

OECD *Multilingual Summaries* **Health at a Glance: Europe 2014**

Summary in German



Die komplette Publikation finden Sie unter: [10.1787/health_glance_eur-2014-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)

Gesundheit auf einen Blick: Europa 2014

Zusammenfassung in Deutsch

In den europäischen Ländern hat sich die Gesundheit der Bevölkerung deutlich verbessert, allerdings gibt es nach wie vor große Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustandes sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der einzelnen Staaten. Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) seit 1990 um durchschnittlich mehr als fünf Jahre gestiegen, wobei die Differenz zwischen den Ländern mit der höchsten und denen mit der niedrigsten Lebenserwartung weiterhin rund acht Jahre beträgt. Außerdem bestehen innerhalb der Länder nach wie vor große Unterschiede zwischen einzelnen sozioökonomischen Gruppen: Personen mit höherem Bildungsstand und Einkommen sind gesünder und leben mehrere Jahre länger als Angehörige stärker benachteiligter Gruppen. Diese Ungleichheiten sind auf viele Faktoren zurückzuführen, auch auf solche, die nicht Teil des Gesundheitssystems sind – wie das Umfeld, in dem eine Person lebt und persönliche Lebens- und Verhaltensweisen – sowie auf Unterschiede bezüglich des Zugangs zu Gesundheitsversorgung und der Qualität dieser Versorgung.

Gesundheit auf einen Blick: Europa 2014 enthält die neuesten Daten über den Gesundheitszustand, die gesundheitlichen Risikofaktoren und den Zugang zu einer hochwertigen Versorgung in allen EU-Mitgliedstaaten, Beitrittskandidatenländer (mit Ausnahme Albaniens aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit von Daten) und Ländern der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). Die Indikatoren beruhen hauptsächlich auf den Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft (ECHI), welche die Europäische Kommission zusammengestellt hat. Diese Ausgabe umfasst ein neues Kapitel über den Zugang zu Gesundheitsleistungen, in dem – soweit möglich – die Auswirkungen der Wirtschaftskrise im Hinblick auf finanzielle Hürden, geografische Hindernisse und Wartezeiten untersucht werden.

Die Lebenserwartung ist weiter gestiegen, dennoch gibt es nach wie vor Ungleichheiten

- Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in den EU-Mitgliedstaaten zwischen 1990 und 2012 um mehr als fünf Jahre auf 79,2 Jahre gestiegen. Die Differenz zwischen den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung (Spanien, Italien und Frankreich) und denen mit der niedrigsten (Litauen, Lettland, Bulgarien und Rumänien) hat sich jedoch seit 1990 nicht verringert.
- Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ist ebenfalls erheblich gestiegen und lag 2012 in der EU bei durchschnittlich 20,4 Jahren für Frauen und 16,8 Jahren für Männer. Der Unterschied bei der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren zwischen den Ländern mit der höchsten und denen mit der niedrigsten Lebenserwartung beträgt etwa fünf Jahre.
- Frauen und Männer mit hohem Bildungsstand haben eine um mehrere Jahre höhere Lebenserwartung bei besserer Gesundheit. So kann in einigen mittel- und osteuropäischen Ländern ein Mann im Alter von 65 Jahren mit hohem Bildungsstand darauf hoffen, zwischen vier und sieben Jahre länger als ein Mann desselben Alters mit niedrigem Bildungsstand zu leben.
- Im Durchschnitt leben Frauen in den EU-Ländern sechs Jahre länger als Männer. Der geschlechtsspezifische Unterschied macht in Bezug auf die gesunden Lebensjahre (d. h. die Zahl der Jahre ohne Aktivitätseinschränkung) nur ein Jahr aus.

Bewertung der Auswirkungen der Wirtschaftskrise auf die Gesundheit

- Die Krise hat sich in unterschiedlicher Weise auf die Gesundheit und Mortalität der Bevölkerung ausgewirkt. Die Selbstmordraten waren zu Beginn der Krise leicht gestiegen, sind nun aber offenbar auf das Vorkrisenniveau zurückgegangen. Die Mortalität aufgrund von Verkehrsunfällen ist in den Jahren nach der Krise stärker gesunken als in den Vorjahren. Die Exposition der Bevölkerung mit Luftverschmutzung ist infolge der Krise ebenfalls zurückgegangen. Für einige Schadstoffe scheint inzwischen jedoch wieder einen Anstieg verzeichnet werden zu können.
- Die Wirtschaftskrise könnte außerdem zum langfristigen Anstieg von Adipositas beigetragen haben. Im Durchschnitt war um das Jahr 2012 einer von sechs Erwachsenen in den EU-Mitgliedstaaten adipös, im Gegensatz zu einem von acht Erwachsenen um das Jahr 2002. Studien aus einigen Ländern weisen auf einen Zusammenhang zwischen finanziellen Notlagen und Adipositas hin: Unabhängig von ihrem Einkommen oder Vermögen sind Personen, die sich in finanziellen Schwierigkeiten befinden, einem höheren Risiko ausgesetzt. Auch tritt Adipositas häufiger bei benachteiligten Gesellschaftsgruppen auf.

Die Gesundheitsausgaben sind infolge der Wirtschaftskrise gesunken oder langsamer gestiegen

- Zwischen 2009 und 2012 sind die realen Gesundheitsausgaben (inflationsbereinigt) in der Hälfte der EU-Länder gesunken und in den übrigen Ländern wesentlich langsamer gestiegen. Im Durchschnitt sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf jährlich um 0,6 % gesunken, im Vergleich mit einem jährlichen Wachstum von 4,7 % zwischen 2000 und 2009. Dieser Rückgang ist auf Personal- und Gehaltskürzungen im Gesundheitswesen, Kürzungen der an Leistungserbringer entrichteten Entgelte, niedrigere Arzneimittelpreise und erhöhte Zuzahlungen der Patienten zurückzuführen.
- Während die Gesundheitsausgaben 2012 in einigen Ländern (darunter Österreich, Deutschland und Polen) einen moderaten Anstieg verzeichneten, sind sie in Griechenland, Italien, Portugal und Spanien sowie in der Tschechischen Republik und Ungarn weiter gesunken.

Die universelle soziale Absicherung im Krankheitsfall hat den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen gesichert

- Die meisten EU-Länder konnten eine (quasi-) universelle soziale Absicherung im Krankheitsfall für eine Reihe grundlegender Gesundheitsleistungen aufrechterhalten. Dies trifft allerdings nicht auf Bulgarien, Griechenland und Zypern zu, wo erhebliche Teile der Bevölkerung nicht krankenversichert sind. Aber auch in diesen Ländern wurden Maßnahmen ergriffen, um nicht versicherten Personen eine Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall zu ermöglichen.
- Zur Sicherstellung eines wirksamen Zugangs zu Gesundheitsleistungen ist die richtige Anzahl, Mischung und Verteilung von Leistungserbringern erforderlich. In nahezu allen europäischen Ländern ist die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte pro Kopf weiter gestiegen, Sorgen machen jedoch Engpässe bei bestimmten Kategorien von Ärzten, wie z. B. Hausärzten in ländlichen und entlegenen Gebieten.
- Die Zahl der Ärzte stieg in den EU-Ländern zwischen 2000 und 2012 durchschnittlich von 2,9 auf 3,4 Ärzte je 1000 Einwohner. Einen besonders raschen Anstieg verzeichneten Griechenland (vor allem vor der Wirtschaftskrise) und das Vereinigte Königreich (um 50 % zwischen 2000 und 2012).
- In allen Ländern gibt es in städtischen Gebieten eine größere Ärztedichte. Viele europäische Länder bieten finanzielle Anreize, um Ärzte in unterversorgten Gebieten anzuwerben und zu halten.
- Lange Wartezeiten für Gesundheitsleistungen sind in vielen europäischen Ländern ein wichtiges politisches Thema. Es bestehen große Unterschiede bei den Wartezeiten für geplante –nicht Notfall bedingte- chirurgische Eingriffe.

Die Versorgungsqualität hat sich in den meisten Ländern verbessert, es bestehen aber nach wie vor Ungleichheiten

- Fortschritte in der Behandlung von lebensbedrohenden Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebs haben in den meisten europäischen Ländern zu höheren Überlebensraten geführt. Im Durchschnitt ist die Mortalität nach Krankenhauseinweisungen wegen Herzinfarkt zwischen 2000 und 2011 um 40 % und bei Einweisungen wegen Schlaganfall um über 20 % gesunken. Die niedrigeren Mortalitätsraten sind auf eine bessere Akutversorgung und einen leichteren Zugang zu spezialisierten Schlaganfall-Einheiten (Stroke Units) in manchen Ländern zurückzuführen.
- Die Überlebensraten bei Krebs haben sich in den meisten Ländern verbessert, auch für Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs. Die Überlebensraten bei Gebärmutterhalskrebs waren in Polen allerdings über 20 % niedriger als in Österreich und Schweden, für Brustkrebs lagen sie in Polen nahezu 20 % unter den Raten in Schweden.
- Die Qualität der Primärversorgung hat sich in den meisten Ländern ebenfalls verbessert. Ein Zeichen dafür ist die rückläufige Zahl der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen aufgrund chronischer Krankheiten wie Asthma und Diabetes. Im Hinblick auf eine weitere Reduzierung kostspieliger Krankenhausbehandlungen besteht jedoch auch in diesem Bereich noch Verbesserungsbedarf.
- Die alternde Bevölkerung wird auch in den kommenden Jahren die Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme mehr und mehr beanspruchen. Einer Prognose der Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen aus dem Jahr 2012 zufolge werden sich die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit in den EU-Ländern zwischen 2010 und 2060 durchschnittlich um 1-2 % des BIP erhöhen, und auch bei den öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege ist ein ähnlicher Anstieg zu erwarten. In Zeiten knapper Haushaltsmittel wird die Herausforderung darin bestehen, für die gesamte Bevölkerung den Zugang zu einer hochwertigen Versorgung zu erschwinglichen Preisen zu bewahren.

This translation was undertaken by the European Commission.

Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.

They are available free of charge on the OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit,

Public Affairs and Communications Directorate at: rights@oecd.org or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30.

OECD Rights and Translation unit (PAC)

2 rue André-Pascal, 75116

Paris, France

Visit our website www.oecd.org/rights



Die komplette englische Fassung erhalten Sie bei OECD iLibrary!

© OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/health_glance_eur-2014-en