

OECD *Multilingual Summaries*



Health at a Glance: Europe 2010

Summary in German

Zusammenfassung in Deutsch

Zusammenfassung

In Europa hat sich die Gesundheit der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert. Die Lebenserwartung bei Geburt ist in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) seit 1980 um sechs Jahre gestiegen und die Frühsterblichkeit ist erheblich zurückgegangen. Verbesserungen bei den Lebens- und Arbeitsbedingungen und beim Gesundheitsverhalten haben wesentlich zu dieser Verlängerung der Lebensdauer beigetragen, ebenso wie Fortschritte in der Gesundheitsversorgung. Allerdings sind die Gesundheitssysteme in Europa immer größer und komplexer geworden, gleichzeitig sind die Ausgaben für das Gesundheitswesen gestiegen und stellen einen immer größeren Anteil am Bruttoinlandsprodukt.

Diese erste Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick: Europa* ist das Ergebnis einer langjährigen Zusammenarbeit zwischen der OECD und der Europäischen Kommission. Sie enthält eine Reihe von Schlüsselindikatoren zur Gesundheit und zu den Gesundheitssystemen in 31 Ländern in Europa – den 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie Island, Norwegen, Schweiz und Türkei. Die Auswahl der Indikatoren stützt sich auf die Auswahlliste der Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft (ECHI-Auswahlliste), eine von der Europäischen Kommission als Grundlage für die Entwicklung von und Berichterstattung über Gesundheitsstatistiken erstellte Liste (Europäische Kommission, 2010a). Wegen der zum Teil eingeschränkten Verfügbarkeit von Daten oder weil einige ECHI-Indikatoren noch nicht einsatzbereit sind, weichen einige Indikatoren in diesem Bericht von den ECHI-Definitionen ab. Darüber hinaus enthält die Publikation – gestützt auf die fundierte Datensammlung der OECD – detaillierte Angaben zu den Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung. Die mit der Publikation vorgelegten Daten stammen im wesentlichen aus nationalen amtlichen Statistiken, die in den *OECD-Gesundheitsdaten*, der *Eurostat-Statistikdatenbank* und der europäischen Datenbank der WHO *Gesundheit für alle* erfasst wurden.

Gesundheit auf einen Blick: Europa 2010 zeigt auf, dass es zwischen den Ländern in Europa erhebliche Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung, die gesundheitlichen Risikofaktoren, die Performance der Gesundheitssysteme sowie die Höhe der Gesundheitsausgaben und die Art der Finanzierung gibt.

Die Publikation enthält Erklärungen für diese Unterschiede und liefert Hintergrundinformationen zum besseren Verständnis der zugrunde liegenden Ursachen und zur Entwicklung politischer Optionen um diese Unterschiede zwischen den Ländern zu verringern. Anzumerken ist außerdem, dass in dieser Publikation die Bevölkerung zwar nach den Merkmalen Geschlecht und Alter, im Allgemeinen aber nicht nach Regionen, sozio-ökonomischen Gruppen oder der ethnischen Herkunft aufgeschlüsselt ist. Bei vielen der Indikatoren sollte beachtet werden, dass die Unterschiede *innerhalb* eines Landes ebenso so gross sein koennen wie zwischen den Ländern.

Der Gesundheitszustand hat sich in den europäischen Ländern erheblich verbessert, auch wenn nach wie vor große Unterschiede bestehen

- Die Lebenserwartung bei Geburt ist in den EU-Mitgliedstaaten seit 1980 um sechs Jahre gestiegen und lag 2007 bei 78 Jahren. In den 27 EU-Ländern lag die Lebenserwartung bei Geburt für den Dreijahreszeitraum 2005-2007 bei durchschnittlich 74,3 Jahren für Männer und bei 80,8 Jahren für Frauen. Für Frauen wurde die höchste Lebenserwartung bei Geburt (84,4 Jahre) in Frankreich ermittelt; während Schweden die höchste Lebenserwartung für Männer (78,8 Jahre) hatte. Die niedrigste Lebenserwartung bei Geburt bei den Frauen hatte in der Europäischen Union Rumänien (76,2 Jahre), bei den Männern Litauen (65,1 Jahre). Die Spanne zwischen den Ländern mit der höchsten und der niedrigsten Lebenserwartung bei Geburt beträgt etwa acht Jahre bei Frauen und 14 Jahre bei den Männern.
- Die Frage, ob die gestiegene Lebenserwartung einen Zugewinn an Lebensjahren bei guter Gesundheit bedeutet, hat wichtige Konsequenzen für die Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme in Europa. Der Indikator gesunde Lebensjahre bei der Geburt ist definiert als die Zahl der Jahre, in denen eine Person in ihren alltäglichen Aktivitäten nicht durch eine Krankheit oder ein Gesundheitsproblem eingeschränkt ist. 2005-2007 konnten Frauen in der Europäischen Union durchschnittlich 61,3 gesunde Lebensjahre und Männer 60,1 gesunde Lebensjahre erwarten. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist sehr viel geringer ausgeprägt als bei der Lebenserwartung; er spiegelt die Tatsache wider, dass Frauen in ihrem Leben häufiger als Männer in ihren alltäglichen Aktivitäten gesundheitlich eingeschränkt sind. Am höchsten war die Zahl der gesunden Lebensjahre bei Geburt für beide Geschlechter in Malta, während sie für Frauen am niedrigsten in Lettland war und für Männer in Estland.
- Auch die Lebenserwartung mit 65 Jahren ist in Europa in den letzten Jahrzehnten erheblich gestiegen. Der Durchschnitt lag 2005-2007 in den 27 EU-Ländern bei 15,9 Jahren für Männer und bei 19,5 Jahren für Frauen. Wie bei der Lebenserwartung bei Geburt wies Frankreich für Frauen (22,6 Jahre) wie für Männer (18,1 Jahre) die höchste Lebenserwartung mit 65 Jahren auf. Am niedrigsten war die Lebenserwartung mit 65 Jahren in Osteuropa – für Männer in Lettland (12,7 Jahre) und für Frauen in Bulgarien (16,3 Jahre).
- Wie im Fall der gesunden Lebensjahre bei der Geburt sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den gesunden Lebensjahren mit 65 Jahren sehr viel geringer als die Unterschiede hinsichtlich der Lebenserwartung. 2005-2007 war die Situation mit 8,4 Jahren für Männer gegenüber 8,1 Jahren für Frauen etwas besser.
- Die Auswirkungen der medizinischen und nicht-medizinischen Einflussgrößen, die sich auf die unterschiedliche Zahl der zu erwartenden (gesunden) Lebensjahre auswirken, lässt sich nur schwer bestimmen. Es besteht in der Regel ein Zusammenhang zwischen einem höheren Bruttoinlandsprodukt und einer höheren Lebenserwartung, ein Zusammenhang der allerdings bei steigendem Bruttoinlandsprodukt weniger ausgeprägt ist. Andere Gesundheitsfaktoren spielen ebenfalls eine große Rolle.

Die gesundheitlichen Risikofaktoren wandeln sich

- Viele EU-Länder haben bei der Verringerung des Tabakkonsums bemerkenswerte Erfolge erzielt, auch wenn das Rauchen immer noch eine der wichtigsten Ursachen für vorzeitige Sterblichkeit ist. Dieser Rückgang lässt sich vor allem auf nationale Strategien und Strategien auf EU-Ebene zurückführen, etwa Anti-Raucherkampagnen, Werbeverbote und höhere Steuern. Die Zahl der täglichen Raucher ist in Schweden und Island deutlich zurückgegangen (18 % gegenüber 30 % im Jahr 1980). In Griechenland jedoch rauchen nach wie vor nahezu 40 % der Erwachsenen täglich. Ebenfalls relativ hoch sind die Raucherquoten in Bulgarien, Irland und den Niederlanden.
- Auch der Alkoholkonsum ist in den letzten drei Jahrzehnten in Ländern in Europa zurückgegangen. Einschränkungen bei der Werbung, Verkaufsbeschränkungen und Besteuerung haben sich als wirksame Maßnahmen zur Verringerung des Alkoholkonsums erwiesen. In traditionell weinerzeugenden Ländern wie Italien, Frankreich und Spanien ist der Alkoholkonsum pro Kopf seit 1980 erheblich zurückgegangen. Andererseits ist er in einer Reihe von Ländern wie Irland, dem Vereinigten Königreich und einigen nordischen Ländern deutlich angestiegen.
- Mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung in der Europäischen Union ist übergewichtig oder fettleibig (adipos). Dies gilt auch für 15 der 27 EU-Länder. Die Prävalenz von Adipositas – mit der größere Gesundheitsrisiken einhergehen als mit Übergewicht – liegt zwischen 10 % in Rumänien, der Schweiz und Italien und mehr als 20 % im Vereinigten Königreich, in Irland, Malta und Island. In den EU-Ländern sind durchschnittlich 15,5 % der erwachsenen Bevölkerung adipös.
- Die Adipositasrate hat sich in den meisten EU-Ländern, für die Daten vorliegen, in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt. Dieser rasche Anstieg erfolgte unabhängig davon, wie hoch das Adipositasniveau vor zwei Jahrzehnten war. Sowohl in den Niederlanden als auch im Vereinigten Königreich hat sich die Adipositasrate zwischen 1988 und 2008 mehr als verdoppelt, auch wenn die Rate in den Niederlanden derzeit weniger als halb so hoch ist wie im Vereinigten Königreich.
- Da Fettleibigkeit mit einem erhöhten Risiko für chronische Krankheiten einhergeht, ist sie mit erheblichen zusätzlichen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Eine vor kurzem in England erschienene Studie schätzte dass die gesamten mit Übergewicht und Fettleibigkeit zusammenhängenden Kosten zwischen 2007 und 2015 um 70 % steigen und 2025 um das 2,4fache höher liegen könnten (Foresight, 2007).

*Personalmangel im Gesundheitswesen ist
in vielen Ländern ein Anlass zur Besorgnis*

- Der Ärztemangel gibt in vielen europäischen Ländern Anlass zu Besorgnis. Die Zahl der Ärzte pro Kopf der Bevölkerung ist in Europa sehr unterschiedlich; am niedrigsten ist sie in der Türkei, gefolgt von Polen und Rumänien. Ebenfalls relativ niedrig ist die Zahl der Ärzte im Vereinigten Königreich und in Finnland.
- Seit dem Jahr 2000 hat die Zahl der Ärzte pro Kopf der Bevölkerung jedoch in allen europäischen Ländern, mit Ausnahme der Slowakischen Republik, zugenommen. Sie stieg von durchschnittlich 3,0 Ärzten pro 1 000 Einwohner im Jahr 2000 auf 3,3 im Jahr 2008. Besonders rasch verlief dieser Anstieg in Irland mit einer Zunahme um nahezu 50 %. Ein erheblicher Anteil dieses Anstiegs ist auf die Einstellung von im Ausland ausgebildeten Ärzten zurückzuführen, deren Anteil sich in diesem Zeitraum verdreifacht hat. Auch im Vereinigten Königreich nahm die Zahl der Ärzte pro Kopf zwischen 2000 und 2008 um 30 % zu und erhöhte sich von 2,0 pro 1 000 Einwohner auf 2,6.
- Demgegenüber verzeichneten Frankreich und Italien seit 2000 praktisch keinen Anstieg der Zahl der Ärzte pro Kopf. Nach einem Rückgang der Zahl der Studienanfänger in Medizin in den 1980er und 1990er Jahren erreichte die Zahl der Ärzte in Italien 2002 einen Höhepunkt und nimmt seitdem ab. In Frankreich wurde 2005 ein Höhepunkt erreicht, es wird erwartet, dass sich der Rückgang in den kommenden zehn Jahren fortsetzt.
- In fast allen Ländern hat sich das Verhältnis zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten in den letzten Jahrzehnten verändert, wobei die Zahl der Fachärzte sehr viel schneller zunahm. Daher gibt es in den meisten Ländern, mit Ausnahme von Rumänien und Portugal, mehr Fachärzte als Allgemeinmediziner. Erklären lässt sich dies mit einer geringeren Attraktivität der traditionellen Form der Tätigkeit des Allgemein-/Hausarztes und mit wachsenden Einkommensunterschieden. Mit dem relativen oder absoluten Rückgang der Zahl der Allgemeinärzte pro Kopf stellt sich das Problem des Zugangs zur Grundversorgung. In vielen Ländern gibt es Überlegungen, wie sich die Attraktivität der allgemeinärztlichen Tätigkeit steigern ließe, oder welche neuen Rollen andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen wie z. B. Pflegekräfte übernehmen könnten.
- Auch das Problem des Mangels an Pflegepersonal ist in vielen europäischen Ländern Anlass zur Besorgnis. Das Pflegepersonal spielt nicht nur in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen eine wichtige Rolle, sondern zunehmend auch im Bereich der Grundversorgung, vor allem bei der Versorgung chronisch Kranker und bei der Versorgung der Patienten zu Hause. 2008 gab es in Finnland, Island, Irland und der Schweiz etwa 15 Pflegekräfte pro 1 000 Einwohner und etwas weniger in Dänemark und Norwegen. In der Türkei war die Zahl der Pflegekräfte mit weniger als 5 Pflegekräften pro 1 000 Einwohner am geringsten, gefolgt von Griechenland, Bulgarien und Zypern.
- Seit dem Jahr 2000 ist die Zahl der Pflegekräfte pro Kopf in allen europäischen Ländern, mit Ausnahme Litauens und der Slowakischen Republik, gestiegen. Besonders hoch war dieser Anstieg in Portugal, Spanien, Frankreich und der Schweiz.

Steigende Gesundheitsausgaben belasten den Staatshaushalt

- Die Gesundheitsausgaben sind in allen europäischen Ländern gestiegen, oft schneller als die Wirtschaftskraft, d. h. der Anteil der Gesundheitskosten am BIP wird immer höher. 2008 gaben die EU-Länder durchschnittlich 8,3 % ihres BIP für Gesundheitskosten aus (gegenüber 7,3 % im Jahr 1998). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist in den einzelnen Ländern jedoch sehr unterschiedlich; er schwankt zwischen weniger als 6 % in Zypern und Rumänien und mehr als 10 % in Frankreich, der Schweiz, Deutschland und Österreich.
- In einigen Ländern hat die jüngste Wirtschaftskrise zu einem erheblichen Anstieg des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP geführt. In Irland stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 7,5 % im Jahr 2007 auf 8,7 % im Jahr 2008 und in Spanien von 8,4 % auf 9 %.
- 2008 verzeichnete Norwegen von allen europäischen Ländern mit 4 300 EUR die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf, gefolgt von der Schweiz, Luxemburg und Österreich. Die meisten nordischen und westeuropäischen Länder geben zwischen 2 500 EUR KKP und 3 500 EUR KKP pro Person aus, d. h. 10 bis 60 % mehr als der EU-Durchschnitt. Bei den Ländern, die weniger als der EU-Durchschnitt ausgeben, handelt es sich um ost- und südeuropäische Länder wie die Türkei, Rumänien, Bulgarien, Polen und Ungarn.
- Die Gesundheitsausgaben pro Kopf korrelieren tendenziell positiv mit dem BIP pro Kopf, auch wenn dieser Zusammenhang bei den Staaten mit einem geringen BIP pro Kopf ausgeprägter ist. Aber auch bei Ländern mit einem vergleichbaren BIP pro Kopf kann es erhebliche Unterschiede bei den Gesundheitsausgaben geben. Spanien und Frankreich beispielsweise haben ein ähnliches BIP pro Kopf, dennoch liegen die Gesundheitsausgaben in Spanien bei weniger als 80 % der Gesundheitsausgaben in Frankreich.
- Die Gesundheitssysteme werden gelegentlich dafür kritisiert, dass sie sich allzu sehr auf die „Behandlung von Krankheiten“ konzentrieren, d. h. dass sie die Kranken behandeln, aber nicht genug tun, um Krankheiten zu verhindern. Derzeit fließen in den EU-Ländern durchschnittlich nur etwa 3 % der Gesundheitsausgaben in Prävention und öffentliche Gesundheitsprogramme.
- Die öffentliche Hand ist in allen europäischen Ländern außer Zypern die Hauptfinanzierungsquelle des Gesundheitssystems. 2008 wurden durchschnittlich nahezu drei Viertel aller Gesundheitsausgaben über Steuern und Sozialabgaben durch die öffentliche Hand finanziert. In Luxemburg, der Tschechischen Republik, den nordischen Ländern (außer Finnland), dem Vereinigten Königreich und Rumänien lag die öffentliche Finanzierung aller Gesundheitsausgaben bei mehr als 80 %.
- Umfang und Zusammensetzung der privaten Finanzierung sind in den einzelnen Ländern unterschiedlich. In den meisten Ländern findet sie in Form von Selbstzahlungen der Patienten statt. Die private Krankenversicherung trägt in den EU-Ländern nur zu durchschnittlich etwa 3-4 % der gesamten Gesundheitsausgaben bei. In einigen Ländern spielt sie jedoch eine erhebliche Rolle. In Deutschland ist sie für einen bestimmten Teil der Bevölkerung eine Vollversicherung. In Frankreich finanziert die private Krankenversicherung 13 % der Gesamtausgaben, sie stellt jedoch ergänzende Leistungen zum allgemeinen öffentlichen System bereit.
- Angesichts der derzeit in vielen Ländern bestehenden Notwendigkeit, die Haushaltsdefizite zu verringern, dürften Regierungen kurzfristig vor schwierigen politischen Entscheidungen stehen. Sie könnten gezwungen sein, entweder den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben einzudämmen, die Ausgaben in anderen

Bereichen zu kürzen oder die Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge erhöhen, um ihre Defizite zu verringern. Eine Steigerung der Produktivität im Gesundheitssektor könnte dazu beitragen, diese Anforderungen miteinander zu vereinbaren, z. B. durch eine strengere Bewertung von Gesundheitstechnologien oder den verstärkten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien („eHealth“). Diese Initiativen könnten auch den zusätzlichen Nutzen haben, dass die Qualität der Pflege – ein weiterer Bereich der inhaltlichen Zusammenarbeit zwischen der OECD und der Europäischen Kommission – verbessert wird.

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/

