

Einführung

Gesundheit auf einen Blick 2009 ermöglicht dem Leser einen Vergleich der Gesundheitssysteme und ihrer Leistungsfähigkeit in einer Reihe von Schlüsseldimensionen anhand von Kernindikatoren für Gesundheit und Gesundheitssysteme, die nach ihrer Politikrelevanz sowie auf der Basis der Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit von Daten ausgewählt wurden.

Die OECD nimmt bei der Entwicklung von Instrumenten und der Sammlung von Daten für die Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen seit langem eine international führende Stellung ein. Die Arbeit der OECD zur Verbesserung der Vergleichbarkeit der Gesundheitsstatistiken reicht bis in die 1980er Jahre zurück, als erste Bemühungen unternommen wurden, um die Vergleichbarkeit der Daten zu den Gesundheitsausgaben in einer Zeit zu verbessern, in der wachsende Besorgnis über rasch steigende Gesundheitsausgaben und den zunehmenden Druck auf die öffentlichen wie auch die privaten Finanzierungsquellen aufkam (OECD, 1985). Die Veröffentlichung des Handbuchs *A System of Health Accounts* im Jahr 2000 lieferte einen neuerlichen Impuls und ein Schlüsselinstrument für die OECD zur Stärkung dieser Bemühungen um Vergleichbarkeit der Daten zu den Gesundheitsausgaben über eine größere Auswahl von Ländern, in enger Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation und Eurostat.

Vergleichbare Daten über Gesundheitsausgaben sind zwar notwendig, um festzustellen, welche finanziellen Ressourcen die einzelnen Länder für Gesundheit aufwenden, doch sind sie offenkundig nicht ausreichend, um die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu messen. Die Anstrengungen der OECD zur Verbesserung der Vergleichbarkeit von Gesundheitsstatistiken wurden erweitert, um die Verfügbarkeit von Gesundheitsfachkräften und deren Tätigkeiten sowie die physischen Ressourcen der Gesundheitssysteme zu erfassen. In der Folge der Tagung der Gesundheitsminister der OECD-Länder im Jahr 2004 dehnte die OECD ihre Bemühungen um die Sammlung vergleichbarer Daten zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme weiter aus, indem sie eine Reihe von Indikatoren zur Messung der Versorgungsqualität und der Ergebnisse von medizinischen Eingriffen konzipierte und entsprechende Daten sammelte. Überdies wurde mit der Aufstellung einer Reihe von Indikatoren begonnen, die sich mit dem Zugang zur medizinischen Versorgung befassen, ein weiteres wichtiges Ziel der Gesundheitssysteme aller OECD-Länder. Die OECD arbeitet weiterhin mit Experten in den Mitgliedstaaten und anderen internationalen Organisationen zusammen, um Lücken bei der Evaluierung und dem Vergleich der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu füllen.

Politisches, wirtschaftliches und soziales Umfeld

Zu Beginn des zweiten Halbjahrs 2008 rutschten die OECD-Länder in eine tiefe Wirtschaftsrezession. Die Projektionen der OECD von Juni 2009 deuten darauf hin, dass das BIP im OECD-Raum im Jahr 2009 um etwa 4% zurückgehen könnte, und die Arbeitslosenquote dürfte den Projektionen zufolge bis Ende 2010 etwa 10% der Erwerbsbevölkerung erreichen (OECD, 2009b).

Die staatlichen Haushalte stellen im Abschwung einen sehr wichtigen Puffer zur Abfederung der gesamtwirtschaftlichen Tätigkeit dar, hauptsächlich durch automatische Stabilisatoren und diskretionäre Ausgaben oder Steuernachlässe. Allerdings hat sich dies in spürbar gestiegenen nationalen Haushaltsdefiziten niedergeschlagen. Wenn sich die Konjunkturbelebung ausreichend

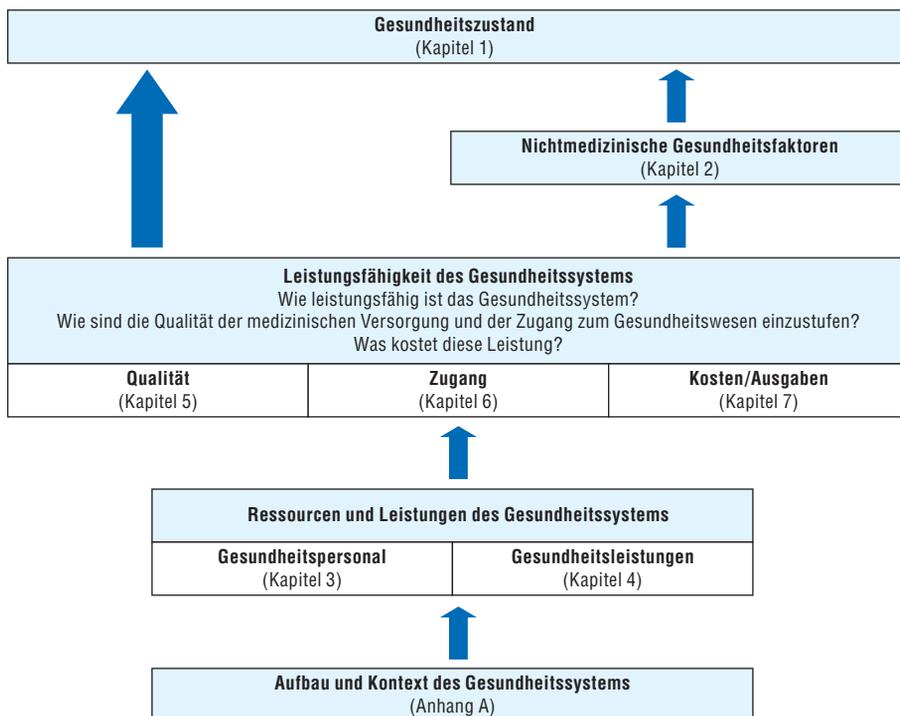
stabilisiert hat, werden in zahlreichen Ländern starke Reduzierungen der Budgetdefizite notwendig sein. Das Ausmaß der Kürzungen bei den staatlichen Ausgaben und/oder der Steuererhöhungen wird davon abhängen, wie stark die Konjunkturbelebung ausfällt und wie groß das Defizit sowie die Schulden in kumulierter Rechnung sind.

Angesichts des hohen und wachsenden Anteils der Gesundheitsausgaben an den öffentlichen Haushalten wird es schwierig sein, diesen Posten vor allgemeinen Bemühungen zur Einschränkung der öffentlichen Ausgaben während oder nach der Rezession zu schützen. Wie sehr die öffentlichen Gesundheitsausgaben betroffen werden, wird davon abhängen, welche Priorität der Gesundheit im Vergleich zu anderen wichtigen Ausgaben eingeräumt wird. Es wird auch davon abhängen, inwiefern die öffentlichen Gesundheitsausgaben nachweisliche Vorteile in Form von besseren Ergebnissen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bringen. Angesichts knapper öffentlicher Ressourcen werden die Gesundheitsministerien und die Erbringer von Gesundheitsleistungen wachsendem Druck ausgesetzt werden, die Effizienz (das Kosten-Nutzen-Verhältnis) der Allokation und Ausgabe von Ressourcen nachzuweisen. Kapitel 5 stellt einige der Fortschritte vor, die bisher bei der Messung der Versorgungsqualität und der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Ländern erzielt wurden, und weist gleichzeitig darauf hin, dass die Datenreihen weiterhin unvollständig sind und zusätzliche Anstrengungen zu unternehmen sind, um die Datenvergleichbarkeit zu verbessern.

Aufbau des Berichts

Der analytische Rahmen, der dieser Veröffentlichung zu Grunde liegt, ermöglicht es, die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme im Kontext einer breiteren Perspektive der öffentlichen Gesundheit zu untersuchen (Abbildung 0.1). Dieser Rahmen orientiert sich an dem für das Projekt „Indikatoren für die Qualität der Gesundheitsversorgung“ gebilligten Ausgangskonzept (Kelley und Hurst, 2006; Arah et al., 2006).

Abbildung 0.1. **Konzeptueller Rahmen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme**



Quelle: Abwandlung des Rahmens aus OECD (2006), „Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project“, OECD Health Working Paper, No. 23, OECD Publishing, Paris.

Der Rahmen macht deutlich, dass das Ziel von Gesundheits(versorgungs)systemen die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung ist. Dieser wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst, darunter einige, die nicht direkt Teil der Gesundheitssysteme sind, wie das soziale, wirtschaftliche und physische Lebensumfeld der Menschen oder individuelle Lebensstil- und Verhaltensfaktoren. Die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme trägt ebenfalls zum Gesundheitszustand der Bevölkerung bei. Diese Leistungsfähigkeit beinhaltet mehrere Dimensionen, insbesondere das Niveau des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und die Qualität der geleisteten Pflege. Die Messung der Ergebnisse muss außerdem die Finanzmittel berücksichtigen, die benötigt werden, um diesen Zugang und die Erreichung dieser Qualitätsziele zu gewährleisten. Die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme hängt von den Menschen ab, die diese Dienste leisten, sowie von der Ausbildung, der Technologie und der Ausrüstung, die ihnen zur Verfügung stehen. Schließlich sind mehrere Faktoren mit der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme verbunden, zum Beispiel der demografische, wirtschaftliche und soziale Kontext sowie der Aufbau der jeweiligen Gesundheitssysteme.

Gesundheit auf einen Blick 2009 stellt die einzelnen Komponenten dieses Analyserahmens im OECD-Vergleich vor. Der Bericht ist wie folgt gegliedert:

- Kapitel 1 über den *Gesundheitszustand* zeigt die großen Unterschiede auf, die zwischen den einzelnen Ländern im Hinblick auf die Lebenserwartung, die Mortalität und andere Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung bestehen.
- Kapitel 2 über *Nichtmedizinische Gesundheitsfaktoren* befasst sich mit ausgewählten Bestimmungsfaktoren, die mit veränderbaren Lebens- und Verhaltensgewohnheiten in Zusammenhang stehen. Das Kapitel wurde in diesem Jahr ausgeweitet, um Risiko- oder Schutzfaktoren bei Kindern abzudecken, darunter die Ernährungsgewohnheiten, die körperliche Betätigung, das Rauchen und der Alkoholkonsum. Diese ergänzen die Reihe der Risikofaktorindikatoren bei Erwachsenen.
- Kapitel 3 untersucht das *Gesundheitspersonal*, das in jedem Gesundheitssystem die wichtigsten Akteure darstellt. Dieses neue Kapitel informiert über die Verfügbarkeit und Bezahlung von Ärzten sowie Krankenschwestern und -pflegern und über die jüngsten Trends hinsichtlich der internationalen Migration von Ärzten in den OECD-Ländern.
- Kapitel 4 betrachtet eine wichtige Reihe von *Gesundheitsleistungen* sowohl in Krankenhäusern als auch außerhalb. Untersucht werden die Unterschiede zwischen den Ländern bei der Verfügbarkeit und Nutzung von Medizintechnik, zum Beispiel von Geräten zur Magnetresonanztomografie (MRT) und von Computertomografie-Scannern (CT). Weiterhin sind Unterschiede bei der Nutzung häufig durchgeführter und kostspieliger Verfahren, wie Koronarbypassoperationen mit arteriellen Grafts und die Koronarangioplastie, Kaiserschnitte sowie Kataraktoperationen Gegenstand dieses Kapitels.
- Kapitel 5 zur *Qualität der medizinischen Versorgung* vergleicht ausgewählte Qualitätsindikatoren hinsichtlich der Pflege von chronischen Leiden, psychischen Störungen, Krebserkrankungen und übertragbaren Krankheiten. Die Messungen schließen Indikatoren zu den *Pflegeverfahren* ein, die für bestimmte Bevölkerungs- oder Patientengruppen empfohlen werden, um die erwünschten Ergebnisse zu maximieren, und Messungen zu den *Schlüsselergebnismessgrößen* wie den Überlebensraten nach Herzinfarkt, Schlaganfall und bei Krebs.
- Kapitel 6 ist ein neues Kapitel über den *Zugang zum Gesundheitswesen* und soll die existierende Lücke hinsichtlich dieser wichtigen Dimension der Leistung der Gesundheitssysteme füllen. Es beginnt mit einer begrenzten Anzahl von Indikatoren bezüglich des finanziellen und geografischen Zugangs. Es ist beabsichtigt, dieses Kapitel in kommenden Ausgaben auszuweiten, sobald bei der Erstellung der Indikatoren und der Datensammlung Fortschritte erzielt wurden.
- Kapitel 7 zu *Gesundheitsausgaben und -finanzierung* vergleicht, wie viel die OECD-Länder für Gesundheit ausgeben, sowohl insgesamt als auch für verschiedene Arten von Gesundheitsleistungen und -waren. Untersucht wird ferner, wie diese Gesundheitsleistungen und -waren in den verschiedenen Ländern bezahlt werden (d.h. der

Mix aus öffentlicher Finanzierung, privaten Krankenversicherungen, sofern vorhanden, und Selbstzahlungen durch Patienten).

- Anhang A informiert genauer über das demografische und wirtschaftliche Umfeld, in dem die Gesundheitssysteme arbeiten, sowie über einige wichtige Merkmale der Finanzierung von Gesundheitssystemen und der Leistungserbringung. Dies kann den Lesern dabei helfen, die Indikatoren im Hauptteil der Veröffentlichung zu interpretieren.

Eine wachsende Zahl von OECD-Ländern veröffentlicht regelmäßig Berichte über verschiedene Aspekte der Gesundheit und der Leistungen ihrer Gesundheitssysteme. Zu diesen nationalen Berichten gehören *A Set of Performance Indicators across the Health and Aged Care System* in Australien (AIHW, 2008e), der *Dutch Health Care Performance Report* in den Niederlanden (RIVM, 2008), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care* in Schweden (Swedish Association of Local Authorities and Regions und National Board of Health and Welfare, 2008) und der *National Healthcare Quality Report* zusammen mit dem *National Healthcare Disparities Report* in den Vereinigten Staaten (AHRQ, 2008a und 2008b). Diese nationalen Berichte konzentrieren sich oft auf Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen eines Landes. Der niederländische Leistungsbericht ist ein gutes Beispiel dafür, wie solche landesspezifischen Berichte durch die Berücksichtigung internationaler Vergleiche bereichert werden können, um eine breitere Perspektive der relativen Stärken und Schwächen des nationalen Gesundheitssystems zu bieten und mögliche verbesserungsfähige Bereiche zu identifizieren.

Präsentation der Indikatoren

Jedes der in den einzelnen Kapiteln dieser Veröffentlichung behandelten Themen wird auf zwei Seiten präsentiert. Dabei enthält die erste Seite einen Kurzkomentar zu den wichtigsten Ergebnissen der Datenauswertung, eine Definition der Indikatoren und Hinweise auf alle nennenswerten nationalen Abweichungen von der Definition, die die Vergleichbarkeit der Daten beeinträchtigen könnten. Auf der gegenüberliegenden Seite findet sich eine Reihe von Abbildungen. Diese Abbildungen zeigen generell das derzeitige Niveau des Indikators und soweit möglich Trendentwicklungen im Zeitverlauf. In einigen Fällen werden sie durch eine zusätzliche Grafik ergänzt, die den Indikator mit einer anderen Variablen verknüpft. Soweit die Abbildungen Angaben zum OECD-Durchschnitt enthalten, handelt es sich dabei um den ungewichteten Durchschnitt der erfassten Länder, sofern in den Anmerkungen nichts anderes angegeben ist.

Eingeschränkte Vergleichbarkeit von Daten

Ist die Vergleichbarkeit der Daten eingeschränkt, so wird darauf sowohl im Text (im Kasten „Definition und Abweichungen“) als auch in den Anmerkungen zu den Abbildungen hingewiesen. Der Leser sollte längerfristige Trends in Deutschland mit besonderer Vorsicht betrachten. Die Daten für Deutschland bis 1990 beziehen sich generell auf Westdeutschland und die Daten für die nachfolgenden Jahre auf Gesamtdeutschland.

Leser, die an einer Verwendung der in dieser Veröffentlichung präsentierten Daten für weitere Analyse- und Forschungszwecke interessiert sind, sollten die vollständige Dokumentation über Definitionen, Quellen und Methoden konsultieren, die in *OECD-Gesundheitsdaten 2009* enthalten ist. Diese Informationen werden unter www.oecd.org/health/healthdata kostenfrei zur Verfügung gestellt. Die *OECD-Gesundheitsdaten 2009* können online direkt bei SourceOECD (www.sourceOECD.org) oder über den OECD-Online-Bookshop (www.oecd.org/bookshop) bestellt werden. Bezüglich des Kapitels 5 zur Versorgungsqualität sind weitere Informationen zu den Definitionen, Quellen und Methoden, die den Daten zu Grunde liegen, unter www.oecd.org/health/hcqi verfügbar.

Bevölkerungszahlen

Die in Anhang A präsentierten und in dieser Veröffentlichung für die Berechnung der Pro-Kopf-Quoten verwendeten Bevölkerungszahlen sind hauptsächlich der Datenbank

OECD Labour Force Statistics (Stand April 2009) entnommen und beziehen sich auf Schätzungen zur Mitte des Jahres. Bevölkerungsschätzungen werden von Zeit zu Zeit aktualisiert, können sich also von den letzten Bevölkerungszahlen unterscheiden, die von den nationalen Statistikämtern der OECD-Mitgliedstaaten veröffentlicht wurden.

Zu beachten ist, dass manche Länder wie Frankreich, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten Kolonien, Protektorate und Gebiete in Übersee besitzen. Deren Bevölkerungen bleiben generell ausgeklammert. Der Berechnung des Pro-Kopf-BIP und anderer ökonomischer Messgrößen können jedoch, je nach dem Erfassungsgrad der Daten, in diesen Ländern andere Bevölkerungszahlen zu Grunde liegen.

Ländercodes (ISO-Codes)

| | | | |
|--------------|-----|------------------------|-----|
| Australien | AUS | Neuseeland | NZL |
| Belgien | BEL | Niederlande | NLD |
| Dänemark | DNK | Norwegen | NOR |
| Deutschland | DEU | Österreich | AUT |
| Finnland | FIN | Polen | POL |
| Frankreich | FRA | Portugal | PRT |
| Griechenland | GRC | Schweden | SWE |
| Irland | IRL | Schweiz | CHE |
| Island | ISL | Slowakische Republik | SVK |
| Italien | ITA | Spanien | ESP |
| Japan | JPN | Tschechische Republik | CZE |
| Kanada | CAN | Türkei | TUR |
| Korea | KOR | Ungarn | HUN |
| Luxemburg | LUX | Vereinigtes Königreich | GBR |
| Mexiko | MEX | Vereinigte Staaten | USA |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------------|---|
| AIDS | Erworbenes Immundefektsyndrom |
| AMI | Akuter Myokardinfarkt |
| ATC | Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation |
| BIP | Bruttoinlandsprodukt |
| BMI | Körpermassenindex |
| COPD | Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung |
| CT | Computertomografie |
| DDD | Definierte Tagesdosis (<i>Defined Daily Dose</i>) |
| DMFT | Kariöse, fehlende oder gefüllte bleibende Zähne |
| EU-SILC | Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen |
| HBSC | Erhebung über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (<i>Health Behaviour in School-aged Children Survey</i>) |
| HCQI | Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung (<i>Health Care Quality Indicators</i>) |
| HIV | Human-Immundefektvirus |
| ICHA | International Classification for Health Accounts |
| ISIC | Internationale Wirtschaftszweigsystematik |
| KHK | Koronare Herzkrankheit (oder Herzinfarkt) |
| KKP | Kaufkraftparitäten |
| MRT | Magnetresonanz-Tomografie |
| PYLL | Potenziell verlorene Lebensjahre |
| SHA | System der Gesundheitsausgabenrechnungen (<i>System of Health Accounts</i>) |
| SIDS | Plötzlicher Kindstod |



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Einführung", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-2-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 and any 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.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.