

Förderung des sozialen Zusammenhalts
und der Konvergenz

COVID-19: Ein Wendepunkt für Aufwärtskonvergenz im Bereich Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der EU?



Verwenden Sie bei Verweisen auf diesen Kurzbericht bitte folgenden Wortlaut:

Eurofound (2021), *COVID-19: Ein Wendepunkt für Aufwärtskonvergenz im Bereich Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der EU?* Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg.

Verfasser: Anamaria Maftai, Jens Carstens und Massimiliano Mascherini

Forschungsleiter: Massimiliano Mascherini

Forschungsprojekt: Beobachtung der Konvergenz bei den Lebensbedingungen (191003)

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union

Dieser Kurzbericht und die zugehörigen Materialien sind online abrufbar unter <http://eurofound.link/ef20026>

© Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, 2021

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Die Genehmigung zur Verwendung oder Vervielfältigung von Fotos oder sonstigen Materialien, die nicht dem Urheberrecht von Eurofound unterliegen, ist direkt beim Urheberrechtsinhaber einzuholen.

Titelbild: © SHOTPRIME STUDIO/Adobe Stock Photos

Weitere Bilder: S. 1 © Светлана Лазаренко/Adobe Stock Photos; S. 2 © Monkey Business/Adobe Stock Photos; S. 5 © GDM photo and video/Adobe Stock Photos; S. 23 © Valerii/Adobe Stock Photos; S. 25 © Thomas Bethge/Shutterstock

Fragen zum Urheberrecht sind in Schriftform zu richten an: copyright@eurofound.europa.eu

Forschungsarbeiten, die vor dem Austritt des Vereinigten Königreichs aus der Europäischen Union am 31. Januar 2020 durchgeführt und anschließend veröffentlicht wurden, können Angaben zu den 28 EU-Mitgliedstaaten enthalten. Nach diesem Datum werden nur noch die 27 EU-Mitgliedstaaten (EU-28 ohne das Vereinigte Königreich) in den Forschungsarbeiten berücksichtigt, sofern nichts anderes angegeben ist.

Die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Eurofound) ist eine dreigliedrige Agentur der Europäischen Union, die 1975 gegründet wurde. Sie hat den Auftrag, Fachwissen im Bereich sozial-, beschäftigungs- und arbeitspolitischer Strategien gemäß der Verordnung (EU) 2019/127 bereitzustellen.

Druckfassung: ISBN: 978-92-897-2197-4 ISSN: 2599-8129 doi:10.2806/077861 TJ-AR-21-004-DE-C

PDF: ISBN: 978-92-897-2201-8 ISSN: 2599-8161 doi:10.2806/110046 TJ-AR-21-004-DE-N

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen

Telefon: (+353 1) 204 31 00

E-Mail: information@eurofound.europa.eu

Internet: www.eurofound.europa.eu



Einleitung

Die COVID-19-Pandemie hat die Gesundheit der Bevölkerung stärker ins Zentrum der EU-Sozialpolitik gerückt. In Europa wird das Recht auf Gesundheit von der Europäischen Sozialcharta anerkannt, und in der europäischen Säule sozialer Rechte wird in Grundsatz 16 „das Recht auf rechtzeitige, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung“ erwähnt. Die EU hat allerdings nur eine untergeordnete Rolle gespielt, als es darum ging, den gesundheitlichen Bedürfnissen der Europäer gerecht zu werden.

Die Verpflichtung, Gesundheitsdienstleistungen und medizinische Versorgung zu organisieren und zu erbringen, obliegt in erster Linie den Mitgliedstaaten. Daher weisen die Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern große Unterschiede hinsichtlich des Umfangs und der Struktur auf. Die gesundheitspolitischen Maßnahmen der EU zielen darauf ab, die nationale Politik zu ergänzen und den Schutz der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger in alle Maßnahmen auf europäischer Ebene einzubeziehen. Der Ausbruch der COVID-19-Pandemie hat allerdings deutlich gemacht, dass bei Eintritt einer Gesundheitskrise eine verstärkte Abstimmung innerhalb der EU vonnöten ist; er hat darüber hinaus aber auch die Notwendigkeit robusterer Gesundheitssysteme und einer besseren Vorbereitung auf künftige Pandemien vor Augen geführt. Die EU möchte sich durch die Schaffung einer Europäischen Gesundheitsunion diesen Herausforderungen stellen.

In diesem Zusammenhang muss untersucht werden, inwieweit die Mitgliedstaaten im Hinblick auf Gesundheitsmaßnahmen und Ergebnisse der

Gesundheitsversorgung sowie auf Gesundheitsausgaben und die Erbringung solcher Leistungen Fortschritte verzeichnen und ob aus den Daten eine Angleichung in der gesamten EU in diesen Bereichen ersichtlich ist – mit anderen Worten, ob es eine Aufwärtskonvergenz gibt.

In vorliegendem Kurzbericht soll zunächst geprüft werden, ob in Bezug auf verschiedene Dimensionen der Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der EU im Zeitraum 2008-2019 eine Aufwärtskonvergenz festzustellen war. Hierzu wird eine Reihe von Indikatoren in Bezug auf gesundheitliche Ergebnisse, Zugang zur Gesundheitsversorgung und staatliche Ausgaben für Gesundheit sowie die Erbringung von Gesundheitsleistungen analysiert. Diese Maßnahmen werden aus dem sozialpolitischen Scoreboard ausgewählt, das überwacht, wie die Mitgliedstaaten in Bezug auf die europäische Säule sozialer Rechte abschneiden, sowie aus den Europäischen Gesundheitsindikatoren (ECHI), die zur Schaffung eines nachhaltigen Gesundheitsüberwachungssystems zur Förderung der EU-Gesundheitsstrategie entwickelt wurden.

Anschließend befasst sich die Analyse der Aufwärtskonvergenz mit den Auswirkungen des COVID-19-Ausbruchs auf die Gesundheit und mit den Abhilfemaßnahmen auf EU- und einzelstaatlicher Ebene. Das Tempo und die Unterschiede bei der Durchführung der Impfkampagnen in den EU-Mitgliedstaaten werden mit denjenigen der USA und der Mitgliedstaaten der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) verglichen.



Politischer Kontext

Bis 2019 galt die EU in vielen sozioökonomischen Bereichen als Konvergenzmotor, allerdings nicht im Gesundheitsbereich. Mit der COVID-19-Pandemie änderten sich die Rahmenbedingungen jedoch dramatisch: die Europäische Kommission ergriff beispiellose Initiativen zur Stärkung der Rolle der EU beim Schutz der Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger und der Verbesserung der Resilienz der Gesundheitssysteme in Europa. Am 16. September 2020 kündigte Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen in ihrer Rede zur Lage der Union die Absicht der Kommission an, eine stärkere Europäische Gesundheitsunion ins Leben zu rufen.

In Anbetracht der ersten Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie (die Notwendigkeit einer Koordinierung in der EU, gemeinsame Gefährdungsbeurteilungen und die Verknüpfung von Daten) legte die Kommission eine Reihe von Vorschlägen zur Stärkung des Aktionsrahmens Europas im Bereich Gesundheit mit Blick auf die derzeitige und auf künftige Gesundheitskrisen vor. Der erste Vorschlag zielte auf eine Überarbeitung der Vorschriften für schwerwiegende grenzübergreifende Gesundheitsgefahren durch Erstellung eines EU-Vorsorgeplans, Stärkung der Überwachung und Intensivierung der Berichterstattung über Indikatoren nationaler Gesundheitssysteme ab.

Mit der zweiten Initiative sollen die Gesundheitsbehörden in Europa gestärkt

werden. Die Mandate des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) werden ausgeweitet – etwa durch Einrichtung einer EU-Taskforce „Gesundheit“. Eine neue EU-Agentur für biomedizinische Vorsorge, die Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (HERA), ist ebenfalls geplant.

Finanziert werden diese Initiativen über das EU-Gesundheitsprogramm EU4Health für den Zeitraum 2021-2027, das dazu beiträgt, dass Investitionen gezielt in EU-Länder und bei Gesundheitsorganisationen und Nichtregierungsorganisationen (NRO) getätigt werden. Das mit Mitteln in Höhe von 5,3 Mrd. EUR ausgestattete Programm EU4Health ist das vierte und größte aller EU-Gesundheitsprogramme seit ihrer Einführung im Jahr 2003.

Durch den Aufbau einer Europäischen Gesundheitsunion werden die politischen Gegenmaßnahmen der EU in einem Bereich gestärkt, in dem ihre Zuständigkeiten traditionell begrenzt waren. Der Eurobarometer-Spezial-Umfrage Nr. 494 aus dem Jahr 2021 zufolge stimmen fast drei Viertel der Befragten darin überein, dass die EU mit mehr Befugnissen ausgestattet werden sollte, um mit Krisen wie der COVID-19-Pandemie umzugehen, und ein Viertel ist der Auffassung, die EU sollte der Entwicklung einer europäischen Gesundheitspolitik Vorrang einräumen.

Die aktuelle Gesundheitskrise stellt für EU-Politiker eine historische Chance dar, die Rolle der öffentlichen Gesundheit in der Union neu zu überdenken, was zu einer engeren Zusammenarbeit zwischen der EU und ihren Mitgliedstaaten führen könnte. Trotz der Abstimmungsfehler zu Beginn der Krise, aufgrund derer sich die Maßnahmen verzögerten, ist es der EU gelungen, sich in einem Bereich anzupassen, der zuvor in nationaler Verantwortung lag. Dadurch, dass sie zentralisierte Maßnahmen ergriff, stellte sie Soforthilfe für die Lieferung von Medikamenten, Impfstoffen und Schutzausrüstungen für alle Mitgliedstaaten zur Verfügung. Sie stellte ihre Solidarität mit globalen Partnern unter Beweis, denn die EU ist der weltweit führende Anbieter von Impfstoffdosen und einer der größten Geber im Rahmen der globalen Impfinitiative COVAX. Außerdem engagierte sie sich noch stärker als wichtiger strategischer Akteur im Rahmen der

Weltgesundheitsorganisation (WHO). Über diese massiven Anstrengungen stärkte die EU ihre Position am internationalen Verhandlungstisch, indem sie versuchte, ihre Stimme zu erheben und sich im Hinblick auf künftige Gesundheitsnotfälle stärker durchzusetzen.

Die EU hat 1952, als Robert Schuman vor Vertretern europäischer Staaten vorschlug, Europa sollte eine gemeinsame Front gegen Krankheiten bieten, die Gelegenheit verpasst, eine Europäische Gemeinschaft für Gesundheit zu schaffen. Seine Worte sind heute wichtiger denn je: Im Kampf gegen das Leiden sollten wir nicht mehr zwischen Nationalitäten unterscheiden. Mit der Bündelung von Ressourcen zur Verhütung von Krankheit, zur Unterstützung von Schwachen oder Kranken dürften die Moral und das körperliche Wohlbefinden all unserer Völker gestärkt werden.

Wichtigste Erkenntnisse

- Zwischen 2008 und 2019 haben sich die Gesundheitsergebnisse in der EU insgesamt verbessert. Dieser positive Trend ging mit einer Verringerung der Unterschiede in den Mitgliedstaaten einher, wobei diejenigen Länder, die ursprünglich am schlechtesten abschnitten, rascher Fortschritte erzielten.
- Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) der Mitgliedstaaten korrelierte mit der Gesundheit ihrer Bürger, d. h. reichere Länder verzeichneten bessere gesundheitliche Ergebnisse. Doch auch im Aufholprozess, bei dem Länder, die schlechter abschnitten, mit denjenigen gleichzogen, die besser abschnitten, spielte das BIP eine bedeutende Rolle. Steigerungen des BIP führten zu einer rascher ansteigenden Lebenserwartung und einer Verlangsamung der Zunahme der Säuglingssterblichkeit und von medizinischen Versorgungslücken.
- Die staatlichen Gesundheitsausgaben, die stark vom BIP abhängen, stiegen in der EU in dem Zwölfjahreszeitraum um fast ein Drittel an. Damit verschärfen sich allerdings auch die Unterschiede bezüglich der Frage, wie viel die Mitgliedstaaten für Gesundheit ausgaben, insbesondere während der Großen Rezession (2008-2013).
- Positiv ist zu vermerken, dass Länder mit vergleichsweise bescheidenen Gesundheitsausgaben im Jahr 2008 (insbesondere in Mittel- und Osteuropa) ihre Gesundheitsaufwendungen kräftig erhöhten, wodurch sie den Rückstand zu EU-Ländern, die dafür am meisten ausgaben, aufholen konnten. Dieser Prozess wurde durch Steigerungen des BIP pro Kopf noch beschleunigt. Zwar verlangsamte sich die Zuwachsrate der Gesundheitsausgaben aufgrund von mehr gesunden Lebensjahren, doch sorgten auch höhere Arbeitslosenquoten für eine solche Verlangsamung.
- Im Hinblick auf die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen ist die Zahl der praktizierenden Ärzte und der Angehörigen des Pflegepersonals in der EU zwischen 2008 und 2019 ständig gestiegen, allerdings stellte der Mangel an medizinischem Personal auch weiterhin ein Problem dar. Die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten in Bezug auf die Ausstattung mit medizinischem Personal haben sich vergrößert, was zum Teil auf die Wanderungsbewegungen des Gesundheitspersonals zurückzuführen ist. In Ländern, in denen Engpässe beim medizinischen Personal herrschen, hat sich die Lage weiter verschärft. Die Bettenkapazität von Krankenhäusern ging im Zeitraum 2008-2019 aufgrund von Kürzungen in 24 Mitgliedstaaten kontinuierlich zurück, während die Schere zwischen den Ländern immer weiter aufklaffte.
- Die COVID-19-Pandemie hat sich hinsichtlich ihrer Intensität und des zeitlichen Rahmens unterschiedlich auf die Länder ausgewirkt, was zu Zeiten, in denen die Pandemie ihren Höhepunkt erreichte, zu enormen Ungleichheiten führte. Die Lebenserwartung bei der Geburt sank 2020 deutlich (der größte Rückgang in der Geschichte der EU), und die unverhältnismäßig starken Auswirkungen der Krise auf bestimmte Mitgliedstaaten führten dazu, dass deren Werte für diesen Indikator auseinanderklafften.
- Die Strategien der Mitgliedstaaten zur Eindämmung von COVID-19 beruhten weitgehend auf nichtmedikamentösen Interventionen („Mitigationsmaßnahmen“), die sich hinsichtlich ihrer Intensität, Härte, Anzahl und ihres zeitlichen Rahmens von Land zu Land unterschieden. Trotz dieser Vielfalt und der Schwere der Infektionswellen blieben die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten weiterhin bestehen, was den Schluss nahelegt, dass eine mögliche abgestimmte Exit-Strategie in ganz Europa vonnöten ist, um die Pandemie schneller unter Kontrolle zu bringen.
- Die Impfkampagnen hatten in der EU einen schwierigen Start, denn die EU blieb hinter den USA und der OECD zurück. Außerdem nahm das Gefälle zwischen den Mitgliedstaaten im Zuge der Impfprogramme zu und reichte von Ländern mit hohen Impfquoten bis hin zu Ländern mit einer eher zögerlichen Bevölkerung. Von Mai bis Mitte Juni 2021 überholte die EU sowohl die USA als auch die OECD hinsichtlich der Zahl der täglich je 1 Millionen Menschen verabreichten Impfdosen, während die Unterschiede ähnlich hoch blieben. Im Sommer 2021 war in den meisten EU-Ländern ein allgemeiner Abwärtstrend bei der Impfgeschwindigkeit zu beobachten.



Detaillierte Analyse

Analyse der Aufwärtskonvergenz im Bereich Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Messung von Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Die in diesem Kurzbericht vorgestellte Analyse untergliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil wird die Aufwärtskonvergenz bei den gesundheitlichen Ergebnissen und der Gesundheitsversorgung in der EU im Zeitraum 2008-2019 näher beleuchtet. Die Entwicklungen des Gesundheitszustands der Bevölkerung werden anhand von vier Indikatoren untersucht: Lebenserwartung bei der Geburt, selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, Säuglingssterblichkeit und medizinische Versorgungslücken. Analysiert werden ferner die Auswirkungen des BIP auf die Konvergenz bei der Gesundheit und den Gesundheitsausgaben in der EU. Dabei wird auch die Konvergenz bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen anhand von drei Indikatoren behandelt: die Personalausstattung im ärztlichen und im pflegerischen Bereich und die Bettenkapazität von Krankenhäusern.

Im zweiten Teil steht die COVID-19-Pandemie im Mittelpunkt; hier wird untersucht, wie sich die Mitgliedstaaten hinsichtlich Ansteckungsraten, Sterberaten und der Lebenserwartung bei der Geburt seit Beginn der Pandemie 2020 voneinander unterscheiden. Anschließend werden die Maßnahmen der EU und der

Mitgliedstaaten zur Eindämmung der Gesundheitskrise im Hinblick auf nichtmedikamentöse Interventionen und den Start der Impfkampagnen analysiert. Abschließend werden die Entwicklungen und Unterschiede bei den Impfprogrammen zwischen EU-Ländern, den USA und der OECD verglichen.

Messung der Aufwärtskonvergenz

Eurofound definiert Aufwärtskonvergenz in Bezug auf jeden beliebigen Indikator als eine Verbesserung der Leistung der Mitgliedstaaten in Bezug auf diesen Indikator bei der Erreichung einer politischen Zielvorgabe zusammen mit einer Verringerung der Unterschiede zwischen ihnen. Die Verbesserung in Bezug auf die ausgewählten Indikatoren wird anhand der Veränderung des Durchschnittswerts auf Ebene von EU-27 gemessen. Der ungewichtete Durchschnittswert wird herangezogen, damit jedem Land bei der Bestimmung der Gesamtentwicklung die gleiche Repräsentativität und das gleiche Gewicht beigemessen werden kann.

Die Konvergenz- bzw. Divergenzmuster in den einzelnen Ländern werden anhand der Standardabweichung – einer statistischen Messgröße für die Streuung – des Indikators gemessen. Eine Verringerung der Standardabweichung im Zeitverlauf weist auf Konvergenz (auch als „Sigma-Konvergenz“ bezeichnet) hin. Bei einer weiteren Messung der Konvergenz (Beta-Konvergenz) wird erfasst, ob die Mitgliedstaaten, die ursprünglich eher leistungsschwach waren, aufholen, indem sie ihre Leistung schneller verbessern als die

leistungsstärksten Länder. Wenn die strukturellen Merkmale der Mitgliedstaaten diesen Aufholprozess (durch Beschleunigung oder Verlangsamung) beeinflussen, findet eine „bedingte Beta-Konvergenz“ statt.

Von der letzten weltweiten Krise zur aktuellen Krise

Die Gesundheitsergebnisse haben sich verbessert, die Unterschiede verringert

Lebenserwartung bei der Geburt

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung lässt sich anhand von mehreren Indikatoren wie z. B. Lebenserwartung, Sterblichkeitsziffern und die Inzidenz psychischer und physischer Erkrankungen beschreiben. Die Lebenserwartung bei der Geburt nimmt dabei einen zentralen Platz ein, denn damit wird auf Basis von altersspezifischen Sterbeziffern die durchschnittliche Zahl von Jahren gemessen, die eine Person erwartungsgemäß leben wird. Seit Beginn der Großen Rezession (2008) bis zum Jahr 2019 hat sich die Lebensdauer der Unionsbürger um durchschnittlich fast zweieinhalb Jahre verlängert (von 78 Jahren 2008 auf rund 80,5 Jahre 2019). Aber auch die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten

haben sich in diesem Zeitraum verringert, wie aus Abbildung 1.a hervorgeht. Hinzu kommt, dass sich die Länder, die ursprünglich die geringste Lebenserwartung bei der Geburt aufwiesen (wie etwa die baltischen Staaten), am stärksten verbesserten (Abbildung 1.b).

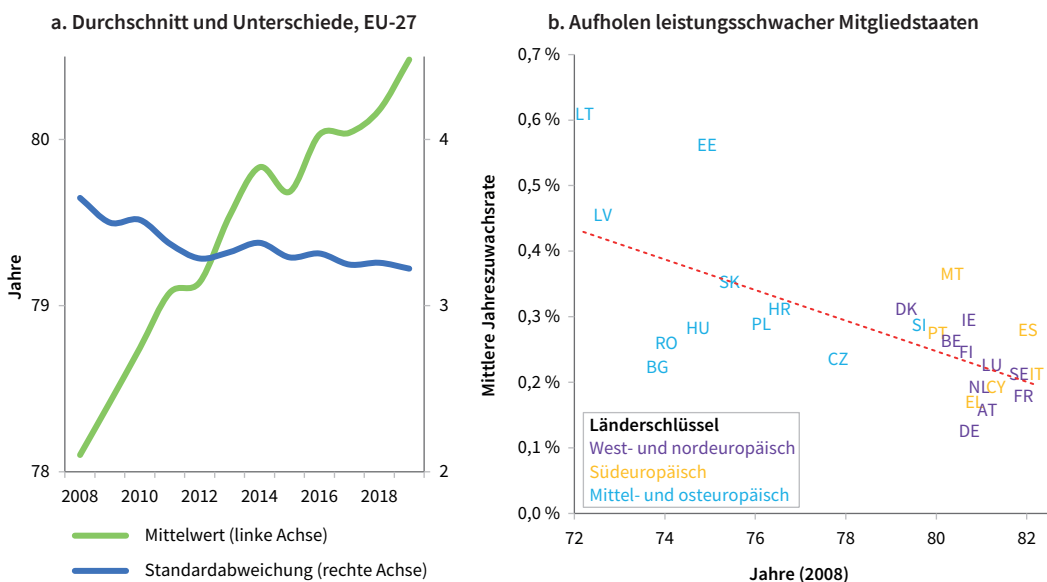
Bei diesem Aufholprozess wird deutlich, dass eine geografische Dimension zum Tragen kommt: Mitgliedstaaten aus Mittel- und Osteuropa (mit Ausnahme von Slowenien) lagen 2008 alle unter dem EU-Durchschnitt und verzeichneten im Allgemeinen den größten Zuwachs bei der Lebenserwartung im Vergleich zu den übrigen EU-Ländern.

Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

Neben der objektiven Messung der Lebenserwartung kann das Bild der Konvergenz bezüglich des Gesundheitszustands durch eine subjektive gesundheitliche Beurteilung ergänzt werden. Hierzu empfiehlt sich ein Blick auf den auf eigenen Angaben basierenden Gesundheitszustand der EU-Bevölkerung.

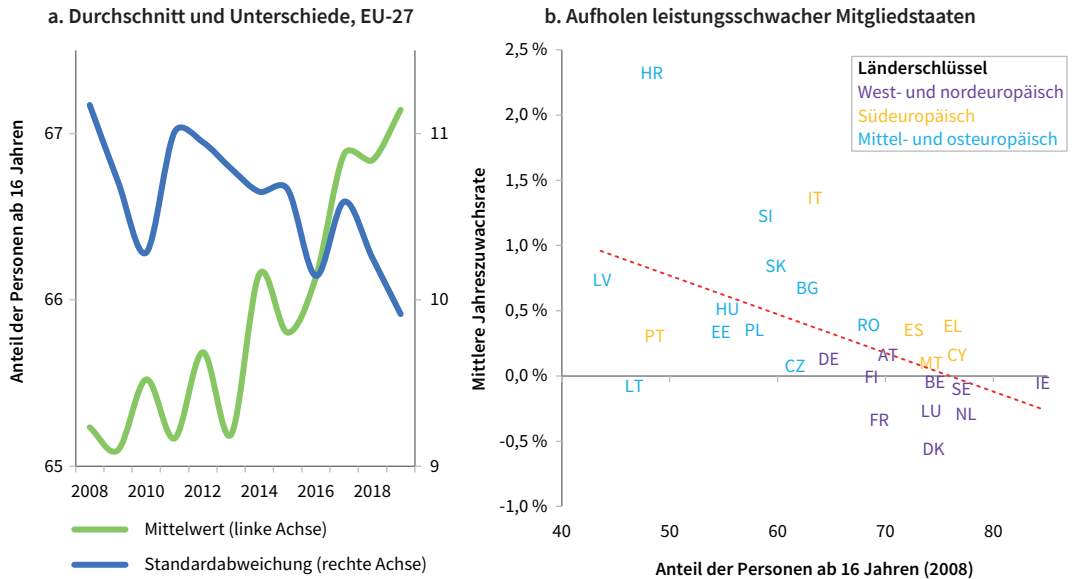
Der Anteil der Europäer, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut empfinden, stieg entsprechend der Lebenserwartung während der gesamten 10 Jahre von 65 % 2008 auf 67 % 2019, während sich die Unterschiede über alle Länder hinweg verringerten (Abbildung 2.a).

Abbildung 1: Konvergenz bei der Lebenserwartung bei der Geburt, 2008-2019



Quelle: Eurostat, Berechnungen der Autoren

Abbildung 2: Konvergenz beim selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand, 2008-2019



Hinweis: Der Anteil der über 16-Jährigen, die einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand angeben. In Fällen fehlender Daten (HR: 2008 und 2009) wird unterstellt, dass die Werte mit dem Folgejahr konstant sind.

Quelle: Eurostat, Berechnungen der Autoren

Im Hinblick auf die länderspezifische Dynamik beurteilten auch hier weniger Menschen in den mittel- und osteuropäischen Ländern ihre Gesundheit im Jahr 2008 als gut im Vergleich zum EU-Durchschnitt (Abbildung 2.b). Doch genau diese Länder erlebten in den 12 Jahren auch die stärkste Aufwärtsentwicklung beim selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand (mit Ausnahme von Litauen, wo der Anteil sank), was den EU-Durchschnitt in die Höhe trieb. Am entgegengesetzten Ende schätzten Menschen aus den meisten west- und nordeuropäischen Mitgliedstaaten ihren Gesundheitszustand 2008 zwar noch positiv ein, was 2019 allerdings nur in geringerem Maße der Fall war.

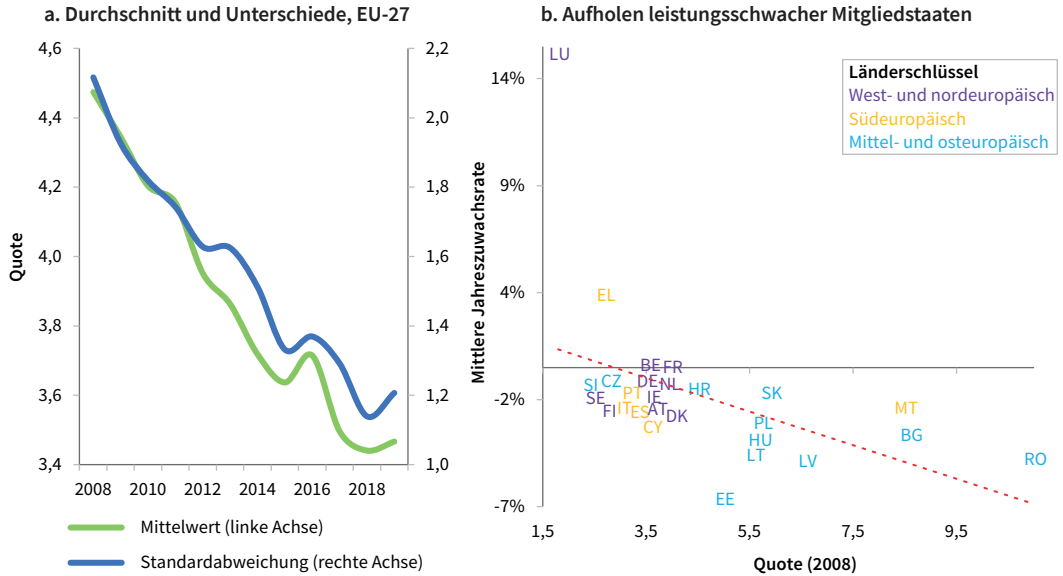
Säuglingssterblichkeit

Ein weiterer wichtiger Marker für den Gesundheitszustand einer Gesellschaft insgesamt ist die Säuglingssterblichkeit, eine Messgröße für die Zahl der Todesfälle von Kindern unter einem Jahr pro 1 000 Lebendgeburten.

Die durchschnittliche Säuglingssterblichkeit in der EU hat sich von 4,5 % 2008 auf 3,5 % 2019 deutlich verringert, während die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten ebenfalls abnahmen (Abbildung 3.a).

Fast alle EU-Länder erzielten bei der Verringerung der Zahl der Todesfälle pro Lebendgeburten spürbare Fortschritte, mit Ausnahme von Luxemburg und Griechenland – wo die Quote um 3 Prozentpunkte bzw. 1 Prozentpunkt anstieg. Die Säuglingssterblichkeit konnte insbesondere in Mittel- und Osteuropa deutlich gesenkt werden (Abbildung 3.b). Während viele Mitgliedstaaten im Jahr 2008 Quoten über dem EU-Durchschnitt verzeichneten, war der Rückgang in diesen Staaten am größten, was bedeutete, dass sie sich den leistungsstärksten Ländern annäherten.

Abbildung 3: Konvergenz bei der Säuglingssterblichkeit, 2008-2019



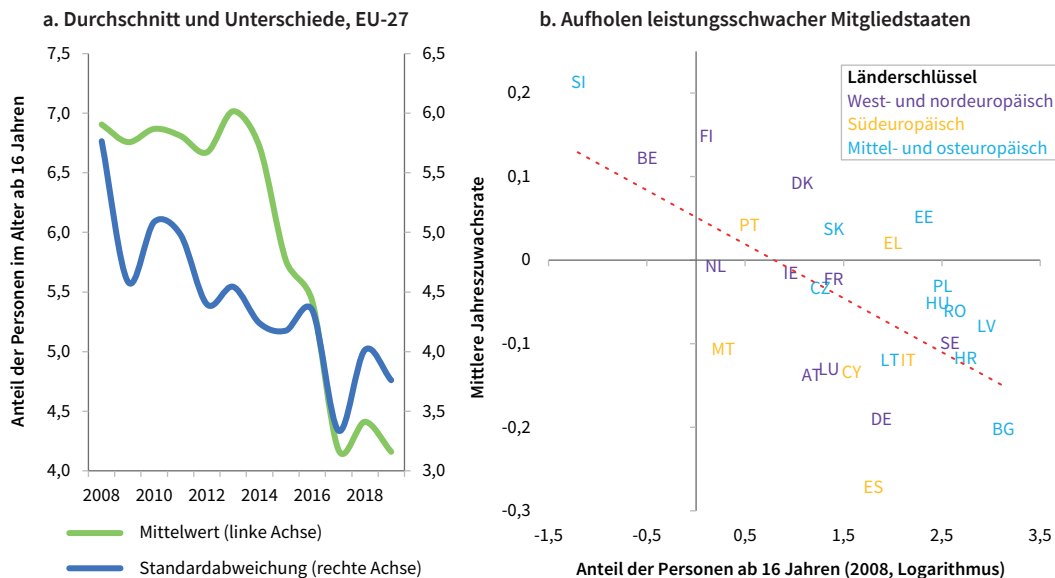
Source: Eurostat; authors' calculations

Nicht erfüllter Bedarf an medizinischer Versorgung

Die Gesundheit einer Bevölkerung wird dadurch beeinflusst, wie zugänglich, verfügbar und angemessen Gesundheitsdienstleistungen sind. Unter diesem Gesichtspunkt ist ein Blick auf den Anteil der Bevölkerung, der angibt, nicht die Möglichkeit gehabt zu haben, eine ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen, als er diese benötigte, aufschlussreich. Mit diesem Indikator wird ein nicht erfüllter Bedarf an medizinischer Untersuchung und Versorgung in den 12 Monaten vor der Erhebung aus einem beliebigen Grund – angefangen bei hohen Kosten und langen Wegstrecken bis hin zu der Tatsache, keinen guten Facharzt zu kennen, oder auch aus Angst vor Krankenhäusern – erfasst.

Nachdem 2013 ein Höchststand erreicht wurde, konnte in Bezug auf medizinische Versorgungslücken in der EU insgesamt ein Rückgang um fast 40 % von 6,9 % 2008 auf 4,2 % 2019 verzeichnet werden. Dies ging mit einer Verringerung der Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten einher (Abbildung 4.a). Allerdings stieg der Anteil der EU-Bürger, die einen solchen Bedarf angaben, in acht Ländern in dem genannten Zeitraum deutlich an, von denen drei in Bezug auf einen nicht erfüllten Bedarf an medizinischer Versorgung im Jahr 2008 die niedrigste Prävalenz aufwiesen: Slowenien, Belgien und Finnland (Abbildung 4.b). Demgegenüber verzeichneten die Länder, die 2008 hinterherhinkten, beeindruckende Fortschritte, insbesondere Bulgarien, wo der Anteil von 22,4 % auf 2,4 % 2019 zurückging. Diese Entwicklungen ermöglichten es Ländern, die sich im Rückstand befanden, diejenigen an der Spitze einzuholen, was zu Konvergenz in der EU führte.

Abbildung 4: Konvergenz beim nicht erfüllten Bedarf an medizinischer Untersuchung und Versorgung, 2008-2019



Hinweis: In Fällen fehlender Daten (HR: 2008 und 2009) wird unterstellt, dass die Werte mit dem Folgejahr konstant sind.
Quelle: Eurostat, Berechnungen der Autoren

Volkvermögen in Verbindung mit einer besseren Gesundheit und Konvergenz

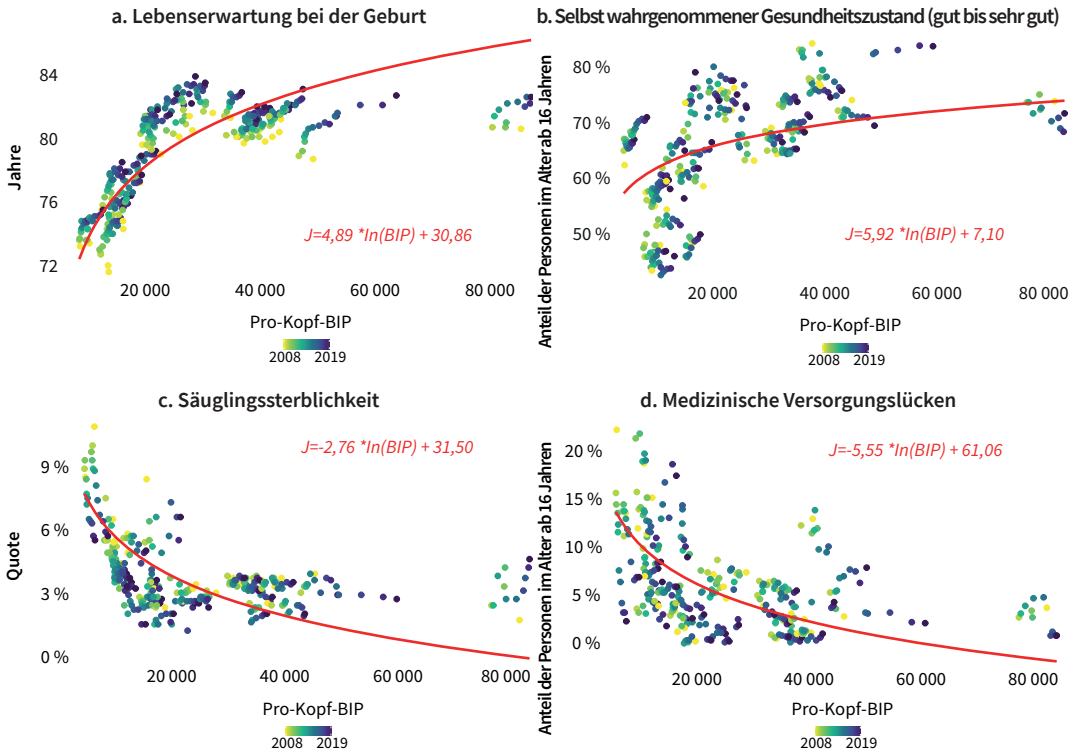
Der Zeitraum 2008-2019 war von heterogenen wirtschaftlichen Entwicklungen geprägt, die sich uneinheitlich auf die Mitgliedstaaten auswirkten: für die meisten Länder in Form einer Rezession mit zwei Talsohlen von 2008 bis 2013, gefolgt von einer konjunkturellen Erholung. Besteht ein Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Leistung eines Landes und der Gesundheit seiner Bürgerinnen und Bürger?

Zahlreiche Studien weisen auf einen engen Zusammenhang zwischen BIP und Lebenserwartung hin. So zeigt beispielsweise die Preston-Kurve an, dass Menschen, die in reicheren Ländern geboren wurden, eine längere Lebenserwartung haben als Menschen aus ärmeren Ländern. Ebenso besteht auch ein klarer Zusammenhang zwischen dem BIP pro Kopf und den vorstehend analysierten Gesundheitsindikatoren. In Abbildung 5 sind diese jahresbezogenen Indikatoren für jeden Mitgliedstaat im Zeitraum 2008-2019 (auf der vertikalen Achse) gegen das BIP dieser Länder im jeweiligen Jahr (auf der horizontalen Achse) aufgetragen.

Die steigenden Trends der Punkte in Abbildung 5.a und 5.b und die rückläufigen Trends in Abbildung 5.c und 5.d zeigen, wie viel besser die Gesundheitsergebnisse für Länder mit einem höheren BIP ausfallen. Konkreter ausgedrückt lassen die Regressionskurven erkennen, dass Menschen in einem Land, das doppelt so reich ist wie ein anderes, eine höhere Lebenserwartung bei der Geburt (um fast 5 Jahre) haben, ein höherer Anteil von Menschen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut empfindet (um rund 6 Prozentpunkte), die Säuglingssterblichkeit niedriger ist (um 2,8 Prozentpunkte) und ein kleinerer Anteil von Menschen von medizinischen Versorgungslücken berichtet (um 5,6 Prozentpunkte).

Das BIP steht aber nicht nur in einem Zusammenhang damit, wie ein Land in gesundheitlicher Hinsicht abschnidet, sondern wirkt sich auch darauf aus, wie schnell die leistungsschwachen Länder ihren Rückstand zu den Spitzenreitern aufholen. Um dies zu verdeutlichen, regredieren wir die jährlichen Wachstumsraten der Gesundheitsindikatoren gegen die Werte im Vorjahr und das BIP im laufenden Jahr. In Einklang mit den oben vorgestellten

Abbildung 5: Auswirkungen des BIP pro Kopf (in Euro) auf Gesundheitsindikatoren, EU-27, 2008-2019



Hinweis: Die Regressionskoeffizienten sind auf dem Niveau von 0,1 % statistisch signifikant und werden anhand des natürlichen Logarithmus des BIP pro Kopf bewertet. Die Analyse wurde basierend auf einem Panel, das die 27 Mitgliedstaaten umfasst, über 12 Jahre durchgeführt.

Quelle: Eurostat, Berechnungen der Autoren

Ergebnissen bestätigt Tabelle 1, dass Mitgliedstaaten, die in Bezug auf die vier Gesundheitsindikatoren 2008 zurückblieben, deutlich bessere Fortschritte erzielten als die Spitzenreiter der EU (und umgekehrt, dass die Vorreiter nachließen – erste Zeile), und dass das BIP eine bedeutende Rolle bei diesem Aufholprozess spielte (zweite Zeile).

Im Einzelnen besteht ein negatives Verhältnis zwischen dem Wert der Gesundheitsindikatoren im Vorjahr und dem Ausmaß der jährlichen Veränderung im Folgejahr; demzufolge verzeichnete ein Land mit einem Indikator von über 1 % eine niedrigere Zuwachsrate von rund -0,3 % bei der Lebenserwartung bei der Geburt, dem selbst wahrgenommenen

Tabelle 1: Bestimmungsfaktoren für den jährlichen Zuwachs bei den Gesundheitsindikatoren, EU-27, 2008-2019

	Lebenserwartung bei der Geburt	Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand (gut bis sehr gut)	Säuglingssterblichkeit	Medizinische Versorgungslücken
Gesundheitsindikator (Jahr t-1)	-0,26***	-0,33***	-0,74***	-0,26***
Pro-Kopf-BIP	0,01***	0,03	-0,61***	-0,83**

Hinweis: Die Regressionskoeffizienten sind auf dem Niveau von 0,1 % (***) und 1 % (**) statistisch signifikant und werden anhand des natürlichen Logarithmus der Variablen bewertet. Die Analyse wurde basierend auf einem Panel, das die 27 Mitgliedstaaten umfasst, über 12 Jahre durchgeführt.

Quelle: Eurostat, Berechnungen der Autoren

Gesundheitszustand und medizinischen Versorgungslücken und von -0,7% bei der Säuglingssterblichkeit. Das BIP wirkt sich folgendermaßen auf die Geschwindigkeit dieser jährlichen Zuwachsraten aus: ein Anstieg des BIP pro Kopf von 1% führt zu einem schnelleren Anstieg der Lebenserwartung bei der Geburt (um 0,01%) und einer langsameren Zunahme der Säuglingssterblichkeit (um -0,6%) und medizinischer Versorgungslücken (um -0,8%). Der Wohlstand eines Landes hat jedoch keinen Einfluss darauf, wie schnell der Anteil der Menschen, die ihre Gesundheit als gut einschätzen, steigt (angezeigt durch das Fehlen eines statistisch signifikanten Verhältnisses).

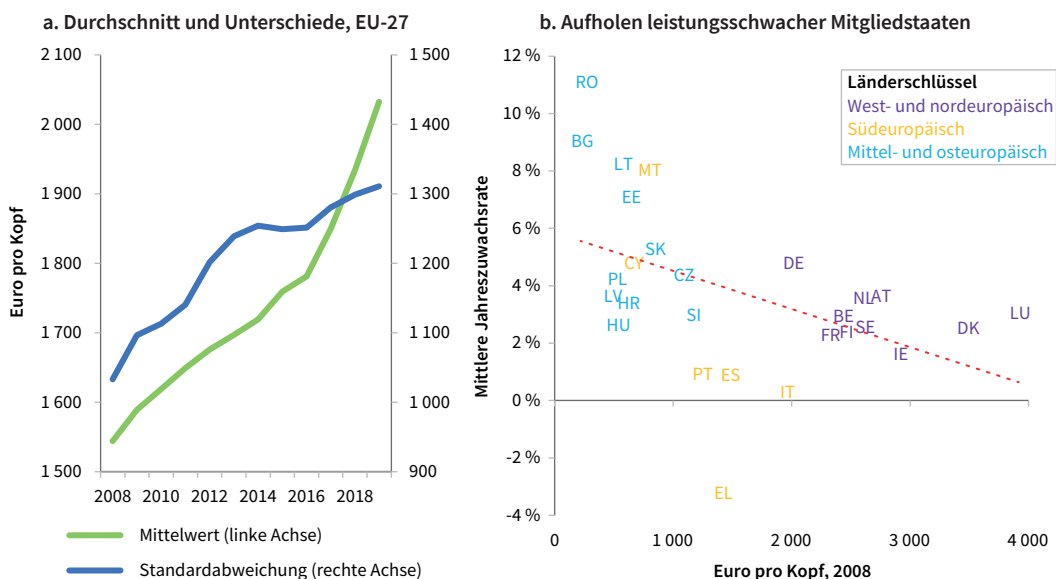
Länder, die wenig für die Gesundheitsversorgung ausgaben, schlossen zu den übrigen EU-Ländern auf

Hohe Ausgaben für die Gesundheitsversorgung sind eine unabdingbare Voraussetzung für ein gut funktionierendes Gesundheitswesen (sofern es keine Mängel auf den Gesundheitsmärkten gibt, die zu einer Überversorgung oder zu überhöhten Preisen führen). Die Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitswesen stiegen in der EU zwischen 2008 und 2019 um fast ein Drittel, doch entwickelten sich die Mitgliedstaaten im Hinblick darauf, wie viel sie für die

Gesundheitsversorgung ausgaben, zunehmend auseinander (Abbildung 6.a). Die Unterschiede zwischen den Ländern verschärfen sich insbesondere während der Großen Rezession (2008-2013), und der Anstieg der Gesundheitsausgaben verlangsamte sich im Vergleich zum Vorjahr und zu den Folgejahren.

Diese Entwicklungen ergeben sich aus dem engen Zusammenhang zwischen dem BIP und den öffentlichen Gesundheitsausgaben. Die Daten für die 27 Mitgliedstaaten über die 12 Jahre hinweg zeigen, dass eine hohe Korrelation zwischen den beiden Indikatoren besteht. Dies bedeutet, dass reiche Mitgliedstaaten aus West- und Nordeuropa typischerweise diejenigen mit den höchsten Ausgaben für die Gesundheitsversorgung waren und umgekehrt die Länder, die von der Großen Rezession am härtesten getroffen waren (insbesondere die südeuropäischen Mitgliedstaaten), ihre Gesundheitsausgaben kürzten (Abbildung 6.b). Einige Mitgliedstaaten aus Mittel- und Osteuropa weiteten ihre Gesundheitsausgaben erheblich aus, auch wenn diese zu Beginn des Zeitraums verhältnismäßig gering waren: Rumänien, Bulgarien, Litauen und Estland verzeichneten jährliche Zuwachsraten von mindestens 7%. Dies bedeutet, dass sie zu den Spitzenreitern in der EU (Luxemburg, Dänemark und Irland), deren Wachstumsrate von weniger als 3% pro Jahr relativ stabil blieb, aufschließen konnten.

Abbildung 6: Konvergenz bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben, 2008-2019



Quelle: Eurostat, Berechnungen der Autoren

Die Variationsbreite war nicht nur im Hinblick auf die Höhe der Gesundheitsausgaben in den Mitgliedstaaten, sondern auch auf die jährlichen Zuwachsraten der Ausgaben sehr groß. Die prozentuale Veränderung der Gesundheitsausgaben von einem Jahr zum anderen hängt von einer Vielfalt von Faktoren ab, die sich auf die Konvergenz in der EU auswirken. Tabelle 2 zeigt, wie sich ein geringer Anstieg bei einer Reihe von demografischen, sozialen und wirtschaftlichen Indikatoren (unter Konstanthaltung der übrigen Indikatoren) unmittelbar auf den Anstieg der Gesundheitsausgaben auswirkt (an den Regressionskoeffizienten lassen sich positive oder negative Beziehungen sowie das Ausmaß der Auswirkungen ablesen).

Es werden zwei Modellansätze vorgestellt. Bei Modell 1 bestätigt die 1. Zeile, dass Länder mit geringeren Ausgaben im Vorjahr zu den EU-Ländern mit den höchsten Ausgaben durch eine höhere Wachstumsrate aufgeschlossen haben (das Verhältnis ist negativ). Die 2. Zeile weist darauf hin, dass ein Anstieg des BIP pro Kopf um 1 % den Anstieg der Gesundheitsausgaben um rund 0,4 % beschleunigte. Bei einer Bevölkerung, die bei besserer Gesundheit länger lebt, verlangsamt sich die Wachstumsrate der öffentlichen Ausgaben um -0,27 % (3. Zeile), während ein Anstieg der Arbeitslosigkeit zu einer Verringerung von 0,06 % führte (4. Zeile).

Modell 2 umfasst zwei weitere Faktoren: die Alterung der Bevölkerung (Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung) und den technologischen Fortschritt (ersatzweise bestimmt anhand des Beschäftigungsanteils in wissensintensiven Tätigkeitsbereichen). Für

diese Faktoren bestand kein statistisch signifikantes Verhältnis zur Wachstumsdynamik bei den Gesundheitsausgaben, was darauf hinweist, dass sie diese nicht beeinflussen.

Die Mitgliedstaaten lagen hinsichtlich der Erbringung von Gesundheitsleistungen auseinander

Die Ausstattung mit medizinischem Personal und die Bettenkapazität von Krankenhäusern sind wichtige Faktoren bei der Beurteilung der Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen und der Effizienz ihrer Erbringung. Allerdings sind diese Indikatoren mit Vorsicht auszulegen, da die Länder unterschiedliche Messverfahren anwenden, die potenziell zu Unter- oder Überschätzungen führen. Hinzu kommt, dass die Durchschnittsdichte in einem Land kein vollständiges Bild von den Ressourcen vermittelt, die in abgelegenen oder dünn besiedelten Gebieten zur Verfügung stehen.

Ein angemessener Zugang zur Gesundheitsversorgung hängt von der flächendeckenden Verfügbarkeit von Ärzten und Pflegepersonal in einem Land ab. Schätzungen der WHO zufolge sind mindestens 2,5 medizinische Fachkräfte (Ärzte, Pflegepersonal und Hebammen) je 1 000 Einwohner für eine angemessene medizinische Grundversorgung erforderlich (WHO, 2006) – ein Schwellenwert, den alle EU-Länder im Schnitt übertrafen. Die Anzahl praktizierender Ärzte korreliert offenbar nicht mit dem BIP eines Landes, es besteht jedoch ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl von Pflegekräften und dem BIP pro Kopf.

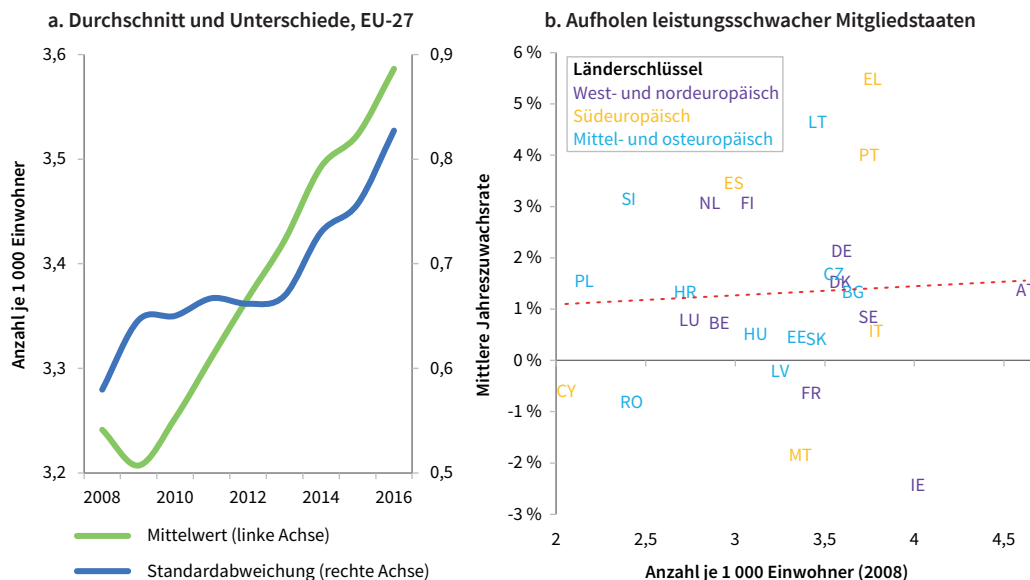
Tabelle 2: Bestimmungsfaktoren für den jährlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben, EU-27, 2008-2019

	Indikatoren	Modell 1	Modell 2
1.	Gesundheitsausgaben pro Kopf (Jahr t-1)	-0,28***	-0,29***
2.	Pro-Kopf-BIP	0,41***	0,36***
3.	Gesunde Lebensjahre	-0,27**	-0,28**
4.	Arbeitslosenquote	-0,06***	-0,07***
5.	Ältere Bevölkerung (% Gesamtbevölkerung)		0,06
6.	Wissensintensive Tätigkeiten (% Gesamtbeschäftigung)		0,04

Hinweis: Die Regressionskoeffizienten sind auf dem Niveau von 0,1 % (***) und 1 % (**) statistisch signifikant und werden anhand des natürlichen Logarithmus der Variablen bewertet. Die Analyse wurde basierend auf einem Panel, das die 27 Mitgliedstaaten umfasst, über 12 Jahre durchgeführt.

Quelle: Eurostat, Berechnungen der Autoren

Abbildung 7: Konvergenz bei der Personalausstattung im ärztlichen Bereich, 2008-2016



Hinweis: In Fällen fehlender Daten (BG: 2016, MT: 2016, RO: 2014 und 2015) wird unterstellt, dass die Werte mit dem Vorjahr bzw. den Folgejahren konstant sind.

Quelle: Länderangaben WHO und OECD; Berechnungen der Autoren

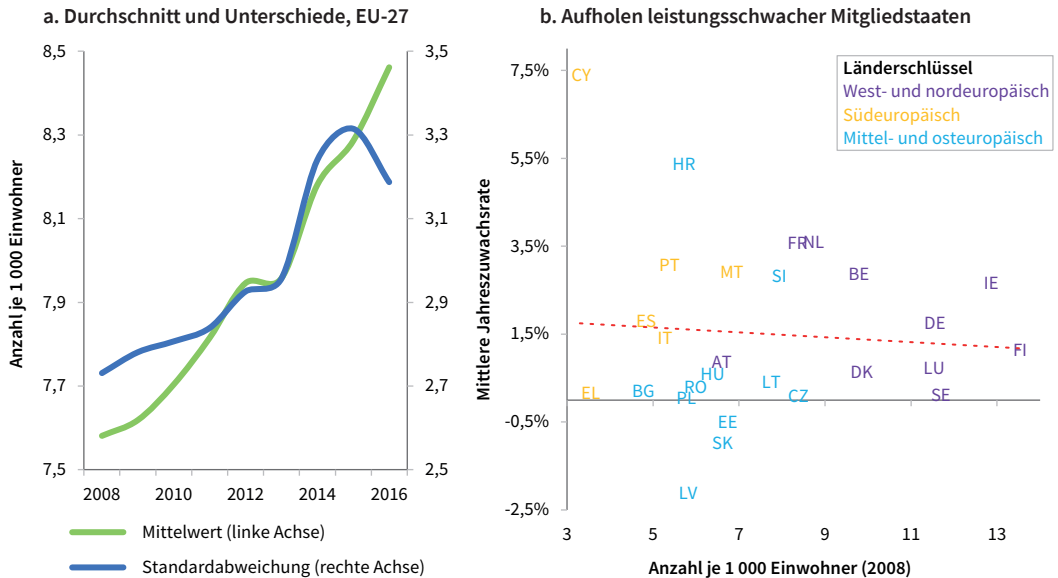
Personalausstattung im ärztlichen Bereich

Zwischen 2008 und 2016 (das Jahr mit den letzten verfügbaren Daten) ist die Zahl der Ärzte (Haus- und Fachärzte) in der EU kontinuierlich gestiegen, allerdings war der Anstieg moderat – von 3,2 auf fast 3,6 Ärzte je 1.000 Einwohner (Abbildung 7.a). Auf Ebene der Mitgliedstaaten verzeichneten Länder, die im Hinblick auf ihren Personalbestand im Gesundheitsbereich führend waren, wie Griechenland, Portugal und Litauen, den größten Anstieg der Mitarbeiterzahlen (über 4 % pro Jahr), während sich die Situation in Zypern und Rumänien, die die kleinsten Belegschaften im Gesundheitsbereich haben, weiter verschlechtert hat (Abbildung 7.b). Durch diese Entwicklungen haben sich die bereits bestehenden Unterschiede zwischen den Ländern noch weiter verschärft (insbesondere nach der Großen Rezession), und leistungsschwächere Länder wurden daran gehindert, ihren Rückstand gegenüber der übrigen EU aufzuholen. Die länderspezifische Dynamik lässt sich zum Teil durch die Wanderungsbewegungen von Fachkräften des Gesundheitswesens von den mittel- und osteuropäischen Ländern in die anderen Mitgliedstaaten erklären, was zu einem Mangel an Gesundheitspersonal in den erstgenannten Ländern führte (Eurofound, 2013).

Ausstattung mit Pflegekräften und Hebammen

Pflegekräfte und Angehörige der Gesundheitsberufe sind für die tägliche Versorgung von Patienten in Krankenhäusern und Pflegeheimen unerlässlich. In der EU sind sie den Ärzten zahlenmäßig weit überlegen (2016 kamen auf 1.000 Einwohner 8,5 Pflegekräfte und Hebammen gegenüber 3,6 Ärzten), und ihre Zahl stieg zwischen 2008 und 2016 um 12 % (Abbildung 8.a). Dessen ungeachtet besteht langfristig ein Mangel an Pflegekräften, der durch unsere alternden Gesellschaften noch verschärft wird (Eurofound, 2014). Um der steigenden Nachfrage nach Pflegekräften besser zu entsprechen, rekrutieren einige Mitgliedstaaten im Ausland (OECD, 2019). Doch für die entsendenden Länder (insbesondere die mittel- und osteuropäischen Länder, in denen die Löhne niedriger sind) hat diese Abwanderung den bestehenden Arbeitskräftemangel noch verschärft (Eurofound, 2020). Diese Entwicklungen werden in Abbildung 8.b gezeigt, wo west- und nordeuropäische Länder dargestellt sind (in denen 2008 die Zahl der Pflegekräfte und Hebammen am höchsten war), die im Vergleich zu den mittel- und osteuropäischen Mitgliedstaaten, die ohnehin schon zu kämpfen hatten, einen größeren Personalanstieg verzeichneten. Infolgedessen haben sich die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten weiter vergrößert.

Abbildung 8: Konvergenz bei der Ausstattung mit Pflegekräften und Hebammen, 2008-2016



Hinweis: In Fällen fehlender Daten (BG: 2016, FI: 2015, LU: 2008, MT: 2016, NL: 2009–2013, RO: 2014 und 2015) wird unterstellt, dass die Werte mit dem Vorjahr bzw. den Folgejahren konstant sind oder als Durchschnittswerte der nächstgelegenen Jahre geschätzt werden.

Quelle: Länderangaben WHO und OECD; Berechnungen der Autoren

Bettenkapazität von Krankenhäusern

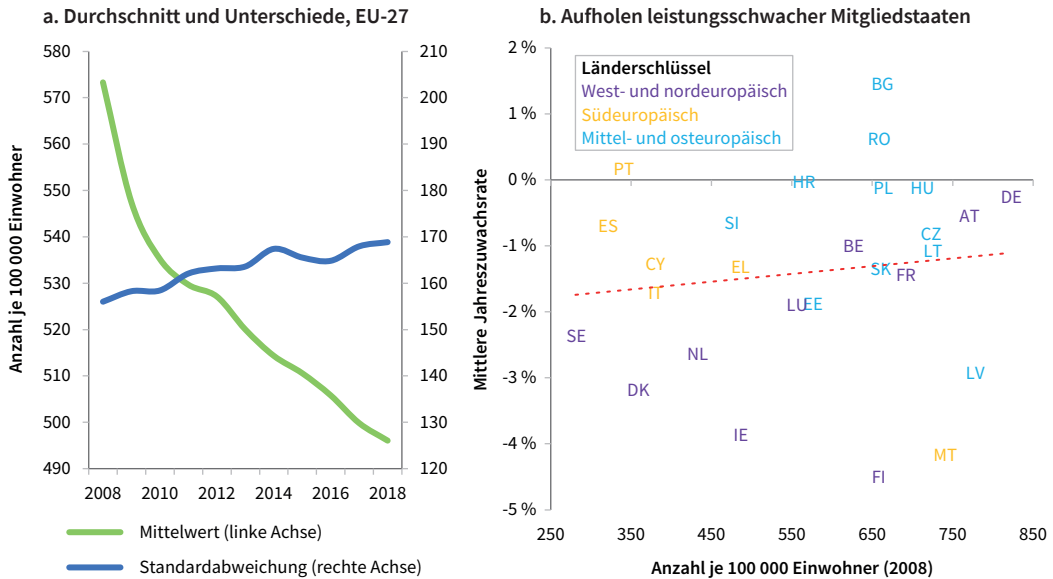
Angesichts des Mangels an medizinischem Personal und der steigenden Kosten der stationären Gesundheitsversorgung spielen die Kapazitäten an Krankenhausbetten für die strategische Krankenhausplanung eine entscheidende Rolle. Die Ermittlung der optimalen Bettenzahl gestaltet sich allerdings komplex, da zu wenige Betten zu Absagen von Operationen, Verzögerungen bei Notfallaufnahmen und frühzeitigen Entlassungen führen können, zu viele Betten hingegen zu einer Aufblähung der Kosten und zu totem Kapital (Ravaghi et al, 2020). Darüber hinaus muss bei der Einschätzung der entsprechenden Anzahl von Krankenhausbetten auch den Bedürfnissen der Patienten, dem demografischen und technologischen Wandel, Pflegemodellen, der nationalen Politik und anderen kontextuellen Faktoren Rechnung getragen werden.

In der EU ist die Bettenkapazität der Krankenhäuser zwischen 2008 und 2018 kontinuierlich gesunken. Die Zahl der verfügbaren Betten ging um 13 % von 573 auf 496 je 100 000 Einwohner zurück, während sich

die Unterschiede zwischen den Ländern stetig vergrößerten (Abbildung 9.a). Der rückläufige Trend, auf den das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik seit 2004 hingewiesen hat, geht auf Kürzungen in 24 Mitgliedstaaten zurück (Abbildung 9.b). Der Abbau war in Ländern, die ohnehin schon über wenige Betten verfügten, besonders ausgeprägt, wie in Süd- und Nordeuropa. Demgegenüber verzeichneten Länder mit den höchsten Bettenzahlen einen nur unerheblichen Abbau oder sogar einen Anstieg, was unterschiedliche Entwicklungen in der EU ausgelöst hat.

Wichtig dabei ist, dass bei einer Untersuchung der Kapazitäten an Krankenhausbetten die Verfügbarkeit von personellen Ressourcen und Sachmitteln und der Zugang zur medizinischen Grundversorgung berücksichtigt werden müssen. So zählte Rumänien beispielsweise zu den wenigen Ländern, die die Zahl der Krankenhausbetten aufstockten, aber auch zu den wenigen, die (aufgrund der Wanderungsbewegungen) mit einem Engpass an Ärzten zu kämpfen hatten.

Abbildung 9: Konvergenz bei den Kapazitäten an Krankenhausbetten, 2008-2018



Hinweis: In Fällen fehlender Daten werden die Werte als Durchschnittswerte des nächstgelegenen Jahres geschätzt (DK: 2012) oder als mit dem Vorjahr konstant unterstellt (DE: 2018).

Quelle: Eurostat, Berechnungen der Autoren

Zusammenfassung

Im Zeitraum 2008-2019 waren eine allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustands der EU-Bevölkerung und ein Anstieg der Gesundheitsausgaben in den Mitgliedstaaten, insbesondere in den mittel- und osteuropäischen Ländern, die ihren Rückstand zu den übrigen Ländern der EU aufholten, festzustellen. Demgegenüber verzeichneten die südeuropäischen Länder, die unter der Großen Rezession zu leiden hatten, den geringsten Anstieg der Gesundheitsausgaben – Griechenland hatte sogar einen Rückgang zu verzeichnen. Auch die Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsversorgung waren weniger positiv und von zunehmenden Divergenzen zwischen den Mitgliedstaaten geprägt, die das Ost-West-Gefälle in der EU weiter verschärften.

Auswirkungen von COVID-19

Die COVID-19-Pandemie verursachte und verursacht auch weiterhin unermessliches menschliches Leid und bringt die Gesundheitssysteme in der EU an ihre Grenzen. Die Forschungsarbeiten von Eurofound zeigen, dass zwischen März und Juli 2020 mehr als 20 %

der Menschen in der EU, die eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung benötigten, diese nicht erhielten, vor allem, weil die Gesundheitsdienste aufgrund der Pandemie überfordert waren (Eurofound, 2021a). Hinsichtlich der politischen Maßnahmen im Rahmen des Aufbaus einer Europäischen Gesundheitsunion werden die Mitgliedstaaten aufgrund des neuen Gesundheitssicherheitsrahmens der EU ihre Berichterstattung über Gesundheitssystemindikatoren, wie die Zahl von medizinisch geschulten Mitarbeitern, die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten und die Kapazitäten im Bereich der Intensivpflege, ausbauen müssen.

In diesem Abschnitt werden zunächst die Auswirkungen der Pandemie auf die Lebenserwartung näher beleuchtet und Konvergenzmuster bei Infektionen und Todesfällen aufgrund von COVID-19 untersucht. Anschließend werden die Abhilfemaßnahmen der EU und nationaler Regierungen zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus analysiert, und zwar sowohl nichtmedikamentöse Interventionen als auch Impfungen. Abschließend wird verglichen, wie die Impfprogramme in den einzelnen EU-Ländern, den USA und der OCED vorankamen und konvergierten.

Sehr uneinheitliche Auswirkungen in den einzelnen Mitgliedstaaten

Lebenserwartung bei der Geburt

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist 2020 den verfügbaren Daten zufolge erheblich – um -0,92 % – gesunken, der größte Rückgang in der Geschichte der EU. Auf Länderebene wurde dies lediglich durch Portugal 1961, Deutschland 1991, Litauen 1993 und Estland 1994 (alle unter -2%) übertriften. Zwischen 2019 und 2020 sank die Lebenserwartung von 80,48 Jahren (der höchste bislang erzielte Wert) auf 79,74 (Abbildung 10.a). Zudem hatten sich die Unterschiede zwischen den EU-Ländern seit 1994 nicht so dramatisch (um 6,5%) verschärft.

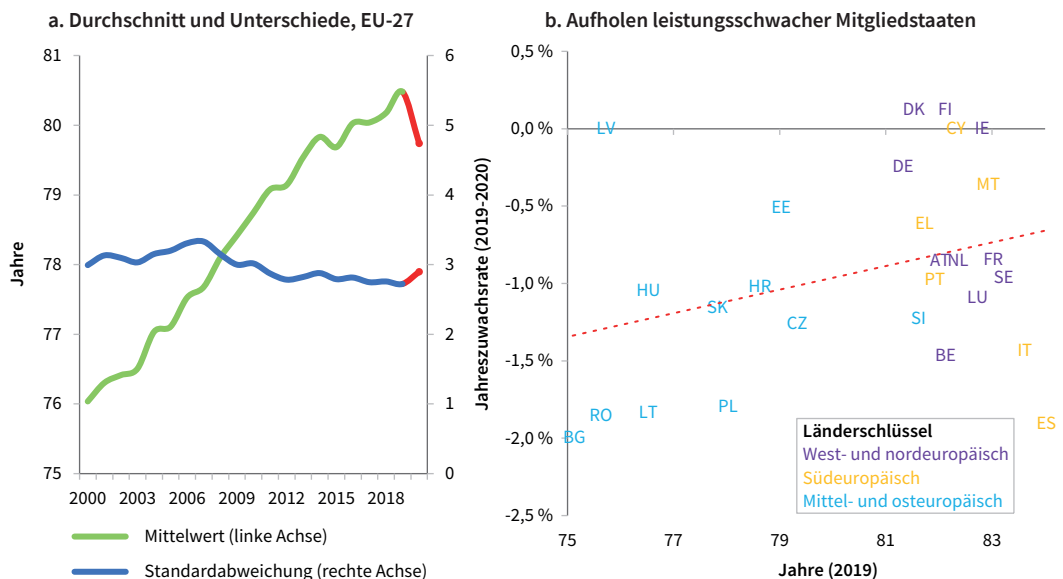
Dieser abwärts divergierende Trend wurde durch die äußerst unverhältnismäßigen Auswirkungen der Pandemie in den Mitgliedstaaten verursacht (Abbildung 10.b): die Lebenserwartung stieg in Finnland und Dänemark maßvoll an, blieb in Zypern und Lettland unverändert und ging in den übrigen 22 Ländern zurück (für Irland lagen keine Daten vor). Die stärksten Rückgänge wurden nicht nur in den besonders hart getroffenen

Mitgliedstaaten mit einer traditionsgemäß hohen Lebenserwartung (Spanien, Italien und Belgien), sondern in erster Linie in den mittel- und osteuropäischen Ländern verzeichnet, die bereits 2019 weit unter dem EU-Durchschnitt lagen: Bulgarien, Rumänien, Litauen und Polen.

Infektionen und Todesfälle durch COVID-19

Die Lebenserwartung bei der Geburt wird anhand der aktuellen Sterberaten geschätzt, und die Zahl der Todesopfer und der Infektionen in Verbindung mit COVID-19 war in der EU extrem hoch. Seit dem Ausbruch der Pandemie 2020 bis 11. August 2021 (dem Datum der jüngsten verfügbaren Daten) gab es den tagesaktuell vom Center for Systems Science and Engineering (CSSE) an der Johns-Hopkins-Universität in den USA gemeldeten Daten zufolge 35 Mio. Fälle von Infektionen und 747 000 Todesfälle. Angesichts der unterschiedlichen Messverfahren der Länder, der späten Bearbeitung von Sterbeurkunden und der unterlassenen Behandlung anderer Krankheiten während der Pandemie könnte die Zahl der Todesopfer sogar noch höher sein. Die äußerst uneinheitlichen Auswirkungen der

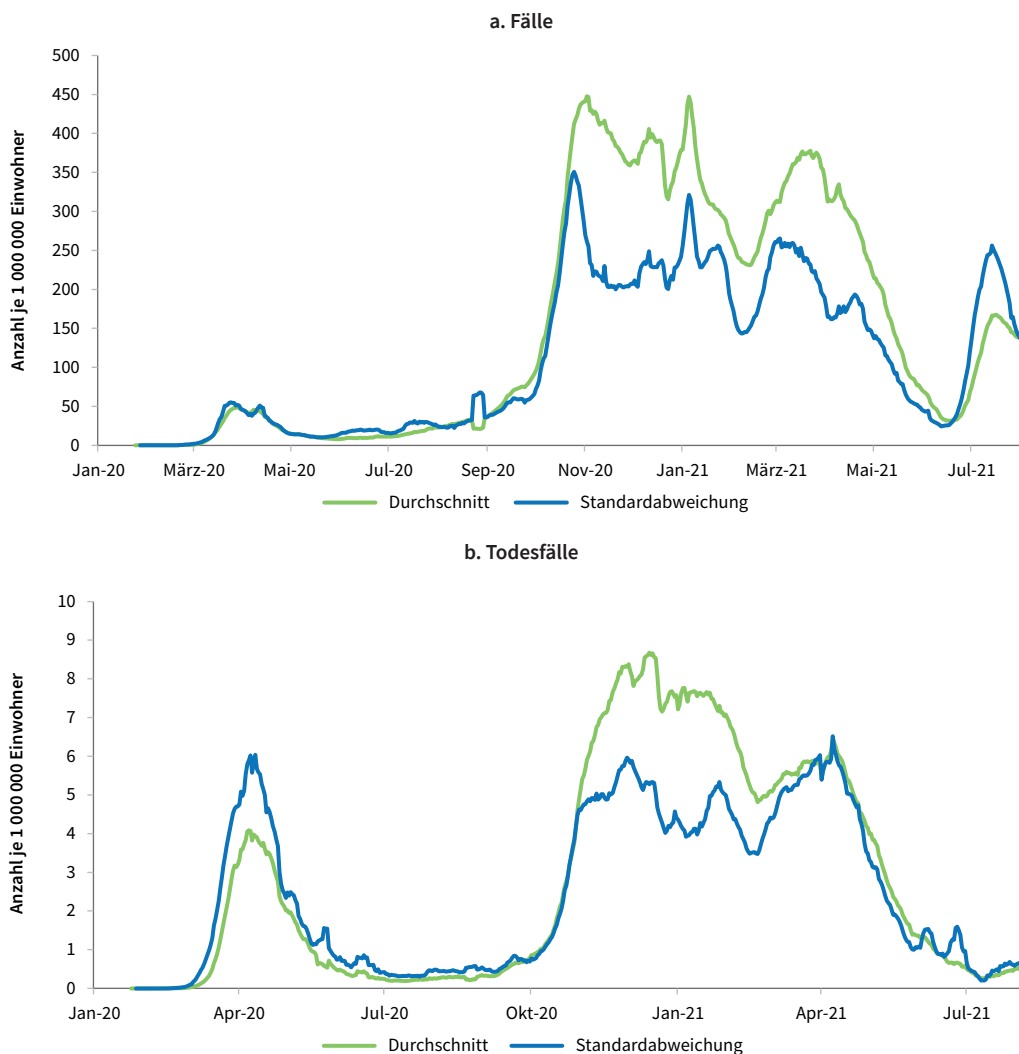
Abbildung 10: Konvergenz bei der Lebenserwartung bei der Geburt, 2019-2020



Hinweis: In Fällen fehlender Daten (HR: 2000, LV: 2000 und 2001, IE: 2020) wird unterstellt, dass die Werte mit dem Vorjahr bzw. den Folgejahren konstant sind.

Quelle: Eurostat, Berechnungen der Autoren

Abbildung 11: COVID-19 – neue Fälle und Todesfälle pro Million, EU-27, Januar 2020 – 11. August 2021



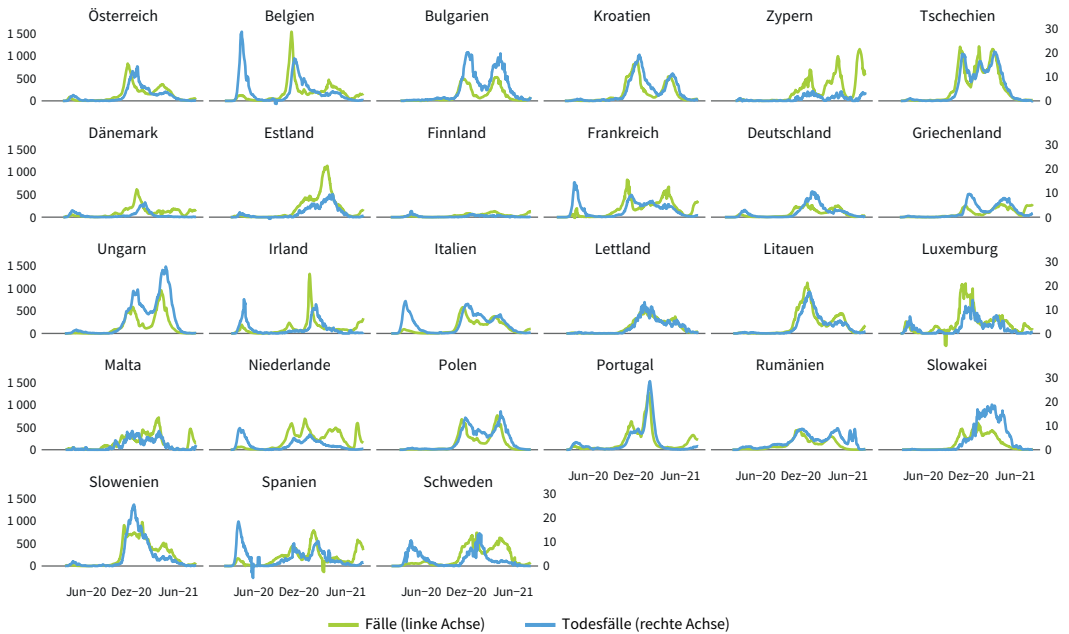
Note: Smoothed data presented as a seven-day rolling average.
Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 data; authors' calculations

COVID-19-Krise sowohl auf die Infektions- als auch die Sterberaten in den einzelnen Ländern lassen sich an den enormen, im Frühjahr und Herbst 2020, im Winter 2020-2021 und im Sommer 2021 verzeichneten Diskrepanzen, als die Pandemie ihren Höhepunkt erreichte, ablesen (Abbildung 11).

Die höchsten Inzidenzen von COVID-19-Fällen und Todesfällen wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten von Land zu Land und mit unterschiedlicher Intensität verzeichnet (Abbildung 12). Im Frühjahr 2020 waren in

Belgien, Frankreich, Italien und Spanien mit über 10 Fällen pro Tag pro 1 Million Einwohner die meisten Todesfälle zu beklagen. Im Herbst 2020 kam es in den meisten Mitgliedstaaten, insbesondere in Bulgarien, Kroatien, Tschechien und Slowenien, zu einem zweiten starken Anstieg. Die Slowakei war im Winter 2020-2021 besonders schwer betroffen, Ungarn und Portugal im Frühjahr 2021. Finnland war das Land mit der geringsten Zahl von Todesfällen während der gesamten Pandemie.

Abbildung 12: COVID-19 – neue Fälle und Todesfälle pro Million, nach Mitgliedstaaten, Januar 2020 – 11. August 2021



Hinweis: Geglättete Daten, dargestellt als gleitender Siebentagesdurchschnitt. Bisherige Überschätzungen werden durch negative Werte berichtigt, nach Ländern.

Quelle: Johns-Hopkins-Universität CSSE COVID-19-Daten; Berechnungen der Autoren

Auch die Muster in der Zahl der Neuinfektionen pro 1 Million Einwohner sind von Land zu Land unterschiedlich, wobei Belgien und Tschechien im Herbst, Estland, Portugal und Irland im Winter 2020-2021 und im Frühjahr 2021 und in jüngster Zeit Zypern, die Niederlande, Spanien und Malte im Sommer 2021 große Spitzen zu verzeichnen hatten.

Harmonisierte Interventionen, jedoch abweichende Durchführung der Impfung

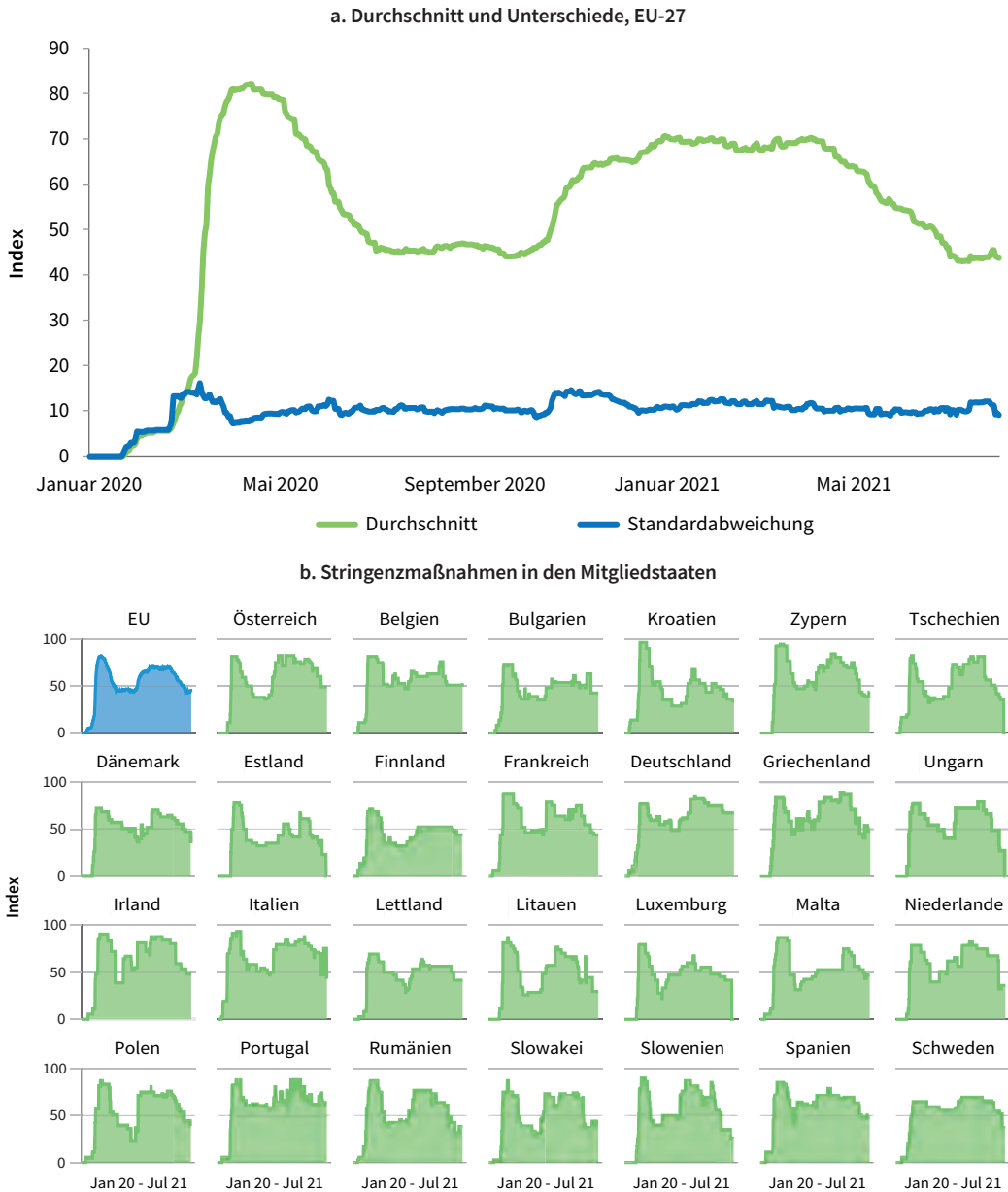
Eingriffe der Regierungen

Die Strategien der Regierungen zur Eindämmung von COVID-19 beruhen weitgehend auf Maßnahmen zur Kontaktvermeidung sowie einer Stärkung des Gesundheitssystems. Derzeit ist es schwierig, die Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhausversorgung in der EU (hinsichtlich Personal, Ausstattung oder medizinischer Produkte) zu beurteilen, doch es ist möglich, die Auswirkungen der unmittelbar von den Mitgliedstaaten zur Verlangsamung des Infektionsgeschehens und zur Entlastung der Gesundheitssysteme eingesetzten nichtmedikamentösen Interventionen zu analysieren.

Diese Mitigationsmaßnahmen waren je nach Mitgliedstaat hinsichtlich ihrer Intensität, Härte, Zahl und des zeitlichen Rahmens unterschiedlich. Der von der Universität Oxford entwickelte Stringenzindex, der in Abbildung 13.b dargestellt wird, gibt Aufschluss über diese Unterschiede, von der ersten Reaktion Italiens im März 2020 bis hin zu den Lockerungsmaßnahmen in den meisten Ländern am 1. August 2021 (dem Datum der jüngsten verfügbaren Daten für die meisten Mitgliedstaaten).

Doch bezogen auf die EU-Ebene (Abbildung 13.a) ist offensichtlich, dass die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten trotz der unterschiedlichen Infektionswellen und trotz vielfältiger nichtmedikamentöser Interventionen der Länder nahezu konstant geblieben sind. Dies deutet darauf hin, dass europaweit eine mögliche abgestimmte Exit-Strategie erforderlich ist, um die Pandemie rascher in den Griff zu bekommen. Dies wird aus einer Studie von Ruktanonchai et al (2020) deutlich, bei der Bewegungen in ganz Europa vor und nach der Umsetzung von nichtmedikamentösen Interventionen anhand von Mobilitätsdaten von Smartphones beurteilt wurden. Dabei wird ersichtlich, dass die Krankheit früher wieder auftritt, wenn die Länder ihre Lockerungsmaßnahmen zum Ausstieg aus dem Lockdown nicht abstimmen.

Abbildung 13: COVID-19 – Konvergenz im Stringenzindex, Januar 2020 –1. August 2021



Hinweis: Der Stringenzindex gibt weder Aufschluss darüber, wie effizient ein Land auf die Krise reagiert, noch über die Mobilitätsmuster der Bevölkerung. Für den 1. August wurden die letzten verfügbaren Daten verwendet für LU: 19. Juli, CZ: 22. Juli, EE: 26. Juli, HU: 27. Juli.

Quelle: Oxford COVID-19 Government Response Tracker; Berechnungen der Autoren

Impfprogramme

Neben diesen Eindämmungsmaßnahmen gelten Impfprogramme als der aussichtsreichste Ansatz zur Bekämpfung der Pandemie, der von der EU (und allen Ländern

rund um den Globus) entschlossen verfolgt wird. Im Zuge der Impfkampagnen in der EU klappte die Schere zwischen den Ländern bis Mitte Juli 2021 noch weiter auseinander; danach war der divergierende Trend wieder

rückläufig (Abbildung 14.a). Aufgrund des Anstiegs der Impfquote in den meisten Ländern in den ersten Wochen der Monate April, Mai und Juni 2021 verringerten sich die Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten wieder etwas.

Bis 10. August 2021 betrug die durchschnittliche Zahl neuer Impfungen, die jeden Tag auf EU-Ebene verzeichnet wurden, rund 4 600 je 1 Million Einwohner und war seit 9. Juni, als sie mit 8 700 je 1 Million Einwohner ihren Höchststand erreichte, klar rückläufig. Viele

Abbildung 14: COVID-19 – neue tägliche Impfungen, 28. Dezember 2020 –10. August 2021



Hinweis: Geglättete Daten, dargestellt als gleitender Siebentagesdurchschnitt. Für den 10. August wurden die letzten verfügbaren Daten verwendet für HU: 1. August, und für NL: 8. August.

Quelle: Mathieu et al (2021); Berechnungen der Autoren

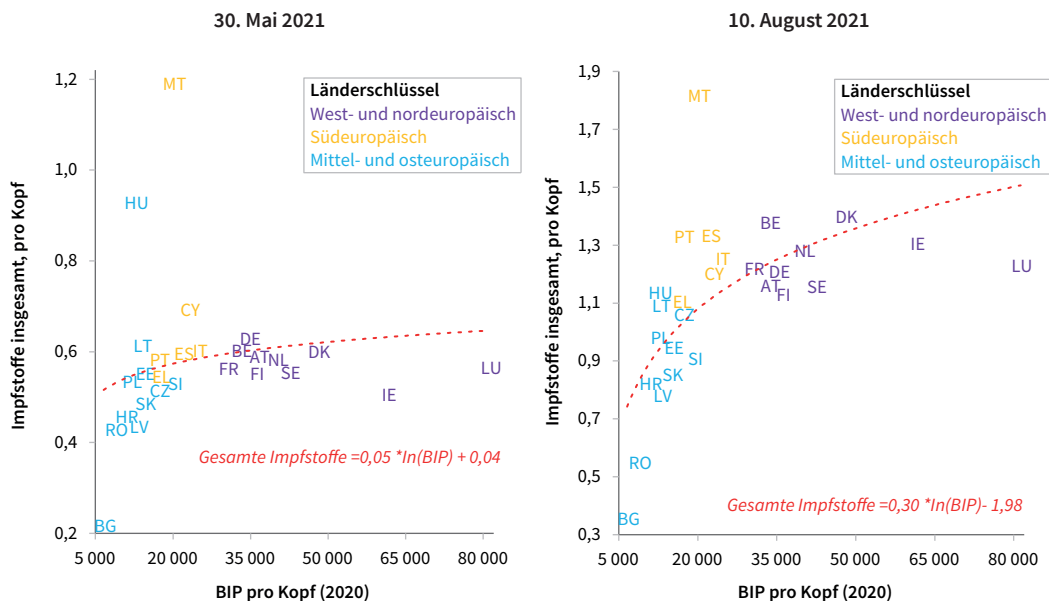
Faktoren in Verbindung mit der Geografie eines Landes, seiner Bevölkerung und den Gesundheitssystemen beeinflussen die Verabreichung der Impfstoffe. Malta – ein geografisch kompaktes Land mit einer kleinen Bevölkerung – hatte die meisten Dosen verabreicht (Abbildung 14.b). Am entgegengesetzten Ende bewirkte die Impfzögerlichkeit in Rumänien und Bulgarien, dass die Zahl der am 10. August verabreichten Dosen unter 700 bzw. 1 400 pro 1 Million Einwohner lag.

Selbst vor der Pandemie waren die Impfquoten bei Schutzimpfungen gegen andere Infektionskrankheiten von einem Mitgliedstaat zum anderen sehr unterschiedlich, je nach dem Haushalt eines Landes, seiner Infrastruktur, der öffentlichen Meinung, dem sozioökonomischen Status, dem Vertrauen in die Heilberufe und anderen Faktoren (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2018). Allgemein wird davon ausgegangen, dass reiche Länder beim Ausbruch einer schwerwiegenden Infektionskrankheit besser gerüstet sind. 2019 wurde im Rahmen des Global Health Security Index der Vorbereitungsstand der

Gesundheitssysteme weltweit auf eine Pandemie bewertet. Auf der EU-Rangliste stammen 7 der 10 Länder in der Kategorie „am besten vorbereitet“ aus West- und Nordeuropa, während die mittel- und osteuropäischen Mitgliedstaaten abgeschlagen sind.

Während der COVID-19-Pandemie erwies sich das BIP nicht als ein maßgeblicher Faktor, der die Durchführung der Impfungen in den ersten Monaten des Jahres 2021 beeinflusste. Aus Abbildung 15.a geht hervor, dass bis 30. Mai 2021 reichere Länder nahezu dieselbe Zahl von Dosen verabreicht hatten wie die Mitgliedstaaten mit einem geringeren Pro-Kopf-BIP. Doch bis 10. August 2021 verschärften sich die Unterschiede zwischen den ost- und den westeuropäischen Ländern, was den Aufholprozess erschwerte (Abbildung 15.b). Diese Entwicklungen sind höchstwahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass in Mittel- und Osteuropa vermehrt eine Impfungzurückhaltung zu beobachten ist, wie bei der Eurofound-Erhebung vom April 2021 (Eurofound, 2021b) und der Eurobarometer-Spezial-Umfrage von Ende Mai 2021 (Europäische Kommission, 2021) deutlich wurde.

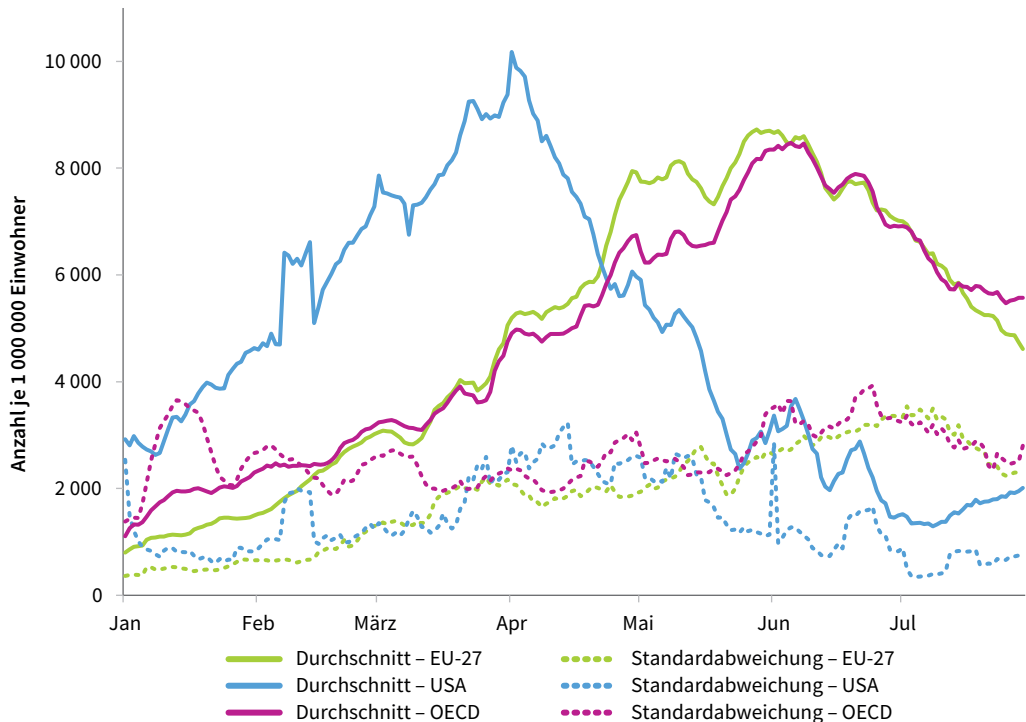
Abbildung 15: COVID-19 – insgesamt verabreichte Impfdosen, nach Pro-Kopf-BIP (in Euro), EU-27, 30. Mai und 10. August 2021



Hinweis: Für den 30. Mai wurden die letzten verfügbaren Daten verwendet für EL, FI und LU: 29. Mai; für den 10. August wurden die letzten verfügbaren Daten verwendet für HU: 1. August, und für NL: 8. August. Der Regressionskoeffizient des Pro-Kopf-BIP für den 10. August ist auf dem Niveau von 0,1 % statistisch signifikant.

Quelle: Mathieu et al (2021) und Eurostat; Berechnungen der Autoren

Abbildung 16: COVID-19 – neue tägliche Impfungen in EU-27, USA und OECD, 13. Januar 2021–10. August 2021



Hinweis: Geglättete Daten, dargestellt als gleitender Siebentagesdurchschnitt. Für den 10. August wurden die letzten verfügbaren Daten verwendet für Ungarn: 1. August, Island: 6. August, Chile und Niederlande: 8. August, Kolumbien: 9. August.
Quelle: Mathieu et al (2021); Berechnungen der Autoren

Einen sichtbaren Beweis dafür, dass es der EU gelungen ist, ihre Mitgliedstaaten (trotz der anfänglichen Lieferprobleme) relativ ausgewogen mit Impfstoff zu versorgen, erhält man auch, wenn man die Durchführung der Impfungen mit denjenigen in den USA und den OECD-Ländern vergleicht. Bei einem solchen Vergleich sind allerdings verschiedene politische und wirtschaftliche Faktoren zu berücksichtigen. So gibt es in den USA beispielsweise eine Bundesregierung mit einem zentralen Haushalt, der es ihnen ermöglicht, schneller und koordiniert vorzugehen. In der EU werden viele gesundheitsbezogene Entscheidungen auf Ebene der Mitgliedstaaten getroffen, was die Verhandlungen und die Einigung auf die gemeinsame Beschaffung von Impfstoffen verlangsamt hat. Darüber hinaus führte die EU einen größeren Teil ihrer in Europa hergestellten Impfstoffe gegen das Coronavirus aus (und wurde damit zum weltweit führenden Lieferanten von Impfdosen), während die USA

es vorgezogen haben, den eigenen Binnenmarkt mit Impfstoffen zu beliefern. Auch wenn der Vergleich mit der OECD angesichts der sehr vielfältigen länderspezifischen Besonderheiten schwierig ist, so ist er doch wichtig, damit ein weltweiter Vergleich mit anderen Industrienationen angestellt werden kann (auch wenn fünf EU-Länder keine OECD-Mitglieder sind).

Wie aus Abbildung 16 hervorgeht, fiel die EU im ersten Quartal 2021 bei der Verteilung von COVID-19-Impfstoffen mit fast einem Drittel der von den USA täglich je 1 Million Einwohner verabreichten Dosen hinter die USA zurück. Auch die OECD schnitt besser ab, was hauptsächlich Israel (dem Weltmarktführer, was die Durchführung von Impfkampagnen anbetrifft), aber auch Chile, dem Vereinigten Königreich und den USA zu verdanken ist. Anfang Mai haben sich die Verhältnisse umgekehrt – die EU wurde in puncto Impfungen zum Spitzenreiter. Dies ging auf

einen erheblichen Rückgang der durchschnittlichen Impfquote in den USA seit Mitte April zurück. Kurz danach ging diese auch in der EU und der OECD kontinuierlich zurück, während die Impfgeschwindigkeit in den USA ab der zweiten Julihälfte wieder an Fahrt aufnahm. Was die Unterschiede zwischen den Ländern anbetrifft, so waren diese zu Beginn

der Pandemie im OECD-Bereich deutlich größer, da die Mitglieder über fünf Kontinente verteilt sind. Bis 10. August lagen die Diskrepanzen in der EU und der OECD auf vergleichbarem Niveau. In den USA bewirkte der allgemeine Rückgang der Impfquoten eine Verringerung der Unterschiede zwischen den Bundesstaaten.



Empfehlungen für die Politik

- Die COVID-19-Pandemie hat deutlich vor Augen geführt, dass es der EU an geeigneten Instrumenten für den Umgang mit der schwersten öffentlichen Gesundheitskrise, die sie je erlebt hat, fehlte. Daher hat die EU die Voraussetzungen für eine Europäische Gesundheitsunion geschaffen, um auf künftige Gesundheitskrisen besser vorbereitet zu sein. Um grundsätzlich und dauerhaft etwas zu bewegen, sollte die EU die Gesundheitsunion auf sinnvollen Kriterien aufbauen, die auf demokratischem und wissenschaftlichem Weg dazu beitragen können, einen Konsens herbeizuführen. Eine engere Koordinierung auf EU-Ebene könnte (unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips) die Qualität und Resilienz der Gesundheitsdienstleistungen in Europa verbessern und dabei die Konvergenz bei Indikatoren für Gesundheit und Gesundheitsversorgung fördern. Die laufende Konferenz zur Zukunft Europas ist eine günstige und willkommene Gelegenheit für Unionsbürgerinnen und -bürger, sich zu den Prioritäten Europas im Gesundheitsbereich zu äußern, bis die Konferenz im Frühjahr 2022 zu ihren Schlussfolgerungen gelangt.
- 2020 gab die Europäische Kommission länderspezifische Empfehlungen an die Mitgliedstaaten zur Stärkung der Resilienz ihrer Gesundheitssysteme ab. Im Rahmen ihrer Agenda zur Neugestaltung des Europäischen Semesters konnte die Kommission Bestandteile der Europäischen Gesundheitsunion in diesen jährlichen Zyklus der politischen Koordinierung integrieren, beispielsweise durch Aufnahme der nationalen Gesundheitsindikatoren, die von den Mitgliedstaaten regelmäßig mitgeteilt werden müssen. Mithilfe von Daten über die auf lokaler und regionaler Ebene bestehenden Bedürfnisse und die verfügbaren Ressourcen könnten stärker zentralisierte Entscheidungen getroffen werden, um auf grenzübergreifende gesundheitliche Notfallsituationen zu reagieren. Diese könnten auch der Bewertung der Kapazitäten in der gesundheitlichen Versorgung der Mitgliedstaaten in verschiedenen Bereichen zugutekommen, etwa im Fall eines Arbeitskräftemangels, der durch den asymmetrischen Fluss hoch qualifizierter Mitarbeiter in den EU-Ländern noch weiter verschärft wird.
- Die Krise hat mehr denn je die strukturellen Ungleichheiten bei den Kapazitäten in der Gesundheitsversorgung ans Tageslicht gebracht, wobei sich die Mitgliedstaaten erheblich voneinander unterscheiden. Der europäischen Säule sozialer Rechte zufolge hat jede Person das Recht auf rechtzeitige, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung. In den kritischen Momenten der Pandemie wurden die

Fachkräfte des Gesundheitswesens aufgrund der knappen Ressourcen der Intensivstationen vor das moralische Dilemma gestellt, bei der Versorgung von Patienten Prioritäten zu setzen, während bestimmte Regionen und sozioökonomische Gruppen chronisch unterversorgt waren. Mit Ziel Nr. 3 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen wird eine flächendeckende Gesundheitsversorgung und der Zugang zu

sicheren und wirksamen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle angestrebt. Die Erreichung dieses Ziels bedeutet eine Verbesserung der Kapazitäten in der gesundheitlichen Versorgung und die Lösung des Problems einer nicht durchgängigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (etwa durch digitalisierte Dienste), damit niemand bei einer Krise und in der Zeit danach ins Hintertreffen gerät.



Ressourcen

Alle Eurofound-Veröffentlichungen sind online abrufbar unter www.eurofound.europa.eu

Eurofound-Thema „Förderung des sozialen Zusammenhalts und der Konvergenz“:

<http://eurofound.link/socialcohesionconvergence>

Eurofound-Thema „COVID-19“: <http://eurofound.link/covid19>

Eurofound-Thema „Betreuung und Pflege“: <https://www.eurofound.europa.eu/topic/care>

Eurofound (2013), *Mobility and migration of healthcare workers in central and eastern Europe*, Dublin, abrufbar unter <http://eurofound.link/ef1335>

Eurofound (2014), *Zugang zur Gesundheitsversorgung in Krisenzeiten*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, abrufbar unter <http://eurofound.link/ef1442>

Eurofound (2020), *Long-term care workforce: Employment and working conditions*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, abrufbar unter <http://eurofound.link/ef20028>

Eurofound (2021a), 'Protecting access to healthcare during COVID-19 and beyond', Blogbeitrag, 18. Januar, abrufbar unter <http://eurofound.link/ef21014>

Eurofound (2021b), *Leben, Arbeiten und COVID-19 (Aktualisierung April 2021): Verschlechterung der psychischen Gesundheit und Vertrauensverlust in der EU*, während die Pandemie ins zweite Jahr geht, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg, abrufbar unter <http://eurofound.link/ef21064>

Europäische Kommission (2020), *Schaffung einer europäischen Gesundheitsunion: Die Resilienz der EU gegenüber grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren stärken*, COM(2020)724 final, Brüssel.

Europäische Kommission (2021), *Eurobarometer-Spezial-Umfrage 494: Attitudes on vaccination against Covid-19*, Europäische Union, Brüssel.

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (2018), *Organisation und Erbringung von Impfleistungen in der Europäischen Union*, Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und McKee, M. (2004), *Reducing hospital beds: What are the lessons to be learned?* Policy brief Nr. 6, Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.

Europäisches Parlament (2021), *Eurobarometer: Resilience and recovery – Public opinion one year into the pandemic*, Brüssel.

Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Roser, M., Hasell, J., Appel, C. et al (2021), 'A global database of COVID-19 vaccinations', *Nature Human Behaviour*, Bd. 5, S. 947–953.

OECD (2019), *Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students*, OECD Publishing, Paris.

Ravaghi, H., Alidoost, S., Mannion, R. und Bélorgeot, V. D. (2020), 'Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: A systematic scoping review', *BMC Health Services Research*, Bd. 20, Nr. 186.

Ruktanonchai, N. W., Floyd, J. R., Lai, S., Ruktanonchai, C. W., Sadilek, A., Rente-Lourenco, P. et al (2020), 'Assessing the impact of coordinated COVID-19 exit strategies across Europe', *Science*, Bd. 369, Nr. 6510, S. 1465–1470.

Schuman, R. (1952), 'Notes et documents concernant la Communauté européenne de la Santé', *Notes et Études Documentaires*, Nr. 1718, La Documentation française, Paris, abrufbar unter:

http://www.cvce.eu/obj/expose_de_robert_schuman_a_la_conference_preparatoire_a_la_communaute_europeenne_de_la_sante_paris_12_decembre_1952-fr-1fba65da-1ae8-45a4-beb5-e299ed4b4c6c.html

WHO (Weltgesundheitsorganisation) (2006), *The world health report 2006 – Working together for health*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.

Länderkürzel

AT	Österreich	ES	Spanien	LV	Lettland
BE	Belgien	FI	Finnland	MT	Malta
BG	Bulgarien	FR	Frankreich	NL	Niederlande
CY	Zypern	HR	Kroatien	PL	Polen
CZ	Tschechien	HU	Ungarn	PT	Portugal
DE	Deutschland	IE	Irland	RO	Rumänien
DK	Dänemark	IT	Italien	SE	Schweden
EE	Estland	LU	Luxemburg	SI	Slowenien
EL	Griechenland	LT	Litauen	SK	Slowakei

Die eu kontaktieren

Besuch

In der Europäischen Union gibt es Hunderte von „Europe-Direct“-Informationsbüros. Über diesen Link finden Sie ein Informationsbüro in Ihrer Nähe:

https://europa.eu/european-union/contact_de

Telefon oder E-Mail

Der Europe-Direct-Dienst beantwortet Ihre Fragen zur Europäischen Union. Sie Europe Direct:

- über die gebührenfreie Rufnummer: 00 800 6 7 8 9 10 11 (manche Telefondienstleister berechnen allerdings Gebühren),
- über die Standardrufnummer: +32 22999696 oder
- per E-Mail über: https://europa.eu/european-union/contact_de

Informationen über die EU

Im Internet

Auf dem Europa-Portal finden Sie Informationen über die Europäische Union in allen Amtssprachen: https://europa.eu/european-union/index_de

EU-Veröffentlichungen

Sie können – zum Teil kostenlos – EU-Veröffentlichungen herunterladen oder bestellen unter <https://op.europa.eu/de/publications>. Wünschen Sie mehrere Exemplare einer kostenlosen Veröffentlichung, wenden Sie sich an Europe Direct oder das Informationsbüro in Ihrer Nähe (siehe https://europa.eu/european-union/contact_de).

Informationen zum EU-Recht

Informationen zum EU-Recht, darunter alle EU-Rechtsvorschriften seit 1952 in sämtlichen Amtssprachen, finden Sie in EUR-Lex: <http://eur-lex.europa.eu>

Offene Daten der EU

Über ihr Offenes Datenportal (<http://data.europa.eu/euodp/de>) stellt die EU Datensätze zur Verfügung. Die Daten können zu gewerblichen und nichtgewerblichen Zwecken kostenfrei heruntergeladen werden.

Aufgrund der Auswirkungen von COVID-19 ist das Thema öffentliche Gesundheit auf der sozialpolitischen Agenda der EU nach oben gerückt. Da die EU ihre Anstrengungen auf den Aufbau einer Europäischen Gesundheitsunion ausrichtet, um sich für künftige Gesundheitskrisen zu wappnen, wird in diesem Kurzbericht untersucht, inwieweit die EU vor der Pandemie eine Aufwärtskonvergenz im Hinblick auf den Gesundheitszustand und die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung sowie Gesundheitsausgaben und die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen erzielt hat. Untersucht werden aber auch Konvergenzmuster bei Infektionen und Todesfällen durch COVID-19 und bei den Abhilfemaßnahmen der EU und der nationalen Regierungen.

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass sich die Gesundheit der Unionsbürgerinnen und -bürger im Zeitraum 2008 bis 2019 insgesamt verbessert hat und sich die Mitgliedstaaten hinsichtlich der gesundheitlichen Ergebnisse einander angenähert haben, dass sich jedoch die Unterschiede bei den staatlichen Ausgaben für und der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen weiterhin verschärft haben. Vor diesem Hintergrund hat die COVID-19-Pandemie zu einer weiteren Divergenz geführt, wobei sich die Zahl der Todesopfer und der Infektionen von Land zu Land erheblich unterscheiden. In dem Kurzbericht wird hervorgehoben, dass eine Europäische Gesundheitsunion im Idealfall nicht nur den Vorbereitungsstand der EU auf eine Krise verbessern, sondern letztlich auch die Konvergenz bei Indikatoren für Gesundheit und Gesundheitsversorgung in den EU-Mitgliedstaaten ermöglichen würde.

Die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Eurofound) ist eine dreigliedrige Agentur der Europäischen Union, die 1975 gegründet wurde. Sie hat den Auftrag, Fachwissen im Bereich sozial-, beschäftigungs- und arbeitspolitischer Strategien gemäß der Verordnung (EU) 2019/127 bereitzustellen.

