

HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2022

STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE



Zusammenfassung

Die Pandemie hatte schwerwiegende Folgen für das Leben der Menschen in Europa und auf der ganzen Welt. Sie führte 2021 in der EU zu einer um mehr als ein Jahr kürzeren Lebenserwartung im Vergleich zu vor der Pandemie. Dies ist in den meisten EU-Ländern der stärkste Rückgang seit dem Zweiten Weltkrieg. Bis Ende Oktober 2022 wurden in den 27 EU-Mitgliedstaaten mehr als 1,1 Millionen Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 verzeichnet. Bei diesen Zahlen handelt es sich um eine Untererfassung. Aus der Statistik zur Übersterblichkeit geht hervor, dass 300 000 Menschen zusätzlich als direkte oder indirekte Folge der Pandemie gestorben sind. Über 90 % der COVID-19-Todesfälle betrafen über 60-Jährige. In den nordischen Ländern (Island, Norwegen, Dänemark und Finnland) fiel der Effekt von COVID-19 auf die Mortalität am geringsten aus, während er in den mittel- und osteuropäischen Ländern (Bulgarien, Ungarn, Kroatien, Tschechische Republik, Slowenien, Lettland und Rumänien) am stärksten war.

Bei den Unterschieden in der COVID-19-Mortalität zwischen den Ländern spielen viele Faktoren eine Rolle. Dazu gehören die vor dem Auftreten von COVID-19 in der Bevölkerung vorhandenen Erkrankungen und Vulnerabilität, der Zeitpunkt und die Wirksamkeit von Eindämmungsstrategien, die Akzeptanz der Schutzimpfungen gegen COVID-19 und die Unterschiede in den Kapazitäten der Gesundheitssysteme, die mit COVID-19 einhergehenden unvorhergesehenen Herausforderungen effektiv zu bewältigen.

Die Pandemie hatte erhebliche Folgen für die psychische und körperliche Gesundheit junger Menschen

Von der Pandemie waren zwar nahezu alle Menschen betroffen. Besondere Sorgen bereiteten jedoch die möglichen Folgen für die psychische und körperliche Gesundheit der Millionen junger Europäerinnen und Europäer, die in ihren prägenden Jahren unter erheblichen Störungen ihrer Ausbildung und ihres sozialen Lebens zu leiden hatten. In mehreren europäischen Ländern, darunter Belgien, Estland, Frankreich, Schweden und Norwegen, verdoppelte sich während der Pandemie der Anteil junger Menschen mit Depressionssymptomen, und die Prävalenzrate lag mindestens doppelt so hoch wie in den Altersgruppen darüber. Viele Kinder und Jugendliche verbrachten deutlich weniger Zeit mit körperlicher Betätigung, während sich ihre Ernährungsgewohnheiten verschlechterten. In einigen Ländern gibt es Anzeichen für einen Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei Kindern.

Die wachsende Nachfrage im Bereich psychologischer Unterstützungsangebote stellte in Kombination mit den Unterbrechungen der Leistungserbringung während der Pandemie eine Herausforderung für die bereits stark belastete psychiatrische und psychologische Gesundheitsversorgung dar. Etwa 50 Prozent der jungen Europäerinnen und Europäer berichteten im Frühjahr 2021 und ebenfalls im Frühjahr 2022, dass sie die benötigte psychologische Gesundheitsversorgung nicht erhalten haben. Viele Länder haben in einem gewissen Rahmen Maßnahmen ergriffen, um die psychische Gesundheit junger Menschen zu schützen und Hilfe anzubieten. Die Folgen sind jedoch so gravierend, dass weitergehende Schritte nötig sind, damit die Pandemie keine dauerhaften Schäden bei dieser Generation hinterlässt.

HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2022

STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE



Versorgungsprobleme während der Pandemie führten zu einem Rückstau bei der Behandlung von Krebskranken und bei planbaren chirurgischen Eingriffen

Durch die Pandemie kam es ebenfalls zu Störungen in der medizinischen Grundversorgung, der Krebsvorsorge und -behandlung, in der kontinuierlichen Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie bei nicht dringenden, planbaren chirurgischen Eingriffen, insbesondere zu Zeiten, in denen Ausgangsbeschränkungen galten. In den ersten Monaten der Pandemie im Frühjahr 2020 führten Unterbrechungen bei den Krebsvorsorgeprogrammen und der fachärztlichen Beratung dazu, dass Krebs bei manchen Patientinnen und Patienten erst in einem späteren Stadium diagnostiziert wurde. In vielen Ländern gelang es, den anfänglichen Rückgang der Krebsvorsorgeleistungen durch Mehrarbeit in der zweiten Jahreshälfte teilweise zu kompensieren. Die Screeningraten für Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs sanken 2020 in den EU-Ländern dennoch im Durchschnitt um 6 %. Verspätete Krebsvorsorgeuntersuchungen können dazu führen, dass der Krebs bei vielen Patientinnen und Patienten erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wird, was schwierigere Behandlungen sowie sinkende Überlebenschancen zur Folge hat.

Planbare chirurgische Eingriffe wurden ebenfalls zurückgestellt und führten zu einer Warteliste von Patientinnen und Patienten. 2020 fanden in den EU-Ländern zwei Millionen planbare chirurgische Eingriffe (z. B. grauer Star, künstliche Hüft- und Kniegelenke) weniger statt als 2019. Das ist ein Rückgang um ein Sechstel gegenüber den Zahlen vor der Pandemie. Dass so viele dieser Operationen ausgefallen sind, hat zu längeren Wartezeiten für Patientinnen und Patienten geführt, die einen chirurgischen Eingriff benötigen, und ihre Unzufriedenheit erhöht. Viele EU-Länder haben zusätzliche Gelder für den Abbau dieses Behandlungsstaus zur Verfügung gestellt. Das größte Hindernis für die Erhöhung der Operationszahlen ist jedoch der Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen. Es wurden Anreize für Mitarbeitende geschaffen, ihre Arbeitszeiten aufzustocken. Dieser Ansatz funktionierte aber nur bedingt und verstärkte das Risiko für Burn-outs und Kündigungen.

Positiv ist der rasche Fortschritt bei der telemedizinischen Beratung Anfang 2020 zu vermerken, der dazu beitrug, den Zugang zur Gesundheitsversorgung, insbesondere für Patienten mit chronischen Erkrankungen, aufrechtzuerhalten. Es ist zwar ermutigend, dass die große Mehrheit der Menschen, die Telemedizin in Anspruch genommen haben, damit sehr zufrieden war. Dennoch gibt es Bedenken, dass telemedizinische Sprechstunden in einigen Fällen wenige Vorteile bringen und das Risiko bergen, die Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung durch die digitale Ausgrenzung älterer und ärmerer Menschen sowie von Menschen, die im ländlichen Raum leben, weiter zu verschärfen.

Die EU-Länder haben im Allgemeinen erkannt, dass sie in Reaktion auf die Pandemie die Ressourcen aufstocken müssen. Trotz eines deutlichen Rückgangs des BIP stiegen 2020 die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den EU-Ländern im Durchschnitt um 5 % sowie um 10 % in Bulgarien, der Tschechischen Republik und Ungarn. Einige der in der Pandemie deutlich gewordenen Schwachstellen und Defizite sind jedoch nach wie vor vorhanden. Dies gilt insbesondere für den weitverbreiteten Mangel an Gesundheitspersonal. Nach jüngsten Schätzungen der OECD sollte die Hälfte aller neuen Investitionen, die für eine größere Belastbarkeit der Gesundheitssysteme erforderlich sind, in die Einstellung und die Bindung von Gesundheitspersonal durch verbesserte Arbeitsbedingungen fließen.

HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2022

STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE



Die Prävention von Infektionskrankheiten und nichtübertragbaren Krankheiten sollte Priorität genießen

Obwohl viel darüber geredet wurde, dass Gesundheitsausgaben keine Kosten, sondern vielmehr Investitionen sind, gab es vor der Pandemie keine grundlegenden Änderungen der politischen Konzepte. Der Schwerpunkt der Gesundheitsausgaben lag überwiegend auf der kurativen Behandlung, und im Schnitt flossen lediglich 3 % der gesamten Gesundheitsausgaben in die Prävention. Die meisten EU-Länder erhöhten 2020, zumindest vorübergehend, ihre Ausgaben für Prävention deutlich, um Tests, Kontaktnachverfolgung, Überwachung und Aufklärungskampagnen zur Pandemie zu finanzieren. 2021 wurden in großem Umfang zusätzliche Mittel für die beginnenden COVID-19-Impfkampagnen aufgewendet. Die schnelle Bereitstellung von Impfstoffen trug wesentlich zur Beherrschung der Pandemie bei: Schätzungen zufolge dürften allein 2021 über 250 000 Todesfälle in der EU dank Impfungen verhindert worden sein, auch wenn die Impfraten bei gefährdeten Gruppen in einigen Ländern auf einem ziemlich niedrigen Niveau blieben.

Während der Pandemie machten viele europäische Länder große Fortschritte bei der Impfung gefährdeter Gruppen gegen die saisonale Grippe. Der Anteil der geimpften über 65-Jährigen stieg in mehreren Ländern um mehr als 10 Prozentpunkte. Trotz einiger zeitweiliger Herausforderungen im Jahr 2021 konnten die meisten europäischen Länder die Kinderimpfprogramme aufrechterhalten.

Eine der Lehren aus der Pandemie besteht darin, dass die maximale Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung und die Minimierung ihrer Belastung durch Risikofaktoren vor Ausbruch einer Krise von entscheidender Bedeutung ist. Adipositas und chronische Erkrankungen wie Diabetes und Atemwegsbeschwerden waren wesentliche Risikofaktoren für ernsthafte Komplikationen bis hin zum Tod bei einer Infektion mit COVID-19. Die Prävention verhaltensbedingter und umweltbezogener Risikofaktoren kann die Gesundheit der Menschen erheblich verbessern und die Prävalenz chronischer Erkrankungen sowie Todesfälle deutlich reduzieren. Trotz der über die letzten Jahrzehnte erzielten Fortschritte bei der Senkung der Raucherquoten ist der Tabakkonsum nach wie vor der größte verhaltensbedingte Risikofaktor für die Gesundheit und für etwa 780 000 Todesfälle pro Jahr in der EU verantwortlich. Der Alkoholkonsum ging im letzten Jahrzehnt ebenfalls zurück. Dennoch verursacht schädlicher Alkoholkonsum immer noch nahezu 300 000 Todesfälle pro Jahr in der EU.

Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung und Klimawandel wirken sich ebenfalls gravierend auf die Gesundheit und Mortalität der Bevölkerung aus. Über 300 000 Personen starben schätzungsweise in der EU allein 2019 aufgrund von Luftverschmutzung durch Feinpartikel, obwohl diese Zahl in den meisten Ländern dank sinkender Emissionen und verbesserter Luftqualität gesunken ist.

Beobachtung und Verbesserung des Gesundheitszustands in der EU

Health at a Glance: Europe 2022 ist das Ergebnis einer kontinuierlichen, engen Zusammenarbeit zwischen der OECD und der Europäischen Kommission mit dem Ziel, den Kenntnisstand in Bezug auf die länderspezifischen und EU-weiten Daten zum Gesundheitsbereich im Rahmen des Kommissionszyklus „Gesundheitszustand in der EU“ zu verbessern.

HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2022

STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE



Der Zyklus „*Gesundheitszustand in der EU*“ wurde 2016 von der Europäischen Kommission eingeführt, um die EU-Mitgliedstaaten dabei zu unterstützen, die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger zu verbessern und die Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme zu steigern. *Health at a Glance: Europe* ist das erste Produkt des Zweijahreszyklus, das in geraden Jahren umfassende Daten und vergleichende Analysen präsentiert, die herangezogen werden können, um sowohl die Stärken als auch die Möglichkeiten zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitssysteme zu identifizieren.

Die zweite Phase im Zyklus bilden die länderspezifischen Gesundheitsprofile für alle EU-Länder. Die nächste Ausgabe dieser Profile wird 2023 gemeinsam mit dem *European Observatory on Health Systems and Policies* veröffentlicht und wird die besonderen Merkmale und Herausforderungen für die Gesundheitssysteme der einzelnen Länder beleuchten. Während des gesamten Zyklus findet ein *freiwilliger Dialog* mit den Mitgliedstaaten statt, um einige der Herausforderungen im Gesundheitswesen, vor denen sie stehen, sowie potenzielle politische Maßnahmen ausführlicher zu erörtern.

Weitere Informationen finden Sie unter <https://ec.europa.eu/health/state/>



From:
Health at a Glance: Europe 2022
State of Health in the EU Cycle

Access the complete publication at:
<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

Please cite this chapter as:

OECD/European Union (2022), "Zusammenfassung", in *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/3aef7f4a-de>

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.