European Commission



State of Health in the EU

Deutschland

Länderprofil Gesundheit 2023

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Länderspezifische Gesundheitsprofile

Die länderspezifischen Gesundheitsprofile für den Gesundheitszustand in der EU bieten einen knappen und politisch relevanten Überblick über die Gesundheit und die Gesundheitssysteme in der EU/dem Europäischen Wirtschaftsraum. Sie heben die besonderen Merkmale und Herausforderungen in den jeweiligen Ländern hervor, wozu begleitend länderübergreifende Vergleiche angestellt werden. Das Ziel ist es, politischen Entscheidungsträgern und Einflussnehmern ein Instrument für die gegenseitige Wissensvermittlung und den freiwilligen Kenntnisaustausch an die Hand zu geben. Zum ersten Mal seit Beginn der Reihe wird mit der Ausgabe 2023 der länderspezifischen Gesundheitsprofile ein besonderer Abschnitt zur psychischen Gesundheit eingeführt.

Die Profile entstehen aus der gemeinsamen Arbeit der OECD und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission. Das Team bedankt sich bei dem Netzwerk Health Systems and Policy Monitor, dem OECD Health Committee und der EU-Expertengruppe zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme (HSPA) für die wertvollen Anmerkungen und Vorschläge.

Inhalt

1. HIGHLIGHTS 3
2. GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND 4
3. RISIKOFAKTOREN 7
4. DAS GESUNDHEITSSYSTEM 8
5. LEISTUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS 11
   5.1 Wirksamkeit 11
   5.2 Zugang 13
   5.3 Anpassungsfähigkeit 16
6. IM FOKUS: PSYCHISCHE GESUNDHEIT 20
7. WICHTIGSTE ERKENNTNISSE 22

Daten- und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in den länderspezifischen Gesundheitsprofilen beruhen vorwiegend auf offiziellen einzelstaatlichen Statistiken, die Eurostat und der OECD zur Verfügung gestellt und validiert wurden, um höchste Standards bei der Datenvergleichbarkeit zu gewährleisten. Die Quellen und Methoden, die diesen Daten zugrunde liegen, sind in der Eurostat-Datenbank und der OECD-Gesundheitsdatenbank verfügbar. Einige zusätzliche Daten stammen auch vom Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), vom Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), aus den Umfragen der Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie aus anderen einzelstaatlichen Quellen.

Die berechneten EU-Durchschnitte sind die gewichteten Durchschnitte der 27 Mitgliedstaaten, sofern nichts anderes vermerkt ist. Island und Norwegen sind in diesen EU-Durchschnitten nicht berücksichtigt.

Dieses Profil wurde im September 2023 auf der Grundlage der in der ersten Septemberhälfte 2023 verfügbaren Daten erstellt.

Demografischer und sozioökonomischer Kontext in Deutschland, 2022

Demografische Faktoren	Deutschland	EU
Bevölkerungsgröße	88 237 124	446 735 291
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre (in %)	22.1	21.1
Fertilitätsrate[1] (2021)	1.6	1.5
Sozioökonomische Faktoren		
BIP pro Kopf (EUR KKP[2])	41 246	35 219
Relative Armutsquote[3] (in %)	14.7	16.5
Arbeitslosenquote (in %)	3.1	6.2

1. Anzahl der geborenen Kinder je Frau im Alter von 15 bis 49. 2. Die Kaufkraftparität (KKP) ist definiert als Währungsumrechnungskurs, der die Unterschiede im Preisniveau zwischen Ländern beseitigt und damit Vergleiche der Kaufkraft unterschiedlicher Währungen ermöglicht. 3. Prozentualer Anteil an Personen, die mit weniger als 60 % des Median-Äquivalenzeinkommens leben. Quelle: Eurostat-Datenbank.

Haftungsausschlüsse: Dieses Werk wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht unbedingt die offiziellen Ansichten der Mitgliedsländer der OECD wider. Die in den Veröffentlichungen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik zum Ausdruck gebrachten Ansichten und Meinungen geben nicht unbedingt die offizielle Politik der teilnehmenden Organisationen wieder.

Diese Arbeit wurde mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Union erstellt. Die hierin zum Ausdruck gebrachten Ansichten können in keiner Weise als die offizielle Meinung der Europäischen Union angesehen werden.

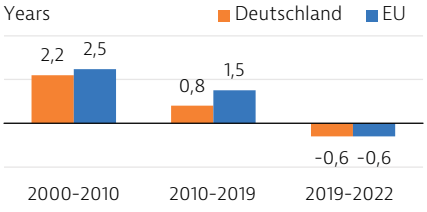
Die in dieser gemeinsamen Veröffentlichung verwendeten Namen und Darstellungen von Ländern und Gebieten entsprechen der Praxis der WHO.

Für die OECD geltende territoriale Haftungsausschlüsse: Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Daten und Karten berühren nicht den Status eines Gebiets oder die Souveränität über ein Gebiet, den Verlauf internationaler Grenzen und den Namen eines Gebiets, einer Stadt oder einer Region. Weitere spezifische Haftungsausschlüsse finden Sie hier.

Territoriale Haftungsausschlüsse für die WHO: Die verwendeten Bezeichnungen und die Darstellung dieses Materials bedeuten nicht, dass die WHO eine wie auch immer geartete Meinung über den Rechtsstatus eines Landes, eines Gebiets, einer Stadt oder eines Gebiets oder seiner Behörden oder über den Verlauf seiner Grenzen zum Ausdruck bringt. Gepunktete und gestrichelte Linien auf den Karten stellen ungefähre Grenzverläufe dar, über die möglicherweise noch keine vollständige Übereinstimmung besteht.

©OECD und Weltgesundheitsorganisation (die als Gastgeber und Sekretariat des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik fungiert) 2023.

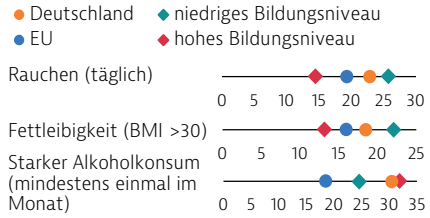
1 Highlights



Veränderungen der Lebenserwartung bei der Geburt

Gesundheitsstatus

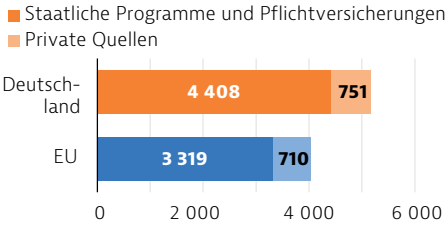
Seit dem Jahr 2000 ist die Lebenserwartung in Deutschland weniger stark gestiegen als im EU-Durchschnitt. Der Rückgang der Lebenserwartung zwischen 2019 und 2022 – bedingt durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie – war in Deutschland moderat und entsprach damit der EU insgesamt. Im Jahr 2022 entsprach die Lebenserwartung bei der Geburt mit 80,7 Jahren dem EU-Durchschnitt.



% der erwachsenen Bevölkerung, 2019

Risikofaktoren

Im Jahr 2019 lagen die Raten für Rauchen, Fettleibigkeit und starken Alkoholkonsum in Deutschland über dem EU-Durchschnitt. Bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau ist die Wahrscheinlichkeit größer, zu rauchen oder fettleibig zu sein. Die Rate des starken Alkoholkonsums liegt bei Menschen mit hohem und niedrigem Bildungsniveau über dem EU-Durchschnitt, jedoch neigen Personen mit hohem Bildungsniveau häufiger zu starkem Alkoholkonsum.



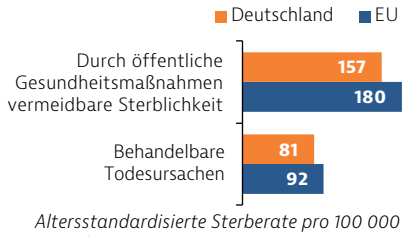
EUR KKP pro Kopf

Gesundheitssystem

Im Jahr 2021 waren die Gesundheitsausgaben Deutschlands mit 5 159 EUR pro Kopf die höchsten in der EU und lagen deutlich über dem EU-Durchschnitt. Der Anteil der öffentlichen Mittel für das Gesundheitswesen betrug 85,5 % und lag damit über dem EU-Durchschnitt von 81,1 %. Selbstzahlungen gehören mit 12 % zu den niedrigsten in der EU, verglichen mit 15 % in der gesamten EU.

Wirksamkeit

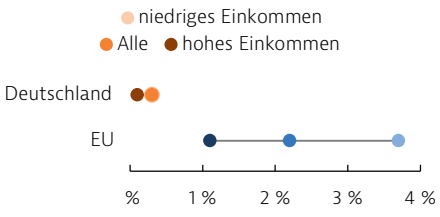
Die vermeidbare Sterblichkeit aufgrund durch Prävention vermeidbarer und behandelbarer Ursachen war 2020 in Deutschland höher als in vielen anderen EU-Ländern, jedoch immer noch unter dem EU-Durchschnitt. Nach einem jahrelangen stetigen Rückgang ist die Zahl der vermeidbaren Todesfälle 2020 in Deutschland wie in anderen EU-Ländern infolge der COVID-19-Pandemie gestiegen.



Altersstandardisierte Sterberate pro 100 000 Einwohner, 2020

Zugang

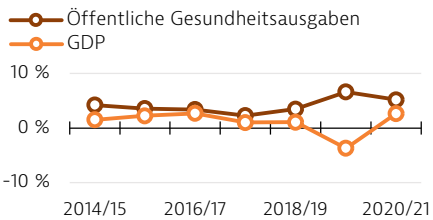
Der EU-SILC-Erhebung zufolge gehörten die Raten des berichteten ungedeckten Behandlungsbedarfs aufgrund von Kosten, Wartezeiten und Entfernung in Deutschland im Jahr 2022 zu den niedrigsten in der EU. Es gab praktisch keinen Unterschied zwischen dem untersten und dem höchsten Einkommensquintil, und die Kosten scheinen kein Hindernis für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu sein.



% der Befragten, die einen ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung angaben, 2022

Anpassungsfähigkeit

Mit Beginn der COVID-19-Pandemie hat Deutschland seine öffentlichen Gesundheitsausgaben trotz eines Rückgangs des BIP um 3,7 % um beträchtliche 6,6 % im Jahr 2020 erhöht. Die öffentliche Finanzierung des Gesundheitssystems übertraf auch im Jahr 2021 weiterhin das BIP-Wachstum. Im deutschen Aufbau- und Resilienzplan wird der Modernisierung des Krankenhaussektors und der Stärkung der digitalen und technischen Grundlagen der öffentlichen Gesundheitsdienste Vorrang eingeräumt.



Jährliche reale Veränderung

Im focus: Psychische Gesundheit

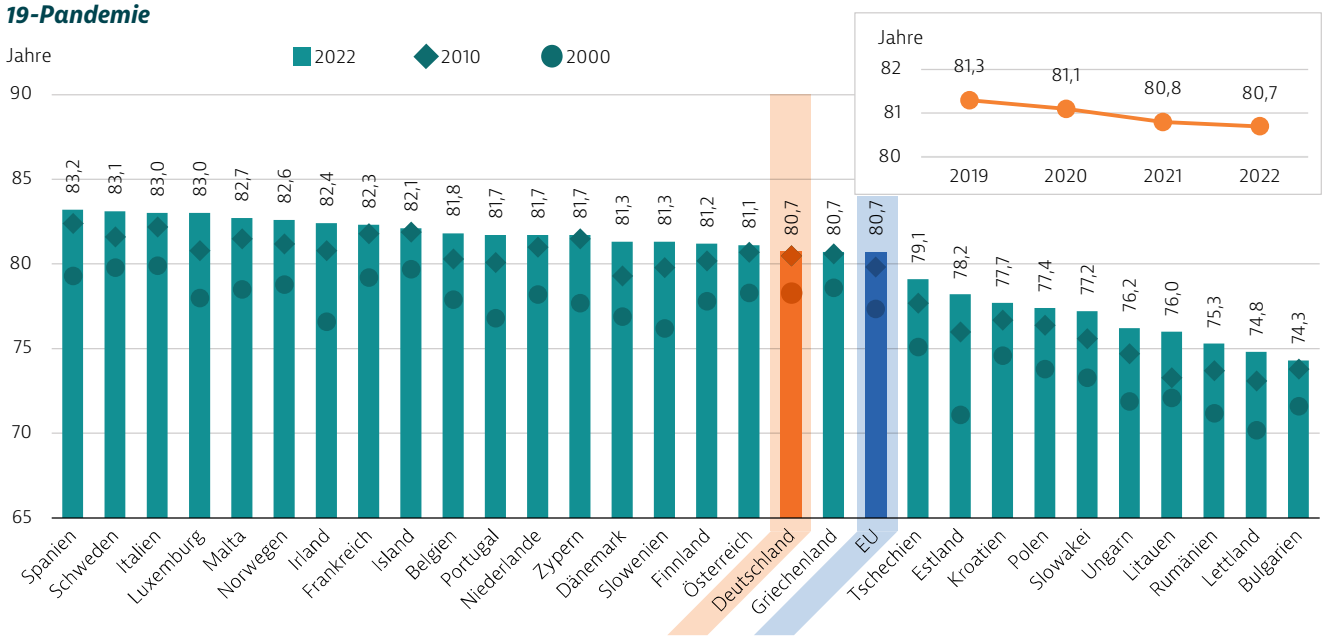
Im Jahr 2019 hatten 18 % der deutschen Bevölkerung eine psychische Störung, was etwas über dem EU-Durchschnitt von 17 % lag. Angststörungen und Depressionen waren die zwei größten Probleme für die psychische Gesundheit. Die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen wird von einer wachsenden Zahl von Psychiatern, Neurologen und Psychotherapeuten mit eigener Praxis unterstützt, die in der ambulanten Versorgung tätig sind. Dennoch behindern lange Wartezeiten die Verfügbarkeit, und die Quantität, der Umfang und die Qualität der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen unterscheiden sich – manchmal erheblich – zwischen den Kommunen und Regionen.

2 Gesundheit in Deutschland

Der durch COVID-19 verursachte Rückgang der Lebenserwartung ging einher mit dem EU-Durchschnitt

Im Jahr 2022 lag die Lebenserwartung bei der Geburt in Deutschland bei 80,7 Jahren, was dem EU-Durchschnitt entsprach (Abbildung 1). Die Lebenserwartung in Deutschland stieg zwischen 2010 und 2019 um 0,8 Jahre – ein vergleichsweise geringer Anstieg im Vergleich zu anderen EU-Ländern, in denen die Lebenserwartung 2010 ähnlich hoch war. Nach dem Beginn der COVID-19-Pandemie sank die Lebenserwartung in Deutschland im Jahr 2020 nur um 2,4 Monate, gegenüber einem Rückgang von fast 11 Monaten in der gesamten EU; im Jahr 2021 ging die Lebenserwartung um etwa 3,5 Monate zurück, was dem EU-Durchschnitt entsprach. Wie in anderen europäischen Ländern leben Männer in Deutschland tendenziell kürzer als Frauen, wobei das Geschlechtergefälle von fast fünf Jahren leicht unter dem EU-Durchschnitt liegt.

Abbildung 1: Die Lebenserwartung in Deutschland war 2022 etwa sieben Monate niedriger als vor der COVID-19-Pandemie



Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet. Bei den Daten für 2022 handelt es sich um vorläufige Schätzungen von Eurostat, die möglicherweise von den nationalen Daten abweichen und überarbeitet werden können. Die Daten zu Irland beziehen sich auf das Jahr 2021.
Quelle: Eurostat-Datenbank.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen sind nach wie vor die häufigsten Todesursachen

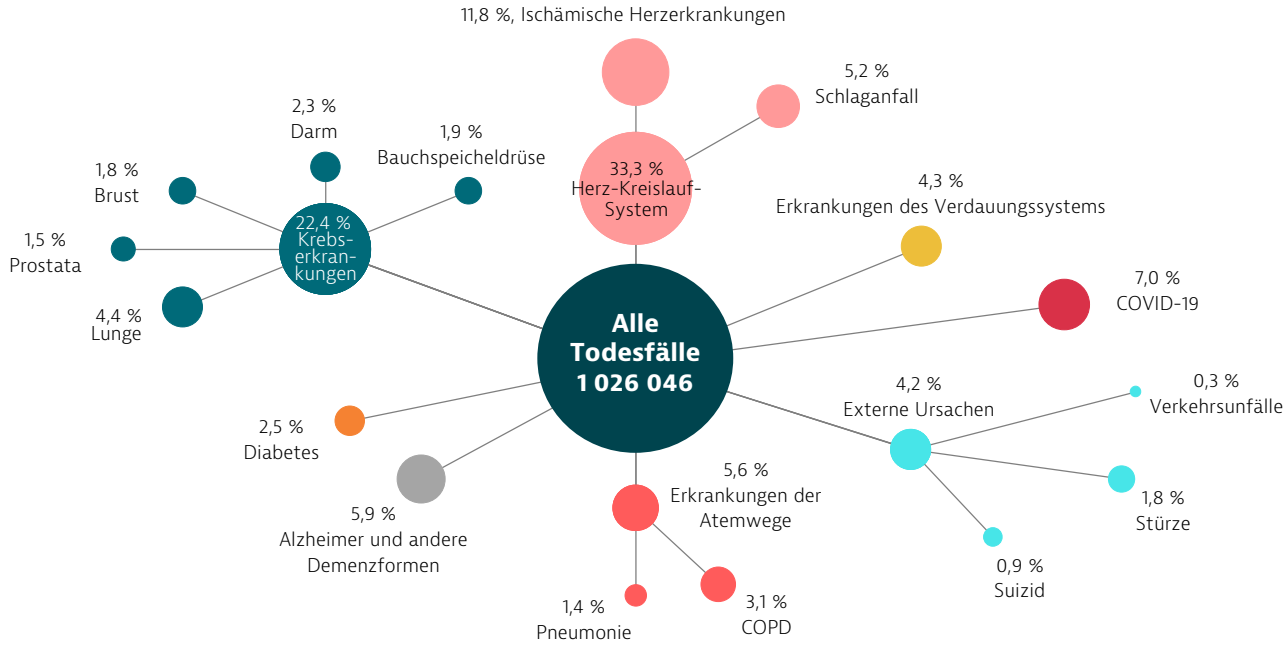
Der Anstieg der Lebenserwartung resultiert in erster Linie aus dem Rückgang der vorzeitigen Todesfälle durch die häufigsten Todesursachen, darunter insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (einschließlich der ischämischen Herzerkrankung und Schlaganfall) und Krebs. In den letzten zehn Jahren sind die Sterblichkeitsraten in Deutschland jedoch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einigen Krebserkrankungen wie Lungenkrebs langsamer gesunken als zuvor. Gleichzeitig sind die Sterblichkeitsraten aufgrund von Atemwegserkrankungen wie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) und Grippe gestiegen, insbesondere bei Menschen ab 65 Jahren. Diese beiden Faktoren sind zum Teil für den vor Beginn der Pandemie insgesamt beobachteten langsameren Anstieg der Lebenserwartung verantwortlich.

Im Jahr 2021 verursachten Herz-Kreislauf-Erkrankungen 33 % aller Todesfälle in Deutschland. Unter diesen Leiden bleibt die ischämische Herzerkrankung die mit Abstand häufigste Todesursache und verursachte 2021 mehr als jeden achten Todesfall, gefolgt von Schlaganfall als der zweithäufigsten Todesursache. 22 % aller Todesfälle waren auf Krebserkrankungen zurückzuführen, wobei Lungenkrebs die häufigste Todesursache unter den Krebserkrankungen ist (Abbildung 2).

Im ersten Jahr der Pandemie meldete Deutschland mehr als 39 500 Todesfälle aufgrund von COVID-19, was 4 % aller Todesfälle ausmachte – ein vergleichsweise geringer Anteil im Vergleich zu den meisten anderen EU-Ländern. Im Jahr 2021 stieg diese Zahl an, und etwa 71 500 Todesfälle (7 %) wurden als Folge von COVID-19 gemeldet; davon waren 89 % bei Personen ab 65 Jahren zu verzeichnen.

Während der Pandemie verzeichnete Deutschland ein ungewöhnliches Muster der Übersterblichkeitsrate, die sowohl 2021 als auch 2022 gestiegen ist, obwohl die

Abbildung 2: COVID-19 war 2021 für eine beträchtliche Zahl von Todesfällen verantwortlich



Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2021).

Zahl der registrierten COVID-19-Todesfälle im Jahr 2022 gegenüber dem Vorjahr um mehr als ein Drittel zurückgegangen ist. Diese überraschende Feststellung lässt sich zum Teil auf die Zahl der Todesfälle zurückführen, die durch die Rekord-Hitzewelle, von der Deutschland im Sommer 2022 betroffen war, und die ungewöhnlich tödliche Grippewelle verursacht wurde, von der das Land im Winter dieses Jahres erfasst wurde.

Mehr als zwei von fünf Deutschen im Alter ab 65 Jahren leiden an mehr als einer chronischen Erkrankung

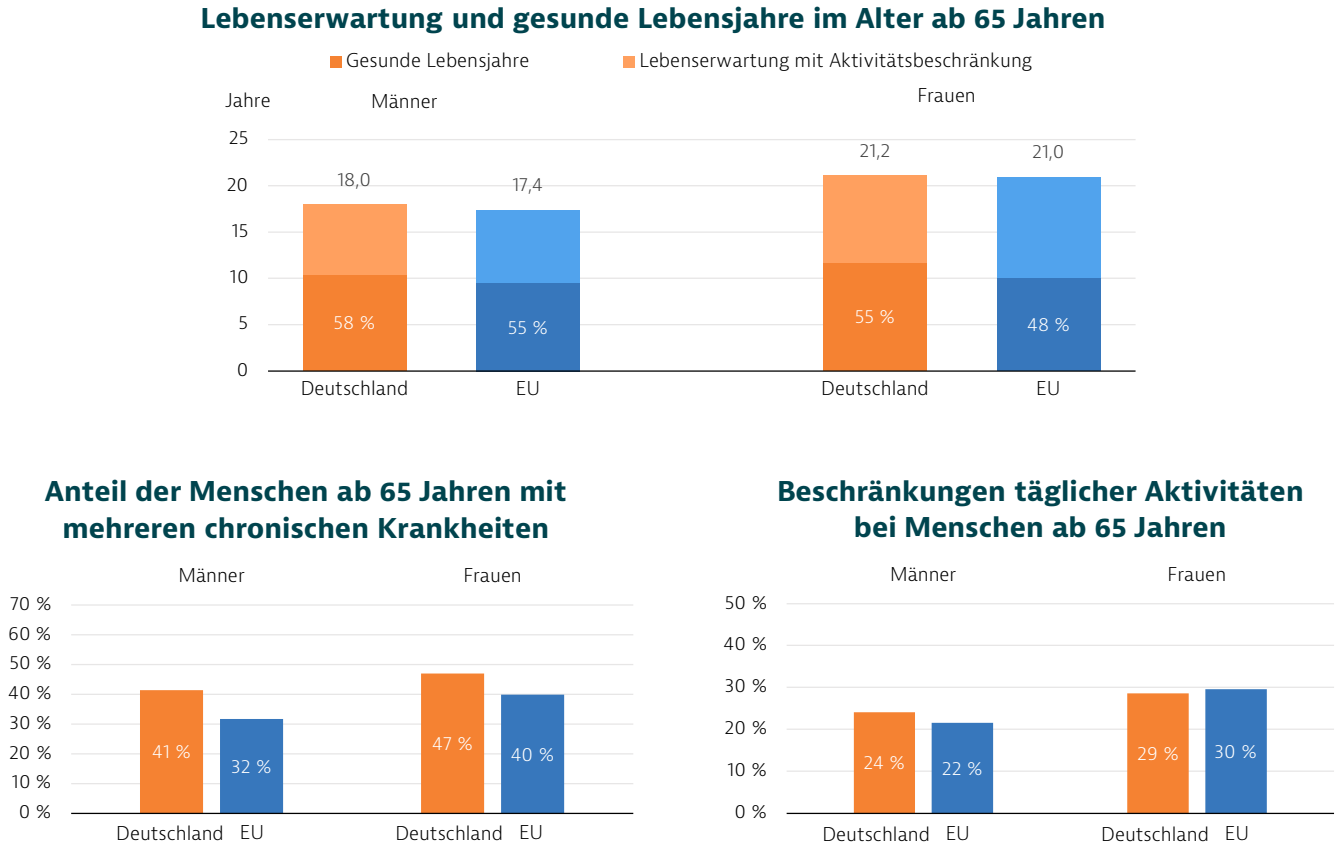
Obwohl die Bevölkerung in Deutschland langsamer altert als in den meisten anderen EU-Ländern, hat sich die demografische Struktur Deutschlands in den letzten zehn Jahren aufgrund der steigenden Lebenserwartung (vor der Pandemie) und der anhaltend niedrigen Geburtenraten in Richtung einer älteren Bevölkerung verschoben. Zwischen 2012 und 2022 stieg der EU-Durchschnittsanteil der Bevölkerung ab 65 Jahren von 18 % auf 21,1 %, während dieser Anteil in Deutschland von 20,7 % auf 22,1 % stieg. Bis zum Jahr 2050 wird dieser Anteil voraussichtlich auf 28 % ansteigen. Da chronische Erkrankungen bei älteren Erwachsenen häufiger vorkommen, ist die Bevölkerungsstruktur in Deutschland zum Teil eine Erklärung für den überdurchschnittlich hohen Anteil der Personen ab 65 Jahren, die mehr als eine chronische Erkrankung angeben (Abbildung 3).

Die deutsche Bevölkerung hatte im Jahr 2020 eine Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren von fast 20 Jahren und lag damit etwa fünf Monate über dem EU-Durchschnitt. Die gesunden Lebensjahre (definiert als Lebenserwartung frei von Beeinträchtigungen) lagen bei mehr als 11 Jahren, gegenüber weniger als 10 Jahren in der gesamten EU. Mehr als 26 % der Deutschen ab 65 Jahren berichteten über Beeinträchtigungen, die zu Einschränkungen bei den grundlegenden Tätigkeiten des täglichen Lebens führen, wie z. B. Anziehen und Duschen, was etwas über dem EU-Durchschnitt lag. Diese Einschränkungen konzentrierten sich jedoch in hohem Maße auf die über 80-Jährigen.

Brust , Prostata- und Lungenkrebs tragen erheblich zur Krebsbelastung in Deutschland bei

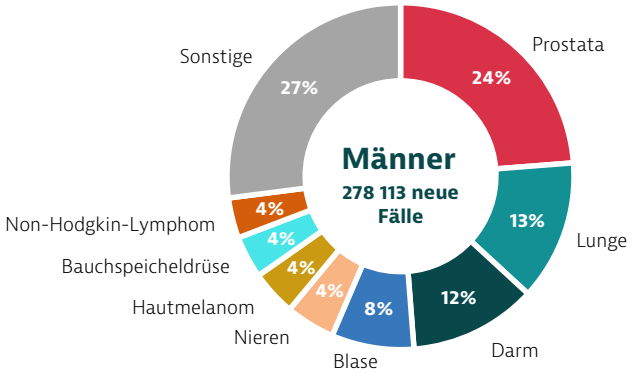
Nach Schätzungen der Gemeinsamen Forschungsstelle auf der Grundlage der Inzidenzentwicklung der Vorjahre wurde in Deutschland für das Jahr 2022 die Diagnostizierung von etwa 529 000 neuen Krebsfällen erwartet. Die Krebsinzidenz unter deutschen Männern und Frauen lag leicht unter dem jeweiligen EU-Durchschnitt. Abbildung 4 zeigt, dass Prostata , Brust , Lungen- und Darmkrebs die häufigsten Krebserkrankungen in der Bevölkerung sind. Die Verringerung von Risikofaktoren wie Rauchen könnte die Belastung durch verschiedene Krebsarten verringern (siehe Abschnitt 3).

Abbildung 3: Ein hoher Anteil der Deutschen über 65 Jahren berichtet über mehrere chronische Erkrankungen

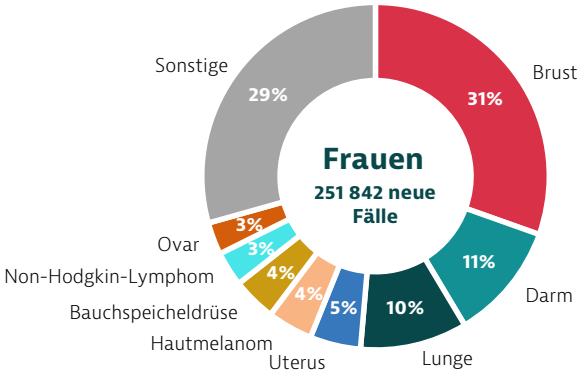


Quellen: Eurostat-Datenbank (was Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre betrifft) und SHARE-Erhebung Zyklus 8 (was mehrere chronische Erkrankungen und Einschränkungen der täglichen Aktivitäten betrifft). Alle Daten beziehen sich auf 2020.

Abbildung 4: Die Diagnostizierung von mehr als 529 000 Krebsfällen wurde in Deutschland für 2022 erwartet



Altersstandardisierte Rate (alle Krebserkrankungen): 648 pro 100 000 Einwohner
EU-Durchschnitt: 684 pro 100 000 Einwohner



Altersstandardisierte Rate (alle Krebserkrankungen): 486 pro 100 000 Einwohner
EU-Durchschnitt: 488 pro 100 000 Einwohner

Anmerkungen: Nichtmelanom-Hautkrebs ist ausgeschlossen; Gebärmutterkrebs schließt nicht Gebärmutterhalskrebs ein.
Quelle: ECIS – Europäisches Krebsinformationssystem.

3 Risikofaktoren

Tabakrauch und ungesunde Ernährung stellen anhaltende Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit dar

Etwa vier von zehn Todesfällen in Deutschland im Jahr 2019 lassen sich auf verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Rauchen, ernährungsbedingte Risiken, Alkoholkonsum und geringe körperliche Aktivität zurückführen. Dieses Niveau ist mit dem EU-Durchschnitt vergleichbar. Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung sind ebenfalls für eine erhebliche Zahl von Todesfällen verantwortlich: Im Jahr 2019 waren schätzungsweise 30 000 Todesfälle (bzw. 3 % aller Todesfälle) allein auf Feinstaub ($PM_{2,5}$) und Ozonexposition zurückzuführen (Abbildung 5).

Eine ungesunde Ernährung ist mit 14 % der jährlichen Todesfälle in Deutschland assoziiert, was etwa der Sterberate im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum entspricht. Die aus den eigenen Angaben der Befragten gewonnenen Daten zeigen, dass 2019 beinahe jeder fünfte Erwachsene (18,5 %) in Deutschland fettleibig war – ein Anteil, der etwas über dem EU-Durchschnitt (16 %) lag. Unter den Jugendlichen war 2022 ein Fünftel der deutschen 15-Jährigen entweder übergewichtig oder fettleibig – ein Anteil, der in den letzten zehn Jahren allmählich angestiegen ist und nun in der Nähe des EU-Durchschnitts liegt. Dieser Trend wurde zum Teil durch eine relativ hohe Prävalenz schlechter Ernährungsgewohnheiten, insbesondere bei männlichen Jugendlichen in Deutschland, verstärkt. Im Jahr 2022 gaben nur 24 % der 15-jährigen Jungen an, täglich Gemüse zu konsumieren (eine der niedrigsten Raten in der EU), jedoch stieg der Anteil der Jungen, die täglich Obst verzehren, auf 31 % und lag damit leicht über dem EU-Durchschnitt (29 %).

Abbildung 5: Tabak und ernährungsbedingte Risiken tragen wesentlich zur Sterblichkeit bei



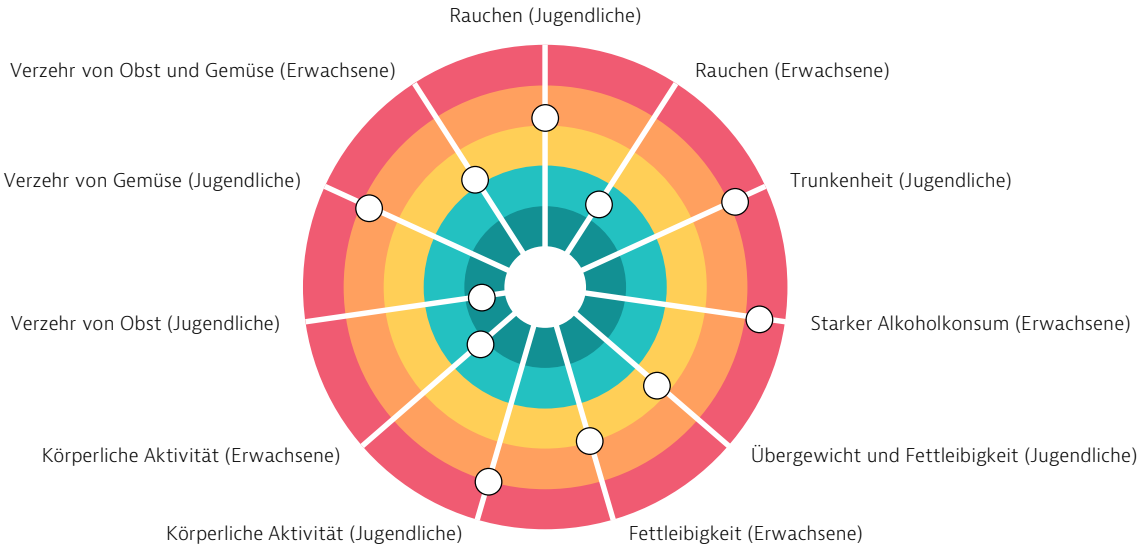
Anmerkungen: Die Gesamtanzahl der Todesfälle im Zusammenhang mit diesen Risikofaktoren ist geringer als die Summe der Todesfälle in Verbindung mit jedem einzelnen Risikofaktor, da derselbe Todesfall mehr als einem Risikofaktor zugeordnet werden kann. Zu den ernährungsbedingten Risiken gehören 14 Komponenten, z. B. geringer Verzehr von Obst und Gemüse und hoher Konsum von gezuckerten Getränken. Die Luftverschmutzung bezieht sich auf die Belastung durch $PM_{2,5}$ und Ozon.
Quellen: IHME (2020), Global Health Data Exchange (die Schätzungen beziehen sich auf 2019).

Andererseits sind die Menschen in Deutschland im Durchschnitt deutlich stärker körperlich aktiv als in den meisten anderen EU-Ländern (Abbildung 6). Im Jahr 2019 gab fast die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung an, mindestens 2,5 Stunden wöchentlicher körperlicher Aktivität nachzugehen, verglichen mit weniger als einem Drittel in der gesamten EU. Allerdings gaben im Jahr 2022 nur 12 % der 15-Jährigen an, jeden Tag zumindest moderat körperlich aktiv zu sein, was unter dem EU-Durchschnitt (15 %) liegt.

Die Zahl der Tabakraucher ist in den letzten Jahren weiter zurückgegangen

In den letzten Jahren ging die Zahl der Personen, die täglich Tabak rauchen, in Deutschland langfristig weiter zurück; sie sank zwischen 2017 und 2021 um 4,7 Prozentpunkte. Dieser Rückgang der Prävalenz des täglichen Tabakkonsums war bei Männern etwas langsamer; diese rauchen – wie in anderen EU-Ländern – häufiger als Frauen. Bei deutschen Jugendlichen ist ein vielfältigeres Muster zu beobachten: Im Jahr 2022 gaben 17 % der 15-Jährigen an, dass sie im vergangenen Monat Tabak geraucht haben; dieser Wert liegt unter den 19 % von 2014 aber höher als die im Jahr 2018 gemeldete Rate (15 %). Darüber hinaus sind elektronische

Abbildung 6: Übermäßiger Alkoholkonsum bei Erwachsenen und Jugendlichen ist ein großes Problem für die öffentliche Gesundheit in Deutschland



Anmerkungen: Je näher ein Punkt am Mittelpunkt liegt, desto besser schneidet ein Land im Vergleich zu anderen EU-Ländern ab. Kein Land liegt im weißen „Zielbereich", da in allen Ländern in allen Bereichen noch Fortschritte möglich sind.
Quellen: Kalkulationen der OECD auf der Grundlage der HBSC-Umfrage 2022 für Indikatoren bei Jugendlichen und auf Grundlage von EHIS 2019 für Indikatoren bei Erwachsenen.

Zigaretten und Shisha-Pfeifen in den letzten Jahren insbesondere bei jungen Menschen beliebter geworden. Im Jahr 2019 gaben 16 % der 15- und 16-Jährigen an, dass sie elektronische Zigaretten rauchen, was einem höheren Anteil als dem EU-Durchschnitt von 14 % entspricht. Einige Rechtsvorschriften zur Eindämmung des Tabakkonsums unterscheiden sich zwischen den Bundesländern in Deutschland; so können die Gesetze zum Rauchen in der Öffentlichkeit von lockeren Vorschriften in einigen Ländern bis hin zu Rauchverboten in allen öffentlichen Einrichtungen in anderen Ländern reichen (siehe Abschnitt 5.1).

Starker Alkoholkonsum stellt in Deutschland nach wie vor ein großes Problem für die öffentliche Gesundheit dar

Obwohl der Alkoholkonsum bei Erwachsenen in den letzten zehn Jahren langsam zurückgegangen ist, liegt er noch immer knapp über dem EU-Durchschnitt (10,6 Liter pro Person im Vergleich zu 9,8 Liter im EU-Durchschnitt) und der prozentuale Anteil der Erwachsenen in Deutschland, die starken Alkoholkonsum[1] betreiben, ist hoch; drei von zehn Erwachsenen geben an, in 2019 mindestens einmal im Monat exzessiv Akohol konsumiert zu haben. Dies ist nach Rumänien, Luxemburg und Dänemark der vierthöchste Anteil in der EU. Der Anteil der 15-Jährigen, die im Jahr 2022 angaben, dass sie mehr als einmal in ihren Leben betrunken waren (30 %), liegt ebenfalls deutlich über dem EU-Durchschnitt (18 %), was die Notwendigkeit weiterer gezielter Präventionsprogramme unterstreicht.

4 Das Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem bietet eine nahezu universelle Gesundheitsversorgung

Deutschland verfügt über ein System der gesetzlichen Krankenversicherung, und die Krankenversicherung ist obligatorisch. Für bestimmte Berufsgruppen und Personen mit hohem Einkommen ist es möglich, aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszutreten und stattdessen eine private Krankenversicherung abzuschließen. Rund 89 % der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, während 11 % eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben. Obwohl die Gesundheitsversorgung alle Personen mit gültigem Aufenthaltsstatus flächendeckend erfasst und nur 0,1 % der Bevölkerung keine Krankenversicherung besitzen, bestehen weiterhin einige Lücken aufgrund finanzieller und verwaltungstechnischer Hürden (siehe Abschnitt 5.2). Im Jahr 2023 umfasste das System der gesetzlichen

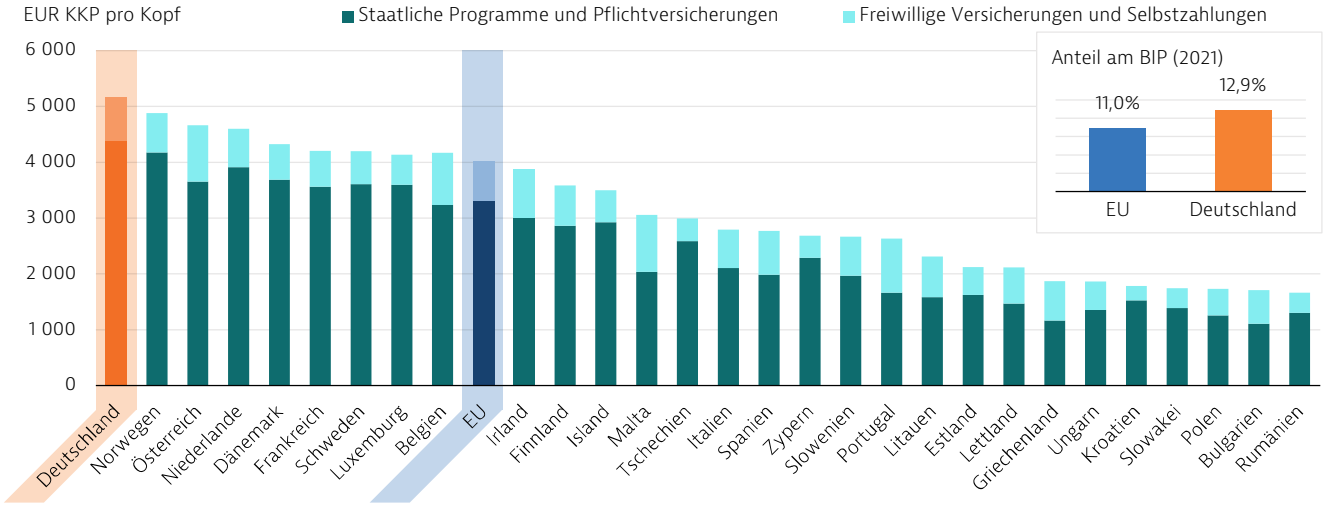
1 *Starker Alkoholkonsum ist bei Erwachsenen als der Genuss von sechs oder mehr alkoholischen Getränken bei einem einzigen Anlass definiert.*

Krankenversicherung 96 Krankenkassen sowie 44 private Krankenversicherer, wobei die drei größten Krankenkassen mehr als ein Drittel der deutschen Bevölkerung versichern.

Deutschland hat nach wie vor den höchsten Anteil an Gesundheitsausgaben in der EU

Im Jahr 2021 gab Deutschland 12,9 % seines BIP für Gesundheit aus und lag damit um fast 2 Prozentpunkte über dem EU-Durchschnitt (11,0 %). Die Gesamtausgaben für Gesundheit sind seit 2005 gestiegen, wobei in bestimmten Jahren eine hohe Wachstumsrate zu verzeichnen war, z. B. 2008–2009 (4,8 %) aufgrund der weltweiten Finanzkrise und 2019–2020 (5,2 %) sowie 2020-21 (4,7 %), was zum Teil auf höhere öffentliche Ausgaben zur Finanzierung der Reaktion auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist. Im Jahr 2021 wurden in Deutschland pro Kopf 5 159 EUR (bereinigt um Unterschiede bei der Kaufkraft) für die Gesundheit aufgewendet, mehr als überall sonst in der EU (Abbildung 7). Der Anteil der öffentlichen Mittel für das Gesundheitswesen betrug im Jahr 2021 in Deutschland 85,5 % und lag damit über dem EU-Durchschnitt (81,1 %).

Abbildung 7: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Deutschland sind die höchsten in der EU



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023 (die Daten beziehen sich auf 2021, mit Ausnahme der Daten für Malta, die sich auf 2020 beziehen).

Die Ausgaben für stationäre und ambulante Versorgung bilden den höchsten Anteil der Gesundheitsausgaben

Zusammengenommen entfielen 2021 mehr als die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland auf die stationäre (26 %) und die ambulante Versorgung (25 %) (Abbildung 8). Diese Anteile liegen leicht unter dem jeweiligen EU-Durchschnitt. Die Ausgaben für Langzeitpflege sind im Vergleich zu anderen Ausgabenkategorien stärker gestiegen: Zwischen 2010 und 2021 stieg der Anteil der Ausgaben für Langzeitpflege (Gesundheitsdienstleistungen) von 15 % auf 19 %. Dies ist ein höherer Anstieg als beim EU-Durchschnitt, der im selben Zeitraum von 14 % auf 16 % stieg. Die Präventionsausgaben haben sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt und liegen mit 6,4 % leicht über dem EU-Durchschnitt (6,0 %).

Reformen anworten auf die Notwendigkeit, eine ausreichende Zahl von Pflegekräften in Krankenhäusern sicherzustellen

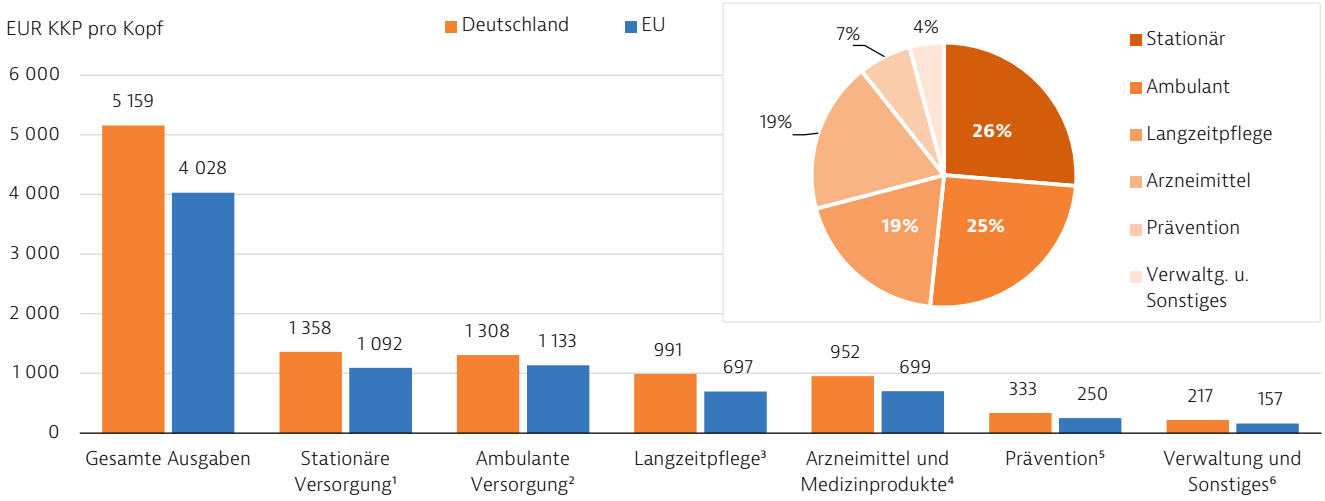
Im Vergleich zum EU-Durchschnitt weist Deutschland eine relativ hohe Zahl von Ärzten pro Kopf auf. Die Ärztedichte stieg stetig von 3,3 pro 1 000 Einwohner im Jahr 2000 auf 4,5 pro 1 000 Einwohner im Jahr 2021 (Abbildung 9). Insbesondere ist die Zahl der Krankenhausärzte gestiegen. Nach der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen in Krankenhäusern im Jahr 2004 stieg die Zahl der Ärzte in Krankenhäusern im Zeitraum 2004–2021 um 54 %. Im Gegensatz dazu stieg die Zahl der in der ambulanten hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte im gleichen Zeitraum um nur 2 %.

Mit 12,0 pro 1 000 Einwohner liegt die Zahl der Pflegekräfte in Deutschland über dem EU-Durchschnitt (8,5 pro 1 000 Einwohner) und ist ebenfalls stärker angestiegen. Dennoch ist das Verhältnis von Pflegekräften zu Krankenhausbetten eines der niedrigsten in der EU. Die Besorgnis über die Zahl der Pflegekräfte in den Krankenhäusern, insbesondere seit der Einführung des DRG-Systems, führte zu einer Reform, bei der die Pflegekosten ab 2020 aus den DRG-Entgelten herausgenommen wurden (siehe Abschnitt 5.2), und löste eine Gesetzgebung aus, die eine Mindestzahl von Pflegekräften in den Krankenhäusern vorschreibt, die zwischen 2023 und 2025 schrittweise eingeführt werden soll (Bundesministerium für Gesundheit, 2022).

Geplante Krankenhausreformen berücksichtigen auch die große Zahl von Krankenhausbetten angehen

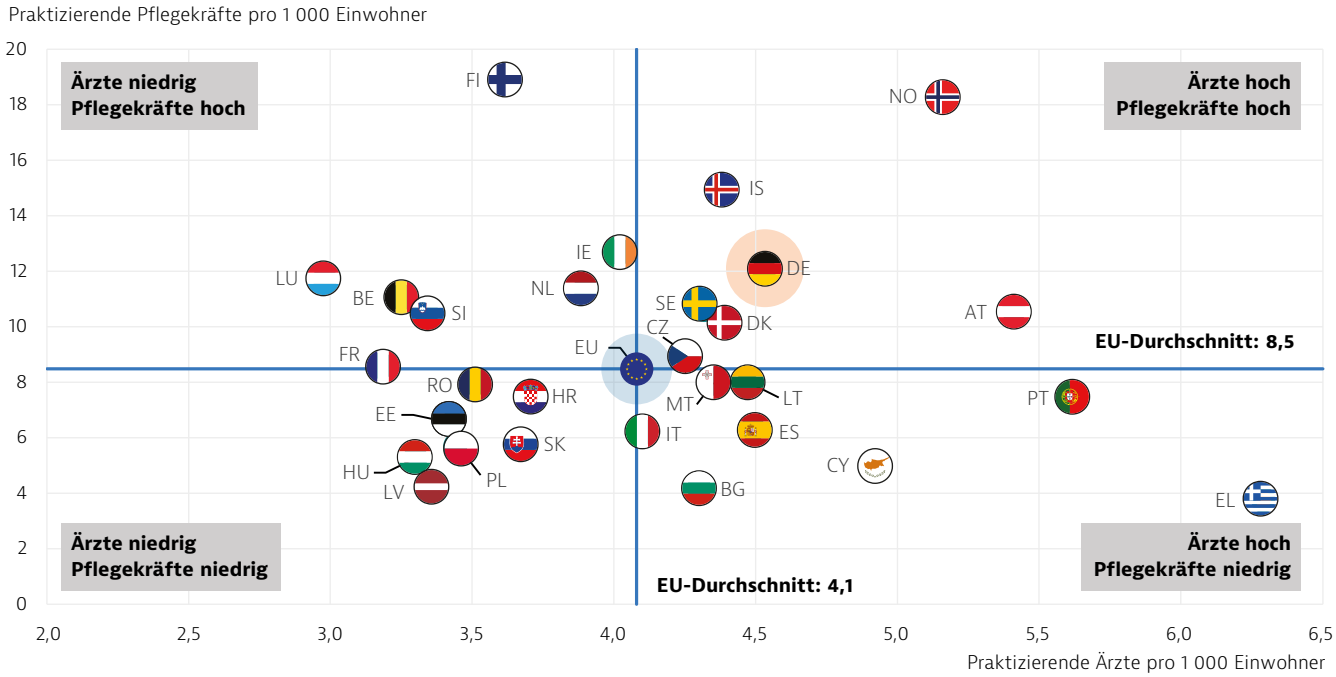
Deutschland verfügte im Jahr 2021 über einen sehr großen stationären Krankenhaussektor mit 7,8 Krankenhausbetten pro 1 000 Einwohner. Das ist der

Abbildung 8: Deutschland wendet einen höheren Anteil der Gesundheitsausgaben für die Langzeitpflege auf als die meisten anderen EU-Länder



Anmerkungen: 1. Beinhaltet kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen; 2. Beinhaltet häusliche Pflege und Nebenleistungen (z. B. Krankentransport); 3. Beinhaltet nur die gesundheitliche Komponente; 4. Beinhaltet nur den ambulanten Markt; 5. Beinhaltet nur Ausgaben für organisierte Präventionsprogramme; 6. Beinhaltet die Lenkung und Verwaltung des Gesundheitssystems und andere Ausgaben.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023 (die Daten beziehen sich auf 2021).

Abbildung 9: Deutschland weist relativ hohe Zahlen an Ärzten und Pflegekräften pro Kopf auf



Anmerkungen: Die Daten zu Pflegekräften umfassen alle Kategorien von Pflegekräften (nicht nur diejenigen, die der EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen entsprechen). In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle approbierten Ärzte, was dazu führt, dass die Zahl der praktizierenden Ärzte stark überschätzt wird (z. B. etwa 30 % in Portugal). In Griechenland wird die Zahl der Pflegekräfte unterschätzt, da nur in Krankenhäusern tätige Pflegekräfte berücksichtigt werden.
Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2023 (die Daten beziehen sich auf 2021 oder das nächstgelegene verfügbare Jahr).

zweithöchste Wert der EU nach Bulgarien und liegt deutlich über dem Durchschnitt (4,8 Betten pro 1 000 Einwohner). Die Bettenkapazität ist seit 2000 nur um 13 % zurückgegangen, während Länder wie Finnland und Dänemark die Zahl der Betten im gleichen Zeitraum um mehr als 40 % senkten. Die hohe Zahl an Krankenhausbetten wirft Fragen hinsichtlich Effizienz und Überkapazitäten auf.

Um die Zahl der stationär behandelten Fälle zu reduzieren und mehr ambulante Leistungen bei gleichzeitiger Gewährleistung der Qualität zu fördern, hat eine neue Regierungskommission eine Änderung der Krankenhausvergütung und die Entwicklung eines neuen Instruments für die Krankenhausplanung vorgeschlagen (siehe Abschnitt 5.3).

5 Leistung des Gesundheitssystems

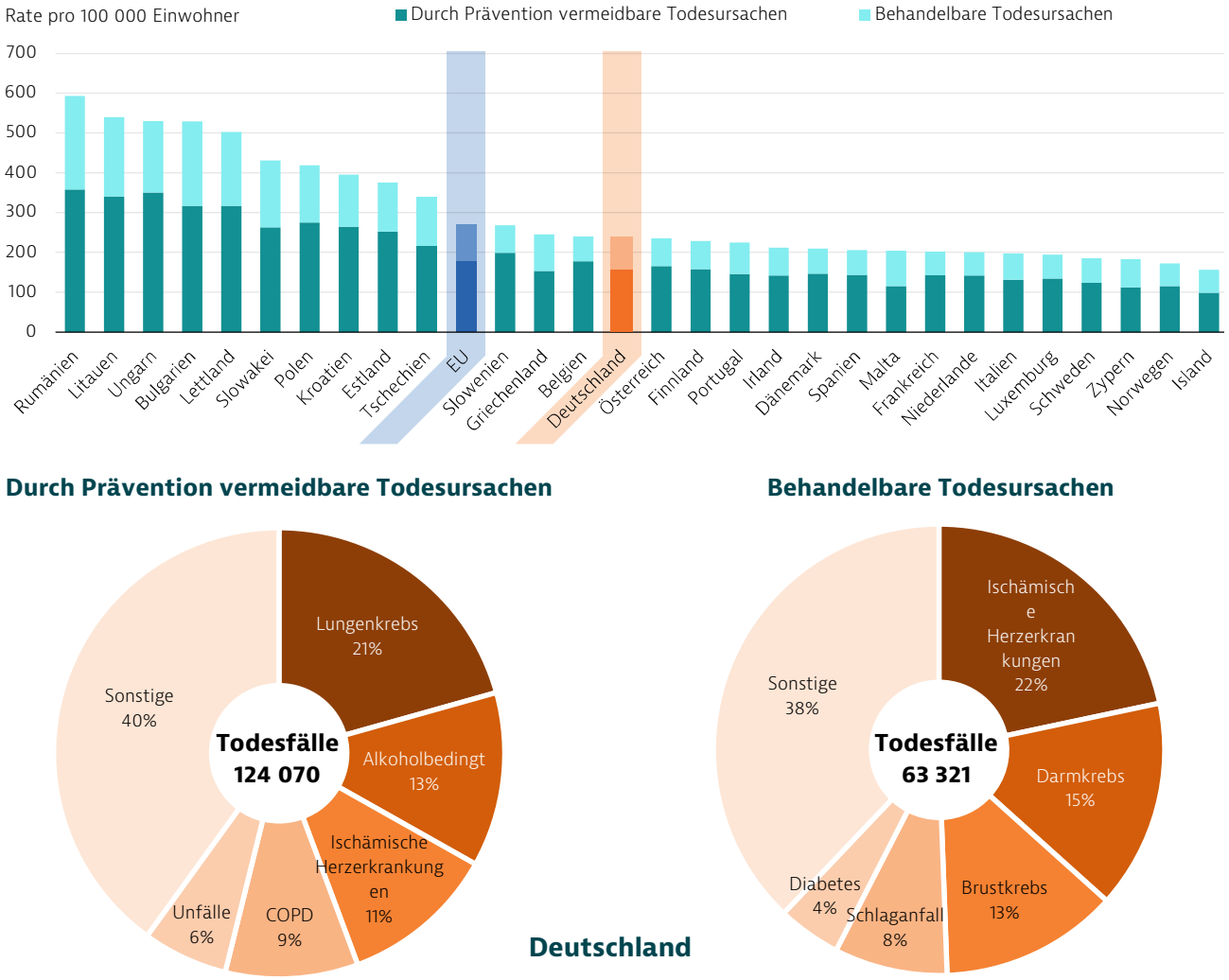
5.1 Wirksamkeit

Lungenkrebs, alkoholbedingte Krankheiten und ischämische Herzerkrankungen sind die Hauptursachen für durch Prävention vermeidbare Todesfälle

Insgesamt hat sich die vermeidbare Sterblichkeit aufgrund durch Prävention vermeidbarer sowie behandelbarer Ursachen verbessert und lag 2020 unter dem EU-Durchschnitt. Die Rate der durch Prävention vermeidbaren Sterblichkeit in Deutschland ging zwischen 2011 und 2019 um etwa 8 % zurück. Wie in anderen EU-Ländern stieg die durch Prävention vermeidbare Sterblichkeit dann zwischen 2019 und 2020 an (um 5 %), was hauptsächlich darauf zurückzuführen war, dass COVID-19-Todesfälle als vermeidbar eingestuft wurden. Mit 157 Todesfällen pro 100 000 Einwohner lag die Zahl der durch Prävention vermeidbaren Todesfälle im Jahr 2020 immer noch unter dem EU-Durchschnitt (Abbildung 10). Die drei Hauptursachen für durch Prävention vermeidbare Sterblichkeit im Jahr 2020 waren Lungenkrebs (21 %), alkoholbedingte Krankheiten (13 %) und ischämische Herzerkrankungen (11 %).

Die Rate der Sterblichkeit aus behandelbaren Ursachen ist in Deutschland seit 2011 ebenfalls zurückgegangen, und zwar stärker als die Rate der durch Prävention vermeidbaren Sterblichkeit (14 %). Konkret sank sie von 94 Todesfällen pro 100 000 Einwohner im Jahr 2011 auf 81 Todesfälle pro 100 000 Einwohner im Jahr 2020, was unter dem EU-Durchschnitt von 92 Todesfällen pro 100 000 Einwohner liegt. Dennoch wiesen viele Nachbarländer im Jahr 2020 niedrigere Raten auf als Deutschland. Die drei Hauptursachen für die behandelbare Sterblichkeit im Jahr 2020 waren ischämische Herzerkrankungen (22 %), Darmkrebs (15 %) und Brustkrebs (13 %).

Abbildung 10: Die vermeidbare Sterblichkeit in Deutschland liegt unter dem EU-Durchschnitt



Durch Prävention vermeidbare Todesursachen

Behandelbare Todesursachen

Deutschland

Anmerkungen: Die durch Prävention vermeidbare Sterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und der Primärprävention vermieden werden können. Die behandelbare Sterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, einschließlich Screenings und Behandlungen, vermieden werden können. Beide Indikatoren beziehen sich auf die vorzeitige Sterblichkeit (in einem Alter von unter 75 Jahren). In den Listen werden die Hälfte aller Todesfälle bei einigen Krankheiten (z. B. ischämische Herzerkrankungen, Schlaganfall, Diabetes und Hypertonie) der Liste der durch Prävention vermeidbaren Sterblichkeit zugeordnet und die andere Hälfte den behandelbaren Ursachen zugeordnet, sodass ein und derselbe Todesfall nicht doppelt gezählt wird.
Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2020).

Es bedarf stärkerer Präventionsmaßnahmen, um die hohe Zahl vermeidbarer Todesfälle durch Lungenkrebs zu bekämpfen

Stärkere Präventionsmaßnahmen und größere Anstrengungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit könnten die vermeidbare Sterblichkeit verringern. Die Bekämpfung wichtiger Risikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum schreitet in Deutschland langsam voran, aber es werden Fortschritte erreicht. Im Jahr 2021 wurde beispielsweise beschlossen, den Tabaksteuersatz in den nächsten fünf Jahren, von 2022 bis 2026, regelmäßig zu erhöhen (DKFZ, 2022). Obwohl Lungenkrebs mehr als 21 % der durch Prävention vermeidbaren Todesfälle ausmacht, war Deutschland jedoch 2020 das letzte EU-Land, in dem Tabakwerbung auf Plakaten und in Kinos verboten wurde (die Verbote wurden ab 2021 eingeführt). Außerdem hat das Land noch kein Rauchverbot in privaten Kraftfahrzeugen zum Schutz von Kindern vor Passivrauchen verhängt.

Grippeimpfungen bei der älteren Bevölkerung stiegen während des ersten Jahres der Pandemie an, sind seither jedoch zurückgegangen

Die Grippeimpfungsrate bei Menschen ab 65 Jahren hat seit der Saison 2018/2019 langsam zugenommen und ist zwischen 2019/2020 und 2020/2021 noch stärker gestiegen, nämlich von 39 % auf 47 % (im Vergleich zu einem EU-Durchschnitt von 51 %), was möglicherweise auf das gestiegene Bewusstsein für die mit einer COVID-19-Koinfektion verbundenen Risiken zurückzuführen ist. Allerdings kehrte sich der Trend in der Saison 2021/2022 um, in der die Rate nur bei 43 % lag.

Die Durchimpfungsrate für das humane Papillomavirus (HPV) ist in Deutschland relativ gering und hat sich in den letzten Jahren nur langsam erhöht. Im Jahr 2022 hatten 54 % der Mädchen im Alter von 15 Jahren die empfohlenen Dosen des HPV-Impfstoffs erhalten, was deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 63 % lag. Dies gilt trotz einer Empfehlung zur Impfung von Mädchen seit 2007 und der Aufnahme des Impfstoffs in das gesetzliche Leistungspaket (bis zum Alter von 18 Jahren). Zu den möglichen Erklärungen gehören Impfskepsis und Sicherheitsbedenken (sowohl von Kindern als auch von ihren Vormunden) sowie ein begrenzter Kontakt junger Menschen mit dem Gesundheitssystem nach der Kindheit (Poethko-Müller, Buttmann-Schweiger & Takla, 2018). Seit 2018 wird auch die Impfung von Jungen im Alter zwischen 9 und 14 Jahren empfohlen und kostenlos angeboten.

Die Screeningraten für Gebärmutterhals , Brust- und Darmkrebs liegen weiterhin unter dem jeweiligen EU-Durchschnitt

Auf der Grundlage der Programmdaten sank die Rate der in den beiden vorangegangenen Jahren im Rahmen der Brustkrebsvorsorge untersuchten Frauen (50–69 Jahre) von 51 % im Jahr 2016 auf 48 % im Jahr 2021, womit sie unter dem EU-Durchschnitt von 54 % liegt. Auch die Rate der Darmkrebs-Früherkennung ist von 16 % im Jahr 2016 auf 15 % im Jahr 2019 zurückgegangen und liegt damit deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 48 % im Jahr 2019. Daten zur Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge sind in Deutschland relativ spärlich vorhanden: Im Jahr 2021 lag die Rate bei 45 % und damit unter dem EU-Durchschnitt von 52 %.

Seit 2020 wird ein Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und seit 2019 ein Programm zur Früherkennung von Darmkrebs im Rahmen des gesetzlichen Krankenversicherungssystems angeboten. In Bezug auf Gebärmutterhalskrebs erhalten Frauen im Alter von 20 bis 65 Jahren und in Bezug auf Darmkrebs Männer und Frauen im Alter von 50 bis 65 Jahren alle fünf Jahre per Post schriftliche Informationen über die Vorsorgeprogramme sowie eine Einladung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018). Dies gilt ausschließlich für die im Rahmen des gesetzlichen Krankenversicherungssystems versicherten Personen.

Eine Datenauswertung durch eine deutsche Krankenkasse zeigt einen Rückgang der Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen während der Pandemie im Vergleich zu 2019. Insbesondere während des Lockdowns im zweiten Quartal 2020 gingen die Raten bei der Brustkrebsvorsorge um 45 % und bei der Darmkrebsvorsorge um 20 % zurück (DAK, 2021). Diese Zahlen erholten sich im Jahr 2021; generell wurde jedoch berichtet, dass die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen unter den vor der Pandemie erreichten Raten geblieben ist (DAK, 2022).[2] Ob sich diese Verringerung der Screening-Frequenz auf den Schweregrad und die Behandlungsfähigkeit diagnostizierter Krebserkrankungen auswirken wird, muss in den kommenden Jahren untersucht werden.

Es bestehen deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Einkommensgruppen bei der Beteiligung an den Screenings

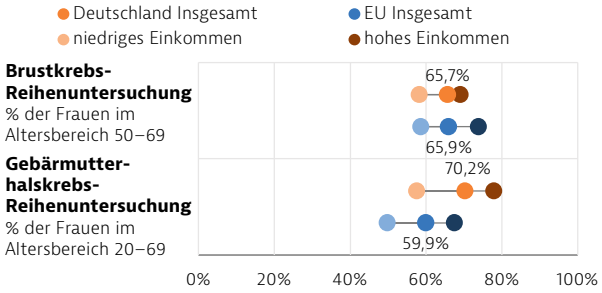
Nach den Daten der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS) betrug die aus eigenen Angaben gewonnene Screening-Rate für Gebärmutterhalskrebs bei Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren im höchsten Einkommensquintil 77,9 %, verglichen mit nur 57,5 % bei Frauen im untersten Einkommensquintil (Abbildung 11). Gleiches gilt für die Brustkrebsvorsorge, bei der der Unterschied zwischen Frauen (im Alter von 50 bis 69 Jahren) im höchsten (69,0 %) und im untersten Einkommensquintil (58,2 %) ausgeprägt ist.

Hohe Raten vermeidbarer Krankenhauseinweisungen von Personen mit chronischen Erkrankungen können auf Probleme mit der Primärversorgung hindeuten

Krankenhauseinweisungen mit den Diagnosen Asthma, COPD, kongestive Herzinsuffizienz und Diabetes gelten als vermeidbar, da Patienten mit diesen Erkrankungen wirksam ambulant behandelt werden können. Die Gesamtzahl der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen in Deutschland war mit 728 pro 100 000 Einwohner im Jahr 2021 eine der höchsten in der EU, wobei der größte Anteil Einweisungen mit der Diagnose kongestive Herzinsuffizienz waren. Der in den Jahren

2 *Die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung veröffentlichten Berichte über die Leistungen der Kassenärzte während der COVID-19-Pandemie basieren auf frühzeitigen Informationen aus den Abrechnungsdaten der Ärzte und zeigen ähnliche Ergebnisse.*

Abbildung 11: Die Krebsvorsorgeraten unterscheiden sich nach Einkommensgruppe, insbesondere für Gebärmutterhalskrebs

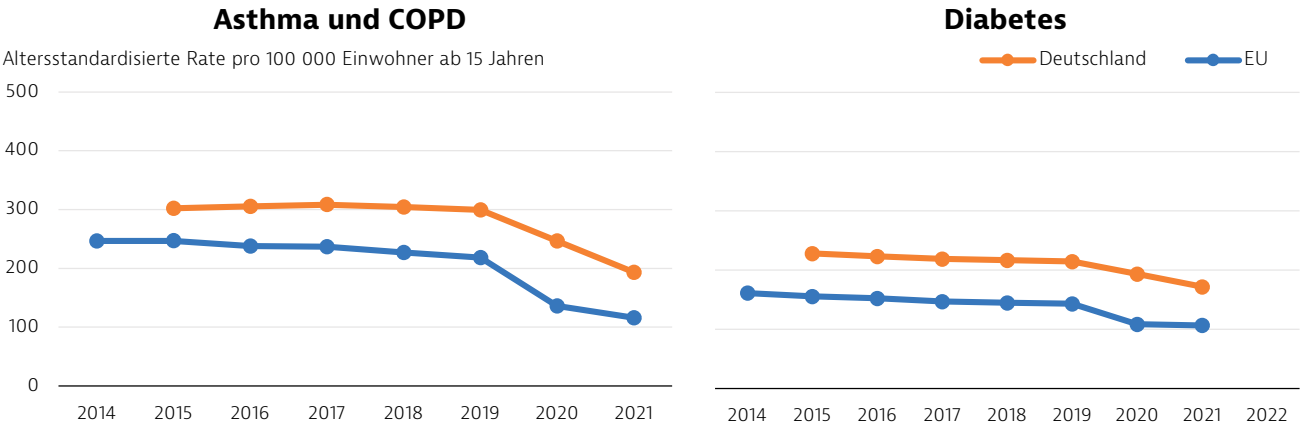


Anmerkungen: Als einkommensschwach gilt die Bevölkerung im untersten Einkommensquintil, als einkommensstark die Bevölkerung im höchsten Einkommensquintil. Die Anteile beziehen sich auf Personen, die angeben, sich in den zwei Jahren vor der Erhebung einer Untersuchung unterzogen zu haben.
Quelle: Eurostat-Datenbank (EHIS 2019).

2020 und 2021 beobachtete erhebliche Rückgang der Krankenhauseinweisungen mit der Diagnose Asthma und COPD sowie Diabetes (Abbildung 12) sollte im Zusammenhang mit den durch COVID-19 verursachten Störungen interpretiert werden, die die Kapazitäten der Krankenhäuser zur Durchführung von akuten Behandlungen beeinträchtigt und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch die Patienten verändert haben (siehe Abschnitt 5.3). Diese Rückgänge können daher nicht als Hinweis auf eine verbesserte Qualität der Primärversorgung für diese chronischen Erkrankungen in ambulanten Einrichtungen verstanden werden.

Vielmehr könnten die im Vergleich zum EU-Durchschnitt hohen Zahlen auf Mängel bei der Primärversorgung und bei der Integration der Versorgung hindeuten. Letzteres zeigt sich in der strikten Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland. Die mit der Reform der Krankenhauslandschaft (siehe Abschnitte 4 und 5.3) betraute Regierungskommission hat eine Neuorganisation der Versorgungsstrukturen vorgeschlagen, damit Patienten mit Erkrankungen, die in ambulanten Einrichtungen behandelt werden können, nicht unnötigerweise auf die akute Versorgung in Krankenhäusern und Notaufnahmen umgeleitet werden (Regierungskommission, 2022).

Abbildung 12: Vermeidbare Krankenhauseinweisungen mit der Diagnose Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Diabetes liegen über dem jeweiligen EU-Durchschnitt



Anmerkung: Die Einweisungsraten sind nicht hinsichtlich der Unterschiede bei der Prävalenz der Krankheiten in den einzelnen Ländern angepasst.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023.

5.2 Zugang

Die Bevölkerungsabdeckung ist universell, und es werden Maßnahmen ergriffen, um die verbleibenden Lücken zu schließen

Dank der obligatorischen Krankenversicherung beträgt die Bevölkerungsabdeckung fast 100 %. Die Komplexität der Abdeckungsmechanismen führt jedoch dazu, dass einige Gruppen – wie Personen, die aufgrund einer Änderung ihres Beschäftigungsstatus den Versicherungsschutz verloren haben, oder Selbstständige mit niedrigem Einkommen – Schwierigkeiten haben können, wieder in das System einzutreten, oder sich möglicherweise die Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung nicht leisten können. Um diese finanzielle Hürde zu beseitigen, senkte die Regierung im Jahr 2019 den Referenzbetrag, der zur Berechnung des von qualifizierten Personen zu zahlenden Mindestbeitrags für die gesetzliche Krankenversicherung verwendet wird (unabhängig von dem tatsächlich verdienten Betrag), erheblich von 2 284 EUR auf 1 038 EUR pro Monat.

Asylsuchende und anerkannte Flüchtlinge haben in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts nur Anspruch auf Notfall- und Mutterschaftsversorgung sowie auf Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (einschließlich Screenings und empfohlener Impfungen); danach haben sie Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen spezifischer Vorschriften.

Seit Februar 2022 wurden in Deutschland schätzungsweise 1,1 Millionen ukrainische Flüchtlinge registriert. Diese hatten anfangs Anspruch auf dieselben begrenzten Leistungen wie Asylbewerber, aber seit Juni 2022 können diejenigen, die Bürgergeld beziehen, in das System der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden (Mauer et al., 2022).

Der ungedeckte Bedarf an medizinischer Versorgung gehört nach wie vor zu den niedrigsten in der EU

Der EU-SILC-Erhebung zufolge gehörte der ungedeckte Bedarf an medizinischer Versorgung aufgrund von Kosten, Entfernung und Wartezeiten in Deutschland im Jahr 2022 zu den niedrigsten in der EU (Abbildung 13). Diese Ergebnisse bestätigen einen Trend zum Rückgang des ungedeckten Behandlungsbedarfs seit 2008 (2,2 %), wobei ein besonders starker Rückgang von 2014 (1,6 %) auf 2015 (0,5 %) zu verzeichnen war. Darüber hinaus ist der Unterschied zwischen den Einkommensgruppen vernachlässigbar, wobei 0,3 % der Haushalte im untersten Einkommensquintil angaben, auf Versorgung verzichtet zu haben, gegenüber 0,1 % im höchsten Einkommensquintil. Die Kosten sind anscheinend kein Hindernis für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen: So ging beispielsweise der ungedeckte Behandlungsbedarf aufgrund von Kosten in der niedrigsten Einkommensgruppe von 4,5 % im Jahr 2008 auf 0,2 % im Jahr 2022 zurück. Ebenso war der ungedeckte Bedarf an zahnmedizinischer Versorgung (0,6 %) in Deutschland gemeinsam mit Kroatien der drittniedrigste in der EU, auch hier mit einem sehr geringen Unterschied zwischen dem untersten (1,0 %) und dem höchsten Einkommensquintil (0,2 %).

In einer separaten Reihe von Eurofound-Umfragen[3] wurde festgestellt, dass der ungedeckte Bedarf an Gesundheitsversorgung während der Pandemie höher war. Im Frühjahr 2021 gaben 11 % der deutschen Bevölkerung an, auf eine notwendige ärztliche Untersuchung oder Behandlung verzichtet zu haben, im Vergleich zu 17 % in der gesamten EU (Eurofound, 2021; 2022); in Deutschland stieg die Rate jedoch ein Jahr später (Frühjahr 2022) um 7 Prozentpunkte, während der EU-Durchschnitt nur geringfügig um 1 Prozentpunkt anstieg, sodass beide Werte bei 18 % lagen.

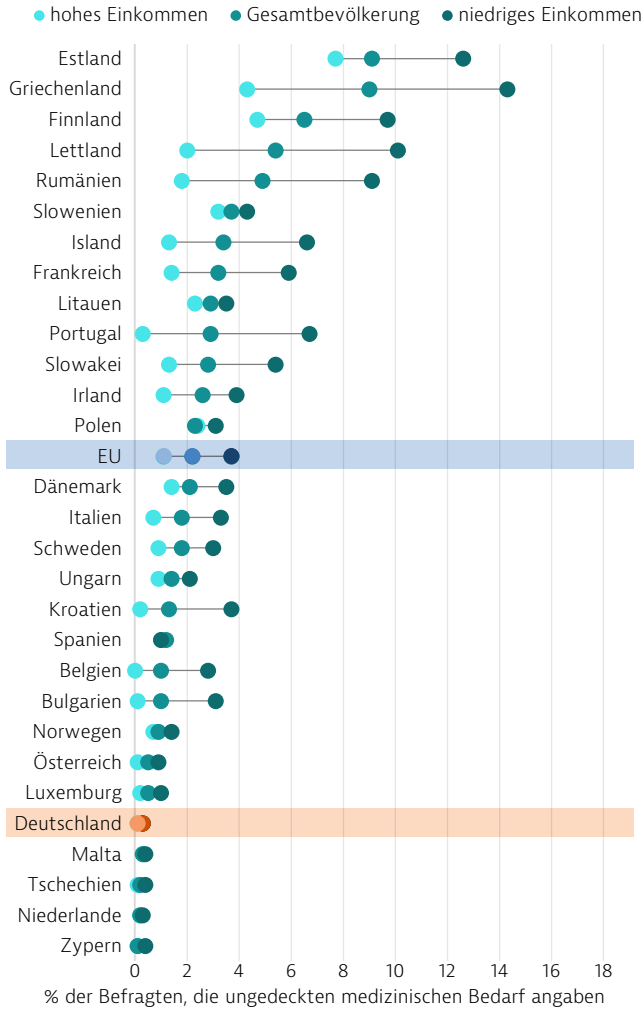
Eine gute Erreichbarkeit von Schlaganfallstationen zeigt sich in kurzen Fahrtzeiten

Der Zugang zu einer spezialisierten Versorgung ist wichtig, um die Sterblichkeitsraten zu senken. Die Behandlung in einer speziellen Schlaganfallstation verringert die Sterblichkeit im Vergleich zur Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Notaufnahme ohne Schlaganfallstation erheblich. Abbildung 14 zeigt, dass die Mehrheit der Bevölkerung in weniger als 20–30 Minuten Fahrtzeit zu einer Schlaganfallstation gelangen kann. Die Fahrtzeiten sind in großstädtischen Gebieten kürzer als in ländlicheren Gebieten. An den Grenzen zu Luxemburg und Belgien sowie in ländlichen Gemeinden in Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen und anderen Gebieten beträgt die Fahrtzeit mit dem Pkw bis zur nächstgelegenen Schlaganfallstation jedoch manchmal mehr als 60 Minuten.

Die Deutschen genießen ein breites Spektrum an gesundheitlichen Leistungen

Das von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckte Leistungspaket ist umfassend, und die

Abbildung 13: Deutschland weist eine der niedrigsten Raten an ungedecktem medizinischem Behandlungsbedarf auf, wobei praktisch keine Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen bestehen

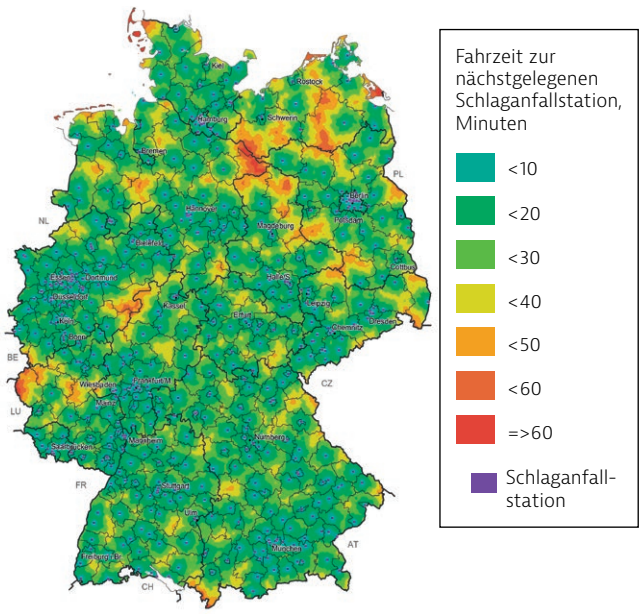


Anmerkungen: Die Daten beziehen sich auf den ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund von Kosten, Entfernung oder Wartezeiten. Beim Vergleich dieser Daten zwischen den Ländern ist Vorsicht geboten, da es bei den eingesetzten Erhebungsinstrumenten einige Unterschiede gibt.
Quelle: Eurostat-Datenbank, auf der Grundlage der EU-SILC (die Daten beziehen sich auf 2022, mit Ausnahme der Daten für Norwegen (2020) und Island (2018)).

Leistungen sind für alle gesetzlich Versicherten gleich. Personen, die sich für eine substitutive private Krankenversicherung entschieden haben, haben Zugang zu Leistungen, die mindestens genauso hoch und oft besser sind als die von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckten Leistungen, wobei der Umfang der Leistungen durch die gewählte Versicherungspolice und ihre Prämie bestimmt wird. In Deutschland liegt der öffentliche Anteil an den Gesundheitsausgaben in allen Kategorien über dem EU-Durchschnitt. Besonders sichtbar ist der Umfang der öffentlichen Finanzierung in Deutschland im Vergleich zur EU bei der zahnmedizinischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern (67 % gegenüber 34 %), Arzneimitteln (82 % gegenüber 59 %) und therapeutischen Geräten (58 % gegenüber 38 %).

3 *Die Daten der Eurofound-Erhebung sind aufgrund unterschiedlicher methodischer Grundlagen nicht mit denen der EU-SILC-Erhebung vergleichbar.*

Abbildung 14: Der größte Teil der deutschen Bevölkerung kann innerhalb von 20–30 Minuten zu einer Schlaganfallstation fahren



Quelle: BBSR (2023).

Selbstzahlungen machen einen bescheidenen Teil der Gesundheitsausgaben aus

Die Selbstzahlungen in Deutschland zählen zu den niedrigsten in der EU. Mit 12 % der gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2021 liegen die Selbstzahlungen auch unter dem EU-Durchschnitt von 15 % (Abbildung 15). Zuzahlungen werden für stationäre Aufenthalte, Arzneimittel, einige ambulante Leistungen, die zahnmedizinische Versorgung und insbesondere für Gesundheitsleistungen im Zusammenhang mit Langzeitpflege erhoben. Folglich entfallen fast zwei Fünftel (37 %) der Selbstzahlungen auf Langzeitpflege in stationären Einrichtungen, vor allem weil die gesonderte Pflegeversicherung in Deutschland – als Teil des Sozialversicherungssystems – in der Regel einen Teil der Kosten deckt. Die Selbstzahlungen der privaten Haushalte für Arzneimittel (20 %) – hauptsächlich für rezeptfreie Arzneimittel – tragen ebenfalls zu dieser Art der privaten Ausgaben bei, liegen aber unter dem EU-Durchschnitt (24 %). Das relativ niedrige Niveau der Selbstzahlungen bietet den deutschen Haushalten ein hohes Maß an finanziellem Schutz: Für nur 2,4 % ergaben sich im Jahr 2018 katastrophale Gesundheitsausgaben[4], verglichen mit 6,6 % in der gesamten EU.

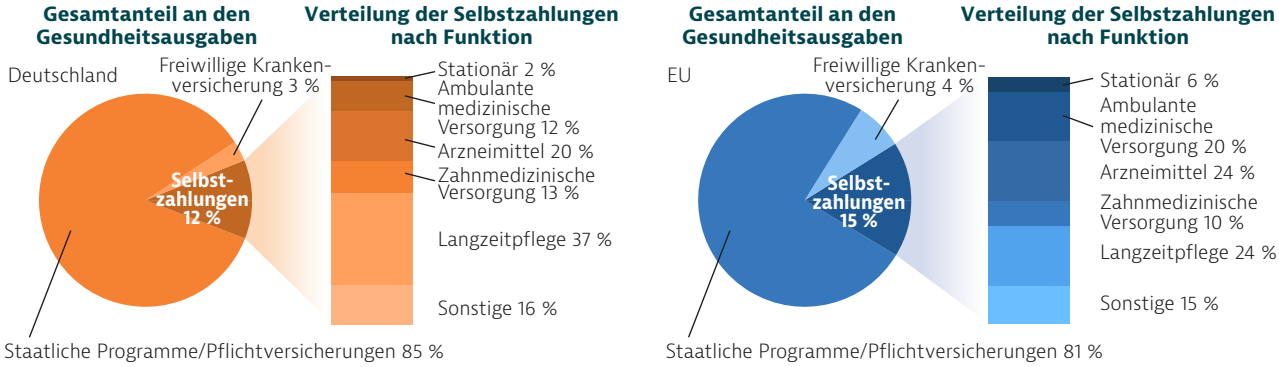
Neue Vorschriften für Fallpauschalen in Krankenhäusern zielen darauf ab, den Pflegekräftemangel in der Akutversorgung zu verringern

Wie in Abschnitt 4 erwähnt, gibt die geringe Anzahl von Pflegekräften in Krankenhäusern Anlass zu politischer Sorge. Als Reaktion darauf wurden in dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (2019) die Zahlungsträger angewiesen, die Kosten für Pflegepersonal von dem auf Fallpauschalen basierten Vergütungssystem auszunehmen. Seit 2020 decken die Krankenkassen nun die Kosten für Krankenpflegepersonal in Akutkrankenhäusern getrennt, während alle anderen Betriebskosten durch das Fallpauschalensystem abgedeckt werden. Mit dieser Maßnahme sollen Krankenhausressourcen freigesetzt und die Zahl der Pflegekräfte in diesen Einrichtungen erhöht werden.

Der Anteil der Telekonsultationen stieg während der Pandemie an, war jedoch vergleichsweise niedrig

Der Einsatz der Telemedizin in Deutschland wurde während der COVID-19-Pandemie ausgeweitet und durch Änderungen der Vorschriften und Vergütungen für Ärzte und Psychiater verstärkt. Aus einer Eurofound-Umfrage ging hervor, dass der Anteil der Erwachsenen in Deutschland, die angaben, dass sie seit Beginn der Pandemie eine medizinische Fernkonsultation – entweder online oder telefonisch – in Anspruch genommen zu haben, von 17 % im Juni/Juli 2020 auf 23 % im Februar/März 2021 gestiegen ist (Abbildung 16). Obwohl die Telemedizin den Ruf genießt, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erleichtern, gehörte die Rate 2021, zusammen mit Frankreich, zu den niedrigsten in der EU, während der EU-Durchschnitt 39 % betrug.

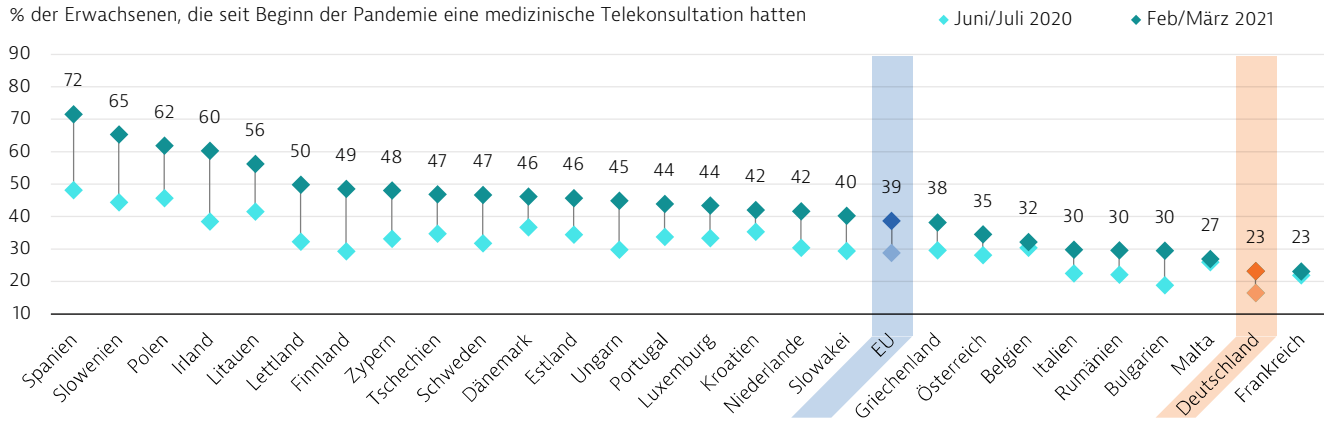
Abbildung 15: Zahlungen für Langzeitpflege und Arzneimittel machen den Großteil der Selbstzahlungen in Deutschland aus



Anmerkungen: Die freiwillige Krankenversicherung schließt auch andere Regelungen für freiwillige Vorauszahlungen ein. Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet.
Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2023; Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2021).

4 *Katastrophale Ausgaben sind definiert als Selbstzahlungen privater Haushalte, die 40 % der gesamten Haushaltsnettoausgaben für elementare Bedürfnisse (d. h. Lebensmittel, Wohnung und Nebenkosten) überschreiten.*

Abbildung 16: Fast jeder vierte Deutsche gab an, während der Pandemie eine medizinische Fernkonsultation in Anspruch genommen zu haben



Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet. Die Zuverlässigkeit der Daten für 2021 aus Zypern, Lettland und Malta sowie der Daten für 2021 und 2020 aus Luxemburg ist aufgrund des geringen Stichprobenumfangs gering.
Quelle: Eurofound (2022).

5.3 Anpassungsfähigkeit

Die COVID-19-Pandemie hat sich in den letzten Jahrzehnten als die größte Störung der Gesundheitssysteme erwiesen. Sie hat die Schwachstellen und Herausforderungen im Rahmen der Notfallvorsorgestrategien der Länder und ihrer Fähigkeit, die Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen zu versorgen, offenbart. Als Reaktion auf die anhaltenden Auswirkungen der Pandemie – sowie auf andere jüngste Krisen wie den Lebenshaltungskostendruck und die Auswirkungen von Konflikten wie dem Krieg gegen die Ukraine – führen die Länder politische Maßnahmen durch, um die anhaltenden Auswirkungen auf die Erbringung von Dienstleistungen abzufedern, in die Erholung und Anpassungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu investieren,[5] kritische Bereiche des Gesundheitssektors zu verbessern und ihre Fähigkeit zur Bewältigung künftiger Schocks zu stärken.

Wie auch in anderen Ländern wurden die Bettenkapazität und die Tätigkeiten in deutschen Krankenhäusern von der COVID-19-Pandemie beeinträchtigt

Die COVID-19-Pandemie hat deutlich gemacht, wie wichtig es ist, über eine ausreichende Zahl von Krankenhausbetten und die Anpassungsfähigkeit zu verfügen, um auf unerwartete Nachfragesteigerungen reagieren zu können. Die seit Langem geäußerte Kritik an der großen Zahl von Krankenhausbetten und Tätigkeiten in Deutschland wurde durch die Pandemie vorübergehend ausgesetzt, doch wird nun wieder gefordert, Überkapazitäten abzubauen, um Effizienz und Qualität zu steigern. Im Jahr 2021 hatte Deutschland 7,8 Krankenhausbetten pro 1 000 Einwohner – ein Rückgang gegenüber den 9,1 Betten pro 1 000 Einwohner im Jahr 2000, aber immer noch deutlich über dem EU-Durchschnitt (4,8 Betten pro 1 000 Einwohner).

Im Jahr 2021 verfügte Deutschland über 2,9 Intensivbetten pro 10 000 Einwohner, was einem leichten Rückgang gegenüber 3,0 Intensivbetten pro 10 000 Einwohner im Jahr 2015 entspricht. Dieser Wert liegt höher als in Nachbarländern wie Österreich (2,2 Intensivbetten pro 10 000 Einwohner), Belgien (1,7 pro 10 000 Einwohner) und Frankreich (2,8 pro 10 000 Einwohner). Im April 2020 hat Deutschland wie mehrere andere EU-Länder seine Intensivstationenkapazität um 20 % erhöht. Diese Erhöhung wurde hauptsächlich durch die Verschiebung und Absage geplanter und nicht dringender Eingriffe erzielt. Die Belegungsrate der Intensivbetten durch COVID-19-Patienten blieb jedoch bis Ende 2020 und darüber hinaus deutlich unter den Sättigungsraten.

Wie in anderen EU-Ländern ging die Belegungsrate der verfügbaren Akutbetten während der COVID-19-Pandemie aufgrund der verschobenen Versorgung stark zurück – von 79 % im Jahr 2019 auf 70 % in den Jahren 2020 und 2021. Dieser Rückgang lag in Deutschland für beide Jahre unter dem EU-Durchschnitt. Ebenso wirkte sich die Pandemie auf die Krankenhausentlassungen aus, die zwischen 2019 und 2020 um rund 16 % zurückgingen und im Jahr 2021 nur sehr leicht zunahmen.

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf chirurgische Tätigkeiten waren nicht so schwerwiegend wie in anderen EU-Ländern

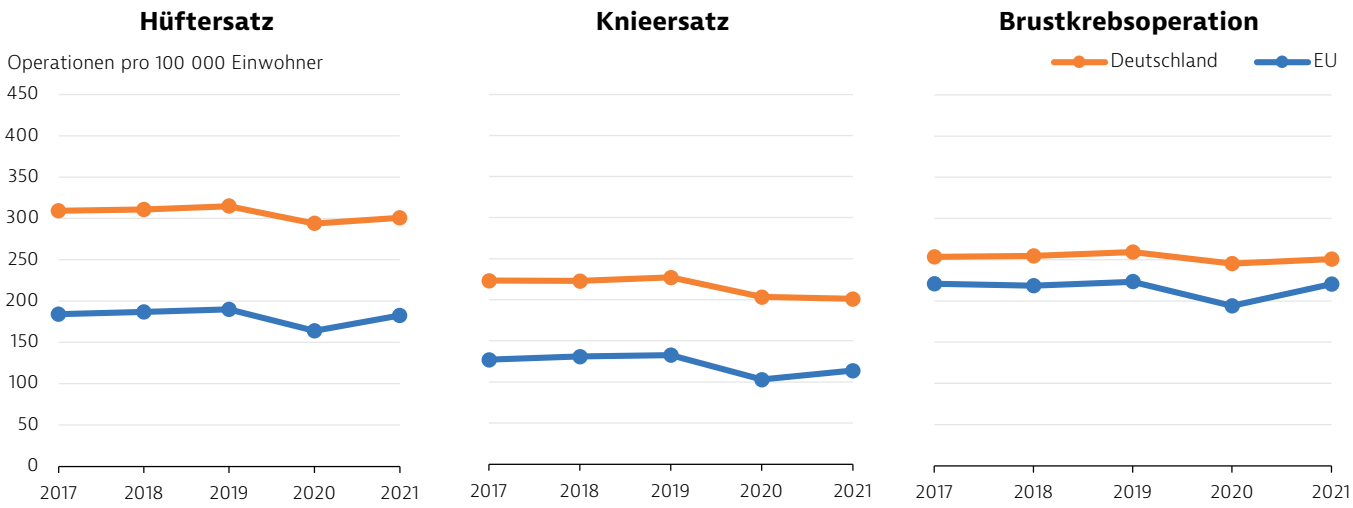
Die Raten von Hüft- und Knieersetzungen sowie Brustoperationen sind in Deutschland vor der COVID-19-Pandemie gestiegen. Wie in der übrigen EU, waren chirurgische Tätigkeiten im Jahr 2020 jedoch beeinträchtigt. Zwischen 2019 und 2020 gingen in Deutschland die Zahl der Hüftersetzungen um 7,1 %, Knieersetzungen um 11,8 % und Brustoperationen um 5,1 % zurück. Von 2020 bis 2021 stiegen die chirurgischen Tätigkeiten mit Ausnahme von

5 *In diesem Zusammenhang wurde die Anpassungsfähigkeit von Gesundheitssystemen definiert als die Fähigkeit, sich auf Schocks vorzubereiten, diese zu bewältigen (absorbieren, anpassen und transformieren) und schließlich aus ihnen zu lernen (EU-Expertengruppe zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme, 2020).*

Knieersetzungen wieder leicht an, haben aber das Niveau vor der Pandemie nicht erreicht. Trotz dieser Rückgänge lagen die chirurgischen Tätigkeiten jedoch nach wie vor über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 17).

Laut Umfragedaten des Commonwealth Fund (2021), betrug die durchschnittliche Wartezeit für nicht dringende Eingriffe im Jahr 2020 in Deutschland 20,6 Tage, was der Hälfte des Durchschnitts ausgewählter europäischer Vergleichsländer (49,9 Tage) entspricht.

Abbildung 17: Die COVID-19-Pandemie wirkte sich nicht so stark auf die chirurgischen Tätigkeiten in Deutschland aus wie in anderen EU-Ländern



Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023.

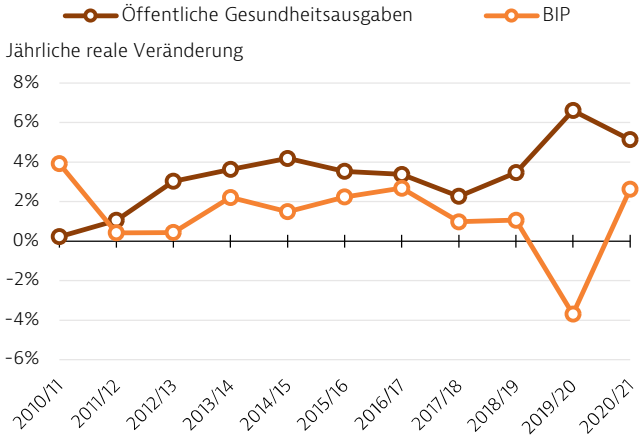
COVID-19-Auffrischungsimpfungen bei Personen über 60 Jahren liegen über dem EU-Durchschnitt

Die erste Einführung des COVID-19-Impfprogramms in Deutschland begann langsam in den ersten Monaten des Jahres 2021, nahm aber rasch an Fahrt auf. Bis Ende dieses ersten Jahres hatten 88 % der Bevölkerung im Alter ab 60 Jahren die erste Impfung erhalten, und dieses hohe Niveau pendelte sich bis Mitte 2022 auf 90 % ein. Die Abdeckung der zweiten Auffrischungsimpfungen bei Personen ab 60 Jahren hat sich von 20 % im zweiten Quartal 2022 auf 39 % im ersten Quartal 2023 fast verdoppelt. Diese Rate liegt zwar unter etwa der Hälfte der anderen EU-Mitgliedstaaten, aber immer noch knapp über dem EU-Durchschnitt.

Die Reaktion Deutschlands auf COVID-19 im Jahr 2020 führte zu einem starken jährlichen Anstieg des öffentlichen Anteils der Gesundheitsausgaben

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben sind in den letzten 20 Jahren in Deutschland jährlich in unterschiedlichem Maße gestiegen. Als Reaktion auf die COVID-19-Pandemie stieg die öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens zwischen 2019 und 2020 um 6,5 %. Gleichzeitig sank das BIP durch die Konjunkturabschwächung aufgrund der Auswirkungen von Lockdowns und anderen Pandemiemaßnahmen um 3,7 % (Abbildung 18). Der Anstieg der öffentlichen Finanzierung des Gesundheitssystems übertraf auch im Jahr 2021 weiterhin das BIP-Wachstum.

Abbildung 18: Die öffentlichen Gesundheitsausgaben sind 2020 erheblich gestiegen, um das Gesundheitssystem in die Lage zu versetzen, auf die COVID-19-Pandemie zu reagieren



Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023.

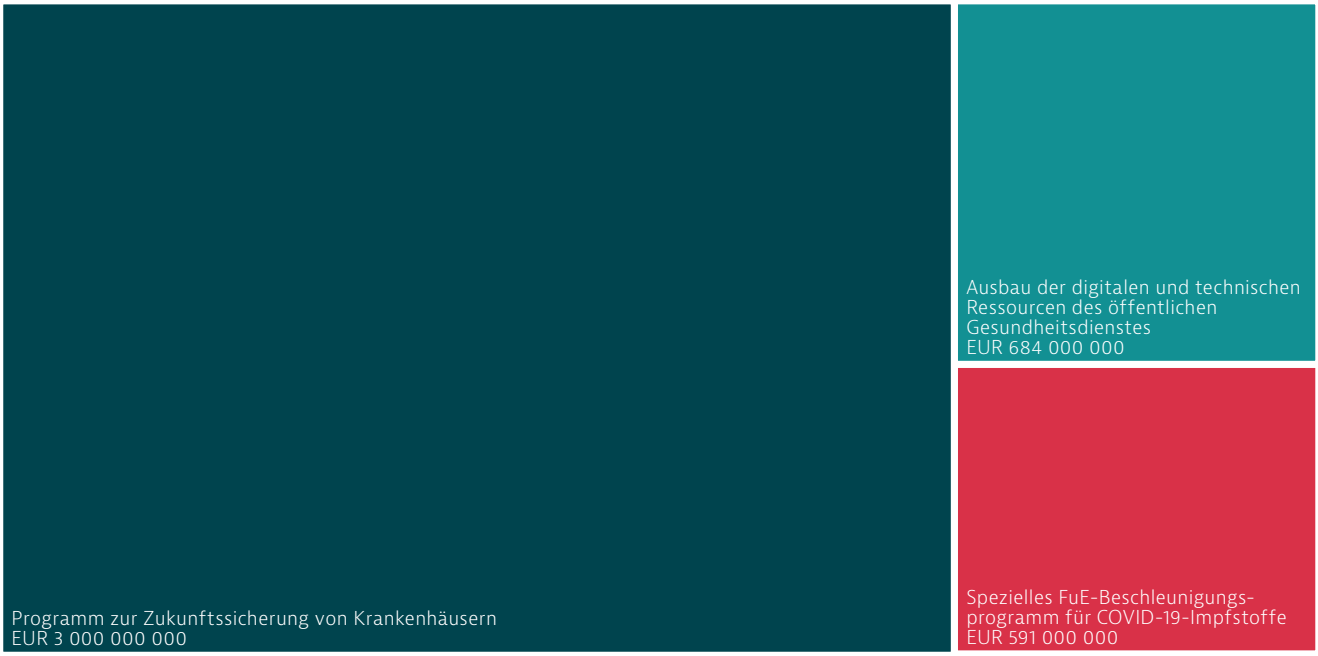
Deutschland stellt in seinem Aufbau- und Resilienzplan Mittel für die Digitalisierung der öffentlichen Gesundheitsdienste bereit

Im deutschen Aufbau- und Resilienzplan sind rund 16 % der verfügbaren Mittel in Höhe von 25,4 Mrd. EUR für Investitionen in das Gesundheitswesen vorgesehen. Der Aufbau- und Resilienzplan umfasst einen Schwerpunktbereich, der speziell der Stärkung eines pandemieresilienten Gesundheitssystems mit drei Investitions- und Reformbereichen gewidmet ist. Der erste betrifft die digitale und technische Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste (684 Mio. EUR). Der zweite stellt 3 Mrd. EUR für die Modernisierung von Krankenhäusern

bereit – darunter Investitionen in die Verbesserung der digitalen Infrastruktur, der Notfallkapazitäten, der Telemedizin, der Robotik, der Informationstechnologie und der Cybersicherheit (Europäische Kommission, 2021). Der dritte bezieht sich auf die Beschleunigung der Forschung und Entwicklung von Impfstoffen gegen SARS-CoV-2 (591 Mio. EUR) (Abbildung 19).

Diese Investitionen werden durch die Einführung der Programmgestaltung der EU-Kohäsionspolitik 2021–2027 ergänzt. Deutschland wird über diesen Mechanismus insgesamt 90,6 Mio. EUR in sein Gesundheitssystem investieren, wobei 55 % von der EU kofinanziert werden.[6] Die gesamte Finanzierung erfolgt über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE), wobei rund 64 Mio. EUR für elektronische Gesundheitsdienste und anwendungen, 11,8 Mio. EUR für die Digitalisierung im Gesundheitswesen und 14,8 Mio. EUR für die Finanzierung verschiedener Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs, der Qualität und der Anpassungsfähigkeit der Gesundheitsdienste verwendet werden.

Abbildung 19: Im deutschen Aufbau- und Resilienzplan werden den Investitionen in die Modernisierung von Krankenhäusern Priorität eingeräumt, um andere laufende Reformen zu flankieren



Anmerkungen: Diese Zahlen beziehen sich auf den ursprünglichen Aufbau- und Resilienzplan. Die laufende Überarbeitung des Plans könnte sich auf seinen Umfang und seine Zusammensetzung auswirken. Einige Elemente wurden zusammengefasst, um die Lesbarkeit des Diagramms zu verbessern.
Quelle: Europäische Kommission – Aufbau- und Resilienzscoreboard.

Die Infrastruktur des deutschen Krankenhaussektors wird sich in den kommenden Jahren ändern

Die neue Regierungskommission, die für die Reform des Krankenhaussystems in Deutschland eingerichtet wurde, hat vorgeschlagen, dass die Behandlung von Patienten in Krankenhäusern stärker auf medizinischen und weniger auf wirtschaftlichen Kriterien beruhen sollte. Um dies zu erreichen, hat die Kommission die Einführung eines reformierten Vergütungssystems für stationäre Versorgung empfohlen, das eine Entwicklung weg vom derzeitigen diagnosebezogenen Fallpauschalensystem darstellt. Künftig werden Abteilungen/Stationen innerhalb von Krankenhäusern unabhängig von der Erbringung von Leistungen vergütet. Darüber hinaus ist geplant, die Qualität der stationären Versorgung durch die Entwicklung verbindlicher Qualitätskriterien zu verbessern und neue sektorübergreifende Gesundheitsdienstleister („Level Ii“ – integrierte Gesundheitsversorgung) als Grundlage für den Aufbau eines umfassenden Systems lokal verfügbarer stationärer und ambulanter Gesundheitsleistungen zu schaffen. Im Juli 2023 wurden zentrale Punkte der Reform zwischen der Bundesregierung und den Landesregierungen festgelegt, und Legislativvorschläge sind in Arbeit.

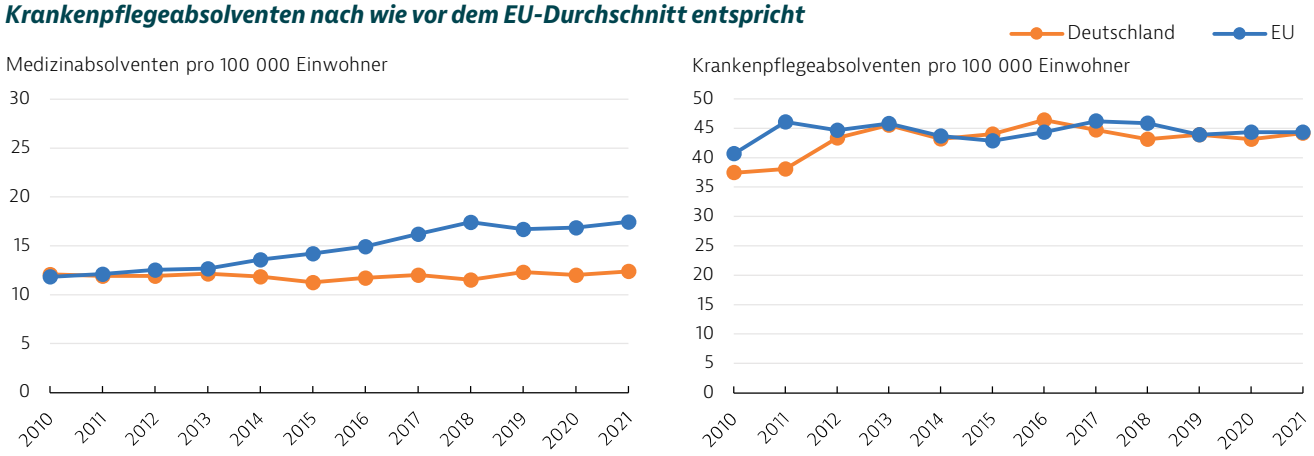
Eine weitere Empfehlung der Regierungskommission besteht darin, die Tagesbehandlung in Krankenhäusern auszuweiten, um Personalmangel und Engpässe bei den Krankenhauskapazitäten zu berücksichtigen. Diese Empfehlung wurde umgesetzt, und seit Januar 2023 sind Krankenhäuser aufgefordert, alle zuvor vollständig stationären Behandlungen als Tagesbehandlungen durchzuführen, um das Personal freizustellen, sofern dies klinisch angemessen ist.

6 *Diese Zahlen zur EU-Kohäsionspolitik geben den Stand vom September 2023 wieder.*

Die Zahl der Medizinabsolventen in Deutschland liegt unter dem EU-Durchschnitt

Die Daten zu Absolventen von Medizin- und Pflegeberufen in Deutschland zeigen unterschiedliche Trends. Die Zahl der Medizinabsolventen pro 100 000 Einwohner entsprach bis 2011 dem EU-Durchschnitt. Seitdem hat die Differenz immer weiter zugenommen, wobei der EU-Durchschnitt die Zahl der zukünftigen Ärzte in Deutschland übertrifft. Im Jahr 2021 gab es in Deutschland 12,4 Medizinabsolventen pro 100 000 Einwohner gegenüber 17,5 Medizinabsolventen pro 100 000 Einwohner in der gesamten EU. Andererseits ist die Zahl der Krankenpflegeabsolventen in Deutschland seit 2010 gestiegen und liegt durchgängig in der Nähe des EU-Durchschnitts. Im Jahr 2021 gab es in Deutschland 44,2 Krankenpflegeabsolventen pro 100 000 Einwohner, was ungefähr dem EU-Durchschnitt von 44,3 Krankenpflegeabsolventen pro 100 000 Einwohner entsprach (Abbildung 20). Deutschland misst der Abwendung eines drohenden Pflegekräftemangels große Bedeutung bei. Seit 2019 wurden im Rahmen der Initiative für Krankenpflegeausbildung insgesamt 111 Maßnahmen ergriffen, um mehr Menschen zu einer Ausbildung als Pflegekraft zu motivieren und sie für diesen Beruf zu gewinnen.

Abbildung 20: Die Zahl der Medizinabsolventen liegt weiterhin unter dem EU-Durchschnitt, während die Zahl der Krankenpflegeabsolventen nach wie vor dem EU-Durchschnitt entspricht



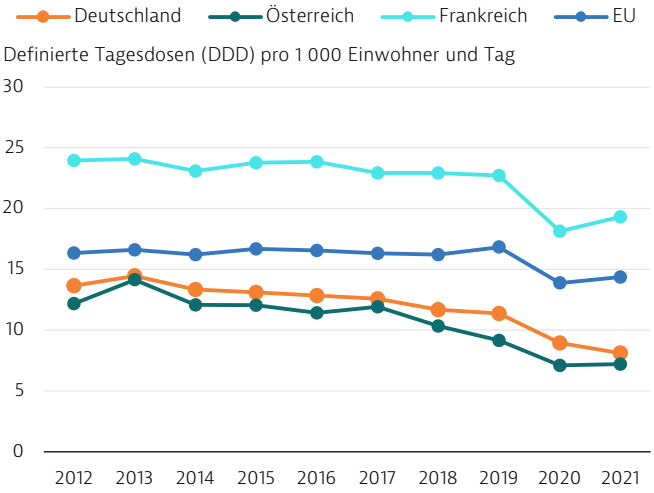
Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2023; Eurostat-Datenbank.

Strategien zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen erweisen sich als erfolgreich

Seit 2008 entwickelt Deutschland in Zusammenarbeit mit mehreren Bundesministerien (Gesundheit; Ernährung und Landwirtschaft; Bildung und Forschung; Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz; sowie wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) ein Konzept im Rahmen von „Eine Gesundheit". Zu den Prioritäten der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie DART 2030 gehören die Prävention, die weitere Stärkung des angemessenen Einsatzes von Antibiotika in der Human- und Veterinärmedizin und eine stärkere Einbeziehung des Umweltsektors in die Tätigkeiten zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen.

Die Strategie ist anscheinend erfolgreich, wie durch das Beispiel des Niveaus der Infektionen mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) veranschaulicht wird, das in Deutschland deutlich niedriger ist (4,9 % im Jahr 2021), als in den meisten anderen EU-Ländern. Darüber hinaus ist der ambulante Antibiotikaverbrauch in den letzten zehn Jahren stetig zurückgegangen; im Jahr 2021 wurde ein Verbrauch von 8,1 definierten Tagesdosen (DDD) pro 1 000 Einwohner und Tag verzeichnet, was deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 14,4 DDD pro 1 000 Einwohner liegt (Abbildung 21).

Abbildung 21: Der ambulante Antibiotikaverbrauch ist in Deutschland stetig zurückgegangen



Anmerkungen: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. Die Daten für Tschechien und Zypern beziehen sich auf den Gesamtverbrauch (einschließlich Krankenhäuser).
Quelle: ECDC ESAC-Net.

6 Im Fokus: psychische Gesundheit

Die Belastung durch psychische Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung ist beträchtlich

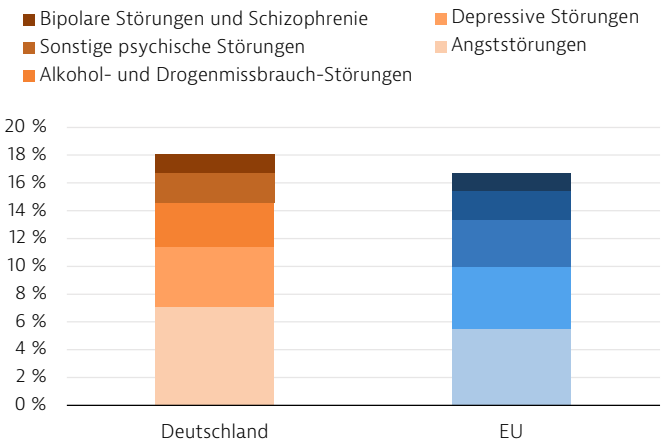
Die vorliegenden Erkenntnisse deuten darauf hin, dass ein großer Teil der deutschen Bevölkerung von psychischen Problemen betroffen ist. Schätzungen des Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) zufolge hatte 2019 fast jede fünfte Person (18 %) in Deutschland ein psychisches Problem, was etwa 15 Millionen Menschen entspricht. Diese Rate lag knapp über dem EU-Durchschnitt (17 %). Die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland waren Angststörungen (schätzungsweise 7 % der Bevölkerung), depressive Störungen (4 %) sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch-Störungen (3 %) (Abbildung 22). Die wirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen sind in Deutschland beträchtlich, wobei die direkten und indirekten Kosten im Jahr 2015 auf über 4,8 % des BIP des Landes bzw. 146,5 Mrd. EUR geschätzt wurden (OECD/EU, 2018).

Depressionsraten in der niedrigsten Einkommensgruppe gehören zu den höchsten in der EU

EHIS-Daten zeigen, dass 9,4 % der Menschen in Deutschland im Jahr 2019 angaben, an einer Depression zu leiden (im Vergleich zum EU-Durchschnitt von 7 %). Beim Depressionsrisiko gab es auffällige Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Einkommensgruppen. Rund 21,1 % der Frauen im untersten Einkommensquintil gaben im Jahr 2019 an, eine Depression zu haben, was fast dreimal so hoch war wie bei den Frauen im höchsten Quintil (7,7 %). Bei Männern gaben 17,4 % im untersten Einkommensquintil an, unter dieser Erkrankung zu leiden; damit war die Wahrscheinlichkeit einer Depression viermal so hoch wie bei Männern im höchsten Quintil (4,6 %). Der Einsatz von Antidepressiva nimmt seit vielen Jahren zu: Die Rate stieg von 47 DDD pro 100 000 Einwohner im Jahr 2010 auf 64 DDD pro 100 000 Einwohner im Jahr 2021. Im selben Zeitraum ging der Einsatz von Anxiolytika von 4,9 DDD pro 100 000 Einwohner auf 3,2 DDD pro 100 000 Einwohner zurück.

Die Pandemie verschärfte die mit schlechter psychischer Gesundheit assoziierten Risikofaktoren und verdeutlichte den Zusammenhang zwischen prekären finanziellen Verhältnissen und erhöhtem Depressionsrisiko. Laut Eurofound-Umfragedaten (Eurofound, 2021; 2022), galten während der Pandemie 64 % der Menschen in Deutschland, die in Haushalten lebten, die finanzielle Schwierigkeiten angaben, als depressionsgefährdet, im Vergleich zu 42 %, die keine derartigen Schwierigkeiten angaben. Diese Werte lagen über dem EU-Durchschnitt von 62 % bei Menschen mit finanziellen Schwierigkeiten und 37 % bei Menschen ohne finanzielle Schwierigkeiten.

Abbildung 22: Fast jeder fünfte Mensch hatte 2019 in Deutschland ein psychisches Gesundheitsproblem



Quelle: IHME (die Daten beziehen sich auf 2019).

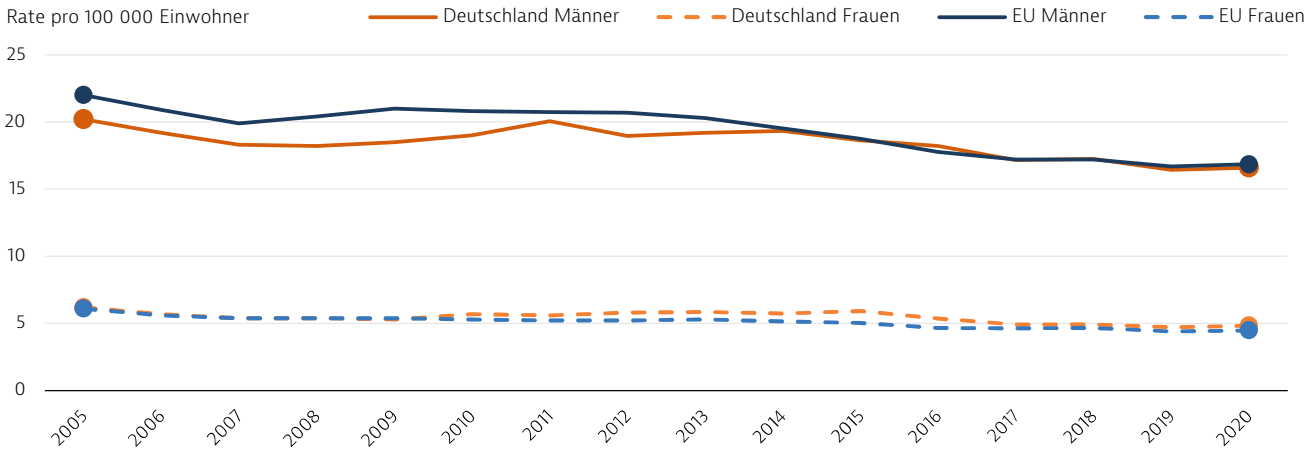
Suizidraten in Deutschland sind allmählich zurückgegangen

Historisch betrachtet sind die Suizidraten in Deutschland bei Männern höher als bei Frauen. Die Zahlen sind in den letzten 15 Jahren für beide Geschlechter zurückgegangen, mit leichten Steigerungen in bestimmten Zeitabständen; es besteht jedoch nach wie vor ein großer Unterschied zwischen Männern (16,6 pro 100 000 Einwohner) und Frauen (4,8 pro 100 000 Einwohner). Die Raten im Jahr 2020 entsprachen beinahe dem EU-Durchschnitt für beide Geschlechter. Während des ersten Jahres der COVID-19-Pandemie 2020 blieben die Raten im Vergleich zu 2019 stabil (Abbildung 23).

Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit werden in Deutschland auf unterschiedlichen Ebenen und zunehmend in spezialisierten Einrichtungen erbracht

Die psychische Gesundheitsversorgung ist recht fragmentiert und auf ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung verteilt. Eine Phase der Deinstitutionalisierung, die Mitte der 1970er-Jahre begann, führte zu einem Anstieg der Zahl der gemeinschaftsnahen Einrichtungen, beaufsichtigten Wohnanlagen, ambulanten Kriseninterventionszentren und Zentren für psychosoziale Beratung und soziale Unterstützung. Seit 2000 sind die Kapazitäten in spezialisierten Krankenhäusern und in Krankenhäusern mit spezialisierten Stationen für psychische Gesundheit gestiegen, die häufig der Prävention und Rehabilitation dienen und sich auf die Betreuung von Patienten mit Suchtproblemen und psychosomatischen Erkrankungen spezialisiert haben. Typischerweise weisen alle stationären psychiatrischen Einrichtungen eine sehr hohe Belegungsrate von rund 90 % oder mehr auf. Im Zeitraum 2000–2018 ging die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 29,5 Tagen auf 26,2 Tage zurück (Blümel et al., 2020; WHO, 2021). Die ambulante Versorgung von

Abbildung 23: Suizidraten in Deutschland sind in den letzten Jahren zurückgegangen und entsprechen dem EU-Durchschnitt



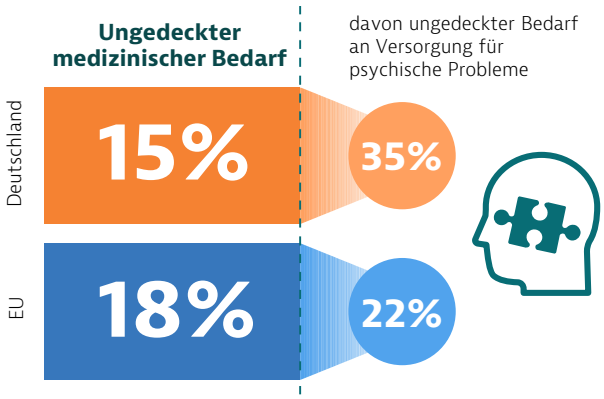
Quelle: Eurostat-Datenbank.

Menschen mit psychischen Problemen wird von einer wachsenden Zahl von Psychiatern, Neurologen und Psychotherapeuten mit eigener Praxis unterstützt, die im Bereich ambulante Versorgung tätig sind.

Der ungedeckte Bedarf an psychischer Gesundheitsversorgung machte während der Pandemie einen erheblichen Teil des gesamten ungedeckten Bedarfs an Gesundheitsversorgung aus

Wie in vielen anderen EU-Ländern wurde auch in Deutschland während der Pandemie für eine beträchtliche Zahl von Menschen der Bedarf an psychischer Gesundheitsversorgung nicht gedeckt. Einer europaweiten Erhebung zufolge, die im Frühjahr 2021 und 2022 durchgeführt wurde, gaben 15 % der deutschen Bevölkerung einen ungedeckten Bedarf an Gesundheitsversorgung an, von dem mehr als ein Drittel (35 %) die psychische Gesundheitsversorgung betraf (Abbildung 24), was proportional über dem durchschnittlichen ungedeckten Bedarf an psychischer Gesundheitsversorgung in der gesamten EU lag.

Abbildung 24: Mehr als ein Drittel des ungedeckten Gesundheitsbedarfs während der Pandemie betraf die psychische Gesundheitsversorgung



Anmerkung: Die Umfrageteilnehmer wurden gefragt, ob sie derzeit einen ungedeckten Gesundheitsbedarf haben und wenn ja, in Bezug auf welche Art der Versorgung, einschließlich psychischer Gesundheitsversorgung.
Quelle: Eurofound (2021; 2022).

Der Zugang zu ambulanter psychotherapeutischer Versorgung unterscheidet sich von Region zu Region, und es werden zunehmend Maßnahmen gegen lange Wartezeiten ergriffen

Die Verfügbarkeit ambulanter psychotherapeutischer Versorgung wurde als zentrales Problem in der psychischen Gesundheitsversorgung in Deutschland erkannt, mit langen Wartezeiten für einen Therapieplatz und mit erheblichen Unterschieden zwischen den Regionen. In nationalen Studien wurden Wartezeiten verzeichnet, die in einigen ländlichen Regionen mehr als dreimal so lang waren (bis zu 11 Wochen) wie in einigen städtischen Regionen (3,4 Wochen). Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2015 wurde das Problem der langen Wartezeiten unter anderem durch die Einrichtung zentraler Servicestellen für die Buchung psychotherapeutischer Termine in den Regionen angegangen.

Neben dem Zugang unterscheiden sich die Quantität, der Umfang und die Qualität der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen – in einigen Fällen stark – zwischen den lokalen Gemeinschaften und Regionen in Deutschland. Trotz der jüngsten Fortschritte sind psychosoziale Einrichtungen oft weniger gut ausgestattet als Einrichtungen für somatische Versorgung, und der Zugang zu beruflicher Rehabilitation und umfassender sozialer Integration wird nach wie vor als unzureichend eingestuft. Um einige Lücken in der psychischen Gesundheitsversorgung zu schließen, bieten die öffentlichen Gesundheitsbehörden sozialpsychiatrische Dienstleistungen an, darunter Beratung, Sozialarbeit, Hausbesuche und Kriseninterventionen, die sich insbesondere an die am stärksten benachteiligten Personen der Bevölkerung mit psychischen Problemen richten.

7 Wichtigste Erkenntnisse

- Die Lebenserwartung in Deutschland entsprach im Jahr 2022 mit 80,7 Jahren dem EU-Durchschnitt. Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Lebenserwartung waren im Jahr 2020 moderater als im Jahr 2021, doch ging die Lebenserwartung insgesamt zwischen 2019 und 2022 um etwa sieben Monate zurück, was dem EU-Durchschnitt entsprach. Wie in anderen EU-Ländern ist die Lebenserwartung von Männern in Deutschland niedriger als die von Frauen, aber das geschlechtsspezifische Gefälle von fast fünf Jahren liegt leicht unter dem EU-Durchschnitt.

- Rauchen und eine ungesunde Ernährung stellen die größten verhaltensbedingten Risikofaktoren in Deutschland dar. Zwar ist die Gesamtzahl der Raucher unter Erwachsenen und Jugendlichen in den letzten Jahren langsam zurückgegangen; das Aufkommen von elektronischen Zigaretten und Pfeifen hat jedoch insbesondere junge Menschen angezogen. Aufgrund geringer körperlicher Aktivität und ungesunder Ernährung ist auch die Rate von Übergewicht und Fettleibigkeit bei Jugendlichen stetig gestiegen, was die Notwendigkeit gezielter Präventionsmaßnahmen unterstreicht. Darüber hinaus ist ein starker Alkoholkonsum in Deutschland nach wie vor ein großes Problem, und 8 % aller Todesfälle sind mit Alkohol assoziiert. Diese Risikofaktoren hängen auch mit den Hauptursachen für vermeidbare Sterblichkeit zusammen – Lungenkrebs, alkoholbedingte Krankheiten und ischämische Herzerkrankungen.

- Im Jahr 2021 waren die Gesundheitsausgaben in Deutschland die höchsten in der EU. Die Wachstumsrate der öffentlichen Finanzierung stieg zwischen 2019 und 2020 und 2021 aufgrund der COVID-19-Pandemie erheblich an. Der größte Teil der Gesundheitsausgaben entfällt auf die stationäre Versorgung, was auf den großen Krankenhaussektor in Deutschland zurückzuführen ist, gefolgt von der ambulanten Versorgung. Mit 12 % im Jahr 2021 gehören die Selbstzahlungen in Deutschland zu den niedrigsten in der EU. Zahlungen für Langzeitpflege und Arzneimittel machen den Großteil der Selbstzahlungen aus.

- In Deutschland gibt es eine hohe Zahl von Pflegekräften, Ärzten und Krankenhausbetten pro Kopf. Während die Zahl der Ärzte in Krankenhäusern seit der Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems im Jahr 2004 zugenommen hat, ist die Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern nicht ausreichend. Durch Änderungen der Krankenhausvergütungsvorschriften, mit denen die Kosten für Krankenpflegepersonal aus dem Fallpauschalen-Vergütungssystem ausgeschlossen werden, soll die Zahl der Pflegekräfte in diesen Einrichtungen erhöht werden. Darüber hinaus umfasst die spezielle Initiative zur Ausbildung von Krankenpflegepersonal neben der Erhöhung der Zahl der Krankenpflegeabsolventen mehrere Maßnahmen, die darauf abzielen, mehr Menschen für den Beruf zu gewinnen.

- Die Zahl der Krankenhausbetten und der Krankenhausentlassungen in Deutschland ist sehr hoch. Es wurde eine neue Regierungskommission eingesetzt, die Lösungen für das von Krankenhäusern abhängige Gesundheitssystem vorschlägt, um die Zuweisungsentscheidungen zu stärken und die Effizienz zu steigern. Die Vorschläge umfassen die Einführung eines neuen Vergütungssystems für die stationäre Versorgung und die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung in Krankenhäusern.

- Die strategische Priorität der Förderung eines pandemieresistenten Gesundheitssystems ist in den deutschen Aufbau- und Resilienzplan eingebettet, in dem Mittel für die digitale und technische Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste und für die umfassende Modernisierung von Krankenhäusern bereitgestellt werden, darunter digitale Infrastruktur, Notfallkapazitäten, Telemedizin und Informationstechnologie und Cybersicherheit sowie die Entwicklung von COVID-19-Impfstoffen.

- Angststörungen und depressive Störungen sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch-Störungen machen den größten Teil der Belastung durch psychische Erkrankungen in Deutschland aus; darüber hinaus betreffen sie unverhältnismäßig viele Menschen in einkommensschwachen Gruppen. Während der COVID-19-Pandemie stand mehr als ein Drittel des gemeldeten ungedeckten Bedarfs an Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheitsversorgung. Insbesondere verschärfte die Pandemie Risikofaktoren und verdeutlichte den Zusammenhang zwischen prekären finanziellen Verhältnissen und einem erhöhten Depressionsrisiko. Rund 64 % der Menschen in Deutschland, die in Haushalten mit finanziellen Schwierigkeiten lebten, waren während der Pandemie depressionsgefährdet, gegenüber 42 % der Menschen ohne finanzielle Schwierigkeiten.

Wichtigste Quellen

Blümel M et al. (2022), Germany: Health system summary, 2022. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Literaturhinweise

Blümel M et al. (2020), Germany: health system review, Health Systems in Transition, 22(6):i–273.

BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) (2023), Entfernung zur nächsten Schlaganfallstation. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (2022), Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung. Berlin.

Commonwealth Fund (CWF) (2021), International Health Policy Surveys. New York.

DAK (2022), Pressemeldung: Krebsfrüherkennung: Vorsorge nimmt trotz Corona wieder zu. Hamburg.

DAK (2021), Pressemeldung. Krebsfrüherkennung: Rückgang in der Corona-Pandemie DAK-Sonderanalyse verzeichnet rund 18 Prozent weniger Vorsorge-Screenings in 2020. Hamburg.

DKFZ (2022), 25 Jahre Stabsstelle Krebsprävention. Hamburg.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessments (2020), Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement. Luxembourg.

European Commission (2021), Laying the foundations for recovery: Germany. Brussels.

Eurofound (2022), Living, working and COVID-19 survey, rounds four and five (November 2021 and May 2022). Dublin.

Eurofound (2021), Living, working and COVID-19 survey, rounds one, two and three (spring 2020, summer 2020 and spring 2021). Dublin.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018), Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme. Berlin.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey), https://data-browser.hbsc.org

Mauer N et al. (2022), Access to health care in EU Member States Implementation of Temporary Protection Directive (2001/55/EC) and Council Implementing Decision (EU) 2022/382. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Poethko-Müller C, Buttmann-Schweiger N, Takla A (2018), Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) von Mädchen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Berlin, Robert Koch Institut.

Regierungskommission (2022), Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.

Statistisches Bundesamt (2023), Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen der Jahre 2020 bis 2023. Wiesbaden.

WHO (2021), Mental health atlas 2020. Member State profile: Germany. Geneva.

Liste der Länderabkürzungen

Belgien	BE	Frankreich	FR	Lettland	LV	Osterreich	AT	Slowenien	SI
Bulgarien	BG	Griechenland	EL	Litauen	LT	Polen	PL	Spanien	ES
Dänemark	DK	Irland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PT	Tschechien	CZ
Deutschland	DE	Island	IS	Malta	MT	Rumänien	RO	Ungarn	HU
Estland	EE	Italien	IT	Niederlande	NL	Schweden	SE	Zypern	CY
Finnland	FI	Kroatien	HR	Norwegen	NO	Slowakei	SK		

European Commission

State of Health in the EU
Länderprofil Gesundheit 2023

Die länderspezifischen Gesundheitsprofile sind ein Schlüsselelement des Zyklus *Gesundheitszustand in der EU*, einem Wissensvermittlungsprojekt, das mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Union entwickelt wurde.

Diese Profile sind das Ergebnis einer Kooperationspartnerschaft zwischen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, die mit der Europäischen Kommission zusammenarbeiten. Auf der Grundlage einer einheitlichen Methodik, bei der sowohl quantitative als auch qualitative Daten verwendet werden, werden die jüngsten gesundheitspolitischen Herausforderungen und Entwicklungen in den einzelnen EU-/EWR-Ländern untersucht.

Die Ausgabe 2023 der länderspezifischen Gesundheitsprofile enthält eine Zusammenfassung verschiedener kritischer Aspekte, darunter:

- aktueller Gesundheitszustand im Land;
- Gesundheitsfaktoren mit besonderem Schwerpunkt auf verhaltensbedingten Risikofaktoren;
- Struktur und Organisation des Gesundheitssystems;
- Wirksamkeit, Zugänglichkeit und Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems;
- Zum ersten Mal in der Reihe ein Überblick über den Stand der psychischen Gesundheit und der damit verbundenen Gesundheitsversorgungim Land.

Der Synthesebericht der Europäischen Kommission ergänzt die wichtigsten Ergebnisse der länderspezifischen Gesundheitsprofile.

Nähere Informationen unter: ec.europa.eu/health/state

Bezugnahme auf diese Veröffentlichung als:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264566279 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO