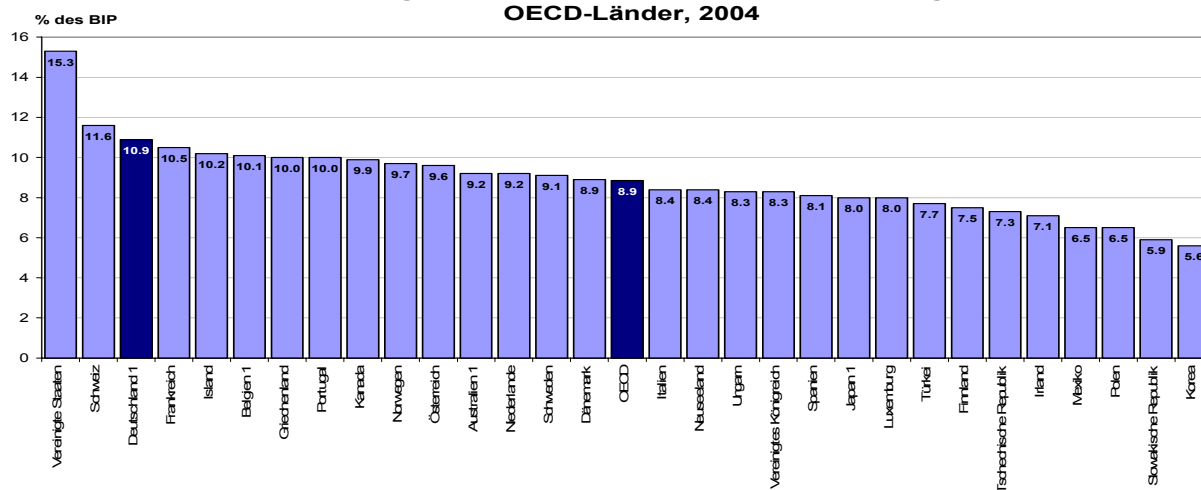


OECD-Gesundheitsdaten 2006 Deutschland im Vergleich

In **Deutschland** beliefen sich die Gesamtausgaben für Gesundheit 2003 (im letzten statistisch belegten Jahr) auf 10,9% des BIP und lagen damit um 2 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der OECD-Länder von 8,9% im Jahr 2004. Nur in den Vereinigten Staaten und der Schweiz war der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben höher als in **Deutschland** (15,3% bzw. 11,6% im Jahr 2004). Andererseits rangiert **Deutschland** bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 2003 mit 3 005 US-\$ (bereinigt um Kaufkraftparitäten) an elfter Stelle unter allen OECD-Ländern. Der OECD-Durchschnitt belief sich auf 2 550 US-\$. Die höchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben waren 2004 in den Vereinigten Staaten zu verzeichnen (6 102 US-\$) sowie in Luxemburg (knapp über 5 000 US-\$), in der Schweiz und in Norwegen (rd. 4 000 US-\$).

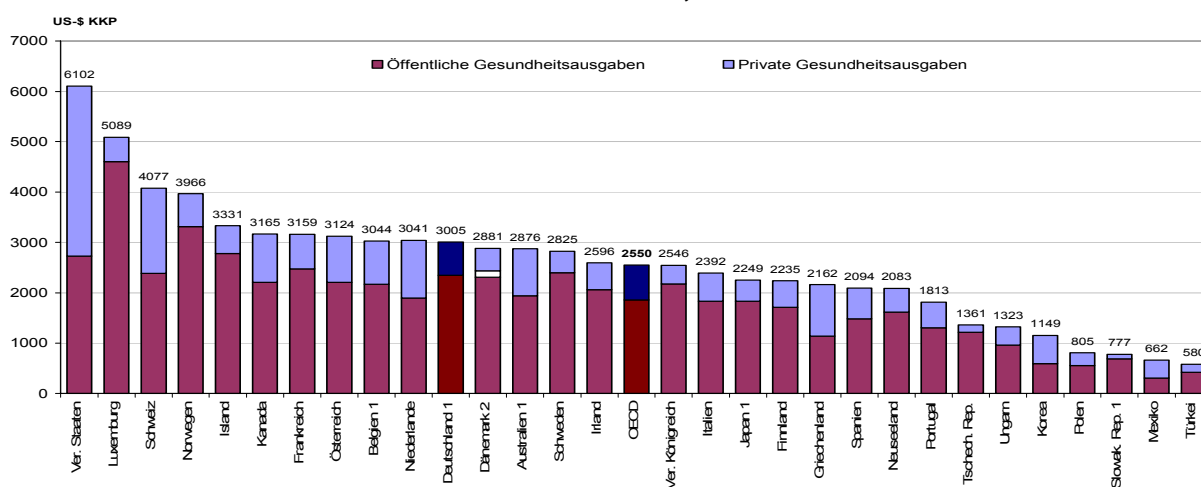
Die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben sind in **Deutschland** zwischen 1999 und 2003 in realer Rechnung um durchschnittlich 2% jährlich gestiegen. Das war, verglichen mit allen anderen OECD-Ländern außer Österreich, der geringste Anstieg in diesem Zeitraum. Die durchschnittliche Zuwachsrate der Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern betrug zwischen 1999 und 2004 5,2% jährlich. Der relativ niedrige Anstieg der Ausgaben in **Deutschland** ist teilweise dem Kostendämpfungsgesetz zuzuschreiben, das im Rahmen der Gesundheitsreform eingeführt wurde.

**Veränderungen beim BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben,
OECD-Länder, 2004**



1. 2003. Source: OECD Gesundheitsdaten 2006, Juni 06.

**Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, öffentlicher und privater Sektor,
OECD-Länder, 2004**



1. 2003. Source: OECD Gesundheitsdaten 2006, Juni 06.

Die Daten sind in US-Dollar, bereinigt um Kaufkraftparitäten (KKP), ausgedrückt, was einen Ländervergleich der Ausgaben auf einer gemeinsamen Basis ermöglicht. KKP sind die Raten der Währungsumrechnung, die die Kosten eines gegebenen „Korbs“ von Waren und Dienstleistungen in verschiedenen Ländern auf das gleiche Niveau bringen.

Die Ausgaben für Pharmazeutika betragen 2003 in **Deutschland** 14,6% der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen und lagen damit unter dem OECD-Durchschnitt von 17,7%. Wie in den meisten OECD-Ländern ist der auf Arzneimittel entfallende Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren auch in **Deutschland** gestiegen.

In allen OECD-Ländern, mit Ausnahme der Vereinigten Staaten und Mexikos, werden die Gesundheitsausgaben überwiegend öffentlich finanziert. In **Deutschland** stammten 2003 78,2% der Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Quellen, verglichen mit einem OECD-Durchschnitt von 72,9% (2004). Der öffentliche Anteil ist in **Deutschland** während der letzten zehn Jahre gegenüber dem 1994 verzeichneten Anteil von 80,2% leicht zurückgegangen. Am niedrigsten war der öffentliche Anteil im Zeitraum 2003/2004 im OECD-Vergleich in den Vereinigten Staaten (45%) und Mexiko (46%), relativ hoch hingegen (über 80%) in mehreren nordischen Ländern (Dänemark, Island, Norwegen und Schweden) sowie im Vereinigten Königreich und in Japan.

Menschliche, materielle und technologische Ressourcen im Gesundheitswesen

Deutschland setzt mehr menschliche und materielle Ressourcen im Gesundheitswesen ein als die meisten anderen OECD-Länder. 2003 kamen in **Deutschland** 3,4 niedergelassene Ärzte auf 1 000 Einwohner, verglichen mit einem OECD-Durchschnitt von 3,0. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte pro Kopf der Bevölkerung ist in **Deutschland** in den letzten Jahrzehnten langsam, aber stetig gestiegen, wie dies auch in den meisten anderen OECD-Ländern der Fall war. In **Deutschland** ist die Zahl der praktizierenden Krankenpfleger und -pflegerinnen pro Kopf der Bevölkerung mit 9,6 je 1 000 Einwohner ebenfalls höher als im OECD-Durchschnitt (8,3).

Wie in den meisten anderen OECD-Ländern ist auch in **Deutschland** ein rückläufiger Trend bei der Anzahl der Krankenhausbetten pro Kopf der Bevölkerung festzustellen. 2004 kamen auf 1 000 Einwohner 6,4 Betten für die Akutversorgung in **Deutschland**. Das liegt immer noch weit über dem OECD-Durchschnitt von 4,1.

Im vergangenen Jahrzehnt nahm das Angebot an neuen Diagnosetechniken, wie z.B. Computertomographie (CT), Scanner und Magnetresonanztomographie (MRI) in den meisten OECD-Ländern rasch zu. In **Deutschland** hat sich die Zahl der MRI-Untersuchungen von rund einer Untersuchung je 1 Million Einwohner im Jahr 1992 auf 6,6 im Jahr 2004 erhöht. Trotz dieser Zunahme bleibt **Deutschland** immer noch hinter dem OECD-Durchschnitt von 8,0 zurück. Desgleichen lag die Zahl der Computertomographien in **Deutschland** mit 15,4 pro 1 Million Einwohner im Jahr 2004 unter dem OECD-Durchschnitt von 18,0. Unter allen OECD-Ländern weist Japan die mit Abstand größte Zahl von Magnetresonanz- und Computertomographien je Einwohner auf.

Gesundheitszustand und Risikofaktoren

In den meisten OECD-Ländern hat sich die Lebenserwartung in den letzten 40 Jahren dank der Verbesserung der Lebensbedingungen und der Interventionen im öffentlichen Gesundheitswesen sowie der Fortschritte der medizinischen Versorgung erhöht. 2004 lag die Lebenserwartung bei der Geburt für die gesamte Bevölkerung in **Deutschland** bei 78,6 Jahren und damit leicht über dem OECD-Durchschnitt von 78,3 Jahren. Unter den OECD-Ländern weist Japan mit 82,1 Jahren die höchste Lebenserwartung auf, gefolgt von der Schweiz, Island, Schweden und Australien (die alle eine Lebenserwartung von über 80,5 Jahren verzeichnen).

Die Säuglingssterblichkeit ist in **Deutschland** wie in anderen OECD-Ländern erheblich gesunken. Sie lag 2004 bei 4,1 Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten, verglichen mit einem OECD-Durchschnitt von 5,7. Am niedrigsten ist die Säuglingssterblichkeit in Japan und in den nordischen Ländern (Island, Schweden, Finnland und Norwegen).

Der Anteil der täglichen Raucher unter den Erwachsenen ist während der letzten zwei Jahrzehnte in den meisten OECD-Ländern deutlich zurückgegangen. Der Großteil dieser Abnahme ist auf Maßnahmen zurückzuführen, die durch öffentliche Aufklärungskampagnen, Werbeverbote sowie Steuer- und Abgabenerhöhungen auf eine Verringerung des Tabakkonsums abzielten. Der Anteil der Raucher ist in **Deutschland** von rd. 35% im Jahr 1980 auf 24,3% im Jahr 2003 zurückgegangen und liegt damit geringfügig unter dem OECD-Durchschnitt von 25,5%. Schweden, Kanada und die Vereinigten Staaten sind Beispiele für Länder, die bemerkenswerte Erfolge bei der Reduzierung des Tabakverbrauchs erzielt haben; so liegen hier die Anteile der Raucher an der Erwachsenenbevölkerung gegenwärtig zwischen 15% und 17%.

Die Obesitätsraten haben in den letzten Jahrzehnten in allen OECD-Ländern zugenommen, wenn auch bedeutende Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern fortbestehen. Im Jahr 2004 (dem letzten statistisch belegten Jahr) reichte der auf die Erwachsenenbevölkerung insgesamt bezogene Anteil der Obesität von nicht mehr als 3,2% in Japan und Korea bis zu 30,6% in den Vereinigten Staaten. Länder wie das Vereinigte Königreich, Australien, Neuseeland, Kanada und Mexiko wiesen Prävalenzraten von über 20% auf¹. Die auf Eigenangaben beruhende Obesitätsrate für **Deutschland** belief sich 2003 auf 12,9% gegenüber 11,5% im Jahr 1999. Die zeitliche Verzögerung zwischen dem Beginn der Obesität und dem Anstieg der damit verbundenen chronischen Gesundheitsprobleme (wie Diabetes oder Asthma) lässt vermuten, dass der in **Deutschland** und in den meisten anderen OECD-Ländern verzeichnete Anstieg der Obesität erhebliche Auswirkungen auf die künftige Inzidenz von Gesundheitsproblemen und die damit zusammenhängenden Ausgaben haben wird.

Weitere Informationen zu den **OECD-Gesundheitsdaten 2006** finden Sie unter www.oecd.org/health/healthdata. Die **OECD-Gesundheitsdaten 2006** sind in deutscher Sprache erhältlich, sowohl als CD-ROM als auch in SourceOECD-Fassung.

Weitere Informationen zu den Arbeiten der OECD über Deutschland finden Sie auf der Website www.oecd.org/germany.



¹ Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Daten für die Vereinigten Staaten, Kanada, das Vereinigte Königreich, Australien und Neuseeland exakter sind als die der anderen Länder, da sie auf *effektiven Messungen* von Körpergröße und Gewicht basieren, während die Schätzungen für die anderen Länder auf *Eigenangaben* beruhen, die in der Regel die tatsächliche Prävalenz der Obesität unterschätzen.