

Urologe 2019 · 58:54–58  
<https://doi.org/10.1007/s00120-018-0836-7>  
 Online publiziert: 19. Dezember 2018  
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018



Michael Stephan-Odenthal

Urologie Rhein Berg, Leverkusen, Deutschland

# Einfluss des demographischen Wandels auf die Urologie

## Welche Anforderungen erwarten uns?

Schon seit einiger Zeit wird aufgrund des demographischen Wandels unserer Gesellschaft über die Zukunft des Gesundheitssystems in der Öffentlichkeit diskutiert. Die Anforderungen einer alternden Gesellschaft, bei steigender Lebenserwartung und stetigem medizinischem Fortschritt und steigenden Ansprüchen an das System, sind enorm. Hinzu kommt eine Veränderung des ärztlichen Selbstverständnisses der jüngeren Medizinergeneration. So diskutieren mittlerweile alle medizinischen Fachgesellschaften und Verbände um das eigene zukünftige Handeln.

In den letzten 2 Jahren wird diese Diskussion verstärkt auch in der deutschen Urologie geführt. Sowohl in der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) als auch im Berufsverband der deutschen Urologen (BvDU) sind dabei die Probleme klar erkannt, für manche Urologin bzw. Urologen sind jedoch nach wie vor die Rollen der bisher im Krankenhaus und in der Praxis tätigen Kollegen nicht klar genug definiert. Im Folgenden sollen deshalb die zukünftigen Anforderungen näher beleuchtet werden.

### Demographische Voraussetzungen

Mit dem Älterwerden der sog. Babyboomer-Jahrgänge (1955–1965) kommt auf Deutschland eine starke Überalterung der Bevölkerung zu. Die gleichzeitig zahlenmäßig deutlich schwächeren nachfolgenden Jahrgänge müssen die

Lasten der Sozialsysteme schultern. Einer potentiell stark steigenden Patientenzahl steht eine ebenfalls älterwerdende Ärzteschaft zur Versorgung gegenüber. Da das urologische Fachgebiet v. a. Erkrankungen des Alters behandelt, hat das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) im Auftrag des Kassenärztlichen Bundesverbands (KBV) für die ambulante Urologie den größten Zuwachs im Versorgungsbedarf bis 2025 berechnet (▣ **Abb. 1**).

Auch wenn dies auf den ersten Blick für die Zukunft der Urologie scheinbar sehr gut aussieht, muss berücksichtigt werden, dass gleichzeitig die Urologen in Klinik und Praxis ebenso älter werden. Die Gruppe der 50- bis 59-jährigen Kolleginnen und Kollegen ist die stärkste Altersgruppe. Insbesondere die Zahl der heute 35- bis 39-jährigen Kollegen (junge Fachärzte), an deren Zahl sich nicht mehr viel ändern wird, ist nur noch ein Drittel so stark (▣ **Tab. 1**).

Damit zeigt sich für das Fachgebiet eine erhebliche Herausforderung den potentiellen Versorgungsbedarf zu bewältigen. Gleichzeitig stehen wir als Fachgruppe außerdem in Konkurrenz zu anderen Fachgruppen, die von der Kollegenzahl wesentlich stärker sind. Große Teile der urologischen Versorgung könnten deshalb an andere Fachgruppen wie Internisten, Geriater und Onkologen verloren gehen. In den Kliniken werden die urologischen Facharztstellen immer schwerer zu besetzen sein und in den Praxen werden die Nachfolger fehlen.

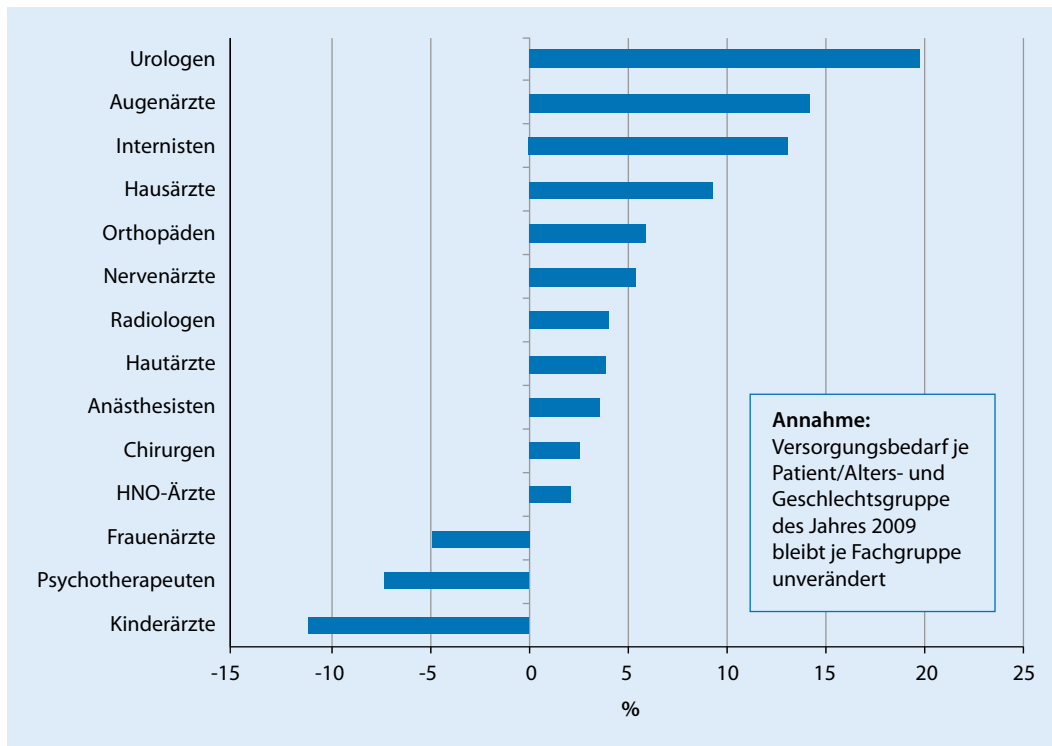
Neben dieser statistisch klar zu berechnenden Entwicklung gibt es zusätzlich eine Veränderung in der Arbeitsvorteilung der jüngeren Kolleginnen und

Kollegen. Während in der Babyboomer-Generation der Konkurrenzdruck untereinander zu einer hohen Leistungsbereitschaft und zur „Selbstausschöpfung“ in Form von unbezahlten Überstunden geführt hat, ist in der heutigen Generation der jungen Kollegen die Work-Life-Balance wichtiger. Eine möglichst steile Karriere oder ein hohes Einkommen haben in der Priorität gegenüber Familie und ausreichender Freizeit deutlich verloren.

### Fachliche Voraussetzungen

Die medizinische Ausbildung in Deutschland ist im internationalen Vergleich sehr gut. Allerdings liegt der Schwerpunkt der universitären Ausbildung derzeit immer noch im basiswissenschaftlichen theoretischen Bereich. Die klinisch-praktische Ausbildung kommt im Studium immer noch zu kurz. Auch wenn die Bundesärztekammer dies in einer Novelle des Ausbildungscurriculums deutlich verbessern möchte, müssen junge Ärztinnen und Ärzte ihre klinisch notwendigen Fähigkeiten erst nach dem Studium erlernen. Dazu ist nach wie vor ein hohes Maß an Eigeninitiative und viel Zeit gefragt. Die Curricula der Facharztausbildungen sind dazu sehr stark an Leistungszahlen und Zeitvorgaben und weniger an Überprüfung der klinischen und praktischen Fähigkeiten orientiert. Es fehlt an strukturierten Ausbildungsprogrammen der Kliniken, in denen junge Ärztinnen und Ärzte durch verschiedene Schwerpunktabteilungen rotieren und dort ihre Fähigkeiten erlernen und unter Beweis stellen müssen. In vielen Kliniken ist deshalb derzeit

Dieser Beitrag basiert auf einem Beitrag den der Autor für die URO-GmbH Nachrichten 3/2017 verfasst und veröffentlicht hat.



**Abb. 1** ◀ Demographisch bedingte Entwicklung des fachspezifischen Versorgungsbedarfs bis 2025. Trotz des Bevölkerungsrückgangs steigt der Versorgungsbedarf. Die stärkste Zunahme wird der Urologie erwartet. (Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. www.zi.de)

das Erlernen eines Faches wie Urologie „Privatangelegenheit“. Durch die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes und die Work-Life-Balance brauchen die jungen Kolleginnen und Kollegen außerdem deutlich längere Ausbildungszeiten, um gleiche Erfahrungen zu sammeln wie die Vorgängergenerationen. Hinzu kommt, dass viele Ausbilder in ihren Kliniken keine umfassende urologische Ausbildung mehr anbieten können, da ihnen selbst die Erfahrung für verschiedene Teilgebiete des Fachs wie Andrologie, Mikrobiologie und medikamentöse Tumorthherapie fehlen und damit in zunehmender Anzahl auch die Ausbildungsgenehmigung fehlt. In der ambulanten Urologie findet außer an den Universitätskliniken derzeit überhaupt keine Ausbildung statt, weil eine Anstellung von Auszubildenden Ärztinnen und Ärzten in der Vergütungssystematik schlicht nicht vorgesehen ist. So müssen junge Ärzte nach einer abgeschlossenen Facharztausbildung häufig in der ambulanten Medizin völlig neue Behandlungsformen erlernen. Besonders fatal ist allerdings, dass es um die urologische Forschung in Deutschland nicht gut bestellt ist. Die Anzahl der urologischen Publikationen steigt zwar weltweit, bezieht sich aber

im wesentlichen auf die onkologischen Erkrankungen und wird von Autoren aus USA, Asien und Resteuropa publiziert. Urologische Grundlagenforschung ist nahe komplett auf onkologische Erkrankungen reduziert oder in andere Fächer abgewandert. In einigen Bereichen wie Infektiologie und Andrologie findet fast keine Grundlagenforschung mehr statt. Auch die klinische Forschung hat sich in der Urologie nicht weiterentwickelt. Es fehlen systematische Anstrengungen, klinische Register weiter auszubauen, um aus den Daten direkte Empfehlungen für die praktische Therapie abzuleiten. Insbesondere die Praxen, in denen ein großer Teil dieser Daten schlummern, sind derzeit unbeteiligt.

### Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Der steigende medizinische Versorgungsbedarf wird potentiell in allen Gesundheitssystemen zu einem starken Anstieg der Gesundheitskosten führen. Dies hat die Politik schon seit den 1990er-Jahren erkannt und deshalb in den letzten Jahrzehnten bereits Budgetmaßnahmen in den Sektoren der Versorgung eingeführt, die bis heute

zu einer ausufernden Bürokratie und zu einem Verfall der Vergütung der ärztlichen Einzelleistung geführt haben. Das finanzielle Risiko einer steigenden Morbidität wird zu großen Teilen von den Leistungsanbietern getragen. Ein Gesundheitssystem, in dem die Zahl der Leistungsempfänger wächst und die der Beitragszahler schrumpft, kann nur über höhere Beiträge oder weniger Leistung oder geringere Leistungsvergütung oder einem Mix aus diesen 3 Faktoren finanziert werden. Höhere Beiträge können nur bei höherer Produktivität und damit steigenden Löhnen erwartet werden. Ein durchschnittlicher Lohnzuwachs, der so hohe Beiträge finanziert, dass die berechenbaren steigenden Leistungsanforderungen gedeckt werden können, ist unrealistisch. Damit wird die Finanzierung des GKV-Systems auf eine Deckelung von Leistungsmengen und v. a. der Leistungspreise angewiesen sein. Dies wird den Verteilungskampf der Leistungsanbieter um Budgetanteile verschärfen. Dabei geht es schon heute in zunehmendem Maße weniger um eine leistungsgerechte sondern vielmehr um eine politisch-ideologische Verteilung dieser Budgetanteile. Da Krankenhäuser und Hausärzte bisher in den Augen von

**Tab. 1** Berufstätige Ärzte nach Gebietsbezeichnung und Altersgruppen (Stand 31.12.2016, nach www.bundesaerztekammer.de)

Gebietsbezeichnung	Anzahl (n)	Veränderung zum Vorjahr (%)	Altersgruppen					
			Bis 34	35–39	40–49	50–59	60–65	Über 65 Jahre
Urologie	5.883	1,9	269	711	1.733	2.044	768	358

**Tab. 2** GESRU-Umfrage 2017 durch den BvDU-Vorstand in Nordrhein

	Frauen	Männer	Gesamt
<b>Wo sehen Sie Ihre Tätigkeit in 5 Jahren?</b>			
Angestellter Arzt (Assistenzarzt, Oberarzt) in der Klinik	16	16	32
Angestellter Arzt (Assistenzarzt, Oberarzt) im MVZ	1	1	2
Angestellter Arzt (Assistenzarzt, Oberarzt) in der Praxis	3	1	4
Teilanstellung (Assistenzarzt, Oberarzt) in Klinik und MVZ	3	0	3
Teilanstellung (Assistenzarzt, Oberarzt) in Klinik und Praxis	3	1	4
Selbstständiger Arzt in Einzelpraxis	0	2	2
Selbstständiger Arzt in Gemeinschaftspraxis	1	1	2
Selbstständiger Arzt mit zusätzlicher Teilzeitanstellung in Klinik	0	1	1
Selbstständiger Belegarzt in Belegabteilung	1	0	1
Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität	0	2	2
Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Industrie	0	1	1
Weiß ich nicht	1	0	1
<b>Gesamt</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>55</b>
<b>Wo sehen Sie Ihre Tätigkeit in 10 Jahren?</b>			
Angestellter Chefarzt	2	2	4
Angestellter Arzt (Assistenzarzt, Oberarzt) in der Klinik	7	5	12
Angestellter Arzt (Assistenzarzt, Oberarzt) im MVZ	3	0	3
Teilanstellung (Assistenzarzt, Oberarzt) in Klinik und MVZ	1	1	2
Teilanstellung (Assistenzarzt, Oberarzt) in Klinik und Praxis	0	1	1
Selbstständiger Arzt in Einzelpraxis	3	1	4
Selbstständiger Arzt in Gemeinschaftspraxis	8	7	15
Selbstständiger Arzt mit zusätzlicher Teilzeitanstellung in Klinik	1	4	5
Selbstständiger Belegarzt in Belegabteilung	0	4	4
Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität	1	0	1
Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Industrie	0	1	1
Weiß ich nicht	3	0	3
<b>Gesamt</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>55</b>

MVZ Medizinisches Versorgungszentrum

Kassen und Politik eine höhere Priorität haben als ambulante Fachärzte, werden diese in der Budgetverteilung noch bevorzugt. Allerdings setzt sich bei vielen Medizinökonomen und Kasenfunktionären die Erkenntnis durch, dass im Bereich der stationären Therapie die höchsten Einsparpotentiale stecken. Die Zahl der Krankenhäuser, der stationären Betten und auch der urologischen Abteilungen pro Einwohner liegt in Deutschland deutlich über dem OECD-Durchschnitt, ohne dass

wir deutlich bessere Ergebnisse in Bezug auf Morbidität, Mortalität verschiedener Erkrankungen und Behandlungsqualität aufweisen können. Eine Reduktion von Krankenhäusern, Betten und Abteilungen scheitert derzeit nur noch an der Lokalpolitik. Hilfsweise sehen seit der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt viele Politiker deshalb das Krankenhaus zunehmend als Ort der ambulanten Medizin. Damit wurde und wird bewusst eine Konkurrenz zu den Fachkollegen in der Praxis geschürt.

Gleichzeitig haben in den letzten Jahren Wirtschaftskonzerne die stationäre Gesundheitsversorgung als Geschäftsmodell ausgebaut. Dabei setzen sie klassische ökonomische Prinzipien der Effizienz durch striktes Prozessmanagement und Kostenregulierung bei klar definierten Erkrankungen um und machen damit im Gegensatz zu vielen kommunalen oder kirchlich geführten Kliniken einen wirtschaftlichen Gewinn. Der ambulante Gesundheitsmarkt wurde bisher in diesem Konzept lediglich als Rekrutierung für effiziente Krankenhausfälle angesehen. Dabei arbeiten die MVZ-Einrichtungen der Wirtschaftskonzerne einzeln betrachtet bisher mehrheitlich defizitär.

### Fachliche Anforderungen für die Zukunft

„Urologie ohne Forschung hat keine Zukunft“. Diese Feststellung von Stephan Roth auf dem NRWGU-Symposium 2017 kann nur unterstrichen werden. Ohne wissenschaftliche Arbeit werden wir in unserem Fach keine neuen Erkenntnisse gewinnen und in Diagnostik und Therapie urologischer Erkrankungen stagnieren. Dann werden andere Fächer primär urologische Erkrankungen aufgreifen und ihrerseits Expertise und Behandlungshoheit gewinnen. In der urologischen Onkologie ist dieser Trend schon zu sehen. In der urologischen Infektiologie gibt es leider nur noch wenig wissenschaftliche Expertise in der Urologie. Was fehlt sind strukturierte Programmangebote in der Ausbildung der jungen Kollegen, in der die Forschung einen festen Stellenwert hat. Die lobenswerten Eisenberger Stipendien der DGU sind ein erster Schritt, aber insgesamt zu wenig. Urologische Universitätskliniken sollten sich mit Versorgungsabteilungen und Versorgungspraxen zusammenschließen und gemeinsam Rotationsprogramme ausschreiben, in denen auch ein Forschungsjahr fester Bestandteil des 6-jährigen Ausbildungsprogrammes ist. So muss urologische Forschung nicht in der „Freizeit“ neben der klinischen Ausbildung stattfinden. In solchen Rotationsprogrammen werden jeweils Schwerpunkte der Ausbildung

in den verschiedenen Stationen angeboten und erlernt (Basisausbildung in Diagnostik und Behandlung, operative Behandlung, Endourologie, Andrologie, Infektiologie, medikamentöse Tumorthherapie, Kinderurologie). Jede interessierte Medizinerin und jeder interessierte junge Mediziner, der sich für eine solche Rotation entscheidet, weiß dann genau, dass er in einer definierten Zeit alle Aspekte des Fachs erlernen kann. Solche Programme könnten im Wettbewerb mit anderen Fächern die Attraktivität der Urologie für junge Kollegen deutlich steigern und unser vielseitiges Fach in allen Aspekten erhalten. Darüber hinaus brauchen wir verstärkte Anstrengungen zum Aufbau urologischer Register, um aus den Behandlungsverläufen mehr Erkenntnisse zu gewinnen. Die digitale Patientenakte, die in den meisten Kliniken und Praxen bereits umgesetzt ist, gibt dazu eigentlich alle Möglichkeiten. Es scheitert bisher aber immer noch an Softwareinkompatibilitäten, so dass Dokumentationen für verschiedene Register zeit- und personalraubend doppelt und dreifach erfolgen müssen. Es müssen alle Anstrengungen unternommen werden, um solche Register aufzubauen und populär zu machen. Insbesondere die Urologen in den Praxen müssen sich unbedingt an dieser Registerarbeit beteiligen und dies zum festen Bestandteil der Praxisarbeit machen.

### Personelle Anforderungen für die Zukunft

An der Zahl der heute tätigen urologischen Generationen lässt sich nichts mehr ändern. Lediglich bei den Studienabsolventen oder den jungen Kolleginnen und Kollegen in der Ausbildung anderer Fächer lassen sich noch angehende Urologen rekrutieren. Dabei stehen wir im Wettbewerb mit anderen Fächern, denen es ähnlich geht. Mit der derzeitigen Zahl der urologischen Fachärztinnen und Fachärzte laufen wir auf eine deutliche Verknappung der personellen Ressource zu. Die heute jungen Fachärzte können die Zahl der heute in Klinik und Praxis tätigen nicht ersetzen. Damit wird es perspektivisch Kliniken geben, die kein Personal mehr bekommen und Praxen,

die nicht nachbesetzt werden können. Eine Umfrage unter GESRU-Mitglieder im Vorfeld des NRWGU-Kongresses zeigt, dass die meisten der heute in urologischer Ausbildung befindlichen Kollegen nach der Facharztprüfung noch in den Kliniken bleiben möchten. Langfristig hat aber gut die Hälfte den Wunsch selbstständig zu arbeiten. Davon überwiegend in Gemeinschaftspraxen (■ Tab. 2).

In Zukunft sollten deshalb alle Formen einer urologischen Berufsausübung angeboten werden. Die klassischen Formen entweder als Angestellter in der Klinik oder als Selbständiger in der Praxis werden nicht ausreichen, um jeden Arbeitswunsch zukünftiger Urologen zu erfüllen. Insbesondere die zunehmende Anzahl von Kolleginnen in der Urologie verlangt Arbeitsmodelle, die ein Nebeneinander von erfüllender beruflicher Tätigkeit und Familie ermöglichen. Hier haben die bisher klassischen Modelle leider nicht genug anzubieten. Wir brauchen Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor, um Talent, Qualifikation, Wissen und Erfahrung für jeden urologischen Patienten zu erhalten und einer potentiell steigenden Zahl an Patienten überhaupt anbieten zu können. Gemeinschaftspraxen sind ein erster Schritt, der aber nicht ausreicht. Wir brauchen Arbeitsmodelle, die sektorenübergreifend funktionieren.

### Darstellung der Urologie gegenüber Patienten und Öffentlichkeit

Das derzeitige Image der Urologie ist eher bescheiden. Nach wie vor ist einem großen Teil der Bevölkerung überhaupt nicht klar, was eigentlich ein Urologe behandelt. Und wenn rudimentäre Vorstellungen vorhanden sind, sind diese meist mit negativen Assoziationen verbunden. Lediglich bei Prostataerkrankungen und Harnsteinleiden werden Urologen als erste Ansprechpartner assoziiert. Mit allen anderen urologischen Erkrankungen werden häufig zunächst andere Fachrichtungen aufgesucht. Dieses Image muss sich dringend ändern. Die von der DGU ins Leben gerufene Kampagne ist dazu bestens geeignet. Es

braucht aber Nachhaltigkeit in diesen Anstrengungen. Im Zeitalter der digitalen Kommunikation und Social Media muss dieses Medium konsequent genutzt werden. DGU und BDU sind aufgerufen, dies in die Wege zu leiten. Mit dem neuen Patientenratgeber im Urologenportal ist ein erster Schritt getan. Lokal vor Ort sollten Kliniken und Praxen immer wieder Informationsveranstaltungen anbieten und Selbsthilfegruppen unterstützen.

Gegenüber Politik, Kostenträgern und Journalisten muss die PR-Arbeit erheblich professionalisiert werden. Die einzige größere politische und journalistische Wahrnehmung der deutschen Urologen war das Scheitern der PREFERE-Studie. So etwas darf sich nicht wiederholen.

### Politische Bedingungen der Zukunft

Es sollte nicht damit gerechnet werden, dass sich mit zukünftigen Bundestagswahlen die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen bessern werden. Egal welche Parteien die Politik gestalten werden, bei der demographischen Herausforderung unserer Sozialsysteme muss weiter mit einer rigiden planwirtschaftlichen Steuerung des Gesundheitswesens gerechnet werden. Eine Liberalisierung mit Wahlmöglichkeiten für die Versicherten verspricht nur die FDP. Alle anderen Parteien setzen auf einen Mix aus mehr Effizienz, Kosteneinsparung und Beibehaltung des Leistungsangebots. Versprechungen, die weiter auf dem Rücken der Leistungserbringer gemacht werden.

Für die Urologie bedeutet dies konkret, dass die anstehenden Aufgaben nicht durch zu erwartende Mehreinnahmen finanziert werden können. Umso wichtiger ist es, über intersektorale Vernetzung und neue Arbeitsmodelle, die wirtschaftlichen Ressourcen auf beide Sektoren aufzuteilen. In einem von den Kostenträgern eher gewünschten Konkurrenzzenario werden beide Sektoren verlieren. Leistungsmenge und Anforderungen werden aber steigen.

## Ausblick

Wer geglaubt hat, dass die demographische Entwicklung zu einer sorgenfreien Zukunft der Urologie führt, irrt. Einer steigenden Zahl von Patienten steht mittelfristig eine deutlich geringere Anzahl an urologischen Fachärztinnen und Fachärzten gegenüber, die zudem andere Anforderungen an den Beruf, Familie und Freizeit haben als bisher. Wir werden als Fachgebiet nur weiterleben, wenn wir Forschung, Qualität der Ausbildung und die Kompetenz aller Teilbereich der Urologie hoch halten. Dazu sind Vernetzung, intersektorale Zusammenarbeit in der Ausbildung und neue Arbeitsmodelle notwendig. Sollten wir diese Herausforderungen nicht bewältigen, werden große Teile unseres Fachgebiets von anderen Fachbereichen, die deutlich personalstärker sind, mitversorgt. Die Vielfältigkeit unseres Fachs, die einst die Väter der deutschen Urologie groß gemacht haben, wird dann wieder verloren gehen.

## Korrespondenzadresse

**Dr. Michael Stephan-Odenthal**  
Urologie Rhein Berg  
Am Gesundheitspark 4, 51375 Leverkusen,  
Deutschland  
dr.stephan-odenthal@t-online.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** M. Stephan-Odenthal ist Mitglied der DGU, des BvDU und in der Geschäftsführung der UroGmbH-Nordrhein.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

## Deutschland bei der Lebenserwartung Schlusslicht in Westeuropa

**Deutschland leistet sich eines der teuersten Gesundheitssysteme und hinkt trotzdem bei der Lebenserwartung hinterher.**

Würde man die Effizienz eines Gesundheitssystems an der Lebenserwartung seiner Bürger bemessen, wäre das Ergebnis für Deutschland verheerend: Mit rund 5000 Euro gönnen wir uns im Euroraum nach Luxemburg die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr, gleichzeitig gibt es kein Land in Westeuropa, in dem die Menschen früher sterben. Zum Vergleich: Griechenland gibt nur rund 2000 Euro pro Kopf und Jahr aus, die Menschen leben dort aber länger als bei uns.

### Hohe staatliche Investition

Die Bilanz wird auch dann nicht besser, wenn man sie von einer anderen Seite aufzieht: Deutschland investiert 11,3% seines Bruttoinlandsprodukts ins Gesundheitssystem – das sind 2,3 Prozentpunkte mehr als der OECD-Durchschnitt – und wird dabei nur noch von den USA (17,2%) und der Schweiz (12,4%) übertroffen. Bei den Schweizern zahlt sich dies immerhin aus: Sie leben weltweit fast am längsten.

### Ernüchternde Daten

Nun ist die Lebenserwartung vielleicht nicht der beste Gradmesser für die Qualität der medizinischen Versorgung, dennoch sollten die aktuellen Zahlen der WHO-Studie „Global Burden of Disease 2017“ aufhorchen lassen (Lancet 2018;392:1684–1735). Danach dürfen heute in Deutschland geborene Kinder mit einem Lebensalter von 80,6 Jahren rechnen – der niedrigste Wert unter allen 22 Ländern der WHO-Region Westeuropa. Dazu zählen alle Länder westlich des einstigen Eisernen Vorhangs ohne den Balkan.

### Spitzenreiter: Schweiz und Spanien

Für Frauen und Männer zusammen betrug die Lebenserwartung nach den WHO-Daten im Jahr 2017 in Westeuropa im Schnitt 81,9 Jahre. Sie hat seit 2005 um fast zwei Jahre und seit 1950 um 15 Jahre zugenommen, in Deutschland stagnierte sie in den vergangenen zehn Jahren weitgehend. Vor allem bei Männern sieht es schlecht aus:

Ihre Lebenserwartung bildet mit 78,2 Jahren im westeuropäischen Vergleich das absolute Schlusslicht, bei den Frauen schneiden nur Großbritannien und Dänemark mit 82,7 Jahren noch schlechter ab. Werden Männer und Frauen zusammen betrachtet, trägt Deutschland klar die rote Laterne. Am längsten leben in Europa übrigens Männer in der Schweiz mit 82,1 Jahren und Frauen in Spanien mit 85,8 Jahren. In der Alpenrepublik haben Männer also 3,9 Jahre und in Spanien Frauen 2,7 Jahre mehr als in Deutschland. Nicht viel besser ist die Perspektive bei den heute 60-Jährigen. Ihnen bleiben in Deutschland derzeit noch 21,6 Jahre (Männer) und 25,1 Jahre (Frauen). Zusammen mit Dänemark bildet Deutschland hier ebenfalls das Schlusslicht in Westeuropa.

### Weniger gesunde Lebensjahre

Zu guter Letzt haben 65-Jährige in Deutschland im Westeuropavergleich die geringste Zahl gesunder Lebensjahre vor sich – und zwar noch 15,5 Jahre für Frauen sowie 13,4 Jahre für Männer. In der Schweiz sind es bei Männern knapp zwei und bei Frauen sogar zweieinhalb Jahre mehr.

Die Zahlen werden übrigens von der EU-Statistikbehörde Eurostat im Trend bestätigt: Hier lag Deutschland im Jahr 2016 bei der Lebenserwartung in Westeuropa auf dem zweitletzten Platz, wobei die Werte zuletzt ebenfalls stagnierten.

**Quelle: Ärzte Zeitung  
(www.aerztezeitung.de)**