu einer Verbesserung des subjektiv empfundenen Gesundheitszustands, vor allem bei Männern.“<sup>3</sup>

Es erhöhte sich also nicht nur die Lebenserwartung älterer Menschen in den letzten Jahrzehnten (Tabelle 1), sondern auch der subjektiv empfundene Gesundheitszustand. Zumindest diese Ergebnisse unterstützen die These von der Kompression der Morbidität.

## *Planungen für die demographische Entwicklung*

Der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2003 (ÖKAP/GGP 2003)<sup>4</sup>, der noch bis Ende 2005 Gültigkeit hat, weist in der Planung der Akutkrankenanstalten eine deutliche Berücksichtigung auch der demographischen Entwicklung auf: Der Abbau von ca. 1.800 Betten innerhalb der internen Medizin soll dem Aufbau von 2.100 Betten für Akutgeriatrie/Remobilisation bis Ende 2005, bzw. 3.500 Betten bis 2010 zugute kommen. Dazu kommt der zusätzliche Aufbau von 800 neurologischen Betten mit einer Reihe von Stroke-Units. Ebenso ist der Aufbau von Strukturen für Palliativmedizin und der Ausbau der Orthopädie vorgesehen. Der Abbau von ca. 700 gynäkologisch-geburtshilflichen Betten und von über 400 Kinder- und Jugendheilkundebetten hängt selbstverständlich ebenfalls mit der demographischen Entwicklung zusammen.

Da das österreichische Versorgungssystem eine strikte Trennung hinsichtlich Verantwortung, Organisation und Finanzierung des stationären Akutversorgungsbereichs und des Pflegebereichs vorsieht, hat es bisher auch keine gemeinsame Betrachtung der Versorgung und keine integrierte Planung gegeben.

Im stationären Akutbereich werden die Planungen einvernehmlich zwischen Bund und Ländern vereinbart. Die Finanzierung erfolgt durch Sozialversicherung, Länder und Bund, über Fallpauschalen in länderweise unterschiedlicher Ausprägung und über eine geringe Selbstbeteiligung.

Dienste und Einrichtungen der Alten- und Langzeitbetreuung finanzieren sich durch Eigenbeteiligung (bis zu 80 Prozent des Nettoeinkommens, 13. und 14. Monatsbezug müssen den Klienten verbleiben), Pflegegeld, Vermögen und Sozialhilfe unterschiedlich je Bundesland.

Die Verantwortung für Rehabilitation liegt bei den Sozialversicherungsträgern, sie haben ausreichende Rehabilita-



tionskapazitäten für alle Indikationen zur Verfügung zu stellen (hier vor allem z. B. orthopädische Rehabilitation, Neurorehabilitation). Die Planung in diesem Bereich erfolgt durch die Sozialversicherung. Aktuelles Ziel ist der Ausbau der ambulanten Rehabilitation.

*Integrativer Planungsansatz – der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2005 (ÖSG 2005)<sup>5</sup>*

Deutlich formuliert die Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005–2008 die Vorgabe einer integrativen Sicht: Sie fordert bereits in der Präambel „eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen“ und eine Verbesserung „des Nahtstellenmanagements zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen“.

Planung wird in der gesamten Vereinbarung nur mehr als „integrative Planung“ verstanden. Im Artikel 4 wird der „Österreichische Strukturplan Gesundheit“ als Grundlage für die integrative Planung vorgesehen, die bis 31.12.2005 einvernehmlich festzulegen und verbindlich zu machen ist.

Die Konzeption des ÖSG 2005

Der Entwurf zum ÖSG 2005 ist als Leistungsangebotsplan mit Planungshorizont 2010 konzipiert. Er ist ein regionaler Rahmenplan für Versorgungsregionen und Versorgungszonen. Er setzt bereits an einer integrativen regionalen Versorgungsplanung an, obwohl er im Moment noch nicht alle ihre Anforderungen erfüllen kann.

Vom bisherigen ÖKAP/GGP unterscheidet er sich vor allem in folgenden Punkten:

- Die bisherige Darstellung von einzelnen Krankenanstalten wird umgestellt auf die Darstellung von 32 Versorgungsregionen und vier Versorgungszonen.
- Richtwerte zur Anzahl stationärer Fälle im Jahr 2010 pro MHG (Medizinische Einzelleistungs-/Hauptdiagnosengruppe) pro Versorgungsregion oder Versorgungszone mit einem Toleranzbereich von jeweils  $\pm 25\%$  vom Bundesdurchschnitt ersetzen die bisherigen Bettenobergrenzen. Es gibt ca. 450 MHG.
- Festlegung von Strukturqualitätskriterien für einzelne MHG. Vorgaben zu jährlichen Mindestfrequenzen pro Leistungserbringer oder Standort sowie zur Erreichbarkeit pro MHG, wo dies wichtige Kriterien sind.
- Darstellung der Versorgungsdichte in den Bereichen ambulante ärztliche Versorgung, Rehabilitation, Alten- und Langzeitversorgung momentan jeweils im Ist-Stand, sowie von Kriterien des Schnittstellenmanagements.

### Kein Großgeräteplan mehr

Medizinisch-technische Großgeräte werden nicht mehr pro Standort geplant. Die Planungsaussagen beschränken sich auf allgemeine Planungsgrundlagen und gerätetechnische Beschreibungen. Vorgaben, für welche MHG ein Großgerät erforderlich ist, sind enthalten.

### Geltung des ÖSG

Die Festlegungen des ÖSG sollen für gemeinnützige Krankenanstalten ebenso wie für Unfallkrankenhäuser und Sanatorien Geltung erlangen.

## Evaluation und Weiterführung

Die Methoden zur Bedarfsschätzung und die Strukturqualitätskriterien wurden mit am ÖBIG eingerichteten ärztlichen Expertengremien erarbeitet. Bund, Länder und Sozialversicherung wurden laufend über die Arbeitsweise und Zwischenergebnisse informiert.

Selbstverständlich müssen Zielvorstellungen und Strukturqualitätskriterien ständig überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden.

Die Planungsaussagen müssen in den komplementären Versorgungsbereichen teilweise noch ergänzt und hinsichtlich ihrer tatsächlichen Umsetzung insgesamt laufend überprüft werden.

Das bedeutet, laufende Evaluation, Revision und Weiterentwicklung sind im Sinne einer integrativen Planung absolut notwendig.

## Sektorenübergreifende Sichtweise

Vorläufig sind Richtlinien zu Strukturqualitätskriterien fast nur für den akutstationären Bereich definiert. Da der ÖSG im Sinne einer integrativen Versorgungsplanung für alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung weiterentwickelt werden soll, wie dies auch die 15a-Vereinbarung vorgibt, müssen Schritt für Schritt auch Strukturqualitätskriterien für Versorgungsbereiche außerhalb der Akutkrankenanstalten in den ÖSG 2005 integriert werden.

Dies betrifft vor allem Qualitätsstandards

- für die ambulante ärztliche Versorgung,
- für die stationäre und die ambulante Rehabilitation
- und für die Alten- und Pflegeheime.

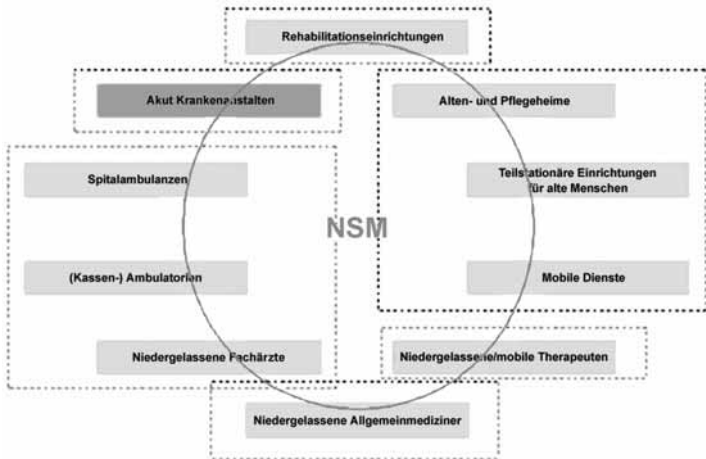
Kriterien für das Nahtstellenmanagement zwischen den einzelnen Ebenen, Bereichen und Einrichtungen sind ebenfalls vorgesehen und sollen noch im Jahr 2005 ergänzt werden.

## Integrierte Versorgungsplanung

Die Vereinbarung gemäß Artikel 15a BVG sieht, wie bereits erwähnt, die Entwicklung in Richtung einer integrativen regionalen Versorgungsplanung vor. Eine solche Planung umfasst grundsätzlich alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und deren Beziehungen untereinander. Die Planungen sollen regional aufeinander abgestimmt sein und auch die Schnittstellen sollen berücksichtigt werden.

Eine solche integrierte Planung soll ferner ein Beitrag dazu sein, das Versorgungsangebot gesamthaft und systemisch der demographischen Entwicklung anzupassen.

Abbildung 5: Elemente eines integrativen Versorgungssystems und Nahstellenmanagement



*Anmerkungen*

<sup>1</sup> *Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen: Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen. Wien 2003, S. 41.*

<sup>2</sup> *Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen: Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen. Wien 2003, S. 308.*

<sup>3</sup> *Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen: Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen. Wien 2003, S. 307.*

<sup>4</sup> *ÖBIG im Auftrag des Strukturfonds: ÖKAP/GGP 2003 (Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2003). Wien 2003.*

<sup>5</sup> *ÖSG 2005 (Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2005). Wien 2004 (unveröffentlichter Entwurf).*