

Begerow, Tatjana; Leugers, Nina; Junghanns, Louis; Wild, Frank

Research Report

Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand und Risikofaktoren: Das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich

WIP-Analyse, No. April 2025

Provided in Cooperation with:

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Suggested Citation: Begerow, Tatjana; Leugers, Nina; Junghanns, Louis; Wild, Frank (2025) : Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand und Risikofaktoren: Das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich, WIP-Analyse, No. April 2025, ISBN 978-3-9824068-7-9, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/316446>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand und Risikofaktoren

Das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich

Dr. Tatjana Begerow, Nina Leugers, Louis Junghanns, Dr. Frank Wild

Impressum

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: (0221) 9987 – 1652
E-Mail: wip@wip-pkv.de
Internet: www.wip-pkv.de
April 2025
ISBN 978-3-9824068-7-9

Inhalt

Abbildungen	2
Tabellen	3
1 Einleitung	4
2 Methodik	6
2.1 Länderauswahl	6
2.2 Vorgehensweise und Datenbasis	6
3 Inputfaktoren der Gesundheitssysteme	8
3.1 Zugang zur Gesundheitsversorgung	8
3.1.1 Umfang und Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes	8
3.1.2 Kostenbeteiligungen	16
3.1.3 Organisatorische Hindernisse	17
3.1.4 Geografische Hindernisse	21
3.2 Gesundheitsausgaben	23
3.3 Zwischenfazit	25
4 Gesundheitsergebnisse	26
4.1 Lebenserwartung	26
4.2 Häufigste Todesursachen	27
4.2.1 Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	28
4.2.2 Sterblichkeit durch Krebserkrankungen	29
4.2.3 Sterblichkeit durch Atemwegserkrankungen	30
4.3 Vermeidbare Sterblichkeit	31
4.4 Selbstbewertete Gesundheit	32
4.5 Zwischenfazit	34
5 Risikofaktoren für die Gesundheit	35
5.1 Rauchen	35
5.2 Alkoholkonsum	38
5.3 Drogenkonsum	42
5.4 Ernährung	43
5.5 Körperliche Aktivität	48
5.6 Übergewicht und Fettleibigkeit	51
5.7 Zwischenfazit	53
6 Fazit	54
Literatur	60
WIP-Veröffentlichungen seit 2018	66

Abbildungen

Abbildung 1:	Einflussfaktoren auf die Gesundheit	5
Abbildung 2:	Anteil der staatlichen und obligatorischen Versicherungsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in der stationären Versorgung	11
Abbildung 3:	Anteil der staatlichen und obligatorischen Versicherungsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in der ambulanten Versorgung	12
Abbildung 4:	Anteil der staatlichen und obligatorischen Versicherungsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in der Arzneimittelversorgung.....	13
Abbildung 5:	Medianzeit von der Marktzulassung eines neuen Arzneimittels bis zur Verfügbarkeit für Patienten	14
Abbildung 6:	Anzahl verfügbarer Arzneimittel, die im Zeitraum von 2019 bis 2022 eine zentrale Marktzulassung erhalten haben	14
Abbildung 7:	Anteil der staatlichen und obligatorischen Versicherungsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in der zahnärztlichen Versorgung	15
Abbildung 8:	Anteil der (Out-of-pocket-)Zuzahlungen an den gesamten Gesundheitsausgaben	17
Abbildung 9:	Anteil der Befragten, die am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin in der ambulanten Versorgung erhielten	20
Abbildung 10:	Anteil der Bevölkerung, der seinen Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wartezeiten nicht gedeckt sieht	20
Abbildung 11:	Ärztedichte	21
Abbildung 12:	Anteil der Bevölkerung, der seinen Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wege nicht gedeckt sieht	23
Abbildung 13:	Gesundheitsausgaben.....	24
Abbildung 14:	Lebenserwartung bei Geburt	26
Abbildung 15:	Häufigste Todesursachen	28
Abbildung 16:	Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	29
Abbildung 17:	Sterblichkeit durch Krebserkrankungen.....	30
Abbildung 18:	Sterblichkeit durch Atemwegserkrankungen.....	31
Abbildung 19:	Vermeidbare Sterblichkeit	32
Abbildung 20:	Anteil der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen	33
Abbildung 21:	Anteil der Erwachsenen, die angaben, täglich zu rauchen	36
Abbildung 22:	Anteil der Jugendlichen, die angaben, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal eine Zigarette geraucht zu haben.....	37
Abbildung 23:	Anteil der Befragten, die angaben, mindestens einmal im Monat E-Zigaretten zu nutzen	38
Abbildung 24:	Alkoholkonsum in Liter pro Kopf in der Bevölkerung ab 15 Jahren	39
Abbildung 25:	Anteil der Erwachsenen, die angaben, in den letzten 30 Tagen starken episodischen Alkoholkonsum gehabt zu haben	40
Abbildung 26:	Anteil der Jugendlichen, die angaben, mehr als einmal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein	41
Abbildung 27:	Anteil der jungen Erwachsenen, die angaben, in den letzten zwölf Monaten Cannabis, Kokain oder MDMA/Ecstasy konsumiert zu haben.....	43
Abbildung 28:	Anteil der Erwachsenen, die angaben, täglich Gemüse bzw. Obst zu verzehren.....	44
Abbildung 29:	Anteil der Erwachsenen, die angaben, täglich fünf oder mehr Portionen Obst und Gemüse zu essen	45
Abbildung 30:	Anteil der Jugendlichen, die angaben, nicht täglich Obst oder Gemüse zu essen	46

Abbildung 31: Zuckerzufuhr in Kilogramm pro Person pro Jahr	47
Abbildung 32: Fettzufuhr in Gramm pro Person pro Tag	47
Abbildung 33: Konsum an Hülsenfrüchten in Kilogramm pro Person pro Jahr.....	48
Abbildung 34: Anteil der Erwachsenen, die angaben, pro Woche mindestens 150 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität nachzugehen	49
Abbildung 35: Anteil der Jugendlichen, die angaben, am Tag mindestens 60 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität nachzugehen	50
Abbildung 36: Anteil der Erwachsenen mit Übergewicht oder Fettleibigkeit.....	51
Abbildung 37: Anteil der Jugendlichen mit Übergewicht oder Fettleibigkeit	52
Abbildung 38: Übersicht der zentralen Ergebnisse.....	57

Tabellen

Tabelle 1: Medianalter im Jahr 2023	7
Tabelle 2: Organisation der Absicherung im Krankheitsfall	9
Tabelle 3: Wahlfreiheit und Gatekeeping	18
Tabelle 4: Länderranking	59

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit meist das generische Maskulinum verwendet. Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

1 Einleitung

Die Dualität von Privater Krankenversicherung (PKV) und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) ist ein Hauptmerkmal des deutschen Gesundheitssystems. In seiner jetzigen Form zeichnet sich das deutsche Gesundheitssystem durch einen umfassenden Krankenversicherungsschutz, ein nahezu flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen, einen umfassenden Leistungskatalog sowie geringe Zuzahlungen aus. Zudem bietet es einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung mit freier Wahl des Leistungserbringers und kurzen Wartezeiten, was unter anderem auf die gute medizinische Infrastruktur und ein hohes Versorgungsniveau zurückgeführt werden kann. Dies wurde bereits in früheren Arbeiten des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) gezeigt (Finkenstädt und Niehaus 2013; Finkenstädt 2017; Bahnsen 2022). Damit verfügt Deutschland über ein sehr gut zugängliches und leistungsfähiges Gesundheitssystem, das international eine hohe Wertschätzung genießt und für andere Länder in vielerlei Hinsicht als Vorbild gilt (Blümel et al. 2020).

Darüber hinaus hat Deutschland seit einigen Jahren die höchsten Gesundheitsausgaben in der EU. Im Jahr 2022 gab Deutschland 12,6 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) für die Gesundheitsversorgung aus und lag damit mehr als 2 Prozentpunkte über dem EU-Durchschnitt (10,4 %). Im OECD¹-Vergleich gab mit 16,5 % des BIP nur die USA mehr für ihr Gesundheitssystem aus (Eurostat 2024a; OECD 2024a).

Trotz des leistungsfähigen Gesundheitssystems und der hohen Gesundheitsausgaben liegt Deutschland im Hinblick auf die Lebenserwartung allerdings hinter vielen anderen europäischen Ländern (Jasilionis et al. 2023; Grigoriev et al. 2024). Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt lag in Deutschland im Jahr 2023 bei 81,2 Jahren (Männer: 78,3 Jahre, Frauen: 83,0 Jahre) und damit leicht unter dem EU-Durchschnitt (81,5 Jahre). Im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern schneidet Deutschland in Bezug auf die Lebenserwartung unterdurchschnittlich ab. In der Schweiz lag diese im Jahr 2023 beispielsweise bei 84,2 Jahren (OECD 2024a; OECD/European Commission 2024).

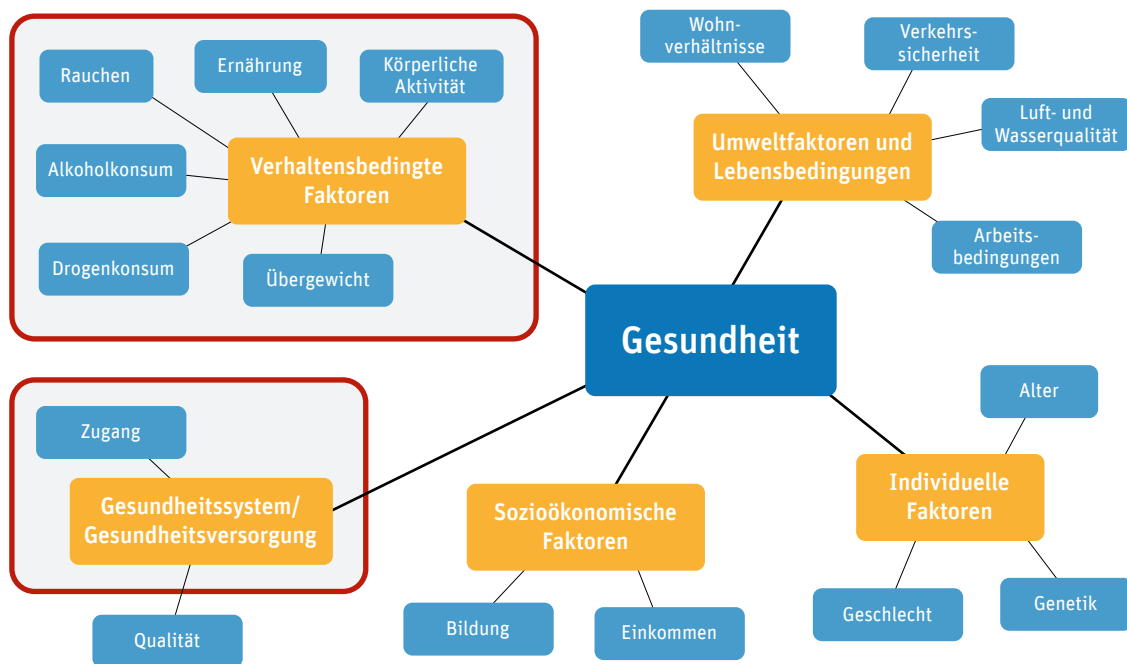
Die beobachtete Diskrepanz zwischen den Investitionen in das Gesundheitssystem und der Lebenserwartung der Bevölkerung werden daher insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zunehmend als Warnsignal für die Effizienz und Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems gesehen (Jasilionis et al. 2023). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Gesundheit der Bevölkerung nicht allein vom Gesundheitssystem und der medizinischen Versorgung abhängt, sondern auch durch zahlreiche weitere Faktoren beeinflusst wird. Dazu gehören sozioökonomische Faktoren wie Bildung und Einkommen sowie verhaltensbedingte Faktoren wie Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Ernährung und körperliche Aktivität. Auch Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung und genetische Faktoren spielen eine wichtige Rolle (WHO 2024c; OECD 2023). Abbildung 1 gibt einen Überblick über die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit.

Im Rahmen dieser Arbeit wird untersucht, welche Einflussfaktoren auf die Gesundheit einen möglichen Erklärungsansatz dafür liefern können, dass Deutschland trotz eines in der Vergangenheit stets leistungsfähigen Gesundheitssystems schlechtere Gesundheitsergebnisse erzielt als Länder, die weniger in ihr Gesundheitssystem investieren. Dafür werden zunächst Inputfaktoren der Gesundheitssysteme verschiedener europäischer Länder gegenübergestellt, um zu beurteilen, ob das deutsche Gesundheitssystem im Ländervergleich nach wie vor überdurchschnittlich gut abschneidet. Hierbei liegt der Fokus auf dem Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dieser bezieht sich vor allem auf organisatorische und geografische Barrieren, die es den Menschen erschweren können, notwendige Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Auswirkungen auf die Gesundheit, die sich aus der Versorgungsqualität ergeben, werden nicht betrachtet. Im weiteren Verlauf der Arbeit werden zentrale Gesundheitsergebnisse, wie die Lebenserwartung und der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand, im europäischen Vergleich untersucht, um ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Situation in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen

1 Die OECD ist eine internationale Organisation mit 38 Mitgliedsstaaten und die Interessenvertretung westlich orientierter Industrieländer. Die OECD-Mitgliedsstaaten gelten als entwickelte Länder mit hohem Pro-Kopf-Einkommen.

Ländern zu erhalten. Schließlich werden Einflussfaktoren auf die Gesundheit, die außerhalb des Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung liegen, im europäischen Vergleich untersucht. Der Fokus liegt dabei aufgrund ihrer Bedeutung auf verhaltensbezogenen, direkt vom Menschen beeinflussbaren Faktoren, auf die im Jahr 2019 schätzungsweise 42 % aller Todesfälle in der EU zurückzuführen waren (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Andere Faktoren, die nicht oder nur indirekt durch individuelles Verhalten beeinflussbar sind, wie Umweltfaktoren, sozioökonomische Faktoren oder genetische Faktoren, sind nicht Bestandteil der Untersuchung. Im Rahmen der Studie werden neben Deutschland die Länder Österreich, Tschechien, Dänemark, Frankreich, Niederlande, Norwegen, Italien, Schweiz, Großbritannien sowie der Durchschnitt der 27 EU-Mitgliedsländer vergleichend betrachtet.

Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit



Hinweis: Abbildung 1 gibt einen Überblick über wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Die rot eingerahmten Faktoren sind Bestandteil der Analyse.

Quelle: Eigene Darstellung.

Die vorliegende Arbeit ist in sechs Kapitel gegliedert. Nach der Einleitung wird in Kapitel 2 die Auswahl der Länder für die Vergleichsstudie sowie die Vorgehensweise und Datenbasis beschrieben. In Kapitel 3 erfolgt ein Vergleich der Inputfaktoren der Gesundheitssysteme der ausgewählten Länder, um die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems im europäischen Kontext zu bewerten. Der Fokus liegt dabei auf dem Leistungsumfang, den Wartezeiten in der ambulanten Versorgung, dem Zugang zu innovativen Medikamenten und der Höhe der Zuzahlungen. Darüber hinaus werden die Gesundheitsausgaben der Länder gegenübergestellt. Kapitel 4 gibt einen Überblick über ausgewählte Gesundheitsergebnisse der Vergleichsländer. Hier werden unter anderem die Lebenserwartung, die häufigsten Todesursachen sowie der Indikator „vermeidbare Sterblichkeit“ als Maß für die Qualität der Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich analysiert. In Kapitel 5 werden verhaltensbedingte Risikofaktoren für die Gesundheit im internationalen Vergleich analysiert. Der Fokus liegt auf den Bereichen Rauchen, Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Ernährung, körperliche Aktivität und Übergewicht. Kapitel 6 fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen und zieht ein abschließendes Fazit.

2 Methodik

In diesem Kapitel wird die Auswahl der Vergleichsländer für die Studie erläutert und die Datenbasis vorgestellt, die als Grundlage für den Ländervergleich dient. Außerdem wird die Vorgehensweise des Ländervergleichs beschrieben.

2.1 Länderauswahl

Um eine fundierte Vergleichsbasis zu schaffen und die Position Deutschlands im europäischen Kontext zu bewerten, werden neben Deutschland neun weitere europäische Länder in die Analyse einbezogen. Die Auswahl umfasst Österreich, Tschechien, Dänemark, Frankreich, die Niederlande, Norwegen, Italien, die Schweiz und Großbritannien. Darüber hinaus wird der Durchschnittswert der 27 EU-Länder dargestellt. Die neun Vergleichsländer wurden aus den folgenden vier Gründen ausgewählt. Erstens sind die Länder mit Ausnahme Großbritanniens entweder EU bzw. EFTA²-Mitglied. Zugleich handelt es sich um Mitglieder der OECD, die somit wirtschaftlich gut mit Deutschland vergleichbar sind. Zweitens sind die ausgewählten Länder größtenteils Nachbarländer Deutschlands. Die geografische Nähe führt häufig zu kulturellen und historischen Gemeinsamkeiten, wie vergleichbare Lebensweisen oder politische Strukturen, die eine gute Grundlage für Vergleiche schaffen. Drittens deckt die Auswahl alle vier Regionen Europas ab. Frankreich, die Niederlande, Österreich und die Schweiz repräsentieren westeuropäische Nachbarländer Deutschlands, während Tschechien als osteuropäisches Nachbarland in die Analyse einbezogen wurde. Ergänzend wurden Großbritannien, Dänemark und Norwegen als nordeuropäische Länder berücksichtigt. Italien repräsentiert Südeuropa in der Analyse. Diese Vielfalt an Ländern ermöglicht es, regionale Unterschiede zu untersuchen, die einen Einfluss auf die Gesundheitssysteme und Gesundheitsergebnisse haben könnten. Viertens umfasst die Länderauswahl sowohl steuerfinanzierte als auch beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme. Dies ermöglicht eine differenzierte Analyse, wie sich verschiedene Finanzierungsmodelle auf die Gesundheitsergebnisse auswirken.

2.2 Vorgehensweise und Datenbasis

In dieser Studie werden im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche zunächst Inputfaktoren von Gesundheitssystemen, die für die Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit relevant sind, sowie Indikatoren, die zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung herangezogen werden können, ermittelt. Darüber hinaus werden weitere Einfluss- bzw. Risikofaktoren auf die Gesundheit jenseits des Gesundheitssystems identifiziert.

Die vergleichende Darstellung der Inputfaktoren, Gesundheitsindikatoren und Risikofaktoren zwischen den ausgewählten europäischen Ländern erfolgt anhand von Daten, die hauptsächlich aus Berichten, Statistiken und Datenbanken der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat) stammen. Zudem werden Ergebnisse aus Umfragen wie dem Commonwealth Fund International Health Policy Survey, dem European Health Interview Survey (EHIS) sowie der Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) herangezogen. Die Analyse der vorliegenden Daten erfolgt ausschließlich deskriptiv. Eine Ableitung kausaler Zusammenhänge ist daher nicht möglich.

Im Ländervergleich zu berücksichtigen sind die unterschiedlichen demografischen Voraussetzungen der Länder. Die Altersstruktur beeinflusst wesentlich die Krankheitsprävalenzen und damit die Verteilung der

2 Die Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) umfasst die vier Länder Island, Liechtenstein, Norwegen und Schweiz. Großbritannien hat nach dem EU-Austritt ein Freihandelsabkommen mit den drei EFTA-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen unterzeichnet. Die Schweiz hatte bereits im Jahr 2019 ein bilaterales Freihandelsabkommen mit Großbritannien geschlossen, das ebenfalls 2021 in Kraft trat (GTAI 2023).

Todesursachen in den einzelnen Ländern. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für viele chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Krebserkrankungen, die häufig zu den führenden Todesursachen gehören. Gleichzeitig spielen verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum und ungesunde Ernährung eine entscheidende Rolle, die ihrerseits stark altersabhängig sind. So ist beispielsweise die Raucherprävalenz in bestimmten Altersgruppen besonders hoch, was langfristig die Wahrscheinlichkeit für Atemwegserkrankungen und Lungenkrebs erhöht. Bei den hier betrachteten Ländern variiert das Medianalter um acht Jahre und liegt zwischen 47,5 Jahren (Italien) und 39,5 Jahren (Großbritannien). Deutschland weist mit 45,1 Jahren die zweitälteste Bevölkerung unter den betrachteten Ländern auf (siehe Tabelle 1). Als eine Teilerklärung für die hohen Gesundheitsausgaben in Deutschland ist damit unbedingt der hohe Altersschnitt hierzulande mitzudenken. Die ärztliche Inanspruchnahme ist in hohem Maße altersabhängig und eine im Median fast sechs Jahre ältere Bevölkerung in Deutschland als in Norwegen ist hoch ausgabenrelevant.

Tabelle 1: Medianalter im Jahr 2023

Land	Altersmedian in Jahren
 Italien	47,5
 Deutschland	45,1
 Österreich	43,1
 Tschechien	42,7
 Schweiz	42,3
 Europa (Ø)	42,2
 Frankreich	41,8
 Niederlande	41,4
 Dänemark	41,2
 Großbritannien	39,8
 Norwegen	39,5

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an United Nations (2024).

Da die Altersstruktur erheblich die Verteilung von Krankheitsprävalenzen, Todesursachen und Risikofaktoren zwischen Ländern beeinflusst, ist eine altersstandardisierte Betrachtung wichtig. Ohne Altersstandardisierung könnten beobachtete Unterschiede hauptsächlich auf demografische Faktoren zurückzuführen sein. Aus diesem Grund sind die meisten der in Kapitel 4 dargestellten Indikatoren zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Bevölkerung altersstandardisiert. Die Altersstandardisierung ermöglicht es, die Daten verschiedener Länder vergleichbar zu machen, indem sie die Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung herausrechnet. Bei nicht altersstandardisierten Indikatoren wird explizit darauf hingewiesen. Die in Kapitel 5 dargestellten gesundheitlichen Risikofaktoren werden zwischen den Ländern vergleichbar gemacht, indem entweder nur Erwachsene oder nur Jugendliche miteinander verglichen werden.

3 Inputfaktoren der Gesundheitssysteme

Um die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems im europäischen Kontext zu beurteilen, werden in diesem Kapitel die Inputfaktoren der Gesundheitssysteme der Vergleichsländer analysiert. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Zugang zur Gesundheitsversorgung, wobei insbesondere die Abdeckung der Bevölkerung in Bezug auf Krankenversicherungsschutz, der Umfang des Krankenversicherungsschutzes, Kostenbeteiligungen, Wartezeiten und geografische Hindernisse in den ausgewählten Ländern betrachtet werden. Zudem werden die Gesundheitsausgaben als wichtiger finanzieller Inputfaktor eines Gesundheitssystems vergleichend dargestellt.

3.1 Zugang zur Gesundheitsversorgung

Die Charta der Grundrechte der EU garantiert in Artikel 35 jeder Person „das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten“. Die Europäische Säule sozialer Rechte, auf die sich Europäisches Parlament, Europäischer Rat und Europäische Kommission im Jahr 2017 geeinigt haben, geht noch über Artikel 35 der EU-Grundrechtecharta hinaus und schreibt eine rechtzeitige, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung vor. Dementsprechend ist eine ausgewogene geografische Verteilung von Gesundheitseinrichtungen und medizinischem Personal sowie eine Verkürzung von Wartezeiten anzustreben, um eine rechtzeitige Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Zudem dürfen Kosten niemanden daran hindern, benötigte medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Ein angemessener Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung ist daher Teil der EU-Gesundheitsstrategie und ein zentrales politisches Ziel in allen EU-Mitgliedsstaaten (European Commission 2024). Dennoch bestehen im Ländervergleich nach wie vor Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, beispielsweise durch fehlenden oder begrenzten Krankenversicherungsschutz, Selbstbeteiligungen, geografische Hindernisse (z. B. Versorgungsdichte) oder organisatorische Hindernisse (z. B. Wartezeiten). Darüber hinaus können sozioökonomische und soziodemografische Faktoren die tatsächliche Inanspruchnahme zur Verfügung stehender Leistungen beeinflussen, obwohl der Zugang zur Gesundheitsversorgung formal gegeben ist (Busse et al. 2006).

3.1.1 Umfang und Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes

Eines der wichtigsten Zugangskriterien zur Gesundheitsversorgung ist die Absicherung der Kosten für medizinische Leistungen. Der Großteil der EU-Mitgliedsstaaten hat daher eine Grundabsicherung des Krankheitskostenrisikos etabliert, die je nach Land unterschiedlich organisiert ist.

Die ältere vergleichende Wohlfahrtsforschung unterscheidet bei der Typisierung von Gesundheitssystemen häufig zwischen dem Beveridge-Modell und dem Bismarck-Modell. Das nach dem britischen Lord William Henry Beveridge benannte Beveridge-Modell sieht eine aus Steuereinnahmen finanzierte Basisabsicherung für die gesamte Bevölkerung vor, wobei alle Einwohnerinnen und Einwohner pauschale Gesundheitsleistungen unentgeltlich in Anspruch nehmen können (Versorgungsprinzip). Da die staatlichen Institutionen an ein vorgegebenes Budget gebunden sind, steht die Finanzierung der Gesundheitsleistungen im Beveridge-System immer in Konkurrenz zu anderen steuerfinanzierten Politikbereichen. Das nach dem deutschen Reichskanzler Otto von Bismarck benannte Bismarck-Modell basiert auf sozialrechtlichen Ansprüchen, die im Sinne einer Versicherung mit Pflichtmitgliedschaft über einkommensabhängige Beiträge erworben werden (Versicherungsprinzip). Der Leistungsanspruch orientiert sich am Bedarf und ist unabhängig von der Höhe der geleisteten Beiträge. Da die Versicherungsbeiträge zweckgebunden erhoben werden, sind die Kostenträger weitestgehend unabhängig von einem staatlich vorgegebenen Budget (Schölkopf und Grimmeisen 2021, 2 f.).

Heutzutage existiert jedoch kein Gesundheitssystem mehr in einer dieser Reinformen, da alle Länder inzwischen Mischformen entwickelt haben. Dennoch lassen sich die untersuchten Länder in überwiegend beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme (Deutschland, Frankreich, Österreich, Niederlande, Schweiz, Tschechien) und in hauptsächlich steuerfinanzierte Gesundheitssysteme (Großbritannien, Dänemark, Norwegen, Italien) einteilen. Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme können darüber hinaus danach differenziert werden, ob die Gesundheitsversorgung auf kommunaler, regionaler oder nationaler Ebene organisiert ist. Während in Großbritannien eine zentrale staatliche Steuerung der Gesundheitsversorgung vorliegt, ist der Gesundheitsdienst in Italien auf regionaler Ebene und in den skandinavischen Ländern Dänemark und Norwegen auf kommunaler Ebene organisiert. Beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme finanzieren sich entweder über einkommensabhängige Beiträge (Deutschland, Frankreich, Österreich, Tschechien), über Kopfpauschalen (Schweiz) oder eine Kombination aus beidem (Niederlande) (Schölkopf und Grimmeisen 2021, 14 ff.). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Finanzierung und Organisation der Absicherung im Krankheitsfall in den untersuchten Ländern.

Tabelle 2: Organisation der Absicherung im Krankheitsfall

Land	Organisation und Finanzierung
 Deutschland	<u>GKV:</u> - Finanzierung v. a. durch einkommensabhängige Beiträge - Verschiedene Krankenkassen mit freier Kassenwahl <u>PKV:</u> - Finanzierung durch risikoabhängige Prämien
 Frankreich	- Finanzierung v. a. durch einkommensabhängige Beiträge - Verschiedene Krankenkassen mit freier Kassenwahl
 Tschechien	- Finanzierung v. a. durch einkommensabhängige Beiträge - Verschiedene Krankenkassen mit freier Kassenwahl
 Österreich	- Finanzierung v. a. durch einkommensabhängige Beiträge - Verschiedene Krankenkassen ohne freie Kassenwahl
 Niederlande	- Finanzierung v. a. durch Kopfpauschalen und einkommensabhängige Beiträge - Verschiedene Krankenkassen mit freier Kassenwahl
 Schweiz	- Finanzierung v. a. durch Kopfpauschalen - Verschiedene Krankenkassen mit freier Kassenwahl
 Dänemark	- Finanzierung v. a. durch Steuern - Kommunaler Gesundheitsdienst
 Norwegen	- Finanzierung v. a. durch Steuern - Kommunaler Gesundheitsdienst
 Großbritannien	- Finanzierung v. a. durch Steuern - Nationaler Gesundheitsdienst
 Italien	- Finanzierung v. a. durch Steuern - Regionaler Gesundheitsdienst

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schölkopf und Grimmeisen (2021).

In allen zehn untersuchten Ländern verfügt nahezu die gesamte Bevölkerung über eine Grundabsicherung im Krankheitsfall³. In Deutschland⁴, Österreich, Frankreich und den Niederlanden wird der Anteil an Personen ohne Krankenversicherungsschutz mit 0,1 % angegeben. Insgesamt nimmt diese Problematik somit in den meisten EU-Ländern nur ein geringes Ausmaß an. In der Schweiz und den Niederlanden wird die Grundabsicherung im Krankheitsfall durch private Krankenversicherungen sichergestellt. Deutschland hingegen ist das einzige Land mit einer dualen Finanzierung aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Im Jahr 2021 hatten 10,7 % der deutschen Bevölkerung eine private Krankheitsvollversicherung. Dagegen sind die Gesundheitssysteme der übrigen OECD-Länder nach uniformen Finanzierungsregeln für die gesamte Bevölkerung kollektiv konzipiert.

Obwohl in fast allen OECD-Ländern eine nahezu flächendeckende Basisabsicherung im Krankheitsfall besteht, lässt dies noch keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Versorgung der Bevölkerung zu, da der Zugang zur Gesundheitsversorgung durch Rationierungsmaßnahmen wie beispielsweise Leistungsbegrenzungen oder -ausschlüsse, Wartezeiten oder Zuzahlungen eingeschränkt sein kann. Ein eingeschränkter Umfang des Krankenversicherungsschutzes durch den Ausschluss von Leistungen aus dem staatlich festgelegten Leistungskatalog ist neben einem fehlenden Krankenversicherungsschutz die wohl offensichtlichste Zugangshürde im Gesundheitswesen. Ein Leistungsausschluss kann entweder absolut oder qualifiziert ausgestaltet sein. Bei einem absoluten Ausschluss ist die entsprechende Leistung grundsätzlich nicht im Leistungskatalog enthalten. Im Falle eines qualifizierten Ausschlusses ist die Leistung zwar im Normalfall ausgeschlossen, kann jedoch unter bestimmten Bedingungen erbracht werden. Diese Bedingungen können sich entweder auf das Vorliegen einer spezifischen Indikation oder auf eine bestimmte Patientengruppe beziehen (z. B. Übernahme einer Therapie nur für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre) (Carlson 2014).

Aufschluss über den Umfang des Krankenversicherungsschutzes gibt der Anteil der Ausgaben, der durch Pflichtversicherungssysteme gedeckt ist. Dies schließt sowohl öffentliche Programme (d. h. nationale Gesundheitssysteme oder soziale Krankenversicherung) als auch private Krankenvollversicherungen ein. Die Deckung durch freiwillige Krankenzusatzversicherungen und andere freiwillige Systeme wie Wohlfahrtsverbände oder Arbeitgeber wird nicht berücksichtigt. Der Deckungsgrad ist dabei definiert als der Anteil der Ausgaben der Krankenversicherung an den Gesamtausgaben. Grundsätzlich können Unterschiede im Deckungsgrad zwischen den Ländern allerdings darauf zurückzuführen sein, dass bestimmte Leistungen im Leistungskatalog ein- oder ausgeschlossen sind (z. B. ein bestimmtes Medikament), unterschiedliche Kostenbeteiligungsregelungen gelten oder einige Leistungen nur für bestimmte Bevölkerungsgruppen abgedeckt sind. So kann beispielsweise ein Land mit eingeschränkterer Bevölkerungsabdeckung (z. B. nur für Kinder bis zum 18. Lebensjahr) und einem großzügigen Leistungskatalog einen geringeren Deckungsgrad aufweisen als ein Land, das zwar die gesamte Bevölkerung abdeckt, aber über einen weniger umfassenden Leistungskatalog verfügt. In der Arzneimittelversorgung spielt insbesondere auch die Größe des Over-The-Counter (OTC)-Marktes, d. h. des Marktes für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, in den Ländern eine entscheidende Rolle. So entfiel im Jahr 2023 in Deutschland mehr als jede zweite in der Apotheke abgegebene Packung auf nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nicht von der GKV erstattet werden (BPI 2024).⁵ Der hier dargestellte Indikator gibt somit lediglich einen Hinweis auf den Umfang der finanziellen Absicherung der Kosten der Gesundheitsversorgung, stellt aber keinen vollständigen Indikator für die Absicherung dar (OECD/EU 2018; OECD 2023).

3 OECD-Daten zufolge lag der Anteil unversicherter Personen an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2021 nur in sieben EU-Ländern bei über 1 %: Rumänien (14,5 %), Polen (5,7 %), Slowakei (5,0 %), Ungarn (5,0 %), Estland (4,1 %), Belgien (1,4 %) und Litauen (1,2 %) (OECD 2023).

4 Der in den OECD-Daten ausgewiesene Anteil an unversicherten Personen in Deutschland basiert auf Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes auf Grundlage des Mikrozensus (OECD 2024b). Neupert und Pieper (2020) verweisen allerdings auf methodische Mängel im Mikrozensus, da Bevölkerungsgruppen, wie papierlose Menschen (z.B. Geflüchtete, Asylsuchende) oder wohnungslose Menschen, nicht erfasst sind.

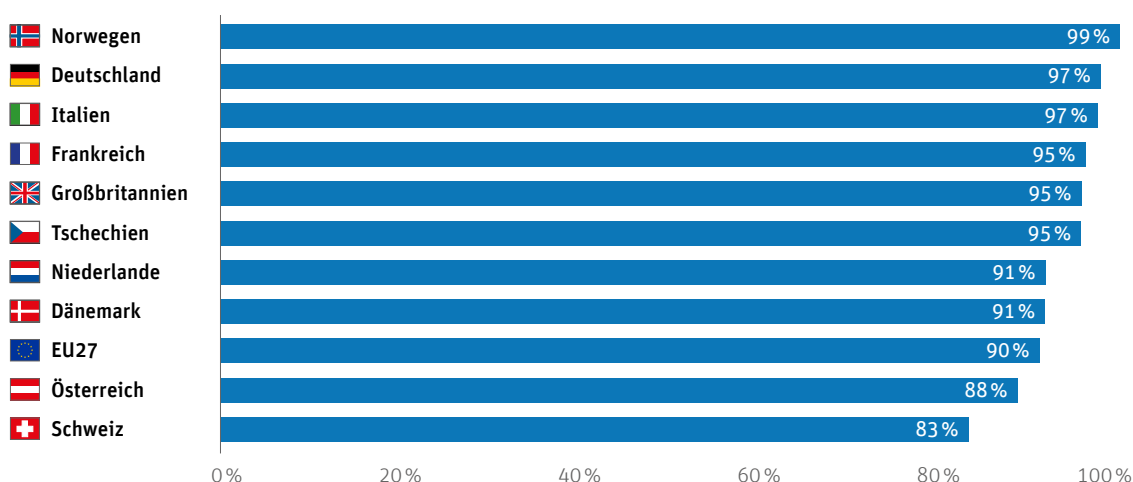
5 Der typische PKV-Schutz hingegen umfasst nicht nur verschreibungspflichtige, sondern auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Ob die PKV die Kosten für Arzneimittel komplett oder teilweise übernimmt, hängt vom individuellen Versicherungstarif ab.

Keines der untersuchten Länder hat einen hundertprozentigen Krankenversicherungsschutz etabliert. Im Durchschnitt aller EU-Länder wurden im Jahr 2022 ca. 76 % aller Gesundheitsausgaben durch staatliche bzw. obligatorische Krankenversicherungssysteme abgedeckt. Der nicht abgedeckte Teil der Gesundheitsausgaben muss in der Regel privat getragen (z. B. durch Zuzahlungen) oder privat abgesichert (z. B. durch private Zusatzversicherungen) werden (OECD 2024b). Der Deckungsgrad variiert dabei je nach Sektor erheblich.

Stationäre Versorgung

In den untersuchten Ländern sind stationäre Leistungen am umfassendsten abgedeckt. In vielen Ländern haben Patienten Zugang zu kostenloser stationärer Akutversorgung oder müssen nur geringe Zuzahlungen leisten. In den EU-Ländern wurden im Jahr 2022 im Schnitt 90 % der stationären Leistungen durch staatliche bzw. obligatorische Krankenversicherungen getragen (OECD/European Commission 2024). Mit Ausnahme der Schweiz (83 %) und Österreich (88 %) liegen alle untersuchten Länder über dem EU-Schnitt (siehe Abbildung 2). In Deutschland liegt die Kostenübernahme für stationäre Leistungen bei 97 %. Deutschland weist damit den zweithöchsten Deckungsgrad unter den betrachteten Ländern auf.⁶ Nur in Norwegen ist der Umfang der öffentlichen Finanzierung stationärer Leistungen mit 99 % noch etwas höher.

Abbildung 2: Anteil der staatlichen und obligatorischen Versicherungsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in der stationären Versorgung



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Kosten in der stationären Versorgung, der durch staatliche Programme (nationale Gesundheitssysteme oder soziale Krankenversicherung) oder private Krankenvollversicherungen gedeckt wird. Die Deckung durch freiwillige Krankenzusatzversicherungen und andere freiwillige Systeme, wie Wohlfahrtsverbände oder Arbeitgeber, wird nicht berücksichtigt. Die dargestellten Daten beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

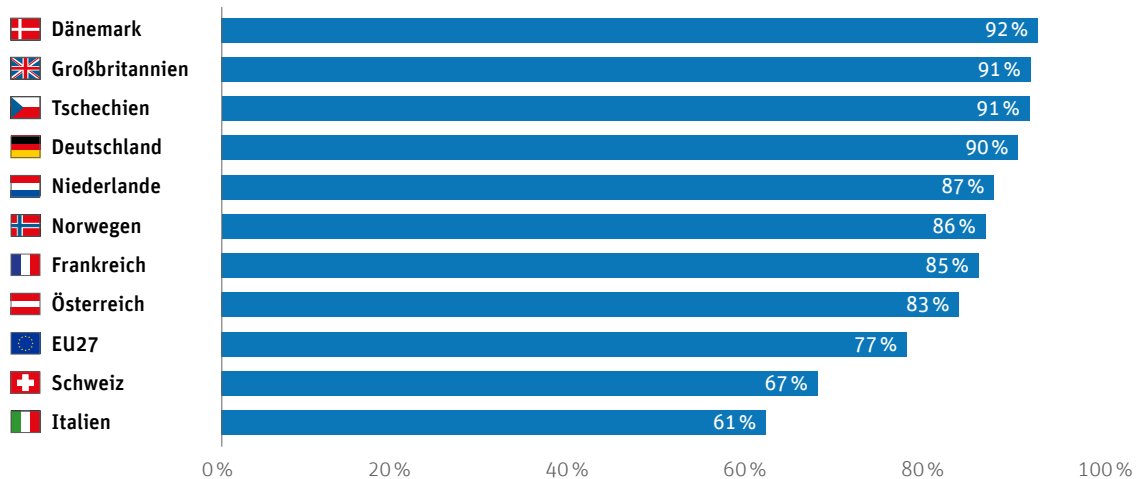
Ambulante Versorgung

In der ambulanten Versorgung wurden im Jahr 2022 in den EU-Ländern durchschnittlich 77 % der Leistungen durch die staatliche bzw. obligatorische Krankenversicherung übernommen (OECD/European Commission 2024). Unter den zehn betrachteten Ländern variiert der Anteil der abgedeckten Kosten deutlich stärker als in der stationären Versorgung (siehe Abbildung 3). In Dänemark, Tschechien und Großbritannien ist der Deckungsgrad mit 91 % bis 92 % am höchsten. Auf Platz 4 folgt Deutschland mit einer nur unwesentlich geringeren Kostenübernahme ambulanter Leistungen von knapp 90 %, die

⁶ In der gesamten EU und den Ländern Island, Norwegen, Schweiz und Großbritannien belegt Deutschland den sechsten Platz hinter Norwegen, Island, Rumänien, Estland und Schweden (OECD/European Commission 2024).

damit deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt.⁷ In der Schweiz liegt der Anteil der gedeckten Kosten hingegen nur bei 67 %. Mit Abstand die geringste Deckung unter den betrachteten Ländern verzeichnete Italien (61 %).

Abbildung 3: Anteil der staatlichen und obligatorischen Versicherungsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in der ambulanten Versorgung



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Kosten in der ambulanten Versorgung, der durch staatliche Programme (nationale Gesundheitssysteme oder soziale Krankenversicherung) oder private Krankenvollversicherungen gedeckt wird. Die Deckung durch freiwillige Krankenzusatzversicherungen und andere freiwillige Systeme, wie Wohlfahrtsverbände oder Arbeitgeber, wird nicht berücksichtigt. Die dargestellten Daten beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

Arzneimittelversorgung

Die Kostenübernahme in der Arzneimittelversorgung ist weniger umfassend als in der stationären und ambulanten Versorgung. In den EU-Ländern wurden im Jahr 2022 im Schnitt 59 % der Arzneimittelkosten von staatlichen bzw. obligatorischen Krankenversicherungssystemen übernommen. Zudem lässt sich eine erhebliche Variation zwischen den untersuchten Ländern beobachten (siehe Abbildung 4). In Dänemark liegt der Deckungsgrad nur bei 40 %, während in Norwegen (53 %), Tschechien (56 %), Italien (63 %), Österreich (67 %), Großbritannien (67 %), den Niederlanden (68 %) und der Schweiz (71 %) ein deutlich höherer Anteil der Arzneimittelkosten übernommen wird. Am großzügigsten ist die Kostenübernahme von Arzneimitteln in Deutschland (81 %) und Frankreich (82 %).⁸ Die Variation zwischen den Ländern lässt sich darauf zurückführen, dass Entscheidungen über die Preisfestsetzung und Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln in nationaler Zuständigkeit liegen, obwohl die meisten Arzneimittel vor dem Markteintritt ein auf europäischer Ebene harmonisiertes Zulassungsverfahren bei der Europäischen Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) durchlaufen (Schölkopf und Grimmeisen 2021, 224 ff.).

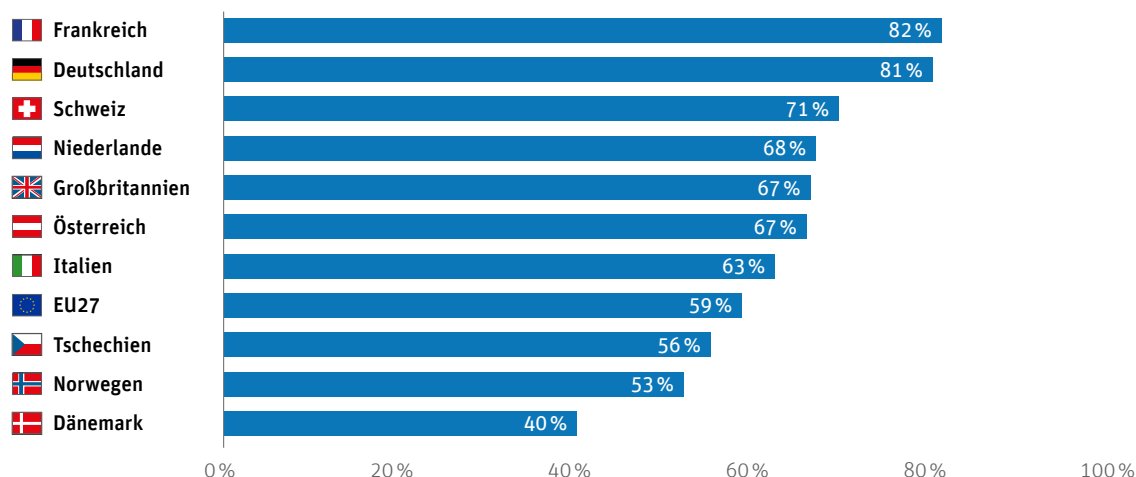
In Bezug auf die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln gibt es in den meisten der betrachteten Länder Positivlisten, die festlegen, welche Medikamente von der Krankenversicherung übernommen werden. Großbritannien ist das einzige Land mit einer reinen Negativliste, die explizit die nicht erstattungsfähigen Arzneimittel auflistet. In Deutschland gibt es offiziell weder Positiv- noch Negativlisten. Faktisch besteht jedoch eine Art Negativliste, da der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Übersicht unwirt-

⁷ In der gesamten EU zuzüglich der Länder Island, Norwegen, Schweiz und Großbritannien belegt Deutschland den sechsten Platz hinter der Slowakei, Dänemark, Tschechien, Schweden und Großbritannien (OECD/European Commission 2024).

⁸ In der gesamten EU zuzüglich der Länder Island, Norwegen, Schweiz und Großbritannien verzeichneten nur Irland (83 %) und Zypern (90 %) eine noch höhere Deckung in der Arzneimittelversorgung. Deutschland belegt damit den vierten Platz (OECD/European Commission 2024).

schaftlicher Arzneimittel führt, die gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV von der Erstattung ausgeschlossen sind (Schölkopf und Grimmeisen 2021, 225 ff.).

Abbildung 4: Anteil der staatlichen und obligatorischen Versicherungsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in der Arzneimittelversorgung



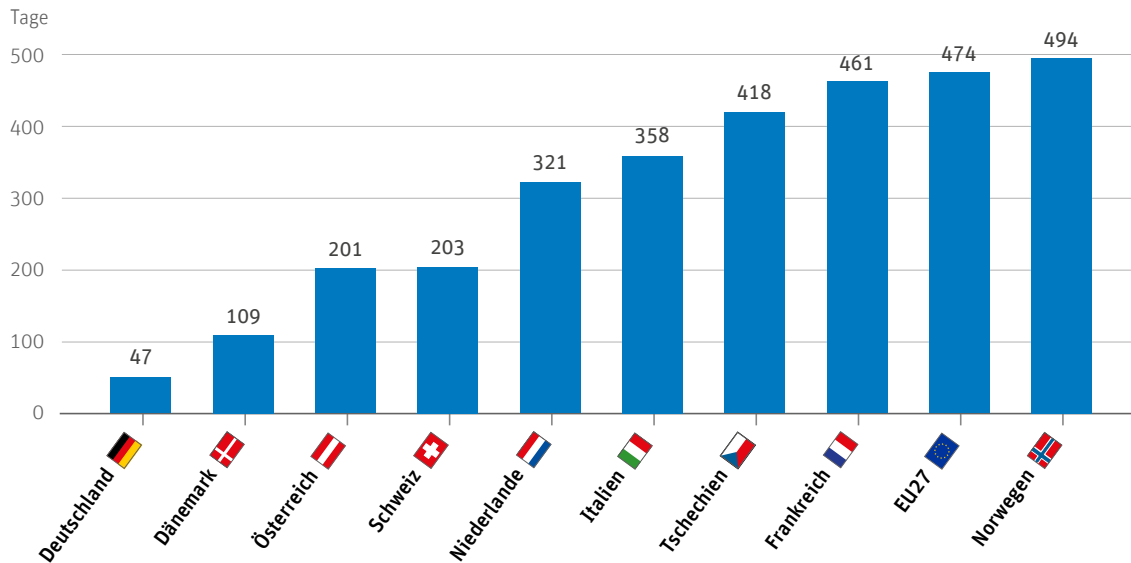
Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Kosten in der Arzneimittelversorgung, der durch staatliche Programme (nationale Gesundheitssysteme oder soziale Krankenversicherung) oder private Krankenvollversicherungen gedeckt wird. Die Deckung durch freiwillige Krankenzusatzversicherungen und andere freiwillige Systeme, wie Wohlfahrtsverbände oder Arbeitgeber, wird nicht berücksichtigt. Eingeschlossen sind verschreibungspflichtige Arzneimittel, Over-the-Counter (OTC)-Arzneimittel sowie medizinische Verbrauchsgüter. Die dargestellten Daten beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

In diesem Zusammenhang ist es von zentraler Bedeutung, wie lange es dauert, bis Patienten Zugang zu neuen, innovativen Medikamenten erhalten. Die EU-Mitgliedsstaaten sind angehalten, Entscheidungen über die Preisfestsetzung oder Erstattung von Arzneimitteln innerhalb von 90 Tagen (oder innerhalb von 180 Tagen bei kombinierter Preisfestsetzung und Kostenerstattung) zu treffen (EU-Richtlinie 89/105 EWG). Abbildung 5 zeigt die Zeit bis zur Verfügbarkeit von neuen Arzneimitteln im Median in den untersuchten europäischen Ländern, gemessen als Zeitspanne zwischen der Marktzulassung und dem Datum der Verfügbarkeit für Patienten. Für die meisten Länder ist dies der Zeitpunkt, an dem das Produkt Zugang zur Positivliste bzw. Liste erstattungsfähiger Medikamente erhält. Der Zugang zu neuen Arzneimitteln variiert im Ländervergleich sehr stark.⁹ Es zeigt sich, dass außer Deutschland kein Land in der Lage ist, die EU-Richtlinie im Median einzuhalten. Im EU-Durchschnitt dauert es im Median 474 Tage bis neue Medikamente für Patienten verfügbar sind. Deutschland belegt mit einer Mediandauer von 47 Tagen den ersten Platz unten den untersuchten Ländern (und unter allen 36 Ländern in der Studie). Norwegen bildet das Schlusslicht mit einer Wartezeit von knapp 500 Tagen (ca. 16 Monate). Somit haben Patienten im deutschen Gesundheitssystem im Ländervergleich den schnellsten Zugang zu innovativen Arzneimitteln.

⁹ Daten für das gesamte Vereinigte Königreich werden nicht erhoben, lediglich für England und Schottland. In England lag die Medianzeit von der Marktzulassung eines neuen Arzneimittels bis zur Verfügbarkeit für Patienten bei 299 Tagen bei einer Anzahl von 93 neuen Arzneimitteln (56 %), während Schottland eine Medianwartezeit von 313 Tagen und 90 neu verfügbaren Arzneimitteln (54 %) verzeichnete (Newton et al. 2024).

Abbildung 5: Medianzeit von der Marktzulassung eines neuen Arzneimittels bis zur Verfügbarkeit für Patienten

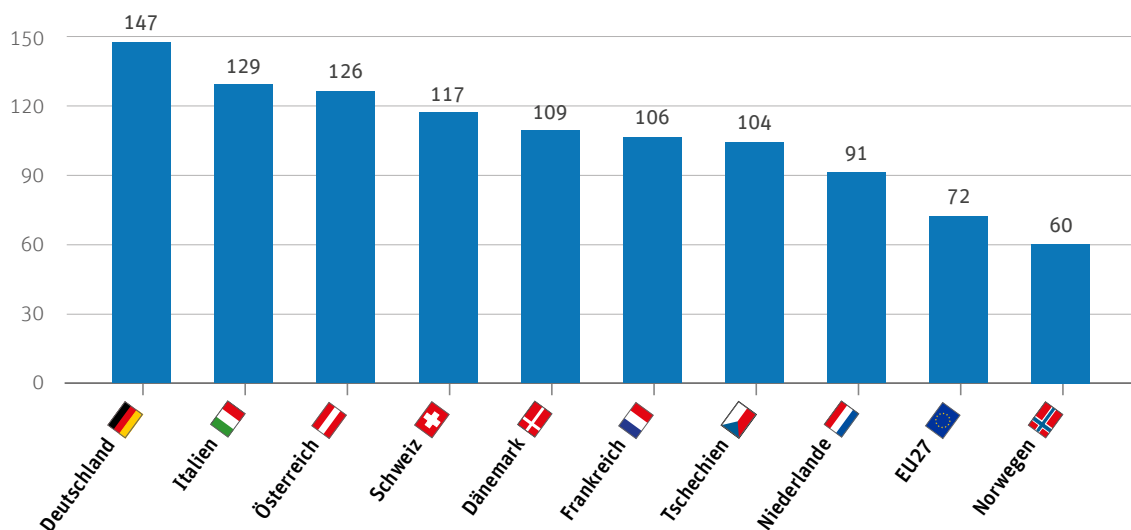


Hinweis: Die dargestellten Daten stammen aus der Studie „Patients W.A.I.T. (Waiting to Access Innovative Therapies) Indicator“, die seit 2004 jährlich vom europäischen Pharmadachverband EFPIA und dem Marktforschungsinstitut IQVIA durchgeführt wird. Die aktuelle Studie aus dem Jahr 2023 umfasst 36 europäische Länder und beinhaltet Informationen zu 167 innovativen Arzneimitteln, die im Zeitraum von 2019 bis 2022 eine zentrale Marktzulassung erhalten haben. Die Abbildung zeigt Medianzeit von der Marktzulassung eines neuen Arzneimittels bis zur Verfügbarkeit für die Patienten.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Newton et al. (2024).

Zudem sind in Deutschland die meisten neuen Arzneimittel für Patienten verfügbar. Abbildung 6 zeigt, dass in Deutschland 147 der 167 innovativen Arzneimitteln (88 %), die im Zeitraum von 2019 bis 2022 eine zentrale Marktzulassung erhalten haben, nach Ablauf der vier Jahre für Patienten verfügbar waren. Damit lag Deutschland deutlich über dem EU-Durchschnitt von 72 Medikamenten (43 %). Im Vergleich dazu waren in Norwegen nach vier Jahren lediglich 60 der 167 Arzneimittel verfügbar (36 %).

Abbildung 6: Anzahl verfügbarer Arzneimittel, die im Zeitraum von 2019 bis 2022 eine zentrale Marktzulassung erhalten haben



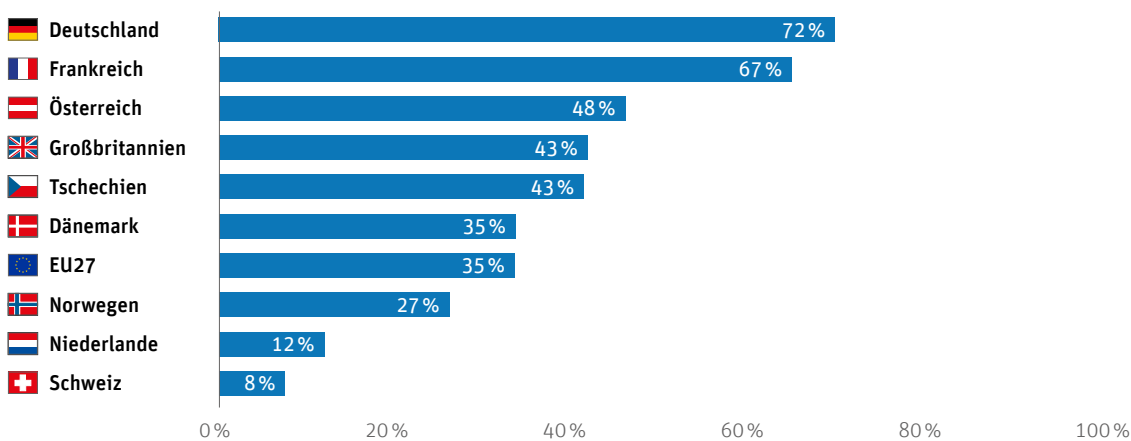
Hinweis: Die dargestellten Daten stammen aus der Studie „Patients W.A.I.T. (Waiting to Access Innovative Therapies) Indicator“, die seit 2004 jährlich vom europäischen Pharmadachverband EFPIA und dem Marktforschungsinstitut IQVIA durchgeführt wird. Die aktuelle Studie aus dem Jahr 2023 umfasst 36 europäische Länder und beinhaltet Informationen zu 167 innovativen Arzneimitteln, die im Zeitraum von 2019 bis 2022 eine zentrale Marktzulassung erhalten haben. Die Abbildung zeigt die Anzahl der verfügbaren Arzneimittel nach Ablauf der vier Jahre.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Newton et al. (2024).

Zahnärztliche Versorgung

Der Deckungsgrad in der zahnärztlichen Versorgung ist weitaus begrenzter als in den anderen Leistungsbereichen. Im EU-Schnitt wurden im Jahr 2022 nur ca. 35 % der Kosten für zahnärztliche Leistungen übernommen (OECD/European Commission 2024). Dies lässt sich insbesondere auf eingeschränkte Leistungskataloge und hohe private Kostenbeteiligungen zurückführen. Zudem variiert die finanzielle Absicherung der Kosten für zahnärztliche Leistungen stark zwischen den untersuchten Ländern (siehe Abbildung 7). Während einige Länder die zahnärztliche Versorgung explizit aus dem Leistungsspektrum ausgeschlossen haben, bieten andere Länder eine Teilabdeckung zahnärztlicher Leistungen an. In der Schweiz beträgt der durch das öffentliche Krankenversicherungssystem abgedeckte Anteil der Kosten für zahnärztliche Leistungen lediglich 8 %, was darauf zurückzuführen ist, dass zahnärztliche Behandlungen generell nicht abgedeckt sind. Lediglich zahnärztliche Behandlungen, die aufgrund einer schweren, nicht vermeidbaren Erkrankung erforderlich sind, werden übernommen (BAG 2023).

Abbildung 7: Anteil der staatlichen und obligatorischen Versicherungsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in der zahnärztlichen Versorgung



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Kosten in der zahnärztlichen Versorgung, der durch staatliche Programme (nationale Gesundheitssysteme oder soziale Krankenversicherung) oder private Krankenvollversicherungen gedeckt wird. Die Deckung durch freiwillige Krankenzusatzversicherungen und andere freiwillige Systeme, wie Wohlfahrtsverbände oder Arbeitgeber, wird nicht berücksichtigt. Die dargestellten Daten beziehen sich auf das Jahr 2022. Für Italien sind keine Daten verfügbar.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

In den Niederlanden, Norwegen, Dänemark und Großbritannien liegt der Anteil der gedeckten Kosten zwischen 12 % und 43 %. In diesen Ländern ist die zahnmedizinische Versorgung an das Alter der Versicherten gekoppelt. So wird in den Niederlanden, Norwegen und Dänemark eine zahnärztliche (Grund-)Versorgung für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr angeboten, während Leistungen für Erwachsene in der Regel nicht übernommen werden und privat finanziert oder abgesichert werden müssen. Im Vereinigten Königreich variiert die Altersgrenze je nach Land.¹⁰ Für Italien liegen keine Daten vor, allerdings werden zahnärztliche Leistungen auch hier nur für Kinder und Jugendliche (bis zum 14. Lebensjahr) durch das öffentliche Krankenversicherungssystem gedeckt, sodass ein vergleichsweise niedriger Deckungsgrad wahrscheinlich ist (Winkelmann et al. 2022, 64 ff.). In Tschechien und Österreich liegt der Deckungsgrad bei 43 % bzw. 48 %. Zahnärztliche Behandlungen sind in den beiden Ländern grundsätzlich abgedeckt. Zahnersatz ist jedoch nicht im Leistungskatalog enthalten (Schölkopf und Grimmeisen 2021, 67 ff.). Darauf folgt Frankreich mit einem deutlich höheren Anteil gedeckter Kosten von 67 %. In Deutschland ist die zahnärztliche Behandlung inklusive konservierender Leistungen (z. B.

¹⁰ In allen vier Ländern (England, Schottland, Wales und Nordirland) sind zahnärztliche Behandlungen für alle Personen unter 18 Jahren, schwangere Frauen und Mütter sowie Personen mit geringem Einkommen kostenlos. In Wales werden zahnärztliche Leistungen auch für Personen unter 25 oder über 60 Jahren vom öffentlichen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) übernommen. In Schottland sind alle Personen unter 26 Jahren durch den NHS abgedeckt (Winkelmann et al. 2022).

Füllungen) ein fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung und damit auch des Leistungskatalogs der GKV. Die GKV übernimmt zudem im Bereich Zahnersatz die Kosten der sogenannten Regelversorgung im Rahmen befundbezogener Festzuschüsse (§§ 55 und 56 SGB V). Der Leistungsumfang der PKV hängt vom vereinbarten Versicherungstarif ab und deckt häufig auch Leistungen ab, die der Leistungskatalog der GKV nicht vorsieht (Schölkopf und Grimmeisen 2021, 65 f.). Im Jahr 2022 lag der Anteil der Kostenübernahme in der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland bei 72 %. Unter den untersuchten zehn Ländern sowie im EU-weiten Vergleich weist Deutschland damit die höchste Deckungsrate in der zahnärztlichen Versorgung auf (OECD/European Commission 2024).

3.1.2 Kostenbeteiligungen

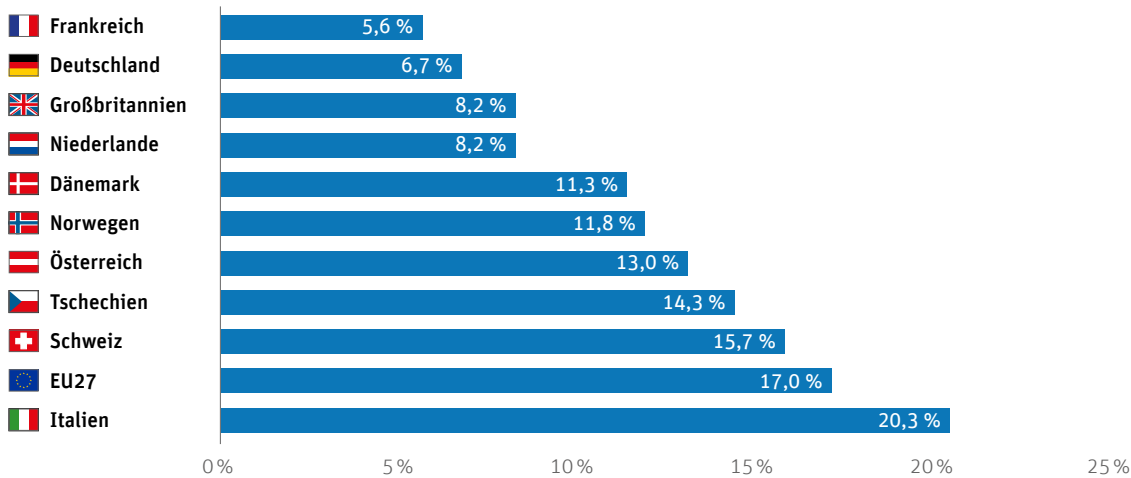
Neben einem begrenzten Krankenversicherungsschutz können private Kostenbeteiligungen¹¹ als weitere Zugangshürde zur Gesundheitsversorgung wirken. Nachfrageseitige Kostenbeteiligungen sind ein gängiges Instrument zur Steuerung des Nachfrageverhaltens der Versicherten. Ihr Ziel ist es, die „Nullkostenillusion“ zu reduzieren, die in kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen häufig dadurch entsteht, dass Versicherte nach Entrichtung des Beitrags bzw. der Steuerzahlung nicht mehr mit den Kosten der Leistungsanspruchnahme konfrontiert werden. Dies kann tendenziell dazu führen, dass Versicherte sich weniger gesundheitsbewusst verhalten (Ex ante Moral Hazard) oder ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erhöhen (Ex post Moral Hazard) (Ehrlich und Becker 1972; Pauly 1968). Zuzahlungen sollen bewirken, dass Versicherte gesundheitsschädliche Verhaltensweisen reduzieren bzw. nach Abwägung von Kosten und Nutzen der Behandlung die Inanspruchnahme gegebenenfalls verringern, da die Kosten (teilweise) von ihnen selbst getragen werden müssen.

Grundsätzlich lassen sich „freiwillige“ Zuzahlungen für nicht von der Versicherung gedeckte Leistungen und obligatorische Zuzahlungen für gedeckte Leistungen unterscheiden. „Freiwillige“ Zuzahlungen entstehen, wenn Leistungen in Anspruch genommen werden, die nicht im Leistungskatalog der Krankenversicherung enthalten sind und komplett privat finanziert werden müssen. Dagegen sind obligatorische Zuzahlungen notwendig, wenn bestimmte Leistungen zwar grundsätzlich im Leistungskatalog enthalten sind, aber anteilig (in Höhe der Zuzahlung) aus der Kostenübernahme durch die Krankenversicherung herausfallen. Üblich sind obligatorische Zuzahlungen für Arzneimittel und zahnärztliche Behandlungen. In einigen europäischen Ländern müssen sich Patienten aber auch an den Kosten der hausärztlichen, fachärztlichen und stationären Versorgung beteiligen (Schölkopf und Grimmeisen 2021, S. 153).¹²

Alle untersuchten Länder stützen die Finanzierung ihres Gesundheitssystems zum Teil auf Kostenbeteiligungen. Im EU-Durchschnitt machen Zuzahlungen für Heilbehandlungen, Prävention und Rehabilitation (ohne Langzeitpflege) sowie Zuzahlungen für Arzneimittel etwa 17 % der gesamten Gesundheitsausgaben aus (OECD 2024a). Abbildung 8 zeigt, dass Italien (20,3 %) im Ländervergleich den höchsten Anteil an Zuzahlungen hat. Darauf folgt die Schweiz mit Zuzahlungen von 15,7 %. Die Zuzahlungen für Heilbehandlungen, Prävention und Rehabilitation sowie Arzneimittel in Deutschland zählen mit 6,7 % zu den niedrigsten unter den untersuchten Ländern. Nur in Frankreich (5,6 %) ist der Anteil der Selbstbeteiligungen an den gesamten Gesundheitsausgaben noch geringer (OECD 2024a). Dabei ist allerdings zu beachten, dass das öffentliche Gesundheitssystem in Frankreich nur etwa 80 % der Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen übernimmt. Die Zuzahlungen sind daher im internationalen Vergleich hoch, werden jedoch in der Regel nicht direkt (out-of-pocket) von den Patienten getragen, sondern durch private Zusatzversicherungen abgedeckt. So verfügt in Frankreich nahezu die gesamte Bevölkerung (96 %) über einen privaten zusätzlichen Versicherungsschutz (Lapinte et al. 2024). Der Anteil der Zuzahlungen, der durch private Zusatzversicherungen gedeckt ist, ist in den in Abbildung 8 dargestellten Zahlen nicht enthalten.

11 Die Begriffe Kostenbeteiligung, Selbstbeteiligung, Selbstzahlung, Selbstbehalt und Zuzahlung werden in dieser Arbeit als Synonyme verwendet. In der Schweiz wird in diesem Zusammenhang auch von Franchise gesprochen.

12 Eine detaillierte Übersicht über die obligatorischen Zuzahlungen beim Hausarzt, beim Facharzt und im Krankenhaus in 26 europäischen Ländern liefert die Studie von Bahnsen (2022).

Abbildung 8: Anteil der (Out-of-pocket-)Zuzahlungen an den gesamten Gesundheitsausgaben

Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Out-of-Pocket-Zahlungen für Heilbehandlungen (curative care), Prävention (preventive care) und Rehabilitation (rehabilitative care) sowie Arzneimittel (verschreibungspflichtige Arzneimittel, OTC-Arzneimittel) und andere medizinische Verbrauchsgüter an den gesamten Gesundheitsausgaben. Diese umfassen alle Zuzahlungen, die direkt von privaten Haushalten getragen werden. Der Anteil der Zuzahlungen, der durch private Zusatzversicherungen abgedeckt ist, ist nicht enthalten. Die dargestellten Daten beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2024a).

Die Zusammensetzung der Zuzahlungen variiert stark zwischen den Ländern. In Italien (53 %) und der Schweiz (44 %) spielen Zuzahlungen für ambulante Behandlungen beispielsweise eine große Rolle (OECD 2024a). So werden in Italien 20,66 Euro für den ersten Termin bzw. 12,91 Euro für Folgetermine beim Facharzt erhoben. In der Schweiz gilt für ambulante Behandlungen für Erwachsene ab 18 Jahren ein Selbstbehalt (die sogenannte Franchise) in Höhe von 300 Franken pro Jahr sowie eine Selbstbeteiligung von 10 % der Kosten oberhalb der Franchise, bis zu einem Maximum von 700 Franken pro Jahr (bzw. 350 Franken pro Jahr für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre). Diese Kostenbeteiligung gilt auch für stationäre Behandlungen, für die zusätzlich ein Beitrag von 15 Franken pro Tag erhoben wird (Bahnsen 2022). In Deutschland entfallen auf die ambulante Versorgung hingegen nur etwa 20 % der gesamten Zuzahlungen. Stattdessen machen Zuzahlungen für Arzneimittel (59 %) den größten Anteil aus. Nach § 61 SGB V müssen Versicherte eine Zuzahlung in Höhe von 10 % des Abgabepreises leisten. Diese beträgt mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, jedoch nie mehr als die Kosten des Arzneimittels.

Die Steuerungswirkungen privater Kostenbeteiligungen werden in der Literatur kontrovers diskutiert (Rezayatmand et al. 2013). Während Zuzahlungen bei nicht zwingend notwendigen Behandlungen als Steuerungsinstrument dienen können, können sie für bestimmte Bevölkerungsgruppen eine tatsächliche Zugangshürde zu notwendigen Behandlungen darstellen (WHO 2023).

3.1.3 Organisatorische Hindernisse

Trotz eines umfassenden Krankenversicherungsschutzes und niedriger Zuzahlungen können organisatorische Hürden den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren. Diese äußern sich unter anderem in einer eingeschränkten Wahlfreiheit sowie in langen Wartezeiten auf Arzttermine.

Wahlfreiheit

Im Allgemeinen kann Wahlfreiheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung als ein Ausdruck von Patientensouveränität gesehen werden. In vielen Ländern wird diese jedoch dadurch eingeschränkt, dass eine verbindliche Registrierung bei einem bestimmten Hausarzt zwingend erforderlich ist. Diese Regelung steht im Mittelpunkt einer hausarztzentrierten Gesundheitsversorgung, dem sogenannten Gatekeeping. Dabei fungiert der Hausarzt als Gatekeeper („Torwächter“), der den Zugang zur fachärztlichen Versorgung kontrol-

liert. Ohne Überweisung durch den Hausarzt ist ein Besuch beim Facharzt in der Regel nicht möglich. Der Grundgedanke des Gatekeepings ist, einen koordinierten und sektorenübergreifenden Behandlungsablauf sicherzustellen. Gleichzeitig übernimmt der Hausarzt die Rolle eines Kostenkontrolleurs, indem er den Großteil der Patienten selbst behandelt und damit die Inanspruchnahme kostenintensiverer fachärztlicher oder stationärer Leistungen reduziert (Amelung 2011, S. 218 f.).

Gatekeeping-Ansätze sind in Europa unterschiedlich implementiert. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten in den betrachteten Ländern. Die Gesundheitssysteme der Länder unterscheiden sich dahingehend, ob eine Registrierung bei einem Hausarzt gesetzlich erforderlich ist, ob finanzielle Anreize für eine Registrierung bestehen (z. B. geringere Zuzahlungen) oder ob keine Registrierung notwendig ist. Gleiches gilt für den Zugang zum Facharzt: Je nach Land ist entweder eine hausärztliche Überweisung erforderlich, ein freier Zugang ohne Überweisung möglich oder es bestehen finanzielle Anreize für eine Überweisung durch den Hausarzt.

Tabelle 3: Wahlfreiheit und Gatekeeping

		Hausärztliche Überweisung zum Facharzt		
		Erforderlich	Nicht erforderlich, aber u. U. finanzieller Anreiz	Nicht erforderlich
Registrierung beim Hausarzt	Erforderlich	Italien, Norwegen		
	Nicht erforderlich, aber u. U. finanzieller Anreiz		Dänemark, Schweiz, Frankreich	Deutschland
	Nicht erforderlich	Großbritannien*, Niederlande		Österreich, Tschechien

* In England ist die Konsultation des Hausarztes der übliche Weg, um Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu erhalten. Unter Umständen haben Patientinnen und Patienten aber auch ohne hausärztliche Überweisung die Möglichkeit, direkt den Facharzt aufzusuchen.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD (2020c).

Es zeigt sich, dass Gatekeeping primär in steuerfinanzierten und weniger in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen üblich ist. In Italien und Norwegen ist die Registrierung bei einem bestimmten Hausarzt, der als zentrale Anlaufstelle für die Koordinierung der Versorgung dient, obligatorisch. Dagegen haben Österreich, Tschechien, die Niederlande und Großbritannien kein obligatorisches Patientenregistrierungssystem. In Dänemark, Frankreich, der Schweiz und Deutschland ist eine Registrierung beim Hausarzt nicht verpflichtend, aber es existieren finanzielle Anreize.

Darüber hinaus ist in Italien, Norwegen, Großbritannien und den Niederlanden die Konsultation eines Hausarztes notwendig, um eine Überweisung zum Facharzt zu erhalten, während es in Österreich, Tschechien und Deutschland kein Überweisungssystem gibt und direkter Zugang zur fachärztlichen Versorgung besteht. In Dänemark, Frankreich und der Schweiz haben Patientinnen und Patienten ebenfalls ohne Überweisung direkten Zugang zur fachärztlichen Versorgung, aber es gibt finanzielle Anreize in Form einer geringeren Kostenbeteiligung, eine Überweisung durch einen Hausarzt zu erhalten.

Somit zeichnet sich das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich durch eine sehr große Wahlfreiheit aus. Grundsätzlich gibt es in Deutschland kein allgemein geltendes Gatekeeping. Für alle Versicherten gilt die freie Arztwahl. Für GKV-Versicherte ist dies lediglich durch die Vorgabe eingeschränkt, dass der Arzt oder die Ärztin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sein muss (§ 76 SGB V). PKV-Versicherte hingegen haben uneingeschränkt die freie Wahl des Arztes oder der Ärztin, es sei denn, dies ist im individuellen Tarif anders vereinbart. Seit 2007 sind die Krankenkassen verpflichtet, eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V anzubieten. Entscheiden sich Versicherte aber gegen

die Wahl eines Hausarztes, bleibt dies ohne Kontrolle oder Sanktionen. Ein direkter Facharztbesuch ohne Überweisung ist in Deutschland jederzeit möglich. PKV-Versicherte können eine hausarztzentrierte Versorgung individuell in ihrem Krankenversicherungsvertrag vereinbaren.

Wartezeiten

Ein weiteres potenzielles Hindernis für den Zugang zum Gesundheitssystem stellen Wartezeiten dar. Wartezeiten entstehen, wenn die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen größer ist als das Angebot. Dies kann entweder auf Kapazitätsengpässe oder Ineffizienzen bei der Überweisung zwischen Leistungserbringern sowie bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen zurückzuführen sein (OECD 2020b, 10 f.). In vielen Ländern müssen Patienten wochen- oder monatelang auf Termine bei Fachärzten oder nicht dringende Operationen warten (Martin et al. 2020). Dies führt nicht nur zu Unzufriedenheit bei den Patienten, weil der erwartete Nutzen der medizinischen Behandlungen aufgeschoben wird und die gesundheitlichen Probleme zunächst bestehen bleiben, sondern kann auch zu einer deutlichen und ernsthaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patienten beitragen (Moscelli et al. 2016; Reichert und Jacobs 2018).

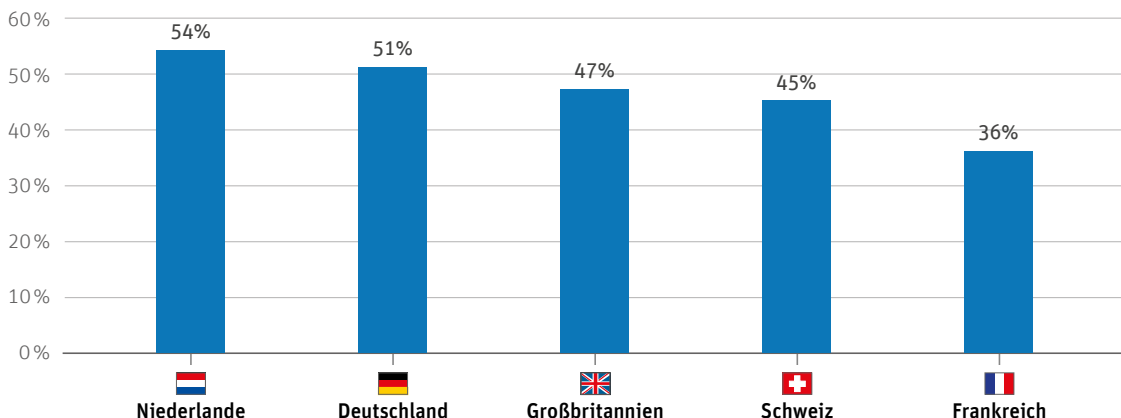
Informationen über Wartezeiten können administrativ oder im Rahmen von Befragungen gesammelt werden. Befragungen haben gegenüber administrativen Daten grundsätzlich den Nachteil, dass sie auf Selbstauskünften beruhen und oft einen begrenzten Stichprobenumfang haben. Aber auch offiziell erfasste Wartezeiten lassen sich zwischen Ländern oft nur schwer vergleichen, da die Definitionen für Wartezeiten oft variieren (OECD 2011). Administrative Daten zu Wartezeiten sind nicht in allen Ländern verfügbar, sodass ein europäischer Vergleich auf offizieller Ebene kaum möglich ist. Daher wird hier auf Informationen aus länderübergreifenden Befragungen zurückgegriffen. Für den Vergleich können der Commonwealth Fund International Health Policy Survey sowie die europäische Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (European Union Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC) herangezogen werden.

Beim Commonwealth Fund handelt es sich um eine US-amerikanische gemeinnützige Stiftung, die seit dem Jahr 1998 jährlich im Rahmen des sogenannten International Health Policy Surveys in elf (bzw. seit dem Jahr 2022 in zehn) Ländern wechselnde Zielgruppen zur Wahrnehmung des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems befragt. Die Ergebnisse der Befragung aus dem Jahr 2023, die sich auf die allgemeine Bevölkerung ab 18 Jahren bezieht, in Bezug auf Wartezeiten in der ambulanten Versorgung¹³ sind in Abbildung 9 dargestellt. Im Vergleich zu den Befragungen der Vorjahre zeigt sich, dass die Wartezeiten für einen Arzttermin in der ambulanten Versorgung in allen untersuchten Ländern im Jahr 2023 angestiegen sind. Deutschland schneidet im europäischen Vergleich aber weiterhin gut ab. Im Jahr 2023 gaben 51 % der Patienten in Deutschland an, dass sie am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin in der ambulanten Versorgung erhalten konnten, als sie das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigten. Die Niederlande belegt im Ländervergleich den ersten Platz mit einem nur unwesentlich höheren Anteil von 54 % der Patienten, die zeitnah einen Arzttermin erhielten. In Frankreich erhielten hingegen nur 36 % der Befragten zeitnah einen Termin beim Arzt.¹⁴

13 Bei dieser Frage wird nicht zwischen Haus- und Fachärzten unterschieden. Versichertenbefragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes haben jedoch gezeigt, dass die Wartezeiten auf einen Termin in Deutschland diesbezüglich erheblich variieren (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021; GKV-Spitzenverband 2024). So zeigen aktuelle Ergebnisse der Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahr 2024, dass 59 % der Befragten in Deutschland am gleichen oder am nächsten Tag einen Hausarzt und 21 % einen Facharzt konsultieren konnten (GKV-Spitzenverband 2024). Zudem wird nicht berücksichtigt, dass die Facharztstrukturen in den Ländern unterschiedlich sind. Während Fachärzte in Deutschland sowohl in Praxen als auch in Krankenhäusern tätig sind („doppelte Facharztschiene“), arbeiten Fachärzte in anderen Ländern überwiegend in Krankenhäusern. Eine spezifischere Fragestellung wäre daher sinnvoll, um die Passgenauigkeit für das deutsche Gesundheitssystem und die Aussagekraft im Vergleich zu anderen Teilnehmerländern ohne „doppelte Facharztschiene“ zu erhöhen (IGES Institut 2021).

14 Im Dezember 2024 sind die Ergebnisse des International Health Policy Surveys 2024 veröffentlicht worden. Diese beziehen sich allerdings nicht auf die allgemeine Bevölkerung ab 18 Jahren, sondern auf die ältere Bevölkerung ab 65 Jahren. Zudem liegt der Fokus der Studie auf der Erschwinglichkeit von Gesundheitsleistungen, sodass Ergebnisse in Bezug auf Wartezeiten entweder nicht erhoben oder (noch) nicht veröffentlicht wurden.

Abbildung 9: Anteil der Befragten, die am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin in der ambulanten Versorgung erhielten

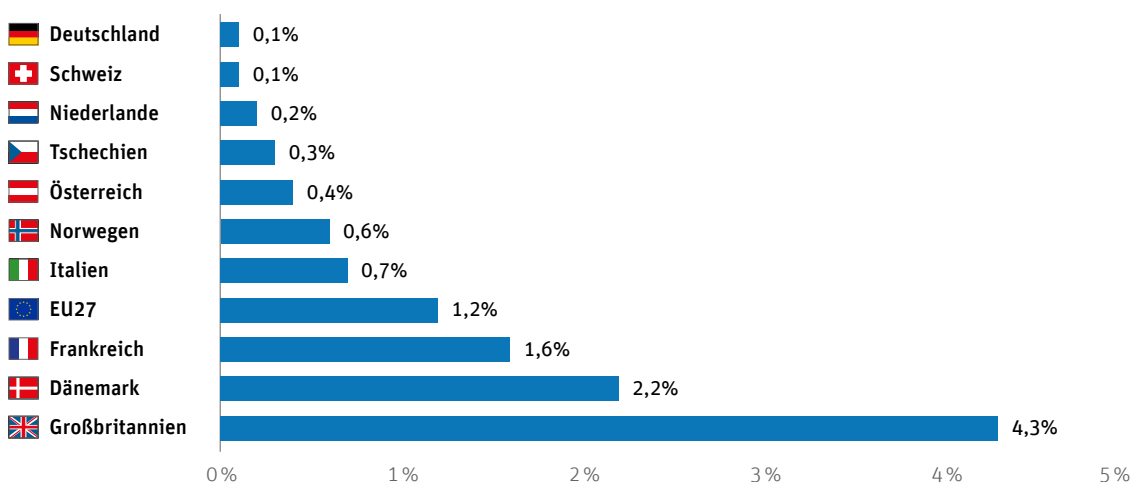


Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Befragten, die angaben, am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin in der ambulanten Versorgung erhalten zu haben, als sie das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigten. Die Daten stammen aus dem Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2023. Für die Länder Österreich, Norwegen, Dänemark, Tschechien und Italien sind keine Daten verfügbar.

Quelle: Eigene Darstellung auf in Anlehnung an Commonwealth Fund (2023).

Eine mögliche Folge von Wartezeiten ist ein ungedeckter Bedarf an medizinischer Versorgung. Die EU-SILC-Erhebung, die seit 2005 in allen EU-Mitgliedstaaten durchgeführt wird, gibt unter anderem Auskunft über den Anteil der Befragten, die ihren Bedarf an medizinischer Versorgung aufgrund zu langer Wartezeiten als nicht ausreichend gedeckt sehen (siehe Abbildung 10). In Großbritannien trifft dies auf 4,3 % der Bevölkerung zu, gefolgt von Dänemark mit 2,2 % und Frankreich mit 1,6 %. In den übrigen untersuchten Ländern geben weniger als 1 % der Bevölkerung an, dass ihr Bedarf an Gesundheitsversorgung aufgrund zu langer Wartezeiten nicht gedeckt ist. Der Anteil in Deutschland liegt lediglich bei 0,1 % (Eurostat 2024b).

Abbildung 10: Anteil der Bevölkerung, der seinen Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wartezeiten nicht gedeckt sieht



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Befragten, die angaben, dass sie ihren Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wartezeiten nicht gedeckt sehen. Die dargestellten Daten stammen aus der EU-SILC-Erhebung und beziehen sich auf das Jahr 2023 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus 2018.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Eurostat (2024b).

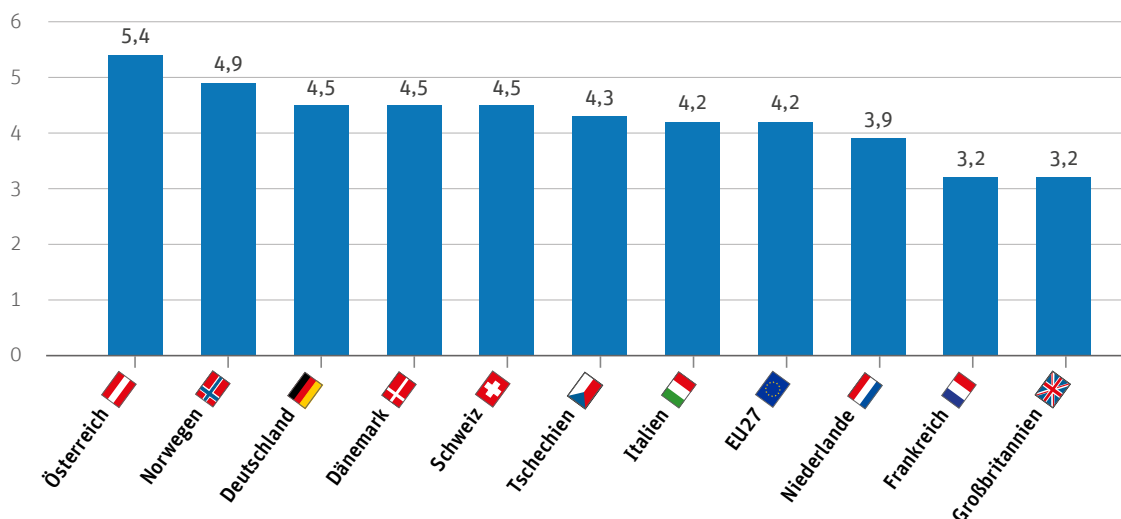
Die vorliegenden Befragungsergebnisse deuten darauf hin, dass Wartezeiten im deutschen Gesundheitssystem eine untergeordnete Rolle spielen und im europäischen Vergleich als gering einzuschätzen sind. In Großbritannien, Dänemark und Norwegen scheinen Wartezeiten hingegen ein größeres Problem darzustellen. Dies zeigen auch die Ergebnisse regelmäßiger OECD-Datenerhebungen auf Basis administrativer Daten zu Wartezeiten bei elektiven Eingriffen wie Knie- und Hüftersatz-OPs.¹⁵

3.1.4 Geografische Hindernisse

Neben Wartezeiten können geografische Hindernisse den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren. Neben der (regionalen) Verfügbarkeit von Personal und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z. B. Ärztedichte, Intensivbettenkapazität) spielt auch die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung (z. B. Fahrzeit, Entfernung) eine wichtige Rolle. Insbesondere in ländlichen, weniger dicht besiedelten Regionen kann der Zugang durchaus schwieriger sein.

Um einen ersten Überblick über potenzielle geografische Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erhalten, wird häufig die Ärztedichte herangezogen. Abbildung 11 zeigt die Ärztedichte in den untersuchten Ländern auf Basis von OECD-Daten. Einbezogen wurden alle aktiv praktizierenden Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzte im ambulanten und stationären Sektor. Österreich und Norwegen können mit 5,4 bzw. 4,9 Ärzten je 1.000 Einwohnern die höchste Ärztedichte unter den untersuchten Ländern vorweisen. Deutschland liegt mit 4,5 Ärzten je 1.000 Einwohnern gemeinsam mit Dänemark und der Schweiz an dritter Stelle und über dem EU-Durchschnitt von 4,2 Ärzten. Vergleichsweise wenig Ärztinnen und Ärzte finden sich in Frankreich und Großbritannien (jeweils 3,2 auf 1.000 Einwohner). Eine generelle Tendenz zu mehr oder weniger Ärzten je nach Finanzierung des Krankenversicherungssystems ist nicht zu erkennen.

Abbildung 11: Ärztedichte



Hinweis: Die Abbildung zeigt die Ärztedichte (=Anzahl der Ärztinnen und Ärzte je 1.000 Einwohner). Einbezogen wurden alle aktiv praktizierenden Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzte im ambulanten und stationären Sektor („Practising Physicians“). Die dargestellten Daten stammen aus der EU-SILC-Erhebung und beziehen sich auf das Jahr 2023 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus 2018.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD/European Commission (2024).

¹⁵ Die durchschnittlichen Wartezeiten für Hüft- und Knieersatz-OPs lagen in Dänemark im Jahr 2023 bei 79 bzw. 107 Tagen. In Großbritannien mussten Patienten im Jahr 2019 im Durchschnitt 118 Tage auf eine Hüftersatz-OP und 127 Tage auf Knieersatz-OP warten. Noch höhere Wartezeiten müssen in Norwegen eingeplant werden (Hüftersatz-OP: 192 Tage, Knieersatz-OP: 237 Tage). In Italien hingegen sind die Wartezeiten mit jeweils 81 Tagen deutlich kürzer (OECD 2024a).

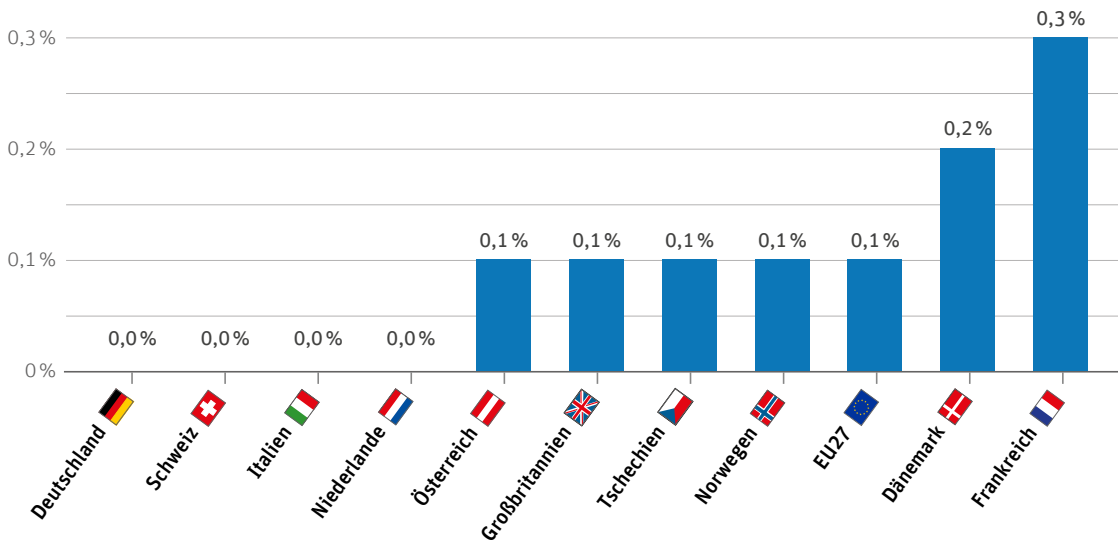
Eine hohe Ärztedichte bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass der regionale Bedarf im jeweiligen Land gedeckt ist. In allen EU-Ländern gibt es regionale Unterschiede in der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten. So lassen diese sich deutlich häufiger in urbanen als in ländlichen Regionen nieder (OECD 2020a). Diese ungleiche Verteilung führt dazu, dass Menschen in ländlichen Gegenden nicht nur mit größeren Entfernungen und längeren Fahrtzeiten, sondern in der Folge auch mit höheren Kosten konfrontiert sind, wenn sie medizinische Versorgung benötigen (Mseke et al. 2024). In diesem Zusammenhang haben Weiss et al. (2020) herausgefunden, dass 9 % der Weltbevölkerung eine Gesundheitseinrichtung nicht innerhalb von einer Stunde erreichen können, wenn sie ein motorisiertes Verkehrsmittel zur Verfügung haben. Zu Fuß können 43 % der Weltbevölkerung eine Gesundheitseinrichtung nicht innerhalb einer Stunde erreichen. Weitere Studien zeigen darüber hinaus einen Zusammenhang zwischen größeren Entfernungen zu Gesundheitseinrichtungen und einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und in der Folge einem schlechteren Gesundheitszustand (Kelly et al. 2016).

Die OECD verwendet als Maß für die regionale Ungleichverteilung von Ärztinnen und Ärzten die Spannweite zwischen dem Minimum und dem Maximum der Ärztedichten in den sogenannten Territorial Level 2 (TL2)-Regionen eines Landes. Hierbei handelt es sich um die kleinste regionale Einheit, die für die Länder zur Verfügung steht. In den meisten Fällen sind dies die regionalen Verwaltungseinheiten auf nationaler Ebene, wie beispielsweise die Bundesländer in Deutschland. Unter den betrachteten Ländern wird die Rangliste im Jahr 2022 von Tschechien mit einer Spannweite von 4,7 angeführt. So ist die Ärztedichte in Prag fast doppelt so hoch wie im tschechischen Landesdurchschnitt. An zweiter Stelle liegen die Niederlande mit einer Spannweite von 4,3, während sich Österreich (2,7) und Deutschland (2,6) im Mittelfeld der betrachteten Länder bewegen. Am geringsten ist die regionale Ungleichverteilung in Italien (1,6), Norwegen (1,5), Frankreich (1,4) und Dänemark (1,4). Allerdings kann dieses Verteilungsmaß die Verteilungsungleichheit überzeichnen, da es empfindlich gegenüber Ausreißern ist und stark von großen Agglomerationsräumen beeinflusst wird, die in der Regel auch als Mitversorger für das Umland dienen (Arentz 2017). Um ein vollständigeres Bild der geografischen Verteilung von Ärztinnen und Ärzten zu erhalten, empfiehlt sich darüber hinaus eine Analyse auf subregionaler Ebene. Einige Länder haben hierfür eine Klassifizierung in städtische und ländliche Gebiete vorgenommen. OECD-Zahlen aus dem Jahr 2021 zeigen, dass die Unterschiede in der Ärztedichte zwischen städtischen und ländlichen Regionen in den untersuchten Ländern eher gering ausfallen (OECD 2023).¹⁶

Die (regionale) Ärztedichte an sich sagt jedoch nichts darüber aus, ob die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten den tatsächlichen Bedürfnissen der Bevölkerung in einem Land entspricht (Arentz 2017). Umfragen können in Bezug auf mögliche geografische Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und damit verbundene Versorgungsprobleme ergänzende Informationen liefern. Die Ergebnisse der EU-SILC-Erhebung deuten darauf hin, dass geografische Hindernisse in der Gesundheitsversorgung in den untersuchten Ländern jedoch eine untergeordnete Rolle spielen. In allen Ländern geben weniger als 0,5 % der Bevölkerung an, dass sie ihren Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wege zum Arzt nicht gedeckt sehen (siehe Abbildung 12). In Deutschland, der Schweiz, Italien und den Niederlanden wird der Anteil sogar mit 0 % angegeben. Eine Differenzierung der Ergebnisse nach städtischen und ländlichen Regionen zeigt keine wesentlichen Unterschiede (Eurostat 2024b).

16 In der OECD-Statistik ist die nach urbanen und ländlichen Regionen aufgeschlüsselte Ärztedichte nur für vier der untersuchten Länder verfügbar: Frankreich (Stadt: 3,8 vs. Land 2,5), Schweiz (Stadt: 5,1 vs. Land 4,0), Tschechien (Stadt: 5,4 vs. Land 4,4), Norwegen (Stadt: 5,8 vs. Land 5,0) (OECD 2023). Zudem sind die Klassifizierungen der ländlichen und städtischen Regionen in den Ländern unterschiedlich, was einen Ländervergleich schwierig macht.

Abbildung 12: Anteil der Bevölkerung, der seinen Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wege nicht gedeckt sieht



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Befragten, die angaben, dass sie ihren Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wege nicht gedeckt sehen. Die dargestellten Daten stammen aus der EU-SILC-Erhebung und beziehen sich auf das Jahr 2023 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus 2018.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Eurostat (2024b).

In Bezug auf geografische Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung ist der Ländervergleich aufgrund der eingeschränkten Datenverfügbarkeit nur begrenzt möglich. Die verfügbaren Informationen lassen dennoch den Schluss zu, dass geografische Hindernisse in den untersuchten Ländern kein ernstzunehmendes Problem darstellen, da der Großteil der EU relativ dicht besiedelt ist und viele Länder mittels Bedarfs- und Verteilungsplanung von Ärztinnen und Ärzten eine ausreichende Versorgungsdichte erreichen und einer ungleichen Verteilung entgegenwirken wollen (Ono et al. 2014). Auch wenn ein gewisses Stadt-Land-Gefälle sicherlich existiert, ist eine nahezu flächendeckende Versorgung in der Wahrnehmung der Bevölkerung in den untersuchten Ländern sichergestellt.

3.2 Gesundheitsausgaben

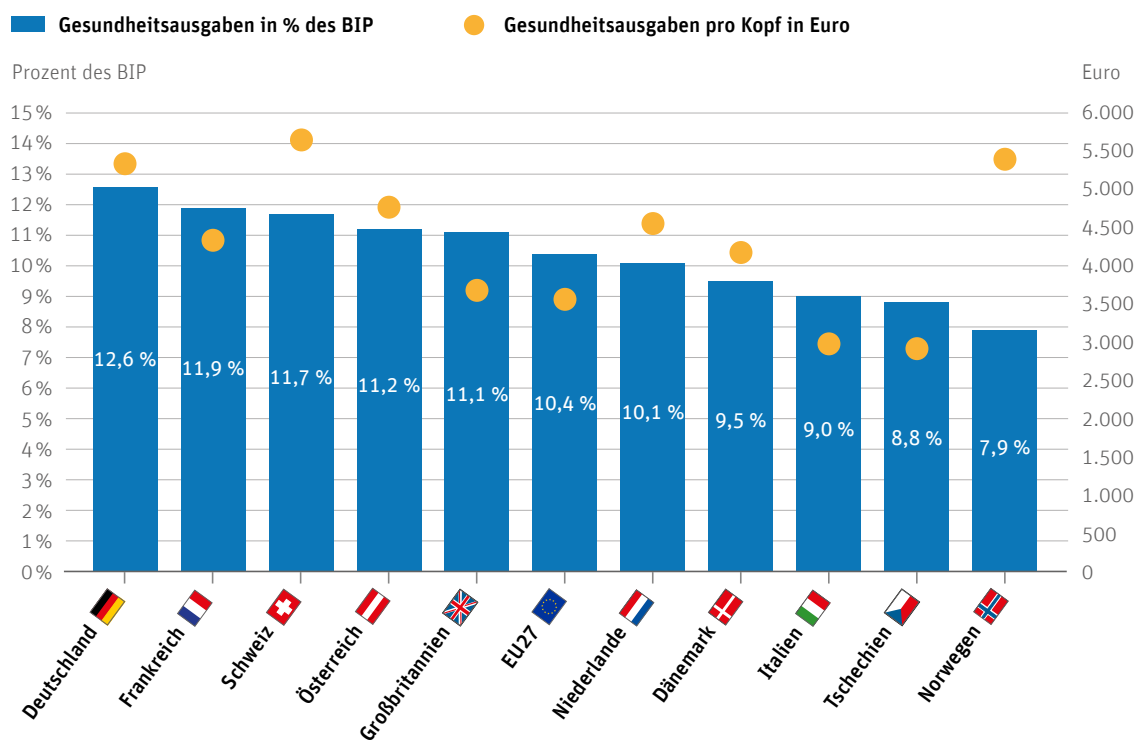
In direktem Zusammenhang mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung stehen die Gesundheitsausgaben. Die (laufenden) Gesundheitsausgaben messen den Endverbrauch von Waren und Dienstleistungen zum Zweck der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege einschließlich der Kosten der Verwaltung des Gesundheitssystems. Sie umfassen sowohl öffentliche Ausgaben durch staatliche oder obligatorische Krankenversicherungssysteme sowie private Ausgaben (private Zusatzversicherungen, Zuzahlungen privater Haushalte) (OECD 2023).

Um die Gesundheitsausgaben verschiedener Länder miteinander vergleichen zu können, wird üblicherweise das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) als Messgröße verwendet. Dieses Verhältnis variiert jedoch im Zeitverlauf in Abhängigkeit von der Entwicklung der Gesundheitsausgaben und dem Wirtschaftswachstum. So führte beispielsweise die COVID-19-Pandemie dazu, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im EU-Durchschnitt im Jahr 2020 um einen Prozentpunkt anstieg (von 9,9 % im Jahr 2019 auf 10,9 % im Jahr 2020), was auf schnell steigende Gesundheitsausgaben und eine Verlangsamung der Wirtschaftstätigkeit während der Pandemie zurückzuführen war. Im Jahr 2022 normalisierte sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP jedoch aufgrund des geringeren Bedarfs an pandemiebedingten Ausgaben und der Auswirkungen der Inflation wieder und lag im EU-Durchschnitt bei 10,4 %. Als weiterer Indikator für den Ressourceneinsatz eines Landes werden darüber hinaus die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben herangezogen. Um das Ausgabenniveau zwischen

den Ländern vergleichen zu können, werden die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in eine gemeinsame Währung umgerechnet und um die Kaufkraftunterschiede zwischen den nationalen Währungen bereinigt. Die Höhe der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben hängt dabei von einer Vielzahl demografischer, sozialer und wirtschaftlicher Faktoren sowie von der Finanzierungs- und Organisationsstruktur des Gesundheitssystems eines Landes ab (OECD 2023; OECD/European Commission 2024).

Abbildung 13 zeigt die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben sowie die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP im Jahr 2022 in den untersuchten Ländern. Deutschland führt das Ranking mit den höchsten Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP (12,6 %) an. Damit liegt Deutschland mehr als 2 Prozentpunkte über dem EU-Durchschnitt (10,4 %). Frankreich und die Schweiz folgen an zweiter und dritter Stelle und liegen mit jeweils 11,9 % bzw. 11,5 % des BIP fast gleichauf.¹⁷ Österreich und Großbritannien folgen im Ranking mit Gesundheitsausgaben von 11,2 % bzw. 11,0 % des BIP. Die Niederlande und Dänemark geben jeweils 10,1 % und 9,5 % ihres BIP für das Gesundheitswesen aus. Tschechien, Italien und Norwegen haben vergleichsweise geringere Gesamtausgaben zwischen 7,9 % und 9,0 % des BIP, die deutlich unter dem EU-Durchschnitt liegen.

Abbildung 13: Gesundheitsausgaben



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP (Balken) sowie die (kaufkraftbereinigten) Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Euro (Kreise). Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2024a).

Darüber hinaus zeigt Abbildung 13, dass die durchschnittlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 nur in Tschechien (2.884 Euro) und Italien (2.947 Euro) unter dem EU-Durchschnitt von knapp 3.500 Euro lagen. Bereinigt um Unterschiede in der Kaufkraft belegte die Schweiz mit Gesundheitsausgaben von 5.630 Euro pro Kopf im Ländervergleich den ersten Platz, gefolgt von Norwegen (5.376 Euro). Deutschland lag mit 5.317 Euro pro Kopf nur leicht dahinter an dritter Stelle.

¹⁷ Laut Schätzungen der OECD wird für das Jahr 2023 ein Rückgang der Gesundheitsausgaben in Deutschland erwartet. Mit einem Anteil von 11,8 % des BIP würde Deutschland damit hinter der Schweiz liegen, für die für 2023 Gesundheitsausgaben in Höhe von 12,0 % des BIP prognostiziert werden. Frankreich würde mit 11,6 % des BIP den dritten Platz im Ranking einnehmen (OECD 2024a).

3.3 Zwischenfazit

In fast allen EU-Mitgliedsstaaten existiert eine nahezu flächendeckende Grundabsicherung im Krankheitsfall. Im deutschen dualen Gesundheitssystem besteht eine Versicherungspflicht, wodurch de jure auch die gesamte Bevölkerung eingeschlossen ist. Im europäischen Vergleich zeichnet sich das deutsche Gesundheitssystem zudem durch einen der umfangreichsten Leistungskataloge aus. Während die Unterschiede in der Absicherung im ambulanten und stationären Sektor im europäischen Vergleich grundsätzlich weniger stark variieren, sticht das deutsche Gesundheitssystem insbesondere bei der zahnärztlichen Versorgung und bei der Arzneimittelversorgung positiv heraus. Zudem profitieren Patienten in Deutschland vom schnellsten Zugang und zugleich größten Angebot innovativer Arzneimittel. In vielen Ländern müssen sich Patienten zudem an den Behandlungskosten beteiligen. Im europäischen Vergleich sind die Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem allerdings gering bis moderat. Hinsichtlich organisatorischer und geografischer Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, wie langen Wartezeiten in der Gesundheitsversorgung oder großen Entfernungen zu Gesundheitseinrichtungen, ist ein Ländervergleich aufgrund begrenzter Daten nur eingeschränkt möglich. Die verfügbaren Informationen aus Befragungen legen jedoch nahe, dass solche Hindernisse in Deutschland eine untergeordnete Rolle spielen. Insgesamt bietet das deutsche Gesundheitssystem allen Versicherten einen weitgehend uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen und Innovationen. Im Ländervergleich belegt Deutschland beim Zugang zur Gesundheitsversorgung im Durchschnitt den ersten Platz (siehe Tabelle 4). Dies geht jedoch mit hohen Gesundheitsausgaben einher: Deutschland verzeichnet aktuell die höchsten Gesundheitsausgaben in der EU.

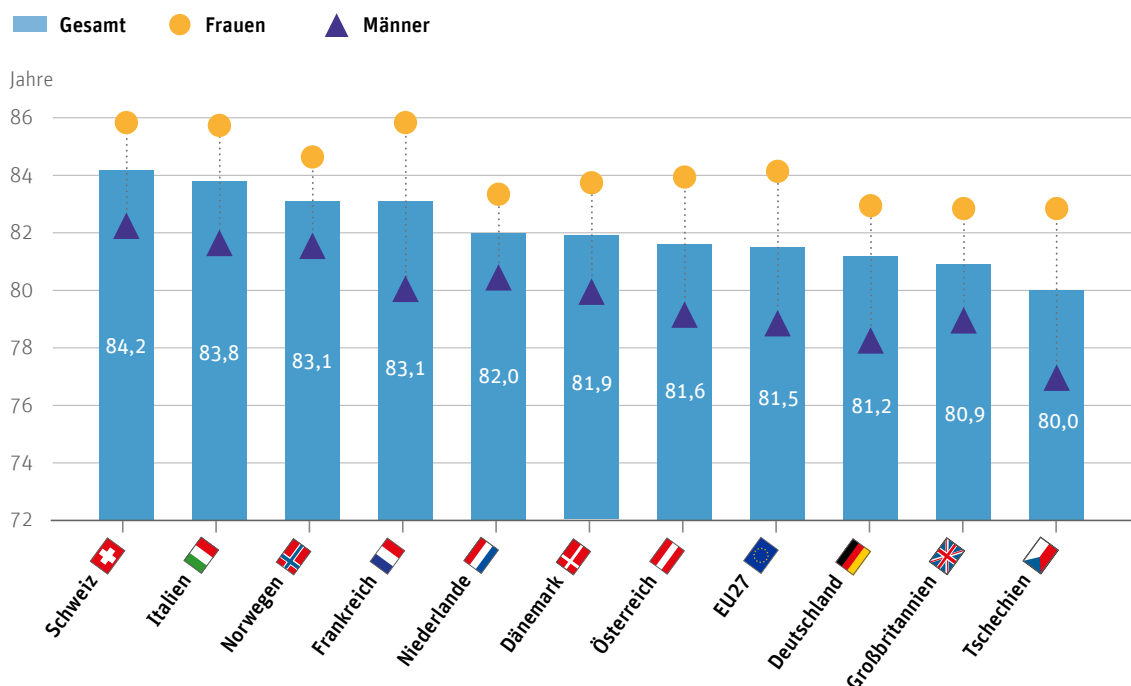
4 Gesundheitsergebnisse

In diesem Kapitel werden zentrale Gesundheitsergebnisse im europäischen Vergleich untersucht. Neben der Lebenserwartung steht dabei die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-, Krebs- und Atemwegserkrankungen im Fokus. Darüber hinaus werden die vermeidbare Sterblichkeit sowie die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands als ergänzende Indikatoren herangezogen, um ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Situation in den ausgewählten Ländern zu zeichnen.

4.1 Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt ist einer der am häufigsten genutzten Indikatoren für den allgemeinen Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Sie gibt an, wie viele Jahre ein neugeborenes Kind unter den derzeitigen Sterblichkeitsverhältnissen voraussichtlich leben würde. Basierend auf vorläufigen Daten von Eurostat für das Jahr 2023 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in den EU-Ländern 81,5 Jahre, wobei es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gab. Frauen haben in allen EU-Ländern eine deutlich höhere Lebenserwartung als Männer. Im Jahr 2023 lag die Lebenserwartung bei Geburt im EU-Durchschnitt bei 84,2 Jahren für Frauen und bei 78,9 Jahren für Männer. Abbildung 14 verdeutlicht, dass die Schweiz mit 84,2 Jahren die höchste Lebenserwartung unter den betrachteten Ländern aufweist. Damit verzeichnet die Schweiz auch die höchste Lebenserwartung innerhalb der gesamten EU (OECD/European Commission 2024). Darauf folgen Italien (83,8), Frankreich (83,1) und Norwegen (83,1). Auch die Niederlande (82,0), Dänemark (81,9) und Österreich (81,6) lagen über dem EU-Durchschnitt. In Deutschland betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2023 hingegen nur 81,2 Jahre (Frauen: 83,0 und Männer: 78,3) und lag damit leicht unter dem EU-Durchschnitt. Eine noch niedrigere Lebenserwartung unter den betrachteten Ländern weist nur Tschechien mit 80,0 Jahren auf (Frauen: 82,9 und Männer: 77,0).

Abbildung 14: Lebenserwartung bei Geburt



Hinweis: Die Abbildung zeigt die Lebenserwartung bei Geburt, d. h. die Anzahl an Jahren, die ein neugeborenes Kind unter den derzeitigen Sterblichkeitsverhältnissen voraussichtlich leben würde. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2023 oder das letzte verfügbare Jahr.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

4.2 Häufigste Todesursachen

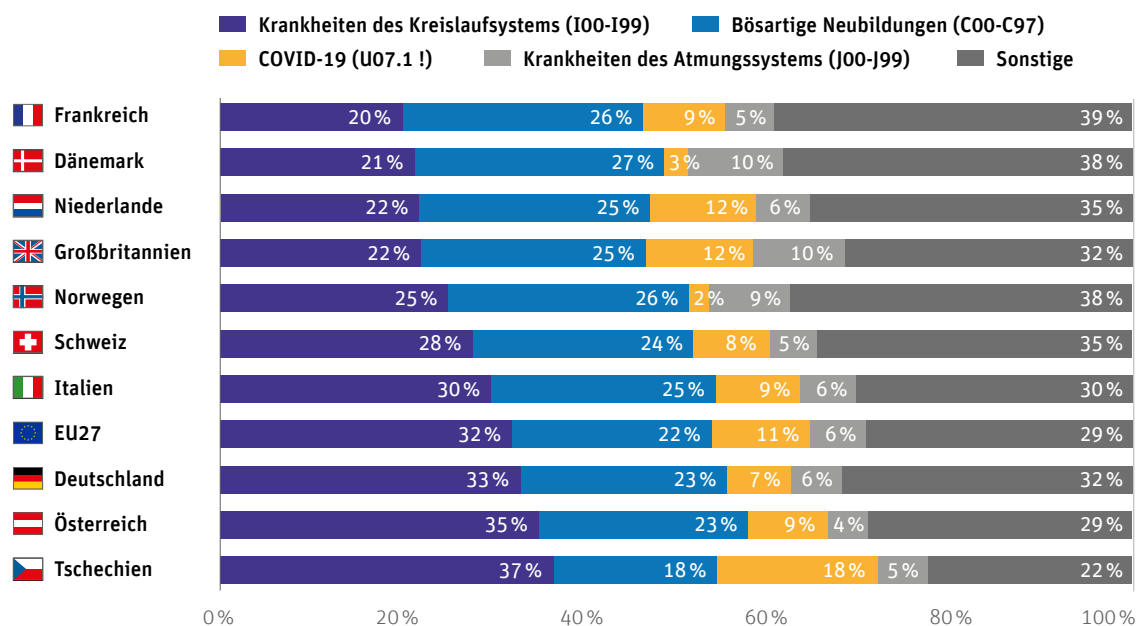
In den EU-Ländern sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs die beiden häufigsten Todesursachen, wobei erstere 32 % und letztere 22 % aller Todesfälle im Jahr 2021 ausmachten. COVID-19 war im Jahr 2021 die dritthäufigste Todesursache in der EU und für 11 % aller Todesfälle verantwortlich, was die enorme Bedeutung von COVID-19 für die individuelle Gesundheit und die Gesundheitssysteme der Länder in Europa zeigt.¹⁸ Die vierthäufigste Todesursache in den EU-Ländern waren Atemwegserkrankungen (ohne COVID-19), die 6 % aller Todesfälle verursachten (OECD/European Commission 2024). Laut WHO zählen Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel sowie eine ungesunde Ernährungsweise zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Neben diesen lebensstilbedingten Faktoren spielen auch Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung durch Feinstaub eine wichtige Rolle. Rauchen und Luftverschmutzung zählen darüber hinaus auch zu den wichtigsten Risikofaktoren für Atemwegserkrankungen (WHO 2021, 2022a, 2024a).

In allen untersuchten Ländern sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD I00-I99) und bösartige Neubildungen/Krebs (ICD C00-C97) die häufigsten Todesursachen. Allerdings variieren ihre Anteile erheblich (siehe Abbildung 15). So verzeichnete beispielsweise Tschechien mit einem Anteil von 37 % die meisten Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (526 Todesfällen pro 100.000 Einwohner), gefolgt von Österreich mit 35 % (345 Todesfällen pro 100.000 Einwohner). Deutschland lag im Jahr 2021 im Ländervergleich dicht dahinter mit einem Anteil von 33 % der Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (345 Todesfällen pro 100.000 Einwohner). Alle anderen Länder liegen unter dem EU-Durchschnitt (32 %). Den niedrigsten Anteil an Todesfällen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verzeichnete Frankreich, wo 20 % der gesamten Todesfälle auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen waren (170 Todesfällen pro 100.000 Einwohner).

Auch bei den Krebstodesfällen zeigen sich Unterschiede zwischen den Ländern: Während in Dänemark im Jahr 2021 etwa 27 % (271 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) und in Norwegen 26 % (220 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) der gesamten Todesfälle auf bösartige Krebserkrankungen (ICD C00-C97) zurückzuführen waren, war die Sterblichkeit aufgrund von Krebserkrankungen in Tschechien mit 18 % (257 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) vergleichsweise gering. In Deutschland lag der Anteil der Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen mit 23 % aller Todesfälle (236 Todesfällen pro 100.000 Einwohner) leicht über dem EU-Durchschnitt (22 %).

Zudem hatte COVID-19 im Jahr 2021 einen erheblichen Einfluss auf die Sterblichkeit in Europa. Im Durchschnitt waren 11 % der Todesfälle in den EU-Ländern auf COVID-19 zurückzuführen. In Tschechien war COVID-19 für 18 % der Todesfälle (254 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) verantwortlich. Darauf folgten Großbritannien und die Niederlande mit Anteilen von jeweils 12 %. In Norwegen und Dänemark hingegen wurden nur 2 % bzw. 3 % COVID-19-bedingte Todesfälle gemeldet. Deutschland lag mit einem Anteil von 7 % (73 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) unter dem EU-Durchschnitt und an dritter Stelle der untersuchten Länder.

18 Viele Menschen, die an einer COVID-19-Infektion sterben, wurden nie auf diese Krankheit getestet und tauchen somit nicht in den offiziellen Zahlen auf. Daher ist anzunehmen, dass deutlich mehr Menschen an COVID-19 verstorben als offiziell in Todesursachenstatistiken ausgewiesen sind. Nach einer Schätzung von The Economist (2022) fällt die Zahl der COVID-19-Todesfälle weltweit vermutlich um ein drei- bis fünffaches höher aus als die offiziellen Zahlen aufzeigen.

Abbildung 15: Häufigste Todesursachen

Hinweis: Die Abbildung zeigt die häufigsten Todesursachen, gemessen als Anteil der Todesfälle je Kategorie an den gesamten Todesfällen. Die Zahlen sind altersstandardisiert, um die Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2021 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus 2020.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

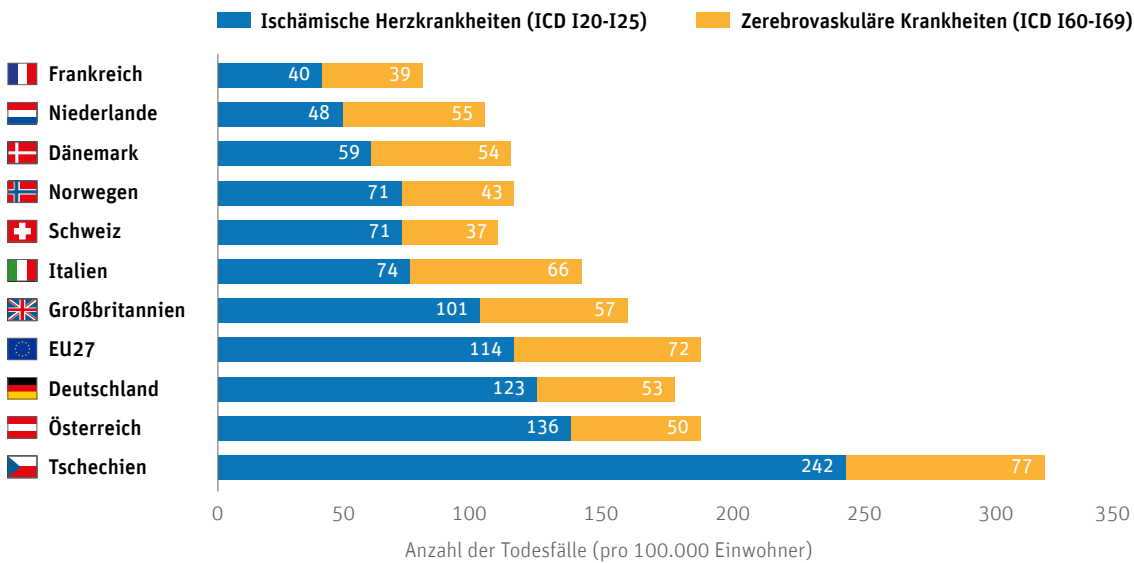
Krankheiten des Atmungssystems (ICD J00-J99), exklusive COVID-19, machen ebenfalls einen erheblichen Anteil der Todesfälle in den EU-Ländern aus, insbesondere in Dänemark und Großbritannien, wo die Anteile bei jeweils etwa 10 % der gesamten Todesfälle in den Ländern liegen. In Deutschland entfielen im Jahr 2021 etwa 6 % der Todesfälle auf Atemwegserkrankungen (58 Todesfälle pro 100.000 Einwohner). Damit liegt Deutschland leicht unter dem EU-Durchschnitt und im Mittelfeld der betrachteten Länder. Am geringsten ist der Anteil der Todesfälle durch Atemwegserkrankungen an der Gesamtzahl der Todesfälle in Österreich (4 %).

Auf sonstige Todesursachen entfielen im Jahr 2021 in den EU-Ländern durchschnittlich 29 % aller Todesfälle. Dabei machten externe Ursachen wie Unfälle, Selbstmorde und Tötungsdelikte einen erheblichen Anteil (5 % aller Todesfälle) aus. Weitere 5 % der Todesfälle waren auf Alzheimer (ICD G30) sowie andere Demenzerkrankungen (ICD F01-F03) zurückzuführen (OECD 2024b).

4.2.1 Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in den meisten EU-Ländern die häufigste Todesursache dar. Innerhalb dieser Kategorie sind ischämische Herzkrankheiten (ICD I20-I25) die führende Todesursache und für etwa ein Drittel aller Todesfälle (567.000) durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich. An zweiter Stelle stehen Schlaganfälle und sonstige zerebrovaskuläre Erkrankungen (ICD I60-I69), die zu 357.000 Todesfällen führten und damit etwas mehr als ein Fünftel aller Todesfälle in dieser Kategorie ausmachen (OECD/European Commission 2024).

Abbildung 16 zeigt die altersstandardisierte Zahl der Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten sowie Schlaganfälle und andere zerebrovaskuläre Erkrankungen pro 100.000 Einwohnern in den untersuchten zehn Ländern. Die Sterblichkeitsraten variieren deutlich zwischen den untersuchten europäischen Ländern, insbesondere bei ischämischen Herzerkrankungen. Tschechien verzeichnete im Jahr 2021 mit 242 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern die höchste Sterblichkeit durch ischämische Herzkrankheiten. Auch in Österreich (136 Todesfälle) und Deutschland (123 Todesfälle) lag die Zahl der Todesfälle über dem EU-Durchschnitt von 114 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern. Die wenigsten Todesfälle durch ischämische Herzerkrankungen verzeichneten Frankreich (40 Todesfälle) und die Niederlande (48 Todesfälle).

Abbildung 16: Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hinweis: Die Abbildung zeigt die Todesfälle aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten (ICD I20-I25) und Schlaganfällen und sonstigen zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD I60-I69) pro 100.000 Einwohnern. Die Zahl der Todesfälle ist altersstandardisiert, um die Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2021 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus 2018.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Eurostat (2024f).

Die Unterschiede bei der Sterblichkeit durch Schlaganfälle und andere zerebrovaskuläre Erkrankungen sind weniger stark ausgeprägt (siehe Abbildung 16). Tschechien wies auch in dieser Kategorie mit 77 Todesfällen pro 100.000 Einwohner die höchste Sterblichkeitsrate auf. Damit liegt Tschechien als einziges Land der untersuchten Länder über dem EU-Durchschnitt (72 Todesfälle). Darauf folgt Italien mit 66 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern. Die wenigsten Todesfälle aufgrund von Schlaganfällen wiesen die Schweiz (37 Todesfälle) und Frankreich (39 Todesfälle) auf. Deutschland bewegt sich im Mittelfeld der betrachteten Länder mit 53 Todesfällen durch Schlaganfälle und andere zerebrovaskuläre Erkrankungen pro 100.000 Einwohnern.

4.2.2 Sterblichkeit durch Krebserkrankungen

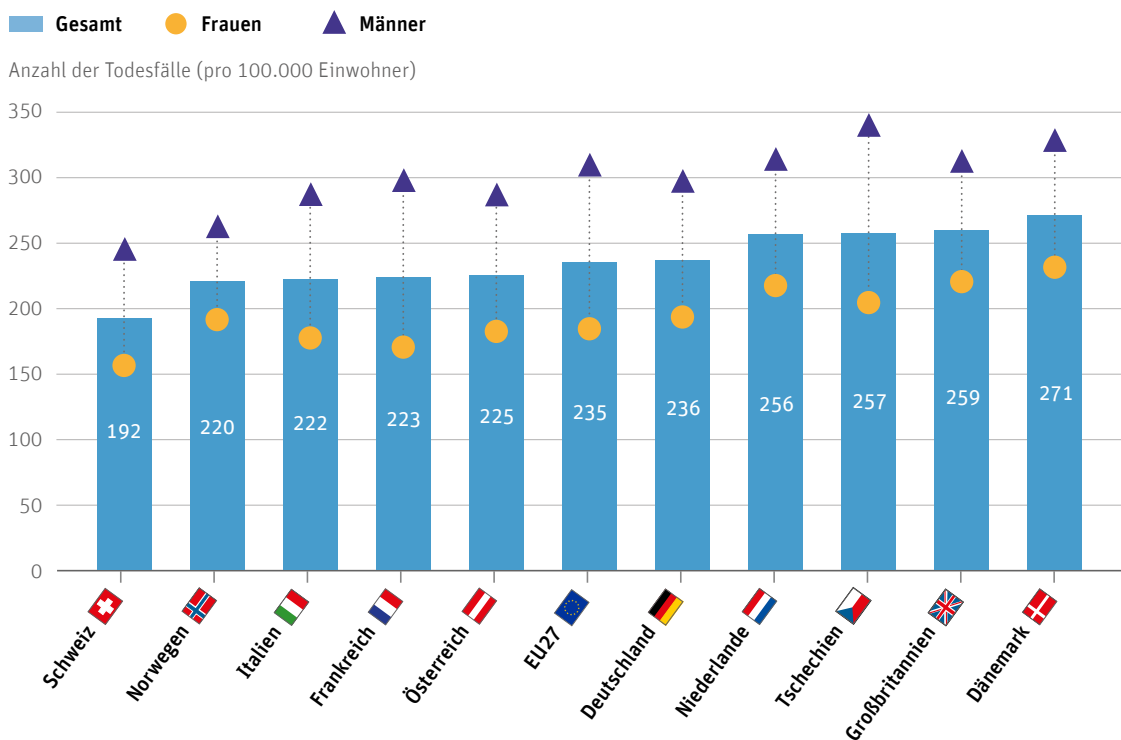
Krebs ist im EU-Durchschnitt nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Im Jahr 2021 starben in der EU etwa 1,15 Millionen Menschen an Krebs, was mehr als einem Fünftel der Todesfälle (22 %) entspricht. Lungenkrebs ist bei Männern mit Abstand die häufigste Krebstodesursache und war im Jahr 2021 für 23 % der Krebstodesfälle verantwortlich, gefolgt von Darmkrebs (12 %) und Prostatakrebs (11 %). Bei Frauen ist Brustkrebs die häufigste Todesursache mit 16 % aller Krebstodesfälle, dicht gefolgt von Lungenkrebs (15 %) und Darmkrebs (11 %) (OECD/European Commission 2024).

Abbildung 17 zeigt die altersstandardisierte Zahl der Todesfälle durch Krebserkrankungen (ICD C00-C97) pro 100.000 Einwohnern im Jahr 2021 in den untersuchten Ländern. Dänemark verzeichnete mit 271 Todesfällen die höchste Krebssterblichkeitsrate, gefolgt von Großbritannien (259 Todesfälle), Tschechien (257 Todesfälle), den Niederlanden (256 Todesfälle) und Deutschland (236 Todesfälle). Deutschland liegt damit leicht über dem EU-Durchschnitt von 235 Todesfällen pro 100.00 Einwohnern und im Ländervergleich im Mittelfeld (Platz 6). Die Schweiz verzeichnete mit 192 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern mit Abstand die niedrigste Sterblichkeitsrate aufgrund von Krebserkrankungen.

Im EU-Durchschnitt war die Krebssterblichkeit bei Männern im Jahr 2021 um 67 % höher als bei Frauen. Unter den untersuchten Ländern waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Frankreich besonders ausgeprägt, wo die Sterblichkeitsrate bei Männern etwa 74 % höher war als bei Frauen. In den anderen

Ländern fielen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern weniger stark aus und lagen unter EU-weiten Durchschnitt. Am geringsten waren die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Norwegen, Dänemark und Großbritannien.

Abbildung 17: Sterblichkeit durch Krebserkrankungen



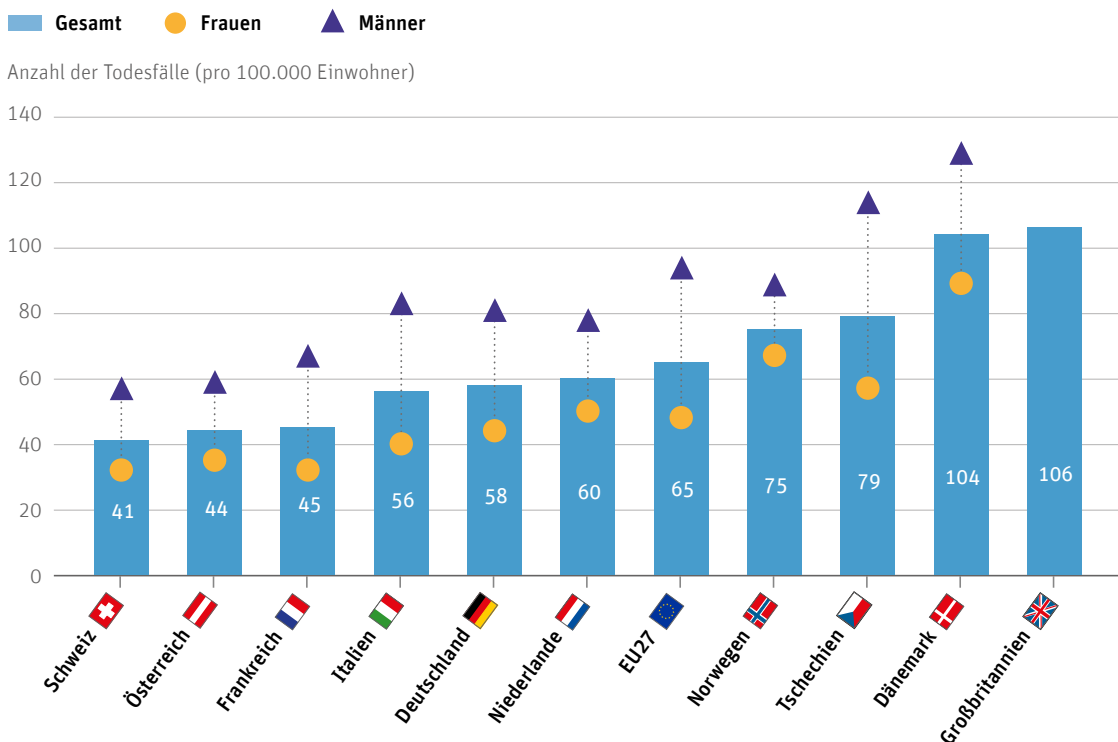
Hinweis: Die Abbildung zeigt die Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen (ICD C00-C97) pro 100.000 Einwohnern. Die Zahl der Todesfälle ist altersstandardisiert, um die Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2021 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus 2020.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Eurostat (2024f) und OECD (2024b).

4.2.3 Sterblichkeit durch Atemwegserkrankungen

Atemwegserkrankungen sind nach Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen die dritthäufigste bzw. während der COVID-19-Pandemie die vierthäufigste Todesursache in den EU-Ländern. Im Jahr 2021 starben in der EU etwa 325.000 Menschen an Atemwegserkrankungen, was etwa 6 % aller Todesfälle entspricht. Innerhalb dieser Kategorie sind die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Lungenentzündung die häufigsten Todesursachen, die für jeweils 2 % der Todesfälle in der EU verantwortlich waren. Rauchen ist der Hauptrisikofaktor für Asthma, COPD und andere Atemwegserkrankungen (OECD 2024b; Eurostat 2024f).

Im Durchschnitt der EU-Länder waren im Jahr 2021 rund 65 Todesfälle pro 100.000 Einwohnern auf Atemwegserkrankungen zurückzuführen. Abbildung 18 zeigt die altersstandardisierte Zahl der Todesfälle durch Atemwegserkrankungen pro 100.000 Einwohnern im Jahr 2021 in den betrachteten Ländern. Großbritannien (106 Todesfälle) und Dänemark (104 Todesfälle) verzeichneten die höchsten Sterblichkeitsraten aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems, gefolgt von Tschechien und Norwegen, die ebenfalls über dem EU-Durchschnitt liegen. Deutschland bewegt sich im Mittelfeld der Vergleichsländer mit 58 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern aufgrund von Atemwegserkrankungen. Deutschland liegt damit leicht unter dem EU-Durchschnitt. Die Schweiz verzeichnete mit 41 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern die niedrigste Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen, gefolgt von Österreich (44 Todesfälle) und Frankreich (45 Todesfälle).

Abbildung 18: Sterblichkeit durch Atemwegserkrankungen

Hinweis: Die Abbildung zeigt die Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen (ICD J00-J99) pro 100.000 Einwohnern. Die Zahl der Todesfälle ist altersstandardisiert, um die Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2021 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus 2020 und nicht nach Geschlecht aufgeschlüsselt verfügbar. Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Eurostat (2024f) und OECD (2024b).

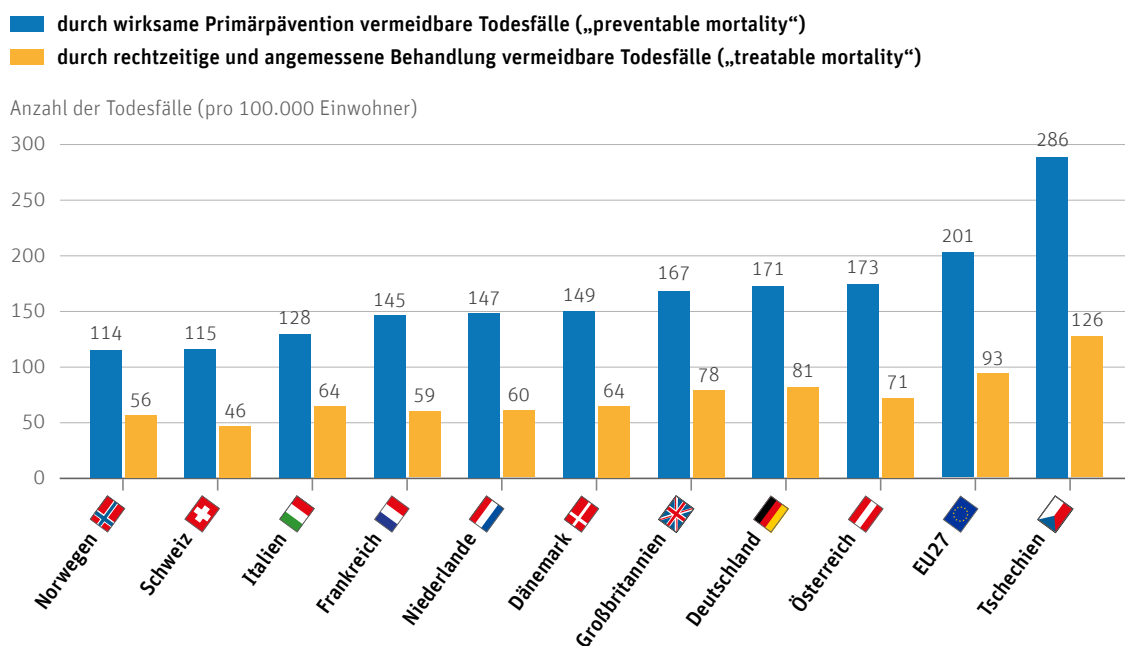
4.3 Vermeidbare Sterblichkeit

Neben der Lebenserwartung wird häufig die vermeidbare Sterblichkeit („avoidable mortality“) als Indikator für die gesundheitlichen Lage der Bevölkerung herangezogen. Der Indikator misst die Qualität von Gesundheitssystemen, indem er die Zahl der Todesfälle erfasst, die entweder durch wirksame Primärprävention und andere Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens vor dem Ausbruch von Krankheiten („preventable mortality“) oder durch rechtzeitige und angemessene Behandlung nach dem Ausbruch von Krankheiten („treatable mortality“) hätten verhindert werden können. Im Jahr 2021 galt fast ein Viertel der Todesfälle (etwa 1,26 Millionen Todesfälle) in der EU als vermeidbar. Mehr als 860.000 Todesfälle davon wären durch eine wirksame Primärprävention vermeidbar gewesen, während etwa 400.000 Todesfälle durch eine angemessene und rechtzeitige Behandlung hätten verhindert werden können (OECD/European Commission 2024).

Im Jahr 2021 war COVID-19 die häufigste Ursache für durch Prävention vermeidbare Todesfälle bei Menschen unter 75 Jahren und verantwortlich für 24 % dieser Sterbefälle. Auf die vier führenden Ursachen vermeidbarer Sterblichkeit COVID-19, Lungenkrebs, ischämische Herzkrankheiten und alkoholbedingte Todesfälle entfiel mehr als die Hälfte (56 %) aller vermeidbaren Todesfälle in der EU. Weitere wichtige Ursachen für durch Prävention vermeidbare Todesfälle sind Schlaganfall, Unfälle, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Selbstmord. Auf die vier häufigsten behandelbaren Todesursachen ischämische Herzkrankheit, Darmkrebs, Brustkrebs und Schlaganfall entfiel im Jahr 2021 mehr als die Hälfte aller behandelbaren Todesursachen (OECD 2024). Weitere 17 % aller behandelbaren Todesfälle waren auf Lungenentzündung, Hypertonie und Diabetes zurückzuführen (OECD/European Commission 2024).

Abbildung 19 zeigt die altersstandardisierte Anzahl der durch wirksame Primärprävention bzw. durch rechtzeitige und angemessene Behandlung vermeidbaren Todesfälle pro 100.000 Einwohnern in den Vergleichsländern. Am geringsten war die durch Primärprävention vermeidbare Sterblichkeitsrate unter den betrachteten Ländern im Jahr 2021 in Norwegen, der Schweiz und Italien mit weniger als 130 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern unter 75 Jahren. Alle anderen Länder – mit Ausnahme von Tschechien – lagen ebenfalls unter dem EU-Durchschnitt von 201 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern. Tschechien verzeichnete mit Abstand die meisten durch Prävention vermeidbaren Todesfälle (286 Todesfälle), gefolgt von Österreich (173 Todesfälle) und Deutschland (171 Todesfälle).

Abbildung 19: Vermeidbare Sterblichkeit



Hinweis: Die Abbildung zeigt die Anzahl der durch wirksame Primärprävention bzw. durch rechtzeitige und angemessene Behandlung vermeidbaren Todesfälle pro 100.000 Einwohnern. Die Zahl der Todesfälle ist altersstandardisiert, um die Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen. Die OECD-Eurostat-Liste der ausgewählten als vermeidbar eingestuften Todesursachen nutzt eine Altersgrenze von 75 Jahren zur Bestimmung eines vermeidbaren vorzeitigen Todes, d. h. einbezogen werden Todesfälle im Alter von unter 75 Jahren. Die dargestellten Daten beziehen sich auf das Jahr 2021 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2020.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

Die wenigsten behandelbaren Todesfälle wiesen im Jahr 2021 die Schweiz, Norwegen und Frankreich mit weniger als 60 Todesfällen pro 100.000 Einwohner unter 75 Jahren auf. Im Vergleich der untersuchten Länder verzeichnete Tschechien mit 126 Todesfällen pro 100.000 Einwohnern mit Abstand die höchste Sterblichkeit, die durch rechtzeitige und angemessene Behandlung vermeidbar gewesen wäre. Alle übrigen Länder lagen unter dem EU-Durchschnitt von 93 behandelbaren Todesfällen pro 100.000 Einwohner. Deutschland wies mit 81 Todesfällen pro 100.000 Einwohner die zweithöchste durch Behandlung vermeidbare Sterblichkeit auf und folgt damit auf Tschechien.

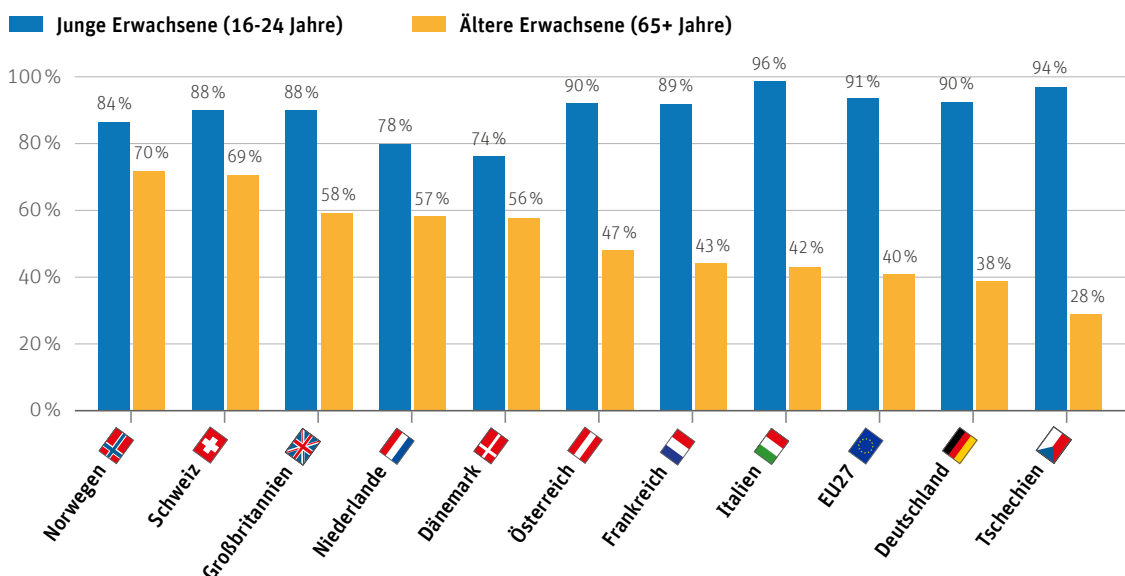
4.4 Selbstbewertete Gesundheit

Ein weiterer Indikator zur Bewertung des physischen und psychischen Gesundheitszustands in einer Bevölkerung ist die Selbsteinschätzung der Gesundheit. Trotz ihres subjektiven Charakters steht die selbstbewertete Gesundheit in engem Zusammenhang mit Morbidität und Multimorbidität und stellt einen zuverlässigen Prädiktor für den zukünftigen medizinischen Versorgungsbedarf sowie für die Sterblichkeit dar (DeSalvo et al. 2006; Palladino et al. 2016). Die meisten EU-Länder führen regelmäßig Erhebungen durch, bei denen danach gefragt wird, wie die Befragten ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein-

schätzen.¹⁹ Beim länderübergreifenden Vergleich der Befragungsergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Selbsteinschätzung der Gesundheit von kulturellen und soziodemografischen Faktoren beeinflusst wird. Da ältere Menschen ihren Gesundheitszustand tendenziell schlechter bewerten als jüngere, kann in Ländern mit einem höheren Anteil älterer Menschen der Anteil derjenigen, die sich als gesund einschätzen, entsprechend niedriger ausfallen. Um einen aussagekräftigen Vergleich zwischen den Ländern zu ermöglichen, werden die Ergebnisse daher im Folgenden für zwei Altersgruppen dargestellt.

Abbildung 20 zeigt die Befragungsergebnisse für junge Erwachsene im Alter von 16 bis 24 Jahren und für die ältere Bevölkerung ab 65 Jahren. Im Durchschnitt gaben nur etwa 40 % der älteren Erwachsenen in der EU im Jahr 2023 an, bei sehr guter oder guter Gesundheit zu sein. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Ländern. Während in Norwegen knapp 70 % und in der Schweiz knapp 69 % der Befragten ihren Gesundheitszustand positiv einschätzten, bewerteten in Frankreich nur 43 % und in Italien nur 42 % der Befragten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. In Deutschland gaben nur knapp 38 % der älteren Befragten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut an, womit Deutschland im Ländervergleich an vorletzter Stelle liegt. Den niedrigsten Wert verzeichnete Tschechien, wo lediglich 28 % der älteren Erwachsenen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzten.

Abbildung 20: Anteil der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der befragten jungen Erwachsenen (16-24 Jahre) und älteren Erwachsenen (ab 65 Jahren), die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ bewerten. Die dargestellten Daten stammen aus der EU-SILC-Erhebung (Eurostat 2024e) und beziehen sich auf das Jahr 2023 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2018.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Eurostat (2024e).

Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 16 bis 24 Jahren fällt die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands deutlich positiver aus. Im Gegensatz zu den älteren Erwachsenen, bei denen die Unterschiede zwischen den Ländern groß sind, liegen die Werte bei den jungen Erwachsenen näher beieinander. Im EU-Durchschnitt bewerteten 91 % der Befragten in dieser Altersgruppe ihre Gesundheit als sehr gut oder gut. Dennoch liegen mit Tschechien (94 %) und Italien (96 %) nur zwei der in den Ländervergleich eingeschlossenen Länder über dem EU-Durchschnitt. In Deutschland bewerteten fast 90 % der jungen Erwachsenen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut, womit Deutschland knapp unter dem

¹⁹ In den OECD-Ländern wird den Umfrageteilnehmern in der Regel eine Frage wie die folgende gestellt: „Wie steht es um Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“. In den meisten anderen OECD-Ländern ist die Antwortskala symmetrisch, mit den Antwortkategorien „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ (OECD 2023).

EU-Durchschnitt und im Ländervergleich an dritter Stelle liegt. Auf den hinteren Plätzen befinden sich Dänemark mit 74 % und die Niederlande mit 78 % der jungen Erwachsenen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut bewerten.

4.5 Zwischenfazit

Deutschland verfügt über eines der leistungsstärksten und zugleich teuersten Gesundheitssysteme in Europa, das sich durch einen sehr guten Systemzugang auszeichnet. Trotz dieser Stärken schneidet Deutschland bei zentralen Gesundheitsindikatoren wie der Lebenserwartung bei Geburt, der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der vermeidbaren Sterblichkeit aber vergleichsweise schlecht ab. Auch bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands liegt Deutschland insbesondere in der älteren Bevölkerung im europäischen Vergleich weit zurück. Im Durchschnitt liegt Deutschland in Bezug auf die Gesundheitsergebnisse im Ländervergleich nur auf Platz 7 von 11 (siehe Tabelle 4). Ein Vergleich der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu den erzielten Gesundheitsergebnissen zeigt, dass Frankreich mit ähnlich hohen Gesundheitsausgaben deutlich bessere Ergebnisse erreicht. So ist die Lebenserwartung bei Geburt in Frankreich etwa zwei Jahre höher und die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-, Krebs- und Atemwegserkrankungen deutlich geringer als in Deutschland. Länder wie Norwegen oder Italien erzielen sogar mit geringeren finanziellen Mitteln deutlich bessere Resultate.

5 Risikofaktoren für die Gesundheit

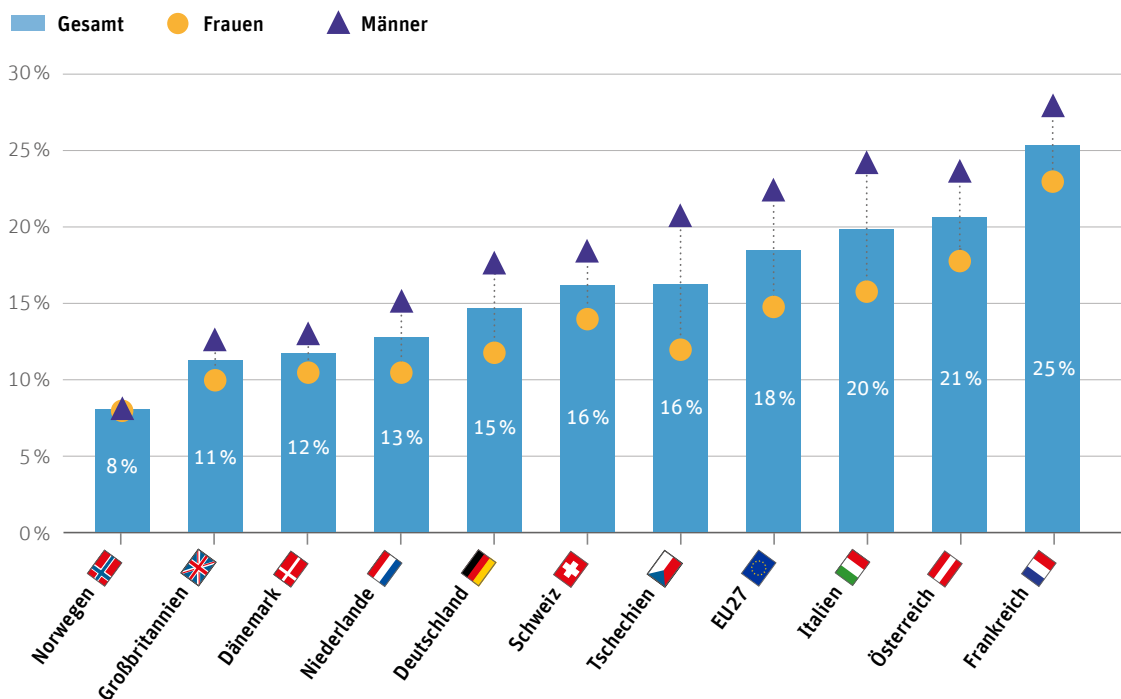
Eine mögliche Erklärung für die oben dargestellte Diskrepanz zwischen der Höhe der Gesundheitsausgaben und den erzielten Gesundheitsergebnissen könnten gesundheitliche Risikofaktoren sein. Verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Rauchen, ungesunde Ernährung, Alkoholkonsum und Bewegungsmangel sowie Übergewicht und Fettleibigkeit zählen zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Gesundheit. Im Jahr 2019 waren in Deutschland etwa 40 % der Todesfälle auf solche Risikofaktoren zurückzuführen. Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung sind ebenfalls für eine erhebliche Zahl von Todesfällen in Deutschland verantwortlich: Rund 3 % der Todesfälle in Deutschland im Jahr 2019 wurden durch Ozon- und Feinstaubbelastung verursacht (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Der Fokus dieser Arbeit liegt auf den verhaltensbedingten Risikofaktoren, die im Folgenden im Ländervergleich analysiert werden.

5.1 Rauchen

Rauchen bzw. Tabakkonsum war mit fast 500.000 Todesfällen im Jahr 2021 die führende Ursache für vermeidbare Todesfälle in der EU und stellt einen wesentlichen Risikofaktor für zahlreiche Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen dar. Zudem trägt er erheblich zur Entstehung verschiedener Krebsarten bei, insbesondere von Lungenkrebs, der im Jahr 2021 fast 20 % aller Krebstodesfälle in der EU ausmachte (IHME 2024; OECD/European Commission 2024).

Um den Tabakkonsum einzudämmen, wurden in den letzten zehn Jahren auf nationaler Ebene in vielen EU-Ländern verschiedene Maßnahmen eingeführt, wie z. B. rauchfreie Zonen, Werbeverbote und Verbrauchssteuererhöhungen. Ergänzt wurden diese nationalen Maßnahmen durch die EU-Tabakprodukttrichtlinie 2014/40/EU und die EU-Richtlinie 2011/64/EU über die Struktur und die Sätze der Verbrauchsteuern auf Tabakwaren, mit der EU-weite Maßnahmen wie vermehrte Gesundheitswarnungen, Werbebeschränkungen und die Vorschrift eines Mindestverbrauchsteuersatzes für Tabakwaren eingeführt wurden (OECD/European Commission 2024).

Obwohl der Anteil täglicher Raucher in letzten zehn Jahren in fast allen EU-Ländern zurückgegangen ist, rauchten im Jahr 2022 noch durchschnittlich 18 % der Erwachsenen in den EU-Ländern täglich. Im Vergleich dazu waren es im Jahr 2012 durchschnittlich 22 %. Zu den Ländern mit den größten Rückgängen (von mehr als 6 Prozentpunkten) zählen Deutschland und Tschechien (OECD/European Commission 2024). Die Raucherquoten variierten im Jahr 2022 erheblich zwischen den untersuchten Ländern (siehe Abbildung 21). Frankreich verzeichnete im Ländervergleich mit 25 % den höchsten Anteil an täglichen Rauchern, gefolgt von Österreich (21 %) und Italien (20 %). In den übrigen Ländern lag die tägliche Raucherquote unter dem EU-Durchschnitt. Deutschland befand sich mit einem Raucheranteil von 15 % im Mittelfeld. Den geringsten Anteil an täglichen Rauchern wies Norwegen (8 %) auf. Grundsätzlich ist Rauchen in den EU-Ländern mit durchschnittlich 22 % unter Männern verbreiteter als unter Frauen (15 %). Der geschlechtsspezifische Unterschied ist in Italien und Tschechien am stärksten ausgeprägt, während Männer und Frauen in Norwegen etwa zu gleichen Anteilen rauchen. In Großbritannien und Dänemark sind die Unterschiede ebenfalls sehr gering.

Abbildung 21: Anteil der Erwachsenen, die angaben, täglich zu rauchen

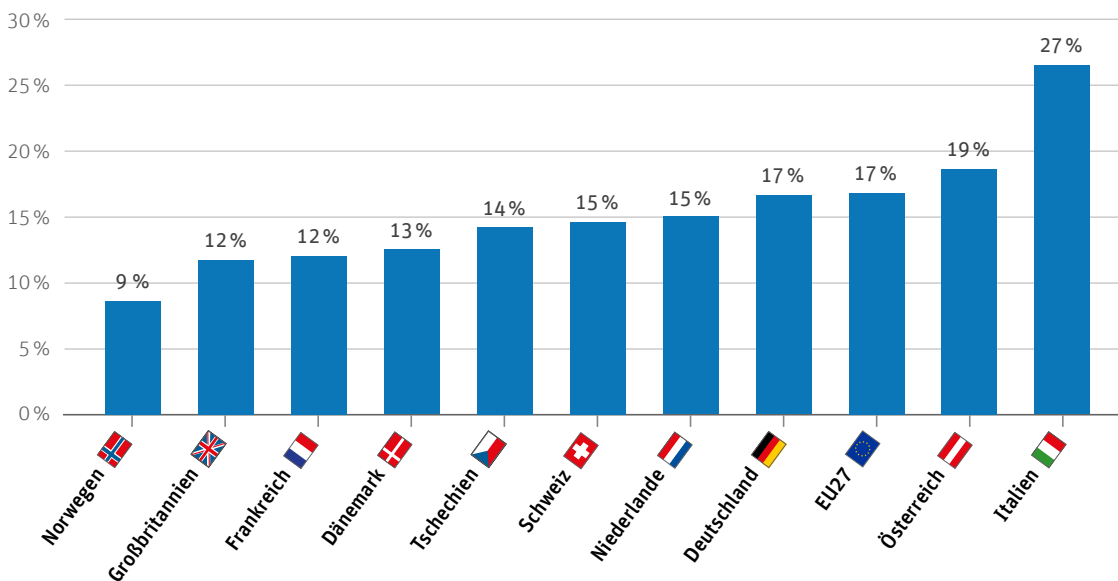
Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Befragten im Alter ab 15 Jahren, die angaben, täglich Tabak zu konsumieren bzw. zu rauchen. Diese Definition schließt andere Formen rauchloser Tabakprodukte (z. B. Snus/Oraltabak) aus, der in bestimmten Ländern wie Norwegen und Schweden verwendet wird. Die dargestellten Daten beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

Das Rauchverhalten hat seinen Ursprung häufig im Jugendalter. Personen, die bereits während der Jugend mit dem Rauchen anfangen, haben eine hohe Wahrscheinlichkeit, diese Gewohnheit auch im Erwachsenenalter fortzusetzen (Lydon et al. 2014). Im Vergleich zu Erwachsenen sind bei Jugendlichen weniger Zeit und eine geringe Menge an Zigaretten erforderlich, um eine Nikotinabhängigkeit zu entwickeln. Die Belastung durch Nikotin kann langfristige, schädliche Auswirkungen auf die Entwicklung des Gehirns haben. Zudem kann Rauchen das Lungenwachstum verzögern und die Lungenfunktion beeinträchtigen (WHO 2020b). Obwohl auch der Tabakkonsum unter Jugendlichen in den meisten EU-Ländern in den letzten Jahren rückläufig war, gab im Jahr 2022 immer noch etwa jeder sechste Jugendliche (17 %) im Alter von 15 Jahren an, im letzten Monat mindestens einmal geraucht zu haben. Im Jahr 2014 lag der Anteil noch bei 22 % (OECD/European Commission 2024). Unter den untersuchten Ländern verzeichnete Italien im Jahr 2022 den höchsten Anteil rauchender 15-Jähriger: Mehr als jeder vierte Jugendliche (27 %) in diesem Alter gab an, mindestens einmal pro Monat zu rauchen (siehe Abbildung 22). Dahinter folgen Österreich und Deutschland mit Anteilen von 19 % bzw. 17 %. Deutschland liegt damit nur knapp unter dem EU-Durchschnitt. In Norwegen gaben lediglich 9 % der 15-Jährigen an, im vergangenen Monat geraucht zu haben.

Während der Tabakkonsum in nahezu allen EU-Ländern rückläufig ist, hat der Gebrauch von E-Zigaretten/Vapes, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, deutlich zugenommen. E-Zigaretten erhitzen eine Flüssigkeit, um Aerosole zu erzeugen, die beim Konsum inhaliert werden. Diese sogenannten E-Liquids enthalten zwar keinen Tabak, jedoch häufig Nikotin – teils in sehr hohen Konzentrationen. Obwohl die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen des Konsums von E-Zigaretten bislang noch unzureichend erforscht sind, gibt es deutliche Hinweise darauf, dass die in den Liquids enthaltenen Aromen und Zusatzstoffe potenziell schädlich für die Gesundheit sein können. So werden E-Zigaretten unter anderem mit Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Verbindung gebracht (Jonas 2022; Sommer et al. 2024). Zudem besteht die Gefahr, dass diese Produkte für Nichtraucherinnen und Nichtraucher und

Abbildung 22: Anteil der Jugendlichen, die angaben, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal eine Zigarette geraucht zu haben



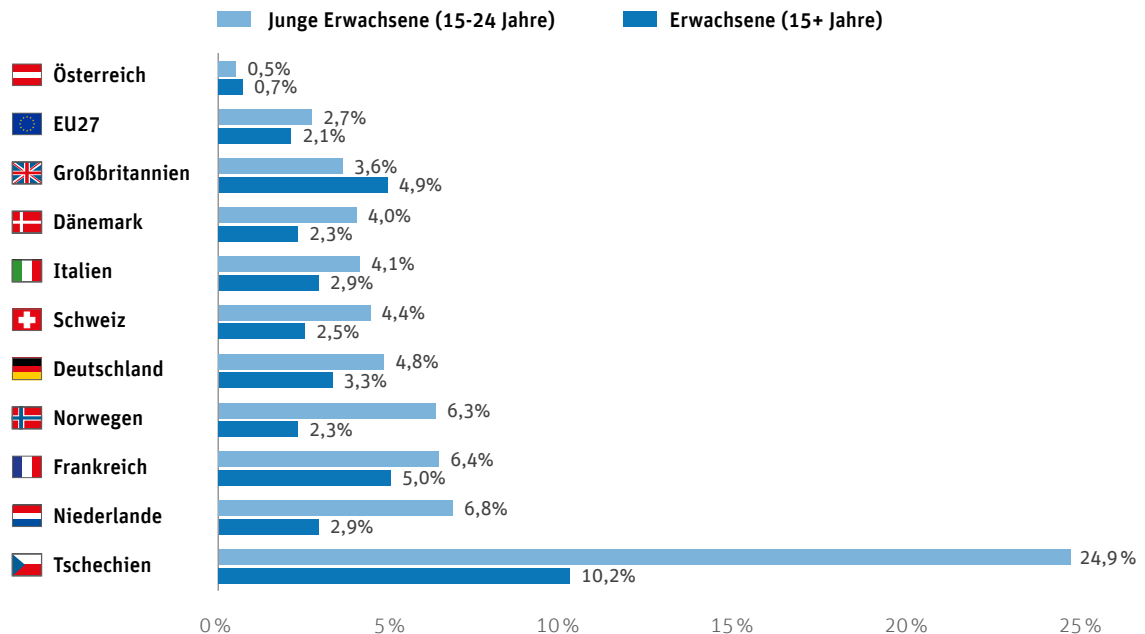
Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Jugendlichen im Alter von 15 Jahren, die angaben, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal eine Zigarette geraucht zu haben. Die dargestellten Daten stammen aus der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie (Charrier et al. 2024) und beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

insbesondere für Jugendliche ein Einstieg in die Nikotinsucht oder den Tabakkonsum darstellen könnten (Soneji et al. 2017; O'Brien et al. 2021; Martinelli et al. 2023). Darüber hinaus könnten Raucherinnen und Raucher zu einem sogenannten „Doppelkonsum“ von E-Zigaretten und herkömmlichen Tabakerzeugnissen verleitet werden könnten (Coleman et al. 2022). Laut einer Eurobarometer-Umfrage aus dem Jahr 2020 gaben fast 60 % der Befragten in den EU-Ländern an, sowohl herkömmliche Tabakprodukte als auch E-Zigaretten zu konsumieren (European Commission 2021). Studien weisen zudem darauf hin, dass der gleichzeitige Konsum von Zigaretten und E-Zigaretten mit erhöhten Gesundheitsrisiken verbunden ist, da die Konsumentinnen und Konsumenten dabei höheren Nikotin- und Schadstoffkonzentrationen ausgesetzt sind (Pisinger und Rasmussen 2022). Einige Länder haben daher bereits politische Maßnahmen zur Regulierung von Vaping-Produkten getroffen. Dazu gehören Altersbeschränkungen, Steuern, Rauchverbote in geschlossenen Räumen, Werbeverbote und Verkaufsvorschriften. Im Jahr 2014 verabschiedete die EU zudem eine Richtlinie, die die Herstellung und den Verkauf von E-Zigaretten strenger regelt, z. B. durch die Festlegung einer maximalen Nikotinkonzentration und verpflichtende Gesundheitswarnungen, die die Verbraucher darüber informieren, dass E-Zigaretten Nikotin enthalten. Einige Länder erwägen darüber hinaus ein vollständiges Verbot bestimmter Vaping-Produkte. So plant Belgien beispielsweise, den Verkauf von Einweg-E-Zigaretten bis 2025 zu verbieten (OECD/European Commission 2024).

Abbildung 23 zeigt den Anteil der Befragten, die angaben, im Jahr 2022 mindestens einmal im Monat E-Zigaretten genutzt zu haben, unterteilt nach Erwachsenen (ab 15 Jahren) und jungen Erwachsenen (15 bis 24 Jahre). Im Jahr 2022 waren in den EU-Ländern durchschnittlich 2,1 % der über 15-Jährigen regelmäßige Nutzer von E-Zigaretten. Unter den untersuchten Ländern verzeichnete Tschechien mit Abstand den höchsten Anteil (10,2 %). Darauf folgten Frankreich (5,0 %) und Großbritannien (4,9 %) mit deutlich geringeren Anteilen. In Deutschland lag der Anteil der über 15-Jährigen, die mindestens einmal im Monat E-Zigaretten nutzen bei 3,3 % und damit in der Nähe des EU-Durchschnitts. Österreich verzeichnete die wenigsten regelmäßigen Nutzer von E-Zigaretten (weniger als 1 %).

Abbildung 23: Anteil der Befragten, die angaben, mindestens einmal im Monat E-Zigaretten zu nutzen



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der jungen Erwachsenen (15-24 Jahre) und Erwachsenen (ab 15 Jahren), die angaben, mindestens einmal im Monat E-Zigaretten zu nutzen. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2022 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Deutschland und Österreich sind die letzten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2019.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

Während der Konsum von E-Zigaretten in den EU-Ländern insgesamt relativ niedrig ist, ist er unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlich höher (siehe Abbildung 23). In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen lag der durchschnittliche Anteil regelmäßiger Konsumentinnen und Konsumenten von E-Zigaretten im Jahr 2022 bei 2,7 %. In Tschechien war der Anteil in dieser Altersgruppe mit knapp 25 % mehr als doppelt so hoch wie in der gesamten Bevölkerung ab 15 Jahren und fast zehnmal so hoch wie der EU-Durchschnitt. Damit ist das Land der negative Spitzenreiter unter den untersuchten Ländern. Allerdings ging der starke Anstieg des E-Zigaretten-Konsums bei Jugendlichen in Tschechien in den letzten Jahren mit einem deutlichen Rückgang des Tabakkonsums einher (2014: 23 %, 2022: 14 %) (OECD/European Commission 2024). Darauf folgen die Niederlande (6,8 %), Frankreich (6,4 %) und Norwegen (6,3 %) mit Anteilen, die zwar deutlich niedriger sind, aber dennoch über dem EU-Durchschnitt liegen. Deutschland bewegt sich mit 4,8 % der 15- bis 24-Jährigen, die mindestens einmal im Monat E-Zigaretten nutzen, im Mittelfeld. Im Ländervergleich rauchen in Österreich die wenigsten Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren regelmäßige E-Zigaretten (0,5 %).

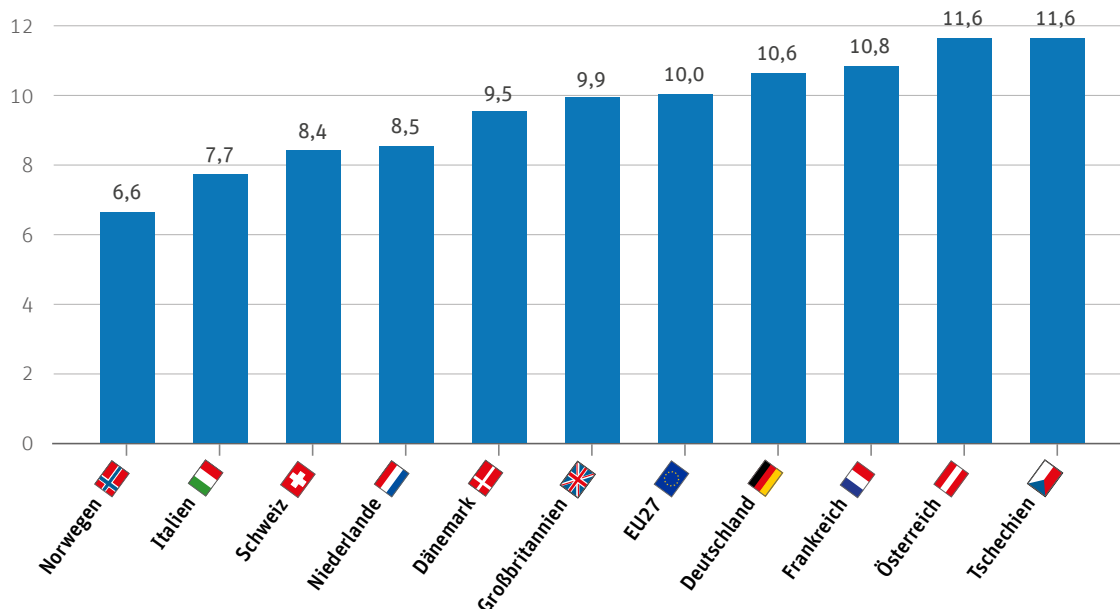
5.2 Alkoholkonsum

Alkoholkonsum zählt weltweit zu den führenden Ursachen für Tod und Behinderung. Insbesondere starker Alkoholkonsum ist ein wichtiger Risikofaktor für zahlreiche nicht übertragbare Krankheiten, darunter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Leber, Krebserkrankungen sowie psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Aber auch geringer oder moderater Alkoholkonsum kann das langfristige Risiko für diese Krankheiten erhöhen. Darüber hinaus geht ein erheblicher Anteil der durch Alkohol bedingten Krankheitslast und Todesfälle auf Verkehrsunfälle sowie absichtliche und unabsichtliche Verletzungen durch Stürze, Verbrennungen, sexuelle Übergriffe, Gewalt sowie Ertrinken, Tötungsdelikte und Suizid zurück (WHO 2024b). Darüber hinaus ist die wirtschaftliche Belastung durch Alkoholkonsum groß. Schätzungen zufolge werden in den EU-Ländern für die Bewältigung der durch Alkoholkonsum verursachten Schäden zwischen 0,4 % und 1,5 % des BIP aufgewendet (OECD/European Commission 2024).

Um dem Alkoholkonsum einzudämmen und Folgeschäden entgegenzuwirken, haben die EU-Länder in den vergangenen Jahren verschiedene politische Maßnahmen ergriffen. Dazu gehören Verbote und Beschränkungen für Alkoholwerbung in traditionellen und sozialen Medien, Besteuerung und Preisgestaltung von Alkoholprodukten sowie die Beschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol. Irland hat in dieser Hinsicht eine Vorreiterrolle übernommen, indem es im Jahr 2022 einen Mindestpreis pro Gramm Alkohol eingeführt hat, unter dem Alkohol nicht legal verkauft werden darf, um die Erschwinglichkeit von billigem Alkohol zu reduzieren. Auch in Schottland wurde eine solche Mindestpreisregelung für alkoholische Getränke eingeführt. Studien zeigen, dass der Alkoholverkauf in Schottland nach der Einführung der Maßnahme um fast 8 % zurückging und gleichzeitig die alkoholbedingten Todesfälle um 13,4 % sanken (Anderson et al. 2021; Wyper et al. 2023), was auf den Erfolg solcher Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums hindeutet. Zudem schreibt Irland als erstes Land weltweit ab 2026 eine umfassende Gesundheitskennzeichnung für Alkoholprodukte mit gut sichtbaren Informationen zum Kaloriengehalt und der Menge an enthaltenem Alkohol sowie Warnungen vor der mit Alkoholkonsum verbundenen Gefahr einer alkoholbedingten Leber- oder Krebserkrankung vor (OECD/European Commission 2024).

Gemessen an den Verkaufszahlen lag der Alkoholkonsum in den EU-Ländern im Jahr 2022 bei durchschnittlich 10,0 Litern pro Kopf und ist damit zwischen 2010 und 2022 nur leicht um 0,3 Liter gesunken (OECD/European Commission 2024). Abbildung 24 zeigt den durchschnittlichen Alkoholkonsum im Jahr 2022 in Litern Reinalkohol pro Kopf in der Bevölkerung ab 15 Jahren in den betrachteten Ländern. Österreich und Tschechien meldeten mit jeweils 11,6 Litern den höchsten Konsum pro Kopf, gefolgt von Frankreich (10,8 Liter). Ebenfalls über dem EU-Durchschnitt lag der Alkoholkonsum in Deutschland, wo im Jahr 2019 10,6 Liter Reinalkohol pro Person konsumiert wurden. Alle übrigen Länder lagen unter dem EU-Durchschnitt. Den niedrigsten Alkoholkonsum verzeichnete Norwegen mit 6,6 Litern Reinalkohol pro Kopf.

Abbildung 24: Alkoholkonsum in Liter pro Kopf in der Bevölkerung ab 15 Jahren



Hinweis: Die Abbildung zeigt den durchschnittlichen Alkoholkonsum, definiert als der jährliche Verkauf von Reinalkohol in Litern pro Person ab 15 Jahren, mit Ausnahme von Dänemark, wo der Alkoholkonsum für Personen ab 18 Jahren gemessen wird. Mit Ausnahme von Italien ist der Konsum durch Touristen eingeschlossen. Die dargestellten Daten beziehen sich auf das Jahr 2022 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Deutschland und Italien sind die letzten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2019.

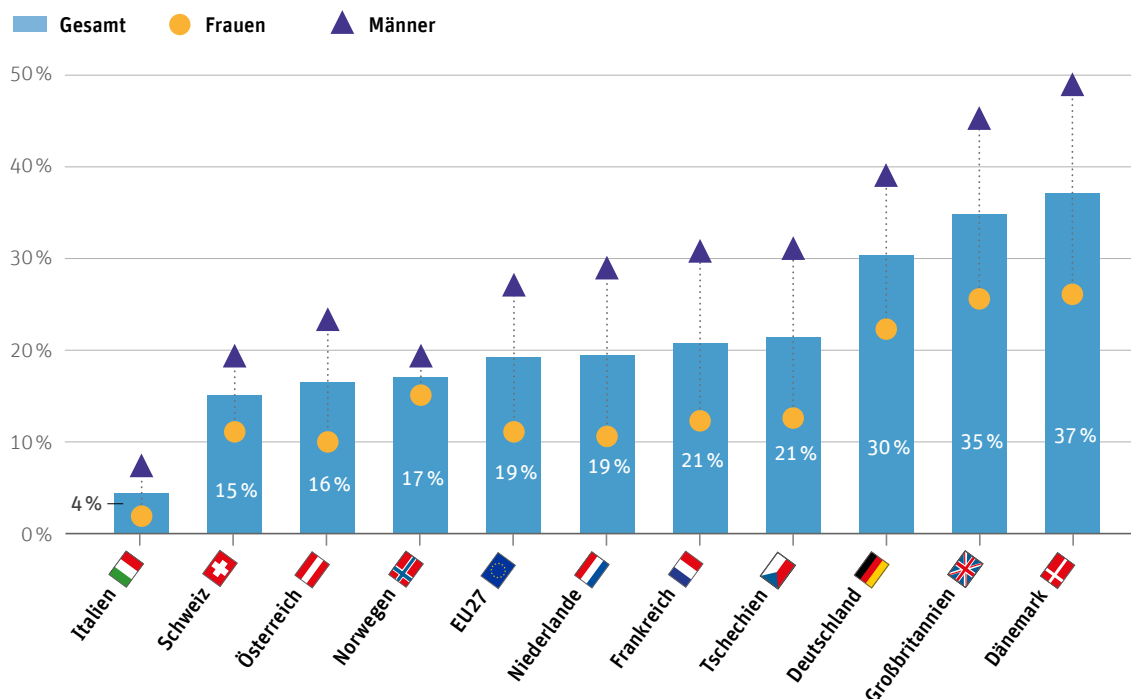
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

Ein zentraler Kritikpunkt bei der Messung des Alkoholkonsums anhand der Pro-Kopf-Verkaufszahlen ist, dass diese keine Rückschlüsse auf den tatsächlichen Konsum einzelner Personen oder Bevölkerungsgruppen ermöglichen. Sie zeigen weder, wie der Konsum innerhalb der Bevölkerung verteilt ist, noch

berücksichtigen sie individuelle Unterschiede wie Vielkonsum oder Abstinenz. Zudem können Verkaufszahlen durch Tourismus verzerrt werden, da in Ländern mit hohem Touristenaufkommen oft mehr Alkohol verkauft wird, als von der einheimischen Bevölkerung tatsächlich konsumiert wird. Hinzu kommt, dass nicht jeder gekaufte Alkohol tatsächlich konsumiert wird.

Die Daten zum Pro-Kopf-Alkoholkonsum ermöglichen somit zwar die Bewertung langfristiger Trends im internationalen Vergleich, lassen aber keine Aussagen zu schädlichen Mustern des Alkoholkonsums zu. Starker episodischer Alkoholkonsum (auch: Rauschtrinken, Binge-Drinking) ist in vielen EU-Ländern weit verbreitet. Im Jahr 2019 berichtete durchschnittlich fast jeder fünfte Erwachsene in der EU (19 %), mindestens einmal im Monat starken episodischen Alkoholkonsum zu haben (siehe Abbildung 25). Die Anteile unterscheiden sich jedoch erheblich zwischen den untersuchten europäischen Ländern. Während in Italien weniger als 5 % der Erwachsenen im Jahr 2019 angaben, von starkem episodischem Alkoholkonsum betroffen gewesen zu sein, erreichten die Werte in Großbritannien und Dänemark 35 % bzw. 37 %. Darauf folgte Deutschland mit einem Anteil von 30 % der Erwachsenen ab 18 Jahren, die angaben, mindestens einmal im Monat starken episodischen Alkoholkonsum zu haben. Im Durchschnitt der EU-Länder berichten Männer (27 %) deutlich häufiger als Frauen (11 %) von Rauschtrinken. In Norwegen und Italien war das geschlechterspezifische Gefälle allerdings gering.

Abbildung 25: Anteil der Erwachsenen, die angaben, in den letzten 30 Tagen starken episodischen Alkoholkonsum gehabt zu haben



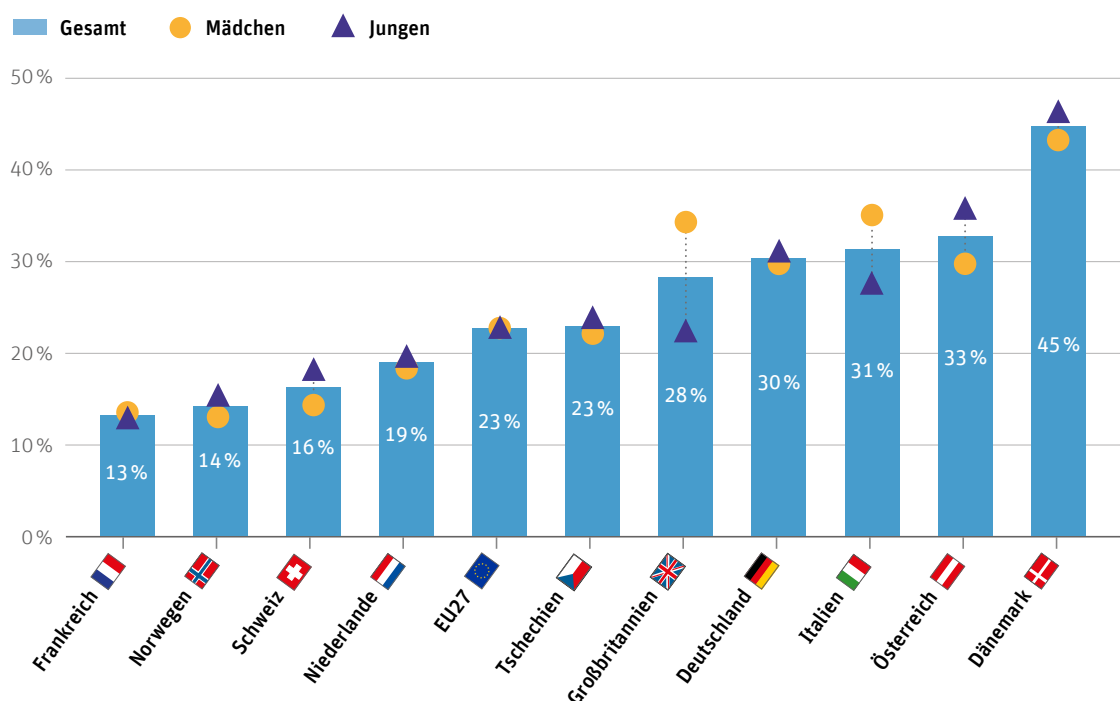
Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Erwachsenen ab 18 Jahren, die angaben, in den letzten 30 Tagen bei einer einzigen Gelegenheit mindestens 60 Gramm reines Ethanol (6+ Getränke) konsumiert zu haben. Die dargestellten Daten beziehen sich auf das Jahr 2019 und stammen aus dem European Health Interview Survey (EHIS), ergänzt durch nationale Datenquellen für Norwegen (Norwegian Survey of Alcohol, Tobacco and Drugs) und die Schweiz (Swiss Health Survey). Die Daten beziehen sich auf Personen zwischen 16 und 79 Jahren, die Daten der Schweiz auf Personen ab 15 Jahren.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

Der frühe Einstieg in den Alkoholkonsum im Jugendalter ist besonders alarmierend, da er die normale Entwicklung des Gehirns beeinträchtigen und zu irreversiblen Schäden des Gehirns führen kann. Zudem steigt mit einem frühen Einstieg das Risiko einer späteren Abhängigkeit erheblich (McCambridge et al. 2011). Obwohl das gesetzliche Mindestalter für Alkoholkonsum in den meisten Ländern bei 18 Jahren

liegt²⁰, ist regelmäßiger Alkoholkonsum unter Jugendlichen in Europa weit verbreitet. Neue Daten aus der Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) aus dem Jahr 2022 zeigen, dass im Durchschnitt 57 % der befragten 15-Jährigen mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol konsumiert haben. Zudem gaben 37 % der 15-Jährigen an, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben (Charrier et al. 2024). Im EU-Durchschnitt berichteten zudem 23 % der Jugendlichen im Alter von 15 Jahren davon, mehr als einmal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein (siehe Abbildung 26). Im Vergleich der untersuchten Länder war dieser Anteil im Jahr 2022 mit 45 % in Dänemark mit Abstand am höchsten, gefolgt von Österreich (33 %), Italien (31 %) und Deutschland (30 %). Im Gegensatz dazu ist der Anteil in Frankreich und Norwegen deutlich geringer. In den beiden Ländern berichten weniger als 15 % der 15-Jährigen davon, mehr als einmal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein. Der Unterschied zwischen Mädchen und Jungen in den EU-Ländern fiel dabei gering aus: 22,7 % der Mädchen und 22,6 % der Jungen berichteten von Trunkenheit. In der Vergangenheit war dieser Anteil bei Jungen im EU-Durchschnitt deutlich höher als bei Mädchen. So gaben im Jahr 1994 noch etwa 36 % der Jungen und 25 % der Mädchen an, mehr als einmal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein. In den letzten Jahren haben sich die geschlechterspezifischen Anteile jedoch zunehmend angeglichen. Im Jahr 2022 berichteten in einigen EU-Ländern, darunter Großbritannien, Italien und Frankreich, sogar mehr Mädchen als Jungen davon, mehr als einmal im Leben betrunken gewesen zu sein (OECD/European Commission 2024).

Abbildung 26: Anteil der Jugendlichen, die angaben, mehr als einmal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Jugendlichen im Alter von 15 Jahren, die angaben, mehr als einmal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein. Die dargestellten Daten stammen aus der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie (Charrier et al. 2024) und beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD (2024).

²⁰ In einigen Ländern wie Österreich, Dänemark, Deutschland oder der Schweiz ist der Verkauf von Bier und Wein bereits an Jugendliche ab 16 Jahren erlaubt (Ahammer et al. 2022).

5.3 Drogenkonsum

Etwa ein Drittel der Erwachsenen im Alter von 15 bis 64 Jahren in der EU hat im Laufe des Lebens bereits illegale Drogen konsumiert (OECD/European Commission 2024). Illegale Drogen sind psychoaktive Substanzen, deren Besitz, Herstellung und Handel verboten ist. Ob eine Substanz als illegal eingestuft wird, hängt von ihrer Art, dem spezifischen Kontext sowie den rechtlichen Regelungen des jeweiligen Landes ab.²¹ In dieser Arbeit umfassen illegale Drogen alle Substanzen mit Ausnahme von Alkohol und Nikotin. Der Konsum illegaler Drogen, insbesondere bei regelmäßigem Konsum größerer Mengen, ist mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Erkrankungen sowie Unfälle, Gewalttaten oder Suizid verbunden (Campeny et al. 2020). Darüber hinaus erhöht der intravenöse Drogenkonsum das Risiko für Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis B und C erheblich (Mathers et al. 2008; Nelson et al. 2011). Drogenkonsum zählt sowohl direkt durch Überdosierungen als auch indirekt durch drogenbedingte Erkrankungen und Unfälle zu den Hauptursachen vermeidbarer Todesfälle in der EU. Die Sterblichkeitsrate infolge von Überdosierungen wurde für das Jahr 2022 auf 22,5 Todesfälle pro eine Million Erwachsene geschätzt. Fast 75 % der Todesfälle durch Überdosierungen ist auf den Konsum von Heroin und anderen Opioiden zurückzuführen (EMCDDA 2024).

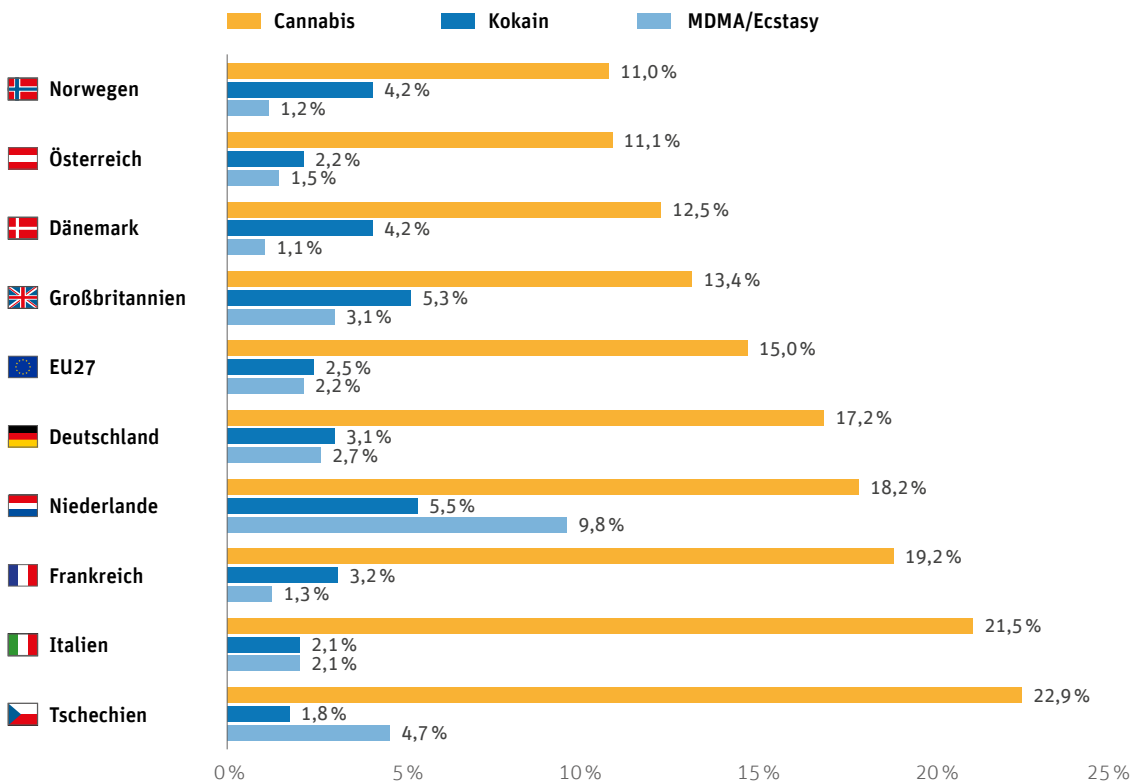
Cannabis ist die am häufigsten konsumierte (illegale) Droge in den EU-Ländern. Durchschnittlich 15 % der jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 34 Jahren in der EU gaben an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben, wobei der Anteil bei Männern doppelt so hoch war wie bei Frauen. Unter den 15- bis 34-Jährigen gaben darüber hinaus etwa 2,0 % an, täglich oder fast täglich Cannabis zu konsumieren (OECD/European Commission 2024). Abbildung 27 zeigt den Anteil junger Erwachsener im Alter von 15 bis 34 Jahren, die angaben, in den vergangenen zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Die höchsten Konsumraten von über 20 % wurden in Tschechien und Italien verzeichnet. Im Vergleich dazu waren die Anteile in Dänemark (12,5 %), Österreich (11,1 %), Norwegen (11,0 %) und Großbritannien (13,4 %) deutlich niedriger. Darauf folgt Deutschland mit einem Anteil von 17,2 % der jungen Erwachsenen, die angaben, im letzten Jahr Cannabis konsumiert zu haben.

Die Abbildung stellt darüber hinaus den Anteil junger Erwachsener im Alter von 15 bis 34 Jahren dar, die berichteten, in den vergangenen zwölf Monaten Kokain konsumiert zu haben. Kokain ist nach Cannabis die zweithäufigste illegale Droge in der EU. Im EU-Durchschnitt gaben etwa 2,5 % der jungen Erwachsenen an, im letzten Jahr Kokain konsumiert zu haben (OECD/European Commission 2024). Die höchsten Anteile wurden in den Niederlanden, Großbritannien, Norwegen und Dänemark verzeichnet, wo 4,2 % bis 5,5 % der jungen Erwachsenen von Kokainkonsum berichteten. Die niedrigsten Konsumraten fanden sich hingegen in Tschechien (1,8 %), Italien (2,1 %) und Österreich (2,2 %). Deutschland und Frankreich lagen im Mittelfeld mit einem Anteil von 3,1 % bzw. 3,2 % der jungen Erwachsenen, die angaben, im vergangenen Jahr Kokain konsumiert zu haben.

Die am dritthäufigsten konsumierte illegale Droge in der EU ist MDMA bzw. Ecstasy. Etwa 2,2 % der jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 24 Jahren in den EU-Ländern gaben an, im letzten Jahr MDMA bzw. Ecstasy konsumiert zu haben (siehe Abbildung 27). Besonders hoch ist der Konsum von MDMA bzw. Ecstasy in den Niederlanden (9,8 %). Darauf folgt Tschechien mit einem Anteil von 4,7 %. Deutschland liegt im Mittelfeld der betrachteten Länder mit einer Konsumrate von 2,7 %, die leicht über dem EU-Durchschnitt liegt. Die niedrigsten Konsumraten fanden sich hingegen in Dänemark (1,1 %), Norwegen (1,2 %) und Frankreich (1,3 %).

21 Zu den am häufigsten konsumierten illegalen Drogen gehören Cannabis, Ecstasy, Heroin, Kokain und Crystal Meth. Insbesondere in Bezug auf Cannabis unterscheiden sich die gesetzlichen Regelungen zwischen den europäischen Ländern erheblich. Während die Ein- und Ausfuhr von Cannabis überall verboten ist, existieren in Deutschland, den Niederlanden, Luxemburg, Spanien und Malta Ausnahmen in Bezug auf den privaten Besitz, Konsum und Anbau. So dürfen Erwachsene in Deutschland seit April 2024 ohne Strafe bis zu 25 Gramm Cannabis für den eigenen Bedarf mit sich führen. Für den privaten Raum gilt die Grenze von 50 Gramm (Bundesministerium für Gesundheit 2023).

Abbildung 27: Anteil der jungen Erwachsenen, die angaben, in den letzten zwölf Monaten Cannabis, Kokain oder MDMA/Ecstasy konsumiert zu haben



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 34 Jahren, die angaben, in den letzten 12 Monaten Cannabis, Kokain oder MDMA/Ecstasy konsumiert zu haben. Die Daten stammen aus nationalen Erhebungen, die von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA), die seit Juli 2024 Drogenagentur der Europäischen Union (European Union Drug Agency, EUDA) heißt, durchgeführt werden (EMCDDA 2024). Die dargestellten Daten basieren auf der letzten verfügbaren nationalen Erhebung, wobei das Erhebungsjahr von 2017 bis 2023 reicht. Für die Schweiz sind keine Daten verfügbar.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

5.4 Ernährung

Eine gesunde und ausgewogene Ernährung schützt vor allen Formen der Mangelernährung und wird mit einem geringeren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebsarten in Verbindung gebracht. Obwohl die genaue Zusammensetzung einer solchen Ernährung von individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Lebensstil und körperlicher Aktivität sowie vom kulturellen Kontext, den lokal verfügbaren Lebensmitteln und den Ernährungsgewohnheiten abhängt, gelten universelle Grundprinzipien. Eine gesunde und ausgewogene Ernährung zeichnet sich immer durch einen hohen Anteil an Vollkornprodukten, Gemüse, Obst, Hülsenfrüchten und Nüssen und einem geringeren Anteil an Salz, freiem Zucker²², gesättigten Fettsäuren und Transfettsäuren aus (WHO 2020a). Ein unzureichender Verzehr von Obst und Gemüse hat erhebliche gesundheitliche Folgen und wurde in der EU im Jahr 2021 mit schätzungsweise 275.000 Todesfällen in Verbindung gebracht (IHME 2024).

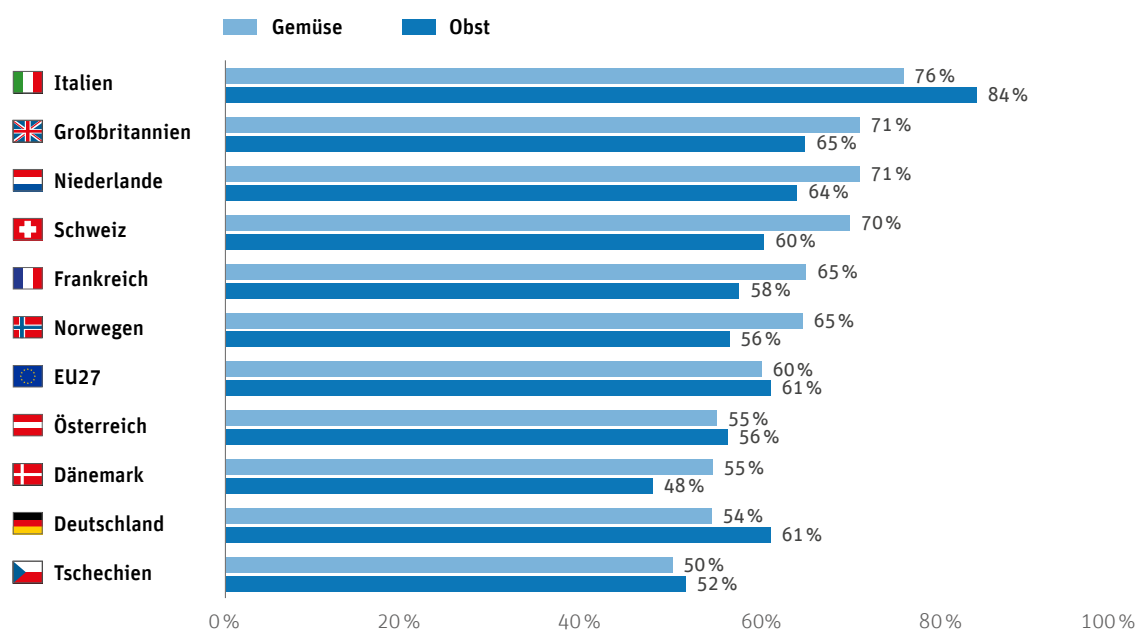
In den letzten Jahren haben die EU-Länder verschiedene Strategien zur Förderung einer gesunden Ernährung und zur Bekämpfung der steigenden Übergewichts- und Adipositasraten umgesetzt. Eine Initiative ist das Nutri-Score-System zur farblichen Nährwertkennzeichnung auf der Vorderseite von Lebensmittelverpackungen, das bei der Wahl gesünderer Lebensmittel helfen soll. Das Nutri-Score-System wurde erstmals im Jahr 2017 in Frankreich eingeführt. Belgien übernahm es im Jahr 2019, gefolgt von

²² Der Begriff "freier Zucker" beinhaltet alle Monosaccharide und Disaccharide, die Lebensmitteln zugesetzt werden und alle Zucker, die natürlicherweise in Honig, Sirup, Fruchtsäften und Fruchtsaftkonzentraten vorkommen (WHO 2020a).

Deutschland im Jahr 2020, Luxemburg im Jahr 2021 und den Niederlanden im Jahr 2024. Die meisten EU-Länder haben darüber hinaus Kampagnen zur Förderung eines höheren Obst- und Gemüsekonsums in der Bevölkerung initiiert. Hier ist insbesondere die sogenannte „Fünf am Tag“-Kampagne, z. B. in Deutschland, Spanien und Frankreich, zu nennen, die darauf abzielt, den Verzehr von Obst und Gemüse in der Bevölkerung auf mindestens fünf Portionen am Tag zu steigern. Einige Länder haben darüber hinaus Maßnahmen zur Förderung eines höheren Obst- und Gemüseverzehrs bei Kindern und Jugendlichen ergriffen, wie z. B. Programme zur Gesundheitserziehung in Schulen und die Erhöhung des Obst- und Gemüseanteils im Schulessen (OECD/European Commission 2024). In Irland führte die Einführung einer Steuer auf zuckergesüßte Getränke im Jahr 2018 zu einem Rückgang des Zuckerkonsums aus Erfrischungsgetränken von 5 kg pro Person im Jahr 2018 auf weniger als 4 kg im Jahr 2022, was auf die Wirksamkeit solcher steuerlichen Maßnahmen hindeutet (Houghton et al. 2024).

Im Jahr 2022 verzehrten im EU-Durchschnitt nur 60 % der Erwachsenen täglich frisches Gemüse und nur 61 % frisches Obst (OECD/European Commission 2024). Unter den betrachteten Ländern belegte Italien im Jahr 2022 sowohl beim Gemüse- auch als beim Obstverzehr den ersten Platz (siehe Abbildung 28). Hier verzehrten 84 % der Bevölkerung täglich Obst und 76 % täglich Gemüse. Beim Gemüseverzehr folgten die Niederlande und Großbritannien (jeweils 71 %), die Schweiz (70 %), Frankreich und Norwegen (jeweils 65 %). Deutschland liegt mit einem Anteil von 54 % unter dem EU-Durchschnitt und nur an vorletzter Stelle. Lediglich Tschechien verzeichnete mit 50 % einen noch geringen Anteil an Erwachsenen, die angaben, täglich Gemüse zu verzehren. Beim Obstverzehr erreichte Deutschland mit 61 % den EU-Durchschnitt und belegte den vierten Platz hinter Großbritannien (65 %) und den Niederlanden (64 %). In Dänemark (48 %) und Tschechien (52 %) gaben die wenigsten Erwachsenen an, täglich Obst zu essen.

Abbildung 28: Anteil der Erwachsenen, die angaben, täglich Gemüse bzw. Obst zu verzehren



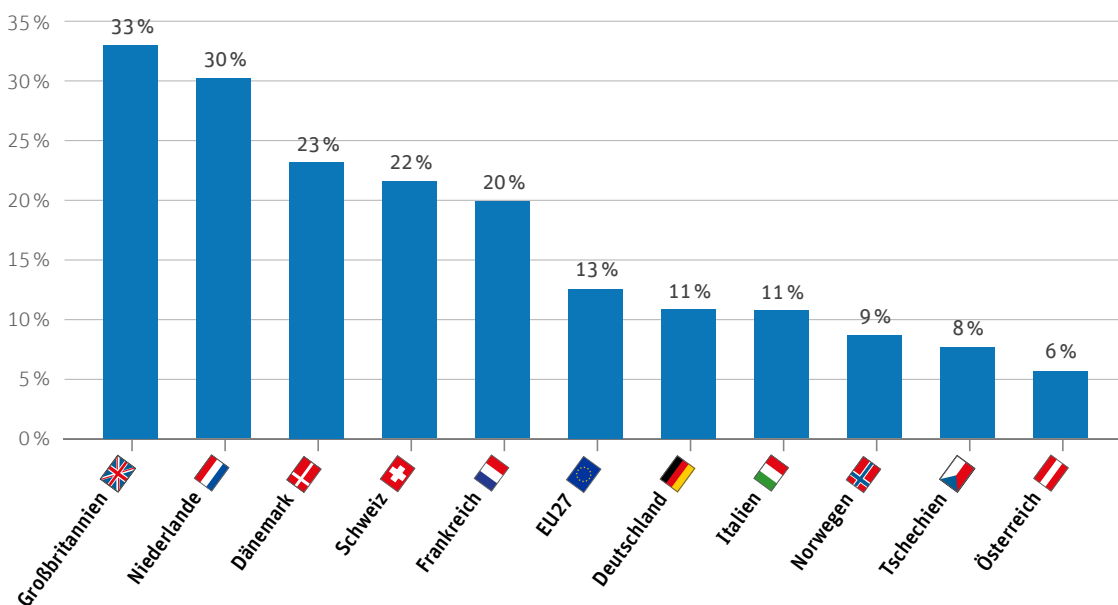
Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Erwachsenen ab 16 Jahren, die angaben, mindestens einmal täglich Obst bzw. Gemüse zu verzehren. Die dargestellten Daten stammen aus der EU-SILC-Erhebung (Eurostat 2024c) und beziehen sich auf das Jahr 2022 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Deutschland und Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2017.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

Die WHO empfiehlt den Verzehr von mindestens 400 Gramm bzw. fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag (WHO 2020a). Im EU-Durchschnitt gaben im Jahr 2019 jedoch nur etwa 13 % der Erwachsenen an, mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen. Abbildung 29 zeigt, dass der Anteil in Großbritannien und den Niederlanden mit knapp 33 % bzw. 30 % am höchsten war, gefolgt von Dänemark (23 %), die Schweiz (22 %) und Frankreich (20 %). Deutschland belegte den sechsten Platz, jedoch mit

einem deutlich geringeren Anteil, der unter dem EU-Durchschnitt liegt: Nur knapp 11 % der Erwachsenen in Deutschland gaben an, die Empfehlung der WHO einzuhalten. Ebenfalls unter dem Durchschnitt der EU-Länder liegen Österreich, Tschechien, Norwegen und Italien mit Anteilen zwischen 6 % und 11 %. In den EU-Ländern ist der durchschnittliche Anteil der Personen mit täglichem Verzehr von mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse bei Frauen (15 %) höher als bei Männern (10 %). Zudem zeigt sich, dass Erwachsene mit höherem Bildungsniveau (16 %) im EU-Durchschnitt häufiger die empfohlene Menge an Obst und Gemüse konsumieren als Personen mit niedrigerem Bildungsniveau (11 %).

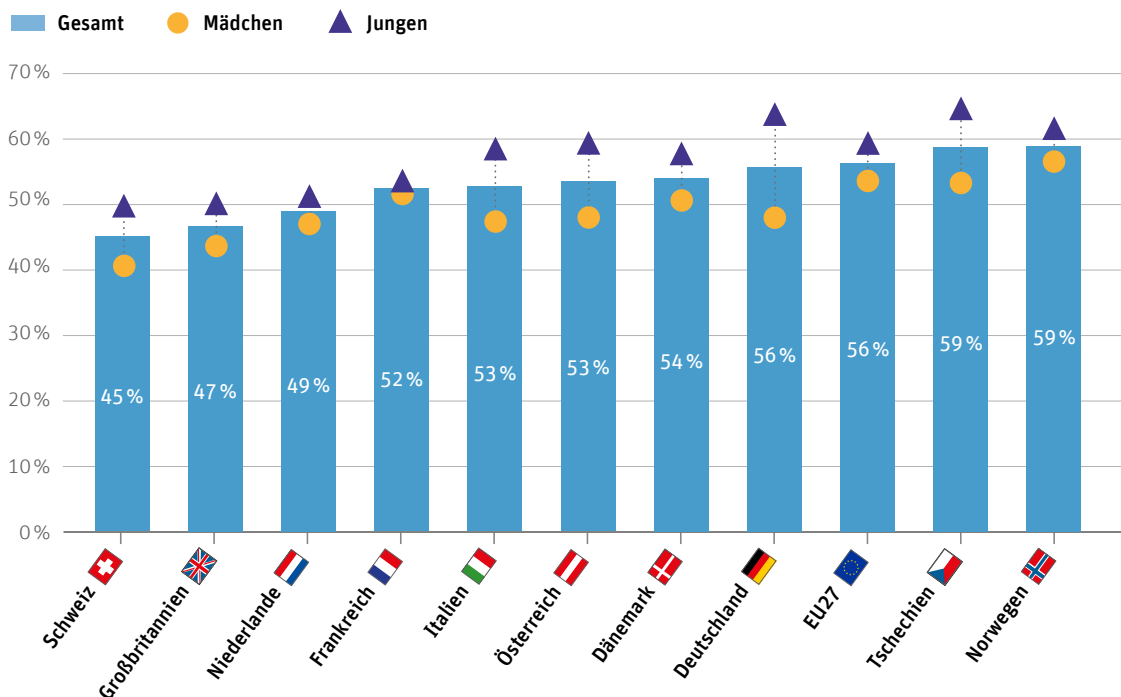
Abbildung 29: Anteil der Erwachsenen, die angaben, täglich fünf oder mehr Portionen Obst und Gemüse zu essen



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Erwachsenen ab 18 Jahren, die angaben, täglich fünf oder mehr Portionen Obst und Gemüse zu verzehren. Die dargestellten Daten stammen aus dem European Health Interview Survey (Eurostat 2022a) und beziehen sich auf das Jahr 2019 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2014.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD (2023).

Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen spielt die Ernährung eine entscheidende Rolle. Die Etablierung guter Ernährungsgewohnheiten im Kindes- und Jugendalter, insbesondere der regelmäßige Verzehr von Obst und Gemüse, kann dazu beitragen, schwerwiegende Gesundheitsprobleme wie Adipositas, Diabetes oder Herzkrankheiten zu verhindern (Collese et al. 2017). Trotz der aktuellen Empfehlung der WHO, täglich mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse zu essen, gaben im Durchschnitt der EU-Länder mehr als die Hälfte (56 %) der 15-jährigen Jugendlichen im Jahr 2022 an, am Tag weder Obst noch Gemüse zu essen. Abbildung 30 zeigt, dass dieser Anteil mit 45 % bis 49 % in der Schweiz, in Großbritannien und in den Niederlanden am geringsten war. Besonders viele Jugendliche gaben hingegen in Deutschland (56 %), Tschechien (59 %) und Norwegen (59 %) an, nicht täglich Obst oder Gemüse zu essen. Im Durchschnitt der EU-Länder berichteten Jungen (59 %) häufiger als Mädchen (53 %), die Empfehlung der WHO nicht zu erfüllen. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern war in Deutschland besonders ausgeprägt (Jungen: 63 %, Mädchen: 48 %).

Abbildung 30: Anteil der Jugendlichen, die angaben, nicht täglich Obst oder Gemüse zu essen

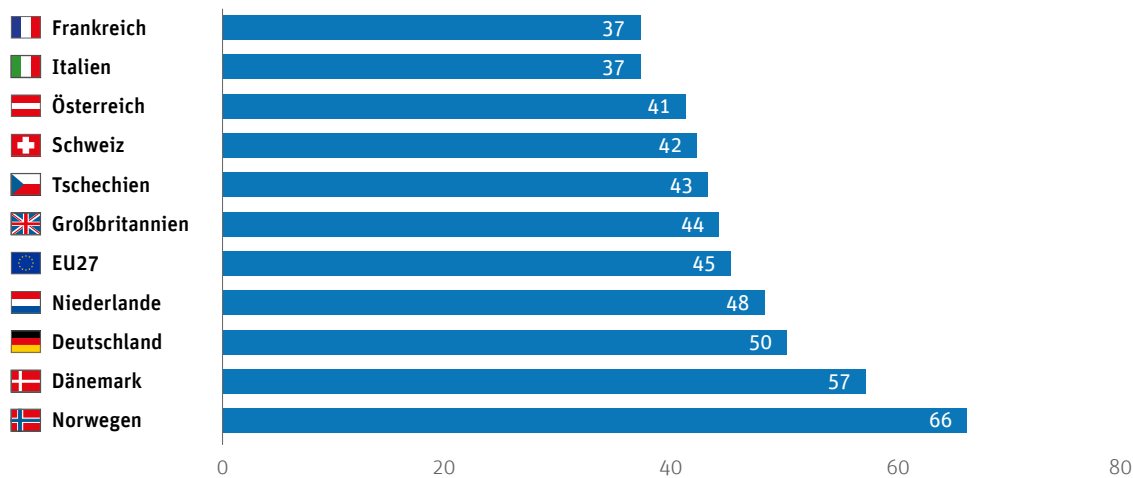
Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Jugendlichen im Alter von 15 Jahren, die angaben, nicht täglich Obst oder Gemüse zu konsumieren. Der Frage schließt Säfte, Suppen und Kartoffeln nicht ausdrücklich aus. Die dargestellten Daten stammen aus der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie (Charrier et al. 2024) und beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

Neben täglichem Obst- und Gemüseverzehr empfiehlt die WHO, die tägliche Zuckerzufuhr auf weniger als 10 %, idealerweise aber auf unter 5 % der täglichen Gesamtenergiezufuhr, zu reduzieren. Bei einem durchschnittlichen Erwachsenen, der täglich etwa 2000 Kilokalorien (kcal) zu sich nimmt, entspricht dies etwa 25 bis 50 g pro Tag bzw. 9 bis 18 kg auf das Jahr gerechnet (WHO 2020a). Abbildung 31 zeigt den durchschnittlichen jährlichen Pro-Kopf-Verbrauch an Zucker im Ländervergleich. Die Daten stammen von der Food and Agriculture Organization (FAO) und basieren auf Nahrungsbilanzen, für die Daten der Nahrungsmittelproduktion, des Handels, der Verarbeitung und der Verwendung eines Landes zusammengetragen werden, um die verfügbare Menge an Nahrungsmitteln abzubilden. Der durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch ergibt sich dabei aus der Division der verfügbaren Menge durch die Bevölkerungszahl.²³ In den EU-Ländern lag der durchschnittliche Verbrauch im Jahr 2022 bei 44,5 kg Zucker pro Jahr (rund 120 g pro Tag) und überstieg damit die von der WHO empfohlene Höchstmenge um mehr als das Doppelte (FAO 2024). Den geringsten Zuckerkonsum unter den Ländern wiesen Frankreich und Italien mit jeweils 37 kg pro Kopf auf. Dennoch liegt der Wert damit deutlich über der WHO-Empfehlung. Österreich, die Schweiz, Tschechien und Großbritannien folgen mit jährlichen Pro-Kopf-Verbräuchen zwischen 41 und 44 kg Zucker. Unter den betrachteten Ländern hatte Norwegen im Jahr 2022 mit 66 kg den höchsten Zuckerkonsum, gefolgt von Dänemark (57 kg) und Deutschland (50 kg). In Deutschland wird somit durchschnittlich fast dreimal so viel Zucker konsumiert, wie von der WHO maximal empfohlen wird.

Die WHO empfiehlt zudem die Fettzufuhr auf weniger als 30 % der täglichen Gesamtenergiezufuhr zu begrenzen, wobei primär auf ungesättigte Fette zurückgegriffen werden sollte. Bei einer täglichen Energieaufnahme von insgesamt 2000 kcal entspricht dies einer Fettzufuhr von maximal 67 g pro Tag. Gesättigte Fettsäuren sollten maximal 10 % und Transfettsäuren maximal 1 % des Tagesbedarfs ausmachen (WHO 2020a). Der durchschnittliche Fettkonsum in den EU-Ländern lag im Jahr 2022 gemäß

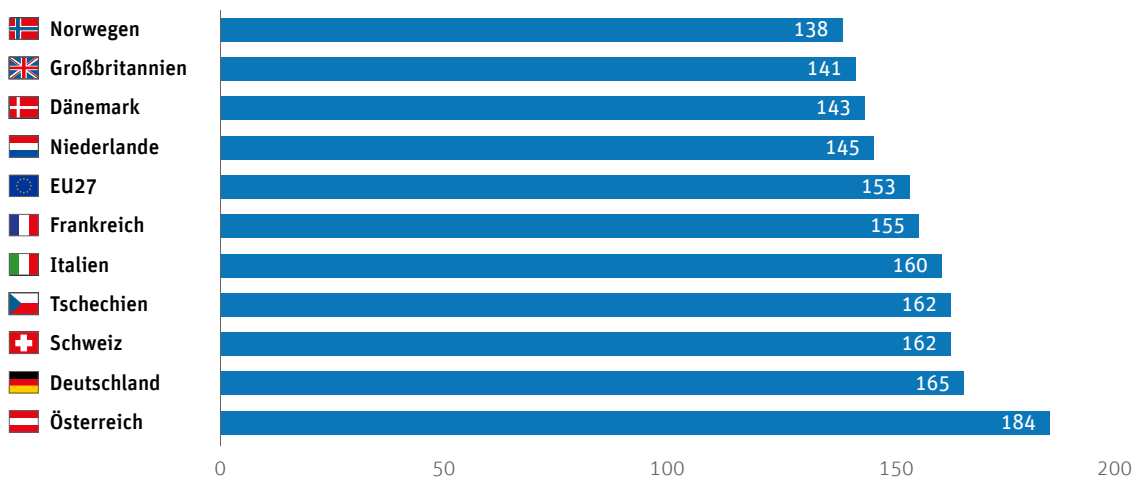
²³ Nahrungsbilanzen messen nicht den tatsächlichen Konsum. Zudem bleibt der Konsum einzelner Personen oder Bevölkerungsgruppen unberücksichtigt, da die Verteilung innerhalb der Bevölkerung nicht erfasst wird. Daher können sie den Zuckerkonsum in einem Land lediglich näherungsweise abbilden.

Abbildung 31: Zuckerzufuhr in Kilogramm pro Person pro Jahr

Hinweis: Die Abbildung zeigt den durchschnittlichen Pro-Kopf-Zuckerkonsum in Kilogramm pro Jahr. Berücksichtigt sind dabei sämtliche Zuckerarten und Süßungsmittel, einschließlich Zuckerrohr, Zuckerrüben, raffinierter Zucker, Puderzucker, aromatisierter Zucker, reine Fruktose, Sirupe, Maltose, Glukose, Dextrose, Isoglukose, Laktose, Ahornzucker und -sirup sowie Melasse. Die dargestellten Daten stammen von der Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) und beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD (2024a) auf Basis von FAO (2024).

den Nahrungsbilanzdaten der FAO bei etwa 153 g pro Tag und pro Kopf und überschritt damit die von der WHO empfohlene Menge um mehr als das Doppelte (FAO 2024). Abbildung 32 zeigt, dass alle untersuchten Länder deutlich mehr Fett konsumieren, als von der WHO empfohlen wird. Im Ländervergleich verzeichnete Norwegen mit 138 g pro Tag den niedrigsten Fettkonsum, gefolgt von Großbritannien (141 g), Dänemark (143 g) und den Niederlanden (145 g). Deutschland liegt mit einer durchschnittlichen Fettzufuhr von 165 g pro Kopf an vorletzter Stelle. Einen noch höheren täglichen Fettkonsum mit 184 g pro Kopf verzeichnete im Jahr 2022 im Ländervergleich nur Österreich.

Abbildung 32: Fettzufuhr in Gramm pro Person pro Tag

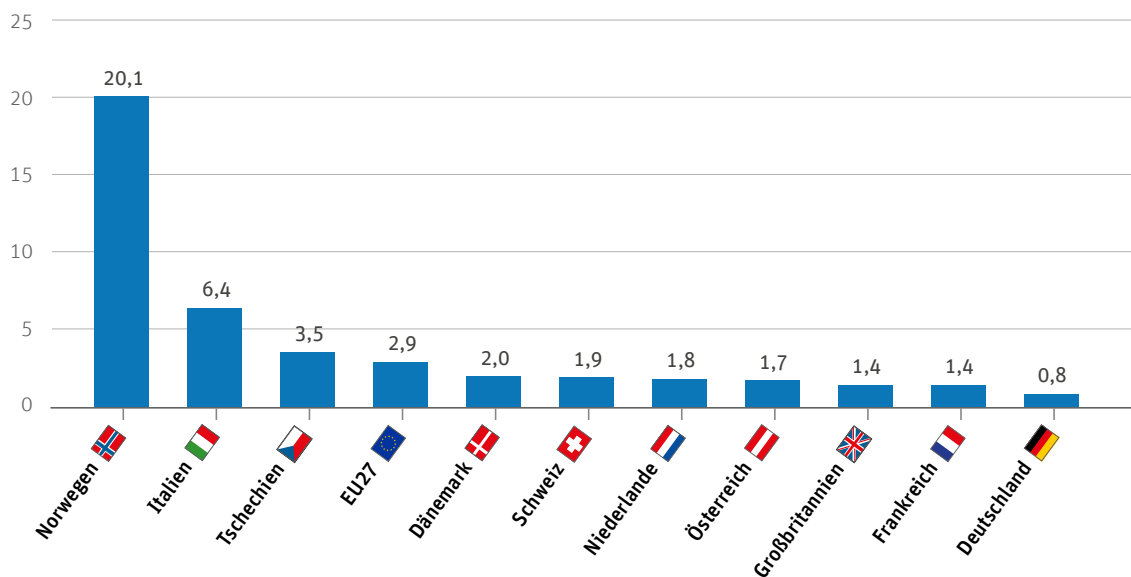
Hinweis: Die Abbildung zeigt den durchschnittlichen Pro-Kopf-Fettkonsum in Gramm pro Tag. Berücksichtigt sind dabei sowohl gesättigte Fette als auch ungesättigte Fette. Die dargestellten Daten stammen von der Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) und beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD (2024a) auf Basis von FAO (2024).

Laut der WHO zeichnet sich eine gesunde Ernährung zudem durch einen hohen Anteil an Hülsenfrüchten aus. Hülsenfrüchte sind Samen von Pflanzen, die in einer Hülse heranreifen, im überreifen Zustand

geerntet, getrocknet und gegebenenfalls geschält werden. Sie sind roh oder gegart erhältlich. Zu den bekanntesten reif geernteten Hülsenfrüchten zählen Linsen (z. B. rote oder braune Linsen), Kichererbsen, Kidneybohnen und Bohnen (z. B. schwarze oder weiße Bohnen). Botanisch gesehen gehören darüber hinaus auch frische Varianten wie grüne Erbsen und Bohnen zu den Hülsenfrüchten, die weniger Protein enthalten, unreif geerntet und wie Gemüse verwendet werden. Weiterhin zählen Sojabohnen, Lupinen und Erdnüsse zu den Hülsenfrüchten. Hülsenfrüchte sind fettarm, enthalten wenig Kalorien und sind ein wichtiger Lieferant für pflanzliches Eiweiß. Darüber hinaus liefern Hülsenfrüchte Vitamine, Mineralstoffe und sekundäre Pflanzenstoffe und sind reich an Ballaststoffen. Empfehlungen bezüglich der zu verzehrenden Menge an Hülsenfrüchten gibt die WHO nicht. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt jedoch den Verzehr von mindestens einer Portion Hülsenfrüchten pro Woche, wobei eine Portion ungefähr 70 g getrockneten Hülsenfrüchten oder 125 g gegarten verzehrfertigen Hülsenfrüchten entspricht. Auf das Jahr gerechnet entspricht dies etwa 3,6 kg getrockneten und etwa 6,5 kg gegarten Hülsenfrüchten. Abbildung 33 zeigt den durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum von getrockneten Hülsenfrüchten pro Jahr in den hier untersuchten Ländern im Jahr 2022 auf Basis der Nahrungsbilanzdaten der FAO. Im EU-Durchschnitt wurden im Jahr 2022 rund 2,9 kg getrocknete Hülsenfrüchte pro Kopf verzehrt und somit etwas weniger als von der DGE empfohlen. Mit 20,1 kg mit Abstand den höchsten Pro-Kopf-Konsum an Hülsenfrüchten verzeichnete im Jahr 2022 Norwegen, gefolgt von Italien mit 6,4 kg. Ebenfalls leicht über dem EU-Durchschnitt und in etwa der DGE-Empfehlung entspricht die jährlich verzehrte Menge an Hülsenfrüchten in Tschechien. Alle übrigen Länder liegen unter dem EU-Durchschnitt und der Empfehlung der DGE. Deutschland belegt den letzten Platz mit nur 0,8 kg verzehrten Hülsenfrüchten im Jahr 2022.

Abbildung 33: Konsum an Hülsenfrüchten in Kilogramm pro Person pro Jahr



Hinweis: Die Abbildung zeigt den durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum an Hülsenfrüchten in Kilogramm pro Jahr. Die Definition von Hülsenfrüchten umfasst nur Samen von Pflanzen, die in einer Hülse heranreifen, überreif geerntet und getrocknet werden. Nicht zu den Hülsenfrüchten zählen Pflanzen, die grün geerntet werden (z. B. grüne Erbsen, grüne Bohnen). Ebenfalls ausgeschlossen sind Pflanzen, die hauptsächlich zur Ölgewinnung verwendet werden (z. B. Sojabohnen und Erdnüsse). Die dargestellten Daten stammen von der Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) und beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von FAO (2024).

5.5 Körperliche Aktivität

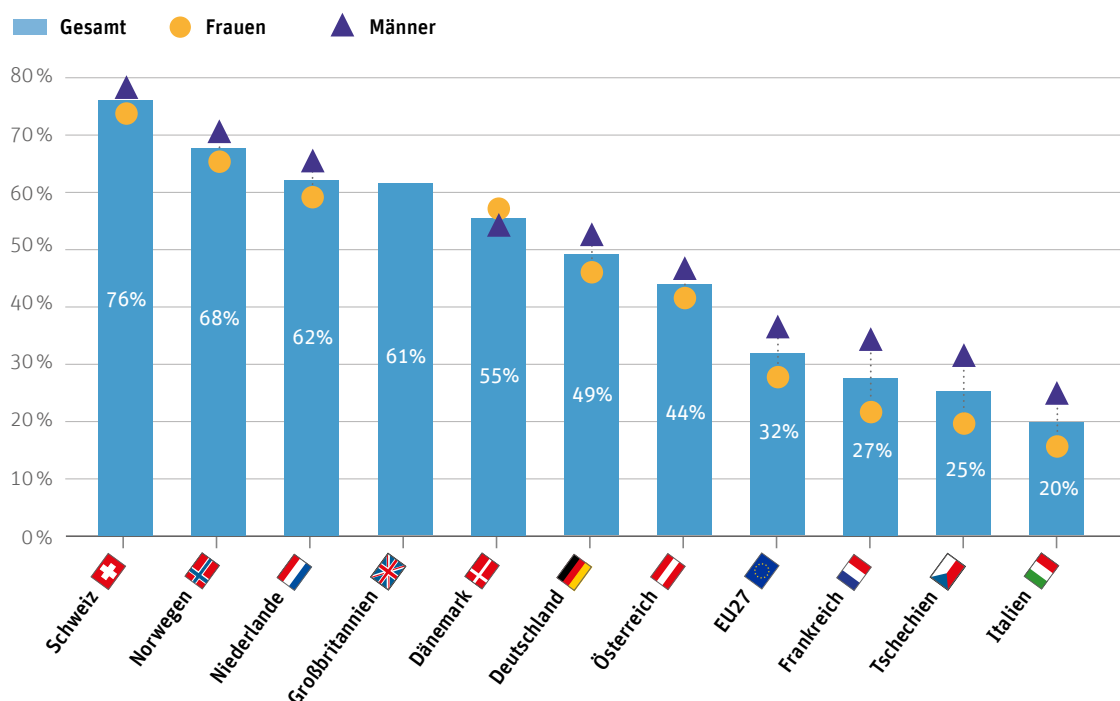
Im Jahr 2021 war unzureichende körperliche Aktivität für schätzungsweise 64.000 Todesfälle in der EU verantwortlich (IHME 2024). Regelmäßige moderate bis intensive körperliche Aktivität fördert nachweislich die körperliche und geistige Gesundheit, indem sie das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, bestimmte Krebsarten sowie Depressionen reduziert. Sie kann zudem den Abbau kognitiver

Fähigkeiten im Alter verlangsamen und das Risiko, an Demenz zu erkranken, reduzieren. Die WHO empfiehlt Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren mindestens 150 Minuten moderate Bewegung (z. B. Rasenmähen oder Treppensteigen) oder 75 Minuten intensive Bewegung (z. B. Joggen, Walken oder Seilspringen) pro Woche. Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 17 Jahren sollten sich laut WHO täglich mindestens 60 Minuten mäßig bis intensiv bewegen (OECD/WHO 2023).

Zur Förderung der körperlichen Aktivität haben mehrere EU-Länder Programme entwickelt. Beispielsweise hat Frankreich im Jahr 2019 die Fünfjahresstrategie „Sport und Gesundheit“ eingeführt, die darauf abzielt, körperliche Aktivität für alle zugänglich zu machen, unabhängig von Alter, sozioökonomischem Status oder Wohnort. Auf EU-Ebene hat die Europäische Kommission im September 2021 die zweijährige Kampagne HealthyLifestyle4All gestartet, die auf die Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit durch körperliche Aktivität und gesunde Ernährung abzielt (OECD/European Commission 2024).

Im Jahr 2019 erfüllte nur etwa ein Drittel der Erwachsenen in der EU (32 %) die Mindestempfehlung der WHO von mindestens 150 Minuten mäßig intensiver körperlicher Aktivität pro Woche (siehe Abbildung 34). Dabei zeigten sich jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den europäischen Ländern. In der Schweiz hielten sich mit 76 % die meisten Erwachsenen an die Vorgabe, gefolgt von Norwegen (68 %), den Niederlanden (62 %) und Großbritannien (61 %). In Dänemark, Deutschland und Österreich erreichte etwa die Hälfte der Erwachsenen das empfohlene Aktivitätsniveau, in Frankreich (27 %) und Tschechien (25 %) lediglich jeder vierte Erwachsene. Besonders niedrig fiel der Anteil in Italien aus, wo nur 20 % der Erwachsenen angaben, mindestens 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv zu sein. In fast allen EU-Ländern war die Prävalenz körperlicher Aktivität bei Männern höher: Im Durchschnitt erreichten 36 % der Männer und nur 28 % der Frauen in der EU die empfohlenen 150 Minuten körperlicher Betätigung pro Woche.

Abbildung 34: Anteil der Erwachsenen, die angaben, pro Woche mindestens 150 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität nachzugehen



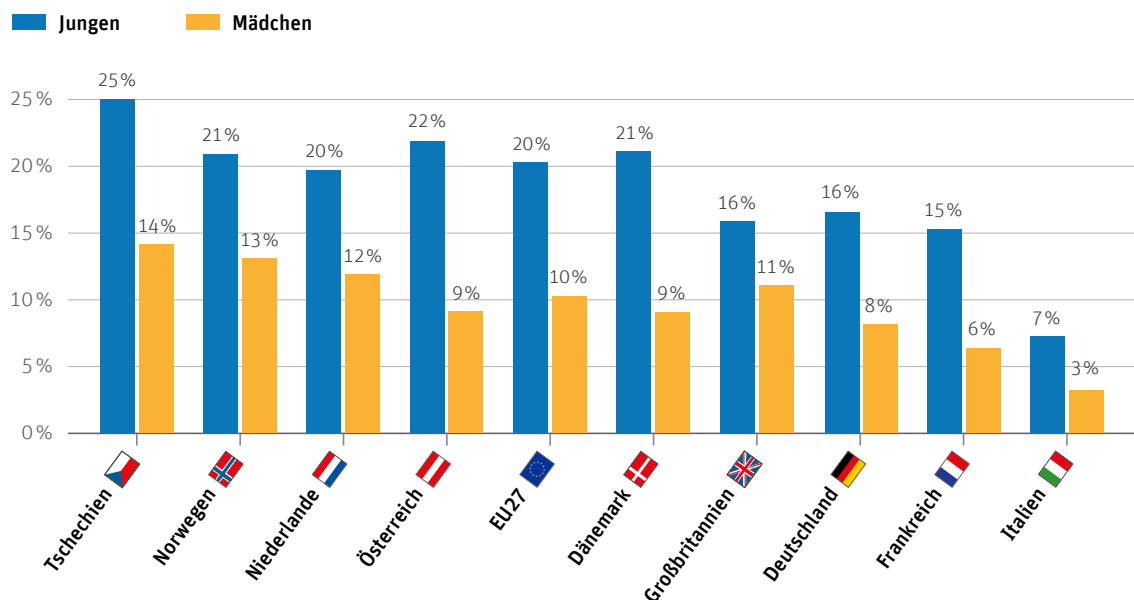
Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Erwachsenen ab 18 Jahren, die angaben, pro Woche mindestens 150 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität nachzugehen. Die dargestellten Daten beziehen sich auf das Jahr 2019 und stammen aus dem European Health Interview Survey (Eurostat 2022b), ergänzt durch nationale Datenquellen für die Schweiz (Swiss Health Survey) und Großbritannien (English Active Lives Survey). Die Daten für Großbritannien beziehen sich auf Personen ab 16 Jahren, die Daten der Schweiz auf Personen ab 15 Jahren. Für Großbritannien sind keine nach dem Geschlecht aufgeschlüsselten Daten verfügbar.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

Das Jugendalter ist eine entscheidende Phase für die Entwicklung lebenslanger gesunder Gewohnheiten, einschließlich regelmäßiger körperlicher Betätigung. Ausreichende körperliche Aktivität in der Kindheit und Jugend hat zahlreiche gesundheitliche Vorteile, wie beispielsweise eine bessere kardiovaskuläre Gesundheit, eine gesteigerte kognitive Leistungsfähigkeit und ein geringeres Risiko für Fettleibigkeit und chronische Krankheiten (Janssen und LeBlanc 2010; Bidzan-Bluma und Lipowska 2018). Zur Förderung der körperlichen Aktivität bei Jugendlichen haben die EU-Länder eine Vielzahl von Maßnahmen und Initiativen ergriffen. Dazu gehören insbesondere schulische Programme, wie verpflichtender Sportunterricht und aktive Pausen, die Bewegung im Schulalltag verankern. Ergänzend spielen gemeindebasierte Angebote eine wichtige Rolle, die zugängliche und erschwingliche Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung schaffen. Einige EU-Länder fördern darüber hinaus den Ausbau einer sicheren und attraktiven Infrastruktur für Fußgänger und Radfahrer, Initiativen für sichere Schulwege und die Einführung von Bike-Sharing-Systemen (OECD/European Commission 2024; OECD/WHO 2023).

Trotz der bekannten Vorteile regelmäßiger körperlicher Aktivität erreichen viele Jugendliche in den EU-Ländern die Empfehlung der WHO von mindestens 60 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität pro Tag nicht. Im Durchschnitt gaben im Jahr 2022 nur 20 % der Jungen und nur 10 % der Mädchen im Alter von 15 Jahren in den EU-Ländern an, diese Empfehlung zu erfüllen (siehe Abbildung 35). Unter den betrachteten Ländern war der Anteil in Tschechien am höchsten, wo 25 % der Jungen und 14 % der Mädchen die Empfehlung der WHO erfüllte. Darauf folgte Norwegen (Jungen: 21 %, Mädchen: 13 %) und die Niederlande (Jungen: 20 %, Mädchen: 12 %). Österreich, die EU27, Dänemark, Großbritannien, Deutschland, Frankreich und Italien belegten die hinteren Plätze. In Deutschland berichteten lediglich 16 % der Jungen und 8 % der Mädchen, sich täglich mindestens 60 Minuten mit moderater bis intensiver Intensität zu bewegen. In Frankreich waren es 15 % der Jungen und 6 % der Mädchen. Die niedrigsten Anteile verzeichnete Italien (Jungen: 7 %, Mädchen: 3 %).

Abbildung 35: Anteil der Jugendlichen, die angaben, am Tag mindestens 60 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität nachzugehen



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Jugendlichen im Alter von 15 Jahren, die angaben, am Tag mindestens 60 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität nachzugehen. Die dargestellten Daten stammen aus der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie (Charrier et al. 2024) und beziehen sich auf das Jahr 2022. Für die Schweiz sind keine Daten verfügbar.

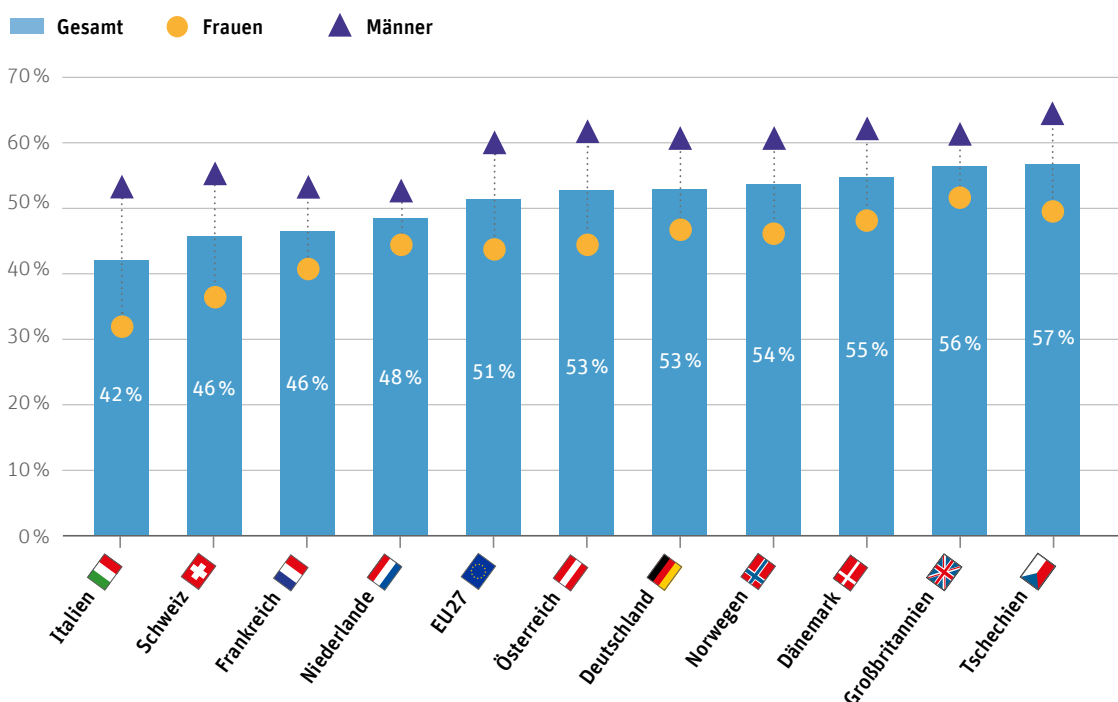
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

5.6 Übergewicht und Fettleibigkeit

Übergewicht und Fettleibigkeit sind wichtige Risikofaktoren für zahlreiche nicht übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und bestimmte Krebsarten. Im Jahr 2021 wurden schätzungsweise 420.000 Todesfälle in der EU mit Übergewicht und Fettleibigkeit in Verbindung gebracht (IHME 2024). Die Klassifikation von Übergewicht und Fettleibigkeit erfolgt meist anhand des Body-Mass-Index (BMI), der berechnet wird, indem das Gewicht einer Person in Kilogramm durch die Größe in Metern zum Quadrat geteilt wird. Erwachsene mit einem BMI ≥ 25 gelten als übergewichtig, und solche mit einem BMI ≥ 30 als fettleibig. Bei Kindern und Jugendlichen werden anstelle von festen Grenzwerten alters- und geschlechtsabhängige BMI-Perzentil-Kurven zur Definition von Übergewicht und Adipositas verwendet.

Im Jahr 2022 waren durchschnittlich 51,3 % der EU-Bevölkerung von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen. Zwischen 2017 und 2022 hat sich die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der EU damit nur geringfügig verbessert (um 0,5 Prozentpunkte). Abbildung 36 zeigt den Anteil der Erwachsenen in den Vergleichsländern, die im Jahr 2022 basierend auf Selbstangaben zu Gewicht und Körpergröße als übergewichtig (BMI ≥ 25) oder fettleibig (BMI ≥ 30) eingestuft wurden. Im Ländervergleich verzeichnete Italien den geringsten Anteil an übergewichtigen oder fettleibigen Erwachsenen (42 %). Danach folgten die Schweiz und Frankreich mit jeweils 46 % sowie die Niederlande mit 48 %. Die übrigen Länder lagen über dem EU-Durchschnitt mit Anteilen zwischen 53 % (Österreich und Deutschland) und 57 % (Tschechien). In der EU waren 2022 durchschnittlich 60 % der Männer und 43 % der Frauen übergewichtig oder fettleibig. Übergewicht trat zudem häufiger bei Personen mit niedrigerem Bildungsstand (57 %) als bei Personen mit höherem Bildungsstand (43 %) auf.

Abbildung 36: Anteil der Erwachsenen mit Übergewicht oder Fettleibigkeit



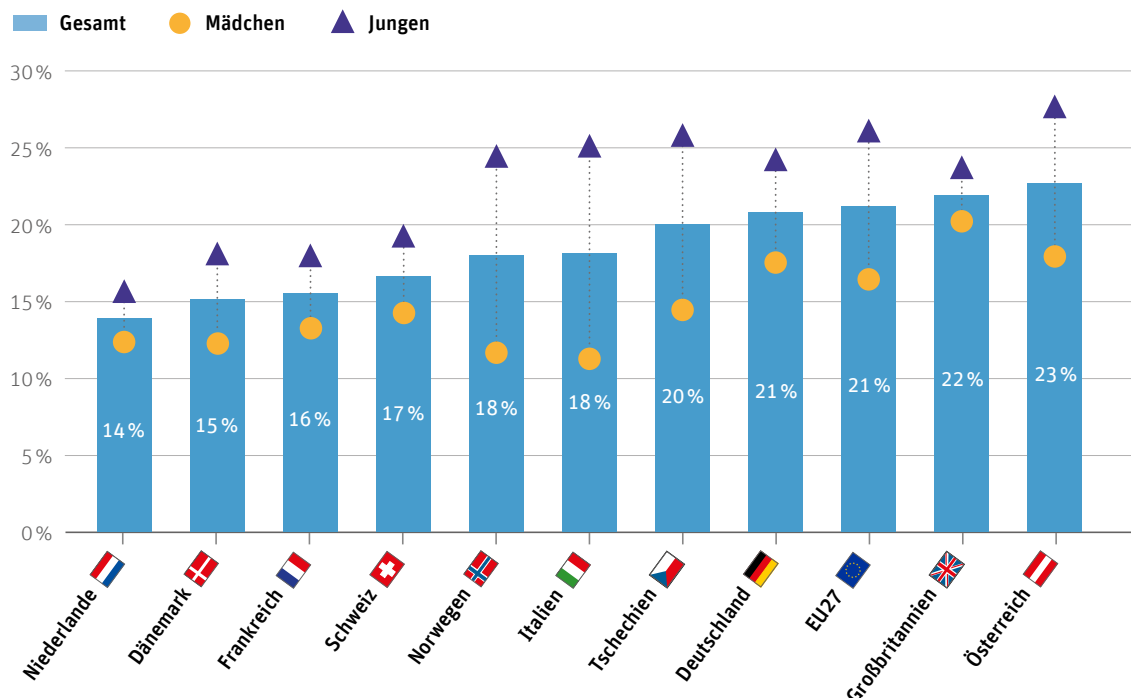
Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil der Erwachsenen ab 18 Jahren mit Übergewicht oder Fettleibigkeit. Die dargestellten Daten basieren auf der EU-SILC-Erhebung (Eurostat 2024d). Übergewicht und Fettleibigkeit werden anhand des Body-Mass-Index (BMI) definiert, der berechnet wird, indem das Gewicht einer Person in Kilogramm durch die Größe in Metern zum Quadrat geteilt wird. Erwachsene mit einem BMI ≥ 25 gelten als übergewichtig und solche mit einem BMI ≥ 30 als fettleibig. In der EU-SILC-Erhebung wird der BMI anhand von Selbstangaben zu Körpergröße und Gewicht berechnet. Die dargestellten Daten beziehen sich auf das Jahr 2022 oder das letzte verfügbare Jahr. Für Großbritannien sind die letzten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2017.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

Übergewicht und Adipositas stellen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen ein ernstes Gesundheitsproblem dar, da betroffene Kinder ein erhöhtes Risiko für langfristige Gesundheitsprobleme haben (Sommer und Twig 2018). Zudem sind sie häufig mit psychosozialen Herausforderungen wie niedrigem Selbstwertgefühl, Mobbing und schlechteren schulischen Leistungen konfrontiert, was die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen im späteren Leben verstärken kann (Rankin et al. 2016). Im Jahr 2022 wurde im Durchschnitt aller EU-Länder etwa jeder fünfte (21 %) 15-Jährige als übergewichtig oder fettleibig eingestuft (siehe Abbildung 37). Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen variiert dabei erheblich zwischen den EU-Ländern. Im Jahr 2022 war die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in den Niederlanden (14 %), Dänemark (15 %) und Frankreich (16 %) am geringsten, während Deutschland, Großbritannien und Österreich mit Anteilen von über 20 % die meisten übergewichtigen oder fettleibigen Jugendlichen verzeichneten. Im Durchschnitt der EU-Länder galten etwa 26 % der 15-jährigen Jungen und 16 % der gleichaltrigen Mädchen als übergewichtig oder fettleibig (OECD/European Commission 2024). In Italien und Norwegen war die Prävalenz von Übergewicht und Fettleibigkeit bei Jungen mehr als doppelt so hoch wie bei Mädchen, während die Unterschiede in Großbritannien (Jungen: 23,7 %, Mädchen: 20,3 %) und in den Niederlanden (Jungen: 15,6 %, Mädchen: 12,4 %) relativ gering ausfielen.

Grundsätzlich ist bei der Verwendung des BMI zu beachten, dass die Bewertung des Körpergewichts bei Erwachsenen unabhängig von Alter und Geschlecht erfolgt. Alters- oder geschlechtsbedingte Unterschiede in der Körperzusammensetzung werden daher nicht berücksichtigt. Da Menschen mit zunehmendem Alter dazu neigen, mehr Fett einzulagern und Muskelmasse zu verlieren, kann dies die Aussagekraft des BMI verzerren. Zudem berücksichtigt der BMI lediglich die Körpermasse und unterscheidet nicht zwischen Fett- und Muskelmasse. Dadurch könnten sportlich aktive Personen mit einer hohen Muskelmasse fälschlicherweise als übergewichtig eingestuft werden.

Abbildung 37: Anteil der Jugendlichen mit Übergewicht oder Fettleibigkeit



Hinweis: Die Abbildung zeigt den Anteil 15-jähriger Jugendlicher mit Übergewicht oder Adipositas. Die Einteilung erfolgt anhand des Body-Mass-Index (BMI), der berechnet wird, indem das Körpergewicht in Kilogramm durch die quadrierte Körpergröße in Metern geteilt wird. Die Einstufung erfolgt nach den WHO-Wachstumsreferenzwerten für 5- bis 19-Jährige: Übergewicht liegt vor, wenn der BMI mehr als eine Standardabweichung über dem Median liegt, Adipositas bei mehr als zwei Standardabweichungen. Die dargestellten Daten stammen aus der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie (Charrier et al. 2024) und beziehen sich auf das Jahr 2022.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD/European Commission (2024).

Die Aussagekraft des BMI hängt außerdem maßgeblich von zuverlässigen Angaben zu Körpergröße und Gewicht ab, die idealerweise gemessen und nicht erfragt werden sollten. Insgesamt weist der BMI somit einige Schwächen auf und sollte nie als alleiniger Parameter zur Beurteilung gewichtsbedingter Gesundheitsrisiken herangezogen werden.

5.7 Zwischenfazit

Während der Anteil täglicher Raucher unter Erwachsenen in Deutschland in den letzten Jahren deutlich abgenommen hat und mittlerweile unter dem EU-Durchschnitt liegt, bleibt der Anteil regelmäßiger Raucher unter Jugendlichen weiterhin relativ hoch. Im Durchschnitt der betrachteten Indikatoren zum Rauchverhalten liegt Deutschland im Mittelfeld der untersuchten Länder (siehe Tabelle 4). Auch in anderen Bereichen des Gesundheitsverhaltens zeigen sich in Deutschland deutliche Defizite. Alkoholkonsum ist sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen weit verbreitet, wobei insbesondere der starke episodische Alkoholkonsum bei Erwachsenen auffällig ist. Deutschland belegt in Bezug auf den Alkoholkonsum den vorletzten Platz im Länderranking (siehe Tabelle 4). Beim Konsum von Drogen wie Cannabis, Kokain und Ecstasy liegt Deutschland über dem EU-Durchschnitt und im unteren Mittelfeld der Vergleichsländer. In Bezug auf Ernährungsgewohnheiten schneidet Deutschland im Ländervergleich ebenfalls schlecht ab und belegt im Durchschnitt der betrachteten Indikatoren den letzten Platz (siehe Tabelle 4).²⁴ Nur 11 % der Erwachsenen erfüllen die von der WHO empfohlene tägliche Mindestmenge an Obst und Gemüse, während 56 % der Jugendlichen überhaupt kein Obst oder Gemüse am Tag verzehren. Gleichzeitig liegt der Verbrauch von Zucker und Fett deutlich über und der Verzehr von Hülsenfrüchten deutlich unter dem Durchschnitt der EU-Länder sowie den empfohlenen Mengen. Auch bei der körperlichen Aktivität gehört Deutschland im europäischen Vergleich zu den Schlusslichtern und belegt im Durchschnitt der betrachteten Indikatoren nur Platz 9 (siehe Tabelle 4). Lediglich die Hälfte der Erwachsenen und weniger als ein Sechstel der Jugendlichen erreichen die von der WHO empfohlene Bewegungsdauer. Diese Defizite in den Bereichen Ernährung und Bewegung spiegeln sich deutlich in den hohen Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas wider, die in Deutschland sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen überdurchschnittlich hoch sind. Hier liegt Deutschland im Länderranking nur auf Platz 8 (siehe Tabelle 4).

24 Großbritannien's Spitzenplatz bei den Ernährungsgewohnheiten erscheint auf den ersten Blick überraschend (siehe Tabelle 4). Laut den Daten der OECD und FAO wird in Großbritannien vergleichsweise wenig Fett konsumiert, während der Konsum an Obst und Gemüse hoch ist. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit dem OECD-Länderbericht 2019 für Großbritannien, in dem Fettleibigkeit, Alkoholkonsum und mangelnde körperliche Aktivität als zentrale Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit hervorgehoben werden, aber weniger die Ernährungsgewohnheiten (OECD 2019). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die zugrunde liegenden Daten für Großbritannien teilweise veraltet sind, wodurch die Aussagekraft des internationalen Vergleichs für manche der Indikatoren möglicherweise eingeschränkt ist.

6 Fazit

Die Ergebnisse dieser Arbeit zum Zugang zur Gesundheitsversorgung, zu den Gesundheitsergebnissen und zu den gesundheitlichen Risikofaktoren sind in Abbildung 38 in einer Heatmap zusammengefasst. Zudem gibt Tabelle 4 einen Überblick über die Position Deutschlands im Länderranking.

Zugang zur Gesundheitsversorgung

Deutschland verfügt über eines der leistungsstärksten Gesundheitssysteme in Europa. Im Ländervergleich belegt Deutschland bei den betrachteten Indikatoren zum Zugang zur Gesundheitsversorgung durchweg die vorderen Plätze, wie der obere Teil der Heatmap deutlich zeigt. Mit Blick auf den Umfang des Krankenversicherungsschutzes hat Deutschland eine nahezu flächendeckende Grundabsicherung im Krankheitsfall und im Ländervergleich einen der umfangreichsten Leistungskataloge. Während die Unterschiede in der Absicherung im ambulanten und stationären Sektor zwischen den Ländern weniger stark variieren, sticht das deutsche Gesundheitssystem insbesondere bei der zahnärztlichen Versorgung und der Arzneimittelversorgung heraus. Auch die Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem sind vergleichsweise gering. So fallen im haus- und fachärztlichen Bereich in Deutschland beispielsweise gar keine Zuzahlungen an. In anderen europäischen Ländern stellen Beteiligungen an den Behandlungskosten hingegen teilweise eine merkliche Hürde in der Gesundheitsversorgung dar. Die geringen Deckungsraten der öffentlichen Krankenversicherung in anderen Ländern – vor allem in der zahnärztlichen Versorgung und bei Arzneimitteln – weisen zudem darauf hin, dass viele Gesundheitsleistungen dort vollständig privat finanziert werden müssen. Patienten in Deutschland haben im Ländervergleich zudem den schnellsten Zugang zu innovativen Arzneimitteln. Gleichzeitig werden in Deutschland auch die meisten neuen Arzneimittel zugelassen. Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich auch durch seine große Wahlfreiheit aus. Die Pflicht zur Registrierung bei einem Hausarzt existiert hierzulande nicht und eine hausärztliche Überweisung zum Facharzt ist nicht erforderlich. Dagegen stellt die Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten durch Gatekeeping in Verbindung mit einer verpflichtenden Registrierung bei einem bestimmten Hausarzt in vielen anderen europäischen Gesundheitssystemen eine wesentliche Zugangshürde dar. Ein Vergleich der Wartezeiten und geografischen Hindernisse in der Gesundheitsversorgung ist aufgrund begrenzter Datenverfügbarkeit nur eingeschränkt möglich. Die vorliegenden Informationen deuten jedoch darauf hin, dass lange Wartezeiten und weite Wege beim Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland im internationalen Vergleich eine geringere Rolle spielen, während sie in anderen Ländern teils ein wesentlich größeres Versorgungsproblem darstellen. Insgesamt liegt Deutschland in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung im Länderranking auf dem ersten Platz (siehe Tabelle 4).

Der weitgehend uneingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland geht jedoch mit hohen Gesundheitsausgaben einher. Im Vergleich zu jüngeren Bevölkerungsstrukturen in anderen Ländern trägt der vergleichsweise hohe Altersdurchschnitt der deutschen Bevölkerung, mit einem Medianalter von 45,1 Jahren, und die damit verbundene höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wesentlich zu den hohen Gesundheitsausgaben bei.

Lebenserwartung und Risikofaktoren für die Gesundheit

Trotz der aufgezeigten Stärken des Gesundheitssystems bleiben die Gesundheitsergebnisse in Deutschland im europäischen Vergleich hinter den Erwartungen zurück. Deutschland belegt bei zentralen Gesundheitsindikatoren im Ländervergleich nur die mittleren bis hinteren Platzierungen (siehe mittlerer Teil der Heatmap). Besonders auffällig ist die niedrige Lebenserwartung bei Geburt, die hohe Sterblichkeit durch Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie die hohe Zahl durch Primärprävention bzw. Behandlung vermeidbarer Todesfälle. Deutschland liegt darüber hinaus bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands im europäischen Vergleich weit hinten, insbesondere in der

älteren Bevölkerung. Im Durchschnitt belegt Deutschland in Bezug auf die Gesundheitsergebnisse im Ländervergleich nur Platz 7 (siehe Tabelle 4).

Die Analyse verhaltensbedingter Risikofaktoren für die Gesundheit im Ländervergleich legt nahe, dass diese einen sehr guten Erklärungsansatz für die beobachtete Diskrepanz zwischen den Inputfaktoren (Zugang, Gesundheitsausgaben) und den Gesundheitsergebnissen in Deutschland liefern kann. Im europäischen Ländervergleich belegt Deutschland bei allen untersuchten Risikofaktoren durchweg die mittleren bis hinteren Plätze (siehe unterer Teil der Heatmap). Während der Tabakkonsum bei Erwachsenen in Deutschland in den letzten Jahren deutlich abgenommen hat und der Anteil täglicher Raucher mittlerweile sogar unter dem EU-Durchschnitt liegt, bleibt der Anteil regelmäßiger Raucher unter Jugendlichen weiterhin relativ hoch. Alkoholkonsum ist sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen in Deutschland weit verbreitet. Mit einem durchschnittlichen Konsum von fast elf Litern reinem Alkohol pro Kopf und Jahr liegt Deutschland über dem EU-Durchschnitt und zählt unter den betrachteten Ländern zu den Spitzenreitern. Besonders auffällig ist der starke episodische Alkoholkonsum unter Erwachsenen, bei dem große Mengen Alkohol in kurzer Zeit konsumiert werden und der als besonders gefährlich einzustufen ist, da er das Risiko einer Alkoholabhängigkeit erhöht und langfristig erhebliche gesundheitliche Folgen nach sich ziehen kann. Auch die Ernährungsgewohnheiten in Deutschland weisen erhebliche Defizite auf. Nur 44 % der Jugendlichen konsumieren täglich Obst oder Gemüse, und lediglich 11 % der Erwachsenen erreichen die von der WHO empfohlene Mindestmenge von fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag. Gleichzeitig liegt der Verbrauch von Zucker und Fett deutlich über den WHO-Empfehlungen, während der Verzehr von Hülsenfrüchten weit unter der Empfehlung der DGE liegt. Im Vergleich zu den anderen Ländern, die hinsichtlich der Empfehlungen größtenteils ebenfalls schlecht abschneiden, gehört Deutschland bei Betrachtung der Indikatoren zum Obst-, Gemüse-, Fett-, Zucker- und Hülsenfrüchteverzehr zu den Ländern mit den schlechtesten Ernährungsgewohnheiten. Körperliche Aktivität ist ein weiterer Bereich mit Verbesserungspotenzial, der in Zusammenhang den Gesundheitsergebnissen in Deutschland stehen könnte. Nur etwa die Hälfte der Erwachsenen erfüllt die WHO-Empfehlung von mindestens 150 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität pro Woche, während weniger als jeder sechste Jugendliche die empfohlene tägliche Bewegungsdauer von mindestens 60 Minuten erreicht. Im Vergleich zu den untersuchten Ländern, die zum Teil ebenfalls Schwächen in diesem Bereich aufweisen, erreicht Deutschland auch hier nur die mittleren bis hinteren Platzierungen. Diese Defizite in der Ernährung und Bewegung spiegeln sich auch in den hohen Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas wider, die in Deutschland sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen im europäischen Vergleich hoch sind. Im Durchschnitt aller betrachteten verhaltensbedingten Risikofaktoren für die Gesundheit belegt Deutschland im Länderranking den letzten Platz (siehe Tabelle 4).

Die aufgezeigten Problemfelder, insbesondere in den Bereichen Alkoholkonsum und Ernährung, verdeutlichen die Notwendigkeit gezielter Maßnahmen zur Förderung eines gesundheitsbewussten Lebensstils und einer stärkeren Fokussierung auf Prävention in Deutschland. Seit einigen Jahren existieren hierzulande bereits verschiedene Initiativen, die das Ziel verfolgen, das Bewusstsein der Bevölkerung für gesündere Lebensgewohnheiten zu schärfen und präventiv gegen gesundheitliche Risiken wie Alkoholmissbrauch, Rauchen und schlechte Ernährungsgewohnheiten vorzugehen. Beispielhaft sind hier neben dem Nutri-Score zur Nährwertkennzeichnung von Lebensmitteln vor allem auch bundesweite Kampagnen wie „Alkohol? Kenn dein Limit“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung zu nennen. Auch die Bundesinitiative „Rauchfrei leben“, die von den zentralen Akteuren des Gesundheitswesens wie der BZgA, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung unterstützt wird, ist eine wesentliche Komponente der nationalen Präventionsstrategie.

Ein wichtiger Bestandteil von Prävention ist darüber hinaus die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Studie aus dem Jahr 2021 zeigt, dass fast 60 Prozent der Befragten in Deutschland ihre Gesundheitskompetenz nur als eingeschränkt oder unzureichend wahrnehmen (Schaeffer et al. 2021), was auf bestehenden Handlungsbedarf in diesem Bereich hindeutet. Vor diesem Hintergrund haben sich die Spitzenorganisationen

und Verbände des deutschen Gesundheitswesens im Rahmen der „Allianz für Gesundheitskompetenz“ bereits zur Umsetzung konkreter Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz verpflichtet.

Zusammenfassend zeigt die Analyse, dass Deutschland über eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme im europäischen Vergleich verfügt, mit umfangreichem Leistungskatalog, einem schnellen Zugang zu innovativen Diagnostiken und Therapien und geringen Zuzahlungen. Die im europäischen Vergleich unterdurchschnittliche Lebenserwartung scheint vor allem auf Lebensstilfaktoren und deren langfristige Auswirkungen zurückzuführen zu sein. Bei den untersuchten Ländern gibt es keinen Zusammenhang zwischen Finanzierungssystem und Lebenserwartung. Das heißt, auch in Einheitsversicherungen wird die Lebenserwartung wesentlich von Lebensstilfaktoren beeinflusst. Die hohen Gesundheitsausgaben in Deutschland hängen mit einer ausgeprägten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zusammen, die durch die vergleichsweise alte Bevölkerungsstruktur sowie eine weit verbreitete ungesunde Lebensweise begünstigt wird.

	DK	DE	FR	GB	IT	NL	NO	AT	CH	CZ	EU
(3) Risikofaktoren für die Gesundheit											
Täglich geraucht (Erwachsene ab 15 J.)											
Im letzten Monat geraucht (Jugendliche, 15 J.)											
Im letzten Monat E-Zigaretten genutzt (junge Erwachsene, 15-24 J.)											
Alkoholkonsum (Liter/Jahr/Person) (Erwachsene ab 15 J.)											
Starker episodischer Alkoholkonsum im letzten Monat (Erwachsene, ab 18 J.)											
Mehr als einmal im Leben betrunken gewesen (Jugendliche, 15 J.)											
Cannabiskonsum (junge Erwachsene, 15-24 J.)											
Kokainkonsum (junge Erwachsene, 15-24 J.)											
MDMA/Ecstasy-Konsum (junge Erwachsene, 15-24 J.)											
Täglicher Gemüseverzehr (Erwachsene ab 16 J.)											
Täglicher Obstverzehr (Erwachsene ab 16. J.)											
Täglich ≥ 5 Portionen Obst/Gemüse (Erwachsene ab 18 J.)											
Nicht täglicher Obst- und Gemüseverzehr (Jugendliche, 15 J.)											
Zuckerzufuhr (kg/Jahr/Person)											
Fettzufuhr (g/Tag/Person)											
Verzehr von Hülsenfrüchten (kg/Jahr/Person)											
≥ 150 Minuten Aktivität/Woche (Erwachsene, ab 18 J.)											
≥ 60 Minuten Aktivität/Tag (Jungen, 15 J.)											
≥ 60 Minuten Aktivität/Tag (Mädchen, 15 J.)											
Übergewicht oder Fettleibigkeit (Männer, ab 18 J.)											
Übergewicht oder Fettleibigkeit (Frauen, ab 18 J.)											
Übergewicht oder Fettleibigkeit (Jungen, 15 J.)											
Übergewicht oder Fettleibigkeit (Mädchen, 15 J.)											

Hinweis: Die Abbildung gibt einen Überblick über die in dieser Arbeit dargestellten Indikatoren in Form einer Heatmap. Die Kategorien (1) bis (3) entsprechen den Kapiteln 3 bis 5 der Arbeit. Dargestellt sind jeweils die zehn Vergleichsländer (DK = Dänemark, DE = Deutschland, FR = Frankreich, GB = Großbritannien, IT = Italien, NL = Niederlande, NO = Norwegen, AT = Österreich, CH = Schweiz, CZ = Tschechien) sowie der EU27-Durchschnitt (letzte Spalte). In Kategorie (1) sind positive Werte in Bezug auf die Inputfaktoren der Gesundheitssysteme grün markiert, während negative Werte rot dargestellt sind. Kategorie (2) zeigt die Gesundheitsergebnisse, wobei positive Ergebnisse (z. B. hohe Lebenserwartung, niedrige Sterblichkeit) ebenfalls grün hervorgehoben sind und negative Ergebnisse rot. Bei den Risikofaktoren in Kategorie (3) sind günstige Werte (z. B. geringer Tabak- und Alkoholkonsum, gesunde Ernährung, viel Bewegung) grün und ungünstige Werte rot gekennzeichnet. Die Intensität der Farbe entspricht der Größe des zugrunde liegenden Wertes. Gelb eingefärbte Werte stellen jeweils den Median des Wertebereichs der Daten dar. Für weiße Felder liegen keine Daten vor.

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 4: Länderranking

	DK	DE	FR	GB	IT	NL	NO	AT	CH	CZ	EU
(1) Zugang zur Gesundheitsversorgung	9	1	4	3	7	2	10	5	6	7	11
(2) Gesundheitsergebnisse	9	7	3	10	2	5	4	6	1	11	7
(3) Risikofaktoren für die Gesundheit	7	11	8	4	4	3	2	9	1	10	6
(a) Rauchen	3	6	9	1	11	7	2	7	4	9	5
(b) Alkoholkonsum	11	10	5	7	3	4	1	7	2	7	5
(c) Drogenkonsum	3	7	6	9	5	10	2	1		8	4
(d) Ernährung	8	11	5	1	2	3	7	9	4	10	6
(e) Körperliche Aktivität	5	9	10	7	11	3	2	5	1	3	8
(f) Übergewicht und Fettleibigkeit	6	8	2	9	2	1	5	9	4	11	7

Hinweis: Die Tabelle zeigt die Rangfolge der Länder je Kategorie: (1) Zugang zur Gesundheitsversorgung, (2) Gesundheitsergebnisse und (3) Risikofaktoren für die Gesundheit. Die dritte Kategorie ist unterteilt in die Unterkategorien (a) Rauchen, (b) Alkoholkonsum, (c) Drogenkonsum, (d) Ernährung, (e) Körperliche Aktivität sowie (f) Übergewicht und Fettleibigkeit. Für die Erstellung des Rankings wurde innerhalb jeder Kategorie für jedes Land zunächst der Mittelwert der Platzierungen über alle untersuchten Indikatoren ermittelt. Diese länderspezifischen Mittelwerte wurden anschließend in eine Rangfolge überführt. Bei der Mittelwertbildung wurden alle Indikatoren gleich gewichtet. Dadurch wird nicht berücksichtigt, dass einzelne Faktoren unter Umständen eine größere Bedeutung haben als andere. Andere Einflussfaktoren auf die Gesundheit (z.B. Umweltfaktoren, sozioökonomische Faktoren, genetische Faktoren, Qualität der medizinischen Versorgung) bleiben unberücksichtigt.

Quelle: Eigene Darstellung.

Literatur

Ahammer, Alexander; Bauernschuster, Stefan; Halla, Martin; Lachenmaier, Hannah (2022): Minimum legal drinking age and the social gradient in binge drinking. In: *Journal of health economics* 81, S. 102571.

Amelung, Volker Eric (2011): *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, 5. Auflage, Wiesbaden.

Anderson, Peter; O'Donnell, Amy; Kaner, Eileen; Llopis, Eva Jané; Manthey, Jakob; Rehm, Jürgen (2021): Impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland and Wales: controlled interrupted time series analyses. In: *The Lancet Public Health* 6 (8), e557-e565.

Arentz, Christine (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern. WIP-Diskussionspapier 2/2017. Wissenschaftliches Institut der PKV.

BAG (2023): Zahnärztliche Behandlung. Online verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Zahnaerztliche-Behandlung.html>, zuletzt geprüft am 05.11.2024.

Bahnsen, Lewe (2022): Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme. Wissenschaftliches Institut der PKV.

Bidzan-Bluma, Ilona; Lipowska, Małgorzata (2018): Physical Activity and Cognitive Functioning of Children: A Systematic Review. In: *International journal of environmental research and public health* 15 (4).

Blümel, Miriam; Spranger, Anne; Achstetter, Katharina; Maresso, Anna; Busse, Reinhard (2020): Germany: Health System Review 2020. In: *Health Systems in Transition* 22 (6), i–273.

BPI (2024): OTC-Daten 2024. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. Online verfügbar unter <https://www.bpi.de/bibliothek/otc-daten>, zuletzt geprüft am 13.01.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2023): Bundeskabinett beschließt Cannabisgesetz. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundeskabinett-beschliesst-cannabisgesetz-pm-16-08-23.html#c28909>, zuletzt geprüft am 17.01.2025.

Busse, Reinhard; Wörz, Markus; Foubister, Thomas; Mossialos, Elias; Berman, Philip (2006): *Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCESS)*.

Campeny, E.; López-Pelayo, H.; Nutt, D.; Blithikioti, C.; Oliveras, C.; Nuño, L. et al. (2020): The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms. In: *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 33, S. 1–35.

Carlson, Sandra Birte (2014): *Leistungsausschlüsse als Rationierungsinstrument im Gesundheitswesen. Eine vergleichende Untersuchung der Rechtslage in Deutschland und England*. Lit, Münster.

Charrier, Lorena; van Dorsselaer, Saskia; Canale, Natale; Baska, Tibor; Kilibarda, Biljana; Comoretto, Rosanna Irene et al. (2024): A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Volume 3. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen.

Coleman, Sulamunn R. M.; Piper, Megan E.; Byron, M. Justin; Bold, Krysten W. (2022): Dual Use of Combustible Cigarettes and E-cigarettes: a Narrative Review of Current Evidence. In: *Current addiction reports* 9 (4), S. 353–362.

Collese, Tatiana Sadalla; Nascimento-Ferreira, Marcus Vinicius; Moraes, Augusto César Ferreira de; Rendo-Urteaga, Tara; Bel-Serrat, Silvia; Moreno, Luis A.; Carvalho, Heráclito Barbosa (2017): Role of fruits and vegetables in adolescent cardiovascular health: a systematic review. In: Nutrition reviews 75 (5), S. 339–349.

Commonwealth Fund (2023): Commonwealth Fund survey, 2023.

DeSalvo, Karen B.; Bloser, Nicole; Reynolds, Kristi; He, Jiang; Muntner, Paul (2006): Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. In: Journal of General Internal Medicine 21 (3), S. 267–275.

Ehrlich, Isaac; Becker, Gary S. (1972): Market insurance, self-insurance, and self-protection. In: Journal of political economy (80), Artikel 4, S. 623–648.

EMCDDA (2024): European Drug Report 2024: Trends and Developments. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

European Commission (2021): Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes.

European Commission (2024): European Pillar of Social Rights in 20 principles. Online verfügbar unter <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1606&langId=en>, zuletzt geprüft am 30.10.2024.

Eurostat (2022a): Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse, nach Geschlecht, Alter und Verstädterungsgrad, Datenbank [hlth_ehis_fv3u]. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/view/hlth_ehis_fv3u?lang=de, zuletzt geprüft am 05.12.2024.

Eurostat (2022b): Zeitaufwand für gesundheitsfördernde (nicht arbeitsbezogene) aerobe körperliche Aktivität, nach Geschlecht, Alter und Einkommensquintil, Datenbank [hlth_ehis_pe2i]. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/view/hlth_ehis_pe2i?lang=de.

Eurostat (2024a): Gesundheitsausgaben nach Finanzierungssystemen, Datenbank [hlth_sha11_hf]. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf_custom_13467290/default/table?lang=de, zuletzt geprüft am 25.10.2024.

Eurostat (2024b): Nach eigenen Angaben nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung nach Geschlecht, Alter, angegebenem Hauptgrund und Verstädterungsgrad, Datenbank [hlth_silc_21]. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_21/default/table?lang=de, zuletzt geprüft am 12.11.2024.

Eurostat (2024c): Personen, die Obst, Gemüse oder Salat essen, nach Bildungsabschluß, Armutsgefährdungsschwelle, häufigstem Erwerbsstatus und Geschlecht, Datenbank [ilc_hch11]. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch11/default/table?lang=de, zuletzt geprüft am 05.12.2024.

Eurostat (2024d): Personenverteilung nach Body-Mass-Index, Bildungsabschluß, Geschlecht und Alter, Datenbank [ilc_hch10]. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/view/ilc_hch10?lang=de, zuletzt geprüft am 18.12.2024.

Eurostat (2024e): Selbst wahrgenommene Gesundheit nach Geschlecht, Alter und Einkommensquintil, Datenbank [hlth_silc_10]. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/view/hlth_silc_10?lang=de, zuletzt geprüft am 17.12.2024.

Eurostat (2024f): Todesursachen – standardisierte Sterbeziffer nach NUTS-2-Regionen, Datenbank [hlth_cd_asdr2]. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2/default/table?lang=de, zuletzt geprüft am 17.12.2024.

FAO (2024): Food Balances / Food Balances (2010-). Food and Agriculture Organization of the United Nations. Online verfügbar unter <http://www.fao.org/faostat/en/#data/FBS>, zuletzt geprüft am 11.12.2024.

Finkenstädt, Verena (2017): Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick. Wissenschaftliches Institut der PKV.

Finkenstädt, Verena; Niehaus, Frank (2013): Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick. Wissenschaftliches Institut der PKV.

GKV-Spitzenverband (2024): Licht und Schatten: So sehen Versicherte das deutsche Gesundheitswesen. Repräsentative Versichertenbefragung 2024 durch den GKV-Spitzenverband mit dem Schwerpunkt ambulante Versorgung. Online verfügbar unter https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/40/autorenbeitrag/40_versichertenbefragung/40_versichertenbefragung.html, zuletzt geprüft am 17.12.2024.

Grigoriev, Pavel; Sauerberg, Markus; Jasilionis, Domantas; van Raalte, Alyson; Klüsener, Sebastian (2024): Sterblichkeitsentwicklung in Deutschland im internationalen Kontext. In: Bundesgesundheitsbl 67 (5), S. 493–503.

GTAI (2023): Neue Freihandelsabkommen für das Vereinigte Königreich. Online verfügbar unter <https://www.gtai.de/de/trade/vereinigtes-koenigreich/zoll/neue-freihandelsabkommen-fuer-das-vereinigte-koenigreich-262388>, zuletzt geprüft am 25.10.2024.

Houghton, Frank; Moran Stritch, Jennifer; Auerbach, Jeremy (2024): Evaluation of Ireland's Sugar-Sweetened Drinks' Tax (SSDT). Munster Research Consultancy. Online verfügbar unter <https://assets.gov.ie/306044/6588fc8d-54a2-4749-b931-ffdb3a0de68a.pdf>, zuletzt geprüft am 31.01.2025.

IGES Institut (2021): Evaluationsgutachten zur Bewertung des deutschen Engagements zur Teilnahme am „International Health Policy (IHP)-Survey“ des Commonwealth Fund. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/evaluationsgutachten-zur-bewertung-des-deutschen-engagements-zur-teilnahme-am-international-health-policy-ihp-survey-des-commonwealth-fund.html>, zuletzt geprüft am 26.11.2024.

IHME (2024): Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021). Global Health Data Exchange, Institute for Health. Institute for Health Metrics and Evaluation.

Janssen, Ian; LeBlanc, Allana G. (2010): Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. In: Int J Behav Nutr Phys Act 7 (1), S. 40. Online verfügbar unter <https://ijbnpa.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/1479-5868-7-40>.

Jasilionis, Domantas; van Raalte, Alyson A.; Klüsener, Sebastian; Grigoriev, Pavel (2023): The underwhelming German life expectancy. In: Eur J Epidemiol 38 (8), S. 839–850.

Jonas, Andrea (2022): Impact of vaping on respiratory health. In: BMJ (Clinical research ed.) 378, e065997.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2021. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage März/April 2021, zuletzt geprüft am 17.12.2024.

Kelly, Charlotte; Hulme, Claire; Farragher, Tracey; Clarke, Graham (2016): Are differences in travel time or distance to healthcare for adults in global north countries associated with an impact on health outcomes? A systematic review. In: BMJ open 6 (11), e013059.

Lapinte, Aude; Pollak Catherine; Solotareff, Rosalinda (2024): La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024.

- Lydon, David M.; Wilson, Stephen J.; Child, Amanda; Geier, Charles F. (2014): Adolescent brain maturation and smoking: what we know and where we're headed. In: *Neuroscience and biobehavioral reviews* 45, S. 323–342.
- Martin, Steve; Siciliani, Luigi; Smith, Peter (2020): Socioeconomic inequalities in waiting times for primary care across ten OECD countries. In: *Social science & medicine* (1982) 263, S. 113230.
- Martinelli, Thomas; Candel, Math J. J. M.; Vries, Hein de; Talhout, Reinskje; Knapen, Vera; van Schayck, Constant P.; Nagelhout, Gera E. (2023): Exploring the gateway hypothesis of e-cigarettes and tobacco: a prospective replication study among adolescents in the Netherlands and Flanders. In: *Tobacco control* 32 (2), S. 170–178.
- Mathers, Bradley M.; Degenhardt, Louisa; Phillips, Benjamin; Wiessing, Lucas; Hickman, Matthew; Strathdee, Steffanie A. et al. (2008): Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. In: *Lancet* (London, England) 372 (9651), S. 1733–1745.
- McCambridge, Jim; McAlaney, John; Rowe, Richard (2011): Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. In: *PLoS medicine* 8 (2), e1000413.
- Moscelli, Giuseppe; Siciliani, Luigi; Tonei, Valentina (2016): Do waiting times affect health outcomes? Evidence from coronary bypass. In: *Social science & medicine* (1982) 161, S. 151–159.
- Mseke, E. P.; Jessup, B.; Barnett, T. (2024): Impact of distance and/or travel time on healthcare service access in rural and remote areas: A scoping review. In: *Journal of Transport & Health* 37, S. 101819.
- Nelson, Paul K.; Mathers, Bradley M.; Cowie, Benjamin; Hagan, Holly; Des Jarlais, Don; Horyniak, Danielle; Degenhardt, Louisa (2011): Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. In: *Lancet* (London, England) 378 (9791), S. 571–583.
- Neupert, Ingo; Pieper, Claudia (2020): Menschen ohne Krankenversicherung – Prävalenz und Rückführung in die sozialen Sicherungssysteme durch den Sozialdienst am Beispiel des Universitätsklinikums Essen. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 82 (12), S. 955–960.
- Newton, Max; Stoddart, Kelsey; Travaglio, Marco; Troein, Per (2024): EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2023 Survey. IQVIA, zuletzt geprüft am 17.12.2024.
- O'Brien, Doireann; Long, Jean; Quigley, Joan; Lee, Caitriona; McCarthy, Anne; Kavanagh, Paul (2021): Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: a systematic review and meta-analysis. In: *BMC public health* 21 (1), S. 954.
- OECD (2011): *Health at a Glance 2011*. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.
- OECD (2019): *United Kingdom: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- OECD (2020a): *Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich*. Online verfügbar unter <https://blog.oecd-berlin.de/das-deutsche-gesundheitssystem-im-internationalen-vergleich>, zuletzt geprüft am 13.11.2024.
- OECD (2020b): *OECD Health Policy Studies Waiting Times for Health Services Next in Line*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2020c): *Realising the Potential of Primary Health Care*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris.
- OECD (2023): *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.
- OECD (2024a): *OECD Health Statistics 2024 (database)*.

OECD (2024b): OECD Health Statistics 2024. Definitions, Sources and Methods. Government/compulsory health insurance. OECD Publishing, Paris.

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

OECD/European Commission (2024): Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023): Deutschland: Ländergesundheitsprofil 2023. OECD Publishing, Paris.

OECD/WHO (2023): Step Up! Tackling the Burden of Insufficient Physical Activity in Europe. OECD Publishing, Paris.

Ono, Tomoko; Schoenstein; Michael; Buchan, James (2014): Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. OECD Health Working Papers, No. 69. OECD Publishing, Paris.

Palladino, Raffaele; Tayu Lee, John; Ashworth, Mark; Triassi, Maria; Millett, Christopher (2016): Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. In: Age and ageing 45 (3), S. 431–435.

Pauly, Mark V. (1968): The Economics of Moral Hazard: Comment. In: American Economic Review (58), Artikel 3, S. 531–537.

Pisinger, Charlotta; Rasmussen, Sofie K. Bergman (2022): The Health Effects of Real-World Dual Use of Electronic and Conventional Cigarettes versus the Health Effects of Exclusive Smoking of Conventional Cigarettes: A Systematic Review. In: International journal of environmental research and public health 19 (20).

Rankin, Jean; Matthews, Lynsay; Copley, Stephen; Han, Ahreum; Sanders, Ross; Wiltshire, Huw D.; Baker, Julien S. (2016): Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. In: Adolescent health, medicine and therapeutics 7, S. 125–146.

Reichert, Anika; Jacobs, Rowena (2018): The impact of waiting time on patient outcomes: Evidence from early intervention in psychosis services in England. In: Health economics 27 (11), S. 1772–1787. DOI: 10.1002/hec.3800.

Rezayatmand, Reza; Pavlova, Milena; Groot, Wim (2013): The impact of out-of-pocket payments on prevention and health-related lifestyle: a systematic literature review. In: European journal of public health 23 (1), S. 74–79. DOI: 10.1093/eurpub/cks034.

Schaeffer, Doris; Berens, Eva-Maria; Gille, Svea; Giese, Lennert; Klinger, Julia; Sombre, Steffen de et al. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2.

Schölkopf, Martin; Grimmeisen, Simone (2021): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik. 4., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (Health Care Management).

Sommer, Adir; Twig, Gilad (2018): The Impact of Childhood and Adolescent Obesity on Cardiovascular Risk in Adulthood: a Systematic Review. In: Current diabetes reports 18 (10), S. 91.

Sommer, Natascha; Franzen, Klaas; Andreas, Stefan; Pankow, Wulf; Kunstmann, Wilfried; Hanewinkel, Reiner (2024): Gesundheitsschädliche Wirkungen von Aromen in E-Zigaretten. In: Deutsche medizinische Wochenschrift (1946) 149 (11), S. 646–653.

Soneji, Samir; Barrington-Trimis, Jessica L.; Wills, Thomas A.; Leventhal, Adam M.; Unger, Jennifer B.; Gibson, Laura A. et al. (2017): Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. In: JAMA pediatrics 171 (8), S. 788–797.

The Economist (2022): The pandemic's true death toll. Our daily estimate of excess deaths around the world. Online verfügbar unter <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-estimates>, zuletzt geprüft am 23.01.2025.

United Nations (2024): World Population Prospects 2024. Online Edition. Online verfügbar unter <https://population.un.org/wpp/>, zuletzt geprüft am 08.01.2025.

Weiss, D. J.; Nelson, A.; Vargas-Ruiz, C. A.; Gligorić, K.; Bavadekar, S.; Gabrilovich, E. et al. (2020): Global maps of travel time to healthcare facilities. In: Nat Med 26 (12), S. 1835–1838. Online verfügbar unter <https://www.nature.com/articles/s41591-020-1059-1.pdf>.

WHO (2020a): Healthy diet. Online verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>, zuletzt geprüft am 09.12.2024.

WHO (2020b): WHO-Bericht zufolge ist Rauchen weiterhin eine zentrale Herausforderung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Online verfügbar unter <https://www.who.int/europe/de/news/item/05-06-2020-smoking-still-a-core-challenge-for-child-and-adolescent-health-reveals-who-report>, zuletzt geprüft am 03.12.2024.

WHO (2021): Cardiovascular diseases (CVDs). Online verfügbar unter [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)), zuletzt geprüft am 27.11.2024.

WHO (2022a): Cancer. Online verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, zuletzt geprüft am 27.11.2024.

WHO (2022b): Sugar-sweetened beverage taxes in the WHO European Region: success through lessons learned and challenges faced. World Health Organization. Regional Office for Europe.

WHO (2023): Out-of-pocket payments for primary health care unaffordable for millions in Europe, new WHO report shows. Online verfügbar unter <https://www.who.int/europe/news/item/12-12-2023-out-of-pocket-payments-for-primary-health-care-unaffordable-for-millions-in-europe-new-who-report-shows>, zuletzt geprüft am 07.11.2024.

WHO (2024a): Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Online verfügbar unter [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)), zuletzt geprüft am 27.11.2024.

WHO (2024b): Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. World Health Organization.

WHO (2024c): Social determinants of health. Online verfügbar unter https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1, zuletzt geprüft am 25.10.2024.

Winkelmann, Juliane; Gómez Rossi, Jesús; van Ginneken, Ewout (2022): Oral health care in Europe: Financing, access and provision. In: Health Systems in Transition 24 (2), S. 1–176.

Wyper, Grant M. A.; Mackay, Daniel F.; Fraser, Catriona; Lewsey, Jim; Robinson, Mark; Beeston, Clare; Giles, Lucie (2023): Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study. In: The Lancet 401 (10385), S. 1361–1370.

WIP-Veröffentlichungen seit 2018

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten - Jahresbericht 2025, WIP-Analyse März 2025, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-8-6

Ärztebarometer – Eine Querschnittsbefragung ambulant-tätiger Ärzte in Deutschland, WIP-Analyse Januar 2025, Louis Junghanns, Dr. Christian Jacke, Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Rychlik, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-6-2

WIP-Tagungsband 2024, WIP-Tag der Versorgungsforschung am 19.09.2024, Dr. Christian O. Jacke

Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV – Aktualisierung 2024/2025, WIP-Kurzanalyse September 2024, Dr. Frank Wild

Psychologie in der Gesundheitsförderung: ein Scoping Review, WIP-Analyse September 2024, Laurin Müller, Dr. Christian Jacke, ISBN 978-3-9824068-5-5

Veränderung der ambulanten Leistungsanspruchnahme von Privatversicherten während der COVID-19-Pandemie. WIP-Kurzanalyse Juli 2024, Julia Schaarschmidt, Dr. Frank Wild

Kostenschätzung zu einer Deckelung der pflegebedingten Eigenanteile, WIP-Berechnungen Juli 2024, Dr. Frank Wild

Der Preis in einer Marktwirtschaft ist fundamental – Ein ökonomischer Blick vor dem Hintergrund der Debatte um die Einführung von vertraulichen Medikamentenpreisen, WIP-Kommentar, Juli 2024, Dr. Frank Wild

Wirtschaftswachstum vs. DeGrowth: Warum Wachstum gut für die Menschen und unser Sozialsystem ist. WIP-Kommentar Juli 2024, Dr. Frank Wild

Zur Zukunftsfähigkeit der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Mai 2024, Dr. Lewe Bahnsen

Voraussichtliche Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Kommentar Mai 2024, Dr. Frank Wild

Steuerzuschüsse für die Soziale Pflegeversicherung zur Stabilisierung der Pflegebeiträge – Finanzielle Tragfähigkeit und Prognosen, WIP-Kurzanalyse Mai 2024, Dr. Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2024, WIP-Analyse März 2024, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-4-8

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2023 – Zahlen, Fakten, PKV-GKV-Vergleich, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-95466-853-3, MWV, Berlin Dezember 2023

Entwicklung der Prämien und Beitragseinnahmen in PKV und GKV – Aktualisierung 2023/2024, WIP-Kurzanalyse Oktober 2023, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die zahnärztliche Versorgung der Privatversicherten im Jahr 2020, WIP-Kurzanalyse Juli 2023, Julia Schaarschmidt, Dr. Frank Wild

Innovation und Diffusion in der ambulant-ärztlichen Versorgungsstruktur, WIP-Analyse Mai 2023, Dr. Bernd Rebmann, Dr. Elisabeth Leonhard, Andrea Kern-Schnur, Nadine Brohammer, ISSN 2702-1343

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2023, WIP-Analyse Mai 2023, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-3-1

Soziale Pflegeversicherung heute und morgen: Stand und mögliche Szenarien, WIP-Analyse März 2023, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-2-4

Womit in der Zukunft zu rechnen ist: Eine Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen, WIP-Kurzanalyse Dezember 2022, Dr. Lewe Bahnsen

Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen – Aktualisierung, WIP-Analyse Dezember 2022, Thiess Büttner, Martin Werding, ISBN 978-3-9824068-1-7

Aufwachsender Arbeitskräftemangel zeigt auf, dass die Digitalisierung des Arbeitslebens viel zu langsam vorangeht, WIP-Kommentar, November 2022, Dr. Frank Wild

Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2013-2023, WIP-Kurzanalyse November 2022, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild

Debatte um eine außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung, WIP-Kommentar, Oktober 2022, Dr. Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben der Privatversicherten – Jahresbericht 2022, WIP-Analyse Juni 2022, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild

Verordnung cannabinoidhaltiger Arzneimittel in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Privatversicherten (2017-2020), WIP-Kurzanalyse Juni 2022, Dr. Christian O. Jacke

Nachhaltigkeit von Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kommentar, Mai 2022, Dr. Frank Wild

Wer ist impfberechtigt? Ein internationaler Blick, WIP-Kurzanalyse Mai 2022, Daria Kozica, Frank Wild

Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, WIP-Analyse Februar 2022, Lewe Bahnsen, ISBN 978-3-9821682-8-9 (in 2021 nicht veröffentlicht, verschoben auf 2022)

Gesundheitssystem in Israel, WIP-Kommentar, Februar 2022, Dr. Frank Wild

COVID-19-Todesfälle – Häufigkeit im Verhältnis zu anderen Todesursachen, WIP-Kurzanalyse Januar 2022, Frank Wild, Larissa Tembrink,

Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen, WIP-Analyse Dezember 2021, Thiess Büttner, Martin Werding, ISBN 978-3-9821682-9-6-

Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2012-2022, WIP-Kurzanalyse November 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Bürgerversicherung oder Finanzausgleich? Keine Lösungen für die demografischen Herausforderungen in der Pflege. WIP-Kurzanalyse Oktober 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Ambulant-ärztliche Versorgung – Ein Blick ins westeuropäische Ausland, WIP-Analyse September 2021, Günter Neubauer, Christof Minartz (IfG), Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-7-2

E-Health-Anwendungen im Ländervergleich, WIP-Kurzanalyse September 2021, Frank Wild, Daria Kozica

Europäische Gesundheitssysteme in der COVID-19-Pandemie: Ein vergleichender Überblick, WIP-Analyse Juli 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-6-5

Langfristige Finanzierungslasten durch kurzfristige Neuregelungen in der Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Juni 2021, Lewe Bansen, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse April 2021, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-5-8

Finanzielle Auswirkungen der Pläne einer Pflegereform 2021, WIP-Kurzanalyse April 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Die zukünftige Entwicklung der GKV-Financen – Ein Beitrag zur Diskussion um erhöhte Steuerzuschüsse, WIP-Kurzanalyse März 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Kollektivversorgung und in die privatärztliche ambulante Versorgung, Anke Walendzik, Carina Abels, Jürgen Wasem, ISSN 2702-1343, erschienen MWV-Verlag, März 2021

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2020 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-95466-578-5, erschienen MWV-Verlag, November 2020

Eigenanteile in der stationären Pflege nach regionaler Verteilung und Trägerschaft, WIP-Analyse 5/2020, Christine Arentz, Sonja Hagemeister

Überblick über die Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2011-2021, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Sonja Hagemeister, Frank Wild

Abschätzung der in Zukunft benötigten Steuermittel für die geplante Pflegereform des Bundesministeriums für Gesundheit, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse 4/2020, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-3-4-

Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, WIP-Analyse 3/2020, Christine Arentz, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-2-7

HIV-Report: Epidemiologische und gesundheitsökonomische Entwicklungen bei Privatversicherten, WIP-Analyse 2/2020, Christian O. Jacke, Nicholas Heck-Großek, ISBN 978-3-9821682-1-0

Entwicklung des Absatzes opioidhaltiger Arzneimittel in der PKV, WIP-Kurzanalyse April 2020, Nicholas Heck-Großek

Zugang zu onkologischen Medikamenten – ein europäischer Vergleich, WIP-Analyse 1/2020, Devora Yordanova, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-0-3

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2019 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 5/2019, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-9-9

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2010-2020, WIP-Kurzanalyse Dezember 2019, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Bewertung des Reformvorschlags „Die Pflegeversicherung als Vollversicherung“, WIP-Kurzanalyse Oktober 2019, Christine Arentz, Frank Wild,

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2019, WIP-Analyse 4/2019, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-8-2

Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 3/2019, Christine Arentz, Maik Moritz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-7-5

Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 2/2019, Christine Arentz, ISBN 978-3-9818269-6-8

Pflegefinanzierung im gesellschaftlichen Kontext denken, WIP-Kurzanalyse April 2019, Christine Arentz, Frank Wild

Verschreibung cannabinoidhaltiger Arzneimittel, WIP-Kurzanalyse März 2019, Christian O. Jacke

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Eine Analyse der Arzneimittelverordnungsdaten in der PKV 2006 bis 2016, WIP-Analyse 3 1/2019, Tina Lohse, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-4-4

Überblick über die Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2009 bis 2019, WIP-Analyse 4/2018, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-9818269-5-1

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2018 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 3/2018, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-3-7

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2018, WIP-Analyse 2/2018, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-2-0

Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 – Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen, WIP-Analyse 1/2018, Christine Arentz

