Europäische Kommission









State of Health in the EU

Deutschland

Länderprofil Gesundheit 2017

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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

Länderspezifische Gesundheitsprofile

Die länderspezifischen Gesundheitsprofile bieten einen knappen und politisch relevanten Überblick über die Gesundheit und die Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedstaaten, wobei die besonderen Eigenschaften und Herausforderungen in jedem Land hervorgehoben werden. Sie sind darauf ausgelegt, die Bemühungen der Mitgliedstaaten bei ihrer evidenzbasierten Politikgestaltung zu unterstützen.

Die Profile sind das gemeinsame Werk der OECD und des European Observatory on Health Systems and Policies in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission. Das Team dankt den Mitgliedstaaten und dem Health Systems and Policy Monitor Network für wertvolle Kommentare und Vorschläge

Inhalt

1 • HIGHLIGHTS 1
2 • GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND 2
3 • RISIKOFAKTOREN 4
4 • DAS GESUNDHEITSSYSTEM 6
5 • LEISTUNGSFÄHIGKEIT DES GESUNDHEITSSYSTEMS 8
5.1 Wirksamkeit 8
5.2 Zugang 11
5.3 Anpassungsfähigkeit 12
6 • ZENTRALE ERKENNTNISSE 16

Daten und Informationsquellen

Die Daten und Informationen in diesen Länderprofilen beruhen vorwiegend auf nationalen offiziellen Statistiken, die von Eurostat und der OECD bereitgestellt und im Juni 2017 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), dem Europäischen Zentrum für Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC), aus den Umfragen der Studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie anderen einzelstaatlichen Quellen.

Die berechneten EU-Durchschnitte sind gewichtete Durchschnitte der 28 Mitgliedstaaten, sofern nichts anderes vermerkt ist.

Um das Excel-Arbeitsblatt mit allen Tabellen und Diagrammen aus diesem Profil herunterzuladen, tippen Sie einfach folgende StatLinks in Ihrem Browser ein:
http://dx.doi.org/10.1787/888933623685

Demografischer und sozioökonomischer Kontext in Deutschland, 2015

		Deutschland	EU
Demografische Faktoren	Bevölkerungsgröße (in Tausenden)	81 687	509 394
	Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre (in %)	21,0	18,9
	Fertilitätsrate[1]	1,5	1,6
Sozioökonomische Faktoren	BIP pro Kopf (EUR KKP[2])	35 800	28 900
	Relative Armutsquote (in %)	10,2	10,8
	Arbeitslosenquote (in %)	4,6	9,4

1. Anzahl der geborenen Kinder je Frau im Alter von 15–49.
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 50 % des Median-Äquivalenzeinkommens leben.

Quelle: Eurostat-Datenbank.

Haftungsausschluss: *Die hierin geäußerten Meinungen und Argumente sind ausschließlich die der Autoren und geben nicht notwendigerweise die offizielle Meinung der OECD oder ihrer Mitgliedsländer oder des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik oder seiner Partner wieder. Die in diesem Bericht geäußerten Ansichten repräsentieren in keiner Weise die offizielle Meinung der Europäischen Union.*

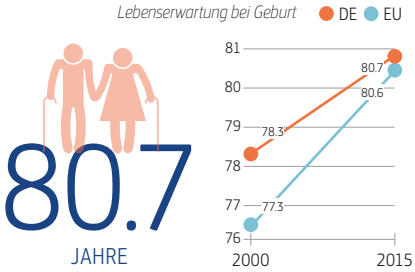
Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Daten und Karten gelten unbeschadet des Status eines oder der Souveränität über ein Hoheitsgebiet(s) für die Abgrenzung durch internationale Grenzen und für den Namen eines Hoheitsgebiets, einer Stadt oder eines Gebietsstands.
Zusätzliche Haftungsausschlüsse für die WHO sind auf http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/ einsehbar.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)

1 Highlights

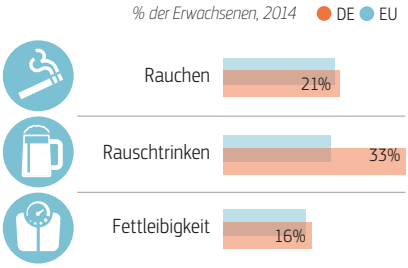
Der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung hat sich seit dem Jahr 2000 verbessert, dennoch bleiben verhaltensbedingte Risikofaktoren problematisch. Das Gesundheitssystem bietet einen großzügigen Leistungskatalog, ein hohes Niveau an Gesundheitsleistungen und einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Selbstverwaltungsorgane spielen bei der Gestaltung des Gesundheitssystems eine große Rolle – und erschweren mitunter strukturelle Reformen, die zur Beseitigung von Mängeln hinsichtlich Qualität und Effizienz erforderlich sind.

Gesundheitszustand



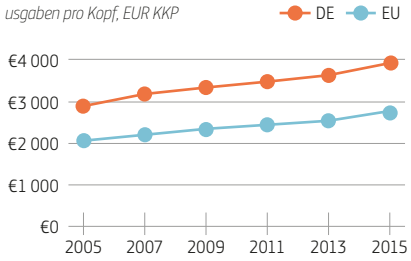
Im Jahr 2015 betrug die Lebenserwartung bei Geburt 80,7 Jahre und lag damit immer noch leicht über dem EU-Durchschnitt von 80,6, allerdings ist sie langsamer gestiegen als in den meisten EU-Ländern und beträgt zwei Jahre weniger als in Spanien und Italien. Die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – nach wie vor die häufigste Todesursache – ist seit 2000 erheblich gesunken, wohingegen die Krebssterblichkeit gestiegen ist.

Risikofaktoren



Im Jahr 2014 rauchten 21 % der Erwachsenen in Deutschland täglich Tabak, was ungefähr dem EU-Durchschnitt entspricht. Tabak- und Alkoholkonsum sind im Allgemeinen zurückgegangen, allerdings bleibt das Rauschtrinken problematisch und weist hierzulande das fünfthöchste Niveau in der EU auf. Adipositas ist in Deutschland ein zunehmendes Problem, denn ihre Prävalenz bei den Erwachsenen hat sich seit 2003 um fast ein Drittel erhöht. Im Jahr 2014 lag der Anteil der adipösen Erwachsenen in Deutschland leicht über dem EU-Durchschnitt.

Gesundheitsausgaben

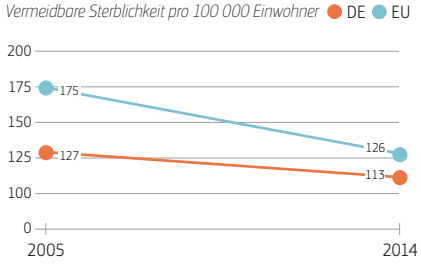


Die Gesundheitsausgaben sind hoch. Im Jahr 2015 gab Deutschland 3996 EUR pro Kopf für die Gesundheit aus, den zweithöchsten Betrag in der EU und damit 43 % mehr als der Durchschnitt (2797 EUR). In der Tat gibt Deutschland einen größeren Anteil seines BIP für Gesundheit aus (11,2 %) als alle anderen EU-Länder (EU-Durchschnitt: 9,9 %). Während 84,5 % der Gesundheitsausgaben aus öffentlicher Hand finanziert werden – erneut der höchste Anteil in der EU –, betragen die privaten Zuzahlungen 12,5 % und sind damit niedriger als in den meisten anderen EU-Ländern.

Leistung des gesundheitssystems

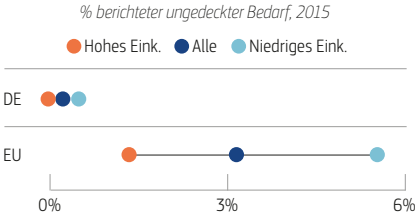
Wirksamkeit

Die durch Gesundheitsversorgung vermeidbare Sterblichkeit liegt in Deutschland unter dem EU-Durchschnitt; dennoch wurden 10 % aller Sterbefälle im Jahr 2014 durch höhere Qualität und eine rechtzeitigere Versorgung als vermeidbar angesehen.



Zugang

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland ist gut, und nur sehr wenige Personen berichten einen ungedeckten medizinischen Behandlungsbedarf bei der medizinischen Versorgung. Dennoch können Selbstständige mit niedrigen Einkommen durch das Raster des gesetzlichen Krankenversicherungssystems fallen, und Migranten haben nur Zugang zu einem eingeschränkten Leistungskatalog.



Anpassungsfähigkeit



Deutschland weist ein hohes Niveau an Gesundheitseistungen auf, und weitere Effizienzsteigerungen sind möglich. Allerdings erschwert die starke Stellung von Selbstverwaltungsorganen bei der Gestaltung politischer Entscheidungen Reformen, die auf eine höhere Qualität und Effizienz abzielen.

2 Gesundheit in Deutschland

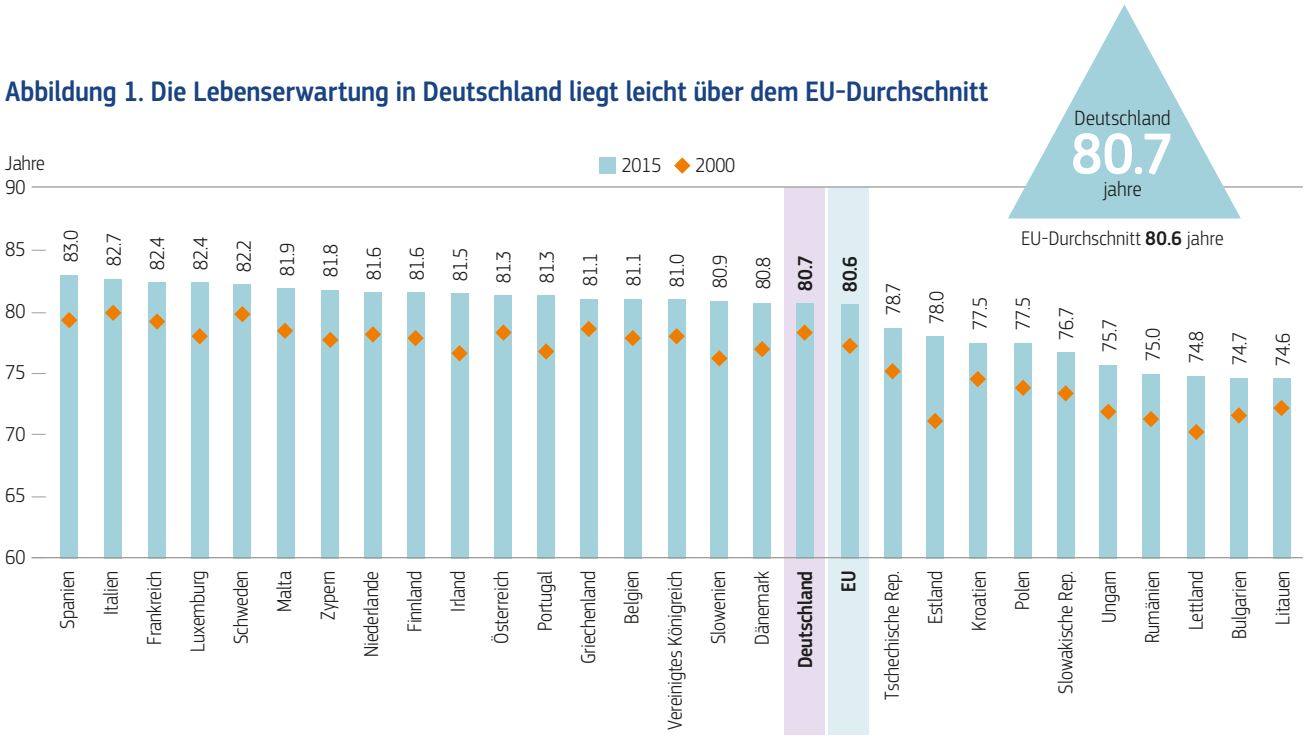
Die Lebenserwartung in Deutschland liegt über dem EU-Durchschnitt, bleibt aber hinter den führenden Ländern zurück

Die Lebenserwartung bei der Geburt hat sich in Deutschland im Jahr 2015 auf 80,7 Jahre erhöht (Abbildung 1), liegt aber 2 Jahre unter der in Spanien und Italien – den führenden Ländern in der EU. Die Lebenserwartung von Frauen liegt fast 5 Jahre über der von Männern, wenngleich sich der Unterschied seit 2000 verringert hat.

Ein Großteil des Anstiegs der Lebenserwartung seit 2000 ist auf die gestiegene Lebenserwartung nach dem 65. Lebensjahr zurückzuführen; 2015 betrug die verbleibende Lebenserwartung von Frauen im Alter von 65 Jahren 21,0 Jahre (im Vergleich zu 19,6 Jahren im Jahr 2000) und von Männern 17,9 Jahre (im Vergleich zu 15,8 Jahren im Jahr 2000). Deutsche können im Alter von 65 Jahren erwarten, ungefähr 60 % ihrer verbleibenden Lebensjahre ohne Behinderung zu verbringen (12,3 gesunde Lebensjahre für Frauen und 11,4 gesunde Lebensjahre für Männer).[1]

1. „Gesunde Lebensjahre" umfasst die Anzahl der Jahre, die Menschen erwartungsgemäß ohne Behinderung in unterschiedlichem Alter leben.

Abbildung 1. Die Lebenserwartung in Deutschland liegt leicht über dem EU-Durchschnitt



Quelle: Eurostat-Datenbank.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind die häufigsten Todesursachen, allerdings nimmt die Anzahl der Sterbefälle durch Demenz zu

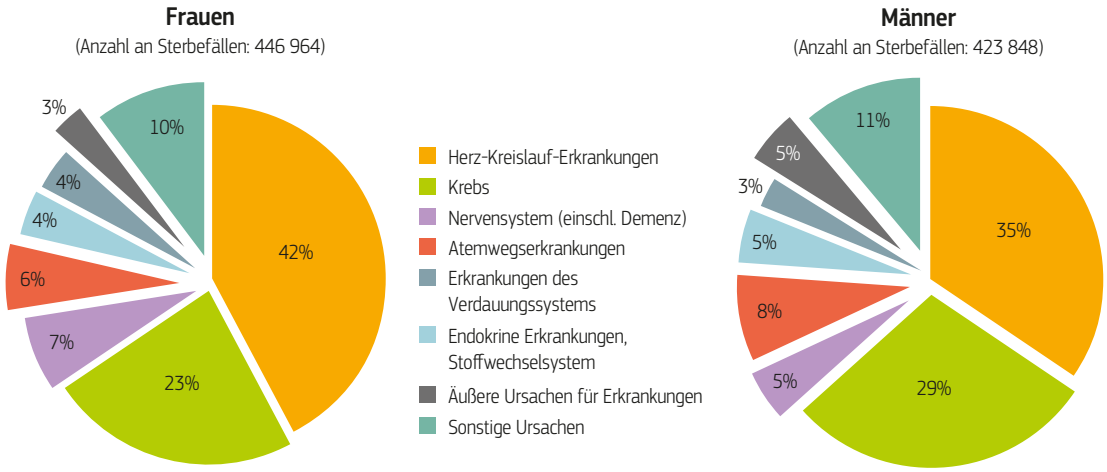
Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind die beiden Haupttodesursachen in Deutschland; sie verursachen 42 % bzw. 23 % aller Sterbefälle unter Frauen und 35 % bzw. 29 % aller Sterbefälle unter Männern (Abbildung 2). Sieht man sich die Todesursachen genauer an, so bleiben Sterbefälle aufgrund von Herzerkrankungen und Schlaganfall die häufigsten Todesursachen (Abbildung 3), allerdings haben sich diese seit 2000 erheblich verringert. Im selben Zeitraum sind Sterbefälle aufgrund von Alzheimer und anderen Demenzerkrankungen um beinahe das Sechsfache gestiegen, von ca. 6000 auf fast 35 000 Fälle. Demenz – einschließlich der Alzheimer-Krankheit – verursacht nun mehr als 4 % aller Todesfälle in Deutschland, während es 2000 noch weniger als 1 % waren. Dieser Anstieg spiegelt sowohl die Alterung der Bevölkerung als auch das bessere Verständnis und das verbesserte Erkennen der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen wider (siehe Abschnitt 5.1).

Chronische Krankheiten sind die Hauptursache für eine behinderungskorrigierte Abnahme der Lebensjahre

Zu den Hauptursachen für behinderungskorrigierte Lebensjahre[2] (disability-adjusted life years, DALYs) in Deutschland zählen neben der hohen Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Lungenkrebs auch Probleme mit dem Bewegungsapparat (einschließlich Lendenwirbelsäulen- und Nackenschmerzen), Demenzerkrankungen und

2. DALY ist ein Indikator zur Schätzung der Gesamtzahl der aufgrund bestimmter Erkrankungen und Risikofaktoren verlorenen Lebensjahre. Ein DALY entspricht einem verlorenen gesunden Lebensjahr (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME).

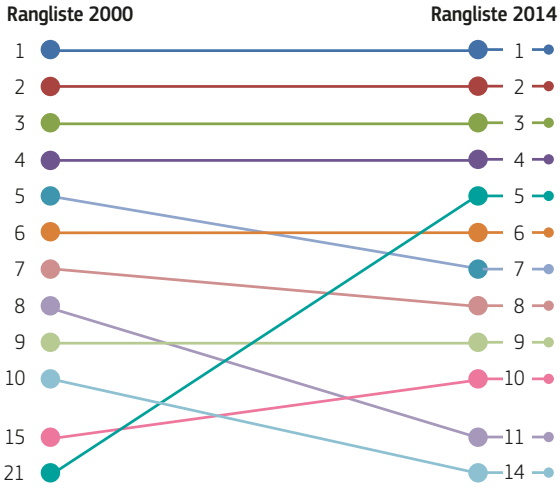
Abbildung 2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs verursachen fast zwei Drittel aller Sterbefälle sowohl bei Männern als auch bei Frauen



Anmerkung: Die Daten sind nach den umfassenden ICD-Kapiteln dargestellt. Demenz wurde dem Kapitel über Erkrankungen des Nervensystems zugeordnet, um sie mit der Alzheimer-Krankheit (der Hauptform der Demenz) zusammenzufassen.

Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2014).

Abbildung 3. Die Sterblichkeit durch Alzheimer-Krankheit und andere Demenzen hat aufgrund der Alterung der Bevölkerung zugenommen



	% aller Todesfälle 2014
Ischämische Herzerkrankungen	14%
Sonstige Herzerkrankungen	11%
Schlaganfall	6%
Lungenkrebs	5%
Alzheimer und andere Demenzen	4%
Erkrankungen der unteren Atemwege	4%
Dickdarmkrebs	3%
Diabetes	3%
Brustkrebs	2%
Nierenerkrankungen	2%
Lungenentzündung	2%
Lebererkrankungen	2%

Quelle: Eurostat-Datenbank.

seelische Erkrankungen (einschließlich Depression) (IHME, 2016). Laut der Befragungsergebnisse im Rahmen der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS) lebt eine von sechzehn Personen in Deutschland mit Asthma und mehr als ein Zehntel der Menschen lebt mit einer chronischen Depression. Menschen mit dem niedrigsten Bildungsstand[3] leiden doppelt so häufig an Diabetes und haben mit 30 % höherer Wahrscheinlichkeit Asthma als Menschen mit dem höchsten Bildungsstand.[4]

Bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit gibt es eine breite Kluft zwischen den Bevölkerungsgruppen mit niedrigem und mit hohem Einkommen

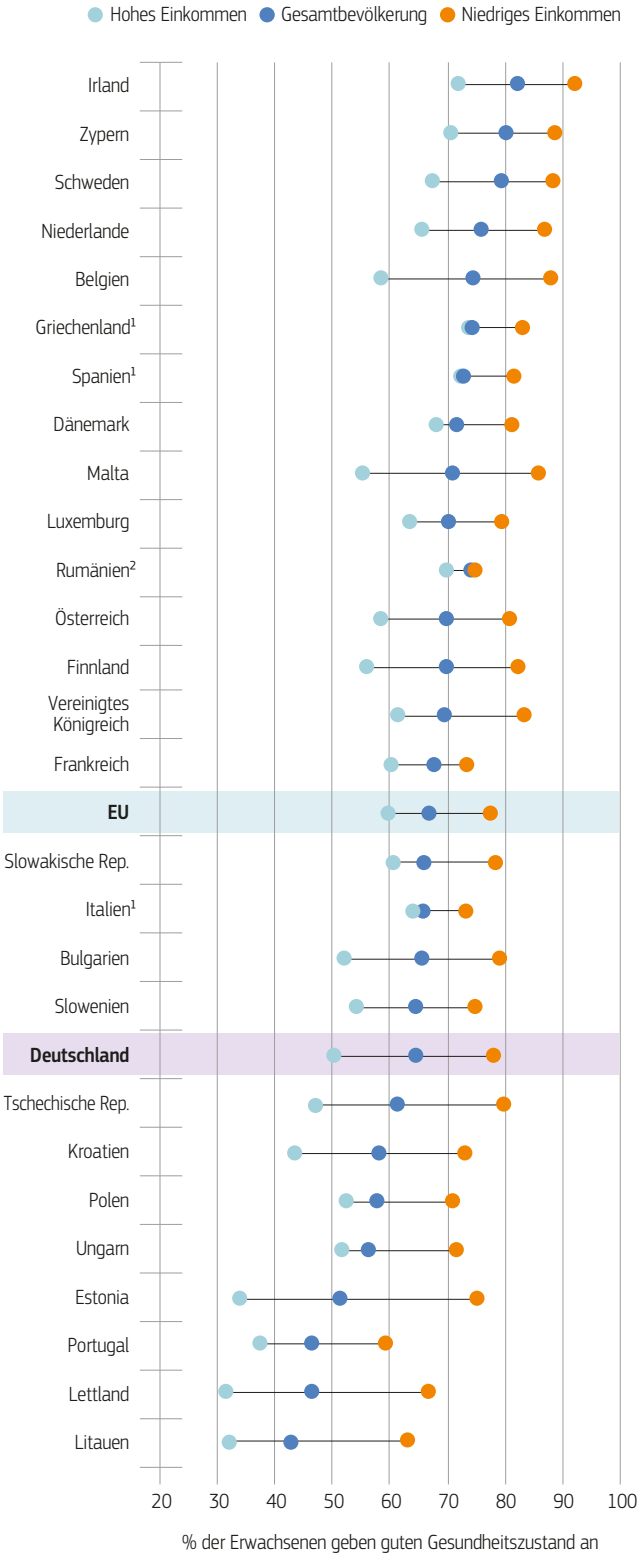
Der Anteil der Deutschen, die ihren Gesundheitszustand als gut bezeichnen, ist etwas geringer als der EU-Durchschnitt (65 % gegenüber 67 %)[5]. Bei den Angaben der Befragten zum eigenen Gesundheitszustand gibt es einen auffallenden Unterschied zwischen den Einkommensgruppen: 78 % der Deutschen im höchsten Einkommensquintil bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut, aber nur 51 % der Menschen aus dem niedrigsten Einkommensquintil tun dies (Abbildung 4).

3. Ein niedriger Bildungsstand bezieht sich auf Personen, die nur eine vorschulische Erziehung, eine Grundschulbildung oder die Unterstufe der Sekundärbildung absolviert haben (ISCED-Niveaus 0-2), während ein höherer Bildungsstand sich auf Personen mit tertiärer Bildung (ISCED-Niveaus 5-8) bezieht.

4. Diese Ungleichheiten nach Bildungsstand können teilweise darauf zurückgeführt werden, dass es einen höheren Anteil an älteren Menschen mit niedrigerem Bildungsstand gibt; dennoch können nicht alle sozioökonomischen Unterschiede dadurch erklärt werden.

5. Eigenangaben müssen mit Vorsicht interpretiert werden, insbesondere bei internationalen Vergleichen, da es sich um subjektive Beurteilungen handelt, die durch individuelle und kulturelle Erwartungen beeinflusst werden.

Abbildung 4. Viele Menschen in Deutschland berichten einen guten Gesundheitszustand, dennoch bestehen große Unterschiede zwischen Einkommensgruppen



Anmerkungen:
1. Die Anteile der Gesamtbevölkerung und der Bevölkerung mit niedrigem Einkommen sind ungefähr gleich groß.
2. Die Anteile der Gesamtbevölkerung und der Bevölkerung mit hohem Einkommen sind ungefähr gleich groß.

Quelle: Eurostat-Datenbank auf der Grundlage der EU-SILC (die Daten beziehen sich auf 2015).

3 Risikofaktoren

Verhaltensbedingte Risikofaktoren bleiben ein ernstes Problem für die öffentliche Gesundheit

Der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung und anhaltende gesundheitliche Ungleichheiten stehen mit einer Reihe von Gesundheitsfaktoren in Verbindung. Bis zu 28 % der Krankheitslast in Deutschland im Jahr 2015 (in DALYs gemessen) konnten auf verhaltensbedingte Risikofaktoren – einschließlich Ernährungsrisiko, Rauchen, Alkoholkonsum und geringe körperliche Aktivität – und einen hohen Body-Mass-Index zurückgeführt werden. Unter allen verhaltensbedingten Risikofaktoren tragen eine schlechte Ernährung und Rauchen am stärksten zu einem schlechten Gesundheitszustand in Deutschland bei (IHME, 2016).

Der Alkoholkonsum ist zurückgegangen, auch wenn das Rauschtrinken problematisch bleibt

Der Alkoholkonsum pro erwachsener Person in Deutschland beträgt 11,0 Liter und liegt damit 1 Liter über dem EU-Durchschnitt – aber fast 2 Liter unter dem Wert von 2000. Der Konsum ist in Deutschland schneller gesunken als in der gesamten EU. Dennoch ist der prozentuale Anteil der Bevölkerung, der Rauschtrinken[6] berichtet, hoch, denn einer von drei Erwachsenen gibt an, ein solches Verhalten zu betreiben. Sieht man sich den Alkoholkonsum unter Jugendlichen an, so gab etwa ein Viertel der 15-Jährigen in den Jahren 2013 und 2014 an, bereits mindestens zweimal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein. Dieser Anteil liegt geringfügig unter dem der meisten anderen EU-Länder (Abbildung 5) und ist im Laufe des vergangenen Jahrzehnts gesunken.



6. Rauschtrinken ist definiert als Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken bei einem einzigen Anlass und mindestens einmal im Monat im Verlauf des letzten Jahres.

Die Zahl der Raucher ist insgesamt zurückgegangen, dennoch besteht ein großes Geschlechtergefälle

Der Raucheranteil unter Erwachsenen (21 %) liegt dicht am EU-Durchschnitt, ist aber deutlich höher als in Ländern wie Schweden, Finnland und Luxemburg. Ungefähr ein Viertel der Männer und ein Sechstel der Frauen sind regelmäßige Raucher. Erfreulicherweise ist der Anteil an Rauchern unter Jugendlichen sehr viel schneller gesunken als im EU-Durchschnitt. Der Raucheranteil unter Mädchen im Alter von 15 Jahren fiel von 34 % in den Jahren 2001 bis 2002 auf 15 % in den Jahren 2013 bis 2014 und unter Jungen von 32 % auf 13 %, trotzdem ist er deutlich höher als in Ländern wie Schweden und Dänemark.

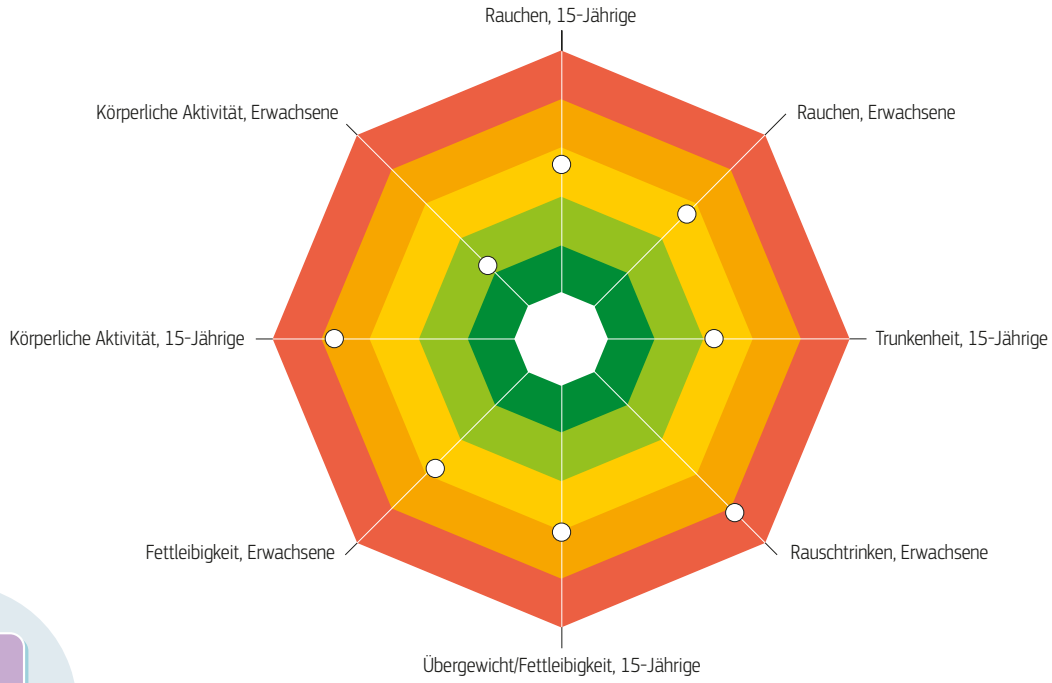
Adipositas ist in Deutschland ein zunehmendes Problem

Fettleibigkeit ist in Deutschland eine zunehmende Herausforderung. Heute sind mehr Erwachsene in Deutschland adipös als im EU-Durchschnitt (16 % gegenüber 15 % gemäß Eigenangaben), und die Prävalenz hat sich seit 2003 um beinahe ein Drittel erhöht. Übergewicht und Fettleibigkeit unter Erwachsenen haben nach Eigenangaben (die dazu neigen, die wahre Prävalenz von Fettleibigkeit zu unterschätzen) zwischen 2001 und 2002 sowie zwischen 2013 und 2014 um fast zwei Drittel zugenommen (von 11 % auf 18 %), was eine besonders alarmierende Entwicklung ist, wenn man bedenkt, dass Übergewicht bzw. Fettleibigkeit in der Kindheit und Jugend starke Prädiktoren für Übergewicht und Fettleibigkeit im Erwachsenenalter sind. Nationale Strategien, die sich auf die Vorbeugung und die Förderung gesünderer Ernährung konzentrieren, zielen darauf ab, diesem Trend Rechnung zu tragen (siehe Abschnitt 5.1).

Verhaltensbedingte Risikofaktoren treten unter benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger auf

Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind unter Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigen Bildungsstand oder Einkommen weiter verbreitet. So gibt es z. B. bei der Raucherquote unter Erwachsenen einen Unterschied von sechs Prozentpunkten zwischen Menschen mit niedrigerem und Menschen mit höherem Bildungsstand, während der Anteil an Erwachsenen, die das Rauschtrinken betreiben, in der Bevölkerungsschicht mit dem niedrigsten Bildungsstand drei Prozentpunkte über dem Anteil unter Erwachsenen mit dem höchsten Bildungsstand liegt. Bei den Raten für Adipositas ist der Unterschied zwischen Menschen mit dem niedrigsten und mit dem höchsten Bildungsstand stark und liegt bei 40 %.

Abbildung 5. Im Vergleich zur gesamten EU bleibt Deutschland hinsichtlich vieler verhaltensbedingter Risikofaktoren im Durchschnitt



Anmerkung: Je näher ein Punkt dem Zentrum ist, desto besser schneidet ein Land im Vergleich mit den anderen EU-Ländern ab. Kein Land liegt im weißen „Zielbereich", da in allen Ländern in allen Bereichen noch Fortschritte möglich sind.

Quelle: Kalkulationen der OECD auf der Grundlage der Eurostat-Datenbank (EHIS in oder um 2014), OECD-Gesundheitsstatistik und HBSC-Umfrage von 2013–2014. (Diagrammgestaltung: Laboratorio MeS).

4 Das Gesundheitssystem

Deutschland hat das älteste soziale Krankenversicherungssystem der Welt

Deutschland war das erste Land der Welt, das 1883 ein landesweites System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einführte. Noch heute erklärt dieses Vermächtnis die beiden wichtigsten Merkmale des Systems: eine Vielzahl an Krankenkassen und eine starke Rolle der Selbstverwaltungsorgane in der Regulierung sowie die unübliche Koexistenz von GKV und einer substitutiven privaten Krankenversicherung (PKV) zur Finanzierung.

Eine starke Selbstverwaltung kennzeichnet die Organisation und Regulierung des Systems

Das Gesundheitssystem weist eine komplexe Steuerungsstruktur auf. Während die Bundesregierung lediglich den Rechtsrahmen festlegt, definiert der Gemeinsame Bundesausschuss – das höchste entscheidungsbefugte Selbstverwaltungsorgan des Landes – die regulatorischen Details in Form von Richtlinien. Der Gemeinsame Bundesausschuss besteht aus Vertretern von Verbänden der Krankenkassen, Ärzte/Zahnärzte und Krankenhäuser sowie drei unabhängigen Mitgliedern (nebst Patientenvertretern, die allerdings kein Stimmrecht haben). Er trifft Entscheidungen über den Leistungskatalog der GKV, Erstattungssysteme und die Qualitätssicherung. Die Bundesländer überwachen die Selbstverwaltungsorgane auf Länderebene und sind für Krankenhausplanung und -investitionen sowie für die medizinische Ausbildung verantwortlich.

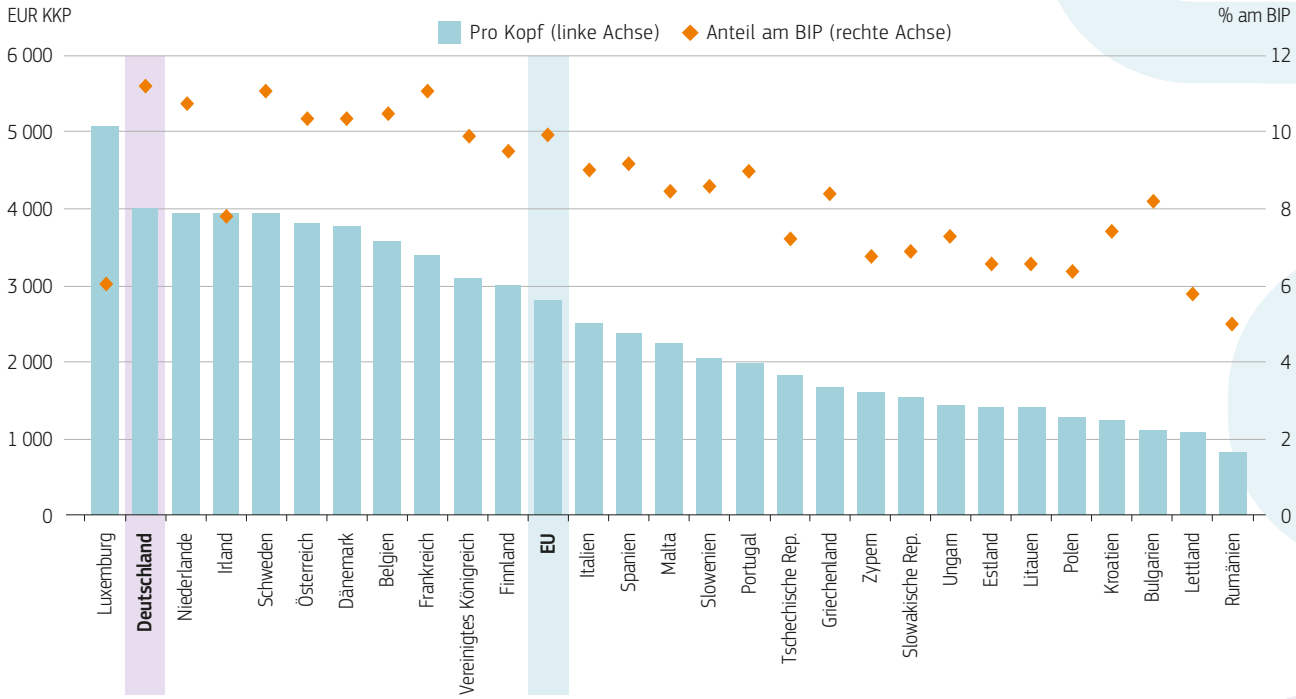
Die Gesundheitsausgaben gehören zu den höchsten in der EU

Das deutsche Gesundheitssystem ist relativ teuer: Die Gesundheitsausgaben pro Kopf sind die zweithöchsten in der EU (3 996 EUR im Jahr 2015) – 43 % über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 6) – und sind seit 2005 schneller angestiegen als im EU-Durchschnitt. Deutschland gibt EU-weit auch den höchsten Anteil seines BIP für Gesundheit aus (11,2 % im Jahr 2015, EU-Durchschnitt: 9,9 %). Die hohen Ausgaben in Deutschland sind vorwiegend auf die hohen öffentlichen Ausgaben zurückzuführen: 84,5 % der gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 wurden aus öffentlichen Geldern finanziert – erneut der höchste Anteil in der EU.

Die Koexistenz von GKV und PKV gewährleistet einen nahezu flächendeckenden Krankenversicherungsschutz

In Deutschland gibt es eine allgemeine Krankenversicherungspflicht, so dass der Krankenversicherungsschutz nahezu flächendeckend ist. Im Jahr 2017 gab es 113 Krankenkassen, bei denen 88 % der Bevölkerung innerhalb des Systems der GKV versichert waren und die ungefähr 58 % der gesamten Gesundheitsausgaben finanzierten. Die PKV deckt 10 % der Gesamtbevölkerung ab, während die Restbevölkerung (z. B. Soldaten und Polizeibeamte) durch spezielle Programme erfasst wird.

Abbildung 6. Deutschland gibt den höchsten Anteil am BIP für die Gesundheit aus



Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik; Eurostat-Datenbank; WHO Global Health Expenditure Database (die Daten beziehen sich auf 2015).

Angestellte, deren Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze liegt (54 900 EUR pro Jahr im Jahr 2015), sind automatisch in der GKV versichert. Menschen, deren Einkommen über dieser Grenze liegt, sowie Selbstständige und Beamte können sich entscheiden, ob sie in der substitutiven PKV versichert sein wollen oder auf freiwilliger Basis in der GKV verbleiben (siehe Abschnitt 5.2).

Für GKV und PKV gelten bei der Finanzierung und Vergütung unterschiedliche Regeln

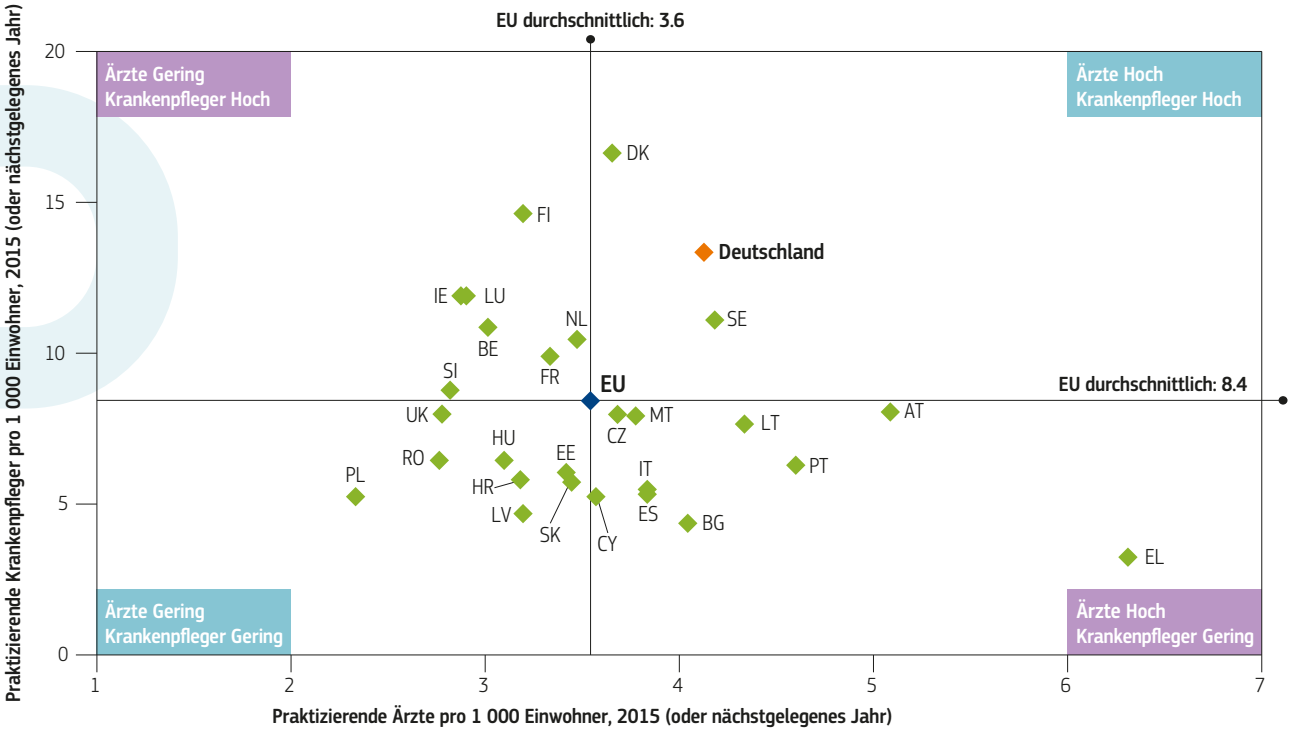
Die Beiträge zur GKV sind lohnbezogen und in den verschiedenen Krankenkassen ungefähr gleich hoch. Die Einnahmen der GKV werden mit Steuersubventionen im zentralen Gesundheitsfonds zusammengeführt und den Krankenkassen dann gemäß einer Risikoausgleichsregelung wieder zugeteilt (siehe Abschnitt 5.3). Die Krankenkassen bezahlen ambulante Behandlungen aus einem Gesamtbudget, das an die regionalen kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt wird. Die einzelnen Ärzte erhalten im Rahmen von praxisorientierten Budgets eine Einzelleistungsvergütung und für bestimmte Leistungen eine Vergütung außerhalb dieser Budgets. Stationäre Behandlungen werden durch diagnosebezogene Fallpauschalen vergütet. Die Beiträge zur PKV hängen vom individuellen Gesundheitsrisiko ab, und die Vergütung der Leistungserbringer durch die PKV ist höher als durch die GKV. Dieser Unterschied in der Vergütung, insbesondere in der ambulanten Behandlung, gibt hinsichtlich der Gerechtigkeit Anlass zu Bedenken (siehe Abschnitt 5.2).

Die hohe Bettenanzahl in deutschen Krankenhäusern führt zu einer geringen Quote an Personal pro Bett

Deutschland verfügt über einen sehr großen stationären Krankenhaussektor. Pro 100 000 Einwohner gibt es 813 Betten, die höchste Quote in der EU und 58 % über dem Durchschnitt. Die Bettenkapazität ist seit 2000 nur um 11 % verringert worden, während Länder wie Finnland oder Dänemark ihre Kapazitäten im gleichen Zeitraum um mehr als 40 % gesenkt haben.

Deutschland weist außerdem hohe und steigende Zahlen an Ärzten und Krankenpflegern auf. Sowohl das Verhältnis an der Bevölkerung als auch die Wachstumsrate liegt weit über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 7). Die Anzahl der Ärzte ist insbesondere bei Krankenhausärzten stark gestiegen. Seit 2004, als die diagnosebezogene Fallpauschalen in der Krankenhausvergütung eingeführt wurden, ist die Anzahl der Ärzte in Krankenhäusern gemessen in Vollzeitäquivalenten um 30 % gestiegen (von 125 000 auf 163 000 im Jahr 2015). Dennoch ist die Quote der Ärzte pro Bett angesichts der hohen Anzahl an Krankenhausbetten relativ gering, und die Quote an Krankenpflegern pro Bett ist eine der niedrigsten in der EU.

Abbildung 7. Deutschland weist relativ zur Bevölkerung vergleichsweise hohe Zahlen an Ärzten und Krankenpflegern auf



Anmerkung: In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle Ärzte, die eine Zulassung haben, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzte führt (z. B. ungefähr 30 % in Portugal). In Österreich und Griechenland wird die Anzahl der Krankenpfleger unterschätzt, da nur im Krankenhaus tätige Pfleger berücksichtigt werden.

Quelle: Eurostat-Datenbank.

Die Versorgung ist durch eine hohe Aktivität gekennzeichnet

Patienten haben freie Arztwahl, und es gibt kein formales Gatekeeping-System. Ungefähr 150 000 – zumeist niedergelassene – Ärzte bieten eine ambulante Behandlung, wobei 42 % als Hausärzte eine medizinische Grundversorgung bieten und 58 % eine fachärztliche Behandlung. Die Krankenhausversorgung bleibt aus rechtlichen und finanziellen Gründen vorwiegend auf die stationäre Behandlung beschränkt. Gesetzlich und privat versicherte Patienten nutzen dieselben Ärzte und Krankenhäuser, unabhängig von den unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen.

Das Aktivitätsniveau ist sowohl im ambulanten Sektor als auch im stationären Sektor hoch. Jeder Mensch geht im Durchschnitt 10-mal im Jahr zum Arzt und damit häufiger als in den meisten anderen EU-Ländern. Tatsächlich legen andere nationale Datenquellen sogar eine noch höhere Anzahl an Arztbesuchen nahe. Die Krankenhauseinweisungsrate beträgt 255 pro 1000 Einwohner und ist damit die dritthöchste in der EU (nach Österreich und Bulgarien).

Trotz der Reformversuche zu einer verbesserten Koordinierung besteht weiterhin eine Fragmentierung der Versorgung

In Deutschland gibt es eine vergleichsweise starke Trennung zwischen der ambulanten Behandlung und der Krankenhausversorgung sowie zwischen der hausärztlichen Versorgung und der ambulanten fachärztlichen Behandlung. Dies hat zu einem Mangel an Kontinuität und Koordinierung geführt, was möglicherweise negative Folgen für die Qualität und Effizienz der Versorgung hat. Seit 2002 sind jedoch schrittweise Disease-Management-Programme und neue Modelle der integrierten Versorgung eingeführt worden, die auf eine Verbesserung der Versorgung, insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen, abzielen.

5 Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems

5.1 **WIRKSAMKEIT**

Die vermeidbare Sterblichkeit in Deutschland liegt unter dem EU-Durchschnitt, aber über jener der führenden Ländern

Das deutsche Gesundheitssystem trägt effektiv dazu bei, Sterbefälle zu verhindern, die durch eine rechtzeitige und wirksame medizinische Versorgung vermeidbar sind (z. B. Sterbefälle durch Brustkrebs und ischämische Herzerkrankung).[7] Abbildung 8 zeigt, dass die durch medizinische Versorgung vermeidbare Sterblichkeit sowohl für Männer als auch Frauen leicht unter dem EU-Durchschnitt liegt. Dennoch wurden ungefähr 87 000 Sterbefälle bzw. 10 % aller Sterbefälle in Deutschland im Jahr 2014 (ein Rückgang von 12 % im Jahr 2009) immer noch durch eine höhere Qualität und rechtzeitigere Versorgung als vermeidbar angesehen. Im Vergleich dazu wurden in Frankreich weniger als 8 % aller Sterbefälle als vermeidbar angesehen, und die vermeidbare Sterblichkeit ist mehr als 30 % niedriger als in Deutschland.

Die Krebsversorgung ist wirksam, und bevölkerungsweite Früherkennungsprogramme konnten die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen verbessern

Nach den Programmdaten der CONCORD ist Deutschland unter den zehn führenden Ländern hinsichtlich der Überlebensraten bei Brust-, Gebärmutterhals- und Dickdarmkrebs. Diese Quoten sind im Zeitverlauf relativ stabil geblieben oder haben sich seit 2000 leicht verbessert. Die Teilnahmequoten an Vorsorgeuntersuchungen sind hoch. Laut Befragungsdaten der EHIS-Umfrage 2014 hatten 80,4 % der Frauen im Alter von 20 bis 69 in den letzten drei Jahren eine Vorsorgeuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs, und 73,5 % der Frauen im Alter von 50 bis 69 hatten in den letzten zwei Jahren eine Vorsorgeuntersuchung auf Brustkrebs.

Die durch Vorsorgemaßnahmen vermeidbare Sterblichkeit liegt ungefähr im Durchschnitt, es sind jedoch Verbesserungen möglich

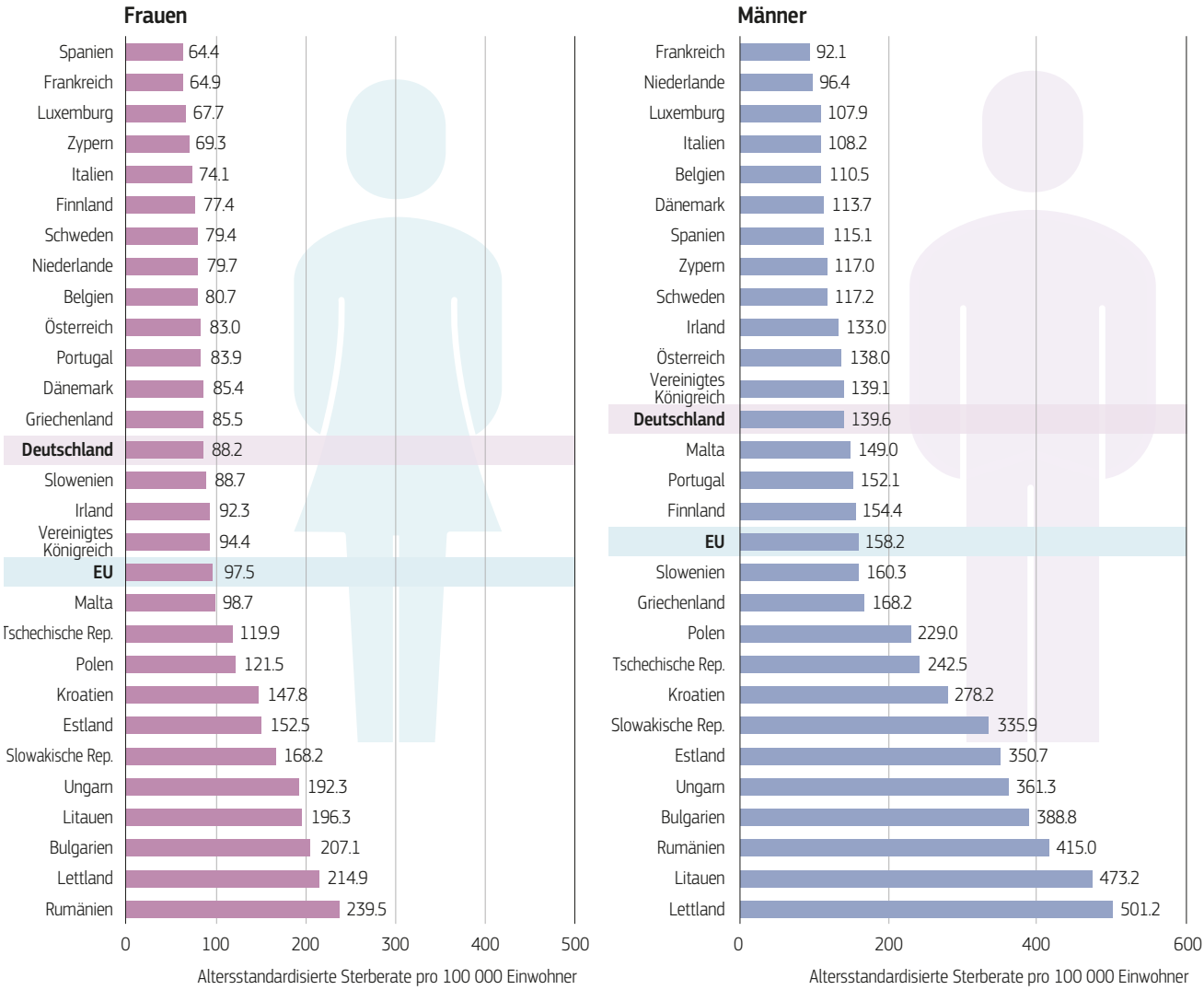
Die durch Vorsorgemaßnahmen vermeidbare Sterblichkeit, wie z. B. die durch Alkohol- und Tabakkonsum oder Verkehrsunfälle bedingte Sterblichkeit, ist in Deutschland in den letzten Jahren erheblich zurückgegangen, was im Einklang mit dem Trend in den meisten EU-Ländern steht. Die Sterblichkeit durch Verkehrsunfälle liegt bei 4,6 pro 100 000 Einwohnern und damit unter dem EU-Durchschnitt (5,8), aber deutlich über der Quote im Vereinigten Königreich (2,8). Die Sterblichkeit durch Verkehrsunfälle ist vorwiegend ein Problem unter Männern, die dreimal häufiger auf deutschen Straßen sterben (7,3) als Frauen (2,1). Die alkoholbedingte Sterblichkeit liegt über dem EU-Durchschnitt (19,4 in Deutschland gegenüber 15,7 im Durchschnitt). Andere Länder in der EU, wie z. B. Italien, weisen eine erheblich geringere alkoholbedingte Sterblichkeit auf.

Prävention und Gesundheitsförderung stehen auf der politischen Agenda

Auf politischer Ebene hat es beträchtliche Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention und der Gesundheitsförderung in Deutschland gegeben. Das jüngste Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention regelt die Impfpolitik und

7. Die vermeidbare Sterblichkeit ist definiert als vorzeitiger Tod, der durch rechtzeitige und wirksame medizinische Versorgung hätte verhindert werden können.

Abbildung 8. Die durch medizinische Versorgung vermeidbare Sterblichkeit liegt leicht über dem EU-Durchschnitt



Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2014).

entwickelt Früherkennungsuntersuchungen weiter. Die Krankenkassen und Pflegekassen investieren erhebliche Ressourcen in die Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten, Schulen, am Arbeitsplatz und in Langzeitpflegeeinrichtungen. Der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung" verfolgt das Ziel, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland für die gesamte Bevölkerung bis zum Jahr 2020 nachhaltig zu verbessern, wobei ein Schwerpunkt auf Kindern und Jugendlichen liegt. Außerdem hat das Bundesgesundheitsministerium einen Förderschwerpunkt auf Forschung im Bereich der Fettleibigkeit bei Kindern eingerichtet.

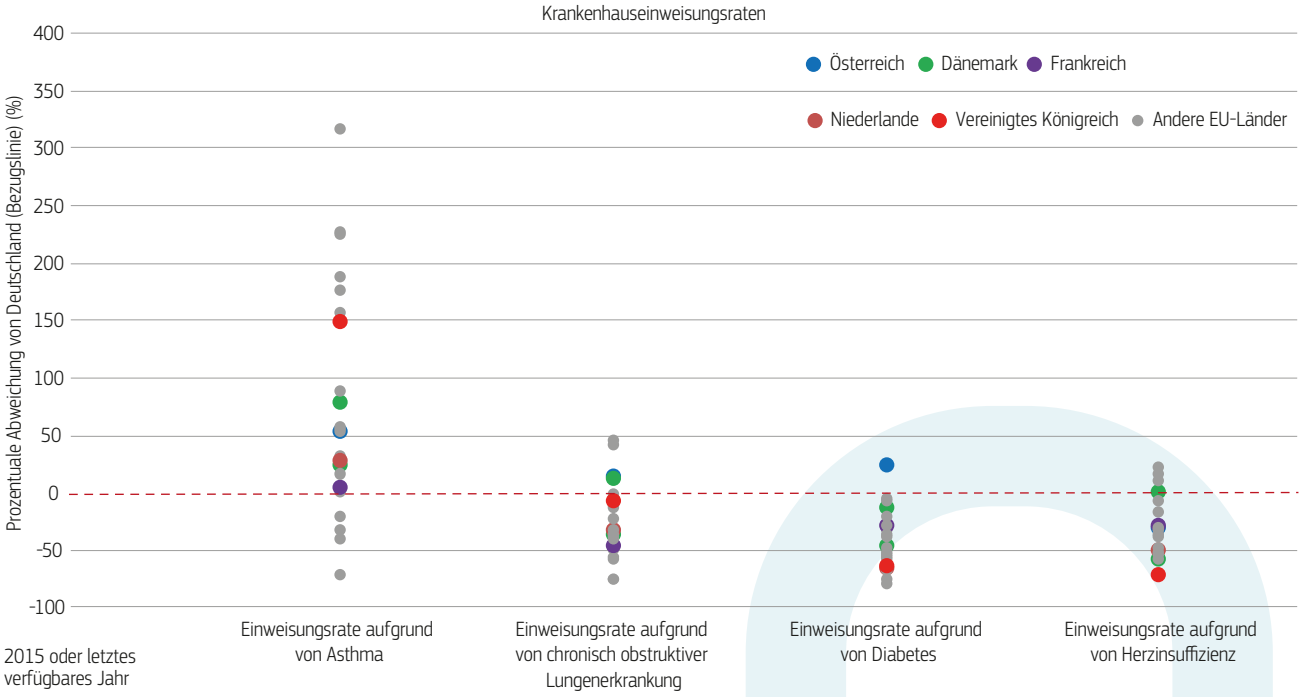
Die Anzahl der Masernausbrüche ist in den letzten Jahren gestiegen

Die Impfraten für Masern liegen seit 2004 stabil bei 97 %, was fast dem EU-Durchschnitt entspricht. Es hat in den letzten Jahren jedoch gelegentlich Masernausbrüche gegeben, da die Impfrate unter Impfgegnern gering ist. In den ersten vier Monaten des Jahres 2017 meldete Deutschland 583 Fälle von Masern, was die Gesamtzahl der 2016 gemeldeten 326 Fälle überstieg. Im Gegensatz dazu liegt die Impfrate für Hepatitis B (HepB3) bei 1-Jährigen nur bei 88 % und damit unter dem EU-Durchschnitt von 90 %; nur Schweden und Finnland weisen geringere Raten auf. Ungefähr jede dritte Person unter älteren Menschen ist gegen die saisonale Grippe geimpft, was nahe am EU-Durchschnitt liegt.

Eine hohe Anzahl an Krankenhauseinweisungen könnte auf Lücken in der ambulanten Versorgung hinweisen

Die Rate an Krankenhauseinweisungen für Asthma sind im Vergleich zu anderen EU-Ländern gering. Jedoch sind die Einweisungsquoten für chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Herzinsuffizienz und Diabetes in Deutschland höher als im EU-Durchschnitt (Abbildung 9). Krankenhauseinweisungen von Patienten mit diesen Erkrankungen werden in der Regel als vermeidbar eingestuft, weil sie in ambulanter Versorgung wirksam behandelt werden können. Dennoch könnte die Prävalenz dieser Krankheiten die Abweichungen der Quoten in den

Abbildung 9. Hohe Einweisungsraten bei Patienten mit chronischen Erkrankungen im Vergleich zu anderen Ländern



Anmerkung: Die Einweisungsraten wurden nicht nach Prävalenz dieser Erkrankungen oder nach der Altersstruktur der Bevölkerung bereinigt.

Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2015 oder das letzte verfügbare Jahr).

verschiedenen Ländern zum Teil erklären. Es ist jedoch klar, dass ein Mangel an Koordinierung bei der ambulanten Versorgung und die starren Sektorengrenzen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung Probleme im deutschen Gesundheitssystem darstellen, die möglicherweise zu den höheren Quoten beitragen.

Mängel bei der ambulanten Versorgung bestehen trotz der hohen Inanspruchnahme von Disease-Management-Programmen

Disease-Management-Programme sind seit 2002 schrittweise eingeführt worden, um vermeidbaren Krankenhauseinweisungen Rechnung zu tragen. Bis Ende 2015 ist die Zahl der Teilnehmer an Disease-Management-Programmen auf 6,6 Millionen Versicherte gestiegen, doch die Quote an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen von Patienten ist stabil geblieben. Erklärung hierfür könnte zum einen sein, dass die am meist gefährdeten Bevölkerungsgruppen häufig nicht als potentielle Teilnehmer für Disease-Management-Programme erkannt werden oder nicht in solche aufgenommen werden (Rathman et al., 2013), und zum anderen eine übermäßige Bettenkapazität in den Krankenhäusern (Burgdorf und Sundmacher, 2014).

Der erst kürzlich eingeführte Medikationsplan für Patienten, die drei oder mehr Medikamente einnehmen, zielt auf eine bessere Koordinierung und Verschreibungspraxis ab. Der Medikationsplan liegt bisher nur in Papierform vor, welcher von den Patienten verwahrt wird, er soll aber ab 2018 auf den elektronischen Gesundheitskarten gespeichert werden.

Andere Qualitätsindikatoren geben ein uneinheitliches Bild

Die Sterblichkeitsziffern im stationären Bereich sind für Schlaganfallpatienten relativ gering, aber für Patienten mit akutem Myokardinfarkt hoch (OECD, 2017). Im Allgemeinen werden stationäre Leistungen oftmals in einer Vielzahl kleiner Krankenhäuser bereitgestellt, in denen es oft an den für eine qualitativ hochwertige Versorgung erforderlichen personellen Ressourcen (Verfügbarkeit von Spezialisten rund um die Uhr) und der erforderlichen technischen Ausstattung (Computertomografen, Intensivstation) fehlt. Die Qualität der Versorgung ist bei der Krankenhausplanung bisher relativ wenig berücksichtigt worden.

Mehrere Reformen haben die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Qualitäts-Transparenz ins Visier genommen

Im Januar 2015 ist ein neues Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) gegründet worden, um die Qualität der Gesundheitsversorgung für Patienten transparenter zu machen. Qualitätssicherung wird in Deutschland traditionell zwischen dem ambulanten Sektor und dem stationären Sektor getrennt. Eine öffentliche Berichterstattung über die Krankenhausqualität gibt es seit vielen Jahren, doch sind Informationen über die Qualität der ambulanten Versorgung größtenteils nicht verfügbar. Das IQTiG ist mit der Aufgabe betraut, die bestehenden separaten Programme zur Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich zu harmonisieren. Zudem wird das IQTiG Qualitätsindikatoren entwickeln, die eine qualitätsorientierte Planung der Krankenhauskapazitäten sowie die geplante Einführung einer leistungsabhängigen Vergütung für Krankenhäuser stützen.

5.2 ZUGANG

Der Versicherungsschutz in der Bevölkerung ist fast flächendeckend, dennoch können bestimmte Gruppen immer noch durch die Lücken im System fallen

Das deutsche Gesundheitssystem gewährleistet durch eine Reihe an Mechanismen (siehe Abschnitt 4) einen nahezu flächendeckenden Krankenversicherungsschutz (99,9 % der Bevölkerung). Es besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Krankenversicherung. Dennoch wird geschätzt, dass ungefähr 0,1 % der Bevölkerung (79 000 Menschen) 2015 keine Versicherung hatten. Diese Personen fallen durch die Lücken des Systems, entweder aufgrund der administrativen Hürden oder weil sie die Beiträge der PKV oder GKV nicht bezahlen können (z. B. Selbstständige mit niedrigem Einkommen). Ein besonderes Problem besteht für Migranten ohne gültige Ausweispapiere, die (theoretisch) ein Recht auf eine Gesundheitsversorgung haben, tatsächlich aber aufgrund von Sprachbarrieren oder aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen keinen Zugang zur Versorgung haben.

Ein wesentliches Hindernis für nicht versicherte Menschen, die sich (wieder) versichern wollen, liegt darin, dass sie rückwirkend auch für die Zeit, in der sie (noch) nicht versichert waren, Versicherungsbeiträge (zuzüglich Zinsen) zahlen müssen. Im Versuch, dieses Problem anzugehen, hat das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (2013) diese Schulden für alle, die sich zwischen August und Dezember 2013 (wieder) versichert haben (ca. 33 000 Menschen), getilgt und die Zinsen auf Zahlungsrückstände gesenkt.

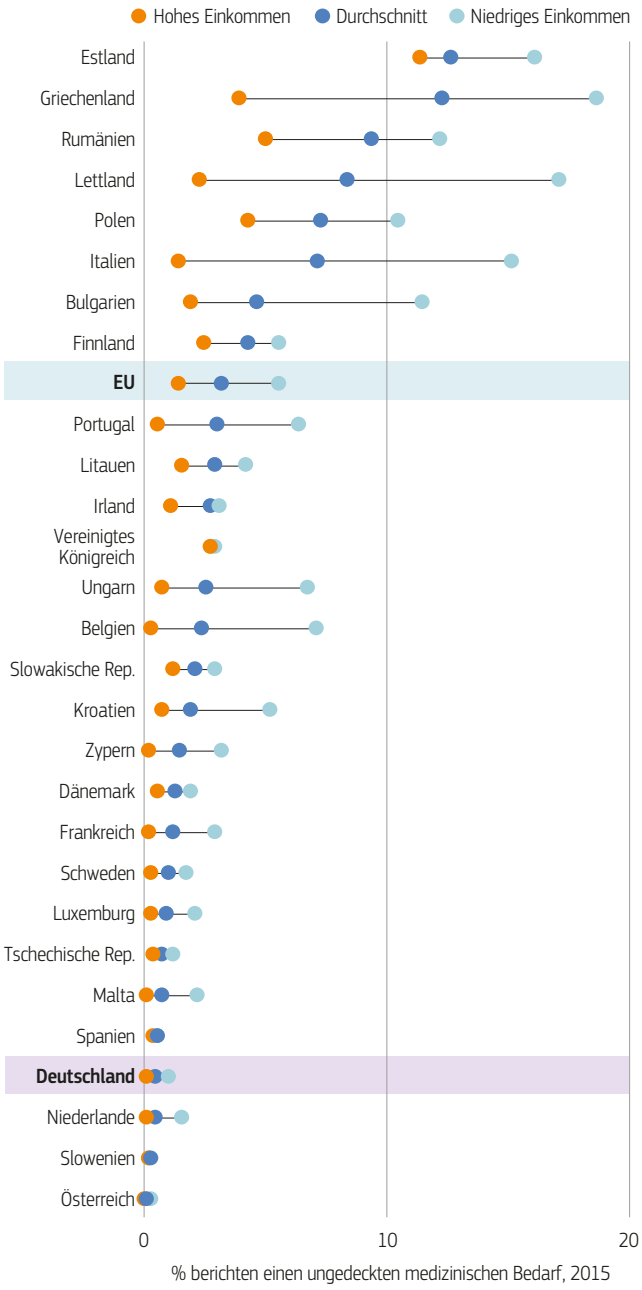
Der Verzicht auf medizinische Versorgung ist laut Eigenangaben in Deutschland sehr gering

Nur 0,5 % der Bevölkerung geben an, auf erforderliche Behandlungen verzichtet zu haben (Abbildung 10) – einer der niedrigsten Anteile in Europa. Wie in den meisten EU-Ländern ist unter Menschen in niedrigeren Einkommensgruppen der ungedeckte medizinische Behandlungsbedarf größer als unter Menschen in höheren Einkommensgruppen. In Deutschland berichtet 1 % der Menschen des niedrigsten Einkommensquintils für das Jahr 2015 einen ungedeckten medizinischen Behandlungsbedarf, während der Anteil im höchsten Einkommensquintil bei 0,1 % liegt. Dennoch ist der Unterschied zwischen den Einkommensgruppen in Deutschland geringer als in den meisten anderen Ländern. Interessanterweise zeigt eine vor Kurzem durchgeführte nationale Studie, dass der ungedeckte Bedarf nach Eigenangaben in Deutschland im Zusammenhang mit wahrgenommener Diskriminierung steht (z. B. durch längere Wartezeiten oder keinen PKV-Schutz) statt mit finanziellen Hürden (Röttger et al., 2016).

Die Koexistenz von GKV und PKV widerspricht dem Solidarprinzip und führt zu verzerrten Zahlungsanreizen

Deutschland bildet eine Ausnahme, insofern es höheren Einkommensgruppen, die zu einer besseren Gesundheit neigen, den Austritt aus dem GKV-System erlaubt. Dies widerspricht dem

Abbildung 10. Der ungedeckte medizinische Behandlungsbedarf ist laut Eigenangaben in Deutschland sehr gering



Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund von Kosten, Anfahrtswegen oder Wartezeiten. Beim Vergleich dieser Daten über Länder hinweg 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 2015).

Solidarprinzip, das der GKV innewohnt und nach dem die Beiträge von der Zahlungsfähigkeit abhängen, die Leistungen aber nach Bedarf bereitgestellt werden. Zudem ist die ärztliche Vergütung bei der ambulanten Versorgung für PKV-Patienten höher als für GKV-Patienten, was PKV-Patienten finanziell attraktiver macht und Anlass zu Bedenken hinsichtlich der Gerechtigkeit in Bezug auf längere Wartezeiten für GKV-Patienten gibt (Klein und von dem Knesebeck, 2016).

Das Leistungsspektrum umfasst auch die zahnärztliche Versorgung bei Erwachsenen

Die GKV deckt ein breites Leistungsspektrum ab und einzelne Krankenversicherungen können ihren Versicherten weitere Dienstleistungen anbieten. Im Vergleich zu einigen Ländern (z. B. den Niederlanden und Norwegen) umfasst das deutsche Leistungsspektrum auch die zahnärztliche Versorgung, den Zahnersatz und die Kieferorthopädie – auch wenn hierfür beträchtliche Zuzahlungen anfallen. Die alternative und ergänzende Medizin ist größtenteils von der GKV ausgeschlossen, obwohl einige Krankenkassen für Homöopathie, Osteopathie und Akupunktur aufkommen. Eine Besonderheit ist, dass das deutsche Leistungsspektrum alle zugelassenen verschreibungspflichtigen Medikamente umfasst, d. h. es gibt keine Positivliste abgedeckter Pharmazeutika. Stattdessen verlässt sich Deutschland weitgehend auf Preismechanismen, um die pharmazeutische Versorgung zu regulieren.

Migranten haben nur zu einem begrenzten Leistungsspektrum Zugang

Es gibt in Deutschland einige Bevölkerungsgruppen, die nur zu einem begrenzten Leistungsspektrum Zugang haben. Dazu gehören insbesondere Asylbewerber, Geflüchtete und irreguläre Migranten während der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts in Deutschland. In diesem Zeitraum haben sie nur in Fällen akuter oder schmerzhafter Zustände einen gesetzlichen Anspruch auf Versorgung sowie für alle Behandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Kontrolluntersuchungen bei Kindern und Impfungen. In der Praxis bestehen jedoch beträchtliche regionale Unterschiede beim Zugang von Migranten zur Gesundheitsversorgung, da jedes Bundesland seine eigenen Vorschriften erlassen kann – und manche Bundesländer bieten Zugang zum normalen Leistungsspektrum.

Die privaten Zuzahlungen in Deutschland sind niedrig, was darauf hindeutet, dass das Gesundheitssystem erschwinglich ist

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist im Allgemeinen erschwinglich. Die Patienten zahlen nur ungefähr 13 % der gesamten Gesundheitsausgaben aus eigener Tasche, und damit weniger als im EU-Durchschnitt (15 %). In der Tat ist dieser Anteil nur noch in Frankreich, Luxemburg und den Niederlanden geringer. Außerdem machen die privaten Zuzahlungen nur 1,8 % des Endverbrauchs der privaten Haushalte aus – wiederum ist dieser Anteil nur in Frankreich, Luxemburg, dem Vereinigten Königreich und Rumänien geringer. Der Anteil der privaten Zuzahlungen stieg von 12,8 % im Jahr 2003 auf 14,2 % im Jahr 2005, als eine Reihe von Patientengebühren eingeführt oder erhöht wurden. Insbesondere die Zuzahlung von 10 EUR pro Erstbesuch eines Arztes im Quartal war sehr unbeliebt und wurde 2013 ausgesetzt, was den Anteil der privaten Zuzahlungen wieder auf 14 % senkte.

Private Zuzahlungen fallen vorwiegend im Zusammenhang mit medizinischen Waren und Langzeitpflege an

Die wichtigsten Kategorien für private Zuzahlungen in Deutschland sind medizinische Waren (37 % der privaten Zuzahlungen im Jahr 2015), hierbei vorwiegend für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Hilfsmittel (z. B. Brillengläser und Hörgeräte), Langzeitpflege (33 % der privaten Zuzahlungen) und die zahnärztliche Versorgung (15 % der privaten Zuzahlungen). Die Ausgaben für sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die von Ärzten im Rahmen der ambulanten Versorgung erbracht werden, sind von wachsender Bedeutung. Es handelt sich dabei um Leistungen, die nicht von der GKV abgedeckt werden, weil ihr therapeutischer Nutzen (noch) nicht bewiesen worden ist. Seit Ende der 1990er-Jahre sind solche Leistungen beträchtlich erweitert worden.

Die hohe Dichte an Ärzten und Krankenhäusern trägt zur guten Verfügbarkeit von Dienstleistungen bei

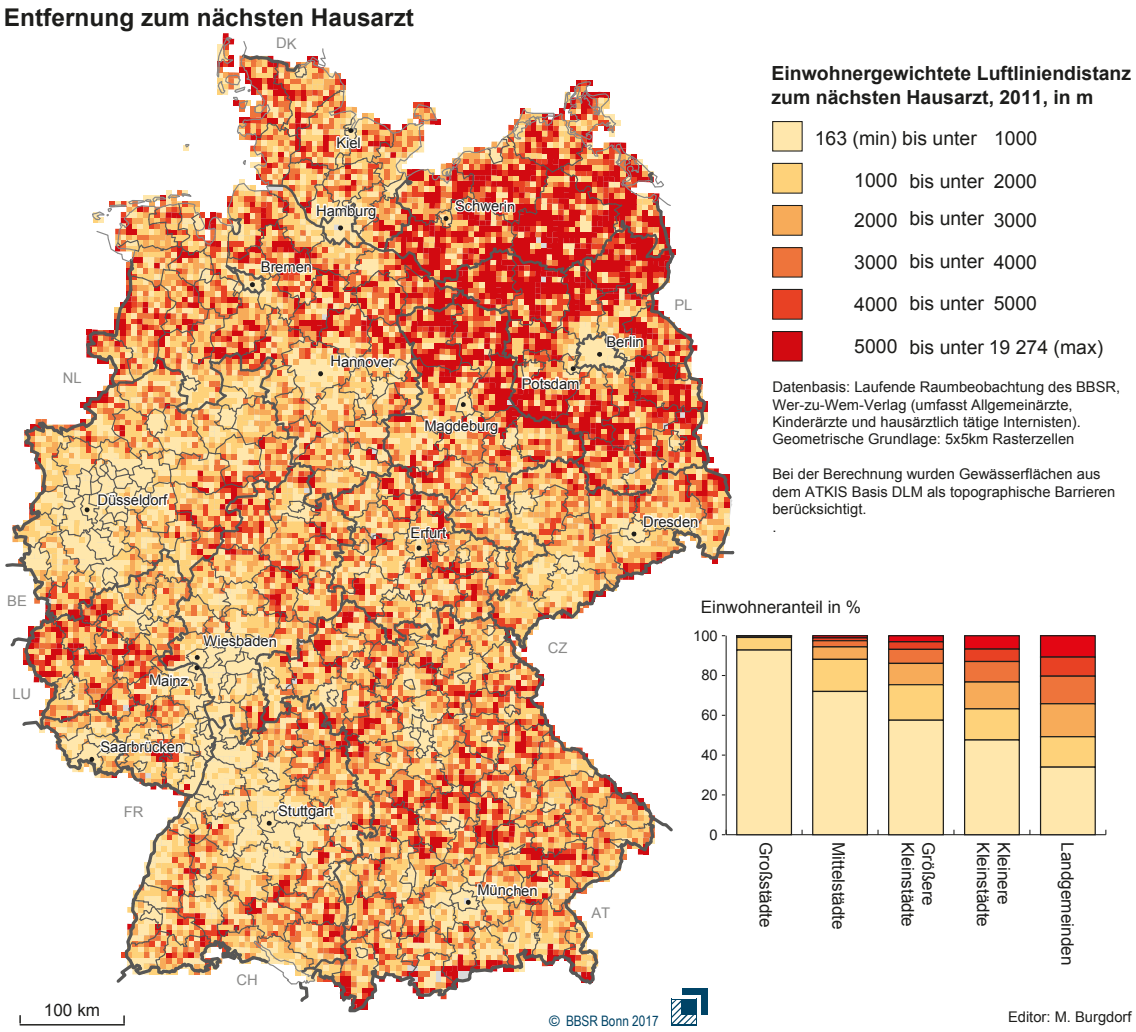
Die Dichte an Ärzten, Krankenpflegern und Krankenhäusern in Deutschland gehört zu den höchsten in Europa (siehe Abschnitt 4). Dies gewährleistet, dass die Verfügbarkeit von Dienstleistungen im Allgemeinen sehr gut ist: Ungefähr die Hälfte der Bevölkerung kann innerhalb von 10 Minuten mit dem Auto ein Krankenhaus erreichen und 99 % innerhalb von einer halben Stunde (Leber und Scheller-Kreinsen, 2015). Die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland ist weniger als 1 km vom nächstgelegenen Allgemeinarzt entfernt, und selbst in ländlichen Gebieten leben ungefähr 90 % der Bevölkerung weniger als 5 km vom nächstgelegenen Allgemeinarzt entfernt (Abbildung 11). Internationale Daten zeigen, dass die Dichte an Betten und Ärzten selbst in Regionen mit den niedrigsten Quoten immer noch über dem oder dicht am Durchschnitt der meisten anderen EU-Länder liegt.

Ungedeckter Bedarf aufgrund von Wartezeiten oder Entfernungen existiert so gut wie nicht in Deutschland (EU-SILC). Die Daten aus der internationalen Umfrage des Commonwealth Fund zur internationalen Gesundheitspolitik aus dem Jahr 2016 zeigen, dass die Wartezeiten für Termine bei Fachärzten in Deutschland am niedrigsten sind: Nur 3 % der Umfrageteilnehmer warteten 2 Monate oder länger.

Mehrere Reformen haben auf eine Verbesserung der Verfügbarkeit in ländlichen Gebieten abgezielt

Nationale Daten zeigen, dass einige ländliche Gebiete, insbesondere in den östlichen Bundesländern, einen akuten Mangel an Ärzten haben, und mehrere Reformen der letzten Zeit gehen mögliche Zugangsprobleme an. So ermöglicht beispielsweise das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV von 2015 den Gemeinden, Medizinische Versorgungszentren einzurichten, und Krankenhäusern, in unterversorgten Gegenden auch ambulante Behandlungen anzubieten. Außerdem erhalten Ärzte, die in unterversorgten Gegenden arbeiten, finanzielle Anreize.

Abbildung 11. Der Großteil der Bevölkerung lebt weniger als 1000 m vom nächstgelegenen Allgemeinarzt entfernt



Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2017.

5.3 ANPASSUNGSFÄHIGKEIT[8]

Finanzielle Rücklagen im GKV-System können zukünftige Einnahmeausfälle abfedern

Das günstige wirtschaftliche und steuerliche Klima in den letzten Jahren hat dazu geführt, dass Krankenkassen und der zentrale Gesundheitsfonds gemeinsam finanzielle Rücklagen von 25 Milliarden EUR bis Ende 2016 angesammelt haben – was mehr als 10 % der jährlichen Gesamtausgaben des GKV-Systems entspricht. Diese Rücklagen sind groß genug, um erhebliche mögliche Einnahmeausfälle aufzufangen. Zudem haben antizyklische Maßnahmen zur Belastbarkeit in Krisenzeiten beigetragen, z. B. während der Finanzkrise 2009, weil die Regierung für GKV-Beiträge Arbeitsloser aufkommt und die Verantwortung für Einnahmeausfälle des zentralen Gesundheitsfonds übernimmt. Während der Finanzkrise nutzte die Regierung den zentralen Gesundheitsfonds auch, um allgemeine Steuereinnahmen ins GKV-System zu kanalisieren und den Beitragssatz zwischen Mitte 2009 und Ende 2010 von 15,5 % auf 14,9 % der beitragspflichtigen Einkommen zu verringern.

8. Die Anpassungsfähigkeit bezieht sich auf die Kapazität von Gesundheitssystemen, sich wirksam an sich verändernde Umgebungen, plötzliche Schocks oder Krisen anzupassen.

Die zukünftige Nachhaltigkeit der Langzeitpflege steht auf der politischen Agenda

Drei kürzlich erlassene Langzeitpflegestärkungsgesetze haben das Leistungsspektrum beträchtlich erweitert. Dies war an eine Erhöhung der Versicherungsbeitragssätze um 0,5 Prozentpunkte gekoppelt. Ein Teil dieser Erhöhung (0,1 Prozentpunkte) wird verwendet, um einen Vorsorgefonds für die Langzeitpflege einzurichten, der die zukünftigen Beiträge ab 2035 stabilisieren soll. Dennoch hängt die langfristige Stabilität der Langzeitpflegeversicherung stark von den zukünftigen demografischen Entwicklungen und der Migration ab, die beide schwer vorherzusagen sind. Das Medianalter der deutschen Bevölkerung ist das höchste in der EU, und die Geburtsraten blieben niedrig, haben sich aber seit 2010 verbessert. Der Bericht über die demografische Alterung 2015 der Europäischen Kommission – also vor den Reformen zur Langzeitpflege – zeigt, dass die öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege als Anteil am BIP in Deutschland unter dem EU-Durchschnitt liegen, aber in einigen Szenarien wird ein Übersteigen des EU-Durchschnitts bis 2040 prognostiziert (Europäische Kommission und Ausschuss für Wirtschaftspolitik, 2015).

Die Abhängigkeit von ausländischen Ärzten und Krankenpflegern nimmt zu

Trotz verhältnismäßig hoher und steigender Zahlen an Ärzten und Krankenpflegern in Deutschland gibt es einen Mangel an Gesundheitspersonal in ländlichen Gebieten und in einigen Fachrichtungen (siehe Abschnitt 4). Die Zahl der Medizinstudiumabsolventen ist seit 2000 stabil geblieben und übertrifft die Zahl der ausscheidenden Ärzte. Zudem hängt das deutsche Gesundheitssystem zunehmend von Ärzten aus dem Ausland ab, die 11 % aller 2015 in Deutschland praktizierenden Ärzte (gegenüber 4 % im Jahr 2000) und 30 % aller neu registrierten Ärzte ausmachten. Die Zahl der Krankenpflege-Absolventen ist seit 2000 um ein Drittel gestiegen, und ungefähr 12 % der aktiven Krankenpfleger in Deutschland haben einen Migrationshintergrund.

Eine sehr große Menge erbrachter Leistungen lässt Zweifel an der Angemessenheit der Versorgung aufkommen

Deutschland weist eine große Menge an Gesundheitsleistungen auf: Die Zahl der ambulanten Kontakte ist unter den höchsten in der EU, und die Zahl der stationären Aufenthalte ist die zweithöchste nach Österreich. Deutschland weist auch die höchste Rate an Hüftersatzoperationen in der EU auf (50 % über dem Durchschnitt) sowie die höchste Zahl an Kernspintomographien pro Kopf (70 % über dem Durchschnitt). Die Pro-Kopf-Ausgaben für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind die höchsten in Europa (Panteli et al., 2016), und der Konsum von verschriebenen definierten Tagesdosen ist zwischen 2004 und 2015 um mehr als 50 % gestiegen (Busse et al., 2017). Diese Statistik wirft Bedenken hinsichtlich einer Überversorgung mit Dienstleistungen und an der Angemessenheit der Versorgung auf.

Individuelle Leistungen werden effizient erbracht

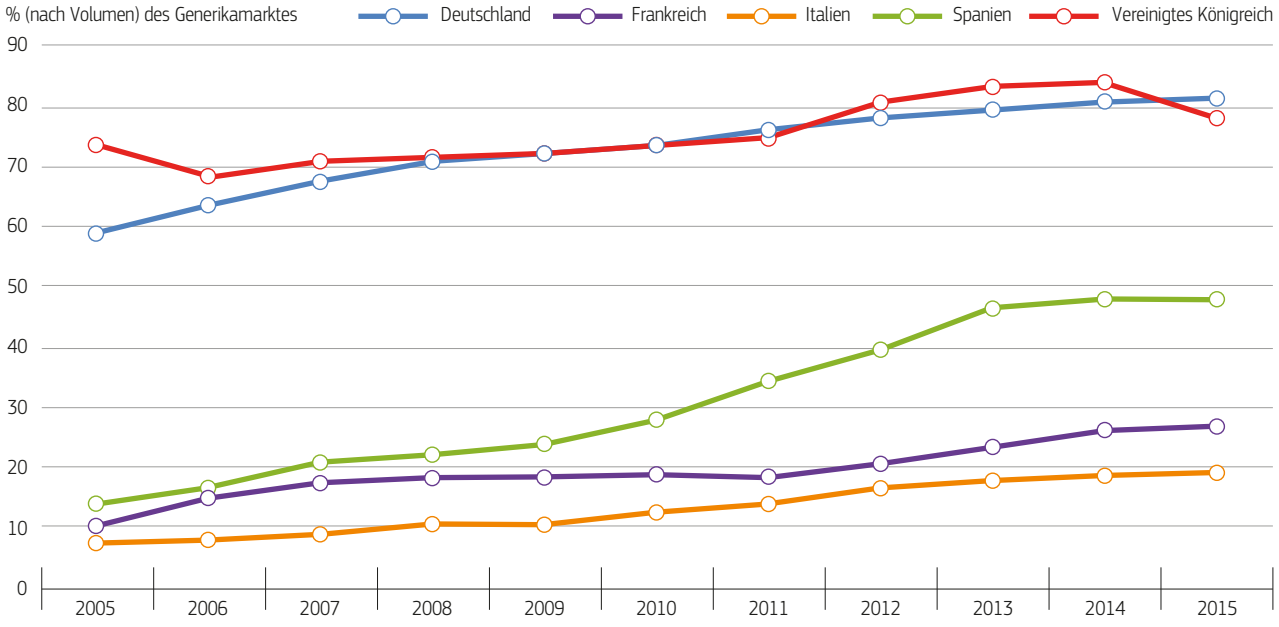
Die Effizienz der Leistungserbringung (technische Effizienz) ist verhältnismäßig gut. Die Ausgaben für die stationäre Versorgung (als prozentualer Anteil am BIP) liegen nur leicht über dem EU-Durchschnitt, was darauf hindeutet, dass die Kosten pro stationärem Fall relativ gering sind. Tatsächlich werden stationäre Patienten von einer vergleichsweise geringen Zahl von Mitarbeitern (siehe Abschnitt 4) behandelt, und die Kosten pro stationärem Patienten sind seit 2005 stabil geblieben (Busse et al., 2017). In der ambulanten Versorgung kostet jeder Kontakt zwischen einem Vertragsarzt und einem Patienten im Durchschnitt weniger als 30 EUR, eine geringe Zahl, wenn man bedenkt, dass ungefähr die Hälfte dieser Kontakte mit Fachärzten stattfindet. Deutschland war auch erfolgreich darin, den Arzneimittelkonsum hin zu Generika zu verschieben (fast 80 % der verschriebenen Arzneimittel), obwohl die Preise für Arzneimittel relativ hoch bleiben (Abbildung 12).

Die Effizienz des Gesundheitssystems könnte verbessert werden

Auf stärker aggregiertem Niveau scheint es im Gesundheitssystem noch Raum für Verbesserungen der Effizienz zu geben. Abbildung 13 zeigt, dass viele Länder pro Kopf weniger ausgeben, aber geringere Raten an vermeidbaren Sterbefällen erzielen, wenn auch unter der Berücksichtigung, dass das Gesundheitsverhalten und Faktoren des Gesundheitssystems das Niveau der vermeidbaren Sterblichkeit beeinflussen.

Das hohe Aktivitätsniveau in der stationären Versorgung lässt Zweifel am effizienten Gebrauch von Ressourcen aufkommen. Deutschland war bei der Verlegung von Leistungen, wie z. B. Tonsillektomien (Entfernung der Mandeln), in den ambulanten Bereich oder in eine

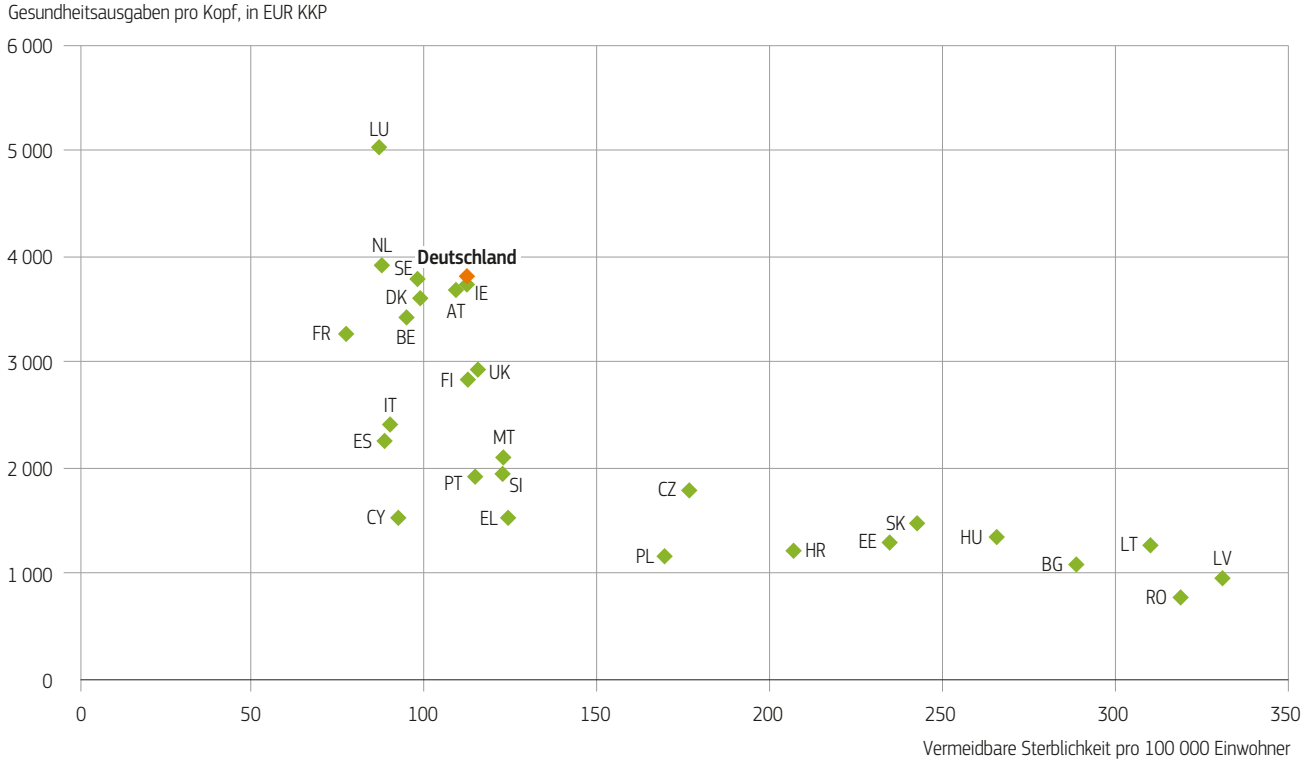
Abbildung 12. Der Anteil des Generika-Markts in Deutschland gehört zu den höchsten in Europa



Anmerkung: Die Daten für Deutschland, Spanien und das Vereinigte Königreich gelten für den Markt für erstattungsfähige Arzneimittel. Die Daten für Frankreich und Italien gelten für den gesamten Arzneimittelmarkt.

Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2017.

Abbildung 13. Einige Länder haben eine geringere vermeidbare Sterblichkeit, geben aber pro Kopf weniger aus als Deutschland



Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik; Eurostat-Datenbank; WHO Global Health Expenditure Database (die Daten beziehen sich auf 2014).

Tagesklinik weniger erfolgreich als andere Länder. Darüber hinaus weisen regionale Schwankungen in der stationären Versorgung auf Überversorgung in manchen Gebieten hin. Beispielsweise schwankt die Rate für Tonsillektomien, Appendektomien und Prostatektomien zwischen Regionen mit den höchsten und Regionen mit den niedrigsten Raten um das Achtfache (Grote-Westrick et al., 2015). Auch bei den Pro-Kopf-Ausgaben für die ambulante Versorgung gibt es große regionale Unterschiede. Diese Tatsachen legen nahe, dass die sinnvolle Verwendung von Ressourcen verbessert werden könnte.

Die Selbstverwaltung garantiert eine wirksame laufende Verwaltung

Die Steuerung des deutschen Gesundheitssystems hängt stark von den Selbstverwaltungsstrukturen ab, und die staatliche Kontrolle ist relativ gering (siehe Abschnitt 4). Diese Ordnung gewährleistet, dass Entscheidungen aufgrund des institutionalisierten Wissens von Akteuren auf diesem Gebiet fundiert sind. Es bedeutet jedoch auch, dass Entscheidungen oft die Prioritäten der Kostenträger und Leistungserbringer widerspiegeln und nicht notwendigerweise die Interessen der Patienten oder der Allgemeinheit. Außerdem befinden sich sowohl die Bundesebene als auch die Bundesländer in einem ständigen Kampf um Kompetenzen. Wenn Konflikte aufkommen, kann diese Konstellation Reformen blockieren oder zu suboptimalen Ergebnissen führen.

Tiefgreifendere Reformen bedürfen möglicherweise einer stärkeren Führung

Um in mehreren wichtigen Reformbereichen Verbesserungen zu erzielen, bedarf es möglicherweise der Formulierung einer klareren Vision für die Zukunft der Entwicklung des Gesundheitssystems durch den Gesetzgeber sowie der Entwicklung eines gemeinsamen Plans aller relevanten Akteure – nicht nur der Versicherer und Dienstleister –. Andernfalls könnte es schwierig sein, das Gesundheitssystem zu einer besseren Integration von Leistungen zu bewegen, die Überversorgung der stationären Leistungen zu reduzieren, die Krankenhauskapazitäten umzustrukturieren und in ländlichen Gebieten einen gleichwertigen Zugang zu gewährleisten.



6 Zentrale Erkenntnisse

- Die Lebenserwartung in Deutschland liegt nahe am EU-Durchschnitt, aber Deutsche sterben ungefähr 2 Jahre früher als Menschen in Spanien oder Italien. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind nach wie vor die hauptsächlichen Todesursachen, auch wenn die Sterbefälle aufgrund von Demenz in den letzten Jahren stark zugenommen haben. Verhaltensbedingte Risikofaktoren bleiben ein ernstes Problem für die öffentliche Gesundheit, insbesondere im Hinblick auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen, und es gibt eine zunehmende Belastung durch Adipositas.

- Deutschland hat das älteste soziale Krankenversicherungssystem der Welt. Das Land gibt in der EU den höchsten Anteil seines Wohlstands für die Gesundheit aus, und die Gesundheitsausgaben pro Kopf sind die zweithöchsten. Es gibt mehr Krankenhausbetten pro Einwohner als in jedem anderen EU-Land, und die Zahl der Ärzte und Krankenpfleger pro Einwohner liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt. Interessanterweise sind die Arzt-pro-Bett- und Krankenpfleger-pro-Bett-Quoten aufgrund der ungewöhnlich hohen Zahl an Krankenhausbetten vergleichsweise niedrig.

- Das Gesundheitssystem ist wirksam in der Verhinderung vermeidbarer Sterblichkeit, die in Deutschland unter dem EU-Durchschnitt liegt – aber deutlich höher ist als in Frankreich oder Spanien. Eine vergleichsweise starke Trennung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung sowie zwischen der hausärztlichen Grundversorgung und der fachärztlichen Behandlung hat zu Problemen bei Kontinuität und Koordinierung geführt. Diese Probleme bestehen weiterhin trotz einer hohen Inanspruchnahme von Disease-Management-Programmen und anderen Formen der integrierten Versorgung. Mehrere Qualitätsindikatoren, wie z. B. vermeidbare Krankenhauseinweisungen oder Sterblichkeitsraten bei stationären Patienten, zeigen, dass es noch Verbesserungspotenzial gibt. In der Tat wird mit mehreren kürzlich durchgeführten Reformen auf eine höhere Qualität der Versorgung abgezielt.

- Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist im Allgemeinen sehr gut, was angesichts der erheblichen systemimmanenten Ressourcen und des geringen Selbstbeteiligungsniveaus nicht überrascht. Der ungedeckte Bedarf aus finanziellen Gründen ist laut Eigenangaben vergleichsweise gering. Dennoch geben Gruppen mit niedrigerem Einkommen häufiger einen derartigen ungedeckten Bedarf an als Gruppen mit höherem Einkommen, was mit der Koexistenz einer sozialen Krankenversicherung und einer substitutiven privaten Krankenversicherung zusammenhängen kann. Verschiedene kürzlich durchgeführte Reformen zielen darauf ab, potenziellen Zugangsproblemen in ländlichen Gebieten Rechnung zu tragen.

- Das deutsche Gesundheitssystem bietet sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung eine hohe Zahl an Leistungen bei vergleichsweise niedrigen Kosten pro Fall. Dennoch gibt ein starker Anstieg bei den Dienstleistungen, insbesondere bei der stationären Versorgung, Anlass zu Bedenken hinsichtlich der Allokationseffizienz des Systems. Deutschland war bei der Verlagerung von Dienstleistungen aus der stationären Versorgung in die ambulante Versorgung weniger erfolgreich als andere Länder, und regionale Schwankungen weisen auf Probleme der Über- und Unterversorgung hin.

- Die Steuerung ist komplex, wobei die staatliche Kontrolle begrenzt ist und eine starke Abhängigkeit von Selbstverwaltungsstrukturen von Krankenkassen und Leistungserbringern besteht. Das höchste Selbstverwaltungsorgan – der Gemeinsame Bundesausschuss – legt die Regeln für den Zugang, das Leistungsspektrum, die Koordinierung der Versorgung, die Qualität und die Effizienz fest. Diese Ordnung gewährleistet, dass Entscheidungen durch das institutionalisierte Wissen von Akteuren auf diesem Gebiet fundiert sind. Wenn jedoch Konflikte aufkommen, kann diese Konstellation Reformen blockieren oder zu suboptimalen Ergebnissen führen.



Wichtigste Quellen

Busse, R. und M. Blümel (2014), „Germany: Health System Review“, *Health Systems in Transition*, Band 16(2), S. 1–296.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en.

Literaturhinweise

Burgdorf, F. und L. Sundmacher (2014), “Potentially Avoidable Hospital Admissions in Germany – An Analysis of Factors Influencing Rates of Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations”, *Deutsches Ärzteblatt International*, Band 111(13), S. 215-223.

Busse, R. et al. (2017), „Statutory Health Insurance in Germany: A Health System Shaped by 135 Years of Solidarity, Self-governance and Competition“, *The Lancet*, Vol. 390(10097), pp. 882- 97, http://dx.doi.org/ 10.1016/S0140-6736(17)31280-1.

Europäische Kommission (GD ECFIN) und Ausschuss für Wirtschaftspolitik (AWG) (2015), „The 2015 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060)”, *European Economy 3*, Brüssel, Mai.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2017), „Distance to Nearest General Practitioner“, Bonn.

Grote-Westrick, M. et al. (2015), „Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich“, Bertelsmann Stiftung, Berlin.

IHME (2016), Global Health Data Exchange“, Institute for Health Metrics and Evaluation, http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.

Klein, J. und O. von dem Knesebeck (2016), „Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung“, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, Band 59(2), S. 238–244.

Leber, W.D. und D. Scheller-Kreinsen (2015), „Marktaustritte sicherstellen: Zur Rolle rekursiver Simulationen bei der Strukturbereinigung im Krankenhaussektor“, in: J. Klauber et al. (Hg.), *Krankenhaus-Report 2015: Strukturwandel*, Schattauer, Stuttgart, S. 187-210.

OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

Panteli, D. et al. (2016), „Pharmaceutical Regulation in 15 European Countries: Review“, *Health Systems in Transition*, Band 18(5), S. 1-118.

Röttger, J. et al. (2016), „Forgone Care Among Chronically Ill Patients in Germany – Results from a Cross-sectional Survey with 15 565 Individuals“, *Health Policy*, Band 120(2), S. 170–178.

Liste der Länderabkürzungen

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

Europäische Kommission

State of Health in the EU

Länderprofil Gesundheit 2017

Die Länderprofile sind ein wichtiger Schritt im zweijährigen Zyklus „Gesundheitszustand in der EU“ der Europäischen Kommission und sie wurden gemeinsam erstellt von der OECD und dem European Observatory on Health Systems and Policies. Diese Reihe wurde von der Kommission koordiniert und mit der finanziellen Unterstützung der Europäischen Union hergestellt.

Die knappen, politisch relevanten Länderprofile stützen sich auf eine transparente, konsistente Methodik und nutzen sowohl quantitative als auch qualitative Daten, werden aber dennoch flexibel an den Kontext jedes EU-Mitgliedstaats angepasst. Ziel dabei ist, ein Mittel für das gegenseitige Lernen und den freiwilligen Austausch zu schaffen, um die Bemühungen der Mitgliedstaaten bei ihrer evidenzbasierten Politikgestaltung zu unterstützen.

Jedes Länderprofil bietet eine kurze Synthese zu:

- dem Gesundheitszustand im Land
- den Einflussfaktoren auf die Gesundheit, mit einem Fokus auf verhaltensbedingten Risikofaktoren
- der Organisation der Gesundheitssystems
- Wirksamkeit, Zugang und Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems

Dies ist die erste Reihe der zweijährlichen Länderprofile, die im November 2017 veröffentlicht wird. Die Kommission ergänzt die wichtigsten Ergebnisse dieser Länderprofile durch einen Begleitbericht.

Für weitere Informationen siehe: https://ec.europa.eu/health/state/summary_de

Zitierweise:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. http://dx.doi.org/10.1787/9789264285200-de

ISBN 9789264285200 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.

OECD BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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