European Commission

State of Health in the EU

Deutschland

Länderprofil Gesundheit 2019

OECD
BESSERE POLITIK FÜR EIN BESSERES LEBEN

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

Länderspezifische Gesundheitsprofile

Die länderspezifischen Gesundheitsprofile für den *State of Health in the 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.

Die Profile entstehen aus der gemeinsamen Arbeit der OECD und des European Observatory on Health Systems and Policies 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 Expert Group on Health Information für die wertvollen Anmerkungen und Vorschläge.

Inhalt

1. HIGHLIGHTS 3
2. GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND 4
3. RISIKOFAKTOREN 7
4. DAS GESUNDHEITSSYSTEM 9
5. LEISTUNGSFÄHIGKEIT DES GESUNDHEITSSYSTEMS 12
   5.1 Wirksamkeit 12
   5.2 Zugang 15
   5.3 Anpassungsfähigkeit 18
6. ZENTRALE 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 European Centre for Disease Prevention and Control (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 28 Mitgliedstaaten, sofern nichts anderes vermerkt ist. Island und Norwegen sind in diesen EU-Durchschnitten nicht berücksichtigt.

Dieses Profil wurde im August 2019 auf der Grundlage der im Juli 2019 verfügbaren Daten erstellt.

Um das Excel-Arbeitsblatt mit allen Tabellen und Diagrammen aus diesem Profil herunterzuladen, geben Sie einfach folgende URL in Ihren Browser ein: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Germany.xls

Demografischer und sozioökonomischer Kontext in Deutschland, 2017

Demografische Faktoren	Deutschland	EU
Bevölkerungsgröße (Schätzwerte zur Jahresmitte)	82 657 000	511 876 000
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre (in %)	21,2	19,4
Fertilitätsrate[1]	1,6	1,6
Sozioökonomische Faktoren		
BIP pro Kopf (EUR KKP[2])	37 100	30 000
Relative Armutsquote[3] (in %)	16,1	16,9
Arbeitslosenquote (in %)	3,8	7,6

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.

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 European Observatory on Health Systems and Policies oder seiner Partner wieder. Die in diesem Bericht geäußerten Ansichten repräsentieren in keiner Weise die offizielle Meinung der Europäischen Union.

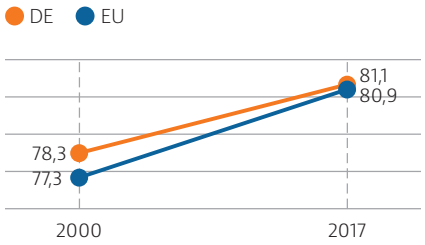
Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Daten und Karten gelten unbeschadet des Status eines oder der Souveränität über ein Hoheitsgebiet(s) für die Abgrenzung durch internationale Grenzen und für den Namen eines Hoheitsgebiets, einer Stadt oder eines Gebietsstands.

Zusätzliche Haftungsausschlüsse für die WHO sind auf http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/ einsehbar.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Highlights

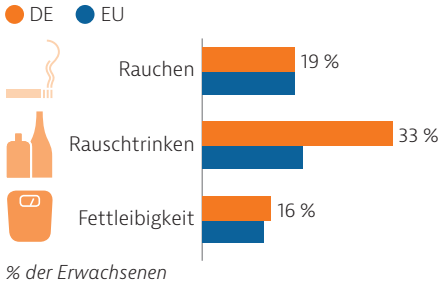
Deutschland gibt pro Person mehr für Gesundheit aus als andere EU-Länder und bietet einen umfassenden Leistungskatalog, ein hohes Niveau an Gesundheitsleistungen und einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Das System ist jedoch aufgrund zahlreicher Kostenträger und Leistungserbringer stark fragmentiert, was zu Ineffizienzen und einer verminderten Qualität der Versorgung in bestimmten Versorgungseinrichtungen führt und sich oft in durchschnittlichen Gesundheitsergebnissen widerspiegelt. In den jüngsten Gesetzen lag der Schwerpunkt vermehrt auf der Langzeitpflege, der Versorgung mit Gesundheitspersonal und dessen Ausbildung sowie auf der Verbesserung der Verfügbarkeit von Leistungen, insbesondere in ländlichen Gebieten.



Lebenserwartung bei der Geburt, Jahre

Gesundheitszustand

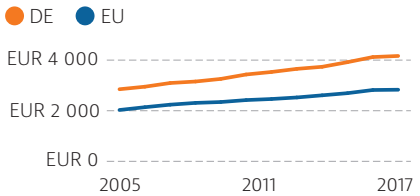
Deutsche, die im Jahr 2017 geboren wurden, werden voraussichtlich fast drei Jahre länger leben als diejenigen, die im Jahr 2000 geboren wurden. Obwohl die Lebenserwartung in Deutschland leicht über dem EU-Durchschnitt liegt, ist sie langsamer gestiegen und liegt unter der vieler westeuropäischer Länder. Herz-Kreislauferkrankungen und Schlaganfälle verursachen noch immer die meisten Todesfälle, wenngleich die Raten gesunken sind. Zwar ist Lungenkrebs als Todesursache im Allgemeinen weiter zurückgegangen, die Sterblichkeitsrate für Lungenkrebs bei Frauen steigt hingegen an.



% der Erwachsenen

Risikofaktoren

Verhaltensbedingte Risikofaktoren, insbesondere schlechte Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum, tragen wesentlich zu Erkrankungen und Sterblichkeit in Deutschland bei. Ein Drittel der Erwachsenen berichtet Rauschtrinken; dieser Anteil ist deutlich höher als im Rest der EU (20 %). Auch die Fettleibigkeitsraten liegen über denen vieler EU-Länder. So zeigen Befragungsdaten aus dem Jahr 2017, dass 16 % der Deutschen fettleibig sind. Heute raucht ein geringerer Anteil der Erwachsenen und Jugendlichen als noch vor 10 Jahren, wobei der Raucheranteil dicht beim EU-Durchschnitt liegt.



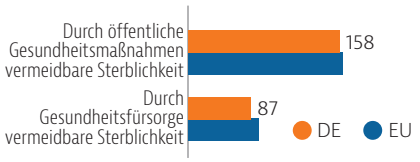
Ausgaben pro Kopf (EUR KKP)

Gesundheitssystem

Im Jahr 2017 gab Deutschland 4 300 EUR pro Kopf für die Gesundheitsversorgung aus (11,2 % des BIP), was rund 1 400 EUR mehr als der EU-Durchschnitt (2 884 EUR) ist und dem höchsten Niveau unter den Mitgliedstaaten entspricht. Ferner gehört Deutschland zu den Ländern mit den höchsten Quoten an Krankenhausbetten, Ärzten und Krankenpflegekräften pro Einwohner in der EU. Der Anteil der Ausgaben für die Langzeitpflege ist seit 2000 deutlich gestiegen und wird aufgrund des erweiterten Leistungskatalogs und der Bevölkerungsalterung voraussichtlich weiter steigen.

Wirksamkeit

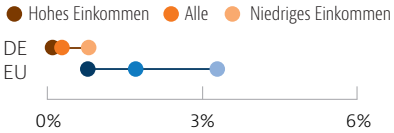
Die Raten vermeidbarer und behandelbarer Todesursachen in Deutschland liegen leicht unter dem EU-Durchschnitt, sind aber im Allgemeinen höher als in anderen westeuropäischen Ländern. Durch eine Stärkung der Gesundheitsförderung, Prävention und Koordinierung in der Gesundheitsversorgung könnte Deutschland die Wirksamkeit seines Gesundheitssystems steigern.



Altersstandardisierte Sterberate pro 100 000 Einwohner, 2016

Zugang

Deutschland verzeichnet eine geringe Anzahl von Personen, die einen ungedeckten medizinischen Bedarf berichten. Das Land bietet einen breiten Leistungskatalog und finanzielle Sicherheitsnetze, die die meisten Kosten für die Gesundheitsversorgung decken. Ein dichtes Netz von Ärzten, Krankenpflegekräften und Krankenhäusern sorgt bundesweit für eine insgesamt hohe Verfügbarkeit der Versorgung, die in ländlichen Gebieten jedoch geringer ausfällt.



% berichteter ungedeckter Bedarf, 2017

Anpassungsfähigkeit

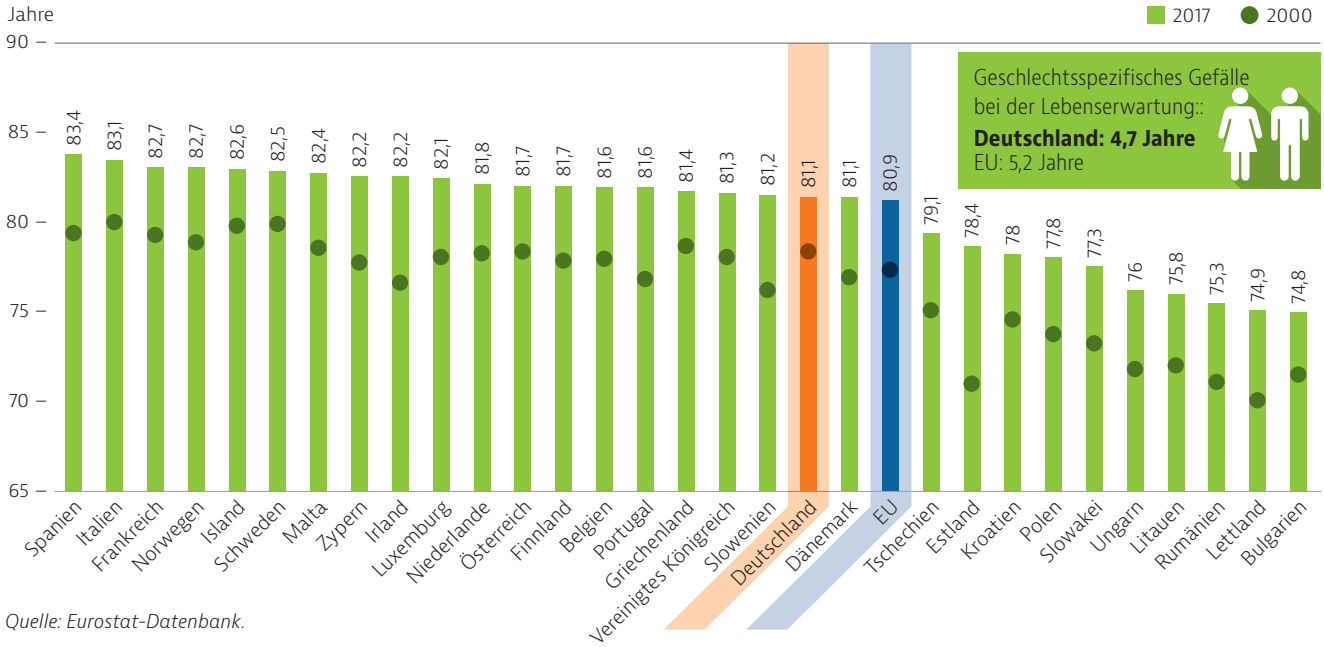
Die von dem sozialen Krankenversicherungssystem angesammelten finanziellen Rücklagen können mögliche Einnahmeausfälle abfangen, aber die zukünftige finanzielle Nachhaltigkeit kann mit zunehmendem Alter der Bevölkerung eine Herausforderung darstellen. Effizienzsteigerungen sind durch die Zentralisierung der Krankenhaustätigkeit, die Eindämmung steigender Arzneimittelausgaben und die bessere Nutzung von eHealth möglich.

2 Gesundheit in Deutschland

Die Lebenserwartung in Deutschland ist niedriger als in den meisten anderen westeuropäischen Ländern

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist seit 2000 um fast drei Jahre gestiegen – von 78,3 auf 81,1 Jahre. Dies ist zwar ein erheblicher gesundheitlicher Gewinn, die Verbesserung der Lebenserwartung in anderen EU-Mitgliedstaaten ist in diesem Zeitraum jedoch stärker gestiegen und die Lebenserwartung der Deutschen liegt nun gerade einmal knapp über dem EU-Durchschnitt von 80,9 Jahren (Abbildung 1). Das bedeutet, dass andere westeuropäische Länder eine höhere Lebenserwartung verzeichnen als Deutschland, wobei die Menschen in Spanien und Italien etwa zwei Jahre länger leben. Wie in anderen EU-Ländern besteht auch in Deutschland ein erhebliches Gefälle bei der Lebenserwartung: Frauen leben erwartungsgemäß über 4,5 Jahre länger als Männer (83,4 gegenüber 78,7 Jahre), wobei dieses Geschlechtergefälle geringer ist als im EU-Durchschnitt (5,2 Jahre).

Abbildung 1. Die Lebenserwartung in Deutschland liegt nahe am EU-Durchschnitt



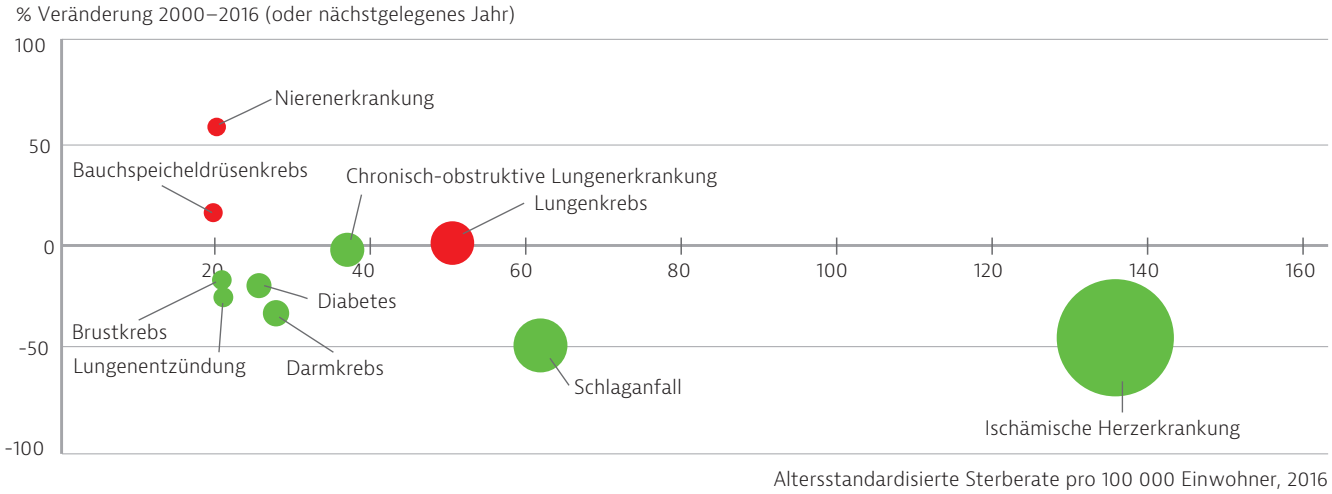
Quelle: Eurostat-Datenbank.

Ischämische Herzerkrankungen und Schlaganfälle sind nach wie vor für den Großteil der Todesfälle verantwortlich

Der Anstieg der Lebenserwartung resultiert in erster Linie aus dem Rückgang der vorzeitigen Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere durch ischämische Herzerkrankungen und Schlaganfälle. Der Rückgang der Sterblichkeit ist vor allem auf die Verringerung der größten Risikofaktoren, z. B. des Rauchens und die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung zurückzuführen, wie z. B. durch die Einführung von spezialisierten Schlaganfallstationen in Krankenhäusern (siehe Abschnitte 3 und 5.1). Trotz sinkender Sterblichkeitsraten machen Herz-Kreislauf-Erkrankungen jedoch noch immer 37 % aller Todesfälle in Deutschland aus. Die ischämische Herzerkrankung ist nach wie vor die mit Abstand häufigste Todesursache, die für mehr als 10 % der Todesfälle verantwortlich ist. Lungenkrebs ist mit 20 % aller Krebstodesfälle die häufigste Todesursache durch Krebs. Auffallend ist: Während die Todesfälle durch Lungenkrebs bei Männern zurückgegangen sind, sind sie bei Frauen gestiegen, was auf Veränderungen der Rauchgewohnheiten bei beiden Geschlechtern zurückzuführen ist (Abschnitt 3).

Die Sterblichkeitsraten für andere Todesursachen, einschließlich Diabetes, Brustkrebs, Lungenentzündung, Darmkrebs und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), sind zwischen 2000 und 2016 gesunken, wenn auch in unterschiedlicher Höhe. Im Gegensatz dazu haben die Sterblichkeitsraten für Nierenerkrankungen und Bauchspeicheldrüsenkrebs die stärksten Anstiege seit 2000 verzeichnet, auch wenn sie relativ weniger Todesfälle verursachen (Abbildung 2).

Abbildung 2. Die Sterblichkeit aufgrund von Lungenkrebs ist leicht gestiegen



Hinweis: Die Größe der Blasen ist proportional zu den Sterblichkeitsraten im Jahr 2016.
Quelle: Eurostat-Datenbank.

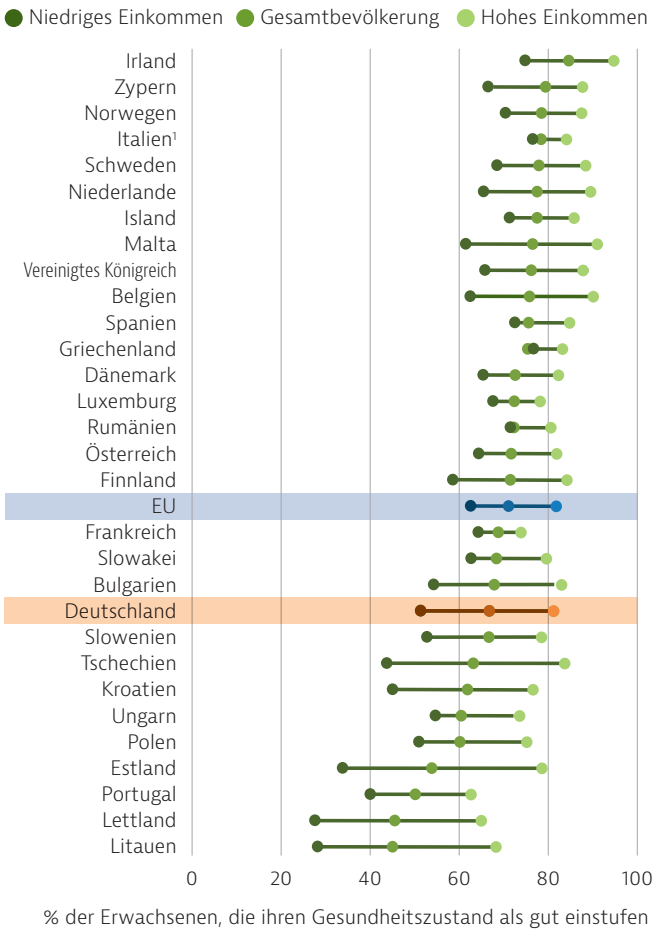
Ein großes Gefälle hinsichtlich der eigenen Gesundheitseinschätzung deutet auf eine Ungleichheit zwischen den Einkommensgruppen hin

Insgesamt bezeichnen fast zwei Drittel der deutschen Bevölkerung (65 %) ihren Gesundheitszustand als gut; dies ist weniger als in der EU insgesamt (70 %) und weniger als in den meisten anderen westeuropäischen Ländern (Abbildung 3). Männer beurteilen ihre eigene Gesundheit eher als gut (67 %) als Frauen (64 %). Dieses Gefälle ist in niedrigeren Einkommensgruppen ausgeprägter. Nur die Hälfte der Deutschen in der niedrigsten Einkommensgruppe ist laut eigenen Angaben bei guter Gesundheit, verglichen mit 80 % der Befragten in der höchsten Einkommensgruppe (Abbildung 3).

Etwa drei von fünf Deutschen sind im späteren Leben von chronischen Erkrankungen betroffen

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und sinkender Geburtenraten wächst der Anteil der Menschen ab 65 Jahren. Im Jahr 2017 war etwa jeder fünfte Deutsche über 65 Jahre alt; bis 2050 soll dieser Altersgruppe sogar jeder Dritte angehören. Die Lebenserwartung mit 65 Jahren liegt in Deutschland bei fast 20 Jahren (dies entspricht nahezu dem EU-Durchschnitt). Die Mehrheit dieser Jahre wird bei guter Gesundheit gelebt[1], aber etwa acht Jahre werden mit einer Form der Aktivitätseinschränkung verbracht (Abbildung 4). Rund 58 % aller Deutschen über 65 Jahre gaben an, an mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden, ein Anteil, der leicht über dem anderer EU-Länder liegt. Darüber hinaus berichtete rund ein Viertel von Symptomen einer Depression, was weniger als in anderen EU-Ländern ist (29 %). Mehr als jeder fünfte Deutsche (21 %) ab 65 Jahren berichtete von schweren Behinderungen, die zu Einschränkungen der grundlegenden Alltagsaktivitäten wie Anziehen und Duschen führen, aber diese Einschränkungen betreffen hauptsächlich Menschen über 80 Jahre.

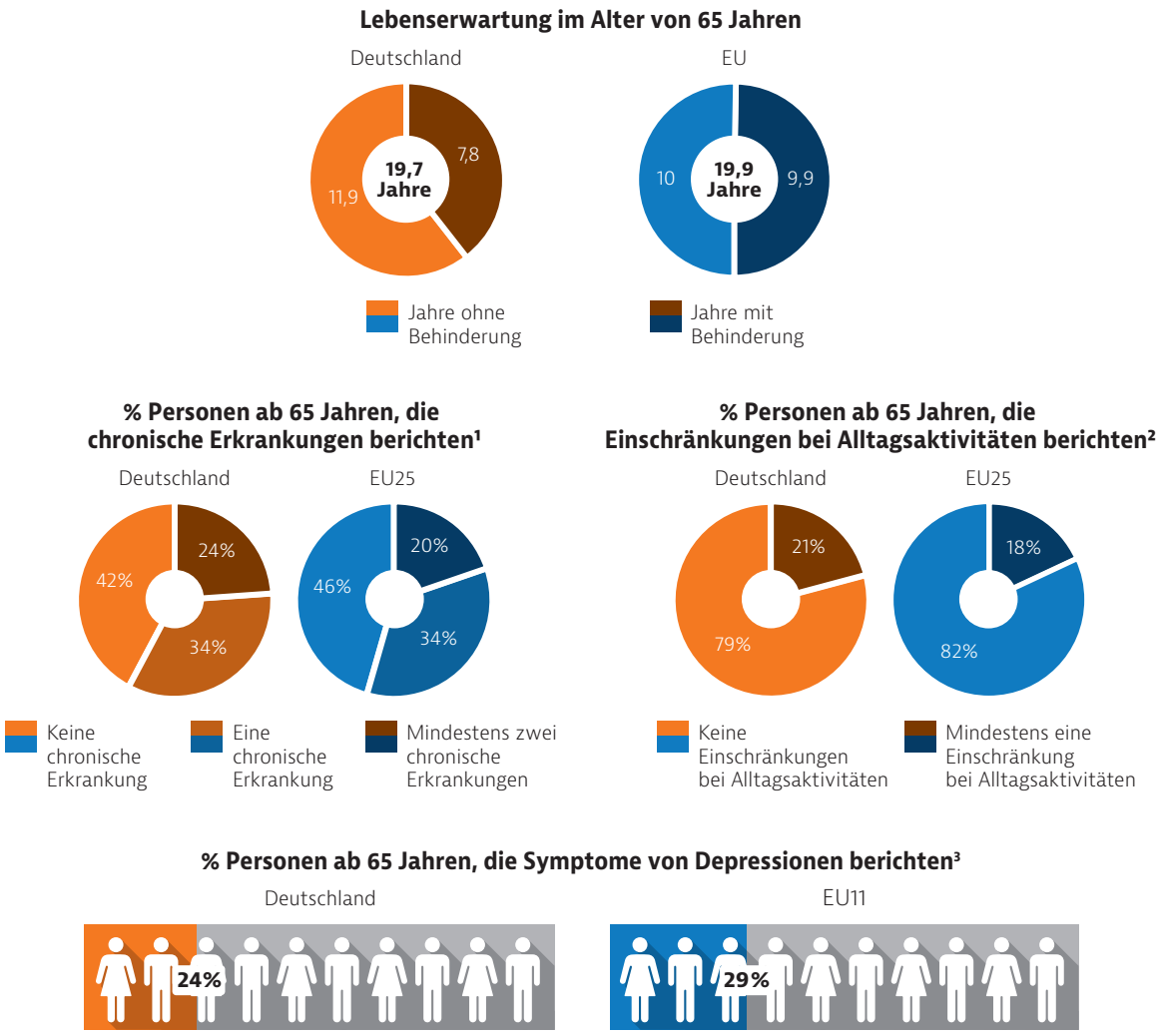
Abbildung 3. Gesundheitszustand laut eigenen Angaben der Befragten unter dem EU-Durchschnitt



Hinweis: 1. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung und der an der Bevölkerung mit niedrigem Einkommen sind ungefähr gleich groß.
Quelle: Eurostat-Datenbank, auf der Grundlage der EU-SILC (die Daten beziehen sich auf 2017).

1: Diese werden in „gesunden Lebensjahren" gemessen, was die Anzahl der Jahre umfasst, die Menschen erwartungsgemäß ohne Behinderung in unterschiedlichem Alter leben.

Abbildung 4. In Deutschland wird der Großteil der Jahre in einem Alter von über 65 Jahren behinderungsfrei gelebt.



Hinweis: 1. Zu den chronischen Erkrankungen zählen Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Parkinson, Alzheimer und rheumatoide Arthritis oder Osteoarthritis. 2. Zu den grundlegenden Alltagsaktivitäten gehören Anziehen, Durchqueren eines Zimmers, Baden oder Duschen, Essen, Zubettgehen oder Aufstehen aus dem Bett und Toilettennutzung. 3. Befragten werden Symptome einer Depression zugeschrieben, wenn sie mehr als drei Depressionssymptome (von 12 möglichen Variablen) beschreiben.
Quellen: Eurostat-Datenbank für Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre (die Daten beziehen sich auf 2017); SHARE-Umfrage für andere Indikatoren (die Daten beziehen sich auf 2017).

Die Raten der Infektionskrankheiten werden nach und nach eingedämmt

Seit 2000 liegt die Anzahl der neuen Fälle von Tuberkulose und HIV in Deutschland unter dem EU-Durchschnitt. Im Jahr 2016 gab es 7,2 neue Tuberkulosefälle pro 100 000 Einwohner, verglichen mit 9,2 neuen Fällen in der EU. Die Raten für neue HIV-Fälle lagen in Deutschland bei 4,2 pro 100 000 Einwohner und in der EU bei 5,8. Die Zahlen spiegeln eine allgemeine Entwicklung sinkender Raten für beide Krankheiten in den meisten EU-Ländern wider, wobei es jedoch in Deutschland zwischen 2014 und 2016 einen vorübergehenden Anstieg (um 28 %) der gemeldeten Tuberkulosefälle gab, was zum Teil auf die gestiegene Zahl der Flüchtlinge aus Ländern mit einer höheren Tuberkuloseinzidenz und die schwierigen Umstände ihrer Reisen zurückzuführen ist.

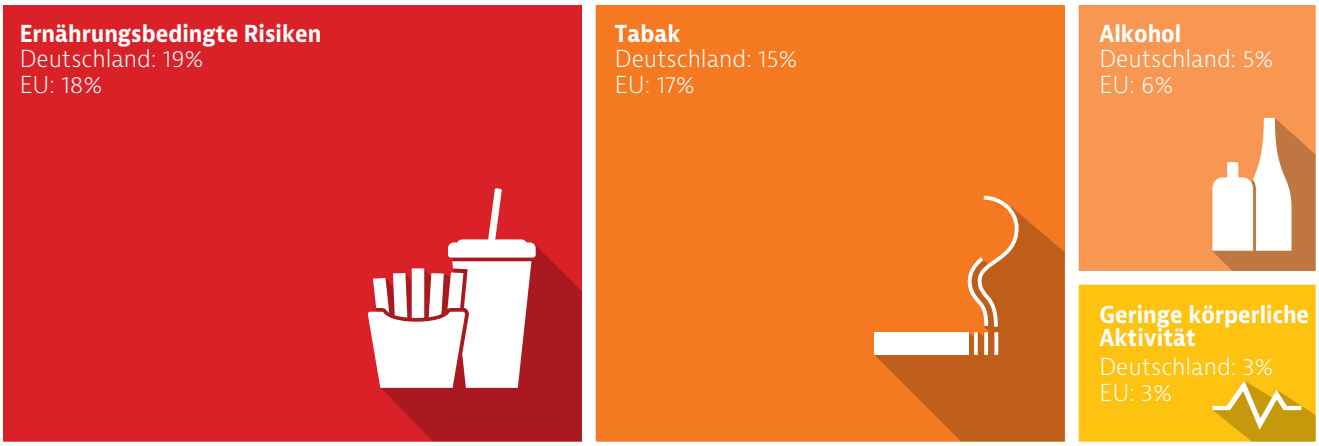
3 Risikofaktoren

Hohe Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten sowie schlechte Ernährung stellen Probleme für die öffentliche Gesundheit dar

Ähnlich wie im EU-Durchschnitt sind etwa vier von zehn Todesfällen in Deutschland auf verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Ernährungsrisiken, Rauchen, Alkoholkonsum und geringe körperliche Aktivität zurückzuführen (Abbildung 5). Fast jeder fünfte Todesfall kann insbesondere auf schlechte Ernährung zurückgeführt werden. Die aus den eigenen Angaben der Befragten gewonnenen Daten zeigen, dass 2017 etwa jeder sechste Erwachsene in Deutschland fettleibig[2] und fast jeder fünfte 15-Jährige übergewichtig oder fettleibig war, wobei ein höherer Anteil der Jungen von Übergewicht berichtet. Insgesamt sind die Fettleibigkeitsraten bei Erwachsenen und Jugendlichen höher als in vielen anderen EU-Ländern (Abbildung 6) und in den letzten zehn Jahren gestiegen, auch wenn nationale Daten darauf hindeuten, dass sich die Rate bei Kindern etwas stabilisiert hat.

Diese Entwicklungen sind zum Teil auf Ernährungsgewohnheiten zurückzuführen. Der tägliche Verzehr von Gemüse ist in Deutschland geringer als in den meisten anderen Ländern. Der tägliche Verzehr von Obst ist in etwa gleich hoch wie in der EU insgesamt, aber etwa 40 % der deutschen Erwachsenen gaben 2017 an, dass sie nicht jeden Tag Obst oder Gemüse essen. Als positiver Aspekt ist zu nennen, dass eine wöchentliche körperliche Aktivität unter Erwachsenen in Deutschland üblicher ist als in vielen EU-Ländern. Allerdings gaben 2014 nur 13 % der 15-Jährigen an, jeden Tag mindestens mäßig körperlich aktiv zu sein, was einem geringeren Prozentsatz entspricht als in den meisten anderen europäischen Ländern (der EU-Durchschnitt liegt bei 15 %).

Abbildung 5. Ernährungsbedingte Risiken und Tabak tragen wesentlich zur Sterblichkeit bei



Hinweis: Die Gesamtanzahl der Todesfälle im Zusammenhang mit diesen Risikofaktoren (364 000) ist geringer als die Summe der Todesfälle in Verbindung mit jedem einzelnen Risikofaktor (402 000), da derselbe Todesfall mehr als einem Risikofaktor zugeordnet werden kann. Zu den ernährungsbedingten Risiken gehören 14 Komponenten, wie z. B. geringer Verzehr von Obst und Gemüse und hoher Konsum von gezuckerten Getränken.
Quelle: IHME (2018), Global Health Data Exchange (die Schätzungen beziehen sich auf 2017).

Rauchen ist unter Erwachsenen und Teenagern verbreitet, aber rückläufig

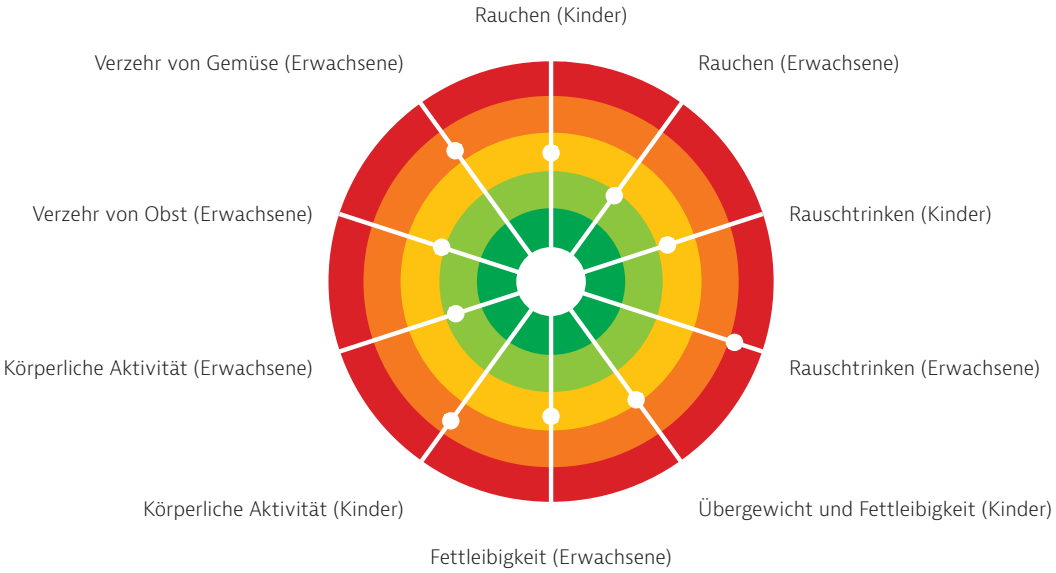
Die Raucherquoten bei Erwachsenen und Jugendlichen sind in den letzten zehn Jahren zwar gesunken, liegen aber weiterhin über denen vieler anderer EU-Länder. Fast jeder fünfte Erwachsene gab 2017 an, täglich zu rauchen, wobei mehr als ein Fünftel der Männer und fast ein Sechstel der Frauen von täglichem Tabakkonsum berichteten. Diese Zahlen sind mit dem EU-Durchschnitt vergleichbar (21 % bei Männern und 16 % bei Frauen). Einer von sieben 15-Jährigen gab 2013–2014 an, im vergangenen Monat Tabak geraucht zu haben; dies bedeutet einen Rückgang in dieser Altersgruppe, da 2005–2006 noch jeder Fünfte geraucht hatte, liegt aber noch immer über dem Wert mehrerer anderer EU-Länder. Der Raucheranteil ist unter den Mädchen (15 %) etwas höher als unter den Jungen (13 %). Trotz einer rückläufigen Anzahl von Rauchern in den vergangenen Jahren hat die Verwendung von E-Zigaretten und Shisha-Pfeifen, insbesondere bei jungen Menschen, an Beliebtheit gewonnen. Manche Maßnahmen, mit denen Menschen vom Rauchen abgehalten werden sollen, sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet; so können die Gesetze zum Rauchen in der Öffentlichkeit von lockeren Vorschriften bis hin zu Rauchverboten in allen öffentlichen Einrichtungen reichen (siehe Abschnitt 5.1).

Alkoholexzesse gibt es in Deutschland weiterhin

Der prozentuale Anteil der Erwachsenen in Deutschland, die Rauschtrinken berichten[3], ist hoch, wobei einer von drei Erwachsenen angibt, mindestens einmal im Monat diese Form des Alkoholkonsums zu betreiben. Dies ist der fünfthöchste Anteil in der EU nach Dänemark, Rumänien, Luxemburg und Finnland. Zwar ist der Gesamt-Alkoholkonsum pro Erwachsenem in Deutschland seit 2000 um 15 % gesunken, jedoch liegt er nach wie vor über dem EU-Durchschnitt, was die Notwendigkeit zielgerichteter Präventionsprogramme deutlich macht.

2: Basierend auf Daten zum tatsächlichen Gewicht und zur absoluten Körpergröße ist die Fettleibigkeitsrate bei Erwachsenen noch höher und erreichte im Jahr 2012 bei Erwachsenen eine Quote von 24 %.
3: Rauschtrinken ist definiert als der Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken (Erwachsene) bzw. fünf oder mehr alkoholischen Getränken (Kinder) bei einem einzigen Anlass.

Abbildung 6. Fettleibigkeit und Alkoholkonsum stellen große Probleme für die öffentliche Gesundheit dar



Hinweis: Je näher ein Punkt dem Zentrum ist, 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 ESPAD-Umfrage 2015 und HBSC-Umfrage 2013–2014 für Indikatoren bei Kindern; und EU-SILC 2017, EHIS 2014 und OECD-Gesundheitsstatistik 2019 für Indikatoren bei Erwachsenen.

Verhaltensbezogene Gesundheitsrisiken sind häufiger bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status zu finden

Wie in den meisten anderen EU-Ländern sind auch in Deutschland viele verhaltensbedingte Risikofaktoren häufiger bei Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status anzutreffen. Im Jahr 2014 rauchte einer von sechs Erwachsenen (17 %), die keinen Sekundarschulabschluss hatten, täglich, verglichen mit nur 11 % unter jenen, die einen tertiären Bildungsabschluss hatten.[4] Analog dazu waren 18 % der Menschen ohne Sekundarschulabschluss fettleibig, verglichen mit 13 % derjenigen mit einem höheren Bildungsstand. Nationale Daten zeigen, dass das vermehrte Auftreten von Risikofaktoren unter sozial benachteiligten Gruppen zu einer erhöhten vorzeitigen Sterblichkeit beiträgt, was sich in den Unterschieden in der Lebenserwartung zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Einkommensquintil widerspiegelt: 8,4 Jahre bei Frauen und 10,8 Jahre bei Männern.

4: Ein niedrigerer Bildungsstand bezieht sich auf Personen, die nur eine vorschulische Erziehung, eine Grundschulbildung oder die Unterstufe der Sekundärbildung absolviert haben (International Standard Classification of Education (ISCED)-Niveaus 0–2), während sich ein höherer Bildungsstand auf Personen mit tertiärer Bildung (ISCED-Niveaus 5–8) bezieht.

4 Das Gesundheitssystem

Deutschlands komplexes Gesundheitssystem bietet einen nahezu universellen Krankenversicherungsschutz

In Deutschland gibt es eine allgemeine Krankenversicherungspflicht, sodass der Krankenversicherungsschutz nahezu flächendeckend ist. Das deutsche Gesundheitssystem ist in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV) unterteilt, wobei eine Reihe von Kriterien darüber entscheiden, wer in welcher Variante versichert ist. Angestellte sind in der Regel in der GKV versichert, während sich diejenigen, deren Einkommen über einer festen Grenze liegt sowie Personen, die zu einer bestimmten Berufsgruppe gehören, z. B. Selbstständige oder Beamte, vollständig in der PKV versichern können. Das aus mehreren Kostenträgern bestehende GKV-System umfasst derzeit 109 Krankenkassen, in denen 87 % der Bevölkerung versichert sind; ca. 11 % der Bevölkerung sind Mitglied bei einer der 41 privaten Krankenversicherungen. Andere Sondergruppen (z. B. Soldaten und Polizeibeamte) sind durch spezielle Programme erfasst. Obwohl der Krankenversicherungsschutz alle Personen mit gültigem Aufenthaltsstatus flächendeckend erfasst, bestehen weiterhin Lücken aufgrund finanzieller oder verwaltungstechnischer Hürden (siehe Abschnitt 5.2).

Tief verwurzelte Selbstverwaltungsstrukturen regeln das Gesundheitssystem

Die Verantwortlichkeiten für die Verwaltung des Gesundheitssystems sind hochkomplex und in drei Ebenen unterteilt: Bund, Länder und Selbstverwaltungsorgane. Das Bundesministerium für Gesundheit ist für die Politikgestaltung auf Bundesebene zuständig, also für die Ausarbeitung von Gesetzen und den Entwurf von Verwaltungsrichtlinien. Die Länder sind für die Krankenhausplanung und die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen zuständig. Selbstverwaltungsorgane, wie z. B. Verbände von Krankenkassen und Leistungserbringern, kommen im Gemeinsamen Bundesausschuss zusammen, der für die Umsetzung der in den Gesetzen festgelegten Ziele in konkrete Vorschriften zuständig ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt Richtlinien für Leistungserbringer, Kostenträger, Patienten und Hersteller vor, zum Beispiel zum Umfang der von den gesetzlichen Krankenkassen abgedeckten Leistungen.

Deutschland initiiert eine Gesetzgebung zur Behebung verzerrter Vergütungsanreize für Leistungserbringer

Die GKV finanziert sich hauptsächlich durch einkommensabhängige Pflichtbeiträge, die von Arbeitgebern und Arbeitnehmern eingezogen werden, sowie durch Steuereinnahmen. Die GKV-Beiträge werden im Gesundheitsfonds zusammengeführt und nach einer morbiditätsbasierten Risikoausgleichsregelung wieder den Krankenkassen zugeteilt. Die Beiträge zur PKV sind von individuellen Gesundheitsrisiken abhängig. Für die Erbringung ambulanter Leistungen gibt es für die bei der GKV und die bei der PKV versicherten Patienten unterschiedliche Vergütungssysteme, wobei die Behandlung von PKV-Patienten für Ärzte in der Regel wesentlich profitabler ist. Dies führt zu Ungleichheiten, bei denen GKV-Patienten längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen als Patienten mit PKV (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018). Die Notwendigkeit einer Reform des Zahlungssystems ist derzeit eines der Hauptthemen auf der politischen Agenda (Box 1).

Box 1. Aktuelle Reformbemühungen zur Sicherstellung und Qualität der Versorgung

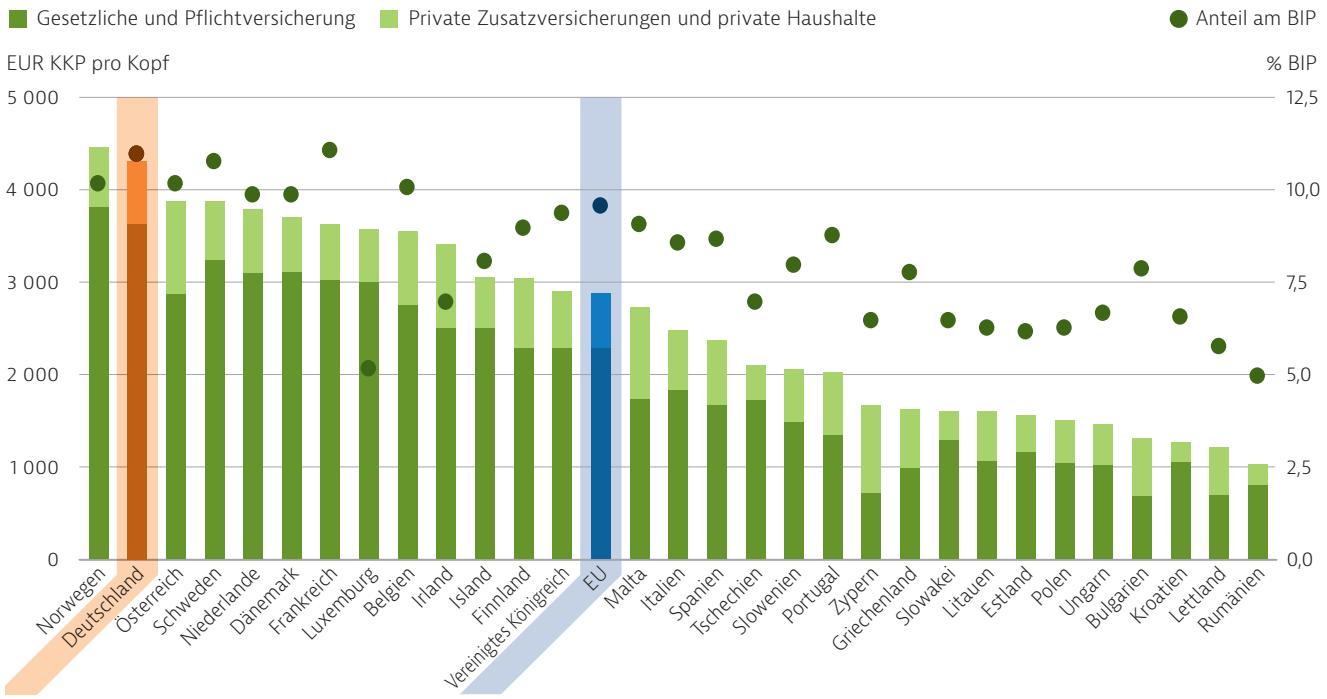
Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden Versorgung steht gegenwärtig im Mittelpunkt des politischen Handelns. Durch eine Reihe kleinerer Änderungen in den letzten Jahren wurden die bereits bestehenden Gesetze angepasst – zum Beispiel um eine qualitätsbasierte Planung der Krankenhausversorgung zu ermöglichen –, ohne die Gesamtarchitektur des Systems zu ändern. Grundlegendere Reformvorhaben wie die Abschaffung des zweigeteilten Krankenversicherungssystems sind aufgrund von gegensätzlichen Positionen der Parteien in der jetzigen Koalitionsregierung ins Stocken geraten. Im Jahr 2018 wurde jedoch eine Kommission gegründet, die Vorschläge für die Überarbeitung – und möglicherweise Harmonisierung – der Gebührenordnung in der ambulanten Gesundheitsversorgung für die GKV und die PKV erarbeiten wird, was die Anreize zur Priorisierung von PKV-Patienten verringern würde. Das neueste Terminservice- und Versorgungsgesetz zielt darauf ab, die Verfügbarkeit von (Haus-)Ärzten, insbesondere in ländlichen Gebieten, zu gewährleisten und die Effizienz der Versorgung zu verbessern (siehe Abschnitt 5.2).

Geringe Gesundheitsausgaben privater Haushalte lassen auf einen angemessenen finanziellen Schutz schließen

Im Vergleich zu anderen Ländern in der EU sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland hoch. Im Jahr 2017 machten die gesamten Gesundheitsausgaben 11,2 % des BIP aus, was über dem EU-Durchschnitt (9,8 %) lag und nur von Frankreich übertroffen wurde. Die Pro-Kopf-Ausgaben (bereinigt um Unterschiede bei der Kaufkraft) waren die höchsten in der EU (4 300 EUR) und lagen deutlich über dem EU-Durchschnitt (2 884 EUR) (Abbildung 7).

Von den gesamten Gesundheitsausgaben wurden rund 84,4 % durch staatliche Programme und Pflichtversicherungen einschließlich GKV und PKV finanziert, ein Anteil, der deutlich über dem EU-Durchschnitt von 79,3 % liegt (einzig in Norwegen sind die öffentlichen Ausgaben höher). Aufgrund des nahezu universellen Krankenversicherungsschutz durch GKV und PKV fallen die Zahlungen privater Haushalte gering aus und liegen im Vergleich zum EU-Durchschnitt von 15,8 % bei 12,5 %. Ausgaben für private Zusatzversicherungen spielen nur eine untergeordnete Rolle (1,4 %).

Abbildung 7. Die Gesamtgesundheitsausgaben gehören zu den höchsten in der EU und werden voraussichtlich weiter steigen

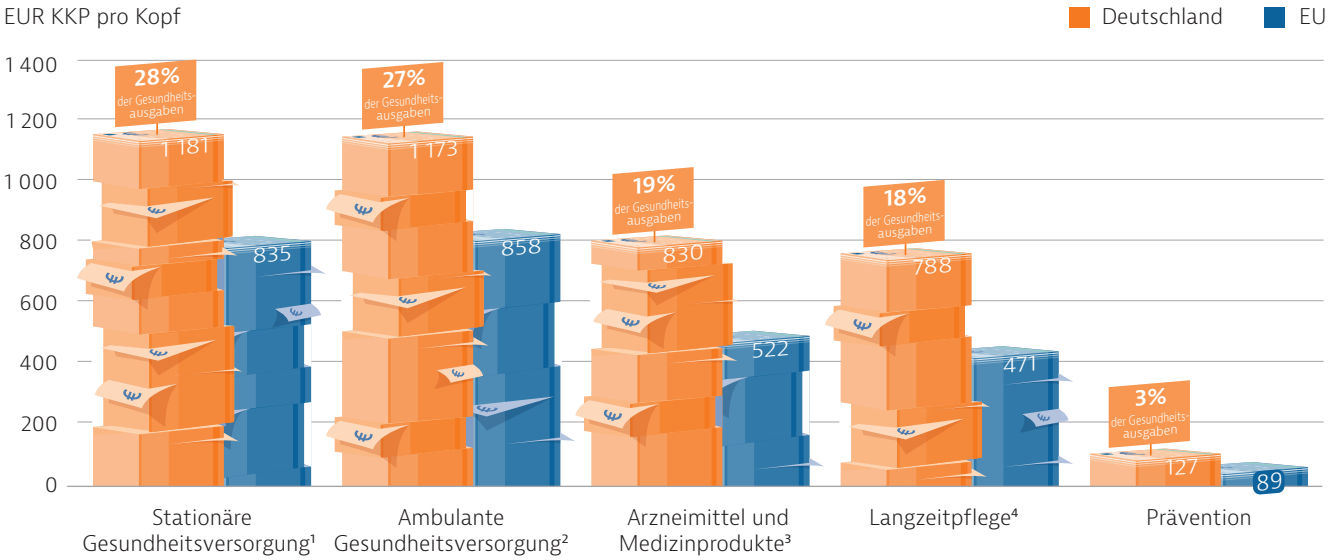


Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2019 (die Daten beziehen sich auf 2017).

Die jüngsten Reformen tragen zu höheren Ausgaben für die Langzeitpflege bei

Auf Pro-Kopf-Basis liegen alle Kategorien von Gesundheitsausgaben über dem jeweiligen EU-Durchschnitt (Abbildung 8), wobei die Ausgaben für Arzneimittel und Medizinprodukte fast 60 % über dem Durchschnitt liegen. In den letzten Jahren sind die Ausgaben für die Langzeitpflege stärker gestiegen als die in allen anderen Kategorien. Durch die jüngste Reform der Langzeitpflege dürften sich die Ausgaben weiter erhöhen, da der Leistungskatalog und die Kriterien für die Anspruchsberechtigung erweitert wurden und die Nachfrage nach Leistungen gestiegen ist (Abschnitt 5.3). Darüber hinaus sind die Ausgaben für Präventionsmaßnahmen seit 2015 gestiegen, da Kranken- und Pflegekassen gesetzlich verpflichtet sind, mehr in die Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren.

Abbildung 8. Deutschland wendet etwa den gleichen Betrag für die ambulante und die stationäre Versorgung auf



Hinweis: Verwaltungskosten sind nicht enthalten. 1. Beinhaltet kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen; 2. Beinhaltet häusliche Pflege; 3. Beinhaltet nur den ambulanten Markt; 4. Beinhaltet nur die gesundheitliche Komponente.
Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2019; Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2017).

Es gibt vergleichsweise viel Gesundheitspersonal, die Zahl der Allgemeinärzte nimmt jedoch ab

Im Jahr 2017 war die Zahl der Ärzte (4,3) und Krankenpflegekräfte (12,0) pro 1 000 Einwohner in Deutschland höher als im EU-Durchschnitt (3,6 Ärzte und 8,5 Krankenpflegekräfte). Insbesondere die Zahl der Ärzte in den Krankenhäusern ist seit der Einführung eines Vergütungssystems der diagnosebezogenen Fallpauschalen in Krankenhäusern im Jahr 2004 deutlich gestiegen, während die Zahl der Pflegekräfte zurückging. Auch in der ambulanten Versorgung ist die Zahl der Ärzte gestiegen, während der Anteil der Allgemeinärzte seit 2000 gesunken ist. Im Jahr 2016 arbeiteten nur 16,7 % der Ärzte als Allgemeinärzte, was 25 % unter dem durchschnittlichen Anteil in der EU lag. Aktuelle Reformbemühungen konzentrieren sich auf die Einstellung von Allgemeinärzten in abgelegenen und ländlichen Gebieten, wo der Mangel an medizinischem Personal eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem darstellt (Abschnitt 5.2).

Deutschland hat die höchste Zahl an Krankenhausbetten in Europa

Im Jahr 2017 verfügte Deutschland über 8,0 Krankenhausbetten pro 1 000 Einwohner, nachdem die Zahl seit 2000 um rund 11 % gesunken ist. Die Bettendichte ist EU-weit am höchsten und weitaus höher als in Nachbarländern wie Frankreich (6,0 pro 1 000). Dies lässt darauf schließen, dass Spielraum vorhanden ist, um die Versorgung mehr in die ambulante Versorgung zu verlagern (Abschnitt 5.3). Aufgrund der außergewöhnlich hohen Bettenzahl gibt es relativ wenige Ärzte und Krankenpflegekräfte pro Bett – trotz der vergleichsweise hohen Zahl von Gesundheitspersonal.

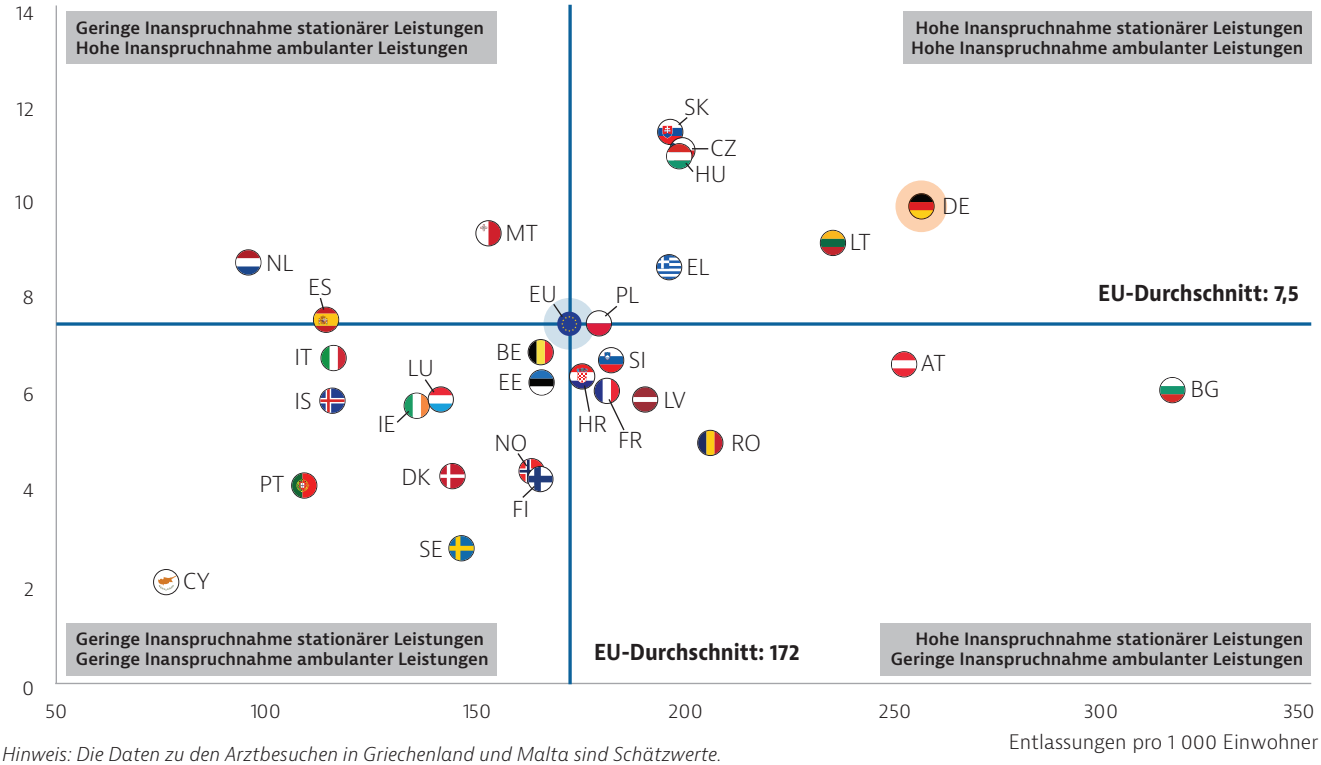
In Deutschland ist ein reger Krankenhausbetrieb zu verzeichnen (Abbildung 9), was insbesondere an der Zahl der Entlassungen pro 100 000 Einwohner erkennbar ist, die weit über dem EU-Durchschnitt liegt (257 gegenüber 172). Auch im ambulanten Bereich, der fast ausschließlich aus Arztleistungen außerhalb von Krankenhäusern besteht, ist eine hohe Aktivität zu verzeichnen (Abbildung 9)[5]. Die hohe Anzahl der Arztbesuche lässt sich zum Teil durch das Fehlen eines Gatekeeping-Systems und der Verpflichtung zur Einschreibung bei einem Hausarzt erklären, wodurch es den Patienten möglich ist, bei mehreren Hausärzten vorstellig zu werden und Fachärzte ohne Überweisung zu konsultieren. Die Anzahl der Arztbesuche ist auch deshalb hoch, weil Krankenpflegekräfte und andere Angehörige der Gesundheitsberufe in der Primärversorgung noch immer eine untergeordnete Rolle spielen (Abschnitt 5.3).

Bei der integrierten Versorgung sind nur geringe Fortschritte zu verzeichnen

Die Leistungserbringung in Deutschland ist stark fragmentiert und nur unzureichend koordiniert. Aufgrund des Fehlens eines Gatekeeping-Systems bestehen Versorgungsbrüche zwischen allgemein- und fachärztlicher Versorgung und Informationen gehen oft verloren, weil es kein elektronisches Patientenaktensystem gibt (Abschnitt 5.3). Darüber hinaus führen unterschiedliche Organisations- und Finanzierungsvorschriften zu einer starken Trennung zwischen Krankenhäusern und ambulanter Versorgung. Die Anreize zur Verbesserung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit sind nach wie vor schwach.

Abbildung 9. In Deutschland werden sowohl die stationäre als auch die ambulante Versorgung rege genutzt

Anzahl der Arztbesuche pro Person



Hinweis: Die Daten zu den Arztbesuchen in Griechenland und Malta sind Schätzwerte.
Quelle: Eurostat-Datenbank; OECD-Gesundheitsstatistik (die Daten beziehen sich auf 2016 oder das nächstgelegene Jahr).

5: *Die Angaben zu den Arztbesuchen in Abbildung 9 sind unterschätzt, da nur die Anzahl der Arztbesuche nach den Erstattungsvorschriften dargestellt ist.*

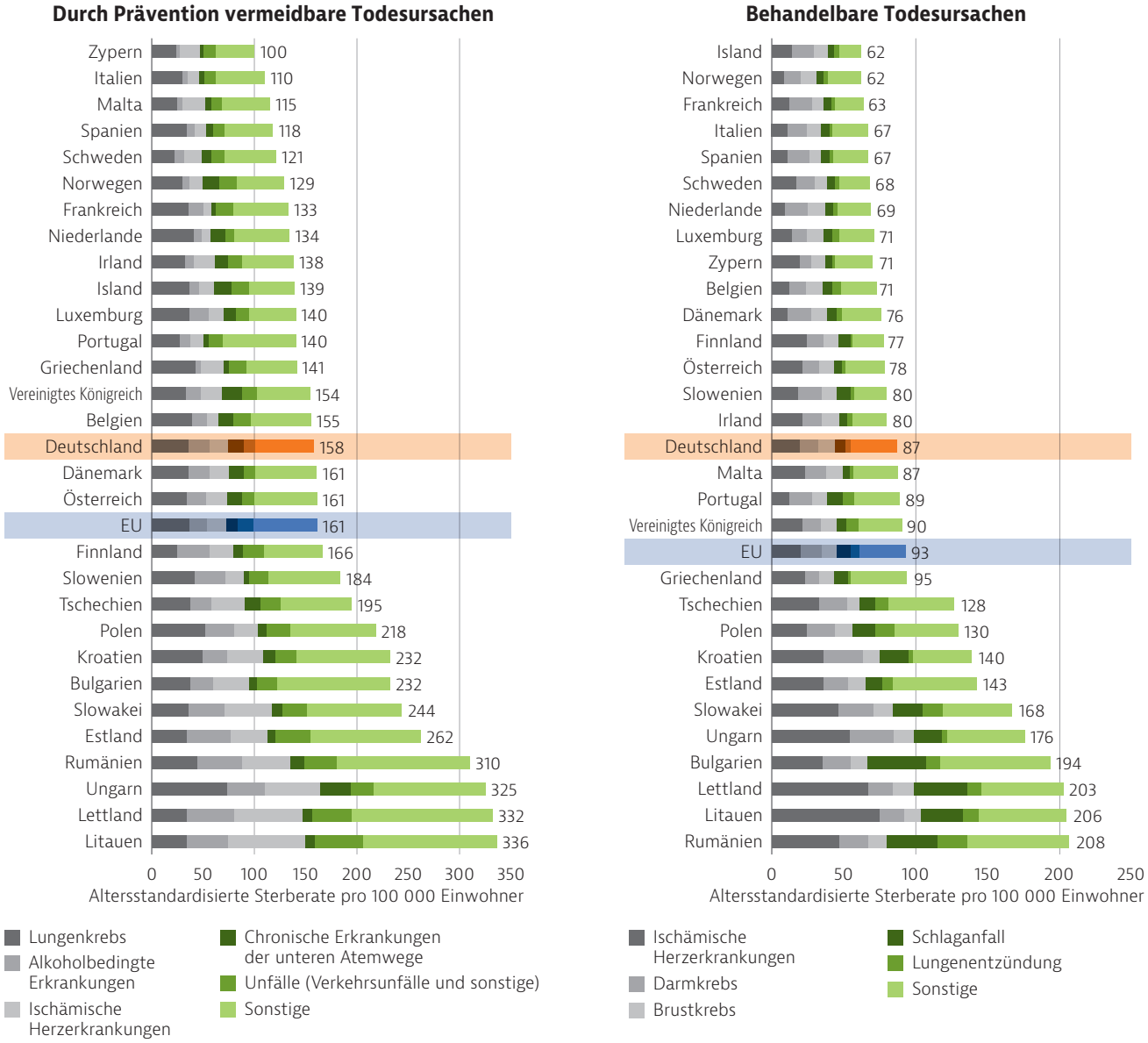
5 Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems

5.1 Wirksamkeit

Die Reduzierung von Todesfällen aus vermeidbaren Ursachen stellt eine Herausforderung dar

Die durch öffentliche Gesundheitsmaßnahmen und Prävention vermeidbare Sterblichkeit ist in Deutschland seit 2011 stabil geblieben, während sie in vielen anderen EU-Ländern gesunken ist. Im Jahr 2016 hätte Deutschland 158 Todesfälle pro 100 000 Einwohner durch wirksame Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung und durch eine koordinierte Grundversorgung verhindern können (Abbildung 10). Dies ist gleichauf mit dem EU-Durchschnitt von 161 vermeidbaren Todesfällen pro 100 000 Einwohner.

Abbildung 10. Die Anzahl der vermeidbaren Todesfälle liegt dicht am EU-Durchschnitt, ist aber höher als in vielen anderen westeuropäischen Ländern



Hinweis: Die durch öffentliche Gesundheitsmaßnahmen vermeidbare Sterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung und der Primärprävention vermieden werden können. Die Sterblichkeit aufgrund behandelbarer (oder vermeidbarer) Ursachen 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). Die Daten basieren auf den überarbeiteten OECD-/Eurostat-Listen.
Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2016).

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention von 2015 hat Deutschland die Bedeutung

einer präventiven Gesundheitspolitik erkannt. In diesem Gesetz werden Maßnahmen und finanzielle Unterstützung vorgeschlagen, um der zunehmenden Belastung durch verhaltensbedingte Risikofaktoren zu begegnen. Ziel ist es, unter Anwendung eines lebensfeldbezogenen Ansatzes die Bevölkerung im Kontext ihres Alltags (z. B. in Kindertagesstätten, Schulen und Arbeitsumgebungen) bei der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise zu unterstützen. Dennoch könnten stärkere Präventionsmaßnahmen und größere Anstrengungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit dazu beitragen, die durch öffentliche Gesundheitsmaßnahmen vermeidbare Sterblichkeit zu verringern. So ist trotz der Tatsache, dass Lungenkrebs für ein Viertel der durch öffentliche Gesundheitsmaßnahmen vermeidbaren Sterblichkeit verantwortlich ist, Deutschland das einzige EU-Land, das noch Tabakwerbung auf Plakaten und im Kino erlaubt. Darüber hinaus sind in den meisten Bundesländern Raucherräume in Restaurants, Kneipen und Cafés gestattet.

Deutschland verzeichnet auch bei den vermeidbaren Todesfällen durch behandelbare Ursachen – also Todesfälle, die durch rechtzeitige und wirksame Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge hätten vermieden werden können – ähnliche Ergebnisse wie der EU-Durchschnitt. Allerdings ist die Rate höher als in fast allen anderen westeuropäischen Ländern. Im Jahr 2016 galten rund 65 000 Todesfälle durch behandelbare Ursachen als vermeidbar, wobei die ischämische Herzkrankheit die Hauptursache war (19 pro 100 000 Einwohner im Jahr 2016).

Nach gelegentlichen Masernausbrüchen ist die Zahl der gemeldeten Fälle nun rückläufig

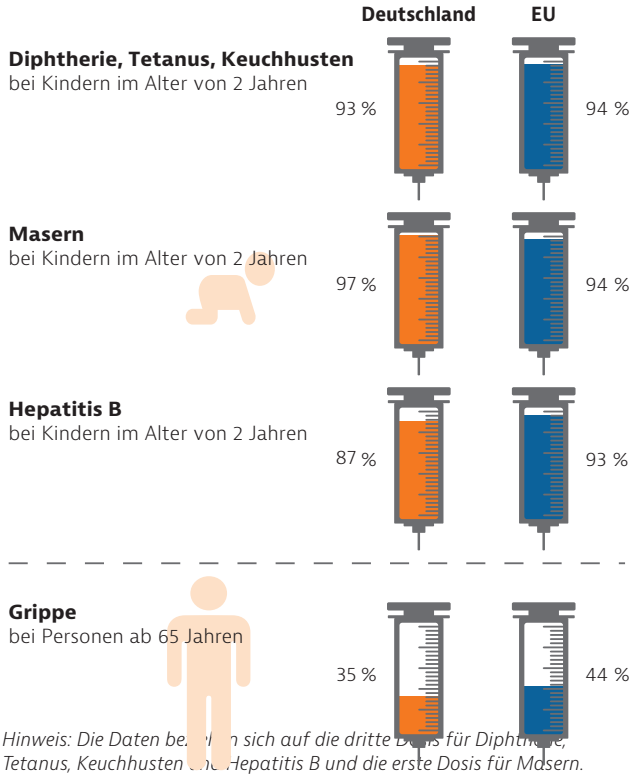
Bei Kindern ist die Quote der Durchimpfung gegen Masern seit 2007 stabil; 2018 erhielten 97 % der Zweijährigen eine Masernimpfung, was über dem EU-Durchschnitt von 94 % und dem von der WHO festgelegten Ziel von 95 % lag (Abbildung 11). Nach gelegentlichen Masernausbrüchen zwischen 2013 und 2015 sank die Zahl der gemeldeten Fälle in Deutschland (11 pro 100 000 Einwohner) 2017 unter den EU-Durchschnitt (36 pro 100 000 Einwohner). Dennoch steht die Einführung der Pflichtimpfung gegen Masern derzeit weit oben auf der Agenda der deutschen Gesundheitspolitik (Box 2). Die Durchimpfungsrate für Hepatitis B bei Zweijährigen beträgt nur 87 % und liegt damit unter dem EU-Durchschnitt von 93 %. Bei Erwachsenen ist etwa jeder Dritte ab 65 Jahren gegen die saisonale Grippe geimpft, was unter dem EU-Durchschnitt liegt und weit entfernt ist von dem WHO-Ziel von 75 %.

Um die Qualität der Versorgung zu gewährleisten, sind deutlichere Verbesserungen in den Krankenhäusern erforderlich

Die 30-Tage-Sterberate nach der stationären Aufnahme wegen Schlaganfalls ist seit 2007 um 23 % gesunken und lag 2017 unter der der meisten anderen EU-Länder (6 % in Deutschland gegenüber 8 % in der EU). Dies liegt zum Teil daran, dass durch höhere Vergütungen der Behandlung auf spezialisierten Schlaganfallstationen ein Anreiz für die Verdopplung der Anzahl dieser Stationen zwischen 2005 und 2010 geschaffen wurde. Infolgedessen wird nun jeder zweite Schlaganfallpatient auf einer spezialisierten Schlaganfallstation behandelt.

Obwohl die Zahl der Todesfälle, die innerhalb von 30 Tagen nach der Aufnahme wegen eines Herzinfarkts (akuter Myokardinfarkt – aMI) eintreten, von 10,5 % im Jahr 2007 auf 8,5 % im Jahr 2017 stark zurückgegangen ist, liegt sie nach wie vor höher als in vielen anderen EU-Ländern (Abbildung 12). Ein Problem besteht darin, dass viele kleine Krankenhäuser weiterhin stationäre Leistungen ohne ausreichend Personal (z. B. 24-Stunden-Verfügbarkeit einer Reihe von Fachärzten) oder technische Geräte (z. B. Computertomografen, Intensivstationen) erbringen, die für eine hohe Versorgungsqualität notwendig sind.

Abbildung 11. Die Durchimpfungsraten bei Kindern sind unterschiedlich

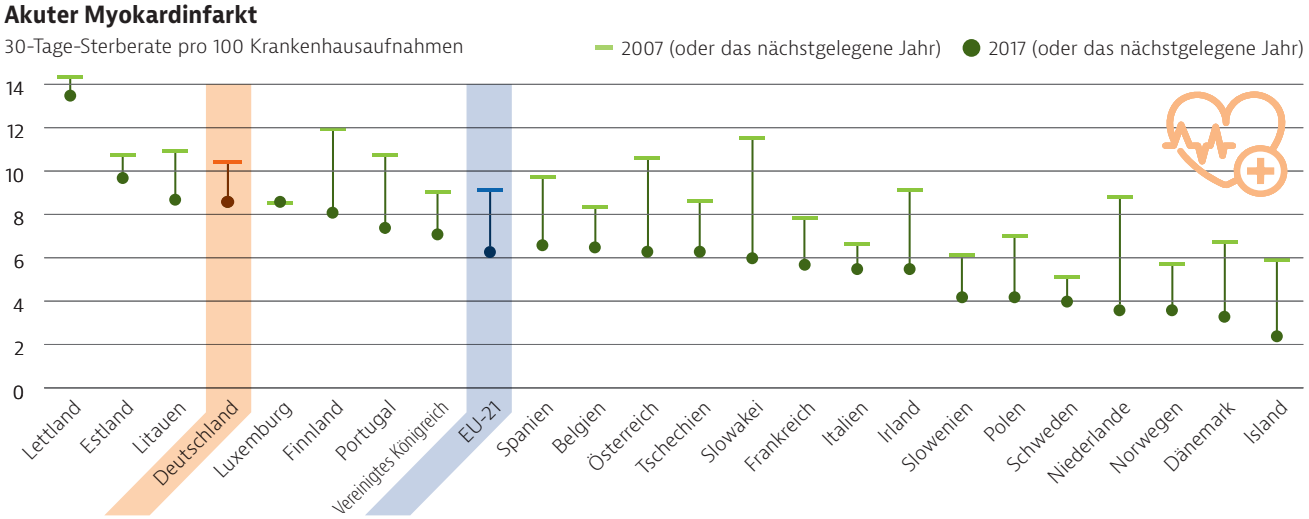


Hinweis: Die Daten beziehen sich auf die dritte Dosis für Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Hepatitis B und die erste Dosis für Masern.
Quellen: WHO/UNICEF Global Health Observatory Data Repository für Kinder (die Daten beziehen sich auf 2018); OECD-Gesundheitsstatistik 2019 und Eurostat-Datenbank für Personen ab 65 Jahren (die Daten beziehen sich auf 2017 oder das nächstgelegene Jahr).

Box 2. Die Impfpolitik ist ein aktuelles Diskussionsthema

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention von 2015 wurden strengere Impfrichtlinien eingeführt, die eine Beratung der Eltern von nicht geimpften Kindern vorschreiben, bevor das Kind in eine Kindertagesstätte oder Schule aufgenommen werden kann. In Deutschland besteht keine Impfpflicht und die Durchimpfungsraten haben sich noch nicht geändert (Rechel, Richardson & McKee, 2018). Die Diskussionen um eine bundesweite Pflichtimpfung gegen Masern gehen weiter und im Juli 2019 verabschiedete die Bundesregierung einen Gesetzentwurf zur Einführung einer Pflichtimpfung gegen Masern für medizinisches Personal und Kinder, Jugendliche und Mitarbeiter in Gemeinschaftseinrichtungen (Kinderbetreuung, Schulen, Asylbewerberheime).

Abbildung 12. Die Sterblichkeit in Krankenhäusern bei akutem Myokardinfarkt ist vergleichsweise hoch

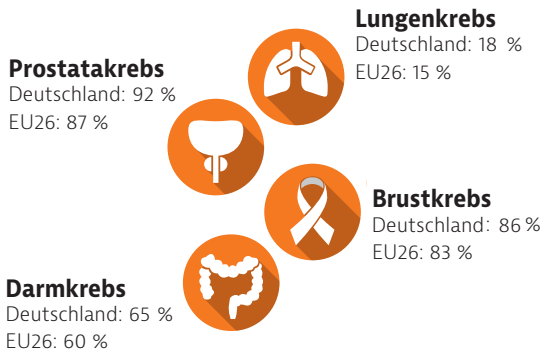


Hinweis: Die Zahlen basieren auf Daten zu Krankenhausaufnahmen und wurden bezüglich Alter und Geschlecht auf die OECD-Population von 2010 standardisiert, die mindestens 45 Jahre alt war und wegen aMI ins Krankenhaus aufgenommen wurde.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2019.

Zwar sind die Überlebensraten bei Krebs gut, die Inanspruchnahme von Brustkrebs-Screenings könnte jedoch höher sein

Die relativen Überlebensraten von Krebspatienten über einen Zeitraum von fünf Jahren (2010–2014) zeigen für Deutschland vergleichsweise gute Ergebnisse (Abbildung 13). Die Überlebensraten für Prostatakrebs (92 %) und Darmkrebs (65 %) liegen deutlich über dem EU-Durchschnitt von 87 % bzw. 60 %. Auch die Überlebensraten von Brustkrebs sind höher als in den meisten anderen EU-Ländern und spiegeln die Wirksamkeit der Behandlung wider. Screening-Programme zeigen teilweise gemischte Ergebnisse: Während die Screening-Rate von 52 % für Brustkrebs niedrig ist (gegenüber 60 % in der EU), ist der Anteil der Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren, die in den letzten zwei Jahren ein Screening auf Gebärmutterhalskrebs hatten, mit 80 % hoch.

Abbildung 13. Deutschland verzeichnet überdurchschnittlich hohe Fünf-Jahres-Überlebensraten für verschiedene Krebsarten

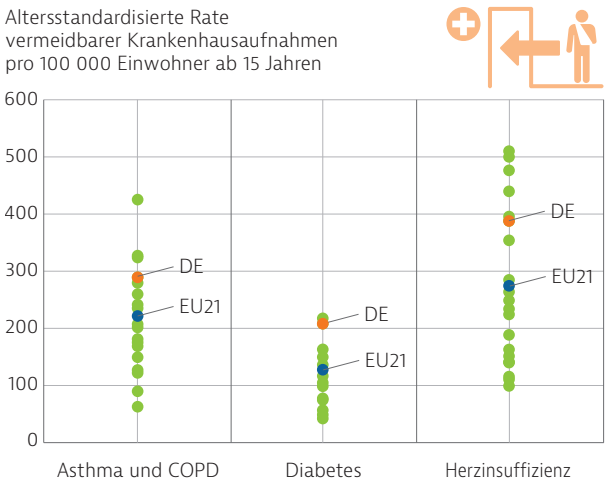


Hinweis: Die Daten beziehen sich auf Personen, die zwischen 2010 und 2014 eine Diagnose erhalten haben.
Quelle: CONCORD Programme, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Hohe Raten vermeidbarer Krankenhausaufnahmen weisen auf ein fragmentiertes Versorgungssystem hin

Obwohl Unterschiede zwischen Ländern teilweise auf die jeweilige Prävalenz von Erkrankungen zurückgeführt werden können, weist Deutschland im Vergleich zum EU-Durchschnitt deutlich höhere Raten vermeidbarer Krankenhausaufnahmen für alle gemeldeten Erkrankungen auf (Abbildung 14). Diese hohen Aufnahmeraten lassen sich durch die Fragmentierung der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland erklären, die zu einer mangelnden Kontinuität und geringeren Qualität der Versorgung führt. Obwohl Disease-Management-Programme, die es Patienten mit chronischen Erkrankungen ermöglichen sollen, ihre Krankheiten ambulant zu behandeln, eine hohe Akzeptanz haben, werden Patienten mit Asthma, Diabetes oder Herzinsuffizienz häufiger in Krankenhäuser aufgenommen als in anderen Ländern.

Abbildung 14. Vermeidbare Krankenhausaufnahmen sind häufiger als in den meisten anderen EU-Ländern



Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2019 (die Daten beziehen sich auf 2017 oder das nächstgelegene Jahr).

5.2 Zugang

Die Politik versucht, Krankenversicherungslücken in der Bevölkerung durch finanzielle Entlastungen zu schließen

Ein 2009 eingeführtes Gesetz verpflichtet alle Bürger, krankenversichert zu sein, sodass der Versicherungsschutz in der Bevölkerung Deutschlands de facto flächendeckend ist (Abschnitt 4). Wegen der komplexen Versicherungsmechanismen besteht jedoch für bestimmte Bevölkerungsgruppen aufgrund finanzieller oder verwaltungstechnischer Hürden die Gefahr, dass sie keine Krankenversicherung haben. Nach jüngsten Schätzungen waren im Jahr 2015 rund 100 000 Menschen (0,1 % der Bevölkerung) nicht versichert.

Selbstständige mit niedrigem Einkommen gehören zu den Bevölkerungsgruppen mit hohem Risiko für das Fehlen einer Versicherung, da es für sie schwierig sein kann, die Beiträge zur GKV oder PKV aufzubringen. Bis Januar 2019 verpflichtete die GKV Selbstständige, unabhängig vom tatsächlichen Einkommen einen Beitrag auf der Grundlage eines erwarteten Mindesteinkommens von 2 284 EUR pro Monat zu zahlen. Der Referenzbetrag zur Berechnung des Mindestbeitrags wurde anschließend halbiert, um die finanzielle Belastung dieser Personen zu verringern und Deckungslücken zu schließen. Flüchtlinge, Asylbewerber und irreguläre Migranten bilden eine weitere Gruppe mit eingeschränktem Versicherungsschutz und vermindertem Zugang zur Gesundheitsversorgung (Box 3).

Deutschland verzeichnet ein äußerst niedriges Niveau an ungedecktem medizinischen Behandlungsbedarf

Der Anteil der Menschen, die einen ungedeckten medizinischen Behandlungsbedarf aufgrund von Kosten, Entfernungen oder Wartezeiten berichteten, war 2017 nahezu null, wobei es fast keinen Unterschied zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Gruppen gab (Abbildung 15). Da die GKV die zahnärztliche Versorgung jedoch nicht vollständig abdeckt, berichteten 11 % der deutschen Bevölkerung 2014 einen ungedeckten Bedarf an zahnärztlicher Versorgung. Der Anteil war bei den Gruppen mit niedrigem Einkommen (18 %) deutlich höher als bei den Gruppen mit hohem Einkommen (5 %).

Der Abschluss einer freiwilligen Zahnzusatzversicherung nimmt weiter zu

Die GKV deckt einen breiten Leistungskatalog ab, der deutlich über die Basisleistungen hinausgeht. Als Anreiz zur Gewinnung von Mitgliedern können die Krankenkassen auch zusätzliche Leistungen (z. B. Alternativ- und Komplementärmedizin) anbieten, die jedoch in der Regel nur einen begrenzten Umfang haben. Im Jahr 2016 hatte fast jeder vierte Deutsche eine Zusatz-Krankenversicherung (z. B. für Einzelzimmer im Krankenhaus oder die zahnärztliche Versorgung). Rund 80 % dieser Verträge über eine freiwillige Zusatzversicherung deckten die zahnärztliche Versorgung ab, denn obwohl die GKV-Leistungen Teilzahlungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie beinhalten, fallen hier beträchtliche Zuzahlungen an.

Vergleichsweise geringe Ausgaben privater Haushalte spiegeln die umfassende Abdeckung von Leistungen wider

Hohe öffentliche Gesundheitsausgaben und eine breite Abdeckung der Gesundheitsleistungen schlagen sich in geringen Zahlungen privater Haushalte nieder: 12,5 % im Jahr 2017 (Abbildung 16). Dies liegt unter dem EU-Durchschnitt von 15,8 %. Etwa ein Drittel der Ausgaben privater Haushalte entfällt auf die Langzeitpflege: Für die Langzeitpflege in Einrichtungen decken die Leistungen in der Regel nur einen Teil der Kosten ab. Weitere gewichtige Kategorien für Selbstzahlungen sind Arzneimittel (18 %, hauptsächlich für rezeptfreie Arzneimittel), die zahnärztliche Versorgung (14 % aufgrund von Zuzahlungen) und die ambulante medizinische Versorgung (12 %). Die direkten Zahlungen für Medizinprodukte wie Brillen, Hörgeräte oder Rollstühle (in Abbildung 16 als „sonstige“ eingestuft) machen weitere 20 % der privaten Ausgaben aus.

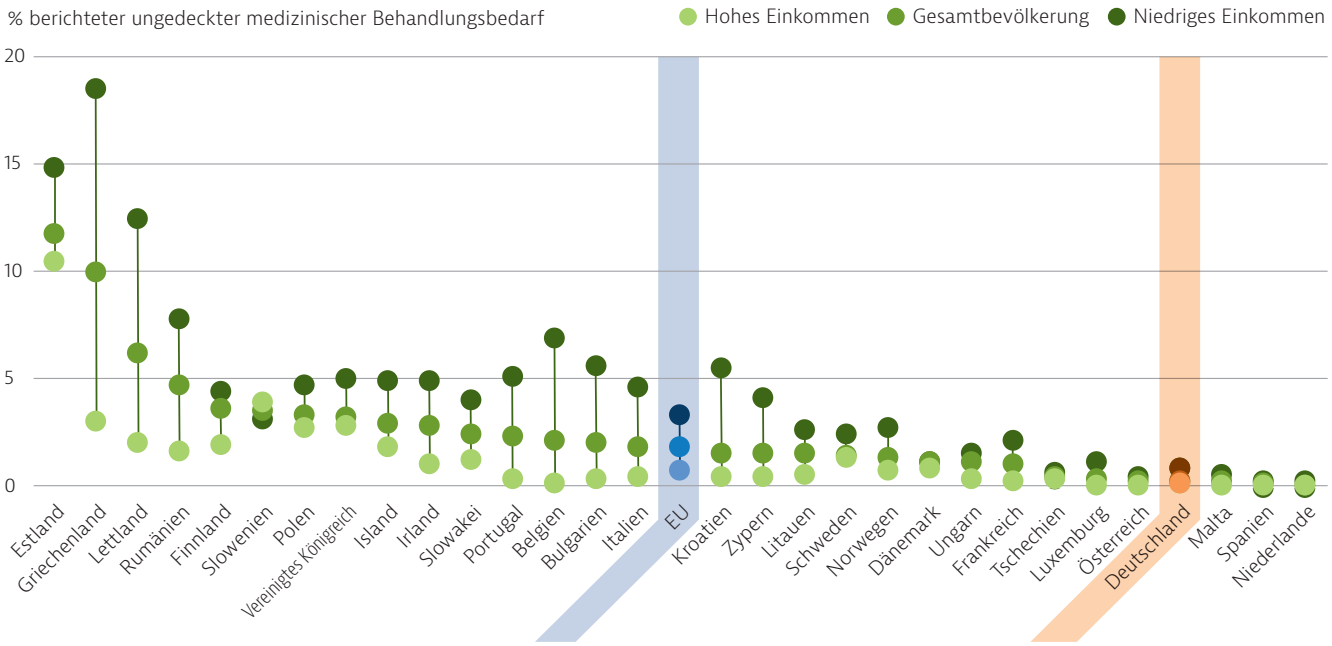
Für GKV-Patienten beziehen sich private Ausgaben für die ambulante medizinische Versorgung ausschließlich auf sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen, die in ambulanten Einrichtungen erbracht werden und von der GKV nicht abgedeckt sind, weil sie keinen nachweisbaren therapeutischen Nutzen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben (Abschnitt 4), z. B. eine zusätzliche Ultraschalluntersuchung während der Schwangerschaft.

Box 3. Welche Gesundheitsleistungen für Migranten übernommen werden, ist regional unterschiedlich

Für Flüchtlinge, Asylbewerber und irreguläre Migranten sind der Versicherungsschutz und der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland eingeschränkt. Diese Personen haben oft nur Anspruch auf eine Notfall- und Mutterschaftsversorgung sowie auf Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (z. B. Screening und alle empfohlenen Impfungen). Sie alle müssen sich bei ihrer Ankunft in Deutschland zunächst einer medizinischen Erstuntersuchung unterziehen. Vorrangiges Ziel dieser Untersuchungen ist es, Infektionskrankheiten durch Behandlung und Impfung einzudämmen und zu verhindern. Der Zugang zu weiteren Gesundheitsleistungen hängt von ihrem individuellen Status (z. B. Asylbewerber, anerkannter Flüchtling, irregulärer Migrant) und den spezifischen Regelungen des Bundeslandes ab, in dem sie wohnen.

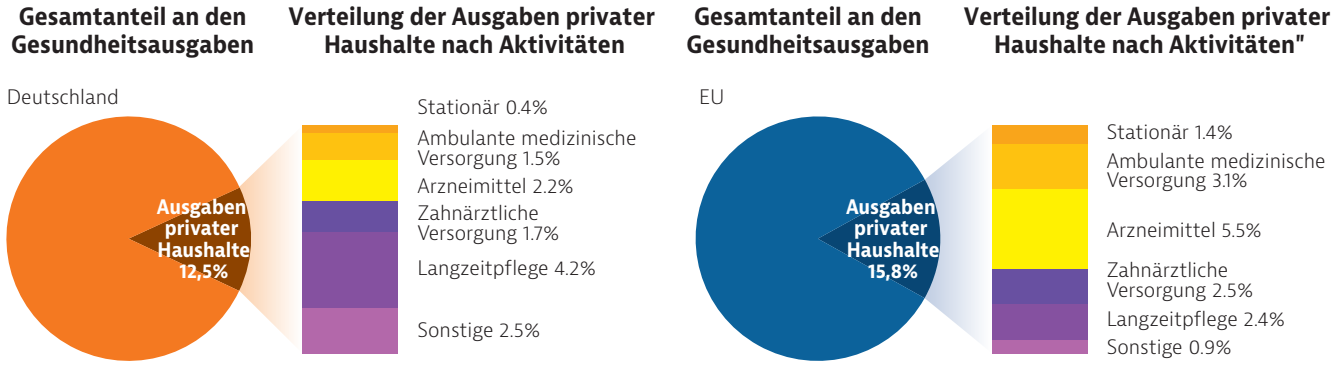
In den ersten 15 Monaten des Aufenthalts sind für den Zugang zu Gesundheitsleistungen je nach Bundesland drei Hauptszenarien möglich. In der Hälfte der deutschen Bundesländer werden elektronische Gesundheitskarten zur Verwaltung des Leistungsanspruchs und zur Entrichtung von Erstattungen der Leistungserbringer eingesetzt, wobei der Zugang zu Gesundheitsleistungen nach wie vor eingeschränkt ist. In einigen Bundesländern ist für alle medizinischen Behandlungen über die Notfallbehandlung hinaus eine vorherige Genehmigung erforderlich. Andere gestatten Arztbesuche nur in speziell benannten Einrichtungen. Nach 15 Monaten Aufenthalt in Deutschland sollten Flüchtlinge, Asylbewerber und irreguläre Migranten vollen Anspruch auf medizinische Leistungen im Rahmen der GKV haben.

Abbildung 15. Der von den Befragten selbst angegebene ungedeckte Behandlungsbedarf ist fast gleich null.



Hinweis: Die Daten beziehen sich auf ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund von Kosten, Entfernungen 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 2017).

Abbildung 16. Auf die Langzeitpflege entfällt der größte Anteil an Ausgaben privater Haushalte



Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2019 (die Daten beziehen sich auf 2017).

Obergrenzen für Zuzahlungen schützen die meisten Menschen vor finanzieller Not aufgrund von Erkrankungen

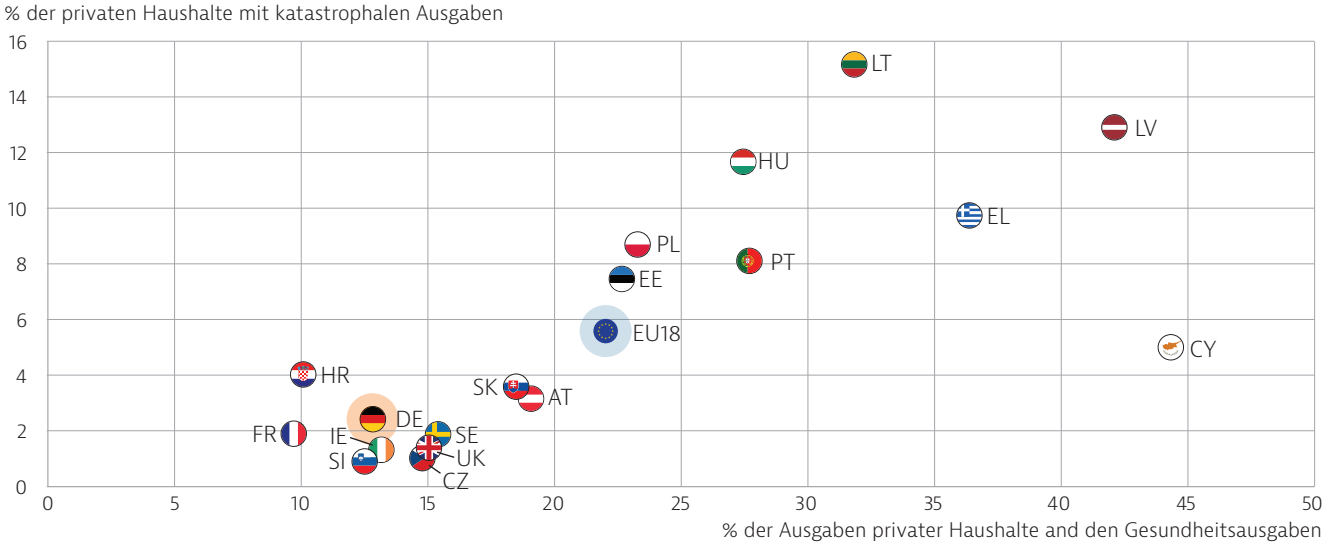
Im Jahr 2013 ergaben sich für 2,4 % der Deutschen katastrophale Gesundheitsausgaben[6], was ein im Vergleich zu anderen EU-Ländern relativ geringer Anteil ist (Abbildung 17). Deutschland verfügt über mehrere Sicherheitsnetze, um seine Bevölkerung vor katastrophalen Ausgaben zu schützen. Kinder unter 18 Jahren sind in der Regel von Zuzahlungen befreit. Für Erwachsene sieht die GKV eine jährliche Obergrenze für verpflichtende Zuzahlungen in Höhe von 2 % des Haushaltseinkommens vor. Rund 0,4 % aller GKV-Mitglieder überschritten 2018 die 2%-Grenze und wurden von weiteren Zuzahlungen befreit. Für Menschen mit schweren Behinderungen oder chronischen Erkrankungen, die Langzeitpflege benötigen, gilt eine noch niedrigere Grenze: 1 % des Haushaltseinkommens.

Die dichte Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern trägt zu einer guten Verfügbarkeit von Leistungen bei

Für die Mehrheit der Bevölkerung ist der nächstgelegene Hausarzt weniger als 1,5 km entfernt (Abbildung 18). In ländlichen Gebieten kann es jedoch einen Ärztemangel geben, der zu längeren Anfahrtswegen für die Patienten führen kann. Die Zahl der Deutschen, die aufgrund von Wartezeiten auf medizinische Versorgung verzichten, sank 2017 auf nahezu null. Die Deutschen haben die kürzesten Wartezeiten für Facharzttermine in der EU: Nur 3 % der Befragten warten zwei Monate oder länger.

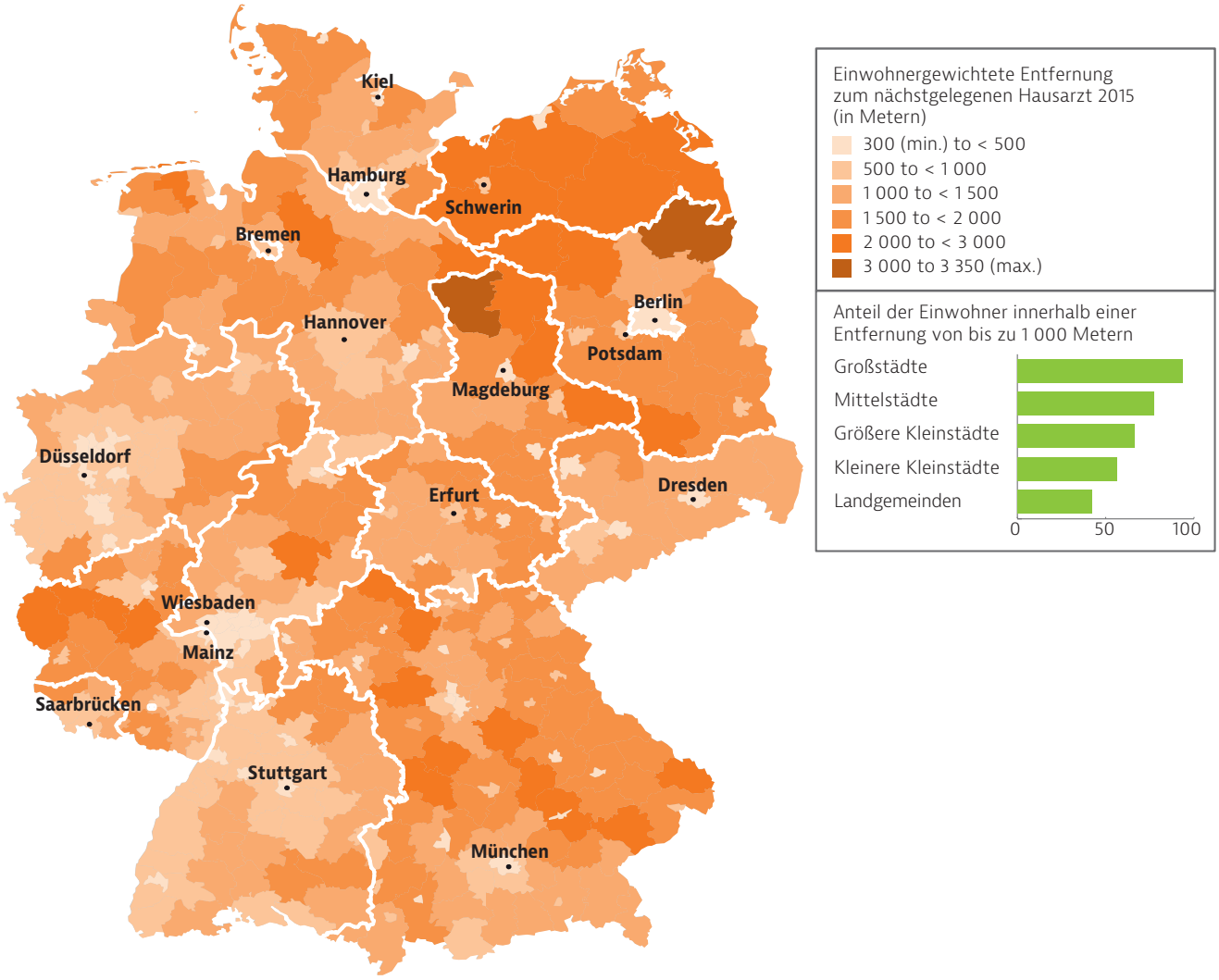
6: Katastrophale Ausgaben sind definiert als Ausgaben privater Haushalte, die 40 % der gesamten Haushaltsnettoausgaben für elementare Bedürfnisse (d. h. Lebensmittel, Wohnung und Nebenkosten) überschreiten.

Abbildung 17. Deutschland hat ein geringes Niveau an Selbstzahlungen und nur wenige private Haushalte mit katastrophalen Ausgaben



Quellen: WHO Regional Office for Europe 2018; OECD-Gesundheitsstatistik 2019 (die Daten beziehen sich auf 2017 oder das nächstgelegene Jahr).

Abbildung 18. Die meisten Deutschen haben zwar einen Hausarzt in der Nähe, in ländlicheren Gebieten müssen aber oft erhebliche Entfernungen zurückgelegt werden



Quelle: Modifizierte Abbildung basierend auf Bundesinstitut für Bau-, Stadt, und Raumforschung, 2019. Datenbasis: Laufende Raumbeobachtung des BBSR. Wer-zu-Wem-Verlag (umfasst Allgemeinärzte, Kinderärzte und hausärztlich tätige Internisten). Geometrische Grundlage: Kreise, 31.12.2014. © BKG/GeoBasis-DE.

Diese Entwicklung ist möglicherweise auf das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2015 zurückzuführen, das die regionalen kassenärztlichen Vereinigungen zur Einrichtung von Terminservicestellen verpflichtete (Europäische Kommission, 2019a). Diese Servicestellen sollten innerhalb einer Woche einen Facharzttermin in angemessener Entfernung empfehlen. Die Wartezeit auf den Termin darf höchstens vier Wochen betragen.

Reformen zielen darauf ab, den Zugang zur Versorgung außerhalb der Praxiszeiten zu verbessern

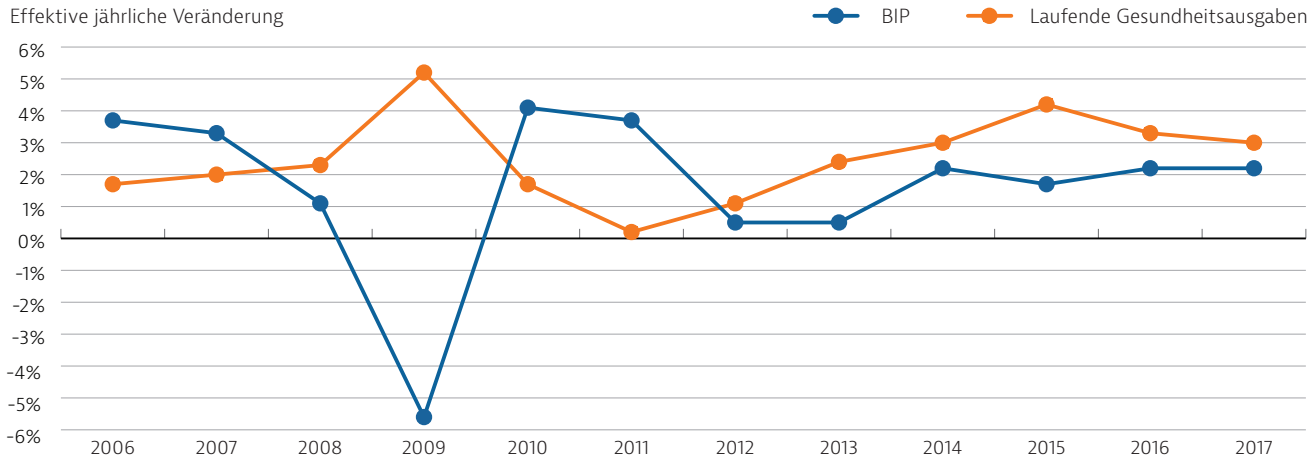
Überfüllte Notaufnahmen in Krankenhäusern sind in Deutschland ein viel diskutiertes Thema. Nationale Umfragen haben gezeigt, dass Patienten Notaufnahmen auch dann nutzen, wenn die Symptome keine Notfallbehandlung erfordern, weil keine Ärzte für die ambulante Versorgung verfügbar sind (z. B. abends oder am Wochenende). Als Reaktion darauf wurden die regionalen kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Portalpraxen in Krankenhäusern einzurichten, in denen Kassenärzte Patienten mit weniger akuten Erkrankungen außerhalb der Praxiszeiten behandeln können. Neuere Gesetze zielen darauf ab, die Verfügbarkeit von Leistungen zu erhöhen, indem bestehende Terminservicestellen weiter gestärkt und Vetragsärzte, verpflichtet werden, die Sprechzeiten für GKV-Patienten von 20 auf 25 Stunden pro Woche zu verlängern (siehe auch Box 1 in Abschnitt 4). Darüber hinaus hat der Bundesminister für Gesundheit im Juli 2019 einen Planentwurf zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt, der mit den Ländern entwickelt wird, um die Zahl der unnötigen Besuche in den Notaufnahmen zu reduzieren.

5.3 Anpassungsfähigkeit[7]

Die finanziellen Rücklagen der gesetzlichen Krankenversicherung können wirtschaftliche Abschwächungen ausgleichen

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist stark zyklisch, da sie hauptsächlich auf lohnabhängige Krankenversicherungsbeiträge angewiesen ist. Die starke deutsche Wirtschaft mit steigenden Löhnen und steigender Beschäftigung bei moderatem Anstieg der Gesundheitsausgaben kommt dem GKV-System zugute (Abbildung 19). Im Jahr 2018 erwirtschafteten die Krankenkassen einen Überschuss von rund 2 Mrd. EUR und häuften Finanzreserven von mehr als 21 Mrd. EUR an, was mehr als einem Monat GKV-Ausgaben entspricht – und mehr als dem Vierfachen der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserve (Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

Abbildung 19. Die Gesundheitsausgaben sind während der Konjunkturschocks konstant geblieben



Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2019; Eurostat-Datenbank.

Die zukünftige Nachhaltigkeit der Langzeitpflege stellt eine Herausforderung dar

Durch eine Reform der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der Personen, die Anspruch auf Langzeitpflegeleistungen haben, erheblich erhöht, da der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert wurde und die Kriterien für die Anspruchsberechtigung und der Leistungskatalog geändert wurden. Im Jahr 2017, als die meisten Änderungen in Kraft traten, stieg die Zahl der Empfänger von Langzeitpflegeleistungen im Vergleich zu 2016 von 2,7 Mio. um rund 20 % auf 3,3 Mio. Infolgedessen erhöhten sich die Ausgaben für die Langzeitpflege um 7,5 Mrd. EUR (24 %). Obwohl dies mit einer Anhebung der Beitragssätze für die Pflegeversicherung um 0,5 Prozentpunkte einherging, stiegen die Ausgaben mehr als die Einnahmen. Erstmals seit 2007 wies die Pflegeversicherung ein Defizit von 2,4 Mrd. EUR auf (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

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

Als Reaktion darauf erhöhte die Regierung den Beitragssatz für die Pflegeversicherung im Jahr 2019 um weitere 0,5 Prozentpunkte. Für Mitglieder mit Kindern beträgt der Beitragssatz nun 3,05 % des Bruttoeinkommens (bis zu einem jährlich festgelegten Schwellenwert) – zahlbar von Arbeitnehmern und Arbeitgebern (in den meisten Ländern zu gleichen Teilen).

Die langfristige finanzielle Tragfähigkeit der Pflegeversicherung hängt von der zukünftigen demografischen Entwicklung und den Migrationsmustern ab; diese Faktoren sind schwer vorhersehbar. Die öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege als Anteil am BIP werden – abhängig von der Indexierungsmethode – voraussichtlich von 1,3 % im Jahr 2016 auf 1,9 % im Jahr 2070 steigen (Europäische Kommission-EPA, 2018). Zur Stabilisierung der zukünftigen Beiträge verwendet die Pflegeversicherung die Einnahmen aus 0,1 Prozentpunkten der Beiträge für einen Pflegevorsorgefonds, der von der Deutschen Bundesbank verwaltet wird und erst ab 2035 genutzt werden kann.

Alterndes Personal im Gesundheitswesen schafft zusätzliche Herausforderungen in der Versorgung

Die Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung und der demografische Wandel wirken sich auch auf die Arbeitskräfte aus: Zwar bleibt der Anteil der Beschäftigten im Pflegebereich stabil, ihre absolute Zahl wird jedoch aufgrund der schrumpfenden Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter sinken. Dies könnte in den kommenden Jahren zu einer erheblichen Personallücke im Pflegebereich führen. Um der Nachfrage gerecht zu werden, hat Deutschland Reformen zur Stärkung der Pflege umgesetzt (Box 4).

Während die Zahl der Medizinabsolventen seit 2000 stabil ist, ist die Zahl der Pflegeabsolventen um 40 % gestiegen. Das Gesundheitssystem ist zunehmend auf Ärzte aus dem Ausland angewiesen, die 2018 12 % aller praktizierenden Ärzte in Deutschland ausmachten (gegenüber 4 % im Jahr 2000). Auch die Alterung der Arbeitskräfte ist ein Thema; der Anteil der Ärzte unter 35 Jahren erreichte 2005 einen Tiefstand von 15 %, stieg bis 2018 aber wieder auf 19 % (Bundesärztekammer, 2019). Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat den „Masterplan Medizinstudium“ initiiert, um Struktur und Inhalt des medizinischen Lehrplans zu ändern und zukünftige Ärzte besser auf die praktische Arbeit vorzubereiten. Ferner werden mit diesem Masterplan Anreize für die Arbeit in ländlichen Gebieten geschaffen. Die Länder können bis zu 10 % der Plätze für die medizinische Ausbildung an Hochschulen an Bewerber vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss ihres Studiums bis zu 10 Jahre lang in der Primärversorgung in unterversorgten oder ländlichen Gebieten zu arbeiten.

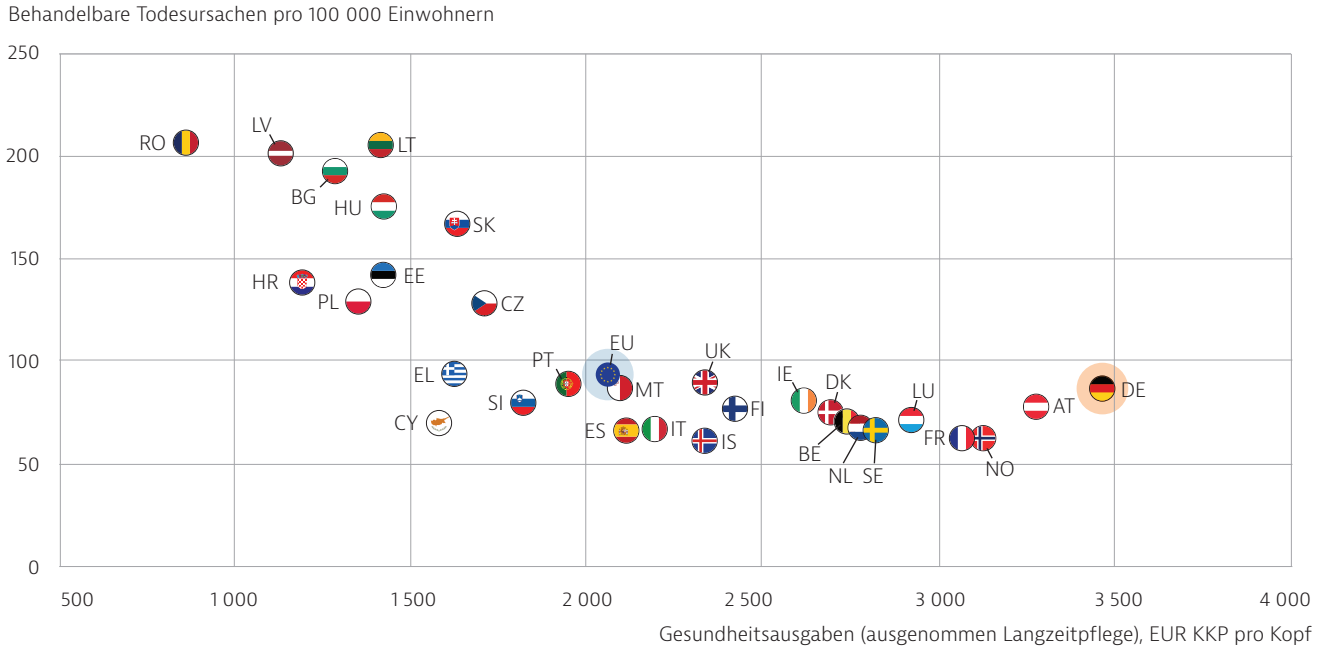
Es gibt Raum für Effizienzsteigerungen, insbesondere durch eine Verringerung der übermäßigen Inanspruchnahme der Krankenhausversorgung

Während das Gesundheitssystem effektiv zur Gesundheit der Bevölkerung beiträgt (Abschnitt 5.1), hat Deutschland die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf in der EU. Abbildung 20 zeigt, dass mehrere europäische Länder weniger pro Person ausgeben und eine geringere durch Gesundheitsfürsorge vermeidbare Sterblichkeit erreichen. Auf Makroebene betrachtet hat das System daher das Potenzial, eine wesentlich höhere Effizienz zu erreichen.

Box 4. Skill-Mix-Innovationen konzentrieren sich auf Änderungen und Erweiterungen in der Ausbildung von Krankenpflegekräften

Im Jahr 2017 wurde neben der Aufrechterhaltung der bestehenden Berufsausbildung auch ein Bachelor-Abschluss für Krankenpflegekräfte eingeführt (der bis dahin nur im Rahmen von Pilotprogrammen umgesetzt wurde). Die Absolventen werden darin geschult, hochkomplexe Pflegeprozesse zu beherrschen und die Qualität der Pflege zu fördern. Zwar waren zu einem frühen Zeitpunkt durchgeführte Auswertungen vielversprechend, eine systematische Lösung für die Integration der Absolventen in bestehende Pflegestrukturen ist jedoch noch nicht gefunden. Darüber hinaus wurden die drei bestehenden Berufspflegeprogramme (allgemeine(r) Krankenpfleger(in), Kinderkrankenpfleger(in) und Altenpfleger(in)) zu einem standardisierten Zweijahresprogramm mit der Möglichkeit der Spezialisierung zusammengefasst, um die Mobilität des Krankenpflegepersonals in allen Pflegesektoren zu erleichtern. Innovationen im ambulanten Bereich, insbesondere in ländlichen Gebieten und für ältere Menschen, konzentrieren sich auf die Ausbildung von Krankenpflegekräften und medizinischen Assistenten zur Übernahme neuer Aufgaben zur Unterstützung von Allgemeinärzten (z. B. Hausbesuche). Obwohl solche Initiativen bundesweit zunehmen, ist die Aufgabenverlagerung von Ärzten zum Pflegepersonal fragmentiert und meist auf Pilotprojekte oder wenige Regionen beschränkt.

Abbildung 20. Einige Länder weisen eine geringere durch Gesundheitsfürsorge vermeidbare Sterblichkeit auf, geben pro Kopf jedoch weniger aus als Deutschland

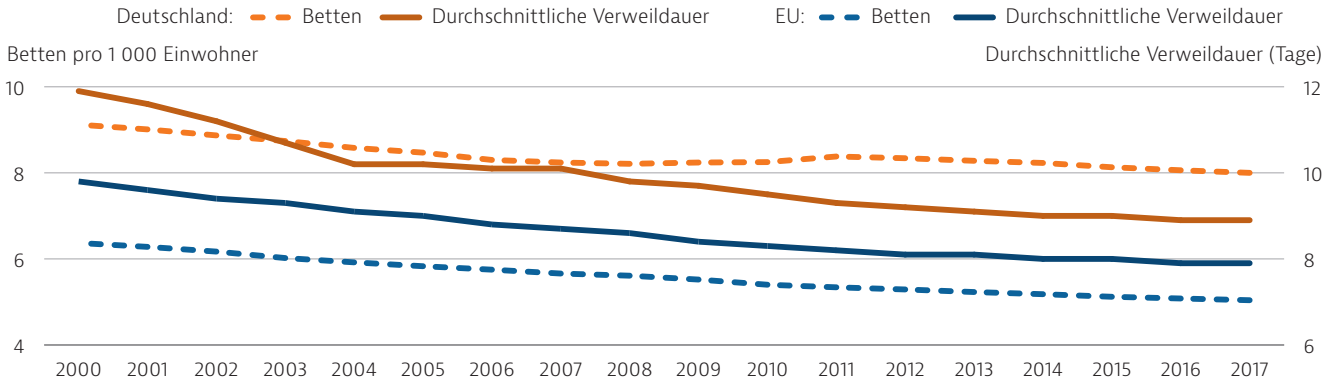


Hinweis: Der EU-Durchschnitt hat nur für Daten bezüglich der Gesundheitsausgaben keine Gewichtung.
Quellen: Eurostat-Datenbank; OECD-Gesundheitsstatistik 2019.

Eine Möglichkeit zur Effizienzsteigerung besteht darin, die übermäßige Inanspruchnahme teurer stationärer Behandlungen zu reduzieren und die ambulante Versorgung und Operationen in Tageskliniken auszubauen. Der Rückgang der Krankenhausbetten ist seit 2000 bescheiden, sodass Deutschland nach wie vor die höchste Bettenquote pro Einwohner in der EU hat (Abschnitt 4). Die durchschnittliche Verweildauer ist schneller zurückgegangen, liegt aber noch immer über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 21).

Die Zahl der Krankenhausentlassungen stieg entgegen dem europäischen Trend zwischen 2000 und 2016 um 14 % an und lag 2016 50 % über dem EU-Durchschnitt, was zu einer stabilen Auslastung von rund 80 % führte. Diese hohe Inanspruchnahme der stationären Versorgung lässt Zweifel über die Effizienz aufkommen. Deutschland ist bei der Verlegung von Leistungen für bestimmte Erkrankungen in den ambulanten Bereich oder in eine Tagesklinik weniger erfolgreich als andere Länder.

Abbildung 21. Sowohl die Bettenzahl als auch die durchschnittliche Verweildauer liegen über dem EU-Durchschnitt



Quelle: Eurostat-Datenbank.

Deutschland setzt auf Generika, um Arzneimittel effizienter bereitzustellen

Deutschland hat die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel in der EU (Abschnitt 4). Es wurden Maßnahmen ergriffen, um steigenden Kosten zu begegnen und die Versorgung mit Arzneimitteln effizienter zu gestalten, allerdings mit mäßigem Erfolg (Europäische Kommission, 2019b). Die Arzneimittelpolitik basiert auf Zwangsrabatten und der Festlegung von Festbeträgen für Gruppen vergleichbarer Arzneimittel. In Deutschland gibt es keine Positivliste für von der GKV übernommene Arzneimittel. Stattdessen sind alle zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel in der Regel erstattungsfähig, einschließlich neuer und oft sehr teurer Arzneimittel, wenn sie eine vergleichende Nutzenbewertung bestehen (Box 5),

Box 5. Technologiefolgenabschätzungen im Gesundheitswesen gewährleisten einen effizienten Zugang zu wirksamen Arzneimitteln

Seit 2011 wird eine frühzeitige Nutzenbewertung aller neuen Arzneimittel durchgeführt. Hersteller von neu zugelassenen Arzneimitteln müssen dem Gemeinsamen Bundesausschuss ein Dossier mit einer Bewertung des potenziellen zusätzlichen Nutzens gegenüber bestehenden therapeutischen Alternativen vorlegen. Bietet das Medikament keinen zusätzlichen Nutzen, wird es in eine Festbetragsgruppe eingeordnet und erhält die gleiche GKV-Erstattung wie bestehende Behandlungsalternativen. Für Arzneimittel mit zusätzlichem Nutzen verhandelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) mit dem Hersteller einen Erstattungsbetrag.

Die Nutzenbewertung erfolgt in den ersten 12 Monaten nach der Marktzulassung eines neuen Arzneimittels. Während dieser Zeit wird das Arzneimittel von der GKV übernommen und den GKV-Versicherten bereitgestellt. Mit diesem Preisfindungsmechanismus soll sichergestellt werden, dass die Arzneimittelpreise wirtschaftlich effizient sind, ohne die Innovation zu behindern. Im ersten Jahr nach der Markteinführung eines Arzneimittels können die Hersteller den Preis jedoch frei und uneingeschränkt festlegen. Dies kann zu hohen Ausgaben der GKV für einige innovative Arzneimittel führen. Ein Jahr nach dem Inverkehrbringen wird das Arzneimittel zum verhandelten Preis verkauft, der jedoch nicht rückwirkend angewendet wird.

wodurch ein leichter Zugang zu neuen – aber oft teuren – Arzneimitteln gegeben ist. Gleichzeitig ist der mengenmäßige Marktanteil von Generika mit 82,3 % einer der höchsten in der EU (Abbildung 22). Wertmäßig entfallen 34,1 % des öffentlich finanzierten Arzneimittelmarktes auf Generika.

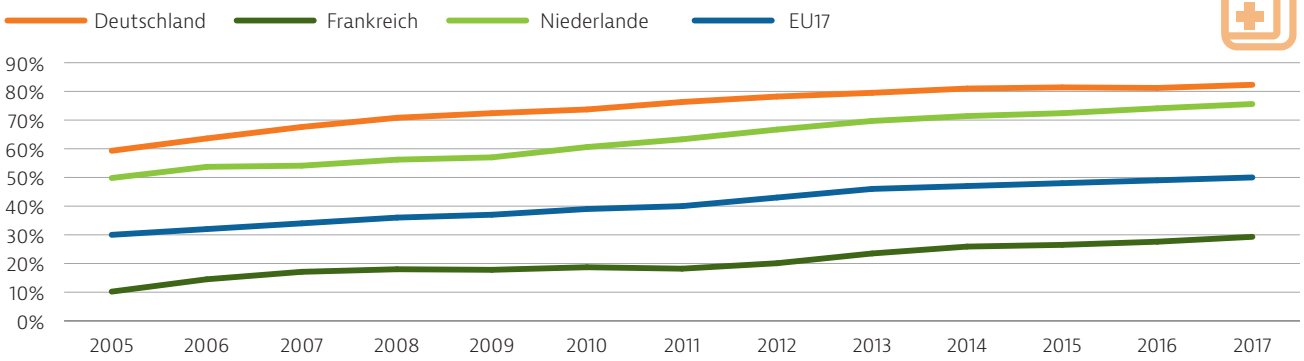
Die Fragmentierung stellt ein Hindernis für die Bewertung der Leistung des Gesundheitssystems dar

Viele Indikatoren des Gesundheitssystems zu Qualität, Sicherheit, Erbringung von Versorgungleistungen und Gesundheitsressourcen sind verfügbar und werden regelmäßig überwacht. Die fragmentierte Struktur des Systems mit seiner Vielzahl von Kostenträgern und Leistungserbringern führt jedoch zu vereinzelten Datenbanken, die eine umfassende Bewertung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems erschweren. Mehrere Überwachungsmechanismen und -register haben zwar verschiedene Aspekte des Systems oder einzelne Krankheiten zum Schwerpunkt, werden aber von einzelnen Interessenvertretern initiiert oder durchgeführt. Bei den meisten Initiativen und gleichzeitig laufenden Programmen besteht das Problem darin, dass es keine systematische Bewertung gibt, nicht alle Sektoren beteiligt sind und keine allgemeinen Ziele formuliert wurden. Eine regelmäßige Leistungsbewertung würde die Möglichkeit bieten, die Leistung des deutschen Gesundheitssystems besser zu verstehen und Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie die Versorgung verbessert und die Kosten reduziert werden können.

Deutschland hat im Bereich der eHealth-Anwendungen noch erheblichen Nachholbedarf

Das deutsche Gesundheitssystem weist einen vergleichsweise geringen Digitalisierungsgrad auf (Europäische Kommission, 2019b), wenngleich die Regierung einen Schwerpunkt auf digitale Gesundheit legt. Im E-Health-Gesetz (2015) wurde der Zeitplan für den Aufbau einer digitalen Infrastruktur für alle Akteure des Gesundheitswesens und die Einführung einer gesetzlichen elektronischen Patientenakte im Jahr 2019 festgelegt. Für 2019 war der Start mehrerer eHealth-Dienste geplant: z. B. die Notfalldatenspeicherung und ein elektronischer Medikamentenplan. Elektronische Patientenakten und eRezepte sind derzeit jedoch nur im Rahmen von Pilotprojekten verfügbar und sollen erst 2021 in ganz Deutschland verpflichtend eingeführt werden. Einzelne Krankenkassen haben für ihre Versicherten eine persönliche elektronische Patientenakte eingeführt, die jedoch auf Versicherungsdaten basiert, da nicht alle Leistungserbringer mit den notwendigen IT-Systemen verbunden sind. Im Juli 2019 verabschiedete die Bundesregierung ein neues Gesetz zur Beschleunigung der Umsetzung digitaler Innovationen im GKV-System.

Abbildung 22. Der Anteil des Generika-Markts gehört zu den höchsten in Europa



Hinweis: Die Daten beziehen sich auf den Volumenanteil von Generika.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2019.

6 Zentrale Erkenntnisse

- Die Lebenserwartung in Deutschland liegt in etwa im EU-Durchschnitt, aber unter der der meisten westeuropäischen Länder. Dies ist vor allem auf die vergleichsweise hohe Sterblichkeitsrate aufgrund von Todesursachen zurückzuführen, die durch wirksamere Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Prävention vermieden werden könnten. Obwohl die Zahl der Raucher und der Alkoholkonsum zurückgegangen sind, liegen sie noch immer über dem EU-Durchschnitt und die Zahl der übergewichtigen und fettleibigen Erwachsenen steigt.

- Das deutsche Gesundheitssystem bietet einen nahezu flächendeckenden Krankenversicherungsschutz mit einem umfassenden Leistungskatalog in der sozialen Krankenversicherung und einem guten Zugang zur Versorgung. Nur wenige Befragte berichten, aus finanziellen Gründen bzw. aufgrund von Wartezeiten oder einer zu großen Entfernung auf medizinische Behandlungen zu verzichten und die Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Gruppen sind relativ gering. Der geringe Anteil von Ausgaben privater Haushalte im Rahmen der Gesundheitsfinanzierung trägt zu einem soliden finanziellen Schutz bei und die katastrophalen Gesundheitsausgaben sind niedriger als in den meisten anderen europäischen Ländern. Jüngste Gesetze zielen darauf ab, verbleibende Krankenversicherungslücken zu schließen, z. B. durch eine Senkung der Mindestbeiträge für Selbstständige mit niedrigem Einkommen und eine Vereinfachung des Versicherungsschutzes für Migranten.

- Die Zahl der Ärzte und Krankenpflegekräfte ist höher als in vielen anderen EU-Ländern und nimmt weiter zu. Allerdings fehlt es derzeit vor allem in ländlichen und abgelegenen Gebieten an qualifiziertem Gesundheitspersonal. Auch durch den Ausbau von Leistungen der Pflegeversicherung erhöht sich die Nachfrage nach Pflegepersonal. Deutschland hat versucht, einem möglichen Mangel an Arbeitskräften im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, indem es den Pflegeberuf attraktiver gestaltet und Anreize für junge Ärzte schafft, eine Praxis in ländlichen Gebieten zu eröffnen. Skill-Mix-Innovationen, bei denen Pflegekräften mehr Aufgaben übertragen werden, damit sie die Allgemeinärzte entlasten können, wurden jedoch noch nicht bundesweit umgesetzt.

- Die Inanspruchnahme sowohl der stationären als auch der ambulanten Versorgung in Deutschland ist erheblich und führt zu einem Überangebot, insbesondere in einigen städtischen Gebieten. Die große Anzahl der Leistungen im stationären Bereich lässt Zweifel an der Angemessenheit dieser Nutzungsmuster aufkommen. Deutschland hat nach wie vor die höchste Quote von Krankenhausbetten pro Einwohner in der EU und die Entlassungsraten sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen (teilweise aufgrund der Bevölkerungsalterung). Leistungen werden in vielen kleinen und oft unzureichend ausgestatteten Krankenhäusern erbracht, worunter die Qualität leidet. Die politischen Entscheidungsträger sind sich dieses Problems bewusst und es werden Reformen zur Förderung der Zentralisierung und Spezialisierung der Krankenhäuser diskutiert.

- Trotz seiner moderaten Wirksamkeit ist das deutsche Gesundheitssystem teurer als das der meisten anderen EU-Länder. Seine Wirksamkeit zeigt sich darin, dass es bei der Vermeidung von durch Gesundheitsfürsorge vermeidbarer Sterblichkeit erfolgreich ist und über erhebliche personelle und infrastrukturelle Ressourcen verfügt, weswegen Deutschland jedoch nach Frankreich die zweithöchsten Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP in der EU zu verzeichnen hat. Die Kosten des deutschen Gesundheitssystems entsprechen jedoch nicht den oft durchschnittlichen Gesundheitsergebnissen für die Bevölkerung und lassen Raum für weitere Effizienzsteigerungen.

- Das deutsche Gesundheitssystem ist komplex, wobei die Zuständigkeiten unter den unterschiedlichen Regierungsebenen und Selbstverwaltungsorganen von Kostenträgern und Leistungserbringern aufgeteilt sind. Durch die Übertragung von Zuständigkeiten an die Selbstverwaltungsorgane werden zwar fundierte Entscheidungen gewährleistet, gleichzeitig wird aber auch der fragmentierten Struktur des Systems mit seiner Vielzahl von Kostenträgern und Leistungserbringern Vorschub geleistet.

- Es gibt keine systematische und integrierte Bewertung in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens bzw. keine regelmäßige Leistungsbewertung, um Prozesse und Ergebnisse besser zu verstehen. Bei einer Überwindung dieses Hindernisses würde sich der Spielraum für Verbesserungen im Gesundheitssystem erhöhen und ließen sich möglicherweise die Ausgaben senken.

Wichtigste Quellen

Busse R, Blümel M (2014), *Germany: Health system review. Health Systems in Transition,* 16(2):1–296.

European Observatory on Health Systems and Policies, *Germany, Health Systems and Policy Monitor,* https://www.hspm.org/countries/germany28082014/countrypage.aspx

OECD, EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing, Paris, https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm

Literaturverzeichnis

Europäische Kommission (2019a), *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability – Country documents 2019 update.* Institutional Paper 105. Europäische Kommission, Brüssel.

Europäische Kommission (2019b), *Country Report Germany 2019.* 2019 European Semester. Europäische Kommission, Brüssel, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-germany_en.pdf

Europäische Kommission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016–2070),* Institutional Paper 079. May 2018. Europäische Kommission, Brüssel.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt-, und Raumforschung (2019), *Entfernung zum nächsten Hausarzt,* Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (2018), *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung,* Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2019), *Pressemitteilung Nr. 8 vom 7. März 2019.* März 2019, Berlin.

Bundesärztekammer (2019), *Ärztestatistik zum Stichtag 31. Dezember 2018*, Berlin.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018), *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018,* Berlin.

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union.* European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/386684/vaccination-report-eng.pdf?ua=1

Liste der Länderabkürzungen

Belgien	BE	Frankreich	FR	Lettland	LV	Österreich	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	Vereinigtes Königreich	UK
Finnland	FI	Kroatien	HR	Norwegen	NO	Slowakei	SK	Zypern	CY

European Commission

State of Health in the EU
Länderprofil Gesundheit 2019

Die Länderprofile sind ein wichtiger Schritt im laufenden Zyklus State of Health in the EU der Europäischen Kommission zur Wissensvermittlung und werden mit der finanziellen Unterstützung der Europäischen Union erstellt. Die Profile sind das Ergebnis der gemeinsamen Arbeit der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und des European Observatory on Health Systems and Policies in Kooperation mit der Europäischen Kommission.

Die knappen, politisch relevanten Profile stützen sich auf eine transparente, konsistente Methodik und nutzen sowohl quantitative als auch qualitative Daten, werden aber dennoch flexibel an den Kontext jedes EU-/EWR-Landes angepasst. Das Ziel besteht darin, ein Instrument für die gegenseitige Wissensvermittlung und den freiwilligen Kenntnisaustausch zu schaffen, das von politischen Entscheidungsträgern und Einflussnehmern gleichermaßen verwendet werden kann.

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

Die Kommission ergänzt die wichtigsten Erkenntnisse dieser Profile durch einen Begleitbericht.

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

Zitierweise: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019,* State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264916777 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BESSERE POLITIK FÜR EIN BESSERES LEBEN

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