

Gesundheit auf einen Blick

OECD-INDIKATOREN 2005



OECD



OECD PUBLISHING

2005

Gesundheit auf einen Blick

OECD-INDIKATOREN

2005



ORGANISATION FÜR WIRTSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT UND ENTWICKLUNG

ORGANISATION FÜR WIRTSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT UND ENTWICKLUNG

Die OECD ist ein in seiner Art einzigartiges Forum, in dem die Regierungen von 30 demokratischen Staaten gemeinsam daran arbeiten, den globalisierungsbedingten Herausforderungen im Wirtschafts-, Sozial- und Umweltbereich zu begegnen. Die OECD steht auch in vorderster Linie bei den Bemühungen um ein besseres Verständnis der neuen Entwicklungen und der dadurch ausgelösten Befürchtungen. Sie hilft den Regierungen dabei, diesen neuen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, indem sie Untersuchungen zu Themen wie Corporate Governance, Informationswirtschaft oder Probleme der Bevölkerungsalterung durchführt. Die Organisation bietet den Regierungen einen Rahmen, der es ihnen ermöglicht, ihre Politikerfahrungen auszutauschen, nach Lösungsansätzen für gemeinsame Probleme zu suchen, empfehlenswerte Praktiken aufzuzeigen und auf eine Koordinierung nationaler und internationaler Politiken hinzuarbeiten.

Die OECD-Mitgliedstaaten sind: Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Korea, Luxemburg, Mexiko, Neuseeland, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, die Slowakische Republik, Spanien, die Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten. Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften nimmt an den Arbeiten der OECD teil.

Über die OECD-Veröffentlichungen finden die Arbeiten der Organisation weite Verbreitung. Letztere erstrecken sich insbesondere auf Erstellung und Analyse statistischer Daten und Untersuchungen über wirtschaftliche, soziale und umweltpolitische Themen sowie die von den Mitgliedstaaten vereinbarten Übereinkommen, Leitlinien und Standards.

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der Organisation oder der Regierungen ihrer Mitgliedstaaten wider.

Originalfassungen veröffentlicht unter dem Titel:

Health at a Glance: OECD Indicators 2005
Panorama de la santé : Les indicateurs de l'OCDE 2005

Übersetzung durch den Deutschen Übersetzungsdienst der OECD

© OECD 2005

Nachdruck, Kopie, Übertragung oder Übersetzung dieser Veröffentlichung nur mit schriftlicher Genehmigung. Diesbezügliche Anträge sind zu richten an: OECD Publishing: rights@oecd.org oder per Fax (+33-1) 45 24 13 91. Die Genehmigung zur Kopie von Teilen dieses Werks ist einzuholen beim Centre Français d'exploitation du droit de Copie, 20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, Frankreich (contact@cfcopies.com).

Vorwort

Die Gesundheitsausgaben machen heute in den OECD-Ländern durchschnittlich fast 9% des BIP aus, im Vergleich zu knapp über 5% im Jahr 1970; mehr als 70% dieser Kosten werden aus öffentlichen Kassen finanziert. In diesem Kontext ist es verständlich, dass sich die Gesundheitsminister bei ihrem allerersten Treffen im Mai 2004 generell darüber einig waren, dass sämtliche OECD-Länder vor großen Herausforderungen stehen, was die Steigerung der Leistungsfähigkeit und die Sicherung der finanziellen Tragfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme betrifft. Die Minister vertraten ferner die Ansicht, dass es für die Länder nur von Vorteil sein kann, mit weiteren Maßnahmen zur Erhöhung der Kosteneffizienz der Gesundheitsversorgung zu experimentieren und diese durch Performance-Messungen, Benchmarking-Verfahren und Informationsaustausch zu ergänzen.

Zum Abschluss der Tagung der OECD-Gesundheitsminister wurde die OECD erneut beauftragt, ihre Zusammenarbeit mit den zuständigen nationalen Stellen fortzusetzen, um sicherzustellen, dass die OECD-Datenbank für das Gesundheitswesen zeitnah und exakt ist. Die Minister sprachen sich ferner für die fortschreitende Einführung des Rahmens für die Gesundheitsausgabenrechnungen in immer mehr Ländern aus, damit gewährleistet ist, dass die allen internationalen Organisationen gelieferten nationalen Daten auf einem konsistenten Rechnungsrahmen beruhen.

Die vorliegende dritte Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick – OECD-Indikatoren 2005* enthält eine Auswahl wichtiger Indikatoren zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung aus den OECD-Gesundheitsdaten 2005*. Sie soll in leicht lesbarer Form die Basis für ein besseres Verständnis der verschiedenen Faktoren vermitteln, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerungen und die Leistung der Gesundheitssysteme der OECD-Länder haben. In dieser dritten Auflage werden einige Schlüsselindikatoren aus den ersten beiden Ausgaben aktualisiert, aber auch eine Reihe neuer Indikatoren eingeführt. Sie enthält insbesondere einen erweiterten Katalog von Indikatoren zu Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung, worin sich das wachsende politische Interesse an diesen Themen widerspiegelt. In der Veröffentlichung werden – nicht zuletzt anhand zahlreicher Graphiken – die wichtigsten Unterschiede bzw. Veränderungen beschrieben, die im Ländervergleich sowie im Zeitverlauf bei diesen zentralen Gesundheitsindikatoren zu beobachten sind. Es wurde darauf geachtet, alle Indikatoren genau zu definieren und auf etwaige Unzulänglichkeiten des Datenmaterials hinzuweisen.

* Seit nunmehr über zehn Jahren stellen die OECD-Gesundheitsdaten den umfassendsten Katalog vergleichbarer Statistiken zu Gesundheit und Gesundheitssystemen in den Industriestaaten dar. Die Erfassung der Daten zu den Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung stützt sich zunehmend auf das OECD-Handbuch *A System of Health Accounts* (OECD, 2000), was zur besseren Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit dieser Daten beiträgt. Bei den OECD-Gesundheitsdaten handelt es sich um eine elektronische Datenbank, die jährlich online und auf CD-Rom veröffentlicht wird. Weitere Informationen zum Zugriff auf die OECD-Gesundheitsdaten finden sich unter www.oecd.org/health/healthdata.

Die Erstellung der OECD-Gesundheitsdaten wie auch der vorliegenden Veröffentlichung wäre nicht möglich gewesen ohne die Mitarbeit der für die Datenerfassung verantwortlichen nationalen Partnerstellen sowie von Gesundheitsrechnungsexperten aus den dreißig OECD-Mitgliedsländern, die den größten Teil der in dieser Publikation enthaltenen quantitativen und qualitativen Informationen beigesteuert haben. Die OECD dankt ferner auch anderen internationalen Organisationen, namentlich der Weltgesundheitsorganisation und Eurostat, für deren Beiträge, die auch die Bereitstellung eines Teils der in dieser Veröffentlichung wiedergegebenen Informationen umfassten.

Der Bericht *Gesundheit auf einen Blick* wurde von der OECD-Abteilung Gesundheit erstellt, wobei die Koordinierung in den Händen von Gaetan Lafortune und David Morgan lag. Ebenfalls mitgewirkt haben an dieser Ausgabe: Eva Orosz, Gaëlle Balestat, Michael de Looper (vom australischen Institute of Health and Welfare) und Olga Van der Sloot (vom niederländischen Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport). Für die Aufbereitung des statistischen Materials waren Gaëlle Balestat und Noura Takrouri zuständig. In die Publikation flossen auch zahlreiche Kommentare und Anregungen anderer OECD-Mitarbeiter ein (insbesondere Francesca Colombo, Elizabeth Docteur, Martine Durand, Jeremy Hurst und Peter Scherer).

Inhaltsverzeichnis

Hinweise für den Leser	7
Kurzzusammenfassung	11
Part I. Gesundheitszustand	21
1. Lebenserwartung bei der Geburt	22
2. Lebenserwartung mit 65 Jahren	24
3. Mortalität, alle Kategorien und häufigste Todesursachen	26
4. Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	28
5. Tod durch Krebs	30
6. Tod durch äußere Einwirkung	32
7. Säuglingssterblichkeit	34
8. Säuglingsgesundheit: Niedriges Geburtsgewicht	36
9. Zahngesundheit unter Kindern	38
Part II. Ressourcen des Gesundheitswesens und ihre Inanspruchnahme	41
1. Praktizierende Ärzte	42
2. Praktizierende Pflegekräfte	44
3. Vergütung des Gesundheitspersonals	46
4. Krankenhausbetten und Auslastung	48
5. Medizintechnik	50
6. Arztkonsultationen	52
7. Impfschutz bei Kindern	54
8. Grippeimpfschutz bei älteren Menschen	56
9. Krankenhausfälle	58
10. Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus	60
11. Kardiovaskuläre Eingriffe	62
12. Kaiserschnitte	64
13. Kataraktoperationen, ambulant und stationär	66
Part III. Gesundheitsausgaben und -finanzierung	69
1. Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben	70
2. Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, Wachstumstrends	72
3. Gesundheitsausgaben und BIP	74
4. Gesundheitsausgaben nach Leistungsart	76
5. Arzneimittelausgaben	78
6. Finanzierungsquellen der Gesundheitsversorgung	80

Part IV. Nichtmedizinische Gesundheitsfaktoren	83
1. Tabakkonsum	84
2. Alkoholkonsum	86
3. Nahrungskonsum.	88
4. Übergewicht und Obesität.	90
Part V. Demographischer und wirtschaftlicher Kontext	93
1. Gesamtbevölkerung und Bevölkerungsstruktur	94
2. Geburtenraten.	96
3. Bruttoinlandsprodukt (BIP) und Einkommensungleichheit.	98
Literaturverzeichnis	101
Annex A. Statistischer Anhang.	105
Annex B. Definition der Gesundheitsausgaben und methodische Anmerkungen zur Datenvergleichbarkeit	172
Annex C. Liste der Variablen aus <i>OECD-Gesundheitsdaten 2005</i>	175
Annex D. Krankheits- und Verletzungskategorien und ICD-CODES	176

Dieser Bericht enthält ...



StatLinks

Ein Service für OECD-Veröffentlichungen, der es ermöglicht, Dateien im Excel-Format herunterzuladen.

Suchen Sie die StatLinks rechts unter den in diesem Bericht wiedergegebenen Tabellen und Abbildungen. Um die entsprechende Datei im Excel-Format herunterzuladen, genügt es, den jeweiligen Link, beginnend mit <http://dx.doi.org>, in den Internetbrowser einzugeben. Wenn Sie die elektronische PDF-Version online lesen, dann brauchen Sie nur den Link anzuklicken. Sie finden StatLinks in weiteren OECD-Publikationen.

Hinweise für den Leser

Gesundheit auf einen Blick – OECD Indikatoren 2005 präsentiert Schlüsselindikatoren für das Gesundheitswesen in Form von Text, Abbildungen und Tabellen. Die Veröffentlichung gibt Aufschluss über die zwischen den Ländern bestehenden Unterschiede und die Trendentwicklungen im Zeitverlauf bei den Kernindikatoren für Gesundheitsstatus, Gesundheitssysteme und nichtmedizinische Bestimmungsfaktoren der Gesundheit und liefert darüber hinaus Hintergrundinformationen zum demographischen und ökonomischen Kontext. Sie enthält außerdem eine Kurzinterpretation dieser Daten. Der statistische Anhang am Ende der Veröffentlichung bietet ergänzende Daten zu diesen Indikatoren.

Sämtliche in dieser Veröffentlichung enthaltenen Angaben basieren auf den *OECD-Gesundheitsdaten 2005* (zuletzt aktualisiert im September 2005), so dass der Nutzer alle Abbildungen und Tabellen als Referenz verwenden kann. Diese Daten sind Bestandteil einer umfassenden Datenbank mit über 1 000 statistischen Reihen zu Gesundheitsfragen und Gesundheitssystemen in OECD-Ländern. Die Datenbank ist das Produkt einer langjährigen Zusammenarbeit zwischen der OECD-Abteilung Gesundheit und nationalen statistischen Ämtern. Neben den Daten enthält sie eine ausführliche Dokumentation über die Definition der Indikatoren, nationale Quellen und Schätzmethoden. Der Aufbau von *Gesundheit auf einen Blick* entspricht generell dem der *OECD-Gesundheitsdaten*, zur Vereinfachung dieser Publikation wurden aber einige Teile der Datenbank zusammengelegt. Nähere Einzelheiten über den gesamten Erfassungsbereich der *OECD-Gesundheitsdaten 2005* finden sich in Anhang C sowie unter www.oecd.org/health/healthdata.

Text und Abbildungen

Jedes der 35 in dieser Veröffentlichung behandelten Themen wird auf zwei Seiten präsentiert. Dabei enthält die linke Seite einen Kurzkomentar der wichtigsten Ergebnisse der Datenauswertung und einen Kasten zur Methodik mit einer Definition des Indikators und allen signifikanten nationalen Abweichungen von der Definition, die die Vergleichbarkeit der Daten beeinträchtigen könnten. Auf der gegenüberliegenden Seite finden sich eine Reihe von Abbildungen. Diese Abbildungen zeigen generell das derzeitige Niveau des Indikators sowie Veränderungen bzw. Trendentwicklungen im Zeitverlauf. In einigen Fällen werden sie durch eine zusätzliche Graphik ergänzt, die den Indikator mit einer anderen Variablen verknüpft. Soweit die Abbildungen Angaben zum OECD-Durchschnitt enthalten, handelt es sich dabei um den ungewichteten Durchschnitt der erfassten Länder, sofern in den Anmerkungen nichts anderes angegeben ist. Wegen weiterer Informationen zur Methodik sollte der Leser auch die entsprechenden Tabellen konsultieren.

Tabellen

Alle Tabellen sind im Statistischen Anhang (Anhang A) am Ende dieser Veröffentlichung enthalten. Wenn für einzelne Länder für die gewählten Jahre keine Daten vorliegen, beziehen sich die Tabellenangaben auf das letzte verfügbare Jahr, normalerweise innerhalb einer Spanne von bis zu drei Jahren in der einen oder anderen Richtung.

Die Tabellen enthalten je nach Indikator eine Vielzahl von Synthesestatistiken. Bei den Datenreihen, die nicht die Ausgaben betreffen, bezieht sich der **konsistente Durchschnitt** auf den ungewichteten Durchschnitt nur jener Länder, für die Daten über den gesamten Betrachtungszeitraum verfügbar sind, damit Informationen für eine konsistente Ländergruppe im Zeitverlauf dargestellt werden. Die Zahl der bei der Berechnung des **konsistenten Durchschnitts** berücksichtigten Länder ist in Klammern angegeben, wobei die vom Durchschnitt ausgenommenen Länder direkt unter der Tabelle aufgelistet sind. Zusätzlich zum konsistenten Durchschnitt wird in den meisten Fällen auch der **letzte Durchschnitt** angegeben, der den Durchschnittswert nur für das letzte verfügbare Jahr für so viele Länder wie möglich ausdrückt. Sofern nicht anders angegeben, sollte dieser Durchschnitt dem Wert im entsprechenden Stabdiagramm entsprechen. Schließlich ist auch der **Mittelwert** angegeben. Definitionsgemäß weist die Hälfte der Länder Werte über bzw. unter dem Mittelwert auf. Im Vergleich zu den Durchschnittsangaben wird beim Mittelwert der Einfluss von Ausreißern (Ländern mit Werten, die entweder sehr viel größer oder sehr viel kleiner sind als die der anderen) auf ein Mindestmaß reduziert. Zu beachten ist, dass sich die Mittelwerte auf eine Ländergruppe beziehen, für die Daten in einem gegebenen Jahr verfügbar sind (für Vergleiche im Zeitverlauf sind Mittelwerte nicht geeignet).

In den Ausgabentabellen wird gemäß der oben beschriebenen Definition für den konsistenten Durchschnitt der **ungewichtete Durchschnitt** über einen Zeitraum für eine Gruppe von Ländern dargestellt. Wo dies angemessen ist, wird auch ein **gewichteter Durchschnitt** angegeben, der der proportionalen Größe jedes Landes Rechnung trägt, die entweder anhand der Bevölkerung oder des BIP gemessen wird.

Sofern nicht anders angegeben, sind die Ausgabendaten in US-Dollar ausgedrückt und um Kaufkraftparitäten bereinigt, um den Effekt von Unterschieden im Preisniveau zwischen den Ländern auszuschalten. Zur Berechnung der Wachstumsraten werden die nominalen Ausgaben mit Hilfe geeigneter Preisindizes deflationiert. Da es keine weithin verfügbaren und verlässlichen Preisindizes für den Gesundheitsbereich gibt, wird in dieser Veröffentlichung ein gesamtwirtschaftlicher (BIP)-Preisindex verwendet (vgl. Anhang B wegen zusätzlicher Informationen über die Verwendung von Kaufkraftparitäten und realen Wachstumsraten).

Fehlende, nicht anwendbare Daten oder Daten, für die kein Nachweis vorhanden ist, werden in der Tabelle mit „.“ gekennzeichnet und Brüche in der Zeitreihe mit einem „|“ zwischen den Spalten. Alle weiteren methodischen Anmerkungen finden sich direkt unter der entsprechenden Tabelle.

Eingeschränkte Vergleichbarkeit der Daten

Ist die Vergleichbarkeit der Daten eingeschränkt, so wird darauf sowohl im Text (im Kasten „Definition und Abweichungen“) als auch in den Anmerkungen zu den Tabellen und Abbildungen hingewiesen. Der Leser sollte längerfristige Trends in Deutschland mit besonderer Vorsicht betrachten. Die Daten für Deutschland bis 1990 beziehen sich generell auf Westdeutschland und die Daten für die nachfolgenden Jahre auf Gesamtdeutschland.

Leser, die an einer Verwendung der in dieser Veröffentlichung präsentierten Daten für weitere Analyse- und Forschungszwecke interessiert sind, sollten die vollständige Dokumentation über Definitionen, Quellen und Methoden konsultieren, die in *OECD-Gesundheitsdaten 2005* enthalten ist. Die *OECD-Gesundheitsdaten 2005* können online direkt bei SourceOECD (www.sourceOECD.org) oder über den OECD-Online-Bookshop (www.oecd.org/bookshop) bestellt werden.

StatLink

Die Veröffentlichung bietet als einzigartigen Service die OECD-**StatLink**-Funktion, die es dem Leser ermöglicht, Tabellen und Abbildungen aus *Gesundheit auf einen Blick* im Excel-Format herunterzuladen. Die **StatLink**-Adresse ist unter jeder Tabelle und Abbildung angegeben und verhält sich wie eine Internetadresse. Durch Eingabe oder Kopie der **StatLink**-Adresse in den Internetbrowser erhält der Leser die entsprechende Datei im Excel-Format, wodurch eine weitergehende Analyse und Bearbeitung möglich wird. Weitere Informationen zur **StatLink**-Funktion finden sich unter www.oecd.org/statistics/statlink.

Kurzzusammenfassung

Die Gesundheitssysteme nehmen in den OECD-Ländern zunehmend breiten Raum ein und werden immer wichtiger. Fortschritte im Bereich der Gesundheitsversorgung und bei der Entwicklung neuer Medikamente haben zu den stetigen Verbesserungen im Gesundheitszustand beigetragen, derer sich die OECD-Länder in den letzten Jahrzehnten erfreuten. Gleichzeitig sind die Gesundheitsausgaben höher denn je und beanspruchen einen immer größeren Anteil des Volkseinkommens.

Eine gute Gesundheit hängt natürlich nicht allein von der Gesundheitsversorgung und den Gesundheitsausgaben ab. Eine Vielzahl von Belegen zeigt, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung in den Industrieländern stärker durch sozioökonomische Faktoren und den Lebensstil bestimmt wird als durch die Erbringung von Gesundheitsleistungen selbst. Gut konzipierte öffentliche Gesundheitsprogramme können zur Vorbeugung von Krankheiten beitragen und einen Teil des auf den Gesundheitssystemen lastenden Kostendrucks mindern helfen. Auch die gesundheitlichen Risikofaktoren ändern sich. Zwar haben viele OECD-Länder beispielsweise in den vergangenen Jahrzehnten bei der Reduzierung des Tabakkonsums bemerkenswerte Fortschritte erzielt, hingegen hat die Fettleibigkeit in allen OECD-Ländern zugenommen, was auf Veränderungen bei den Ernährungsgewohnheiten und eine eher sitzende Lebensweise zurückzuführen ist.

Die Veröffentlichung *Gesundheit auf einen Blick – OECD-Indikatoren 2005* enthält eine Sammlung vergleichbarer und aktueller Indikatoren zu verschiedenen Leistungsaspekten von Gesundheitssystemen. Als Grundlage dienen die *OECD-Gesundheitsdaten 2005*, eine umfassende Datenbank, die über 1 000 statistische Reihen zu Gesundheitsfragen und Gesundheitssystemen in den OECD-Ländern enthält. Diese dritte Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick* konzentriert sich nicht nur auf die Ressourcen und Aktivitäten von Gesundheitssystemen, sondern umfasst auch eine größere Zahl von Indikatoren zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. So enthält das Kapitel über den Gesundheitsstatus z.B. mehr Informationen über den Gesundheitszustand von Kindern, darunter auch ihre Zahngesundheit. Im Kapitel über die Risikofaktoren wurden zu den Indikatoren für Tabak- und Alkoholkonsum, Übergewicht und Fettleibigkeit ernährungsspezifische Indikatoren hinzugefügt. Angaben zur Verbreitung der Grippe-schutzimpfung unter älteren Menschen ergänzen die traditionellen Indikatoren zu Kinderschutzimpfungen als Beispiel für präventive Gesundheitsleistungen, die einem schlechten Gesundheitszustand vorbeugen und den damit verbundenen Pflegebedarf reduzieren können. Zudem werden die Gesundheitsausgaben nun aufgeschlüsselt, um die Ausgaben für strukturierte öffentliche Gesundheitsprogramme in den verschiedenen OECD-Ländern getrennt auszuweisen.

Diese Publikation verdeutlicht anhand von frappierenden Beispielen, dass es in den 30 OECD-Mitgliedsländern bei den Indikatoren für den Gesundheitszustand und die Gesundheitsrisiken wie auch in Bezug auf die Kosten, die Ressourcenallokation und die Leistungen der Gesundheitssysteme große Unterschiede gibt. Bei einer Reihe von Indikatoren ist die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselt, doch in den

meisten Fällen wird keine detailliertere Unterteilung nach Regionen (der einzelnen Länder), sozioökonomischen Gruppen oder verschiedenen ethnischen/rassischen Gruppen vorgenommen. Der Leser sollte daher im Auge behalten, dass es bei vielen der in dieser Veröffentlichung dargestellten Indikatoren *innerhalb* eines Landes ebenso große Unterschiede geben kann wie zwischen den Ländern.

Im Folgenden werden einige der wichtigsten Erkenntnisse dieser Studie in Bezug auf die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zusammengefasst.

Der Gesundheitsstatus hat sich in den OECD-Ländern dramatisch verbessert

- **Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in den vergangenen Jahrzehnten in den OECD-Ländern erheblich gestiegen**, dank eines höheren Lebensstandards, einer gesünderen Lebensweise und einer besseren Bildung sowie Fortschritten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und in der Effizienz der Medizin. Im Durchschnitt lag die Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2003 in den OECD-Ländern bei 77,8 Jahren, während es 1960 nur 68,5 Jahre waren. Japan verzeichnete 2003 mit 81,8 Jahren für die Bevölkerung insgesamt die höchste Lebenserwartung, gefolgt von Island, Spanien, der Schweiz, Australien und Schweden (Abb. 1.1).
- Es ist schwierig, den relativen Beitrag der zahlreichen nichtmedizinischen und medizinischen Faktoren zu schätzen, die für Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Ländern und im Zeitverlauf ausschlaggebend sein könnten. **Ein höheres Volkseinkommen wird in den OECD-Ländern generell mit einer höheren Lebenserwartung bei der Geburt assoziiert**, obwohl der Zusammenhang bei höheren Einkommensniveaus weniger ausgeprägt ist. Nennenswerte Unterschiede in der Lebenserwartung gibt es auch zwischen OECD-Ländern mit ähnlichem Pro-Kopf-Einkommen. In Japan und Spanien z.B. ist die Lebenserwartung höher, als allein auf Grund des Pro-Kopf-BIP dieser Länder anzunehmen wäre, wohingegen die Vereinigten Staaten und Ungarn eine geringere Lebenserwartung aufweisen als auf der Basis ihres Einkommens projiziert würde (Abb. 1.3).
- **Auch die Lebenserwartung mit 65 Jahren ist in den letzten Jahrzehnten in den OECD-Ländern erheblich gestiegen**. Im Jahr 2003 lag die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren im Durchschnitt der OECD-Länder bei 19,3 Jahren für Frauen und 15,9 Jahren für Männer, was sowohl für Frauen als auch für Männer einem Anstieg von über 3 Jahren seit 1970 entspricht. Ebenso wie bei der Lebenserwartung bei der Geburt, steht Japan 2003 bei der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren an der Spitze (Abb. 1.5). **Die Lebenserwartung mit 65 Jahren wird in den kommenden Jahrzehnten wahrscheinlich weiter steigen**. Nach Vorausberechnungen der OECD wird die Lebenserwartung mit 65 Jahren 2040 in den OECD-Ländern durchschnittlich 21,6 Jahre für Frauen und 18,1 Jahre für Männer betragen.
- Alle OECD-Länder haben in den vergangenen Jahrzehnten **bei der Reduzierung der Säuglingssterblichkeit bemerkenswerte Fortschritte erzielt**, dank genereller Verbesserungen der wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen wie auch Verbesserungen in der postnatalen Versorgung, einschließlich Zugang zu Kinderschutzimpfungen. Portugal hat die Säuglingssterblichkeit seit 1970 um mehr als 90% reduziert und gehörte, nachdem es zuvor das Land mit der höchsten Säuglingssterberate

in Europa war, 2003 zu den Ländern mit den niedrigsten Raten. Ein starker Rückgang der Säuglingssterblichkeit wurde auch in Mexiko, der Türkei und einigen südeuropäischen Ländern wie Italien, Spanien und Griechenland verzeichnet. Im Jahr 2003 war die Säuglingssterblichkeit unter den OECD-Ländern in Japan und einigen der nordischen Länder am niedrigsten (Abb. 1.20).

Die OECD-Länder sehen sich wachsenden Gesundheitskosten gegenüber

- Während sich die Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten in den OECD-Ländern in beeindruckendem Maße erhöht hat, sind in diesem Zeitraum auch die Gesundheitskosten gestiegen, und in den meisten Ländern haben die Gesundheitsausgaben rascher zugenommen als das gesamtwirtschaftliche Wachstum. **Im Jahr 2003 wandten die OECD-Länder im Durchschnitt 8,8% ihres BIP für Gesundheitsausgaben auf, gegenüber 7,1% im Jahr 1990 und knapp über 5% im Jahr 1970.** Der auf die Gesundheitsausgaben entfallende BIP-Anteil variiert zwischen den Ländern jedoch erheblich, und reicht von 15% in den Vereinigten Staaten bis zu weniger als 6% in der Slowakischen Republik und Korea. Nach den Vereinigten Staaten wiesen die Schweiz und Deutschland 2003 die höchsten Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP auf, nämlich 11,5% bzw. 11,1% (Abb. 3.7).
- **Die Zunahme der Gesundheitsausgaben kann mehreren Faktoren zugeschrieben werden. Generell geben OECD-Länder mit höherem Pro-Kopf-BIP je Einwohner mehr Geld für die Gesundheit aus** (Abb. 3.10). Es gibt jedoch erhebliche Differenzen zwischen den Ländern, die z.T. auf politische Entscheidungen hinsichtlich des angemessenen Ausgabenniveaus, unterschiedliche Finanzierungs- und Organisationsstrukturen der Gesundheitssysteme sowie den jeweils empfundenen Wert zusätzlicher Ausgaben für Gesundheitszwecke im Vergleich zu Ausgaben für sonstige Waren und Dienstleistungen zurückgeführt werden können. **Ein maßgeblicher Faktor für den Anstieg der Gesundheitskosten sind die medizinischen Fortschritte in den Bereichen Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gesundheitsproblemen.** Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst die Entwicklung und Verbreitung neuer medizinischer Technologien und Medikamente, und dies gilt auch für den Prozess der Entscheidungsfindung, wie neue Geräte, Behandlungsmethoden oder Arzneimittel finanziert werden sollen. **Die Bevölkerungsalterung trägt ebenfalls zum Anstieg der Gesundheitsausgaben bei.** Der Bevölkerungsanteil der 65-jährigen und älteren Menschen hat in allen OECD-Ländern zugenommen (Abb. 5.3), und dieser Trend dürfte sich in den kommenden Jahren und Jahrzehnten fortsetzen, insbesondere mit der Alterung der „Baby-Boom“-Generation (die ab 2010 das Alter von 65 Jahren erreichen wird). Da der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen bei älteren Bevölkerungsgruppen generell größer ist, kann man davon ausgehen, dass die Bevölkerungsalterung für einen Anstieg der öffentlichen Ausgaben in diesen Bereichen sorgen wird.

Von den Gesundheitsausgaben geht Druck auf die öffentlichen Haushalte aus

- Auf Grund der Prädominanz des staatlich finanzierten Krankenversicherungsschutzes bzw. der direkten staatlichen Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den meisten

OECD-Ländern wird der größte Teil der Gesundheitsausgaben in allen Ländern, außer den Vereinigten Staaten, Mexiko und Korea, vom öffentlichen Sektor bestritten (Abb. 3.17). Selbst in den Vereinigten Staaten, wo der private Sektor bei der Finanzierung eine besonders große Rolle spielt, belaufen sich die öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 6,6% des BIP, was mit dem OECD-Durchschnitt vergleichbar ist.

- Das letzte Jahrzehnt lässt sich in Bezug auf das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern grob in zwei Zeitabschnitte einteilen. Im Zeitraum 1992-1997 ging das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben nicht über das Wirtschaftswachstum hinaus oder blieb sogar darunter. In den letzten Jahren hingegen **sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben in allen OECD-Ländern rascher gestiegen als das Wirtschaftswachstum**. In einigen Ländern, wie dem Vereinigten Königreich und Kanada, waren die jüngsten Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen auf eine bewusste Politik zurückzuführen, mit der der Nachfragedruck, der sich infolge der Mitte der neunziger Jahre ergriffenen Kostendämpfungsmaßnahmen aufgebaut hatte, entschärft werden sollte (Abb. 3.6).
- Der rasche in den letzten Jahren verzeichnete Anstieg der Arzneimittelausgaben, die seit 1997 durchschnittlich um über 5% im Jahr zunahm, hat maßgeblich zur Ausweitung der gesamten Gesundheitsausgaben beigetragen. In der Tat **sind die Ausgaben für Arzneimittel in den meisten OECD-Ländern rascher gestiegen als die gesamten Gesundheitsausgaben** in diesem Zeitraum. In den Vereinigten Staaten und in Australien war die Zuwachsrate bei den Arzneimittelausgaben in den letzten Jahren mehr als doppelt so hoch wie bei den Gesundheitsausgaben insgesamt. Ein erheblicher Zuwachs wurde auch in Irland und Korea beobachtet, allerdings gegenüber einem verhältnismäßig niedrigen Pro-Kopf-Niveau zu Beginn des Zeitraums. Sehr viel moderater fiel die Zuwachsrate in Japan aus (Abb. 3.16).
- Im Durchschnitt der OECD-Länder **werden Medikamente zu 60% aus öffentlichen Mitteln finanziert, der Rest wird hauptsächlich durch Selbstzahlungen und in geringerem Maße durch private Krankenversicherung gedeckt**. Dieser Durchschnittswert verbirgt jedoch eine sehr große Variationsbreite, die von Niedrigwerten von 11% in Mexiko und 21% in den Vereinigten Staaten bis zu einem Höchstwert von 86% in Irland reicht. Mit ausschlaggebend hierfür ist, inwieweit und sogar ob die Kosten für Arzneimittel im Rahmen nationaler Gesundheitsprogramme und von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden (Tabelle A.3.11).
- Im Jahr 2003 **waren die Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung am höchsten in den Vereinigten Staaten (über 700 US-\$ pro Einwohner), gefolgt von Frankreich (knapp über 600 US-\$), Kanada und Italien (etwa 500 US-\$)**. Die niedrigsten Ausgaben wurden mit etwas über 100 US-\$ in Mexiko und der Türkei verzeichnet. Die Länderunterschiede bei den Arzneimittelausgaben spiegeln Unterschiede im Volumen, in der Konsumstruktur und im Preisniveau wider. Differenzen beim Einkommensniveau der verschiedenen Länder haben ebenfalls einen Einfluss auf die Arzneimittelausgaben (Abb. 3.14).

Der Mangel an Ressourcen für die Gesundheitsversorgung könnte in einigen Ländern ein Problem darstellen

- **In vielen Ländern existiert anscheinend ein Ärztemangel, der als bedrohlich empfunden wird.** Umfang, Verteilung und Zusammensetzung der Ärzteschaft werden durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst, darunter Zugangsbeschränkungen zum Ärzteberuf, Auswahl der Fachrichtung, Verdienstmöglichkeiten und sonstige Aspekte der Arbeitsbedingungen, sowie Migration. **2003 bestanden hinsichtlich der Zahl der praktizierenden Ärzte je Einwohner zwischen den OECD-Ländern große Unterschiede. Sie reichte von Höchstwerten von mehr als 4 Ärzten je 1 000 Einwohner in Italien und Griechenland bis zu Tiefstwerten von weniger als 2 Ärzten je 1 000 Einwohner in der Türkei, Mexiko und Korea.** Verhältnismäßig gering war die Anzahl der praktizierenden Ärzte je Einwohner auch in Japan, Kanada, dem Vereinigten Königreich und in Neuseeland. In dieser letztgenannten Ländergruppe ist der Zugang zum Medizinstudium traditionell beschränkt.
- **Im Ausland ausgebildete Ärzte machen in einigen Ländern einen erheblichen Anteil der Ärzteschaft aus.** Im Jahr 2000 lag der Anteil der im Ausland ausgebildeten Kräfte unter den praktizierenden Ärzten in englischsprachigen Ländern, wie Neuseeland, dem Vereinigten Königreich, den Vereinigten Staaten und Kanada, bei über 20%. Dagegen war der Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärzte in Japan, Österreich und Frankreich wesentlich niedriger (Abb. 2.4). Die internationale Migration kann die Flexibilität der Arbeitsmärkte für Ärzte und sonstige Gesundheitsberufe in den Zielländern erhöhen, lässt aber ernsthafte Bedenken hinsichtlich einer Expertenflucht (Braindrain) aufkommen, wenn es zu langfristigen Nettomigrationsströmen aus Niedrigeinkommens- in Hocheinkommensländer kommt.
- Neue Daten zu **Ärztgehältern** werden in dieser dritten Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick – OECD-Indikatoren 2005* für Allgemeinmediziner und für Fachärzte (mit getrennten Angaben für im Angestelltenverhältnis und freiberuflich tätige Ärzte) präsentiert. Im Vergleich zum jeweiligen Durchschnittseinkommen schwankt das Einkommen der Ärzte zwischen den Ländern erheblich. **Beispielsweise ist das Einkommen selbstständiger Fachärzte in den Niederlanden, den Vereinigten Staaten, Belgien und Kanada relativ hoch.** Andererseits verdienen Fachärzte in Ungarn und der Tschechischen Republik (egal, ob sie in einem Angestelltenverhältnis stehen oder freiberuflich tätig sind) im Verhältnis zum nationalen Durchschnittseinkommen weniger als in anderen Ländern (Abb. 2.9).
- Es gibt auch Berichte über einen akuten Krankenschwester-mangel in fast allen OECD-Ländern. **Wie bei den Ärzten sind bei der Anzahl der Krankenschwestern erhebliche Unterschiede zwischen den OECD-Ländern festzustellen,** obwohl die Vergleichbarkeit der Daten auf Grund der Einbeziehung verschiedener Kategorien von Krankenschwestern eingeschränkt ist. Irland, Island und die Niederlande weisen mit mehr als 13 Krankenschwestern je 1 000 Einwohner im Jahr 2003 die höchste Zahl von Krankenschwestern pro Kopf der Bevölkerung auf. Am unteren Ende der Skala kommen in der Türkei, Korea, Mexiko und Griechenland auf 1 000 Einwohner weniger als 4 Krankenschwestern (Abb. 2.5). Betrachtet man die längerfristigen Trends, so hat die Zahl der Krankenschwestern pro Kopf der Bevölkerung zwischen 1990 und 2003 in den

meisten Ländern zumindest geringfügig weiter zugenommen, aber in Australien, Kanada, Neuseeland und Polen zurückzugehen begonnen (Abb. 2.6).

- Daten über die **Bezahlung von Krankenschwestern** sind nur für in Krankenhäusern angestellte Kräfte verfügbar. Auf der Basis von Daten aus 12 Ländern ist das relative Einkommen der Krankenschwestern im Vergleich zum Pro-Kopf-BIP am höchsten in Portugal, gefolgt von Australien und Neuseeland. Am niedrigsten ist das relative Einkommen in der Tschechischen Republik und in Ungarn sowie in Norwegen (Abb. 2.11).
- Es gibt in einigen Ländern auch Befürchtungen, dass nicht genügend Diagnose- oder Therapiegeräte vorhanden sind, um einen rechtzeitigen Zugang zur Spitzentechnologie zu gewährleisten. **Die Verfügbarkeit von Diagnosetechnologien, wie Geräten für Computer-Tomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRI) hat in den vergangenen zehn Jahren in allen OECD-Ländern zugenommen.** Da es sich bei MRI um eine neuere Technologie handelt als bei CT, ist die Zahl der MRI-Geräte seit 1990 besonders rasch gestiegen (Tabelle A.2.8). Dennoch gibt es nach wie vor erhebliche Unterschiede in der Verbreitung dieser medizinischen Technologien, wobei Japan mit Abstand die höchste Anzahl an CT- und MRI-Geräten pro Kopf der Bevölkerung aufweist. Am anderen Ende der Skala ist es angesichts der hohen Kosten dieser Geräte nicht überraschend, dass die Anzahl der MRI-Einheiten pro Kopf der Bevölkerung in Mexiko am geringsten ist, gefolgt von Polen, der Slowakischen Republik und der Tschechischen Republik (Abb. 2.13 und 2.14).

Ein stärkerer Akzent auf Prävention könnte Möglichkeiten für weitere Verbesserungen des Gesundheitszustands eröffnen und zugleich den Druck auf die Gesundheitssysteme verringern

- Den Gesundheitssystemen wird zuweilen vorgeworfen, dass sie sich zu stark auf die Behandlung von „Kranken“ konzentrierten, aber nicht genug für die Vorbeugung von Krankheiten tun würden. In der Tat **werden in den OECD-Ländern im Durchschnitt nur rd. 3% der laufenden Gesundheitsausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheitsprogramme verwendet** (Abb. 3.12).
- Die Kinderschutzimpfung hat sich als eine der effizientesten Präventivmaßnahmen zur Reduzierung von Kinderkrankheiten und Kindersterblichkeit erwiesen. **Rund zwei Drittel der OECD-Länder haben eine DTP-Impfquote (Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten) von 95% oder mehr erreicht, das Niveau, das notwendig ist, um eine allgemeine Immunität der Bevölkerung zu gewährleisten. Bei Masern gibt etwa die Hälfte der OECD-Länder denselben Schutzgrad an.** Einige OECD-Mitglieder, die gemessen am Pro-Kopf-BIP zu den wohlhabenderen Ländern zählen, wie Irland, Norwegen und Österreich, weisen sowohl bei Diphtherie als auch bei Masern einen unterdurchschnittlichen Impfschutz auf (Abb. 2.21).
- Im Laufe der letzten zehn Jahre hat sich die Grippeimpfung für ältere Menschen in den OECD-Ländern immer weiter durchgesetzt, um Krankheit, Hospitalisierung und Mortalität in dieser Bevölkerungsgruppe entgegenzuwirken, die im Fall von Grippeerkrankungen einem höheren Risiko ernster Komplikationen ausgesetzt ist. **Im Jahr 2003 schwankte der Anteil der gegen Grippe geimpften unter älteren Menschen**

zwischen einem niedrigen Wert von unter 40% in der Tschechischen Republik, der Slowakischen Republik sowie Ungarn und über 75% in Australien, Korea und den Niederlanden. Die Impfquote lag auch in den meisten G7-Ländern bei über 60%, mit Ausnahme von Deutschland und Japan, wo 2003 weniger als 50% der älteren Bevölkerung angaben, gegen Grippe geimpft zu sein (Abb. 2.23).

Die gesundheitlichen Risikofaktoren ändern sich

- **Viele OECD-Länder haben in den vergangenen zwei Jahrzehnten bei der Verringerung des Tabakkonsums bemerkenswerte Fortschritte erzielt**, obwohl Rauchen noch immer eine der Hauptursachen für Frühsterblichkeit ist. Dieser Rückgang ist sehr weitgehend Politikmaßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums zuzuschreiben wie öffentlichen Aufklärungskampagnen, Werbeverbote und Steuererhöhungen. Der Anteil der täglichen Raucher unter der Erwachsenenbevölkerung liegt in Australien, Kanada, Schweden und den Vereinigten Staaten nun bei weniger als 20%, während er Ende der siebziger Jahre noch über 33% betragen hatte. Am anderen Ende der Skala sind in Griechenland, Ungarn und Luxemburg noch immer mehr als 33% der Erwachsenen ständige Raucher (Abb. 4.1).
- **Der durchschnittliche Alkoholkonsum je Erwachsenen ist in vielen OECD-Ländern in den vergangenen zwei Jahrzehnten ebenfalls schrittweise gesunken.** Werbungseinschränkungen, Verkaufsrestriktionen und Steuern haben sich allesamt als effiziente Maßnahmen zur Verringerung des Alkoholkonsums erwiesen. In traditionell Wein produzierenden Ländern, wie Italien und Frankreich, wird seit 1980 ein deutlicher Rückgang des Pro-Kopf-Alkoholkonsums verzeichnet. Andererseits ist der Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Irland um über 40% gestiegen (Abb. 4.6 und 4.7).
- In vielen OECD-Ländern wird **die steigende Quote an Übergewichtigen und Fettleibigen unter Kindern und Erwachsenen rasch zu einem ernsthaften Problem für die öffentliche Gesundheit.** Fettleibigkeit ist ein bekannter Risikofaktor für verschiedene Gesundheitsprobleme, darunter Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma, Arthritis und einige Arten von Krebs. In zehn OECD-Ländern können über 50% der Erwachsenen heute als übergewichtig oder fettleibig bezeichnet werden. Diese Länder sind die Vereinigten Staaten, Mexiko, das Vereinigte Königreich, Australien, die Slowakische Republik, Griechenland, Neuseeland, Ungarn, Luxemburg und die Tschechische Republik (Tabelle A.4.6).
- Betrachtet man speziell die Fettleibigkeit (mit der größere Gesundheitsrisiken verbunden sind als nur mit Übergewicht), ist Folgendes festzustellen. **Die Prävalenz der Fettleibigkeit unter Erwachsenen reicht von einem Tiefstwert von 3% in Japan und Korea bis zu einem Spitzenwert von 31% in den Vereinigten Staaten.** Es ist jedoch zu beachten, dass Schätzungen der Quoten bei Übergewicht und Fettleibigkeit in den meisten Ländern auf Selbstangaben beruhen, was aber nicht für die Vereinigten Staaten, Australien, Neuseeland und das Vereinigte Königreich gilt, wo die Schätzungen auf Untersuchungen basieren, bei denen Körpergröße und Gewicht der betreffenden Personen effektiv gemessen wurden. Selbstangaben zur Körpergröße und zum Gewicht sind nicht so verlässlich wie tatsächliche Messungen, weil das Gewicht generell zu niedrig angegeben wird. Das bedeutet, dass **die derzeitigen Schätzungen der Fettleibigkeitsquote in den meisten OECD-Ländern die tatsächliche Prävalenz der**

Fettleibigkeit zu niedrig ausweisen, weil ein solcher Reporting-Bias besteht (Abb. 4.12 und 4.13).

- **Da bei Fettleibigkeit ein höheres Risiko chronischer Erkrankungen gegeben ist, sind damit auch erhebliche zusätzliche Gesundheitskosten verbunden.** Schätzungen aus den Vereinigten Staaten deuten darauf hin, dass für Fettleibige die Kosten der gesundheitlichen Versorgung um 36% und die Kosten für Arzneimittel um 77% höher sind als für Personen mit Normalgewicht (Sturm, 2002). Es gibt eine Latenzphase von mehreren Jahren zwischen dem Beginn der Fettleibigkeit und dem Auftreten gesundheitlicher Probleme, was vermuten lässt, dass die in den meisten OECD-Ländern in den vergangenen zwei Jahrzehnten beobachtete Zunahme der Fettleibigkeit in Zukunft höhere Gesundheitskosten nach sich ziehen wird.

TEIL I

Gesundheitszustand

1. Lebenserwartung bei der Geburt	22
2. Lebenserwartung mit 65 Jahren	24
3. Mortalität, alle Kategorien und häufigste Todesursachen	26
4. Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	28
5. Tod durch Krebs	30
6. Tod durch äußere Einwirkung.	32
7. Säuglingssterblichkeit.	34
8. Säuglingsgesundheit: Niedriges Geburtsgewicht	36
9. Zahngesundheit unter Kindern.	38

I.1. LEBENSERWARTUNG BEI DER GEBURT

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in den vergangenen Jahrzehnten in den OECD-Ländern erheblich gestiegen (Abb. 1.1). Zu verdanken ist dieser Gewinn an Lebenserwartung einer Reihe wichtiger Faktoren, die Einfluss auf die Mortalitätsraten haben, darunter ein steigender Lebensstandard, eine gesündere Lebensweise und eine bessere Bildung wie auch Fortschritte beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und in der Effizienz der Medizin. Weitere Faktoren, wie bessere Ernährung, sanitäre Versorgung und Wohnverhältnisse, spielten ebenfalls eine Rolle, vor allem in Ländern mit einer noch in der Entwicklung befindlichen Volkswirtschaft (OECD, 2004a).

Im Jahr 2003 war Japan mit 81,8 Jahren für die Gesamtbevölkerung das Land mit der höchsten Lebenserwartung, gefolgt von Island, Spanien, der Schweiz, Australien und Schweden, wo die Lebenserwartung ebenfalls 80 Jahre und mehr betrug (Abb. 1.1). Im Durchschnitt der OECD-Länder lag die Lebenserwartung bei der Geburt für die Bevölkerung insgesamt 2003 bei 77,8 Jahren, gegenüber 68,5 Jahren im Jahr 1960.

Der Anstieg der Lebenserwartung war in den vergangenen vier Jahrzehnten in den meisten Ländern ein stetiger Prozess mit durchschnittlichen Steigerungen um 1,8 Jahre in den sechziger Jahren, und um jeweils 2,3 Jahre in den siebziger, achtziger und neunziger Jahren (Tabelle A.1.1). Besonders ausgeprägt waren die Erhöhungen der Lebenserwartung in Ländern mit verhältnismäßig niedrigem Ausgangsniveau. So ist die Lebenserwartung bei der Geburt in der Türkei zwischen 1960 und 2003 um über 20 Jahre gestiegen, womit das Land rasch zum OECD-Durchschnitt aufschloss. Desgleichen hat die Lebenserwartung in Mexiko seit 1960 um über 17 Jahre zugenommen. Eine deutliche Reduzierung der Säuglingssterblichkeit hat mit zu diesen Zugewinnen beigetragen (vgl. den Indikator „Säuglingssterblichkeit“).

Die Geschlechterdifferenz bei der Lebenserwartung belief sich im Durchschnitt aller OECD-Länder 2003 auf 5,8 Jahre, wobei die Lebenserwartung für Männer 74,9 und für Frauen 80,7 Jahre betrug (Abb. 1.2). Diese Geschlechterdifferenz weitete sich in den Ländern im gesamten Zeitraum zwischen 1960 und 2003 durchschnittlich um weniger als 1 Jahr aus (Tabellen A.1.2 und A.1.3). Jedoch verdeckt dieses Ergebnis unterschiedliche Trends zwischen den ersten und den späteren Jahrzehnten. Während der Geschlechterunterschied bei der Lebenserwartung in vielen Ländern in den sechziger und siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts erheblich zunahm, hat er sich in den letzten zwei Jahrzehnten verkleinert, als die Zunahme der

Lebenserwartung der Männer die der Frauen in mehreren OECD-Ländern überstieg. Die in den vergangenen Jahrzehnten in vielen Ländern beobachtete Verringerung der Geschlechterdifferenz bei der Lebenserwartung ist zum Teil auf eine zunehmende Konvergenz im Risikoverhalten von Männern und Frauen, wie z.B. in Bezug auf Rauchen, zurückzuführen sowie auf einen Rückgang der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingten Mortalitätsraten unter Männern (Max-Planck-Institut, 1999; Statistics Netherlands, 2004).

Es ist schwierig den relativen Beitrag der zahlreichen nichtmedizinischen und medizinischen Faktoren zu schätzen, die für Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Ländern und im Zeitverlauf ausschlaggebend sein könnten. Ein höheres Volkseinkommen (gemessen am Pro-Kopf-BIP) wird in den OECD-Ländern generell mit einer höheren Lebenserwartung bei der Geburt assoziiert, obwohl der Zusammenhang bei höheren Einkommensniveaus weniger ausgeprägt ist (Abb. 1.3). Nennenswerte Unterschiede in der Lebenserwartung gibt es auch zwischen OECD-Ländern mit ähnlichem Pro-Kopf-Einkommen. In Japan und Spanien z.B. ist die Lebenserwartung höher, als allein auf Grund des Pro-Kopf-BIP dieser Länder anzunehmen wäre, wohingegen die Vereinigten Staaten, Ungarn und die Türkei eine geringere Lebenserwartung aufweisen, als auf der Basis ihres Einkommens projiziert würde.

Abb. 1.4 zeigt den Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung bei der Geburt und den Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung in den einzelnen OECD-Ländern. Wie beim Pro-Kopf-BIP wird mit höheren Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung generell eine höhere Lebenserwartung bei der Geburt assoziiert, obwohl dieser Zusammenhang in Ländern mit höheren Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben generell weniger deutlich ist. Auch hier ragen Japan und Spanien durch ihre im Verhältnis zum Niveau der Gesundheitsausgaben hohe Lebenserwartung heraus, während für die Vereinigten Staaten, Ungarn und die Türkei das Gegenteil zutrifft.

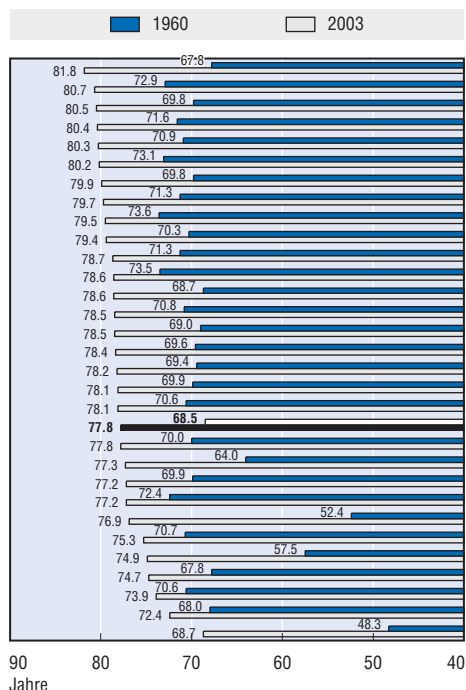
Diese einfachen Korrelationen sind interessant, doch bedarf es einer tiefer gehenden Analyse. Unterschiede beim Pro-Kopf-BIP können sowohl die Lebenserwartung als auch die Gesundheitsausgaben pro Kopf beeinflussen. Neben dem Nationaleinkommen und den Gesamtgesundheitsausgaben müssen noch viele andere Faktoren herangezogen werden, um die zwischen den Ländern bei der Lebenserwartung bestehenden Unterschiede zu erklären.

Definition und Abweichungen

Die Lebenserwartung ist die durchschnittliche Zahl der einer Person verbleibenden Lebensjahre, basierend auf einer gegebenen Reihe von altersspezifischen Mortalitätsraten. Allerdings sind die tatsächlichen altersspezifischen Mortalitätsraten einer beliebigen Geburtenkohorte im Voraus nicht bekannt. Gehen die altersspezifischen Mortalitätsraten zurück (wie dies in den vergangenen Jahrzehnten in OECD-Ländern der Fall war), wird die tatsächliche Lebensdauer länger sein als die unter Zugrundelegung der aktuellen Sterberaten berechnete Lebenserwartung.

Jedes Land berechnet die Lebenserwartung nach etwas anderen Methoden. Diese methodischen Abweichungen können die Vergleichbarkeit der übermittelten Lebenserwartungsschätzungen beeinträchtigen, da sie die Schätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern können. Die Lebenserwartung bei der Geburt für die Gesamtbevölkerung wird vom OECD-Sekretariat für alle Länder unter Verwendung ungewichteter Durchschnitte der Lebenserwartung von Männern und Frauen berechnet.

Abbildung 1.1. Lebenserwartung bei der Geburt, Gesamtbevölkerung, 1960 und 2003



1. 2002.

Abbildung 1.2. Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht, 2003

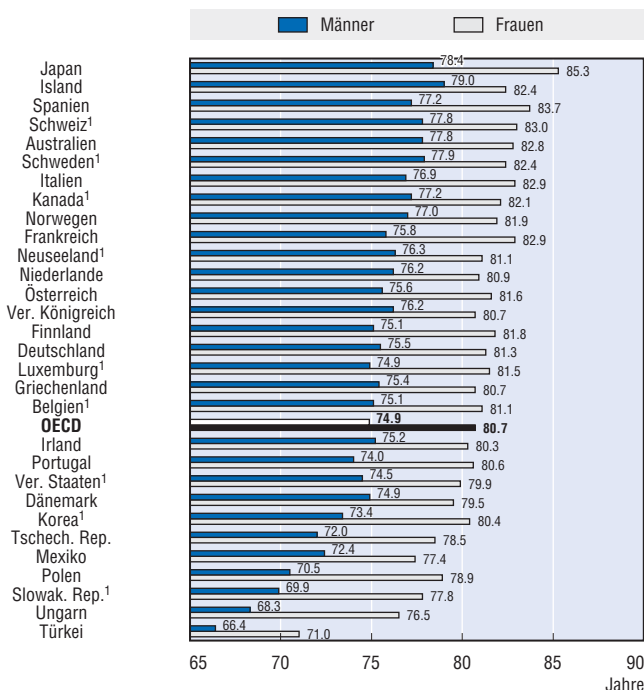
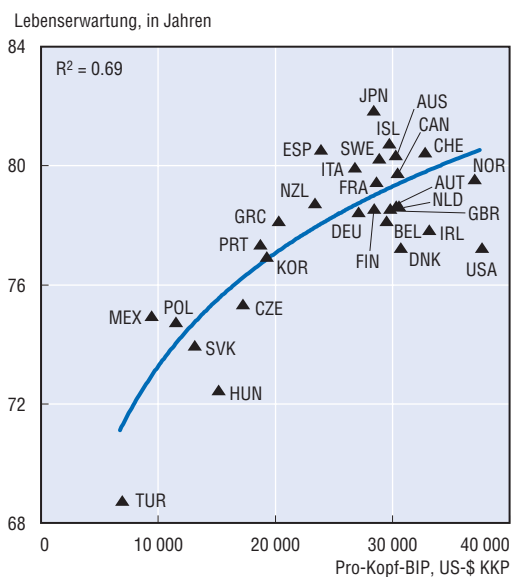
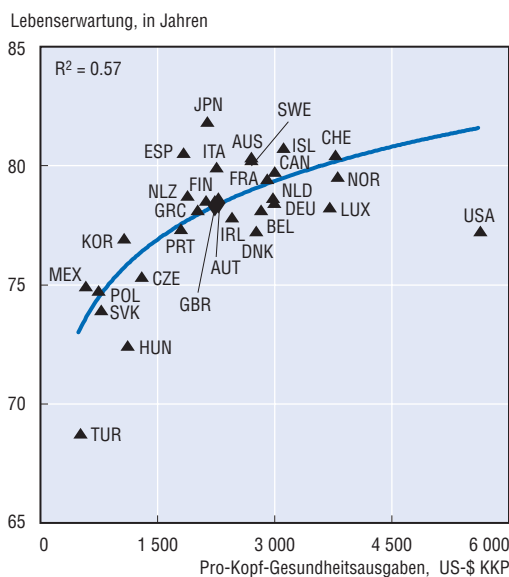


Abbildung 1.3. Lebenserwartung bei der Geburt und Pro-Kopf-BIP, 2003



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 1.4. Lebenserwartung bei der Geburt und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, 2003



StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/202647844128>

I.2. LEBENSERWARTUNG MIT 65 JAHREN

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ist in den letzten Jahrzehnten sowohl für Männer als auch für Frauen in allen OECD-Ländern gestiegen. Zu den Faktoren, die die Erhöhung der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren erklären, zählen Fortschritte in der medizinischen Versorgung im Verein mit einem breiteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, einem gesünderen Lebensstil und besseren Lebensbedingungen vor und nach Erreichen des 65. Lebensjahres.

Im Jahr 2003 lag die Lebenserwartung der 65-Jährigen in den OECD-Ländern im Durchschnitt für Frauen bei 19,3 Jahren (also insgesamt 84,3 Jahren) und für Männer bei 15,9 Jahren (insgesamt 80,9 Jahren) (Abb. 1.5; Tabelle A.1.4 und A.1.5). Das bedeutet im Durchschnitt der OECD-Länder einen Zugewinn von 3,7 Jahren für Frauen und 3,2 Jahren für Männer seit 1970. Die Geschlechterdifferenz bei der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren hat sich damit zwischen 1970 und 2003 in vielen Ländern leicht vergrößert.

Ebenso ist die Lebenserwartung im Alter von 80 Jahren im Durchschnitt der OECD-Länder in den vergangenen drei Jahrzehnten unter Frauen etwas rascher gestiegen als unter Männern (Abb. 1.6). 2003 lag die Lebenserwartung für Frauen im Alter von 80 Jahren in den OECD-Ländern durchschnittlich bei 8,6 Jahren (gegenüber 6,5 Jahren 1970), während sie für Männer im Alter von 80 Jahren 7,1 Jahre betrug (gegenüber 5,7 Jahren 1970).

Japan verzeichnete in den letzten Jahrzehnten besonders starke Zuwächse bei der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, die sich zwischen 1970 und 2003 um 7,7 Jahre für Frauen und 5,5 Jahre für Männer erhöhte. Daher erfreuten sich Frauen und Männer im Alter von 65 Jahren 2003 in Japan unter allen OECD-Ländern mit 23 bzw. 18 verbleibenden Lebensjahren der höchsten Lebenserwartung (Abb. 1.5). Erklären lassen sich diese Zugewinne zumindest teilweise durch einen deutlichen Rückgang der Sterberaten bei kardio- und zerebrovaskulären Krankheiten unter älteren Menschen in Japan.

Viele andere OECD-Länder haben in den vergangenen Jahrzehnten unter älteren Bevölkerungsgruppen ebenfalls einen deutlichen Rückgang der Todesfälle bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zerebrovaskulären Krankheiten verzeichnet (OECD, 2003a; Moïse et al., 2003; Moon et al., 2003).

Nach Japan wiesen Frankreich, die Schweiz und Australien 2003 die längste Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren für Frauen auf, und für Männer waren dies Island, Australien und die Schweiz. Am anderen Ende der Skala war die Lebenserwartung der 65-Jährigen in der Türkei am niedrigsten, gefolgt von Ungarn, der Slowakischen und der Tschechischen Republik sowie Polen.

Die in den letzten Jahrzehnten in allen OECD-Ländern verzeichnete Zunahme der Lebenserwartung älterer Personen trägt im Verein mit dem trendmäßigen Rückgang der Fruchtbarkeitsraten in den meisten OECD-Ländern zu einem stetigen Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung bei (vgl. die Indikatoren „Fruchtbarkeitsziffern“ und „Bevölkerungsstruktur“). Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren wird in den kommenden Jahrzehnten wahrscheinlich weiter steigen. Nach OECD-Berechnungen (auf der Basis von Projektionen der Bevölkerungsdatenbank der Vereinten Nationen/Weltbank) dürfte die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren im Jahr 2040 in den OECD-Ländern durchschnittlich 21,6 Jahre für Frauen und 18,1 Jahre für Männer erreichen (OECD, 2005).

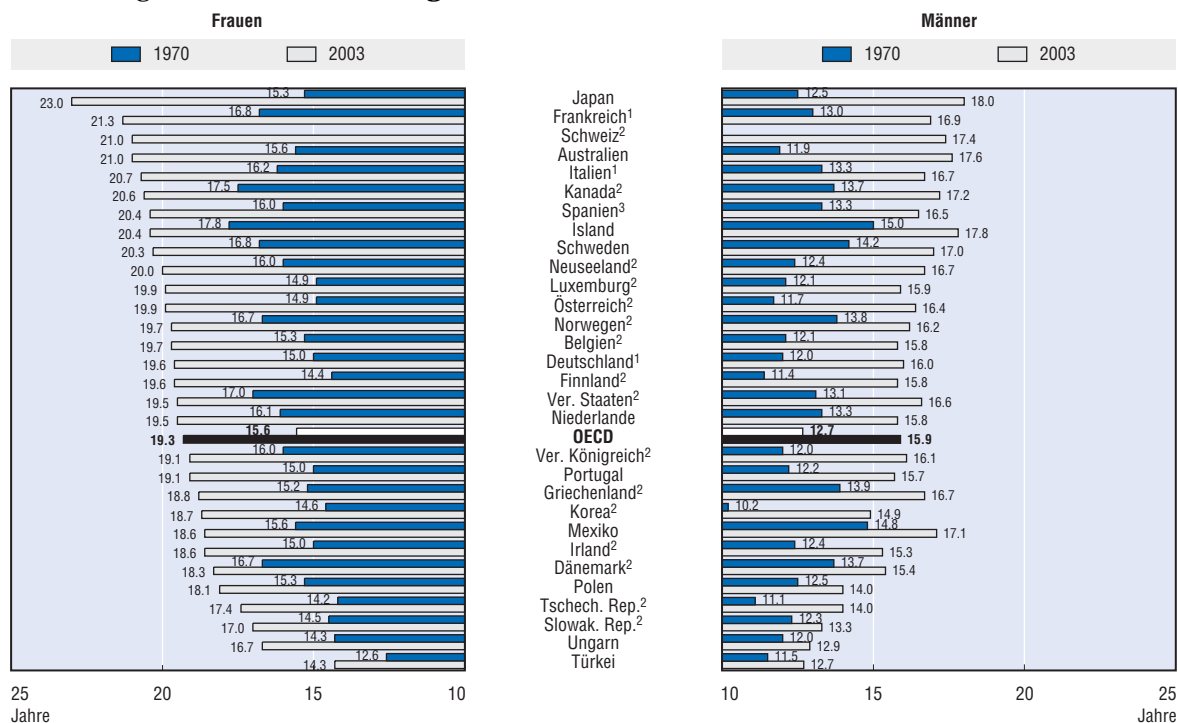
Ob mit der höheren Lebenserwartung ein guter Gesundheits- und funktioneller Status der älteren Menschen einhergeht, ist für die Gesundheitssysteme von großer Bedeutung. Die OECD-Länder konzentrieren ihre Forschungsarbeiten und politische Aufmerksamkeit zunehmend auf Gesundheitsrisiken, von denen ältere Menschen unverhältnismäßig stark betroffen sind, wie Schlaganfall, Herzerkrankungen und Demenz (OECD, 2003a, und OECD, 2004).

Definition und Abweichungen

Die Lebenserwartung ist die durchschnittliche Zahl der einer Person verbleibenden Lebensjahre, basierend auf einer gegebenen Reihe von altersspezifischen Mortalitätsraten. Allerdings sind die tatsächlichen altersspezifischen Mortalitätsraten einer beliebigen Geburtenkohorte im Voraus nicht bekannt. Gehen die altersspezifischen Mortalitätsraten zurück (wie dies in den vergangenen Jahrzehnten in OECD-Ländern der Fall war), wird die tatsächliche Lebensdauer länger sein als die unter Zugrundelegung der aktuellen Sterberaten berechnete Lebenserwartung.

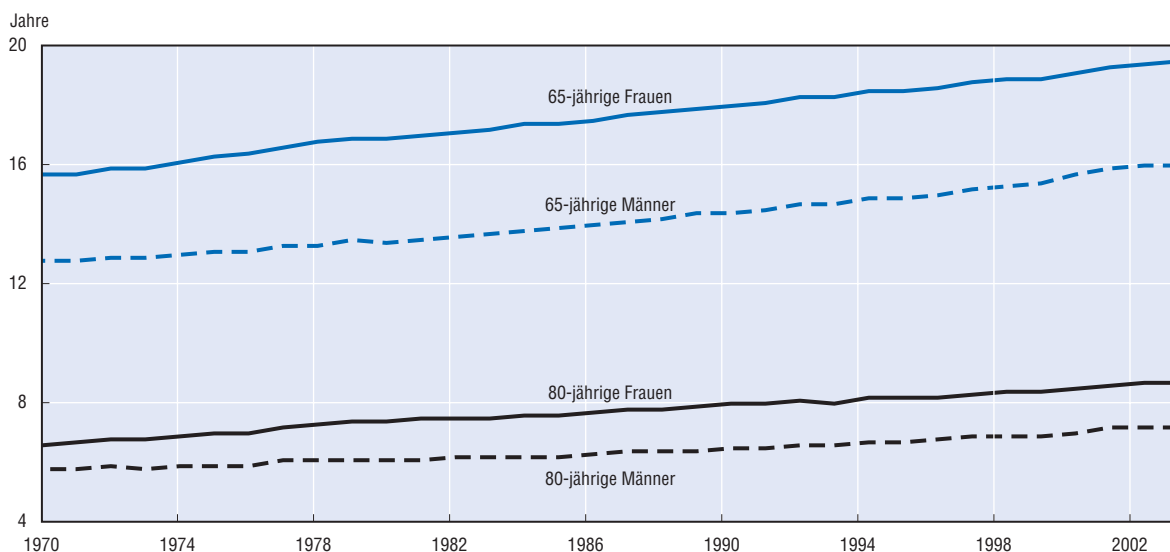
Jedes Land berechnet die Lebenserwartung nach etwas anderen Methoden. Diese methodischen Abweichungen können die Vergleichbarkeit der übermittelten Lebenserwartungsschätzungen beeinträchtigen, da sie die Schätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern können.

Abbildung 1.5. Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Geschlecht, 1970 und 2003



- 1. 2001.
- 2. 2002.
- 3. 2000.

Abbildung 1.6. Trends bei der Lebenserwartung im Alter von 65 und 80 Jahren, Männer und Frauen, OECD-Durchschnitt, 1970-2003



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/382413055751>

I.3. MORTALITÄT, ALLE KATEGORIEN UND HÄUFIGSTE TODESURSACHEN

Die Mortalitätsraten sind paradoxerweise die geläufigste Messgröße für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung, da Mortalitätsstatistiken noch immer die am weitesten verfügbare und vergleichbare Informationsquelle über Gesundheitsprobleme darstellen. Durch altersstandardisierte Sterberaten wird der Einfluss von Unterschieden in der Altersstruktur der Bevölkerungen zwischen Ländern und im Zeitverlauf neutralisiert.

Im Zeitraum 2001-2002 (d.h. nach den neuesten verfügbaren Daten der *Mortalitätsdatenbank der WHO*) gab es zwischen den OECD-Ländern bei den altersstandardisierten Gesamtsterberaten große Unterschiede. Am niedrigsten waren die Sterberaten in Japan, gefolgt von Australien, Schweiz und Island (Abb. 1.7). Am höchsten waren sie in Ungarn, der Slowakischen Republik, Polen und der Tschechischen Republik (für Mexiko und die Türkei lagen keine neueren Daten vor). Insgesamt sind die Mortalitätsraten in den letzten Jahrzehnten in den meisten Ländern erheblich gesunken. Zwischen 1970 und 2000 wurden sie in Japan und Australien um über die Hälfte reduziert (Tabelle A.1.6).

Die häufigsten Todesursachen in den OECD-Ländern im Zeitraum 2001-2002 hingen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (wie Herzinfarkt und Schlaganfall), Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane (wie Asthma, Emphyseme und Bronchitis) und Tod durch äußere Einwirkung (wie Straßenverkehrsunfälle, Stürze, Suizide und Morde) zusammen.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in allen OECD-Ländern die häufigste Todesursache, mit Ausnahme von Japan und Frankreich, wo jetzt Krebs an erster Stelle steht (Abb. 1.8). In den meisten OECD-Ländern werden zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Todesfälle einer Krankheit des Herz-Kreislauf-Systems zugeschrieben. Die Mortalität infolge Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist in mittel- und osteuropäischen Ländern besonders hoch, in der Slowakischen Republik, der Tschechischen Republik, Ungarn und Polen entfallen

hierauf etwa 50% und mehr aller Todesfälle. Am anderen Ende der Skala sind in Korea, Japan, Frankreich, Spanien und Kanada heute weniger als ein Drittel der Todesfälle auf Herz-Kreislauf-Krankheiten zurückzuführen.

Krebs zählt in den meisten OECD-Ländern zur zweithäufigsten Todesursache und war 2002 für 22-33% aller Todesfälle verantwortlich (vgl. den Indikator „Tod durch Krebs“ wegen weiterer Informationen). Die dritt- und vierthäufigste Todesursache sind Krankheiten der Atmungsorgane bzw. Tod durch äußere Einwirkung. Krankheiten der Atmungsorgane machen in den verschiedenen OECD-Ländern 4-14% aller Todesfälle aus. Der Anteil der auf Krankheiten der Atmungsorgane zurückzuführenden Todesfälle ist in Irland, Japan und dem Vereinigten Königreich besonders hoch. Rauchen und Umweltfaktoren, wie Luftverschmutzung, zählen zu den Risikofaktoren für Erkrankungen der Atmungsorgane. Durch Unfälle und Gewalteinwirkungen wurden 2002 in den OECD-Ländern ebenfalls 4-10% der Todesfälle verursacht, wobei der Anteil in Finnland und Japan am größten ist (vgl. den Indikator „Tod durch äußere Einwirkung“).

Betrachtet man die Trendentwicklung im Zeitverlauf, ist der Anteil der durch Herz-Kreislauf-Krankheiten bedingten Todesfälle im Durchschnitt der OECD-Länder seit 1980 erheblich zurückgegangen (Abb. 1.9), obwohl diese Krankheiten in den meisten Ländern weiterhin die häufigste Todesursache darstellen. Während Herz-Kreislauf-Erkrankungen 1980 in den OECD-Ländern nahezu die Hälfte (48%) aller Todesfälle ausmachten, ist dieser Anteil 2002 auf 38% geschrumpft. In diesem Zeitraum ist der Anteil der durch Krebs verursachten Todesfälle im Durchschnitt der OECD-Länder gestiegen.

Bei den nächsten drei Indikatoren werden die im Ländervergleich bei diesen vier häufigsten Todesursachen zu beobachtenden Unterschiede, Trendentwicklungen und Geschlechterdifferenzen näher untersucht.

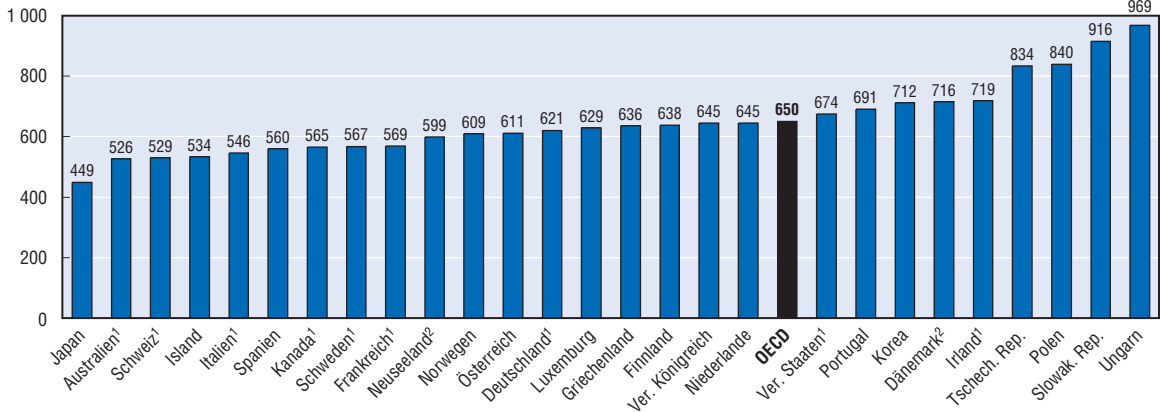
Definition und Abweichungen

Die Mortalitätsraten werden geschätzt auf der Basis von Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der *Mortalitätsdatenbank der WHO* entnommen sind. Eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der Daten zu Todesursachen wurde kürzlich von der WHO herausgegeben (Mathers et al., 2005). Die Mortalitätsraten wurden entsprechend der Bevölkerungsstruktur der OECD-Länder im Jahr 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

I.3. MORTALITÄT, ALLE KATEGORIEN UND HÄUFIGSTE TODESURSACHEN

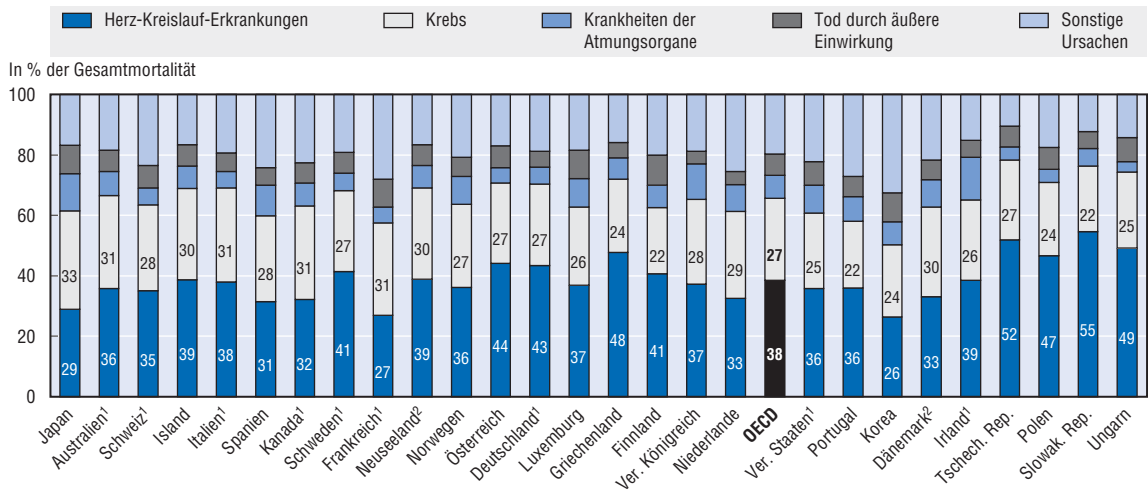
Abbildung 1.7. Gesamtmortalitätsraten je 100 000 Einwohner, 2002

Altersstandardisierte Sterberaten je 100 000 Einwohner



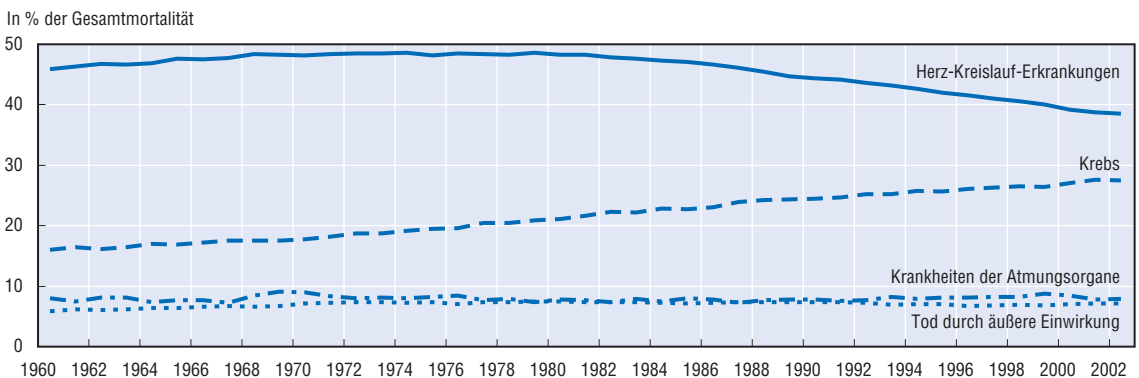
1. 2001.
2. 2000.

Abbildung 1.8. Prozentsatz der auf die häufigsten Todesursachen zurückzuführenden Todesfälle, 2002 (vom niedrigsten bis zum höchsten Wert an der Gesamtmortalität)



1. 2001.
2. 2000.

Abbildung 1.9. Prozentsatz der auf die häufigsten Todesursachen zurückzuführenden Todesfälle, OECD-Durchschnitt, 1960-2002



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO (März 2005) entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/003845342084>

I.4. TOD DURCH HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sind in den meisten OECD-Ländern die häufigste Todesursache, sie waren in den OECD-Ländern 2002 im Durchschnitt für 38% aller Todesfälle verantwortlich. Unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist eine große Gruppe von Krankheiten des Kreislaufsystems zusammengefasst, darunter ischämische Herzkrankheit (oder Herzinfarkt) und zerebrovaskuläre Krankheit (oder Schlaganfall). Zusammen machen ischämische Herzkrankheiten und Schlaganfälle in allen OECD-Ländern über die Hälfte der Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Krankheiten aus (Tabelle A.1.8).

Die ischämische koronare Herzkrankheit (KHK) entsteht durch die Akkumulation von Fettablagerungen an den Innenwänden einer Herzkranzarterie, wodurch die Blutzufuhr zum Herz beschränkt wird. 2002 waren koronare Herzkrankheiten allein im Durchschnitt der OECD-Länder für 17% aller Todesfälle verantwortlich. Der Anteil der durch KHK bedingten Todesfälle variiert aber zwischen den OECD-Ländern erheblich (Abb. 1.10). Im Jahr 2002 wies die Slowakische Republik die höchste KHK-Mortalitätsrate für Männer und für Frauen auf, gefolgt von Ungarn und der Tschechischen Republik. Auch in Finnland, den Vereinigten Staaten und Irland waren die KHK-Mortalitätsraten relativ hoch und erreichten ein Vielfaches der in Japan und Korea beobachteten Raten, die hier die niedrigsten Werte aufweisen. Bei der Variation der KHK-Mortalitätsraten ist ein klares regionales Muster zu erkennen. Nach den zwei asiatischen OECD-Ländern verzeichnen vier südeuropäische Länder die niedrigsten KHK-Mortalitätsraten: Frankreich, Spanien, Portugal und Italien. Das legt den Schluss nahe, dass es grundlegende Risikofaktoren gibt, wie die Ernährungsweise, die die zwischen den Ländern bei den Mortalitätsraten bestehenden Unterschiede erklären.

Bei der KHK-Mortalität besteht eine deutliche Differenz zwischen den Geschlechtern; die Sterberaten sind in allen Ländern für Männer sehr viel höher als für Frauen (Abb. 1.10). Im Durchschnitt der OECD-Länder waren die KHK-Mortalitätsraten für Männer 2002 etwa doppelt so hoch wie für Frauen. Diese Differenz besteht seit den sechziger Jahren. Zwischen 1960 und 1980 hatten

sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den KHK-Mortalitätsraten in vielen Ländern vergrößert, in den letzten Jahren sind sie aber geringer geworden (Tabelle A.1.9).

Seit 1980 sind die KHK-Mortalitätsraten in nahezu allen OECD-Ländern zurückgegangen. Besonders bemerkenswert war der Rückgang in Dänemark, Schweden, Australien, den Niederlanden und Kanada, wo die KHK-Mortalitätsraten um über 55% gesunken sind. Für die rückläufige Entwicklung der KHK-Mortalitätsraten ist eine Reihe von Faktoren verantwortlich. Der sinkende Tabakkonsum hat zur Verringerung der KHK-Inzidenz und mithin zum Rückgang der KHK-Mortalitätsraten beigetragen. Bedeutende medizinische Fortschritte bei der Behandlung von KHK waren ebenfalls ein maßgeblicher Faktor für die Reduzierung der KHK-Mortalitätsraten (vgl. den Indikator „Verfahren zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Krankheiten“).

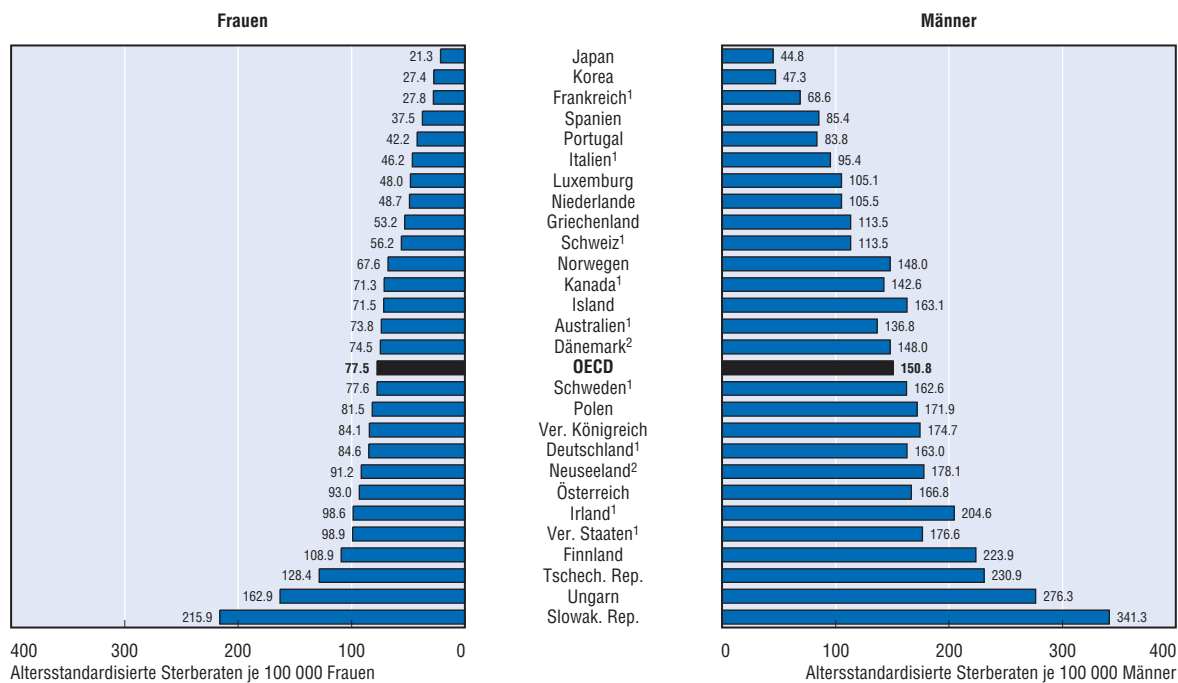
Schlaganfall ist eine weitere wichtige Mortalitätsursache in den OECD-Ländern, 2002 entfielen hierauf etwa 10% aller Todesfälle. Verursacht wird der Schlaganfall durch eine Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn. Schlaganfälle führen nicht nur in vielen Fällen zum Tod, sondern können auch schwere Behinderungen nach sich ziehen (Moon et al., 2003). Zwischen den Ländern gibt es große Unterschiede bei den Mortalitätsraten von Schlaganfallpatienten (Abb. 1.11). Am höchsten sind die Raten in der Tschechischen Republik und in Ungarn. Am niedrigsten sind sie in der Schweiz, Frankreich, Kanada, den Vereinigten Staaten, Island und Australien.

Ein Blick auf die Trendentwicklung im Zeitverlauf zeigt, dass die Schlaganfall-Mortalität in allen OECD-Ländern (außer Polen) seit 1980 stark zurückgegangen ist (Tabelle A.1.10). Wie bei den KHK, ist der Rückgang der Schlaganfall-Mortalität zumindest z.T. einer Verringerung der Risikofaktoren zu verdanken. Tabakkonsum und Bluthochdruck sind die zwei größten, beeinflussbaren Risikofaktoren für einen Schlaganfall (Stegmayr et al., 1997). Zu den weiteren Risikofaktoren zählen (abgesehen vom Alter) ein erhöhter Cholesterinspiegel im Blut, Übergewicht und Fettleibigkeit sowie starker Alkoholkonsum.

Definition und Abweichungen

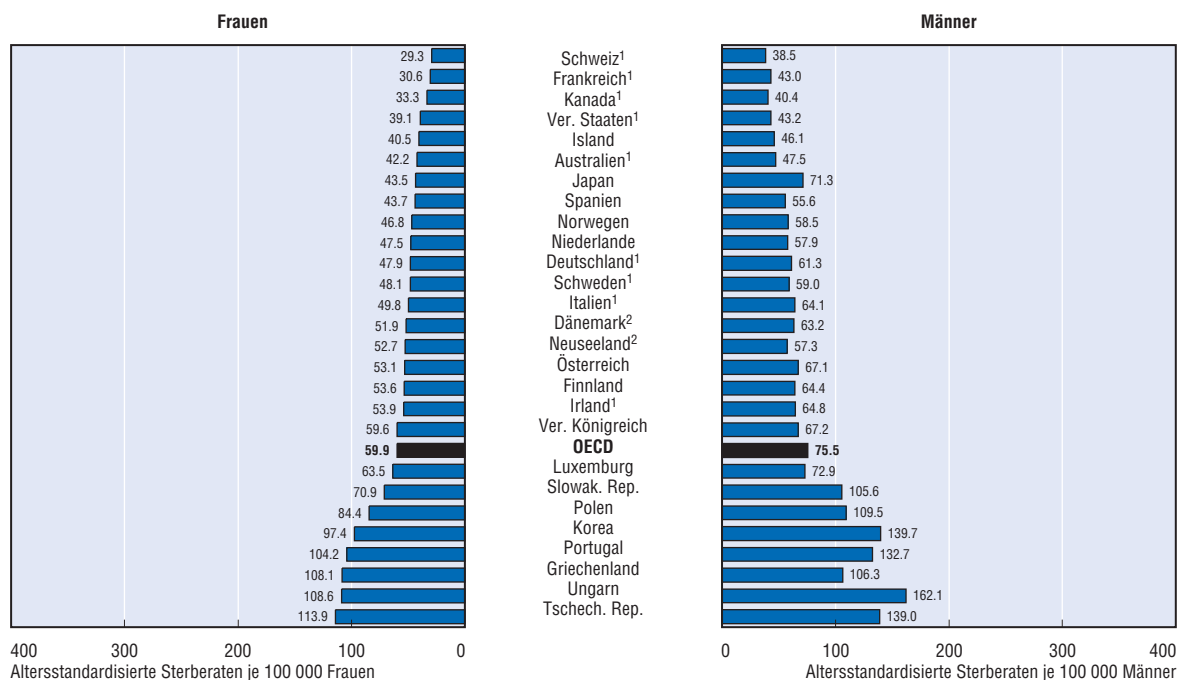
Die Mortalitätsraten werden geschätzt auf der Basis von Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen sind. Eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der Daten zu Todesursachen wurde kürzlich von der WHO herausgegeben (Mathers et al., 2005). Die Mortalitätsraten wurden entsprechend der Bevölkerungsstruktur der OECD-Länder im Jahr 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

Abbildung 1.10. **Ischämische Herzkrankheiten, Mortalitätsraten, 2002**



1. 2001.
2. 2000.

Abbildung 1.11. **Zerebrovaskuläre Krankheiten, Mortalitätsraten, 2002**



1. 2001.
2. 2000.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO (März 2005) entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/038506361220>

I.5. TOD DURCH KREBS

Krebs ist (nach Herz-Kreislauf-Krankheiten) die zweithäufigste Todesursache in den meisten OECD-Ländern und hat 2002 im Durchschnitt 27% aller Todesfälle verursacht.

Im Jahr 2002 waren die Krebsmortalitätsraten für Männer und Frauen zusammengenommen in Finnland, Japan (trotz einer großen Differenz zwischen den Geschlechtern), der Schweiz, Schweden, Portugal und Griechenland am niedrigsten (Tabelle A.1.11). Am höchsten fielen sie in Ungarn, der Tschechischen Republik, Polen und der Slowakischen Republik aus. Auch Dänemark meldet relativ hohe Krebsmortalitätsraten für Männer und für Frauen. Die Unterschiede, die zwischen den Ländern bei den (altersstandardisierten) Krebssterberaten bestehen, lassen sich sowohl durch nichtmedizinische Faktoren, darunter dem Expositionsgrad der Bevölkerung gegenüber Risikofaktoren (wie dem Rauchen), als auch durch medizinische Faktoren erklären, einschließlich Frühdiagnose und effektive Behandlung bestimmter Krebsarten.

In allen OECD-Ländern sind die Krebsmortalitätsraten für Männer höher als für Frauen (Abb. 1.12). Im Jahr 2002 war das geschlechtsspezifische Gefälle bei den Krebssterberaten in Japan, Korea, Frankreich, Spanien und der Slowakischen Republik besonders groß, wobei in diesen Ländern für Männer mehr als doppelt so hohe Mortalitätsraten verzeichnet wurden als für Frauen. Bei den Krebsmortalitätsraten lässt sich die Geschlechterdifferenz zumindest teilweise durch die größere Prävalenz von Risikofaktoren für Männer und die geringere Verfügbarkeit oder Inanspruchnahme von Früherkennungsprogrammen für verschiedene männertypische Krebsarten erklären, was niedrigere Überlebensquoten nach einer Diagnose zur Folge hat.

Bei näherer Betrachtung der einzelnen Krebsarten ist Lungenkrebs in allen OECD-Ländern (außer Schweden und Island) nach wie vor für die größte Zahl von Krebstoten unter Männern verantwortlich und gleichzeitig eine der Hauptursachen der Krebsmortalität unter Frauen. Rauchen ist der größte Risikofaktor für Lungenkrebs. 2002 waren die Lungenkrebssterberaten in den mittel- und osteuropäischen Ländern (Ungarn, Polen, Tschechische und Slowakische Republik), den Niederlanden und Korea am höchsten (Abb. 1.13). Dies sind alles Länder, in denen die Raucherquoten bei Männern traditionell relativ hoch waren und es auch heute noch sind. Die Lungenkrebssterberaten unter Männern sind in Schweden am geringsten, eines der Länder mit der niedrigsten Raucherquote bei Männern (vgl. den Indikator „Tabakkonsum“).

Brustkrebs ist in allen OECD-Ländern die am weitesten verbreitete Krebsart unter Frauen (IARC, 2004). In vielen

Ländern entfallen auf Brustkrebs 30% oder mehr aller Krebserkrankungen bei Frauen und 15-20% aller Krebstodesfälle. Auch wenn die Inzidenzraten bei Brustkrebs in den letzten Jahrzehnten in den meisten Ländern zugenommen haben, sind die Brustkrebssterberaten doch größtenteils zurückgegangen oder stabil geblieben. In den rückläufigen Mortalitätsraten spiegeln sich die zunehmende Verbreitung von Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen (durch die der Prozentsatz frühzeitig erkannter Fälle deutlich gestiegen ist) wie auch verbesserte Therapiemöglichkeiten wider. 2002 variierten die Mortalitätsraten beim Brustkrebs in den einzelnen Ländern erheblich (Abb. 1.14). Am niedrigsten waren diese in Korea und Japan, am höchsten in Dänemark, Irland, den Niederlanden, Ungarn und dem Vereinigten Königreich.

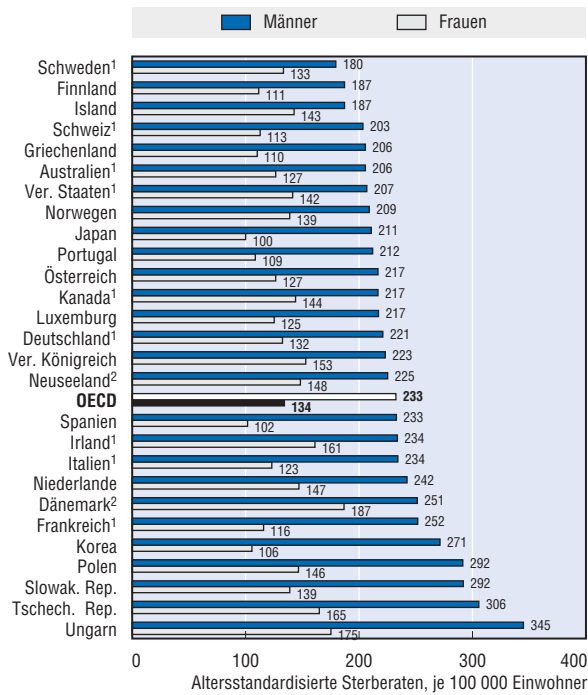
Prostatakrebs hat sich in vielen OECD-Ländern zur am weitesten verbreiteten Krebsart unter Männern entwickelt (IARC, 2004), vor allem bei Männern über 65 Jahre, obwohl die Sterberaten beim Prostatakrebs in allen Ländern, außer Schweden und Island, weiterhin niedriger sind als beim Lungenkrebs. Der Anstieg der erfassten Fälle von Prostatakrebs, der in den neunziger Jahren in vielen Ländern zu beobachten war, ist weitgehend auf den größeren Einsatz von PSA-Untersuchungen zur Früherkennung zurückzuführen. 2002 schwankten die Prostatakrebssterberaten zwischen Tiefstwerten von weniger als 10 je 100 000 männliche Einwohner in Korea und Japan und Höchstwerten von über 33 je 100 000 männliche Einwohner in Island, Norwegen, Schweden und Dänemark (Abb. 1.15). Die Ursachen von Prostatakrebs sind nicht gut bekannt. Gewisse Befunde legen den Schluss nahe, dass Umwelt- und Ernährungsfaktoren das Risiko von Prostatakrebs beeinflussen können (Institute of Cancer Research, 2003).

Insgesamt sind die durch alle Krebsarten bei Männern und Frauen verursachten Todesfälle in den meisten OECD-Ländern seit 1980 zumindest geringfügig zurückgegangen, wobei der Rückgang allerdings bescheidener ausfiel als bei Herz-Kreislauf-Krankheiten (was erklärt, warum Krebs nunmehr für einen größeren Teil aller Todesfälle verantwortlich ist). Eine besonders ausgeprägte Reduzierung der Krebssterberaten wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten in Luxemburg, Finnland und Österreich verzeichnet, wo die Krebsmortalitätsraten in diesem Zeitraum um über 20% gesunken sind. Ausnahmen von diesem rückläufigen Entwicklungsmuster bilden Korea (das in den achtziger Jahren das niedrigste Niveau von allen OECD-Ländern aufgewiesen hatte), Spanien, Ungarn und Polen, wo die Krebssterberaten zwischen 1980 und 2002 gestiegen sind (Tabelle A.1.11).

Definition und Abweichungen

Die Krebssterberaten werden geschätzt auf der Basis von Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der *Mortalitätsdatenbank der WHO* entnommen sind. Eine generelle Bewertung des Erfassungsgrades, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der Daten zu Todesursachen wurde kürzlich von der WHO herausgegeben (Mathers et al., 2005). Die internationale Vergleichbarkeit von Daten zu Krebssterberaten kann durch Unterschiede in der medizinischen Behandlung und bei den ärztlichen Praktiken wie auch den Verfahren der Todesfeststellung in den einzelnen Ländern eingeschränkt sein. Die Mortalitätsraten wurden entsprechend der Bevölkerungsstruktur der OECD-Länder im Jahr 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

Abbildung 1.12. Alle Krebsarten, Mortalitätsraten, Männer und Frauen, 2002



- 2001.
- 2000.

Abbildung 1.13. Lungenkrebs, Mortalitätsraten, Männer und Frauen, 2002

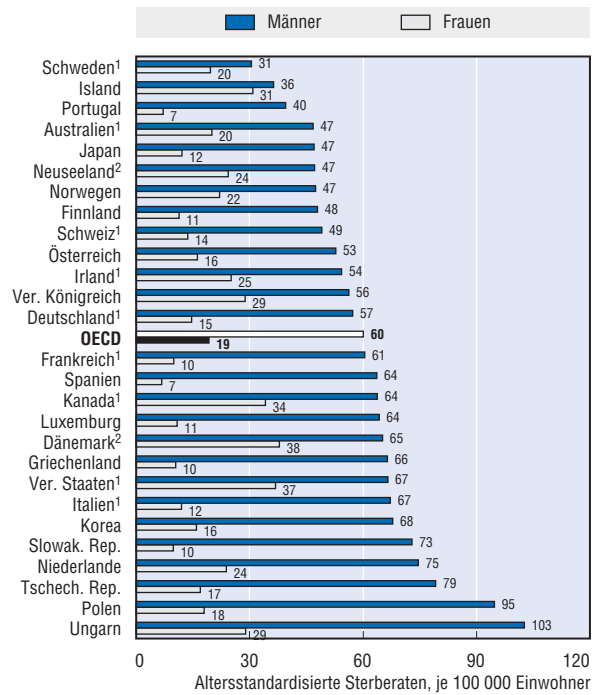
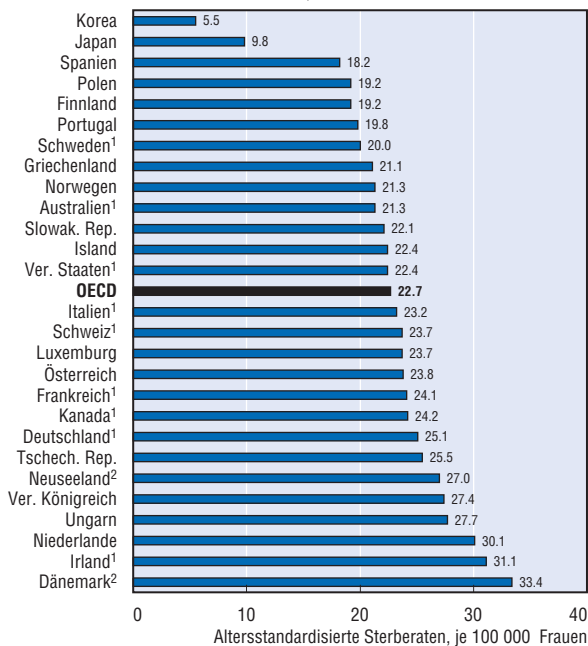
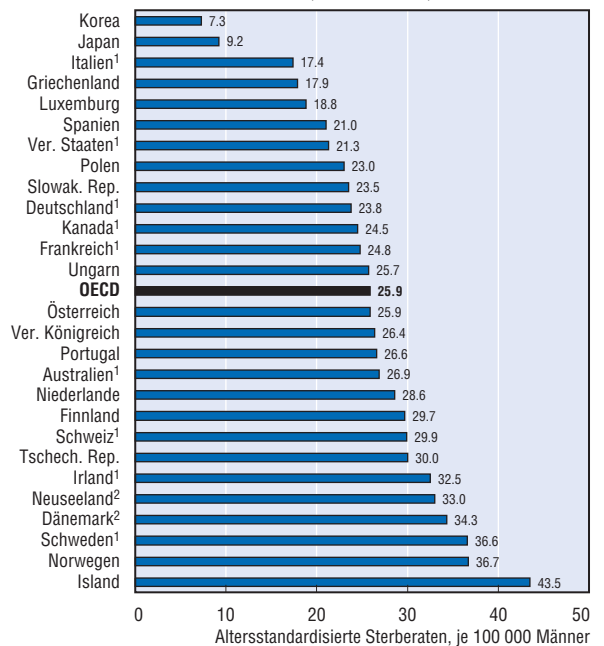


Abbildung 1.14. Brustkrebs, Mortalitätsraten, Frauen, 2002



- 2001.
- 2000.

Abbildung 1.15. Prostatakrebs, Mortalitätsraten, Männer, 2002



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO (März 2005) entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/334650564212>

1.6. TOD DURCH ÄUSSERE EINWIRKUNG

Zusammengenommen machen solche Todesarten 4-10% aller Todesfälle in OECD-Ländern aus. Straßenverkehrsunfälle, Stürze, Selbstmorde und Morde zählen hier zu den häufigsten Todesursachen.

Straßenverkehrsunfälle waren im Jahr 2002 in den OECD-Ländern für mehr als 120 000 Todesfälle verantwortlich. Die Sterberaten durch Verkehrsunfälle variieren in den OECD-Ländern ganz erheblich. Zusammengenommen waren die Sterberaten für Männer und Frauen 2002 in Korea und Portugal am höchsten, gefolgt von den Vereinigten Staaten, Ungarn, Polen und Griechenland. Am niedrigsten waren sie im Vereinigten Königreich, in Schweden, den Niederlanden, Japan und Norwegen. In nahezu allen Ländern ist die Zahl der tödlichen Verkehrsunfälle bei Männern höher als bei Frauen (Abb. 1.16). Die Straßenverkehrssicherheit hat sich in den vergangenen Jahrzehnten durch Verbesserungen der Straßensysteme, Aufklärungs- und Präventionskampagnen, die Einführung neuer Gesetze und Vorschriften und die Durchsetzung dieser neuen gesetzlichen Bestimmungen durch stärkere Verkehrskontrollen in vielen Ländern effektiv erhöht. So konnten die durch Verkehrsunfälle bedingten Todesfälle im Durchschnitt der OECD-Länder seit 1970 um die Hälfte verringert werden (Tabelle A.1.15).

Tödliche Unfälle durch Sturz betreffen hauptsächlich kleine Kinder und ältere Menschen. Zu den Hauptrisikofaktoren, die ältere Menschen sturzgefährdet machen können, zählen die Einnahme bestimmter Arten von Medikamenten, Mangelernährung, eingeschränktes Sehvermögen, Gleichgewichts- und Gangstörungen, unzureichende körperliche Betätigung sowie Umfeld-einflüsse (OECD, 2003). Im Jahr 2002 war die Rate der durch Stürze bedingten Todesfälle in Ungarn, Finnland und der Tschechischen Republik besonders hoch. Am niedrigsten war sie in Australien, Spanien, Japan, dem

Vereinigten Königreich, Schweden und den Niederlanden (Abb. 1.17). In den meisten OECD-Ländern ist die Anzahl der Todesfälle durch Sturz in den vergangenen Jahrzehnten stark gesunken, mit einem besonders deutlichen Rückgang unter Frauen (Tabelle A.1.16).

Suizid ist in vielen OECD-Ländern eine bedeutende Todesursache, hierauf waren 2002 über 130 000 Todesfälle in den OECD-Ländern zurückzuführen. Die Suizidzahl wird möglicherweise zu niedrig ausgewiesen, da der Suizid in manchen Ländern noch immer mit einem Stigma behaftet ist. Die Selbstmordraten sind von Land zu Land sehr unterschiedlich. Im Jahr 2002 waren sie in südeuropäischen Ländern (Griechenland, Italien und Spanien) wie auch im Vereinigten Königreich am niedrigsten (Abb. 1.18). Am höchsten waren sie in Ungarn, Finnland, Japan und Korea. Seit 1990 sind die Suizidraten in vielen OECD-Ländern rückläufig, nicht aber in Japan und Irland, wo sie in den vergangenen zehn Jahren deutlich zugenommen haben, vor allem unter Männern (Tabelle A.1.17). Generell sind die Suizid-Sterberaten in den OECD-Ländern für Männer drei- bis viermal so hoch wie für Frauen, und diese Geschlechterdifferenz ist im Zeitverlauf recht stabil geblieben. Geringer sind die Geschlechterunterschiede bei Selbstmordversuchen, worin sich die Tatsache widerspiegelt, dass Frauen generell weichere Methoden anwenden als Männer.

Auf Morde entfällt eine relativ kleine Zahl von Todesfällen in den OECD-Ländern (Abb. 1.19). Die durch Tötungsdelikte bedingten Sterberaten sind am höchsten in den Vereinigten Staaten, wo sie den OECD-Durchschnitt um ein Fünffaches überschreiten. In allen Ländern werden Männer mit größerer Wahrscheinlichkeit Mordopfer als Frauen. Die durch Mord bedingten Sterberaten sind in den meisten OECD-Ländern seit 1990 zurückgegangen, auch in den Vereinigten Staaten (Tabelle A.1.18).

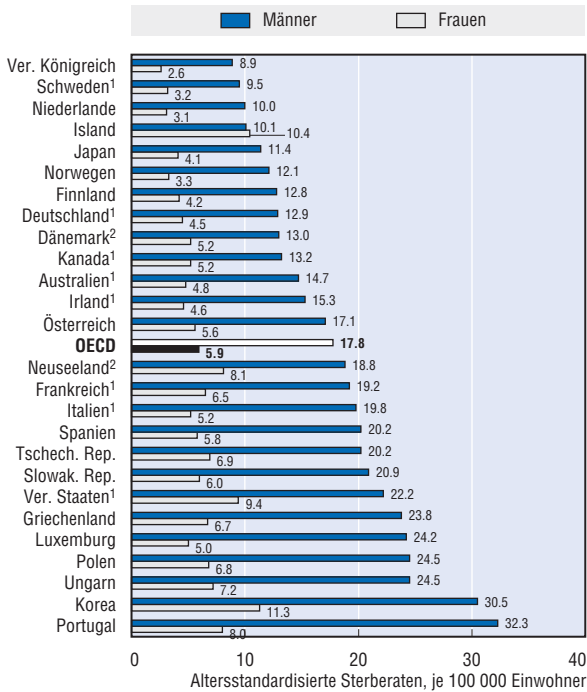
Definition und Abweichungen

Die Sterberaten werden geschätzt auf der Basis von Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der *Mortalitätsdatenbank der WHO* entnommen sind. Eine generelle Bewertung des Erfassungsgrades, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der Daten zu Todesursachen wurde kürzlich von der WHO herausgegeben (Mathers et al., 2005). Die Mortalitätsraten wurden entsprechend der OECD-Bevölkerungsstruktur von 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitablauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

Die internationale Vergleichbarkeit von Suizid-Sterberaten kann auf Grund von Unterschieden in der Berichterstattung der einzelnen Länder eingeschränkt sein. In vielen Ländern ist Selbstmord mit einem Stigma behaftet, so dass diejenigen, die die Todesursache feststellen, sich vielleicht genötigt sehen, bei Selbstmorden die Todesursache „unbekannt“ oder eine andere Ursache anzugeben. Bei der Interpretation der Unterschiede zwischen den Ländern ist daher Vorsicht geboten.

Die Mortalitätsraten durch Straßenverkehrsunfälle in Luxemburg sind insofern überzeichnet, als das hohe Transit-Verkehrsaufkommen dazu führt, dass ein bedeutender Anteil Gebietsfremder bei Verkehrsunfällen in Luxemburg ums Leben kommt.

Abbildung 1.16. Straßenverkehrsunfälle, Mortalitätsraten, Männer und Frauen, 2002



- 2001.
- 2000.

Abbildung 1.17. Stürze, Mortalitätsraten Männer und Frauen, 2002

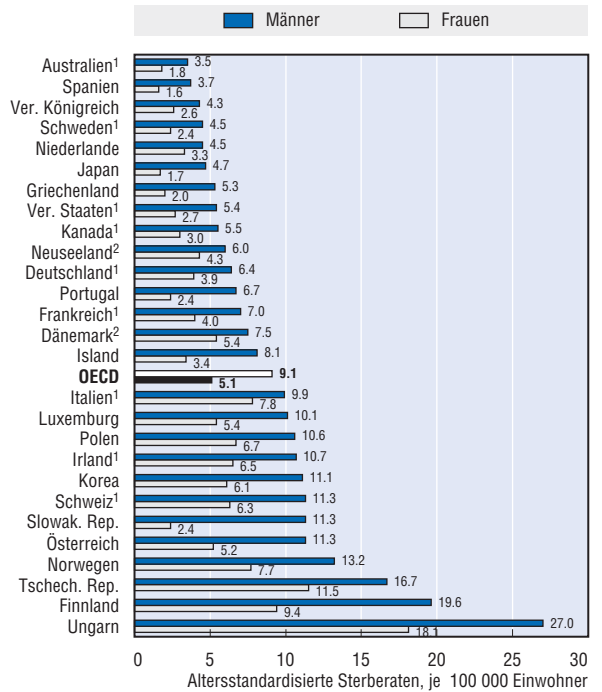
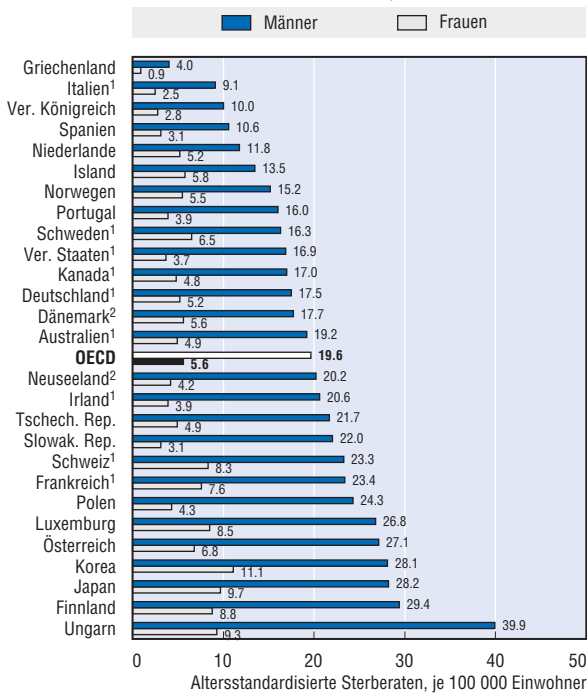
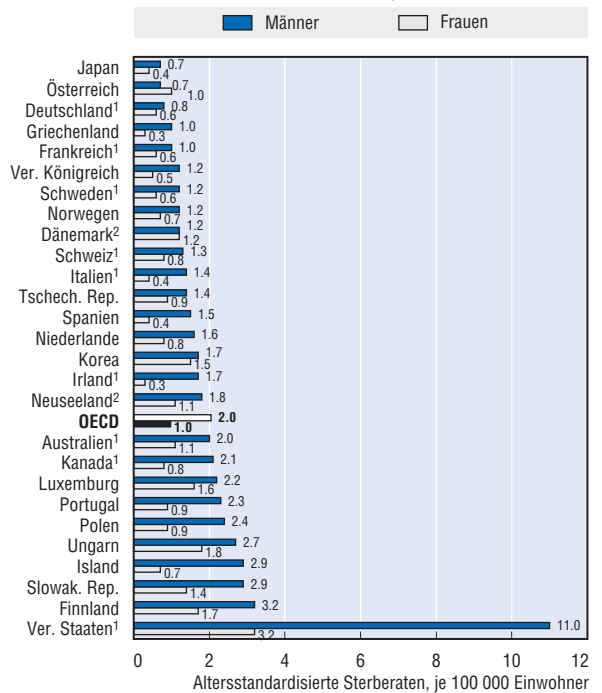


Abbildung 1.18. Suizide, Mortalitätsraten, Männer und Frauen, 2002



- 2001.
- 2000.

Abbildung 1.19. Morde, Mortalitätsraten, Männer und Frauen, 2002



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO (März 2005) entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/631730772323>

1.7. SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT

Die Sterberaten von Säuglingen und Kleinkindern unter einem Jahr spiegeln den Effekt wirtschaftlicher und sozialer Bedingungen auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen sowie die Effizienz der Gesundheitssysteme wider.

Für das Jahr 2003 geben die meisten OECD-Länder Säuglingssterberaten an, die in einer Bandbreite von etwa 3 Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten in Japan und einigen der nordischen Länder bis zu etwa 7 und mehr Todesfällen in den Vereinigten Staaten und einigen osteuropäischen Ländern liegen (Abb. 1.20 und Tabelle A.1.19). Außerhalb dieser Bandbreite befinden sich Mexiko und die Türkei, mit wesentlich höheren Raten von 20 bzw. 29 Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten.

Rund zwei Drittel der Todesfälle, die im ersten Lebensjahr eintreten, sind neonatale Todesfälle (in den ersten vier Wochen). Angeborene Missbildungen, niedriges Geburtsgewicht bei Frühgeburten und sonstige während der Schwangerschaft auftretende Komplikationen sind die Hauptfaktoren, die in Industrieländern zur neonatalen Sterblichkeit beitragen. Mit der wachsenden Zahl von Frauen, die die Geburt eines Kindes aufschieben und der Zunahme von Mehrlingsgeburten in Verbindung mit Fruchtbarkeitsbehandlungen ist die Anzahl der Frühgeburten im Trend gestiegen (vgl. den Indikator „niedriges Geburtsgewicht“). In einigen Ländern mit historisch niedrigen Säuglingssterberaten, wie den nordischen und westeuropäischen Ländern, hat dies in den letzten Jahren zu einer Stagnation bzw. einer Umkehr des Abwärtstrends bei der Säuglingssterblichkeit geführt. Der Anstieg der Geburt von sehr kleinen Kindern wurde auch als einer der Hauptgründe für die zwischen 2001 und 2002 erstmals seit 1950 in den Vereinigten Staaten beobachtete Zunahme der Säuglingssterberaten angeführt (CDC, 2005). Für Todesfälle nach dem ersten Lebensmonat (postneonatale Mortalität) gibt es generell vielfältigere Ursachen – in den meisten Fällen sind es Geburtsfehler, plötzlicher Kindstod (SIDS), Infektionen und Unfälle.

Alle OECD-Länder, darunter auch Mexiko und die Türkei, haben bei der Reduzierung der Säuglingssterberaten beachtliche Fortschritte gegenüber dem Niveau von 1970 erzielt, als der Durchschnitt bei annähernd 30 Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten lag (Abb. 1.22). Das entspricht einer durchschnittlichen Senkung von über 75% (Abb. 1.21). Portugal hat seine Säuglingssterberate seit 1970 um über 90% verringert und gehörte, nachdem es zuvor die höchste Säuglingssterberate in Europa aufgewiesen hatte, 2003 zu den Ländern mit den niedrigsten Raten im OECD-Raum. Eine starke Reduzierung der Säuglingssterberaten ist auch in einigen anderen südeuropäischen Ländern, wie Italien, Spanien und Griechenland, zu beobachten.

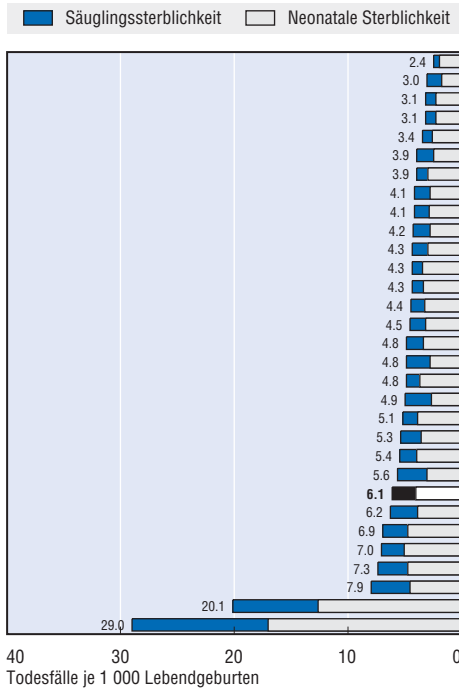
Zahlreiche Studien haben sich speziell mit den Säuglingssterberaten als einem Maßstab für die Gesundheitsergebnisse befasst, um den Effekt einer Vielzahl medizinischer und nichtmedizinischer Bestimmungsfaktoren auf die Gesundheit zu untersuchen. Obwohl die meisten Analysen einen insgesamt negativen Zusammenhang zwischen Säuglingssterblichkeit und Gesundheitsausgaben aufzeigen, ist bei der Erklärung der zwischen Industrieländern beobachteten Unterschiede doch mehr von Belang, wie sich die Gesundheitsressourcen verteilen und wie hoch die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu den Ausgaben für andere Bereiche sind (Babazano und Hillman, 1994). Die Tatsache, dass einige Länder mit hohem Niveau der Gesundheitsausgaben, wie die Vereinigten Staaten, nicht unbedingt eine niedrige Säuglingssterblichkeit aufweisen, hat zu der Schlussfolgerung geführt, dass es zur Erzielung besserer Ergebnisse nicht zwangsläufig einer Steigerung der Gesundheitsausgaben bedarf (Retzlaff-Roberts et al., 2004). Zahlreiche Forschungsarbeiten deuten darauf hin, dass neben der Qualität und Effizienz der Gesundheitssysteme viele andere Faktoren wie Einkommensungleichheiten, das soziale Umfeld sowie der individuelle Lebensstil und persönliche Einstellungen die Säuglingssterberaten beeinflussen (Kiely et al., 1995).

Definition und Abweichungen

Die Säuglingssterblichkeit ist als Zahl der Todesfälle bei Kindern unter einem Lebensjahr definiert, die in einem gegebenen Jahr je 1 000 Lebendgeburten auftreten. Die neonatale Mortalität bezieht sich auf den Tod von Kindern unter 28 Tagen.

Ein Teil der internationalen Unterschiede bei den Säuglings- und neonatalen Sterberaten ist u.U. darauf zurückzuführen, dass zwischen den Ländern Differenzen in Bezug darauf bestehen, ob Frühgeburten statistisch als Lebendgeburten erfasst werden oder nicht. In mehreren Ländern, wie beispielsweise den Vereinigten Staaten, Kanada und den nordischen Ländern, werden sehr kleine Frühgeborene mit relativ geringen Überlebenschancen als Lebendgeburten registriert, was die Sterberaten im Vergleich zu anderen Ländern erhöht, die diese nicht als Lebendgeburten ausweisen (Sachs et al., 1995).

Abbildung 1.20. Säuglings- und neonatale Sterberaten, 2003



1. 2002.
2. 2000.
3. 1999.

Abbildung 1.21. Rückgang der Säuglingssterberaten, 1970-2003

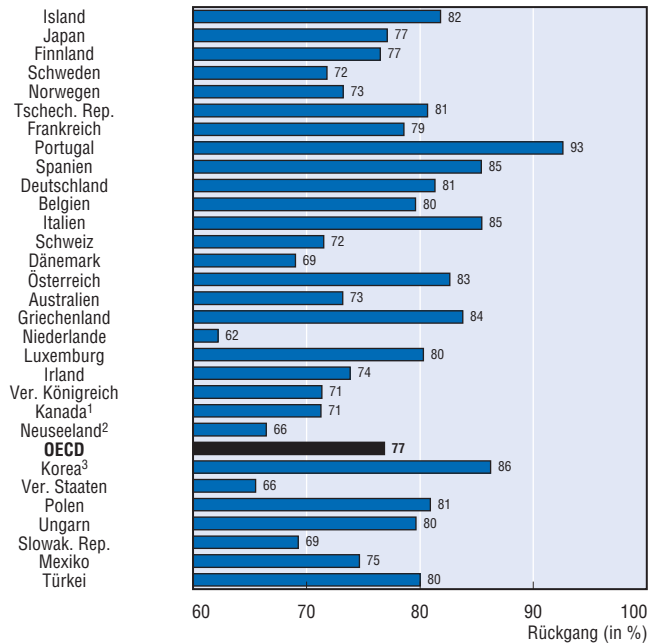
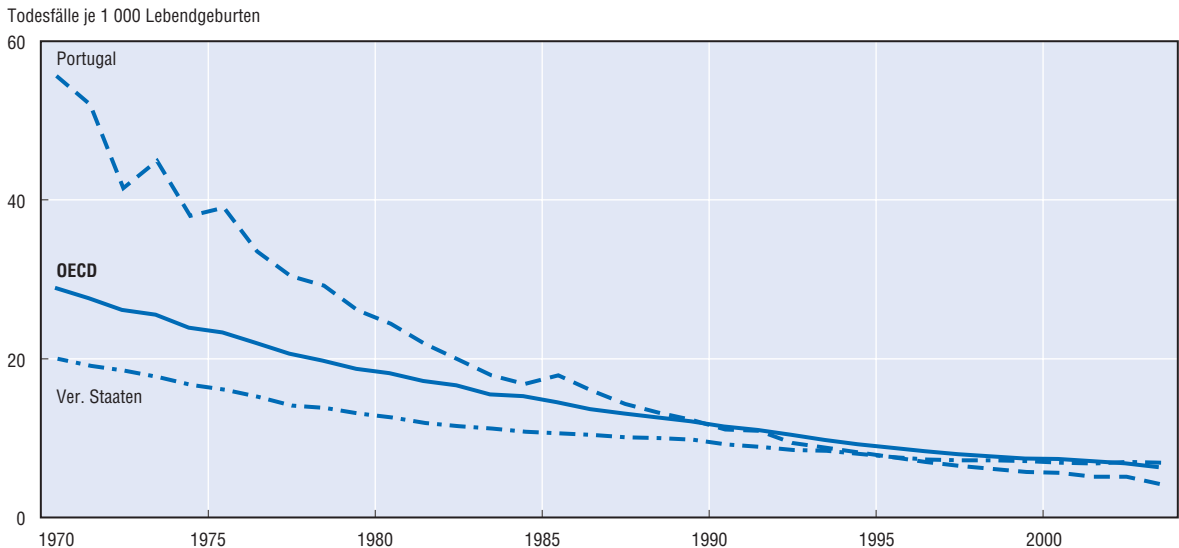


Abbildung 1.22. Säuglingssterberaten, 1970-2003

OECD-Durchschnitt, Portugal und Vereinigte Staaten



Anmerkung: In den Vereinigten Staaten, Kanada und einigen nordischen Ländern werden sehr kleine Frühgeborene mit geringen Überlebenschancen als Lebendgeburten registriert, was in anderen Ländern u.U. nicht der Fall ist.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/408313286270>

I.8. SÄUGLINGSGESUNDHEIT: NIEDRIGES GEBURTSGEWICHT

Ein niedriges Geburtsgewicht ist ein wichtiger Indikator für die Gesundheit eines Kindes, da zwischen Geburtsgewicht und Säuglingsmortalität bzw. -morbidity ein Zusammenhang besteht. Es gibt zwei Kategorien von untergewichtigen Babys, solche, die zu früh geboren werden, und solche, die auf Grund von verzögertem fetalen Wachstum oder IUGR (intra-uteriner Wachstumsretardierung) ein niedriges Gewicht aufweisen. Bei Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht ist die Gefahr von Gesundheitsschäden bzw. das Sterberisiko größer, sie müssen nach der Geburt für längere Zeit im Krankenhaus bleiben und entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit schwere Behinderungen (UNICEF und WHO, 2004). Zu den möglichen Bestimmungsfaktoren für ein niedriges Geburtsgewicht zählen der sozioökonomische Status, demographische Faktoren (Alter der Mutter, Mehrfachgeburten usw.), individuelle Verhaltensweisen, wie Rauchen und Alkoholkonsum, sowie das Niveau der pränatalen Versorgung.

Im Jahr 2003 (bzw. dem letzten verfügbaren Jahr) gaben Island, Finnland, Korea und Schweden mit Werten von bis zu 4,5% den geringsten Anteil an Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht (definiert als Gewicht von unter 2 500 g) an. Japan, Ungarn und Griechenland sind am anderen Ende der Skala angesiedelt, wo die Rate der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht 8% überschreitet (Abb. 1.23). Die Türkei, die Vereinigten Staaten und das Vereinigte Königreich folgen dicht dahinter, in diesen Ländern wird bei nahezu 8% aller Lebendgeburten ein niedriges Geburtsgewicht registriert. Der OECD-Durchschnitt liegt vergleichsweise bei 6,5%.

Es kann eine Vielzahl von Gründen für den in den letzten Jahren in vielen OECD-Ländern beobachteten Anstieg der Rate von Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht geben (Abb. 1.24 und Tabelle A.1.20). Erstens ist die Zahl der Mehrlingsgeburten, mit denen das Risiko von Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht zunimmt, z.T. infolge der Zunahme von Fruchtbarkeitsbehandlungen, stetig gestiegen. Darüber hinaus hat sich in den vergangenen 20 Jahren in vielen OECD-Ländern eine Entwicklung ergeben, wonach Frauen mehr und mehr dazu tendieren, eine Schwangerschaft bis zum Alter von über 30 Jahren hinauszögern, was wiederum das Risiko von Geburten mit niedrigem Gewicht erhöht. Ein dritter Faktor ist, dass die neue medizinische

Technologie und die bessere pränatale Versorgung sehr kleinen Föten eine größere Chance bieten, lebend geboren zu werden.

Abb. 1.26 zeigt eine positive Korrelation zwischen dem Prozentsatz an Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht und den Säuglingssterberaten. In der Regel verzeichnen Länder mit einem geringen Anteil an solchen Geburten auch verhältnismäßig niedrige Säuglingssterberaten. Das trifft beispielsweise auf die nordischen Länder zu. Japan stellt indessen eine Ausnahme dar, mit dem höchsten Anteil an mit niedrigem Gewicht geborenen Kindern, aber einer der niedrigsten Säuglingssterberaten.

Japan, das historisch zur Ländergruppe mit einem geringen Anteil an Niedriggewichtsgeburten zählte, erlebte mit einem Anstieg der Zahl der Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht von rd. 5% der Neugeborenen in den späten siebziger Jahren auf über 9% im Jahr 2003 eine der stärksten Zunahmen. Eine Reihe von Risikofaktoren in der japanischen Gesellschaft wird als Grund hierfür angeführt. Der wachsende Anteil von Raucherinnen unter jungen japanischen Frauen seit Ende der siebziger Jahre wird als eine der Ursachen betrachtet, ebenso wie der deutliche, bei japanischen Frauen zu beobachtende Trend zu einer späteren Mutterschaft (Jeong und Hurst, 2001; sowie Ohmi et al., 2001). Andererseits wurde auch geltend gemacht, dass die medizinische Versorgung für Neugeborene in Japan bei der Verringerung der Säuglingssterblichkeit besonders erfolgreich war, und dies trotz der Zunahme von mit niedrigem Gewicht geborenen Kindern.

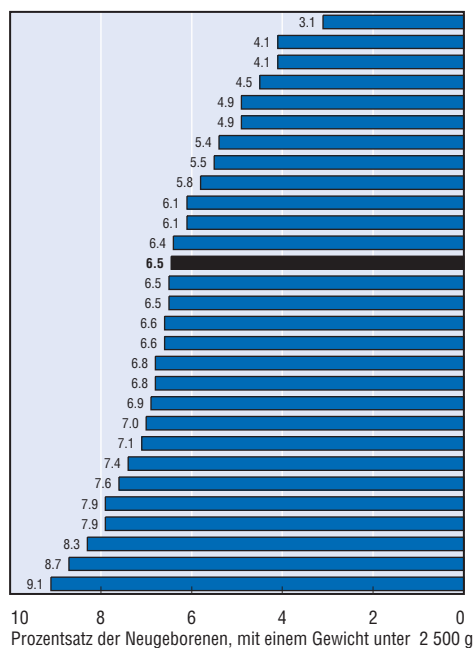
Vergleiche unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder legen den Schluss nahe, dass der Anteil an Neugeborenen mit niedrigem Gewicht auch durch Unterschiede in Bezug auf Bildung, Einkommen und ethnische oder Rassenzugehörigkeit beeinflusst werden könnte. In den Vereinigten Staaten wurden zwischen ethnischen Gruppen erhebliche Unterschiede beim Anteil der Niedriggewichtsgeburten beobachtet, wobei die Rate bei schwarzen Kindern fast doppelt so hoch ist wie bei weißen (CDC, 2003). Ähnliche Unterschiede sind auch zwischen der indigenen und der übrigen Bevölkerung in Australien (AIHW, 2005) und Mexiko beobachtet worden.

Definition und Abweichungen

Als niedriges Geburtsgewicht gilt ein Gewicht von unter 2 500 g, die Zahl der mit niedrigem Gewicht geborenen Säuglinge wird in Prozent aller Lebendgeburten ausgedrückt. Die Mehrzahl der Daten ist Geburtsregistern entnommen; im Falle der Niederlande ist die Datenquelle jedoch eine nationale Gesundheitsumfrage.

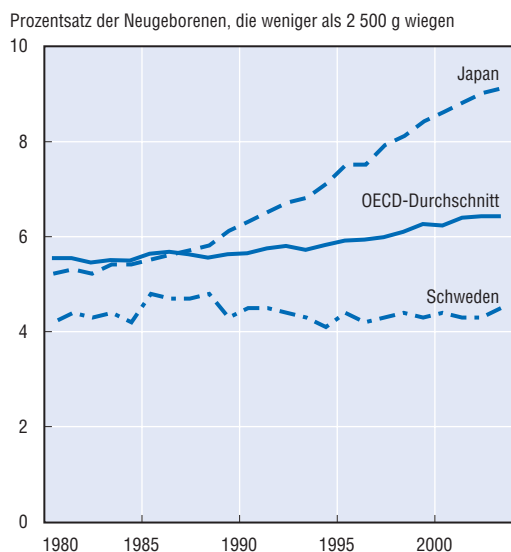
I.8. SÄUGLINGSGESUNDHEIT: NIEDRIGES GEBURTSGEWICHT

Abbildung 1.23. Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht, 2003



1. 2002.
2. 2001.

Abbildung 1.25. Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht – Trendentwicklung, 1980-2003



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 1.24. Veränderungen des prozentualen Anteils an Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht, 1980-2003

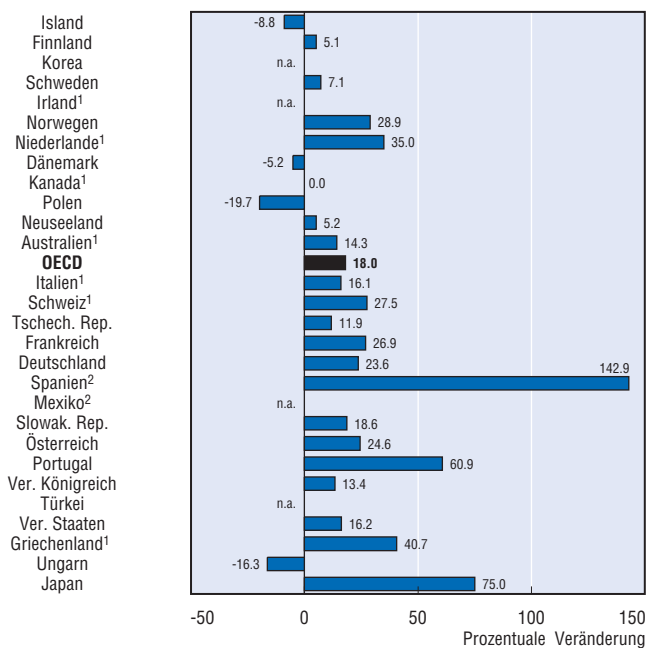
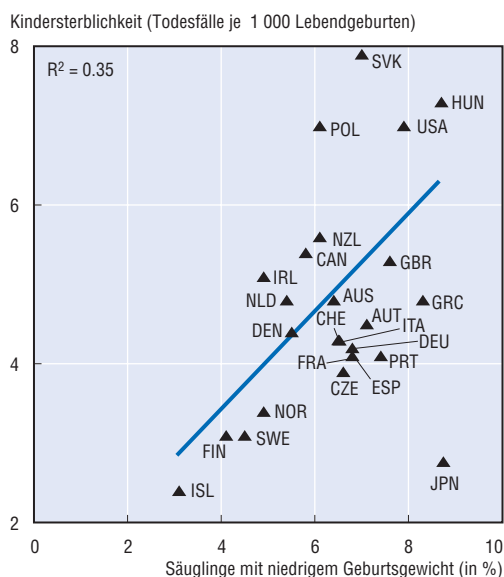


Abbildung 1.26. Niedriges Geburtsgewicht und Säuglingssterblichkeit, 2003



StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/178100455278>

1.9. ZAHNGESUNDHEIT UNTER KINDERN

Zahnprobleme, meistens in Form von Karies (Zahnverfall) und Zahnfleischerkrankungen sind in den Industrieländern weit verbreitet und betreffen 60-90% der Schulkinder und die Mehrzahl der Erwachsenen (WHO, 2003). Zahn- und sonstige orale Krankheiten stellen daher ein großes öffentliches Gesundheitsproblem dar. Zahnerkrankungen hängen in starkem Maße mit der Lebensweise, darunter einer zuckerreichen Ernährung, zusammen, daran zeigt sich aber auch, inwieweit positive Einflüsse wie Fluoridanwendung und eine gute Mundhygiene zum Tragen kommen. Menschen mit einer schlechten oralen Gesundheit können unter Schmerzen und Beschwerden, funktionalen Einschränkungen, niedrigem Selbstwertgefühl und einer allgemeinen Unzufriedenheit mit ihrem Äußeren leiden. Von Zahnerkrankungen sind benachteiligte und sozial ausgegrenzte Bevölkerungsgruppen übermäßig stark betroffen (WHO, 2003). In den Industrieländern sind Zahnbehandlungen oft kostspielig.

Im Jahr 2000 bzw. dem letzten verfügbaren Jahr hatten 12-jährige Kinder in Australien, dem Vereinigten Königreich und in der Schweiz weniger als einen DMFT-Zahn, d.h. weniger als einen durch Karies zerstörten (D = decayed), fehlenden (M = missing), gefüllten (F = filled) Zahn (T = tooth) (Abb. 1.27). Die entsprechende Zahl lag in Polen, Ungarn, Korea, der Tschechischen und Slowakischen Republik wie auch in Portugal bei 3 und mehr. In den meisten OECD-Ländern lag der DMFT-Wert 12-jähriger Kinder zwischen 1 und 3, aber kein OECD-Land wies einen hohen DMFT-Wert (über 4,4) auf.

In den vergangenen Jahrzehnten ist der DMFT-Wert in verschiedenen OECD-Ländern bei einer konsistenten Ländergruppe mit längeren Zeitreihen deutlich zurück-

gegangen, und zwar von einem Durchschnitt von 4,7 im Jahr 1980 auf 2,7 im Jahr 1990 und 1,5 im Jahr 2000 (Tabelle A.1.21). Im selben Zwanzigjahreszeitraum verzeichneten 18 der 20 OECD-Länder, für die Daten verfügbar sind, eine Verringerung der DMFT-Werte um mindestens 50% (Abb. 1.28). Dies stellt einen großen Fortschritt für die öffentliche Gesundheit dar. Der Mehrzahl von Ländern ist es gelungen, das von der Weltgesundheitsorganisation angestrebte Ziel von einem DMFT-Wert unter 3 bis zum Jahr 2000 zu erreichen (WHO, 2003).

Erfolge bei der Zurückdrängung von Karies und sonstigen Zahnproblemen wurden erzielt durch zahlreiche öffentliche Gesundheitsmaßnahmen, wie die Wasserfluoridierung in den Gemeinden, im Verein mit sich wandelnden Lebensbedingungen, Gesundheitsmanagement und einer besseren Mundhygiene.

Abb. 1.29 zeigt einen schwach negativen Zusammenhang zwischen dem DMFT-Wert unter Kindern und der Zahl der Zahnärzte je Einwohner. Es gibt erhebliche Unterschiede bei den DMFT-Werten zwischen Ländern mit derselben Zahl von Zahnärzten je Einwohner, was darauf hindeutet, dass neben der alleinigen Verfügbarkeit der Zahnärzte zahlreiche andere Faktoren die Zahngesundheit beeinflussen.

Es bleibt die Herausforderung, das gegenwärtig niedrige DMFT-Niveau in den OECD-Ländern zu halten. In einigen Ländern gibt es diesbezüglich Anlass zur Besorgnis, da sich der rückläufige Trend dort in den letzten Jahren verlangsamt oder sogar umgekehrt hat (Tabelle A.1.21).

Definition und Abweichungen

Ein üblicherweise herangezogener Maßstab für die Zahngesundheit ist der DMFT-Index. Er beschreibt die Anzahl der von Karies befallenen Zähne einzelner Personen anhand der Berechnung der Anzahl der zerstörten (D), fehlenden (M), gefüllten (F) bleibenden Zähne. Die Summe dieser drei Faktoren bildet den DMFT-Index. Hier beziehen sich die Daten auf 12-jährige Kinder. Ein DMFT-Wert von weniger als 1,2 wird als sehr niedrig, ein Wert von 1,2-2,6 als niedrig, von 2,7-4,4 als moderat und von über 4,5 als hoch eingestuft.

Norwegen verwendet einen MFT-Index, bei dem die durch Karies zerstörten Zähne unberücksichtigt bleiben, Schweden einen DFT-Index, in den die Zahl der fehlenden Zähne nicht einbezogen ist. Das Durchschnittsalter der in Neuseeland untersuchten Kinder liegt möglicherweise etwas über 12 Jahre, da die Untersuchungen bei Schülerinnen und Schülern der 8. Klasse durchgeführt werden.

Abbildung 1.27. Durchschnittl. Zahl der zerstörten, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, 2000 oder letztes verfügbares Jahr

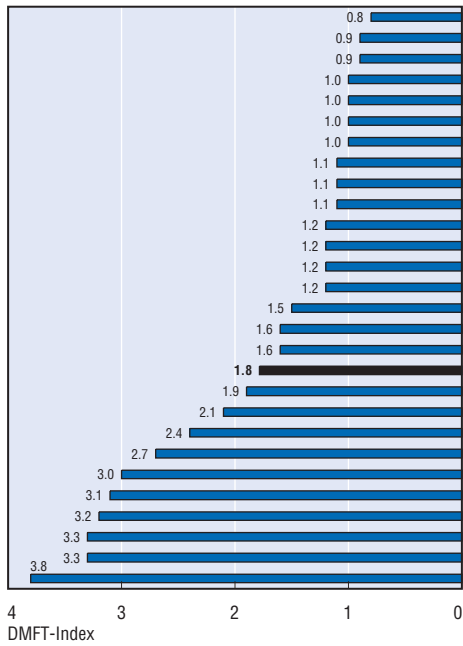


Abbildung 1.28. Rückgang der durchschnittl. Zahl der zerstörten, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, 1980-2000

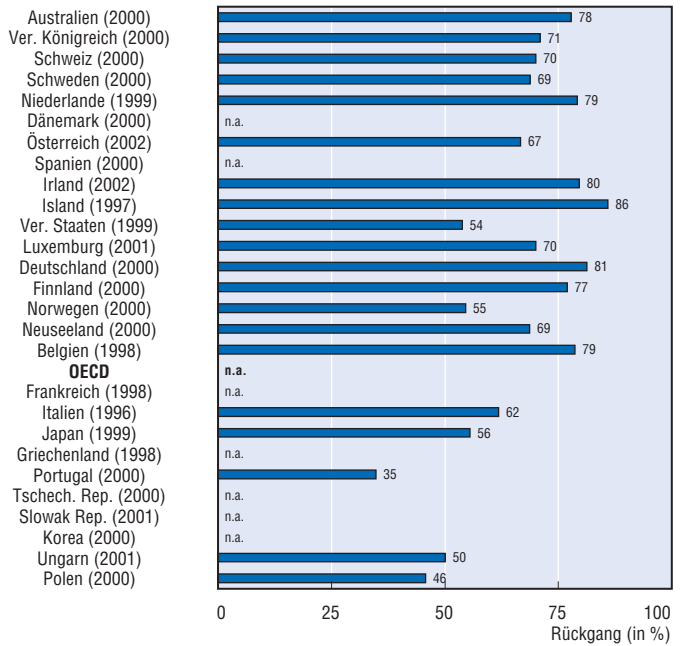
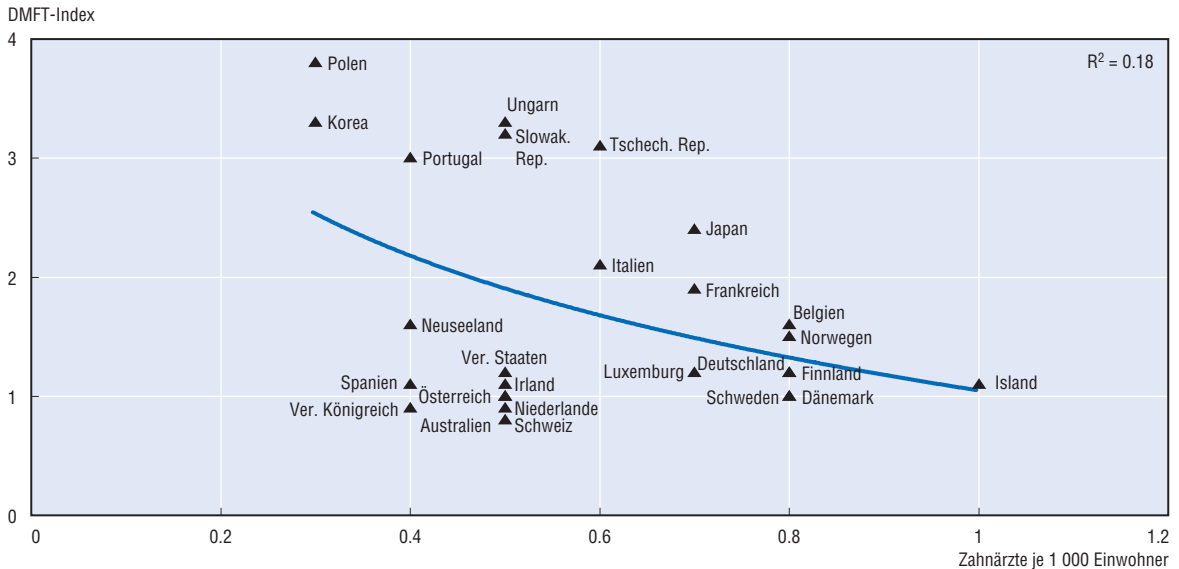


Abbildung 1.29. Durchschnittl. Zahl der zerstörten, fehlenden und gefüllten Zähne bei 12-Jährigen und Zahnärzte je 1 000 Einwohner, 2000



DMFT: Zerstörte, fehlende und gefüllte Zähne.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/771754527543>

TEIL II

Ressourcen des Gesundheitswesens und ihre Inanspruchnahme

1. Praktizierende Ärzte	42
2. Praktizierende Pflegekräfte.....	44
3. Vergütung des Gesundheitspersonals	46
4. Krankenhausbetten und Auslastung	48
5. Medizintechnik.....	50
6. Arztkonsultationen	52
7. Impfschutz bei Kindern.....	54
8. Grippeimpfschutz bei älteren Menschen	56
9. Krankenhausfälle	58
10. Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus	60
11. Kardiovaskuläre Eingriffe	62
12. Kaiserschnitte.....	64
13. Kataraktoperationen, ambulant und stationär	66

II.1. PRAKTIZIERENDE ÄRZTE

In vielen OECD-Ländern existiert anscheinend ein Ärztemangel, der als bedrohlich empfunden wird. Umfang, Verteilung und Zusammensetzung der praktizierenden Ärzteschaft sind von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, wie den Beschränkungen für den Zugang zum Arztberuf, der Spezialisierung, den demographischen Merkmalen der Ärzte (z.B. Alter und Geschlecht), der Vergütung, den Arbeitsbedingungen und den internationalen Migrationsbewegungen.

2003 waren zwischen den OECD-Ländern große Unterschiede bei der Zahl der praktizierenden Ärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl festzustellen. Am höchsten war die Arztdichte in Italien und Griechenland mit mehr als 4 Ärzten je 1 000 Einwohner, am niedrigsten in der Türkei, Mexiko und Korea mit weniger als 2 Ärzten je 1 000 Einwohner (Abb. 2.1). Auch in Japan, Kanada, dem Vereinigten Königreich und Neuseeland war die Zahl der praktizierenden Ärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl relativ gering. Der OECD-Durchschnitt lag bei 2,9 Ärzten je 1 000 Einwohner.

In allen Ländern, für die Trenddaten vorliegen, ist die Einwohner-Arzt-Relation seit 1990 gestiegen; die einzige Ausnahme bildet Kanada, wo sie konstant geblieben ist (Abb. 2.2). In den Ländern, in denen sie vergleichsweise niedrig war, wie in Korea, Mexiko und der Türkei, hat die Arztdichte seit 1990 am stärksten zugenommen. In Korea ist sie seit 1990 jährlich um durchschnittlich 5% gewachsen. In Anbetracht der neu gegründeten medizinischen Fakultäten und der zunehmenden Zahl an Medizinstudenten ist zu erwarten, dass sich dieser rasche Anstieg in den kommenden Jahren fortsetzen wird (OECD, 2003b). In Mexiko ist die Zahl der im staatlichen Gesundheitsversorgungssystem tätigen Ärzte in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre ebenfalls stark gestiegen, was auf den Start eines Programms zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung zurückzuführen war (OECD, 2005c).

Ein wichtiger Faktor, der das Ärzteangebot in den verschiedenen Ländern beeinflusst, ist die Frage, ob die zuständigen Behörden Zulassungsbeschränkungen für das Medizinstudium festlegen oder es den medizinischen Fakultäten überlassen ist, über die Gesamtzahl der jährlich angebotenen Studienplätze zu entscheiden. Im Allgemeinen ist die Wachstumsrate der Einwohner-Arzt-Relation in den OECD-Ländern, in denen Zulassungsbeschränkungen für das Medizinstudium gelten (z.B. Kanada, Japan und Neuseeland), wesentlich geringer als in Ländern, in denen es keine derartigen Beschränkungen gibt (Simoens und Hurst, 2004).

Eine wichtige Rolle für das Angebot an Jungärzten spielte in vielen OECD-Ländern die wachsende Zahl an

Frauen, die sich in den letzten Jahrzehnten für den Arztberuf entschieden haben. Der Anteil der Ärztinnen ist in den letzten beiden Jahrzehnten in allen OECD-Ländern stetig gestiegen. Dennoch bestanden zwischen den Ländern 2003 weiterhin große Unterschiede beim Frauenanteil in der Ärzteschaft; am niedrigsten war dieser mit 16% bzw. 23% in Japan und den Vereinigten Staaten, am höchsten mit über 50% in Polen, Finnland, der Tschechischen Republik und Ungarn (Abb. 2.3). Veränderungen des Frauenanteils in der Ärzteschaft müssen bei der Planung des Personalbedarfs im Gesundheitssektor berücksichtigt werden, nicht nur, weil durch die Anwerbung einer größeren Zahl an Frauen wertvolle neue Kräfte für den Ärzteberuf gewonnen werden können, sondern auch, weil sich die Beteiligungsmuster der Frauen im medizinischen Sektor in der Regel von denen der Männer unterscheiden. Daten aus Australien und Kanada deuten darauf hin, dass Frauen stärker als Männer dazu tendieren, sich für den Bereich der Primärversorgung sowie bestimmte Spezialisierungen wie Pädiatrie, Psychiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie zu entscheiden (AMWAC, 1996; AIHW, 1996, sowie Tyrrell und Dauphinee, 1999). Daten aus mehreren europäischen Ländern (z.B. Österreich, Frankreich, Deutschland und Vereinigtes Königreich) legen ferner den Schluss nahe, dass die Arbeitsstundenzahl der Frauen – vor allem im gebärfähigen Alter – in der Tendenz geringer ist (Simoens und Hurst, 2004).

Obwohl die meisten OECD-Länder im Allgemeinen einer Politik den Vorzug geben, die auf die Deckung des inländischen Ärztebedarfs durch heimische Ärzte abzielt, werden parallel dazu häufig kurz- oder mittelfristige Maßnahmen zur vorübergehenden oder dauerhaften Anwerbung ausländischer Ärzte verfolgt. In einigen Ländern stellen im Ausland ausgebildete Ärzte einen großen Teil der praktizierenden Ärzteschaft. Im Jahr 2000 lag der Anteil der im Ausland ausgebildeten praktizierenden Ärzte in englischsprachigen Ländern wie Neuseeland, dem Vereinigten Königreich (England), den Vereinigten Staaten und Kanada bei über 20% (Abb. 2.4). In Japan, Österreich und Frankreich war die Zahl der im Ausland ausgebildeten Ärzte hingegen wesentlich geringer. Durch internationale Wanderbewegungen kann sich die Flexibilität der Arbeitsmärkte für Ärzte und andere medizinische Fachkräfte in den Aufnahmeländern zwar erhöhen, dies kann jedoch mit einem Besorgnis erregenden Braindrain verbunden sein, wenn ein langfristiger Nettoabfluss an Fachkräften von Ländern der unteren in Länder der oberen Einkommensgruppe festzustellen ist.

Definition und Abweichungen

Praktizierende Ärzte sind Personen, die den Arztberuf in öffentlichen oder privaten Einrichtungen aktiv ausüben. Die Daten stützen sich auf einfache Zählungen, außer für die Tschechische Republik, Mexiko und Norwegen, wo die Zahl der praktizierenden Ärzte in Vollzeitäquivalenten angegeben wird (was zu einer geringfügigen Verzerrung nach unten führt). Irland und die Niederlande geben statt der Zahl der Ärzte, die ihren Beruf effektiv ausüben, die Zahl der Ärzte an, die zur Ausübung ihres Berufs berechtigt sind (was zu einer Verzerrung nach oben führt).

Abbildung 2.1. **Praktizierende Ärzte je 1 000 Einwohner, 2003**

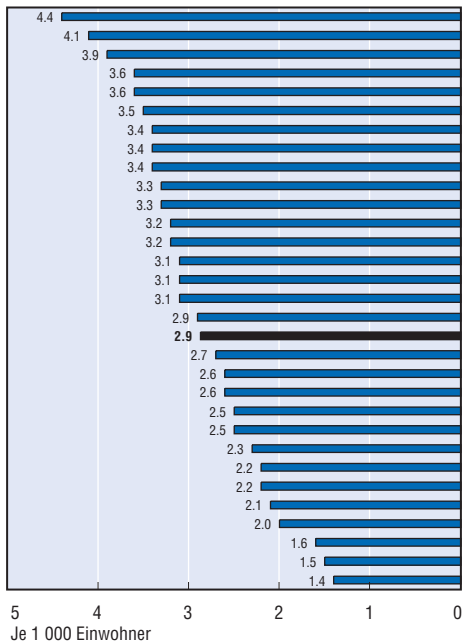
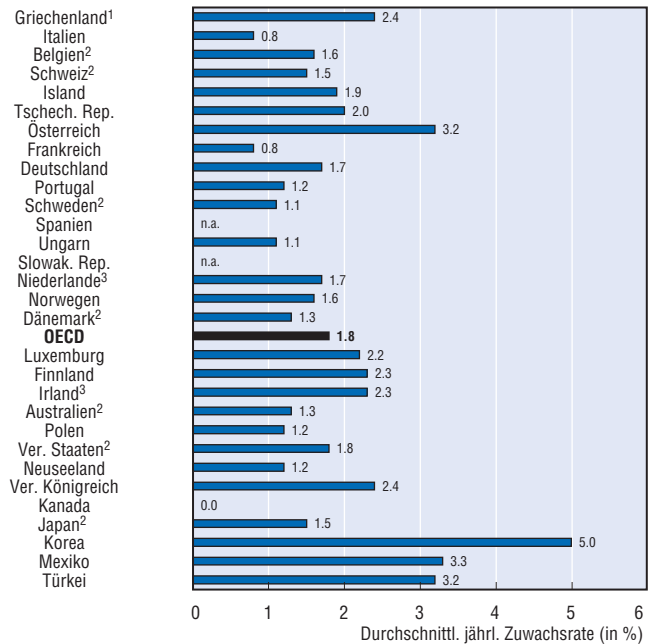


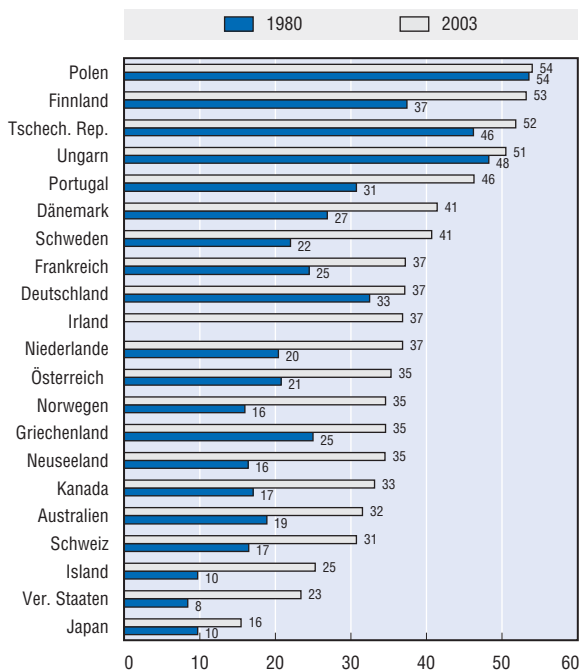
Abbildung 2.2. **Durchschnittliche jährliche Zuwachsrate der Zahl der praktizierenden Ärzte je 1 000 Einwohner, 1990-2003**



1. 2001. 2. 2002.

3. Die Daten für Irland und die Niederlande beziehen sich auf die Zahl der zugelassenen und nicht der praktizierenden Ärzte.

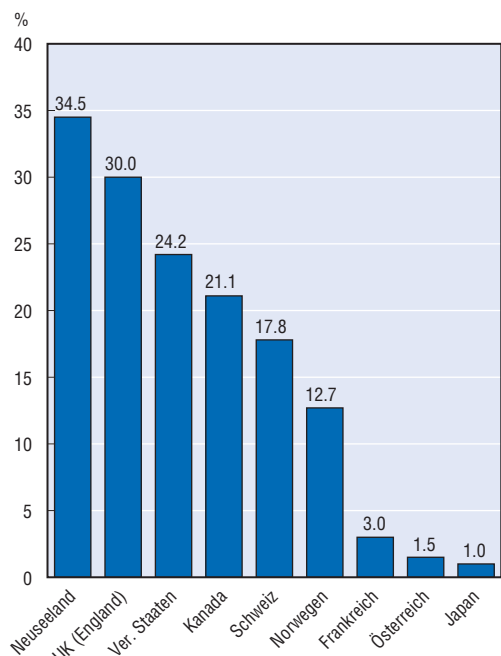
Abbildung 2.3. **Ärztinnen in Prozent der Gesamtärzteschaft, 1980 und 2003 (oder letztes verfügbares Jahr)**



Anmerkung: Finnland 1990-2003, Frankreich 1984-2003, Deutschland 1991-2003, Griechenland 1981-2001, Island 1985-2003. Vgl. Fußnoten zu Tabelle A.2.1.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 2.4. **Im Ausland ausgebildete Ärzte in Prozent der Gesamtzahl der praktizierenden Ärzte, ausgewählte OECD-Länder, 2000**



Quelle: OECD (2004b), Kapitel 4.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/301080054774>

II.2. PRAKTIZIERENDE PFLEGEKRÄFTE

Mit wenigen Ausnahmen wird derzeit in allen OECD-Ländern ein Mangel an Krankenpflegekräften beklagt. In Anbetracht der voraussichtlichen Zunahme der Nachfrage nach Krankenpflegekräften, der infolge von Bevölkerungsalterung und zunehmendem Renteneintritt eine Abnahme des Angebots an Pflegekräften gegenübersteht, ist zu erwarten, dass der Mangel an Krankenpflegekräften in der Zukunft bestehen bleiben oder sogar akuter werden wird, sofern keine Maßnahmen ergriffen werden, um mehr neue Kräfte anzuwerben und im Beruf zu halten.

2003 waren zwischen den OECD-Ländern erhebliche Unterschiede bei der Zahl der Krankenpflegekräfte je 1 000 Einwohner festzustellen, wobei allerdings auf die beschränkte Vergleichbarkeit der Daten hingewiesen werden muss, die durch die Einbeziehung unterschiedlicher Personalkategorien, eine unvollständige Erfassung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie unterschiedliche Erfassungsmethoden bedingt ist (vgl. Kasten „Definition und Abweichungen“). In Irland, Island und den Niederlanden war die Relation Einwohner/Pflegekräfte den Angaben zufolge mit über 12 Krankenpflegekräften je 1 000 Einwohner 2003 am höchsten (Abb. 2.5). Am unteren Ende der Skala rangierten die Türkei, Korea, Mexiko und Griechenland mit weniger als 4 Krankenpflegekräften je 1 000 Einwohner.

Die Trends im Zeitverlauf zeigen, dass die Zahl der Krankenpflegekräfte je 1 000 Einwohner in allen OECD-Ländern, für die entsprechende Daten vorliegen, in den siebziger und achtziger Jahren zugenommen hat (Tabelle A.2.2). Zwischen 1990 und 2003 ist die Zahl der Pflegekräfte in den meisten Ländern im Verhältnis zur Einwohnerzahl zumindest noch geringfügig gestiegen, in Australien, Kanada, Neuseeland und Polen setzte jedoch ein Rückgang ein (Abb. 2.6). In Kanada hing der Rückgang der Zahl der Krankenpflegekräfte im Verhältnis zur Einwohnerzahl mit der Abnahme der Zahl der begonnenen und abgeschlossenen Krankenpflegerausbildungen in den neunziger Jahren zusammen, zu der eine Senkung der Gesundheitsausgaben (Mitte der neunziger Jahre) sowie der Zahl der Krankenhausbetten (während des gesamten Zeitraums) hinzukam.

In allen OECD-Ländern ist der Krankenpflegeberuf nach wie vor eine weitgehend weibliche Domäne. Der Frauenanteil liegt in allen außer zwei Ländern bei über 85% (Abb. 2.8).

Über die Kosteneffizienz der verschiedenen Maßnahmen zur Sicherung eines ausreichenden Angebots an Krankenpflegekräften ist wenig bekannt. Die Bezahlung hat nachweislich Einfluss auf die Zahl der Zugänge zu den Krankenpflegeschulen wie auch auf die Erwerbsbeteiligung und die Bindung qualifizierter Kräfte, sie ist jedoch eindeutig nicht der einzige Faktor, von dem das Angebot an Krankenpflegekräften abhängt. Die vorliegenden Daten zur Vergütung der Pflegekräfte in Krankenhäusern im Vergleich zu den durchschnittlichen Arbeitsentgelten in der Gesamtwirtschaft zeigen, dass diesbezüglich signifikante Unterschiede zwischen den Ländern bestehen (vgl. Indikator „Vergütung des Gesundheitspersonals“). Verbesserungen anderer Aspekte der Arbeitsbedingungen können ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Personalanwerbung und -bindung spielen, so z.B. flexiblere Arbeitszeit- und Ruhestandsregelungen, ein besseres Personalmanagement und günstigere Karriereaussichten (Simoens et al., 2005).

Bei den Angaben zur Zahl der Krankenpflegekräfte im Verhältnis zur Zahl der Ärzte sind im OECD-Ländervergleich große Unterschiede festzustellen (Abb. 2.7), was die Frage aufwirft, ob die Länder in Bezug auf die Relation Ärzte/Pflegekräfte eine geeignete Qualifikationsstruktur in der Gesundheitsversorgung gewährleisten. Die entsprechenden Zahlen schwanken zwischen über 5 Pflegekräften pro Arzt in Irland und weniger als 1 Pflegekraft pro Arzt in Griechenland. In Kanada und Australien ist die Relation Pflegekräfte/Ärzte trotz des in diesen beiden Ländern seit 1990 verzeichneten Rückgangs der Zahl der Krankenpflegekräfte im Verhältnis zur Einwohnerzahl nach wie vor recht hoch. In über der Hälfte der OECD-Länder liegt die Relation Krankenpflegekräfte/Ärzte den Angaben zufolge im Bereich von 2 bis 4.

Eine neuere Studie über mögliche Veränderungen in der Qualifikationsstruktur und Substitutionen zwischen Ärzten und Pflegekräften (einschließlich der Entwicklung des Berufs des „Advanced practice nurse“ oder „Nurse Practitioner“ in Einrichtungen der Grundversorgung sowie in Krankenhäusern) ergab, dass Krankenpflegekräfte – wenn sie nach Erstellung der Diagnose bestimmte medizinische Aufgaben übernehmen – eine Betreuung gewährleisten können, die derjenigen der Ärzte vergleichbar ist und von den Patienten häufig vorgezogen wird. Diese Studie stützte sich konkret auf die in den Vereinigten Staaten und im Vereinigten Königreich gewonnenen Erfahrungen (Buchan und Calman, 2004).

Definition und Abweichungen

Praktizierende Krankenpflegekräfte sind ihren Beruf aktiv ausübende Krankenpfleger(innen), die in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, Kliniken oder sonstigen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung beschäftigt oder freiberuflich tätig sind. Die Daten beziehen sich normalerweise auf voll qualifizierte Krankenpflegekräfte (mit Post-Sekundar-Ausbildung im Krankenpflegewesen) sowie Hilfskräfte (die über ein geringeres Ausbildungsniveau verfügen, aber in der Regel ebenfalls als Pflegekräfte anerkannt sind). In Frankreich und Norwegen wurden Hilfskräfte allerdings nicht berücksichtigt, so dass deren Zahl zu niedrig angesetzt ist. Die meisten Länder haben einfache Zählungen vorgelegt; Ungarn, Mexiko und Norwegen geben die Zahlen jedoch in Vollzeitäquivalenten an (was ebenfalls in einer Untererfassung im Vergleich zu den einfachen Zählungen resultiert, die die anderen Länder vorgelegt haben). Österreich und Italien liefern nur Angaben zu in Krankenhäusern beschäftigten Pflegekräften, in anderen Gesundheitseinrichtungen oder freiberuflich tätige Krankenpflegekräfte sind nicht berücksichtigt (die Zahlen sind daher zu niedrig ausgewiesen).

Abbildung 2.5. Praktizierende Krankenpflegekräfte, je 1 000 Einwohner, 2003

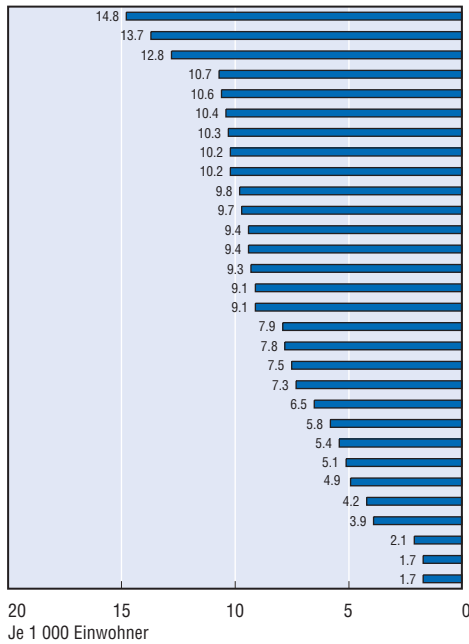
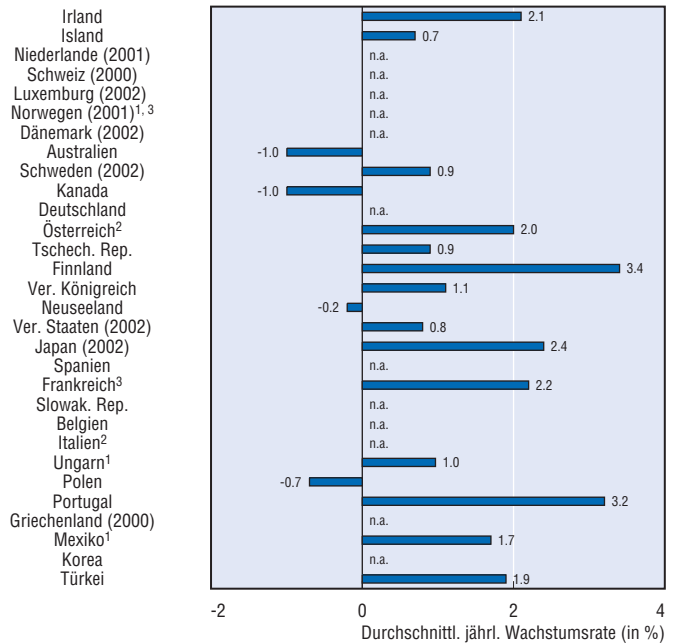


Abbildung 2.6. Veränderung der Zahl der praktizierenden Krankenpflegekräfte je 1 000 Einwohner, 1990-2003



1. Ungarn, Norwegen und Mexiko geben Vollzeitäquivalente statt absoluten Zahlen an (Untererfassung).
2. Österreich und Italien geben nur die Krankenpflegekräfte an, die in Krankenhäusern beschäftigt sind (Untererfassung).
3. Frankreich und Norwegen geben Hilfskräfte nicht an (Untererfassung).

Abbildung 2.7. Relation praktizierende Pflegekräfte/praktizierende Ärzte, 2003

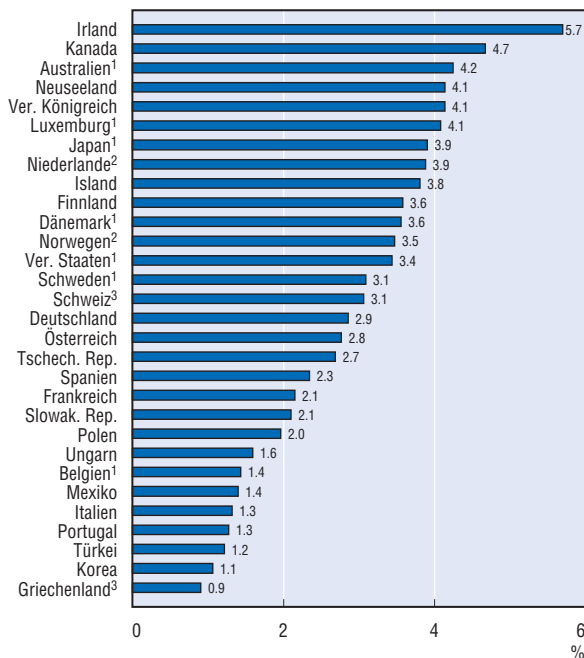
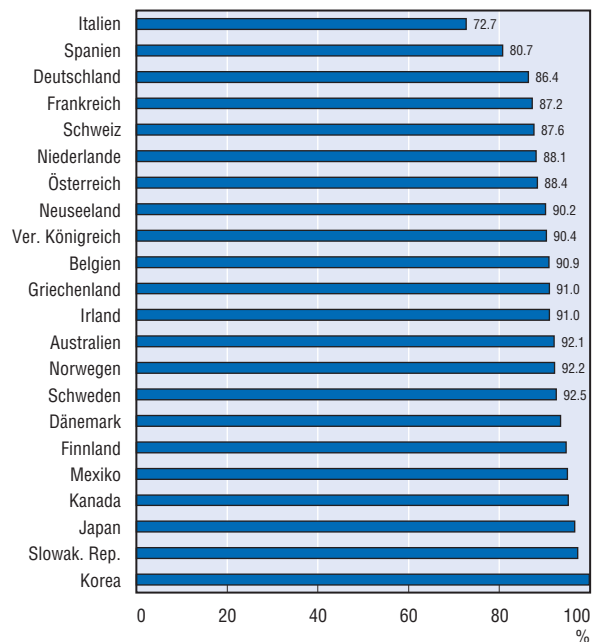


Abbildung 2.8. Frauenanteil unter den Krankenpflegekräften, 2000



1. 2002.
2. 2001.
3. 2000.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Quelle: OECD (2004b) und Eurostat Labour Force Survey.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/060786223762>

II.3. VERGÜTUNG DES GESUNDHEITSPERSONALS

Informationen zur Verdiensthöhe der im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte, wie Ärzte und Krankenpflegekräfte, sind aus mehreren Gründen von Nutzen. Bei der Gesundheitsversorgung handelt es sich um eine Dienstleistungsbranche. Entsprechend sind Arbeits- und Personalkosten wichtige Bestimmungsgrößen für die Gesamtgesundheitsausgaben mit Unterschieden zwischen den Ländern, die durch die Zahl der Leistungsanbieter sowie deren Produktivität und Vergütung beeinflusst werden. Auf nationaler Ebene kann das Verdienstniveau als einer der Bestimmungsfaktoren des Arbeitskräfteangebots zumindest einen Teil der bei bestimmten Personalkategorien bestehenden Engpässe oder Überschüsse erklären. Auf internationaler Ebene können Informationen zum Verdienstniveau Aufschluss über die Gründe der grenzüberschreitenden Migrationsbewegungen von Ärzten und medizinischem Fachpersonal geben. Und schließlich können Informationen über das Verdienstniveau noch bei der Ausarbeitung von Maßnahmen im Bereich der Vergütung und Rückerstattung ärztlicher Dienstleistungen hilfreich sein.

Die Erfassung vergleichbarer Daten zur Vergütung des Gesundheitspersonals in den verschiedenen Ländern ist jedoch schwierig, weil die einzelnen Länder Daten zu unterschiedlichen Entgeltarten und für unterschiedliche Kategorien von Ärzten und Krankenpflegekräften erheben und dabei eine Vielzahl unterschiedlicher Quellen und Berechnungsmethoden verwenden. Bei der Interpretation von Unterschieden zwischen dem Verdienstniveau in verschiedenen Ländern ist daher große Vorsicht geboten (vgl. Kasten „Definition und Abweichungen“).

Daten zur Vergütung von Ärzten liegen für Allgemeinärzte und Fachärzte vor, aufgeschlüsselt in abhängig Beschäftigte und Selbstständige. Das Einkommen der Ärzte ist gemessen am durchschnittlichen nationalen Pro-Kopf-Einkommen im Ländervergleich sehr variabel. Das Einkommen der freiberuflichen Fachärzte ist in den Niederlanden, den Vereinigten Staaten, Belgien und Kanada vergleichsweise hoch. Das relative Einkommen der angestellten Fachärzte ist in der Regel etwas niedriger als das ihrer freiberuflichen Kollegen (wobei die möglichen Betriebsausgaben soweit wie möglich berücksichtigt wurden). Das Einkommen der angestellten Fachärzte ist im Verhältnis zum nationalen Durchschnittseinkommen im Vereinigten Königreich, in den Niederlanden und Irland am höchsten. In Ungarn und der Tschechischen Republik

verdienen Fachärzte (unabhängig davon, ob sie angestellt oder freiberuflich sind) im Verhältnis zum nationalen Pro-Kopf-Einkommen hingegen weniger als in anderen Ländern (Abb. 2.9, linker Teil).

Das Verdienstniveau der Allgemeinärzte ist erwartungsgemäß in allen Ländern niedriger als das der Fachärzte, außer in Portugal, wo das Einkommen beider Ärztekategorien identisch ist (Abb. 2.9, rechter Teil). In Belgien verdienen Allgemeinärzte deutlich weniger als Fachärzte (mehr als dreimal weniger). Wie bei den Fachärzten ist das Verdienstniveau der Allgemeinärzte in den Vereinigten Staaten und in den Niederlanden im Verhältnis zum Pro-Kopf-BIP den Angaben zufolge am höchsten.

In den Niederlanden und Kanada geht das gleichsweise hohe Verdienstniveau sowohl der Fach- als auch der Allgemeinärzte laut den Angaben mit einem Ärztemangel in einer Reihe von Fachbereichen einher. Dies könnte sich aus der Tatsache erklären, dass in diesen Ländern ein strenger Numerus Clausus für die Zulassung zum Medizinstudium gilt, der als Berufszugangsschranke wirkt. Im Ländervergleich ist im Allgemeinen zu beobachten, dass eine geringere Zahl an Fachärzten im Verhältnis zur Einwohnerzahl tendenziell mit einem höheren relativen Verdienstniveau verbunden ist. Allerdings kann das relative Verdienstniveau bei einer gegebenen Relation Fachärzte/Einwohner sehr unterschiedlich ausfallen (Abb. 2.10).

Die Daten beziehen sich für alle Länder auf die durchschnittlichen Arbeitsentgelte der Ärzte im jeweiligen Land; sie liefern keine Informationen über die Einkommensverteilung. Innerhalb eines Landes können zwischen den einzelnen Ärzten große Verdienstunterschiede bestehen, je nach Alter, Erfahrung, Spezialisierung, Art des Krankenhauses und Region. In den Vereinigten Staaten schwankt das Einkommen der Fachärzte beispielsweise stark zwischen den verschiedenen Spezialisierungen und Regionen (Kane und Loeblich, 2003).

Was die Krankenpflegekräfte anbelangt, liegen nur Daten zum Verdienstniveau der Angestellten von Krankenhäusern vor (Abb. 2.11). Gestützt auf Daten aus 12 Ländern ist festzustellen, dass das relative Einkommen der Krankenpflegekräfte im Vergleich zum Pro-Kopf-BIP in Portugal am höchsten ist, gefolgt von Australien und Neuseeland. Am geringsten ist ihr relatives Einkommen in der Tschechischen Republik und Ungarn sowie in Norwegen.

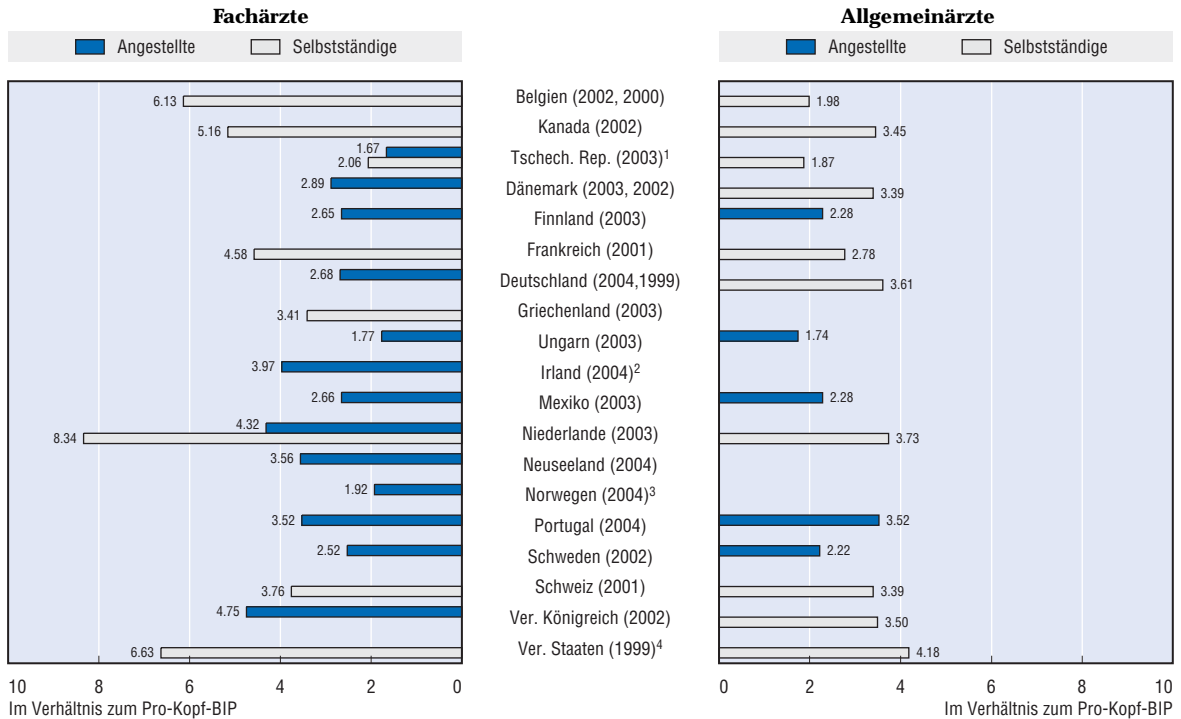
Definition und Abweichungen

Die Daten zur Vergütung des Gesundheitspersonals beziehen sich auf das durchschnittliche jährliche *Bruttoeinkommen*, in dem die vom Arbeitnehmer zu entrichtenden Sozialversicherungsbeiträge und die Einkommensteuer enthalten sind. Die Daten zur Vergütung umfassen normalerweise auch sämtliche zusätzlichen formellen Zahlungen, wie Prämien, Nachtarbeitszuschläge und Überstundenvergütung (allerdings nicht in allen Ländern, in Irland und Mexiko ist die Überstundenvergütung des Pflegepersonals von Krankenhäusern beispielsweise nicht inbegriffen, was in einer Untererfassung resultiert). Informelle Zahlungen, wie sie z.B. in Ländern wie Griechenland und Ungarn üblich sind, wurden nicht berücksichtigt. Für die freiberuflichen Ärzte wurden die Praxisausgaben abgezogen (dazu wurden in den einzelnen Ländern allerdings unterschiedliche Methoden verwendet).

Die Vergleichbarkeit der Daten wird auch dadurch begrenzt, dass sie sich auf leicht unterschiedliche Ärzte- und Krankenplegerkategorien beziehen können. Dies ist insbesondere für die Tschechische Republik ein Problem: In den Daten zu den angestellten Fachärzten ist dort auch die Vergütung von abhängig beschäftigten Allgemeinärzten inbegriffen, was für rd. 15% der Allgemeinärzte in der Tschechischen Republik der Fall ist (dadurch wird die Vergütung der Fachärzte etwas unterzeichnet), und die Zahlen zu den Krankenpflegekräften beziehen sich auf das gesamte paramedizinische Personal (was in einer Überzeichnung der Vergütung der Krankenpflegekräfte resultiert). Ärzte und Krankenpflegekräfte in der Ausbildung wurden im Allgemeinen nicht berücksichtigt. Für Angestellte sind die Zahlen in Vollzeitäquivalenten angegeben, wohingegen sich die Daten für selbstständige Ärzte meistens auf einfache Zahlungen stützen. Ferner gilt es darauf hinzuweisen, dass in den Zahlen für angestellte Fachärzte etwaige zusätzliche Einnahmen aus einer Privatpraxis nicht inbegriffen sind (was in Ländern wie Finnland, Irland und dem Vereinigten Königreich zu einer Unterzeichnung führt).

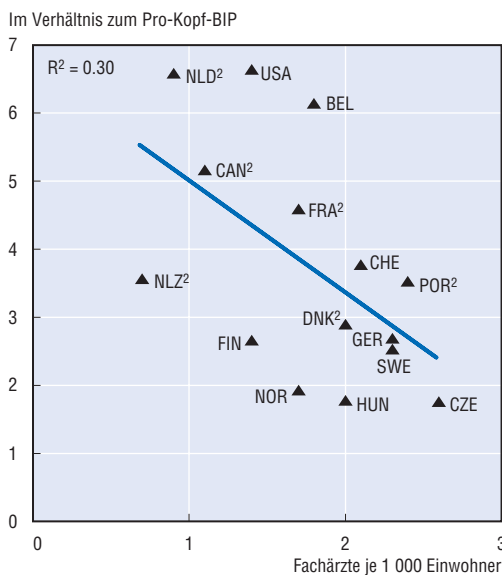
Die Daten zum Pro-Kopf-BIP sind den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen der OECD entnommen.

Abbildung 2.9. Vergütung der Ärzte im Verhältnis zum Pro-Kopf-BIP, letztes verfügbares Jahr



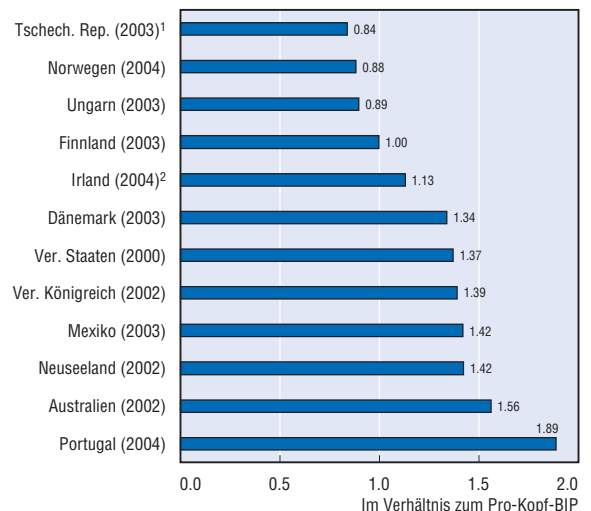
1. In der Tschechischen Republik beinhaltet die Kategorie der angestellten Fachärzte auch die angestellten Allgemeinärzte (rd. 15% der Allgemeinärzte).
 2. Da das Pro-Kopf-BIP das Durchschnittseinkommen in Irland überzeichnet, ist das relative Einkommen der Ärzte in dieser Kennzahl unterzeichnet.
 3. Zu den angestellten Fachärzten in Norwegen zählen auch die Assistenzärzte.
 4. Die Daten beziehen sich sowohl auf selbstständige als auch auf angestellte Ärzte (rund ein Drittel aller Ärzte sind angestellt).
- Vgl. Fußnoten zu Tabellen A.2.3 und A.2.4 wegen weiterer Informationen zu den Datenquellen und Methoden.

Abbildung 2.10. Relative Vergütung der Fachärzte und Zahl der Fachärzte, je 1 000 Einwohner, letztes verfügbares Jahr¹



1. Die Daten zur Zahl der Fachärzte je 1 000 Einwohner und zur Vergütung stammen aus demselben bzw. dem jeweils letzten verfügbaren Jahr davor oder danach.
2. Zahl der Fachärzte einschließlich nicht praktizierender Fachärzte.

Abbildung 2.11. Vergütung der in Krankenhäusern angestellten Pflegekräfte im Verhältnis zum Pro-Kopf-BIP, letztes verfügbares Jahr



1. Einschließlich der Vergütung des gesamten paramedizinischen Personals.
 2. Da das Pro-Kopf-BIP das Durchschnittseinkommen in Irland überzeichnet, ist das relative Einkommen der Krankenpflegekräfte in dieser Verhältniszahl unterzeichnet.
- Vgl. Fußnote zu Tabelle A.2.5 wegen weiterer Einzelheiten zu den Datenquellen und Methoden.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/366866441073>

II.4. KRANKENHAUSBETTEN UND AUSLASTUNG

Die Zahl der Krankenhausbetten für die Akutbehandlung liefert einen Anhaltspunkt für den Umfang der Ressourcen, die für die Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Sie ist jedoch keine umfassende Kapazitätsmessgröße, da die Kapazität der Krankenhäuser zur Versorgung von ambulant behandelten Patienten in Zusammenhang mit Wahleingriffen oder Notfällen, bei denen keine Übernachtung im Krankenhaus erforderlich ist, nicht berücksichtigt ist. Die Bettenkapazitäten für die nicht akute Versorgung (z.B. Langzeitpflege) sollten in ihr ebenfalls nicht enthalten sein.

2002 war die Zahl der Krankenhausbetten im OECD-Vergleich sehr unterschiedlich. Die Zahl der Krankenhausbetten pro Kopf für die Akutversorgung war in Japan am höchsten, gefolgt von Deutschland, der Tschechischen Republik, der Slowakischen Republik und Österreich, wo überall mindestens 6 Krankenhausbetten auf 1 000 Einwohner kamen (Abb. 2.12), wobei allerdings nicht vergessen werden darf, dass die Vergleichbarkeit dieser Zahlen durch zwischen den Ländern nach wie vor bestehende Unterschiede bei der Definition der Akutversorgung eingeschränkt wird. Am geringsten war die Bettenzahl (weniger als 3 je 1 000 Einwohner) in Mexiko, der Türkei, Finnland, Schweden und den Vereinigten Staaten. In Japan werden viele eigentlich für die Akutversorgung vorgesehene Krankenhausbetten für die Langzeitpflege genutzt (Jeong und Hurst, 2001).

In den meisten OECD-Ländern hat sich die Zahl der Krankenhausbetten im Verhältnis zur Einwohnerzahl seit 1990 stark verringert, womit sich ein bereits in den achtziger Jahren eingeleiteter Trend fortsetzte. Im Durchschnitt einer konsistenten Ländergruppe ist die Zahl der Krankenhausbetten zwischen 1990 und 2002 von 5,3 auf 4,2 je 1 000 Einwohner gesunken. In einigen Ländern, in denen der Krankenhaussektor zuvor weniger stark ausgebaut war, ist die Zahl der Krankenhausbetten seit 1990 gestiegen. Dies war insbesondere in Korea der Fall, wo sich die Zahl der Krankenhausbetten im Verhältnis zur Einwohnerzahl zwischen 1990 und 2002 mehr als verdoppelte.

Die in den meisten Ländern zu beobachtende Abnahme der Bettenzahl ging zumindest z.T. auf das Bestreben zurück, das Kostenwachstum in der stationären Behandlung einzudämmen, dem in fast allen OECD-Ländern nach wie vor größten Ausgabenposten im Gesundheitswesen (vgl. Indikator „Gesundheitskosten nach Leistungsart“). Der Rückgang der Bettenzahl kann mit drei möglichen Veränderungen in der Krankenhaustätigkeit verbunden gewesen sein: 1. einer Verringerung der Zahl der

Krankenhausfälle, die mit einer Übernachtung im Krankenhaus verbunden sind; 2. einer Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer je eingewiesenen Patient; 3. einer Zunahme der Belegungsrate der aufgestellten Betten (Kroneman und Siegers, 2004). Der Einfluss dieser drei Faktoren auf den Rückgang der Zahl der Betten für die Akutversorgung war in den einzelnen Ländern unterschiedlich stark ausgeprägt. In einigen Ländern ist die Krankenhaushäufigkeit im letzten Jahrzehnt wenigstens geringfügig zurückgegangen (vgl. Indikator „Krankenhausfälle“). In fast allen Ländern hat die durchschnittliche Verweildauer je Patient in der Akutbehandlung seit 1990 deutlich abgenommen (vgl. Indikator „Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus“). Und in mehreren Ländern ist die Belegungsrate im Zuge der Verringerung der Zahl der Betten für die Akutbehandlung gestiegen (Abb. 2.13).

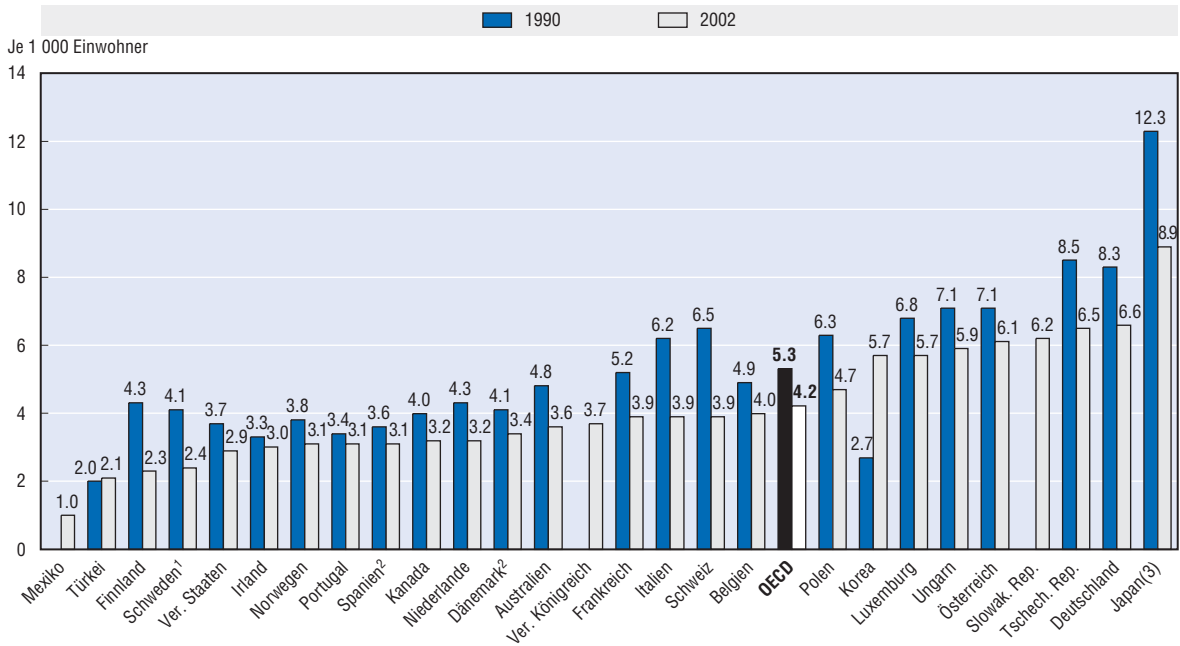
Die durchschnittliche Belegungsrate betrug im OECD-Raum 2002 75%, was in etwa dem Niveau von 1990 entspricht. Zwischen den Ländern bestanden jedoch erhebliche Unterschiede in Bezug auf den Grad der Bettenauslastung (Abb. 2.13). Am höchsten war die Belegungsrate 2002 in Norwegen, Kanada, der Schweiz, Irland und dem Vereinigten Königreich (rd. 85%). Dabei handelt es sich durchgehend um Länder, in denen die Bettenzahl im Verhältnis zur Einwohnerzahl unter dem OECD-Durchschnitt liegt, allerdings sind es nicht die Länder mit der geringsten Bettenzahl. Am niedrigsten war die Bettenauslastung 2002 in der Türkei, gefolgt von Korea, den Vereinigten Staaten und den Niederlanden (65-66%). In Bezug auf die Zahl der aufgestellten Betten im Verhältnis zur Einwohnerzahl und den Auslastungsgrad sind in diesen drei Ländern allerdings unterschiedliche Entwicklungen zu beobachten. In Korea ist die Zahl der Betten für die Akutbehandlung im letzten Jahrzehnt sehr rasch gestiegen, so dass sie jetzt deutlich über dem OECD-Durchschnitt liegt. Die Belegungsrate hat sich im gleichen Zeitraum drastisch verringert. Sowohl in den Vereinigten Staaten als auch in den Niederlanden ist die Bettenzahl im Verhältnis zur Einwohnerzahl im Zeitverlauf gesunken und liegt nun unter dem OECD-Durchschnitt. Allerdings ist der Auslastungsgrad der Betten in den Vereinigten Staaten zwischen 1990 und 2002 relativ konstant geblieben, wohingegen er in den Niederlanden deutlich abgenommen hat. Die Niederlande, Deutschland und Luxemburg sind die einzigen Länder, in denen der Rückgang der Zahl der aufgestellten Betten im Verhältnis zur Einwohnerzahl seit 1990 mit einer erheblichen Abnahme der Belegungsrate einhergeht.

Definition und Abweichungen

Als Krankenhausbetten für die Akutbehandlung gelten theoretisch nur Betten, die für die „kurative Behandlung“ gemäß der Definition des Handbuchs zum *System of Health Accounts* (OECD, 2000a) bestimmt sind. Zwischen den Ländern bestehen jedoch Unterschiede bei den der „Akutbehandlung“ zugerechneten bzw. nicht zugerechneten Leistungsarten, die die Vergleichbarkeit der Daten beeinträchtigen (z.B. ein unterschiedlicher Grad der Herausrechnung der für Langzeitpflege, Rehabilitation und palliative Behandlung genutzten Betten). Mehrere Länder (z.B. Dänemark, Deutschland, Finnland, Irland, Kanada, Österreich, Polen, Schweiz, Spanien, Tschechische Republik und Vereinigte Staaten) geben die Gesamtbettenzahl in allen allgemeinen bzw. Akutkrankenhäusern an. Ein Teil dieser Betten kann für andere Zwecke, wie die Langzeitpflege, genutzt werden (z.B. in Japan).

Die Belegungsrate der Akutbetten wird definiert als die Zahl der Krankenhaustage in der Akutversorgung, geteilt durch die Zahl der aufgestellten Betten für die Akutversorgung, multipliziert mit der Gesamtzahl der Tage (365).

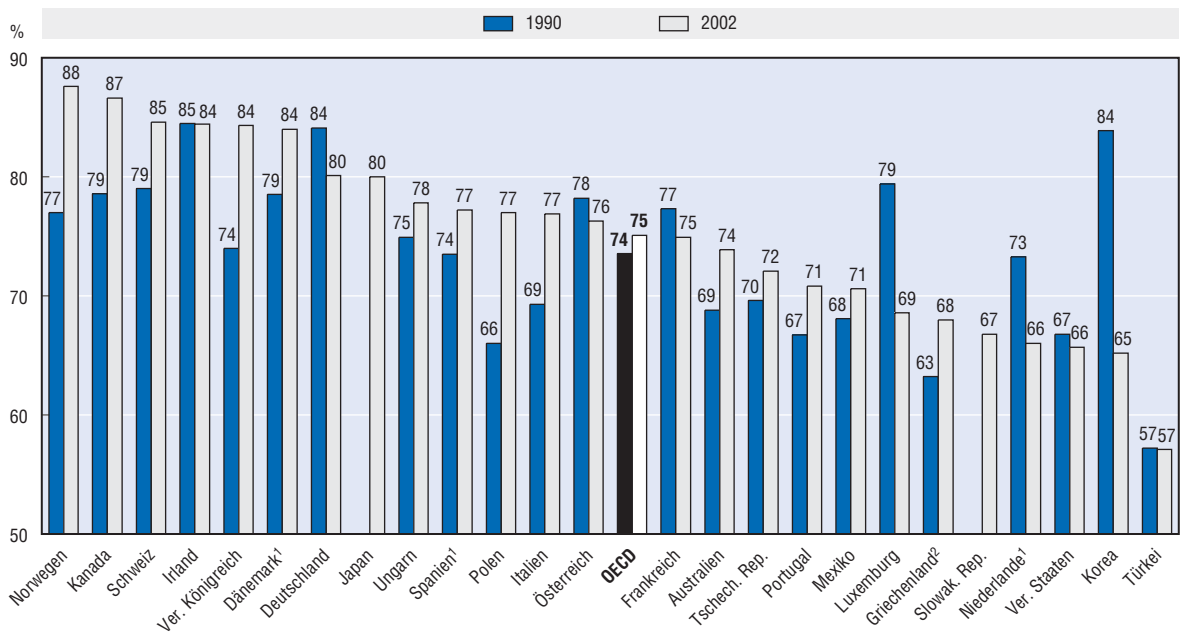
Abbildung 2.12. **Betten für die Akutversorgung, je 1 000 Einwohner, 1990 und 2002**



Anmerkung: Der Begriff Betten für die "Akutversorgung" kann in den einzelnen Ländern unterschiedlich definiert sein. In Japan werden viele "Akutbetten" für die Langzeitpflege genutzt. Bei der Interpretation von Unterschieden im Ländervergleich ist daher Vorsicht geboten.

1. 2000.
2. 2001.
3. 1993.

Abbildung 2.13. **Belegungsrate in der Akutversorgung, 1990 und 2002**



1. 2001.
2. 1999.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/558827412517>

Die zunehmende Verbreitung moderner Technologien in der Medizin ist einer der maßgeblichen Faktoren für den Anstieg der Gesundheitsausgaben im OECD-Raum. Dieser Abschnitt enthält Daten zum Versorgungsangebot mit drei spezifischen Diagnosetechniken – Computer-Tomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRI) und Mammographie – sowie einer Therapietechnik, der Strahlentherapie. Diese Daten liefern zwar einen Anhaltspunkt für das Gesamtangebot an entsprechenden Geräten, geben jedoch keinen Aufschluss über den tatsächlichen Umfang der Nutzung dieser Geräte. Auch gilt es darauf hinzuweisen, dass das Angebot an diesen Technologien in den Daten für die Vereinigten Staaten deutlich unterzeichnet ist, weil sich diese nicht auf die Gesamtzahl der Geräte in allen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (einschließlich Kliniken) beziehen, sondern auf die Zahl der Krankenhäuser, die laut eigenen Angaben über mindestens ein entsprechendes Gerät verfügen.

CT-Scanner (auch CAT-Scanner genannt, für *Computed Axial Tomography*) und MRI-Geräte werden zur Diagnose einer Vielzahl von Krankheiten eingesetzt. Die Magnetresonanztomographie hat gegenüber der traditionellen Röntgentechnik oder der Computertomographie den Vorteil, dass die Patienten keiner ionisierenden Strahlung ausgesetzt werden. Die Zahl der verfügbaren CT- und MRI-Scanner hat im Laufe des letzten Jahrzehnts in den meisten OECD-Ländern zugenommen. Da es sich bei der MRI um eine neuere Technologie handelt als bei der CT, ist die Zahl der Magnetresonanztomographien seit 1990 besonders rasch gestiegen (Tabelle A.2.8).

2002 war Japan das Land mit der bei weitem höchsten Zahl an CT- und MRI-Scannern im Verhältnis zur Einwohnerzahl: Auf eine Million Einwohner kamen dort 93 CT-Scanner und 35 MRI-Geräte (Abb. 2.14 und 2.15). Einige Analysten haben das rasche Wachstum der Zahl der MRI-Scanner in Japan zumindest teilweise darauf zurückgeführt, dass vor der Entscheidung über die Anschaffung dieser Geräte keine formellen Effizienz- oder Effektivitätsevaluierungen durchgeführt wurden (Hisashige, 1992). In europäischen Ländern, wie Island, der Schweiz, Österreich, Finnland und Italien, ist die Zahl der MRI-Geräte im Verhältnis zur Einwohnerzahl ebenfalls relativ hoch. Am niedrigsten war die Relation MRI-Geräte/Einwohner in Mexiko, gefolgt von Polen, der Slowakischen Republik und der Tschechischen Republik, was angesichts der hohen Kosten dieser Geräte nicht überraschen dürfte.

Die Mammographie spielt eine wichtige Rolle für die Früherkennung von Brustkrebs, der bei Frauen häufigsten

Krebserkrankung (vgl. Indikator „Tod durch Krebs“). Frühzeitige Diagnose und Behandlung können die Überlebenschancen bei Brustkrebs erheblich erhöhen (OECD, 2003a). Unter den Ländern, für die entsprechende Daten vorliegen, war die Zahl der Mammographen im Verhältnis zur Einwohnerzahl 2002 in Frankreich und Finnland am höchsten, gefolgt von Griechenland, Neuseeland, Luxemburg und Belgien (Abb. 2.16). In Mexiko, der Türkei und dem Vereinigten Königreich war sie den Angaben zufolge am niedrigsten. In einigen Ländern ist das Angebot an Mammographen im Laufe der neunziger Jahre rasch gestiegen (Tabelle A.2.9). Diese rasche Verbreitung fiel zeitlich mit dem Start groß angelegter Brustkrebs-Früherkennungsprogramme zusammen.

Die Strahlentherapie (auch Radiotherapie genannt) wird zur Behandlung zahlreicher Krebserkrankungen eingesetzt. Über die Hälfte aller Krebspatienten wird mit Strahlen behandelt (National Cancer Institute, 2004; DREES, 2005). 2002 wies Island die höchste Zahl an Strahlentherapiegeräten im Verhältnis zur Einwohnerzahl auf (die absolute Zahl dieser Geräte war allerdings sehr gering, die hohe Relation ist durch die sehr kleine Bevölkerungsbasis bedingt), gefolgt von der Schweiz und Finnland (Abb. 2.17). Vergleichsweise gering war sie nicht nur in Mexiko und der Türkei, sondern auch in Ungarn, Portugal, Spanien und dem Vereinigten Königreich. In Spanien und Portugal hängt die vergleichsweise geringe Zahl dieser Geräte mit einer relativ niedrigen Krebshäufigkeit und -mortalität zusammen, was jedoch nicht für Ungarn und das Vereinigte Königreich gilt, wo die Krebshäufigkeit und die entsprechenden Todesraten über dem OECD-Durchschnitt liegen (vgl. „Tod durch Krebs“).

Das Nationaleinkommen und die Gesamtgesundheitsausgaben haben starken Einfluss auf die Verbreitung der Medizintechnik. Eine neuere Studie, die sich mit der Verbreitung von CT- und MRI-Scannern im OECD-Raum befasste, bestätigte unter Berücksichtigung einer Reihe anderer möglicher Erklärungsvariablen, dass die „Kaufkraft“ (die an den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben gemessen wird) positiv mit der Verbreitung dieser Technologien korreliert ist. Diese Studie ergab ferner, dass Unterschiede in den Vergütungssystemen der Krankenhäuser ebenfalls eine wichtige Rolle spielen können, wobei bestimmte Abrechnungsmethoden (z.B. Fall- oder Tagespauschalen) mit einer stärkeren Verbreitung von CT- und MRI-Scannern in Verbindung gebracht werden können (Eun-Hwan Oh et al., 2005).

Definition und Abweichungen

Die Daten beziehen sich auf die Zahl der medizinischen Geräte je Million Einwohner. In den Daten zu den Strahlentherapiegeräten sind Linearbeschleuniger, Kobalt-60-Einheiten und Cäsium-137-Therapieeinheiten sowie Niederbis-Orthovoltgeräte inbegriffen (Brachytherapie-Einheiten sind normalerweise nicht berücksichtigt).

Für die Vereinigten Staaten beziehen sich die Daten auf die Zahl der allgemeinen Krankenhäuser für Kurzeinwohner, die laut eigenen Angaben über mindestens eines der besagten Geräte verfügen. Dies führt zu einer deutlichen Unterzeichnung der tatsächlichen Zahl der zur Verfügung stehenden Geräte. Im Vereinigten Königreich sind nur die Geräte im öffentlichen Sektor erfasst, der private Sektor wurde in den Daten nicht berücksichtigt (was ebenfalls in einer zu niedrigen Schätzung resultiert). Für Spanien beziehen sich die Daten nur auf die Ausrüstung der Krankenhäuser, andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wurden nicht berücksichtigt (was wiederum in einer Unterzeichnung resultiert). In Australien bezieht sich die Zahl der MRI-Geräte nur auf Geräte, deren Benutzung von der öffentlichen Krankenversicherung erstattet wird (nur 60% des Gesamtbestands im Jahr 1999).

Abbildung 2.14. MRI-Geräte, je Million Einwohner, 2002

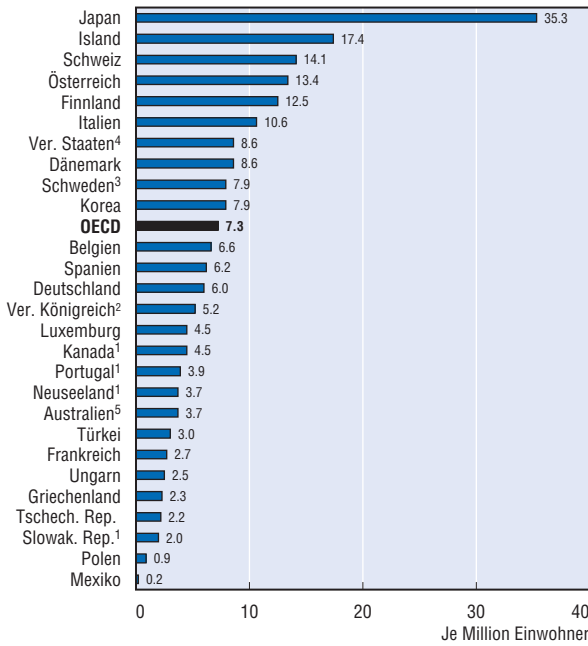


Abbildung 2.15. CT-Scanner, je Million Einwohner, 2002

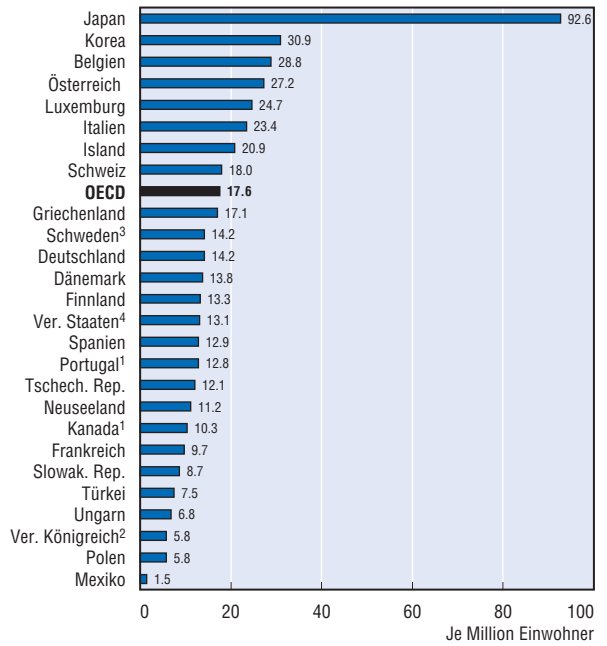


Figure 2.16. Mammographien, je Million Einwohner, 2002

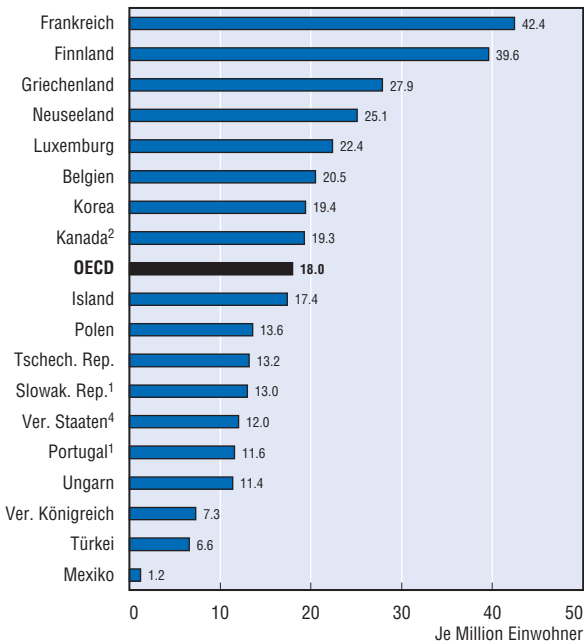
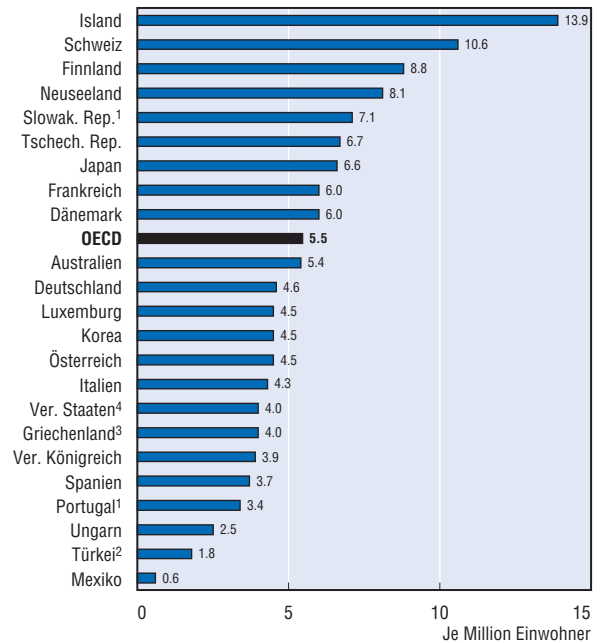


Abbildung 2.17. Strahlentherapiegeräte, je Million Einwohner, 2002



1. 2003.

2. 2001.

3. 1999.

4. Die Daten für die Vereinigten Staaten unterzeichnen die Zahl der dort tatsächlich vorhandenen Geräte, weil sie sich auf die Zahl der Krankenhäuser beziehen, die laut eigenen Angaben über mindestens eines der fraglichen Geräte verfügen, und nicht auf die Gesamtzahl dieser Geräte in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z.B. Spezialkliniken).

5. Für Australien beziehen sich die Daten zu den MRI-Geräten nur auf die Zahl der entsprechenden Geräte, deren Benutzung im Rahmen von Medicare erstattet wird (60% des Gesamtbestands im Jahr 1999).

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

II.6. ARZTKONSULTATIONEN

Ein großer Prozentsatz der Kontakte zwischen den Patienten und dem Gesundheitssystem ist mit Arztkonsultationen verbunden, sei es in Arztpraxen, Kliniken der Grundversorgung oder in ambulanten Abteilungen von Krankenhäusern. Die durchschnittliche Zahl der Arztkonsultationen pro Jahr hängt u.a. vom Gesundheitszustand der Bevölkerung, dem Angebot an Ärzten sowie den Kosten der Konsultationen für den Einzelnen ab. Wie der Zugang zu Fachärzten geregelt ist, kann ebenfalls eine Rolle spielen. In einigen Ländern (z.B. Belgien, Deutschland, Griechenland) können sich die Patienten direkt an einen Facharzt wenden, in anderen Ländern (z.B. Kanada, Niederlande, Österreich, Vereinigtes Königreich und Frankreich seit 2005) sind sie gehalten oder verpflichtet, sich zuerst an einen Allgemeinarzt zu wenden, der eine Gatekeeper-Funktion ausübt, indem er entscheidet, ob die Überweisung an einen Facharzt notwendig ist. Die Gesamtzahl der Arztkonsultationen ist nur eine grobe Messgröße des Volumens der erbrachten Leistungen, da bei ihrer Zählung weder die Dauer noch die Komplexität der Konsultationen berücksichtigt wird.

Die zwei wichtigsten Informationsquellen zu Arztkonsultationen sind Verwaltungsdaten (z.B. Zahlungsunterlagen) und persönliche Angaben aus Gesundheitsumfragen. Beide Informationsquellen haben ihre Vor- und Nachteile (Van der Heyden et al., 2003). Verwaltungsdaten sind üblicherweise genauer und zuverlässiger als die Ergebnisse von Gesundheitsumfragen, in denen unscharfe Erinnerungen und fehlende Antworten zu Berichtsfehlern und Verzerrungen führen können. Umfragedaten haben gegenüber Verwaltungsdaten allerdings den Vorteil, dass sie eine Verknüpfung der Daten zur Nutzung der Gesundheitsdienste (z.B. Arztbesuche) mit anderen Variablen ermöglichen, beispielsweise mit Angaben zum sozioökonomischen Status, anhand von denen Fragen der Verteilungsgerechtigkeit untersucht werden können.

Ein Vergleich der auf Verwaltungsdaten und auf Umfrageergebnisse gestützten Schätzungen der Zahl der Arztbesuche je Einwohner zeigt, dass diese beiden Quellen in einigen Ländern zwar einigermaßen konsistente Ergebnisse liefern (z.B. in Belgien, Frankreich und Österreich), in anderen Ländern aber zu starken Abweichungen führen (z.B. in Dänemark, Kanada, Ungarn und den Vereinigten

Staaten). Im Allgemeinen sind die anhand von Verwaltungsdaten ermittelten Schätzwerte höher als diejenigen, die sich auf Umfrageergebnisse stützen (Abb. 2.18).

Ausgehend von Verwaltungsdaten (der Hauptquelle der OECD-Gesundheitsdaten) waren 2003 zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede bei der Zahl der Arztbesuche je Einwohner festzustellen (Abb. 2.19). Das Spektrum reichte von weniger als 3 Arztbesuchen pro Jahr und Einwohner in Mexiko, der Türkei und Schweden bis zu über 10 Arztbesuchen jährlich in den beiden asiatischen OECD-Ländern (Japan und Korea) sowie in der Tschechischen Republik, der Slowakischen Republik und Ungarn. Der OECD-Durchschnitt lag 2003 bei nahezu 7 Arztbesuchen jährlich je Einwohner. In Japan war die Zahl der Arztbesuche je Einwohner durchgehend wesentlich höher als in anderen OECD-Ländern, was wenigstens teilweise darauf zurückzuführen war, dass die Ärzte in Japan nicht nur Medikamente verschreiben, sondern auch ausgeben.

Die Zahl der Arztbesuche je Einwohner ist in den meisten Ländern zwischen 1990 und 2003 zumindest leicht zurückgegangen (Abb. 2.19). Die in der Türkei und Mexiko (im Vergleich zu einem niedrigen Ausgangsniveau) verzeichnete Zunahme der Arztbesuche ist wenigstens in Teilen dem im gleichen Zeitraum beobachteten Anstieg der Zahl der Ärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl zuzuschreiben, durch den sich der Zugang zu ärztlichen Leistungen verbessert hat (vgl. Indikator „Praktizierende Ärzte“).

Viele OECD-Länder arbeiten auf das Ziel der gleichen Versorgung bei gleichem Bedarf hin. Ergebnisse einer vergleichenden Analyse verschiedener Gesundheitsumfragen, die in einer Reihe von OECD-Ländern um das Jahr 2000 durchgeführt wurden, lassen darauf schließen, dass es den meisten der betroffenen Länder gelungen ist, dieses Ziel in Bezug auf die Zahl der Arztbesuche in verschiedenen Einkommensgruppen nach Berücksichtigung von Bedarfsunterschieden zu erreichen (Van Doorslaer et al., 2004). Signifikante Unterschiede bei der Zahl der Arztbesuche zwischen der untersten und der obersten Einkommensgruppe waren nur in wenigen Ländern festzustellen, darunter die Vereinigten Staaten, Portugal und Finnland (Abb. 2.20).

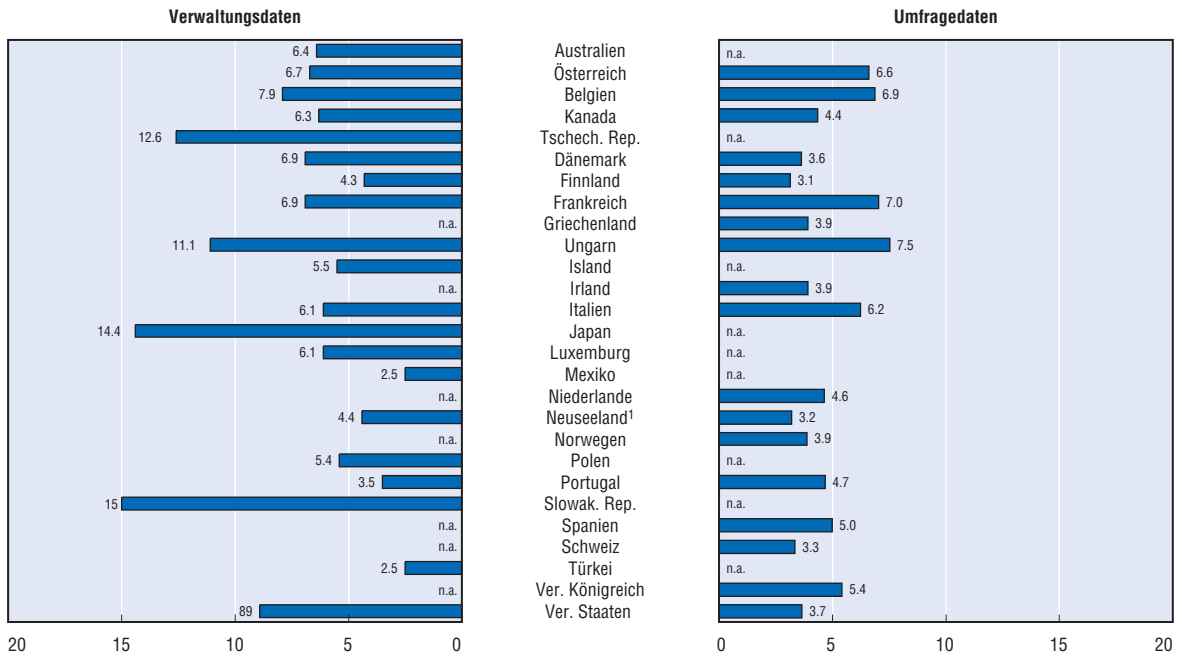
Definition und Abweichungen

Die Arztkonsultationen je Einwohner beziehen sich auf die Gesamtzahl der ambulanten Kontakte mit praktizierenden Ärzten (Allgemein- und Fachärzte), geteilt durch die Gesamtzahl der Einwohner des jeweiligen Landes. Die Zahl der Kontakte umfasst in der Regel die Besuche der Patienten in Arztpraxen, Kliniken der Grundversorgung und ambulanten Krankenhausdiensten sowie die Hausbesuche der Ärzte.

Die in OECD-Gesundheitsdaten wiedergegebenen Schätzungen stammen für die meisten Länder aus administrativen Quellen, außer für Italien, die Niederlande, Neuseeland (Schätzung für 2003), Spanien, die Schweiz und das Vereinigte Königreich (Sprechstunden von Allgemeinärzten), wo sie sich auf Umfrageergebnisse stützen. Auf Verwaltungsdaten basierende Schätzungen der Zahl der Arztbesuche sind auf Grund der bei Umfragen üblichen Erinnerungsfehler und fehlenden Antworten in der Regel höher als solche, die sich auf Umfrageergebnisse stützen.

In den Schätzungen für die Vereinigten Staaten und Dänemark sind auch telefonische Konsultationen inbegriffen; sie beschränken sich somit nicht auf die Arztbesuche. In den Zahlen für das Vereinigte Königreich sind Konsultationen bei niedergelassenen Fachärzten mit privater Abrechnung nicht berücksichtigt. Die Daten für die Niederlande enthalten keine Arztbesuche im Rahmen der Mutter-Kind-Versorgung. In den Zahlen für Portugal und die Türkei sind Besuche bei niedergelassenen Ärzten nicht inbegriffen.

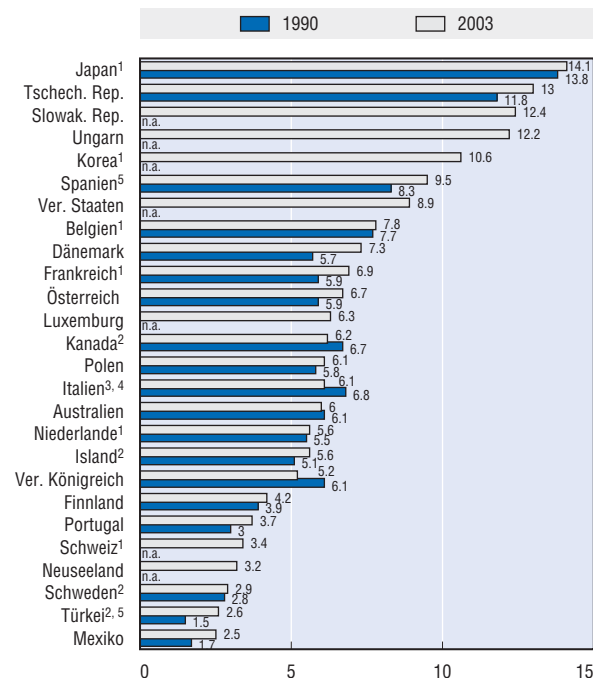
Abbildung 2.18. **Arztkonsultationen je Einwohner, Schätzungen gestützt auf Verwaltungsdaten und Umfragedaten, 2000**



1. Für Neuseeland beziehen sich die Verwaltungsdaten auf 2001 und die Umfragedaten auf 2003.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005 und Van Doorslaer et al. (2004).

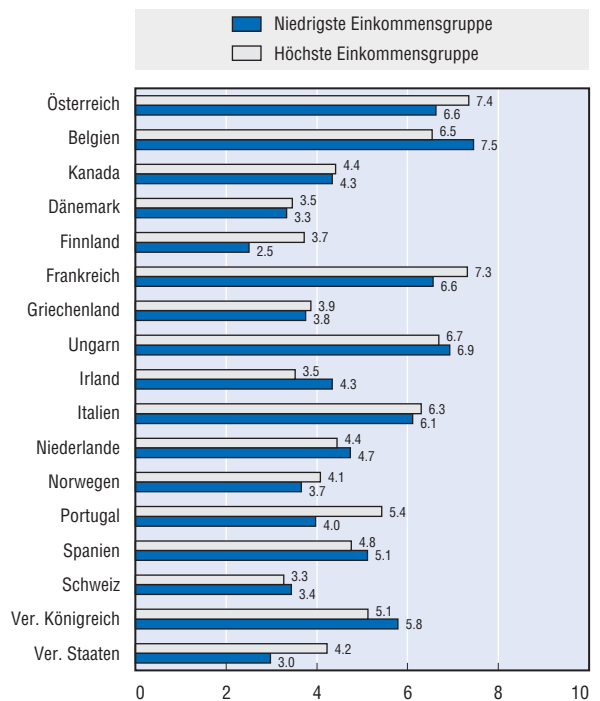
Abbildung 2.19. **Arztkonsultationen je Einwohner, 1990-2003**



1. 2002. 2. 2001. 3. 2000. 4. 1991. 5. 1993.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 2.20. **Arztkonsultationen nach Einkommensniveau, um Bedarfsunterschiede berichtigt, Umfragedaten ca. 2000**



Quelle: Van Doorslaer et al. (2004).

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/046773841440>

II.7. IMPFSCHUTZ BEI KINDERN

Kinderimpfungen sind erwiesenermaßen eine der wirkungsvollsten Präventivmaßnahmen zur Verringerung von Kinderkrankheiten und Kindersterblichkeit. Durch einen weitreichenden Impfschutz konnte die Inzidenz vieler übertragbarer Kinderkrankheiten in zahlreichen Ländern drastisch reduziert werden, so dass sie nicht mehr zur Gruppe der wichtigsten Ursachen von Kindersterblichkeit gehören. Dennoch haben einige Länder die Zielvorgaben für den Kinderimpfschutz noch nicht erfüllt, obwohl die Kosteneffizienz von Impfprogrammen zur Bekämpfung von Krankheiten wie Masern und Diphtherie erwiesen ist. Dies kann auf eine Reihe von Gründen zurückgeführt werden, darunter das Fehlen umfassender landesweiter Impfprogramme, die Instabilität der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung, individuelle Nachlässigkeit in Bezug auf die Wirksamkeit der Immunisierung oder Bedenken über vermeintliche negative Effekte.

Durch Massenimpfungen konnten Poliomyelitis und Diphtherie als Kinderkrankheiten im OECD-Raum praktisch ausgeremert werden; der letzte Fall von Kinderlähmung wurde 1998 in der Türkei gemeldet. Auf globaler Ebene sind Masern nach wie vor eine wichtige Ursache von Kindersterblichkeit und die häufigste Kindertodesursache, die durch Impfungen vermieden werden könnte: Laut den Schätzungen von WHO/UNICEF kam es 2003 weltweit zu 530 000 Todesfällen wegen Masern (WHO, 2005). In Europa insgesamt ist die Inzidenz von Masern dank der allmählichen Einführung der Masernimpfung heute etwa zehnfach geringer als Anfang der neunziger Jahre. Während die Maserninzidenz den Angaben zufolge in einigen Ländern weniger als 1 zu 100 000 beträgt, womit diese Krankheit so gut wie ausgerottet ist, liegt die Durchimpfungsrate gegen Masern in anderen Ländern weiterhin unter dem erforderlichen Niveau, um die indigene Übertragung zu stoppen. Zwischen 1999 und 2003 kam es in Italien, Deutschland, der Schweiz und Frankreich zu starken Masernausbrüchen.

Abb. 2.21 zeigt, dass rund zwei Drittel der OECD-Länder eine Durchimpfungsrate für DTP (Diphtherie,

Tetanus, Keuchhusten) von mindestens 95% aufweisen, was der erforderliche Grad ist, um die allgemeine Immunität der Bevölkerung zu sichern. Für Masern ist dieser Durchimpfungsgrad den Angaben zufolge in rund der Hälfte der Länder erreicht (Abb. 2.22). Einigen Ländern, z.B. in Mittel- und Osteuropa, Skandinavien und Japan, gelingt es, durch etablierte und wirkungsvolle Impfprogramme seit mehreren Jahren einen so gut wie universellen Impfschutz zu gewährleisten. Interessant ist allerdings, dass die Durchimpfungsrate sowohl für Diphtherie als auch für Masern in einigen der – am Pro-Kopf-BIP gemessen – wohlhabenderen OECD-Länder, wie Irland, Norwegen und Österreich, unter dem Durchschnitt liegt. Negativ wirkende Meldungen über mögliche Zusammenhänge zwischen einer kombinierten MMR-Impfung (Mumps, Masern, Röteln) und Autismus führten zu einem deutlichen Rückgang der Durchimpfungsrate gegen Masern im Vereinigten Königreich, wo diese Rate den Angaben zufolge heute wieder auf demselben Niveau wie Anfang der neunziger Jahre liegt (Abb. 2.23).

Die Türkei wies 2003 zwar die niedrigste Durchimpfungsrate gegen Masern auf, hat aber nationale Zielvorgaben festgelegt, um die Krankheit bis 2010 auszumerzen. Im Dezember 2003 wurden im Rahmen einer Aufholkampagne rd. 11 Millionen Schulkinder im Alter von 6 bis 14 Jahren geimpft, was einer Durchimpfungsrate von 97% entspricht; eine ähnliche Kampagne für die noch nicht geimpften Kinder im Vorschulalter ist für 2005 geplant (WHO/EURO, 2005).

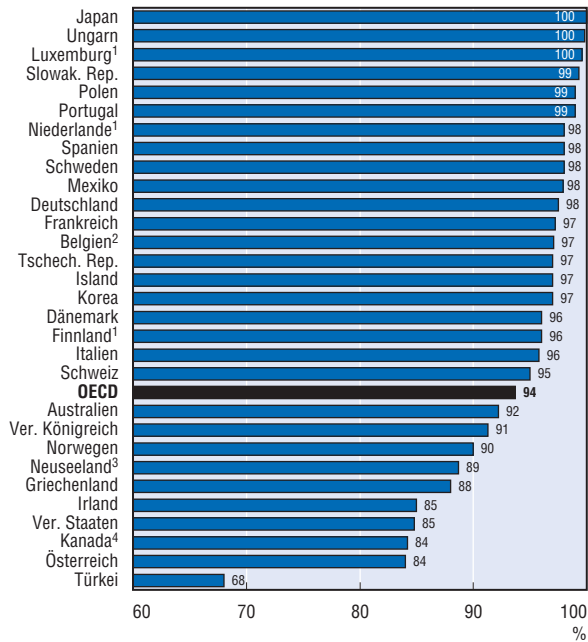
Ein erfolgreiches landesweites Impfprogramm kann auf verschiedene Weise aufgebaut sein. In manchen Ländern ist die Impfung so gut wie obligatorisch, weil sie Voraussetzung für den Zugang der Kinder zu Gesundheitsversorgung, Kinderbetreuung oder Schulbildung ist. Andere Länder entscheiden sich für gründliche Impfkampagnen, die von den Gesundheitsdiensten durchgeführt werden. Informationen und Werbeaktionen in den Medien können ebenfalls ein nützliches Instrument für Impfkampagnen sein.

Definition und Abweichungen

Der Impfschutz bei Kindern bezieht sich auf zwei Messgrößen: den Prozentsatz der 1-Jährigen, die gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten (DTP) geimpft sind, und den Prozentsatz der 1-Jährigen, die gegen Masern geimpft sind. In einigen Ländern werden die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten getrennt verabreicht. In ein paar dieser Länder (Deutschland, Griechenland, Italien und Luxemburg) sind die Durchimpfungsraten für Keuchhusten indessen niedriger als für die beiden anderen Krankheiten. In diesem Fall beziehen sich die Zahlen auf die Tetanus- und Diphtherie-Impfungen.

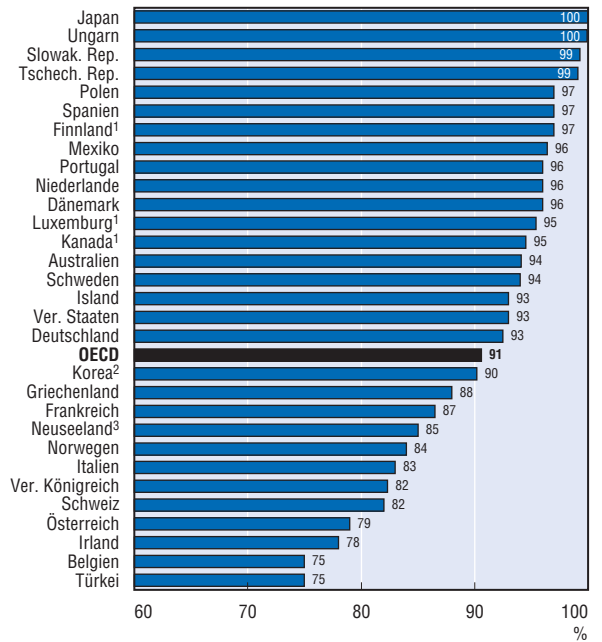
Das vorgesehene Alter für den vollen Impfschutz kann auf Grund unterschiedlicher Impfpolitiken ebenfalls von Land zu Land schwanken. Es liegt für Masern in Australien bei 2 Jahren, für DTP in Belgien bei 18-24 Monaten, in Kanada und Finnland bei 2 Jahren und in den Niederlanden bei 14-15 Monaten und für DTP sowie Masern in den Vereinigten Staaten bei 19-35 Monaten.

Abbildung 2.21. Durchimpfungsrate gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten bei Kleinkindern, 2003



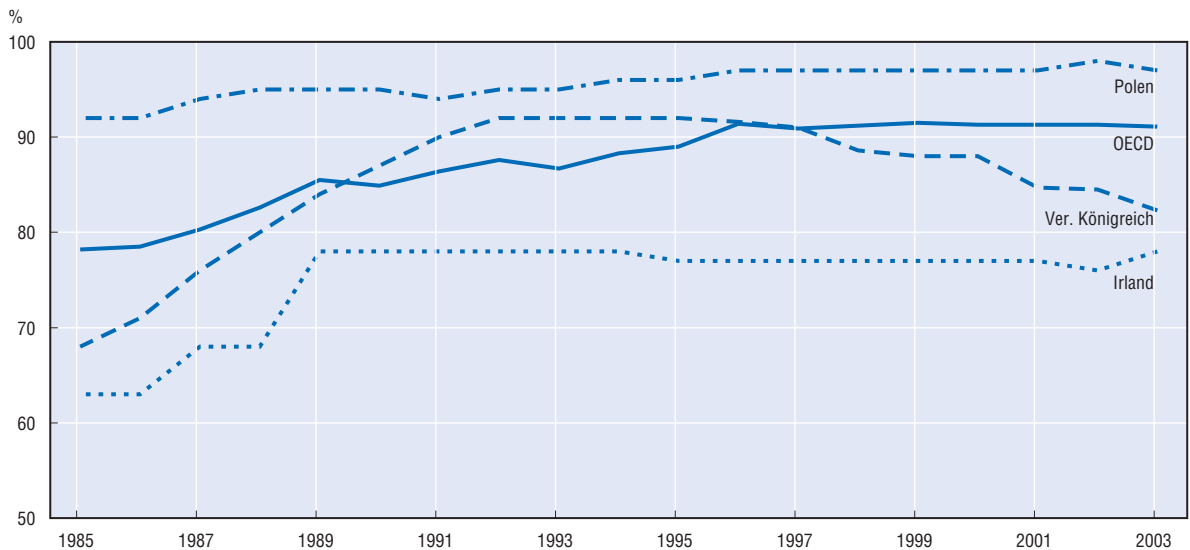
1. 2002.
2. 1999.
3. 2000.
4. 1998.

Abbildung 2.22. Durchimpfungsrate gegen Masern bei Kleinkindern, 2003



1. 2002.
2. 2000.
3. 1999.

Abbildung 2.23. Entwicklung der Durchimpfungsraten gegen Masern, 1985-2003



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/342542283438>

II.8. GRIPPEIMPFSCHUTZ BEI ÄLTEREN MENSCHEN

Im Laufe der letzten zehn Jahre hat sich die Grippeimpfung für ältere Menschen in den OECD-Ländern immer weiter durchgesetzt, um Krankheit, Hospitalisierung und Mortalität in dieser Bevölkerungsgruppe entgegenzuwirken, die im Fall von Grippeerkrankungen einem höheren Risiko ernster Komplikationen ausgesetzt ist. Jährliche Grippeimpfungen haben sich in den Vereinigten Staaten wie auch anderen Ländern als ein sicheres Mittel erwiesen, um die Gefahr von Krankheit, Hospitalisierung und Tod zu reduzieren (vgl. beispielsweise US Preventive Services Task Force, 1996).

2003 (oder im letzten Jahr, für das Daten vorliegen) schwankte die Durchimpfungsrate gegen Grippe in der älteren Bevölkerung in den Ländern, die entsprechende Daten vorlegten, zwischen unter 40% in der Tschechischen Republik, der Slowakischen Republik und Ungarn und über 75% in Australien, Korea und den Niederlanden (Abb. 2.24). In der Altersgruppe ab 65 Jahre betrug die Durchimpfungsrate in den meisten G7-Ländern über 60% (Frankreich, Italien, Kanada, Vereinigtes Königreich und Vereinigte Staaten), wobei Deutschland und Japan Ausnahmen bildeten, da dort weniger als 50% der älteren Bevölkerung angaben, 2003 gegen Grippe geimpft worden zu sein.

In allen Ländern, die Daten aus den vergangenen fünf bis zehn Jahren vorlegten, ist der Anteil der älteren Bevölkerung, der jährlich gegen Grippe geimpft wird, im Laufe der Zeit gestiegen (Abb. 2.25). Besonders deutlich war diese Entwicklung in den Niederlanden, wo die Durchimpfungsrate zwischen 1993 und 2003 von 37% auf 79% angewachsen ist. Dieser starke Anstieg war auf die Einführung alljährlicher landesweiter Impfkampagnen zurückzuführen, die sich auf Informationen in den Medien, Aktionen der Hausärzte zur Erinnerung besonders anfälliger Patienten an die Notwendigkeit der Grippeimpfung sowie auf die Rückerstattung der Impfkosten stützten. In Italien und der Schweiz ist die Grippeimpfquote in den vergangenen fünf Jahren ebenfalls deutlich gestiegen, wenngleich sie dort immer noch unter den Werten liegt, die in Australien, dem Vereinigten Königreich, Frankreich und den Vereinigten

Staaten verzeichnet werden, wo früher als in den meisten anderen OECD-Ländern groß angelegte Grippeimpfkampagnen für ältere Menschen gestartet wurden.

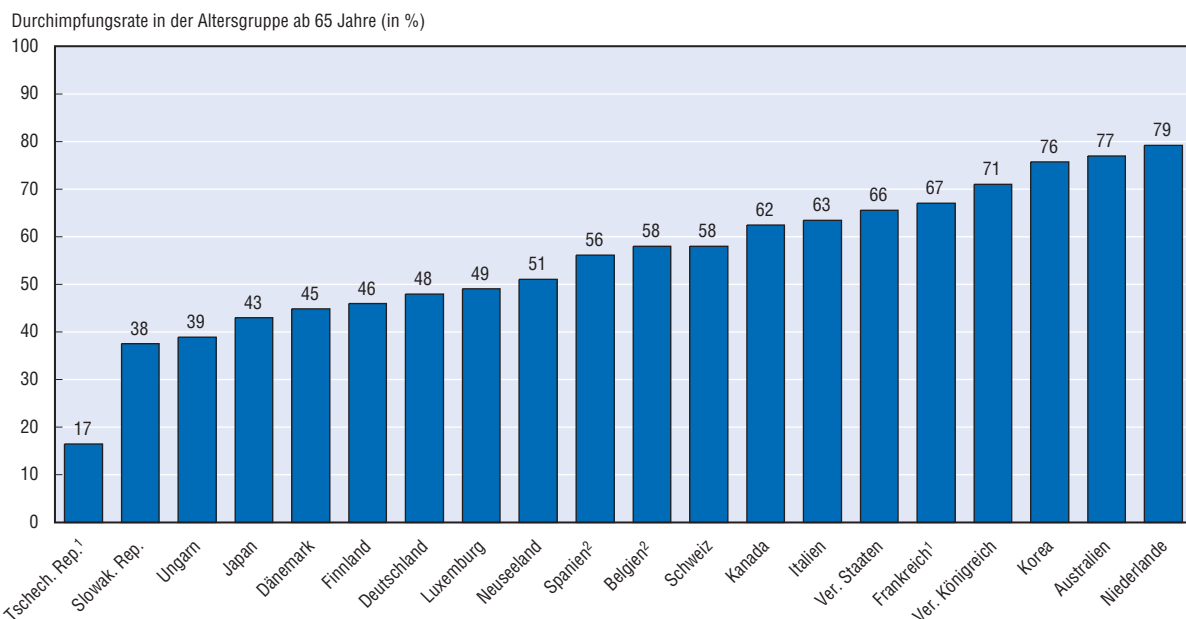
Eine Reihe von Faktoren trug zum Anstieg der Grippe-Durchimpfungsraten im OECD-Raum bei, darunter: die größere Akzeptanz der vorbeugenden Medizin bei Patienten und Ärzten, eine bessere Rückerstattung der Impfkosten durch die öffentliche Krankenversicherung und die Ausweitung der Gruppe der nicht ärztlichen Kräfte, die die Impfung verabreichen können (Singleton et al., 2000). Um die Durchimpfungsraten weiter zu erhöhen, müssen jedoch noch einige Hindernisse beseitigt werden. In den Vereinigten Staaten waren die beiden häufigsten Gründe, die für das Ausbleiben der Grippeimpfung genannt wurden, erstens fehlende Information über die Notwendigkeit der Impfung und zweitens Besorgnis über möglicherweise durch die Impfung hervorgerufene Grippeerkrankungen oder Nebenwirkungen (CDC, 2004). In manchen Jahren kann auch ein Mangel an Impfstoffen als Grund für die Nichtimpfung in den Vereinigten Staaten und anderen Ländern eine wichtige Rolle spielen.

Um den Impfschutz weiter auszudehnen, sind daher u.U. Eingriffe von Seiten der Politik erforderlich, insbesondere in Ländern, in denen die Durchimpfungsrate insgesamt oder in einigen Teilen der Bevölkerung ab 65 Jahre relativ niedrig ist. Denkbar wären Maßnahmen nach niederländischem Vorbild: auf Ebene der Bevölkerung wirksame Aktionen (z.B. Informationskampagnen in den Medien, um das Bewusstsein der Öffentlichkeit für die Notwendigkeit der Impfung zu schärfen und die Bedenken über ihre Sicherheit zu zerstreuen), auf Ebene des Einzelnen wirksame Maßnahmen wie z.B. Systeme zur Erinnerung der Patienten und Interventionen in der Primärversorgung mit dem Ziel, für die Ärzte die Anreize zur Aufklärung der Patienten über die Vorteile der Grippeimpfung zu erhöhen, sowie gesundheitspolitische Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zur Impfung in verschiedenen Lebensbereichen (Marshall et al., 2002; CDC, 2000).

Definition und Abweichungen

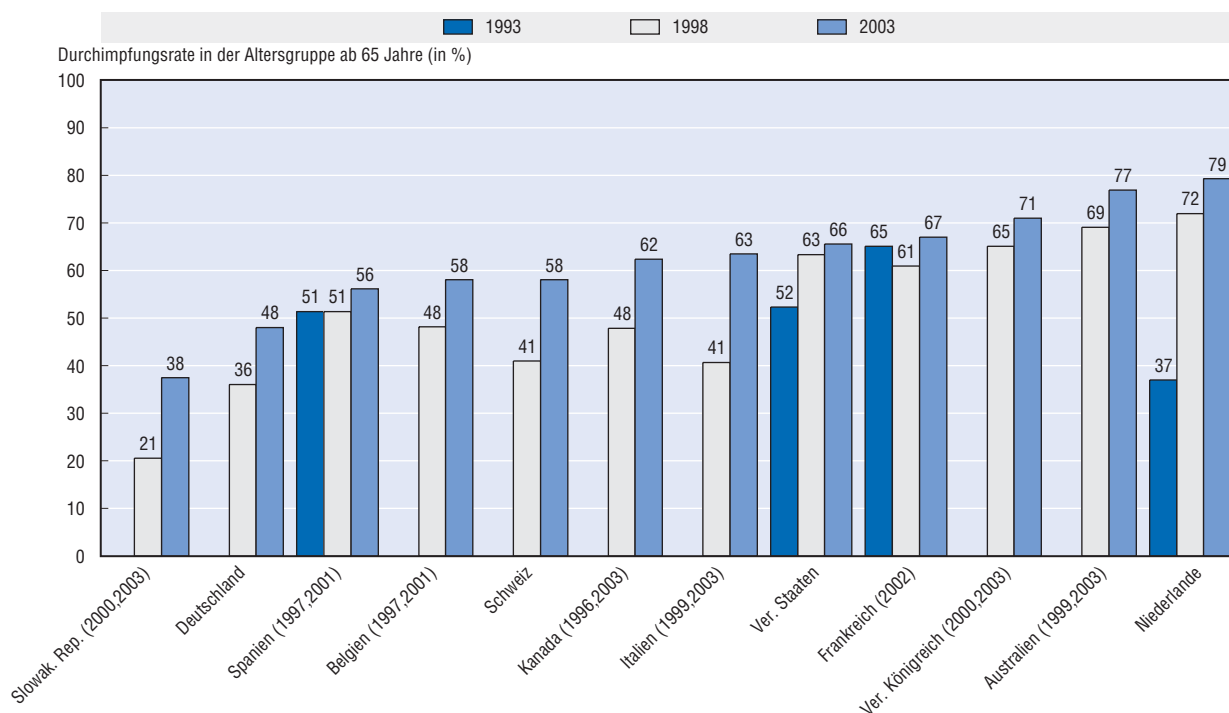
Die Grippe-Durchimpfungsrate entspricht dem Prozentsatz der Personen ab 65 Jahre, denen die jährliche Grippeimpfung verabreicht wurde, geteilt durch die Gesamtzahl der Angehörigen dieser Altersgruppe. Die Vergleichbarkeit der Daten wird hauptsächlich durch die Verwendung unterschiedlicher Datenquellen beschränkt, die verschiedenen Arten von Fehlern und Verzerrungen unterliegen können. In vielen Ländern stützen sich die Daten auf Umfrageergebnisse, so dass ihre Qualität durch unklare Erinnerungen beeinträchtigt sein kann. In einigen Ländern ist es ferner möglich, dass die in Heimen untergebrachte Altenpopulation nicht berücksichtigt ist. In anderen Ländern (z.B. Dänemark, Italien, Neuseeland, Ungarn und Vereinigtes Königreich) stammen die Daten aus administrativen Quellen, in denen u.U. nur die Impfungen erfasst sind, deren Zahlung über das jeweilige System abgewickelt wurde. Es ist nicht bekannt, in welchem Umfang der Einsatz von Verwaltungsdaten in einigen Ländern zu einer Verzerrung der angegebenen Durchimpfungsraten nach unten (oder oben) im Vergleich zu Ländern führt, die mit Umfragedaten arbeiten.

Abbildung 2.24. Grippeimpfschutz in der Altersgruppe ab 65 Jahre, 2003



1. 2002.
2. 2001.

Abbildung 2.25. Anstieg der Grippe-Durchimpfungsraten in der Altersgruppe ab 65 Jahre, 1993-2003



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/550750525867>

II.9. KRANKENHAUSFÄLLE

Die Krankenhaushäufigkeit ist eine wichtige Messgröße der Aktivität der Krankenhäuser. Allerdings kann mit ihr nur ein Teil der Krankenhaustätigkeit erfasst werden, weil Behandlungen, die keine Übernachtung im Krankenhaus erforderlich machen (Entlassung am selben Tag), in den meisten Ländern nicht in der Zahl der Krankenhaushäufigkeit enthalten sind. Außerdem sind bestehende Unterschiede beim Case-Mix (der Struktur der behandelten Pathologien) in der Krankenhaushäufigkeit nicht berücksichtigt.

Bei Ländervergleichen der Krankenhaushäufigkeit ist Vorsicht geboten, weil einige Länder am selben Tag wieder entlassene Patienten mitzählen, was in den meisten Ländern nicht geschieht. In den finnischen Daten sind auch die Überweisungen von einer Krankenhausabteilung in eine andere erfasst, die in den anderen Ländern nicht mitgerechnet werden (vgl. Kasten „Definition und Abweichungen“).

Erwartungsgemäß ist die Gesamtkrankenhaushäufigkeit in den Ländern, in denen am selben Tag wieder entlassene Fälle mitgezählt werden (Frankreich, Neuseeland, Österreich, Ungarn und Tschechische Republik), außer in den Vereinigten Staaten in der Regel höher als in Ländern, in denen diese Fälle nicht berücksichtigt werden (Abb. 2.26 und Tabelle A.2.13). Dies gilt auch für Finnland, wo die Überweisungen zwischen verschiedenen Krankenhausabteilungen eingerechnet werden. Unter den Ländern, die Entlassungen am selben Tag und Überweisungen in andere Krankenhausabteilungen *nicht* berücksichtigen, war die Krankenhaushäufigkeit im Vereinigten Königreich und in Deutschland am höchsten und in Mexiko, Portugal und der Türkei, gefolgt von Kanada und den Niederlanden, am niedrigsten.

In allen Ländern, in denen am selben Tag wieder entlassene Fälle mitgezählt werden, ist die Krankenhaushäufigkeit zwischen 1995 und 2002 gestiegen, wiederum mit Ausnahme der Vereinigten Staaten, wo sie relativ konstant geblieben ist (Abb. 2.27 und Tabelle A.2.13). Die Zunahme der Krankenhaushäufigkeit in diesen Ländern erklärt sich z.T. aus der wachsenden Zahl an Patienten, die ambulant behandelt wurden, sowie dem Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer der stationär behandelten Patienten (vgl. Abschnitt „Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus“).

In Ländern, in denen am selben Tag wieder entlassene Patienten nicht in der Zahl der Krankenhaushäufigkeit erfasst werden, zeichnet sich bei den Zeittrends kein einheitliches

Muster ab. In rund der Hälfte dieser Länder ist die Krankenhaushäufigkeit zwischen 1995 und 2002 zumindest geringfügig gestiegen. In einigen Ländern mit vergleichsweise niedrigem Ausgangsniveau im Jahr 1995 fiel dieser Anstieg besonders stark aus (z.B. in Korea und der Türkei). Auch in Deutschland, Griechenland, Norwegen und im Vereinigten Königreich wurde eine relativ deutliche Zunahme verzeichnet. In einer Reihe anderer Länder blieb die Krankenhaushäufigkeit zwischen 1995 und 2002 recht konstant (z.B. in Belgien, Finnland, Japan, Spanien), wohingegen sie in Kanada, den Niederlanden, Portugal und Schweden rückläufig war. Der in letzteren Ländern verzeichnete Rückgang der Krankenhaushäufigkeit deutet nicht zwangsläufig auf eine Abnahme der Krankenhausaktivität hin, da dem Rückgang der Zahl der stationär behandelten Patienten eine Zunahme der Zahl der ambulant behandelten Patienten gegenüberstehen kann.

Betrachtet man die Aufschlüsselung der Krankenhaushäufigkeit nach Diagnosekategorien, so waren die Hauptursachen für Krankhauseinweisungen im OECD-Raum 2002: Krankheiten des Kreislaufsystems (Herz-Kreislauf-Krankheiten), Krankheiten der Verdauungsorgane, äußere Einwirkung (z.B. Unfälle, tätliche Angriffe, Vergiftungen), Schwangerschaft und Entbindung sowie Krankheiten der Atmungsorgane (Abb. 2.28 und Tabelle A.2.14). Die Zahl der Krankenhaushäufigkeit wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten ist seit 1990 in mehreren Ländern gewachsen (Abb. 2.29), was zumindest z.T. auf die zunehmende Verbreitung neuer Behandlungsmethoden für Herzkrankheiten, wie z.B. Revaskularisationsverfahren, zurückzuführen ist (vgl. Abschnitt „Kardiovaskuläre Eingriffe“).

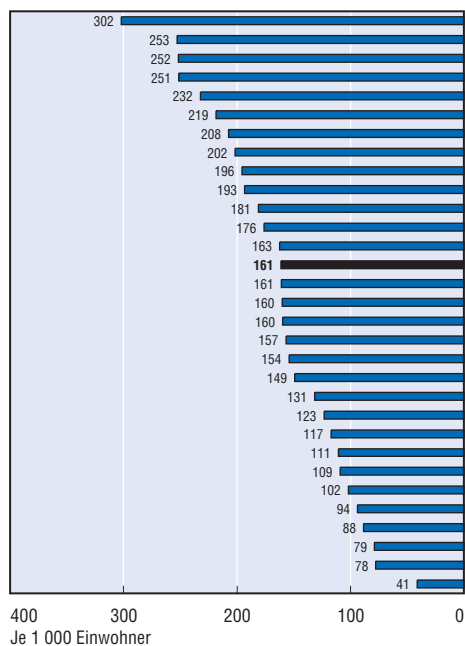
Ein überproportional hoher Teil der Krankenhaushäufigkeit entfällt in allen Ländern auf die älteren Bevölkerungsgruppen. In den Vereinigten Staaten handelte es sich 2002 bei 38% aller Krankenhaushäufigkeit um Menschen ab 65 Jahre, gegenüber 34% im Jahr 1990 (NCHS, 2004). Da der Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre im gleichen Zeitraum konstant geblieben ist, muss dieser Anstieg durch andere Faktoren bedingt sein, wie die Verbreitung neuer Behandlungsmethoden für bestimmte Krankheiten und den erleichterten Zugang zu Krankenhausversorgung für die fraglichen Bevölkerungsgruppen. Beispielsweise ist die Zahl der Krankenhausaufenthalte, bei denen mindestens eine Koronarbypassoperation oder eine Angioplastie bei Personen ab 75 Jahre vorgenommen wurde, in den Vereinigten Staaten zwischen 1991-1992 und 2001-2002 von 7,3 auf 12,4 je 1 000 Einwohner gestiegen (NCHS, 2004).

Definition und Abweichungen

Die Krankenhaushäufigkeit wird an der Zahl der Entlassungen von in Akutkrankenhäusern stationär behandelten Patienten gemessen. Normalerweise werden dabei auch die Sterbefälle erfasst; nicht berücksichtigt sind jedoch Personen, die am Tag der Einweisung wieder entlassen wurden (außer in Frankreich, Neuseeland, Österreich, der Tschechischen Republik, Ungarn und den Vereinigten Staaten, wo auch am selben Tag wieder entlassene Patienten mitgezählt werden). Überweisungen in andere Abteilungen derselben Einrichtung werden außer in Finnland im Allgemeinen nicht mitgerechnet.

Die Vergleichbarkeit der Daten zu den Krankenhaushäufigkeiten in den verschiedenen Ländern wird noch durch andere Faktoren beeinträchtigt. In einigen Ländern ist nicht der gesamte Gesundheitssektor erfasst. In Mexiko werden z.B. nur die öffentlichen Krankenhäuser berücksichtigt. Die Daten für Portugal beziehen sich nur auf die Krankenhäuser auf dem Festland (ohne Azoren und Madeira). In einigen Ländern werden Schwangerschaften und Entbindungen mitgerechnet, in anderen nicht. Die Informationsquellen können ebenfalls unterschiedlich sein, allerdings stammen die meisten Daten aus den Verwaltungsakten der Krankenhäuser.

Abbildung 2.26. Krankenhausfälle, je 1 000 Einwohner, 2002



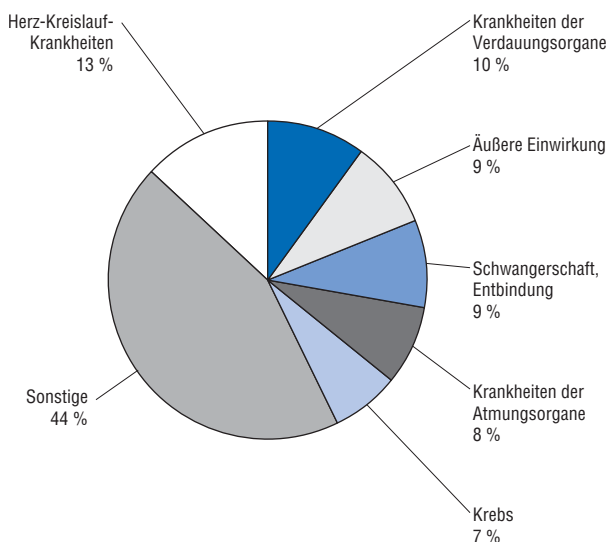
1. Einschließlich Tagesfälle.

2. Einschließlich Überweisungen zwischen verschiedenen Krankenhausabteilungen.

3. 2000.

4. 1999.

Abbildung 2.28. Krankenhausfälle nach Diagnosekategorie, OECD-Durchschnitt, 2002



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 2.27. Prozentuale Veränderung der Krankenhausfälle, je 1 000 Einwohner, 1995-2002

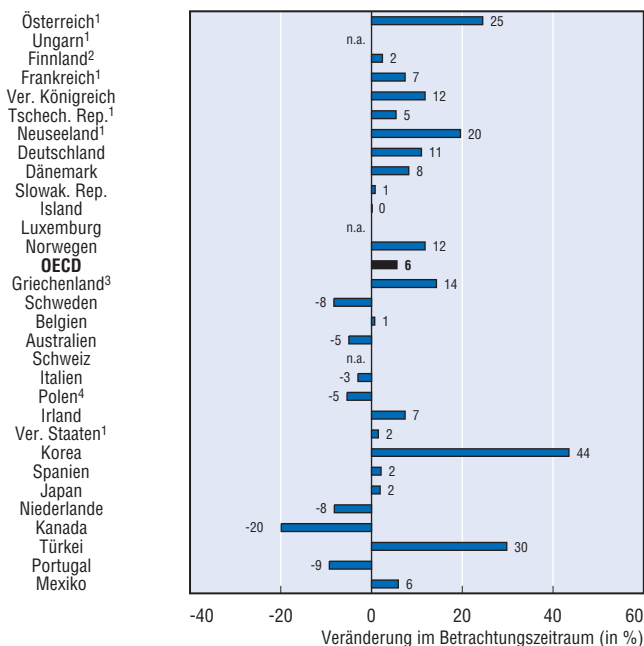
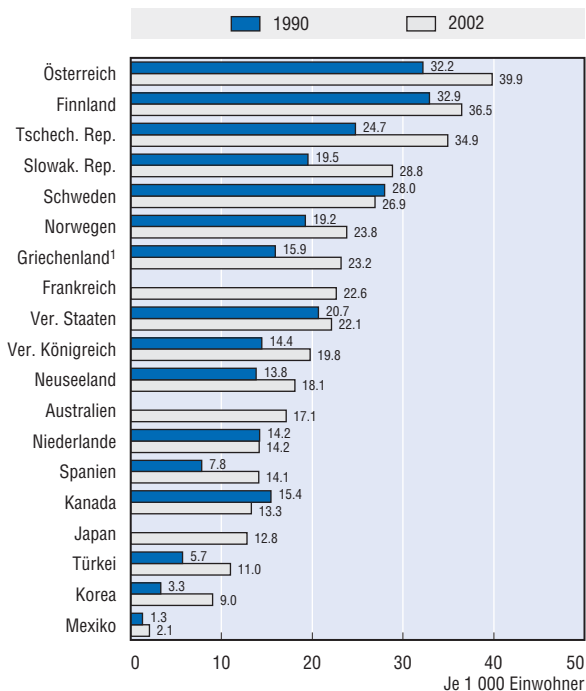


Abbildung 2.29. Krankenhausbehandlungen wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten, je 1 000 Einwohner, 1990 und 2002



1. 2000.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/162218727338>

II.10. DURCHSCHNITTLICHE VERWEILDAUER IM KRANKENHAUS

Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus wird häufig als Effizienzindikator angesehen. Bei sonst gleichen Bedingungen verringern sich bei einer kürzeren Verweildauer die Kosten je Krankheitsfall. Bei der Verwendung der Verweildauer als Indikator für die Leistungsfähigkeit ist jedoch Vorsicht geboten. Ein kürzerer Aufenthalt ist in der Tendenz leistungsintensiver, so dass die Kosten je Krankenhaustag höher sind. Ist die Verweildauer zu gering, kann dies außerdem negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand bzw. das Wohlbefinden und die Erholung des Patienten haben. Führt der Rückgang der Verweildauer zu einem Anstieg der Wiedereinweisungsraten, sinken die Kosten je Krankheitsfall u.U. nur geringfügig, wenn sie nicht sogar steigen.

Die durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung ist zwischen 1990 und 2002 in allen Ländern gesunken, für die konsistente Zeitreihendaten vorliegen (Abb. 2.30); eine Ausnahme bildet Kanada, wo sie zwischen 1994 und 2002 konstant geblieben ist. Der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer kann auf mehrere Faktoren zurückzuführen sein, darunter der Einsatz weniger invasiver chirurgischer Verfahren und der Ausbau von Programmen zur Förderung von Frühentlassungen, dank denen die Patienten im eigenen Heim weiterversorgt werden können. Im Durchschnitt der OECD-Länder ist die Verweildauer in der Akutversorgung zwischen 1990 und 2002 von 8,8 auf 6,7 Tage gesunken. Besonders deutlich fiel der während dieses Zeitraums verzeichnete Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer in Ländern aus, in denen sie 1990 noch relativ hoch war, so in Deutschland, der Schweiz, den Niederlanden, der Tschechischen Republik und Polen.

2002 waren zwischen den Ländern nach wie vor starke Unterschiede in Bezug auf die durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung festzustellen. In einer Reihe nordischer Länder (Dänemark, Finnland und Schweden) sowie in Mexiko war sie relativ gering (weniger als 5 Tage), während sie in Korea, Deutschland und der Schweiz relativ hoch war (über 9 Tage). In Korea war die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts durchgehend länger als im OECD-Durchschnitt, und sie hat im Zeitverlauf auch nicht wesentlich abgenommen. Die hohe durchschnittliche Verweildauer in Korea ist z.T. auf den Mangel an Betten für die Langzeitpflege zurückzuführen, der zur Folge hat, dass chronisch Kranke in eigentlich für die Akutbehandlung vorgesehenen Betten untergebracht werden (OECD, 2003b). Darüber hinaus könnten die koreanischen Krankenhäuser durch den raschen Anstieg der Bettenzahlen in den neunziger Jahren dazu veranlasst worden sein, die Aufenthaltsdauer der Patienten zu verlängern (vgl. Indikator „Krankenhausbetten“).

In Japan ist die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus, die sich 2002 und 2003 auf über 20 Tage belief, wesentlich länger als in allen anderen Ländern (in der Abbildung nicht dargestellt). Die Vergleichbarkeit der geschätzten durchschnittlichen Verweildauer in Japan ist jedoch begrenzt, weil der Begriff Akutversorgung dort weiter

definiert ist als in den meisten anderen OECD-Ländern (er umfasst beispielsweise auch Betten für die rehabilitative und palliative Behandlung). Die wesentlich höheren Verweildauern im Vergleich zu den anderen Ländern lassen sich jedoch nicht in vollem Umfang durch die unterschiedliche Begriffsabgrenzung erklären. Wie in Korea auch könnten sich die Krankenhäuser durch das reichliche Bettenangebot in den neunziger Jahren veranlasst gesehen haben, die Bettenauslastung zu erhöhen, indem sie die Patienten länger dabehielten (Jeong, 1994).

Durch die Betrachtung der durchschnittlichen Verweildauern für bestimmte Pathologien ist es möglich, einen Teil der Heterogenität auszuschalten, die aus den möglicherweise bestehenden Unterschieden bei Case-Mix und Schweregrad der in den einzelnen Ländern in der Akutversorgung behandelten Pathologien resultiert. Abb. 2.32 zeigt, dass die durchschnittliche Verweildauer nach einer normalen Entbindung im Ländervergleich stark variieren kann. Am geringsten ist sie in Mexiko und der Türkei, gefolgt von den Vereinigten Staaten, dem Vereinigten Königreich, Kanada und Neuseeland, wo die durchschnittliche Verweildauer nach einer normalen Entbindung rd. 2 Tage beträgt. Am höchsten ist sie (mit 5,5 Tagen oder mehr) in der Slowakischen Republik, Ungarn, der Schweiz, der Tschechischen Republik und Österreich. Der Durchschnitt lag 2002 für eine Gruppe von 22 OECD-Ländern bei 3,6 Tagen, gegenüber 4,8 Tagen im Jahr 1990. In allen Ländern hat die durchschnittliche Verweildauer nach einer normalen Entbindung im Verlauf des vergangenen Jahrzehnts abgenommen (Tabelle A.2.16). In einigen Ländern ist die Verweildauer in der Entbindungsstation zu einem Streitpunkt geworden, weil Bedenken über möglicherweise verfrühte Entlassungen aufgekommen sind.

Auch die durchschnittliche Verweildauer nach einem akuten Myokardinfarkt (Herzinfarkt) war in allen Ländern, die konsistente Trenddaten vorlegten, in den letzten Jahrzehnten rückläufig. 2002 war die durchschnittliche Verweildauer nach einem Myokardinfarkt in den Vereinigten Staaten mit 5,6 Tagen am geringsten, gefolgt von mehreren nordischen Ländern (Dänemark, Schweden, Norwegen und Island) sowie Australien, wo sie weniger als 7 Tage betrug. In Finnland, Österreich, Irland und Deutschland belief sich die durchschnittliche Verweildauer nach einem Myokardinfarkt demgegenüber auf über 10 Tage (Abb. 2.31). Bei solchen Ländervergleichen ist jedoch Vorsicht geboten, weil unter den Myokardinfarktpatienten in einigen Ländern, wie z.B. Finnland, auch Personen gezählt werden, die wegen eines solchen Infarkts eingeliefert wurden, aber keine Akutbehandlung mehr erhalten und somit als Langzeitpatienten betrachtet werden können (Moïse et al., 2003).

Der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauern hat sich auch bei einer Reihe anderer wichtiger Pathologien, die einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machen, wie zerebrovaskuläre Krankheiten, Lungenentzündung und Grippe, in fast allen Ländern verringert (Tabelle A.2.16).

Definition und Abweichungen

Die durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung bezieht sich auf die durchschnittliche Zahl der Tage (mit Übernachtung), die die Patienten in Einrichtungen der stationären Akutbehandlung verbringen. Sie wird im Allgemeinen berechnet, indem die jährliche Gesamtzahl der Krankenhaustage aller Patienten in der Akutversorgung durch die Zahl der Krankheitsfälle dividiert wird.

Die vorgeschlagene Definition der Akutbehandlung umfasst alle Leistungsarten, die im Rahmen der „kurativen Behandlung“ gemäß der Definition des Handbuchs zum System of Health Accounts (OECD, 2000a) erbracht werden. Zwischen den Ländern bestehen jedoch Unterschiede in Bezug auf die der Akutbehandlung zugerechneten Leistungsarten, die die Vergleichbarkeit beeinträchtigen (z.B. bei der Zuordnung der Betten für Rehabilitation, palliative Behandlung und Langzeitpflege). Bei der Interpretation von Ländervergleichen ist daher Vorsicht geboten.

II.10. DURCHSCHNITTLICHE VERWEILDAUER IM KRANKENHAUS

Abbildung 2.30. Durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung, 1990 und 2002

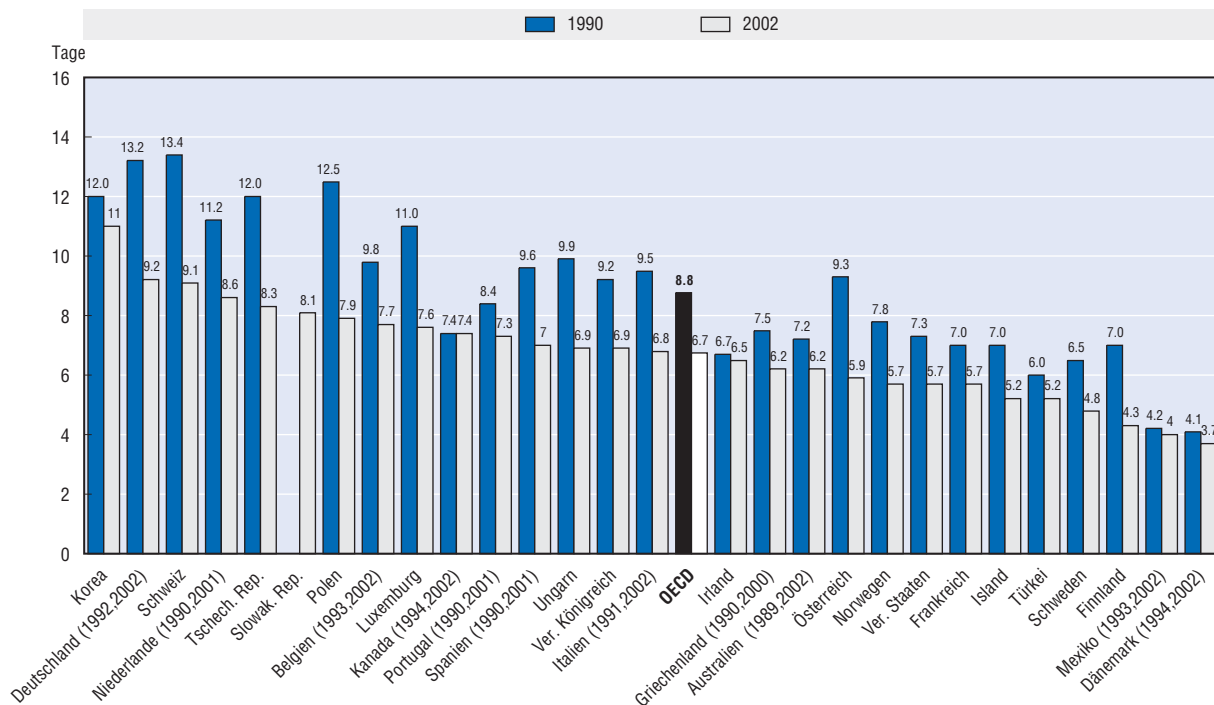


Abbildung 2.31. Durchschnittliche Verweildauer nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI), 2002

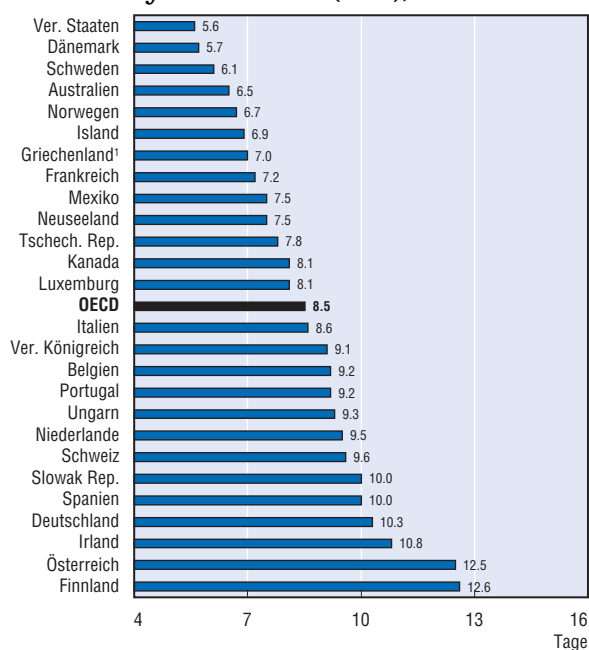
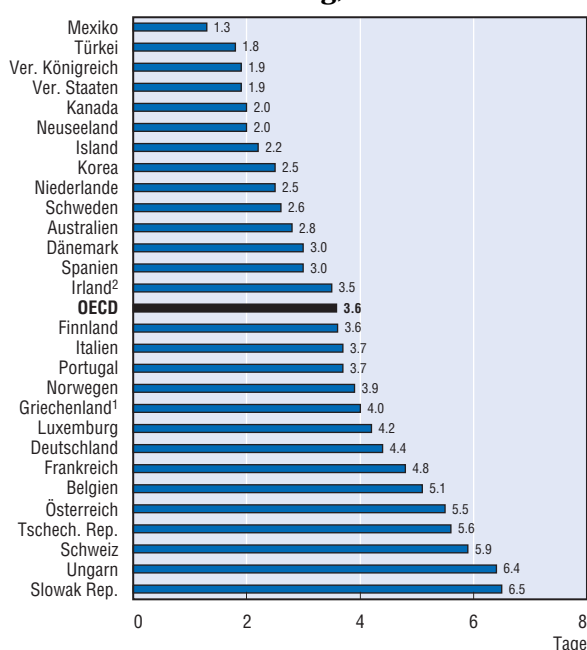


Abbildung 2.32. Durchschnittliche Verweildauer nach einer normalen Entbindung, 2002



1. 2000.

2. 2001.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/733336861558>

II.11. KARDIOVASKULÄRE EINGRIFFE

Herzkrankheiten gehören im OECD-Raum zu den wichtigsten Hospitalisierungs- und Todesursachen (vgl. Indikator „Herz-Kreislauf-Krankheiten“). Koronararterienbypass-Operationen (CABG) und Koronarangioplastien (PTCA für perkutane transluminale Koronarangioplastie) sind zwei Revaskularisationsverfahren, die die Behandlung von Herzkrankheiten im Laufe der letzten Jahrzehnte revolutioniert haben.

Zwischen den verschiedenen Ländern bestehen erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit sowohl von Koronarbypassoperationen als auch von Koronarangioplastien (Abb. 2.33 und 2.34). In den Vereinigten Staaten werden diese beiden Verfahren am häufigsten eingesetzt: 2003 kamen dort 161 Koronarbypassoperationen und 426 Angioplastien auf 100 000 Einwohner. An zweiter Stelle nach den Vereinigten Staaten folgt Belgien, wo beide Verfahren ebenfalls häufig eingesetzt werden, wiederum gefolgt von Ungarn und Kanada bei den Koronarbypassoperationen sowie Deutschland und Island bei den Angioplastien. In Mexiko wurden demgegenüber 2003 nur zwei Koronarbypassoperationen und eine Koronarangioplastie je 100 000 Einwohner vorgenommen. In Spanien und Portugal werden beide Eingriffe den Angaben zufolge ebenfalls nur relativ selten durchgeführt (die Daten für Spanien beziehen sich allerdings nur auf die öffentlichen Krankenhäuser, in Privatkliniken vorgenommene Operationen wurden nicht erfasst).

Der Einsatz von Koronarangioplastien hat sich in den letzten zehn Jahren in den meisten OECD-Ländern rasch verbreitet (Tabelle A.2.17). Die Entwicklung der Koronarstents – Metalldrahtnetze, durch die die Wahrscheinlichkeit eines Gefäßverschlusses nach einer Angioplastie erheblich verringert werden kann – war der ausschlaggebende Faktor dafür, dass die Koronarangioplastie den Koronarbypass als am häufigsten eingesetztes Revaskularisationsverfahren ablöste (Moïse, 2003). Die Koronarangioplastie begann Mitte der neunziger Jahre als Ersatz für den Koronarbypass genutzt zu werden, etwa zur gleichen Zeit, als die ersten Versuchsdaten zur Wirksamkeit der Stents veröffentlicht wurden. Dies hatte zur Folge, dass die Häufigkeit von Koronarbypassoperationen in den letzten Jahren in einigen Ländern (z.B. Australien, Kanada, Deutschland und Vereinigte Staaten) effektiv abgenommen hat.

Wie aus Abb. 2.35 ersichtlich, bestehen zwischen der Häufigkeit des Einsatzes dieser beiden Revaskularisations-

verfahren (Koronarbypass und Angioplastie zusammen) und der Inzidenz von Herzkrankheiten (gemessen an der altersstandardisierten Todesrate auf Grund ischämischer Herzkrankheiten) große Diskrepanzen zwischen den Ländern. Diese Unterschiede legen den Schluss nahe, dass die Zahl der durch Herzkrankheiten bedingten Todesfälle in einigen Ländern wahrscheinlich verringert werden könnte, wenn mehr Eingriffe durchgeführt würden, wohingegen in anderen Ländern wahrscheinlich Eingriffe vorgenommen werden, die wenig zur Senkung der Mortalität beitragen.

Trotz der in klinischen Versuchen nachgewiesenen Wirksamkeit von Revaskularisationsverfahren zur Behandlung der ischämischen Herzkrankheit (KHK) ist nicht klar, inwieweit der verstärkte Einsatz solcher Verfahren zur Senkung der KHK-Mortalität beigetragen hat. Das WHO-MONICA-Projekt zeigte, dass Verbesserungen in der akuten Koronarbehandlung beim Rückgang der KHK-Mortalität eine wichtige Rolle spielten (Tunstall-Pedoe et al., 2000). Auf der aggregierten Ebene sind die Todesraten bei Herzkrankheiten jedoch in Ländern wie Australien und Kanada niedriger als in den Vereinigten Staaten, dem OECD-Land, in dem Revaskularisationsverfahren am häufigsten eingesetzt werden – die entsprechende Rate ist fast dreimal so hoch wie in Australien und Kanada. Die Häufigkeit des Einsatzes von Revaskularisationsverfahren ist in den Vereinigten Staaten auch schneller gestiegen als in Australien und Kanada, ohne dass dies mit einem stärkeren Rückgang der KHK-Mortalität verbunden gewesen wäre (Moïse, 2003; Moïse et al., 2003).

Eine neuere Studie aus Finnland ergab, dass die Behandlung mit Betablockern (einem relativ billigen Arzneimittel) offenbar einer der wichtigsten Erklärungsfaktoren für regionale Unterschiede bei der Mortalität ein Jahr nach Herzinfarkten ist. Unterschiede bei der Häufigkeit des Einsatzes von Koronarbypassoperationen und Koronarangioplastien, den Gesamtkosten der Behandlung von Herzkrankheiten oder der Zahl der Kardiologen stehen anscheinend nicht direkt mit den Todesraten in Zusammenhang (Häkkinen et al., 2004). Cutler und Huckman (2003) zufolge dürfte der Vorteil von PTCA im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden allerdings weniger in einer deutlichen Senkung der Mortalität als vielmehr in einer Erhöhung der Lebensqualität der Patienten zum Ausdruck kommen.

Definition und Abweichungen

Eine Koronarbypassoperation (CABG) ist ein Eingriff, bei dem der Blutfluss durch ein transplantiertes Gefäßstück um eine blockierte Arterie herum geleitet wird. Es kann sein, dass bei einer solchen Operation nur eine blockierte Arterie überbrückt wird, häufiger ist jedoch der Mehrfachbypass. Bei einer Koronarangioplastie (perkutane transluminale Koronarangioplastie oder PTCA) wird ein Ballonkatheter über einen Führungsdraht, zumeist ausgehend von der Femoralarterie im Bein, durch das Arteriensystem bis in das verengte Herzkranzgefäß gezogen. Dort wird der Ballon dann gefüllt, um das verengte Gefäß aufzudehnen. Häufig wird ein Stent als Gefäßstütze eingesetzt, um sicherzustellen, dass sich die Arterie nicht wieder verschließt.

Die Daten beziehen sich auf die Zahl der stationären Eingriffe, wobei normalerweise alle Eingriffe während des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten gezählt werden (allerdings wird in einigen Ländern u.U. nur der *Haupteingriff* oder die Zahl der *Patienten* erfasst, an denen entsprechende Eingriffe vorgenommen werden). Nicht berücksichtigt sind in den Daten ambulante Koronarangioplastien (auf die in vielen Ländern ein wachsender Teil der Gesamtaktivität entfällt).

Abbildung 2.33. **Koronarbypassoperationen, je 100 000 Einwohner, 2003**

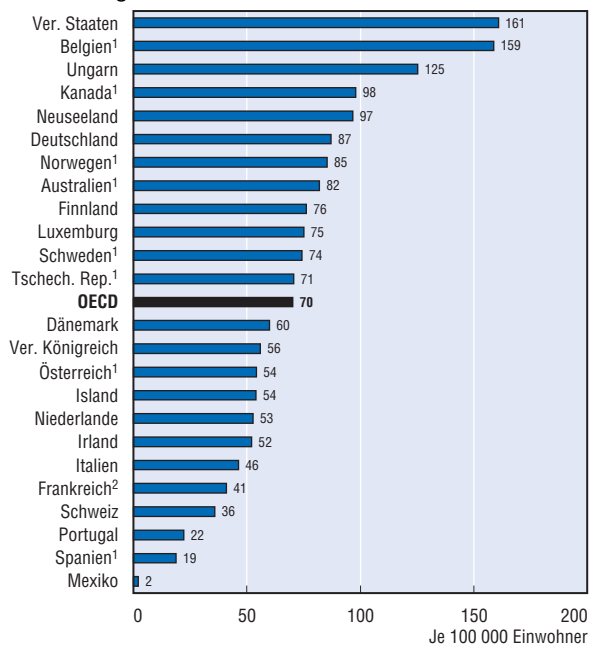
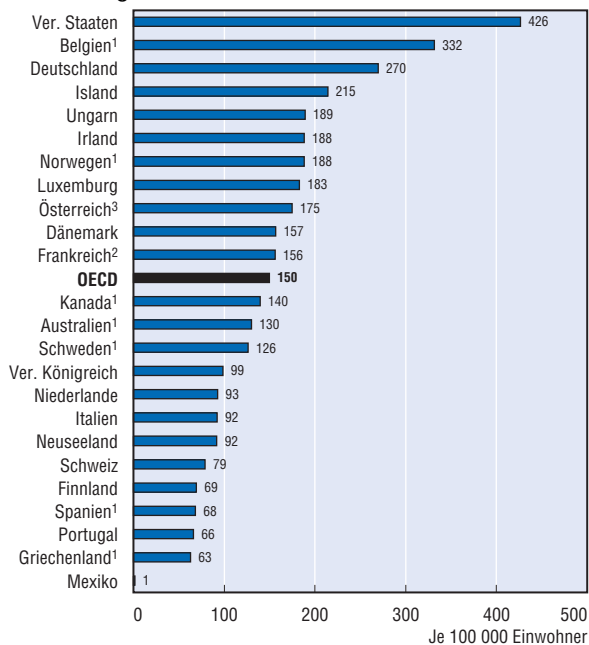
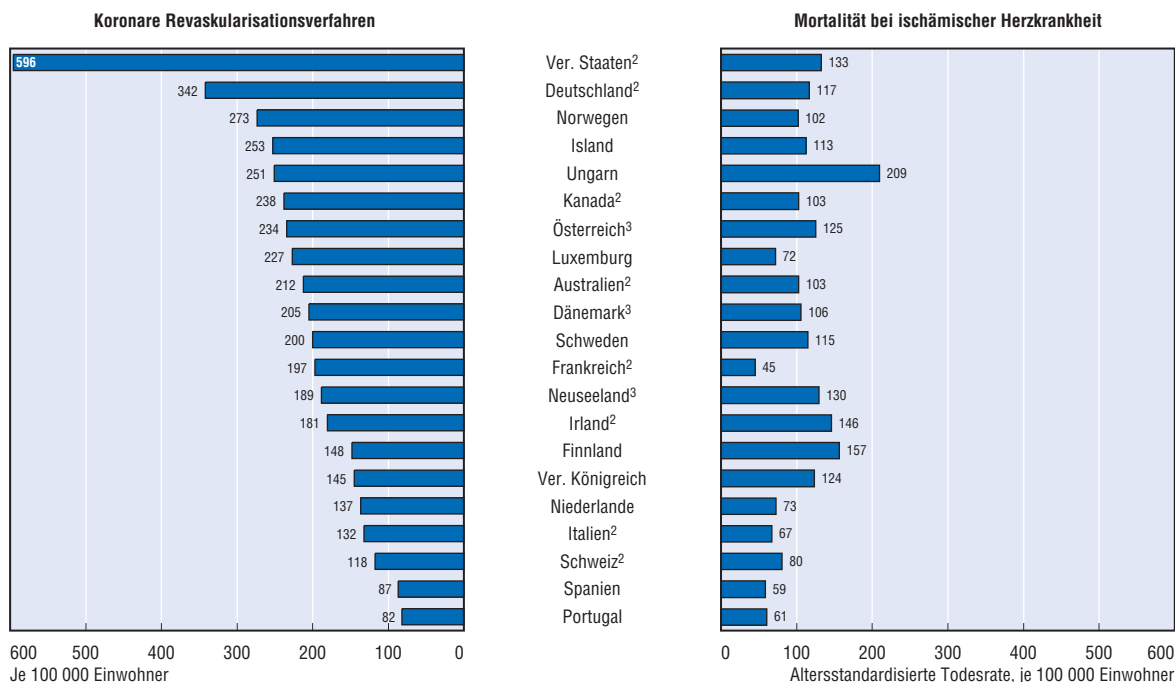


Abbildung 2.34. **Koronarangioplastien, je 100 000 Einwohner, 2003**



1. 2002.
2. 2001.
3. 2000.

Abbildung 2.35. **Koronare Revaskularisationsverfahren¹ und Mortalität bei ischämischer Herzkrankheit, 2002**



1. Koronarbypassoperationen (CABG) und Koronarangioplastien (PTCA).
2. 2001.
3. 2000.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/073366062034>

II.12. KAISERSCHNITTE

Die Kaiserschnitttrate (in Prozent der Gesamtzahl der Geburten) hat im Laufe des vergangenen Jahrzehnts in allen OECD-Ländern zugenommen. Dies wirft die Frage auf, ob die Kosten solcher Eingriffe in manchen Fällen nicht deutlich höher sind als die mit ihnen verbundenen Vorteile für Mutter und Kind, vor allem wenn diese Eingriffe nicht medizinisch indiziert sind. Es gibt eine Reihe zur Genüge bekannter Risikofaktoren, bei deren Vorhandensein ein Kaiserschnitt angezeigt ist, darunter das Alter der Mutter, Mehrfachentbindungen, eine vorherige Entbindung mit Kaiserschnitt oder eine verlängerte Schwangerschaft. Wenngleich die Häufigkeit einiger dieser Risikofaktoren im Zeitverlauf zugenommen haben könnte, scheint der Anstieg der Kaiserschnitttrate doch auch durch Veränderungen in der Arbeitsweise des Gesundheitspersonals und den Präferenzen der Patientinnen bedingt zu sein.

2002 waren beim Anteil der Kaiserschnitte an der Gesamtzahl der Lebendgeburten im OECD-Vergleich sehr große Unterschiede festzustellen (Abb. 2.36). Er schwankte zwischen rd. 14-18% in den Niederlanden, der Tschechischen Republik, der Slowakischen Republik, den nordischen Ländern sowie Frankreich und über 33% in Korea, Italien und Mexiko. Auch in Portugal, Australien und den Vereinigten Staaten lagen die Kaiserschnitttraten wesentlich über dem Durchschnitt. In Korea konnte die hohe Kaiserschnitttrate zumindest teilweise darauf zurückgeführt werden, dass die Honorare für Kaiserschnitte dort höher sind als für normale Entbindungen (OECD, 2003b). In Italien lassen konkrete Beobachtungen darauf schließen, dass die höheren Kaiserschnitttraten mit veränderten Präferenzen der Patientinnen (denen z.T. die irrtümliche Annahme zu Grunde liegt, Kaiserschnitte seien generell sicherer als normale Entbindungen) wie auch in der Arbeitspraxis der Ärzte zusammenhängen (Kaiserschnitte sind weniger zeitaufwendig und können im Voraus geplant werden). In Mexiko hat es zudem allgemein den Anschein, dass zu viele Kaiserschnitte vorgenommen werden, häufig ohne jegliche medizinische Indikation. Die Kaiserschnitttrate ist in Mexiko im privaten Sektor höher als im öffentlichen, was auf das Vorhandensein starker finanzieller Anreize zur

Durchführung geplanter Kaiserschnitte im privaten Sektor hindeutet (Secretaria de Salud, 2003).

Die Kaiserschnitttraten haben in allen OECD-Ländern im Zeitverlauf zugenommen, und in einigen Fällen vollzog sich dieser Anstieg sehr rasch (Abb. 2.37). Im Durchschnitt einer einheitlichen OECD-Ländergruppe handelte es sich 1990 bei 13% aller Entbindungen um Kaiserschnitte; 2002 war dieser Anteil auf 21% angewachsen. Besonders hoch war die Steigerungsrate seit 1990 in Ländern wie Italien, Australien, Neuseeland, Irland und dem Vereinigten Königreich. In den nordischen Ländern verlief die Entwicklung demgegenüber wesentlich langsamer, allerdings gibt es Anzeichen dafür, dass die Kaiserschnitttrate in den letzten Jahren auch in Dänemark, Schweden und Norwegen rasch zugenommen hat.

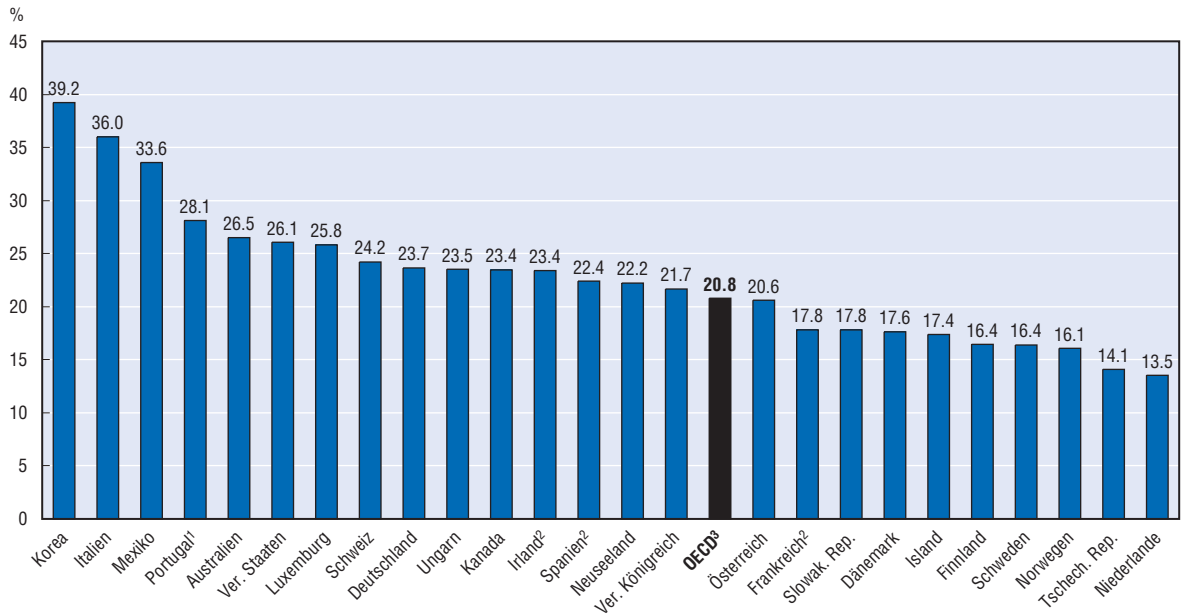
In einer neueren Studie von Declercq und Mitarbeitern (2005) wurde der zwischen 1996 und 2001 in den Vereinigten Staaten verzeichnete Anstieg der Kaiserschnitttraten unter Berücksichtigung der wichtigsten Risikofaktoren analysiert, so dass die Kategorie der Kaiserschnitte „ohne Risikoindikation“ gesondert untersucht werden konnte (Frauen, die nach einer normalen Schwangerschaft nur ein Kind zur Welt bringen, bei denen niemals zuvor ein Kaiserschnitt vorgenommen wurde, bei denen laut den Angaben keine medizinischen Risikofaktoren vorliegen und in den Geburtsunterlagen keine Komplikationen während der Wehen oder der Entbindung vermerkt sind). Die Studie ergab, dass der Prozentsatz solcher erster Kaiserschnitte „ohne Risikoindikation“ zwischen 1996 und 2001 von 3,6% auf 5,5% gestiegen ist.

Wenngleich immer noch ein gewisses Maß an Uneinigkeit über die relativen Vorteile der normalen Entbindung im Vergleich zu möglicherweise unnötigen Kaiserschnitten herrscht, belegt die Mehrzahl der vorliegenden Daten doch, dass Kaiserschnitte tendenziell mit mehr gesundheitlichen Problemen bei Mutter und Kind verbunden sind (Bewley und Cockburn, 2002). Bei unnötigen Kaiserschnitten werden somit kostspielige Eingriffe mit höheren Risiken vorgenommen.

Definition und Abweichungen

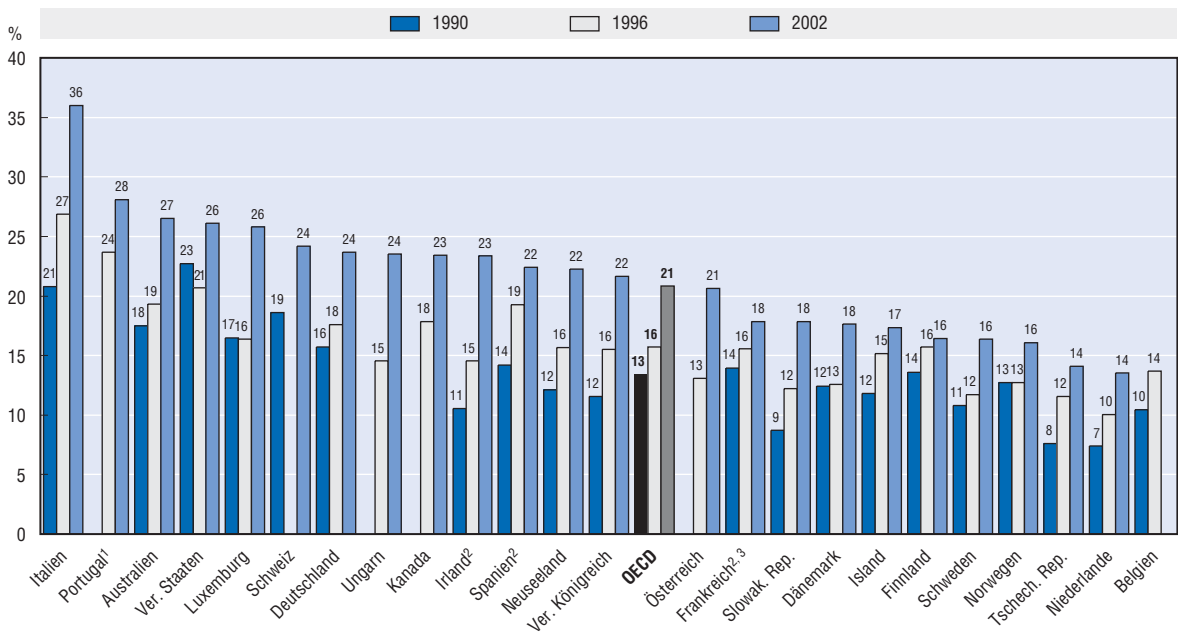
Die Kaiserschnitttrate ist die Zahl der Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten. In Portugal wird im Nenner nur die Zahl der Lebendgeburten in öffentlichen Krankenhäusern in Festland-Portugal berücksichtigt (weshalb die Kaiserschnitttrate zu hoch ausgewiesen ist).

Abbildung 2.36. Kaiserschnitte, je 100 Lebendgeburten, 2002



1. In Portugal werden nur die Geburten in öffentlichen Krankenhäusern (in Festland-Portugal) berücksichtigt, was zu einer Überzeichnung der Kaiserschnittsraten führt.
2. 2001.
3. Der OECD-Durchschnitt ist der konsistente Durchschnitt einer einheitlichen Ländergruppe (Tabelle A.2.18).

Abbildung 2.37. Anstieg der Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 1990-2002



1. In Portugal werden nur die Geburten in öffentlichen Krankenhäusern (in Festland-Portugal) berücksichtigt, was zu einer Überzeichnung der Kaiserschnittsraten führt.
2. 2001.
3. 1997.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/476206301786>

II.13. KATARAKTOPERATIONEN, AMBULANT UND STATIONÄR

In den letzten zwanzig Jahren ist die Zahl der ambulant vorgenommenen chirurgischen Eingriffe (auch Tagesfälle genannt) im OECD-Raum stetig gestiegen. Möglich war dieser Anstieg dank technologischer Fortschritte in der Medizin, namentlich der zunehmenden Verbreitung weniger invasiver chirurgischer Verfahren und der Verbesserung der Anästhesiepraxis. Diese Innovationen bringen nicht nur Vorteile für die Patienten, sondern können auch zur Verringerung der Kosten je Eingriff beitragen (durch die Verkürzung der Verweildauer). Allerdings kann die Entwicklung der ambulanten Chirurgie auch zu einer Expansion der chirurgischen Tätigkeit führen, weshalb die Auswirkungen auf die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung jeweils vom relativen Ausmaß der Veränderung der Kosten je Eingriff und des Volumens der Eingriffe abhängen.

Kataraktoperationen sind in einigen OECD-Ländern (z.B. Kanada, Belgien und Frankreich) inzwischen der am häufigsten vorgenommene chirurgische Eingriff. Sie liefern ein gutes Beispiel für eine in großer Zahl durchgeführte Operation, die heute in vielen OECD-Ländern hauptsächlich ambulant erfolgt.

2003 (bzw. im letzten Jahr, für das Daten vorliegen) waren in den Ländern, die komplette Datenreihen zu stationären und ambulanten Eingriffen vorlegten, große Unterschiede bei der Zahl der Kataraktoperationen im Verhältnis zur Einwohnerzahl festzustellen (Abb. 2.38). Die Raten schwanken zwischen nur 48 Kataraktoperationen je 100 000 Einwohner in Mexiko und über 1 300 je 100 000 Einwohner in Kanada und Belgien. Die im Ländervergleich festzustellenden Unterschiede können jedoch z.T. auf abweichende Berichtspraktiken für Kataraktoperationen zurückzuführen sein (vgl. Kasten „Definition und Abweichungen“). Weitere mögliche Gründe für die zwischen den Ländern feststellbaren Unterschiede sind Nachfragefaktoren (z.B. eine ältere Bevölkerungsstruktur) und Angebotsfaktoren (z.B.

größere Kapazitäten zur ambulanten oder stationären Durchführung der Operationen).

Bei Betrachtung der Zeittrends zeigt sich, dass der in den letzten Jahren verzeichnete Anstieg des Volumens der Kataraktoperationen in den meisten Ländern fast ausschließlich auf eine Zunahme der ambulanten Eingriffe zurückzuführen war. In vielen Ländern, darunter Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, die Niederlande und das Vereinigte Königreich, überstieg das Wachstum der ambulanten Eingriffe während der letzten rund fünf Jahre die Abnahme der Kataraktoperationen, bei denen ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig war. Dies lässt vermuten, dass die Entwicklung der ambulanten Chirurgie in diesen Ländern sowohl einen „Substitutionseffekt“ (Ersatz stationärer Behandlungen) als auch einen „Expansionseffekt“ hatte (Zunahme des Gesamtvolumens).

In den meisten Ländern wird der Großteil der Kataraktoperationen heute ambulant vorgenommen. In Kanada (99%), Finnland, Dänemark, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich, Neuseeland und Australien ist dies für mindestens 90% der Kataraktoperationen der Fall (Abb. 2.39). In Luxemburg, Frankreich, Irland und Portugal ist der Anteil der ambulanten Kataraktoperationen hingegen immer noch niedriger. In dieser Ländergruppe sind über 50% der Kataraktoperationen nach wie vor mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden, was den Schluss nahe legt, dass sich weitere Effizienzsteigerungen erzielen ließen. In Frankreich war die Dauer des Krankenhausaufenthalts nach einer Kataraktoperation im Jahr 1999 häufig sehr kurz (1 oder 2 Tage), weshalb dort ein großes Potenzial für die Entwicklung der ambulanten Chirurgie vorhanden sein könnte. Schätzungen zufolge hätte in Frankreich eine ambulante Operationsrate von 77-90% erreicht werden können, wenn alle Patienten, bei denen keine medizinischen Gegenanzeigen vorlagen, 1999 ambulant behandelt worden wären (Sourty Le Gellec, 2001).

Definition und Abweichungen

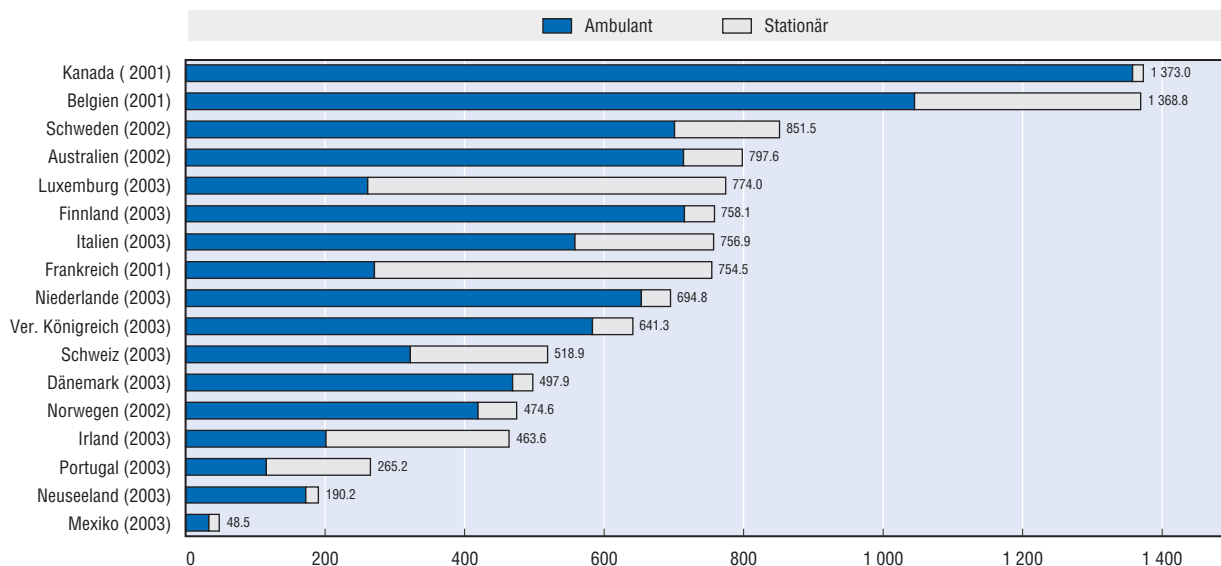
Bei Kataraktoperationen wird die Augenlinse (wegen des Vorhandenseins von Katarakten, die zu einer teilweisen oder vollständigen Eintrübung der Linse führen) entfernt und durch eine künstliche Linse ersetzt.

Ambulante Eingriffe (bzw. Tagesfälle) betreffen Patienten, bei denen eine (üblicherweise elektive, nicht durch einen Notfall bedingte) Operation in einer dafür bestimmten chirurgischen Einrichtung (in einem Krankenhaus oder einer Klinik) durchgeführt wird und die noch am selben Tag wieder entlassen werden. Stationäre Operationen beziehen sich auf Patienten, bei denen ein chirurgischer Eingriff vorgenommen wird und die danach wenigstens eine Nacht in der jeweiligen Gesundheitseinrichtung verbringen.

In einigen Ländern ist die Erfassung der Tagesfälle in den derzeitigen Gesundheitssystemen noch unvollständig, vor allem wenn die Eingriffe ambulant und nicht in Krankenhäusern (sondern z.B. in Privatkliniken) vorgenommen werden. Außerdem können zwischen den Ländern Unterschiede bei der verwaltungsmäßigen Verbuchung der Kataraktoperationen bestehen (die beispielsweise als eine einzige Operation oder als zwei getrennte Eingriffe – Entfernen der Linse und Einsetzen der künstlichen Linse – gezählt werden können). Daher ist bei Ländervergleichen der vorliegenden Daten Vorsicht geboten.

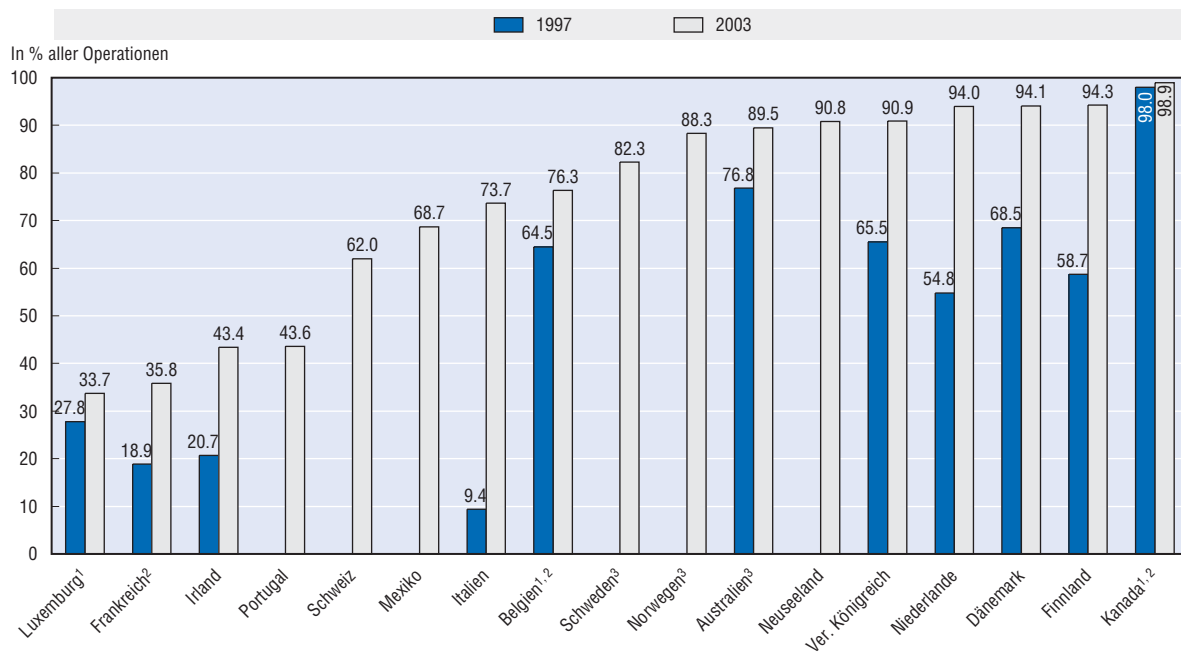
II.13. KATARAKTOPERATIONEN, AMBULANT UND STATIONÄR

Abbildung 2.38. Zahl der Kataraktoperationen, stationär und ambulant, je 100 000 Einwohner, 2003 oder letztes verfügbares Jahr



Anmerkung: Bei der Interpretation von Unterschieden im Ländervergleich ist Vorsicht geboten, da die Verbuchung der Kataraktoperationen und die Erfassung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nicht einheitlich sind.

Abbildung 2.39. Anteil der ambulant vorgenommenen Kataraktoperationen, 1997 und 2003



1. 1999.
2. 2001.
3. 2002.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/802015582616>

TEIL III

Gesundheitsausgaben und -finanzierung

1. Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben	70
2. Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, Wachstumstrends	72
3. Gesundheitsausgaben und BIP	74
4. Gesundheitsausgaben nach Leistungsart	76
5. Arzneimittelausgaben	78
6. Finanzierungsquellen der Gesundheitsversorgung	80

III.1. PRO-KOPF-GESUNDHEITSAUSGABEN

Das Niveau der Gesundheitsausgaben variiert in den OECD-Ländern ganz erheblich, was sich aus unterschiedlichen marktbezogenen und gesellschaftlichen Faktoren sowie den verschiedenen Finanzierungs- und Organisationsstrukturen des Gesundheitssystems in den einzelnen Ländern erklärt. Die Vereinigten Staaten gaben im Jahr 2003 pro Kopf der Bevölkerung weitaus mehr für die Gesundheit aus als andere OECD-Länder – 5 635 US-\$ KKP (Kaufkraftparitäten – vgl. „Definition und Abweichungen“ weiter unten) (Abb. 3.1 und Tabelle A.3.1). Das liegt um fast 50% über dem Niveau der Länder mit den nächsthöchsten Ausgaben, Norwegen und der Schweiz, und ist gut doppelt so hoch wie der (ungegewichtete) Durchschnitt der OECD-Länder. Am anderen Ende der Skala wenden die Slowakische Republik, Polen, Mexiko und die Türkei unter 1 000 US-\$ KKP für Gesundheitsleistungen auf, weit weniger als die Hälfte des OECD-Durchschnitts.

Bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben verzeichneten Luxemburg und Norwegen mit über 3 000 US-\$ KKP 2003 das höchste Pro-Kopf-Ausgabenniveau, was etwa dem Zweifachen des ungewichteten OECD-Durchschnitts entspricht. Am niedrigsten waren die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Mexiko, gefolgt von der Türkei, Polen und Korea (Tabelle A.3.2). Obwohl das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten hauptsächlich privat finanziert wird (vgl. den Indikator „Finanzierungsquellen der Gesundheitsversorgung“), waren die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung mit 2 503 US-\$ KKP höher als im OECD- und auch im EU15-Durchschnitt, wo diese bei 1 714 US-\$ KKP bzw. 1 906 US-\$ KKP lagen.

Betrachtet man speziell den Zeitraum 1997-2003, der durch eine beträchtliche Zunahme des OECD-Durchschnitts gekennzeichnet war, lassen die Daten eine gewisse Verringerung länderspezifischer Unterschiede in Bezug auf die Pro-Kopf-Ausgaben erkennen. Flankiert wurde diese Entwicklung durch eine Reihe von Veränderungen in der Position der Länder im Verhältnis zum OECD-Durchschnitt sowohl bei den Gesamt- als auch bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben je Einwohner. Abb. 3.2 zeigt das Niveau der Gesamtgesundheitsausgaben in den Jahren 1997 und 2003, gemessen am jeweiligen OECD-Durchschnitt für das betreffende Jahr. Eine Rangfolge der Veränderungen im relativen Niveau zwischen 1997 und 2003 ist in Abb. 3.3 wiedergegeben. (Wegen einer eingehenderen Erörterung der im Zeitverlauf beobachteten Unterschiede bei den Gesundheitsausgaben vgl. den Indikator „Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, Wachstumstrends“.)

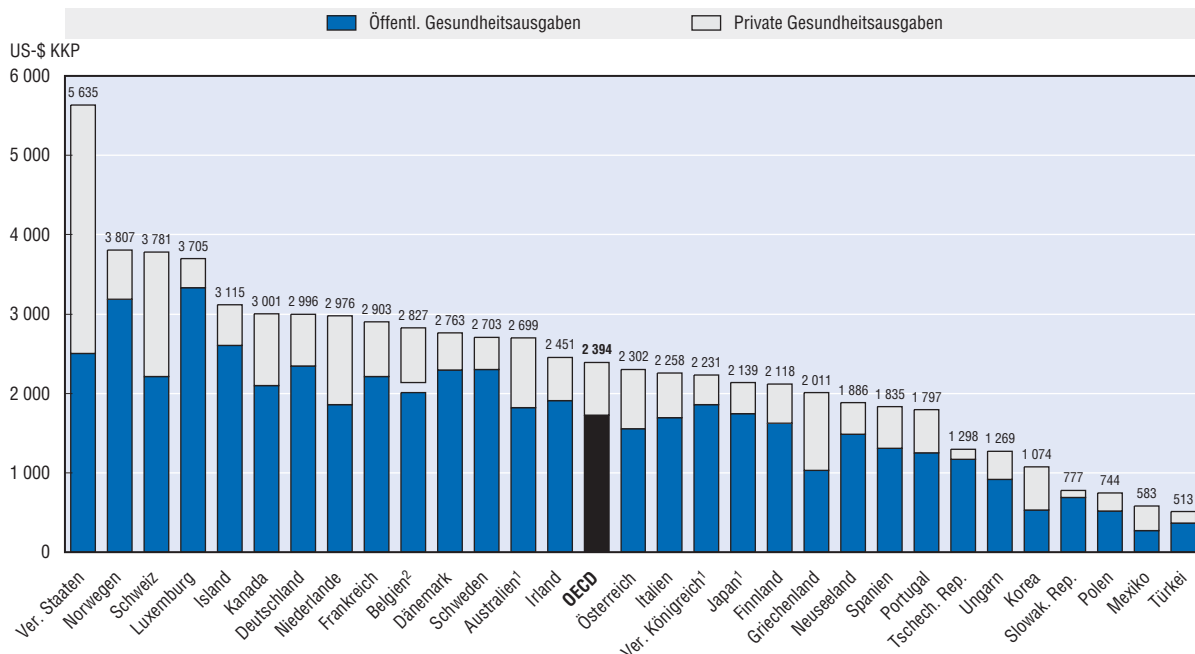
Irland zählte zu den Ländern, die zwischen 1997 und 2003 einen raschen Anstieg der Gesundheitsausgaben verzeichneten. Hier nahmen die Pro-Kopf-Gesamtgesundheitsausgaben in realer Rechnung um 63% zu, so dass Irland, das 1997 mit seinen gesamten Gesundheitsausgaben nahezu 15% unter dem OECD-Durchschnitt lag, diesen Durchschnitt 2003 überschritt. Ein bedeutender Anstieg im relativen Ausgabenniveau wurde auch in Norwegen und Ungarn beobachtet. Demgegenüber hat sich die Position gegenüber dem OECD-Durchschnitt bei einer Reihe von europäischen Ländern, darunter Deutschland, Schweiz und Italien, in den vergangenen Jahren nach unten verschoben. So lag Deutschland beispielsweise, das 1997 die dritthöchsten Gesundheitsausgaben aufwies, 2003 nur noch auf Position 7.

Definition und Abweichungen

Mit den Gesamtausgaben für Gesundheit werden der Endverbrauch an Waren und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung (d.h. die laufenden Gesundheitsausgaben) sowie die Kapitalinvestitionen in die Gesundheitsinfrastruktur gemessen. Erfasst werden damit sowohl die öffentlichen als auch die privaten Ausgaben (unter Einschluss des Haushaltssektors) für medizinische Dienstleistungen und Waren, öffentliche Gesundheits- und Vorsorgeprogramme sowie Verwaltungsleistungen. Unberücksichtigt bleiben Ausgaben im Gesundheitsbereich, die in Zusammenhang mit Ausbildung, Forschung und umweltbezogenem Gesundheitsschutz stehen. Die beiden Hauptkomponenten der laufenden Gesamtgesundheitsausgaben sind: Ausgaben für die individuelle Gesundheitsversorgung und Ausgaben für Kollektivleistungen. (Wegen näherer Einzelheiten zu den Komponenten der Gesamtgesundheitsausgaben, vgl. Anhang B.)

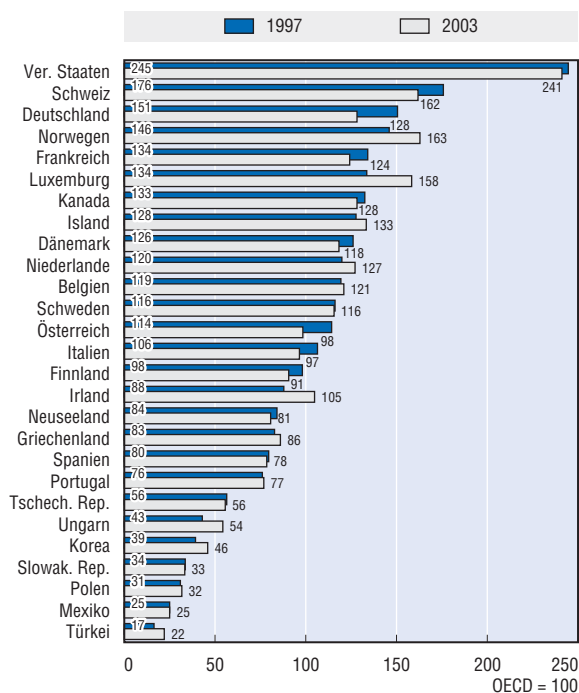
Zum Vergleich des Gesamtverbrauchsneiveaus von Gesundheitswaren und -dienstleistungen in den einzelnen Ländern zu einem gegebenen Zeitpunkt werden die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in eine gemeinsame Währung (US-Dollar) konvertiert und angepasst, um der unterschiedlichen Kaufkraft der nationalen Währungen in den einzelnen Ländern Rechnung zu tragen. Die gesamtwirtschaftlichen (BIP) KKP werden als die am meisten verfügbaren und verlässlichsten Umrechnungsraten verwendet. Wegen weiterer Informationen über die Definition der Gesundheitsausgaben und Vergleiche dieser Ausgaben zwischen den Ländern, vgl. Anhang B.

Abbildung 3.1. Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, öffentlicher und privater Sektor, 2003



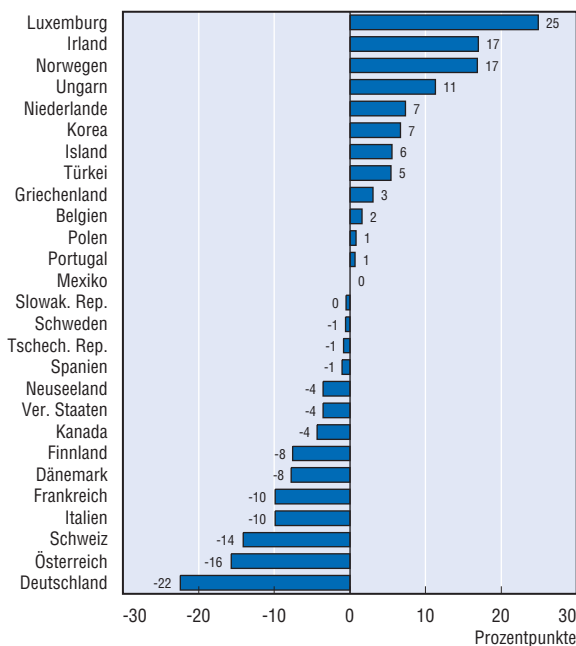
1. 2002.
2. Für Belgien sind die laufenden öffentlichen und die privaten Gesundheitsausgaben angegeben, obwohl der Wert die Gesamtgesundheitsausgaben erfasst, d.h. auch die Investitionen.

Abbildung 3.2. Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, 1997 und 2003



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 3.3. Gesundheitsausgaben, Veränderung gegenüber dem OECD-Durchschnitt, 1997-2003



StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/345386653126>

III.2. PRO-KOPF-GESUNDHEITSAUSGABEN, WACHSTUMSTRENDS

Zwischen 1980 und 2003 sind die Gesundheitsausgaben in realer Rechnung im Durchschnitt der OECD-Länder jährlich um rd. 3% gestiegen, doch gab es bei Aufschlüsselung über kürzere Zeiträume bei den Wachstumsraten ganz frappierende Unterschiede (Abb. 3.4, Tabelle A.3.3). Im jüngsten Betrachtungszeitraum (1997-2003) expandierten die Gesundheitsausgaben im Jahresdurchschnitt um 4,3% und damit doppelt so rasch wie das gesamtwirtschaftliche Wachstum. Dies ist im Vergleich zur Vorperiode (1992-1997), als die Zuwachsraten der Gesundheitsausgaben nur leicht über der des gesamtwirtschaftlichen Wachstums lag, ein bedeutender Anstieg (vgl. den Indikator „Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP“). Während die Wachstumsraten in der Europäischen Union und in den Vereinigten Staaten in den achtziger Jahren stark voneinander abwichen, haben sich im vergangenen Jahrzehnt eher ähnliche Wachstumsmuster herausgebildet (Abb. 3.5).

Hinter den OECD-Durchschnittswerten verbergen sich erhebliche Unterschiede bei dem in den einzelnen Ländern im Zeitverlauf beobachteten Anstieg der Gesundheitsausgaben (Tabellen A.3.5 und A.3.6). Bei Betrachtung des Zeitraums 1992-2003 ist festzustellen, dass mehrere Länder (z.B. die Tschechische Republik, Korea, Irland und die Türkei), die Anfang der neunziger Jahre ein geringeres Einkommen und niedrigere Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung aufwiesen, in dieser Periode ein außergewöhnlich starkes Wachstum der Gesundheitsausgaben verzeichneten, wodurch sich der Abstand gegenüber dem OECD-Durchschnitt verringerte. Im Jahr 2003 waren die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in diesen Ländern in etwa doppelt so hoch wie 1992, wenn nicht noch höher. Demgegenüber verzeichneten einige Länder (z.B. Finnland, Deutschland und Italien) nach der Einführung von Kostendämpfungsmaßnahmen Anfang der neunziger Jahre sowohl bei den Gesamt- als auch bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben ein langsames Wachstum. Im Jahr 2003 waren die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung in diesen Ländern nur etwa 10-20% höher als 1992.

Die Regierungen stehen unter ständigem Druck, die öffentlichen Gesundheitsausgaben dem Wirtschaftswachstum anzupassen (OECD, 2004a). Abb. 3.6 zeigt, dass sich das letzte Jahrzehnt in Bezug auf die Trendentwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern grob in zwei unterschiedliche Zeitabschnitte gliedern lässt. Im Zeitraum 1992-1997 ging ein stabiles Wirtschaftswachstum in vielen Ländern mit einem entsprechenden oder sogar einem langsameren Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben einher, während es bei schwachem Wirtschaftswachstum in den ersten Jahren dieses Jahrhunderts zu einem drastischen Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben kam, der das BIP-Wachstum in allen Ländern überflügelte. Die Trends bei den Gesamtausgaben folgen in den meisten OECD-Ländern einem sehr ähnlichen Muster (Tabelle A.3.5). In einigen Ländern, wie dem Vereinigten Königreich und Kanada, ist der erhebliche Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben z.T. auf eine bewusste Politik zurückzuführen, mit der der Nachfragedruck, der sich infolge der Mitte der neunziger Jahre eingeführten Kostendämpfungsmaßnahmen aufgebaut hatte, entschärft werden sollte (Coomber, 2002; Huber und Orosz, 2003; Wanless, 2002). Indessen legen die jüngsten Daten den Schluss nahe, dass sich das Wachstum der Gesundheitsausgaben 2003 in vielen OECD-Ländern erneut verlangsamt hat. In Deutschland, Neuseeland und Polen beispielsweise verharrte die Zuwachsraten bei unter 1%, und in Italien und Portugal war sie negativ.

Abb. 3.5 vergleicht die Trends der jährlichen Zuwachsraten bei öffentlichen Gesundheitsausgaben und BIP für die EU15-Länder und die Vereinigten Staaten. Es zeigt sich, dass in den vergangenen zwei Jahrzehnten die Fluktuationen beim Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den EU-Mitgliedsländern – mit einer zeitlichen Verzögerung von 1 bis 2 Jahren – eng den Fluktuationen des BIP-Wachstums folgten (für einzelne Länder sind ähnliche Muster auszumachen). Bei dem Zusammenhang zwischen den Zuwachsraten der öffentlichen Gesundheitsausgaben und des BIP in den Vereinigten Staaten ist kein so klarer Trend zu erkennen.

Definition und Abweichungen

Vgl. den Indikator „Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben“ wegen einer Definition der Gesundheitsausgaben. Die Wachstumsraten werden in realer Rechnung berechnet (auf der Basis des BIP-Preisindex von 2000).

Anmerkung: Die in Abb. 3.4 ausgewiesenen Zeiträume sind entsprechend der generellen bei den Gesundheitsausgaben im OECD-Durchschnitt beobachteten Trendentwicklung abgegrenzt: Der erste und der dritte Zeitraum waren durch niedrige, der zweite und der vierte durch höhere Wachstumsraten gekennzeichnet.

Abbildung 3.4. Jahresdurchschnittl. Zuwachrate der realen Gesundheitsausgaben, 1980-2003

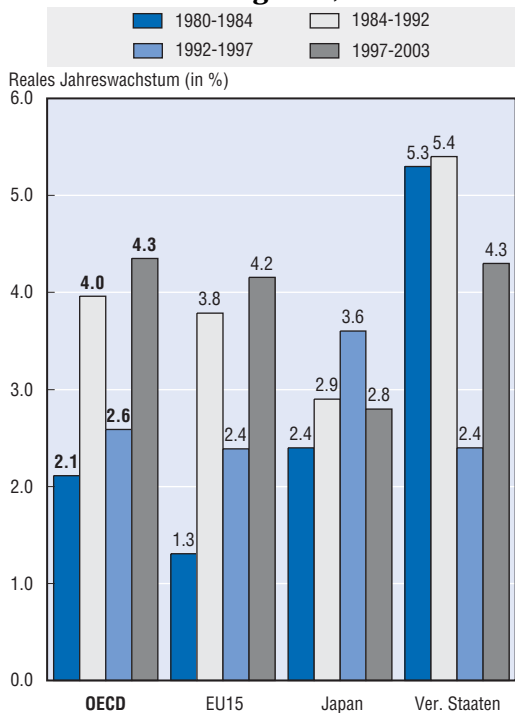


Abbildung 3.5. Öffentl. Gesundheitsausgaben und BIP, EU15 und Vereinigte Staaten, 1980-2003

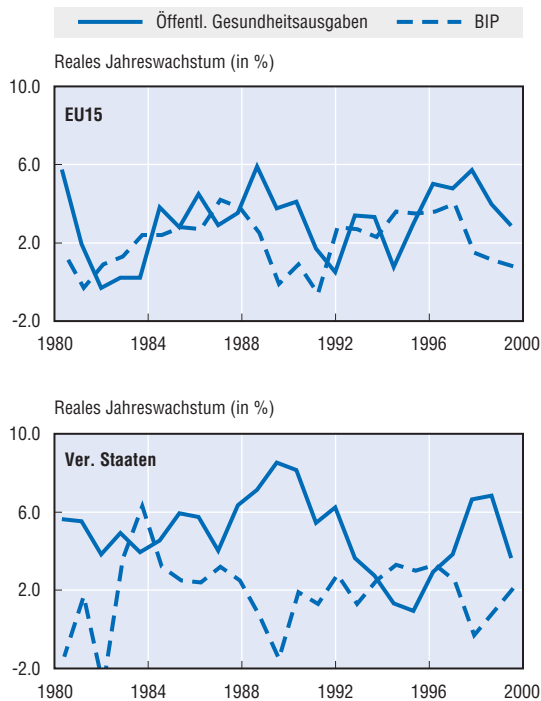
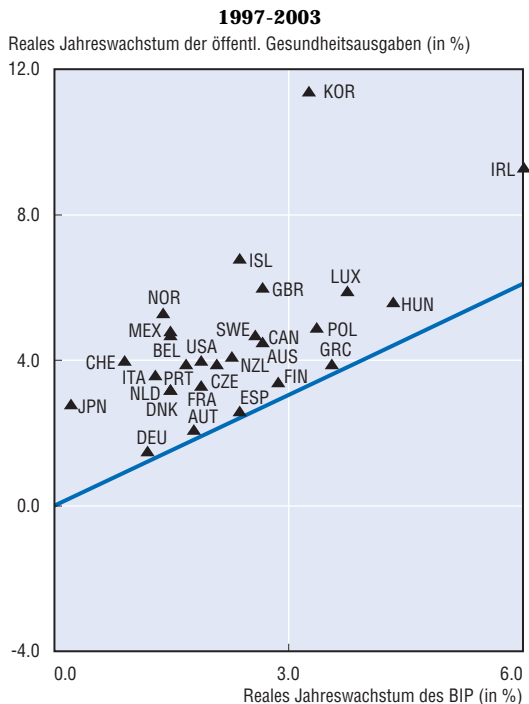
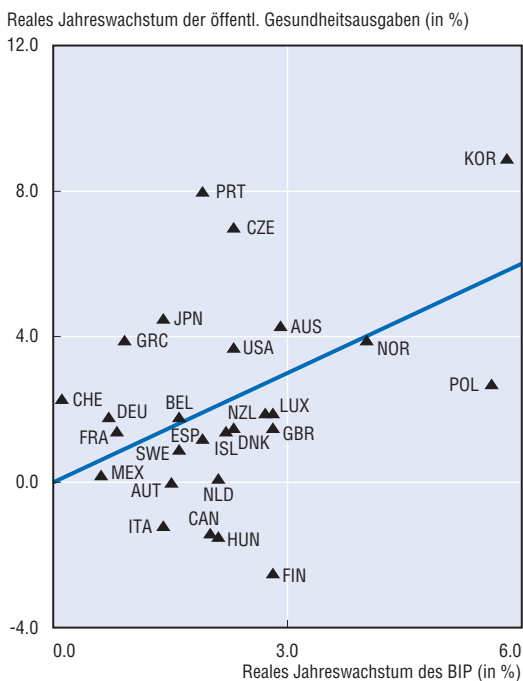


Abbildung 3.6. Anstieg der öffentl. Gesundheitsausgaben und BIP, pro Kopf



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/818581073633>

III.3. GESUNDHEITSAUSGABEN UND BIP

Im Jahr 2003 wendeten die OECD-Länder im Durchschnitt 8,8% ihres BIP für Gesundheitsausgaben auf. Dieser Anteil variiert zwischen den Ländern erheblich und reicht von 15% in den Vereinigten Staaten bis zu unter 6% in der Slowakischen Republik und Korea (Abb. 3.7). Hinter den Vereinigten Staaten rangierten in Bezug auf den höchsten prozentualen BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben die Schweiz und Deutschland mit 11,5% bzw. 11,1% an nächster Stelle. 2003 wendeten 14 Länder mehr als 9% des BIP für die Gesundheitsversorgung auf, während es 1997 lediglich 4 Länder waren. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben machten in Deutschland, Island und Norwegen mehr als 8% des BIP aus, in Korea und Mexiko hingegen nur etwa 3%.

Für eine umfassendere Beurteilung der Gesundheitsausgaben eines Landes ist es notwendig, das Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP (d.h. den Ausgabenquotient) und die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben zusammen zu betrachten. Länder mit verhältnismäßig hohem Ausgabenquotient haben u.U. relativ niedrige Pro-Kopf-Ausgaben, während Länder mit einem verhältnismäßig niedrigen Ausgabenquotient umgekehrt recht hohe Pro-Kopf-Ausgaben aufweisen können. Kanada und Griechenland beispielsweise gaben 2003 einen vergleichbaren Anteil des BIP für Gesundheitszwecke aus; aber in Kanada waren die Pro-Kopf-Ausgaben um etwa 50% höher als in Griechenland (Abb. 3.1 and 3.7).

Im Zeitverlauf eintretende Veränderungen im Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP (Abb. 3.8) spiegeln den kombinierten Effekt der Trendentwicklungen von BIP und Gesundheitsausgaben wider. Zwischen 1997-2003 hat sich der für Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern aufgewendete Anteil am Nationaleinkommen vergrößert, da sich die Zuwachsrate der Gesundheitsausgaben beschleunigte und es zu einer Konjunkturabschwächung kam. Im Durchschnitt der OECD-Länder erhöhte sich der Ausgabenquotient von 7,8% auf 8,8%. Vor allem Norwegen, Island und die Vereinigten Staaten verzeichneten einen starken Anstieg, denn hier wuchsen die Gesundheitsausgaben doppelt so rasch wie das BIP. Auf der anderen Seite gab es auch nennenswerte Ausnahmen, wie Finnland und Spanien, wo der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben nur geringfügig zunahm, da die Zuwachsrate dieser Ausgaben das Wirtschaftswachstum nur leicht übertraf (Abb. 3.8).

Mit den Gesamtausgaben für Gesundheit werden der Verbrauch an Waren und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung sowie die Kapitalinvestitionen in die Gesundheitsinfrastruktur gemessen. Auf Grund der unterschiedlichen Natur dieser beiden Hauptkomponenten ist es wichtig, sie getrennt zu untersuchen. Abb. 3.9 veranschaulicht, dass der Anteil der konsumierten Gesundheitswaren und -dienstleistungen (also der laufenden Gesundheitsausgaben) an den gesamten Endverbrauchsausgaben in allen OECD-Ländern erheblich höher ist als das Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP. Nahezu zwei Drittel der OECD-Länder wenden über 10% ihrer Endverbrauchsausgaben für die Gesundheitsversorgung auf. Dieser Indikator verdeutlicht, dass Länder mit einer hohen gesamtwirtschaftlichen Investitionsquote daran gemessen eine andere Position einnehmen als hinsichtlich des Verhältnisses Gesamtgesundheitsausgaben/BIP (z.B. Irland, Korea). Im Jahr 2003 wendete Irland beispielsweise einen ähnlich hohen Anteil seiner Endverbrauchsausgaben für die Gesundheitsversorgung auf wie Australien und Griechenland, im Verhältnis zum BIP stellten sich seine Gesamtgesundheitsausgaben indessen wesentlich niedriger dar. (Für den Unterschied zwischen den beiden Indikatoren vgl. Kasten „Definition und Abweichungen“.)

Abb. 3.10 zeigt den bekannten positiven Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-BIP und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern. Auch wenn generell festzustellen ist, dass Länder mit höherem BIP tendenziell einen größeren Anteil ihres BIP für Gesundheitszwecke ausgeben, gibt es doch große Unterschiede, da das BIP nicht der alleinige Einflussfaktor für das Niveau der Gesundheitsausgaben ist. Der erwähnte Zusammenhang ist in OECD-Ländern mit niedrigerem Einkommen stärker als solchen mit höherem Einkommen. Unter Ländern mit einem Einkommensniveau von 25 000 US-\$ KKP und darüber sind hinsichtlich der Gesundheitsausgaben bei einem bestimmten BIP-Niveau erhebliche Differenzen auszumachen (Huber, 1999). Trotz eines ähnlich hohen Pro-Kopf-BIP gab Frankreich 2003 z.B. 35% mehr für Gesundheitszwecke aus als Japan, und Italien nur 75% des in Deutschland verzeichneten Niveaus.

Definition und Abweichungen

Definitionsgemäß setzt sich das Bruttoinlandsprodukt (BIP) zusammen aus Endverbrauch + Bruttoanlageinvestitionen – Importe + Exporte. Der Endverbrauch umfasst Waren und Dienstleistungen, die von privaten Haushalten oder der Gemeinschaft zur Befriedigung individueller Wünsche und sozialer Bedürfnisse verwendet werden. (Zu den Endverbrauchsausgaben zählen die Endverbrauchsausgaben der privaten Haushalte, des Staates und der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck im Dienste der privaten Haushalte.) Die Unterschiede bei den relativen Positionen, die die Länder nach dem BIP-Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben bzw. nach dem Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben an den Endverbrauchsausgaben einnehmen, hängen mit Differenzen beim Investitionsniveau (in der Gesamtwirtschaft und im Gesundheitssektor) sowie den unterschiedlichen Handelsbilanzpositionen der einzelnen Länder zusammen.

Abb. 3.8 zeigt die Veränderungen im Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP für zwei unterschiedliche Abschnitte der Periode 1992-2003. Die Werte in der Abbildung beziehen sich auf die Summe der beiden Zeitabschnitte. Für jene Länder, die im ersten Zeitabschnitt einen Rückgang verzeichneten, ist die Gesamtveränderung (d.h. der Saldo negativer und positiver Werte) kleiner als der Anstieg im zweiten Abschnitt.

Abbildung 3.7. BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben, 2003

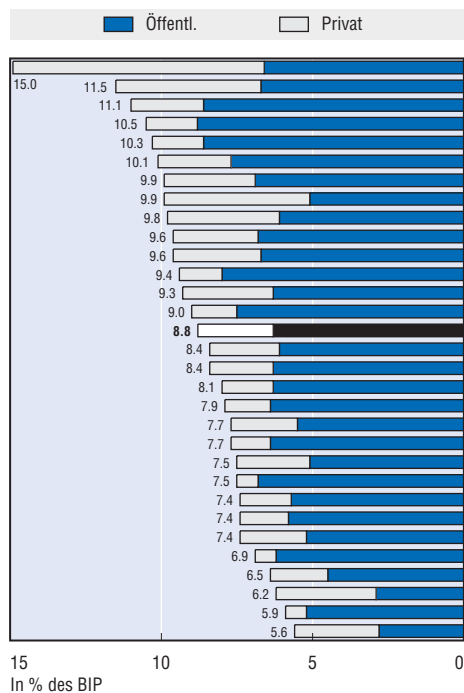
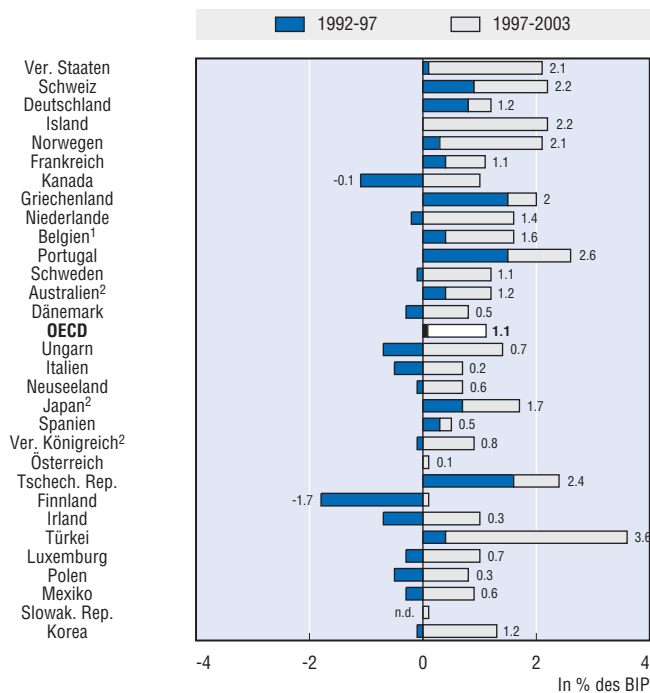
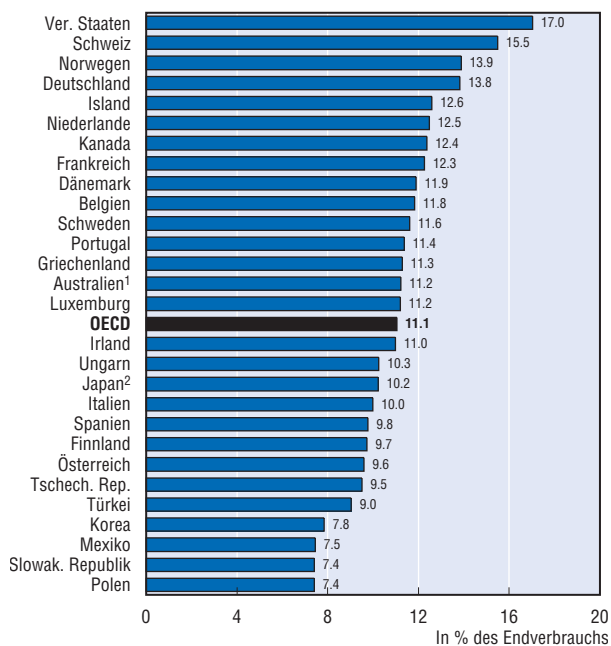


Abbildung 3.8. Veränderung des BIP-Anteils der Gesundheitsausgaben, 1992-2003



- Die Daten zu öffentl./privaten Ausgaben beziehen sich auf laufende Ausgaben.
- 2002.

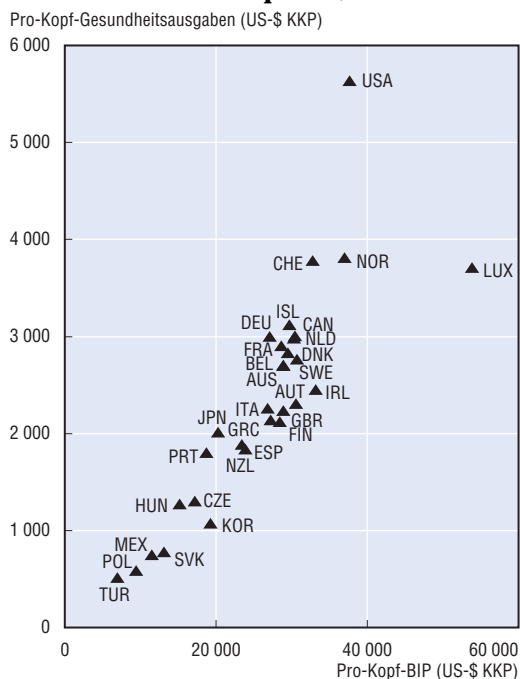
Abbildung 3.9. Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben am Endverbrauch, 2003



- 2001.
- 2002.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 3.10. Gesundheitsausgaben und Pro-Kopf-BIP, 2003



StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/303517263387>

III.4. GESUNDHEITSAUSGABEN NACH LEISTUNGSART

Die OECD-Länder unterscheiden sich in Bezug darauf, wie die Gesundheitsausgaben nach Art der erbrachten Dienstleistung und den konsumierten medizinischen Waren verteilt sind (Abb. 3.11 und Tabelle A.3.9). Die laufenden Gesamtgesundheitsausgaben umfassen individuelle medizinische Dienstleistungen und Waren sowie Kollektivdienstleistungen (vgl. „Definition und Abweichungen“ und Anhang B). Zu individuellen medizinischen Dienstleistungen zählen kurative, rehabilitative und Langzeitpflege sowie Hilfsleistungen. Ferner können kurative, rehabilitative und Langzeitpflegeleistungen auch nach dem Erbringungsmodus definiert werden (d.h. stationäre, ambulante oder häusliche Pflege). Im Jahr 2003 wurden im Durchschnitt der OECD-Länder 38% der laufenden Gesundheitsausgaben für die stationäre Pflege, 34% für ambulante Leistungen (darunter Hilfsleistungen und häusliche Pflege), 22% für medizinische Waren (einschließlich Arzneimittel und medizinische Geräte) und die übrigen 6% für Kollektivdienstleistungen verwendet. Zwischen den einzelnen Ländern gibt es aber erhebliche Differenzen bei der Allokation der Gesundheitsausgaben, die auf Faktoren wie unterschiedliche Kapazitäten (Verfügbarkeit von Krankenhausbetten und Ärzten), anders geartete finanzielle Anreize für die Anbieter und Unterschiede in der medizinischen Praxis zurückzuführen sind. Während Italien und Frankreich beispielsweise über 40% der laufenden Gesundheitsausgaben für die stationäre Versorgung verwenden, geben Kanada und Spanien hierfür höchstens 33% aus, wobei in letzteren ein entsprechend höherer Anteil der Ressourcen in die ambulante Pflege fließt.

Zu den „Kollektivausgaben“ zählen Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheit, die im Durchschnitt nur etwa 3% der laufenden Gesundheitsausgaben ausmachen. Dies spiegelt nicht den insgesamt für Prävention ausgegebenen Betrag wieder, sondern vielmehr Präventivmaßnahmen, die im Rahmen öffentlicher und privater Programme angeboten werden. In Ländern beispielsweise, in denen arbeitsmedizinische Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen Pflicht sind, wie in Deutschland und Ungarn, können die Ausgaben für die Gesundheits-

prävention etwa 5% der laufenden Gesundheitsausgaben ausmachen (Abb. 3.12). Präventivpflege wird auch im Rahmen der ambulanten Pflege geleistet, hier ist allerdings die Größenordnung nicht bekannt.

Auf „kurative und rehabilitative Pflege“ entfällt im Durchschnitt der Länder mehr als die Hälfte der laufenden Gesundheitsausgaben, wobei der Anteil von 43% in Ungarn bis zu 67% in Spanien und den Vereinigten Staaten reicht. Soweit diesbezügliche Angaben gemacht werden, gibt es bei dem Anteil der für die Langzeitpflege aufgewendeten Gesundheitsausgaben eine erstaunlich große Spannweite, die sich von weniger als 2% in Spanien und Ungarn bis zu über 20% in Norwegen und der Schweiz erstreckt. Der von einigen Ländern angegebene geringe Anteil ist z.T. auf die größere Bedeutung informeller Pflegeleistungen durch private Haushalte zurückzuführen. Allerdings spiegeln die Daten derzeit auch methodische Unterschiede zwischen den Ländern in Bezug darauf wider, inwieweit Langzeitpflegeleistungen als Teil der Gesundheitsausgaben erfasst werden.

Veränderungen bei den Praxisnormen und Innovationen in der Medizintechnik, Reformen bei den Zahlungsmechanismen und die Suche nach einer effizienteren Allokation der Ressourcen für die Gesundheitsversorgung wirken zusammen darauf hin, dass sich die funktionelle Struktur der Gesundheitsausgaben im Laufe der Zeit verändert. Es ist ein Trend zur Verlagerung gewisser Gesundheitsleistungen von der stationären zur ambulanten Versorgung bzw. zur häuslichen Pflege zu beobachten. Infolgedessen hat sich der Anteil der Ausgaben für stationäre Pflege an den Gesamtausgaben für kurative und rehabilitative Pflege in neun von zwölf Ländern zwischen 1997 und 2003 zurückgebildet (Abb. 3.13). Da die Ausgaben für die Tagespflege – ein wachsender Bereich in vielen OECD-Ländern – derzeit den stationären Leistungen zugerechnet werden, dürfte dieser Trend sogar noch ausgeprägter sein als diese Daten zeigen. Es ist auch ein Trend zur Erhöhung des Anteils der für Arzneimittel aufgewendeten Gesundheitsausgaben festzustellen (vgl. den Indikator „Arzneimittelausgaben“).

Definition und Abweichungen

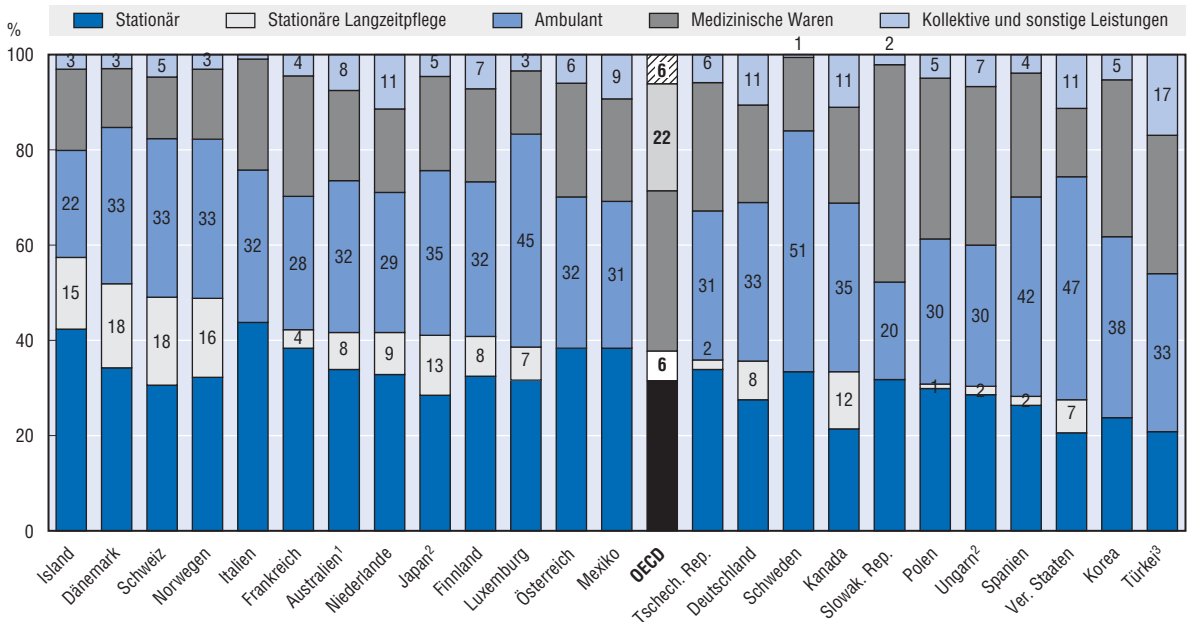
Das System der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*) verwendet ein konsistentes funktionales Konzept, um die Bestandteile der Gesundheitsversorgung zu definieren und die Ressourcenallokation zu erfassen. Nach dem Rahmen dieses Systems setzen sich die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen zusammen aus laufenden Gesundheitsausgaben und Bruttoinvestitionen. Die laufenden Gesundheitsausgaben umfassen individuelle Gesundheitsdienstleistungen und -waren, die dem Einzelnen direkt angeboten werden, und Kollektivleistungen, die Aufgaben der öffentlichen Gesundheit abdecken, wie Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, und Verwaltungsleistungen, die der Gesamtgesellschaft angeboten werden. Individuelle Gesundheitsleistungen umfassen kurative, rehabilitative und Langzeitpflege, Hilfsleistungen und medizinische Waren für die ambulante Behandlung. Die grundlegenden Leistungsarten (kurative, rehabilitative und Langzeitpflege) können auch nach dem Erbringungsmodus klassifiziert werden (stationäre, ambulante und häusliche Pflege).

Der wichtigste Faktor, der die Vergleichbarkeit der funktionalen Struktur zwischen Ländern begrenzt, sind Unterschiede bei der Schätzung der Langzeitpflegekosten. Eine Rolle spielt auch, dass in manchen Ländern die Ausgaben für die stationäre Versorgung noch immer an die Krankenhausaufgaben gekoppelt sind (d.h. andere in Krankenhäusern erbrachte Leistungen wie ambulante Pflegeleistungen einschließen). Aus ähnlichen Gründen werden Hilfsleistungen mal der ambulanten, mal der stationären Versorgung zugeordnet. (Wegen einer eingehenderen Erörterung methodischer Fragen, vgl. Orosz und Morgan, 2004.)

III.4. GESUNDHEITSAUSGABEN NACH LEISTUNGSART

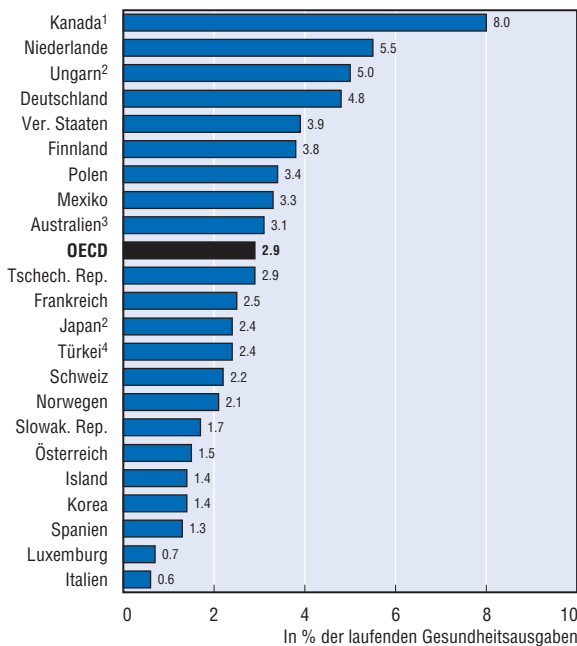
Abbildung 3.11. **Laufende Ausgaben für medizin. Leistungen und Waren sowie Kollektivversorgung, 2003**

Anordnung der Länder nach dem Anteil der gesamten stationären Pflege an den laufenden Gesundheitsausgaben



- 2001.
- 2002.
- 2000.

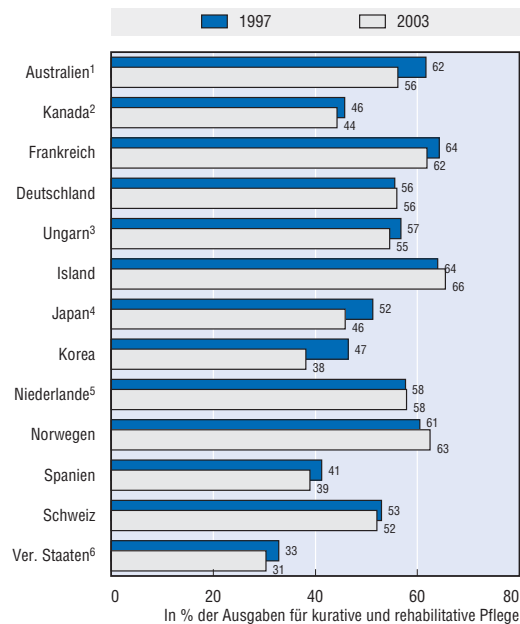
Abbildung 3.12. **Ausgaben für öffentliche Gesundheit und Prävention, 2003**



- Einschl. Verwaltungskosten der Gesundheitsministerien auf der Ebene der Zentralregierung und der Provinzen.
2002. 3. 2001. 4. 2000.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 3.13. **Anteil der stationären Leistungen an der kurativen und rehabilitativen Pflege, 1997 und 2003**



- 1997-2001. 2. 1999-2003. 3. 1998-2002. 4. 1997-2002. 5. 1998-2003. 6. Ohne Honorare für privat liquidierende Ärzte in Krankenhäusern.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/824066564750>

III.5. ARZNEIMITTELAUSGABEN

Auf Arzneimittel entfällt in allen OECD-Ländern ein wachsender Anteil der Gesundheitsausgaben. Die Einführung und Verbreitung neuer Arzneimittel war einer der Hauptfaktoren für den Anstieg der Gesamtgesundheitsausgaben in den vergangenen Jahren. Allerdings ist der Zusammenhang insofern komplex, als kurzfristig höhere Arzneimittelausgaben sich gleichzeitig oder in der Zukunft in geringeren Ausgaben für kosten- und pflegeintensivere Behandlungen niederschlagen können.

Insgesamt werden die Arzneimittelausgaben der OECD-Länder für das Jahr 2003 auf über 450 Mrd. US-\$ geschätzt. Im Durchschnitt sind die Pro-Kopf-Ausgaben für Medikamente seit 1997 in realer Rechnung um mehr als ein Drittel gestiegen. Es gibt jedoch erhebliche Unterschiede bei den Arzneimittelausgaben der einzelnen Länder, die sich aus Differenzen bei Volumen, Konsumstruktur und Preisniveau erklären (Abb. 3.14 und Tabelle A.3.10). Im Ländervergleich bestehende Unterschiede beim Einkommensniveau sind ebenfalls ein maßgeblicher Faktor bei den Arzneimittelausgaben. Im Jahr 2003 gaben die Vereinigten Staaten pro Kopf der Bevölkerung 728 US-\$ KKP für Arzneimittel aus. Das ist ein fast doppelt so hoher Betrag wie der OECD-Durchschnitt von 380 US-\$ KKP. Hierauf entfallen aber weniger als 13% der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung in den Vereinigten Staaten, d.h. ein etwas geringerer Prozentsatz als der in den OECD-Ländern beobachtete Durchschnitt von 17,5% (Abb. 3.15). Am anderen Ende der Skala gaben sowohl Mexiko als auch die Türkei lediglich ein Drittel des OECD-Durchschnitts aus. Arzneimittelkosten machten in Frankreich, Italien und

Spanien über 20% und in einigen der osteuropäischen Mitgliedsländer einen noch wesentlich größeren Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben aus. So geben Ungarn und Dänemark für 2003 ähnliche Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel an, doch liegt ihr Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben in Dänemark bei 10% und in Ungarn bei über 25%.

Der rasche Anstieg der Arzneimittelausgaben in den letzten Jahren – um durchschnittlich über 5% im Jahr seit 1997 – war ein maßgeblicher Faktor für das generelle Wachstum der Gesamtgesundheitsausgaben. In diesem Zeitraum sind die Arzneimittelausgaben in den meisten OECD-Ländern effektiv rascher gestiegen als die gesamten Gesundheitsausgaben (Abb. 3.16). Sowohl in den Vereinigten Staaten als auch in Australien wuchsen die Arzneimittelausgaben in dieser Periode um eine mehr als doppelt so hohe Rate wie die Gesamtausgaben. Ein kräftiges Wachstum wurde auch in Irland und Korea verzeichnet, aber gegenüber einer relativ niedrigen Pro-Kopf-Basis zu Beginn des Zeitraums.

Im Durchschnitt der OECD-Länder werden 60% der Arzneimittelkosten durch öffentliche Mittel finanziert (Tabelle A.3.11), der Rest durch Selbstzahlungen und in geringerem Ausmaß durch private Krankenversicherungen. Jedoch verbirgt dieser Durchschnitt eine große Variationsbreite, die von 11% in Mexiko bis 84% in Irland reicht. Bei diesen Unterschieden spielt eine Rolle, inwieweit und sogar ob Arzneimittelausgaben im Rahmen nationaler Gesundheitsprogramme und öffentlich finanziert Krankenversicherungen erstattet werden.

Definition und Abweichungen

Arzneimittelausgaben umfassen Ausgaben für rezeptpflichtige und freiverkäufliche Medikamente. Sie umfassen auch die Bezahlung der Apotheker, sofern diese vom Medikamentenpreis getrennt ist. Der Arzneimittelkonsum in Krankenhäusern ist ausgenommen. Die Endausgaben für Arzneimittel enthalten Groß- und Einzelhandelsmargen sowie die Mehrwertsteuer.

Abbildung 3.14. Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben, 2003

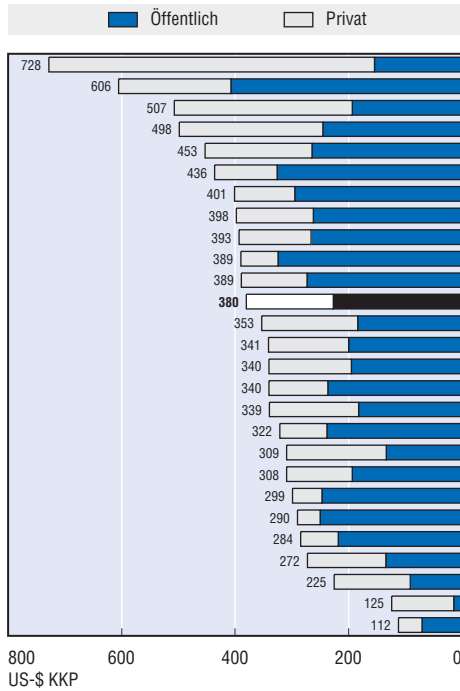
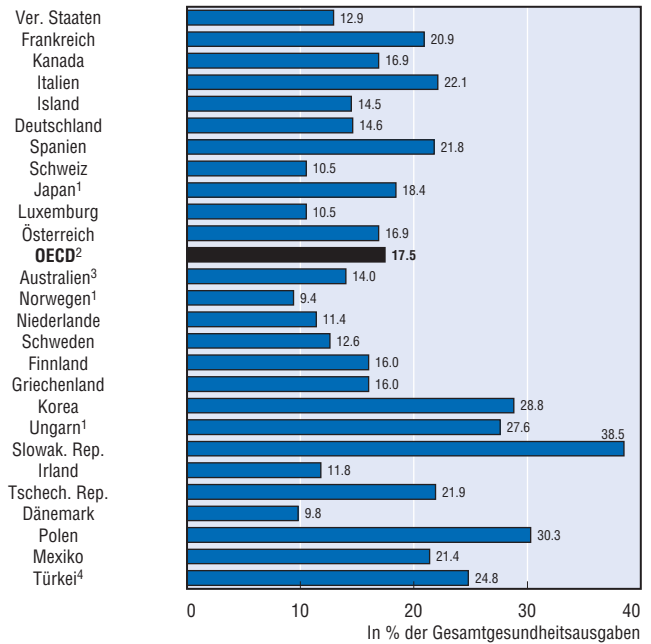
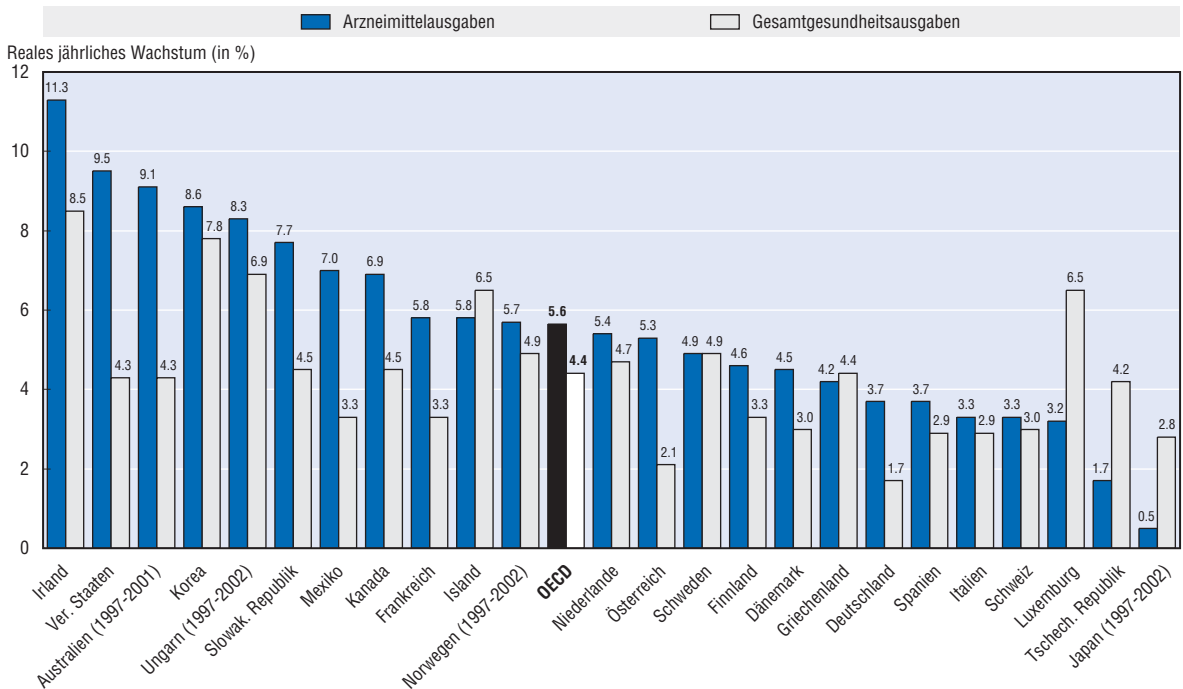


Abbildung 3.15. Arzneimittelausgaben in Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben, 2003



1. 2002.
2. OECD-Durchschnitt ohne Polen und Türkei (da für diese Länder keine konsistenten Zeitreihen vorliegen).
3. 2001.
4. 2000.

Abbildung 3.16. Reales jährliches Wachstum von Arzneimittel- und Gesamtgesundheitsausgaben, 1997-2003



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/881463602230>

III.6. FINANZIERUNGSQUELLEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Unterschiedliche Finanzierungsmethoden der Gesundheitsversorgung können Niveau und Verteilung der Gesundheitsausgaben wie auch den Zugang der Bevölkerung zu entsprechenden Leistungen beeinflussen. Die OECD-Länder greifen auf einen Mix aus öffentlicher und privater Finanzierung zurück. Die öffentliche Finanzierung kann aus einer Mischung von allgemeinen Staatseinnahmen und Sozialversicherungsbeiträgen bestehen wie in Ländern mit einer auf dem System der sozialen Sicherung basierenden Finanzierung (z.B. Frankreich und Deutschland) oder ausschließlich aus staatlichen Einnahmen bestritten werden wie in Ländern, wo die Zentralregierung und/oder nachgeordnete Verwaltungsebenen für die Finanzierung der Gesundheitsleistungen verantwortlich sind (z.B. Finnland und Vereinigtes Königreich). Die private Finanzierung auf der anderen Seite kann durch Selbstzahlungen der privaten Haushalte, Zahlungsregelungen mit Drittparteien, die mit verschiedenen Formen der privaten Krankenversicherung bestehen (wobei die Kosten häufig vom Arbeitgeber getragen und durch Freibeträge bei der Berechnung des zu versteuernden Einkommens subventioniert werden), direkte Gesundheitsleistungen der Arbeitgeber, wie betriebliche Gesundheitsversorgung, und sonstige durch karitative oder ähnliche Einrichtungen erbrachte Direktleistungen erfolgen.

Abb. 3.17 zeigt den Anteil der öffentlichen Finanzierung in den OECD-Ländern. Im Jahr 2003 war der öffentliche Sektor in allen OECD-Ländern, außer den Vereinigten Staaten, Mexiko und Korea, nach wie vor die Hauptfinanzierungsquelle der Gesundheitsversorgung. Im Durchschnitt übernahm der öffentliche Sektor 72% der Gesundheitsausgaben. In einer Reihe mittel- und osteuropäischer Länder (Tschechische und Slowakische Republik), vielen nordischen Ländern, Luxemburg, dem Vereinigten Königreich und Japan machte die öffentliche Finanzierung über 80% aller Gesundheitsausgaben aus.

Viele OECD-Länder mit höherem Einkommen verzeichnen seit den neunziger Jahren einen moderaten Rückgang des öffentlichen Anteils an den Gesundheitsausgaben, nachdem Maßnahmen mit dem Ziel ergriffen worden sind, einen Teil der öffentlichen Last auf den privaten Sektor zu verlagern (entweder direkt an den Patienten oder über eine private Krankenversicherung), was insbesondere für Arzneimittel gilt. Generell wurde, von einigen Ausnahmen abgesehen, seit Anfang der neunziger Jahre eine Konvergenz des öffentlichen Anteils der Gesundheitsausgaben unter den OECD-Ländern beobachtet (Abb. 3.18). Viele der Länder, die 1990 einen relativ hohen öffentlichen Ausgabenanteil aufwiesen, konnten diesen bis 2003 deutlich reduzieren, vor allem

Polen und Ungarn. Demgegenüber ist dieser Anteil in mehreren Ländern, wo er 1990 ein geringes Niveau erreichte, im Laufe der Zeit gestiegen (z.B. in den Vereinigten Staaten und der Schweiz). In den Vereinigten Staaten erklärt sich die Erhöhung des öffentlichen Anteils an den Gesundheitsausgaben während der neunziger Jahre durch eine Anhebung des Leistungsniveaus und eine Ausweitung des Versicherungsschutzes von Medicare und Medicaid, womit den Gesundheitsbedürfnissen älterer und armer Menschen besser entsprochen werden sollte; hinzu kam, dass sich der Kreis der Leistungsberechtigten vergrößert hat (Docteur et al., 2003).

Die privaten Finanzierungsquellen verteilen sich größtenteils auf private Krankenversicherung und Selbstzahlungen der privaten Haushalte. Bei Umfang und Zusammensetzung der privaten Finanzierung gibt es zwischen den Ländern jedoch erhebliche Unterschiede. Während die private Krankenversicherung im Durchschnitt der OECD-Länder nur etwa 6% der gesamten Gesundheitsausgaben ausmacht (Abb. 3.19), kann sie in manchen Ländern bei der Finanzierung eine wichtige Rolle spielen. Sie bietet bestimmten Bevölkerungsgruppen in Deutschland und den Niederlanden und einem größeren Teil der Bevölkerung jüngerer und mittleren Alters in den Vereinigten Staaten, wo die private Krankenversicherung nahezu 37% der Gesundheitsausgaben ausmacht, eine primäre Gesundheitsversorgung. In Ländern wie Frankreich und Kanada deckt die private Krankenversicherung in der Regel 10-15% der Gesamtkosten, fungiert aber als zusätzlicher oder ergänzender Schutz in einem öffentlichen System mit universellem Zugang.

In Ländern, in denen die private Krankenversicherung größeres Gewicht hat, ist der Anteil der Selbstzahlungen generell niedriger, obwohl der Zusammenhang zwischen der Bedeutung der privaten Krankenversicherung und der der Selbstzahlungen bei der Gesamtfinanzierung schwach ist (OECD, 2004c). In einigen osteuropäischen Ländern steht angesichts der Praxis informeller Zuzahlungen zu vermuten, dass das Niveau der Selbstzahlungen zu niedrig ausgewiesen wird.

Welche Belastung den privaten Haushalten durch Selbstzahlungen entsteht, lässt sich auch anhand ihres Anteils an den Endverbrauchsausgaben der Haushalte messen (Tabelle A.3.13). In mehreren Ländern, darunter den Niederlanden, Frankreich und Deutschland, machten Selbstzahlungen im Jahr 2003 weniger als 2% des Gesamtverbrauchs der privaten Haushalte aus, während in der Schweiz und Griechenland über 6% des Gesamtverbrauchs der privaten Haushalte auf diese Ausgaben entfielen. Die Vereinigten Staaten liegen mit einem Selbstzahlungsanteil von 3% des Konsums nahe am Durchschnitt.

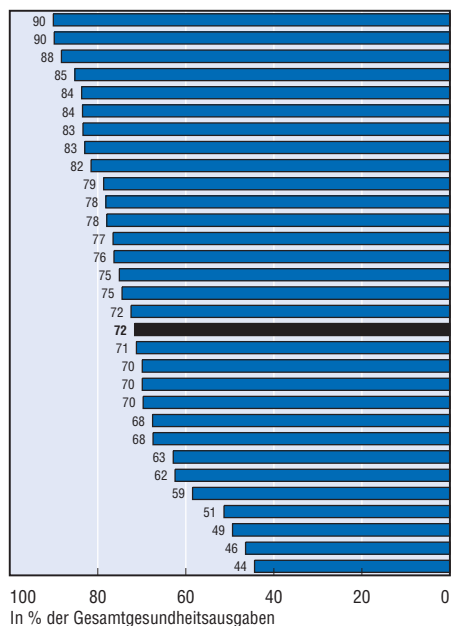
Definition und Abweichungen

Der Begriff „Finanzierungsquelle“ könnte in zweierlei Bedeutungen verwendet werden und sich auf die eigentlichen Finanzierungsquellen (Privathaushalte, Arbeitgeber und Staat) oder die Finanzierungsprogramme/-mechanismen (Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung usw.) beziehen. Im vorliegenden Text wird der Begriff „Finanzierungsquelle“ im Sinne der Finanzierungsregelungen verwendet, wie sie im System der Gesundheitsausgabenrechnungen (System of Health Accounts) definiert sind. Zu den öffentlichen Quellen zählen allgemeine Staatseinnahmen sowie Sozialversicherungsmittel. Die privaten Quellen umfassen Selbstzahlungen der privaten Haushalte, private Krankenversicherungen und sonstige private Mittel, beispielsweise von Nichtregierungsorganisationen und von Privatunternehmen, die betriebliche Gesundheitsversorgung finanzieren.

Selbstzahlungen sind Ausgaben, die vom Patienten direkt getragen werden, außerhalb von Versicherungsleistungen. Sie umfassen Kostenbeteiligung, reine Selbstzahlungen und informelle Zahlungen an Anbieter von Gesundheitsleistungen.

III.6. FINANZIERUNGSQUELLEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Abbildung 3.17. Öffentlicher Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben, 2003



1. 2002.
2. 1992.
3. Laufende Gesundheitsausgaben.
4. 1991.
5. OECD-Durchschnitt ohne Belgien und Slowakische Republik.
6. 2000.

Abbildung 3.18. Veränderungen des öffentl. Anteils an den Gesamtgesundheitsausgaben, 1990-2003

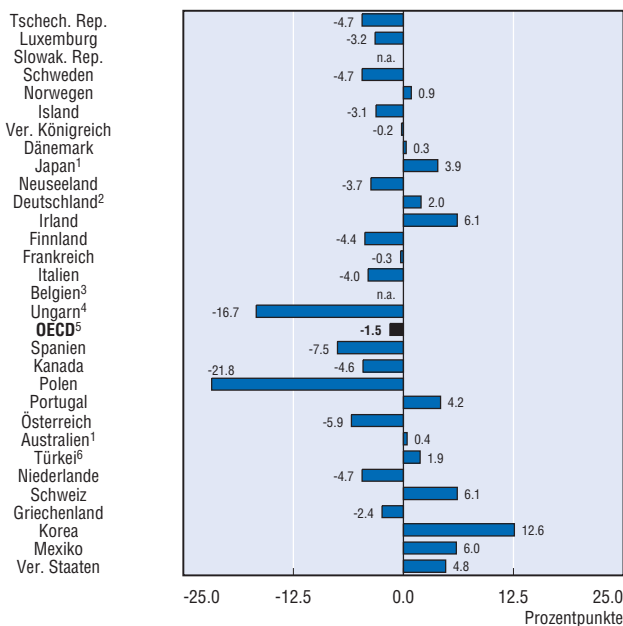
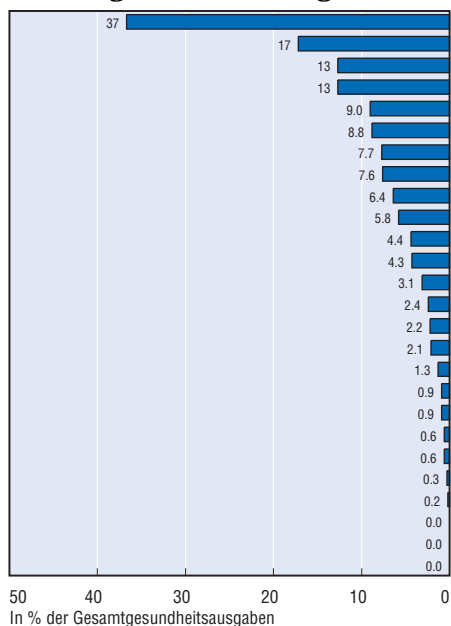
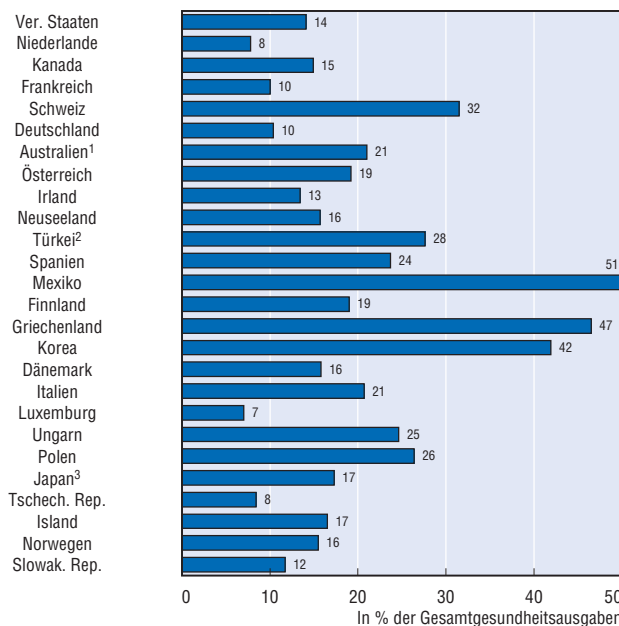


Abbildung 3.19. Anteil der privaten Krankenversicherung an den Gesamtgesundheitsausgaben, 2003



1. 2001.
 2. 2000.
 3. 2002.
- Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 3.20. Anteil der Selbstzahlungen an den Gesamtgesundheitsausgaben, 2003



StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/452335147515>

TEIL IV

Nichtmedizinische Gesundheitsfaktoren

1. Tabakkonsum	84
2. Alkoholkonsum	86
3. Nahrungskonsum	88
4. Übergewicht und Obesität	90

IV.1. TABAKKONSUM

Der Weltgesundheitsorganisation zufolge ist Tabakkonsum die zweitwichtigste Todesursache weltweit und direkt verantwortlich für jeden zehnten Todesfall in der Erwachsenenbevölkerung, was rd. 5 Millionen Todesfällen jährlich entspricht (WHO, 2002). Der Tabakkonsum spielt eine wichtige Rolle als Risikofaktor für mindestens zwei der häufigsten Ursachen von vorzeitigem Tod: Krankheiten des Kreislaufsystems und eine Reihe von Krebsarten. Zudem trägt er erheblich zu Erkrankungen der Atmungsorgane bei, und Rauchen während der Schwangerschaft kann darüber hinaus ein niedriges Geburtsgewicht und Krankheiten beim Säugling verursachen. Rauchen ist im OECD-Raum nach wie vor das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko.

Der Prozentsatz der täglichen Raucher unter der Erwachsenenbevölkerung ist im OECD-Vergleich sehr unterschiedlich. In Kanada, den Vereinigten Staaten, Schweden und Australien ist er am geringsten, dort rauchten 2003 bzw. im letzten verfügbaren Jahr den eigenen Angaben zufolge 20% oder weniger der Erwachsenenbevölkerung täglich (Abb. 4.1). In Griechenland war der Raucheranteil mit 35% (im Jahr 2000) am höchsten, dicht gefolgt von Ungarn und Luxemburg. Obwohl weiterhin große Unterschiede bestehen, sind die Raucherquoten in den meisten OECD-Ländern im Laufe des vergangenen Jahrzehnts deutlich gesunken (Abb. 4.3).

Im historischen Rückblick folgte die Nachkriegsentwicklung in den meisten OECD-Ländern einem allgemeinen Trend, der zunächst durch sehr hohe Raucherquoten der Männer charakterisiert war (rd. 50% oder mehr). Für viele OECD-Länder galt dies in den sechziger und siebziger Jahren, in Japan, Korea und der Türkei ist dieses Muster immer noch zu beobachten. Im Anschluss daran kam es in den achtziger und neunziger Jahren im Allgemeinen zu einem deutlichen Rückgang des Tabakkonsums, insbesondere unter den Männern. Dieser Rückgang war zu einem großen Teil auf

Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums durch öffentliche Aufklärungskampagnen, Werbeverbote und hohe Tabaksteuern zurückzuführen, mit denen die zunehmende Häufigkeit tabakbedingter Krankheiten bekämpft werden sollte (Weltbank, 1999).

Die Raucherhäufigkeit ist unter den Männern in allen OECD-Ländern mit Ausnahme von Schweden nach wie vor höher als unter den Frauen. 2003 war der Geschlechterunterschied bei den Raucherquoten in Korea, Japan und der Türkei besonders ausgeprägt, ebenso in Mexiko, Polen und Griechenland, dort allerdings in geringerem Maße (Abb. 4.2). Dennoch hat sich der Unterschied zwischen den Geschlechtern in einer einheitlichen Ländergruppe von 19% im Jahr 1980 auf 10% im Jahr 1990 und 7% im Jahr 2003 verkleinert, weil die Raucherquoten in den letzten zwanzig Jahren in den meisten Ländern bei den Männern rascher gesunken sind als bei den Frauen. In Japan ist die Raucherquote unter den Männern von 70% im Jahr 1980 auf 48% im Jahr 2003 zurückgegangen, während die Raucherquote der Frauen mit 14% konstant geblieben ist. Auch in Schweden sind die Raucherquoten unter den Männern drastisch gesunken (von 36% 1980 auf 17% 2003), wohingegen der Rückgang bei den Frauen weniger stark ausfiel (von 29% auf 18% zwischen 1980 und 2003). In einer Reihe von Ländern blieben die Raucherquoten unter den Frauen zwischen 1980 und 2003 konstant oder stiegen sogar (z.B. in Finnland und Frankreich). Die höchsten Raucherquoten bei den Frauen wurden 2003 mit nahezu 30% in den Niederlanden, Ungarn und Griechenland verzeichnet.

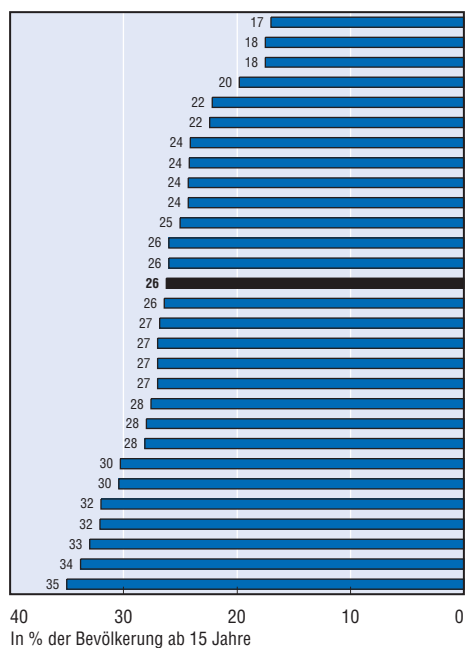
In Abb. 4.4 ist die Korrelation zwischen dem Tabakkonsum (in Gramm pro Kopf) und der Inzidenz von Lungenkrebs in den OECD-Ländern mit einer 22-jährigen Verzögerung dargestellt. Ein höherer Tabakverbrauch auf nationaler Ebene ist im OECD-Vergleich im Allgemeinen auch mit höheren Todesraten auf Grund von Lungenkrebs 15 oder 25 Jahre später verbunden.

Definition und Abweichungen

Der Prozentsatz der täglichen Raucher ist definiert als der Prozentsatz der Bevölkerung ab 15 Jahre, der laut eigenen Angaben täglich raucht.

Die internationale Vergleichbarkeit ist durch die mangelnde Standardisierung der Messung der Rauchgewohnheiten in den Gesundheitsumfragen eingeschränkt, die in den verschiedenen OECD-Ländern durchgeführt werden. Es bestehen nach wie vor Unterschiede bei der Formulierung der Fragen, den Antwortkategorien und den Erhebungsmethoden.

Abbildung 4.1. **Prozentsatz der täglichen Raucher in der Erwachsenenbevölkerung, 2003**



- 1. 2001.
- 2. 2002.
- 3. 2000.

Abbildung 4.2. **Prozentsatz der täglichen Raucher unter Frauen und Männern, 2003**

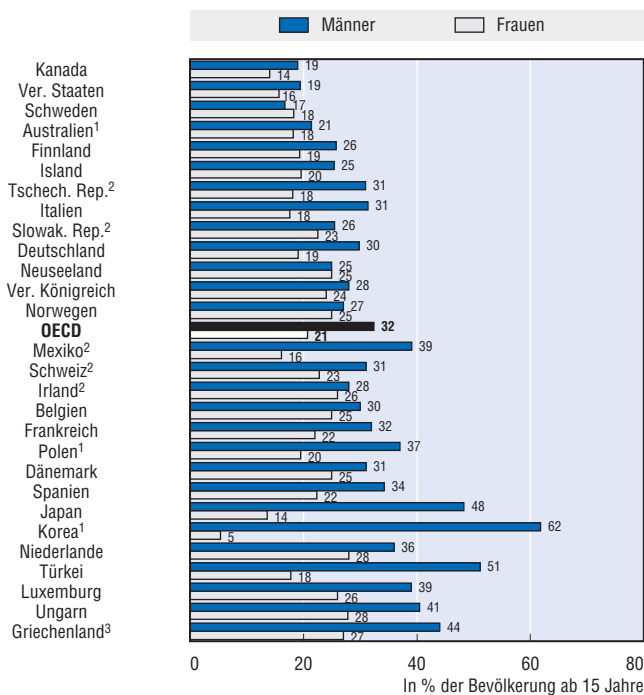
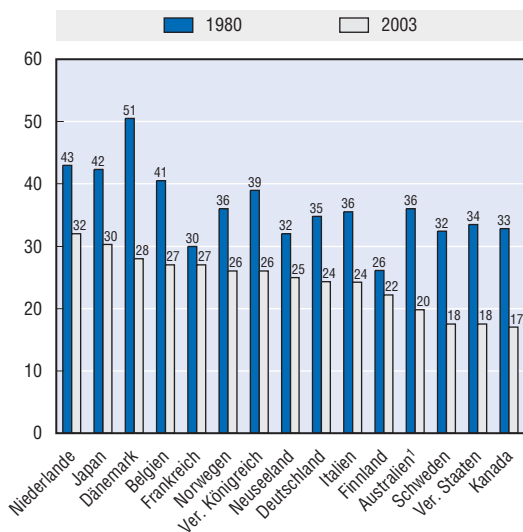
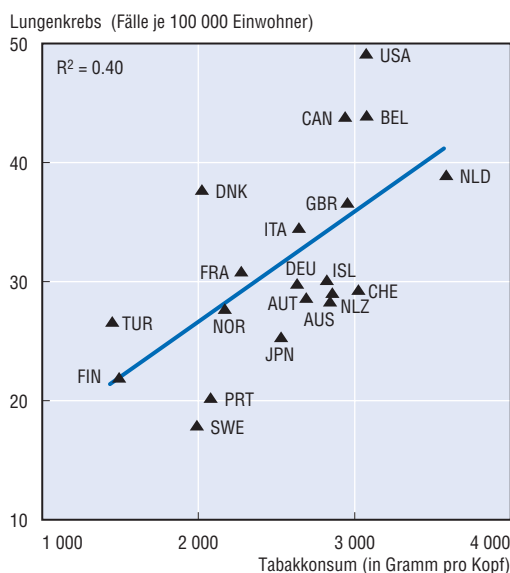


Abbildung 4.3. **Entwicklung des Prozentsatzes der täglichen Raucher in der Erwachsenenbevölkerung, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2003**



- 1. 2001.
- Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 4.4. **Tabakkonsum, 1980 und Lungenkrebsinzidenz, 2002**



StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/866313174101>

IV.2. ALKOHOLKONSUM

Ein geringer bis mäßiger Alkoholkonsum kann zwar gewisse gesundheitsschützende Auswirkungen haben (WHO, 2004), ein übermäßiger Alkoholkonsum ist jedoch mit zahlreichen gesundheitsschädigenden Effekten verbunden. Bei erhöhtem Alkoholkonsum steigen die Gefahr von Herz-Kreislauf-Krankheiten, das Schlaganfallrisiko sowie die Häufigkeit von Leberzirrhosen und bestimmten Krebsarten. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist eine der Hauptursachen von angeborenen Missbildungen und mentaler Retardierung beim Kind. Zudem kann Alkoholkonsum auch auf Grund von Unfällen, Verletzungen, tätlichen Angriffen, Gewalt, Mord und Selbstmord zu Tod oder Behinderung führen.

Gemessen am jährlichen Alkoholumsatz belief sich der Alkoholkonsum 2003 im OECD-Durchschnitt auf 9,6 Liter je Erwachsenen. Zwischen den Ländern bestehen jedoch erhebliche Unterschiede. Nach Ausklammerung Luxemburgs, wo ein großer Teil des Alkohols von Gebietsfremden gekauft wird, war der Alkoholkonsum 2002-2003 den Angaben zufolge in Frankreich, Irland und Ungarn mit 13 Litern jährlich je Erwachsenen am höchsten. Am anderen Ende der Skala stehen die Türkei, Mexiko und einige nordische Länder (Norwegen, Island und Schweden), wo der Alkoholkonsum den Angaben zufolge mit 1,5 bis 7 Liter je Erwachsenen relativ gering war (Abb. 4.5).

Der durchschnittliche Alkoholkonsum ist im Laufe der beiden vergangenen Jahrzehnte zwar in vielen OECD-Ländern allmählich zurückgegangen, in einigen Ländern ist er jedoch gestiegen (Abb. 4.6). Innerhalb des OECD-Raums war ein gewisses Maß an Konvergenz bei den Trinkgewohnheiten festzustellen, da in vielen traditionellen Bierländern der Weinkonsum und in vielen traditionellen Weinländern der Bierkonsum zugenommen hat. In den traditionellen Weinerzeugerländern Italien und Frankreich ist der Pro-Kopf-Alkoholverbrauch seit 1980 deutlich gesunken (Abb. 4.7). In Island und Irland ist er hingegen zwischen 1980 und 2003 um mehr

als 40% gestiegen (in Island war das Ausgangsniveau allerdings sehr niedrig, so dass der Alkoholkonsum dort immer noch relativ gering ist).

Die im Ländervergleich und im Zeitverlauf zu beobachtenden Unterschiede beim Alkoholkonsum sind nicht nur auf sich ändernde Trinkgewohnheiten zurückzuführen, sondern auch auf politische Maßnahmen zur Einschränkung des Alkoholverbrauchs. Werbe- und Verkaufsbeschränkungen sowie Alkoholsteuern haben sich als wirksame Mittel zur Senkung des Alkoholkonsums erwiesen (Bennet, 2003). Strenge Verkaufsbeschränkungen und hohe Alkoholsteuern schlagen sich in den meisten nordischen Ländern in einem generell niedrigeren Alkoholkonsum nieder, während der Rückgang des Alkoholkonsums in Frankreich, Italien und Spanien mit strengeren Auflagen für die Alkoholwerbung zusammenhing.

Der Pro-Kopf-Alkoholverbrauch in der Erwachsenenbevölkerung liefert zwar nützliche Hinweise auf Langzeittrends, er gibt jedoch keinen Aufschluss darüber, in welchen Bevölkerungsgruppen ein verstärktes Risiko gesundheitsschädigender Trinkgewohnheiten besteht. Häufig entfällt ein Großteil des Alkoholkonsums auf eine Minderheit der Bevölkerung, wie z.B. junge Männer (WHO, 2004). Derartige Informationen können nur durch genauere Erhebungen über die Trinkgewohnheiten der Bevölkerung gewonnen werden.

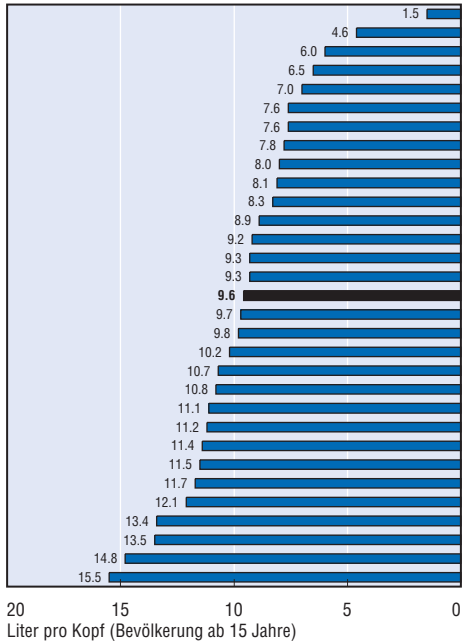
In Abb. 4.8 ist der Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum 1990 und den Todesfällen auf Grund von Leberzirrhose im Jahr 2002 dargestellt. Im Allgemeinen weisen Länder mit einem höheren Alkoholkonsum in der Tendenz 10 bis 15 Jahre später auch höhere Todesraten wegen Leberzirrhose auf als Länder mit geringem Alkoholkonsum. In den meisten OECD-Ländern sind die Todesraten auf Grund von Leberzirrhose in den vergangenen zwanzig Jahren gesunken, wobei sie recht eng dem Gesamtrückgang des Alkoholkonsums folgten.

Definition und Abweichungen

Der Alkoholkonsum entspricht dem jährlichen Umsatz an reinem Alkohol je Einwohner ab 15 Jahre. Zur Umrechnung der alkoholischen Getränke in reinen Alkohol werden nicht in allen Ländern dieselben Methoden angewandt.

Italien liefert Angaben zum Alkoholverbrauch je Einwohner ab 14 Jahren, Schweden für die Bevölkerung ab 16 Jahre und Japan für die Bevölkerung ab 20 Jahre. In einigen Ländern (z.B. Luxemburg) spiegelt der einheimische Alkoholumsatz den tatsächlichen Alkoholverbrauch der einheimischen Bevölkerung nicht richtig wider, weil ein großer Teil des Umsatzes auf Gebietsfremde entfällt.

Abbildung 4.5. **Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Litern, Bevölkerung ab 15 Jahre, 2003**



1. 2002.

Abbildung 4.6. **Veränderung des Pro-Kopf-Alkoholkonsums, Bevölkerung ab 15 Jahre, 1980-2003**

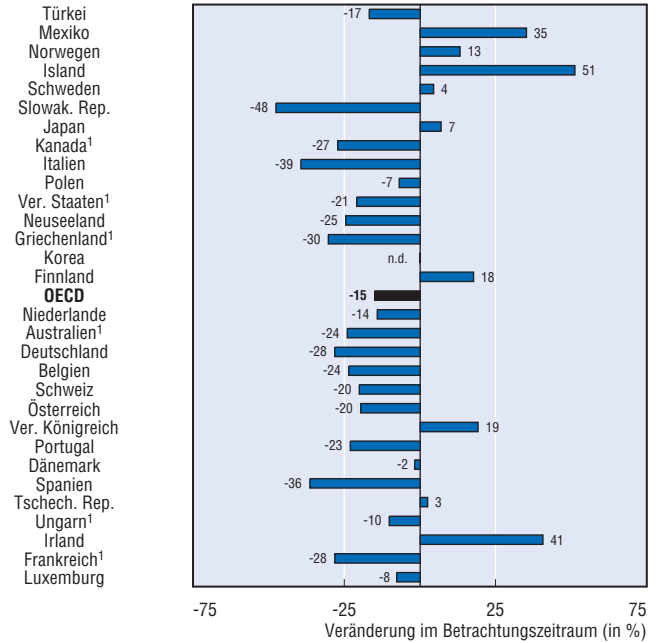
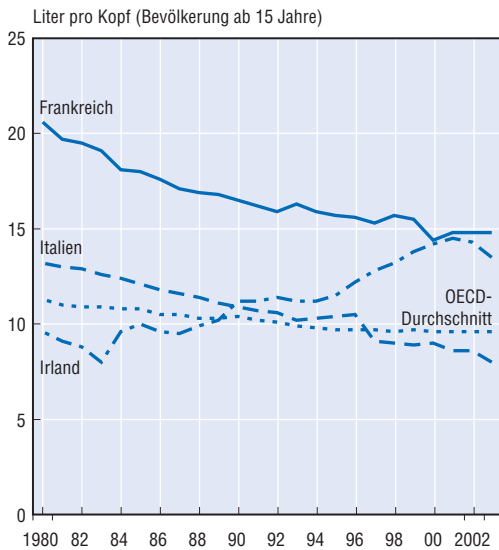
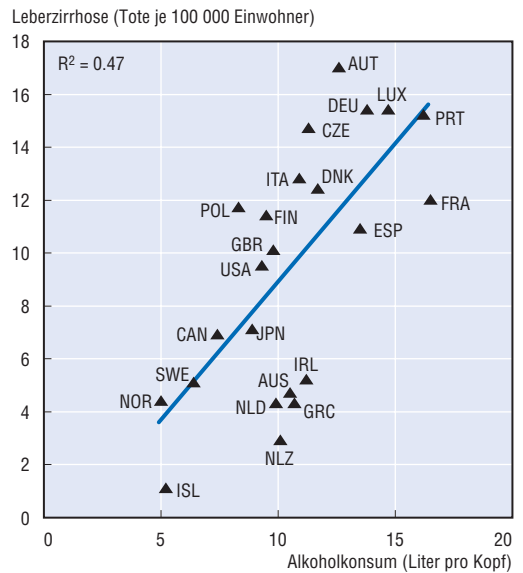


Figure 4.7. **Trends beim Alkoholkonsum, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2003**



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 4.8. **Todesfälle durch Leberzirrhose, 2002, und Alkoholkonsum, 1990**



StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/360848653850>

IV.3. NAHRUNGSKONSUM

Gesundheit und Ernährung sind eng miteinander verknüpft. Die „Obesitätsepidemie“, die in vielen OECD-Ländern zu einem wachsenden öffentlichen Gesundheitsproblem wird (vgl. Indikator „Übergewicht und Obesität“), hängt stark mit dem übermäßigen Nahrungskonsum sowie Bewegungsmangel zusammen. Eine ungesunde Ernährung, die reich an gesättigten Fetten und Zucker sowie arm an Obst und Gemüse ist, kann zudem das Risiko zahlreicher Krankheiten erhöhen, darunter koronare Herzkrankheiten, Diabetes und verschiedene Arten von Krebs.

Die folgenden Indikatoren geben Aufschluss über einige Aspekte des Nahrungskonsums in den OECD-Ländern. Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass sich diese Indikatoren auf die Menge der zum Verzehr zur Verfügung stehenden und nicht auf die tatsächlich verzehrten Nahrungsmittel beziehen (vgl. Kasten „Definition und Abweichungen“).

Der in fast allen OECD-Ländern zu beobachtende Anstieg der Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten ist zu einem großen Teil auf ein Ungleichgewicht zwischen Kalorienzufuhr und Kalorienverbrauch (z.B. über körperliche Bewegung) zurückzuführen. Im Durchschnitt der OECD-Länder hat sich die geschätzte tägliche Kalorienzufuhr pro Kopf zwischen 1961 und 2002 um rd. 450 Kalorien erhöht. 2002 war die Kalorienaufnahme pro Kopf in den Vereinigten Staaten am höchsten, gefolgt von Portugal und Griechenland (Abb. 4.9). Dies sind auch die drei Länder, in denen die Kalorienaufnahme pro Kopf seit 1961 am stärksten gestiegen ist (Tabelle A.4.3). Am anderen Ende der Skala steht Japan, wo die Kalorienaufnahme pro Person 2002 am niedrigsten war, gefolgt von der Slowakischen Republik und Korea. In Japan und Korea geht die relativ geringe Kalorienaufnahme mit den niedrigsten Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten in der Erwachsenenbevölkerung im gesamten OECD-Raum einher. In der Slowakischen Republik stehen der relativ geringen Kalorienaufnahme pro Kopf hingegen vergleichsweise hohe Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten unter den Erwachsenen gegenüber, deren Gründe nicht klar sind.

Die Auswirkungen des Nahrungskonsums auf die Gesundheit hängen nicht nur von der Gesamtkalorienzufuhr ab, sondern auch von der Zusammensetzung der Nahrung. Ein hoher Zuckerkonsum erhöht das Risiko zahlreicher Krankheiten (z.B. Herz-Kreislaufkrankheiten und Diabetes) sowie von Zahnkaries und

Obesität. Laut den aktuellen Empfehlungen von FAO und WHO sollten insbesondere die Zuckerzusätze (namentlich in Erfrischungsgetränken, Fruchtsäften, Keksen, Eiskrem, Bonbons usw.) weniger als 10% der täglichen Kalorienzufuhr ausmachen (FAO/WHO, 2003). Der Gesamtzuckerkonsum weist im OECD-Vergleich starke Unterschiede auf. 2002 war er in den Vereinigten Staaten besonders hoch, gefolgt von Kanada und Neuseeland (Abb. 4.10). In der Türkei und Japan war er am niedrigsten. In den meisten OECD-Ländern wurde seit 1961 eine Zunahme des Zuckerkonsums verzeichnet (Tabelle A.4.4).

Der Verzehr von Obst und Gemüse wird hingegen als ein wichtiger Bestandteil einer gesunden Ernährung stark empfohlen. Laut einer neueren Untersuchung von WHO und FAO sollten zur Vorbeugung gegen chronische Leiden wie Herzkrankheiten, Krebs, Diabetes und Obesität täglich mindestens 400 g Obst und Gemüse verzehrt werden (WHO/FAO, 2005). In Einklang mit dieser Empfehlung haben die Regierungen zahlreicher Länder öffentliche Aufklärungskampagnen und -programme gestartet, in denen der Verzehr von mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse täglich propagiert wird. 2002 war der Verbrauch an Obst und Gemüse Schätzungen zufolge in den südeuropäischen Ländern (Griechenland, Türkei, Portugal, Italien, Spanien) sowie in Korea am höchsten. Am geringsten war er in der Slowakischen und der Tschechischen Republik sowie in Polen (Abb. 4.11).

Daten zur Menge der zum Verzehr zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel je Einwohner liefern nur eine aggregierte Messgröße der Entwicklung des Nahrungskonsums im Ländervergleich und im Zeitverlauf. Sie geben keinen Aufschluss darüber, in welchen Bevölkerungsgruppen die Ernährungsgewohnheiten besonders ungesund sind und welche Hindernisse überwunden werden müssen, um die Ernährungsweisen zu verbessern. Derartige Informationen können nur über genauere Ernährungsumfragen bzw. allgemeine Gesundheitsbefragungen, die ein Modul zur Ernährung enthalten, gewonnen werden. In der Schweiz z.B. deuten die Ergebnisse mehrerer Reihen der schweizerischen Gesundheitsbefragung für den Zeitraum 1992-2002 auf einen Rückgang des Obst- und Gemüseverzehrs in den jüngeren Bevölkerungsgruppen hin, während in den älteren Altersgruppen ein Anstieg verzeichnet wurde (Schweizer Bundesamt für Statistik, 2005).

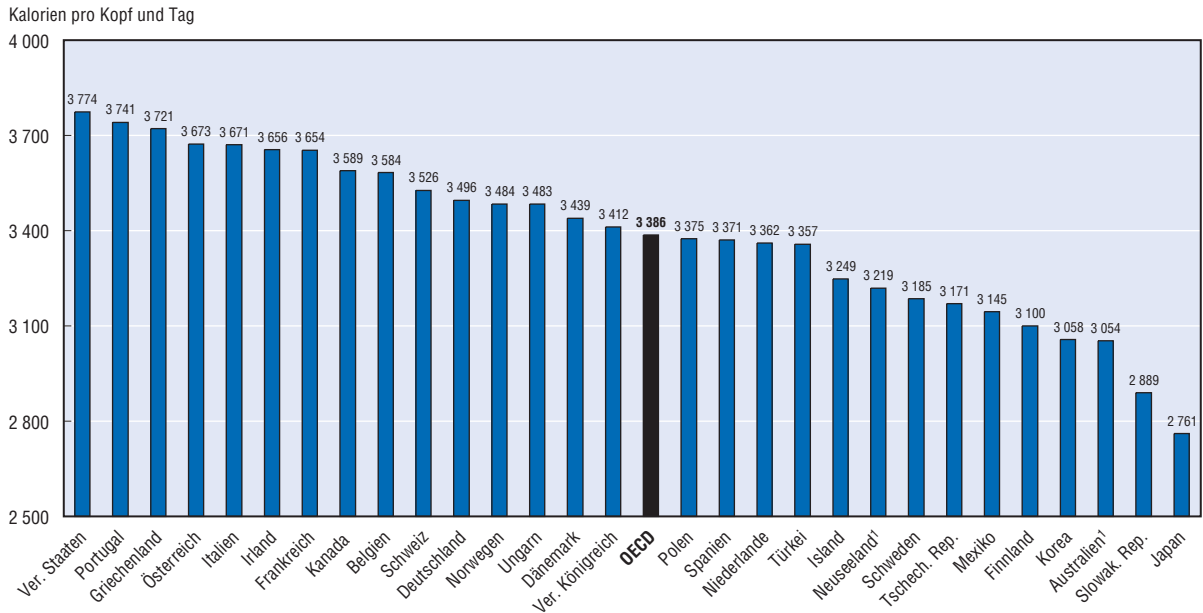
Definition und Abweichungen

Die in diesem Abschnitt wiedergegebenen Informationen über den Nahrungskonsum stammen aus der Ernährungsdatenbank der FAO. Sie beziehen sich auf die Menge der zum Verzehr zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel (d.h. der Nahrungsmittel, die beim Verbraucher ankommen) und nicht auf den tatsächlichen Nahrungskonsum. In den Vereinigten Staaten haben Schätzungen ergeben, dass das Nahrungsangebot möglicherweise 30% höher ist als der tatsächliche Nahrungskonsum, da viel weggeworfen wird (USDA, 1999). Dieser Unterschied kann allerdings je nach Land mehr oder minder groß sein.

Nicht inbegriffen im Obst- und Gemüseverbrauch sind Kartoffeln und sonstige stärkehaltige Knollengewächse.

In Australien und Neuseeland ist die Gesamtkalorienaufnahme im Vergleich zu anderen Ländern unterzeichnet, weil dort andere Konversionsfaktoren zur Berechnung der täglichen Kalorienzufuhr verwendet werden. Die Differenz gegenüber den anderen OECD-Ländern hat im Laufe der Zeit abgenommen, beträgt jedoch immer noch rd. 10%.

Abbildung 4.9. Gesamtkalorienzufuhr, 2002



1. Die Daten für Australien und Neuseeland lassen sich nicht direkt mit denen anderer Länder vergleichen, weil die Verwendung anderer Umrechnungsfaktoren in einer Unterzeichnung der Gesamtkalorienzufuhr um rd. 10% resultiert.

Abbildung 4.10. Zuckerkonsum, 2002

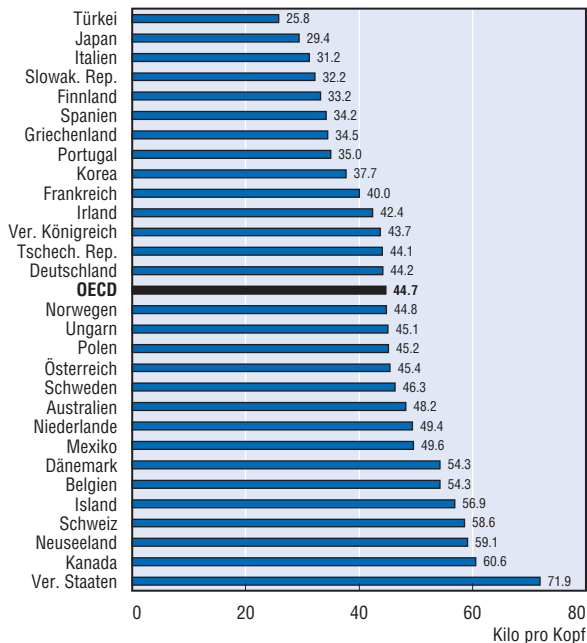
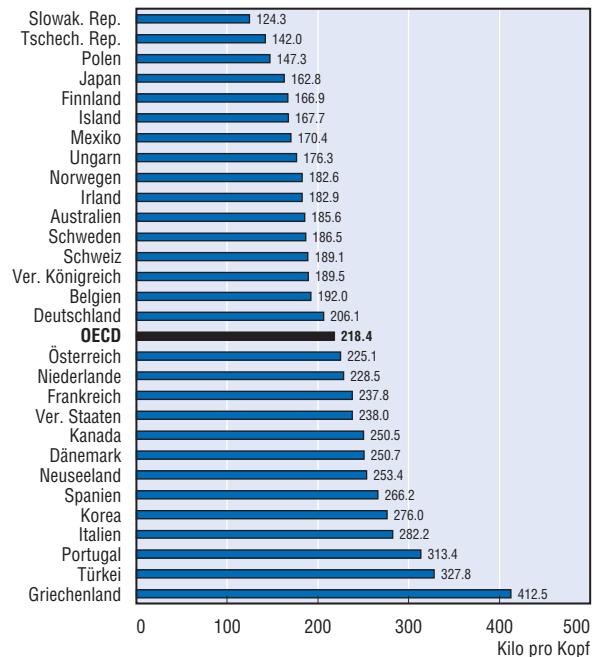


Abbildung 4.11. Obst- und Gemüseverzehr, 2002



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. (Die Daten stammen aus der FAOSTAT-Ernährungsdatenbank. Sie beziehen sich auf die zum Verzehr zur Verfügung stehenden und nicht auf die tatsächlich verzehrten Nahrungsmittel.)

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/286071708575>

IV.4. ÜBERGEWICHT UND OBESITÄT

In vielen OECD-Ländern entwickelt sich der Anstieg der Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten unter Kindern und Erwachsenen zunehmend zu einem großen öffentlichen Gesundheitsproblem. Obesität ist ein bekannter Risikofaktor bei mehreren Krankheiten, wie Bluthochdruck, hohem Cholesterinspiegel, Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Atembeschwerden (Asthma), Skelett-Muskel-Krankheiten (Arthritis) sowie einigen Krebsarten. In den Vereinigten Staaten, wo heute mehr als drei von zehn Erwachsenen fettleibig sind, ergab eine neuere Studie, dass die geschätzten Kosten der Obesität die Kosten des Rauchens und des übermäßigen Alkoholkonsums im Zusammenhang mit einer Gruppe chronischer Leiden inzwischen übersteigen (Sturm, 2002).

In nicht weniger als zehn OECD-Ländern – den Vereinigten Staaten, Mexiko, dem Vereinigten Königreich, Australien, der Slowakischen Republik, Griechenland, Neuseeland, Ungarn, Luxemburg und der Slowakischen Republik – gelten heute über 50% der Erwachsenen als übergewichtig oder fettleibig (Tabelle A.4.6). In den beiden asiatischen OECD-Ländern (Japan und Korea) sowie in einigen europäischen Ländern (Frankreich und Schweiz) sind die Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten hingegen wesentlich niedriger, wenngleich sie auch dort zunehmen. Bei alleiniger Betrachtung der Obesität (bei der die gesundheitlichen Risiken größer sind als bei einfachem Übergewicht) zeigt sich, dass die entsprechenden Prävalenzraten von einem Tiefstwert von 3% in Japan und Korea bis zu einem Spitzenwert von 31% in den Vereinigten Staaten reichen (Abb. 4.12 und 4.13).

Es gilt allerdings darauf hinzuweisen, dass die geschätzten Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten in den meisten Ländern auf Selbstangaben beruhen, wohingegen sich die Daten in den Vereinigten Staaten, Australien, Neuseeland und dem Vereinigten Königreich auf tatsächliche Messungen von Gewicht und Größe stützen. Belege aus mehreren Ländern zeigen, dass Selbstangaben zu Gewicht und Größe nicht so verlässlich sind wie tatsächliche Messungen, in der Regel weil das Gewicht zu niedrig angesetzt wird. In den Vereinigten Staaten lag die ausgehend von direkten Befragungen ermittelte Fettleibigkeitsrate 1999 beispielsweise bei 22%, wohingegen die tatsächlichen Messungen im selben Jahr eine Rate von 31% ergaben. Analog dazu betrug die auf Selbstangaben beruhende Fettleibigkeitsrate in Australien 2001 18%, während die tatsächlichen Messungen von Gewicht und Größe im Jahr 1999 eine Rate von 22% geliefert hatten. Dies bedeutet, dass die tatsächliche Prävalenz der Fettleibigkeit auf Grund solcher Fehldarstellungen in den derzeitigen Schätzungen der Obesitätsraten vieler OECD-Länder unterzeichnet ist.

Auf der Basis von konsistenten Messungen der Obesität im Zeitverlauf hat sich die Fettleibigkeitsrate in den vergangenen zwanzig Jahren in den Vereinigten Staaten mehr als verdoppelt, in Australien fast verdreifacht und im

Vereinigten Königreich mehr als verdreifacht (Abb. 4.14). Rund 21-24% der Erwachsenen in Mexiko, dem Vereinigten Königreich, der Slowakischen Republik, Griechenland, Australien und Neuseeland werden heute als fettleibig definiert, in etwa dieselbe Rate wie in den Vereinigten Staaten Anfang der neunziger Jahre. Auch in vielen westeuropäischen Ländern hat die Obesitätsrate im vergangenen Jahrzehnt erheblich zugenommen.

In vielen Ländern betraf der Anstieg der Obesität unabhängig von Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Einkommen und Bildungsniveau alle Bevölkerungsgruppen. In den Vereinigten Staaten und Kanada deuten die Daten allerdings darauf hin, dass die Obesität unter den Angehörigen der unteren Einkommensgruppen in der Regel stärker verbreitet ist als in den höheren Einkommensgruppen (Statistics Canada und CDC, 2004).

Weil Obesität das Risiko chronischer Leiden erhöht, ist sie mit erheblichen zusätzlichen Kosten für die Gesundheitsversorgung verbunden. Auf makroökonomischer Ebene haben Schätzungen ergeben, dass Ende der neunziger Jahre in den Vereinigten Staaten möglicherweise rd. 5-7% und in Ländern wie Kanada, Australien und Neuseeland 2-3,5% der Gesamtgesundheitsausgaben durch Obesität verursacht wurden (Thompson und Wolf, 2001). Auf mikroökonomischer Ebene haben Schätzungen aus den Vereinigten Staaten gezeigt, dass die Kosten der Gesundheitsdienste und der Medikamente für Fettleibige 36% bzw. 77% höher sind als für Normalgewichtige (Sturm, 2002). Der zeitliche Abstand von mehreren Jahren zwischen dem Beginn der Obesität und dem Auftreten der entsprechenden Gesundheitsprobleme lässt darauf schließen, dass die in den meisten OECD-Ländern in den vergangenen zwei Jahrzehnten verzeichnete Zunahme der Obesität für die Zukunft einen Anstieg der Kosten der Gesundheitsversorgung bedeutet.

Eine Reihe von Verhaltens- und Umfeldfaktoren haben den Anstieg der Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten in den Industriestaaten unterstützt, darunter sinkende Realpreise für Nahrungsmittel und eine Zunahme der körperlich untätigen verbrachten Zeit. Die relative Bedeutung einiger der Faktoren, die für die Zunahme der Obesitätsraten ausschlaggebend waren, kann im Ländervergleich schwanken. In den Vereinigten Staaten war laut einer Studie von Cutler und Mitarbeitern (2003) die Erhöhung der Kalorienzufuhr der Hauptgrund für die Gewichtszunahme in der Erwachsenenbevölkerung. Diese Studie ergab, dass 90% des Anstiegs der Kalorienzufuhr, der in den Vereinigten Staaten in den vergangenen zwanzig Jahren verzeichnet wurde, auf den Verzehr einer größeren Menge von „Snacks“ pro Tag zurückzuführen waren. In anderen Ländern, z.B. dem Vereinigten Königreich, könnte die Verringerung der körperlichen Bewegung eine größere Rolle gespielt haben (Department of Health, 2005).

Definition und Abweichungen

Übergewicht und Obesität werden als ein zu hohes Gewicht definiert, das auf Grund des hohen Prozentsatzes an Fett im Körper mit gesundheitlichen Risiken verbunden ist. Die am häufigsten verwendete Messgröße von Übergewicht und Obesität stützt sich auf den Körpermassenindex (*Body Mass Index* – BMI), bei dem es sich um eine Zahl handelt, mit der das Gewicht einer Person im Verhältnis zur Körpergröße gemessen wird ($\text{Gewicht}/\text{Größe}^2$, wobei das Gewicht in Kilogramm und die Größe in Metern ausgedrückt wird). Laut der aktuellen Definition der WHO (WHO, 1997) gelten Personen mit einem BMI zwischen 25 und 30 als übergewichtig und Personen mit einem BMI von über 30 als fettleibig. Diese Klassifizierung kann für einige ethnische Gruppen ungeeignet sein, die den gleichen Risiken schon bei einem geringeren BMI (Asiaten z.B.) oder erst bei einem höherem BMI ausgesetzt sind (AIHW, 2004). Der BMI ist auch nicht in gleichem Maße geeignet, um Übergewicht und Obesität bei Kindern zu messen.

In den meisten Ländern beruhen die Schätzungen zu Übergewicht und Obesität auf Selbstangaben, die in Gesundheitsbefragungen der Bevölkerung gesammelt werden. Die Ausnahmen sind Australien, Neuseeland, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten, wo sich die Schätzungen auf Gesundheitsuntersuchungen stützen, bei denen Gewicht und Größe der fraglichen Personen tatsächlich gemessen werden. Diese Unterschiede in der Methodik der Datenerfassung schränken die Vergleichbarkeit der Daten erheblich ein. Auf Gesundheitsuntersuchungen basierende Schätzwerte sind im Allgemeinen höher und verlässlicher als solche, die sich auf Gesundheitsbefragungen gründen, allerdings werden Gesundheitsuntersuchungen nur in wenigen Ländern regelmäßig durchgeführt.

Abbildung 4.12. **Prozentsatz der Erwachsenenbevölkerung mit einem Körpermassenindex (BMI) von über 30 (Fettleibige), 2003 oder letztes Jahr**

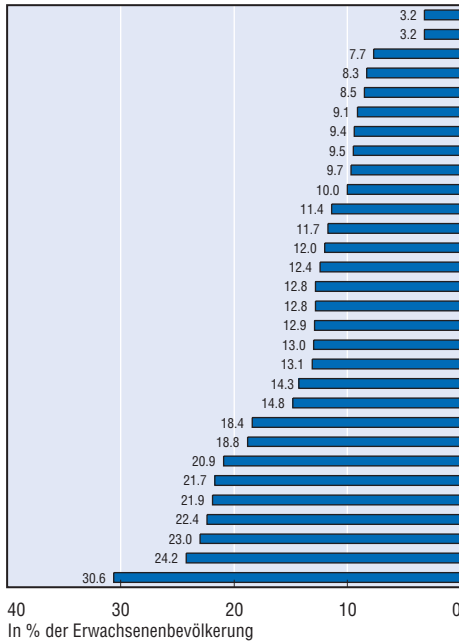
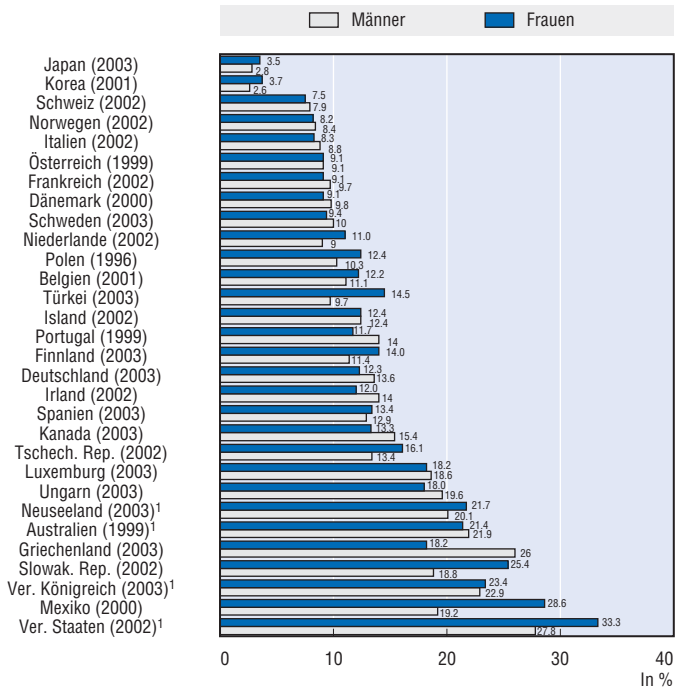
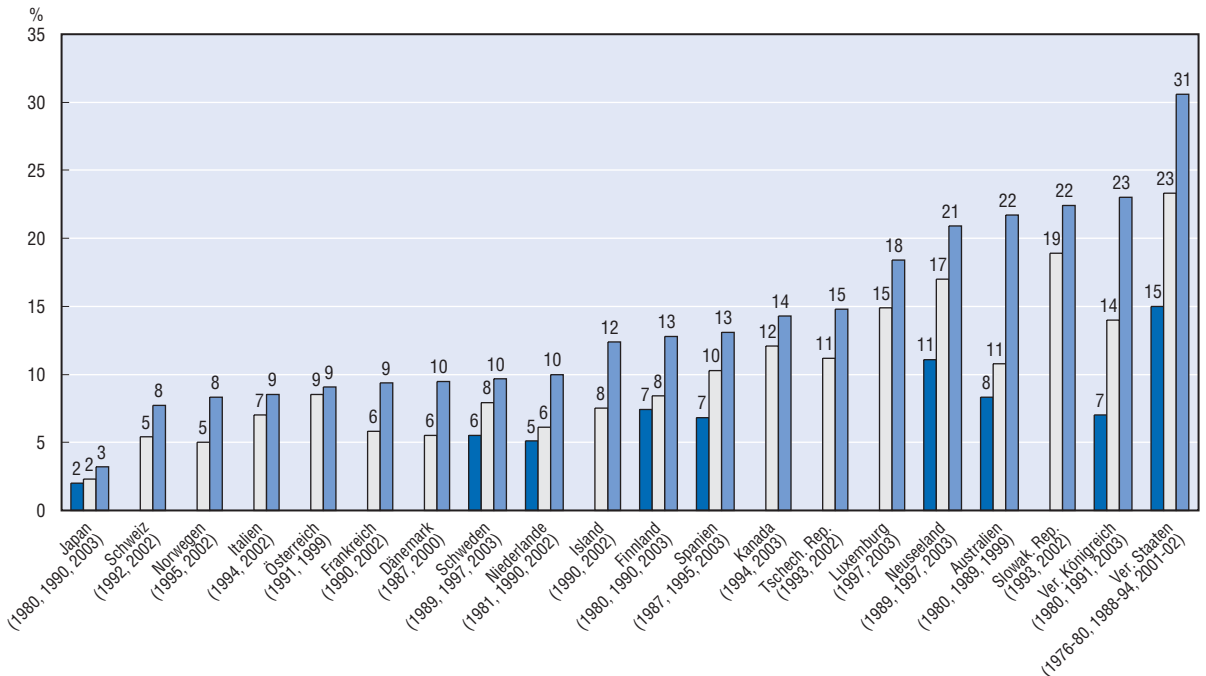


Abbildung 4.13. **Prozentsatz der Frauen und Männer mit einem Körpermassenindex von über 30 (Fettleibige), 2003 oder letztes Jahr**



1. Für Australien, Neuseeland, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten stützen sich die Zahlen auf Gesundheitsuntersuchungen und nicht auf Umfragen.

Abbildung 4.14. **Steigende Fettleibigkeitsraten in der Erwachsenenbevölkerung der OECD-Länder**



Vgl. Anmerkungen zu Tabelle A.4.6.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/816353723550>

TEIL V

Demographischer und wirtschaftlicher Kontext

1. Gesamtbevölkerung und Bevölkerungsstruktur	94
2. Geburtenraten	96
3. Bruttoinlandsprodukt (BIP) und Einkommensungleichheit	98

V.1. GESAMTBEVÖLKERUNG UND BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR

Das natürliche Wachstum der Einwohnerzahlen (Geburten minus Sterbefälle) hat sich im gesamten OECD-Raum verlangsamt, wenn auch in unterschiedlichem Umfang, was zu einer Alterung der Gesellschaft führt, die Konsequenzen für die staatlichen und privaten Gesundheits- und Sozialausgaben hat.

2003 lebten im OECD-Raum insgesamt über 1,15 Milliarden Menschen, rund ein Fünftel der Weltbevölkerung. Die Vereinigten Staaten sind mit 290 Millionen Einwohnern, d.h. mehr als einem Viertel der OECD-Gesamtbevölkerung, nach wie vor das bevölkerungsreichste Land innerhalb des OECD-Raums. Japan und Mexiko folgen mit jeweils über 100 Millionen Einwohnern. Am anderen Ende der Skala stehen Island und Luxemburg als bevölkerungsärmste Länder mit jeweils weniger als einer halben Million Einwohner (Abb. 5.1 und Tabelle A.5.1).

Seit 1960 ist die Gesamteinwohnerzahl der OECD-Länder um mehr als 50% gestiegen, wobei das stärkste Wachstum zwischen 1960 und 1980 zu verzeichnen war, bedingt durch relativ hohe Geburtenraten in einigen Ländern und sinkende Sterberaten. In den letzten beiden Jahrzehnten hat sich das Bevölkerungswachstum in vielen OECD-Ländern im Zuge des Rückgangs der Geburtenraten deutlich verlangsamt (vgl. Indikator „Geburtenraten“). Zwischen 1990 und 2003 lag die Bevölkerungswachstumsrate für alle OECD-Länder zusammen genommen durchschnittlich bei rd. 0,6% jährlich, was nur etwa die Hälfte der in den sechziger und siebziger Jahren beobachteten Rate ist. Innerhalb dieses Durchschnitts waren jedoch große Unterschiede festzustellen. Während Mexiko und die Türkei das stärkste Bevölkerungswachstum seit 1960 verzeichneten – in beiden Ländern hat sich die Einwohnerzahl während dieses Zeitraums mehr als verdoppelt –, haben sich die Einwohnerzahlen einiger osteuropäischer Länder seit 1960 kaum verändert; dort kam es in den letzten Jahrzehnten auf Grund von Emigration und sinkenden Geburtenraten sogar zu einer

Abnahme (Abb. 5.2). In der Mehrzahl der nicht-europäischen Länder, wie Australien, Kanada, Neuseeland und den Vereinigten Staaten, war in den letzten vierzig Jahren ebenfalls ein relativ starkes Bevölkerungswachstum zu beobachten, das nicht nur auf natürliches Wachstum, sondern auch auf Nettozuwanderung zurückzuführen war.

Die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege sowie deren Finanzierung sind, ebenso wie dies bei Renten und sonstigen Sozialleistungen der Fall ist, z.T. davon abhängig, wie sich die Bevölkerungsstruktur der einzelnen Länder verändert. Der Prozentsatz der Einwohner ab 65 Jahre ist in allen OECD-Ländern gestiegen, und diese Entwicklung dürfte sich fortsetzen. Sowohl in Italien als auch in Japan ist nahezu ein Fünftel der Bevölkerung über 65 Jahre alt, und in Japan hat sich der prozentuale Anteil dieser Bevölkerungsgruppe im Verlauf der letzten vierzig Jahre verdreifacht (Abb. 5.3).

Der Altenquotient, bei dem die Zahl der Personen ab 65 Jahre der Zahl der Personen im Erwerbsalter (15 bis 64 Jahre) gegenübergestellt wird, ist ebenfalls ein nützliches Instrument zur Beurteilung des Effekts der Bevölkerungsalterung. 2003 bewegte sich dieser Quotient in einem Bereich von weniger als 1:10 in der Türkei und Mexiko bis über 1:4 in Italien und Japan sowie einigen anderen europäischen Ländern, darunter Deutschland und Frankreich. Der OECD-Durchschnittswert, der bei 1:5 liegt, dürfte sich bis 2050 mehr als verdoppeln, womit zwei Personen im Erwerbsalter auf einen Rentner kommen werden. Da der Gesundheitszustand älterer Menschen in der Regel schlechter ist und sie häufiger medizinische Leistungen und Langzeitpflege in Anspruch nehmen müssen, ist zu erwarten, dass die Bevölkerungsalterung zu einem Anstieg der öffentlichen Ausgaben in diesen Bereichen führen wird. Dieser Anstieg könnte sich bis 2050 auf zusätzliche 3 Prozentpunkte des BIP belaufen (Bains und Oxley, 2004).

Definition und Abweichungen

Die Gesamtbevölkerung entspricht der Gesamtzahl der Gebietsinländer, die im Land leben bzw. nur vorübergehend abwesend sind, sowie der Zahl der Gebietsausländer, die sich dauerhaft im Land niedergelassen haben, zur Jahresmitte.

Der Altenquotient entspricht der Zahl der Einwohner ab 65 Jahre im Verhältnis zur Zahl der Einwohner im Erwerbsalter, d.h. zwischen 15 und 64 Jahren. Die Einbeziehung der Altersgruppe 15-19 Jahre gründet sich auf die generelle Annahme, dass der Prozentsatz der Jugendlichen unter 20 Jahre, der bereits erwerbstätig ist, dem Prozentsatz der Bevölkerung ab 65 Jahren entspricht, der noch erwerbstätig ist.

Es gilt darauf hinzuweisen, dass sich die Zahlen für Deutschland vor 1991 auf Westdeutschland beziehen.

V.1. GESAMTBEVÖLKERUNG UND BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR

Abbildung 5.1. Gesamtbevölkerung der OECD-Länder, in Millionen, 2003

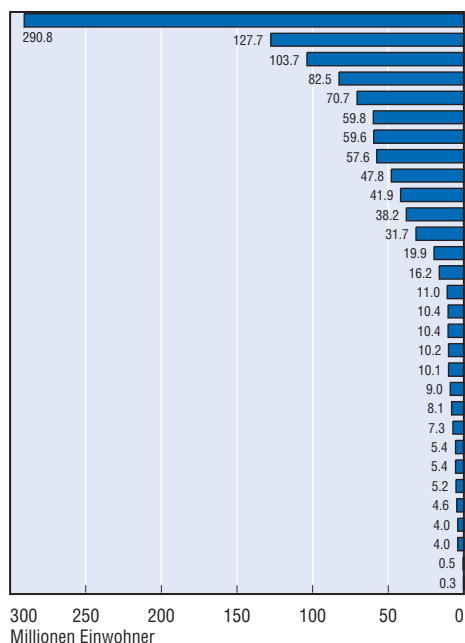
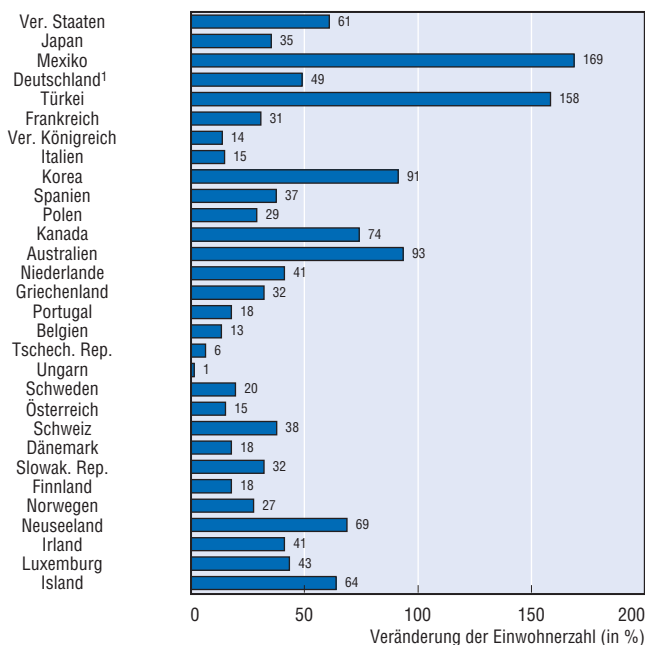
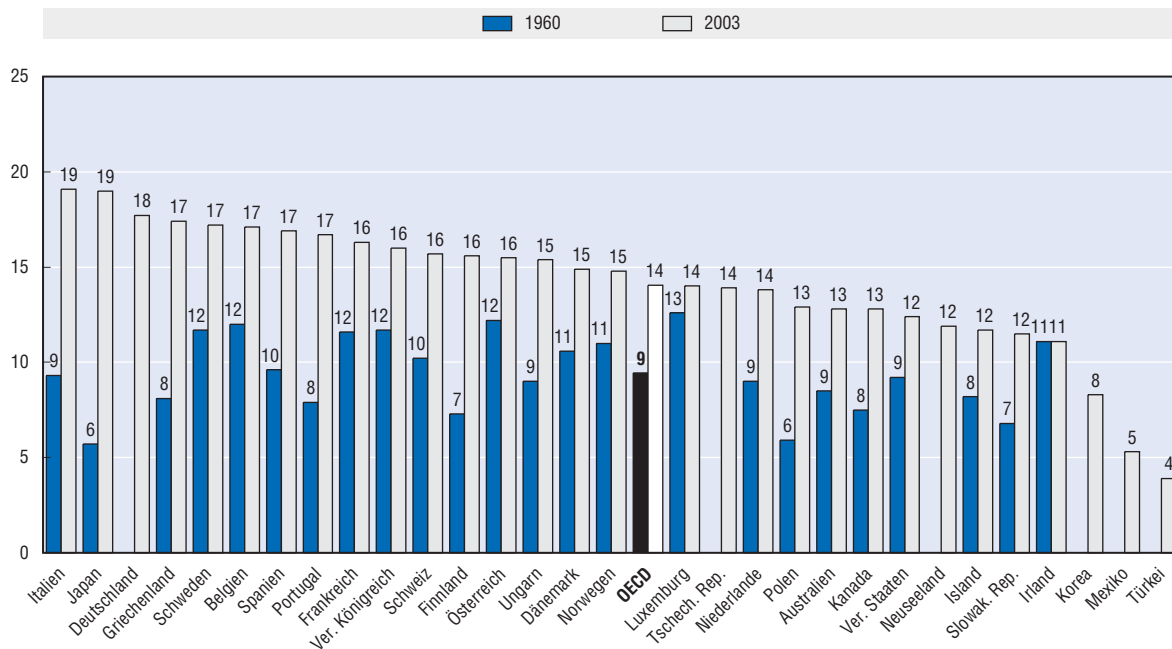


Abbildung 5.2. Prozentuale Veränderung der Einwohnerzahlen, 1960-2003



1. Die Einwohnerzahl für 1960 bezieht sich auf Westdeutschland.

Abbildung 5.3. Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre, 1960 und 2003



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/313417027432>

V.2. GEBURTENRATEN

Der zweite wichtige Faktor, der neben der Abnahme der Sterberaten für den beobachteten demographischen Wandel in den OECD-Ländern ausschlaggebend war, ist der drastische Rückgang der Geburtenraten im Verlauf der letzten Jahrzehnte. In allen Ländern wurde seit 1960 ein Geburtenrückgang verzeichnet, so dass Mexiko und die Türkei heute die einzigen OECD-Länder sind, in denen die Geburtenrate noch über dem Bestandserneuerungsniveau von 2,1 Kindern liegt, d.h. dem erforderlichen Niveau zur Sicherung einer im Großen und Ganzen stabilen Einwohnerzahl ohne Veränderung der Sterberaten und Nettozuwanderung. Wegen ihres Einflusses sowohl auf den Gesamtumfang der Bevölkerung als auch auf den Altersaufbau befassen sich die Länder mit der Frage, wie sie die Geburtenraten durch ihre Politik direkt oder indirekt verändern können.

Die Geburtenrate der Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren ist seit dem „Baby-Boom“ der Nachkriegszeit in allen OECD-Ländern kontinuierlich zurückgegangen. Sie ist von rd. 3 Kindern pro Frau im Jahr 1960 auf fast die Hälfte dieses Niveaus im Jahr 2003 abgesunken (Tabelle A.5.4). Das Tempo dieser Abnahme variierte von Land zu Land (Abb. 5.4). Dennoch sind die Geburtenraten selbst in der Türkei und Mexiko, den beiden einzigen Ländern, in denen sie noch über 2,1 liegen, im Vergleich zu ihrem Niveau von vor vierzig Jahren erheblich zurückgegangen. In den südeuropäischen Ländern, wie Griechenland, Italien und Spanien, setzte der Geburtenrückgang später ein, inzwischen weisen diese Länder jedoch zusammen mit einigen osteuropäischen Ländern die niedrigsten Geburtenraten des OECD-Raums auf. Auch in Korea sind die Geburtenraten in den letzten Jahrzehnten drastisch gesunken (Abb. 5.5). Der Start der landesweiten Familienplanungskampagne Anfang der sechziger Jahre bewirkte in Kombination mit einem dauerhaften Wirtschaftswachstum während der folgenden Jahrzehnte, dass Korea 2003 die zweitniedrigste Geburtenrate im OECD-Raum hatte (Choe und Park, 2005).

Die Geburtenraten werden durch viele miteinander verknüpfte Faktoren beeinflusst, die sowohl auf individuelle Verhaltensweisen als auch auf die in den einzelnen Ländern wirksamen sozialen und historischen Einflüsse zurückgehen. Die rasche Zunahme des Angebots an Verhütungsmitteln in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts spielte in vielen Ländern eine entscheidende Rolle für den Rückgang der Geburten-

raten. Ein weiterer wichtiger Grund für die beobachtete Veränderung der Geburtenrate war der in vielen Ländern festzustellende Anstieg des durchschnittlichen Alters der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes. Diese Verschiebung des Gebäralters kann mit einer Reihe individueller und gesellschaftlicher Faktoren in Zusammenhang gebracht werden, wie der Rolle der Frau innerhalb der Gesellschaft, wenn sie Familien- und Berufsleben verbindet, der wirtschaftlichen und finanziellen Sicherheit und der sich wandelnden Bedeutung der Familiengründung im Vergleich zu anderen Zielen (D'Addio und Mira d'Ercole, 2005).

In einer Gruppe von OECD-Ländern ist das durchschnittliche Alter bei Geburt des ersten Kindes zwischen 1970 und 2000 von unter 24 Jahren auf über 27 Jahre gestiegen. Der Effekt sukzessiver Frauenkohorten, die den Beginn der Kindererziehungsphase auf einen späteren Zeitpunkt hinausschieben, könnte zu einer Überzeichnung der rückläufigen Entwicklung der Gesamtgeburtenraten führen, die sich unter dem Einfluss der Zunahme der altersspezifischen Geburtenraten über einem bestimmten Alter (z.B. 30 Jahre) in Zukunft umkehren könnte.

Eine Wende im Abwärtstrend der Geburtenraten war seit 1980 in unterschiedlichem Umfang in einer Reihe von Ländern zu beobachten, so in den Vereinigten Staaten, den Niederlanden und den nordischen Ländern. Die Vereinigten Staaten und Italien wiesen Ende der siebziger Jahre beispielsweise ähnliche Geburtenraten auf. Seitdem sind die Geburtenraten in den Vereinigten Staaten jedoch gestiegen, so dass sie sich seit 1990 knapp unter dem Bestandserhaltungsniveau von 2,1 bewegen, wohingegen sich der Rückgang in Italien kontinuierlich fortsetzte.

Angesichts der Auswirkungen der vergangenen und zukünftigen Geburtenraten auf die Bevölkerungsstruktur müssen die Länder genau über die Maßnahmen nachdenken, die Einfluss auf die Familiengrößen haben können. Familienfreundliche Maßnahmen, die es den Frauen ermöglichen, Bildung und Beruf mit Kindererziehung zu verbinden (z.B. durch erschwingliche Kinderbetreuungsmöglichkeiten und Elternurlaub), sowie Steuern und Familienleistungen können alle einen Effekt auf die Geburtenraten ausüben (OECD, 2005b).

Definition und Abweichungen

Die Geburtenrate in einem bestimmten Jahr entspricht der durchschnittlichen Zahl an Kindern, die eine Frau während ihrer gebärfähigen Zeit zur Welt bringen würde, wenn die altersspezifischen Geburtenraten in jedem Alter (zwischen 15 und 49 Jahren) für sie zutreffen würden.

Bei einer Geburtenrate von 2,1 Kindern pro Frau ist die Stabilität der Bevölkerung (ohne Nettozuwanderung und Veränderung der Sterberaten) im Großen und Ganzen gewährleistet.

Abbildung 5.4. Gesamtgeburtenraten, Kinder je Frau zwischen 15 und 49 Jahren, 1960, 1980 und 2003

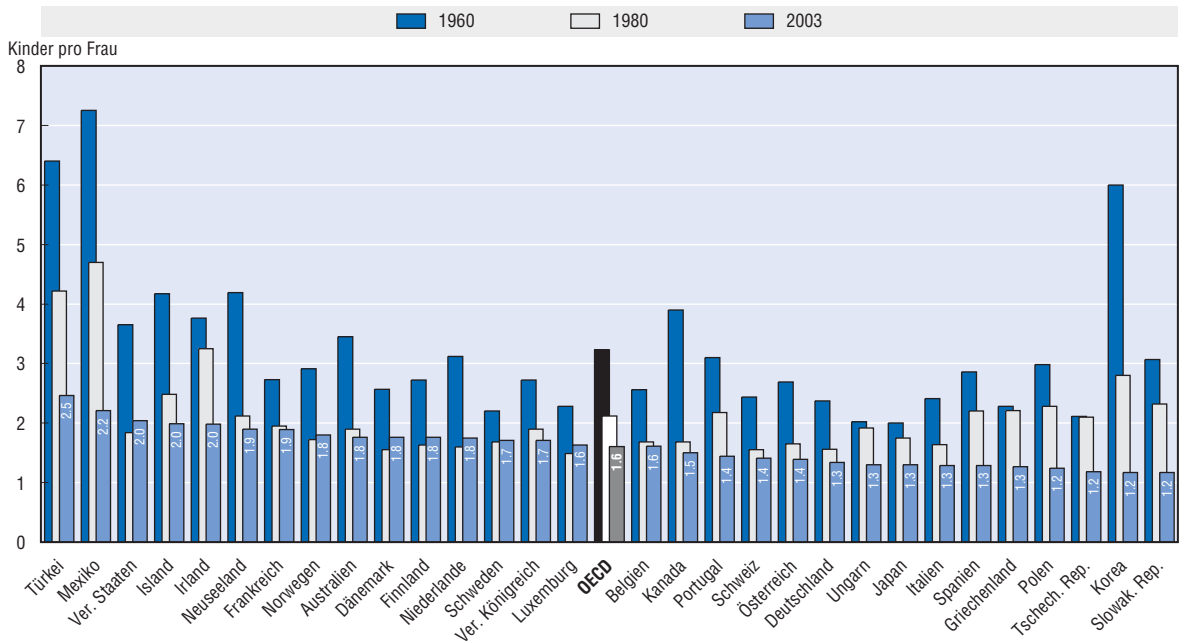
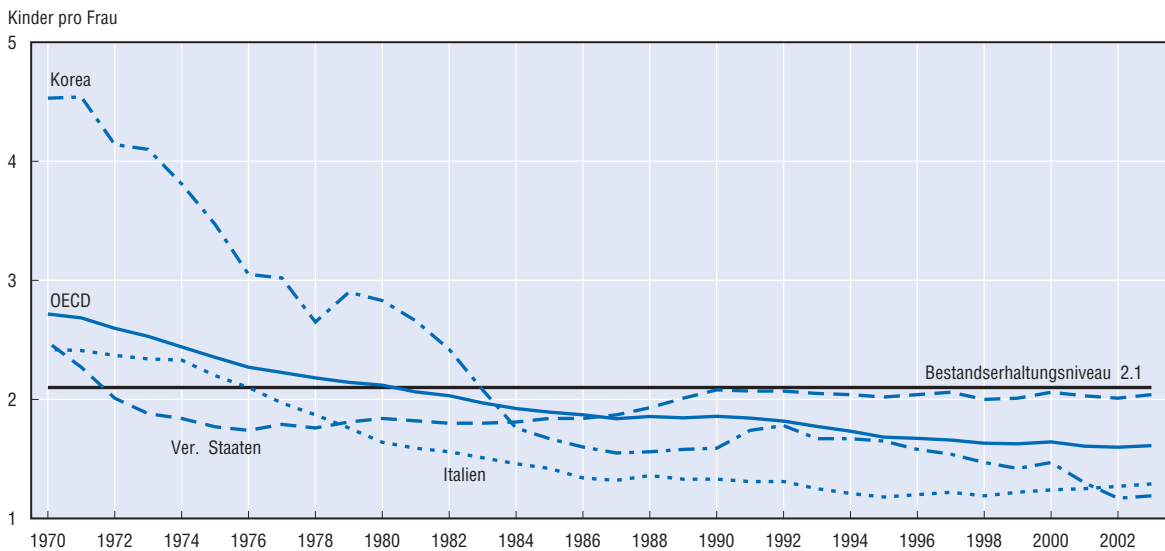


Abbildung 5.5. Gesamtgeburtenraten, 1970-2003



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/130244412155>

V.3. BRUTTOINLANDSPRODUKT (BIP) UND EINKOMMENSUNGLEICHHEIT

Das BIP liefert einen Anhaltspunkt für den Grad der wirtschaftlichen Entwicklung eines Landes und den Lebensstandard seiner Bevölkerung. Das Pro-Kopf-BIP selbst entspricht jedoch nur einem Durchschnittsniveau des nationalen monetären Einkommens und misst nicht die Einkommensverteilung innerhalb der Bevölkerung.

Beim Vergleich des in US-\$ Kaufkraftparitäten (KKP) ausgedrückten Pro-Kopf-BIP sind innerhalb der OECD starke Unterschiede festzustellen. Während das Pro-Kopf-BIP in der Türkei und Mexiko 2003 weniger als 10 000 US-\$ KKP betrug, lag der entsprechende Wert in den meisten anderen OECD-Ländern im Bereich von 20 000 bis 35 000 US-\$ KKP. Das reichste Land im OECD-Raum ist Luxemburg, es folgen die Vereinigten Staaten und Norwegen, wo sich das Pro-Kopf-BIP 2003 auf über 35 000 US-\$ KKP belief (Abb. 5.6 und Tabelle A.5.5). Es gilt allerdings zu erwähnen, dass auf dem BIP basierende Messgrößen des Pro-Kopf-Einkommens in einer Reihe von Ländern etwas überzeichnet sind, insbesondere in Luxemburg und Irland, bedingt entweder durch eine große Zahl ausländischer Arbeitskräfte, die zum BIP beitragen, wie im Fall von Luxemburg, oder eine große Zahl ausländischer Unternehmen wie in Irland. Das Bruttonationaleinkommen (BNE) ist eine genauere Messgröße des im Land tatsächlich verfügbaren Einkommens, allerdings macht es in den meisten Ländern kaum einen Unterschied, ob das BNE oder das BIP verwendet wird.

Seit 1990 ist das reale Pro-Kopf-BIP in allen OECD-Ländern gestiegen, wenn auch in unterschiedlichem Umfang. Das rascheste Wachstum war in Irland und Korea zu verzeichnen, wobei sich der Anstieg in Irland durchschnittlich auf fast 6% jährlich belief. Auf diese Weise gelang es Irland, das sich 1990 am National-

einkommen gemessen in der unteren Hälfte der OECD-Länder befand, bis 2003 auf den vierten Platz insgesamt aufzurücken. In der Schweiz, Deutschland und der Tschechischen Republik bewegte sich das durchschnittliche Wachstum des Pro-Kopf-BIP demgegenüber seit 1990 unter 1% (Abb. 5.7).

Ein höheres Pro-Kopf-BIP ist im Ländervergleich zwar im Allgemeinen mit einem besseren Gesundheitsstatus verbunden, dieser Zusammenhang ist bei höheren Nationaleinkommensniveaus jedoch weniger stark ausgeprägt, und zwischen Ländern mit ähnlichem Pro-Kopf-Einkommen sind signifikante Unterschiede beim Gesundheitszustand festzustellen (vgl. Indikator „Lebenserwartung bei Geburt“). Auch die Verteilung des Nationaleinkommens kann Einfluss auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung eines Landes haben. Einzelne Analysten fanden Belege für eine Korrelation zwischen der Lebenserwartung im Ländervergleich und den Einkommensungleichheiten innerhalb der einzelnen Länder, wobei die Lebenserwartung in Ländern mit geringerer Einkommensungleichheit höher ist (Wilkinson, 1996, 2000). In Abb. 5.8 ist eine als Gini-Koeffizient ausgedrückte Messgröße der Einkommensungleichheit im OECD-Raum sowie deren Veränderung seit Mitte der achtziger Jahre dargestellt. Die Einkommensungleichheit ist derzeit in Mexiko und der Türkei am größten und in Dänemark und Schweden am geringsten. In den meisten Ländern hat sich die Einkommensungleichheit seit Mitte der achtziger Jahre erhöht, wenn sie auch in einigen Ländern zumindest geringfügig zurückgegangen ist (z.B. in Irland, Australien und Frankreich).

Definition und Abweichungen

Es gibt drei verschiedene Ansätze zur Messung des BIP: 1. die Addition der gesamten Wertschöpfung der inländischen Produzenten, 2. die Summe des Einkommens aus Arbeit und Kapital und 3. die Addition sämtlicher inländischer Ausgaben zuzüglich der Exporte und abzüglich der Waren- und Dienstleistungsimporte. Die hier wiedergegebenen Daten stützen sich auf den dritten Ansatz (Ausgabenseite) (OECD, 2000b).

Bei Ländervergleichen des BIP empfiehlt es sich, statt der Marktwechselkurse Kaufkraftparitäten zu Grunde zu legen. Diese spiegeln den Betrag an inländischer Währung wider, der in einem anderen Land nötig ist, um denselben Warenkorb an Waren und Dienstleistungen zu kaufen, der mit einem gegebenen US-Dollarbetrag in den Vereinigten Staaten erworben werden kann. Da die Lebenshaltungskosten in ärmeren Ländern häufig niedriger sind, verringert sich durch die Berechnung des Pro-Kopf-Einkommens anhand von Kaufkraftparitäten der Unterschied zwischen den reichsten und den ärmsten Ländern des OECD-Raums. Das reale BIP wird gemessen, indem die Ausgabenkomponenten durch geeignete Preisindizes deflationiert werden, wobei die Preise von 2000 als Basis dienen.

Die Einkommensverteilung wird durch den Gini-Koeffizienten gemessen. Der Gini-Koeffizient wird definiert als der Bereich zwischen der Lorenz-Kurve (die kumulierte Bevölkerungsanteile von den ärmsten bis zu den reichsten den kumulierten Anteilen am Einkommen, die ihnen jeweils zufließen, in einem Koordinatensystem gegenüberstellt) und der 45°-Linie („Linie der vollkommenen Gleichheit“). Die Werte reichen von 0 im Fall „vollkommener Gleichheit“ bis 100 im Fall „vollkommener Ungleichheit“. Eine Zunahme des Gini-Koeffizienten entspricht folglich einer Erhöhung der Ungleichheit.

Abbildung 5.6. Pro-Kopf-BIP, 2003

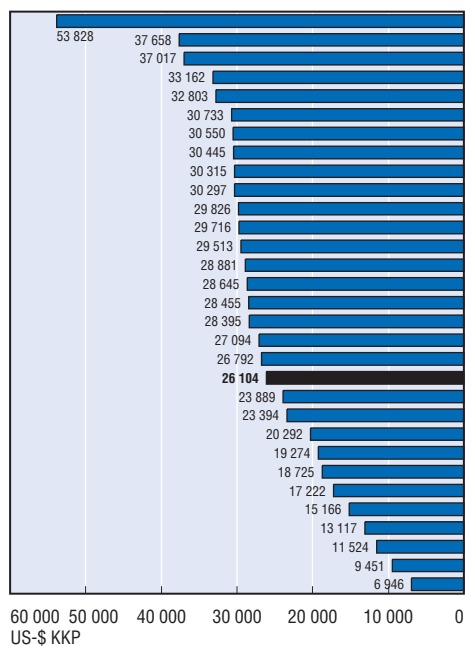
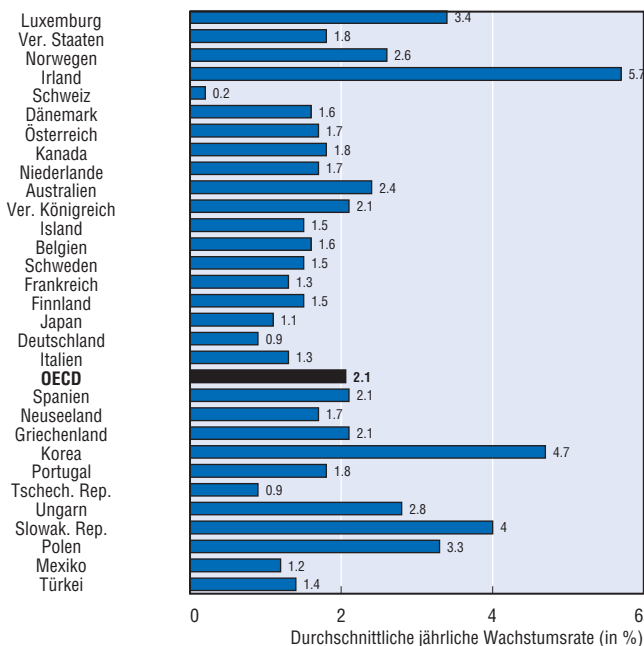
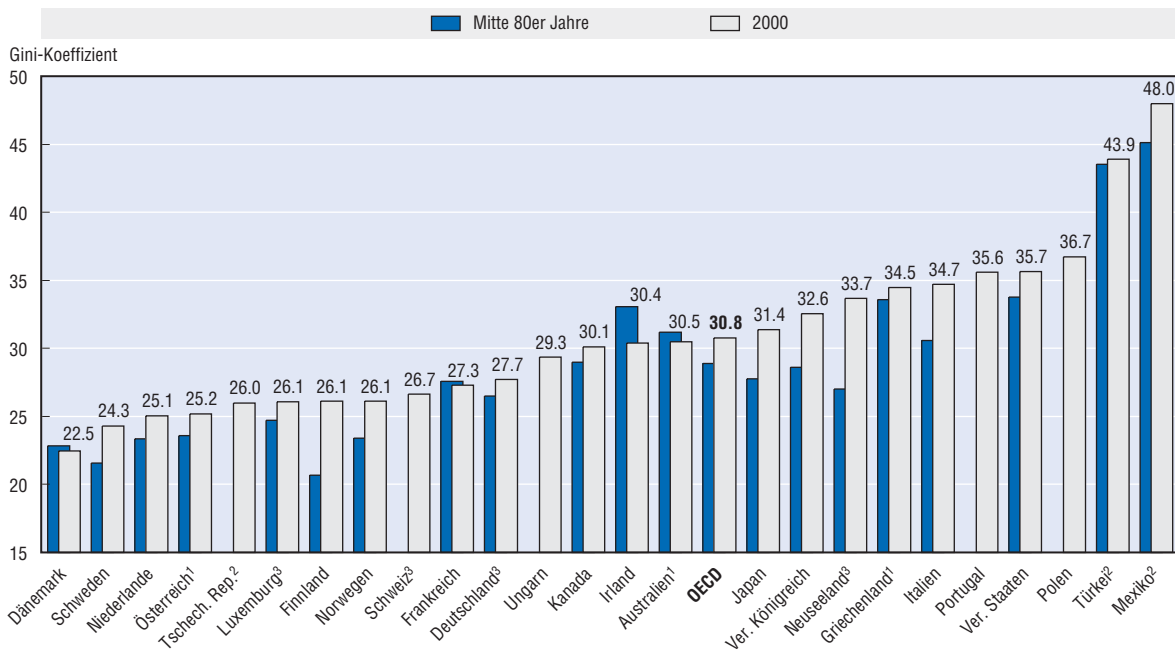


Abbildung 5.7. Jährliche Wachstumsrate des realen Pro-Kopf-BIP, 1990-2003



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Abbildung 5.8. Einkommensungleichheit, Gini-Koeffizient, Mitte 80er Jahre und 2000



Anmerkung: Ein höherer Gini-Koeffizient bedeutet größere Einkommensungleichheit.

- 1. 1999.
- 2. 2002.
- 3. 2001.

Quelle: Förster und Mira D'Ercole (2005).

StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/584857358785>

Literaturverzeichnis

- AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (2005), *A Picture of Australia's Children*, Mai 2005, Canberra, S. 37-39.
- AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (2004), *Australia's Health 2004*, AIHW Cat. No. AUS 44, Canberra.
- AMWAC – Australian Medical Workforce Advisory Committee and Australian Institute of Health Welfare (1996), *Female Participation in the Australian Medical Workforce*, AMWAC Report 1996.1, Sydney.
- Babazano, A. und A.L. Hillman (1994), "A Comparison of International Health Outcomes and Health Care Spending", *International Journal of Technology Assess Health Care*, Vol. 10(3), S. 376-381.
- Bains, M. und H. Oxley (2004), "Ageing-related Spending Projections on Health and Long-term Care", in *Towards High Performing Health Systems – Policy Studies*, OECD, Paris, Kapitel 7, S. 319-331.
- Bennett, J. (2003), "Investment in Population Health in Five OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 2, OECD, Paris.
- Bewley, S. und J. Cockburn (2002), "The Unfacts of 'Request' Caesarean Section", *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 109, S. 597-605.
- Buchan, J. und L. Calman (2004), "Skill-mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles", *OECD Health Working Papers*, No. 17, Paris.
- BVCV Callens, Pirenne and Co (2002), *Bedrijfsrevisoren, vertegenwoordigd door B. Callens, Vlaamse Huisartseninkomens, vergelijkende studie met het ambtenaarswezen en de privésector*, Antwerpen.
- Center for Disease Control (2000), *Recommendations of the Advisory Committee on Immunisation Practices (ACIP)*, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 49(RR-3), S. 1-38.
- Center for Disease Control (2003), *National Vital Statistics Report*, Vol. 52, No. 10, US National Center for Health Statistics, S. 87-88.
- Center for Disease Control (2004), "Influenza Vaccination and Self-reported Reasons for Not Receiving Influenza Vaccination Among Medicare Beneficiaries Aged 65 Years and Older – United States, 1991-2002", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 53(43), S. 1012-1015.
- Choe, M.K. und K.A. Park (2005), "Fertility Decline in South Korea: forty years of policy-behaviour dialogue", East West Center, International Union for the Scientific Study of Population, XXV Congrès international de la population, Tours, Frankreich.
- Cutler, D. und R. Huckman (2003), "Technological Development and Medical Productivity: the diffusion of angioplasty in New York state", *Journal of Health Economics*, Vol. 22(2), März 2003, S. 187-217.
- Cutler, D. et al. (2003), "Why Have Americans Become More Obese?", *Discussion Paper*, No. 1994, Harvard Institute of Economic Research, Januar 2003.
- D'Addio, A.C. und M. Mira d'Ercole (2005), "Trends and Determinants of Fertility Rates in OECD Countries: The role of policies", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 27, OECD, Paris.
- Declercq E., F. Menacker und M. Macdorman (2005), "Rise in 'No Indicated Risk' Primary Caesareans in the United States, 1991-2001: cross sectional analysis", *British Medical Journal*, Vol. 330, S. 71-72.
- Department of Health (2005), *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier*, London.
- Docteur, E. et al. (2003), "The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform", *Economics Department Working Papers*, No. 350, OECD, Paris.

- DREES (2005), *Études et Résultats*, No. 387, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Famille, Paris, März 2005.
- Eun-Hwan Oh, Y. Imanaka und E. Evans (2005), "Determinants of the Diffusion of Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging", *International Society for Technology Assessment in Health Care*, Vol. 21(1).
- FAO/WHO (2003), "Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases: Report of the joint WHO/FAO expert consultation", WHO Technical Report Series, No. 916.
- Förster, M. und M. Mira d'Ercole (2005), "Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 22, OECD, Paris.
- Häkkinen, U. et al. (2004), "Regional Differences in Outcome of the Treatment of AMI Patients: does an increase in the use of evidence based technology matter?", Arbeitsdokument für das NHESG-Treffen, Reykjavik, August 2004.
- Hisashige, A. (1992), "The Introduction and Evaluation of MRI in Japan", *International Society for Technology Assessment in Health Care*, Vol. 3, No. 126.
- Institute of Cancer Research (2003), *Prostate Cancer, Fact Sheet*, Internetzugriff am 10.05.2005 (www.icr.ac.uk/everyman/about/prostate.html).
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (2004), *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, IARC CancerBase No. 5, Version 2.0, IARC Press, Lyon.
- Jeong, H.S. und A. Gunji (1994), "The Influence of System Factors upon the Macro-economic Efficiency of Health Care: implications for the health policies of developing and developed countries", *Health Policy*, Vol. 27.
- Jeong, H.S. und J. Hurst (2001), "An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System", *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No. 56, Paris.
- Kane, C.K. und H. Loeblich (2003), "Physician Income: The Decade in Review", *Physicians Socioeconomic Statistics, 2003 Edition*, AMA Press, Chicago, S. 5-11.
- Kiely, J., K. Brett, S. Yu und D. Rowley (1995), "Low Birth Weight and Intrauterine Growth Retardation", in L. Wilcox und J. Marks (Hrsg.), *From Data to Action: CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children*, USDHHS, CDC, Atlanta, S. 185-202.
- Kroneman, M. und J. Siegers (2004), "The Effect of Hospital Bed Reduction on the Use of Beds: A comparative study of 10 European countries", *Social Science and Medicine*, Vol. 59, S. 1731-1740.
- Marshall, M. et al. (2002), *Quality Indicators for General Practice: A practical guide to clinical quality indicators for primary health professionals and managers*, Royal Society of Medicine Press, London.
- Mathers, C. et al. (2005), "Counting the Dead and What They Died From: an assessment of the global status of cause of death data", *Bulletin of the World Health Organisation*, Vol. 83(3), März 2005, S. 171-177.
- Max-Planck-Institut für demographische Forschung (1999), "Male-female Differences in Mortality in the Developed World", *MPIDR Working Paper, 1999-2000*, von A. Gjonça, C. Tomassini und J.W. Vaupel, Deutschland.
- Moïse, P. (2003), "The Heart of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-Related Diseases Study", *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD, Paris.
- Moïse, P., S. Jacobzone et al. (2003), "OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes for Ischaemic Heart Disease", *OECD Health Working Papers*, No. 3, OECD, Paris.
- Moon, L., P. Moïse und S. Jacobzone (2003), "Stroke Care in OECD Countries: A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 5, OECD, Paris.
- National Cancer Institute (2004), "Radiation Therapy for Cancer: Questions and Answers", *Cancer Facts*, Vol. 7.1.
- National Center for Health Statistics (2004), *Health, United States, 2004, with Chart on Trends in the Health of Americans*, Hyattsville, Maryland.
- OECD (2000a), *A System of Health Accounts*, Paris.
- OECD (2000b), *National Accounts*, Paris.

- OECD (2003a), *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, Paris.
- OECD (2003b), *OECD Reviews of Health Care Systems – Korea*, Paris.
- OECD (2004a), *Towards High-Performing Health Systems*, Paris.
- OECD (2004b), *Towards High-Performing Health Systems – Policy Studies*, Paris.
- OECD (2004c), *Private Health Insurance in OECD Countries*, Paris.
- OECD (2005a), *Renten auf einen Blick*, Paris.
- OECD (2005b), *Extending Opportunities: How active social policy can benefit us all*, Paris.
- OECD (2005c), *OECD Reviews of Health Systems – Mexico*, Paris.
- OECD (2005d), *OECD-Gesundheitsdaten 2005 – Statistiken und Indikatoren für 30 Länder*, CD-Rom, Paris.
- Ohmi, H., K. Hirooka, A. Hata und Y. Mochizuki (2001), "Recent Trend of Increase in Proportion of Low Birth Weight Infants in Japan", *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, S. 1269-1271.
- Orosz, E. und D. Morgan (2004), "SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis", *OECD Health Working Papers*, No. 16, OECD, Paris.
- Retzlaff-Roberts, D., C. Chang und R. Rubin (2004), "Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: a comparison of OECD countries", *Health Policy*, Vol. 69, S. 55-72.
- Schweizer Bundesamt für Statistik (2005), *Development of Daily Fruit and Vegetable Consumption as a Function of Age Groups*, Zugriff auf die Tabellen im Juni 2005 unter www.bfs.admin.ch.
- Secretaria de Salud (2003), *Nacimientos por cesarean en Mexico*, Sintesis Ejecutiva, Mexico.
- Simoens, S. und J. Hurst (2004), "Matching Supply with Demand for the Services of Physicians and Nurses", in *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, OECD, Paris, Kapitel 4.
- Simoens, S., M. Villeneuve und J. Hurst (2005), "Tackling Nurse Shortages in OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 19, OECD, Paris.
- Singleton, J.A. et al. (2000), "Influenza, Pneumococcal, and Tetanus Toxoid Vaccination of Adults – United States, 1993-1997", in CDC Surveillance Summaries, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 49(SS-9), S. 39-63, zitiert in National Center for Health Statistics (2004), *Health, United States, 2004*, Hyattsville, Maryland.
- Sourty Le-Guellec, M. (2001), *Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999*, Rapport No. 1357, CREDES, September 2001.
- Statistics Canada und Centers for Disease Control and Prevention (2004), *Joint Canada/United States Survey of Health, 2002-2003*, Statistics Canada Cat. 82M0022-XIE, Ottawa.
- Statistics Netherlands (2004), *The Netherlands on the European Scale*, August 2004, zweite Auflage.
- Stegmayr, B. et al. (1997), "Stroke Incidence and Mortality Correlated to Stroke Risk Factors in the WHO MONICA Project", *Stroke*, Vol. 28(7), S. 1367-1374.
- Sturm, R. (2002), "The Effects of Obesity, Smoking and Drinking on Medical Problems and Costs", *Health Affairs*, Vol. 21, No. 2, März/April 2002, S. 245-253.
- Thompson, D. und A.M. Wolf (2001), "The Medical-care Burden of Obesity", *Obesity Reviews* 2, International Association for the Study of Obesity, S.189-197.
- Tunstall-Pedoe, H. et al. (2000), "Estimation of Contribution of Changes in Coronary Care to Improving Survival, Event Rates, and Coronary Heart Disease Mortality across the WHO MONICA Project Populations", *The Lancet*, Vol. 355, S. 688-700.
- Tyrrell, L. und D. Dauphinee (1999), *Task Force on Physician Supply in Canada*, Arbeitsdokument für die Canadian Medical Forum Task Force, November 1999, Ottawa.
- UNICEF und WHO (2004), *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates*, UNICEF, New York.
- US Preventive Services Task Force (1996), *Guide to Clinical Preventive Services*, zweite Auflage, US Department of Health and Human Services, Washington, D.C.
- USDA (1999), "US Food Supply Providing More Food and Calories", Artikel von Judy Putnam in *Food Review*, Vol. 22, No. 3, September-Dezember 1999.
- Van der Heyden, J. et al. (2003), "Measurement of the Use of Curative Health Services: Health Interview Survey versus National Registers", *Archives of Public Health*, Vol. 61, No. 4, Brüssel, S. 177-190.

- Van Doorslaer, E., C. Masseria et al. (2004), "Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries", in *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, OECD, Paris, Kapitel 3.
- Weltbank (1999), *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, Prabhat Jha (Hrsg.).
- WHO (2003), *The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*, P.E. Petersen, Genf.
- WHO (2002), *The Tobacco Atlas*, Judith Mackay, Genf.
- WHO (2004), *Global Status Report on Alcohol 2004*, Genf.
- WHO (2005), *Measles*, Fact Sheet No. 286, März 2005, Genf.
- WHO/EURO (2005), *Pressemitteilung EURO 09/05*, Kopenhagen, 27. April 2005.
- WHO/FAO (2005), *Fruits and Vegetables for Health*, Bericht eines gemeinsamen FAO/WHO-Workshops, 1.-3. September 2004, Kobe, Japan.
- Wilkinson, R.G. (1996), *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, London.
- Wilkinson, R.G. (2000), "Putting the Picture Together: prosperity, redistribution, health and welfare", in M. Marmot und R. Wilkinson (Hrsg.), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press.

ANHANG A

*Statistischer Anhang***1. Gesundheitszustand**

A.1.1.	Lebenserwartung bei der Geburt, Gesamtbevölkerung, 1960-2003	108
A.1.2.	Lebenserwartung bei der Geburt, Frauen, 1960-2003	109
A.1.3.	Lebenserwartung bei der Geburt, Männer, 1960-2003	110
A.1.4.	Lebenserwartung mit 65 Jahren, Frauen, 1960-2003	111
A.1.5.	Lebenserwartung mit 65 Jahren, Männer, 1960-2003	112
A.1.6.	Mortalität, alle Ursachen, altersstandardisierte Sterberaten, je 100 000 Einwohner, 1960-2002	113
A.1.7.	Prozentsatz der auf die häufigsten Todesursachen zurückzuführenden Todesfälle, 1980 und 2002	114
A.1.8.	Herz-Kreislauf-Krankheiten, altersstandardisierte Mortalitätsrate, je 100 000 Einwohner, 2002	115
A.1.9.	Ischämische Herzkrankheiten, altersstandardisierte Mortalitätsrate, je 100 000 Einwohner (Frauen, Männer, insgesamt), 1960, 1980 und 2002 ...	116
A.1.10.	Zerebrovaskuläre Krankheiten, altersstandardisierte Mortalitätsrate, je 100 000 Einwohner (Frauen, Männer, insgesamt), 1960, 1980 und 2002 ...	117
A.1.11.	Alle Krebsarten, altersstandardisierte Mortalitätsrate, je 100 000 Einwohner (Frauen, Männer, insgesamt), 1960, 1980 und 2002	118
A.1.12.	Lungenkrebs, altersstandardisierte Mortalitätsrate, je 100 000 Einwohner (Frauen, Männer, insgesamt), 1960, 1980 und 2002	119
A.1.13.	Brust- und Prostatakrebs, altersstandardisierte Mortalitätsrate, 1960, 1980 und 2002	120
A.1.14.	Tod durch äußere Einwirkung, altersstandardisierte Sterberaten, je 100 000 Einwohner, 2002	121
A.1.15.	Tod durch Straßenverkehrsunfall, altersstandardisierte Sterberaten je 100 000 Einwohner, 1960-2002	122
A.1.16.	Tod durch Sturz, altersstandardisierte Sterberaten, je 100 000 Einwohner, 1960-2002	123
A.1.17.	Tod durch Suizid, altersstandardisierte Sterberaten, je 100 000 Einwohner, 1960-2002	124
A.1.18.	Tod durch Mord, altersstandardisierte Sterblichkeitsraten, je 100 000 Einwohner, 1960-2002	125
A.1.19.	Säuglingssterblichkeit, Todesfälle je 1 000 Lebendgeburten, 1970-2003	126

A.1.20.	Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht, in Prozent aller Lebendgeburten, 1980-2003	127
A.1.21.	Zerstörte, fehlende und gefüllte Zähne, durchschnittliche Zahl bei 12-Jährigen, 1980-2000	128

2. Ressourcen des Gesundheitswesens und ihre Inanspruchnahme

A.2.1.	Praktizierende Ärzte, je 1 000 Einwohner, 1970-2003	129
A.2.2.	Praktizierende Krankenpflegekräfte, je 1 000 Einwohner, 1970-2003	130
A.2.3.	Vergütung der Fachärzte, Angestellten und Selbstständigen, US-\$ KKP, letztes verfügbares Jahr	131
A.2.4.	Vergütung der Allgemeinärzte, Angestellten und Selbstständigen, US-\$ KKP, letztes verfügbares Jahr	132
A.2.5.	Vergütung des angestellten Pflegepersonals in Krankenhäusern, US-\$ KKP, letztes verfügbares Jahr	133
A.2.6.	Betten für die Akutversorgung, je 1 000 Einwohner, 1980-2002	134
A.2.7.	Belegungsrate in der Akutversorgung, in Prozent, 1980-2002	135
A.2.8.	Medizintechnik: CT-Scanner und MRI-Geräte, je Million Einwohner, 1990-2002	136
A.2.9.	Medizintechnik: Mammographen und Strahlentherapiegeräte, je Million Einwohner, 1990, 1995 und 2002	137
A.2.10.	Arztkonsultationen, je Einwohner, 1980-2003	138
A.2.11.	Impfschutz, Prozentsatz der gegen DTP und Masern geimpften Kinder, 1980-2003	139
A.2.12.	Grippeimpfschutz in der Altersgruppe ab 65 Jahre, 1993-2003	140
A.2.13.	Krankenhausfälle insgesamt, je 100 000 Einwohner, 1990-2003	141
A.2.14.	Krankenhausfälle mit bestimmten Ursachen, je 100 000 Einwohner, 1990-2002	142
A.2.15.	Durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung, alle Pathologien zusammengenommen, in Tagen, 1990-2003	143
A.2.16.	Durchschnittliche Verweildauer bei bestimmten Pathologien, in Tagen, 1990-2002	144
A.2.17.	Kardiovaskuläre Eingriffe, je 100 000 Einwohner, 1990-2003	145
A.2.18.	Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 1990-2002	146
A.2.19.	Zahl der Kataraktoperationen, stationär oder ambulant, je 100 000 Einwohner, 1997, 2000 und 2003	147

3. Gesundheitsausgaben und -finanzierung

A.3.1.	Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf, US-\$ KKP, 1970-2003	148
A.3.2.	Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf, US-\$ KKP, 1970-2003	149
A.3.3.	Reales Wachstum der Gesamtgesundheitsausgaben im Vergleich zum BIP-Wachstum, 1980-2003	150
A.3.4.	Reales Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Vergleich zum BIP-Wachstum, 1980-2003	151
A.3.5.	Jährliche Zuwachsrate der Pro-Kopf-Gesamtgesundheitsausgaben, in realer Rechnung, 1992-2003	152

A.3.6.	Jährliche Zuwachsrate der öffentlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, in realer Rechnung, 1992-2003	153
A.3.7.	Gesamtgesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt, 1970-2003	154
A.3.8.	Öffentliche Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt, 1970-2003.	155
A.3.9.	Laufende Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, 2003 (laufende Gesundheitsausgaben=100)	156
A.3.10.	Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben, 2003, und reale jahresdurchschnittliche Zuwachsrate, 1970-2003	157
A.3.11.	Öffentlicher Anteil an den gesamten Arzneimittelausgaben, 1970-2003	158
A.3.12.	Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen, 2003 (Gesamtgesundheitsausgaben = 100)	159
A.3.13.	Anteil der Selbstzahlungen an den Gesamtgesundheitsausgaben, den privaten Gesundheitsausgaben und dem Endverbrauch der privaten Haushalte, 1990 und 2003.	160

4. Nichtmedizinische Gesundheitsfaktoren

A.4.1.	Tabakkonsum, tägliche Raucher, Frauen, Männer und Gesamtbevölkerung, ab 15 Jahre, 1980-2003	161
A.4.2.	Alkoholkonsum, Liter je Einwohner ab 15 Jahre, 1960-2003	162
A.4.3.	Tägliche Gesamtkalorienzufuhr pro Kopf, 1961-2002	163
A.4.4.	Zuckerkonsum pro Kopf, Kilo pro Jahr, 1961-2002.	164
A.4.5.	Obst- und Gemüseverzehr pro Kopf, Kilo pro Jahr, 1961-2002	165
A.4.6.	Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten, Bevölkerung ab 15 Jahre, letztes verfügbares Jahr	166

5. Demographischer und wirtschaftlicher Kontext

A.5.1.	Gesamtbevölkerung zur Jahresmitte, in Tausend, 1960-2003	167
A.5.2.	Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre, 1960-2003	168
A.5.3.	Anteil der Bevölkerung ab 80 Jahre, 1960-2003	169
A.5.4.	Gesamtgeburtenrate, Zahl der Kinder je Frau zwischen 15 und 49 Jahren, .. 1960-2003.	170
A.5.5.	Pro-Kopf-BIP, 2003 in US-\$ KKP und durchschnittliche jährliche Wachstumsraten, 1970-2003	171

Tabelle A.1.1. Lebenserwartung bei der Geburt, Gesamtbevölkerung, 1960-2003

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	70.9	70.8	74.6	77.0	79.3	80.3
Belgien	70.6	71.0	73.4	76.1	77.7	78.1 (2002)
Dänemark	72.4	73.3	74.3	74.9	76.9	77.2
Deutschland	69.6	70.4	72.9	75.2	78.0	78.4
Finnland	69.0	70.8	73.4	74.9	77.6	78.5
Frankreich	70.3	72.2	74.3	76.9	79.0	79.4
Griechenland	69.9	72.0	74.5	77.1	78.1	78.1
Irland	70.0	71.2	72.9	74.9	76.5	77.8 (2002)
Island	72.9	74.3	76.7	78.0	79.7	80.7
Italien	69.8 (1961)	72.0 (1971)	74.0	76.9	79.6	79.9
Japan	67.8	72.0	76.1	78.9	81.2	81.8
Kanada	71.3 (1961)	72.9 (1971)	75.3	77.6	79.3	79.7 (2002)
Korea	52.4	62.6 (1971)	65.4 (1979)	71.0 (1989)	75.5 (1999)	76.9 (2002)
Luxemburg	69.4	70.3	72.5	75.4	78.0	78.2 (2002)
Mexiko	57.5	60.9	67.2	71.2	74.1	74.9
Neuseeland	71.3	71.5	73.2	75.4	78.7	78.7 (2002)
Niederlande	73.5	73.7	75.9	77.0	78.0	78.6
Norwegen	73.6	74.2	75.8	76.6	78.7	79.5
Österreich	68.7	70.0	72.6	75.5	78.1	78.6
Polen	67.8	70.0	70.2	71.5	73.8	74.7
Portugal	64.0	67.5	71.5	73.9	76.6	77.3
Schweden	73.1	74.7	75.8	77.6	79.7	80.2
Schweiz	71.6	73.8	76.2	77.4	79.8	80.4 (2002)
Slowak. Rep.	70.6	69.8	70.6	71.0	73.3	73.9 (2002)
Spanien	69.8	72.0	75.6	76.8	79.1	80.5
Tschech. Rep.	70.7	69.6	70.3	71.5	75.1	75.3
Türkei	48.3	54.2	58.1	66.5	68.1	68.7
Ungarn	68.0	69.2	69.1	69.4	71.7	72.4
Ver. Königreich	70.8	71.9	73.2	75.7	77.9	78.5
Ver. Staaten	69.9	70.9	73.7	75.3	76.8	77.2 (2002)
Durchschnitt (30)	68.5	70.3	72.6	74.9	77.2	77.8
Mittelwert	70.0	71.1	73.4	75.5	78.0	78.5

Anmerkung: Jedes Land berechnet die Lebenserwartung nach etwas anderen Methoden. Diese methodischen Abweichungen können die Vergleichbarkeit der übermittelten Lebenserwartungsschätzungen beeinträchtigen, da sie die Schätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern können.

Die Lebenserwartung bei der Geburt für die Gesamtbevölkerung wird vom OECD-Sekretariat für alle Länder unter Verwendung ungewichteter Durchschnitte der Lebenserwartung von Männern und Frauen berechnet.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. (Für die 22 europäischen Länder ist die Eurostat NewCronos-Datenbank für den Zeitraum ab 1985 die Hauptdatenquelle.)

Tabelle A.1.2. Lebenserwartung bei der Geburt, Frauen, 1960-2003

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	73.9	74.2	78.1	80.1	82.0	82.8
Belgien	73.5	74.2	76.8	79.4	80.8	81.1 (2002)
Dänemark	74.4	75.9	77.3	77.7	79.3	79.5
Deutschland	72.4	73.6	76.1	78.4	81.0	81.3
Finnland	72.5	75.0	77.6	78.9	81.0	81.8
Frankreich	73.6	75.9	78.4	80.9	82.7	82.9
Griechenland	72.4	73.8	76.8	79.5	80.6	80.7
Irland	71.9	73.5	75.6	77.6	79.1	80.3 (2002)
Island	75.0	77.3	79.7	80.5	81.4	82.4
Italien	72.3 (1961)	74.9 (1971)	77.4	80.1	82.5	82.9
Japan	70.2	74.7	78.8	81.9	84.6	85.3
Kanada	74.2 (1961)	76.4 (1971)	78.9	80.8	81.9	82.1 (2002)
Korea	53.7	66.1 (1971)	69.5 (1979)	75.1 (1989)	79.2 (1999)	80.4 (2002)
Luxemburg	72.2	73.4	75.9	78.5	81.1	81.5 (2002)
Mexiko	59.2	63.2	70.2	74.1	76.5	77.4
Neuseeland	73.9	74.6	76.3	78.3	81.1	81.1 (2002)
Niederlande	75.4	76.5	79.2	80.1	80.5	80.9
Norwegen	75.8	77.3	79.2	79.8	81.4	81.9
Österreich	71.9	73.4	76.1	78.8	81.1	81.6
Polen	70.6	73.3	74.4	76.3	77.9	78.9
Portugal	66.8	70.8	75.2	77.4	80.0	80.6
Schweden	74.9	77.1	78.8	80.4	82.0	82.4
Schweiz	74.5	76.9	79.6	80.7	82.6	83.0 (2002)
Slowak. Rep.	72.7	72.9	74.3	75.4	77.4	77.8 (2002)
Spanien	72.2	74.8	78.6	80.3	82.5	83.7
Tschech. Rep.	73.4	73.0	73.9	75.4	78.4	78.5
Türkei	50.3	56.3	60.3	68.7	70.4	71.0
Ungarn	70.1	72.1	72.7	73.7	75.9	76.5
Ver. Königreich	73.7	75.0	76.2	78.5	80.2	80.7
Ver. Staaten	73.1	74.7	77.4	78.8	79.5	79.9 (2002)
Durchschnitt (30)	71.0	73.4	76.0	78.2	80.2	80.7
Mittelwert	72.6	74.4	76.8	78.8	80.9	81.1

Anmerkung: Jedes Land berechnet die Lebenserwartung nach etwas anderen Methoden. Diese methodischen Abweichungen können die Vergleichbarkeit der übermittelten Lebenserwartungsschätzungen beeinträchtigen, da sie die Schätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern können.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. (Für die 22 europäischen Länder ist die Eurostat NewCronos-Datenbank für den Zeitraum ab 1985 die Hauptdatenquelle.)

Tabelle A.1.3. Lebenserwartung bei der Geburt, Männer, 1960-2003

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	67.9	67.4	71	73.9	76.6	77.8
Belgien	67.7	67.8	70	72.7	74.6	75.1 (2002)
Dänemark	70.4	70.7	71.2	72	74.5	74.9
Deutschland	66.9	67.2	69.6	72	75	75.5
Finnland	65.5	66.5	69.2	70.9	74.2	75.1
Frankreich	67	68.4	70.2	72.8	75.3	75.8
Griechenland	67.3	70.1	72.2	74.6	75.5	75.4
Irland	68.1	68.8	70.1	72.1	73.9	75.2 (2002)
Island	70.7	71.2	73.7	75.4	78	79
Italien	67.2 (1961)	69 (1971)	70.6	73.6	76.6	76.9
Japan	65.3	69.3	73.4	75.9	77.7	78.4
Kanada	68.4 (1961)	69.3 (1971)	71.7	74.4	76.7	77.2 (2002)
Korea	51.1	59 (1971)	61.3 (1979)	66.8 (1989)	71.7 (1999)	73.4 (2002)
Luxemburg	66.5	67.1	69.1	72.3	74.8	74.9 (2002)
Mexiko	55.8	58.5	64.1	68.3	71.6	72.4
Neuseeland	68.7	68.3	70	72.4	76.3	76.3 (2002)
Niederlande	71.5	70.8	72.5	73.8	75.5	76.2
Norwegen	71.3	71	72.3	73.4	76	77
Österreich	65.4	66.5	69	72.2	75.1	75.6
Polen	64.9	66.6	66	66.7	69.7	70.5
Portugal	61.2	64.2	67.7	70.4	73.2	74
Schweden	71.2	72.2	72.8	74.8	77.4	77.9
Schweiz	68.7	70.7	72.8	74	76.9	77.8 (2002)
Slowak. Rep.	68.4	66.7	66.8	66.6	69.2	69.9 (2002)
Spanien	67.4	69.2	72.5	73.3	75.7	77.2
Tschech. Rep.	67.9	66.1	66.8	67.6	71.7	72
Türkei	46.3	52	55.8	64.2	65.8	66.4
Ungarn	65.9	66.3	65.5	65.1	67.4	68.3
Ver. Königreich	67.9	68.7	70.2	72.9	75.5	76.2
Ver. Staaten	66.6	67.1	70	71.8	74.1	74.5 (2002)
Durchschnitt (30)	66.0	67.2	69.3	71.6	74.2	74.9
Mittelwert	67.4	68.1	70.1	72.4	75.1	75.5

Anmerkung: Jedes Land berechnet die Lebenserwartung nach etwas anderen Methoden. Diese methodischen Abweichungen können die Vergleichbarkeit der übermittelten Lebenserwartungsschätzungen beeinträchtigen, da sie die Schätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern können.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. (Für die 22 europäischen Länder ist die Eurostat NewCronos-Datenbank für den Zeitraum ab 1985 die Hauptdatenquelle.)

Tabelle A.1.4. **Lebenserwartung mit 65 Jahren, Frauen, 1960-2003**

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	15.6	15.6	17.9	19.0	20.4	21.0
Belgien	14.8	15.3	16.9	18.5	19.5	19.7 (2002)
Dänemark	15.3	16.7	17.6	17.8	18.3	18.3 (2002)
Deutschland	14.6	15.0	16.7	17.6	19.4	19.6 (2001)
Finnland	13.7	14.4 (1971)	16.5	17.7	19.3	19.6 (2002)
Frankreich	15.6	16.8	18.2	19.8	21.2	21.3 (2001)
Griechenland	14.6	15.2	16.8	18.0	18.3	18.8 (2002)
Irland	14.4	15.0	15.7	16.9	17.8	18.6 (2002)
Island	..	17.8 (1973)	19.1	19.5	19.6	20.4
Italien	15.3 (1961)	16.2 (1971)	17.1	18.8	20.4	20.7 (2001)
Japan	14.1	15.3	17.7	20.0	22.4	23.0
Kanada	16.1 (1961)	17.5 (1971)	18.9	19.9	20.4	20.6 (2002)
Korea	..	14.6 (1971)	15.1 (1979)	16.2 (1989)	18.0 (1999)	18.7 (2002)
Luxemburg	14.5	14.9	16.0	18.2	19.7	19.9 (2002)
Mexiko	14.6	15.6	17.0	18.0	18.3	18.6
Neuseeland	15.6	16.0	17.0	18.3	20.0	20.0 (2002)
Niederlande	15.3	16.1	18.0	18.9	19.2	19.5
Norwegen	16.0	16.7	18.0	18.5	19.7	19.7 (2002)
Österreich	14.7	14.9	16.3	17.8	19.4	19.9
Polen	14.9	15.3	15.5	16.9	17.3	18.1
Portugal	15.3	15.0	16.5	17.0	18.7	19.1
Schweden	15.3	16.8	17.9	19.0	20.0	20.3
Schweiz	..	..	18.3 (1982)	19.4	20.7	21.0 (2002)
Slowak. Rep.	14.6	14.5	15.4	15.7	16.5	17.0 (2002)
Spanien	15.3	16.0	17.9	19.0	20.4	..
Tschech. Rep.	14.5	14.2	14.3	15.2	17.1	17.4 (2002)
Türkei	12.1	12.6	12.8	13.9	14.2	14.3
Ungarn	13.8	14.3	14.6	15.3	16.4	16.7
Ver. Königreich	15.1	16.0	16.6	17.9	18.9	19.1 (2002)
Ver. Staaten	15.8	17.0	18.3	18.9	19.2	19.5 (2002)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	19.4
Konsistenter Durchschnitt (29)^b	..	15.6	16.8	17.9	19.0	19.3
Mittelwert	14.9	15.3	17.0	18.1	19.4	19.6

Anmerkung: Jedes Land berechnet die Lebenserwartung nach etwas anderen Methoden. Diese methodischen Abweichungen können die Vergleichbarkeit der übermittelten Lebenserwartungsschätzungen beeinträchtigen, da sie die Schätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern können.

a) Beim Durchschnitt handelt es sich um die zuletzt verfügbaren Daten für alle OECD-Länder.

b) Ohne Schweiz.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. (Für die 22 europäischen Länder ist die Eurostat NewCronos-Datenbank für den Zeitraum ab 1985 die Hauptdatenquelle.)

Tabelle A.1.5. Lebenserwartung mit 65 Jahren, Männer, 1960-2003

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	12.5	11.9	13.7	15.2	16.9	17.6
Belgien	12.4	12.1	13.0	14.3	15.5	15.8 (2002)
Dänemark	13.7	13.7	13.6	14.0	15.2	15.4 (2002)
Deutschland	12.4	12.0	13.0	14.0	15.7	16.0 (2001)
Finnland	11.5	11.4 (1971)	12.5	13.7	15.5	15.8 (2002)
Frankreich	12.5	13.0	13.6	15.5	16.7	16.9 (2001)
Griechenland	13.4	13.9	14.6	15.7	16.2	16.7 (2002)
Irland	12.6	12.4	12.6	13.3	14.6	15.3 (2002)
Island	..	15.0 (1973)	15.8	16.2	18.1	17.8
Italien	13.4 (1961)	13.3 (1971)	13.3	15.1	16.5	16.7 (2001)
Japan	11.6	12.5	14.6	16.2	17.5	18.0
Kanada	13.5 (1961)	13.7 (1971)	14.5	15.7	16.8	17.2 (2002)
Korea	..	10.2 (1971)	10.4 (1979)	12.2 (1989)	14.1 (1999)	14.9 (2002)
Luxemburg	12.5	12.1	12.3	14.2	15.5	15.9 (2002)
Mexiko	14.2	14.8	15.4	16.2	16.8	17.1
Neuseeland	13.0	12.4	13.2	14.7	16.7	16.7 (2002)
Niederlande	13.9	13.3	13.7	14.4	15.3	15.8
Norwegen	14.5	13.8	14.3	14.6	16.0	16.2 (2002)
Österreich	12.0	11.7	12.9	14.3	16.0	16.4
Polen	12.7	12.5	12.0	12.7	13.6	14.0
Portugal	13.0	12.2	12.9	13.9	15.3	15.7
Schweden	13.7	14.2	14.3	15.3	16.7	17.0
Schweiz	..	..	14.6 (1982)	15.3	16.9	17.4 (2002)
Slowak. Rep.	13.2	12.3	12.3	12.2	12.9	13.3 (2002)
Spanien	13.1	13.3	14.8	15.4	16.5	..
Tschech. Rep.	12.5	11.1	11.2	11.6	13.7	14.0 (2002)
Türkei	11.2	11.5	11.7	12.4	12.6	12.7
Ungarn	12.3	12.0	11.6	12.0	12.7	12.9
Ver. Königreich	11.9	12.0	12.6	14.0	15.7	16.1 (2002)
Ver. Staaten	12.8	13.1	14.1	15.1	16.3	16.6 (2002)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	15.9
Konsistenter Durchschnitt (29)^b	..	12.7	13.3	14.3	15.6	15.9
Mittelwert	12.7	12.4	13.3	14.4	15.9	16.1

Anmerkung: Jedes Land berechnet die Lebenserwartung nach etwas anderen Methoden. Diese methodischen Abweichungen können die Vergleichbarkeit der übermittelten Lebenserwartungsschätzungen beeinträchtigen, da sie die Schätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern können.

a) Beim Durchschnitt handelt es sich um die zuletzt verfügbaren Daten für alle OECD-Länder.

b) Ohne Schweiz.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. (Für die 22 europäischen Länder ist die Eurostat NewCronos-Datenbank für den Zeitraum ab 1985 die Hauptdatenquelle.)

Tabelle A.1.6. Mortalität, alle Ursachen, altersstandardisierte Sterberaten, je 100 000 Einwohner, 1960-2002

	1960	1970	1980	1990	2000	2002
Australien	1 092.3	1 120.8	847.5	689.9	546.0	526.2 (2001)
Belgien	1 185.1	1 104.8	954.7	754.3	..	..
Dänemark	1 022.7	916.3	876.7	829.4	715.9	..
Deutschland	1 220.9	1 128.6	924.1	807.0	639.5	620.9 (2001)
Finnland	1 279.4	1 192.6	928.2	825.9	665.7	638.0
Frankreich	1 089.5	924.7	804.0	650.4	574.9	568.9 (2001)
Griechenland	948.1	844.0	801.2	710.9	668.2	635.8
Irland	1 149.7	1 149.6	1 059.3	890.2	758.8	719.1 (2001)
Island	873.4	878.5	704.5	645.0	569.2	534.3
Italien	1 121.2	1 006.3	866.2	704.2	562.7	546.4 (2001)
Japan	1 280.6	1 046.9	759.9	586.1	474.1	449.3
Kanada	1 053.3	933.5	794.4	679.0	574.8	564.5 (2001)
Korea	..	..	..	799.8	755.4	711.6
Luxemburg	1 061.3	1 172.1	1 023.5	794.2	628.6	629.1
Mexiko	..	1 268.9	1 116.2 (1981)	950.2	..	..
Neuseeland	1 060.5	1 084.1	981.9	775.9	598.7	..
Niederlande	934.7	921.9	777.3	714.9	659.3	644.9
Norwegen	914.9	888.6	786.0	739.9	621.0	609.0
Österreich	1 203.6	1 161.0	975.5	771.7	621.6	610.9
Polen	1 150.6	1 141.1	1 115.8	1 067.5	888.2	840.0
Portugal	1 262.2	1 225.4	1 079.8	884.5	719.5	690.7
Schweden	983.5	849.0	793.5	682.0	573.3	567.3 (2001)
Schweiz	1 064.4	948.9	782.3	671.1	549.9	529.2 (2001)
Slowak. Rep.	..	..	..	993.9 (1992)	942.1	915.6
Spanien	1 098.6	1 036.9 (1969)	784.2	700.7	578.2	560.0
Tschech. Rep.	..	..	..	1 117.8	847.3	834.4
Türkei	..	..	..	..	..	..
Ungarn	1 255.7	1 206.9	1 243.7	1 190.8	1 009.2	968.9
Ver. Königreich	1 093.7	1 050.3	939.6	786.0	694.6 (1999)	644.7
Ver. Staaten	1 099.6	1 020.7	842.3	756.8	685.5	674.1 (2001)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	649.9
Konsistenter Durchschnitt (24)^b	1 096.4	1 035.4	895.5	773.1	649.1	628.6
Mittelwert	1 093.7	1 048.6	871.5	771.7	639.5	629.1

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei. Die Werte aus dem Jahr 2000 für Dänemark und Neuseeland sind für die Berechnung des OECD-Durchschnitts von 2002 verwendet worden.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.7. **Prozentsatz der auf die häufigsten Todesursachen zurückzuführenden Todesfälle, 1980 und 2002**

	Krankheiten des Kreislaufsystems			Krebs			Krankheiten der Atmungsorgane			Tod durch äußere Einwirkung		
	1980	2002		1980	2002		1980	2002		1980	2002	
Australien	52.4	35.9	(2001)	21.1	30.6	(2001)	7.0	8.0	(2001)	6.8	7.0	(2001)
Belgien	41.8	..		23.1	..		6.6	..		8.1	..	
Dänemark	45.9	33.0	(2000)	25.1	29.7	(2000)	7.2	9.0	(2000)	7.8	6.6	(2000)
Deutschland	48.7	43.4	(2001)	21.6	26.9	(2001)	5.4	5.6	(2001)	6.8	5.3	(2001)
Finnland	52.6	40.7		19.4	21.9		8.9	7.3		8.0	10.0	
Frankreich	35.1	26.9	(2001)	23.9	30.5	(2001)	5.7	5.3	(2001)	10.3	9.3	(2001)
Griechenland	43.7	47.8		18.5	24.1		7.4	7.1		5.8	5.0	
Irland	51.3	38.6	(2001)	18.8	26.5	(2001)	13.2	14.1	(2001)	5.0	5.7	(2001)
Island	47.9	38.6		23.1	30.3		9.8	7.4		9.2	7.1	
Italien	47.2	38.0	(2001)	21.6	31.1	(2001)	7.1	5.5	(2001)	6.1	6.1	(2001)
Japan	44.6	28.9		20.7	32.6		8.4	12.3		6.3	9.5	
Kanada	47.7	32.3	(2001)	23.4	30.9	(2001)	6.6	7.6	(2001)	8.2	6.7	(2001)
Korea	..	26.3		..	24.0		..	7.6		..	9.4	
Luxemburg	47.8	36.9		22.0	25.9		4.0	9.4		8.1	9.4	
Mexiko	..	..		..	..		..	..		..	..
Neuseeland	49.6	38.8	(2000)	20.2	30.2	(2000)	11.6	7.5	(2000)	7.1	6.8	(2000)
Niederlande	44.4	32.6		27.1	28.7		6.0	8.9		5.4	4.2	
Norwegen	47.5	36.2		21.1	27.4		8.2	9.3		7.5	6.4	
Österreich	50.9	44.2		20.8	26.5		5.0	5.1		8.5	7.2	
Polen	50.1	46.7		16.3	24.2		5.5	4.3		6.7	7.2	
Portugal	43.6	36.0		14.1	22.1		7.4	8.1		6.8	6.8	
Schweden	52.4	41.4	(2001)	22.1	26.7	(2001)	5.4	5.9	(2001)	7.5	6.7	(2001)
Schweiz	46.8	35.1	(2001)	23.7	28.3	(2001)	5.5	5.7	(2001)	9.0	7.5	(2001)
Slowak. Rep.	..	54.6		..	21.8		..	5.7		..	5.7	
Spanien	46.3	31.5		19.6	28.3		9.3	10.2		5.3	5.7	
Tschech. Rep.	..	51.8		..	26.5		..	4.3		..	6.8	
Türkei	..	..		..	..		..	..		..	..
Ungarn	53.0	49.2		18.3	25.1		6.9	3.5		8.7	7.8	
Ver. Königreich	49.1	37.2		22.1	28.2		13.7	11.8		4.3	4.1	
Ver. Staaten	49.1	35.8	(2001)	21.5	25.0	(2001)	6.4	9.2	(2001)	8.1	7.7	(2001)
Letzter												
Durchschnitt^a	..	38.5		..	27.2		..	7.6		..	7.0	
Konsistenter												
Durchschnitt (24)^b	47.8	37.7		21.1	27.6		7.6	7.8		7.2	6.9	
Mittelwert	47.8	37.2		21.5	26.9		7.0	7.5		7.5	6.8	

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.8. **Herz-Kreislauf-Krankheiten, altersstandardisierte Mortalitätsrate, je 100 000 Einwohner, 2002**

		Ischämische Herzkrankheiten	Zerebrovaskuläre Krankheiten	Sonstige Kreislauf- krankheiten	Insgesamt
Australien	(2001)	102.5	44.9	41.4	188.8
Belgien		..	..	..	..
Dänemark	(2000)	106.0	57.0	73.6	236.6
Deutschland	(2001)	116.6	53.5	99.1	269.2
Finnland		156.5	58.7	44.5	259.7
Frankreich	(2001)	45.1	35.9	72.3	153.3
Griechenland		81.3	108.0	114.7	304.0
Irland	(2001)	146.1	58.9	72.3	277.3
Island		112.7	44.1	49.6	206.4
Italien	(2001)	67.2	55.8	84.6	207.6
Japan		31.6	55.2	43.0	129.8
Kanada	(2001)	102.6	36.5	43.0	182.1
Korea		35.6	113.9	38.0	187.5
Luxemburg		72.4	66.1	93.4	231.9
Mexiko		..	..	..	..
Neuseeland	(2000)	129.7	54.9	47.9	232.5
Niederlande		72.6	52.1	85.5	210.2
Norwegen		102.2	51.9	66.1	220.2
Österreich		123.0	58.6	88.3	269.9
Polen		119.0	95.1	178.0	392.1
Portugal		60.6	116.8	71.1	248.5
Schweden	(2001)	114.6	53.1	67.2	234.9
Schweiz	(2001)	80.4	33.1	72.3	185.8
Slowak. Rep.		266.8	84.9	147.8	499.5
Spanien		58.7	49.2	68.3	176.2
Tschech. Rep.		170.6	124.6	137.1	432.3
Türkei		..	..	..	..
Ungarn		209.3	130.0	137.7	477.0
Ver. Königreich		123.7	63.3	52.6	239.6
Ver. Staaten	(2001)	132.8	41.1	67.7	241.6
Durchschnitt (27)^a		108.9	66.6	79.9	255.4
Mittelwert		106.0	55.8	72.3	234.9

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Ohne Belgien, Mexiko und Türkei.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.9. Ischämische Herzkrankheiten, altersstandardisierte Mortalitätsrate, je 100 000 Einwohner (Frauen, Männer, insgesamt), 1960, 1980 und 2002

	1960			1980			2002		
	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Australien	242.9	451.8	338.0	164.9	341.5	242.5	73.8	136.8	102.5
Belgien	95.5	172.6	130.5	80.4	186.7	126.0	..	..	..
Dänemark	216.2	329.4	269.4	179.6	366.1	261.2	74.5	148.0	106.0 (2000)
Deutschland	165.1	257.2	204.3	107.6	249.7	162.2	84.6	163.0	116.6 (2001)
Finnland	244.9	457.0	330.8	168.9	411.4	265.2	108.9	223.9	156.5
Frankreich	53.6	104.4	74.4	47.3	108.0	73.5	27.8	68.6	45.1 (2001)
Griechenland	99.6	105.7	102.3	44.2	114.5	76.3	53.2	113.5	81.3
Irland	258.5	385.1	319.4	177.2	367.3	264.9	98.6	204.6	146.1 (2001)
Island	163.4	246.9	201.3	136.7	325.1	224.5	71.5	163.1	112.7
Italien	205.9	265.5	232.7	86.9	169.6	123.2	46.2	95.4	67.2 (2001)
Japan	78.0	109.0	91.0	40.0	68.1	52.0	21.3	44.8	31.6
Kanada	254.8	451.1	351.8	159.1	322.0	231.8	71.3	142.6	102.6 (2001)
Korea	..	..	..	..	..	..	27.4	47.3	35.6
Luxemburg	122.5	207.8	163.0	96.5	191.0	137.7	48.0	105.1	72.4
Mexiko	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Neuseeland	224.8	403.7	308.2	193.3	386.3	277.2	91.2	178.1	129.7 (2000)
Niederlande	176.6	259.6	215.9	106.1	246.2	167.2	48.7	105.5	72.6
Norwegen	157.8	273.0	211.1	125.2	293.4	200.6	67.6	148.0	102.2
Österreich	188.4	296.8	232.8	100.5	219.3	147.1	93.0	166.8	123.0
Polen	63.2	106.9	81.0	57.5	160.7	101.5	81.5	171.9	119.0
Portugal	121.1	158.4	136.9	64.2	124.3	89.6	42.2	83.8	60.6
Schweden	224.7	336.2	276.9	187.7	388.5	276.8	77.6	162.6	114.6 (2001)
Schweiz	229.2	310.3	265.1	71.5	175.7	115.6	56.2	113.5	80.4 (2001)
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	..	215.9	341.3	266.8
Spanien	80.7	108.6	93.0	49.1	108.7	75.1	37.5	85.4	58.7
Tschech. Rep.	..	..	..	..	..	..	128.4	230.9	170.6
Türkei	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ungarn	234.9	291.2	259.5	156.1	298.0	217.0	162.9	276.3	209.3
Ver. Königreich	231.5	403.1	302.9	162.0	366.6	247.7	84.1	174.7	123.7
Ver. Staaten	272.6	490.1	374.0	168.5	330.2	237.1	98.9	176.6	132.8 (2001)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	..	77.5	150.8	108.9
Konsistenter Durchschnitt (24)^b	179.6	283.7	226.5	118.8	255.5	177.8	71.7	143.9	102.8
Mittelwert	188.4	273.0	232.7	107.6	249.7	167.2	73.8	148.0	106.0

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.10. Zerebrovaskuläre Krankheiten, altersstandardisierte Mortalitätsrate, je 100 000 Einwohner (Frauen, Männer, insgesamt), 1960, 1980 und 2002

	1960			1980			2002		
	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Australien	156.3	156.3	157.0	104.5	116.0	110.7	42.2	47.5	44.9 (2001)
Belgien	67.6	82.9	74.4	89.8	111.5	98.7	..	..	..
Dänemark	131.9	129.3	130.7	68.6	88.7	77.0	51.9	63.2	57.0 (2000)
Deutschland	189.8	210.1	198.3	115.3	145.9	126.8	47.9	61.3	53.5 (2001)
Finnland	189.8	190.5	190.9	100.4	122.1	108.9	53.6	64.4	58.7
Frankreich	116.2	157.4	131.7	78.2	111.7	91.8	30.6	43.0	35.9 (2001)
Griechenland	107.6	98.7	103.7	151.8	143.9	148.9	108.1	106.3	108.0
Irland	141.8	130.4	136.3	127.3	132.0	129.7	53.9	64.8	58.9 (2001)
Island	147.2	108.8	130.9	67.7	67.2	66.3	40.5	46.1	44.1
Italien	146.6	185.3	163.4	104.0	133.9	116.7	49.8	64.1	55.8 (2001)
Japan	252.0	351.2	295.2	150.2	212.3	176.5	43.5	71.3	55.2
Kanada	131.1	135.9	133.7	64.1	78.1	70.2	33.3	40.4	36.5 (2001)
Korea	..	..	..	..	..	..	97.4	139.7	113.9
Luxemburg	71.5	90.5	80.6	159.5	203.8	177.0	63.5	72.9	66.1
Mexiko	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Neuseeland	144.0	129.5	137.7	116.0	126.0	120.2	52.7	57.3	54.9 (2000)
Niederlande	124.9	119.2	122.3	73.6	89.5	80.4	47.5	57.9	52.1
Norwegen	155.6	154.9	155.4	86.7	106.6	95.4	46.8	58.5	51.9
Österreich	161.5	194.2	174.5	133.1	168.7	146.7	53.1	67.1	58.6
Polen	57.1	58.9	58.0	69.3	82.1	75.1	84.4	109.5	95.1
Portugal	181.0	217.7	196.0	250.1	306.2	273.9	104.2	132.7	116.8
Schweden	133.2	133.1	133.2	69.6	83.4	75.9	48.1	59.0	53.1 (2001)
Schweiz	120.9	136.5	127.5	80.3	98.1	87.4	29.3	38.5	33.1 (2001)
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	..	70.9	105.6	84.9
Spanien	136.8	157.9	145.6	121.2	142.4	130.3	43.7	55.6	49.2
Tschech. Rep.	..	..	..	..	..	..	113.9	139.0	124.6
Türkei	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ungarn	180.1	190.4	184.4	189.1	243.0	211.7	108.6	162.1	130.0
Ver. Königreich	156.4	173.3	163.2	107.4	122.8	114.1	59.6	67.2	63.3
Ver. Staaten	128.3	144.5	135.8	65.1	76.7	70.0	39.1	43.2	41.1 (2001)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	..	59.9	75.5	66.6
Konsistenter Durchschnitt (24)^b	144.2	156.4	149.4	110.5	133.4	120.1	55.7	68.9	61.4
Mittelwert	141.8	144.5	136.3	104.0	122.1	110.7	51.9	64.1	55.8

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.11. Alle Krebsarten, altersstandardisierte Mortalitätsrate, je 100 000 Einwohner (Frauen, Männer, insgesamt), 1960, 1980 und 2002

	1960			1980			2002		
	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Australien	132.9	192.5	158.5	136.4	239.1	179.1	126.7	205.6	161.0 (2001)
Belgien	174.3	242.8	204.4	158.5	310.0	220.4	..	..	..
Dänemark	198.6	230.2	213.0	187.2	267.0	219.7	186.8	251.4	212.5 (2000)
Deutschland	179.3	236.3	203.1	162.2	266.9	200.0	132.3	220.9	167.3 (2001)
Finnland	159.0	268.1	202.2	132.8	264.2	180.2	111.4	187.3	140.0
Frankreich	147.6	234.9	182.0	128.4	281.1	192.0	115.9	251.6	173.7 (2001)
Griechenland	96.1	151.4	120.5	109.8	195.5	148.3	110.1	205.6	153.1
Irland	150.1	182.6	165.5	169.1	237.9	199.3	161.0	233.9	190.5 (2001)
Island	217.8	211.1	213.2	140.3	191.8	162.6	142.7	187.3	161.8
Italien	137.6	191.2	161.2	135.2	256.0	187.0	122.9	234.3	169.7 (2001)
Japan	127.6	185.6	153.5	117.3	211.3	157.1	99.9	210.5	146.5
Kanada	156.4	200.1	177.3	146.5	238.5	185.8	144.1	216.7	174.4 (2001)
Korea	..	..	..	..	..	..	105.5	271.4	170.5
Luxemburg	152.2	199.4	174.6	182.0	289.2	225.1	125.1	217.2	162.8
Mexiko	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Neuseeland	147.3	191.3	166.6	165.8	247.9	198.6	148.3	225.4	180.7 (2000)
Niederlande	170.5	228.0	197.5	149.9	297.0	210.8	147.2	242.4	185.0
Norwegen	143.9	180.0	159.7	137.4	207.5	166.1	138.9	209.1	166.9
Österreich	182.6	277.0	220.0	162.9	274.0	203.0	126.6	216.6	161.9
Polen	110.4	148.0	125.1	139.8	244.7	182.3	146.4	291.5	203.6
Portugal	104.8	140.0	119.0	119.7	200.0	152.5	108.5	212.0	152.4
Schweden	155.6	189.5	170.5	150.1	212.7	175.5	133.3	179.5	151.6 (2001)
Schweiz	161.7	238.4	193.9	142.0	250.7	185.7	112.9	203.3	149.8 (2001)
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	..	139.1	291.8	200.0
Spanien	120.8	173.3	142.7	112.6	211.2	153.9	101.8	232.8	158.5
Tschech. Rep.	..	..	..	..	..	..	164.9	305.6	221.4
Türkei	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ungarn	165.1	210.2	184.1	176.9	299.1	227.0	175.3	345.0	243.1
Ver. Königreich	156.4	248.3	193.3	168.7	273.0	208.1	153.2	223.0	181.8
Ver. Staaten	145.9	197.5	169.3	144.4	234.2	180.7	141.6	206.7	168.5 (2001)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	..	134.2	232.5	174.4
Konsistenter Durchschnitt (24)^b	150.8	204.4	173.6	146.6	245.4	186.7	133.9	225.4	171.5
Mittelwert	152.2	199.4	174.6	144.4	247.9	185.8	133.3	220.9	168.5

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.12. Lungenkrebs, altersstandardisierte Mortalitätsrate, je 100 000 Einwohner (Frauen, Männer, insgesamt), 1960, 1980 und 2002

	1960			1980			2002		
	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Australien	4.6	35.9	19.0	13.0	70.8	38.2	20.0	46.8	32.1 (2001)
Belgien	5.1	48.5	24.8	8.4	110.6	51.7	..	..	..
Dänemark	8.1	38.2	22.3	18.8	75.2	43.5	37.9	65.2	49.6 (2000)
Deutschland	6.0	45.2	22.7	8.1	70.8	31.9	14.7	57.2	32.4 (2001)
Finnland	3.8	76.1	33.0	8.7	94.2	41.1	11.3	48.0	26.0
Frankreich	4.5	28.2	14.6	5.2	57.1	27.6	10.0	60.5	32.5 (2001)
Griechenland	6.1	32.6	18.1 (1961)	8.3	59.7	31.7	10.4	66.4	35.9
Irland	7.3	32.0	19.5	19.8	62.9	39.7	25.1	54.3	37.8 (2001)
Island	16.5	12.6	15.1	29.7	24.5	27.0	30.8	36.4	33.2
Italien	5.2	26.4	14.9	8.2	71.8	36.3	12.0	67.2	35.8 (2001)
Japan	4.6	13.4	8.6	10.2	36.1	21.2	12.1	47.1	26.8
Kanada	4.8	33.9	19.2	17.2	75.0	42.9	34.2	63.7	47.0 (2001)
Korea	..	..	..	..	..	..	16.0	67.8	36.1
Luxemburg	..	..	..	10.6	96.5	46.8	10.9	64.3	33.6
Mexiko	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Neuseeland	6.1	37.6	20.7	17.6	71.6	41.1	24.4	47.2	34.4 (2000)
Niederlande	4.6	53.9	28.0	8.1	113.0	52.9	23.8	74.6	45.0
Norwegen	3.6	16.2	9.5	7.6	33.8	19.3	22.1	47.4	33.1
Österreich	7.3	65.5	31.2	10.4	72.5	34.0	16.2	52.8	31.3
Polen	4.2	22.5	11.8	9.5	72.6	36.0	18.0	94.7	49.4
Portugal	2.9	11.4	6.4	5.0	28.7	15.0	7.2	39.5	21.4
Schweden	4.9	19.1	11.6	9.9	35.8	21.4	19.6	30.5	24.2 (2001)
Schweiz	4.2	41.5	20.6	7.4	66.3	32.6	13.7	49.1	28.9 (2001)
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	..	9.8	73.0	35.5
Spanien	5.1	22.5	12.7	5.4	46.1	22.9	6.7	63.6	32.0
Tschech. Rep.	..	..	..	..	..	..	17.0	79.2	43.0
Türkei	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ungarn	8.5	35.6	20.5	14.0	79.5	41.7	28.9	102.6	59.0
Ver. Königreich	10.4	82.0	40.9	23.8	103.7	56.1	28.8	56.3	40.6
Ver. Staaten	6.0	40.7	22.4	22.1	77.2	45.5	36.9	66.6	49.7 (2001)
Letzter									
Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	..	19.2	60.1	36.5
Konsistenter									
Durchschnitt (24)^b	6.1	35.8	19.3	12.4	66.5	35.3	19.8	58.4	36.3
Mittelwert	5.1	34.8	19.4	9.9	71.6	36.3	17.0	60.5	34.4

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.13. Brust- und Prostatakrebs, altersstandardisierte Mortalitätsrate, 1960, 1980 und 2002

	Brustkrebs Je 100 000 Frauen			Prostatakrebs Je 100 000 Männer		
	1960	1980	2002	1960	1980	2002
Australien	24.4	24.9	21.3 (2001)	25.9	26.3	26.9 (2001)
Belgien	26.7	33.0	..	23.8	29.7	..
Dänemark	31.9	34.6	33.4 (2000)	23.2	28.9	34.3 (2000)
Deutschland	21.4	27.0	25.1 (2001)	19.9	27.1	23.8 (2001)
Finnland	17.3	20.4	19.2	20.5	30.2	29.7
Frankreich	20.7	23.5	24.1 (2001)	26.2	26.5	24.8 (2001)
Griechenland	6.0 (1961)	18.3	21.1	7.3 (1961)	12.8	17.9
Irland	24.7	35.7	31.1 (2001)	15.2	25.3	32.5 (2001)
Island	26.6	15.9	22.4	14.1	13.0	43.5
Italien	18.7	24.2	23.2 (2001)	13.3	18.1	17.4 (2001)
Japan	4.7	6.6	9.8	2.3	4.7	9.2
Kanada	30.4	29.5	24.2 (2001)	22.1	24.2	24.5 (2001)
Korea	..	..	5.5	..	..	7.3
Luxemburg	..	30.2	23.7	..	31.2	18.8
Mexiko	..	..	..	..	..	..
Neuseeland	25.8	34.0	27.0 (2000)	21.9	30.2	33.0 (2000)
Niederlande	32.0	33.3	30.1	23.1	28.3	28.6
Norwegen	22.0	23.0	21.3	27.7	37.3	36.7
Österreich	20.3	26.5	23.8	23.2	27.1	25.9
Polen	7.2	18.3	19.2	6.0	14.5	23.0
Portugal	15.2	18.8	19.8	15.6	24.5	26.6
Schweden	25.7	25.2	20.0 (2001)	28.7	35.0	36.6 (2001)
Schweiz	29.8	31.1	23.7 (2001)	26.9	32.2	29.9 (2001)
Slowak. Rep.	..	..	22.1	..	..	23.5
Spanien	10.6	17.2	18.2	16.5	22.0	21.0
Tschech. Rep.	..	..	25.5	..	..	30.0
Türkei	..	..	..	..	..	..
Ungarn	15.3	26.2	27.7	17.9	26.8	25.7
Ver. Königreich	30.4	35.9	27.4	20.4	21.6	26.4
Ver. Staaten	27.5	27.9	22.4 (2001)	22.9	25.3	21.3 (2001)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	22.7	..	..	25.9
Konsistenter Durchschnitt (24)^b	21.2	25.3	23.3	19.2	24.7	26.6
Mittelwert	23.2	26.2	23.2	21.2	26.5	25.9

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.14. Tod durch äußere Einwirkung, altersstandardisierte Sterberaten, je 100 000 Einwohner, 2002

		Straßenverkehrs- unfälle	Stürze	Suizide	Morde	Sonstige äußere Ursachen	Insgesamt
Australien	(2001)	9.7	2.5	11.9	1.5	11.1	36.7
Belgien		..	..	..	..	..
Dänemark	(2000)	9.1	6.2	11.4	1.2	19.1	47.0
Deutschland	(2001)	8.7	5.0	11.0	0.7	7.5	32.9
Finnland		8.3	13.9	18.8	2.5	20.3	63.8
Frankreich	(2001)	12.7	5.4	15.0	0.8	18.9	52.8
Griechenland		15.2	3.6	2.4	0.7	9.9	31.8
Irland	(2001)	9.8	8.6	12.2	1.0	9.1	40.7
Island		10.3	5.5	9.7	1.8	10.7	38.0
Italien	(2001)	12.3	8.8	5.6	0.9	5.7	33.3
Japan		7.7	3.0	18.7	0.5	12.6	42.5
Kanada	(2001)	9.2	4.1	10.8	1.5	12.1	37.7
Korea		20.1	8.6	18.7	1.6	18.2	67.2
Luxemburg		14.6	7.8	17.2	1.9	17.8	59.3
Mexiko		..	..	..	..	..
Neuseeland	(2000)	13.4	5.1	12.0	1.4	8.8	40.7
Niederlande		6.4	3.8	8.4	1.2	7.3	27.1
Norwegen		7.7	10.1	10.2	0.9	9.8	38.7
Österreich		11.1	8.0	16.1	0.9	8.1	44.2
Polen		15.3	8.6	13.9	1.6	20.9	60.3
Portugal		19.8	4.4	9.5	1.6	11.5	46.8
Schweden	(2001)	6.3	3.4	11.3	0.9	16.3	38.2
Schweiz	(2001)	..	8.5	15.4	1.1	..	39.5
Slowak. Rep.		13.0	6.4	11.9	2.1	18.4	51.8
Spanien		12.9	2.6	6.6	1.0	8.9	32.0
Tschech. Rep.		13.3	13.8	12.8	1.2	16.0	57.1
Türkei		..	..	..	..	..
Ungarn		15.4	22.3	23.2	2.2	12.6	75.7
Ver. Königreich		5.7	3.4	6.3	0.9	10.1	26.4
Ver. Staaten	(2001)	15.7	3.9	10.0	7.1	15.1	51.8
Durchschnitt (27)^a		11.7	6.9	12.3	1.5	13.0	45.0
Mittelwert		11.7	5.5	11.9	1.2	11.8	40.7

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Ohne Belgien, Mexiko und Türkei. Außerdem ist beim Durchschnittswert für Straßenverkehrsunfälle und sonstige äußere Ursachen die Schweiz ausgeklammert.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.15. Tod durch Straßenverkehrsunfall, altersstandardisierte Sterberaten, je 100 000 Einwohner, 1960-2002

	1960	1970	1980	1990	2000	2002
Australien	28.1	32.8	24.6	14.4	10.2	9.7 (2001)
Belgien	19.2	29.8	24.9	18.1	..	..
Dänemark	17.1	24.2	13.5	11.2	9.1	..
Deutschland	25.6	32.2	20.3	13.6	9.5	8.7 (2001)
Finnland	18.1	23.7	11.4	13.8	7.5	8.3
Frankreich	18.1	23.2	20.4	17.5	12.5	12.7 (2001)
Griechenland	4.8	11.6	17.1	21.2	18.2	15.2
Irland	9.0	16.6	17.9	13.9	10.4	9.8 (2001)
Island	5.3	16.6	10.1	11.1	11.7	10.3
Italien	17.8	24.3	19.2	14.9	12.1	12.3 (2001)
Japan	15.9	22.5	11.4	11.9	8.5	7.7
Kanada	21.8	25.0	22.1	13.9	9.6	9.2 (2001)
Korea	..	..	..	36.1	27.0	20.1
Luxemburg	23.8	41.6	29.6	18.7	18.7	14.6
Mexiko	..	9.3	..	21.7	..	..
Neuseeland	16.5	24.2	19.8	22.3	13.4	..
Niederlande	17.6	24.8	13.7	8.8	7.0	6.4
Norwegen	8.6	15.0	9.1	8.1	8.6	7.7
Österreich	27.6	33.3	25.5	18.3	11.2	11.1
Polen	4.7	12.1	..	24.8	16.7	15.3
Portugal	9.1	22.5	29.4	28.0	13.0	19.8
Schweden	14.4	16.5	10.5	8.8	6.3	6.3 (2001)
Schweiz	22.0	26.1	18.5	13.1	..	..
Slowak. Rep.	..	..	..	20.6 (1992)	14.4	13.0
Spanien	8.5	13.6 (1969)	17.1	19.9	14.6	12.9
Tschech. Rep.	..	..	..	14.5	14.1	13.3
Türkei	..	..	..	..	..	..
Ungarn	6.7	16.3	19.1	26.9	13.3	15.4
Ver. Königreich	14.3	14.2	12.1	9.8	5.8 (1999)	5.7
Ver. Staaten	22.6	27.0	22.4	18.5	15.8	15.7 (2001)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	11.7
Konsistenter Durchschnitt (24)^b	15.5	22.3	18.0	16.1	11.5	11.2
Mittelwert	17.1	23.5	18.8	14.9	11.9	11.7

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngste Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Schweiz, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei. Die Werte aus dem Jahr 2000 für Dänemark und Neuseeland sind für die Berechnung des OECD-Durchschnitts von 2002 verwendet worden.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.16. Tod durch Sturz, altersstandardisierte Sterberaten, je 100 000 Einwohner, 1960-2002

	1960	1970	1980	1990	2000	2002
Australien	12.7	12.4	7.6	5.6	2.4	2.5 (2001)
Belgien	9.5	17.3	16.0	8.1	..	..
Dänemark	20.5	13.0	11.2	13.9	6.2	..
Deutschland	20.8	21.5	12.5	9.9	5.3	5.0 (2001)
Finnland	21.2	15.2	12.1	13.6	13.5	13.9
Frankreich	14.0	19.2	16.0	11.8	5.4	5.4 (2001)
Griechenland	13.1 (1961)	14.2	12.5	5.5	3.5	3.6
Irland	9.4	13.1	10.7	7.7	7.9	8.6 (2001)
Island	18.6	16.5	10.1	8.3	5.8	5.5
Italien	14.0	14.0	13.6	11.7	8.5	8.8 (2001)
Japan	6.3	6.3	4.4	3.0	3.2	3.0
Kanada	13.5	9.7	8.3	6.8	3.8	4.1 (2001)
Korea	..	..	..	3.7	7.4	8.6
Luxemburg	..	24.9	20.0	5.1	7.8	7.8
Mexiko	..	3.8	..	10.4	..	..
Neuseeland	16.5	20.3	15.7	7.1	5.1	..
Niederlande	13.3	19.6	10.9	7.7	3.3	3.8
Norwegen	17.5	15.4	16.3	13.0	10.5	10.1
Österreich	20.7	25.1	18.9	12.2	7.9	8.0
Polen	1.5	7.4	..	11.8	9.8	8.6
Portugal	10.0	9.3	13.2	7.1	3.6	4.4
Schweden	18.0	11.1	14.0	7.9	3.0	3.4 (2001)
Schweiz	20.6	20.8	15.3	16.0	8.7	8.5
Slowak. Rep.	..	..	..	17.5 (1992)	8.3	6.4
Spanien	5.2	7.1 (1969)	6.3	2.4	2.6	2.6
Tschech. Rep.	..	..	..	26.5	14.8	13.8
Türkei	..	..	..	..	..	..
Ungarn	13.9	22.7	28.0	33.0	21.9	22.3
Ver. Königreich	12.2	10.8	7.6	5.0	4.8 (1999)	3.4
Ver. Staaten	13.2	9.0	5.4	4.1	3.6	3.9 (2001)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	7.1
Konsistenter Durchschnitt (24)^b	14.2	14.9	12.6	9.6	6.6	6.6
Mittelwert	13.7	14.1	12.5	8.1	5.8	5.5

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei. Die Werte aus dem Jahr 2000 für Dänemark und Neuseeland sind für die Berechnung des OECD-Durchschnitts von 2002 verwendet worden.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.17. Tod durch Suizid, altersstandardisierte Sterberaten, je 100 000 Einwohner, 1960-2002

	1960	1970	1980	1990	2000	2002
Australien	11.3	13.3	11.2	12.5	11.8	11.9 (2001)
Belgien	13.3	15.1	20.2	16.6	..	..
Dänemark	19.7	20.4	29.2	20.5	11.4	..
Deutschland	17.5	20.2	18.5	14.5	11.0	11.0 (2001)
Finnland	21.6	21.4	24.1	27.8	20.4	18.8
Frankreich	15.0	14.7	17.9	17.7	15.6	15.0 (2001)
Griechenland	4.1	3.1	3.1	3.1	3.0	2.4
Irland	3.0	1.9	7.1	10.1	11.7	12.2 (2001)
Island	9.5	14.9	11.4	15.9	18.0	9.7
Italien	6.2	5.6	6.7	6.5	5.7	5.6 (2001)
Japan	25.1	17.4	18.0	14.5	19.1	18.7
Kanada	8.8	12.4	13.9	12.0	10.8	10.8 (2001)
Korea	..	..	..	7.9	14.1	18.7
Luxemburg	8.7	13.6	11.6	16.0	12.8	17.2
Mexiko	..	1.7	..	3.0	..	..
Neuseeland	10.7	10.7	11.3	13.4	12.0	..
Niederlande	7.3	8.5	9.9	8.7	8.2	8.4
Norwegen	6.2	8.1	11.9	14.4	11.6	10.2
Österreich	21.2	23.0	23.7	20.5	16.5	16.1
Polen	8.9	11.7	12.6 (1979)	12.9	13.8	13.9
Portugal	9.8	8.9	7.6	8.0	4.1	9.5
Schweden	15.9	20.4	17.7	15.0	10.9	11.3 (2001)
Schweiz	18.6	18.2	23.8	19.1	16.2	15.4
Slowak. Rep.	..	..	..	14.6 (1992)	12.4	11.9
Spanien	6.0	4.6 (1969)	4.4	6.8	6.9	6.6
Tschech. Rep.	..	..	..	17.8	13.8	12.8
Türkei	..	..	..	..	..	..
Ungarn	25.6	32.9	41.4	35.3	26.8	23.2
Ver. Königreich	9.7	7.3	8.1	7.4	6.9 (1999)	6.3
Ver. Staaten	11.4	12.3	11.6	11.9	9.8	10.0 (2001)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	12.3
Konsistenter Durchschnitt (24)^b	12.6	13.6	14.9	14.4	12.3	12.0
Mittelwert	10.7	12.9	11.9	14.4	11.8	11.9

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei. Die Werte aus dem Jahr 2000 für Dänemark und Neuseeland sind für die Berechnung des OECD-Durchschnitts von 2002 verwendet worden.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.18. Tod durch Mord, altersstandardisierte Sterblichkeitsraten, je 100 000 Einwohner, 1960-2002

	1960	1970	1980	1990	2000	2002
Australien	1.5	1.5	1.9	2.1	1.6	1.5 (2001)
Belgien	0.6	1.1	1.5	1.3	..	..
Dänemark	0.5	0.7	1.3	1.0	1.2	..
Deutschland	0.9	1.4	1.2	1.0	0.7	0.7 (2001)
Finnland	3.0	2.1	3.0	3.0	2.5	2.5
Frankreich	1.6	0.7	1.0	1.0	0.8	0.8 (2001)
Griechenland	1.5	0.6	0.7	1.0	1.0	0.7
Irland	0.1	0.4	0.8	0.7	1.0	1.0 (2001)
Island	0.0	0.0	0.8	0.4	2.1	1.8
Italien	1.3	0.8	1.9	2.5	1.0	0.9 (2001)
Japan	1.9	1.3	0.9	0.6	0.6	0.5
Kanada	1.4	2.1	2.0	2.0	1.5	1.5 (2001)
Korea	..	..	..	1.5	1.7	1.6
Luxemburg	0.6	0.6	1.8	2.6	1.6	1.9
Mexiko	..	23.3	..	21.5	..	..
Neuseeland	1.0	1.2	1.3	2.3	1.4	..
Niederlande	0.3	0.5	0.8	0.9	1.1	1.2
Norwegen	0.4	0.7	1.1	1.1	1.2	0.9
Österreich	1.2	1.5	1.2	1.6	0.9	0.9
Polen	1.1	1.2	1.0 (1979)	2.9	2.0	1.6
Portugal	1.0	0.8	1.3	1.6	0.9	1.6
Schweden	0.6	0.9	1.2	1.2	1.0	0.9 (2001)
Schweiz	0.6	0.7	1.0	1.3	0.8	1.1
Slowak. Rep.	..	..	..	2.3 (1992)	2.1	2.1
Spanien	0.3	0.3 (1969)	1.0	0.9	0.9	1.0
Tschech. Rep.	..	..	..	1.8	1.4	1.2
Türkei	..	..	..	..	..	..
Ungarn	1.6	1.9	2.5	2.9	2.3	2.2
Ver. Königreich	0.5	0.8	1.0	0.7	0.8 (1999)	0.9
Ver. Staaten	5.0	8.7	10.2	9.7	6.1	7.1 (2001)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	1.5
Konsistenter Durchschnitt (24)^b	1.2	1.3	1.7	1.9	1.5	1.5
Mittelwert	1.0	0.9	1.2	1.5	1.2	1.2

Anmerkung: Alle Mortalitätsraten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei. Die Werte aus dem Jahr 2000 für Dänemark und Neuseeland sind für die Berechnung des OECD-Durchschnitts von 2002 verwendet worden.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (März 2005).

Tabelle A.1.19. **Säuglingssterblichkeit, Todesfälle je 1 000 Lebendgeburten, 1970-2003**

	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	17.9	10.7	8.2	5.2	4.8
Belgien	21.1	12.1	8.0	4.8	4.3
Dänemark	14.2	8.4	7.5	5.3	4.4
Deutschland	22.5	12.4	7.0	4.4	4.2
Finnland	13.2	7.6	5.6	3.8	3.1
Frankreich	18.2	10.0	7.3	4.4	3.9
Griechenland	29.6	17.9	9.7	5.9	4.8
Irland	19.5	11.1	8.2	6.2	5.1
Island	13.2	7.7	5.9	3.0	2.4
Italien	29.6	14.6	8.2	4.5	4.3
Japan	13.1	7.5	4.6	3.2	3.0
Kanada	18.8	10.4	6.8	5.3	5.4 (2002)
Korea	45.0	17.0 (1981)	12.0 (1989)	6.2 (1999)	..
Luxemburg	24.9	11.4	7.3	5.1	4.9
Mexiko	79.3	50.9	36.1	23.3	20.1
Neuseeland	16.7	13.0	8.4	6.3	5.6 (2001)
Niederlande	12.7	8.6	7.1	5.1	4.8
Norwegen	12.7	8.1	7.0	3.8	3.4
Österreich	25.9	14.3	7.8	4.8	4.5
Polen	36.7	25.5	19.3	8.1	7.0
Portugal	55.5	24.3	11.0	5.5	4.1
Schweden	11.0	6.9	6.0	3.4	3.1
Schweiz	15.1	9.1	6.8	4.9	4.3
Slowak. Rep.	25.7	20.9	12.0	8.6	7.9
Spanien	28.1	12.3	7.6	3.9	4.1
Tschech. Rep.	20.2	16.9	10.8	4.1	3.9
Türkei	145.0	117.5	57.6	41.9	29.0
Ungarn	35.9	23.2	14.8	9.2	7.3
Ver. Königreich	18.5	13.9	7.9	5.6	5.3
Ver. Staaten	20.0	12.6	9.2	6.9	7.0 (2002)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	6.1
Konsistenter Durchschnitt (29)^b	28.1	17.9	11.2	7.1	6.1
Mittelwert	20.1	12.4	8.0	5.2	4.5

Anmerkung: In den Vereinigten Staaten, Kanada und einigen nordischen Ländern werden sehr kleine Frühgeborene mit geringen Überlebenschancen als Lebendgeburten registriert, was in anderen Ländern u.U. nicht der Fall ist.

a) Entspricht den neuesten verfügbaren Daten für alle 30 OECD-Länder.

b) Ohne Korea.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.1.20. Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht, in Prozent aller Lebendgeburten, 1980-2003

	1980	1990	2000	2003
Australien	5.6 (1983)	6.1	6.3	6.4
Belgien	5.6 (1982)	6.1	6.1 (1997)	.. (2002)
Dänemark	5.8	5.2	4.9	5.5
Deutschland	5.5	5.7	6.4	6.8
Finnland	3.9	3.6	4.3	4.1
Frankreich	5.2 (1981)	5.3	6.4	6.6
Griechenland	5.9	6.0	8.1	8.3 (2002)
Irland	..	4.2	4.8	4.9 (2002)
Island	3.4	2.9	3.9	3.1
Italien	5.6	5.6	6.7	6.5 (2002)
Japan	5.2	6.3	8.6	9.1
Kanada	5.8	5.5	5.6	5.8 (2002)
Korea	..	2.6 (1 993)	3.8	4.1
Luxemburg	6.3	5.4	6.8 (1998)	..
Mexiko	..	5.8 (1993)	6.1	6.9 (2001)
Neuseeland	5.8	6.2	6.4	6.1
Niederlande	4.0 (1979)	4.8	5.1	5.4 (2002)
Norwegen	3.8	4.6	5.0	4.9
Österreich	5.7	5.6	6.3	7.1
Polen	7.6	8.1	5.9	6.1
Portugal	4.6	5.6	7.1	7.4
Schweden	4.2	4.5	4.4	4.5
Schweiz	5.1	5.1	5.9	6.5 (2002)
Slowak. Rep.	5.9	5.8	6.7	7.0
Spanien	2.8 (1982)	4.5	6.5	6.8 (2001)
Tschech. Rep.	5.9	5.5	5.8	6.6
Türkei	..	..	7.9 (1998)	7.9
Ungarn	10.4	9.3	8.4	8.7
Ver. Königreich	6.7	6.7	7.5	7.6
Ver. Staaten	6.8	7.1	7.6	7.9
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	6.4
Konsistenter Durchschnitt (24)^b	5.5	5.7	6.2	6.5
Mittelwert	5.6	5.6	6.3	6.6

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (2000 und spätere Jahre).

b) Ohne Belgien, Irland, Korea, Luxemburg, Mexiko und Türkei.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.1.21. **Zerstörte, fehlende und gefüllte Zähne, durchschnittliche Zahl bei 12-Jährigen, 1980-2000**

	1980	1985	1990	1995	2000
Australien	3.6	2.1	1.4	1.0	0.8
Belgien	..	7.5 (1983)	2.7	..	1.6 (1998)
Dänemark	..	..	1.3 (1991)	1.2	1.0
Deutschland	6.4	6.3 (1986)	4.1	2.3	1.2
Finnland	5.2 (1979)	2.8	1.2 (1991)	1.2 (1994)	1.2
Frankreich	..	4.2 (1987)	3.0	2.1 (1993)	1.9 (1998)
Griechenland	..	4.7	4.4	2.5	2.7 (1998)
Irland	5.4	2.9	2.7	1.5 (1996)	1.1 (2002)
Island	7.8 (1983)	6.6 (1986)	3.4 (1991)	1.5 (1996)	1.1 (1997)
Italien	5.5	4.0	4.0	2.1 (1996)	..
Japan	5.4 (1981)	4.9 (1987)	..	3.6 (1993)	2.4 (1999)
Kanada	3.2 (1982)	..	..	..	..
Korea	..	..	..	3.1	3.3
Luxemburg	4.0 (1982)	3.3	2.7	2.3 (1994)	1.2 (2001)
Mexiko	..	..	..	..	..
Neuseeland	5.1	3.2	2.0	1.4	1.6
Niederlande	4.8	2.4	1.5	0.7 (1996)	1.0 (1999)
Norwegen	3.3 (1982)	3.4	2.4	1.9	1.5
Österreich	3.0	4.3	4.2	3.0 (1993)	1.7 (1997)
Polen	7.0	4.4	5.1 (1991)	4.0 (1998)	3.8
Portugal	4.6 (1979)	3.8	3.2	..	3.0
Schweden	3.2 (1982)	3.1	2.0	1.4	1.0
Schweiz	3.0	2.2 (1984)	1.6 (1988)	0.8 (1996)	0.9
Slowak. Rep.	..	..	..	..	3.2 (2001)
Spanien	..	4.2	3.5 (1989)	2.3 (1994)	1.1
Tschech. Rep.	..	3.3 (1987)	..	3.1 (1994)	3.1
Türkei	..	2.7 (1987)	2.7	..	..
Ungarn	6.6	5.0	4.3 (1991)	3.8 (1996)	3.3 (2001)
Ver. Königreich	..	3.1 (1983)	1.6 (1988)	1.1 (1996)	0.9
Ver. Staaten	2.6	1.8 (1986)	1.3 (1991)	1.3 (1996)	1.2 (1999)
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	1.8
Konsistenter Durchschnitt (15)^b	4.7	3.6	2.7	1.9	1.5
Mittelwert	4.0	3.1	2.0	1.4	1.2

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die jüngere Daten verfügbar sind (1997 und spätere Jahre).

b) Umfasst Australien, Deutschland, Finnland, Irland, Island, Luxemburg, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Ungarn und die Vereinigten Staaten.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.1. **Praktizierende Ärzte, je 1 000 Einwohner, 1970-2003**

	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	1.2 (1971)	1.8 (1981)	2.2	2.5	2.5 (2002)
Belgien ^a	1.6 (1971)	2.3	3.3	3.9	3.9 (2002)
Dänemark ^a	..	1.8	2.5	2.8	2.9 (2002)
Deutschland	..	..	2.8 (1991)	3.3	3.4
Finnland	..	..	2.0	2.6	2.6
Frankreich ^a	1.2	1.9	3.1	3.3	3.4
Griechenland	1.6	2.4	3.4	4.3	4.4 (2001)
Irland ^c	..	..	2.0 (1992)	2.2	2.6
Island ^a	1.4	2.1	2.8	3.4	3.6
Italien	..	..	..	4.2	4.1
Japan	1.1	1.3	1.7	1.9	2.0 (2002)
Kanada	1.4	1.8	2.1	2.1	2.1
Korea	..	0.5 (1981)	0.8	1.3	1.6
Luxemburg ^a	1.1	1.7	2.0	2.5	2.7
Mexiko ^b	..	..	1.0	1.6	1.5
Neuseeland	1.1 (1971)	1.6	1.9	2.2	2.2
Niederlande ^c	1.2	1.9	2.5	3.2	3.1
Norwegen ^b	1.4	2.0	2.6 (1991)	2.9	3.1
Österreich	1.4	1.6	2.2	3.2	3.4
Polen	1.4	1.8	2.1	2.2	2.5
Portugal	0.9	2.0	2.8	3.2	3.3
Schweden	1.3	2.2	2.9	3.1	3.3 (2002)
Schweiz	1.5	2.5	3.0	3.5	3.6 (2002)
Slowak. Rep.	..	..	..	3.2	3.1
Spanien	..	..	..	3.2	3.2
Tschech. Rep. ^b	1.8	2.3	2.7	3.4	3.5
Türkei	0.4	0.6	0.9	1.3	1.4
Ungarn	2.0	2.3	2.8	3.1 (1999)	3.2
Ver. Königreich	0.9	1.3	1.6	1.9	2.2
Ver. Staaten ^a	1.2	1.5	1.8	2.2	2.3 (2002)
Letzter Durchschnitt^d	..	..	..	..	2.9
Konsistenter Durchschnitt (21)^e	1.3	1.9	2.4	2.8	2.9
Mittelwert	1.3	1.8	2.2	3.0	3.1

a) Einschließlich Ärzten in Industrie, Verwaltung und Forschung.

b) Mexiko, Norwegen und die Tschechische Republik geben die Zahl der Ärzte in Vollzeitäquivalenten und nicht in absoluter Rechnung an.

c) Irland und die Niederlande geben statt der Zahl der praktizierenden Ärzte die Zahl der zugelassenen Ärzte an.

d) Bezieht sich auf die letzten verfügbaren Daten für alle OECD-Länder.

e) Ohne Dänemark, Deutschland, Finnland, Irland, Italien, Korea, Slowakische Republik und Spanien.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.2. **Praktizierende Krankenpflegekräfte, je 1 000 Einwohner, 1970-2003**

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003
Australien	6.7	10.3	11.6	10.5	10.4	10.6	10.2
Belgien	..	..	..	5.4	5.5	5.6	5.8
Dänemark	..	6.9	9.3	10.0	10.2	10.3	..
Deutschland	..	..	..	9.4	9.5	9.6	9.7
Finnland	..	..	6.0	8.2	8.6	9.0	9.3
Frankreich ^b	3.1 (1971)	4.7	5.6	6.7	7.0	7.2	7.3
Griechenland	1.4	1.9	3.4	3.9	..	..	..
Irland	..	..	11.3	13.9	14.8	15.3	14.8
Island	4.2	8.9	12.5	13.3	13.1	13.3	13.7
Italien ^a	..	..	..	5.3	5.4	5.5	5.4
Japan	2.5	4.0	5.8	7.6	..	7.8	..
Kanada	6.9	9.6	11.1	10.1	10.0	9.4	9.8
Korea	..	..	..	1.4	1.5	1.7	1.7
Luxemburg	..	..	..	9.9	10.2	10.6	..
Mexiko ^c	..	..	1.7	2.2	2.2	2.2	2.1
Neuseeland	..	6.1	9.3	9.6	9.6	9.4	9.1
Niederlande	..	..	..	13.4	12.8	..	..
Norwegen ^{b,c}	..	..	..	10.3	10.4	..	..
Österreich ^a	3.4	5.4	7.3	9.3	9.3	9.3	9.4
Polen	3.0	4.4	5.5	4.9	4.9	4.9	4.9
Portugal	1.8 (1971)	2.3	2.8	3.7	3.8	4.0	4.2
Schweden	4.3	7.0	9.2	9.8	9.9	10.2	..
Schweiz	..	..	..	10.7	..	..	..
Slowak. Rep.	..	..	..	7.4	7.3	6.9	6.5
Spanien ^d	..	..	..	6.4	6.6	7.3	7.5
Tschech. Rep.	..	6.8	8.4	8.9	9.2	9.4	9.4
Türkei	..	1.0	1.3	1.7	1.7	1.7	1.7
Ungarn ^c	2.7	3.7	4.5	4.9	4.9	5.0	5.1
Ver. Königreich	..	..	7.8	8.3	8.6	8.9	9.1
Ver. Staaten	3.7	5.6	7.2	8.0	7.9	7.9	..
Durchschnitt (15)^e	..	5.8	7.4	7.9	8.0	8.0	8.1
Mittelwert	..	5.5	7.3	8.3	8.6	8.4	7.5

a) Italien und Österreich geben nur in Krankenhäusern beschäftigte Pflegekräfte an; das Personal anderer Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ist nicht erfasst.

b) In Frankreich und Norwegen sind Hilfskräfte nicht berücksichtigt.

c) Für Mexiko, Norwegen und Ungarn sind die Krankenpflegekräfte in Vollzeitäquivalenten angegeben (nicht in absoluten Zahlen).

d) In Spanien sind nur die in der öffentlichen Krankenversorgung beschäftigten Kräfte berücksichtigt.

e) Durchschnitt ohne: Belgien, Deutschland, Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Korea, Luxemburg, Mexiko, Niederlande, Norwegen, Schweiz, Slowakische Republik, Spanien und Vereinigtes Königreich. Der Durchschnitt für 2003 enthält für Dänemark, Japan und Vereinigte Staaten Daten aus 2002.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.3. Vergütung der angestellten und selbstständigen Fachärzte, US-\$ KKP, letztes verfügbares Jahr

	Angestellte						Selbstständige					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Belgien ^a										175 554		
Dänemark		77 276	81 670	84 768	88 788							
Deutschland ^f						76 153						
Finnland ^d					75 435							
Frankreich ^e								126 923				
Griechenland ^g										69 124		
Irland ⁱ						142 931						
Kanada ^b							150 239	150 869	152 559			
Mexiko ^j	23 570	23 882	24 721	25 115	25 099							
Neuseeland ^l	77 874	80 527	81 817	85 471	88 313	88 345						
Niederlande ^k					130 904					252 713		
Norwegen ^m			63 002	65 220	75 295	74 745						
Portugal ⁿ	60 733	64 600	66 222	68 987	68 034	68 816						
Schweden ^o				71 011								
Schweiz ^p								115 783				
Tschech. Rep. ^c		20 560	23 053	27 130	28 696		27 122	33 889	35 177	35 515		
Ungarn ^h					26 865							
Ver. Königreich ^q	108 236	113 846		137 192								
Ver. Staaten ^r							219 000					

Anmerkung: In der Vergütung der Fachärzte sind etwaige zusätzliche Einkommen aus einer Privatpraxis nicht inbegriffen (in Ländern, in denen Fachärzte solche zusätzlichen Einnahmen beziehen können).

- Bei dem von den Krankenhäusern zur Deckung der Kosten von Personal, Maschinen und Räumlichkeiten einbehaltenen Teil der Honorare handelt es sich um grobe Schätzungen.
- Gestützt auf die durchschnittliche Einzelleistungsvergütung von Fachärzten, die den Krankenversicherungen auf Provinzebene 1999 mindestens 50 000 kan\$ jährlich und 2001 sowie 2002 mindestens 60 000 kan\$ in Rechnung stellten, berichtigt um die Praxisausgaben, bei denen es sich um grobe Schätzungen handelt.
- Unter den angestellten Fachärzten sind auch die angestellten Allgemeinärzte erfasst (rd. 15% aller Allgemeinärzte). In den Zahlen für die selbstständigen Fachärzte sind die Sozial- (z.B. Renten-) und Krankenversicherungsbeiträge nicht enthalten.
- In den Zahlen sind auch Ärzte inbegriffen, die auf Allgemeinmedizin spezialisiert sind und nicht in Gesundheitsversorgungszentren arbeiten. Zudem geben 39% der Fachärzte an, dass sie eine Nebentätigkeit im privaten Sektor ausüben (die entsprechende Vergütung ist nicht inbegriffen).
- Ärzte, die ständig in einem Krankenhaus arbeiten (und dort eine Privatpraxis haben) sind nicht berücksichtigt. Die Sozialversicherungsbeiträge beruhen auf Schätzungen.
- Die Daten stützen sich auf die Besoldungstabellen für Beschäftigte des öffentlichen Dienstes (Bundes- und Länderebene) in den alten Bundesländern, können aber als Richtschnur für alle deutschen Krankenhäuser verwendet werden. Überstundenvergütungen sind im Durchschnittseinkommen nicht inbegriffen. Laut Tarifvertrag müssen Überstunden durch Freizeit abgegolten werden. Nur wenn dies nicht möglich ist, haben die Angestellten Anspruch auf eine finanzielle Entschädigung.
- Die Daten stützen sich auf das versteuerte Einkommen, was auf Grund etwaiger Steuerhinterziehungen zu einer Unterzeichnung führt. Hauptsächlich freiberuflich tätige Ärzte können zusätzlich ein Gehalt beziehen. Gehälter (aus einer Tätigkeit in der öffentlichen Gesundheitsversorgung oder öffentlichen Universitätsklinken) sind nicht in den Zahlen berücksichtigt.
- Die Daten beziehen sich auf im öffentlichen Sektor beschäftigte Fachärzte (rd. 90% der Fachärzte). Informelle Zahlungen, durch die sich das Einkommen deutlich erhöhen kann, sind nicht berücksichtigt.
- Die Daten beziehen sich auf fachärztliche Berater in öffentlich finanzierten Krankenhäusern (52% aller fachärztlichen Berater im Jahr 2004). Nicht inbegriffen sind Notfall- und Bereitschaftsdienstzulagen (außer einer jährlichen Pauschale in Höhe von 3 500 Euro). Schätzungen zufolge schwanken diese Zahlungen zwischen 3 500 und 30 000 Euro jährlich.
- Ohne Überstundenvergütungen. Bei den Daten für 1999 bis 2002 handelt es sich um Schätzungen auf der Grundlage der Zuwachsrate des Mindestlohns.
- Angestellte Fachärzte: Durchschnittseinkommen der angestellten Fachärzte in allgemeinen Krankenhäusern und Universitätsklinken. Die Zahlen für in allgemeinen Krankenhäusern angestellte Fachärzte stützen sich auf Besoldungstabellen und enthalten weder Überstundenvergütungen noch Zulagen. Selbstständige Fachärzte: Angaben in Vollzeitäquivalenten. Die Praxisausgaben wurden geschätzt.
- Die Zahlen beziehen sich nur auf das Grundgehalt; Zulagen für Überstunden o.Ä. sind nicht berücksichtigt.
- Die Daten beziehen sich nicht nur auf Fachärzte, sondern auch auf frisch ausgebildete Ärzte (Assistenzärzte).
- Die Zahlen beziehen sich auf Fachärzte, die in der öffentlichen Gesundheitsversorgung beschäftigt sind. Zusätzliche Einnahmen, wie Nachtarbeits-, Wochenend- und Überstundenzulagen sind nicht inbegriffen.
- Ohne Überstundenvergütungen.
- Die Zahl bezieht sich auf das Bruttoeinkommen, auf das Beiträge zur Alters- und Hinterbliebenenversicherung, der 1. Säule des Schweizer Sozialversicherungssystems, zu entrichten sind. Von diesem „Bruttoeinkommen“ ist jedoch bereits ein Freibetrag für freiwillige Einzahlungen in die 2. und 3. Säule in Höhe von maximal 30 000 sfr abgezogen.
- Einschließlich fachärztlicher Berater des NHS in England.
- Die Daten gelten nicht nur für selbstständige, sondern auch für angestellte Fachärzte. 2001 waren 61,5% aller Ärzte freiberuflich tätig, 34,5% waren angestellt und 4,0% arbeiteten als unabhängige Vertragsärzte (Kane und Loeblich, 2003).

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.4. Vergütung der angestellten und selbstständigen Allgemeinärzte, US-\$ KKP, letztes verfügbares Jahr

	Angestellte						Selbstständige					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Belgien ^a								52 099				
Dänemark								92 666		101 901		
Deutschland ^f							86 719					
Finnland ^d	48 571	51 654	57 223	61 527	64 957							
Frankreich ^e									76 889			
Kanada ^b							100 664		101 882	102 045		
Mexiko ^h	20 248	20 515	21 236	21 575	21 561							
Niederlande ⁱ											113 147	
Portugal ^l	60 733	64 600	66 222	68 987	68 034	68 816						
Schweden ^k				62 468								
Schweiz ^l									104 439			
Tschech. Rep. ^c								23 816	27 272	28 413	32 219	
Ungarn ^g					26 389							
Ver. Königreich ^m							81 691	85 731	90 602	100 998		
Ver. Staaten ⁿ							138 000					

Anmerkung: In der Vergütung der Allgemeinärzte sind etwaige zusätzliche Einkommen aus einer Privatpraxis nicht inbegriffen (in Ländern, in denen Allgemeinärzte solche zusätzlichen Einnahmen beziehen können).

- a) OECD-Berechnung, gestützt auf Rohdaten aus einem Bericht der flämischen Allgemeinärztervereinigung (BVCV Callens, Pirenne and Co, 2002). Die Schätzungen der Praxisausgaben basieren auf einer sehr kleinen Stichprobe.
- b) Gestützt auf die durchschnittliche Einzelleistungsvergütung von Allgemeinärzten, die den Krankenversicherungen auf Provinzebene 1999 mindestens 50 000 kan\$ jährlich und 2001 sowie 2002 mindestens 60 000 kan\$ in Rechnung stellten, berichtigt um die Praxisausgaben, bei denen es sich um grobe Schätzungen handelt.
- c) Ohne Sozial- (z.B. Renten-) und Krankenversicherungsbeiträge.
- d) Unter den Allgemeinärzten werden die in Gesundheitsversorgungszentren tätigen Ärzte erfasst. 21% der in Gesundheitsversorgungszentren tätigen Ärzte geben an, einer Nebentätigkeit nachzugehen, zumeist in Privatpraxen (die entsprechenden Vergütungen sind nicht inbegriffen).
- e) Die Zahlen beziehen sich auf Allgemeinärzte und Ärzte ohne anerkannte Spezialisierung. Die Sozialversicherungsbeiträge wurden geschätzt.
- f) Die Zahl bezieht sich auf die Kategorie „mittlere Praxisgröße“ (durchschnittliche jährliche Arbeitsstundenzahl je Arzt: 2 748).
- g) Die Daten beziehen sich auf rd. 400 im öffentlichen Sektor beschäftigte Ärzte; ungefähr 10% der Ärzte sind im öffentlichen Sektor beschäftigt. Informelle Zahlungen, durch die sich das Einkommen deutlich erhöhen kann, sind nicht berücksichtigt.
- h) Ohne Überstundenvergütungen. Bei den Daten für 1999 bis 2002 handelt es sich um Schätzungen auf der Grundlage der Zuwachsrate des Mindestlohns.
- i) Durchschnittliches jährliches Einkommen bei Normalpraxis (2 350 Patienten).
- j) Die Zahlen beziehen sich auf Fachärzte, die in der öffentlichen Gesundheitsversorgung beschäftigt sind. Zusätzliche Einnahmen, wie Nachtarbeits-, Wochenend- und Überstundenzulagen sind nicht inbegriffen.
- k) Zulagen für Bereitschaftsdienst und Überstunden sind nicht berücksichtigt.
- l) Die Zahl bezieht sich auf das Bruttoeinkommen, auf das Beiträge zur Alters- und Hinterbliebenenversicherung, der 1. Säule des Schweizer Sozialversicherungssystems, zu entrichten sind. Von diesem „Bruttoeinkommen“ ist jedoch bereits ein Freibetrag für freiwillige Einzahlungen in die 2. und 3. Säule in Höhe von maximal 30 000 sfr abgezogen.
- m) Die Daten gelten für Großbritannien. Sie beziehen sich auf Allgemeinärzte mit „General-Medical-Services“-Vertrag und entsprechen dem geschätzten jährlichen Bruttoeinkommen abzüglich der indirekt erstatteten Praxisausgaben.
- n) Die Daten gelten nicht nur für selbstständige, sondern auch für angestellte Ärzte in der Primärversorgung. 2001 waren 61,5% aller Ärzte freiberuflich tätig, 34,5% waren angestellt und 4,0% arbeiteten als unabhängige Vertragsärzte (Kane und Loeblich, 2003).

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.5. Vergütung des angestellten Pflegepersonals in Krankenhäusern, US-\$ KKP, letztes verfügbares Jahr

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Australien ^a	39 170	40 047	42 202	45 077		
Dänemark ^c		37 074	38 747	39 814	41 129	
Finnland ^d	25 088	26 395	26 255	27 712	28 405	
Irland ^f						40 739
Mexiko ^g	12 600	12 767	13 215	13 426	13 417	
Neuseeland ^h				32 012		
Norwegen ⁱ			31 005	33 718	33 729	34 292
Portugal ^j	27 778	31 622	32 430	36 982	36 471	36 890
Tschech. Rep. ^b		10 086	11 600	13 559	14 436	
Ungarn ^e					13 574	
Ver. Königreich ^k	33 232	35 735		40 158		
Ver. Staaten ^l		47 554				

a) Die Daten beziehen sich auf alle Kategorien anerkannter Krankenpflegekräfte in öffentlichen Akut- sowie psychiatrischen Krankenhäusern, ohne New South Wales, dem größten Bundesstaat.

b) Gehälter des gesamten paramedizinischen Personals. Krankenpflegekräfte verdienen im Schnitt weniger als andere paramedizinische Kräfte (grobe Schätzungen zufolge beträgt die Einkommensdifferenz 10%).

c) Die Daten beziehen sich auf alle Kategorien anerkannter Krankenpflegekräfte in Krankenhäusern. Überstundenvergütungen sind, soweit vorgesehen, inbegriffen.

d) Die Daten beziehen sich auf in Gesundheitsversorgungszentren und Krankenhäusern tätige Krankenpflegekräfte. Gemeindepflegekräfte, spezialisierte Krankenpflegekräfte und leitende Pflegekräfte sind nicht berücksichtigt.

e) Die Daten beziehen sich auf im öffentlichen Sektor beschäftigte Krankenpflegekräfte (über 99% aller Krankenpflegekräfte). Gratifikationszahlungen sind nicht inbegriffen.

f) Die Daten beziehen sich auf Krankenpflegekräfte in öffentlich finanzierten Krankenhäusern. Überstundenvergütungen sind nicht inbegriffen.

g) Ohne Überstundenvergütungen. Bei den Daten für 1999 bis 2002 handelt es sich um Schätzungen auf der Grundlage der Zuwachsrate des Mindestlohns.

h) Die Daten beziehen sich auf Krankenpflegekräfte in öffentlich finanzierten Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

i) Die Daten beziehen sich auf qualifizierte Krankenpflegekräfte (d.h. mit einer dreijährigen Ausbildung auf Hochschulniveau ohne Spezialisierung) in von der Zentralregierung unterhaltenen Krankenhäusern.

j) Bei den Zahlen handelt es sich um den Durchschnitt sämtlicher Personalkategorien (ohne leitende Pflegekräfte) und Gehaltsstufen für Krankenhauspflegekräfte in der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Etwaige zusätzliche Einnahmen, wie Nachtarbeits-, Wochenend- und Überstundenzulagen, sind nicht inbegriffen.

k) Die Zahlen beziehen sich auf Krankenpflegekräfte des NHS in England.

l) Die Daten beziehen sich nur auf anerkannte Krankenpflegekräfte.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.6. **Betten für die Akutversorgung, je 1 000 Einwohner, 1980-2002**

	1980	1985	1990	1995	2000	2002
Australien	6.4	5.3	4.8 (1989)	4.2	3.8	3.6
Belgien	5.5	5.9	4.9	4.7	4.1	4.0
Dänemark	5.3	4.7	4.1	3.9	3.5	3.4 (2001)
Deutschland	..	..	8.3 (1991)	7.5	6.8	6.6
Finnland	4.9	4.8	4.3	4.0	2.4	2.3
Frankreich	6.2	5.7	5.2	4.6	4.1	3.9
Griechenland	..	..	..	..	..	..
Irland	4.3	4.2	3.3	3.2	3.0	3.0
Island	..	..	4.3	3.7	..	..
Italien	7.9	7.0	6.2	5.6	4.2	3.9
Japan	..	..	12.3 (1993)	12.0	9.6	8.9
Kanada	4.6	4.4	4.0	4.2	3.2	3.2
Korea	..	..	2.7	3.8	5.2	5.7
Luxemburg	7.4	7.1 (1986)	6.8	6.2	5.9	5.7
Mexiko	..	..	..	1.1 (1997)	1.0	1.0
Neuseeland	..	..	..	..	..	..
Niederlande	5.2	4.7	4.3	3.8	3.5	3.2
Norwegen	5.2	4.7	3.8	3.3	3.1	3.1
Österreich	..	7.5	7.1	6.6	6.3	6.1
Polen	5.6	5.7	6.3	5.8	5.1	4.7
Portugal	4.2	3.5	3.4	3.3	3.3	3.1
Schweden	5.1	4.6	4.1	3.0	2.4	..
Schweiz	7.2	6.8	6.5	5.5	4.1	3.9
Slowak. Rep.	..	..	..	7.0 (1996)	6.5	6.2
Spanien	3.8	3.7	3.6	3.5	3.3	3.1
Tschech. Rep.	8.6	8.6	8.5	7.2	6.6	6.5
Türkei	1.5	1.6	2.0	2.1	2.2	2.1
Ungarn	6.6	6.8	7.1	7.0	6.3	5.9
Ver. Königreich	..	..	..	4.0	3.7	3.7
Ver. Staaten	4.4	4.2	3.7	3.3	2.9	2.9
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	4.2
Konsistenter Durchschnitt (24)^b	..	..	5.3	4.9	4.4	4.2
Mittelwert	5.3	4.8	4.3	4.1	3.8	3.8

Anmerkung: Der Begriff „Betten für die Akutversorgung“ kann in den einzelnen Ländern unterschiedlich definiert sein. In Japan werden viele „Akutbetten“ für die Langzeitpflege genutzt. Bei der Interpretation von Unterschieden im Ländervergleich ist daher Vorsicht geboten.

a) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Länder, für die neuere Daten vorliegen (d.h. ab 2000).

b) Ohne Griechenland, Island, Mexiko, Neuseeland, Slowakische Republik und Vereinigtes Königreich. Der Durchschnitt für 2002 enthält die neuesten Zahlen für Schweden.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Table A.2.7. **Belegungsrate in der Akutversorgung, in Prozent, 1980-2002**

	1980	1985	1990	1995	2000	2002
Australien	66.3	69.0	68.8 (1989)	69.5	70.4	73.9
Belgien	77.7	83.3 (1986)	81.9	79.7	79.9 (1998)	..
Dänemark	75.3	78.9	78.5	78.6	85.0	84.0 (2001)
Deutschland	..	..	84.1 (1991)	82.1	81.9	80.1
Finnland	76.2	76.9	74.2	74.0	..	..
Frankreich	79.0	79.1	77.3	76.0	75.0	74.9
Griechenland	66.0	66.0	63.2	62.1	68.0 (1999)	..
Irland	82.2	75.9	84.5	82.5	83.2	84.4
Island	..	..	..	..	..	..
Italien	69.0	67.9	69.3	70.7	75.6	76.9
Japan	..	..	..	81.6	81.8	80.0
Kanada	80.4	83.4	78.6	84.7	90.9	86.6
Korea	60.8 (1981)	61.0	83.9	66.3	67.2	65.2
Luxemburg	76.2	78.4	79.4	74.3 (1994)	70.1	68.6
Mexiko	..	..	68.1 (1993)	68.7	69.5	70.6
Neuseeland	..	..	..	..	..	..
Niederlande	83.5	79.1	73.3	73.3	65.7	66.0 (2001)
Norwegen	79.3	82.0	77.0	79.4	85.2	87.6
Österreich	80.8 (1982)	79.0	78.2	75.8	75.5	76.3
Polen	85.0	77.0	66.0	67.3	74.0	77.0
Portugal	..	67.7	66.7	72.6	71.3	70.8
Schweden	72.1	75.3	72.2	75.9	..	..
Schweiz	77.9	80.0	79.0	77.7 (1994)	84.8	84.6
Slowak. Rep.	..	..	..	80.3 (1996)	71.2	66.8
Spanien	..	72.2	73.5	76.4	77.1	77.2 (2001)
Tschech. Rep.	81.8	80.8	69.6	72.6	70.5	72.1
Türkei	44.0 (1979)	52.1	57.2	55.4	58.7	57.1
Ungarn	83.3	80.6	74.9	72.6	73.2	77.8
Ver. Königreich	74.8	75.8	74.0	78.7	82.7	84.3
Ver. Staaten	75.4	64.8	66.8	62.8	63.9	65.7
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	75.3
Konsistenter Durchschnitt (23)^b	..	..	73.6	73.0	74.8	75.2
Mittelwert	77.0	77.0	74.1	75.1	74.5	76.6

a) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Länder, für die neuere Daten vorliegen (d.h. ab 1999).

b) Ohne Belgien, Finnland, Island, Japan, Neuseeland, Slowakische Republik und Schweden. Der Durchschnitt für 2002 enthält die neuesten Zahlen für Griechenland.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.8. **Medizintechnik: CT-Scanner und MRI-Geräte, je Million Einwohner, 1990-2002**

	CT-Scanner			MRI-Geräte		
	1990	1995	2002	1990	1995	2002
Australien ^a	13.8	20.8	..	0.6	2.9	3.7
Belgien	16.1	16.7 (1994)	28.8	2.0	3.3	6.6
Dänemark	4.3	7.3	13.8	2.5	..	8.6
Deutschland	6.4 (1991)	9.0	14.2	1.1 (1991)	2.3	6.0
Finnland	9.8	11.7	13.3	1.8	4.3	12.5
Frankreich	6.7	9.2	9.7	0.8	2.1	2.7
Griechenland	6.5	13.5 (1997)	17.1	0.4	1.9 (1997)	2.3
Irland	4.3	..	..	..	..	..
Island	11.8	18.7	20.9	3.9	7.5	17.4
Italien	6.0	12.0 (1994)	23.4	1.3	2.6 (1994)	10.6
Japan ^b	55.2	74.7 (1996)	92.6	6.1	18.8 (1996)	35.3
Kanada	7.1	8.0	10.3 (2003)	0.7	1.4	4.5 (2003)
Korea	12.2 (1993)	15.5	30.9	1.4 (1992)	3.9	7.9
Luxemburg	15.7	24.5	24.7	2.6	2.4	4.5
Mexiko	..	0.4 (1997)	1.5	..	..	0.2
Neuseeland	3.6	7.5 (1996)	11.2	..	2.7 (1996)	3.7 (2003)
Niederlande	7.3	9.0 (1993)	..	0.9	3.9	..
Norwegen	..	..	..	..	..	..
Österreich	11.7	24.2 (1996)	27.2	1.2 (1989)	7.5 (1996)	13.4
Polen	..	..	5.8	..	..	0.9
Portugal	4.5	12.1 (1997)	12.8 (2003)	0.8	2.8 (1997)	3.9 (2003)
Schweden	10.5	13.8 (1993)	14.2 (1999)	1.5	6.8	7.9 (1999)
Schweiz	..	18.3 (1997)	18.0	..	12.4 (1997)	14.1
Slowak. Rep.	..	..	8.7 (2003)	..	..	2.0 (2003)
Spanien	4.4 (1988)	8.3	12.9	0.7 (1988)	2.7	6.2
Tschech. Rep.	2.1 (1991)	6.7	12.1	0.2 (1991)	1.0	2.2
Türkei	1.6	2.9 (1994)	7.5	..	0.6 (1996)	3.0
Ungarn	1.9	4.6	6.8	0.1	1.0	2.5
Ver. Königreich ^c	..	..	5.8 (2001)	..	..	5.2 (2001)
Ver. Staaten ^d	14.6	14.1	13.1	3.7	7.2	8.6
Letzter Durchschnitt^e	..	..	17.6	..	..	7.3
Konsistenter Durchschnitt (21,19)^f	10.1	15.0	19.9	1.6	4.3	8.4
Mittelwert	6.9	12.0	13.2	1.2	2.8	5.2

a) Für Australien beziehen sich die Daten zu den MRI-Geräten nur auf solche Geräte, deren Benutzung von der öffentlichen Krankenversicherung erstattet wird (60% des Gesamtbestands im Jahr 1999).

b) In Japan bezogen sich die Daten zu den MRI-Geräten vor 2002 nur auf die Ausrüstung der Krankenhäuser. Seit 2002 umfassen sie die Ausrüstung der Krankenhäuser und der allgemeinen Kliniken.

c) Die groben Zahlen für England und Wales wurden zur Ermittlung von Schätzwerten für das Vereinigte Königreich proportional umgerechnet. Der private Sektor wurde nicht berücksichtigt.

d) In den Daten für die Vereinigten Staaten ist die tatsächliche Zahl der dort vorhandenen Geräte deutlich unterzeichnet, da sie sich auf die Zahl der Krankenhäuser beziehen, die laut eigenen Angaben über mindestens eines der fraglichen Geräte verfügen, und nicht auf die Gesamtzahl der Geräte in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z.B. Spezialkliniken).

e) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Länder, für die neuere Daten vorliegen (d.h. ab 1999).

f) In den Durchschnittswerten für die CT-Scanner sind Australien, Irland, Mexiko, die Niederlande, Norwegen, Polen, die Slowakische Republik, die Schweiz und das Vereinigte Königreich nicht berücksichtigt. In den Durchschnittswerten für die MRI-Geräte sind Dänemark, Irland, Mexiko, die Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Polen, die Slowakische Republik, die Schweiz, die Türkei und das Vereinigte Königreich nicht berücksichtigt.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.9. **Medizintechnik: Mammographen und Strahlentherapiegeräte, je Million Einwohner, 1990, 1995 und 2002**

	Mammographen			Strahlentherapiegeräte		
	1990	1995	2002	1990	1995	2002
Australien	15.9 (1989)	..	..	2.9	4.4	5.4
Belgien	..	..	20.5	6.1 (1991)	6.1	..
Dänemark	..	..	..	..	..	6.0
Deutschland	..	..	..	4.2 (1991)	4.5	4.6
Finnland	29.3	37.6	39.6	10.0	8.6	8.8
Frankreich	23.8	42.0	42.4	6.0	6.2	6.0
Griechenland	..	..	27.9	5.3	5.7	4.0 (1999)
Irland	..	..	..	..	..	..
Island	15.7	18.7	17.4	23.5	15.0	13.9
Italien	..	..	..	1.3	2.1 (1994)	4.3
Japan	..	..	..	..	..	6.6
Kanada	..	..	19.3 (2001)	5.6 (1993)	6.9	..
Korea	..	..	19.4	4.5 (1992)	4.1	4.5
Luxemburg	25.5 (1992)	24.5	22.4	..	..	4.5
Mexiko	..	..	1.2	..	..	0.6
Neuseeland	..	17.2 (1997)	25.1	..	7.2 (1996)	8.1
Niederlande	..	..	..	6.5 (1992)	7.1	..
Norwegen	..	..	..	..	..	..
Österreich	..	..	..	..	3.3 (1996)	4.5
Polen	..	..	13.6	..	..	..
Portugal	..	3.6 (1997)	11.6 (2003)	..	2.9 (1997)	3.4 (2003)
Schweden	..	..	..	..	..	..
Schweiz	..	..	..	..	11.1 (1997)	10.6
Slowak. Rep.	..	..	13.0 (2003)	..	..	7.1 (2003)
Spanien	..	..	..	2.9 (1988)	3.3	3.7
Tschech. Rep.	3.8 (1991)	8.4	13.2	5.4 (1991)	4.9	6.7
Türkei	..	1.9 (1996)	6.6	0.3 (1988)	0.6 (1996)	1.8 (2001)
Ungarn	..	6.8 (1997)	11.4	1.5	1.7 (1992)	2.5
Ver. Königreich ^a	..	4.9	7.3	..	..	3.9
Ver. Staaten ^b	14.7 (1992)	13.7	12.0	4.1	4.4	4.0
Letzter Durchschnitt^c	..	..	18.0	..	..	5.5
Konsistenter Durchschnitt (11,17)^d	..	16.3	19.0	..	5.3	5.7
Mittelwert	15.9	13.7	15.5	4.9	4.7	4.5

a) Die groben Zahlen für England und Wales wurden zur Ermittlung von Schätzwerten für das Vereinigte Königreich proportional umgerechnet. Der private Sektor wurde nicht berücksichtigt.

b) In den Daten für die Vereinigten Staaten ist die tatsächliche Zahl der dort vorhandenen Geräte deutlich unterzeichnet, da sie sich auf die Zahl der Krankenhäuser beziehen, die laut eigenen Angaben über mindestens eines der fraglichen Geräte verfügen, und nicht auf die Gesamtzahl der Geräte in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z.B. Spezialkliniken).

c) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Länder, für die neuere Daten vorliegen (ab 1999).

d) In den Durchschnittswerten für die Mammographen sind Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, Japan, Kanada, Korea, Mexiko, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, die Schweiz, die Slowakische Republik und Spanien nicht berücksichtigt. In den Durchschnittswerten für die Strahlentherapiegeräte sind Belgien, Dänemark, Irland, Japan, Kanada, Luxemburg, Mexiko, die Niederlande, Norwegen, Polen, Schweden, die Slowakische Republik und das Vereinigte Königreich nicht berücksichtigt.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.10. **Arztkonsultationen, je Einwohner, 1980-2003**

	1980	1990	2000	2003
Australien	4.0	6.1	6.4	6.0
Belgien	7.1	7.7	7.9	7.8 (2002)
Dänemark ^a	5.0	5.7	6.9	7.3
Deutschland	..	5.3 (1991)	7.3	..
Finnland	3.2	3.9	4.3	4.2
Frankreich	4.2	5.9	6.9	6.9 (2002)
Griechenland	2.6	2.5	..	..
Irland	..	..	..	..
Island	..	5.1	5.5	5.6 (2001)
Italien ^b	..	6.8 (1991)	6.1	..
Japan	..	13.8	14.4	14.1 (2002)
Kanada	5.6	6.7	6.3	6.2 (2001)
Korea	..	..	..	10.6 (2002)
Luxemburg	..	..	6.1	6.3
Mexiko	1.3	1.7	2.5	2.5
Neuseeland ^b	3.7	..	..	3.2
Niederlande ^{b,c}	4.9	5.5	5.9	5.6 (2002)
Norwegen	..	..	..	..
Österreich	5.4	5.9	6.7	6.7
Polen	6.5	5.8	5.4	6.1
Portugal ^d	3.7	3.0	3.5	3.7
Schweden	2.6	2.8	2.8	2.9 (2001)
Schweiz ^b	..	..	..	3.4 (2002)
Slowak. Rep.	..	..	15.0	12.4
Spanien ^b	..	..	..	9.5
Tschech. Rep.	12.4	11.8	12.6	13.0
Türkei ^d	1.2	..	2.5	2.6 (2001)
Ungarn	..	..	11.1	12.2
Ver. Königreich ^e	5.2	6.1	5.4	5.2
Ver. Staaten ^a	..	..	8.9	8.9
Letzter Durchschnitt^f	..	..	..	6.9
Konsistenter Durchschnitt (14)^g	5.1	5.6	6.0	6.0
Mittelwert	4.2	5.8	6.3	6.2

a) Die Zahlen für Dänemark und die Vereinigten Staaten beziehen sich auch auf telefonische Konsultationen, sie beschränken sich somit nicht auf die Arztbesuche.

b) Die Daten für Italien, die Niederlande, Neuseeland (2003 Schätzung), Spanien und die Schweiz stammen aus Gesundheitsumfragen.

c) In den Niederlanden sind Konsultationen im Zusammenhang mit der Mutter-Kind-Versorgung nicht berücksichtigt.

d) In Portugal und der Türkei sind Konsultationen bei niedergelassenen Ärzten nicht berücksichtigt.

e) Im Vereinigten Königreich sind Konsultationen mit freien Ärzten und Fachärzten außerhalb der ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser nicht berücksichtigt.

f) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Länder, für die neuere Daten vorliegen (d.h. ab 2000).

g) Die Durchschnittswerte enthalten: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Kanada, Mexiko, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Tschechische Republik und Vereinigtes Königreich.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.11. **Impfschutz, Prozentsatz der gegen DTP und Masern geimpften Kinder, 1980-2003**

	DTP				Masern			
	1980	1990	2000	2003	1980	1990	2000	2003
Australien	75 (1983)	71 (1989)	90	92	68 (1983)	84 (1989)	91	94
Belgien	95 (1981)	94 (1989)	97 (1999)	..	..	85	82	75
Dänemark	85	95	97	96	..	84	99	96
Deutschland	..	..	98	98	..	..	91	93
Finnland	92 (1981)	94	95	96 (2002)	70 (1981)	87	96	97 (2002)
Frankreich	79 (1981)	95	98	97	..	71	84	87
Griechenland	..	85 (1991)	88	88	..	76	88	88
Irland	..	65	86	85	..	78	77	78
Island	99	99	98	97	..	95	91	93
Italien	..	83	87	96	..	43	73	83
Japan	63	87	95	100	54	66	98	100
Kanada	..	85 (1993)	84 (1998)	..	..	85 (1988)	96 (1998)	95 (2002)
Korea	..	91 (1988)	97	97	..	85 (1988)	90 (1999)	..
Luxemburg	75 (1983)	90	98 (1996)	100 (2002)	..	80	91 (1996)	95 (2002)
Mexiko	44	53	97	98	..	75	96	96
Neuseeland	..	81 (1992)	89	..	..	82 (1992)	85	..
Niederlande	95	97	97	98 (2002)	91	94	96	96
Norwegen	90 (1983)	86	95	90	80 (1983)	87	92	84
Österreich	90 (1981)	90	81	84	..	60	75	79
Polen	96	96	98	99	93 (1981)	95	97	97
Portugal	73	89	96	99	54	85	87	96
Schweden	99	99	98	98	93 (1983)	96	94 (2001)	94
Schweiz	..	95	94	95	..	80	82	82
Slowak. Rep.	99	99	98	99	99	99	99	99
Spanien	..	93	95	98 (2002)	..	97	94	97
Tschech. Rep.	97	99	98	97	98	98	97	99
Türkei	42	74	80	68	..	68	86	75
Ungarn	99	100	100	100	99	99	100	100
Ver. Königreich	57	81	92	91	53	87	88	82
Ver. Staaten	66 (1983)	72 (1993)	82	85	..	82 (1991)	91	93
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	94	..	..	..	91
Konsistenter Durchschnitt (25)^b	..	87	93	94	..	83	90	91
Mittelwert	90	90	96	97	86	85	91	94

a) Durchschnitt des letzten verfügbaren Jahres für die 30 OECD-Länder.

b) Ohne Belgien, Deutschland, Kanada, Korea und Neuseeland.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.12. Grippeimpfenschutz in der Altersgruppe ab 65 Jahre, 1993-2003

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Australien	69.0	74.0	78.0	76.9	76.9
Belgien	48.2	..	..	..	58.0	..	..
Dänemark	29.8	44.9
Deutschland	36.0	44.6	..	55.8	..	48.0
Finnland	25.0	43.0	46.0
Frankreich	65.0	60.0	59.0	56.0	55.0	61.0	58.0	65.0	65.0	67.0	..
Griechenland
Irland
Island
Italien	40.7	50.7	55.2	60.3	63.4
Japan	28.0	35.0	43.0
Kanada	47.9	..	..	..	63.0	..	..	62.4
Korea
Luxemburg	42.8	46.0	49.1
Mexiko
Neuseeland	62.0	51.0
Niederlande	37.0	39.0	42.0	54.0	67.0	72.0	72.0	76.0	77.0	..	79.2
Norwegen
Österreich	23.7	..	..	..	..
Polen
Portugal
Schweden
Schweiz	41.0	46.0	51.0	54.0	55.0	58.0
Slowak. Rep.	20.5	31.5	..	37.5
Spanien	51.3	..	51.1	..	51.3	..	..	..	56.1	..	..
Tschech. Rep.	16.5	..
Türkei
Ungarn	36.8	38.9
Ver. Königreich	65.0	68.0	69.0	71.0
Ver. Staaten	52.3	55.6	58.8	..	63.2	63.3	65.7	64.4	63.1	65.7	65.5

Anmerkung: In den meisten Ländern stammen die Daten aus Umfragen, weshalb ihre Qualität durch unrichtige Erinnerungen beeinträchtigt sein kann. In einigen Ländern ist es zudem möglich, dass die in Heimen lebende Altenpopulation in den Umfragedaten nicht berücksichtigt ist. In manchen Ländern (z.B. Dänemark, Italien, Neuseeland, Ungarn und Vereinigtes Königreich) stammen die Daten aus administrativen Quellen, in denen u.U. nur Impfungen erfasst sind, deren Bezahlung über das jeweilige System abgewickelt wurde. Es ist nicht bekannt, in welchem Umfang der Einsatz von Verwaltungsdaten in einigen Ländern zu einer Verzerrung der angegebenen Durchimpfungsraten nach unten (oder oben) im Vergleich zu Ländern führt, die mit Umfragedaten arbeiten.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.13. Krankenhausfälle insgesamt, je 100 000 Einwohner, 1990-2003

	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Australien	..	16 482	15 812	15 707	15 663	..
Belgien	..	15 884	15 431	16 202	15 994	..
Dänemark	..	18 093	18 812	18 942	19 578	19 741
Deutschland	..	18 159	19 961	20 060	20 164	..
Finnland ^b	21 743	24 567	25 659	25 129	25 165	24 981
Frankreich ^a	..	23 370 (1993)	25 130	25 192	25 110	..
Griechenland	12 603	14 078	16 095	..	..	..
Irland	..	11 460	12 717	12 916	12 310	12 405
Island	17 639	18 111	18 163	17 798	18 125	..
Italien	..	15 352 (1996)	15 698	15 423	14 892	14 053
Japan	..	10 010 (1996)	10 435 (1999)	..	10 199	..
Kanada	12 898	11 028	9 411	9 083	8 828	..
Korea	6 536	7 710 (1994)	9 596 (1999)	..	11 067	..
Luxemburg	..	..	18 293	17 949	17 627	17 517
Mexiko ^c	3 681 (1991)	3 897	4 056	4 076	4 126	4 197
Neuseeland ^a	14 716	17 362	20 065	21 115	20 761	20 387
Niederlande	10 212	10 230	9 266	9 125	9 388	9 706
Norwegen	..	14 544	15 408	15 984	16 263	17 092
Österreich ^a	22 823	24 253	28 798	29 165	30 204	..
Polen	12 597	13 887	13 138 (1999)	..	..	..
Portugal	..	8 598	7 365	7 398	7 797	7 818
Schweden	17 884	17 458	16 458	16 255	16 009	..
Schweiz	..	..	..	..	15 421	15 487
Slowak. Rep.	15 279	19 188	19 738	20 231	19 337	18 790
Spanien	9 502	10 664	11 210	10 883	10 893	..
Tschech. Rep. ^a	17 367 (1992)	20 740	21 203	21 218	21 861	22 759
Türkei	5 677	6 094	7 416	7 669	7 908	8 100
Ungarn ^a	..	..	24 071	23 553	25 297	25 745
Ver. Königreich	17 237	20 765	22 946	22 962	23 215	23 659
Ver. Staaten ^a	12 334	11 538	11 236	11 452	11 712	..
Letzter Durchschnitt^d	..	..	..	..	16 138	..
Konsistenter Durchschnitt (23)^e	..	15 558	16 172	16 260	16 318	..
Mittelwert	..	15 352	15 812	16 255	16 002	..

a) Frankreich, Neuseeland, Österreich, die Tschechische Republik, Ungarn und die Vereinigten Staaten rechnen die Tagesfälle mit, die in anderen Ländern nicht berücksichtigt werden.

b) Finnland rechnet Überweisungen zwischen verschiedenen Krankenhausabteilungen mit, während dies in anderen Ländern nicht geschieht.

c) Die Daten für Mexiko beschränken sich auf öffentliche Krankenhäuser.

d) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Länder, für die neuere Daten vorliegen (d.h. ab 2000).

e) Ohne Griechenland, Japan, Korea, Luxemburg, Polen, Schweiz und Ungarn.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.14. **Krankenhausfälle mit bestimmten Ursachen, je 100 000 Einwohner, 1990-2002**

	Herz-Kreislauf		Atmungsorgane		Verdauungsorgane	
	1990	2002	1990	2002	1990	2002
Australien	..	1 714	..	1 409	..	1 487
Belgien	..	2 296	..	1 354	..	1 738
Dänemark	..	2 573	..	1 607	..	1 590
Deutschland	..	3 300	..	1 258	..	2 079
Finnland ^b	3 293	3 645	2 094	2 156	1 553	1 810
Frankreich ^a	..	2 264	..	1 262	..	2 979
Griechenland	1 594	2 316 (2000)	1 052	1 363 (2 000)	1 444	1 739 (2000)
Irland	..	1 432	..	1 348	..	1 283
Island	..	1 867	..	1 395	..	1 428
Italien	..	2 529	..	1 177	..	1 633
Japan	..	1 280	..	932	..	1 044
Kanada	1 544	1 331	1 288	760	1 479	961
Korea	330	902	525	870	872	1 040
Luxemburg	..	2 450	..	1 514	..	1 688
Mexiko ^c	131 (1991)	205	208 (1991)	259	294 (1991)	433
Neuseeland ^a	1 383	1 810	1 182	1 546	1 071	1 674
Niederlande	1 420	1 416	686	627	854	846
Norwegen	1 924	2 379	924	1 370	962	1 156
Österreich ^a	3 220	3 985	1 696	1 895	2 164	2 653
Polen	1 816	..	1 169	..	1 286	..
Portugal	..	1 165	..	815	..	1 005
Schweden	2 796	2 692	1 274	1 011	1 359	1 240
Schweiz	..	1 709	..	835	..	1 230
Slowak. Rep.	1 953	2 882	1 589	1 429	1 844	2 081
Spanien	783	1 410	701	1 065	971	1 278
Tschech. Rep. ^a	2 474 (1992)	3 494	1 515 (1992)	1 424	1 794 (1992)	2 115
Türkei	573	1 101	558	967	604	768
Ungarn ^a	..	4 590	..	1 872	..	1 875
Ver. Königreich	1 444	1 978	1 066	1 367	1 504	2 345
Ver. Staaten ^a	2 067	2 213	1 188	1 230	1 298	1 153
Letzter Durchschnitt^d	..	2 170	..	1 245	..	1 529
Konsistenter						
Durchschnitt (16)^e	1 683	2 110	1 097	1 209	1 254	1 456
Mittelwert	1 594	2 213	1 169	1 348	1 298	1 487

a) Frankreich, Neuseeland, Österreich, die Tschechische Republik, Ungarn und die Vereinigten Staaten rechnen die Tagesfälle mit, die in anderen Ländern nicht berücksichtigt werden.

b) Finnland rechnet Überweisungen zwischen verschiedenen Krankenhausabteilungen mit, während dies in anderen Ländern nicht geschieht.

c) Die Daten für Mexiko beschränken sich auf öffentliche Krankenhäuser.

d) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Länder, für die neuere Daten vorliegen (d.h. ab 2000).

e) Ohne Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Island, Irland, Italien, Japan, Luxemburg, Polen, Portugal, Schweiz und Ungarn.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.15. Durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung, alle Pathologien zusammengenommen, in Tagen, 1990-2003

	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Australien	7.2 (1989)	6.5	6.1	6.2	6.2	..
Belgien	9.8 (1993)	9.4	7.9	7.8	7.7	..
Dänemark	4.1 (1994)	4.1	3.8	3.8	3.7	3.6
Deutschland	13.2 (1992)	11.4	9.7	9.4	9.2	8.9
Finnland	7.0	5.5	4.4	4.4	4.3	4.3
Frankreich ^a	7.0	6.2	5.6	5.7	5.7	5.6
Griechenland	7.5	6.4	6.2	..	..	..
Irland	6.7	6.6	6.4	6.4	6.5	6.5
Island	7.0	5.9	6.1	5.7	5.2	..
Italien	9.5 (1991)	8.4	7.0	6.9	6.8	..
Japan	..	33.2	24.8	23.5	22.2	20.7
Kanada ^b	7.4 (1994)	7.2	7.2	7.3	7.4	..
Korea	12.0	11.0	11.0	11.0	11.0	10.6
Luxemburg	11.0	9.8	7.7	7.6	7.6	7.4
Mexiko ^c	4.2 (1993)	4.0	4.0	4.0	4.0	3.9
Niederlande	11.2	9.9	9.0	8.6	..	..
Norwegen	7.8	6.5	6.0	5.8	5.7	5.4
Österreich ^a	9.3	7.9	6.3	6.1	5.9	5.8
Polen	12.5	10.8	8.9	8.4	7.9	..
Portugal	8.4	7.9	7.7	7.3	..	..
Schweden	6.5	5.2	5.0	5.0	4.8	..
Schweiz	13.4	12.0	9.3	9.2	9.1	9.0
Slowak. Rep.	..	10.8 (1998)	8.8	8.5	8.1	7.9
Spanien	9.6	8.8	7.1	7.0	..	..
Tschech. Rep. ^a	12.0	10.2	8.7	8.5	8.3	8.3
Türkei	6.0	5.7	5.4	5.4	5.2	..
Ungarn ^a	9.9	9.2	7.1	7.0	6.9	6.7
Ver. Königreich	9.2	7.0	6.9	6.9	6.9	6.7
Ver. Staaten ^a	7.3	6.5	5.8	5.8	5.7	5.7
Letzter Durchschnitt^d	..	..	..	..	6.7	..
Konsistenter Durchschnitt (27)^e	8.8	7.8	6.9	6.8	6.7	..
Mittelwert	8.4	7.9	7.0	7.0	6.8	..

a) Frankreich, Österreich, die Tschechische Republik, Ungarn und die Vereinigten Staaten rechnen auch die Tagesfälle mit, die in den anderen Ländern nicht berücksichtigt werden.

b) Bruch in den Zeitreihen für Kanada im Jahr 1994. Vor 1994 bezogen sich die kanadischen Zahlen auf die durchschnittliche Verweildauer in den Kurzzeitabteilungen sämtlicher Krankenhäuser. Ab 1994 geben sie die durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern für den Kurzaufenthalt wieder, von denen viele auch über Betten für die Langzeitpflege verfügen.

c) Die Daten für Mexiko beschränken sich auf öffentliche Krankenhäuser.

d) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Länder, für die neuere Daten vorliegen (d.h. ab 2000).

e) Ohne Griechenland, Japan und Slowakische Republik. Bei der Berechnung des OECD-Durchschnitts für 2002 wurden für die Niederlande, Portugal und Spanien die Zahlen für 2001 verwendet.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.16. **Durchschnittliche Verweildauer bei bestimmten Pathologien, in Tagen, 1990-2002**

	Akuter Myokardinfarkt		Zerebrovaskuläre Krankheiten		Lungenentzündung/Grippe		Normale Entbindung	
	1990	2002	1990	2002	1990	2002	1990	2002
Australien	..	6.5	..	11.7	..	6.8	..	2.8
Belgien	..	9.2	..	14.3	..	11.7	..	5.1
Dänemark	8.0	5.7	..	12.0	9.3	6.8	3.8	3.0
Deutschland	..	10.3	..	14.3	..	11.8	..	4.4
Finnland	22.3	12.6	51.2	37.2	58.6	30.9	5.4	3.6
Frankreich	..	7.2	..	12.1	..	9.7	..	4.8
Griechenland	11.0	7.0 (2000)	14.0	12.0 (2000)	8.0	7.0 (2000)	5.0	4.0 (2000)
Irland	10.7	10.8	..	17.9	16.2	10.7	5.8	3.5 (2001)
Island	12.5	6.9	..	13.9	11.5	6.6	5.3	2.2
Italien	15.6	8.6	16.5 (1991)	9.6	15.9	10.1	5.8	3.7
Japan	..	..	..	..	..	..	..	..
Kanada	12.0	8.1	43.0	14.6	11.7	7.7	3.5	2.0
Korea	..	..	..	29.0	..	8.4	..	2.5
Luxemburg	..	8.1	..	14.8	..	10.6	..	4.2
Mexiko ^a	9.0 (1992)	7.5	..	7.5	6.9 (1991)	5.9	1.0 (1991)	1.3
Neuseeland	8.7	7.5	48.8	45.3	15.8	12.1	4.2	2.0
Niederlande	12.7	9.5	25.5 (1988)	17.2	15.4 (1988)	12.1	3.7	2.5
Norwegen	8.6	6.7	21.4	9.4	12.4	7.9	5.3	3.9
Österreich	18.9	12.5	21.9	17.2	14.7	14.9	7.2	5.5
Polen	19.1	..	19.3	..	18.1	..	..	..
Portugal	11.9	9.2	..	10.2	10.9 (1991)	10.3	3.5	3.7
Schweden	9.2 (1992)	6.1	25.6 (1992)	12.3	12.6 (1992)	6.6	4.4	2.6
Schweiz	15.1	9.6	..	22.7	15.5 (1991)	12.5	7.6	5.9
Slowak. Rep.	18.5	10.0	18.3	11.2	17.8	9.9	8.3	6.5
Spanien	12.9	10.0	19.7	12.0	12.7	10.0	4.1	3.0
Tschech. Rep.	16.8 (1992)	7.8	18.0 (1992)	14.1	14.3 (1992)	10.9	7.4 (1992)	5.6
Türkei	..	..	8.7	7.4	5.6	6.2	1.9	1.8
Ungarn	15.4 (1992)	9.3	..	11.5	18.2 (1992)	9.7	7.3 (1992)	6.4
Ver. Königreich	11.9	9.1	41.5	27.0	46.5	13.4	3.5	1.9
Ver. Staaten	8.4	5.6	9.5	5.3	8.2	5.7	2.0	1.9
Letzter Durchschnitt^b	..	8.5	..	15.8	..	10.2	..	3.6
Konsistenter Durchschnitt^c	12.9	8.6	25.6	16.8	16.3	10.4	4.8	3.5
Mittelwert	12.3	8.4	20.6	13.1	14.3	10.0	4.7	3.6

a) Die Daten für Mexiko beschränken sich auf öffentliche Krankenhäuser.

b) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Länder, für die neuere Daten vorliegen (d.h. ab 2000).

c) Bezieht sich auf die Länder, für die Daten aus 1990 und 2002 vorliegen.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.17. **Kardiovaskuläre Eingriffe, je 100 000 Einwohner, 1990-2003**

	Koronararterienbypass-Operationen (CABG)				Koronarangioplastien			
	1990	1995	2000	2003	1990	1995	2000	2003
Australien	61.1	94.9	89.4	82.0 (2002)	28.7	62.8	113.7	130.2 (2002)
Belgien	..	..	..	158.9	..	97.8	262.1	331.8 (2002)
Dänemark	20.1	41.5	66.2	60.0	17.5 (1992)	29.8	96.2	156.8
Deutschland	41.3	71.9	93.5	87.1	53.4	133.3	219.4	269.8
Finnland	38.4	84.9	80.0	76.3	13.1	35.3	51.7	69.3
Frankreich	..	36.0 (1993)	40.6	40.9 (2001)	..	34.8 (1993)	146.5	156.3 (2001)
Griechenland	18.8	59.6	..	..	6.6	30.3	49.7	62.7 (2 002)
Irland	..	25.8	44.0 (2001)	52.1	..	18.0	100.9	188.1
Island	54.2	72.9	60.8	53.9	51.4	127.1	160.7	214.5
Italien	..	33.8 (1996)	48.7	46.4	..	29.3 (1996)	88.1	92.2
Japan	..	..	..	..	..	..	..	..
Kanada	..	111.6	142.0	97.9 (2002)	..	73.8	172.0	139.9 (2002)
Korea	..	..	..	..	..	..	..	..
Luxemburg	..	..	40.8	75.1	..	..	125.6	182.7
Mexiko	..	0.4	1.3	2.1	..	0.3	0.9	1.4
Neuseeland	..	68.3 (1996)	103.3	96.7	..	54.2 (1996)	73.9	91.8
Niederlande	61.5	62.7	59.5	52.8	42.2 (1 992)	64.6	69.1	92.6
Norwegen	..	72.7 (1996)	76.1	85.3 (2002)	..	49.4 (1993)	117.2	187.9 (2002)
Österreich	..	56.0 (1997)	57.4	54.2 (2002)	..	122.7 (1997)	177.0	..
Polen	..	8.0 (1993)	..	..	4.4 (1 992)	4.8 (1 993)	..	..
Portugal	..	19.3	22.9	22.3	..	14.4	45.5	66.1
Schweden	50.6	71.7	72.8	74.2 (2002)	12.8	54.7	94.1	126.1 (2002)
Schweiz	..	..	..	35.9	45.7 (1992)	65.1 (1993)	..	78.8
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	..	..	..
Spanien	11.2	18.0	16.9	18.7 (2002)	12.7 (1991)	31.4	50.5	68.0 (2002)
Tschech. Rep.	6.2 (1991)	23.0	57.8	70.7 (2002)	5.8 (1992)	..	..	..
Türkei	..	..	..	..	..	..	..	..
Ungarn	..	..	91.4	125.3	1.6 (1992)	6.4 (1993)	46.5	189.3
Ver. Königreich	31.1	44.5	57.3	55.9	11.5	30.0	70.6	98.6
Ver. Staaten	157.1	215.2	183.8	160.7	114.2	162.7	363.2	426.3
Letzter Durchschnitt^a	..	..	..	70.2	..	..	..	149.9
Konsistenter								
Durchschnitt (10)^b	52.7	77.8	78.0	72.2	35.8	73.2	128.9	165.2
Mittelwert	39.9	57.8	60.2	65.4	13.1	42.4	96.2	130.2

Anmerkung: Die Daten beziehen sich nur auf die Zahl der stationär durchgeführten Eingriffe. Ambulante Koronarangioplastien sind nicht berücksichtigt (auf sie entfällt in vielen Ländern ein wachsender Teil der Gesamtaktivität).

a) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Länder, für die neuere Daten vorliegen (d.h. ab 2000).

b) Enthalten sind Australien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Island, die Niederlande, Schweden, Spanien, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.18. **Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 1990-2002**

	1990	1995	2000	2001	2002
Australien	17.5	19.2	23.1	25.1	26.5
Belgien	10.5	13.5	15.9 (1999)	..	..
Dänemark	12.4	12.5	14.5	16.1	17.6
Deutschland	15.7	17.2	20.9	22.0	23.7
Finnland	13.6	15.7	15.8	16.5	16.4
Frankreich	13.9	15.2 (1993)	17.1	17.8	..
Griechenland	..	..	..	..	..
Irland	10.5	13.4	21.4	23.4	..
Island	11.8	14.1	17.7	16.8	17.4
Italien	20.8	26.1	33.3	34.8	36.0
Japan	..	..	..	..	..
Kanada	..	17.5	20.9	22.2	23.4
Korea	..	..	..	39.6	39.2
Luxemburg	16.5	16.4	21.8	24.2	25.8
Mexiko	..	..	..	32.3	33.6
Neuseeland	12.1	15.1	20.2	21.2	22.2
Niederlande	7.4	9.7	11.9	13.6	13.5
Norwegen	12.8	12.6	13.7	15.6	16.1
Österreich	..	12.4	17.2	18.9	20.6
Polen	..	15.2	..	..	..
Portugal ^a	..	23.3	26.3	28.2	28.1
Schweden	10.8	12.0	15.2	16.5	16.4
Schweiz	18.6	..	..	..	24.2
Slowak. Rep.	8.7	11.5	14.7	16.6	17.8
Spanien	14.2	18.8	21.5	22.4	..
Tschech. Rep.	7.6	11.2	12.9	13.3	14.1
Türkei	..	..	..	..	..
Ungarn	..	13.6	20.1	21.9	23.5
Ver. Königreich	11.6	15.9	22.3	22.6	21.7
Ver. Staaten	22.7	20.8	22.9	24.4	26.1
Letzter Durchschnitt^b	..	..	..	..	22.7
Konsistenter Durchschnitt (18)^c	13.4	15.4	18.9	20.2	20.8
Mittelwert	12.6	15.2	20.1	22.0	22.8

a) In Portugal werden nur die Geburten in öffentlichen Krankenhäusern (in Festland-Portugal) berücksichtigt, was zu einer Überzeichnung der Kaiserschnittraten führt.

b) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf alle Länder, für die neuere Daten vorliegen (d.h. ab 2001).

c) Ohne Belgien, Griechenland, Japan, Kanada, Korea, Mexiko, Österreich, Polen, Portugal, Schweiz, Türkei und Ungarn. Bei der Berechnung des OECD-Durchschnitts für 2002 wurden für Frankreich, Irland und Spanien die Zahlen für 2001 verwendet.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.2.19. Zahl der Kataraktoperationen, stationär oder ambulant, je 100 000 Einwohner, 1997, 2000 und 2003

	1997			2000			2003		
	Stationär	Ambulant	Insgesamt	Stationär	Ambulant	Insgesamt	Stationär	Ambulant	Insgesamt
Australien	131.7	536.2	667.9 (1999)	113.4	598.9	712.3	83.9	713.7	797.6 (2002)
Belgien	408.7	742.6	1 151.3 (1999)	359.4	888.4	1 247.8	324.0	1 044.8	1 368.9 (2001)
Dänemark	114.7	248.8	363.5	84.3	342.5	426.8	29.3	468.6	497.9
Deutschland	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Finnland	243.5	346.0	589.5	117.7	521.3	638.9	43.1	715.0	758.1
Frankreich	507.0	118.4	625.3	498.5	231.1	729.6	484.0	270.5	754.5 (2001)
Griechenland	..	..	346.4	..	..	560.5	..	..	..
Irland	286.5	74.7	361.2	317.8	128.4	446.2	262.4	201.2	463.6
Island	54.4	204.7	259.1 (1998)	..	..	..	..	..	566.6 (2002)
Italien	394.5	41.1	435.7	417.7	251.6	669.3	198.8	558.1	756.9
Japan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Kanada	26.7	1 339.8	1 366.5 (1999)	22.3	1 414.4	1 436.6	15.6	1 357.4	1 373.0 (2001)
Korea	..	..	..	..	..	..	..	..	315.8 (2002)
Luxemburg	483.4	185.8	669.3 (1999)	505.8	209.9	715.8	512.9	261.1	774.1
Mexiko	5.7	28.1	33.8	7.1	30.3	37.3	15.2	33.3	48.4
Neuseeland	..	..	..	25.6	218.3	243.9	17.6	172.6	190.2
Niederlande	210.1	254.4	464.5	95.4	457.9	553.3	41.4	653.4	694.8
Norwegen	..	..	..	65.4	448.8	514.2	55.4	419.2	474.5 (2002)
Österreich	471.5	..	..	578.8	..	..	659.9	..	.. (2002)
Polen	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Portugal	..	..	114.5	132.4	13.2	145.6	149.5	115.7	265.2
Schweden	..	..	..	..	..	..	150.4	701.1	851.5 (2002)
Schweiz	..	..	..	..	..	..	197.0	321.9	518.9
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Spanien	199.7	..	..	228.8	..	..	129.3	..	.. (2002)
Tschech. Rep.	..	..	..	..	..	..	386.3	..	..
Türkei	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ungarn	..	..	669.5 (1999)	..	..	698.7	..	..	768.9
Ver. Königreich	138.7	263.3	401.9	94.9	445.0	540.0	58.2	583.1	641.3
Ver. Staaten	4.5	..	..	2.7	..	..	2.0	..	..

Anmerkung: Bei der Interpretation von Unterschieden im Ländervergleich ist Vorsicht geboten, da die Verbuchung der Kataraktoperationen und die Erfassung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nicht einheitlich sind.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.1. **Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf, US-\$ KKP, 1970-2003**

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003
Australien	188 (1969)	691	1 307	2 403	2 521	2 699	..
Belgien	149	637	1 345	2 279	2 424	2 607	2 827
Dänemark	395 (1971)	955	1 567	2 382	2 556	2 655	2 763
Deutschland ^a	270	965	1 748 (1992)	2 671	2 784	2 916	2 996
Finnland	192	592	1 422	1 718	1 857	2 013	2 118
Frankreich	210	711	1 568	2 456	2 617	2 762	2 903
Griechenland	160	487	840	1 617	1 756	1 854	2 011
Irland	117	518	793	1 804	2 089	2 386	2 451
Island	165	708	1 614	2 625	2 742	2 948	3 115
Italien	..	..	1 391	2 049	2 154	2 248	2 258
Japan	149	580	1 115	1 971	2 092	2 139	..
Kanada	294	783	1 737	2 502	2 709	2 843	3 001
Korea	..	164 (1983)	377	771	932	975	1 074
Luxemburg	163	643	1 547	2 985	3 264	3 729	3 705
Mexiko	..	..	293	499	545	559	583
Neuseeland	211	506	995	1 605	1 701	1 850	1 886
Niederlande	330 (1972)	757	1 438	2 259	2 520	2 775	2 976
Norwegen	142	667	1 396	3 083	3 287	3 616	3 807
Österreich	191	764	1 338	2 161	2 163	2 236	2 302
Polen	..	..	296	587	646	734	744
Portugal	51	295	670	1 594	1 693	1 758	1 797
Schweden	309	936	1 579	2 273	2 404	2 595	2 703
Schweiz	352	1 033	2 033	3 182	3 362	3 649	3 781
Slowak. Rep.	..	..	..	597	641	716	777
Spanien	96	365	875	1 525	1 618	1 728	1 835
Tschech. Rep.	..	..	555	962	1 063	1 187	1 298
Türkei	..	75	166	452	459	467	513
Ungarn	..	..	586 (1991)	857	975	1 115	1 269
Ver. Königreich	164	482	986	1 833	2 032	2 231	..
Ver. Staaten	347	1 055	2 738	4 539	4 888	5 287	5 635
Durchschnitt							
(ungewichtet) (29)^b			1 183	1 988	2 133	2 295	2 394
Durchschnitt							
(gewichtet) (29)^b			1 416	2 371	2 546	2 719	2 853

a) Die Daten vor 1990 beziehen sich auf Westdeutschland.

b) Ohne Slowakische Republik, da für dieses Land Ausgabendaten erst ab 1997 verfügbar sind. Der Durchschnitt für das Jahr 2003 enthält für Australien, Japan und das Vereinigte Königreich Daten von 2002.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.2. Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf, US-\$ KKP, 1970-2003

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003
Australien	107 (1969)	435	877	1 646	1 709	1 821	..
Belgien ^a	..	..	1 158	1 620	1 758	1 839	2 009
Dänemark	330 (1971)	838	1 296	1 963	2 113	2 202	2 292
Deutschland ^b	197	760	1 593 (1992)	2 098	2 182	2 291	2 343
Finnland	141	468	1 151	1 290	1 409	1 536	1 622
Frankreich	159	569	1 201	1 862	1 987	2 101	2 214
Griechenland	68	271	451	850	952	956	1 032
Irland	96	422	570	1 321	1 579	1 793	1 911
Island	109	625	1 398	2 168	2 268	2 454	2 602
Italien	..	..	1 100	1 507	1 632	1 696	1 697
Japan	104	413	865	1 602	1 708	1 743	..
Kanada	206	592	1 295	1 760	1 900	1 982	2 098
Korea	..	55 (1983)	139	356	484	490	531
Luxemburg	145	597	1 440	2 665	2 868	3 367	3 329
Mexiko	..	..	119	232	244	251	270
Neuseeland	169	446	820	1 252	1 300	1 441	1 484
Niederlande	199 (1972)	525	965	1 425	1 583	1 733	1 856
Norwegen	130	568	1 156	2 543	2 747	3 019	3 188
Österreich	121	526	984	1 473	1 448	1 517	1 557
Polen	..	..	271	411	465	522	520
Portugal	30	190	439	1 107	1 195	1 240	1 253
Schweden	266	866	1 418	1 929	2 040	2 208	2 304
Schweiz	..	..	1 065	1 770	1 920	2 113	2 213
Slowak. Rep.	..	..	..	533	573	638	687
Spanien	63	292	689	1 092	1 152	1 232	1 306
Tschech. Rep.	..	..	541	879	971	1 082	1 170
Türkei	..	22	101	284	313	324	364
Ungarn	..	..	523 (1991)	606	673	783	919
Ver. Königreich	142	430	824	1 482	1 686	1 860	..
Ver. Staaten	126	438	1 085	2 008	2 190	2 375	2 503
Durchschnitt (ungewichtet) (28)^c			871	1 414	1 526	1 648	1 714
Durchschnitt (gewichtet) (28)^c			822	1 409	1 524	1 623	1 685

a) Die Daten für Belgien beziehen sich auf die laufenden und nicht auf die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben.

b) Die Daten vor 1990 beziehen sich auf Westdeutschland.

c) Ohne Belgien und Slowakische Republik. Der Durchschnitt für das Jahr 2003 enthält für Australien, Japan und das Vereinigte Königreich Daten von 2002.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.3. Reales Wachstum der Gesamtgesundheitsausgaben im Vergleich zum BIP-Wachstum, 1980-2003

	1980-2003		1992-1997		1997-2003		2003 reale Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben 1992=100
	BIP	Gesamtgesundheitsausgaben	BIP	Gesamtgesundheitsausgaben	BIP	Gesamtgesundheitsausgaben	
Australien ^a	2.0	3.3	2.9	3.9	2.4	4.3	150
Belgien	1.7	3.5	1.6	2.6	1.7	4.0	144
Dänemark	1.6	1.5	2.3	1.7	1.5	3.0	130
Deutschland	0.9	2.0	0.7	2.2	1.2	1.7	124
Finnland	2.0	2.7	2.8	-1.6	2.9	3.3	112
Frankreich	1.6	3.2	0.8	1.5	1.9	3.3	131
Griechenland	1.3	3.1	0.9	4.6	3.6	4.4	162
Irland	4.7	4.1	6.7	4.8	6.1	8.5	207
Island	1.5	3.9	2.2	2.1	2.4	6.5	162
Italien	..	..	1.4	0.0	1.3	2.9	119
Japan ^a	2.1	2.9	1.4	3.6	0.2	2.8	137
Kanada	1.6	3.1	2.0	-0.3	2.7	4.5	128
Korea ^b	5.8	7.3	5.8	5.5	3.3	7.8	204
Luxemburg	3.9	4.5	2.8	2.0	3.8	6.5	161
Mexiko	..	..	0.6	-0.6	1.5	4.2	124
Neuseeland	1.5	2.9	2.7	2.4	2.3	3.8	140
Niederlande	1.7	2.9	2.1	1.5	1.5	4.7	141
Norwegen	2.5	4.2	4.0	4.7	1.4	4.8	167
Österreich	1.9	2.0	1.5	1.7	1.8	2.1	123
Polen	..	..	5.6	3.9	3.4	5.5	167
Portugal	2.4	4.8	1.9	5.9	1.5	3.7	165
Schweden	1.7	1.8	1.6	1.3	2.6	4.9	142
Schweiz	0.8	2.7	0.1	1.8	0.9	3.0	131
Slowak. Rep.	..	..	..	..	3.4	3.7	..
Spanien	2.3	3.8	1.9	2.6	2.4	2.9	135
Tschech. Rep.	..	..	2.3	7.9	2.1	4.2	188
Türkei	..	..	2.9	5.1	0.1	10.0	226
Ungarn	..	..	2.1	0.1	4.4	7.7	156
Ver. Königreich ^a	2.2	3.7	2.8	2.6	2.7	5.2	146
Ver. Staaten	2.0	4.4	2.3	2.4	1.9	4.3	145
Durchschnitt (29)^c	..	..	2.4	2.6	2.3	4.6	151
Durchschnitt (23)^d	2.2	3.4	2.3	2.6	2.3	4.3	147

a) Wachstumsraten nur bis 2002.

b) Wachstumsraten erst ab 1983.

c) Ohne Slowakische Republik.

d) Ohne Italien, Mexiko, Polen, Slowakische Republik, Tschechische Republik, Türkei und Ungarn.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.4. Reales Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Vergleich zum BIP-Wachstum, 1980-2003

	1980-2003		1992-1997		1997-2003		2003 reale Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben 1992=100
	BIP	Öffentl. Gesundheitsausgaben	BIP	Öffentl. Gesundheitsausgaben	BIP	Öffentl. Gesundheitsausgaben	
Australien ^a	2.0	3.7	2.9	4.3	2.4	4.3	152
Belgien ^b	..	..	1.6	1.8	1.7	3.9	138
Dänemark	1.6	1.3	2.3	1.5	1.5	3.2	130
Deutschland	0.9	2.0	0.7	1.8	1.2	1.5	120
Finnland	2.0	2.5	2.8	-2.5	2.9	3.4	108
Frankreich	1.6	2.9	0.8	1.4	1.9	3.3	130
Griechenland	1.3	2.7	0.9	3.9	3.6	3.9	152
Irland	4.7	3.9	6.7	5.7	6.1	9.3	226
Island	1.5	3.6	2.2	1.4	2.4	6.8	159
Italien	..	..	1.4	-1.2	1.3	3.6	116
Japan ^b	2.1	3.6	1.4	4.5	0.2	2.8	143
Kanada	1.6	2.7	2.0	-1.4	2.7	4.5	121
Korea ^c	5.8	9.5	5.8	8.9	3.3	11.4	292
Luxemburg	3.9	4.4	2.8	1.9	3.8	5.9	156
Mexiko	..	..	0.6	0.2	1.5	4.8	134
Neuseeland	1.5	2.4	2.7	1.9	2.3	4.1	140
Niederlande	1.7	2.4	2.1	0.1	1.5	3.2	121
Norwegen	2.5	4.1	4.0	3.9	1.4	5.3	165
Österreich	1.9	1.9	1.5	0.0	1.8	2.1	113
Polen	..	..	5.6	2.7	3.4	4.9	153
Portugal	2.4	5.2	1.9	8.0	1.5	4.7	193
Schweden	1.7	1.5	1.6	0.9	2.6	4.7	138
Schweiz	0.8	..	0.1	2.3	0.9	4.0	142
Slowak. Rep.	..	..	..	..	3.4	3.1	..
Spanien	2.3	3.3	1.9	1.2	2.4	2.6	124
Tschech. Rep.	..	..	2.3	7.0	2.1	3.9	177
Türkei	..	..	2.9	6.5	0.1	9.8	237
Ungarn	..	..	2.1	-1.5	4.4	5.6	129
Ver. Königreich ^a	2.2	3.4	2.8	1.5	2.7	6.0	144
Ver. Staaten	2.0	4.8	2.3	3.7	1.9	4.0	152
Durchschnitt (29)^d	..	..	2.4	2.4	2.3	4.7	152
Durchschnitt (22)^e	2.2	3.4	2.4	2.5	2.3	4.6	151

a) Wachstumsraten nur bis 2002.

b) Die Daten für Belgien beziehen sich auf die laufenden und nicht auf die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben.

c) Wachstumsraten erst ab 1983.

d) Ohne Slowakische Republik.

e) Ohne Belgien, Italien, Mexiko, Polen, Slowakische Republik, Tschechische Republik, Türkei und Ungarn.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.5. Jährliche Zuwachsrate der Pro-Kopf-Gesamtgesundheitsausgaben, in realer Rechnung, 1992-2003

	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03
Australien	3.4	3.7	3.7	4.7	4.1	5.5	4.0	4.3	3.4	4.5	..
Belgien	0.2	0.2	8.9	2.7	1.1	3.0	4.8	4.6	1.9	3.8	6.0
Dänemark	3.3	2.4	-1.7	2.9	1.8	4.1	3.9	0.7	4.4	3.1	1.9
Deutschland	-1.3	4.4	5.3	3.4	-0.4	1.3	2.2	2.4	2.3	1.4	0.9
Finnland	-10.1	-3.9	0.1	5.5	1.0	-0.7	3.4	1.4	4.7	5.9	5.3
Frankreich	3.1	1.0	2.8	0.7	0.0	2.2	2.8	3.7	3.0	3.2	4.6
Griechenland	9.1	10.7	0.9	1.2	1.6	1.9	6.0	7.2	6.4	-0.9	6.0
Irland	1.0	5.7	6.1	4.4	7.0	3.5	11.2	9.8	13.3	11.2	2.6
Island	1.1	0.8	1.4	4.2	3.0	9.3	11.3	2.9	1.5	6.0	8.3
Italien	-3.9	-1.7	-2.0	2.7	5.3	1.8	2.5	7.6	3.8	2.1	-0.3
Japan	4.3	4.9	3.1	5.2	0.8	2.0	3.4	4.9	3.6	0.0	..
Kanada	0.0	-0.2	-2.0	-1.8	2.4	6.3	2.9	3.7	5.8	4.9	3.6
Korea	0.9	5.1	8.4	10.3	2.9	-3.6	16.6	4.8	18.1	4.0	8.2
Luxemburg	4.1	-0.2	4.7	2.7	-1.1	3.3	13.4	5.2	8.3	11.1	-1.8
Mexiko	3.8	2.7	-10.1	-6.0	7.9	5.4	6.7	4.5	6.6	-0.2	2.4
Neuseeland	0.5	4.0	2.9	1.2	3.2	5.7	3.0	2.8	3.9	7.7	-0.2
Niederlande	1.7	0.4	2.6	1.6	1.1	4.9	4.6	1.7	5.4	7.1	4.5
Norwegen	0.3	3.1	4.2	4.0	12.4	12.4	2.1	-7.6	6.7	12.1	4.2
Österreich	5.0	2.2	11.0	3.1	-11.4	6.4	3.1	1.8	-1.0	1.1	1.4
Polen	-0.8	-1.3	7.1	13.2	2.1	10.1	1.1	1.4	7.4	10.8	2.3
Portugal	2.2	1.2	16.1	6.4	4.0	3.6	7.1	8.2	3.0	-0.5	0.8
Schweden	0.4	-1.4	2.9	4.0	0.4	5.1	5.8	4.2	5.1	6.4	2.7
Schweiz	-0.2	1.0	2.1	4.4	1.9	4.2	2.1	2.9	5.0	1.5	2.5
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	1.8	2.5	-2.1	4.6	6.8	9.0
Spanien	3.1	0.5	5.0	2.4	1.9	4.0	4.1	2.7	2.9	1.2	2.3
Tschech. Rep.	32.1	4.3	5.8	1.2	-0.7	-1.3	0.9	3.8	7.1	6.3	9.1
Türkei	4.2	-9.5	-1.8	21.6	14.1	16.1	24.8	8.6	2.8	1.8	7.5
Ungarn	-0.1	10.5	-7.9	-2.2	1.2	10.6	5.0	2.3	7.5	9.4	11.4
Ver. Königreich	2.4	5.1	1.8	3.1	0.4	3.4	6.5	5.1	6.9	4.1	..
Ver. Staaten	3.7	2.1	2.3	1.9	2.2	2.8	3.3	3.4	5.2	6.4	4.7
Durchschnitt(29)^a	2.5	2.0	2.9	3.7	2.4	4.6	5.8	3.8	5.3	4.7	3.8

a) Ohne Slowakische Republik. Der Durchschnitt für 2003 enthält für Australien, Japan und das Vereinigte Königreich Daten von 2002.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.6. Jährliche Zuwachsrate der öffentlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, in realer Rechnung, 1992-2003

	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03
Australien	2.5	3.7	5.0	3.9	6.7	5.4	6.6	3.1	2.3	4.1	..
Belgien ^a	-0.7	-0.7	7.2	6.2	-2.6	2.7	4.3	4.7	4.0	0.9	6.8
Dänemark	2.6	1.8	-1.4	2.7	1.6	3.8	4.1	1.0	4.7	3.5	1.9
Deutschland	-2.2	4.4	5.6	3.4	-2.2	0.5	2.2	2.5	2.1	1.6	0.4
Finnland	-14.1	-4.7	0.3	5.8	1.3	-0.5	2.0	1.1	5.7	6.5	5.6
Frankreich	3.0	0.3	3.4	0.4	0.1	1.9	2.8	3.4	3.1	3.4	4.9
Griechenland	8.8	1.9	4.6	3.0	1.4	0.4	8.8	5.5	9.7	-5.7	5.4
Irland	3.6	3.7	5.7	4.1	11.8	6.2	5.8	10.5	16.9	10.6	6.5
Island	-0.7	1.1	1.8	3.4	1.5	9.2	13.6	1.6	1.6	6.7	8.7
Italien	-4.3	-4.1	-5.3	2.2	5.9	1.4	3.0	9.9	7.0	1.6	-0.7
Japan	5.7	4.1	8.9	4.9	-0.7	1.1	3.8	5.1	4.1	-0.2	..
Kanada	-1.9	-1.1	-2.9	-2.5	1.3	6.9	2.5	3.8	5.4	4.2	4.0
Korea	3.7	1.9	11.2	19.1	9.5	5.5	16.8	8.9	32.8	0.8	6.2
Luxemburg	4.2	-1.5	5.5	3.1	-1.4	3.2	10.1	4.6	6.6	14.2	-2.2
Mexiko	4.1	7.0	-15.9	-7.6	16.5	8.5	10.8	1.8	2.7	0.0	5.7
Neuseeland	-2.5	5.2	2.5	0.5	4.0	5.3	3.6	3.5	1.8	9.7	0.8
Niederlande	2.9	-0.6	0.0	-5.3	3.6	-0.7	2.2	2.3	4.9	6.5	4.3
Norwegen	0.1	3.2	3.7	3.9	8.6	13.6	2.6	-7.6	8.1	12.0	4.5
Österreich	6.0	2.5	4.0	2.1	-13.2	5.8	3.7	2.4	-2.7	2.4	1.1
Polen	-4.2	-2.6	7.3	14.0	0.1	0.0	10.0	-0.1	10.3	9.6	0.5
Portugal	8.2	1.7	14.7	10.9	4.7	5.9	7.8	11.3	4.7	-0.5	-0.3
Schweden	0.6	-1.8	2.5	4.4	-0.8	5.0	5.8	3.1	5.0	6.7	2.8
Schweiz	0.8	0.8	1.3	6.2	2.8	3.6	2.9	3.4	7.8	2.9	3.6
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	1.6	0.4	-2.4	4.5	6.6	8.0
Spanien	2.1	-0.9	0.3	2.7	2.0	3.6	3.8	2.1	2.3	1.4	2.1
Tschech. Rep.	31.2	3.2	4.4	1.1	-1.6	-1.1	0.5	3.7	7.1	6.0	7.9
Türkei	3.3	-6.1	0.3	19.6	18.1	16.6	6.0	11.8	11.4	3.6	9.8
Ungarn	-0.8	10.4	-11.5	-5.0	0.8	1.8	1.7	0.0	4.8	11.4	14.8
Ver. Königreich	3.1	3.6	1.8	2.0	-2.7	3.4	6.8	5.5	9.7	4.6	..
Ver. Staaten	5.3	6.1	3.5	2.6	1.2	0.8	2.8	3.7	6.5	6.7	3.5
Durchschnitt(29)^b	2.4	1.5	2.4	3.9	2.7	4.1	5.4	3.9	6.6	4.7	4.0

a) Die Daten für Belgien beziehen sich auf die laufenden und nicht auf die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben.

b) Ohne Slowakische Republik. Der Durchschnitt für das Jahr 2003 enthält für Australien, Japan und das Vereinigte Königreich Daten von 2002.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.7. Gesamtgesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt, 1970-2003

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003
Australien	4.6 (1969)	7.0	7.8	9.0	9.1	9.3	..
Belgien	4.0	6.4	7.4	8.7	8.8	9.1	9.6
Dänemark	8.0 (1971)	9.1	8.5	8.4	8.6	8.8	9.0
Deutschland ^a	6.2	8.7	8.5 (1992)	10.6	10.8	10.9	11.1
Finnland	5.6	6.4	7.8	6.7	6.9	7.2	7.4
Frankreich	5.4	7.1	8.6	9.3	9.4	9.7	10.1
Griechenland	6.1	6.6	7.4	9.9	10.2	9.8	9.9
Irland	5.1	8.4	6.1	6.3	6.9	7.3	7.4
Island	4.7	6.2	8.0	9.3	9.3	10.0	10.5
Italien	..	..	7.9	8.1	8.2	8.4	8.4
Japan	4.5	6.5	5.9	7.6	7.8	7.9	..
Kanada	7.0	7.1	9.0	8.9	9.4	9.6	9.9
Korea	..	4.2 (1983)	4.5	4.7	5.4	5.3	5.6
Luxemburg	3.6	5.9	6.1	6.0	6.5	7.2	6.9
Mexiko	..	..	4.8	5.6	6.0	6.0	6.2
Neuseeland	5.1	5.9	6.9	7.8	7.9	8.2	8.1
Niederlande	6.9 (1972)	7.5	8.0	8.3	8.7	9.3	9.8
Norwegen	4.4	7.0	7.7	8.5	8.9	9.9	10.3
Österreich	5.1	7.4	7.0	7.5	7.4	7.5	7.5
Polen	..	..	4.9	5.7	6.0	6.6	6.5
Portugal	2.6	5.6	6.2	9.2	9.4	9.3	9.6
Schweden	6.9	9.1	8.4	8.4	8.8	9.2	9.4
Schweiz	5.5	7.4	8.3	10.4	10.9	11.1	11.5
Slowak. Rep.	..	..	..	5.5	5.6	5.7	5.9
Spanien	3.6	5.4	6.7	7.4	7.5	7.6	7.7
Tschech. Rep.	..	..	4.7	6.6	6.9	7.2	7.5
Türkei	..	3.3	3.6	6.6	7.5	7.2	7.4
Ungarn	..	..	7.1 (1991)	7.1	7.4	7.8	8.4
Ver. Königreich	4.5	5.6	6.0	7.3	7.5	7.7	..
Ver. Staaten	6.9	8.7	11.9	13.1	13.8	14.6	15.0
Durchschnitt (ungewichtet) (29)^b			7.1	8.0	8.3	8.6	8.8
Durchschnitt (gewichtet) (29)^b			8.6	9.9	10.3	10.6	10.9

a) Die Daten vor 1990 beziehen sich auf Westdeutschland.

b) Ohne Slowakische Republik, da für dieses Land Daten erst ab 1997 verfügbar sind. Der Durchschnitt für das Jahr 2003 enthält für Australien, Japan und das Vereinigte Königreich Daten von 2002.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.8. Öffentliche Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt, 1970-2003

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003
Australien	2.6 (1969)	4.4	5.2	6.2	6.2	6.3	..
Belgien ^a	..	..	5.9 (1992)	6.2	6.4	6.8	6.8
Dänemark	6.7 (1971)	8.0	7.0	6.9	7.1	7.3	7.5
Deutschland ^b	4.5	6.8	6.5 (1992)	8.3	8.5	8.6	8.6
Finnland	4.1	5.0	6.3	5.0	5.3	5.5	5.7
Frankreich	4.1	5.7	6.6	7.1	7.2	7.4	7.7
Griechenland	2.6	3.7	4.0	5.2	5.5	5.0	5.1
Irland	4.2	6.8	4.4	4.7	5.2	5.5	5.8
Island	3.1	5.5	6.9	7.7	7.7	8.3	8.8
Italien	..	..	6.3	5.9	6.2	6.3	6.3
Japan	3.2	4.6	4.6	6.1	6.4	6.4	..
Kanada	4.9	5.4	6.7	6.3	6.6	6.7	6.9
Korea	..	1.4 (1983)	1.7	2.2	2.8	2.7	2.8
Luxemburg	3.2	5.5	5.7	5.4	5.7	6.5	6.2
Mexiko	..	..	2.0	2.6	2.7	2.7	2.9
Neuseeland	4.1	5.2	5.7	6.1	6.0	6.4	6.3
Niederlande	4.1 (1972)	5.2	5.4	5.2	5.4	5.8	6.1
Norwegen	4.0	5.9	6.4	7.0	7.4	8.2	8.6
Österreich	3.2	5.1	5.1	5.1	5.0	5.1	5.1
Polen	..	..	4.5	4.0	4.3	4.7	4.5
Portugal	1.6	3.6	4.1	6.4	6.6	6.6	6.7
Schweden	5.9	8.4	7.5	7.2	7.5	7.8	8.0
Schweiz	..	..	4.3	5.8	6.2	6.4	6.7
Slowak. Rep.	..	..	..	4.9	5.0	5.1	5.2
Spanien	2.3	4.3	5.3	5.3	5.4	5.4	5.5
Tschech. Rep.	..	..	4.6	6.0	6.3	6.5	6.8
Türkei	..	1.0	2.2	4.2	5.1	5.0	5.2
Ungarn	..	..	6.4 (1991)	5.0	5.1	5.5	6.1
Ver. Königreich	3.9	5.0	5.0	5.9	6.2	6.4	..
Ver. Staaten	2.5	3.6	4.7	5.8	6.2	6.6	6.6
Durchschnitt (ungewichtet) (29)^c			5.2	5.7	5.9	6.2	6.3
Durchschnitt (gewichtet) (29)^c			5.0	5.8	6.1	6.3	6.4

a) Die Daten für Belgien beziehen sich auf die laufenden und nicht die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben.

b) Die Daten vor 1990 beziehen sich auf Westdeutschland.

c) Ohne Slowakische Republik. Der Durchschnitt für 2003 enthält für Australien, Japan und das Vereinigte Königreich Daten von 2002.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.9. Laufende Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, 2003 (laufende Gesundheitsausgaben=100)

	Individuelle Gesundheitsleistungen	davon:			Medizinische Waren für ambulante Leistungen	Kollektive Gesundheitsleistungen	davon:	
		Kurative, rehabilitative Pflege	Langzeitpflege	Hilfsleistungen			Prävention und öffentliche Gesundheit	Verwaltungsleistungen und Krankenversicherung
Australien (2001)	73	60	8	6	19	8	3	4
Belgien	..	..	..	..	..	..	..	..
Dänemark	85	..	..	..	12	1	..	1
Deutschland	69	49	14	6	20	11	5	6
Finnland	73	64	8	1	20	6	4	2
Frankreich	70	62	4	4	25	4	3	2
Griechenland	..	..	..	..	..	..	..	..
Irland	..	..	..	..	..	..	..	..
Island	80	64	15	3	17	3	1	2
Italien	76	..	..	..	23	1	1	0
Japan (2002)	76	62	13	1	20	5	2	2
Kanada ^a	69	48	14	7	20	11	8	3
Korea	62	62	..	..	33	5	1	4
Luxemburg	83	64	13	6	13	3	1	3
Mexiko	69	..	..	..	22	8	3	4
Neuseeland	..	..	..	..	..	..	..	..
Niederlande	71	57	12	2	18	10	5	4
Norwegen	82	52	25	6	15	3	2	1
Österreich	70	..	..	..	24	6	2	4
Polen	61	53	5	3	34	5	3	1
Portugal	..	..	..	..	..	..	..	..
Schweden	84	..	..	..	15	..	..	1
Schweiz	82	59	21	3	13	7	2	5
Slowak. Rep.	52	..	..	4	46	2	2	0
Spanien	70	67	2	1	26	4	1	3
Tschech. Rep.	67	..	2	1	27	6	3	3
Türkei (2000) ^b	54	51	..	3	29	5	2	2
Ungarn (2002)	60	52	2	6	33	7	5	2
Ver. Königreich	..	..	..	..	..	..	..	..
Ver. Staaten	74	67	7	0	14	11	4	7
Durchschnitt (23)^c	72	..	..	..	22	6	..	..

a) Die kanadischen Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheitsleistungen enthalten die allgemeinen Verwaltungskosten auf der Ebene der Zentralregierung und der Provinzen.

b) Für die Türkei lassen sich 12% der laufenden Gesundheitsausgaben keiner spezifischen Leistungsart zuordnen.

c) Ohne Belgien, Griechenland, Irland, Neuseeland, Portugal, Türkei und Vereinigtes Königreich.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.10. Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben, 2003, und reale jahresdurchschnittliche Zuwachsrate, 1970-2003

	Pro-Kopf-US-\$ KKP		Jahresdurchschnittliche Zuwachsrate				Gesamtgesundheitsausgaben
	2003		1970-1980	1980-1990	1990-2000	1997-2003	1997-2003
Australien	353	(2001)	-1.9 (71-80)	3.9	8.8	9.1 (97-01)	4.3 (97-01)
Belgien	..		3.1	2.2	4.2 (90-97)	..	4.0
Dänemark	272		..	3.0	3.4	4.5	3.0
Deutschland	436		4.2	2.5	1.2 (92-00)	3.7	1.7
Finnland	339		2.9	3.4	5.0	4.6	3.3
Frankreich	606		1.5	4.4	4.3	5.8	3.3
Griechenland	322		1.4	-1.4	5.2	4.2	4.4
Irland	290		1.0	1.3	5.2	11.3	8.5
Island	453		7.4	2.5	4.4	5.8	6.5
Italien	498		..	..	2.2	3.3	2.9
Japan	393	(2002)	..	2.6	2.2	0.5 (97-02)	2.8 (97-02)
Kanada	507		0.3	7.1	5.2	6.9	4.5
Korea	309		..	11.6 (83-90)	2.3	8.6	7.8
Luxemburg	389		4.0	5.1	0.8	3.2	6.5
Mexiko	125		..	..	..	7.0 (99-03)	3.3 (99-03)
Neuseeland	..		2.6 (71-80)	4.4	4.1 (90-97)	..	3.8
Niederlande	340		-0.1 (72-80)	4.2	4.6	5.4	4.7
Norwegen	341	(2002)	10.3	1.4	2.7 (90-97)	5.7 (97-02)	4.9 (97-02)
Österreich	389		..	..	..	5.3	2.1 (97-02)
Polen	225		..	..	..	..	5.5
Portugal	..		16.0	6.5	5.5 (90-98)	..	3.7
Schweden	339	(2002)	4.3	3.2	7.5	4.9	4.9
Schweiz	398		..	..	3.2	3.3	3.0
Slowak. Rep.	299		..	..	..	7.7 (99-03)	4.5 (99-03)
Spanien	401		..	3.0	5.3	3.7	2.9
Tschech. Rep.	284		..	..	4.2	1.7	4.2
Türkei	112	(2000)	..	13.2 (82-90)	10.1	..	10.0
Ungarn	308	(2002)	..	..	3.3 (91-01)	8.3 (97-02)	6.9 (97-02)
Ver. Königreich	..		2.7	3.7	5.9 (90-97)	..	5.2 (97-02)
Ver. Staaten	728		1.3	5.7	5.7	9.5	4.3
Durchschnitt (24)^a	377		..	..	..	5.6	4.4
Durchschnitt (13)^b	419		2.8	3.3	4.7	6.2	4.8

a) Ohne Belgien, Neuseeland, Polen, Portugal, Türkei und Vereinigtes Königreich.

b) Umfasst Australien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Schweden und Vereinigte Staaten.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.11. **Öffentlicher Anteil an den gesamten Arzneimittelausgaben, 1970-2003**

	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	45 (1969)	44	45	57	52 (2001)
Belgien	59	57	47	45 (1997)	..
Dänemark	..	50	34	49	49
Deutschland ^a	63	74	73 (1992)	73	75
Finnland	34	47	47	50	54
Frankreich	67	67	62	65	67
Griechenland	60	60	57	71	74
Irland	50	53	65	80	86
Island	43	51	82	61	58
Italien	..	..	63	44	49
Japan	..	..	61	66	68 (2002)
Kanada	2	25	33	35	38
Korea	..	10 (1983)	12	32	43
Luxemburg	84	86	85	82	83
Mexiko	..	..	..	0	11
Neuseeland	77 (1971)	81	75	71 (1997)	..
Niederlande	60 (1972)	67	67	58	57
Norwegen	36	42	79	58	59 (2002)
Österreich	..	..	..	68	70
Polen	..	..	..	38	41
Portugal	69	69	62	66 (1997)	..
Schweden	63	72	72	69	70
Schweiz	..	..	..	61	66
Slowak. Rep.	..	..	..	83	83
Spanien	..	64	72	74	74
Tschech. Rep.	..	..	89	78	77
Türkei	..	100 (1981)	88	63	..
Ungarn	..	..	79 (1991)	61	63 (2002)
Ver. Königreich	59	68	67	64 (1997)	..
Ver. Staaten	6	8	12	18	21
Durchschnitt (25)^b	..	..	..	59	60
Durchschnitt (13)^c	47	53	60	60	61

a) Die Daten vor 1990 beziehen sich auf Westdeutschland.

b) Ohne Belgien, Neuseeland, Portugal, Türkei und Vereinigtes Königreich.

c) Umfasst Australien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Schweden und Vereinigte Staaten.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.12. **Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen, 2003**
(Gesamtgesundheitsausgaben = 100)

	1990						2003					
	Öffentlicher Sektor insgesamt	davon:		Privater Sektor insgesamt	davon:		Öffentlicher Sektor insgesamt	davon:		Privater Sektor insgesamt	davon:	
		Staatliche Stellen	Sozialversicherungssysteme		Privatversicherung	Selbstzahlungen		Staatliche Stellen	Sozialversicherungssysteme		Privatversicherung	Selbstzahlungen
Australien (2001)	67	67	0	33	11	17	68	68	0	33	8	21
Belgien	..	..	..	..	..	..	75	..	..	26	..	..
Dänemark	83	83	0	17	1	16	83	83	0	17	1	16
Deutschland (2000)	81	15	66	19	10	8	78	10	68	22	9	10
Finnland	81	70	11	19	2	16	77	60	17	24	2	19
Frankreich	77	2	74	23	11	11	76	3	74	24	13	10
Griechenland	54	..	..	46	..	..	51	..	..	49	2	47
Irland	72	71	1	28	9	17	78	77	1	22	6	13
Island	87	53	34	13	..	13	84	53	31	17	0	17
Italien	79	79	0	21	1	15	75	75	0	25	1	21
Japan (2002)	78	..	..	22	..	..	82	16	66	19	0	17
Kanada	75	74	1	26	8	14	70	69	2	30	13	15
Korea	37	10	27	63	1	59	49	9	40	51	2	42
Luxemburg	93	..	..	7	..	6	90	12	79	10	1	7
Mexiko	40	8	33	60	1	58	46	15	31	54	3	51
Neuseeland	82	82	0	18	3	15	79	79	0	21	6	16
Niederlande	67	5	62	33	..	..	62	4	58	38	17	8
Norwegen	83	83	0	17	..	15	84	68	15	16	0	16
Österreich	74	..	..	27	9	..	68	23	45	32	8	19
Polen	92	92	0	8	..	8	70	10	60	30	1	26
Portugal	66	..	..	35	1	..	70	..	..	30	..	..
Schweden	90	..	..	10	..	..	85	..	..	15	..	..
Schweiz	52	19	33	48	11	36	59	18	41	42	9	32
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	..	88	6	83	12	0	12
Spanien (1991)	78	56	22	22	3	19	71	66	5	29	4	24
Tschech. Rep.	95	18	77	5	..	5	90	13	77	10	0	8
Türkei (2000)	61	..	..	39	0	31	63	28	35	37	4	28
Ungarn (1992)	89	16	73	11	0	11	72	12	60	28	1	25
Ver. Königreich (2002)	84	84	0	16	3	11	83	83	0	17	..	..
Ver. Staaten	40	25	15	60	34	20	44	32	13	56	37	14
Durchschnitt (28)^a	73			27			72			28		

Anmerkung: Die Summe der Spalten Privatversicherung und Selbstzahlungen entspricht nicht unbedingt dem Wert für den Privaten Sektor insgesamt, da es noch andere private Leistungen geben kann (für die hier keine Angaben gemacht werden).

a) Ohne Belgien und Slowakische Republik.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.3.13. Anteil der Selbstzahlungen an den Gesamtgesundheitsausgaben, den privaten Gesundheitsausgaben und dem Endverbrauch der privaten Haushalte, 1990 und 2003

	1990				2003			
	Pro-Kopf-US-\$ KKP	% der Gesamtgesundheitsausgaben	% der privaten Gesundheitsausgaben	% des Endverbrauchs der privaten Haushalte	Pro-Kopf-US-\$ KKP	% der Gesamtgesundheitsausgaben	% der privaten Gesundheitsausgaben	% des Endverbrauchs der privaten Haushalte
Australien (2001)	217	17	51	2.2	529	21	65	2.8
Belgien	..	..	..	..	..	..	..	..
Dänemark	251	16	93	2.8	436	16	93	3.1
Deutschland (1992)	194	10	47	1.8	312	10	48	2.0
Finnland	221	16	81	2.5	403	19	81	2.9
Frankreich	179	11	49	1.8	291	10	42	1.8
Griechenland	..	..	..	..	935	47	95	6.9
Irland	131	17	59	1.8	327	13	61	2.3
Island	216	13	100	1.9	513	17	100	3.2
Italien	215	15	74	2.1	468	21	83	2.9
Japan (2002)	..	..	..	..	370	17	93	2.4
Kanada	251	14	57	2.4	448	15	50	2.7
Korea	221	59	93	5.4	450	42	83	4.4
Luxemburg	85	6	80	0.7	260	7	70	1.2
Mexiko	171	58	98	4.0	294	51	94	4.5
Neuseeland	144	15	82	1.7	296	16	74	2.2
Niederlande	..	..	..	..	233	8	21	1.6
Norwegen	203	15	85	2.4	591	16	95	3.6
Österreich	..	..	..	..	441	19	59	2.7
Polen	25	8	100	0.9	197	26	88	2.6
Portugal	..	..	..	..	..	..	..	..
Schweden	..	..	..	..	..	..	..	..
Schweiz	725	36	75	5.3	1 192	32	76	6.2
Slowak. Rep.	..	..	..	..	91	12	100	1.2
Spanien (1991)	179	19	83	2.4	434	24	82	3.2
Tschech. Rep.	14	3	100	0.2	108	8	85	1.3
Türkei (1993)	59	31	95	4.8	105	20	70	2.3
Ungarn	64	11	100	1.4	312	25	89	3.9
Ver. Königreich	105	11	65	1.1	..	..	..	..
Ver. Staaten	550	20	33	3.6	793	14	25	3.0
Durchschnitt (21)^a	205	19	78	2.5	417	20	74	3.0

a) Ohne Belgien, Griechenland, Japan, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Slowakische Republik und Vereinigtes Königreich.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.4.1. **Tabakkonsum, tägliche Raucher, Frauen, Männer und Gesamtbevölkerung, ab 15 Jahre, 1980-2003**

	1980			1990			2003		
	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Australien	31.1	41.1	36.0	27.0	30.2	28.6 (1989)	18.2	21.4	19.8 (2001)
Belgien	28.4	52.6	40.5 (1982)	26.0	38.0	32.0	25.0	30.0	27.0
Dänemark	44.0	57.0	50.5	42.0	47.0	44.5	25.0	31.0	28.0
Deutschland	21.2	48.4	34.8 (1978)	17.0	30.8	23.7 (1992)	19.1	29.8	24.3
Finnland	16.6	35.2	26.1	20.0	32.4	25.9	19.3	25.7	22.2
Frankreich	16.0	44.0	30.0	21.0	39.0	30.0	22.0	32.0	27.0
Griechenland	..	..	..	26.0	51.0	38.5	27.0	44.0	35.0 (2000)
Irland	..	..	..	29.0	31.0	30.0	26.0	28.0	27.0 (2002)
Island	..	..	..	29.9	30.8	30.3	19.6	25.4	22.4
Italien	16.7	54.3	35.5	17.8	37.8	27.8	17.6	31.4	24.2
Japan	14.4	70.2	42.3	14.3	60.5	37.4	13.6	48.3	30.3
Kanada	28.9	36.7	32.8 (1981)	26.7	29.8	28.2	14.0	19.0	17.0
Korea	..	..	..	6.4	65.7	34.6 (1989)	5.4	61.8	30.4 (2001)
Luxemburg	..	..	..	26.0	40.0	33.0 (1992)	26.0	39.0	33.0
Mexiko	..	..	..	14.4	38.3	25.8 (1988)	16.1	39.1	26.4 (2002)
Neuseeland	29.0	35.0	32.0 (1981)	27.0	28.0	28.0	25.0	25.0	25.0
Niederlande	34.0	52.0	43.0	32.0	43.0	37.0	28.0	36.0	32.0
Norwegen	30.0	42.0	36.0	33.0	36.0	35.0	25.0	27.0	26.0
Österreich	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Polen	..	..	..	28.0	55.0	41.5 (1992)	19.5	37.0	27.6 (2001)
Portugal	..	..	..	5.1	33.6	19.0 (1987)	..	..	..
Schweden	28.7	36.3	32.4	25.9	25.8	25.8	18.3	16.7	17.5
Schweiz	..	..	..	22.8	33.9	28.2 (1992)	22.8	31.0	26.8 (2002)
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	..	22.5	25.5	24.3 (2002)
Spanien	..	..	..	21.4	51.5	35.9 (1989)	22.4	34.2	28.1
Tschech. Rep.	..	..	..	21.0	31.9	26.1 (1993)	18.1	30.9	24.1 (2002)
Türkei	..	..	..	24.3	62.8	43.6 (1989)	17.8	51.1	32.1
Ungarn	..	..	..	..	..	..	27.8	40.5	33.8
Ver. Königreich	37.0	42.0	39.0	30.0	31.0	30.0	24.0	28.0	26.0
Ver. Staaten	29.3	37.6	33.5	22.8	28.4	25.6	15.7	19.4	17.5
Letzter									
Durchschnitt^a	..	..	..	..	..	..	20.7	32.4	26.2
Konsistenter									
Durchschnitt (15)^b	27.0	45.6	36.3	25.5	35.8	30.6	20.7	28.0	24.3
Mittelwert	28.9	42.0	35.5	25.9	36.0	30.0	20.8	31.0	26.6

a) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf die Länder, für die neuere Daten vorliegen (d.h. ab 2000).

b) Ohne Griechenland, Island, Irland, Korea, Luxemburg, Mexiko, Österreich, Polen, Portugal, Schweiz, Slowakische Republik, Spanien, Tschechische Republik, Türkei und Ungarn.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.4.2. **Alkoholkonsum, Liter je Einwohner ab 15 Jahre, 1960-2003**

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	9.4	11.6	12.9	10.5	10.1	9.8 (2002)
Belgien	8.9	12.3	14.0	12.1	10.3	10.7
Dänemark	5.5	8.6	11.7	11.7	11.5	11.5
Deutschland	7.5	13.4	14.2 (1982)	13.8	10.5	10.2
Finnland	2.7	5.8	7.9	9.5	8.6	9.3
Frankreich	..	22.3	20.6	16.5	14.4	14.8 (2002)
Griechenland	..	..	13.2	10.7	9.5	9.2 (2002)
Irland	4.9	7.0	9.6	11.2	14.2	13.5
Island	2.5 (1961)	3.8	4.3	5.2	6.1	6.5
Italien	16.6	18.2	13.2	10.9	9.0	8.0
Japan	5.0 (1963)	6.1	7.1	8.0	7.6	7.6
Kanada	7.0	8.8	10.7	7.4	7.7	7.8 (2002)
Korea	..	..	..	9.1	8.9	9.3
Luxemburg ^a	13.1	15.6	16.8 (1979)	14.7	15.4	15.5
Mexiko	..	..	3.4	4.9	4.8	4.6
Neuseeland	5.3	9.8	11.8	10.1	8.9	8.9
Niederlande	3.7	7.7	11.3	9.9	10.1	9.7
Norwegen	3.4	4.7	5.3	5.0	5.7	6.0
Österreich	10.9	13.9	13.8	12.6	11.1	11.1
Polen	6.3 (1961)	8.0 (1971)	8.7 (1981)	8.3	8.3	8.1
Portugal	17.2 (1961)	17.9 (1969)	14.8	16.3	12.9	11.4
Schweden	4.8	7.2	6.7	6.4	6.2	7.0
Schweiz	12.1	14.2	13.5	12.9	11.2	10.8
Slowak. Rep.	6.9	12.8	14.5	13.4	8.9	7.6
Spanien	14.6 (1962)	16.1	18.4	13.5	11.5	11.7
Tschech. Rep.	..	..	11.8	11.3	11.8	12.1
Türkei	0.9	1.1	1.8	1.4	1.5	1.5
Ungarn	8.2	11.5	14.9	13.9	12.3	13.4 (2002)
Ver. Königreich	..	7.1	9.4	9.8	10.4	11.2
Ver. Staaten	7.8	9.5	10.5	9.3	8.3	8.3 (2002)
Letzter Durchschnitt^b	..	..	..	..	..	9.6
Konsistenter Durchschnitt (26)^c	..	10.6	11.5	10.6	9.7	9.7
Mittelwert	7.0	9.7	11.8	10.6	9.8	9.5

a) In Luxemburg spiegelt der inländische Umsatz den tatsächlichen Verbrauch der Inländer nicht richtig wider, weil große Mengen an Alkohol von Touristen und Grenzgängern eingekauft werden.

b) Durchschnitt der letzten verfügbaren Daten für alle OECD-Länder.

c) Ohne Griechenland, Korea, Mexiko und Tschechische Republik.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.4.3. Tägliche Gesamtkalorienzufuhr pro Kopf, 1961-2002

	1961	1970	1980	1990	2000	2002
Australien ^a	3 082	3 243	3 057	3 256	3 088	3 054
Belgien ^b	2 942	3 095	3 300	3 533	3 589	3 584
Dänemark	3 187	3 158	3 127	3 168	3 390	3 439
Deutschland	2 889	3 148	3 340	3 310	3 433	3 496
Finnland	3 271	3 195	3 124	3 184	3 112	3 100
Frankreich	3 194	3 301	3 376	3 512	3 601	3 654
Griechenland	2 820	3 135	3 216	3 524	3 648	3 721
Irland	3 352	3 443	3 661	3 645	3 693	3 656
Island	3 256	3 017	3 252	3 056	3 203	3 249
Italien	2 914	3 422	3 590	3 591	3 701	3 671
Japan	2 468	2 715	2 721	2 823	2 800	2 761
Kanada	2 819	2 936	2 946	3 017	3 547	3 589
Korea	2 147	2 772	2 971	3 035	3 063	3 058
Luxemburg	..	..	..	..	..	..
Mexiko	2 412	2 660	3 123	3 074	3 161	3 145
Neuseeland ^a	2 917	2 967	3 123	3 259	3 228	3 219
Niederlande	3 058	3 022	3 071	3 289	3 374	3 362
Norwegen	3 004	3 022	3 351	3 144	3 364	3 484
Österreich	3 190	3 232	3 354	3 485	3 761	3 673
Polen	3 282	3 430	3 597	3 343	3 382	3 375
Portugal	2 473	3 002	2 786	3 441	3 751	3 741
Schweden	2 836	2 877	2 992	2 975	3 089	3 185
Schweiz	3 521	3 478	3 491	3 346	3 441	3 526
Slowak. Rep.	..	..	..	..	2 869	2 889
Spanien	2 632	2 733	3 063	3 248	3 370	3 371
Tschech. Rep.	..	..	..	..	3 065	3 171
Türkei	2 881	3 017	3 281	3 539	3 372	3 357
Ungarn	3 083	3 330	3 494	3 711	3 487	3 483
Ver. Königreich	3 290	3 327	3 160	3 267	3 358	3 412
Ver. Staaten	2 883	3 026	3 155	3 472	3 814	3 774
Letzter Durchschnitt^c	..	..	..	..	..	3 386
Konsistenter Durchschnitt (27)^d	2 956	3 100	3 212	3 305	3 401	3 413
Mittelwert	2 942	3 095	3 160	3 289	3 374	3 412

a) Die Daten für Australien und Neuseeland lassen sich nicht direkt mit denen anderer Länder vergleichen, weil die Verwendung anderer Umrechnungsfaktoren in einer Unterzeichnung um rd. 10% resultiert.

b) Einschließlich Luxemburg für 1961, 1970, 1980 und 1990.

c) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf die Länder, für die neuere Daten vorliegen.

d) Ohne Luxemburg, Slowakische Republik und Tschechische Republik.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. (Die Daten stammen aus der FAOSTAT-Ernährungsdatenbank. Sie beziehen sich auf die für den Verzehr zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel und nicht auf die tatsächlich verzehrten Nahrungsmittel.)

Tabelle A.4.4. **Zuckerkonsum pro Kopf, Kilo pro Jahr, 1961-2002**

	1961	1970	1980	1990	2000	2002
Australien	56.2	57.0	56.1	50.5	45.0	48.2
Belgien ^a	27.7	37.1	38.0	44.9	54.3	54.3
Dänemark	51.4	54.4	47.5	44.6	53.8	54.3
Deutschland	34.7	39.1	43.4	35.7	42.6	44.2
Finnland	45.2	50.9	38.2	42.4	38.4	33.2
Frankreich	30.5	39.8	33.3	36.1	39.8	40.0
Griechenland	15.3	22.1	26.8	31.9	33.2	34.5
Irland	53.2	55.2	49.3	47.7	42.1	42.4
Island	59.6	56.5	55.8	55.8	58.0	56.9
Italien	24.7	30.5	35.0	30.4	31.7	31.2
Japan	17.7	34.8	33.2	33.8	28.3	29.4
Kanada	45.4	48.6	42.7	42.3	52.8	60.6
Korea	1.9	7.5	15.5	32.5	34.8	37.7
Luxemburg	..	..	..	..	..	..
Mexiko	26.3	38.0	47.3	53.4	49.0	49.6
Neuseeland	49.1	49.9	46.7	52.5	58.5	59.1
Niederlande	47.0	49.4	45.2	56.1	46.0	49.4
Norwegen	45.4	44.7	42.3	41.3	46.1	44.8
Österreich	40.9	41.3	45.9	43.4	46.0	45.4
Polen	32.5	41.6	45.1	48.1	45.1	45.2
Portugal	18.8	27.2	27.3	30.6	34.2	35.0
Schweden	46.2	45.6	44.8	43.1	46.7	46.3
Schweiz	52.8	53.2	46.2	49.8	56.9	58.6
Slowak. Rep.	..	..	..	..	36.1	32.2
Spanien	20.5	29.1	30.5	27.6	34.1	34.2
Tschech. Rep.	..	..	..	..	45.3	44.1
Türkei	6.9	18.7	24.3	30.5	28.4	25.8
Ungarn	30.2	36.7	45.0	46.4	46.9	45.1
Ver. Königreich	52.7	50.0	43.9	42.1	37.5	43.7
Ver. Staaten	52.1	56.9	57.2	63.0	71.8	71.9
Letzter Durchschnitt^b	..	..	..	..	..	44.7
Konsistenter Durchschnitt (27)^c	36.5	41.3	41.0	42.8	44.5	45.2
Mittelwert	40.9	41.6	43.9	43.1	45.1	44.8

a) Einschließlich Luxemburg für 1961, 1970, 1980 und 1990.

b) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf die Länder, für die neuere Daten vorliegen.

c) Ohne Luxemburg, Slowakische Republik und Tschechische Republik.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. (Die Daten stammen aus der FAOSTAT-Ernährungsdatenbank. Sie beziehen sich auf die für den Verzehr zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel und nicht auf die tatsächlich verzehrten Nahrungsmittel.)

Tabelle A.4.5. **Obst- und Gemüseverzehr pro Kopf, Kilo pro Jahr, 1961-2002**

	1961	1970	1980	1990	2000	2002
Australien	139.2	155.3	159.3	179.5	189.7	185.6
Belgien ^a	143.3	169.6	159.1	216.7	195.6	192.0
Dänemark	90.4	121.7	115.5	154.7	200.7	250.7
Deutschland	129.1	168.7	172.0	192.4	216.7	206.1
Finnland	60.1	71.6	123.9	134.8	152.2	166.9
Frankreich	203.8	218.6	178.3	207.2	240.8	237.8
Griechenland	247.9	349.6	363.1	424.5	447.4	412.5
Irland	79.5	97.0	138.8	148.8	155.5	182.9
Island	50.9	63.8	87.1	112.5	150.2	167.7
Italien	226.4	298.8	281.5	301.5	331.1	282.2
Japan	124.3	179.5	176.8	165.1	162.6	162.8
Kanada	177.0	166.8	213.2	229.2	245.4	250.5
Korea	81.1	114.5	217.2	248.4	300.0	276.0
Luxemburg	..	..	..	..	..	..
Mexiko	83.3	99.3	136.5	144.5	169.9	170.4
Neuseeland	146.6	153.4	178.7	205.2	249.3	253.4
Niederlande	139.2	179.3	175.4	214.6	213.8	228.5
Norwegen	110.3	128.3	146.8	155.7	166.1	182.6
Österreich	200.8	182.3	210.5	206.7	209.4	225.1
Polen	109.4	141.0	142.4	152.3	175.4	147.3
Portugal	173.6	201.5	159.6	281.3	303.0	313.4
Schweden	96.3	124.8	128.1	162.5	171.2	186.5
Schweiz	208.3	216.6	235.1	213.7	188.4	189.1
Slowak. Rep.	..	..	..	..	147.4	124.3
Spanien	214.0	215.6	266.0	326.0	268.5	266.2
Tschech. Rep.	..	..	..	..	145.3	142.0
Türkei	272.1	300.6	310.9	310.7	340.7	327.8
Ungarn	148.2	163.0	162.3	161.0	200.9	176.3
Ver. Königreich	116.0	138.7	138.4	165.8	169.5	189.5
Ver. Staaten	170.5	183.1	211.5	235.0	253.9	238.0
Letzter Durchschnitt^b	..	..	..	..	..	218.4
Konsistenter Durchschnitt (27)^c	146.0	170.5	184.7	209.3	224.7	224.7
Mittelwert	139.2	166.8	172.0	205.2	200.7	192.0

a) Einschließlich Luxemburg für 1961, 1970, 1980 und 1990.

b) Die Durchschnittswerte beziehen sich auf die Länder, für die neuere Daten vorliegen.

c) Ohne Luxemburg, Slowakische Republik und Tschechische Republik.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. (Die Daten stammen aus der FAOSTAT-Ernährungsdatenbank. Sie beziehen sich auf die für den Verzehr zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel und nicht auf die tatsächlich verzehrten Nahrungsmittel.)

Tabelle A.4.6. Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten, Bevölkerung ab 15 Jahre, letztes verfügbares Jahr

		Übergewichtige 25<BMI<30			Fettleibige BMI>30			Übergewichtige und Fettleibige BMI>25		
		Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Australien ^a	1999	28.2	45.3	36.7	21.4	21.9	21.7	49.6	67.2	58.4
Belgien	2001	25.7	39.8	32.7	12.2	11.1	11.7	37.9	50.9	44.4
Dänemark	2000	24.9	39.8	32.3	9.1	9.8	9.5	34.0	49.6	41.7
Deutschland	2003	28.9	44.1	36.3	12.3	13.6	12.9	41.2	57.7	49.2
Finnland	2003	26.2	39.5	32.2	11.7	14.0	12.8	37.9	53.5	45.0
Frankreich	2002	22.3	34.0	28.1	9.1	9.7	9.4	31.3	43.6	37.5
Griechenland	2003	29.9	41.1	35.2	18.2	26.0	21.9	48.1	67.1	57.1
Irland	2002	25.0	41.0	34.0	12.0	14.0	13.0	37.0	55.0	47.0
Island	2002	28.0	44.7	35.9	12.4	12.4	12.4	40.4	57.1	48.8
Italien	2002	25.4	42.2	33.5	8.3	8.8	8.5	33.7	51.0	42.0
Japan	2003	18.7	25.2	21.6	3.7	2.6	3.2	22.4	27.8	24.9
Kanada	2003	24.8	39.6	32.1	13.3	15.4	14.3	38.2	54.9	46.5
Korea	2001	25.9	29.6	27.4	3.5	2.8	3.2	29.4	32.4	30.6
Luxemburg	2003	25.2	40.5	34.4	18.2	18.6	18.4	43.4	59.1	52.8
Mexiko	2000	35.8	40.6	38.1	28.6	19.2	24.2	64.4	59.8	62.3
Neuseeland ^a	2003	28.4	42.1	35.2	21.7	20.1	20.9	50.2	62.2	56.2
Niederlande	2002	28.0	42.0	35.0	11.0	9.0	10.0	39.0	51.0	45.0
Norwegen	2002	27.0	41.7	34.4	8.2	8.4	8.3	35.2	50.1	42.7
Österreich	1999	21.3	54.3	37.0	9.1	9.1	9.1	30.4	63.4	46.1
Polen	1996	26.5	37.5	31.7	12.4	10.3	11.4	38.8	47.8	43.1
Portugal	1999	31.8	42.3	36.8	14.0	11.4	12.8	45.8	53.7	49.6
Schweden	2003	26.8	39.4	33.1	9.4	10.0	9.7	36.2	49.4	42.8
Schweiz	2002	21.8	37.5	29.4	7.5	7.9	7.7	29.3	45.4	37.1
Slowak. Rep.	2002	27.9	43.9	35.2	25.4	18.8	22.4	53.3	62.7	57.6
Spanien	2003	27.6	43.5	35.3	13.4	12.9	13.1	41.0	56.4	48.4
Tschech. Rep.	2002	30.7	42.5	36.2	16.1	13.4	14.8	46.7	55.9	51.1
Türkei	2003	28.9	33.6	31.6	14.5	9.7	12.0	43.4	43.3	43.4
Ungarn	2003	29.8	38.7	34.0	18.0	19.6	18.8	47.8	58.3	52.8
Ver. Königreich ^a	2003	33.4	44.4	39.0	23.4	22.9	23.0	56.8	67.3	62.0
Ver. Staaten ^a	2002	28.1	42.2	35.1	33.3	27.8	30.6	61.4	70.0	65.7

Anmerkung: Die Fettleibigkeitsrate entspricht dem Prozentsatz der Bevölkerung mit einem Körpermassenindex (BMI) von über 30. Die Übergewichtsraten beziehen sich auf den Prozentsatz der Bevölkerung mit einem BMI von 25 bis 30. Der BMI ist eine Zahl, mit der das Gewicht einer Person im Verhältnis zu ihrer Größe gemessen wird. (Gewicht/Größe², wobei das Gewicht in Kilo und die Größe in Metern ausgedrückt wird.)

a) Für Australien, Neuseeland, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten stützen sich die Zahlen auf Gesundheitsuntersuchungen und nicht auf Selbstangaben. Schätzwerte der Obesität, die sich auf Gesundheitsuntersuchungen gründen, sind im Allgemeinen höher und verlässlicher als solche, die auf Selbstangaben basieren, weil Falschdarstellungen von Gewicht und Größe in diesem Fall unmöglich sind. Gesundheitsuntersuchungen werden jedoch nur in wenigen Ländern regelmäßig durchgeführt.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.5.1. **Gesamtbevölkerung zur Jahresmitte, in Tausend, 1960-2003**

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	10 275	12 507	14 695	17 065	19 153	19 873
Belgien	9 153	9 656	9 859	9 967	10 251	10 376
Dänemark	4 580	4 929	5 123	5 141	5 340	5 391
Deutschland ^a	55 433	60 651	61 566	63 254	82 212	82 534
Finnland	4 430	4 606	4 780	4 986	5 176	5 220
Frankreich	45 684	50 772	53 880	56 709	58 896	59 768
Griechenland	8 332	8 793	9 643	10 157	10 917	11 006
Irland	2 829	2 957	3 413	3 514	3 805	3 996
Island	177	204	228	255	281	20
Italien	50 200	53 822	56 434	56 719	56 949	57 605
Japan	94 302	104 665	117 060	123 611	126 926	127 650
Kanada	18 180	21 682	24 516	27 701	30 689	31 660
Korea	25 012	32 241	38 124	42 869	47 008	47 849
Luxemburg	314	339	364	382	436	450
Mexiko	38 579	52 775	68 348	84 914	99 927	103 718
Neuseeland	2 377	2 820	3 144	3 363	3 859	4 009
Niederlande	11 487	13 039	14 150	14 952	15 926	16 225
Norwegen	3 581	3 876	4 086	4 241	4 491	4 565
Österreich	7 048	7 467	7 549	7 678	8 012	8 121
Polen	29 637	32 664	35 574	38 111	38 454	38 205
Portugal	8 858	8 680	9 766	9 945	10 226	10 441
Schweden	7 485	8 043	8 310	8 559	8 872	8 958
Schweiz	5 328	6 181	6 319	6 716	7 184	7 339
Slowak. Rep.	4 068	4 538	4 980	5 299	5 389	5 380
Spanien	30 455	33 753	37 439	38 850	40 169	41 874
Tschech. Rep.	9 602	9 858	10 304	10 333	10 272	10 207
Türkei	27 368	35 162	44 484	56 124	67 417	70 713
Ungarn	9 984	10 337	10 707	10 374	10 211	10 130
Ver. Königreich	52 377	55 663	56 313	57 572	59 743	59 554
Ver. Staaten	180 671	205 052	227 727	249 623	282 178	290 810
OECD Insgesamt	757 806	857 732	948 885	1 028 984	1 130 369	1 153 917

a) Die Daten vor 1991 beziehen sich auf Westdeutschland.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.5.2. Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre, 1960-2003

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	8.5	8.3	9.6	11.1	12.4	12.8
Belgien	12.0	13.4	14.3	14.9	16.8	17.1
Dänemark	10.6	12.3	14.4	15.6	14.8	14.9
Deutschland ^a	..	..	..	15.0	16.4	17.7
Finnland	7.3	9.1	12.0	13.4	14.9	15.6
Frankreich	11.6	12.9	13.9	14.0	16.1	16.3
Griechenland	8.1	11.1	13.1	13.8	16.6	17.4
Irland	11.1	11.1	10.7	11.4	11.2	11.1
Island	8.2	8.8	10.1	10.6	11.7	11.7
Italien	9.3	10.9	13.1	14.9	18.3	19.1
Japan	5.7	7.1	9.1	12.1	17.4	19.0
Kanada	7.5	7.9	9.4	11.3	12.6	12.8
Korea	..	..	..	..	7.2	8.3
Luxemburg	..	12.6	13.7	13.4	14.0	14.0
Mexiko	..	..	3.8	4.0	4.9	5.3
Neuseeland	..	..	..	11.2	11.7	11.9
Niederlande	9.0	10.2	11.5	12.8	13.6	13.8
Norwegen	11.0	12.9	14.8	16.3	15.2	14.8
Österreich	12.2	14.1	15.4	14.9	15.4	15.5
Polen	5.9	8.4	10.1	10.1	12.2	12.9
Portugal	7.9	9.4	11.3	13.4	16.2	16.7
Schweden	11.7	13.7	16.3	17.8	17.3	17.2
Schweiz	10.2	11.4	13.8	14.6	15.3	15.7
Slowak. Rep.	6.8	9.1	10.5	10.2	11.4	11.5
Spanien	..	9.6	11.0	13.6	16.8	16.9
Tschech. Rep.	..	..	13.5	12.6	13.8	13.9
Türkei	..	..	..	..	..	3.9
Ungarn	9.0	11.6	13.4	13.4	15.1	15.4
Ver. Königreich	11.7	12.8	14.9	15.6	15.6	16.0
Ver. Staaten	9.2	9.8	11.3	12.5	12.4	12.4
Letzter Durchschnitt^b	..	..	..	..	..	14.1
Konsistenter Durchschnitt (24)^c	..	10.8	12.4	13.4	14.7	15.0
Mittelwert	9.1	11.0	12.6	13.4	14.9	14.9

a) Die Daten für 1990 beziehen sich auf 1991.

b) Durchschnitt der letzten verfügbaren Daten für alle 30 OECD-Länder.

c) Ohne Deutschland, Korea, Mexiko, Neuseeland, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.5.3. Anteil der Bevölkerung ab 80 Jahre, 1960-2003

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	1.2	1.4	1.7	2.2	2.9	3.3
Belgien	1.8	2.1	2.6	3.5	3.6	4.0
Dänemark	1.6	2.0	2.8	3.7	4.0	4.0
Deutschland ^a	..	..	..	3.8	3.7	4.1
Finnland	0.9	1.1	1.8	2.8	3.4	3.7
Frankreich	2.0	2.3	2.8	3.7	3.7	4.3
Griechenland	1.3	2.0	2.3	3.0	3.1	3.2
Irland	1.9	2.0	1.8	2.2	2.5	2.6
Island	1.6	1.5	2.2	2.4	2.8	3.1
Italien	1.4	1.8	2.1	3.2	4.0	4.7
Japan	0.7	0.9	1.4	2.4	3.8	4.4
Kanada	1.2	1.5	1.8	2.3	2.9	3.3
Korea	..	..	..	..	1.0	1.2
Luxemburg	..	1.8	2.2	3.1	3.0	3.1
Mexiko	..	..	0.8	0.8	1.0	1.1
Neuseeland	..	..	..	2.3	2.8	3.0
Niederlande	1.4	1.7	2.2	2.9	3.2	3.4
Norwegen	2.0	2.2	2.9	3.7	4.3	4.5
Österreich	1.8	2.1	2.7	3.6	3.5	4.0
Polen	0.7	1.0	1.4	2.0	2.0	2.3
Portugal	1.1	1.4	1.6	2.5	3.3	3.6
Schweden	1.9	2.3	3.1	4.3	5.0	5.3
Schweiz	1.5	1.7	2.6	3.7	4.0	4.3
Slowak. Rep.	1.0	1.1	1.5	2.0	1.9	2.2
Spanien	..	1.5	1.8	2.9	3.8	4.1
Tschech. Rep.	..	..	1.9	2.5	2.4	2.8
Türkei	..	..	..	..	..	..
Ungarn	1.1	1.5	2.0	2.5	2.6	3.2
Ver. Königreich	1.9	2.2	2.7	3.6	4.0	4.3
Ver. Staaten	1.4	1.8	2.3	2.8	3.3	3.5
Letzter Durchschnitt^b	..	..	..	..	..	3.5
Konsistenter Durchschnitt (24)^c	..	1.7	2.2	3.0	3.4	3.7
Mittelwert	1.4	1.8	2.2	2.9	3.3	3.5

a) Die Daten für 1990 beziehen sich auf 1991.

b) Bezieht sich auf alle Länder, für die Daten aus 2003 vorliegen.

c) Ohne Deutschland, Korea, Mexiko, Neuseeland, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

Tabelle A.5.4. Gesamtgeburtenrate, Zahl der Kinder je Frau zwischen 15 und 49 Jahren, 1960-2003

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Australien	3.5	2.9	1.9	1.9	1.8	1.8 (2002)
Belgien	2.6	2.3	1.7	1.6	1.7	1.6
Dänemark	2.6	2.0	1.6	1.7	1.8	1.8
Deutschland	2.4	2.0	1.6	1.5	1.4	1.3
Finnland	2.7	1.8	1.6	1.8	1.7	1.8
Frankreich	2.7	2.5	2.0	1.8	1.9	1.9
Griechenland	2.3	2.4	2.2	1.4	1.3	1.3
Irland	3.8	3.9	3.3	2.1	1.9	2.0
Island	4.2	2.8	2.5	2.3	2.1	2.0
Italien	2.4	2.4	1.6	1.3	1.2	1.3
Japan	2.0	2.1	1.8	1.5	1.4	1.3
Kanada	3.9	2.3	1.7	1.7	1.5	1.5 (2002)
Korea	6.0	4.5	2.8	1.6	1.5	1.2
Luxemburg	2.3	2.0	1.5	1.6	1.8	1.6
Mexiko	7.3	6.8	4.7	3.4	2.4	2.2
Neuseeland	4.2 (1962)	3.3	2.1	2.1	2.0	1.9 (2002)
Niederlande	3.1	2.6	1.6	1.6	1.7	1.8
Norwegen	2.9	2.5	1.7	1.9	1.9	1.8
Österreich	2.7	2.3	1.7	1.5	1.4	1.4
Polen	3.0	2.2	2.3	2.0	1.3	1.2
Portugal	3.1	2.8	2.2	1.6	1.6	1.4
Schweden	2.2	1.9	1.7	2.1	1.5	1.7
Schweiz	2.4	2.1	1.6	1.6	1.5	1.4
Slowak. Rep.	3.1	2.4	2.3	2.1	1.3	1.2
Spanien	2.9	2.9	2.2	1.4	1.2	1.3
Tschech. Rep.	2.1	1.9	2.1	1.9	1.1	1.2
Türkei	6.4	5.1	4.2	2.9	2.6	2.5 (2002)
Ungarn	2.0	2.0	1.9	1.9	1.3	1.3
Ver. Königreich	2.7	2.4	1.9	1.8	1.6	1.7
Ver. Staaten	3.7	2.5	1.8	2.1	2.1	2.0
Durchschnitt (30)	3.2	2.7	2.1	1.9	1.6	1.6
Mittelwert	2.8	2.4	1.9	1.8	1.6	1.6

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. (Für die 22 europäischen Länder ist die NewCronos-Datenbank von Eurostat die Hauptdatenquelle.)

Tabelle A.5.5. **Pro-Kopf-BIP, 2003 in US-\$ KKP und durchschnittliche jährliche Wachstumsraten, 1970-2003**

	Pro-Kopf-BIP US-\$ KKP	Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate			
	2003	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2003
Australien	30 297	1.4	1.5	2.4	2.4
Belgien	29 513	3.2	1.9	1.9	0.6
Dänemark	30 733	1.5	1.5	1.9	0.7
Deutschland	27 094	2.6	2.0	0.1	0.1
Finnland	28 455	3.3	2.6	1.5	1.6
Frankreich	28 645	2.7	1.9	1.5	0.8
Griechenland	20 292	3.7	0.2	1.6	3.9
Irland	33 162	3.2	3.3	6.3	3.6
Island	29 716	5.2	1.6	1.6	1.0
Italien	26 792	3.1	2.2	1.6	0.4
Japan	28 395	3.3	3.4	1.2	0.7
Kanada	30 445	2.9	1.5	1.9	1.3
Korea	19 274	5.6	7.4	4.9	4.0
Luxemburg	53 828	1.9	4.5	4.1	1.3
Mexiko	9 451	4.0	-0.1	1.8	-0.6
Neuseeland	23 394	0.7	1.2	1.4	2.6
Niederlande	30 315	2.1	1.7	2.3	-0.3
Norwegen	37 017	4.2	2.2	3.1	1.0
Österreich	30 550	3.5	2.1	2.1	0.4
Polen	11 524	..	..	3.5	2.3
Portugal	18 725	3.5	3.1	2.5	-0.4
Schweden	28 881	1.6	1.9	1.6	1.2
Schweiz	32 803	1.0	1.6	0.4	-0.4
Slowak. Rep.	13 117	..	..	..	4.3
Spanien	23 889	2.5	2.6	2.3	1.1
Tschech. Rep.	17 222	..	..	0.3	2.8
Türkei	6 946	..	..	1.7	0.2
Ungarn	15 166	..	..	..	3.7
Ver. Königreich	29 826	1.8	2.4	2.0	2.2
Ver. Staaten	37 658	2.2	2.3	2.0	0.9
Letzter Durchschnitt^a	26 104	..	..	..	1.4
Konsistenter Durchschnitt (25)^b	28 766	2.8	2.3	2.2	1.2
Mittelwert	28 550	2.9	2.0	1.9	1.1

a) Durchschnitt der letzten verfügbaren Daten für alle 30 OECD-Länder.

b) Ohne Polen, Slowakische Republik, Tschechische Republik, Türkei und Ungarn.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005.

ANHANG B

Definition der Gesundheitsausgaben und methodische Anmerkungen zur Datenvergleichbarkeit

Definition der Gesundheitsausgaben

Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen messen den Endverbrauch an den entsprechenden Waren und Leistungen zuzüglich der Investitionsausgaben in die Infrastruktur der Gesundheitsversorgung. Hierzu zählen Ausgaben öffentlicher und privater Quellen (darunter auch die privaten Haushalte) für medizinische Leistungen und Waren, Programme zur Förderung von öffentlicher Gesundheit und Prävention sowie die Gesundheitsverwaltung. Ausgenommen sind gesundheitsbezogene Ausgaben, etwa für Fortbildung, Forschung und Umweltgesundheit. Nicht enthalten ist in den Gesamtgesundheitsausgaben eine Kompensation (in Form von Krankengeld und Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit) für Einkommensverluste, die durch Gesundheitsprobleme bedingt sind. Wegen einer detaillierteren Definition, vgl. *A System of Health Accounts* (OECD, 2000a).

Die nachstehende Tabelle zeigt die wichtigsten Ausgabenkategorien, die in *OECD-Gesundheitsdaten 2005* und den Tabellen in der vorliegenden Veröffentlichung verwendet werden.

ICHA Code	Beschreibung
HC.1; HC.2	Leistungen der kurativen und rehabilitativen Pflege (stationär, ambulant und häuslich)
HC.3	Leistungen der Langzeitpflege (stationär und häuslich)
HC.4	Hilfsleistungen
<i>HC.1-HC.4</i>	<i>Medizinische Leistungen</i>
HC.5	Medizinische Waren für die ambulante Pflege
<i>HC.1-HC.5</i>	<i>Gesamtausgaben für individuelle Gesundheitsleistungen</i>
HC.6	Leistungen zur Förderung der Prävention und der öffentlichen Gesundheit
HC.7	Verwaltungsleistungen und Krankenversicherung
<i>HC.6+HC.7</i>	<i>Gesamtausgaben für die Kollektivgesundheit</i>
<i>HC.1-HC.7</i>	<i>Laufende Gesamtgesundheitsausgaben</i>
HC.R.1	Investitionen (Anlageinvestitionen) in das Gesundheitswesen
<i>HC.1-HC.7+HC.R.1</i>	<i>GESAMTGESUNDHEITSAUSGABEN</i>

Vergleich der Gesundheitsausgaben in einzelnen Ländern

Die OECD-Länder befinden sich hinsichtlich der Erfassung der Gesamtgesundheitsausgaben gemäß den Abgrenzungen, wie sie im *OECD-Handbuch A System of Health Accounts (SHA)* vorgeschlagen werden, in unterschiedlichen Stadien. Das bedeutet, dass die

Vergleichbarkeit der in *OECD-Gesundheitsdaten 2005* wiedergegebenen Daten variiert. Die Vergleichbarkeit der funktionalen Aufschlüsselung der Angaben zu den Gesundheitsausgaben in *OECD-Gesundheitsdaten* hat sich in den vergangenen Jahren nach und nach verbessert. Sie ist jedoch (selbst unter Ländern, in denen die Gesamtausgaben mehr oder minder vergleichbar sind) auf Grund der Tatsache, dass die Datenerfassung mit den Verwaltungsstatistiken der Finanzierungssysteme verknüpft ist, immer noch begrenzt. So sind beispielsweise in Australien, Kanada und den Vereinigten Staaten in den stationären Ausgaben privat abgerechnete Honorare von Belegärzten nicht enthalten, während in Ländern wie Deutschland und den Niederlanden in den Ausgaben für stationäre Leistungen auch die in Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen inbegriffen sind. Unterschiedliche Praktiken bei der Einbeziehung der Langzeitpflege in die Gesundheits- und Sozialausgaben sind ein weiterer wichtiger Faktor, der die Datenvergleichbarkeit beeinträchtigt.

Im Hinblick auf die funktionale Aufschlüsselung der Gesundheitsausgaben in dieser Veröffentlichung wird deutlich, dass die ambulanten Ausgaben in einem umfassenden Sinn verwendet werden, um neben ambulanten Pflegeleistungen zur besseren Datenvergleichbarkeit auch Hilfsleistungen und die häusliche Pflege einbeziehen zu können. *OECD-Gesundheitsdaten 2005* enthält eine detailliertere Aufschlüsselung (wie in der oben stehenden Tabelle dargelegt).

Wegen weiterer Informationen vgl. „Note on General Comparability of Health Expenditure and Finance Data“ in *OECD-Gesundheitsdaten 2005*.

Bereinigung um Währungsunterschiede

Die auf nationalen Währungseinheiten basierenden Gesundheitsausgaben können zum Vergleich einiger Indikatoren, wie dem Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP und der Zuwachsrate der Gesundheitsausgaben im Zeitablauf, herangezogen werden.

Um aber sachdienliche Vergleiche der Gesundheitsausgaben zwischen Ländern zu einem gegebenen Zeitpunkt aufstellen zu können, ist es notwendig, die Daten von nationalen Währungseinheiten in eine gemeinsame Währung, wie den US-Dollar (US-\$), zu konvertieren. Sinnvoll ist es dabei auch, die Unterschiede in der Kaufkraft der nationalen Währungen im jeweiligen Land zu berücksichtigen. Zur Berechnung der Umwandlungsrate nationaler Währungen in US-\$-Kaufkraftparitäten (KKP) wird in den verschiedenen Ländern der Preis für denselben festen Korb von Waren und Dienstleistungen in nationaler Währung bestimmt und dann in US-\$ umgewandelt. Kostet beispielsweise ein identischer Waren- und Dienstleistungskorb in Kanada etwa 140 Kanadische Dollar (kan\$) und in den Vereinigten Staaten 100 US-\$, würde die KKP-Umwandlungsrate 1,4 kan\$ für 1 US-\$ betragen. Als am besten verfügbare und verlässlichste Umwandlungsraten wurden gesamtwirtschaftliche (BIP) KKP verwendet. Sie basieren auf einem umfassenden Korb von Waren und Dienstleistungen, die auf Grund ihres repräsentativen Charakters für alle Wirtschaftsaktivitäten ausgewählt wurden. Die Verwendung gesamtwirtschaftlicher KKP bedeutet, dass die resultierenden Abweichungen bei den Gesundheitsausgaben zwischen den Ländern nicht nur Unterschiede im Volumen der Gesundheitsleistungen widerspiegeln, sondern auch etwaige Abweichungen bei den Preisen für Gesundheitsleistungen im Verhältnis zu den BIP-Preisen zwischen den Ländern.

Die in US-\$ KKP umgerechneten Gesundheitsausgaben werden nicht um die Preisinflation bereinigt; entsprechend sind sie für Vergleiche der realen Wachstumsraten im Zeitablauf ungeeignet.

Bereinigung der Daten um die Preisinflation

Um einen sachdienlichen Vergleich der realen Wachstumsraten im Zeitablauf zu ermöglichen, müssen die nominalen Gesundheitsausgaben durch den Einsatz eines geeigneten Preisindex deflationiert (d.h. um die Inflation bereinigt) und auch nach der Bevölkerungszahl aufgeschlüsselt werden, um die realen Pro-Kopf-Ausgaben abzuleiten. Auf Grund der begrenzten Verfügbarkeit verlässlicher Preisindizes für Gesundheitsleistungen ist in dieser Veröffentlichung ein gesamtwirtschaftlicher (BIP) Preisindex verwendet worden (BIP-Preisniveau von 2000). An dieser Stelle sei daran erinnert, dass die Inflation im Gesundheitssektor generell höher ist als in der Gesamtwirtschaft.

ANHANG C

Liste der Variablen aus OECD-Gesundheitsdaten 2005

Teil 1: Gesundheitszustand	
Mortalität	<i>Ausgaben für die ambulante Versorgung</i>
<i>Lebenserwartung</i>	<i>Ausgaben für die häusliche Pflege</i>
<i>Todesursachen</i>	<i>Ausgaben für Hilfsleistungen</i>
<i>Mütter- und Kindersterblichkeit</i>	Ausgaben für medizinische Waren im ambulanten Bereich
<i>Potenziell verlorene Lebensjahre</i>	<i>Gesamtausgaben für medizinische Waren</i>
Morbidität	<i>Arzneimittel und sonstige medizinische Verbrauchsartikel</i>
<i>Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes</i>	<i>Therapeutische Hilfsmittel und sonstige medizinische Verbrauchsartikel</i>
<i>Säuglingsgesundheit</i>	Laufende Gesundheitsausgaben nach Anbieter
<i>Kongenitale Fehlbildungen</i>	Preisindex
<i>Zahngesundheit</i>	
<i>Übertragbare Krankheiten (HIV/AIDS)</i>	Teil 5: Finanzierung der Gesundheitsversorgung
<i>Krebs</i>	Gesundheitsausgaben nach Finanzträgern
<i>Verletzungen</i>	
<i>Fehlzeiten durch Krankheit</i>	Teil 6: Sozialer Schutz
	Sozialausgaben
	Krankenversicherungsschutz
Teil 2: Ressourcen des Gesundheitswesens	Teil 7: Arzneimittelmarkt
Gesundheitsberufe	Pharmaindustrie
Krankenhausbetten	Arzneimittelverbrauch
Verhältnis Beschäftigte/Betten	Arzneimittelabsatz
Medizintechnik	
Ausbildung zu Gesundheitsberufen	Teil 8: Nichtmedizinische Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustands
	Lebensstil und Verhaltensweisen
Teil 3: Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	<i>Ernährung</i>
Prävention (Impfschutz)	<i>Alkoholkonsum</i>
Konsultationen	<i>Tabakkonsum</i>
Inanspruchnahme der stationären Versorgung	<i>Körpergewicht und -struktur</i>
<i>Durchschnittliche Verweildauer</i>	Umwelt: Luftqualität
<i>Durchschnittliche Verweildauer: stationäre und akute Versorgung</i>	
<i>Durchschnittliche Verweildauer gemäß ICD</i>	Teil 9: Demographische Kennziffern
Krankenhausfälle	Allgemein
<i>Krankenhausfälle gemäß ICD</i>	Altersstruktur der Bevölkerung
Chirurgische Eingriffe	Erwerbsbevölkerung
<i>Chirurgische Eingriffe insgesamt</i>	Bildungsniveau
<i>Chirurgische Eingriffe gemäß ICD-CM</i>	
<i>Transplantationen und Dialysen</i>	Teil 10: Wirtschaftliche Kennziffern
Teil 4: Gesundheitsausgaben	Volkswirtschaftliche Indikatoren
Nationale Gesundheitsausgaben	Umrechnungskurs
<i>Gesamtgesundheitsausgaben</i>	
<i>Ausgaben für individuelle Gesundheitsversorgung</i>	Sonstige Tabellen
<i>Ausgaben für kollektive Gesundheitsversorgung</i>	Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem
<i>Prävention und öffentliche Gesundheit</i>	Lebenserwartung bei guter Gesundheit
<i>Ausgaben für die Verwaltungsleistungen und Krankenversicherung</i>	Lebenserwartung ohne Behinderungen
<i>Ausgaben für gesundheitsbezogene Leistungen</i>	Bevölkerung mit privatem Versicherungsschutz
Ausgaben für medizinische Leistungen	Bezahlung der Gesundheitsberufe
<i>Gesamtausgaben für die medizinische Versorgung nach Leistungen</i>	Zusätzliche Ausgabentabellen
<i>Ausgaben für die stationäre Versorgung</i>	

Weitere Informationen zu OECD-Gesundheitsdaten 2005 sind verfügbar unter: www.oecd.org/health/healthdata.

ANHANG D

Krankheits- und Verletzungskategorien und ICD-CODES

Die in *OECD-Gesundheitsdaten 2005* aufgeführten Todesursachen sind nachstehend in Verbindung mit dem entsprechenden Code der 9. und 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten aufgelistet.

Krankheits- und Verletzungskategorien	ICD-10	ICD-9
0. Alle Ursachen	A00-R99,V01-Y89	001-799, E800-E999
1. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99	001-139, 042-044
2. HIV-Krankheit	B20-B24	042-044
3. Bösartige Neubildungen (Krebs)	C00-C97	140-208
4. Bösartige Neubildung des Kolons, des Rektums, am Übergang vom Rektum zum Colon sigmoideum und des Anus	C18-C21	153-154
5. Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien und der Lunge	C33-C34	162
6. Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	C50	174
7. Bösartige Neubildung der Cervix uteri	C53	180
8. Bösartige Neubildung der Prostata	C61	185
9. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50-D89	279-289
10. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E89	240-279
11. Diabetes mellitus	E10-E14	250
12. Psychische und Verhaltensstörungen	F01-F99	290-319
13. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	G00-H95	320-389
14. Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	390-459
15. Ischämische Herzkrankheiten	I20-I25	410-414
16. Akuter Myokardinfarkt	I21,I22	410
17. Zerebrovaskuläre Krankheiten	I60-I69	430-438
18. Krankheiten des Atmungssystems	J00-J98	460-519
19. Grippe und Pneumonie	J10-J18	480-487
20. Bronchitis, Emphysem und Asthma	J40-J43,J45,J46	490-493
21. Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K92	520-579
22. Chronische Leberkrankheit und Zirrhose	K70,K73,K74,K76	571
23. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	L00-L98	680-709
24. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99	710-739
25. Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	580-629
26. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	O00-O99	630-676
27. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	P00-P96	760-779
28. Kongenitale Fehlbildungen	Q00-Q99	740-759
29. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	R00-R99	780-799
30. Externe Todesursachen	V01-Y89	E800-E999
31. Landtransportmittelunfälle	V01-V89	E810-E829
32. Stürze	W00-W19	E880-E888
33. Selbstverletzungen (Suizid)	X60-X84	E950-E959
34. Körperverletzung (Mord)	X85-Y09	E960-969
35. Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen	Y40-Y59	E930-E949
36. Zwischenfälle bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung	Y60-Y84	E870-E879

ORDER FORM

OECD Health Data 2005: Statistics and Indicators for 30 Countries

YES! Please send me the OECD Health Data 2005 CD-ROM

1. Enter your delivery details

Title (Prof./Dr./Mr./Ms.)..... First name Surname
Organisation
Address Post/ZIP Code
Country Tel.: Fax E-mail.....

2. Choose the correct price option

Single-user version (81 2005 07 3 C 1) ISBN 92-64-00876-4

For profit organisations..... € 325 US\$423 £ 219 ¥ 43 600

For non-profit organisations € 225 US\$293 £ 151 ¥ 30 200


Network version (81 2005 07 3 C 5) ISBN 92-64-00877-2

For profit organisations..... € 1 050 US\$1 365 £ 707 ¥ 140 800

For non-profit organisations € 895 US\$1 164 £ 602 ¥ 120 000

3. Enter method of payment


 Cheque/Eurocheque enclosed (please make payable to OECD)

 Please invoice me. Purchase order No.

 Please charge my credit card: AMEX VISA MASTERCARD

Card number Expiry date

Today's date Signature.....

 Please send me details on your related publications

4. Post, fax or e-mail your order to:

Turpin Distribution Services Limited

Stratton Business Park, Pegasus Drive

Biggleswade, Bedfordshire SG18 8QB - UK

Tel.: +44 (0)1767 604960 – Fax: +44 (0)1767 604640

E-mail : oe.cdrow@turpin-distribution.com

The database OECD Health Data 2005 is also available online: go to SourceOECD (<http://new.sourceoecd.org/>) for more information

Browse OECD titles online at www.oecdbookshop.org

For more information, contact sales@oecd.org

To find out more about health research at OECD, visit www.oecd.org/health/healthdata

Organisation for Economic Co-operation and Development

2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France

www.oecd.org

OECD PUBLICATIONS, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
PRINTED IN FRANCE
(81 2005 17 5 P) ISBN 92-64-01247-8 - No. 54486 2005

Gesundheit auf einen Blick

OECD INDIKATOREN 2005

Fortschritte im Bereich der Gesundheitsversorgung und bei der Entwicklung neuer Medikamente haben zu den stetigen Verbesserungen im Gesundheitsstatus beigetragen, die den OECD-Ländern in den letzten Jahrzehnten zugute gekommen sind. Gleichzeitig sind die Gesundheitsausgaben höher denn je und beanspruchen einen immer größeren Anteil des Volkseinkommens. Derzeit belaufen sich die Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern im Durchschnitt auf nahezu 9% des BIP, gegenüber rd. 7% im Jahr 1990 und knapp über 5% im Jahr 1970.

In fast allen OECD-Ländern wird der größte Teil der Gesundheitsausgaben vom öffentlichen Sektor bestritten. Angesichts steigender Gesundheitskosten suchen die Regierungen in vielen Ländern Mittel und Wege zur Verlangsamung des Wachstums der öffentlichen Ausgaben, bemühen sich gleichzeitig aber um eine Erhöhung der Kosteneffizienz der Gesundheitsversorgung.

Diese dritte Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick – OECD-Indikatoren 2005* stellt die neuesten vergleichbaren Daten und Trendentwicklungen bei unterschiedlichen Leistungsaspekten der Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern vor. Die Publikation verdeutlicht anhand von frappierenden Beispielen, dass es in den Ländern bei den Indikatoren für den Gesundheitszustand und die Gesundheitsrisiken wie auch in Bezug auf die Kosten, die Ressourcenallokation und die Leistungen der Gesundheitssysteme große Unterschiede gibt. Im Vergleich zu den früheren Ausgaben enthält sie einen erweiterten Katalog an Indikatoren zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, worin sich das wachsende Interesse der Politikverantwortlichen an einem ausgewogeneren Verhältnis zwischen Prävention und Gesundheitsversorgung widerspiegelt.

Jeder Indikator in der Veröffentlichung wird in einem nutzerfreundlichen Format präsentiert; dieses besteht aus Abbildungen, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf bestehende Unterschiede veranschaulichen, Kurzkomentaren der wichtigsten Ergebnisse der Datenauswertung sowie einem Kasten zur Methodik mit einer Definition des Indikators. Außerdem bietet ein statistischer Anhang ergänzende Daten zu diesen Indikatoren, bei denen es sich häufig um Langzeitreihen handelt, die bis zum Jahr 1960 zurückgehen können.

Als Grundlage der Veröffentlichung dienen die *OECD-Gesundheitsdaten 2005*, die umfassendste Datenbank zu Gesundheitsfragen und Gesundheitssystemen in den 30 OECD-Mitgliedsländern. Verfügbar sind die *OECD-Gesundheitsdaten 2005* online unter www.SourceOECD.org oder als CD-Rom, die über den OECD Online-Bookshop (www.oecd.org/bookshop) bezogen werden kann.

www.oecd.org/health

OECD



OECD PUBLISHING

ISBN 92-64-01247-8
81 2005 17 5 P



9 789264 012479

2005