European Commission

State of Health in the EU

Deutschland

Länderprofil Gesundheit 2021

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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

Länderspezifische Gesundheitsprofile

Die länderspezifischen Gesundheitsprofile für den *Gesundheitszustand in der EU* bieten einen knappen und politisch relevanten Überblick über die Gesundheit und die Gesundheitssysteme in der EU/dem Europäischen Wirtschaftsraum. Sie heben die besonderen Merkmale und Herausforderungen in den jeweiligen Ländern hervor, wozu begleitend länderübergreifende Vergleiche angestellt werden. Das Ziel ist es, politischen Entscheidungsträgern und Einflussnehmern ein Instrument für die gegenseitige Wissensvermittlung und den freiwilligen Kenntnisaustausch an die Hand zu geben.

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-Expertengruppe zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme (HSPA) für die wertvollen Anmerkungen und Vorschläge.

Inhalt

1. HIGHLIGHTS 3
2. GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND 4
3. RISIKOFAKTOREN 6
4. DAS GESUNDHEITSSYSTEM 8
5. LEISTUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS 11
5.1 Wirksamkeit 11
5.2 Zugang 15
5.3 Anpassungsfähigkeit 17
6. WICHTIGSTE ERKENNTNISSE 22

Daten- und Informationsquellen

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

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

Dieses Profil wurde im September 2021 auf der Grundlage der Ende August 2021 verfügbaren Daten erstellt.

Demografischer und sozioökonomischer Kontext in Deutschland, 2020

Demografische Faktoren	Deutschland	EU
Bevölkerungsgröße	83 166 711	447 319 916
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre (in %)	21.8	20.6
Fertilitätsrate[1] (2019)	1.5	1.5
Sozioökonomische Faktoren		
BIP pro Kopf (EUR KKP[2])	35 951	29 801
Relative Armutsquote[3] (in %, 2019)	14.8	16.5
Arbeitslosenquote (in %)	3.8	7.1

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 geben in keiner Weise den offiziellen Standpunkt der Europäischen Union wieder.

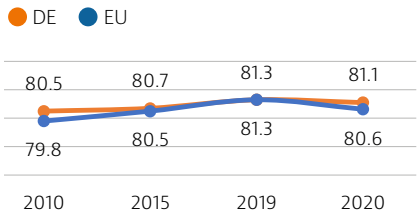
Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Daten und Karten gelten unbeschadet des Status eines oder der Souveränität über ein Hoheitsgebiet(s) für die Abgrenzung durch internationale Grenzen und für den Namen eines Hoheitsgebiets, einer Stadt oder eines Gebietsstands.

Es gelten zusätzliche Haftungsausschlüsse für die WHO.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Highlights

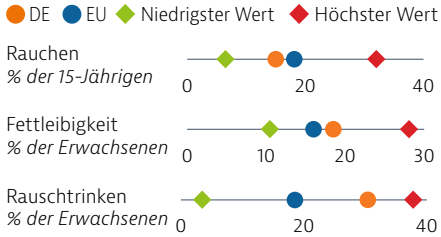
Der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten verbessert. Die Lebenserwartung der Deutschen blieb über dem EU-Durchschnitt trotz des vorübergehenden Rückgangs im Jahr 2020 durch die COVID-19-Pandemie. In Deutschland gab es im Jahr 2020 insgesamt weniger Infektionen und Todesfällen durch COVID-19 im Vergleich zu den meisten anderen EU-Ländern. Die Gesundheitsausgaben Deutschlands sind gemessen als Anteil am BIP die höchsten in Europa. Das Gesundheitssystem bietet ein großzügiges Leistungspaket, ein hohes Niveau der Leistungserbringung und einen flächendeckenden Zugang zu einer vergleichsweise hochwertigen und wirksamen Versorgung. Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, vor welchen Herausforderungen föderale Systeme bei der Koordinierung und Bewältigung solcher Ausbrüche stehen.



Lebenserwartung bei der Geburt, Jahre

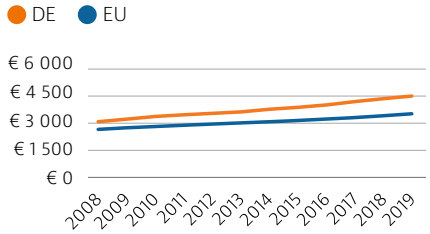
Gesundheitsstatus

Im Jahr 2020 lag die Lebenserwartung in Deutschland bei 81,1 Jahren und damit ein halbes Jahr über dem EU-Durchschnitt, aber immer noch unter der Lebenserwartung der EU-Länder mit den höchsten Werten. Durch die COVID-19-Pandemie sank die Lebenserwartung in Deutschland im Jahr 2020 um 2,5 Monate. Dieser Rückgang war geringer als der in der EU insgesamt von knapp über acht Monaten. Im Jahr 2019 waren die häufigsten Todesursachen ischämische Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Lungenkrebs.



Risikofaktoren

Etwa jeder fünfte Erwachsene in Deutschland raucht täglich. Obwohl die Raucherquoten zurückgegangen sind, gibt die zunehmende Beliebtheit von E-Zigaretten, insbesondere bei jungen Menschen, Anlass zur Sorge. Die Fettleibigkeitsraten bei Erwachsenen und Jugendlichen steigen, und der Alkoholkonsum bei Erwachsenen und 15-Jährigen liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt.



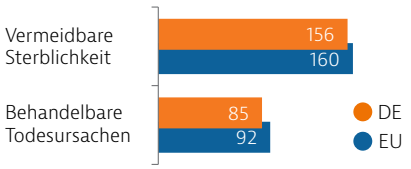
Ausgaben pro Kopf (EUR KKP)

Gesundheitssystem

Im Jahr 2019 gab Deutschland 4 505 EUR pro Kopf für die Gesundheitsversorgung aus – 28 % über dem EU-Durchschnitt (3 523 EUR) – und hatte damit die höchsten Pro-Kopf Ausgaben in der EU. Ebenso wendet Deutschland einen höheren Anteil seines BIP (11,7 %) für die Gesundheitsversorgung auf als alle anderen EU-Länder. Der größte Teil der Gesundheitsausgaben stammt aus öffentlichen Quellen; die Selbstzahlungen belaufen sich auf lediglich 12,7 % und liegen damit deutlich unter den meisten anderen EU-Ländern.

Wirksamkeit

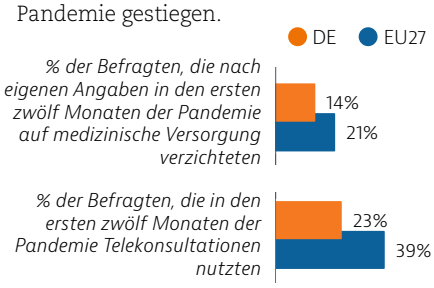
Die Sterblichkeit aufgrund von vermeidbaren Ursachen ist in Deutschland niedriger als in der EU insgesamt. Hierin spiegelt sich die Wirksamkeit des öffentlichen Gesundheitswesens und der Primärversorgung wider. Deutschland weist aufgrund des guten Zugangs zu wirksamen Behandlungsmethoden auch eine geringere Zahl von Todesfällen durch behandelbare Ursachen auf.



Altersstandardisierte Sterberate pro 100 000 Einwohner, 2018

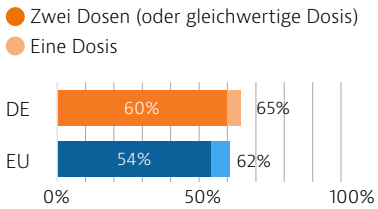
Zugang

Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist in Deutschland generell gut. Der historisch geringe ungedeckte Bedarf an medizinischer Versorgung stieg während der COVID-19-Pandemie an, als viele nicht dringende Leistungen abgesagt oder verschoben wurden. Jeder Siebte gab an, dass er im Jahr 2020 auf erforderliche Behandlungen verzichten musste. Allerdings ist der Anteil der Bevölkerung, der Telekonsultationen nutzt, während der Pandemie gestiegen.



Anpassungsfähigkeit

Obwohl das Land in Bezug auf Gesundheitsinfrastruktur und -ressourcen vergleichsweise gut vorbereitet war, erweiterte es Test- und Laborkapazitäten und stockte die Zahl der Intensivbetten und das Gesundheitspersonal auf. Bis Ende August 2021 hatten etwa 60 % der Bevölkerung zwei COVID-19-Impfdosen (oder gleichwertige Dosen) erhalten.



Anteil der Gesamtbevölkerung, der bis Ende August 2021 gegen COVID-19 geimpft war

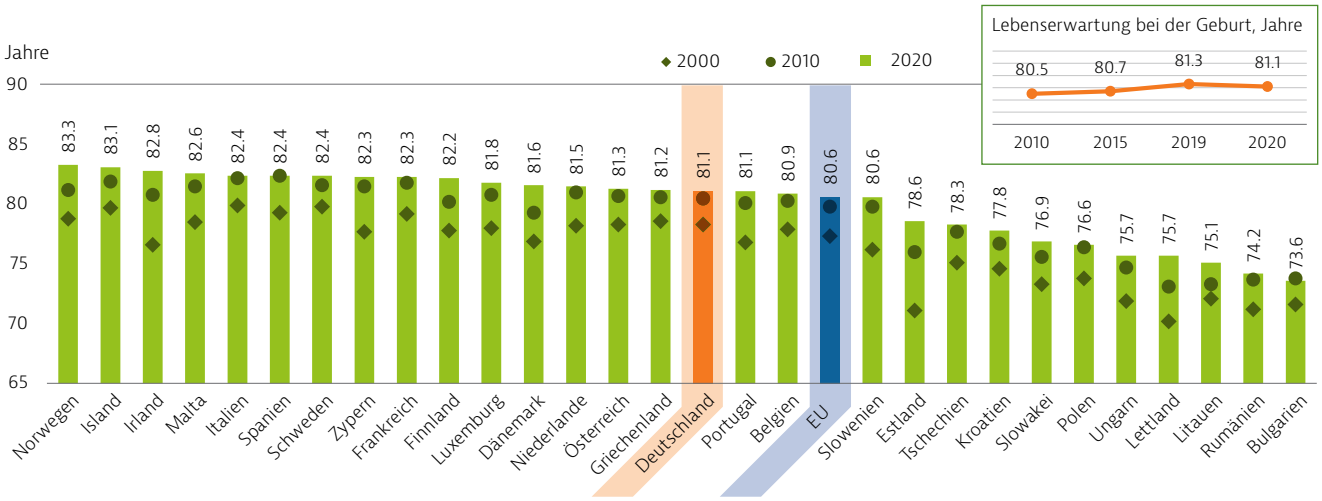
2 Gesundheit in Deutschland

Die Lebenserwartung ging 2020 während der COVID-19-Pandemie um etwa 2,5 Monate zurück

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in Deutschland seit 2000 um fast drei Jahre gestiegen (von 78,3 Jahren auf 81,1 Jahre im Jahr 2020), wobei der größte Anstieg zwischen 2000 und 2010 verzeichnet wurde und der Anstieg zwischen 2010 und 2019 nur acht Monate betrug. Die meisten anderen EU-Mitgliedstaaten erzielten in diesem Zeitraum größere Fortschritte bei der Lebenserwartung – insbesondere mittel- und osteuropäische Länder sowie Dänemark und Irland. Wie in den meisten anderen EU-Ländern ging die Lebenserwartung zwischen 2019 und 2020 aufgrund der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie vorübergehend zurück: In Deutschland betrug dieser Rückgang 2,5 Monate und in der EU im Durchschnitt beinahe 8,5 Monate. In Deutschland liegt die Lebenserwartung nun um ein halbes Jahr über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 1), aber immer noch rund 1,5 Jahre unter der Lebenserwartung in den EU-Ländern mit den höchsten Werten.

Bei der Lebenserwartung besteht in Deutschland weiterhin ein erhebliches Geschlechtergefälle: Frauen leben erwartungsgemäß 4,7 Jahre länger als Männer (83,7 gegenüber 79 Jahre), wobei dieses Geschlechtergefälle etwas unter dem EU-Durchschnitt liegt (5,6 Jahre).

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



Hinweis: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet. Die Daten zu Irland beziehen sich auf das Jahr 2019.
Quelle: Eurostat-Datenbank.

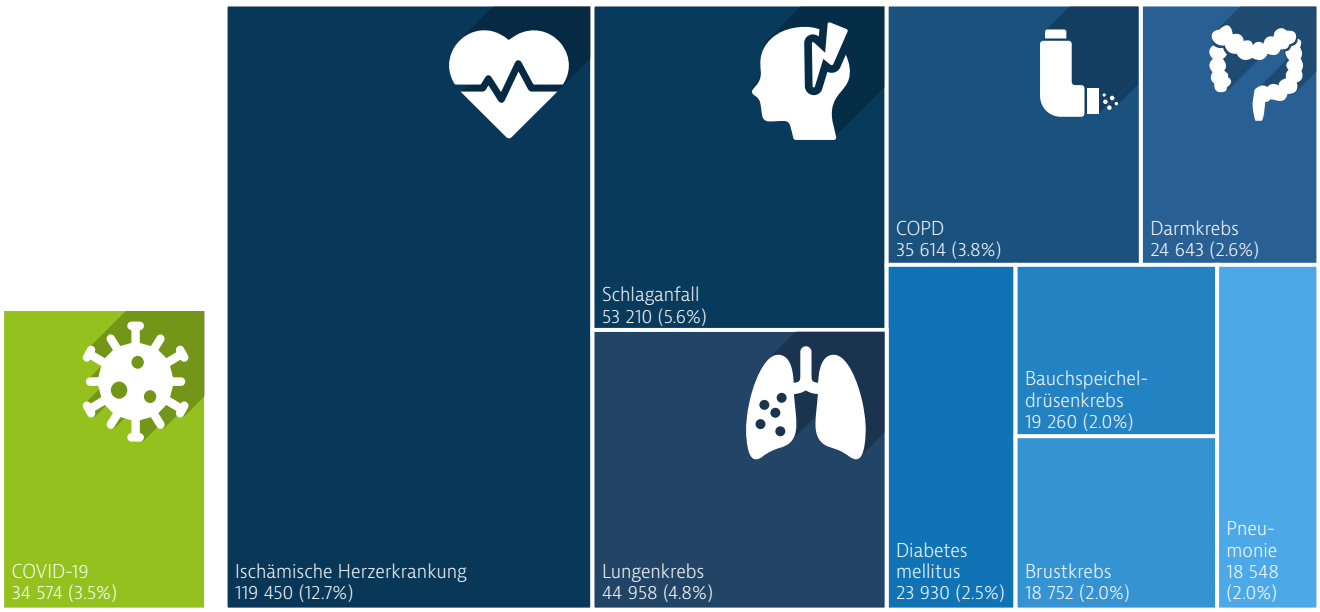
Ischämische Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Lungenkrebs sind nach wie vor die häufigsten Todesursachen

Der Anstieg der Lebenserwartung resultiert in erster Linie aus dem Rückgang der vorzeitigen Todesfälle durch die häufigsten Todesursachen, darunter insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (einschließlich ischämische Herzerkrankungen und Schlaganfälle) und Krebs. In den letzten zehn Jahren sind die Sterblichkeitsraten in Deutschland bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einigen Krebserkrankungen wie Lungenkrebs langsamer gesunken als zuvor. Gleichzeitig sind die Sterblichkeitsraten durch bestimmte Atemwegserkrankungen wie die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Grippe (zumindest in einigen Jahren mit schweren Epidemien wie 2017/18) gestiegen, insbesondere bei Menschen über 65 Jahren. Diese beiden Faktoren könnten zum Teil für den in diesem Zeitraum insgesamt beobachteten langsameren Anstieg der Lebenserwartung verantwortlich sein. Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachten im Jahr 2019 35 % aller Todesfälle in Deutschland. Unter diesen Leiden bleiben ischämische Herzerkrankungen die mit Abstand häufigste Todesursache und verursachten 2019 mehr als jeden achten Todesfall. Schlaganfälle waren die zweithäufigste Todesursache, gefolgt von Lungenkrebs, der nach wie vor die häufigste Todesursache durch Krebs darstellt (Abbildung 2).

Im Jahr 2020 meldete Deutschland mehr als 34 500 Todesfälle aufgrund von COVID-19, was schätzungsweise 3,5 % aller Todesfälle entspricht. Bis Ende August 2021 wurden weitere 57 640 Todesfälle erfasst. Die meisten Todesfälle (85 %) waren bei Personen ab 70 Jahren zu verzeichnen. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Methoden zur Erfassung von COVID-19-Todesfällen in der EU lag die Sterblichkeitsrate infolge von COVID-19 bis Ende August 2021 in Deutschland etwa 30 % unter dem EU-Durchschnitt (ca. 1100 Todesfälle pro Million Einwohner gegenüber einem EU-Durchschnitt von etwa 1590 Todesfällen)[1].

1. Die Übersterblichkeit , ein Indikator für Todesfälle aufgrund aller Ursachen, der über dem Mittelwert der Vorjahre liegt, belief sich 2020 auf 54 000 Todesfälle und machte 5 % der Gesamtsterblichkeit in Deutschland aus. Die durchschnittliche Differenz zwischen der Übersterblichkeit und der Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 betrug nur 2 %: Ein Viertel davon ist auf den Höhepunkt der Übersterblichkeit im August 2020 zurückzuführen, als eine Hitzewelle verzeichnet wurde. Diese dürfte die Ursache für einen vergleichsweise starken Anstieg der zusätzlichen Todesfälle gewesen sein, die nicht mit COVID-19 in Zusammenhang stehen.

Abbildung 2. COVID-19 war für eine beträchtliche Zahl von Todesfällen im Jahr 2020 verantwortlich

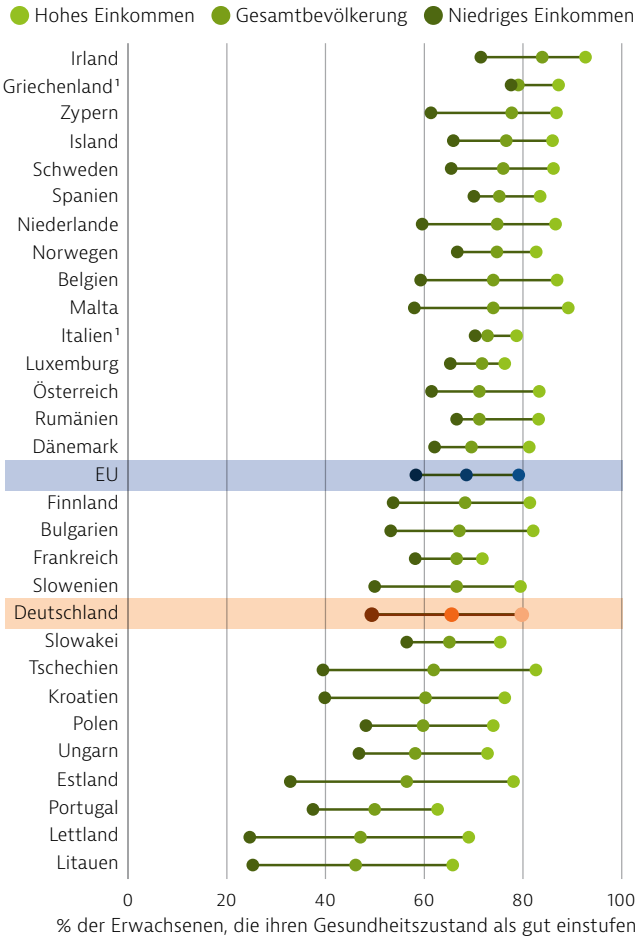


Hinweis: Die Zahl und der Anteil der COVID-19-Todesfälle beziehen sich auf das Jahr 2020, während sich die Zahl und der Anteil der anderen Ursachen auf das Jahr 2019 beziehen. Die Größe des COVID-19-Feldes ist proportional zur Größe der anderen Haupt-Todesursachen im Jahr 2019.
Quellen: Eurostat (für Todesursachen im Jahr 2019); ECDC (für COVID-19-Todesfälle im Jahr 2020, bis Woche 53).

Die eigene Gesundheitseinschätzung unterscheidet sich stark zwischen den Einkommensgruppen

Insgesamt stuften im Jahr 2019 etwa zwei Drittel der deutschen Bevölkerung (66 %) ihren Gesundheitszustand als gut ein. Dies ist weniger als in der EU insgesamt (69 %) und weniger als in den meisten westeuropäischen Ländern, wobei der Unterschied zwischen Männern (66 %) und Frauen (65 %) gering war. Die eigene Gesundheitseinschätzung fällt in den einzelnen Einkommensgruppen höchst unterschiedlich aus: Nur rund 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).

Abbildung 3. Die eigene Gesundheitseinschätzung der Deutschen liegt unter dem EU-Durchschnitt

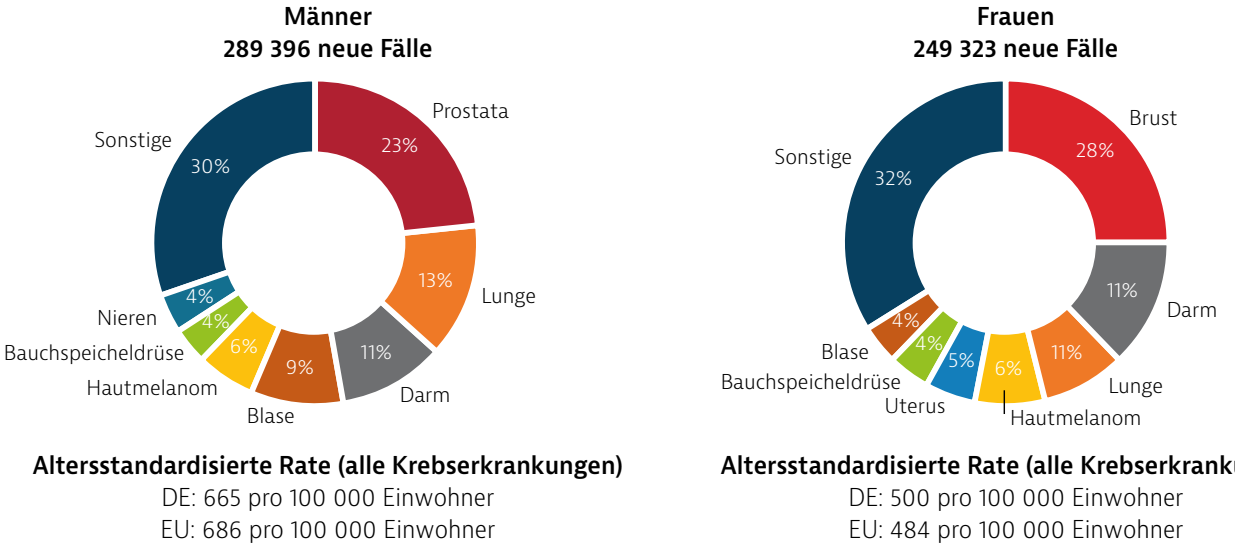


Hinweis: 1. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung und der an der Bevölkerung mit niedrigem Einkommen sind ungefähr gleich groß.
Quelle: Eurostat-Datenbank, auf der Grundlage der EU-SILC (die Daten beziehen sich auf 2019).

Die Belastung durch Krebs ist in Deutschland beträchtlich

Nach Schätzungen der Gemeinsamen Forschungsstelle auf Grundlage der Inzidenzentwicklung der Vorjahre wurden in Deutschland für das Jahr 2020 etwa 540 000 neue Krebsfälle und ca. 250 000 krebsbedingte Todesfälle erwartet[2]. Die Krebsinzidenz lag insbesondere bei Männern unter dem EU-Durchschnitt, bei Frauen jedoch über dem EU-Durchschnitt. Abbildung 4 zeigt, dass die häufigsten Krebsarten bei Männern Prostatakrebs (23 %), Lungenkrebs (13 %) und Darmkrebs (11 %) sind, während bei Frauen Brustkrebs die häufigste Krebsart (28 %) darstellt, gefolgt von Darm- (11 %) und Lungenkrebs (10 %). Die Verringerung von Risikofaktoren wie Rauchen könnte insgesamt die Krankheitslast durch Krebs verringern (siehe Abschnitt 3). Darüber hinaus zielt die Krebsbekämpfung in Deutschland – insbesondere der Nationale Krebsplan und die kürzlich ins Leben gerufene Initiative „Nationale Dekade gegen Krebs" – ebenfalls darauf ab, Diagnose und Behandlung von Krebs zu verbessern (siehe Abschnitt 5.1).

Abbildung 4. Im Jahr 2020 wurde bei einer halben Million Deutschen Krebs diagnostiziert



Hinweis: Nicht-melanozytärer Hautkrebs ist ausgeschlossen. Gebärmutterkrebs schließt nicht Gebärmutterhalskrebs ein.
Quelle: ECIS – Europäisches Krebsinformationssystem.

3 Risikofaktoren

Tabakkonsum und schlechte Ernährung stellen nach wie vor wesentliche Probleme für die öffentliche Gesundheit dar

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

Auch ungesunde Ernährung, die mit 14 % aller Todesfälle in Verbindung gebracht wird, trägt in Deutschland erheblich zur Sterblichkeit bei. Die aus den eigenen Angaben der Befragten gewonnenen Daten zeigen, dass 2019 beinahe jeder fünfte Erwachsene (18,5 %) fettleibig und 2018 mehr als jeder fünfte 15-Jährige übergewichtig oder fettleibig war, wobei der Anteil übergewichtiger oder fettleibiger Jungen höher war. Insgesamt sind die Fettleibigkeitsraten – insbesondere bei Jugendlichen – höher als in vielen anderen EU-Ländern (Abbildung 6). In den letzten zehn Jahren sind sie ebenfalls gestiegen, obwohl nationale Daten darauf hindeuten, dass sich die Rate bei Kindern seit 2015 etwas stabilisiert hat. Diese Entwicklungen sind zum Teil auf Ernährungsgewohnheiten zurückzuführen: Obwohl der Anteil der Erwachsenen, die täglich Obst verzehren, in Deutschland höher ist als in den meisten EU-Ländern, ist der tägliche Verzehr von Gemüse geringer als in den meisten anderen Ländern. Unter den Jugendlichen gaben nur 30% bzw. 25% an täglich Obst und Gemüse zu verzehren.

Die wöchentliche körperliche Aktivität unter Erwachsenen ist in Deutschland üblicher als in vielen EU-Ländern. Allerdings gaben 2018 nur 10 % 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 14 %).

2. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Schätzungen vor der COVID-19-Pandemie vorgenommen wurden; dies könnte sich auf die Krebsinzidenz und -sterblichkeit im Jahr 2020 auswirken.

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

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

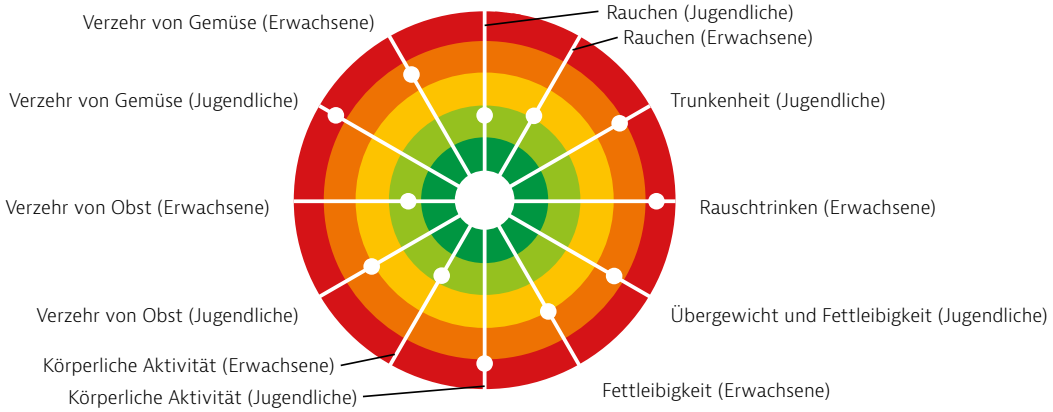
Das Rauchen ist bei Erwachsenen und Jugendlichen rückgängig, E-Zigaretten haben jedoch bei jungen Menschen an Beliebtheit gewonnen

Die Raucherquoten bei Erwachsenen und Jugendlichen sind in den letzten zehn Jahren zwar gesunken, liegen aber weiterhin über den Quoten einiger EU-Länder, die weitere Fortschritte verbucht haben. Fast jeder fünfte Erwachsene gab 2019 an, täglich zu rauchen. Das ist leicht unter dem EU-Durchschnitt. Jeder siebte 15-Jährige gab 2018 an, im vergangenen Monat Tabak geraucht zu haben– nachdem es 2014 noch beinahe jeder Fünfte war. Gleichwohl hat die Verwendung von E-Zigaretten und Shisha-Pfeifen insbesondere unter jungen Menschen zugenommen. 2019 gaben 16 % der 15- und 16-Jährigen in Deutschland an, E-Zigaretten geraucht zu haben. Dieser Anteil lag über dem EU-Durchschnitt von 14 % (laut ESPAD-Umfrage). Manche Maßnahmen, mit denen Menschen vom Rauchen abgehalten werden sollen, unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland; 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 haben in Deutschland Fortbestand

Obwohl der Alkoholkonsum bei Erwachsenen in den letzten zehn Jahren langsam zurückgegangen ist und knapp über dem EU-Durchschnitt liegt (10,6 Liter pro Person), ist der prozentuale Anteil der Erwachsenen in Deutschland, die Rauschtrinken[3] berichten, hoch; 2019 gab jeder dritte Erwachsene an, mindestens einmal im Monat diese Form des Alkoholkonsums zu betreiben. Dies ist nach Dänemark, Rumänien und Luxemburg der vierthöchste Anteil in der EU. Der Anteil der 15-Jährigen, die laut eigenen Angaben mehr als einmal im Leben betrunken waren, ist ebenfalls höher als in den meisten EU-Ländern (sechsthöchster Anteil) und zwischen 2014 und 2018 gestiegen, was die Notwendigkeit weiterer gezielter Präventionsprogramme unterstreicht.

Abbildung 6. Fettleibigkeit bei Jugendlichen und übermäßiger 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 HBSC-Umfrage 2017–2018 für Indikatoren bei Jugendlichen, und EU-SILC 2017 und EHIS 2019 für Indikatoren bei Erwachsenen.

3. *Rauschtrinken bezeichnet den Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken (bei Erwachsenen) bzw. fünf oder mehr alkoholischen Getränken (bei Jugendlichen) bei einem einzigen Anlass.*

4 Das Gesundheitssystem

Das aus mehreren Kostenträgern bestehende Gesundheitssystem bietet einen nahezu universellen Krankenversicherungsschutz

Deutschland besitzt das älteste System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weltweit. Die Krankenversicherung ist obligatorisch, jedoch können sich Personen, deren Einkommen über einer festen Grenze liegt oder die einer bestimmten Berufsgruppen zugehören (z. B. Selbständige oder Beamte) von der GKV befreien lassen und eine (substitutive) private Krankenversicherung (PKV) abschließen. Etwa 11 % der Bevölkerung sind privat krankenversichert, und 89 % sind durch eine gesetzliche Krankenversicherung versichert. Obwohl der Krankenversicherungsschutz alle Personen mit gültigem Aufenthaltsstatus flächendeckend erfasst und nur 0,1 % der Bevölkerung keine Krankenversicherung besitzen, bestehen weiterhin Lücken aufgrund finanzieller oder verwaltungstechnischer Hürden (siehe Abschnitt 5.2). Das aus mehreren Kostenträgern bestehende GKV-System umfasst derzeit 103 Krankenkassen und 41 private Krankenversicherungen, wobei die drei größten gesetzlichen Krankenkassen mehr als ein Drittel der deutschen Bevölkerung versichern.

Entscheidungsfindung findet auf Bundes- und Länderebene sowie in der gemeinsamen Selbstverwaltung statt

Das deutsche Gesundheitssystem ist von einer komplexen Verwaltungsstruktur gekennzeichnet. Während die Bundesregierung lediglich den Rechtsrahmen festlegt, definiert der Gemeinsame Bundesausschuss – das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Land – die regulatorischen Einzelheiten in Form von Richtlinien. Der Ausschuss besteht aus Vertretern von Organisationen der Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser sowie drei unabhängigen Mitgliedern (nebst Patientenvertretern ohne Stimmrecht). Er trifft Entscheidungen über den Leistungskatalog der GKV, Erstattungssysteme und die Qualitätssicherung.

Die Bundesländer überwachen die Selbstverwaltungsorganisationen auf regionaler Ebene und sind für die Krankenhausplanung und -investitionen sowie für die medizinische Ausbildung verantwortlich. Ebenso sind sie für öffentliche Gesundheitsdienste und den Betrieb von Gesundheitsämtern zuständig, die während der COVID-19-Krise an Bedeutung gewonnen haben. Gleichzeitig hat die Pandemie die Herausforderungen für die föderalen Systeme bei der Koordinierung und Bewältigung der Pandemie verdeutlicht. Es wurden Gesetze erlassen, um schnelle, länderübergreifende Maßnahmen zur Bewältigung der Krise durch Verordnungen insbesondere durch das Bundesministerium für Gesundheit zu ermöglichen (Kasten 1).

Kasten 1. Der Bundesregierung wurden vorübergehende Befugnisse übertragen, um koordinierte länderübergreifende Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zu ermöglichen

Im Jahr 2020 wurde unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat ein gemeinsamer Krisenstab eingerichtet, der von öffentlichen Gesundheitsbehörden wissenschaftlich beraten wurde. Zudem richtete die Bundesregierung ein „Corona-Kabinett" unter der Leitung der Bundeskanzlerin ein, das sich wöchentlich traf um Entscheidungsfindungen zu koordinieren. Viele Entscheidungen wurden jedoch in Absprache und Verhandlung mit den Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten der Länder getroffen, da diese bei der Umsetzung von Eindämmungsmaßnahmen besondere Entscheidungsbefugnisse haben.

Bis zu Beginn der Pandemie hatte das Bundesministerium für Gesundheit noch keine Befugnis, Maßnahmen bundesweit und bundeslandübergreifend durchzusetzen. Im März 2020 wurde es durch neue Rechtsvorschriften ermächtigt, befristete Maßnahmen für die Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie für Labordiagnostik und persönliche Schutzausrüstungen einzuführen. Mit dem Gesetz wurden auch die Möglichkeiten zur Aufstockung des Gesundheitspersonals erweitert und Schutzmaßnahmen festgelegt, die von Bundesländern ergriffen werden können, wie Auflagen für Abstandregelungen und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit im Inland.

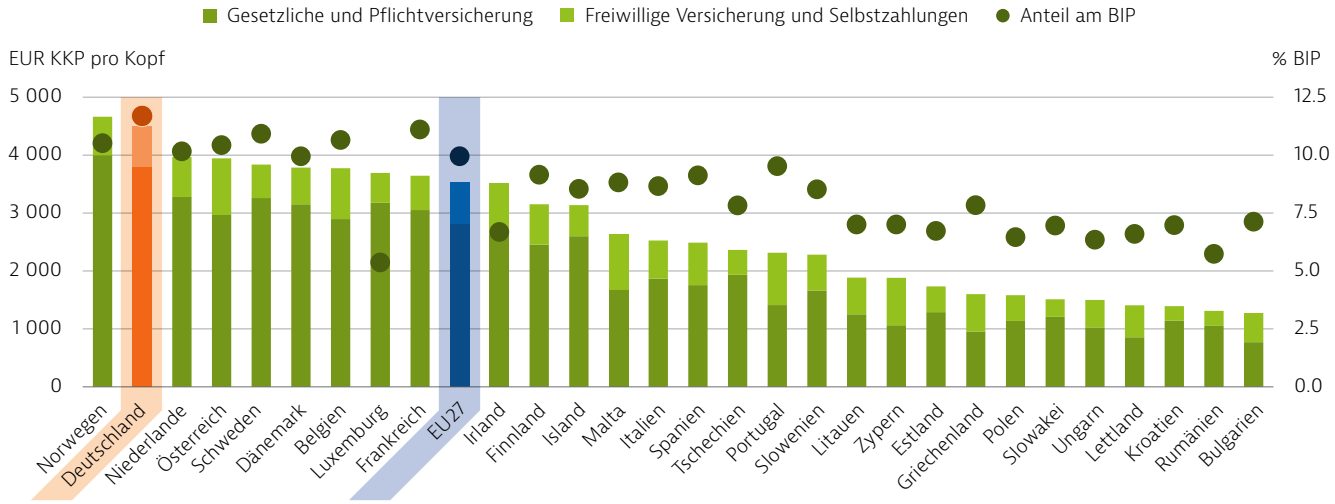
Das Parlament nahm eine wichtige Kontrollfunktion wahr: Die Regierungen von Bund und Ländern konnten nur dann spezifische COVID-19-Verordnungen erlassen, wenn diese auf festgelegten Kriterien beruhten und das Parlament eine epidemische Lage von nationaler Tragweite erklärte. So müssen Maßnahmen zur Einschränkung der Versammlungsfreiheit, Ausgangsbeschränkungen oder Verbote des Zugangs zu Pflegeheimen an spezifische Inzidenzzahlen oder andere Vorbedingungen geknüpft sein.

Quelle: COVID-19 Health Systems and Policies Monitor.

Deutschland hat die höchsten Gesundheitsausgaben unter den EU-Mitgliedstaaten

In Deutschland wurden im Jahr 2019 pro Kopf 4505 EUR (bereinigt um Unterschiede bei der Kaufkraft) für die Gesundheitsversorgung aufgewendet – mehr als überall sonst in der EU und 28 % über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 7). Ebenso waren die Gesundheitsausgaben gemessen als Anteil am BIP die höchsten in der EU (11,7 % im Jahr 2019 gegenüber dem EU-Durchschnitt von 9,9 %). Der Großteil der Gesundheitsausgaben wird mit öffentlichen Mitteln finanziert: 2019 wurden 84,6 % der gesamten Gesundheitsausgaben (einschließlich der obligatorischen substitutiven PKV) mit öffentlichen Mitteln bestritten. In der EU war dieser Anteil nur in Luxemburg (85,0 %) und Schweden (84,9 %) höher. In den Jahren 2020 und 2021 wurden zusätzliche öffentliche Mittel genehmigt, um den Gesundheitssektor während der COVID-19-Pandemie zu unterstützen (Kasten 2).

Abbildung 7. Deutschland gibt mehr für Gesundheit aus als jedes andere EU-Land und greift hierzu überwiegend auf öffentliche Quellen zurück



Hinweis: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2021 (die Daten beziehen sich auf 2019, mit Ausnahme der Daten für Malta, die sich auf 2018 beziehen).

Kasten 2. Zur Unterstützung des Gesundheitssystems wurden zusätzliche Finanzhilfen genehmigt

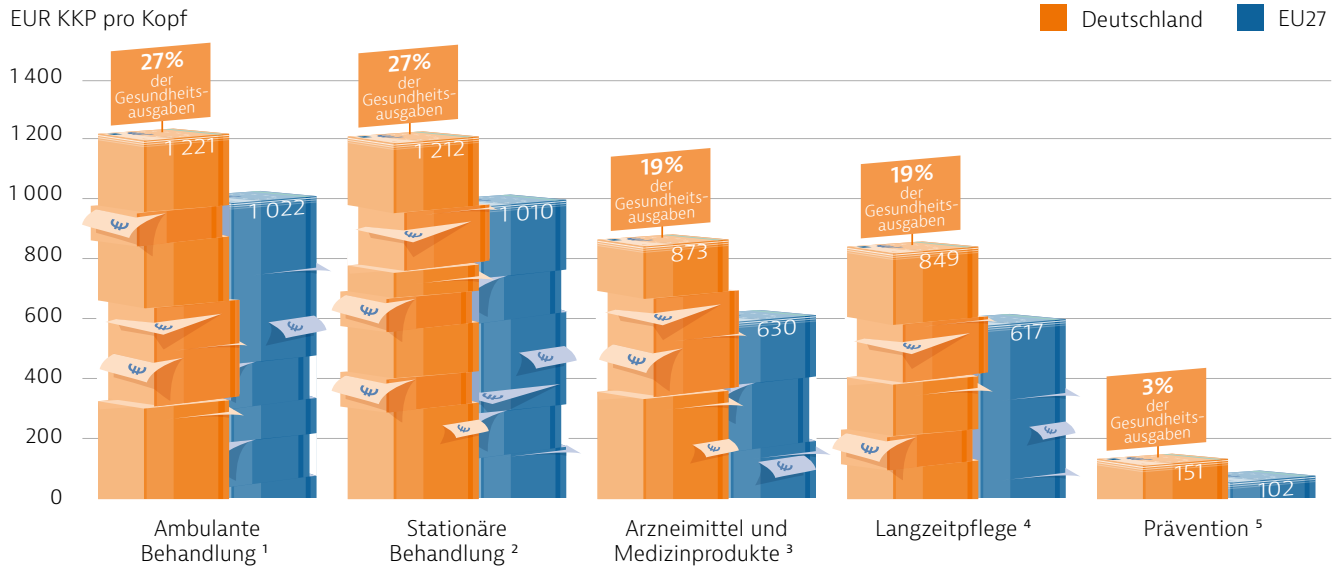
Die Bundesregierung stellte Krankenhäusern und Kliniken als Reaktion auf die COVID-19-Gesundheitskrise landesweit zusätzliche Mittel für die Beschaffung von Masken, Handschuhen und anderen Schutzausrüstungen bereit. Um die Gesundheitsdienstleister vor den finanziellen Folgen der Pandemie zu schützen, entschädigte die Regierung die Krankenhäuser für Einkommenseinbußen, die durch die Verschiebung nicht unbedingt notwendiger Operationen und Behandlungen verursacht wurden, und gewährte für jedes von ihnen eingerichtete Intensivbett einen Bonus. Außerdem erhielten Krankenhäuser zur Deckung zusätzlicher Kosten eine Sonderzahlung von 50 EUR pro Patient, insbesondere für persönliche Schutzausrüstung. In medizinischen Praxen tätige Ärzte erhielten Ausgleichszahlungen, wenn sie infolge der Pandemie Einkommenseinbußen erlitten hatten.

Quelle: COVID-19 Health Systems and Policies Monitor.

Die Ausgaben für Langzeitpflege sind seit einer umfassenden Reform im Jahr 2017 gestiegen

Die Pro-Kopf-Ausgaben für stationäre und ambulante Behandlungen sind nahezu identisch. Mit 1221 EUR für ambulante und 1212 EUR für stationäre Versorgung lagen die Ausgaben im Jahr 2019 über dem EU-Durchschnitt (1022 EUR für ambulante und 1010 EUR für stationäre Versorgung), so wie insgesamt alle Kategorien der Gesundheitsausgaben (Abbildung 8). Allerdings sind die Gesamtausgaben seit 2016 langsamer gestiegen als der EU-Durchschnitt, und die Verteilung der Ressourcen auf die verschiedenen Funktionen liegt nahe am EU-Durchschnitt bei jeweils rund 27 % für die stationäre und ambulante Versorgung (EU: 29,1 % und 29,5 %), 19 % für Langzeitpflege (EU: 16 %), 19 % für medizinische Güter (EU: 18 %) und 3 % für Prävention (EU: 3 %). Die Ausgaben für Langzeitpflege sind in den letzten Jahren stärker gestiegen als die Ausgaben in anderen Kategorien. Im Jahr 2015 gab Deutschland pro Kopf 637 EUR für Langzeitpflege (die gesundheitliche Komponente) aus; diese Zahl stieg im Jahr 2019 auf 849 EUR. Mit der Reform der Langzeitpflege im Jahr 2017 stiegen die Ausgaben, da das Leistungspaket ausgeweitet und die Zahl der Anspruchsberechtigten für Langzeitpflege erhöht wurde.

Abbildung 8. Die Ausgaben für stationäre und ambulante Versorgung sind fast gleich hoch



Hinweis: Die Kosten für die Verwaltung des Gesundheitssystems sind nicht enthalten. 1. Beinhaltet häusliche Pflege und Nebenleistungen (z. B. Krankentransport); 2. Beinhaltet kurative und rehabilitative Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen; 3. Beinhaltet nur den ambulanten Markt; 4. Beinhaltet nur die gesundheitliche Komponente; 5. Beinhaltet nur Ausgaben für organisierte Präventionsprogramme. Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet.
Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2021, Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2019).

Die hohe Bettendichte führt zu einer geringen Personalquote pro Bett

Deutschland verfügt über einen sehr großen stationären Krankenhaussektor. Mit 7,9 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner hat Deutschland die höchste Bettendichte in der EU, 50 % über dem Durchschnitt (5,3 Betten). Die Bettenkapazität ist seit 2000 nur um 13 % zurückgegangen, während Länder wie Finnland und Dänemark ihre Kapazitäten im gleichen Zeitraum um mehr als 40 % gesenkt haben. Diese hohe Kapazität steht seit Langem aufgrund der Effizienz in der Kritik, und es gibt Forderungen, Überkapazitäten abzubauen. Bemerkenswert ist jedoch, dass während der COVID-19-Krise die hohe Zahl von Krankenhaus-, Akut- und Intensivbetten als Reserve zur Verfügung stand, um die steigenden Patientenzahlen zu bewältigen (siehe Abschnitt 5.3).

Deutschland weist außerdem hohe Zahlen an Ärzten und Pflegekräften auf. Sowohl das Verhältnis an der Bevölkerung als auch die Wachstumsrate liegen weit über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 9). Die Anzahl der Ärzte ist insbesondere bei Krankenhausärzten stark gestiegen. Seit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (diagnosis-related group, DRG) in Krankenhäusern im Jahr 2004 stieg die Zahl der Ärzte (Personenzahl) in Krankenhäusern um 42 % (von 138 000 auf 196 000 im Jahr 2017), während die Zahl der in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte um 25 % zunahm. Dennoch ist die Quote der Ärzte pro Bett angesichts der hohen Anzahl an Krankenhausbetten relativ gering, und die Quote an Pflegekräften pro Bett ist eine der niedrigsten in der EU.

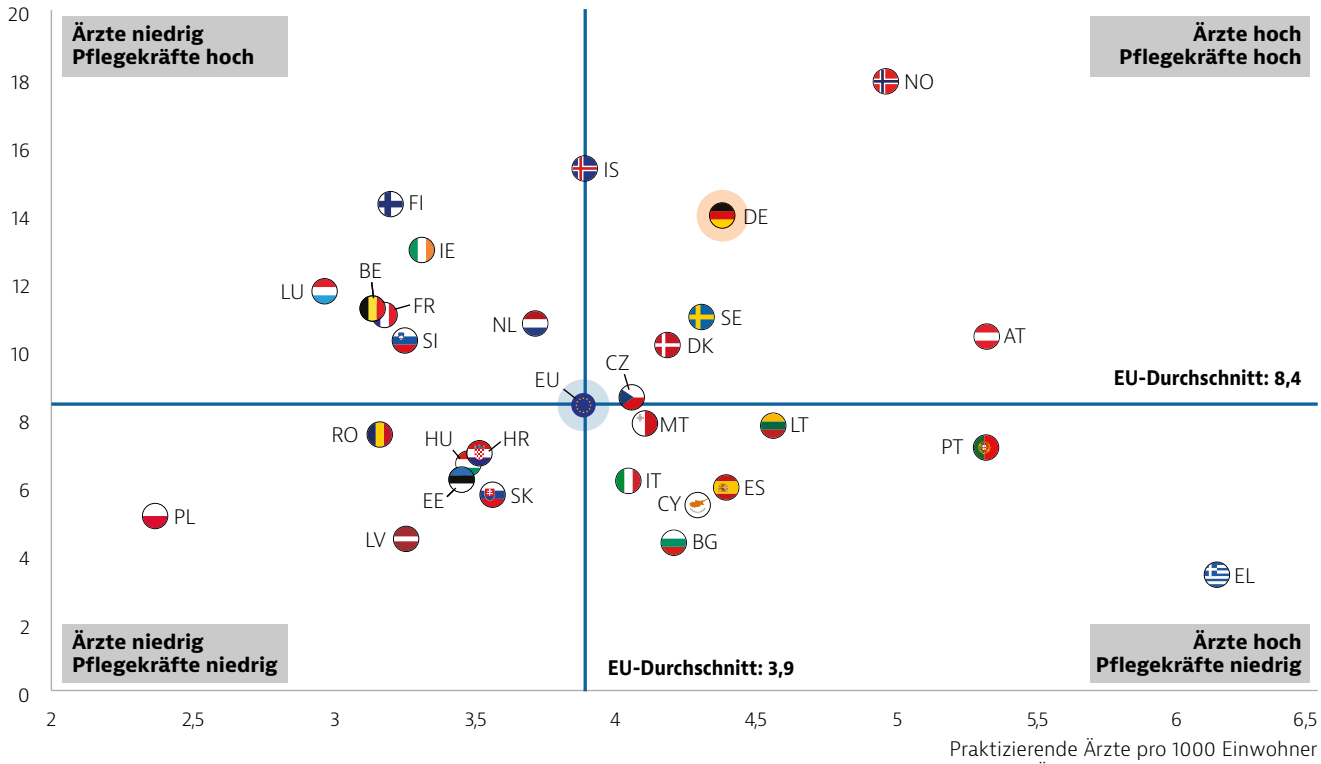
Die jüngsten Reformen zielen darauf ab, die Zahl der Pflegekräfte zu erhöhen

Um dem Rückgang des Krankenpflegepersonals in Krankenhäusern seit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 entgegenzuwirken, wurden die Selbstverwaltungsorgane mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz von 2019 angewiesen, die Kosten für Pflegepersonal vom DRG-basierten Vergütungssystem auszugliedern. Seit 2020 werden die Kosten für das Pflegepersonal in Akutkrankenhäusern vollständig von den Krankenkassen und alle anderen Betriebskosten durch die diagnosebezogenen Fallpauschalen finanziert. Damit sollen Krankenhausmittel freigesetzt werden, um die Zahl der Pflegekräfte in diesen Einrichtungen zu erhöhen.

Pflegepersonaluntergrenzen sind eine weitere Maßnahmedie Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern zu erhöhen. Um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten, wird für Krankenhausstationen mit besonderem Personalbedarf, wie für intensivmedizinische oder geriatrische Pflege, eine Höchstzahl von Patienten pro Pflegekraft festgelegt. Außerdem wird zwischen Tages- und Nachtschichten unterschieden. So dürfen während einer Tagesschicht auf einer kardiologischen Station höchstens sieben Patienten und während einer Nachtschicht höchstens 15 Patienten von einer Pflegekraft betreut werden. Die Pflegepersonaluntergrenzen wurden 2020 vorübergehend aufgehoben, um mehr Pflegekräfte für Tätigkeiten im Zusammenhang mit COVID-19 freizustellen (siehe Abschnitt 5.3). Auf Basis von Gesetzen aus dem Jahr 2018 wurden die Pflegepersonalkapazitäten in Krankenhäusern und in Langzeitpflegeeinrichtungen weiter aufgestockt und Gehälter und Arbeitsbedingungen reformiert.

Abbildung 9. Deutschland weist eine vergleichsweise hohe Dichte an Ärzten und Pflegekräften auf

Praktizierende Pflegekräfte pro 1000 Einwohner



Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle approbierten Ärzte, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzte führt (z. B. etwa 30 % in Portugal). In Griechenland wird die Zahl der Pflegekräfte unterschätzt, da nur in Krankenhäusern tätige Pflegekräfte berücksichtigt werden.
Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2019 oder das nächstgelegene Jahr).

5 Leistung des Gesundheitssystems

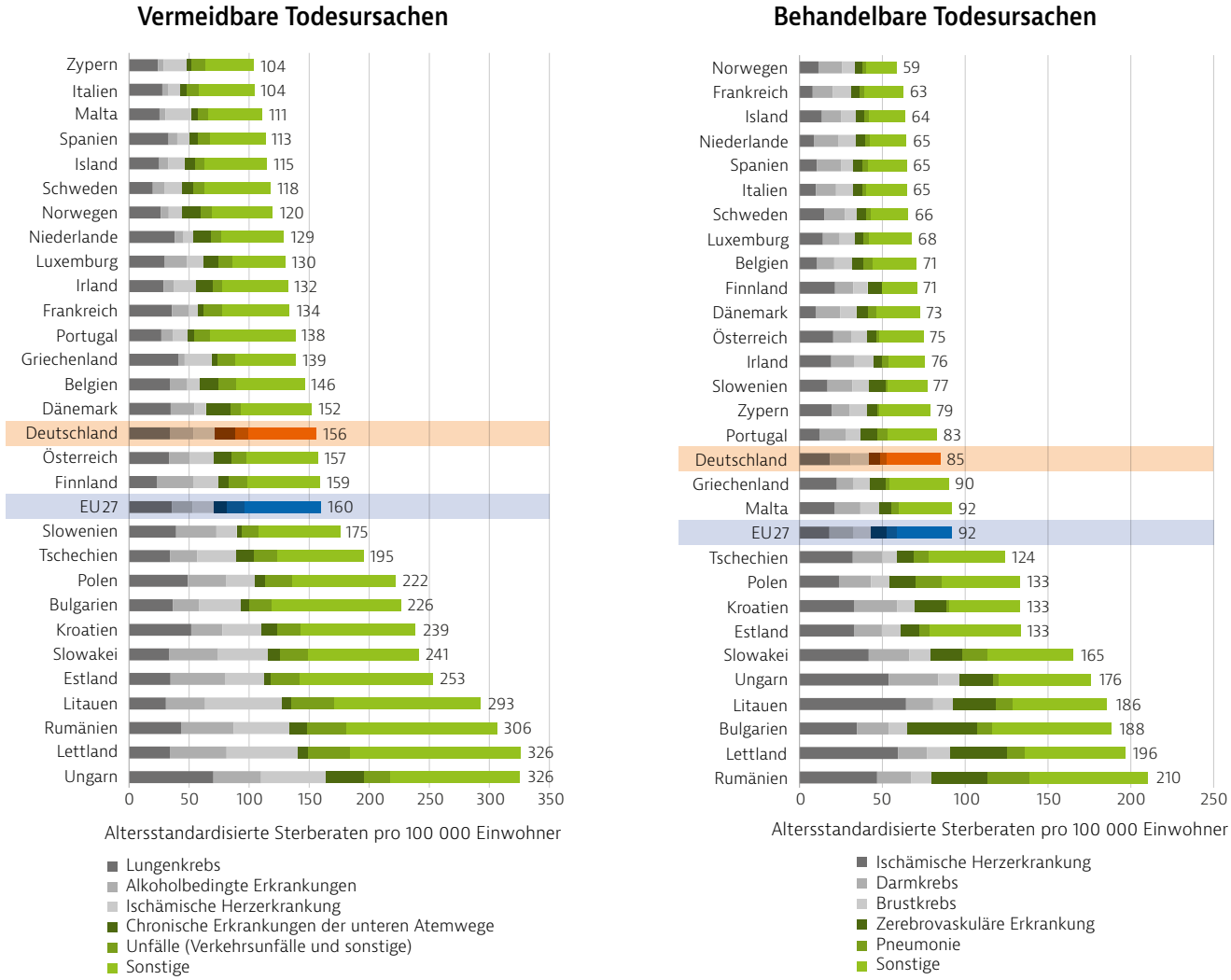
5.1 Wirksamkeit

Die Reduzierung der Sterblichkeit aufgrund von vermeidbaren und behandelbaren Ursachen hat Verbesserungspotential

Die vermeidbare Sterblichkeit ist in Deutschland seit 2011 vergleichsweise stabil geblieben. Dies steht im Gegensatz zu vielen anderen EU-Ländern, in denen sie gesunken ist. Im Jahr 2018 lag die vermeidbare Sterblichkeit unter dem EU-Durchschnitt, war jedoch (mit 156 Todesfällen pro 100 000 Einwohner) rund 25 % höher als in den fünf leistungsstärksten Ländern (Abbildung 10). Die meisten vermeidbaren Todesursachen sind Lungenkrebs (22 %), ischämische Herzerkrankung (12 %), chronische Erkrankungen der unteren Atemwege (10 %) und alkoholbedingte Erkrankungen (13 %). Stärkere Präventionsmaßnahmen und größere Anstrengungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit könnten dazu beitragen, die vermeidbare Sterblichkeit zu verringern. Obwohl beispielsweise Lungenkrebs mehr als ein Fünftel der vermeidbaren Todesfälle ausmacht, war Deutschland 2020 das letzte EU-Land, in dem Tabakwerbung auf Plakaten und in Kinos verboten wurde (die Verbote wurden zu 2021 eingeführt). Außerdem hat das Land noch kein Rauchverbot in privaten Kraftfahrzeugen zum Schutz von Kindern vor Passivrauchen verhängt. Zwar hat Deutschland wichtige Schritte zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention unternommen, doch wurden die im Gesetz von 2015 zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention vorgesehenen Maßnahmen und Finanzhilfen noch nicht vollständig umgesetzt.

Die Sterblichkeit aufgrund behandelbarer Ursachen – d. h. Todesfälle, die durch rechtzeitige und wirksame Gesundheitsfürsorge hätten vermieden werden können – liegt in Deutschland bei 85 Todesfällen pro 100 000 Einwohner. Auch dies bleibt unter dem EU-Durchschnitt von 92 Todesfällen pro 100 000 Einwohner. Verglichen mit anderen westeuropäischen Ländern wie Frankreich, den Niederlanden, Spanien und Italien ist diese Quote jedoch recht hoch. Zwar ist das Gesundheitssystem hinsichtlich der Behandlung von Patienten durchaus effektiv, das Ergebnis zeigt aber auch deutlich das stärkere Auftreten von gesundheitlichen Risikofaktoren in Deutschland. Die ischämische Herzerkrankung, Darmkrebs und Brustkrebs machten 2018 die Hälfte aller behandelbaren Todesfälle aus.

Abbildung 10. Die Sterblichkeit durch vermeidbare und behandelbare Ursachen ist in Deutschland niedriger als in der EU insgesamt



Hinweis: Die vermeidbare Sterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und der Primärprävention vermieden werden können. Die behandelbare Sterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, einschließlich Screenings und Behandlungen, vermieden werden können. Bei einigen Krankheiten (z. B. ischämische Herzerkrankung und zerebrovaskuläre Erkrankungen) ist die Hälfte aller Todesfälle auf vermeidbare Sterblichkeit zurückzuführen; die andere Hälfte ist behandelbaren Ursachen zuzuschreiben. 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 2018, mit Ausnahme der Daten für Frankreich, die sich auf 2016 beziehen).

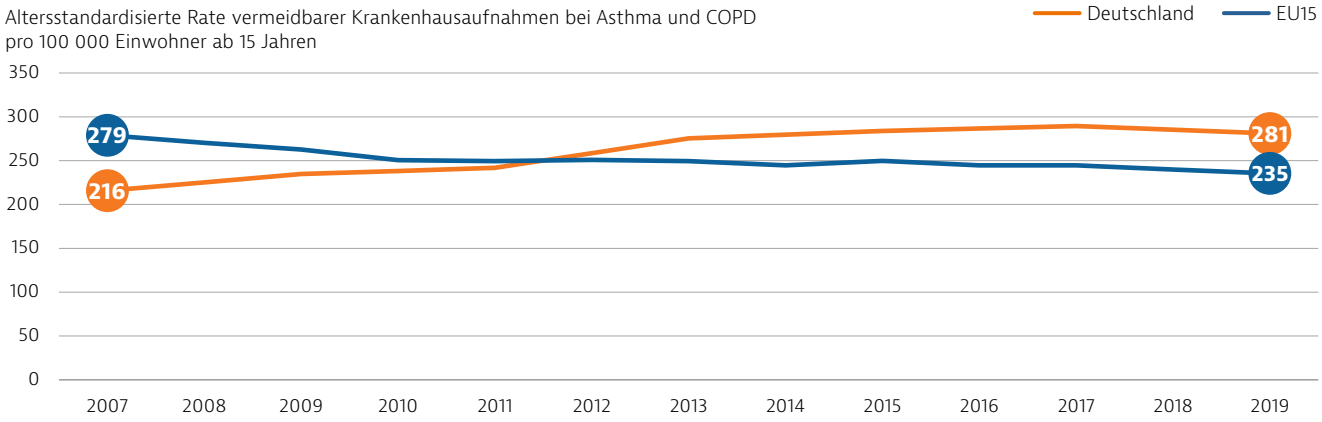
Eine hohe und zunehmende Zahl vermeidbarer Krankenhausaufnahmen kann auf Mängel bei der ambulanten Versorgung hinweisen

Die Zahl der Krankenhausaufnahmen für Asthma und COPD, kongestive Herzinsuffizienz und Diabetes ist in Deutschland höher als im EU-Durchschnitt. Krankenhausaufnahmen von Patienten mit diesen Erkrankungen werden in der Regel als vermeidbar eingestuft, weil sie in ambulanter Versorgung wirksam behandelt werden können. Die großen Unterschiede zu anderen Ländern sind teils auf die Prävalenz dieser Krankheiten zurückzuführen. Des Weiteren dürften ein Mangel an wirksamer Koordinierung in der ambulanten Versorgung und die starren Sektorengrenzen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu den höheren Werten beitragen.

Die Zahl der Krankenhausaufnahmen für Asthma und COPD ist in der EU generell zurückgegangen. In Deutschland lag sie 2007 mit 216 Aufnahmen pro 100 000 Einwohner unter dem EU-Durchschnitt (279), ist aber seither stetig gestiegen, überschritt 2011 den EU-Durchschnitt und lag 2019 bei 281 pro 100 000 Einwohner, gegenüber 235 in der EU (Abbildung 11).

Abbildung 11. Die Zahlen vermeidbarer Krankenhausaufnahmen für Asthma und COPD sind vergleichsweise hoch

Altersstandardisierte Rate vermeidbarer Krankenhausaufnahmen bei Asthma und COPD pro 100 000 Einwohner ab 15 Jahren



Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2021.

Die Influenza-Durchimpfungsrate bei älteren Menschen ist gering

In Deutschland wird unter anderem für Personen ab 60 Jahren eine Impfung gegen die saisonale Grippe empfohlen, aber die Immunisierungsraten in dieser Bevölkerungsgruppe sind niedrig. Im Jahr 2019 waren rund 39 % der über 60-Jährigen gegen die Grippe geimpft. Dieser Wert blieb in den letzten zehn Jahren vergleichsweise konstant. Umfrageergebnisse belegen, dass ein Großteil der Erwachsenen mit erhöhtem Risiko für grippebedingte Komplikationen die Grippe nicht als gefährliche Erkrankung wahrnimmt und die Sicherheit und Wirksamkeit der Impfung infrage stellt (Bödeker et al., 2015).

Interessanterweise hat sich eine verstärkte Aufklärung über Infektionsbekämpfung und -prävention im Zuge der COVID-19-Krise offenbar auf das Impfverhalten ausgewirkt. In der Saison 2020/21 überstieg die Nachfrage die Verfügbarkeit des Grippeimpfstoffs. Dies veranlasste die Regierung zur Beschaffung zusätzlicher Dosen. Infolgedessen standen in dieser Saison mehr als 26 Millionen Dosen Grippeimpfstoff zur Verfügung. Das entspricht beinahe dem Doppelten der Saison 2019/20, in der 14 Millionen Dosen verabreicht wurden. Tatsächlich hatten zu Beginn der Grippesaison im Herbst 2020 mehr Menschen in Deutschland Grippeschutzimpfungen erhalten als in den Vorjahren. Nationalen Daten zufolge war mit 1,8 Millionen Impfungen im September 2020 ein Anstieg um 165 % gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu verzeichnen.

Die Versorgung von Krebskranken erweist sich als wirksam

Deutschland weist vergleichsweise hohe Überlebensraten bei Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs auf (Abbildung 12). Die Überlebensraten einiger dieser Krebserkrankungen sind im Laufe der Zeit stabil geblieben, bei anderen seit 2000 jedoch leicht gestiegen. Verbesserungen sind zum Teil auf Fortschritte bei der Krebsvorsorge zurückzuführen. Deutschland verfügt seit 2008 über einen Nationalen Krebsplan, der darauf abzielt, die Früherkennung von Krebs durch Vorsorgeuntersuchungen sowie die Versorgungsstrukturen spezialisierter und zugelassener Krebszentren weiterzuentwickeln, eine effiziente Behandlung sicherzustellen und Patientenpfade zu stärken. Diese Strategien werden durch neuere Initiativen auf nationaler und europäischer Ebene verstärkt (Kasten 3).

Abbildung 12. Die Fünf-Jahres-Nettoüberlebensraten liegen in Deutschland zumeist über dem EU-Durchschnitt

Prostatakrebs
Deutschland: 92 %
EU23: 87 %

Kinderleukämie
Deutschland: 84 %
EU23: 85 %

Brustkrebs
Deutschland: 86 %
EU23: 82 %

Gebärmutterhalskrebs
Deutschland: 65 %
EU23: 63 %

Darmkrebs
Deutschland: 65 %
EU23: 60 %

Lungenkrebs
Deutschland: 18 %
EU23: 15 %

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

Kasten 3. Die deutsche Politik zur Krebsbekämpfung stützt sich auf zwei wesentliche Faktoren

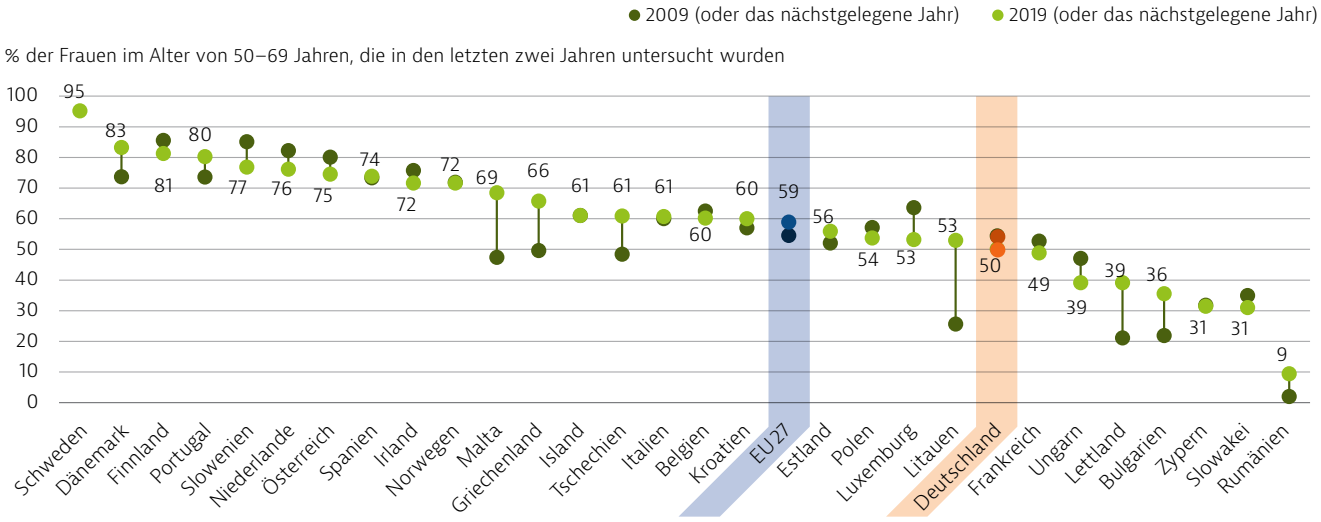
Um den Nationalen Krebsplan zu ergänzen, rief Deutschland im Jahr 2019 eine neue gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und verschiedener Akteure auf dem Gebiet der Krebsforschung ins Leben. Bei der „Nationalen Dekade gegen Krebs" handelt es sich um ein Zehnjahresprogramm zur Verbesserung der Diagnose und Behandlung von Krebs, indem Interessengruppen wie Forschende, Regulierungsbehörden und Patientenverbände sowie Patientinnen und Patienten und deren Angehörige einbezogen werden.

Beide Initiativen werden durch Europas Plan gegen den Krebs ergänzt, der im Februar 2021 auf den Weg gebracht wurde (Europäische Kommission, 2021a). Der Plan enthält einen neuen Ansatz der EU zur Bewältigung des gesamten Krankheitspfads und gliedert sich in vier Hauptaktionsbereiche: Prävention, Früherkennung, Diagnose und Behandlung sowie Verbesserung der Lebensqualität von Krebskranken und -überlebenden.

Durch COVID-19 erhielt das Programm für die Früherkennung von Brustkrebs einen Dämpfer

Trotz hoher Überlebensraten unterzog sich im Jahr 2018 nur jede zweite Frau im Alter zwischen 50 und 69 Jahren einer Brustkrebsfrüherkennung. Das ist weniger als in den meisten anderen EU-Ländern und liegt unter dem EU-Durchschnitt von 57,4 % (2019). Tatsächlich ging der Anteil untersuchter Frauen zwischen 2009 (54,4 %) und 2018 (50,1 %) um 8 % zurück (Abbildung 13). Darüber hinaus trug in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie und insbesondere während des Lockdowns im März/April 2020 die vorübergehende Aussetzung des Mammographie-Screening-Programms dazu bei, dass sich die Früherkennungsaktivitäten zwischen März und Mai 2020 um bis zu 97 % verringerten. Die nationalen Daten für das dritte Quartal 2020 belegen einen langsamen Anstieg der Zahlen, aber noch keinen Aufholeffekt (ZI, 2020).

Abbildung 13. Nur etwa 50 % der Frauen in Deutschland unterzogen sich dem empfohlenen Mammografie-Screening



Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. Die datieren basieren für die meisten Länder auf Screening-Programmen, nicht auf Erhebungen. Die Angaben zu Deutschland beziehen sich auf das Jahr 2018.
Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2021 und Eurostat-Datenbank.

5.2 Zugang

Trotz politischer Anstrengungen weist die Versorgung der Bevölkerung nach wie vor geringe Lücken auf

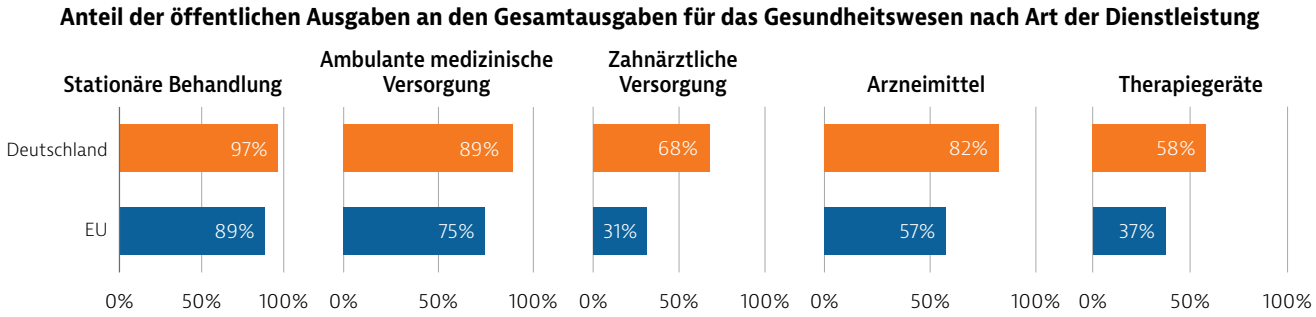
Die Krankenversicherung – entweder in Form der GKV oder einer substitutiven PKV (siehe Abschnitt 4) – ist in Deutschland obligatorisch. Auch wenn das zu einer beinahe flächendeckenden Versorgung der Einwohner (99,9 %) führt, laufen bestimmte Bevölkerungsgruppen Gefahr, keine Krankenversicherung zu haben. Zwischen 2015 und 2019 sank der Anteil der nicht versicherten Personen von rund 79 000 auf 61 000 Personen, davon überwiegend Männer (64 %). 2019 neigten insbesondere Selbstständige und Arbeitslose dazu, keine Krankenversicherung zu haben. Mit Gesetzen aus den Jahren 2013 und 2018 sollte das Risiko verringert werden, infolge finanzieller oder verwaltungstechnischer Hürden, die die größten Hindernisse darstellen, nicht krankenversichert zu sein.

Deutschland bietet einen umfassenden Leistungsumfang, jedoch mit begrenztem Erstzugang für Migranten

Die GKV umfasst ein breites Leistungspaket, das weit über die Grundversorgung hinausgeht, und die Leistungen sind für alle Versicherten gleich. Personen, die durch eine substitutive PKV gedeckt sind, erhalten in der Regel Leistungen, die denen der GKV entsprechen oder besser sind (mit einigen Ausnahmen wie Prävention oder Psychotherapie). Entscheidend sind die gewählte Versicherungspolice, der gewählte Versicherungsplan und die Unterschiede im Deckungsumfang, die sich in der Prämie widerspiegeln. Asylbewerber, anerkannte Flüchtlinge und Migranten ohne Ausweispapiere erhalten während der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts begrenzte Leistungen. In dieser Zeit haben sie häufig nur Anspruch auf eine Notfall- und Mutterschaftsversorgung sowie auf Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (einschließlich Screening und aller empfohlenen Impfungen).

Die GKV deckt einen sehr großen Teil der Kosten für Krankenhaus- und ambulante Behandlungen sowie für alle zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel ab (Abbildung 14). Insbesondere in Bezug auf die zahnärztliche Versorgung bietet die GKV etwa doppelt so viele öffentliche Versorgungsleistungen wie im EU-Durchschnitt, auch wenn für zahnärztliche Leistungen nach wie vor erhebliche Zuzahlungen zu entrichten sind. Die GKV übernimmt auch die Kosten eines PCR-Coronavirus-Tests in vollem Umfang, wenn ein Kassenarzt den Test verschrieben hat oder er von der Abteilung für öffentliche Gesundheit als erforderlich betrachtet wird.

Abbildung 14. Der Anteil der öffentlichen Hand ist höher als in anderen EU-Ländern und umfasst zahnärztliche Versorgung für Erwachsene

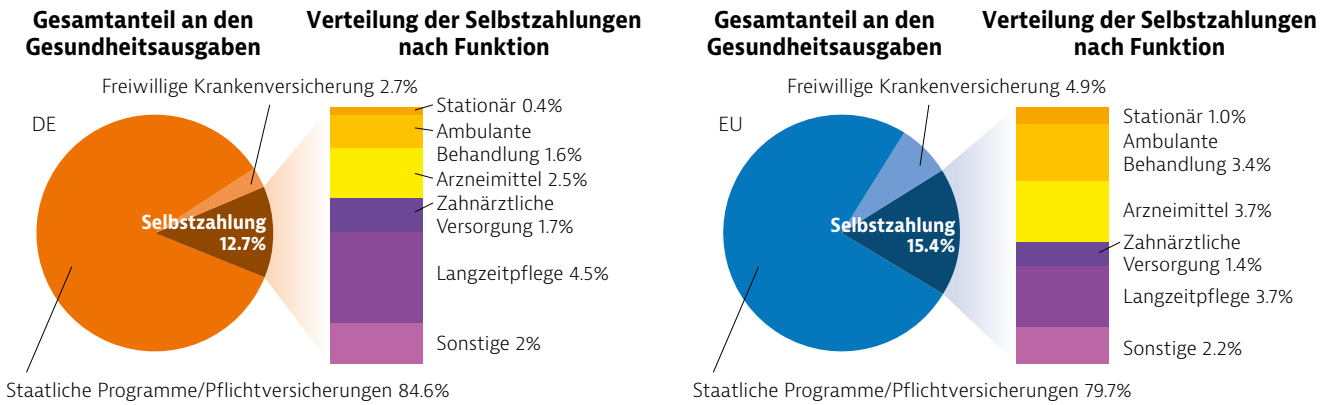


Hinweis: Ambulante medizinische Leistungen beziehen sich hauptsächlich auf Leistungen von Allgemein- und Fachärzten im ambulanten Bereich. Arzneimittel umfassen verschriebene und rezeptfreie Arzneimittel sowie sonstige medizinische Verbrauchsgüter. Zu therapeutischen Geräten gehören Sehhilfen, Hörhilfen, Rollstühle und andere Medizinprodukte.
Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2021 (die Daten beziehen sich auf 2019 oder das nächstgelegene Jahr).

Die Selbstzahlungen beziehen sich hauptsächlich auf Langzeitpflege und Arzneimittel

Selbstzahlungen machten im Jahr 2019 12,7 % der Gesundheitsausgaben Deutschlands aus. Das war weniger als der EU-Durchschnitt von 15,4 %. Rund ein Drittel der Selbstzahlungen fließt in Langzeitpflege (35 % im Jahr 2019) (Abbildung 15). Dieser vergleichsweise hohe Anteil lässt sich damit erklären, dass die GKV in der Regel nur rund 50 % der Gesamtkosten für Langzeitpflege, die in Einrichtungen erbracht wird, deckt. Nach Langzeitpflege entfällt ein erheblicher Anteil der Selbstzahlungen in Deutschland auf Arzneimittel (20 % der Selbstzahlungen, hauptsächlich für rezeptfreie Arzneimittel), therapeutische Produkte wie Brillen und Hörhilfen (16 %) und zahnärztliche Versorgung (13 %). Für GKV-Patienten beziehen sich die Selbstzahlungen für ambulante medizinische Versorgung ausschließlich auf sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen, wie bestimmte ophthalmische Dienstleistungen oder zusätzliche Diagnostika während der Schwangerschaft, die in ambulanten Einrichtungen erbracht werden. Im Gegensatz zur substitutiven PKV deckt die GKV diese Leistungen nicht ab, da sie (noch) keinen nachweisbaren therapeutischen Nutzen haben.

Abbildung 15. Auf die Langzeitpflege entfällt der größte Anteil einer vergleichsweise niedrigen Selbstzahlungsquote

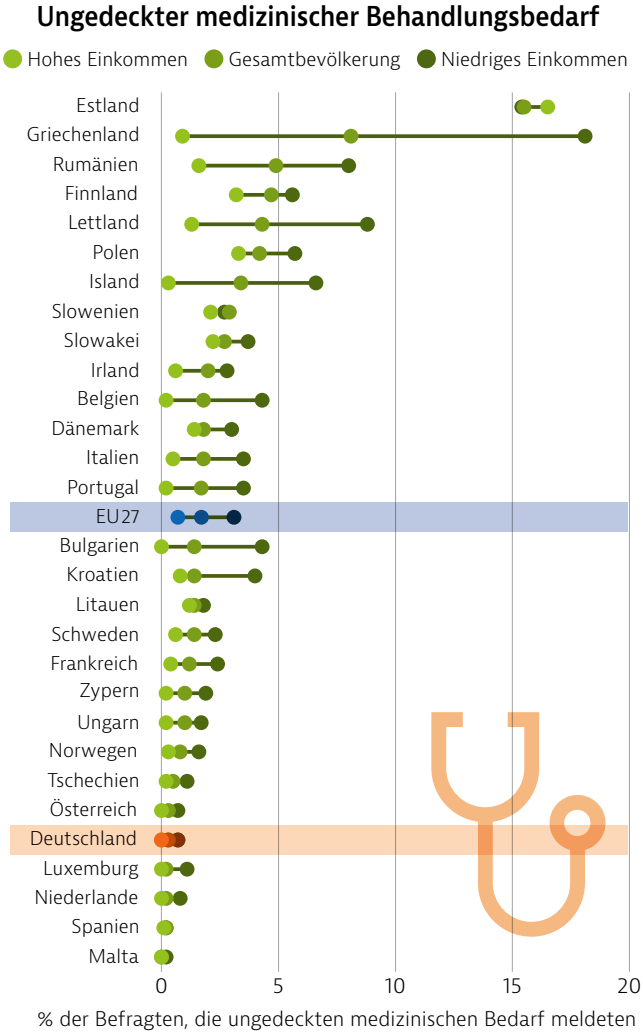


Hinweis: Der EU-Durchschnitt wurde gewichtet. VHI = freiwillige Krankenversicherung, die auch andere Regelungen für freiwillige Vorauszahlungen einschließt.
Quellen: OECD-Gesundheitsstatistik 2021; Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2019).

Die aus den eigenen Angaben der Befragten gewonnenen Daten zeigen, dass der ungedeckte Bedarf an medizinischer und zahnärztlicher Versorgung zu den niedrigsten in der EU gehört

Vor der COVID-19-Pandemie zählte der ungedeckte Bedarf an medizinischer Versorgung, der auf finanzielle Gründe, zu große Entfernungen oder Wartezeiten zurückzuführen war, in Deutschland zu den niedrigsten in der EU. Nur 0,3 % der Bevölkerung gaben an, im Jahr 2019 auf erforderliche Versorgung verzichtet zu haben (Abbildung 16). Wie in den meisten EU-Ländern ist der ungedeckte Bedarf bei niedrigeren Einkommensgruppen höher als bei höheren Einkommensgruppen, doch ist der Unterschied zwischen den Einkommensgruppen in Deutschland viel geringer als in den meisten anderen Ländern. Im Jahr 2019 meldeten 0,7 % der Deutschen im untersten Einkommensquintil einen ungedeckten medizinischen Bedarf, während im obersten Einkommensquintil niemand (0 %) mit finanziellen Schwierigkeiten konfrontiert war. Auch bei der zahnärztlichen Versorgung ist der ungedeckte Bedarf ähnlich niedrig: Der Anteil der Personen, die einen Verzicht auf zahnärztliche Versorgung angaben, lag bei 0,4 % und reichte von 0,8 % im untersten bis zu 0 % im höchsten Einkommensquintil.

Abbildung 16. In Deutschland wurde vor der Pandemie fast kein ungedeckter Bedarf gemeldet



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 2019, mit Ausnahme der Daten für Island, die sich auf 2018 beziehen).

Die COVID-19-Pandemie führte zu verspäteter und unterlassener Versorgung, aber auch zu einem Anstieg der Inanspruchnahme von Telekonsultationsleistungen

Die Nachfrage nach COVID-19-bezogener Versorgung und die Einführung von Eindämmungsmaßnahmen während der Pandemie führten zu verzögerten Beratungsgesprächen und Behandlungen sowie zu einem Anstieg des ungedeckten Bedarfs. Die Eurofound-Erhebung ergab, dass in den ersten zwölf Monaten der COVID-19-Pandemie 14 % der Befragten in Deutschland einen ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung meldeten, verglichen mit 21 % in der gesamten EU (Eurofound, 2021)[4]. Obwohl ambulante Arztpraxen offen blieben, nahmen die Patienten im März 2020 deutlich weniger Leistungen der Primärversorgung und Psychotherapie in Anspruch als im Vorjahr. Erst gegen Ende Mai pendelte sich die Nutzung wieder schrittweise auf einem normalen Niveau ein. So war die Zahl der ambulant behandelten Fälle im Zeitraum vom 1. bis zum 28. April 2020 um 23 % niedriger und zwischen dem 29. April und dem 26. Mai 2020 um 15 % niedriger als im Vorjahr (ZI, 2020).

Gleichzeitig wurden die Vorschriften und die Bezahlung von Telekonsultationen für Ärzte und Psychotherapeuten ausgeweitet. Etwa 23 % der Deutschen gaben an, in den ersten zwölf Monaten der Pandemie online oder telefonisch eine medizinische Konsultation in Anspruch genommen zu haben, verglichen mit durchschnittlich 39 % in der EU insgesamt (Eurofound, 2021)[5]. Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeldeten nationalen Daten zeigen, dass die Zahl der Telekonsultationen in den ersten Monaten der Pandemie von 1700 im Januar und Februar 2020 auf 19 500 im April anstieg.

Deutschland gewährleistet einen guten Zugang zu Arzneimitteln und stellt Generika effizient zur Verfügung

Die Verschreibung von Generika steigert die Effizienz wesentlich und trägt dazu bei, einen guten Zugang der Bevölkerung zu Arzneimitteln zu gewährleisten – eines der Hauptziele der neuen Arzneimittelstrategie für Europa (Europäische Kommission, 2020). Der wachsende Marktanteil von Generika in Deutschland ist mit einem Volumen von 83 % der höchste in der EU. Wertmäßig entfallen 32 % des öffentlich finanzierten Arzneimittelmarktes auf Generika. Dies ist der Arzneimittelpolitik geschuldet, in deren Rahmen Zwangsrabatte und die Festlegung von Referenzpreisen für Gruppen vergleichbarer Arzneimittel üblich sind. Im Gegensatz zu zahlreichen anderen Ländern gibt es in Deutschland keine Positivliste für von der GKV übernommene Arzneimittel. Stattdessen sind alle zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel in der Regel erstattungsfähig (mit Kostenteilung), einschließlich neuer und häufig sehr teurer Arzneimittel, wenn sie eine vergleichende Nutzenbewertung bestehen. Infolgedessen ist der Anteil der Personen, die einen auf finanzielle Gründe zurückzuführenden ungedeckten Bedarf an verschriebenen Arzneimitteln melden, mit 3,7 % gering (gegenüber einem EU-Durchschnitt von 6,2 %).

5.3 Anpassungsfähigkeit

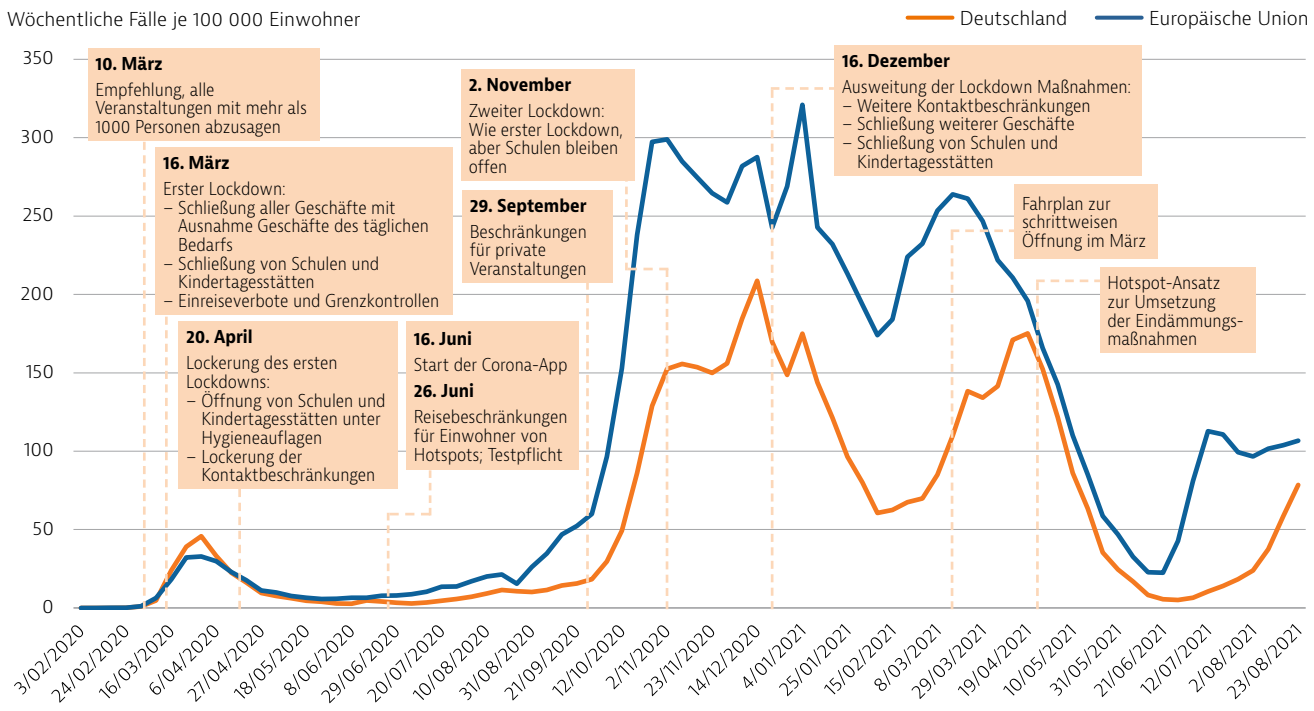
Schwerpunkt dieses Abschnitts über die Anpassungsfähigkeit sind die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und die damit zusammenhängenden Reaktionen[6]. Wie in Abschnitt 2 dargelegt, hatte die COVID-19-Pandemie erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit und Sterblichkeit der Bevölkerung in Deutschland: Zwischen Januar 2020 und Ende August 2021 wurden mehr als 92 000 COVID-19-Todesfälle verzeichnet. Die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie hatten auch Auswirkungen auf die Wirtschaft. Das deutsche BIP ging im Jahr 2020 um 5 % zurück, wenngleich dieser Wert niedriger ist als in der EU insgesamt (6,2 %).

Deutschland reagierte auf die Pandemie mit einer Reihe von Eindämmungsmaßnahmen

Nachdem in Deutschland Anfang 2020 die ersten COVID-19-Fälle auftraten, wurden Maßnahmen zur Eindämmung des Virus ergriffen, wie etwa die Absage von Veranstaltungen mit mehr als 1000 Teilnehmenden, Reisebeschränkungen und die Schließung bestimmter Geschäfte. Nachdem während der ersten Welle der Pandemie ein Höchststand laborbestätigter Fälle erreicht worden war (Abbildung 17), beschlossen die Bundesregierung und die Landesregierungen weitreichende Einschränkungen des öffentlichen Lebens. Dies führte zum ersten Lockdown, der auch die Schließung von Schulen und Kindertageseinrichtungen umfasste. Im Mai übernahmen die Länder die Verantwortung für die Lockerung der Eindämmungsmaßnahmen. Als die Fälle im Herbst 2020 wieder stiegen, wurde eine Hotspot-Strategie umgesetzt, der zufolge in Kreisen oder kreisfreien Städten mit besonders hohen Inzidenzen strengere Maßnahmen gelten sollten. Die Einführung neuer Eindämmungsmaßnahmen Anfang November 2020 (wie der Schließung von Restaurants) brachte den Anstieg der Fallzahlen vorübergehend, aber auf deutlich höherem Niveau zum Stillstand. Aufgrund des erneuten Anstiegs der Fallzahlen im Dezember 2020 wurde ein zweiter Lockdown verhängt. Diese Beschränkungen wurden mehrmals bis Anfang März 2021 verlängert, bis sich die Bundesregierung und die Landesregierungen auf einen Fahrplan zur Wiederöffnung einigten, der sich auf die Entwicklung der lokalen epidemiologischen Lage der einzelnen Bundesländer stützte. Dieser Hotspot-Ansatz wurde ab April 2021 fortgesetzt, und die Fallzahlen stiegen erst wieder ab Juli 2021.

4. Ausweislich nationaler Daten über durchgeführte Telekonsultationen ist es wahrscheinlich, dass die Ergebnisse der Eurofound-Erhebung zu hoch angesetzt wurden.
5. Die Daten der Eurofound-Erhebung sind aufgrund unterschiedlicher methodischer Grundlagen nicht mit denen der EU-SILC-Erhebung vergleichbar.
6. In diesem Zusammenhang wurde die Anpassungsfähigkeit von Gesundheitssystemen definiert als die Fähigkeit, sich auf Schocks vorzubereiten, diese zu bewältigen (absorbieren, anpassen und transformieren) und schließlich aus ihnen zu lernen (EU-Expertengruppe zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme, 2020).

Abbildung 17. Lockdowns verringerten die Fallzahlen



Hinweise: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet (die Anzahl der Länder, die für den Durchschnitt herangezogen werden, variiert je nach Woche). Die Zahl der COVID-19-Fälle in EU-Ländern wurde in der ersten Welle im Frühjahr 2020 aufgrund begrenzter Testaktivitäten unterschätzt.
Quelle: ECDC für COVID-19-Fälle und Autoren für Eindämmungsmaßnahmen.

Die meisten Sektoren waren gut auf einen Gesundheitsnotstand vorbereitet

Als Antwort auf die Pandemie reagierte Deutschland angemessen und effektive. Das Land war vergleichsweise gut auf einen Gesundheitsnotstandvorbereitet, aktivierte rasch den Nationalen Pandemieplan und verfügte über hohe Kapazitäten für die Überwachung, Erkennung und Testung von Krankheiten. Mit Blick auf Grenzen und Grenzübergänge umfassten die Maßnahmen die Errichtung von COVID-19-Testzentren an mehreren Flughäfen, Bahnhöfen und Autobahntankstellen. So wurden beispielsweise in der zweiten Oktoberwoche 2020 31 687 Tests an Grenzübergänge gemeldet, von denen 421 (1,3 %) positiv waren (RKI, 2020).

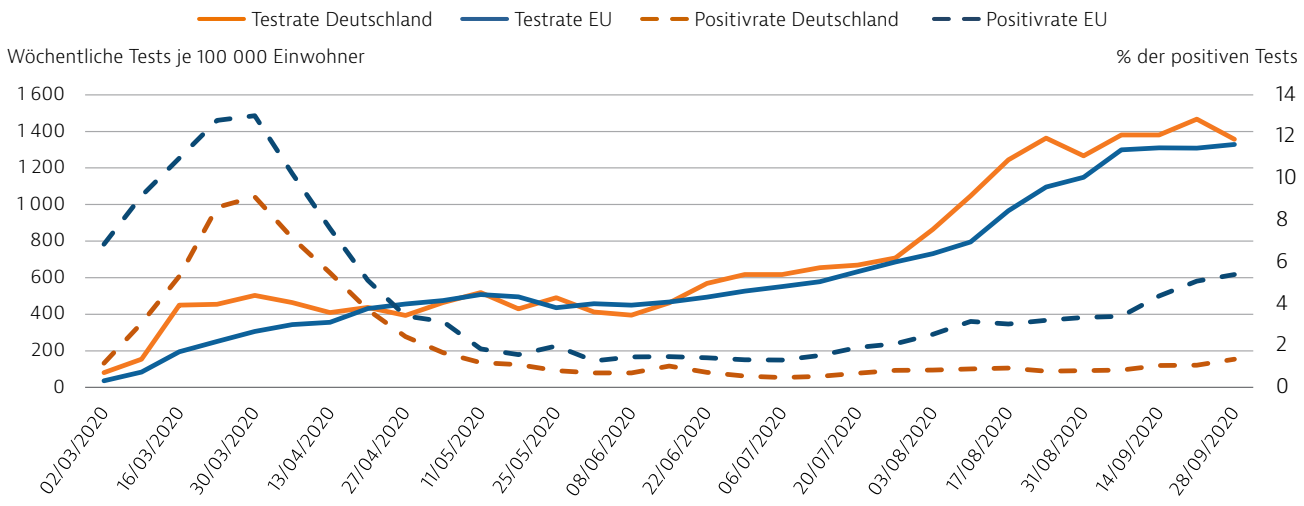
Gute Laborkapazitäten ermöglichten eine umfassende PCR-Test-Strategie für COVID-19

Die großen Laborkapazitäten Deutschlands versetzten das Land in eine gute Position, um neu auftretende Krankheiten rechtzeitig und genau erkennen zu können. Zu Beginn der Pandemie lag die Zahl der in Deutschland durchgeführten COVID-19-PCR-Tests über dem EU-Durchschnitt (Abbildung 18). Diese frühzeitig hohe Testquote und die damit verbundenen Daten zur Positivrate ermöglichten es den deutschen Gesundheitsbehörden, die Ausbreitung von COVID-19 mit hoher Genauigkeit zu verfolgen. Die Laborkapazität wurde im Laufe der Pandemie weiter ausgebaut, um eine breit angelegte Teststrategie zu ermöglichen. Mit dem Beginn der zweiten Welle im Herbst 2020 führten der erwartete Anstieg saisonaler Atemwegsinfektionen und die Überlastung von Arztpraxen und Laboren dazu, dass die Testkriterien für Personen mit leichten Symptomen geändert wurden und die Testrate sank. Allerdings wurde die Strategie einige Wochen später wieder dahin gehend geändert, dass für alle symptomatischen Personen unabhängig von deren Schwere PCR-Tests empfohlen wurden. Im Jahr 2021 standen allen kostenlose Antigen-Tests und im Bedarfsfall auch PCR-Bestätigungstests zur Verfügung.

Die Verfügbarkeit von Akut- und Intensivbetten war während der ersten Welle der Pandemie zu keinem Zeitpunkt gefährdet

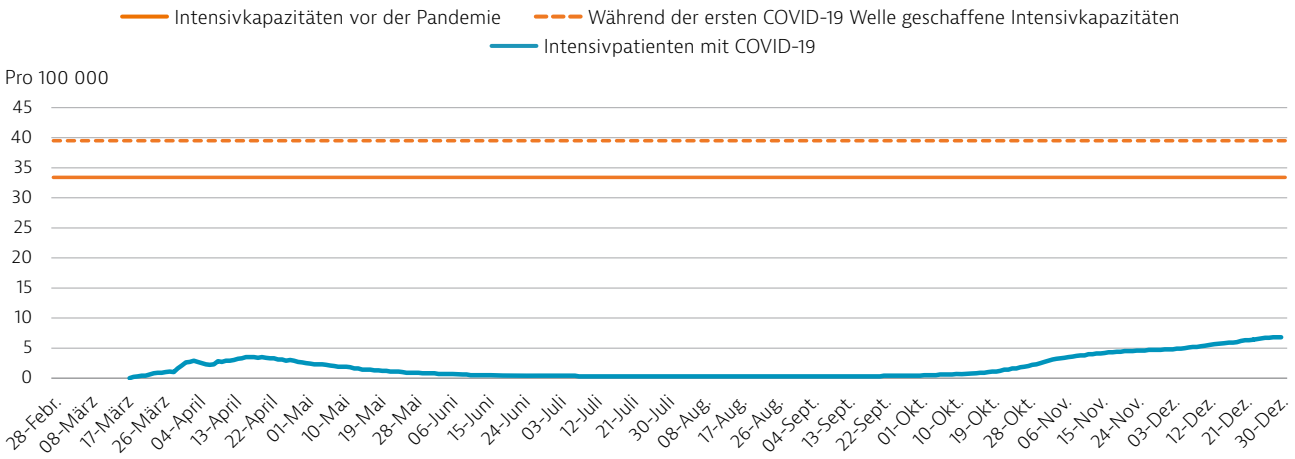
Vor der Pandemie war die Kapazität der Krankenhäuser und Intensivstationen in Deutschland die höchste in der EU. Im Jahr 2018 waren in den Krankenhäusern 602 Akutbetten und 33,4 Intensivbetten pro 100 000 Einwohner verfügbar. Viele Länder bauten ihre Kapazitäten an Intensivbetten während der ersten Welle der Pandemie aus, um auf die Nachfrage nach Krankenhaus- und Intensivversorgung zu reagieren. Deutschland stockte seine anfängliche Kapazität an Intensivbetten im April 2020 um 20 % auf 39,5 Intensivbetten pro 100 000 Einwohner auf, hauptsächlich über die Verlagerung von Kapazitäten durch die Verschiebung und Absage planbarer und elektiver Eingriffe. COVID-19-Patienten belegten bis Ende 2020 und darüber hinaus nur einen geringen Teil der verfügbaren Intensivbetten (Abbildung 19). Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) richtete ein Register ein, um die Belegungsraten der Intensivstationen genauer zu überwachen und Krankenhäuser mit freien Kapazitäten an Intensivbetten zu ermitteln.

Abbildung 18. Deutschland verzeichnete hohe COVID-19-Testraten, insbesondere zu Beginn der Pandemie



Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist gewichtet (die Anzahl der Länder, die für den Durchschnitt herangezogen werden, variiert je nach Woche).
Quelle: ECDC.

Abbildung 19. Deutschland erhöhte seine Kapazität an Intensivbetten zu Beginn der Pandemie um 20 %



Hinweis: Die blaue Linie steht für die tägliche Zahl der COVID-19-Patienten auf Intensivstationen; die orangenfarbene Linie stellt die ursprüngliche Kapazität an Intensivbetten vor der Pandemie dar; die gestrichelte orangenfarbene Linie stellt die zusätzliche, während der Pandemie mobilisierte Bettenkapazität dar.
Quellen: Bundesamt für Statistik (2018, 2020); DIVI (2020).

Das Personal im klinischen Gesundheitswesen wurde aufgestockt, um den Bedarf insbesondere in Krankenhäusern zu decken

Die Dichte der praktizierenden Ärzte und Pflegekräfte liegt in Deutschland deutlich über dem EU-Durchschnitt (siehe Abschnitt 4). Dennoch war klinisches Personal in der Regel mit einer hohen Arbeitsbelastung auf Intensivstationen und anderen Stationen sowie mit einem Pflegekräftemangel konfrontiert, wie das niedrige Verhältnis zwischen Pflegekräften und Intensivbetten belegt. Im Jahr 2017 entfielen 34 703 Fachkräfte für Intensivpflege auf schätzungsweise 27 463 Intensivbetten (DIVI, 2020). Um die Krankenhäuser bei der Bewältigung ihrer personellen Herausforderungen zu unterstützen und im Zuge des COVID-19-Ausbruchs mehr Flexibilität zu schaffen, wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in der Intensivpflege und der geriatrischen Pflege zwischen März und August 2020 sowie in pflegeintensiven Bereichen wie Traumachirurgie, Herzchirurgie, Neurologie und Schlaganfallstationen bis Ende des Jahres aufgehoben. Darüber hinaus wurden während der ersten Welle der Pandemie eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die Kapazitäten an Pflegekräften zu erhöhen. Unter anderem wurden Teilzeitkräfte im Gesundheitswesen zu einer Vollzeitbeschäftigung angehalten und im Ruhestand befindliche Gesundheitskräfte ermutigt, ihre klinische Tätigkeit wieder aufzunehmen. Ebenso appellierten die Behörden an Auszubildende in den Fächern Medizin, Krankenpflege und verwandten Gesundheitsbereichen, in der klinischen Praxis zu arbeiten, und erleichterten die Verfahren für die gegenseitige Anerkennung von im Ausland ausgebildeten Gesundheitskräften.

Die Kapazitäten der Gesundheitsämter wurden ausgebaut

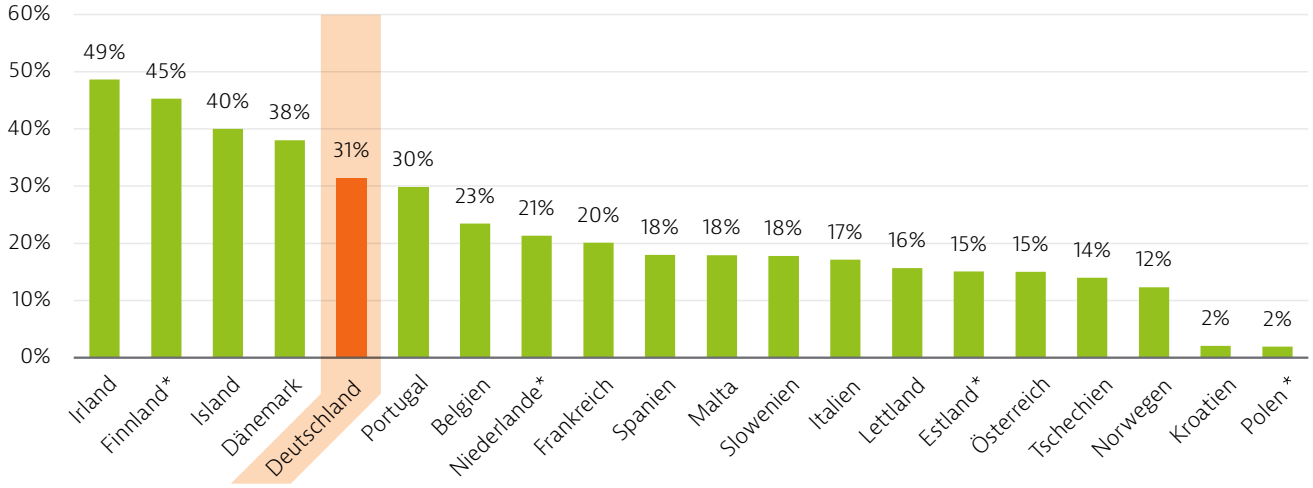
Im Sommer 2020 waren rund 13 900 Ärzte und nichtmedizinische Mitarbeiter in den 375 deutschen Gesundheitsämtern tätig, die unter anderem für die Überwachung von Infektionskrankheiten auf regionaler Ebene zuständig sind. Rund 5900 zusätzliche Mitarbeiter wurden eingesetzt, vorwiegend für die Rückverfolgung von Kontakten, die Testung von Kontaktpersonen und die Kontrolle der Quarantäne. Bedingt durch unzureichende IT-Technologie und Digitalisierung hatten diese öffentlichen Gesundheitsämter jedoch häufig Schwierigkeiten, ihre Arbeitslast zu bewältigen. Neben lokalen Behörden hatten auch diese Ämter Probleme, genügend Menschen für die Durchführung von COVID-19-Tests oder die Rückverfolgung von Infektionsketten zu verpflichten. Daher leistete die Bundeswehr während der gesamten Pandemie Unterstützung. Anfang November 2020 führte die Bundeswehr 300 Operationen durch, bei denen insgesamt 3000 Angehörige der Streitkräfte Aufgaben wie Beratung und Durchführung von COVID-19-Tests an Flughäfen wahrnahmen. Darüber hinaus wurden ab Frühjahr 2020 im Rahmen einer Initiative zur Unterstützung der Arbeit der Gesundheitsämter vorübergehend je nach Bedarf über 1500 „Containment Scouts" eingesetzt. Dabei übernahmen Studierende der Medizin und Gesundheitswissenschaften sowie andere Personen mit geeigneten Qualifikationen Aufgaben wie die Rückverfolgung von Kontakten und die Unterstützung von COVID-19-Beratungshotlines. Sie wurden entweder in einem ständigen Büro angesiedelt oder – falls erforderlich – kurzfristig zur Unterstützung besonders überlasteter Gesundheitsämter entsandt.

Trotz anfänglicher Kritik und Skepsis in der Bevölkerung wurde die App zur Kontaktnachverfolgung rege genutzt

Anfang März 2020 begann die Regierung mit der Entwicklung einer Smartphone-App, die mithilfe der Bluetooth-Technologie mögliche COVID-19-Infektionsketten rückverfolgt. Nach heftiger Kritik und einer öffentlichen Debatte über Datenspeicherung und Datenschutz wurde die dezentrale Corona-Warn-App im Juni 2020 zum Download bereitgestellt. Die App hilft, Nutzer so schnell wie möglich zu unterrichten, wenn diese einer mit COVID-19 diagnostizierten Person ausgesetzt waren, und Infektionsketten zurückzuverfolgen und zu identifizieren. Neben der Grundfunktion der anonymen Kontaktnachverfolgung wurde der Umfang erweitert, um die europaweite Interoperabilität, die Registrierung von Veranstaltungen, die Integration der Ergebnisse von Antigen-Schnelltests sowie die Möglichkeit zu gewährleisten, digitale COVID-19-Zertifikate der EU abzurufen. Bis April 2021 hatten etwa 31 % der deutschen Bevölkerung die App heruntergeladen (Abbildung 20).

Abbildung 20. Bis April 2021 hatte jeder dritte Deutsche die Corona-Warn-App zur Kontaktnachverfolgung heruntergeladen

% der Bevölkerung, die die App heruntergeladen hat

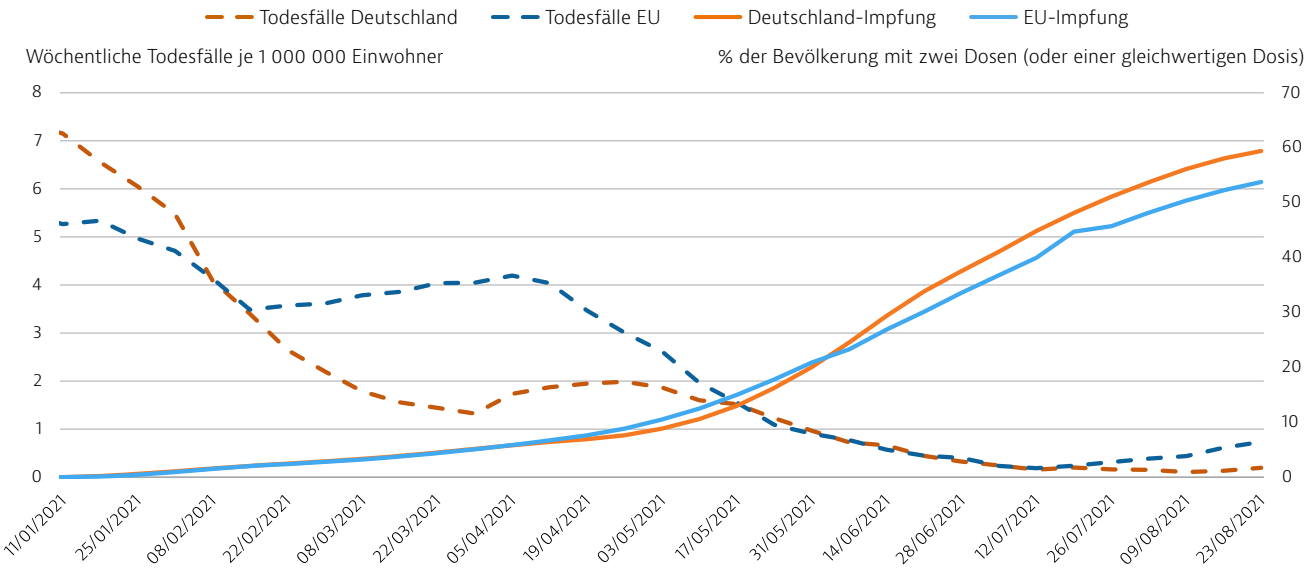


*Hinweis: Daten von April 2021. * Daten bis Herbst 2020.*
Quelle: Nationale Daten.

Die COVID-19-Impfkampagne kam rasch voran

Aufgrund der anfänglichen geringen Vorräte an COVID-19-Impfstoffen,sah die deutsche Impfstrategie eine Impfung mit drei Prioritätsgruppen nach Alter und Krankheitsgruppen mit hohem Risiko oder Expositionsrisiko vor. Die Impfkampagne begann im Dezember 2020, wobei Krankenhäuser Impfungen für medizinisches Fachpersonal anboten und mobile Teams Impfungen für Bewohner und Beschäftigte von Langzeitpflegeeinrichtungen durchführten. Darüber hinaus wurden in rund 440 Impfzentren und – ab Anfang April 2021 – landesweit in bis zu 70 000 ambulanten Praxen Impfungen durchgeführt. Bis zum 21. Juni 2021 hatten rund 34 % der Bevölkerung zwei Dosen (oder eine gleichwertige Dosis) erhalten. Diese Zahl stieg bis Ende August auf 60 % (Abbildung 21).

Abbildung 21. Die steigenden COVID-19-Impfraten in Deutschland gingen mit einer rückläufigen Todesfallzahl einher



Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet (die Anzahl der Länder, die für den Durchschnitt herangezogen werden, variiert je nach Woche).
Quellen: ECDC für COVID-19-Todesfälle und Our World in Data für Impfraten.

Deutschland setzte in seiner EU-Ratspräsidentschaft im Jahr 2020 die Priorität auf Gesundheitsinformationssysteme

Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass der Datenaustausch zwischen Gesundheitsdienstleistern und die Verfügbarkeit nationaler Datensätze in der Forschung für ein gut funktionierendes und reaktionsschnelles Gesundheitssystem von wesentlicher Bedeutung sind. Während der Pandemie bestanden besondere Herausforderungen für Deutschland in der langsamen Digitalisierung der Gesundheitsämter und den Verzögerungen bei der Datenübermittlung an das Robert Koch-Institut, das für die Überwachung und Auswertung von Informationen über COVID-19-Fälle und Todesfälle zuständig ist. Gleichwohl war die Einführung des Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystems für den Infektionsschutz im Jahr 2020 ein bedeutender Durchbruch, der die digitale Weitergabe positiver COVID-19-Testergebnisse durch Labore an die Gesundheitsbehörden und das Robert Koch-Institut ermöglichte.

Die Nutzung von Gesundheitsdaten und -informationssystemen ist in Deutschland generell weniger weit fortgeschritten als in vielen anderen europäischen Ländern, was zum Teil auf die komplexe Struktur des Gesundheitssystems zurückzuführen ist. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz von 2019 wurde die Rechtsgrundlage geschaffen, um Daten der Krankenkassen an ein Forschungsdatenzentrum zu übermitteln und sie der Wissenschaft zugänglich zu machen, während der im Jahr 2020 vereinbarte „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ die Digitalisierung der öffentlichen Gesundheitsdienste fördern wird. Um die Bedeutung dieses Politikbereichs zu stärken, setzte Deutschland die Digitalisierung und den sicheren Austausch von Gesundheitsdaten innerhalb der EU auf die Tagesordnung seines EU-Ratsvorsitzes im Jahr 2020. Ergebnis war die neue Initiative des europäischen Gesundheitsdatenraums (Europäische Kommission, 2021b), der einen besseren Austausch von und den Zugang zu verschiedenen Gesundheitsdaten (wie elektronischen Patientenakten, genomischen Daten, Patientenregisterdaten) fördern dürfte, damit die Gesundheitsversorgung und -forschung und die Politikgestaltung unterstützt werden.

Die Pandemie schob strukturelle Investitionen im Gesundheitssystem, insbesondere in Krankenhäuser an

Im Jahr 2018 machten Kapitalinvestitionen 5,9 % der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Obwohl dieser Wert zwischen 2005 und 2016 erheblich zurückgegangen war, lag er immer noch über dem EU-Durchschnitt (5,0 %). Im Zuge der COVID-19-Pandemie begann die Bundesregierung mit der Umsetzung des im Juni 2020 verabschiedeten „Zukunftsprogramms Krankenhäuser“. Die Mittel für das Programm wurden in den Nationalen Aufbau- und Resilienzplan Deutschlands integriert. Mit einem Volumen von 4,3 Mrd. EUR ist dieses Programm die größte Einzelmaßnahme des Plans und für Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und eine bessere digitale Infrastruktur der Krankenhäuser bestimmt. Im Jahr 2021 stellte die Bundesregierung zusätzlich rückwirkende Mittel für Forschung und Entwicklung bereit, um rasch und breitflächig einen wirksamen und sicheren Impfstoff gegen COVID-19 bereit stellen zu können. Drei Einzelprojekte wurden in diesem Zusammenhang mit insgesamt mehr als 740 Mio. EUR gefördert.

6 Wichtigste Erkenntnisse

- Obwohl die Lebenserwartung in Deutschland infolge der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 vorübergehend um 2,5 Monate zurückging, liegt sie insgesamt über dem EU-Durchschnitt. Ischämische Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Lungenkrebs bleiben die häufigsten Todesursachen, und Risikofaktoren wie Rauchen und schlechte Ernährung verursachen etwa vier von zehn Todesfällen. Bei der Eindämmung des Rauchens und des Alkoholkonsums bei Erwachsenen und Kindern wurden zwar Fortschritte erzielt, doch sind Rauschtrinken, schlechte Ernährung und Tabakkonsum nach wie vor Herausforderungen, die angegangen werden müssen, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern.

- Deutschland gibt mehr als jedes andere EU-Land für Gesundheit aus und greift hierzu überwiegend auf öffentliche Quellen zurück. Seine Gesundheitsausgaben pro Kopf sind die höchsten von allen Mitgliedstaaten. Diese hohen Ausgaben spiegeln sich in den Ressourcen wider, die Deutschland zur Verfügung stehen: Deutschland stellt die höchste Zahl von Krankenhausbetten pro Einwohner in der EU bereit, und das Verhältnis von Ärzten und Pflegekräften auf die Bevölkerung liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt.

- Die Sterblichkeit aufgrund vermeidbarer und behandelbarer Ursachen ist in Deutschland niedriger als im EU-Durchschnitt, aber deutlich höher als in mehreren anderen europäischen Ländern. Die vergleichsweise starke Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie die mangelhafte Koordinierung zwischen der hausärztlichen Primärversorgung und der fachärztlichen ambulanten Behandlung haben zu Problemen bei Kontinuität und Koordinierung geführt. Überdurchschnittliche Überlebensraten bei Krebs deuten darauf hin, dass die Qualität der Krebsbehandlung gut und die Behandlung wirksam ist. Der Nationale Krebsplan Deutschlands zielt darauf ab, die Früherkennung von Krebs und die Versorgungsstrukturen spezialisierter und zugelassener Krebszentren weiterzuentwickeln.

- Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen ist sehr gut. Die Bevölkerung hat Zugang zu einem breiten Leistungspaket, und die Selbstzahlungen der privaten Haushalte machten im Jahr 2019 nur 12,7 % der Gesundheitsausgaben aus, was unter dem EU-Durchschnitt (15,4 %) liegt. Vor der COVID-19-Pandemie lag der ungedeckte Bedarf an medizinischer Versorgung laut den Angaben der Befragten beinahe bei Null, doch zeigen Umfragen, dass dieser Wert im Jahr 2020 erheblich gestiegen ist. Die Pandemie führte zu verzögerter und unterlassener Versorgung, aber auch zu einer stärkeren Nutzung elektronischer Gesundheitsdienste (wie medizinischer Telekonsultationen).

- Deutschland reagierte rasch auf die COVID-19-Pandemie und war mit Blick auf Gesundheitsinfrastruktur und Ressourcen vergleichsweise gut vorbereitet. Dank guter Laborkapazitäten hatte das Land ab Beginn der Krise eine hohe Testrate. Gleichwohl gelangte diese Kapazität durch den späteren Anstieg der Fallzahlen an ihre Grenzen. Die Verfügbarkeit von Intensivbetten war während der ersten bzw. der zweiten Welle der Pandemie, bei der mehr positive Fälle verzeichnet wurden, nicht gefährdet. Die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen wurde erhöht, und die überlasteten Gesundheitsämter erhielten bei der Kontaktnachverfolgung Hilfe von der Bundeswehr und „Containment Scouts“.

- Die COVID-19-Pandemie hat auch gezeigt, vor welchen Herausforderungen föderale Systeme bei der Koordinierung und Bewältigung der Pandemie stehen. Zur Bewältigung von Problemen wie der Gewährleistung einer einheitlichen bundeslandübergreifenden Regulierung im Hinblick auf Lockdown-Maßnahmen oder Teststrategien wurden Verwaltungsstrukturen eingerichtet, um schnelle, bundeslandübergreifende Maßnahmen zur Überwindung der Krise durch Verordnungsermächtigungen insbesondere für das Bundesministerium für Gesundheit zu ermöglichen.

Wichtigste Quellen

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

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing.

Literaturverzeichnis

Bödeker B et al. (2015), Why are older adults and individuals with underlying chronic diseases in Germany not vaccinated against flu? A population-based study. *BMC Public Health*. 7;15:618.

DIVI (2020), *Intensivregister,* https://www.divi.de/register/tagesreport.

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

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2020), *A Pharmaceutical Strategy for Europe*.

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan*.

European Commission (2021b), *The European Health Data Space*.

Federal Ministry of Health (2020), *Bundestag beschließt umfassendes Investitions- und Hilfsprogramm für Krankenhäuser*, Berlin.

Federal Office of Statistics (2018, 2020), *Grunddaten der Krankenhäuser*, Berlin.

RKI (2020), *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): daily situation report of the Robert Koch-Institute,* 14/10/2020 – updated status for Germany, Berlin.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – German.

ZI (2020), *Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsinanspruchnahme während der COVID-Krise*, Berlin.

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	Zypern	CY
Finnland	FI	Kroatien	HR	Norwegen	NO	Slowakei	SK		

European Commission

State of Health in the EU
Länderprofil Gesundheit 2021

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 (2021), *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264865310 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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