

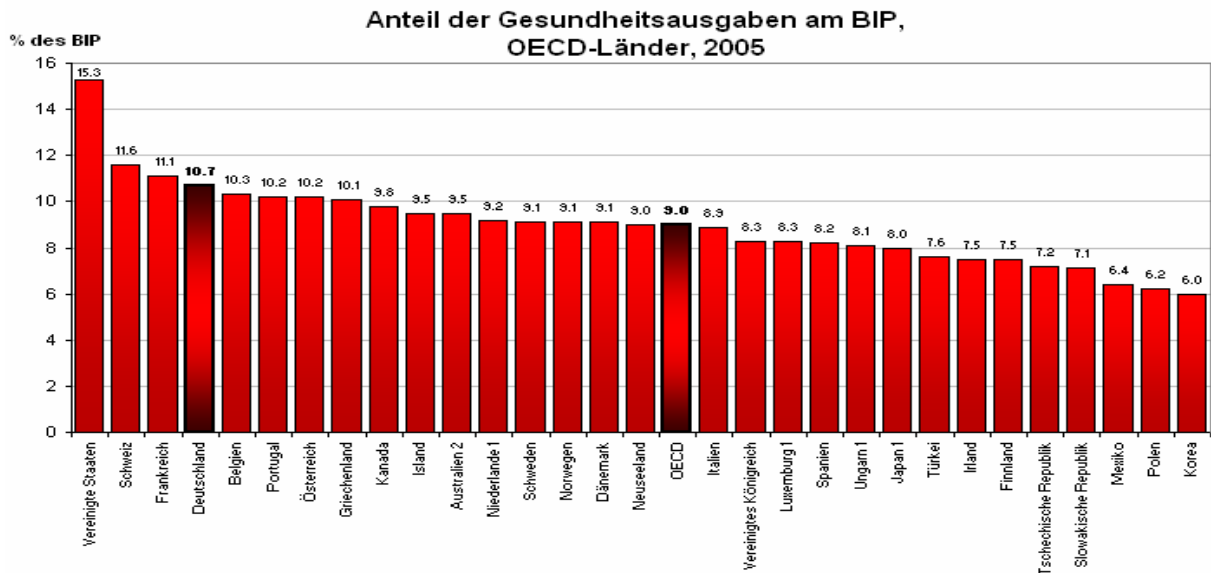


## OECD-Gesundheitsdaten 2007 Deutschland im Vergleich

### Gesundheitsausgaben und Finanzierung

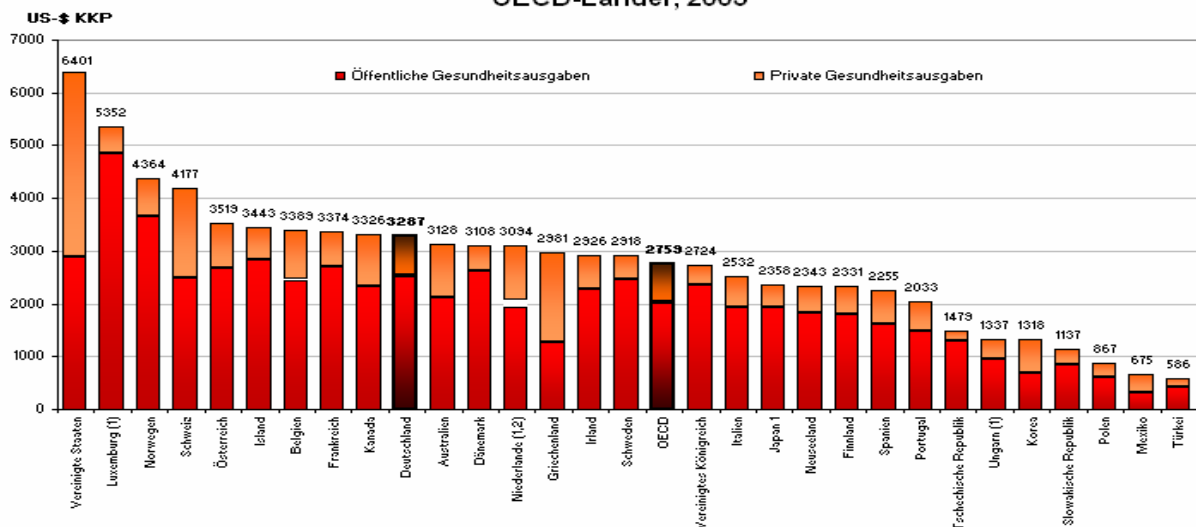
In **Deutschland** beliefen sich die Gesamtausgaben für Gesundheit im Jahr 2005 auf 10,7% des BIP und lagen damit um 1,7 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der OECD-Länder von 9,0%. Nur in den Vereinigten Staaten (15,3%), der Schweiz (11,6%) und Frankreich (11,1%) lag im gleichen Jahr der Anteil der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung höher als in **Deutschland**.

Gleichzeitig rangiert **Deutschland** 2005 bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben mit 3287 US-\$ (in Kaufkraftparitäten) an zehnter Stelle unter den OECD-Ländern. Im Durchschnitt wendeten die OECD-Länder pro Kopf 2759 US-\$ für Gesundheit auf. Die höchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben waren 2005 in den Vereinigten Staaten zu verzeichnen (6401 US-\$), gefolgt von in Luxemburg (5352 US-\$) sowie der Schweiz und Norwegen (rd. 4000 US-\$).



1. 2004. 2. 2004/5. Source: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*, Juli 07.

### Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, öffentlicher und privater Sektor, OECD-Länder, 2005



1. 2004. 2. Öffentliche Gesundheitsausgaben und Private Gesundheitsausgaben sind laufende Gesundheitsausgaben. Source: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*, Juli 07.

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 Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben sind in **Deutschland** zwischen 2000 und 2005 real um durchschnittlich 1,3% pro Jahr gestiegen. Das war, verglichen mit allen anderen OECD-Ländern, der geringste Anstieg in diesem Zeitraum. Die durchschnittliche Zuwachsrate bei den Gesundheitsausgaben betrug in den OECD-Ländern zwischen 2000 und 2005 4,3 % jährlich. Der relativ niedrige Anstieg der Ausgaben in **Deutschland** ist teilweise dem Kostendämpfungsgesetz zuzuschreiben, das im Rahmen der Gesundheitsreform eingeführt wurde. Eine weitere Eindämmung der Gesundheitsausgaben wird als Folge des 2004 verabschiedeten Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung erwartet.

Die Ausgaben für Medikamente lagen 2005 in **Deutschland** bei 15,2% der gesamten Gesundheitsausgaben und damit unter dem OECD-Durchschnitt von 17,2%. Wie in den meisten OECD-Ländern ist auch in **Deutschland** der Anteil der Arzneimittelkosten an den gesamten Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren gestiegen.

In allen OECD-Ländern, mit Ausnahme der Vereinigten Staaten, Mexikos und Griechenlands, werden die Gesundheitsausgaben überwiegend aus öffentlichen Kassen finanziert. In **Deutschland** lag im Jahr 2005 der öffentliche Anteil bei 76,9%, verglichen mit einem OECD-Durchschnitt von 72,5%. Am niedrigsten war der öffentliche Anteil 2005 im OECD-Vergleich in Griechenland (42,8%) und den Vereinigten Staaten (45,1%). Relativ hoch hingegen (über 80%) in den meisten nordischen Ländern (Dänemark, Island, Norwegen und Schweden) sowie in Großbritannien und in Japan.

### **Personelle, materielle und technologische Ressourcen im Gesundheitswesen**

**Deutschland** setzt im Gesundheitswesen mehr personelle und in vielen Bereichen auch mehr materielle Ressourcen ein als die meisten anderen OECD-Länder. 2005 kamen in **Deutschland** auf 1000 Einwohner 3,4 niedergelassene Ärzte, verglichen mit 3,0 Ärzten je 1000 Einwohner im OECD-Durchschnitt. Mit 9,7 praktizierenden Krankenpflegerinnen und -pfleger je 1000 Einwohner gab es in **Deutschland** auch beim Pflegepersonal eine größere Versorgungsdichte als im OECD-Durchschnitt, wo 8,6 Krankenpflegerinnen und -pfleger auf 1000 Einwohner kamen.

Für die Akutversorgung im Krankenhaus standen 2005 in **Deutschland** 6,4 Betten je 1000 Einwohner zur Verfügung und damit deutlich mehr als im OECD-Schnitt wo 3,9 Betten auf 1000 Einwohner kommen. Wie in den meisten anderen OECD-Ländern gehen auch in **Deutschland** die Krankenhausbettendichte wie auch die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Krankenhaus zurück.

Wie in den meisten OECD-Ländern hat auch in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren das Angebot an neuen Diagnosetechniken, wie z.B. Computertomographie-Scannern (CT) und Magnetresonanztomographen (MRI) stark zugenommen. Insgesamt ist die Versorgung hier aber nicht so dicht wie im OECD-Schnitt. So hat sich in **Deutschland** die Zahl der MRI-Einheiten von rd. 1 je 1 Million Einwohner im Jahr 1992 auf 7,1 im Jahr 2005 erhöht, bleibt aber trotz dieser Zunahme hinter dem OECD-Durchschnitt von 9,8 zurück. Auch bei CT-Scanner liegt **Deutschland** mit 15,4 Geräten pro 1 Million Einwohner im Jahr 2005 unter dem OECD-Durchschnitt von 20,6. In der OECD weist Japan die mit Abstand größte Dichte von MRI-Geräten und CT-Scannern auf.

### **Gesundheitszustand und Risikofaktoren**

In den meisten OECD-Ländern hat sich die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten dank besserer Lebensbedingungen, intensiverer Gesundheitsvorsorge sowie durch Fortschritte bei der medizinischen Versorgung erhöht. 2005 lag die Lebenserwartung bei Geburt für die gesamte Bevölkerung in **Deutschland** bei 79,0 Jahren und damit leicht über dem OECD-Durchschnitt von 78,6 Jahren. Innerhalb der OECD ist mit 82,0 Jahren in Japan die Lebenserwartung am höchsten, gefolgt von der Schweiz, Island, Australien und Spanien (die alle eine Lebenserwartung von über 80,5 Jahren verzeichnen).

Die Säuglingssterblichkeit ist in **Deutschland** wie in anderen OECD-Ländern erheblich gesunken. Sie lag 2005 bei 3,9 Todesfällen je 1000 Lebendgeburten, verglichen mit einem OECD-Durchschnitt von 5,4. Am niedrigsten ist die Säuglingssterblichkeit in Japan, Luxemburg und in den nordischen Ländern (Island, Schweden, Finnland und Norwegen).

Der Anteil der täglichen Raucher unter den Erwachsenen ist während der letzten 25 Jahre in den meisten OECD-Ländern deutlich zurückgegangen. Dieser Rückgang ist größtenteils auf Maßnahmen zurückzuführen, die durch öffentliche Aufklärungskampagnen, Werbeverbote sowie Steuer- und Abgabenerhöhungen auf eine Verringerung des Tabakkonsums abzielten. In **Deutschland** ist der Anteil der Raucher von rd. 34,8% im Jahr 1980 auf 24,3% im Jahr 2003 zurückgegangen und liegt damit im OECD-Durchschnitt. Schweden, Kanada, Portugal und die Vereinigten Staaten sind Beispiele für Länder, die bemerkenswerte Erfolge bei der Reduzierung des Tabakverbrauchs erzielt haben. Hier liegt der Anteil der Raucher an der Erwachsenenbevölkerung gegenwärtig zwischen 16 und 17%.

Fettleibigkeit hat in den vergangenen Jahrzehnten in allen OECD-Ländern zugenommen. Allerdings sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern nach wie vor groß. So lag der Anteil der Fettleibigen an der Erwachsenenbevölkerung im Jahr 2005 (oder dem letzten Jahr, für das Daten verfügbar sind) in Japan und Korea bei 3% bzw. 3,5%, in den USA dagegen bei 32,2%. In Großbritannien, Australien, Neuseeland, Griechenland und Mexiko lag der Anteil der Fettleibigen bei 20%.<sup>1</sup> Die auf Eigenangaben beruhende Fettleibigkeitsrate für **Deutschland** belief sich 2005 auf 13,6% gegenüber 11,5% im Jahr 1999. Da chronische Gesundheitsprobleme (wie Diabetes oder Asthma) als Folge von Fettleibigkeit mit zeitlicher Verzögerung auftreten, dürfte in **Deutschland** wie in den meisten anderen OECD-Ländern mit einer Zunahme dieser Krankheiten und einem Anstieg der damit verbunden Ausgaben zu rechnen sein.

Weitere Informationen zu den *OECD-Gesundheitsdaten 2007* finden Sie unter [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata). Die *OECD-Gesundheitsdaten 2007* 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](http://www.oecd.org/germany).

---

<sup>1</sup> Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Daten für die Vereinigten Staaten, 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.