

# OECD *Multilingual Summaries*

## Health at a Glance: Europe 2012

Summary in German



Die komplette Publikation finden Sie unter: [10.1787/9789264183896-en](https://doi.org/10.1787/9789264183896-en)

### Zusammenfassung in Deutsch

## Zusammenfassung

In den europäischen Ländern hat sich die Gesundheit der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert. Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) von 1980 bis 2010 um mehr als sechs Jahre auf 79 Jahre gestiegen, während die Frühsterblichkeit erheblich zurückgegangen ist. Mehr als drei Viertel dieser Lebensjahre können erwartungsgemäß ohne Aktivitätseinschränkungen verbracht werden. Die höhere Lebenserwartung ist auf verbesserte Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie auf einige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zurückzuführen. Aber auch der bessere Zugang zur Gesundheitsversorgung und die höhere Qualität tragen zu einem erheblichen Teil dazu bei, wie z. B. aus den deutlich reduzierten Sterblichkeitsraten nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall hervorgeht.

Viele Fortschritte im Gesundheitswesen waren mit erheblichen Kosten verbunden. Bis zum Jahr 2009 stiegen in den europäischen Ländern die Ausgaben im Gesundheitsbereich schneller als in den übrigen Wirtschaftsbereichen an und beanspruchten einen wachsenden Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Nach Ausbruch der Wirtschafts- und Finanzkrise im Jahr 2008 reduzierten viele europäische Länder ihre Gesundheitsausgaben im Rahmen umfassenderer Bemühungen, das Wachstum des Haushaltsdefizits und der Schuldenquote in Grenzen zu halten. Auch wenn diese Kürzungen unvermeidlich gewesen sein dürften, können sich einige Maßnahmen auf die grundlegenden Ziele der Gesundheitssysteme auswirken. Daher ist die kontinuierliche Überwachung der Daten und Indikatoren für Gesundheit und Gesundheitssysteme wichtig, denn sie lässt erkennen, wie sich die wandelnden wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Bedingungen kurz- oder längerfristig auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Qualität und die Gesundheitsergebnisse auswirken können.

In dieser zweiten Ausgabe von "Gesundheit auf einen Blick: Europa" werden die neuesten vergleichbaren Daten vorgelegt, die bis zum Jahr 2010 für bestimmte Indikatoren zu Gesundheit und Gesundheitssystemen in 35 europäischen Ländern – die 27 EU-Mitgliedstaaten, fünf Kandidatenländer und drei EFTA-Länder – erhoben wurden. Die Indikatoren stammen aus der Liste der Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft (ECHI-Auswahlliste), die die Europäische Kommission als Orientierungshilfe für die Entwicklung von Gesundheitsstatistiken und für die Gesundheitsberichterstattung zusammengestellt hat. Darüber hinaus bietet diese Ausgabe ausführliche Informationen über Gesundheitsausgaben und Finanzierungstrends, die sich auf die Ergebnisse der jährlich von der OECD, Eurostat und WHO auf Grundlage des Gesundheitskontensystems durchgeführten gemeinsamen Erhebung stützen. Zudem wurde ein neues Kapitel über die Versorgungsqualität aufgenommen, das die im Rahmen des OECD-Projekts „Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung“ erzielten Fortschritte widerspiegelt. Die hier vorgelegten Daten stammen vorwiegend aus amtlichen nationalen Statistiken, die von der OECD, Eurostat oder WHO-Europa einzeln oder gemeinsam erfasst wurden, sowie aus Mehrländerumfragen wie der Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC-Studie).

"Gesundheit auf einen Blick: Europa 2012" zeigt in fünf großen Themenbereichen Entwicklungstendenzen und Unterschiede zwischen den europäischen Ländern auf: 1)

Gesundheitszustand der Bevölkerung; 2) gesundheitliche Risikofaktoren; 3) Ressourcen und Leistungen des Gesundheitssystems; 4) Qualität der Gesundheitsversorgung bei chronischen und akuten Krankheiten und 5) Gesundheitsausgaben und Finanzierungsquellen. Der Bericht geht auf bestehende Unterschiede zwischen den Ländern ein und liefert Hintergrundinformationen für weitere Untersuchungen und Analysen, sodass die Ursachen dafür besser verstanden und politische Strategien entwickelt werden können, um gegenüber Ländern mit besseren Resultaten aufzuholen. Viele Indikatoren sind für jedes Land nach Geschlecht und Alter, einige zusätzlich nach Einkommen oder Bildungsstand aufgeschlüsselt. Sie zeigen, dass es angesichts subnationaler Regionen, sozioökonomischer Gruppen oder Gruppen unterschiedlicher rassischer/ethnischer Herkunft innerhalb eines Landes ebenso viele Unterschiede geben kann wie zwischen den Ländern.

---

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

---

- Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in den EU-Mitgliedstaaten von 1980 bis 2010 um mehr als sechs Jahre gestiegen. In der Europäischen Union lag die Lebenserwartung bei der Geburt für den Dreijahreszeitraum 2008-2010 bei durchschnittlich 75,3 Jahren für Männer und bei 81,7 Jahren für Frauen. Die höchste Lebenserwartung hatten Frauen (85,0 Jahre) in Frankreich und Männer (79,4 Jahre) in Schweden. Die niedrigste Lebenserwartung bei der Geburt hatten in der EU Frauen in Bulgarien und Rumänien (77,3 Jahre) und Männer in Litauen (67,3 Jahre). Die Differenz zwischen den EU-Mitgliedstaaten mit der höchsten und der niedrigsten Lebenserwartung bei der Geburt beträgt für Frauen rund 8 Jahre und für Männer rund 12 Jahre (Abbildung 1.1.1).
- In der Europäischen Union betragen im Zeitraum 2008-2010 die gesunden Lebensjahre bei der Geburt, die als die Anzahl der Jahre ohne Aktivitätseinschränkung definiert werden, durchschnittlich 62,2 Jahre für Frauen und 61,0 Jahre für Männer. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist viel geringer als bei der Lebenserwartung, was darauf hinweist, dass Frauen in ihrem Leben häufiger als Männer in ihren Aktivitäten eingeschränkt sind. Am höchsten war die Zahl der gesunden Lebensjahre bei der Geburt im Zeitraum 2008-2010 für Frauen in Malta und für Männer in Schweden, am geringsten für Männer als auch Frauen in der Slowakischen Republik (Abbildung 1.1.1).
- Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ist in den europäischen Ländern ebenfalls erheblich gestiegen und lag 2008-2010 in der EU bei durchschnittlich 16,5 Jahren für Männer und 20,1 Jahren für Frauen. Wie bei der Lebenserwartung bei der Geburt verzeichnete Frankreich für Frauen (23,2 Jahre) als auch Männer (18,7 Jahre) im Alter von 65 Jahren die höchste Lebenserwartung. In der EU war die Lebenserwartung mit 65 Jahren für Frauen in Bulgarien (16,9 Jahre) und für Männer in Lettland (13,2 Jahre) am niedrigsten (Abbildung 1.2.1).
- Große Unterschiede in der Lebenserwartung bestehen nach wie vor zwischen sozioökonomischen Gruppen. Sowohl Frauen als auch Männer mit hohem Bildungsstand haben eine längere Lebenserwartung. So kann ein Mann im Alter von 65 Jahren mit hohem Bildungsstand in der Tschechischen Republik davon ausgehen, sieben Jahre länger zu leben als Männer desselben Alters mit niedrigem Bildungsstand (Abbildung 1.2.3).
- Der jeweilige Anteil der zahlreichen medizinischen und nicht medizinischen Faktoren an den Abweichungen in der Lebenserwartung zwischen den Ländern lässt sich nur schwer abschätzen. In der Regel besteht ein Zusammenhang zwischen einem höheren Nationaleinkommen und einer größeren Zahl der zu erwartenden (gesunden) Lebensjahre, obwohl dieses Verhältnis bei den höchsten Einkommensstufen weniger ausgeprägt ist, was darauf hindeutet, dass es sich weniger „rechnet“.
- Chronische Erkrankungen wie Diabetes, Asthma und Demenz treten immer häufiger auf, entweder weil es bessere Diagnosen oder mehr Grunderkrankungen gibt. In der EU litten im Jahr 2011 über 6 % der 20- bis 79-Jährigen oder 30 Millionen Menschen an Diabetes (Abbildung 1.14.1). Für viele EU-Mitgliedstaaten sind bessere Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen zu einer gesundheitspolitischen Priorität geworden.

---

## *Die gesundheitlichen Risikofaktoren ändern sich*

---

- Die meisten europäischen Länder haben den Tabakkonsum durch Sensibilisierungskampagnen, Werbeverbote und höhere Steuern verringert. Der Anteil an Erwachsenen, die täglich rauchen, liegt in Schweden und Island unter 15 %, verglichen mit 30 % im Jahr 1980. Demgegenüber konsumieren in Griechenland 30 % der Erwachsenen täglich Tabak. In Bulgarien, Irland und Lettland sind die Raucherquoten nach wie vor hoch (Abbildung 2.5.1).
- Auch der Alkoholkonsum ist in vielen europäischen Ländern zurückgegangen. Einschränkungen bei der Werbung, Verkaufsbeschränkungen und Besteuerung haben sich als wirksame Maßnahmen erwiesen. In traditionellen Wein erzeugenden Ländern wie Frankreich, Italien und Spanien ist der Alkoholkonsum pro Kopf seit 1980 erheblich zurückgegangen. Der Alkoholkonsum pro Erwachsenen ist in einer Reihe von Ländern, darunter Zypern, Finnland und Irland, erheblich gestiegen (Abbildung 2.6.1).
- In der Europäischen Union sind derzeit 52 % der erwachsenen Bevölkerung übergewichtig, 17 % davon sind fettleibig. Auf Ebene der Länder liegt die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in 18 der 27 EU-Mitgliedstaaten bei über 50 %. In Frankreich, Italien und der Schweiz ist die Rate viel niedriger, aber ebenfalls im Steigen begriffen. Die Prävalenz von Adipositas, die ein größeres gesundheitliches Risiko als Übergewicht darstellt, reicht von 8 % in Rumänien und der Schweiz bis über 25 % in Ungarn und dem Vereinigten Königreich (Abbildung 2.7.1). Die Adipositasrate hat sich seit 1990 in vielen europäischen Ländern verdoppelt (Abbildung 2.7.2). Von der Zunahme der Adipositas sind in unterschiedlichem Maß alle Bevölkerungsgruppen betroffen. Häufiger tritt Adipositas bei benachteiligten Gesellschaftsgruppen und besonders bei Frauen auf.

---

## *In den meisten Ländern ist die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte pro Kopf höher als je zuvor, es herrscht jedoch Besorgnis über aktuelle oder künftige Engpässe*

---

- Die Gewährleistung eines angemessenen Zugangs zur Gesundheitsversorgung ist in allen EU-Mitgliedstaaten ein grundlegendes politisches Ziel. Dies erfordert unter anderem, dass Leistungsanbieter in richtiger Zahl am richtigen Ort zur Verfügung stehen, um auf die Bedürfnisse der Bevölkerung einzugehen. Vielen europäischen Ländern bereitet der Mangel an Ärzten und Pflegekräften Sorge, obwohl jüngste Kürzungen der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit in einigen Ländern zumindest zu einer vorübergehenden Nachfrageverringeringung geführt haben dürften.
- Seit dem Jahr 2000 hat sich die Zahl der Ärzte pro Kopf in fast allen EU-Mitgliedstaaten erhöht. Sie stieg in der gesamten EU von 2000-2010 durchschnittlich von 2,9 auf 3,4 Ärzte je 1 000 Einwohner. Einen besonders raschen Anstieg verzeichneten Griechenland und das Vereinigte Königreich (Abbildung 3.1.1).
- In fast allen Ländern hat sich das Verhältnis zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten verändert, sodass es nun mehr Fachärzte gibt (Abbildung 3.1.2). Ein möglicher Grund dafür ist, dass der traditionelle Beruf des „Hausarztes“ nicht mehr so attraktiv ist und die Einkommensunterschiede zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten immer größer werden. In vielen Ländern stellt sich angesichts der langsamen Zunahme bzw. des Rückgangs der Zahl der Allgemeinmediziner die Frage der Sicherstellung der Primärversorgung für bestimmte Bevölkerungsgruppen.
- Auch ein möglicher Pflegepersonal-mangel gibt Anlass zu Bedenken, und diese könnten sich in Zukunft noch verstärken, da die Nachfrage nach Pflegekräften weiter steigt und mit dem Älterwerden der geburtenstarken Jahrgänge eine Pensionierungswelle im Pflegebereich einsetzt. Im letzten Jahrzehnt ist die Zahl der Pflegekräfte pro Kopf in fast allen EU-Mitgliedstaaten gestiegen (Abbildung 3.3.1). Besonders in Dänemark, Frankreich, Portugal und Spanien gab es einen hohen Anstieg. In letzter Zeit hat sich die Zahl der Pflegekräfte in einigen am ärgsten von der Wirtschaftskrise betroffenen Ländern jedoch verringert. In Estland stieg die Zahl der Pflegekräfte bis zum Jahr 2008 an, ist seitdem aber gesunken, was einen Rückgang von 6,4 je 1 000 Einwohner im Jahr 2008 auf 6,1 im Jahr 2010 bewirkte.

---

*Die Versorgungsqualität hat sich in den meisten europäischen Ländern verbessert, besonders um Krankenhauseinweisungen von Personen mit chronischen Erkrankungen zu vermeiden*

---

- In allen Meldeländern sind Fortschritte in der Behandlung von lebensbedrohenden Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebs erzielt worden. Die Mortalitätsraten nach Krankenhauseinweisungen wegen Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt) sind zwischen 2000 und 2009 um fast 50 % (Abbildung 4.3.3) und bei Einweisungen wegen Schlaganfall um über 20 % gesunken (Abbildung 4.4.3). Diese Fortschritte sind auf eine bessere Akutversorgung und einen leichteren Zugang zu spezialisierten Schlaganfall-Einheiten (Stroke Units) in Ländern wie Dänemark und Schweden zurückzuführen.
- Die Überlebensraten bei verschiedenen Krebsarten haben sich in den meisten Ländern ebenfalls verbessert, was auf frühere Erkennung und effizientere Behandlungsmethoden zurückzuführen ist (Abbildung 4.7.2 und 4.8.2). Wenngleich die Überlebensraten bei Brustkrebs in der Tschechischen Republik und in Slowenien unter 80 % bleiben, sind sie in den Jahren 1997-2002 und 2004-2009 um über 10 Prozentpunkte gestiegen. In diesen beiden Ländern stieg auch die Überlebensrate bei Kolorektalkrebs deutlich an (Abbildung 4.9.2).
- Schwieriger ist die Qualitätsüberwachung im Bereich der Primärversorgung, da in den meisten Ländern für diesen Bereich weniger Daten verfügbar sind als für den Krankensektor. Vermeidbare Krankenhauseinweisungen dienen oft als Indikator für eine unzureichende Primärversorgung oder mangelnde Qualität und Kontinuität der Versorgung. Es herrscht Einigkeit darüber, dass bei Asthma und Diabetes durch eine angemessene medizinische Primärversorgung eine Verschlimmerung und teure Krankenhausaufenthalte weitgehend vermieden werden sollten. In einigen Ländern ist die Zahl der Krankenhauseinweisungen wegen Asthma niedrig, in anderen Ländern wie der Slowakischen Republik dagegen viel höher (Abbildung 4.1.1). In allen europäischen Ländern gibt es zu viele Krankenhauseinweisungen bei unkontrolliertem Diabetes (Abbildung 4.2.1).

---

*In vielen europäischen Ländern steigen die Gesundheitsausgaben langsamer oder sinken*

---

- Entgegen dem Trend ständig steigender Gesundheitsausgaben verlangsamte sich im Jahr 2010 in fast allen europäischen Ländern das reale Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf oder ging zurück. Ein Rückgang der Ausgaben war in den am schwersten von der Wirtschaftskrise betroffenen Ländern (z. B. Estland und Island) bereits ab dem Jahr 2009 zu verzeichnen, doch dann folgten aufgrund des wachsenden Drucks auf die Haushalte und steigender Schuldenquoten einschneidendere Kürzungen. Im Durchschnitt stiegen von 2000 bis 2009 die realen Gesundheitsausgaben pro Kopf in der EU um 4,6 % pro Jahr und sanken im Jahr 2010 um 0,6 % (Abbildung 5.2.2).
- Die Kürzung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit wurde durch eine Reihe von Maßnahmen erzielt, unter anderem durch die Senkung der Löhne und/oder des Beschäftigungsniveaus, die Erhöhung der Selbstzahlungen der Haushalte für bestimmte Dienstleistungen und Arzneimittel sowie durch strenge Haushaltsvorgaben für Krankenhäuser. Auch durch die Zusammenlegung von Krankenhäusern oder eine raschere Verlagerung von der stationären zur ambulanten Versorgung und zu Tageskliniken ist eine Effizienzsteigerung angestrebt worden.
- Als Folge des negativen Wachstums im Jahr 2010 stabilisierte sich in vielen EU-Mitgliedstaaten der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP oder ging leicht zurück. Im Jahr 2010 gaben die EU-Mitgliedstaaten durchschnittlich 9,0 % (ungewichtet) ihres BIP (Abbildung 5.3.1) für das Gesundheitswesen aus, was eine deutliche Zunahme gegenüber einem Anteil von 7,3 % im Jahr 2000, aber ein leichter Rückgang gegenüber dem Spitzenwert von 9,2 % im Jahr 2009 war.
- In den Niederlanden war der für das Gesundheitswesen aufgewendete Anteil am BIP im Jahr 2010 am höchsten (12 %), gefolgt von Frankreich und Deutschland (beide mit 11,6 %). Unter den EU-Mitgliedstaaten verzeichneten die Niederlande (3 890 EUR), Luxemburg (3 607 EUR) und

Dänemark (3 439 EUR) die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf. Danach folgten Österreich, Frankreich und Deutschland mit über 3 000 EUR pro Kopf. In Bulgarien und Rumänien wurde mit rund 700 EUR am wenigsten ausgegeben.

- Die Gesundheitsversorgung wird in allen europäischen Ländern außer Zypern vorwiegend durch die öffentliche Hand finanziert (Abbildung 5.6.1). Im Jahr 2010 wurden in den EU-Mitgliedstaaten durchschnittlich fast drei Viertel (73 %) der Gesundheitsausgaben mit öffentlichen Mitteln finanziert. Der Anteil der öffentlichen Mittel lag in den Niederlanden, den nordischen Ländern (außer Finnland), Luxemburg, der Tschechischen Republik, dem Vereinigten Königreich und Rumänien bei über 80 %. Am niedrigsten war er in Zypern (43 %) sowie in Bulgarien, Griechenland und Lettland (55-60 %).
- Die Wirtschaftskrise hat sich in einigen Ländern auf den Mix aus öffentlicher und privater Finanzierung des Gesundheitswesens ausgewirkt. So wurden öffentliche Ausgaben für bestimmte Waren und Dienstleistungen gekürzt und oft zugleich der Anteil der Selbstzahlungen der Haushalte erhöht. In Irland ist der Anteil der öffentlichen Mittel an den Gesundheitsausgaben zwischen 2008 und 2010 um fast 6 Prozentpunkte gefallen und liegt nun bei 70 %, während der Anteil der Selbstzahlungen der privaten Haushalte sich erhöhte. Beträchtliche Kürzungen hat es auch in Bulgarien und der Slowakischen Republik gegeben.
- Selbstzahlungen sind nach den öffentlichen Mitteln in den meisten Ländern die wichtigste Finanzierungsquelle für Gesundheitsausgaben. Die Finanzierung durch private Krankenversicherungen ist nur in einigen wenigen Ländern von Bedeutung. Im Jahr 2010 war der Anteil der Zahlungen aus eigener Tasche in Zypern (49 %), Bulgarien (43 %) und Griechenland (38 %) am höchsten. Am niedrigsten war er in den Niederlanden (6 %), Frankreich (7 %) und dem Vereinigten Königreich (9 %). Im letzten Jahrzehnt ist der Anteil der Selbstzahlungen in rund der Hälfte der EU-Mitgliedstaaten gestiegen, insbesondere in Bulgarien, Zypern, Malta und der Slowakischen Republik (Abbildung 5.6.3).
- Die Wirtschaftskrise und die wachsenden Haushaltszwänge üben in vielen europäischen Ländern zusätzlichen Druck auf das Gesundheitssystem aus. Mehrere Länder, die von der Krise besonders betroffen sind, haben eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit zu reduzieren. Es gilt nun genau zu beobachten, wie sich diese in den europäischen Ländern kurz- oder längerfristig auf das grundlegende Ziel der Gesundheitssysteme, einen angemessenen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, auswirken.

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](http://www.oecd.org/bookshop)**

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

Public Affairs and Communications Directorate at: [rights@oecd.org](mailto: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](http://www.oecd.org/rights)



**Die komplette englische Fassung erhalten Sie bei OECD iLibrary!**

© OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/9789264183896-en