



R. Busse | M. Blümel
A. Spranger

Das deutsche Gesundheitssystem

Akteure, Daten, Analysen

2. Auflage



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Reinhard Busse | Miriam Blümel | Anne Spranger

Das deutsche Gesundheitssystem

2. Auflage



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Reinhard Busse | Miriam Blümel | Anne Spranger

Das deutsche Gesundheitssystem

Akteure, Daten, Analysen

2. Auflage



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Autoren

Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH, FFPH
Lehrstuhl Management im
Gesundheitswesen/
WHO Collaborating Centre
for Health Systems Research and
Management
Technische Universität Berlin
H 80, Straße des 17. Juni 135
10623 Berlin

Miriam Blümel, Diplom-Soziologin
Lehrstuhl Management im
Gesundheitswesen/
WHO Collaborating Centre
for Health Systems Research and
Management
Technische Universität Berlin
H 80, Straße des 17. Juni 135
10623 Berlin

Anne Spranger, MPP
Lehrstuhl Management im
Gesundheitswesen/
WHO Collaborating Centre
for Health Systems Research and
Management
Technische Universität Berlin
H 80, Straße des 17. Juni 135
10623 Berlin

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstr. 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-262-3 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2017

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in dieser Publikation auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung wie z. B. Einwohner/-innen verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Produkt-/Projektmanagement: Frauke Budig, Berlin
Layout & Satz: zweiband.media Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Vorwort und Danksagung

Der vorliegende Band ist verfasst worden von Reinhard Busse, Miriam Blümel und Anne Spranger (Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin), beruht aber auf der Mitwirkung lieber Kollegen und Experten in ihren Gebieten. Die Autoren danken herzlich Susanne Felgner, Sabine Fuchs, Cornelia Henschke, Julia Köppen, Dimitra Panteli, Karsten Roth und Wilm Quentin für ihre Beiträge und Kommentare. Auch möchten wir uns bei Katharina Achstetter und Anja Hoffmann für die ausführliche Durchsicht des Buches und ihre Kommentare bedanken. Unser besonderer Dank geht an Ortwin Schulte (Bundesministerium für Gesundheit) für die sachkundige, stets zugewandte Durchsicht des Buches und die wertvollen Anregungen.

In Teilen beruht das Werk auf dem 2013 bei der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft veröffentlichten Buch „Das deutsche Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen“ (Busse et al. 2013) sowie auf dem 2015 erschienenen „Health Systems in Transition“ („HiT“-)Profils (Busse u. Blümel 2014). Die vorliegende Veröffentlichung berücksichtigt Reformen und Daten im Deutschen Gesundheitssystem bis zum Frühsommer 2016. Wir danken herzlich dem Robert Koch-Institut, dem Statistischen Bundesamt, der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, dem Bundesministerium für Gesundheit und anderen Akteuren für die Bereitstellung und stete Aktualisierung der zur Erstellung dieses Buches notwendigen Daten. Dieser Dank gilt natürlich auch den Datenbanken der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), der Weltgesundheitsorganisation (WHO), und der Weltbank.

Mit dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen ist die TU Berlin eine von drei am European Observatory on Health Systems and Policies beteiligten Universitäten und zuständig für das Länderprofil Deutschlands in der Schriftenreihe Health Systems in Transition (HiTs), als auch in der kontinuierlichen Berichterstattung über aktuelle Entwicklungen im Health Systems and Policy Monitor (HSPM). Die HiT-Profile sind länderspezifische Berichte, die europäische Gesundheitssysteme und laufende sowie geplante Reformvorhaben analysiert. HiTs werden von Länderexperten in Zusammenarbeit mit Observatory-Mitarbeitern in regelmäßigen Abständen erstellt. Um eine größtmögliche Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Ländern zu ermöglichen, liegt den HiT-Profilen ein gemeinsamer Leitfaden zugrunde, der in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird. Der Health System and Policy Monitor wird durch ein internationales Expertennetzwerk getragen, das in Zusammenarbeit mit dem Observatory eine stetige Berichterstattung anstrebt. Länderexperten mit sehr hoher internationaler Reputation bringen ihr Wissen und Netzwerk in den Monitor ein und tragen ein breites Wissen zu nationalen Gesundheitssystemen zusammen. Aus dem Expertennetzwerk

des Monitors werden Autoren der zu aktualisierenden Länderprofile (HiTs) ausgewählt. Die TU Berlin ist Mitglied dieses Netzwerkes und zuständig für deutschsprachige Länder als auch neuere EU-Mitglieder.

Das European Observatory ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation (Regionalbüro für Europa), den Regierungen von Österreich, Belgien, Finnland, Irland, Norwegen, Slowenien, Schweden, Großbritannien und der Region Venezien in Italien, sowie der Europäischen Kommission, der Weltbank, der UNCAM (Nationaler Verband der Krankenkassen in Frankreich), der London School of Economics and Political Sciences (LSE), der London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM).

Alle Profile, sowie weitere Studien und Veröffentlichungen, können unter folgender Adresse eingesehen werden: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>

Zusammenfassung

Die Bundesrepublik Deutschland liegt in Mitteleuropa und erstreckt sich über eine Fläche von 357.000 km². Im Jahr 2014 lebten in der Bundesrepublik insgesamt 81,2 Millionen Einwohner, davon 41,4 Millionen Frauen und 39,8 Millionen Männer. Die Fläche der neuen Bundesländer, dem Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik im östlichen Teil Deutschlands, beläuft sich auf circa 30% der bundesdeutschen Gesamtfläche. Die dort lebenden 12,6 Millionen Einwohner stellen rund 18% der Bundesbevölkerung (Berlin ausgenommen), während 82% in den alten Bundesländern leben. Von den 19 bundesdeutschen Städten mit mehr als 300.000 Einwohnern befinden sich lediglich drei (einschließlich Berlin) im östlichen Teil Deutschlands. Die größte Stadt ist Berlin mit 3,4 Millionen Einwohnern.

Deutschland ist Mitglied der G7-Gruppe der führenden Industrienationen. Das Bruttoinlandsprodukt belief sich 2014 auf insgesamt knapp € 2,9 Billionen bzw. rund € 41.200 pro Kopf. Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat mit 16 Bundesländern. Jedes dieser Länder hat eine eigene Verfassung, die mit den föderalen, demokratischen und sozialen Prinzipien des Grundgesetzes im Einklang stehen muss. Die vom Grundgesetz definierten gesetzgebenden Körperschaften auf der Bundesebene sind der Bundestag und der Bundesrat. Der Deutsche Bundestag besteht aus mindestens 598 Mitgliedern, die alle vier Jahre gewählt werden.

Im Jahr 2014 lag die Lebenserwartung bei Geburt für Männer bei 78,7 Jahren und für Frauen bei 83,6 Jahren. Die rohe Sterberate erwachsener Frauen lag 2014 mit 10,8 je 1.000 Frauen etwas höher als die der erwachsenen Männer, die im gleichen Jahr 10,6 je 1.000 Männer betrug. Die Säuglingssterblichkeit verringerte sich um mehr als die Hälfte von 7,1 je 1.000 Lebendgeborenen im Jahr 1990 auf 3,3 im Jahr 2013. Ebenso wie die Mortalitätsraten liegen die Raten ausgewählter Indikatoren der Morbidität in Deutschland in der Regel unter dem EU15 Durchschnitt.

Eine wesentliche Eigenschaft des Gesundheitssystems in Deutschland ist die Gewaltenteilung zwischen Bund, Ländern und legitimierten Organisationen der Zivilgesellschaft. Die Kompetenzen zur Regulierung und Planung der Versorgung innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind an die Akteure der verschiedenen Ebenen delegiert. In der Regel werden Grunddefinitionen auf Bundesebene durch das SGB V festgesetzt. Detaillierte Regulierungen und konkrete Umsetzungen obliegen meist den Selbstverwaltungspartnern der Ausgabenträger und Leistungserbringer, deren wichtigstes gemeinsames Beschlussgremium der Gemeinsame Bundesausschuss ist (G-BA). In der GKV haben Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Status von Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie bilden

die Selbstverwaltungsstrukturen, die für die Finanzierung und Erbringung von GKV-Leistungen innerhalb des gesetzlichen Rahmens verantwortlich sind (und dabei von staatlichen Behörden beaufsichtigt werden).

In Deutschland gilt eine allgemeine Krankenversicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz im Bundesgebiet. Die GKV ist das Hauptversicherungssystem, das 2014 ca. 70,3 Mio. Personen oder rund 86% der Bevölkerung versicherte – entweder als Pflichtmitglieder, als freiwillige Mitglieder oder als Familienangehörige. 8,8 Mio. oder rund 10,8% der Bevölkerung waren privat krankenversichert, darunter etwa 5% Beamte (einschl. Pensionäre und ihre Familienangehörigen), die staatliche Beihilfe beziehen und zusätzlich privat versichert sind. Zudem waren 4% der Bevölkerung durch staatliche freie Heilfürsorge abgesichert (Soldaten, Bundesfreiwilligendienstler, Polizisten, Sozialhilfeempfänger, Asylbewerber). Deutschland ist das einzige Land innerhalb der EU, in welchem die Kassen mit privaten Krankenversicherungen, die substitutiven Versicherungsschutz anbieten, koexistieren.

Die GKV-Versicherten haben freie Kassenwahl. Unabhängig vom Versichertenstatus, der Beitragshöhe oder der Dauer der Versicherung haben GKV-Mitglieder und ihre nicht verdienenden Familienangehörigen bei Bedarf den gleichen Anspruch auf Leistungen. Der GKV-Leistungskatalog umfasst Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, Rettungsdienst sowie weitere Bereiche wie Rehabilitation, Palliativ- und Hospiz-Versorgung.

Die Gesundheitsausgaben beliefen sich 2014 auf € 3.990 pro Einwohner und insgesamt auf € 323 Milliarden, was einem Anteil von 11,1% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) entsprach. Die WHO schätzt die Gesundheitsausgaben mit 11,3% etwas höher, sodass Deutschland im Jahr 2014 die vierthöchsten Gesundheitsausgaben in Westeuropa gemessen am BIP hatte. Im Schnitt der EU15-Länder lag dieser Wert bei 10,2%, während er in den neuen EU-Mitgliedstaaten 6,8% betrug.

Obwohl die beitragsfinanzierte GKV die große Mehrheit der Bevölkerung versichert und die Diskussionen über Gesundheitsausgaben und Gesundheitsreformen dominiert, entfielen 2014 nur 58,5% aller Gesundheitsausgaben auf die gesetzlichen Krankenkassen. Insgesamt betrug der Anteil öffentlicher Ausgaben 73,7% der Gesamtausgaben für Gesundheit, während auf private Ausgaben 26,3% entfielen. Der offiziell ausgewiesene Anteil der Steuern an den gesamten Gesundheitsausgaben ist von 7,9% in 2000 auf 4,5% in 2014 gesunken. Seit 2013 ist der GKV-Ausgabenanteil leicht gestiegen, da die privaten Zuzahlungen in Form der Praxisgebühr entfielen, was zu höheren GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen führte.

Die 118 Krankenkassen (Juni 2016) erheben die Beiträge direkt von den Arbeitgebern, der Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit oder den Versicherten und leiten diese an den Gesundheitsfonds weiter. Die Beiträge

steigen proportional mit dem Einkommen bis zu einer Obergrenze, der sogenannten Beitragsbemessungsgrenze, die 2015 bei € 4.125 monatlich lag. Der Beitragssatz ist gesetzlich auf 14,6% des beitragspflichtigen Einkommens festgelegt und wird paritätisch zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgeteilt. Zusätzlich können die Krankenkassen einen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben (durchschnittlich 0,9%), der von den Arbeitnehmern allein getragen werden muss. Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds ihre Finanzmittel gemäß den Kriterien des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, der v.a. Alter, Geschlecht und die Morbidität von 80 Krankheiten berücksichtigt.

Die Krankenkassen vergüten die Leistungserbringer, wobei Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte (knapp vor Arzneimitteln) die größten Ausgabenblöcke bilden. Für Krankenhäuser gilt die duale Finanzierung: Dies bedeutet, dass Investitionskosten von den Ländern (über Steuern) und die laufenden Kosten von gesetzlichen Krankenkassen (über Beiträge), privaten Krankenkassen und Selbstzahlern finanziert werden, wobei die Krankenkassen den Großteil der laufenden Ausgaben finanzieren. Die laufenden Kosten umfassen sämtliche Ausgaben für medizinische Waren und Personal. Die Finanzierung der laufenden Ausgaben ist Gegenstand der Verhandlungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen und erfolgt über Fallpauschalen (sogenannte Diagnosis related Groups, DRGs). Während 2004 die Vergütung von Krankenhäusern noch vollständig durch Budgets geprägt war, erfolgte ab 2005 im Rahmen einer Konvergenzphase die schrittweise Umstellung auf eine Vergütung aller Krankenhausleistungen innerhalb eines Bundeslandes mit einem einheitlichen Basisfallwert.

Die Vergütung von niedergelassenen Ärzten durch Krankenkassen ist ein komplexer Vorgang, der im Wesentlichen aus zwei Schritten besteht: Im ersten Schritt leisten die Krankenkassen eine Gesamtvergütung an die KVen zur Vergütung aller in der betreffenden Region tätigen Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. In einem zweiten Schritt verteilen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vergütung anhand eines Honorarverteilungsmaßstabs an die Vertragsärzte, wobei vorab definierte Regelleistungsvolumina eine wichtige Rolle spielen.

Deutschland verfügte 2014 über insgesamt 1.980 Krankenhäuser mit 500.680 Betten (6,2 Betten pro 1.000 Einwohner). Davon befanden sich 589 in öffentlicher Trägerschaft, 696 in freigemeinnütziger Trägerschaft und 695 in privater gewinnorientierter Trägerschaft – mit einem Bettenanteil von 48%, 34% und 18%. Die 1.646 allgemeinen Krankenhäuser (bzw. Akutkrankenhäuser) verfügten über insgesamt 455.496 Betten, von denen rund 99% für GKV-Versicherte zugänglich sind. Wenngleich die Anzahl der Akutbetten in Deutschland seit 2000 beträchtlich reduziert worden ist, ist die Bettendichte noch immer 63% höher als der Durchschnitt der EU15-Länder. Im Jahr 2014 gab

es in Deutschland circa 19,1 Mio. stationär aufgenommene Fälle und damit 23,6 pro 100 Einwohner. Die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten sank zwischen 2000 und 2014 kontinuierlich von 9,7 Tage auf 7,4 Tage.

In Deutschland ist das Gesundheitswesen ein bedeutender Beschäftigungssektor, in dem Ende 2014 insgesamt 5,2 Mio. Personen, das heißt 11,7% aller Erwerbstätigen, beschäftigt waren. Gemäß Daten der WHO für 2013 waren 405 Ärzte pro 100.000 Einwohner in der ambulanten und stationären Patientenversorgung tätig. Somit lag die Ärztedichte in Deutschland etwas über dem EU15-Durchschnitt und wesentlich höher als der Durchschnitt der neuen EU-Mitglieder. Die Anzahl der Pflegekräfte pro 100.000 Einwohner in der akutstationären Versorgung stieg von 1.142 im Jahr 2005 auf 1.319 im Jahr 2013. Die Zahl der Zahnärzte pro 100.000 Einwohner nahm ebenfalls kontinuierlich zu und lag laut WHO im Jahr 2013 bei 83. Damit ist die Versorgung mit Zahnärzten in Deutschland überdurchschnittlich hoch verglichen mit anderen EU-Ländern.

Die ambulante Gesundheitsversorgung liegt überwiegend in den Händen privater gewinnorientierter Leistungserbringer. Patienten haben freie Wahl von Ärzten, Psychotherapeuten, Zahnärzten, Apotheken sowie Notfallambulanzen. GKV-Versicherte können andere Gesundheitsprofessionen zwar direkt aufsuchen, allerdings für gewöhnlich nur gegen Selbstzahlung, denn ihre Kasse zahlt deren Leistung nur, wenn sie auf vertragsärztliche Überweisung erfolgt. 2015 waren 43% der 144.769 praktizierenden Vertragsärzte als Hausärzte und 57% als Fachärzte tätig. Dabei haben die Hausärzte keine Gatekeeper-Funktion, jedoch sind ihre Zuständigkeiten zur Koordinierung der Gesundheitsversorgung für ihre GKV-versicherten Patienten in den letzten Jahren gestärkt worden.

Krankenhäuser waren in der deutschen Gesundheitsversorgung traditionell auf stationäre Versorgung ausgerichtet, und die Grenzen zu anderen Sektoren waren strikt. Diese starre Trennung wurde in den letzten Jahren durchlässiger gestaltet. So sind Krankenhäuser heute zur teilweisen Erbringung ambulanter Leistungen und zur Teilnahme an Integrierten Versorgungsmodellen und Disease Management Programmen ermächtigt. Ebenso sind multidisziplinäre Versorgungszentren in allen Teilen der Republik erlaubt. Die Träger dieser Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind frei in der Wahl ihrer Organisationsform, deren Zulässigkeit vorausgesetzt.

Der deutsche Arzneimittelmarkt ist herkömmlicherweise einerseits durch bemerkenswert liberale Regelungen zur Bestimmung von Herstellerpreisen und hinsichtlich der Anforderungen an die Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog geprägt. Andererseits sind die Vertriebsstrukturen und Zuschläge für Großhändler und Apotheker auf Herstellerpreise im Detail geregelt. Kostendämpfungsmaßnahmen haben sich auf den GKV-finanzierten Arznei-

mittelmarkt konzentriert, insbesondere auf indirekte Preiskontrollen durch Festbeträge, Erstattungsbeträge, Rabatte, Parallelimporte sowie eine verpflichtende Aut-idem-Regelung. 2004 wurden Vertriebsstrukturen teilweise liberalisiert und nicht-verschreibungspflichtige Medikamente grundsätzlich von der GKV-Erstattung ausgenommen. Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) wurde ab 2011 die Preisbildung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen wesentlich geändert, da seitdem die Bewertung des Zusatznutzens gegenüber der bestehenden Vergleichstherapie bei allen neu-eingeführten Arzneimitteln über die Erstattungshöhe des Arzneimittels entscheidet.

Arzneimittel können von Krankenhäusern und sogenannten öffentlichen Apotheken sowie von Apotheken bestimmter Einrichtungen abgegeben werden. 2014 wurden nur 4% von insgesamt 1.487 Mio. Packungen Arzneimittel außerhalb der Apotheke abgegeben. 2014 betrug die Gesamtausgaben für Arzneimittel € 51,1 Milliarden; davon entfielen nach der Gesundheitsausgabenrechnung € 42,9 Mrd. (84%) auf den ambulanten Apothekenmarkt, € 4,4 Mrd. (9%) auf Akutkrankenhäuser und € 3,8 Mrd. (7%) auf andere Einrichtungen.

Sowohl die christdemokratische-liberale Koalition (2009–2013) als auch die Große Koalition seit 2013 sind von den Grundstrukturen der GKV nicht abgewichen. Beide Regierungen delegierten Kompetenzen an die Selbstverwaltung, förderten den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und intervenierten zunehmend, um die Qualität der Versorgung und die Strukturen der Leistungserbringung zu verbessern. Ein gemeinsames Hauptziel der Gesundheitsreformen seit 2012 sind neben der Konsolidierung der Gesundheitsausgaben zunehmend die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung, eine umfassende Reform der Pflegeversicherung und eine effizientere Vernetzung von Akteuren. Die erhebliche Reformtätigkeit der letzten Jahre, die alle Teilbereiche des Gesundheitssystems erfasst, ist bemerkenswert und in einigen Teilen die Realisierung von bereits abgestimmten Gesetzesvorhaben. Des Weiteren wurden Reformen ad hoc umgesetzt, die bisherige Regulierungslücken schließen sollen oder als Reaktion auf Fehlverhalten von einigen Wenigen motiviert war.

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt im internationalen Vergleich über einen der umfangreichsten Leistungskataloge und eines der quantitativ höchsten Versorgungsniveaus. Die Leistungen sind zudem mit vergleichsweise niedrigen Zuzahlungen verbunden. Da Deutschland bei den Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit zwar hoch liegt, aber nur unterdurchschnittliche Wachstumsraten aufweist, verfügt das deutsche Gesundheitssystem über eine relativ hohe technische Effizienz, wenn man die Kosten mit den Leistungen vergleicht. Deutschland zeichnet sich zudem durch einen sehr guten Zugang zur Gesundheitsversorgung aus. Letzteres zeigt sich durch nied-

rige Wartezeiten oder eine aus Sicht der Befragten häufiger als andernorts funktionierende Versorgung auch außerhalb der regulären Sprechzeiten der Ärzte. Grund dafür sind die vergleichsweise hohen Versorgungskapazitäten.

Nichtsdestotrotz weist das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich Verbesserungsbedarf auf. Das zeigen die Ergebnisse von Befragungen zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, bei denen Deutschland weniger gut abschneidet. Die Deutschen stellen häufiger als Befragte aus anderen Ländern einen hohen gesundheitspolitischen Reformbedarf fest. Der Nachholbedarf wird – trotz aller Reformmaßnahmen in diesem Bereich – insbesondere bei der Qualität der medizinischen Versorgung ersichtlich, wenn die Ergebnisqualität bei der Behandlung einzelner Erkrankungen analysiert wird. Hier befindet sich Deutschland fast nie auf den ersten Plätzen, sondern meist im Mittelfeld.

Inhalt

1	Einführung	1
1.1	Geografie und Soziodemografie	1
1.2	Ökonomischer Kontext	4
1.3	Politischer Kontext	6
1.4	Gesundheitsstatus	9
1.5	Historischer Hintergrund	21
2	Organisationsstruktur	43
2.1	Übersicht über das Gesundheitssystem	43
2.2	Wesentliche Akteure und ihre Aufgaben	47
2.3	Dezentralisierung des Gesundheitssystems	57
2.4	Kompetenzen für Regulierung und Planung	60
2.5	Regulierung der Beziehung von Ausgabenträgern zu Leistungserbringern	71
2.6	Regulierung und Planung der Leistungserbringer	76
2.7	Regulierung von Arzneimitteln und Medizinprodukten	85
2.8	Informationsmanagement	92
2.9	Patientenbeteiligung	100
3	Finanzierung	109
3.1	Gesundheitsausgaben	109
3.2	Finanzierungsquellen und Finanzierungsströme	117
3.3	Gesetzliche Krankenversicherung	122
3.4	Private Haushalte	129
3.5	Private Krankenversicherung	135
3.6	Vergütung im Krankenhaussektor	138
3.7	Vergütung von Ärzten	149
4	Materielle und personelle Ressourcen	161
4.1	Technische und materielle Ressourcen	161
4.2	Gesundheitspersonal	171
5	Leistungserbringung im Gesundheitssystem	185
5.1	Öffentliche Gesundheit und Prävention	185
5.2	Koordination der Patientenversorgung	189
5.3	Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung	194
5.4	Stationäre und intersektorale Versorgung	199
5.5	Rettungs- und Notfallversorgung	205
5.6	Arzneimittelversorgung	207
5.7	Rehabilitation	224
5.8	Pflege und Langzeitversorgung	226
5.9	Hospize und Palliativversorgung	233
5.10	Versorgung psychisch Kranker	236
5.11	Zahnversorgung	238
5.12	Komplementär- und Alternativmedizin	239

5.13 Versorgung von zugezogenen Personen _____	241
5.14 Soziale Dienste für körperlich und geistig Behinderte _____	242
6 Reformen im Gesundheitssystem _____	245
6.1 Gesundheitsreformen seit 2012 _____	248
6.2 Zukünftige Reformen _____	264
7 Bewertung des Gesundheitssystems _____	267
7.1 Ziele und Werte für das Gesundheitswesen _____	267
7.2 Finanzielle Absicherung und Gerechtigkeit bei der Finanzierung _____	269
7.3 Patientenorientierung und Gerechtigkeit beim Zugang zur Versorgung _____	272
7.4 Gesundheit, Versorgungsauscomes und Qualität der Versorgung _____	275
7.5 Effizienz des Gesundheitswesens _____	281
8 Schlussbemerkung _____	289
Literaturverzeichnis _____	291
Abbildungsverzeichnis _____	300
Tabellenverzeichnis _____	302
Sachwortverzeichnis _____	304
Die Autoren _____	326

Abkürzungsverzeichnis

12. Sozialgesetzbuch-V-Änderungsgesetz	12. SGB V-ÄndG
Acquired Immune Deficiency Syndrome	AIDS
Agency for Healthcare Research and Quality	AHRQ
Allgemeine Ortskrankenkassen	AOK
Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	AQUIK
Anatomisch-Therapeutisch-Chemisch	ATC
Arbeiterwohlfahrt	AWO
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände	ADS
Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften	AWMF
Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz	AABG
Arzneimittelbudgetablösungsgesetz	ABAG
Arzneimittelgesetz	AMG
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz	AMNOG
Arzneimittelpreisverordnung	AmPreisV
Ärztliche Approbationsordnung	ÄAppO
Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin	ÄZQ
Australian Refined Diagnosis Related Group	AR-DRG
Auswahlverfahren der Hochschulen	AdH
Ballondilatation	PTCA
Berufsverband Deutscher Psychologen	BDP
Betriebskrankenkassen	BKK
Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen	BEMA
Bruttoinlandsprodukt	BIP
Bundesamt für Migration und Flüchtlinge	BAMF
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	BAFin
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege	Bagfw
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	BAR
Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen	BAGP
Bundesärztekammer	BÄK
Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen	BEL II
Bundesfachverband der Arzneimittel-Hersteller	BAH
Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung	BQS
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	BfArM
Bundesministerium für Arbeit und Soziales	BMAS
Bundesministerium für Bildung und Forschung	BMBF
Bundesministerium für Gesundheit	BMG
Bundespsychotherapeutenkammer	BPTK
Bundesrepublik Deutschland	BRD

Abkürzungsverzeichnis

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie	BPI
Bundesverband Medizintechnologie	BVMed
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	ABDA
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung	BVPG
Bundesverfassungsgericht	BVerfG
Bundesversicherungsamt	BVA
Bundeszahnärztekammer	BZÄK
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	BZgA
Christlich Demokratische Union	CDU
Christlich-Soziale Union	CSU
Chronisch obstruktive Bronchitis	COPD
Computertomografie	CT
Conformité Européenne	CE
Decayed, missing and filled teeth	DMFT
Defined Daily Dosis	DDD
Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie	DART 2020
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen	DAG SHG
Deutsche Demokratische Republik	DDR
Deutsche Krankenhausgesellschaft	DKG
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung	DPTV
Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung	DZG
Deutscher Behindertenrat	DBR
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	DBfK
Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien	Spectaris
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	DPW
Deutscher Pflegerat	DPR
Deutscher Verband der Ergotherapeuten	DVE
Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten	ZVK
Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information	DIMDI
Deutsches Rotes Kreuz	DRK
Diagnose-bezogene Fallpauschale	DRG
Diakonisches Werk	DW
Disability-adjusted life years	DALY
Disease Management Programm	DMP
Einheitlicher Bewertungsmaßstab	EBM
elektronische Gesundheitskarte	eGK
Elektronische Patientenakte	EPA
Europa-Gesundheitskonsumenten-Index	EHCI
Europäische Arzneimittelagentur	EMA
Europäische Datenbank für Medizinprodukte	EUDAMED

Abkürzungsverzeichnis

Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card)	EHIC
Europäische Union	EU
EU Statistics on Income and Living Conditions	EU-SILC
Evidenzbasierte Medizin	EbM
Freie Demokratische Partei	FDP
Gebührenordnung für Ärzte	GOÄ
Gemeinsamer Bundesausschuss	G-BA
German Diagnosis Related Group	G-DRG
German Inpatient Quality Indicators	G-IQI
Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte	gematik
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung	GVG
Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung	KVBeitrSchG
Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	Psych-EntgG
Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung	PNG
Gesetz zur Reform der Struktur der Krankenhausversorgung	KHSG
Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention	PrävG
Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV	GKV-VSG
Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung	HPG
Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV	GKV-VStG
Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung	AVWG
Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der GKV	GKV-FQWG
Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister	KFRG
Gesetzliche Krankenversicherung	GKV
Gesundheitsreformgesetz	GRG
GKV-Arzneimittelschnellinformationssystem	GAmSI
GKV-Finanzierungsgesetz	GKV-FinG
GKV-Modernisierungsgesetz	GMG
GKV-Versorgungsstrukturgesetz	GKV-VStG
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	GKV-WSG
Grundgesetz	GG
Health Technology Assessment	HTA
Healthy Life Years	HLY
Hilfsmittelverzeichnis	HMV
Honorarverteilungsmaßstab	HVM
Humanes Immundefizienz-Virus	HIV
In Vitro Diagnostic Medical Devices Regulation	IVDR
Individuelle Gesundheitsleistungen	IGeL
Infektionsschutzgesetz	IfSG
Innungskrankenkassen	IKK

Abkürzungsverzeichnis

Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung	AQUA
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	InEK
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	IQTIG
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	IQWiG
Integrierte Versorgung	IV
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit	ICF
Internationale Klassifikation der Krankheiten	ICD
International Labour Organization	ILO
Jahresarbeitsentgelt-Grenze	JAE-Grenze
Kassenärztliche Bundesvereinigung	KBV
Kassenärztliche Vereinigung	KV
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	KZBV
Kassenzahnärztliche Vereinigung	KZV
Kaufkraftparität	KKP
Kaufmännische Krankenkasse	KKH
(die frühere) Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	KAiG
Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen	KTQ
Krankenhausentgeltgesetz	KHEntgG
Krankenhausfinanzierungsgesetz	KHG
Krankenhausfinanzierungsreformgesetz	KHRG
Krankenhausstrukturgesetz	KHSG
Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz	KVKG
Landeshaushaltsordnungen	LHO
Landwirtschaftliche Krankenkassen	LKK
Major Diagnostic Category	MDC
Medical Device Regulation	MDR
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	MDK
Medizinisches Versorgungszentrum	MVZ
Medizinproduktegesetz	MPG
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	MGV
Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich	Morbi-RSA
Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei	NSDAP
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	NUB
Öffentlicher Gesundheitsdienst	ÖGD
Operationen- und Prozedurenschlüssel	OPS
Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	OECD
Palliativ Care Teams	PCT
Patientensicherheitsindikatoren	PSI
Paul Ehrlich-Institut	PEI
Pauschalierendes Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik	PEPP
Perkutane Koronarintervention	PCI

Abkürzungsverzeichnis

Pflegestärkungsgesetz	PSG
Positronen-Emissions-Tomographie	PET
Prä-Major Diagnostic Category	Prä-MDC
Private Krankenversicherung	PKV
Psychiatrische Institutsambulanzen	PIA
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	QZV
Qualität und Entwicklung in Praxen	QEP
Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung	QISA
Qualitätssicherung mit Routinedaten	QSR
RegelleistungsvolumenRLV	
Reichsversicherungsordnung	RVO
Risikostrukturausgleich	RSA
Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	RSAV
Robert Koch-Institut	RKI
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (früher: für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)	SVR
Sozialdemokratische Partei Deutschlands	SPD
Soziale Pflegeversicherung	SPV
Sozialgesetzbuch Elftes Buch (Soziale Pflegeversicherung)	SGB XI
Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)	SGB V
Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)	SGB IX
Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (Gesetzliche Rentenversicherung)	SGB VI
Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (Gesetzliche Unfallversicherung)	SGB VII
Sozialgesetzbuch Viertes Buch (Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung)	SGB IV
Sozialverband Deutschland	SoVD
Sozialverband VdK Deutschland	VdK
Sozioökonomisches Panel	SOEP
Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	SAPV
Ständige Impfkommision	STIKO
Verband der Ersatzkassen (bis 2008: Verband der Angestelltenkrankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband)	vdek (VdAK/AEV)
Verband der privaten Krankenversicherung	PKV
Verband forschender Arzneimittelhersteller	VfA
Verbraucherzentrale Bundesverband	VZBV
Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte	VDÄÄ
Weltgesundheitsorganisation	WHO
Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen	WIdO
Zentralverband für Elektroindustrie	ZVEI
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland	ZWST

1 Einführung

1.1 Geografie und Soziodemografie

Die Bundesrepublik Deutschland liegt in Mitteleuropa und erstreckt sich über eine Fläche von 357.000 km². Die größte Ausdehnung beträgt von Nord nach Süd 876 km und von West nach Ost 640 km. Das Land grenzt an Dänemark, Polen, die Tschechische Republik, Österreich, die Schweiz, Frankreich, Luxemburg, Belgien und die Niederlande (von Norden im Uhrzeigersinn) (s. Abb. 1). Die Bundesrepublik hatte 2014 insgesamt 81,2 Millionen (Mio.) Einwohner, davon 41,4 Mio. Frauen und 39,8 Mio. Männer. Die Bevölkerung nahm 2011 leicht ab, teilweise den Ergebnissen der neuesten Volkszählung (Zensus 2011) geschuldet, und nimmt seitdem kontinuierlich zu. Die Sterberate der Bevölkerung (10,7 pro 1.000 Einwohner) liegt im Vergleich zur Geburtenrate (8,8 Lebendgeborene pro 1.000 Einwohner 2014) wesentlich höher. Die im Vergleich geringe Fertilitätsrate hat sich 2013 und 2014 leicht erhöht (1,42 Geburten pro Frau 2013 und 1,47 im Jahr 2014) und erreichte erstmals das Niveau der Geburtenziffer von 1990 (1,45). 2013 immigrierten über 620.000 Personen nach Deutschland, wobei mehr als die Hälfte (345.000 Personen) aus Staaten der Europäischen Union (EU) stammen (Statistisches Bundesamt 2015k).

Die Fläche der neuen Bundesländer, d.h. das Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) im östlichen Teil Deutschlands,



Abb. 1 Karte von Deutschland und seinen Nachbarländern

beläuft sich mit 108.000 km² auf 30% der bundesdeutschen Gesamtfläche. Die dort lebenden 12,6 Mio. Einwohner stellen circa 18% der Bundesbevölkerung (Berlin ausgenommen), während 82% in den alten Bundesländern leben. So ist die Bevölkerungsdichte in den neuen Bundesländern geringer als in den alten Bundesländern. Sie variiert auch erheblich zwischen den Bundesländern mit 69 Einwohnern pro km² in Mecklenburg-Vorpommern bis zu 3.838 Einwohnern pro km² in Berlin. Von den 19 bundesdeutschen Städten mit mehr als 300.000 Einwohnern befinden sich lediglich drei (einschließlich Berlin) im östlichen Teil Deutschlands. Die größte Stadt ist Berlin mit 3,4 Mio. Einwohnern. Weitere dicht besiedelte Gebiete sind die Rhein-Ruhr-Region mit 11 Mio. Einwohnern und das Rhein-Main-Gebiet um Frankfurt mit 2,9 Mio. Einwohnern (Statistisches Bundesamt 2015c).

Unter den 7,54 Mio. Einwohnern ohne deutsche Staatsbürgerschaft im Jahr 2014 (9,2% der Gesamtbevölkerung; im EU-Schnitt 6,3%) bilden türkisch-stämmige Bürger mit rund 18,9% die größte Gruppe. Etwa 3,67 Mio. (45,5%) Bürger stammen aus anderen EU-Staaten, wobei Polen, Italien und Rumänien die häufigsten Geburtsländer darstellen. Weitere 1,2 Mio. (14,7%) stammen aus anderen Teilen Europas (ohne Türkei), wie Russland, Serbien und dem Kosovo und 1,7 Mio. (20,9%) aus außereuropäischen Staaten, insbesondere

1.1 Geografie und Soziodemografie

Asien. Der Ausländeranteil variiert stark zwischen den Bundesländern, von 2% in Thüringen bis 13,4% in Berlin (Statistisches Bundesamt 2015a).

In der letzten repräsentativen Haushaltsbefragung von 2011 gehörten 31,2% der Bevölkerung der katholischen Kirche und 30,8% der evangelischen Kirche an. Etwa 5,2% waren muslimisch, 1,3% orthodox, und 0,1% jüdisch. Der größte Bevölkerungsteil (38%) bekannte sich zu keiner Religion (Statistisches Bundesamt 2015a; Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland [FOWID] 2015).

In den letzten Jahrzehnten hat sich eine Veränderung der Altersverteilung vollzogen, die sich nach Bevölkerungsprognosen in ihrer Ausprägung noch verstärken wird: Der prozentuale Anteil der Bevölkerung unter 20 Jahren betrug 2013 nur noch 18% und sank um ca. 3 Mio. im Vergleich zu 1993 (nicht in Tab. 1 ersichtlich). Hingegen stieg die Anzahl der älteren Menschen über 65 Jahre in diesem Zeitraum auf 20,8% an. Der Anteil der über 80-Jährigen stieg bis 2014 auf 5,5%; ein weiterer Anstieg auf 13% im Jahr 2060 wird für diese Bevölkerungsgruppe prognostiziert (s. Tab. 1; [Statistisches Bundesamt 2015b]).

Tab. 1 Bevölkerung/demografische Kennziffern, 2000–2014

Indikatoren	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Gesamtbevölkerung (1.000 Personen) ^{a*}	82.260	82.438	81.752	80.328	80.524	80.767	81.198
Frauen (% der Gesamtbevölkerung) ^{a*}	51,2	51,1	51,0	51,1	51,1	51,0	50,9
Bevölkerung 0–14 Jahre (% der Gesamtbevölkerung) ^b	15,6	14,3	13,4	13,3	13,2	13,2	13,2 ^d
Bevölkerung ab 65 Jahre (% der Gesamtbevölkerung) ^b	16,4	18,9	20,6	20,6	20,7	20,8	20,8 ^e
Bevölkerung ab 80 Jahre (% der Gesamtbevölkerung) ^a	3,8	4,5	5,3	5,3	5,4	5,4	5,5 ^d
Bevölkerungswachstum (% pro Jahr) ^a	0,1	-0,1	-0,1	0,02*	0,2*	0,3*	0,5*
Bevölkerungsdichte (Einwohner pro km ²) ^a	230	231	229	225*	225*	226*	227*
Zusammengefasste Geburtenziffer (Kinder pro Frau 15–49 Jahre) ^a	1,4	1,3	1,4	1,36*	1,41*	1,42*	1,47*
Geburtenrate (Rohziffer je 1.000 Personen) ^a	9,3	8,3	8,3	8,2	8,4	8,4	8,8
Sterberate (Rohziffer je 1.000 Personen) ^a	10,2	10,1	10,5	10,6	10,8	11,1	10,7

Indikatoren	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Abhängigkeitsquotient (Bevölkerung 0–14 Jahre & ab 65 Jahre/Bevölkerung 15–64 Jahre)	48,2	49,6	51,6	52,5	52,5	52,5	52,7
Ein-Personen-Haushalte (% aller Haushalte) ^a	36,1	37,5	40,2	40,2	40,2	40,5	40,8
Bildungsabschluss unterhalb der Sekundarstufe II (% Bevölkerung 25–64 Jahre) ^c	18,3	16,9	13,9	13,4	13,4	13,3	13,1
Bildungsabschluss der Sekundarstufe II (% Bevölkerung 25–64 Jahre) ^c	57,4	58,6	59,4	59,0	58,4	58,1	59,8
Bildungsabschluss des Tertiärbereichs (% Bevölkerung 25–64 Jahre) ^c	23,8	24,6	26,7	27,7	28,2	28,6	27,1

Quellen: (Organisation for Economic Co-operation and Development 2014), ^a(Statistisches Bundesamt 2015k), ^b(Weltgesundheitsorganisation [WHO] 2015), ^c(Eurostat 2016e), ^d(Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2016), ^e(Statistisches Bundesamt 2015b).

Anmerkungen: ^{*}Bruch durch Umstellung der Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011

1.2 Ökonomischer Kontext

Deutschland ist Mitglied der G7-Gruppe der führenden Industrienationen. Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) belief sich 2014 auf insgesamt knapp € 2,9 Billionen (€ 2.900 Mrd.) bzw. rund € 41.190 pro Kopf (s. Tab. 2). Das durchschnittliche jährliche reale BIP-Wachstum in den ersten 10 Jahren nach der Wiedervereinigung bis 2001 betrug 1,7%, während es im Zeitraum 2000–10 bei starken Schwankungen nur bei 1,1% lag. In realen Preisen stieg das BIP 2010 und 2011 um 4,1% bzw. 3,7% an. In den zwei darauf folgenden Jahren stieg es lediglich um jeweils 0,5% an. 2014 erreichte es erneut ein Wachstum von 1,6% (Statistisches Bundesamt 2016f).

Die Erwerbslosenquote lag bis 2008 über den Werten der EU-28. Nach einer kurzzeitigen Erholung um die Jahrtausendwende stieg sie in den folgenden Jahren bis 2005 auf 10,3% an und sank seitdem konstant und lag 2014 bei geringen 4,7% (weniger als die Hälfte der aktuellen EU-28 Erwerbslosenquote von 10,2%) (nicht in Tab. 2, Eurostat 2016b). Auf Ebene der Bundesländer wird lediglich die Arbeitslosenquote ermittelt, die aufgrund ihrer Definition etwas höher liegt als die nach Definition der International Labour Organization (ILO) ermittelte Erwerbslosenquote. Die Arbeitslosenquote lag 2014 bundesweit bei 6,7%. Die neuen Bundesländer verzeichneten 2014 eine Arbeitslo-

Tab. 2 Volkswirtschaftliche Indikatoren, 2000–2014

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
BIP in Landeswährung (Mrd. €)	2.114	2.298	2.576	2.699	2.750	2.809	2.904
BIP in Preisen von 2005 (Mrd. €)	2.233	2.298	2.443	2.530	2.540	2.543	2.583
BIP (Mrd. US\$ KKP)	2.187	2.651	3.235	3.442	3.500	3.539	3.642
BIP pro Kopf (US\$ KKP)	26.607	32.144	39.563	42.090	42.730	43.108	44.190
Jährliche Wachstumsrate des BIP in Preisen von 2005 (%)	2,95	0,7	4,09	3,56	0,4	0,12	1,57
Ungleichheit der Einkommensverteilung (Gini-Koeffizient), Äquivalenzeinkommen im Vorjahr ^a	0,25	0,261	0,293	0,29	0,283	0,297	0,307
öffentliche Schulden (Mrd. €) ^f	1.211	1.490	2.012	2.025	2.068	2.038	-
Erwerbspersonen (1.000 Personen) ^g	42.906	43.726	43.804	43.921	44.203	44.408	44.686
Erwerbslosenquote (% der Erwerbspersonen) ^g	7,3	10,3	6,4	5,5	5,0	4,9	4,7
US\$ Wechselkurs (€ pro US\$)	1,09	0,80	0,76	0,72	0,78	0,75	0,75
Inflationsrate	1,4	1,9	1,2	2,5	2,1	1,6	0,8

Quellen: Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] 2015; ^a Statistisches Bundesamt 2013; ^b Statistisches Bundesamt 2016a; ^c Statistisches Bundesamt 2016f.

Anmerkung: BIP: Bruttoinlandsprodukt; KKP: Kaufkraftparität

senquote im Schnitt von 9,8% mit Variation von 7,8% in Thüringen bis 11,2% in Mecklenburg-Vorpommern. In den alten Bundesländern (Durchschnitt 5,9%) bewegte sich die Arbeitslosenquote zwischen 3,8% in Bayern und 10,9% in Bremen. Es ist tendenziell auch ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten, wobei die Arbeitslosenquoten in den südlichen Bundesländern geringer ausfallen (Statistisches Bundesamt 2016a).

Der Anteil sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter an allen Erwerbstätigen lag 2014 bei rund 70%. Während die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten von 2000 bis 2010 sank, nahm die Anzahl sogenannter atypischer Beschäftigungsformen, als Sammelbegriff für Teilzeitbeschäftigung bis zu 20 Stunden Wochenarbeitszeit, geringfügig Beschäftigte, befristete Beschäftigungsverhältnisse und Zeitarbeit zu. 2014 gingen 4,9 Mio. einer Teilzeittätigkeit mit einem wöchentlichen Stundenumfang von bis zu 20 Stunden nach, 2,5 Mio. Personen waren befristet und 2,3 Mio. geringfügig beschäftigt. In Zeitarbeit befanden sich 0,66 Mio. Arbeitnehmer. Dabei ist zu beachten, dass Mehr-

fachzählungen möglich sind, Arbeitnehmer also in mehr als einer Gruppe vertreten sein können (Statistisches Bundesamt 2015d). Diese Entwicklungen wirken sich auf die Einnahmehbasis der gesetzlichen Sozialversicherungen aus (s. Kap. 3.3.2 *Beiträge*). Die Ungleichheit der Verteilung des Einkommens in Deutschland hat im Laufe der Jahre zugenommen, was durch den Anstieg des Gini-Koeffizienten belegt wird. Tabelle 2 zeigt die wichtigsten volkswirtschaftlichen Indikatoren der Jahre 2000 bis 2014 für Deutschland auf.

1.3 Politischer Kontext

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat mit 16 Bundesländern (s. Abb. 2). Jedes dieser Länder hat eine eigene Verfassung, die mit den föderalen, demokratischen und sozialen Prinzipien des Grundgesetzes im Einklang stehen muss. Die vom Grundgesetz definierten gesetzgebenden Körperschaften auf der Bundesebene sind der Bundestag und der Bundesrat.



Abb. 2 Politische Karte von Deutschland mit seinen Bundesländern

Der Deutsche Bundestag besteht aus mindestens 598 Mitgliedern, die alle vier Jahre gewählt werden. Die tatsächliche Anzahl ist aufgrund von Überhangmandaten zumeist höher. Der aktuelle 18. Bundestag besteht aus 630 Mitgliedern. Seit den Wahlen am 22. September 2013 regiert eine sogenannte Große Koalition aus CDU (Christlich Demokratische Union), CSU (Christlich-Soziale Union) und der SPD (Sozialdemokratische Partei Deutschlands). Neben der CDU/CSU-Fraktion (310 Sitze) und SPD (193 Sitze), sind DIE LINKE (64 Sitze) und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (63 Sitze) im Bundestag vertreten (Deutscher Bundestag 2015). Der vorangegangene Koalitionspartner der CDU, die FDP (Freie Demokratische Partei) ist erstmals nicht im deutschen Bundestag vertreten. Hauptfunktionen des Bundestages sind: Gesetze zu verabschieden, den Bundeskanzler zu wählen und die Regierung zu kontrollieren. Der Bundesrat, der die 16 Bundesländer repräsentiert, besteht nicht aus direkt gewählten Repräsentanten, sondern aus Vertretern der Landesregierungen. Je nach Einwohnerzahl verfügt jedes Land über drei bis sechs der insgesamt 69 Stimmen im Bundesrat, die jeweils durch einen Vertreter der Landesregierung repräsentiert werden. Hauptfunktion des Bundesrates ist, Gesetze zu beraten und zu verabschieden, die zuvor durch den Bundestag gegangen sind.

Etwa die Hälfte aller gesetzlichen Regelungen ist durch den Bundesrat zustimmungspflichtig. Für die andere Hälfte der Gesetze kann der Bundestag eine Ablehnung durch den Bundesrat überstimmen. Zustimmungspflichtig sind insbesondere Gesetze, die die Interessen der Länder betreffen, besonders in finanziellen und administrativen Angelegenheiten. Die Verabschiedung von zustimmungspflichtigen Gesetzen ist häufig schwierig und erfordert Kompromisse, da die Mehrheitsverhältnisse in beiden Häusern oft unterschiedlich sind. Diese Kompromisse werden häufig durch den 32-köpfigen Vermittlungsausschuss formuliert (16 Mitglieder aus dem Bundestag und jeweils ein Vertreter aus den 16 Bundesländern), bevor sie von beiden Häusern verabschiedet werden.

Der Bundespräsident (seit 2012 Joachim Gauck) wird von der Bundesversammlung, bestehend aus den Mitgliedern des Bundestages und einer entsprechenden, nach der Bevölkerungszahl gewichteten Anzahl von Landesvertretern, für eine Amtszeit von fünf Jahren gewählt. Die Hauptaufgaben des Bundespräsidenten bestehen darin, Gesetze zu unterzeichnen, formal den Bundeskanzler und die Bundesminister zu ernennen und repräsentative Funktionen zu übernehmen.

Die Gesetzgebungskompetenz liegt prinzipiell bei den 16 Bundesländern, außer in Bereichen, die explizit der Bundesebene vorbehalten sind. Dabei sind zwei Kategorien zu unterscheiden:

1. Ausschließlich dem Bund vorbehalten sind die Bereiche internationale Beziehungen, Verteidigung, Währung, Luftfahrt und einige Elemente der Besteuerung.
2. Im Fall konkurrierender Gesetzgebung können die Bundesländer im Prinzip lediglich Bereiche gesetzlich regeln, die durch das entsprechende Bundesgesetz nicht abgedeckt sind. Es gibt drei Unterarten:
 - Z.B. fällt die Sozialversicherung in die Kategorie, in der Bundesgesetze grundsätzlich möglich sind.
 - Die wirtschaftliche Sicherung von Krankenhäusern fällt in die Kategorie, bei der der Bund zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse handeln darf, d.h. der Bund darf nur Gesetze erlassen, die eine bundeseinheitliche Regelung erfordern.
 - In die dritte Kategorie, für die Länder die bundeseinheitlichen Regelungen ersetzen dürfen, fallen u.a. der Hochschulzugang und die Hochschulabschlüsse.

Die Länder können weiterhin alle nicht durch das Bundesgesetz geregelten Bereiche gestalten. So sind sie verantwortlich für Kultur und Erziehung (s. Kap. 4.2.2 *Ausbildung von Gesundheitspersonal*) als Ausdruck ihrer „Kulturhoheit“. Sie sind ebenfalls verantwortlich für den Bereich Public Health (s. Kap. 5.1 *Öffentliche Gesundheit und Prävention*) sowie die Festlegung der Befugnisse der Landesregierung und der Polizei.

Die eigentliche Stärke der Bundesländer liegt in ihrer Teilnahme am Gesetzgebungsprozess des Bundes durch den Bundesrat. Die gesamte Verwaltung, wie zum Beispiel der Steuereinzug, liegt in ihren Händen und ihre Verwaltungen setzen die meisten Bundesgesetze und Rechtsverordnungen um. Schwierigkeiten können entstehen, wenn der Bundesrat durch Länder dominiert wird, die von Parteien mitregiert werden, die sich im Bundestag in der Opposition befinden und nicht in der Bundesregierung vertreten sind.

Das Kabinett der Bundesregierung besteht aus dem Bundeskanzler als Regierungsoberhaupt und den Bundesministern. Der Kanzler – oder die Kanzlerin – legt die Anzahl der Minister und ihre Verantwortungsbereiche fest, wählt die Minister aus und schlägt sie dem Bundespräsidenten zur Ernennung oder Entlassung vor. Der Kanzler bzw. die Kanzlerin hat eine einflussreiche Position, insbesondere da er/sie die Richtlinien der Regierungspolitik festlegt. Die Bundesminister leiten ihre Ministerien eigenverantwortlich, aber im Rahmen dieser Richtlinien.

Neben der Legislative und Exekutive stellen die verschiedenen Gerichtssysteme (z.B. Verwaltungs-, Verfassungs-, Zivil- und Sozialgerichte) als Judikative eine starke dritte Säule der Entscheidungsfindung dar.

1.4 Gesundheitsstatus

Der Gesundheitsstatus der deutschen Bevölkerung wird in diesem Abschnitt anhand der Bereiche Lebenserwartung, Mortalität, Morbidität und Impfstatus betrachtet. Die Daten des flächendeckenden Gesundheitsberichts Deutschland (1998, 2006 und 2015) dienen dabei als aktualisierte Grundlage. Der Gesundheitsbericht führt unterschiedliche Statistiken zusammen und gliedert sich nach speziellen Themenbereichen wie gesundheitsbeeinflussende Faktoren, Prävention und demografischer Wandel (Robert Koch-Institut 2015). Die u. a. zugrundeliegenden Daten der Gesundheitsberichterstattung sind frei über das Internet verfügbar (www.gbe-bund.de). Eine weitere Quelle auf Bundesebene bildet seit 1993 die Krankenhaus-Diagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes. Mit der Umsetzung des Gesetzes über Krebsregister von 1995, verwaltet das Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut (RKI) bundesländerspezifisch gesammelte Daten zu Inzidenz und Prävalenz seit 2009 und wertet diese aus (Robert Koch-Institut 2015b). Weitere Daten können aus besonderen Bevölkerungserhebungen oder der Meldepflicht von infektiösen Krankheiten erschlossen werden. Andere Morbiditätsdaten beziehen sich auf die nahezu 86% der Bevölkerung, die gesetzlich krankenversichert sind, beispielsweise Ausgabendaten, Statistiken zur Inanspruchnahme von Krankengeld, Krankenhausbehandlung und Leistungen, die eine Vorabgenehmigung der Kasse erfordern oder zur Verordnung von Arzneimitteln für bestimmte Indikationen (s. Kap. 2.8.2 *Gesundheitsinformationen, Forschung und Entwicklung*).

Eine besondere Bedeutung kommt auch Erhebungen zur subjektiven Gesundheit zu. Laut einer EU-weiten Befragung zu den Einkommen- und Lebensverhältnissen im Jahr 2014 schätzen 73,1% der deutschen Befragten ihren Gesundheitsstatus als sehr gut oder gut ein, weniger als im EU-28-Durchschnitt von 76,4% und in den meisten westlichen Nachbarländern wie Frankreich (75,8%), Belgien (78,3%) und der Schweiz (83,3%), aber deutlich häufiger als in Polen (68,5%) und nahezu identisch wie in der Tschechischen Republik (73,2%). Lediglich 6,4% der 16- bis 64-Jährigen gaben an, (stark) beeinträchtigt zu sein. Der Anteil der sich gesund fühlenden Befragten sank mit zunehmendem Alter; so gaben 13,1% der über 65-Jährigen an, sich (stark) beeinträchtigt zu fühlen und nur 41,1% gesund oder sehr gesund. In der Gruppe der über 75-jährigen Personen fühlten sich nur noch 33% gesund oder sehr gesund und 16,4% waren (stark) beeinträchtigt. Auch fühlen sich Frauen weniger häufig gut bis sehr gut im Vergleich zu Männern in der gleichen Altersgruppe (16- bis 64-jährige Männer fühlten sich zu 74,5% gut bis sehr gut, Frauen nur zu 71,7%) (Eurostat 2016c).

1.4.1 Lebenserwartung

2014 lag die Lebenserwartung in Deutschland bei Geburt für Männer bei 78,7 Jahren und für Frauen bei 83,6 Jahren (s. Tab. 3). Während die Lebenserwartung in den 1990er-Jahren noch deutlich unter dem EU-15-Durchschnitt lag, hat sich diese 2012 bis auf eine Differenz von 0,3 Jahren bei Männern und 0,6 Jahren bei Frauen angenähert. Nach Daten der WHO betrug die behinderungsadjustierte Lebenserwartung (DALY-Disability Adjusted Life Years) 2013 insgesamt 71,1 Jahre (69,3 Jahre für Männer und 72,9 Jahre für Frauen) und lag somit knapp unter dem EU-15-Durchschnitt von 71,6 Jahren (WHO Regionalbüro Europa, 2015). Die Berechnung der behinderungsadjustierten Lebenserwartung (DALY) führt zwei Komponenten zusammen: (1) durch vorzeitigen Tod verlorene Lebensjahre und (2) die Beeinträchtigung des nor-

Tab. 3 Lebenserwartung und Mortalität, 1990–2014, ausgewählte Jahre

Indikatoren	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	EU-15 (2012)
Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren)	75,3	78,2	79,4	80,5	80,8	81,1	80,9	81,2 ^b	81,7 ^a
Lebenserwartung bei der Geburt: Frauen (in Jahren)	78,5	81,2	82	83	83,2	83,3	83,3	83,6 ^b	84,2
Lebenserwartung bei der Geburt: Männer (in Jahren)	72	75,1	76,7	78	78,4	78,6	78,6	78,7 ^b	78,9
DALY in Jahren ^a						71	71,1		71,6
■ für Frauen		75,8				72,7	72,9		73,3
■ für Männer		66,5				69,1	69,3		69,6
Gesunde Lebensjahre – HLY (Frauen) ^c			54,8	58,7	58,7	57,9	57,0	56,5	61,8*
Gesunde Lebensjahre – HLY (Männer) ^c			54,5	57,9	57,9	57,4	57,8	56,4	61,4*
Rohe Sterberate, erwachsene Frauen (je 1.000 erwachsene Frauen) ^a	12,1	10,7	10,5	10,8	10,7	10,9	11,3	10,8	9,5
Rohe Sterberate, erwachsene Männer (je 1.000 erwachsene Männer) ^a	11,1	9,7	9,6	10,2	10,2	10,3	10,9	10,6	9,6

Quellen: (Organisation for Economic Co-operation and Development 2016), ^a(Weltgesundheitsorganisation [WHO] 2015); ^b(Eurostat 2016d).

Anmerkung: *bezieht sich auf EU-28 im Jahr 2014.

malen, beschwerdefreien Lebens durch eine Krankheit. Damit hatten 2012 deutsche Männer nur noch 0,5 Jahre Unterschied in DALYs zum EU-15-Durchschnitt und im Jahr 2013 eine höhere Erwartung von gesunden Lebensjahren als Frauen. Gesunde Lebensjahre (HLY) messen die Anzahl der Jahre, die eine Person in einer Altersgruppe ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwarten kann und wird vor allem durch die europäische Statistik benutzt. Beides weist darauf hin, dass Frauen häufiger durch Krankheiten im Lebensverlauf beeinträchtigt werden. Die Annäherung von (behinderungsadjustierter) Lebenserwartung verweist auf einen guten Gesundheitsstatus in Deutschland, allerdings besteht noch immer eine Differenz von über 5 Jahren in den gesunden Lebensjahren für Frauen und Männer in Deutschland (56,5 für Frauen) im Vergleich zum EU-15-Durchschnitt (61,8 für Frauen). Die Sterberate erwachsener Frauen sank um ca. 10% von 1990 bis 2012 von 12,1 auf 10,9 je 1.000 Frauen ab, stieg 2013 erstmalig seit der Wiedervereinigung wieder auf 11,3 an und fiel auf 10,8 im Jahr 2014. Die Sterblichkeitsrate erwachsener Männer sank bis auf 10,3 im Jahr 2012, stieg 2013 ebenfalls an und sank erneut auf 10,6 je 1.000 Männer im Jahr 2014.

Die zunehmende Lebenserwartung ist auch vor dem Hintergrund einer 40-jährigen politischen und geographischen Teilung des Landes interessant. Die Differenz in der Lebenserwartung in Gebieten der ehemaligen DDR und BRD erreichte im Jahr 1990 ihren Höchstwert mit 3,5 Jahren bei Männern und 2,8 Jahren bei Frauen. 2014 variierte die Lebenserwartung in den Bundesländern von Sachsen-Anhalt (76,2 bei Geburt für Männer und 82,5 für Frauen) bis 79,4 für Männer und 83,9 Jahren für Frauen in Baden-Württemberg. Allerdings tritt der Unterschied zwischen neuem und früherem Bundesgebiet zunehmend in den Hintergrund. Vielmehr zeigen Bundesländer wie Bremen (76,9 und 82,3) und Saarland (77,2 und 82,2) eine geringere Lebenserwartung für Männer und Frauen im Vergleich zu Sachsen (77,6 und 83,5), Brandenburg (77,3 und 82,9) und Berlin (77,8 für Männer und 82,9). Im Zeitraum 2010–2012 betrug die Spanne in der Lebenserwartung bei Geburt auf Kreisebene 6,7 Jahre für Frauen und 7,8 Jahren für Männer. Soziale Einflussfaktoren wie Bildung, Einkommen und Armutsrisiko auf die Lebenserwartung rücken zunehmend in den Fokus, können aber noch nicht auf solider Datenbasis erklärt werden (Robert Koch-Institut 2015). Vereinzelt Studien deuten auf eine besondere Bedeutung der sozialen Schicht auf die Lebenserwartung hin; in einer Augsburger Studie verringert ein Herzinfarkt die Lebenserwartung von Frauen mit niedrigem Einkommen um 11 Jahre, in höheren Einkommensgruppen um nur 3,8 Jahre (Perna et al. 2010). Aktuelle Analysen zeigen aber auch verstärkt Handlungsbedarf in Gebieten mit einer drohenden medizinischen Unterversorgung und steigendem Bedarf an medizinischen Dienstleistungen gemessen an Gesundheitsstatusfaktoren auf (Maier et al. 2014; Sachverständigenrat 2009; Sachverständigenrat 2014). Disparitäten in der medizinischen Versorgung bestehen vordergründig zwischen ländlichen und urbanen Gebieten und betreffen überproportional häufig Regionen der ehemaligen DDR.

1.4.2 Mortalität

2014 starben 868.356 Menschen und 714.927 wurden lebend geboren, während die entsprechenden Zahlen 2004 bei 818.271 bzw. 705.622 lagen (Statistisches Bundesamt 2015e), d.h. der Sterbeüberschuss nahm von rund 110.000 auf über 150.000 zu. Die rohe Sterbeziffer sank ab 1975 in beiden Teilen Deutschlands kontinuierlich, mit Ausnahme von 1990 bzw. 1991 in den neuen Bundesländern und 1993 bzw. 1994 in den alten Bundesländern. Von 1990 bis 2012 sank die rohe Sterbeziffer für Frauen um 34%, die für Männer sogar um 40%. 2013 wurde erstmals ein Wiederanstieg der rohen Sterbeziffer für beide Geschlechter verzeichnet.

Tabelle 4 zeigt, dass sich die meisten altersstandardisierten Sterberaten zwischen 1990 und 2013 deutlich verbessert haben. Die günstige Entwicklung zeigt sich auch in der Lebenserwartung bei Geburt und in anderen Altersgruppen (s. Tab. 3). Die mit Abstand zwei häufigsten Todesursachen in Deutschland waren 2013 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (Ursache für ca. 35% aller Todesfälle) und bösartige Neubildungen (27,8%), gefolgt von Krankheiten des Atmungssystems (6,8%), Psychische Erkrankungen (6,7%), Krankheiten des Verdauungssystems und Tod durch äußere Einwirkungen (Verletzungen) nach Vergiftungen verursachen jeweils 4,9% aller Todesfälle (s. Tab. 4). Die Rate dieser Todesursachen durch nicht-übertragbare Krankheiten nahm von 1990 bis 2012 kontinuierlich ab; 2013 war erstmals ein Anstieg der Sterblichkeit durch Herz-Kreislaufkrankungen, besonders in der Altersgruppe der über 65-Jährigen, zu verzeichnen, während die Sterblichkeit der 18- bis 64-Jährigen auf einem sehr niedrigen Niveau konstant blieb. Der erstmalige Anstieg der Sterblichkeitsziffern 2013 betraf auch Krankheiten durch bösartige Neubildungen, des Verdauungs- und Atmungssystems sowie psychische Erkrankungen, überproportional für ältere Personen und Männer. Die Sterblichkeit durch infektiöse Krankheiten hat einen gegenteiligen Verlauf genommen und ist seit 1990 angestiegen und erreichte 2013 fast eine Verdopplung auf 11,3 Sterblichkeitsfälle pro 100.000 Einwohner. Ebenfalls erwähnenswert ist der erstmalige Anstieg der Sterblichkeit an Pneumonie und Grippe von Kindern unter 5 Jahren (2013 auf 0,9) nach einer Absenkung der Sterbeziffer um 80% von 1990 bis 2012. Bei den äußeren Einwirkungen als Todesursache ist besonders bei den Transportmittelunfällen (insbesondere im Straßenverkehr) eine Abnahme zu verzeichnen.

1.4 Gesundheitsstatus

Tab. 4 Haupttodesursachen, standardisierte Mortalitätsrate je 100.000 Einwohner, 1990–2013, ausgewählte Jahre (Weltgesundheitsorganisation [WHO] 2015)

	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	EU-15 (2013)
Übertragbare Krankheiten								
Sterblichkeit durch infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,8	8,6	9,1	10,1	10,5	11,2	11,3	9,3
■ durch Tuberkulose	1,3	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4
Nicht übertragbare Krankheiten								
Sterblichkeit durch Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	398,6	292,5	254,1	208,7	196,6	195,2	199,7	152,7
■ in der Altersgruppe 0–64	75,7	50,1	42,7	35,7	33,9	33,2	33,2	27,9
■ in der Altersgruppe 65+	3.011	2.253,8	1.964,9	1.608,8	1.513,1	1.505,8	1.547,1	1.180,4
■ durch ischämische Herzkrankheiten	153	126,9	104,2	80,9	75,1	73,9	74,8	54,9
■ durch zerebrovaskuläre Krankheiten	87,6	58,6	45,5	35,9	33,5	32,5	32,6	33,7
Sterblichkeit durch bösartige Neubildungen	200,4	182,1	168	158,6	157,9	154,9	157	157,2
■ in der Altersgruppe 0–64	88,1	76,3	69,9	64,6	64,3	62,5	62,7	62,3
■ in der Altersgruppe 65+	1.109	1.038,3	961,7	919,4	914,9	902,2	920	924,2
■ durch bösartige Neubildungen der Luftröhre/Bronchien/Lunge	35,4	35,5	33,9	33,2	33,4	33,3	33,8	34,4
■ durch bösartige Neubildungen des Gebärmutterhalses	4,8	3,3	2,7	2,5	2,6	2,6	2,5	2
■ durch bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse	31,2	28,4	26,2	24	24,3	23,6	23,6	22,1
Sterblichkeit durch psychische und Verhaltensstörungen und Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	22,5	21,7	23,6	30,7	31,5	33,6	37,6	40,8
■ in der Altersgruppe 0–64	12,9	11,2	10,6	10,5	10,4	10,3	11	8,3
■ in der Altersgruppe 65+	100	106,8	129	194,5	202,3	221,6	253,1	298,6

1 Einführung

	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	EU-15 (2013)
Sterblichkeit durch Krankheiten des Atmungssystems	50,5	39,1	40,2	37	36,1	35,2	38,5	41,9
■ in der Altersgruppe 0–64	10,4	7	6,9	7	7,3	6,5	7,6	6,5
■ in der Altersgruppe 65+	374,5	298,7	309	280,1	269,5	267,2	288,5	323,3
■ durch Bronchitis, Asthma und Emphysem	22,9	20,1	18,2	18,4	18,3	18,2	20,1	17,7
■ durch Grippe und Pneumonie unter 5 Jahren	4,7	0,8	1,2	0,7	1,1	0,7	0,9	-
Sterblichkeit durch Krankheiten des Verdauungssystems	41,2	35,6	34,3	30,3	28,4	27,5	27,9	23,9
■ in der Altersgruppe 0–64	21,5	18,2	15,8	13,4	12,8	12,3	12,7	10,3
■ in der Altersgruppe 65+	201	176,8	183,6	166,8	154,2	150,6	151	134,2
■ durch chronische Lebererkrankung und Zirrhose	20	17,5	15	12,7	12,3	11,9	12,2	9,1
■ durch Diabetes mellitus	17	16	17	14,1	13,9	13,8	14,1	11,1
Äußere Einwirkungen								
Sterblichkeit durch äußere Einwirkungen: Verletzungen und Vergiftungen	49,4	35,1	31,1	28,5	27,7	26,7	27,7	30,2
■ durch Transportmittelunfälle (hpts. Straßenverkehrsunfälle)	13,5	9,3	6,4	4	4,3	3,7	4,1	4,2
■ durch Suizid und Selbstverletzungen	15,5	11,7	10,4	10	9,9	9,6	9,8	9,4
■ durch Mord oder absichtliche Verletzungen	1	0,8	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	-
Alle Todesursachen	847,3	675,7	620,5	565,6	549,4	545,3	563,9	516,7
■ in der Altersgruppe 0–64	285,8	219	194,8	178,2	175,2	169,7	172,9	161
■ in der Altersgruppe 65+	5.390,4	4.370,5	4.064,8	3.699,3	3.577	3.584,6	3.726,9	3.402,6
■ bei Frauen, alle Altersgruppen	670,1	530,2	495,7	453,4	442,5	440,2	453,1	410,8
■ bei Männern, alle Altersgruppen	1.119,2	877	776,3	697,1	674,1	666,3	698,1	647

Im Vergleich zum EU-15-Durchschnitt lag die standardisierte Mortalitätsrate für alle Todesursachen und Altersgruppen 2013 höher (563,9 vs. 516,7 je 100.000 Einwohner), wobei der relative Abstand bei Jüngeren geringer war als bei Älteren, und bei Männern geringer als bei Frauen. Insgesamt ist die