

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK

Ausgabe 2009



Statistisches Bundesamt

Herausgeber :

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Autorin:

Manuela Nöthen

manuela.noethen@destatis.de

Redaktion & Gestaltung:

Statistisches Bundesamt

Erschienen im Januar 2010

Bestellnummer: 0120011-09900-1

Fotorechte:

Umschlag © Veer Incorporated/Healthy Urban Couples (einschl. Rücken)

Seite 7 © emma75/photocase.com

Seite 9 © Vivid Pixels - Fotolia.com

Seite 11, 15, 17, 19, 31, 35 © Medical Matters/Mike Watson Images Ltd

Seite 13 © SyB - Fotolia.com

Seite 21 © iStockphoto.com/Stephen Pell

Seite 22 © iStockphoto.com/Milos Luzanin

Seite 23 © Christian v. Massow/photocase.com

Seite 25 © stop-sells/photocase.com

Seite 26 © iStockphoto.com/Cliff Parnell

Seite 27 © iStockphoto.com/pederk

Seite 29 © PinkShot - Fotolia.com

Seite 33 © Natalie Bratslavsky - Fotolia.com

Seite 37 © emeraldphoto - Fotolia.com

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1 Alles fit? Fakten zur gesundheitlichen Lage in Deutschland	6
2 Umbrüche im Klinik- und Praxisalltag? Die Gesundheitsversorgung	14
3 Von riskant bis förderlich: Lebensstil und gesundheitsrelevantes Verhalten	22
4 Teures Gut Gesundheit? Ausgaben, Kosten und Finanzierung	30
Glossar	38



Einleitung

Bestimmt wissen Sie bereits, dass Frauen – statistisch gesehen – länger leben als Männer. Auch dass der Kostendruck im Gesundheitswesen steigt, ist nichts Neues – davon haben Sie in der Vergangenheit vielleicht schon gehört, gelesen oder darüber diskutiert. Aber: Wussten Sie, wie sich viele Fachleute den Geschlechterunterschied bei der durchschnittlichen Lebenserwartung erklären? Oder ist Ihnen bekannt, durch welche Erkrankungen die Kosten im Gesundheitswesen zuletzt besonders deutlich gestiegen sind?

Doch mehr Fragen als Antworten?

... dann könnte Sie diese Broschüre interessieren: Anhand ausgewählter Fakten gibt sie einen Einblick in das deutsche Gesundheitswesen und das Datenangebot der amtlichen Gesundheitsstatistik. Angefangen bei der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung über die Gesundheitsversorgung, den Lebensstil bis hin zu den ökonomischen Rahmenbedingungen. Die Daten zeigen: Gesundheit begleitet uns ein Leben lang vom Kindes- bis zum Rentenalter. Auf individueller Ebene bestimmt sie subjektives Wohlbefinden, Lebensqualität und Gestaltungsmöglichkeiten unseres persönlichen Lebensumfelds. Auf gesellschaftlicher Ebene beeinflusst die Gesundheit Produktivität und Wohlstandsniveau, ermöglicht eine Teilhabe am

sozialen Leben und eröffnet Märkte und Beschäftigungsmöglichkeiten. Aus ökonomischer Sicht wird Gesundheit weiterhin vor allem als Kostenfaktor – nicht zuletzt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – wahrgenommen und thematisiert. Die vorliegende Broschüre streift beispielhaft eine Auswahl dieser Aspekte: Vielleicht kann die eine oder andere Information zu einer Diskussion beitragen oder Ihre Neugier wecken, sich mit dem Thema in Zukunft noch etwas intensiver zu beschäftigen.

Auf Online-Expedition: Per Mausklick zum Datenschatz

Reichen Ihnen die Antworten auf den folgenden Seiten nicht aus? Dann gehen Sie einfach selbst auf die Suche nach der richtigen Information, zum Beispiel online im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE) unter www.gbe-bund.de. Das IS-GBE ist eine Online-Datenbank mit einer Fülle an Informationen zum Thema Gesundheit. Dort sind über eine Milliarde Ziffern aus mehr als 100 Datenquellen gespeichert – die Gesundheitsdaten des Statistischen Bundesamtes inbegriffen. Die Inhalte werden in gestaltbaren Tabellen, anschaulichen Grafiken, verständlichen Texten und interaktiven Deutschlandkarten übersichtlich und nutzer-

freundlich präsentiert. Das Beste daran: Das System steht jedem offen – die Nutzung ist kosten- und barrierefrei.

Immer noch nicht genug?

... dann können Sie auch im Internetangebot des Statistischen Bundesamtes unter www.destatis.de recherchieren. Hier finden Sie – neben unseren Gesundheitsdaten – Informationen aus rund 380 Bundesstatistiken.

1 Alles fit? Fakten zur gesundheitlichen Lage in Deutschland

1.1 Gesundheit und Lebenserwartung: Wie geht's den Deutschen?

Wie geht's? Eine alltägliche Frage, die meist schnell beantwortet ist: Gut! So antworteten im Jahr 2006 auch 47 % der Bevölkerung, 14 % bezeichneten ihren allgemeinen Gesundheitszustand sogar als sehr gut. Zu ihrem subjektiven Gesundheitsempfinden hatte das Statistische Bundesamt in „LEBEN IN EUROPA“ bundesweit knapp 26 000 Menschen befragt. Alle hierzu Befragten waren 16 Jahre und älter. Welche weiteren Ergebnisse informieren über den Gesundheitszustand hierzulande?

Zum Einstieg: Ausgewählte Daten

Am Jahresende 2007 lebten in Deutschland rund 82,2 Millionen Menschen. 6,9 Millionen waren anerkannt schwerbehindert und knapp 2,3 Millionen im Sinne des SGB XI anerkannt pflegebedürftig. Im Jahresverlauf wurden 17,6 Millionen Krankenhausbehandlungen mit durchschnittlich 8,3 Tagen Aufenthalt durchgeführt. Die Daten zeigen weiter: Rund 827 000 Menschen verstarben, wobei Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einem Anteil von 43 % und Krebs mit 26 % zu den Haupttodesursachen zählten. 4 % aller Sterbefälle waren auf nicht-natürliche Todesursachen zurückzuführen – also Unfälle, Suizide oder Vorsatz.

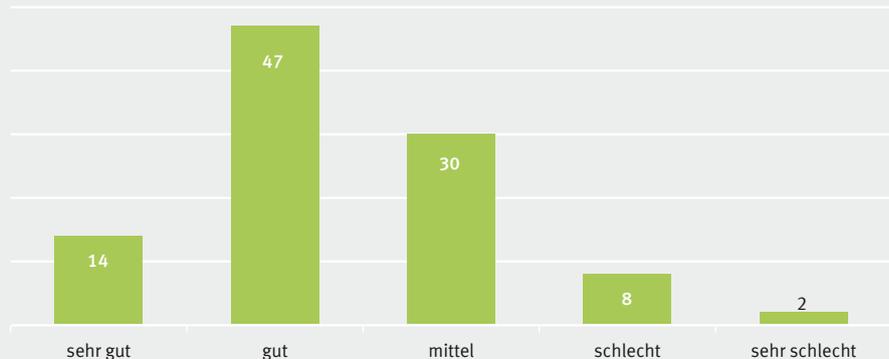
Statistisch gesehen: Welche Krankheiten verkürzen das Leben?

Ein Kernindikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist die durchschnittliche Lebenserwartung. In Deutschland hat sie sich seit Veröffentlichung der ersten allgemeinen Sterbetafel 1871/1881 mehr als verdoppelt. 2005/2007 betrug sie bei neugeborenen Jungen 76,9 und bei neugeborenen Mädchen 82,3 Jahre. Die Statistik

zeigt auch, welche Krankheiten einen besonders großen Einfluss auf die Lebenserwartung ausüben: Könnten beispielsweise Sterbefälle durch Krebs verhindert werden, würden Männer durchschnittlich 2,1 und Frauen 1,7 Lebensjahre hinzugewinnen. Noch höher wäre die Lebenserwartung ohne Sterbefälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen: In diesem Fall würden Männer im Schnitt 4,7 und Frauen 6,1 Jahre länger leben.

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands 2006

in %



Befragte 16 Jahre und älter.

Frauenleben: Gesünder und länger?

Bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts überschritt die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen die der Männer: Damals betrug der Abstand bei Geburt 2,9 Jahre, heute sind es 5,4 Lebensjahre. Fachleute führen das nicht allein auf biologische Unterschiede zurück, sondern auch auf ein unterschiedliches Gesundheitsbewusstsein und -verhalten der Geschlechter. Mit einem höheren Alkohol- und Tabakkonsum sowie verstärktem Übergewicht leben Männer einen risikoreicheren Lebensstil. Weitere Hinweise gibt die Todesursachenstatistik 2007: Männer sterben häufiger und jünger als Frauen durch Unfälle – im Mittel betrug der Altersabstand 17,4 Jahre. Auch Suizid kommt bei Männern öfter vor: Im Vergleich zu den Frauen begingen sie rund dreimal so häufig Suizid, wobei sie im Schnitt 4,7 Jahre jünger waren.



1 Alles fit? Fakten zur gesundheitlichen Lage in Deutschland

1.2

„Hauptsache gesund!“ – Alles rund um den Nachwuchs

„Hauptsache gesund!“, so lautet gewöhnlich der Kommentar werdender Eltern zur bevorstehenden Geburt ihres Nachwuchses. Auch wenn das Gesundheitswesen eine intensive medizinische Betreuung vor, während und nach der Schwangerschaft anbietet, ein gesundes Kind ist keine Selbstverständlichkeit.

Baby an Bord: Rund 685 000-mal Leon, Marie & Co

Im Jahr 2007 wurden bundesweit rund 352 000 Jungen und 333 000 Mädchen lebend geboren. Darunter waren 10 829 Zwillings-, 247 Drillings- und acht sonstige Mehrlingsgeburten. Gut neun von zehn Babys waren mit einem Geburtsgewicht von 2 500 Gramm oder mehr normalgewichtig. Medizinisch betreut wurde der Nachwuchs von etwa 19 000 Hebammen und 16 000 Fachärztinnen oder -ärzten für Frauen- und Geburtshilfskunde. Die Aussichten sind für unsere Kinder – statistisch gesehen – so günstig wie nie zuvor: Im Durchschnitt betrug die Lebenserwartung zu diesem Zeitpunkt für neugeborene Jungen 76,9 Jahre und für neugeborene Mädchen 82,3 Jahre.

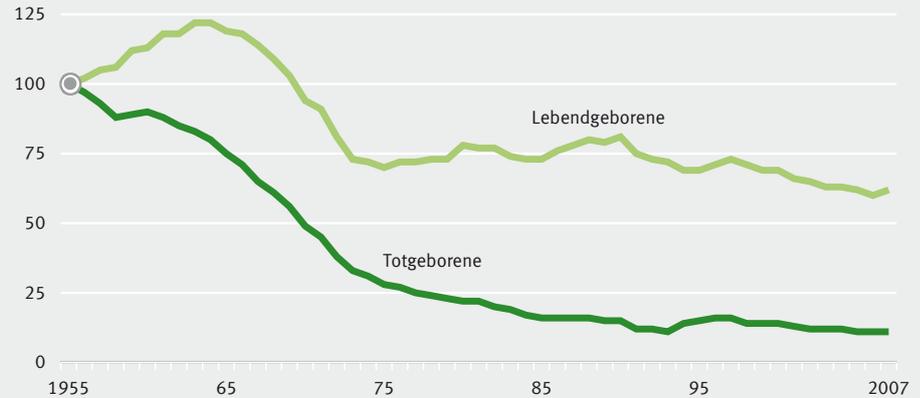
Die Geburt: Meist in der Klinik und immer öfter per Kaiserschnitt

Auf der Geburtsstation einer Klinik entbanden im Jahr 2007 rund 664 000 Frauen. Damit lag der Anteil stationärer Entbindungen bei 98 %. Gegenüber 1997 sind die Klinikgeburten – ebenso wie die Geburten deutschlandweit – um 16 % zurückgegangen. Gleichzeitig sind Kaiserschnittgeburten immer häufiger geworden: Von 1997 bis 2007

stieg ihr Anteil an allen Klinikgeburten von 19 % auf 29 %. Daten der Internationalen Organisationen zeigen: Der Trend zum Kaiserschnitt ist auch in anderen Staaten zu beobachten, zum Beispiel in Kanada, Italien, Spanien, Schweden oder im Vereinigten Königreich.

Entwicklung der Lebend- und Totgeborenen seit 1955

1955 = 100



Gefürchtet, aber selten: Fröhschäden und Sterbefälle

1,6% aller lebend geborenen Säuglinge – das waren 10 930 Babys – mussten im Jahr 2007 noch im Geburtsmonat wegen angeborener Fehlbildungen, Deformitäten oder Chromosomenanomalien vollstationär behandelt werden. Deformitäten der Hüfte, Fehlbildungen der Herzscheidewände (Herzsepten) und Deformitäten der Füße traten dabei am häufigsten auf. Zusammen lag der Anteil dieser drei Diagnosen bei 44% aller behandelten Fälle.

Neben diesen frühen Schäden sind die Säuglingssterbefälle für alle Beteiligten mit besonders viel Leid verbunden: Die perinatale Sterblichkeit gibt die Zahl der Kinder an, die vor, während oder in den ersten sieben Tagen nach der Geburt versterben. Im Jahr 2007 zählten dazu insgesamt 3 795 Kinder oder 5,5 Säuglinge je 1 000 Lebend- und Totgeborene. Im Jahr 1955 hatte die perinatale Sterblichkeit noch bei 43,3 Fällen je 1 000 Lebend- und Totgeborene gelegen. Damals verstarben insgesamt 36 257 Säuglinge. Das waren – obwohl sich die Angaben auf das frühere Bundesgebiet beziehen – fast zehnmal so viele Kinder wie heute.



1 Alles fit? Fakten zur gesundheitlichen Lage in Deutschland

1.3

Gesundheit im Job: Immer aktiv, dynamisch und fit?

Krankheiten sind für den Einzelnen oft mit Einschränkungen verbunden. Krankheiten haben aber auch Folgen für die gesamte Gesellschaft. Ein Beispiel dafür ist der Arbeitsmarkt: Krankheitsbedingt geht hier wertvolle Arbeitskraft verloren. Andererseits beeinflussen Arbeitsbedingungen die Gesundheit, mitunter das weitere Leben der Beschäftigten, etwa durch Unfälle am Arbeitsplatz. Wie häufig sind Erwerbstätige von Krankheit und Unfällen betroffen? Und wo kann Prävention ansetzen, um gesundheitliche und wirtschaftliche Schäden zu verringern?

Nachgefragt: Krank oder gesund?

In der Mikrozensus-Befragung 2005 gaben 9% der Erwerbstätigen an, in den letzten vier Wochen vor der Befragung krank oder unfallverletzt gewesen zu sein. Am häufigsten erklärten dies Arbeiterinnen oder Arbeiter (10%) und Beamtinnen oder Beamte (10%), am seltensten Selbstständige und mithelfende Familienangehörige (7%). Bei gut einem Drittel der Betroffenen war die gesundheitliche Beeinträchtigung langwierig und dauerte ein Jahr oder länger. Kurzzeitig mit bis zu drei Tagen war sie bei einem Zehntel der

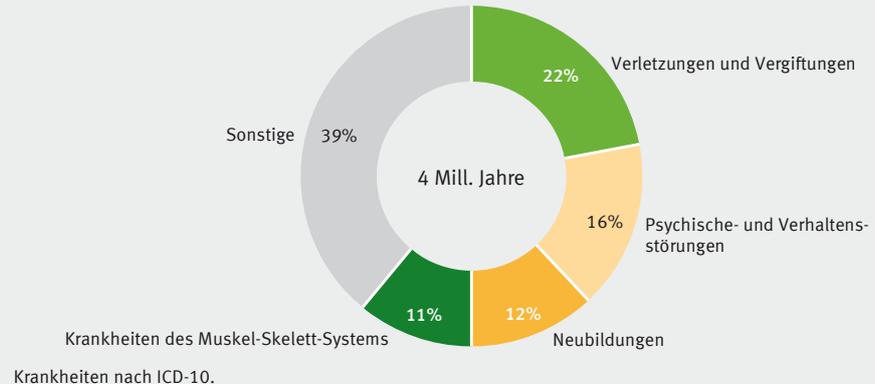
Betroffenen. Nach eigenen Angaben waren 87% der Betroffenen in medizinischer Behandlung, und zwar überwiegend ambulant bei einem Arzt.

Tragisch für Betroffene und Angehörige: Unfalltod am Arbeitsplatz

Die amtliche Statistik verzeichnete für das Jahr 2007 bundesweit 448 Arbeitsunfälle mit tödlichem Ausgang. Die betroffenen Unfallopfer waren dabei jünger als viele andere Verstorbene mit vermindertem Sterbealter, etwa durch Suizide

oder alkoholbedingte Erkrankungen. Im Mittel betrug das Sterbealter bei Arbeitsunfällen 46,8 Jahre und lag damit 29,9 Jahre unter dem allgemeinen Durchschnitt. Besonders gefährdet sind Männer: 94% der Betroffenen waren männlich, 76% aller Verunglückten waren Männer im Alter von 25 bis 64 Jahren. Positiv ist, dass seit dem Jahr 2000 die Gesamtzahl der tödlichen Arbeitsunfälle um 26% gesunken ist.

Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach Krankheitsklassen 2006



Nicht nur für Arbeitgeber informativ: Verluste für die Wirtschaft

Der wirtschaftliche Schaden durch Krankheiten und Unfälle ist nicht zu unterschätzen: Im Jahr 2006 gingen dadurch am Arbeitsmarkt je Erwerbstätigem rund 37 Kalendertage verloren. Zusammen waren das rund 4 Millionen verlorene Erwerbstätigkeitsjahre. Arbeitsausfälle durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod vor dem 65. Lebensjahr sind darin enthalten. Warum? Man nimmt an, dass sie prinzipiell vermeidbar und für Interventionen besonders geeignet sind. Den höchsten Anteil am Arbeitsausfall hatten Verletzungen und Vergiftungen mit 22%. Dahinter folgten mit Abstand psychische und Verhaltensstörungen mit 16%, Neubildungen mit 12% und Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 11%. Seit 2002 ist der Arbeitsausfall laut Krankheitskostenrechnung rückläufig, damals gingen noch rund 42 Kalendertage je Erwerbstätigem verloren.



1 Alles fit? Fakten zur gesundheitlichen Lage in Deutschland

1.4

Gesundheit im Alter: Langes Leben, aber wie?

Statistisch gesehen hat ein heute 65-jähriger Mann mit 16,9 Lebensjahren gut ein Fünftel seines Lebens vor sich, eine gleichaltrige Frau mit 20,3 Lebensjahren sogar fast ein Viertel. Diese fernere Lebenserwartung konnte in den letzten 40 Jahren kontinuierlich gesteigert werden – bei Männern um 38 % und bei Frauen um 35 %. In welcher Gesundheitsverfassung verbringen die Menschen das Alter heute?

Älterwerden: Nicht ohne Beeinträchtigungen, aber oft zu Hause

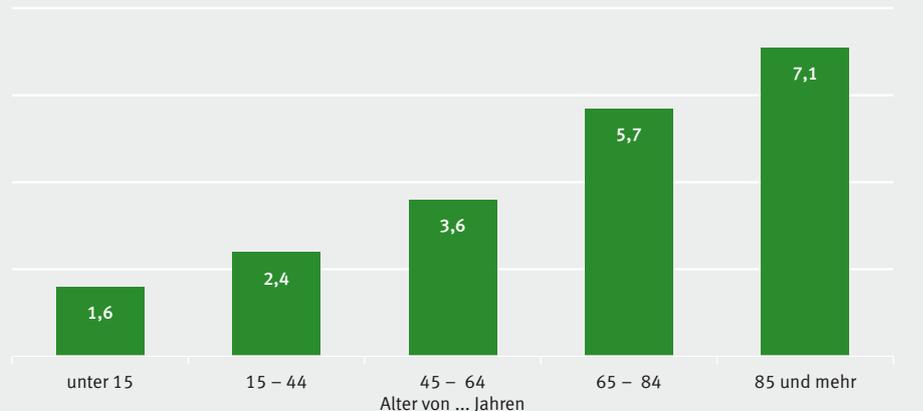
Am Jahresende 2007 lebten in Deutschland 16,5 Millionen Menschen im Alter von 65 Jahren und mehr – das waren rund 20 % der Bevölkerung. Davon war knapp jede vierte Person nach dem Gesetz als schwerbehindert anerkannt, etwa jede zehnte bezog nach dem SGB XI Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Jede 25. Person ab 65 Jahren war anerkannt pflegebedürftig und lebte in einem Pflegeheim. In den anderen Fällen konnte die Unterbringung der Menschen ab 65 Jahren zu Hause gesichert werden – durch Selbstversorgung, mithilfe ambulanter Pflegedienste, Angehöriger oder Anderer.

Im Krankenhaus: Mehrfacherkrankungen und Komplikationen

7,4 Millionen Menschen ab 65 Jahren nahmen im Jahr 2007 eine Krankenhausbehandlung in Anspruch – mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von zehn Tagen. Die Statistik zeigt: Ältere leiden häufiger als jüngere Menschen an Mehrfacherkrankungen (Multimorbiditäten) und Komplikationen bei der stationären Behandlung.

Bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr wurden im Krankenhaus zusätzlich zur Hauptdiagnose durchschnittlich 1,6 Nebendiagnosen festgestellt, ab dem 85. Lebensjahr waren es dagegen 7,1. Dabei steht im Alter die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs im Vordergrund, eine Sonderrolle spielen auch Verletzungen und Krankheiten des Bewegungsapparates. Zu den häufigsten Behandlungsanlässen im Krankenhaus

Nebendiagnosen je Krankenhausfall nach Alter 2007



zählten im Jahr 2007 Herzschwäche (Insuffizienz), Herzenge (Angina pectoris) und intrakranielle Verletzungen (z. B. Gehirnerschütterung).

Thema: Erhöhte Suizidgefahr im Alter?

Aus der Todesursachenstatistik 2007 geht hervor: Über ein Drittel aller Suizide wurden ab dem 65. Lebensjahr verübt – das entsprach 3 384 registrierten Fällen. Suizide waren in diesem Alter mit 20,6 Sterbefällen je 100 000 Einwohner doppelt so häufig wie bei den Jüngeren. Die Ergebnisse zeigen, dass die Sterbeziffer durch Selbsttötungen ab dem 65. Lebensjahr stetig zunimmt und ab dem 90. Lebensjahr mit 31,2 je 100 000 Einwohner ihren Höchststand erreicht. Im Vergleich zu den Haupttodesursachen sind Alterssuizide jedoch selten: Am häufigsten verstarben über 64-Jährige an natürlichen Todesursachen wie chronische ischämische Herzkrankheit (Sterbeziffer je 100 000 Einwohner: 442,0), akuter Myokardinfarkt (297,1) und Herzinsuffizienz (293,3).



2 Umbrüche im Klinik- und Praxisalltag? Die Gesundheitsversorgung

2.1 Die Leistungserbringer: Unternehmerisch Denken?

Das deutsche Gesundheitswesen steht angesichts des demografischen Wandels verstärkt vor der Herausforderung, Patientenwohl und Wirtschaftlichkeit miteinander in Einklang zu bringen. Eine Folge davon sind Umbrüche in der Versorgungslandschaft, so auch im Krankenhauswesen: Welche Umstrukturierungsprozesse schlagen sich dort in der Statistik nieder?

Trends: Schließungen und Privatisierungen von Kliniken

In der deutschen Krankenhauslandschaft gibt es einen eindeutigen Trend: Von 1991 bis 2007 ging die Zahl der Krankenhäuser um 13 % bzw. 324 Einrichtungen zurück. Deutschlandweit gab es somit im Jahr 2007 noch 2 087 Krankenhäuser. Zurückzuführen ist diese Entwicklung in erster Linie auf Schließungen, Fusionen oder Umwidmungen von Kliniken. Gleichzeitig wurde der Krankenhaussektor zunehmend privatisiert. Mit dem allgemeinen Rückgang der Einrichtungen verdoppelte sich – vor allem zulasten der öffentlichen Träger – der Anteil privater Krankenhäuser. Die Folge: Ihr Marktanteil lag mit 30 % im Jahr 2007 inzwischen fast ebenso hoch wie der Anteil der öffentlichen Häuser mit 32 %.

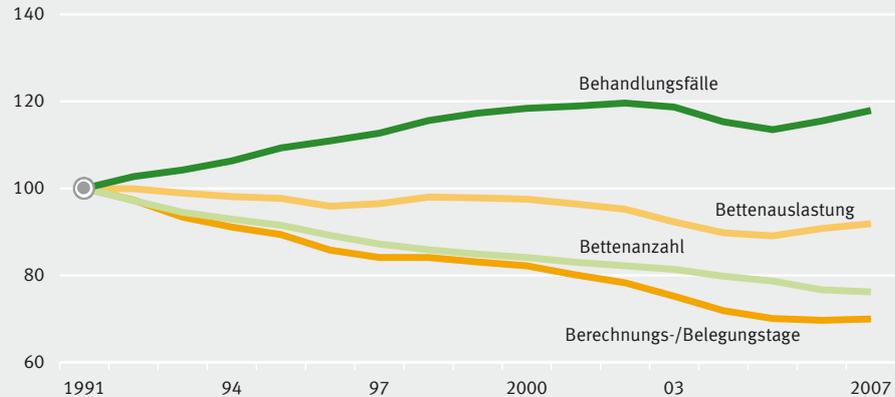
Kürzere Liegezeiten: Reaktion auf Kostendruck und medizinisch-technischen Fortschritt?

Von 1991 bis 2007 gab es im Krankenhausbereich weitere – teils gegenläufige – Entwicklungen: So wurden kontinuierlich Betten abgebaut, während die Zahl der Behandlungsfälle anstieg. Ein Widerspruch? Nicht vor dem Hintergrund der verkürzten Liegezeiten im Krankenhaus: Von 1991 bis 2007

ging das Volumen der Behandlungstage um insgesamt 30 % zurück. Ein Grund dafür ist – neben dem medizinisch-technischen Fortschritt – der gestiegene Kostendruck im Gesundheitswesen: Im Zuge der Einführung neuer Krankenhausfinanzierungsformen wurde eine Verkürzung der Liegezeiten für die Krankenhäuser meist erst rentabel. Vor diesem Hintergrund konnten weder das Wachstum der Behandlungsfälle, noch der Betten-

Entwicklung ausgewählter Indikatoren im Krankenhaussektor 1991 bis 2007

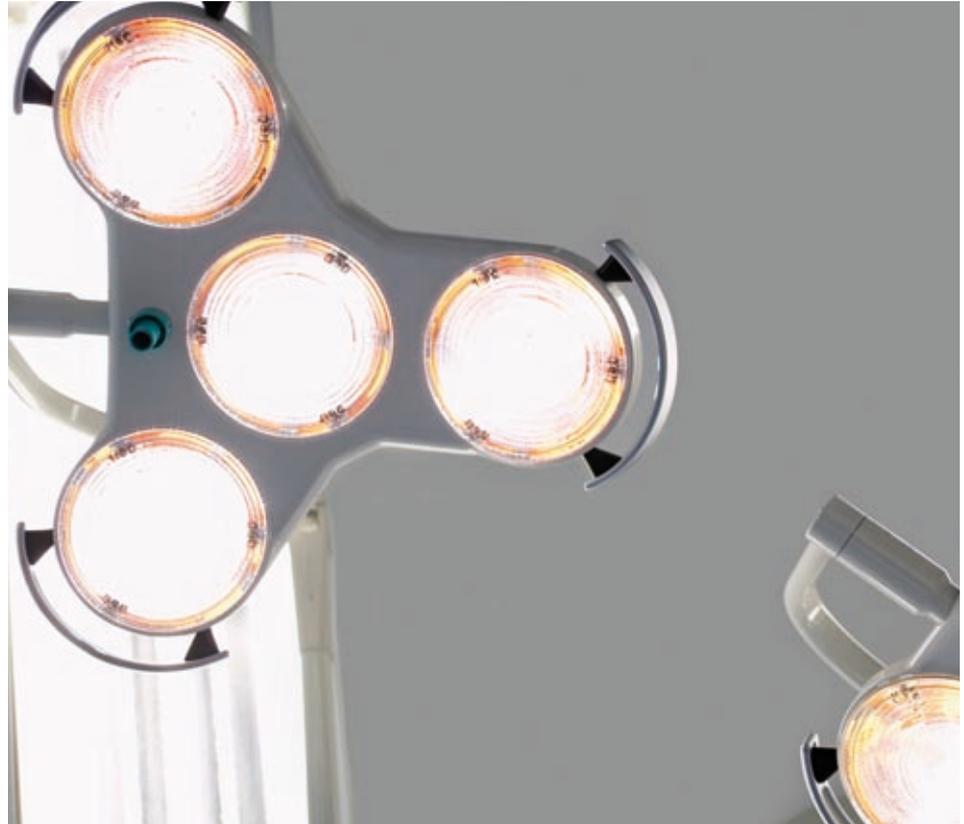
1991 = 100



abbau den Rückgang der Liegezeiten ausgleichen, denn: Im Schnitt waren die aufgestellten Betten im Jahr 2007 seltener belegt als 1991 – seitdem war die Bettenauslastung von 84,1 % auf 77,2 % zurückgegangen.

Im Kommen? Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Ambulante Operationen zeichnen sich dadurch aus, dass die Betroffenen die Nacht vor und die Nacht nach der Operation nicht im Krankenhaus – also meist zu Hause – verbringen. Oft ist das im Sinne der Patientinnen und Patienten und in der Regel spart es Kosten. Im Jahr 2007 wurden deutschlandweit rund 1,6 Millionen Operationen ambulant in einem Krankenhaus durchgeführt. Das entspricht gegenüber 2002 einer Steigerung um 185 %. Auch die Zahl der Einrichtungen, die solche Operationen anbieten, ist gestiegen: Im Jahr 2007 zählten dazu rund 1 300 Krankenhäuser – das waren 24 % mehr als 2002.



2 Umbrüche im Klinik- und Praxisalltag? Die Gesundheitsversorgung

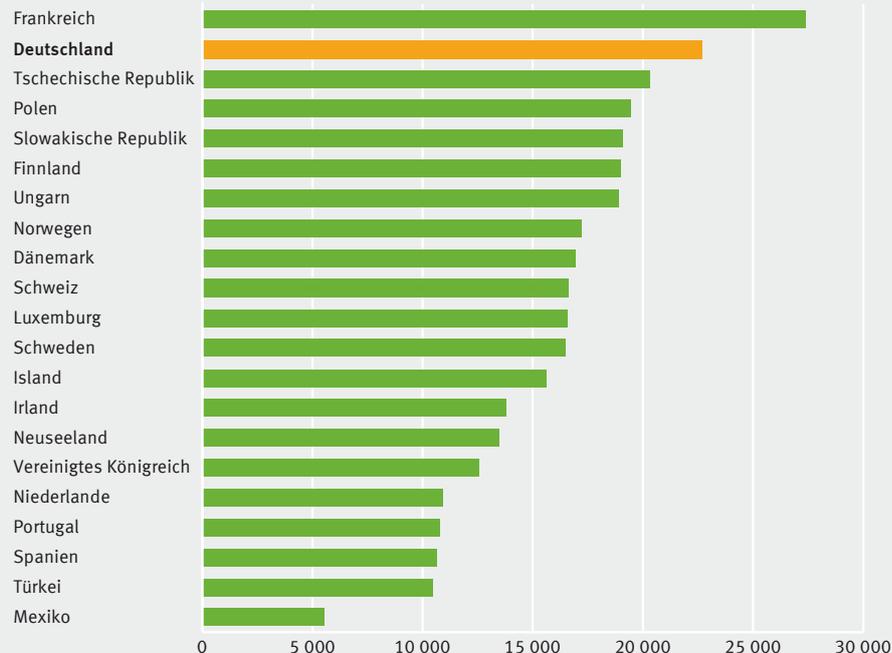
2.2 Unterschiede in der Versorgung der Bevölkerung?

Gesundheit ist wichtig für unser persönliches Wohlbefinden und unsere unmittelbare Lebenszufriedenheit. Bei Beschwerden einen Arzt oder eine Klinik aufzusuchen ist für die meisten von uns selbstverständlich. Wie ist es hier und anderswo um die Gesundheitsversorgung bestellt?

Krankenhausaufenthalte: Häufig oder selten?

Im Laufe des Jahres 2007 wurden in Deutschland 22 693 Patientinnen und Patienten je 100 000 Einwohner aus einem Krankenhaus bzw. einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entlassen, mit Stundenfällen waren es sogar 23 293 Personen. Damit ist die Inanspruchnahme des stationären Sektors in Deutschland offensichtlich höher als in vielen anderen Ländern: Verglichen mit den Daten von 19 weiteren zu diesem Zeitpunkt verfügbaren OECD-Ländern lag Deutschland hinter Frankreich auf Rang zwei. Ein Grund für die erhöhte Inanspruchnahme des stationären Sektors in Deutschland: Diverse Behandlungen, die in anderen Ländern ambulant erfolgen, werden hierzulande stationär durchgeführt. Das könnte sich in Zukunft ändern – einen Hinweis darauf liefert der Trend zum ambulanten Operieren im Krankenhaus.

Entlassungen aus dem Krankenhaus, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung 2007
je 100 000 Einwohner



In Finnland, Frankreich und dem Vereinigten Königreich einschl. Stundenfällen.
Quelle: OECD Health Data 2009.

Krankenversicherung: Bald bundesweit für alle?

Laut Mikrozensus-Befragung waren im Jahr 2007 bundesweit mehr als 99% der Bevölkerung krankenversichert. Auch wenn der Nichtversichertenanteil gering war, von 1999 bis 2007 stieg er um rund ein Drittel. Die Gesundheitsreform 2007 erleichtert Betroffenen die Rückkehr ins System und lässt daher wieder einen Rückgang dieses Anteils erwarten. Auswertungen für 2007 zeigen, wer auf eine Krankenversicherung verzichtete: Die Betroffenen waren überdurchschnittlich häufig männlich, ohne Schulabschluss, erwerbslos oder als Selbstständige bzw. mithelfende Familienangehörige tätig. Und, sie besetzten häufiger als der Durchschnitt die unteren Einkommensklassen von bis zu 1 300 Euro netto im Monat.

Ärztedichte: Ost-West-Annäherung?

Im Zeitverlauf ist die Ärztedichte in beiden Teilen Deutschlands gestiegen, wobei sich der Ost-West-Unterschied laut Bundesärztekammer kontinuierlich verringerte: Gemäß Ärztestatistik 2007 entfielen auf 100 000 Einwohner in den neuen Ländern im Schnitt 341 berufstätige Ärztinnen und Ärzte. Im früheren Bundesgebiet (einschl. Berlin) war diese Dichte mit 391 Ärztinnen und Ärzten je 100 000 Personen dagegen deutlich höher. Ein Blick in die Vergangenheit macht deutlich, dass

das Ost-West-Gefälle früher noch stärker war: 1991 kamen auf 100 000 Personen in Ostdeutschland durchschnittlich 246 berufstätige Ärztinnen und Ärzte, während es in Westdeutschland 319 waren. Seitdem ist die Ärztedichte bis zum Jahr 2007 im Osten um 38% gestiegen – deutlich stärker als im Westen (+ 23%). Dazu beigetragen hat auch der Bevölkerungsrückgang in Ostdeutschland.



2 Umbrüche im Klinik- und Praxisalltag? Die Gesundheitsversorgung

2.3 Gesundheitswesen: Branche mit Zukunft?

Das Gesundheitswesen gilt als Zukunftsbranche, die auch in Krisenzeiten boomt. Im Jahr 2007 war jeder zehnte Arbeitsplatz im Gesundheitssektor angesiedelt. Wohin geht die Entwicklung? Und wie sind die Rahmenbedingungen für das Personal, etwa bei den Arbeitszeiten oder beim beruflichen Aufstieg?

Jobs rund um die Gesundheit: Krisensicher?

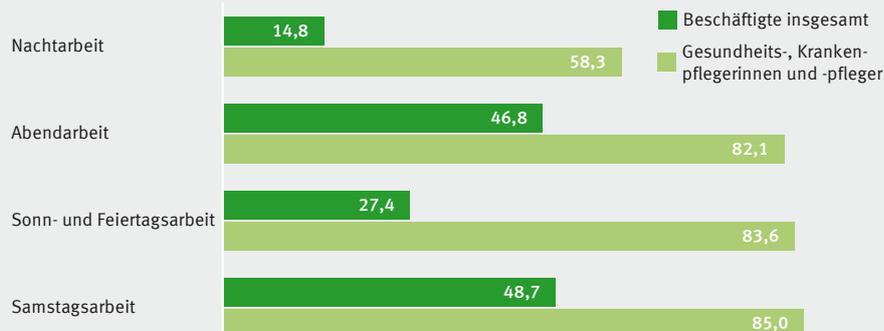
Im Jahr 2007 stellte das Gesundheitswesen mit knapp 4,4 Millionen Arbeitsplätzen 6,4 % mehr Stellen zur Verfügung als 1997. Da der Stellenzuwachs vor allem zulasten der Vollzeit-tätigen ging, blieb das Beschäftigungsvolumen aber weitgehend stabil. Dennoch, einzelne Berufe im Gesundheitswesen boomen: Bei den Sozial- und Gesundheitsdienstberufen stieg mit den Arbeitsplätzen auch deutlich das Beschäftigungsvolumen. Diesem Plus stand jedoch ein Beschäftigungsrückgang in den anderen Berufen des Gesundheitswesens gegenüber, also z. B. beim Küchen- oder Reinigungspersonal eines Krankenhauses. Hauptgrund: Gesundheitsfremde Dienstleistungen werden verstärkt aus dem Gesundheitswesen ausgelagert und gehen der Branche daher verloren.

Für viele Beschäftigte Alltag: Arbeiten, wenn andere frei haben

So wichtig eine Rundum-Versorgung der Gesundheit für die Bevölkerung ist, für viele Beschäftigte und ihre Familien hat sie eine Schattenseite: Sonn- und Feiertagsarbeit, Spätschichten, Nacht- und Samstagsarbeit. Laut Mikrozensus 2007 sind Angehörige der Sozial- und Gesundheitsdienstberufe zu diesen Zeiten überdurchschnittlich häufig

im Einsatz. Ein klassisches Beispiel hierfür ist der Gesundheits- und Krankenpflegeberuf: Gut vier Fünftel dieser Berufsgruppe gaben an, samstags, sonn- und feiertags beziehungsweise in den Abendstunden zu arbeiten. Deutlich über die Hälfte der Betroffenen arbeitete zudem, wenn andere schlafen – nämlich nachts.

Samstags-, Sonn- und/oder Feiertags-, Abend- und Nachtarbeit 2007 in %



Berichtszeitraum: drei Monate vor der Befragung.

Gesucht: Göttinnen in weiß!

Als „Gläserne Decke“ wird in der Sozialforschung die unsichtbare Barriere bezeichnet, die qualifizierte Frauen daran hindert, in die oberste Chefetage aufzusteigen. Ein Maß für die „Dicke“ der Glasdecke ist der Glass-Ceiling-Index, zu deutsch: Glasdecken-Index. Übertragen auf den Krankenhausbereich bezieht er den Frauenanteil an der gesamten Ärzteschaft auf den Frauenanteil an den Top-Positionen. Bei einem Wert von 1 sind die Chancen auf einen Spitzen-Job für beide Geschlechter gleich. Ist er größer, bestehen für Frauen Aufstiegsbarrieren. Ist er kleiner, gilt dies für Männer. Danach ist der Weg zur „Göttin in weiß“ – gemeint sind Chefärztinnen oder Inhaberrinnen konzessionierter Privatkliniken – steinig: Obwohl 40 % der Klinikärzte im Jahr 2007 Frauen waren, spricht der Index von 4,8 für eine dicke gläserne Decke. Zum Vergleich ein Wert aus dem deutschen Hochschulwesen: Für das wissenschaftliche Personal errechnete die Europäische Kommission im Rahmen der „She Figures“ für 2007 einen Glasdecken-Index von 1,5.



2 Umbrüche im Klinik- und Praxisalltag? Die Gesundheitsversorgung

2.4

Gesundheitsversorgung heute & morgen: Was wäre, wenn...?

Vorausrechnungen helfen abzuschätzen, was uns angesichts des demografischen Wandels in Zukunft erwarten könnte: Mit welchem Bedarf kann zum Beispiel die Krankenhausplanung bundesweit im Jahr 2030 rechnen? Oder, wie könnte sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis dahin entwickeln?

Vorausberechnung eines Status-quo-Szenarios: Was ist das?

Vorausrechnungen können die Zukunft nicht vorhersagen. Sie haben Modellcharakter und ihre Resultate sind hypothetisch. Aber sie helfen eine fundierte Vorstellung davon zu entwickeln, wohin es – angesichts des demografischen Wandels – in Zukunft gehen kann. Die bekannteste Variante einer Vorausberechnung ist das so genannte Status-quo-Szenario. Es zeigt, was künftig passiert, wenn bis auf die Bevölkerungsentwicklung die Rahmenbedingungen unverändert bleiben. Das bedeutet für den Klinikbereich: Der medizinisch-technische Fortschritt, Krankheitswellen, politische Eingriffe oder steigende Wohlfahrt werden wegen ihrer Unvorhersehbarkeit in dem zugrunde liegenden Modell vernachlässigt.

Rechenbasis für den demografischen Wandel ist im Folgenden die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Danach steigt der Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahren von 25 % im Jahr 2005 auf 37 % im Jahr 2030 – bei rückläufiger Gesamtbevölkerung.

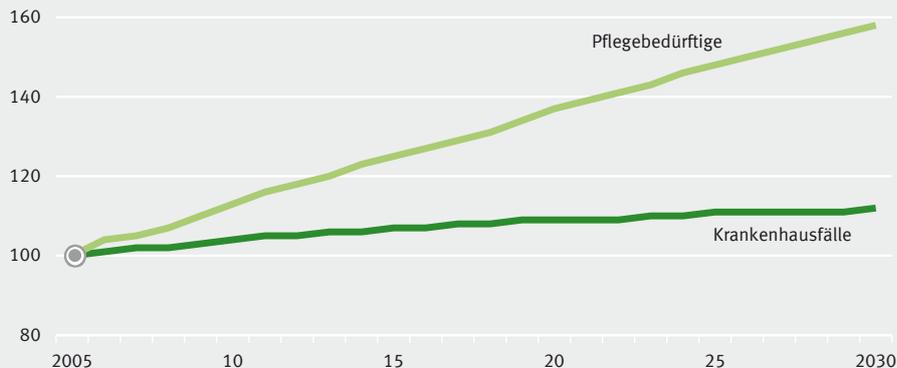
Klinikbereich: Wie ändert sich der Bedarf bis zum Jahr 2030?

Im Jahr 2005 – dem Basisjahr der Berechnung – wurden insgesamt rund 17 Millionen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus behandelt. Nach der Status-quo-Variante würde sich ihre Zahl bis zum Jahr 2030 um 12 % auf rund 19 Millionen Fälle erhöhen. Waren im Jahr 2005 rund 48 % der Krankenhauspatientinnen und -patienten 60 Jahre

Entwicklung der Krankenhausfälle und Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030

Modellrechnung: Status-quo-Szenario

2005 = 100



oder älter, so läge dieser Anteil im Jahr 2030 bei 62%. In diesem Modell wird vereinfacht angenommen, dass die Wahrscheinlichkeit auf eine Krankenhausbehandlung vom Alter und Geschlecht der Betroffenen abhängt und künftig genau so ausfällt wie im Basisjahr.

Pflegelandschaft: Wohin könnte die Entwicklung bis 2030 gehen?

Nach der Status-quo-Variante ist von 2005 – dem Basisjahr der Rechnung – bis zum Jahr 2030 ein Anstieg der 2,1 Millionen anerkannt Pflegebedürftigen um 58% auf 3,4 Millionen Betroffene zu erwarten. Dabei werden als Pflegebedürftige ausschließlich solche mit Leistungsansprüchen nach dem SGB XI einbezogen. Während im Jahr 2005 rund 33% der Pflegebedürftigen 85 Jahre oder älter waren, läge dieser Anteil im Jahr 2030 unter den genannten Bedingungen bei 48%. Analog zur Vorausschätzung der Krankenhäufälle liegt diesem Modell die Annahme zugrunde, dass das Risiko auf eine Pflegebedürftigkeit vom Alter und Geschlecht der Betroffenen abhängt und künftig ebenso verteilt sein wird wie heute.



3 Von riskant bis förderlich: Lebensstil und gesundheitsrelevantes Verhalten

3.1

Rauchen: Gesundheitsrisiko Nummer eins

Für viele gehört sie einfach dazu: die Zigarette beim morgendlichen Kaffee, nach gutem Essen oder in gemütlicher Runde. Deutschlandweit wurden im Jahr 2007 rund 91,5 Milliarden Zigaretten und 6,5 Milliarden Zigarren oder Zigarillos sowie 22 381 Tonnen Feinschnitt und 1 609 Tonnen Pfeifentabak versteuert. Statistisch betrachtet rauchte die Bevölkerung damit – unabhängig von Alter, Geschlecht oder tatsächlichem Rauchverhalten – täglich drei Zigaretten und zusätzlich jeden fünften Tag eine Zigarre oder einen Zigarillo. Wer greift regelmäßig zum Nikotin, wann war das erste Mal und was können die Folgen sein?

In jedem Alter: Männer rauchen häufiger

28% der Männer und 19% der Frauen im Alter von 15 Jahren und mehr gaben im Rahmen der Mikrozensusbefragung 2005 an, regelmäßig zu rauchen: Zwar war die Altersverteilung bei den Geschlechtern ähnlich, Männer rauchten allerdings in allen Altersgruppen häufiger als Frauen. Insgesamt am höchsten war der Raucheranteil zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr: Regelmäßig rauchten hier 38% der Männer und 30% der

Frauen. Ab 40 Jahren ging dieser Anteil kontinuierlich zurück. Ab dem 75. Lebensjahr rauchten noch 8% der Männer und 3% der Frauen regelmäßig.

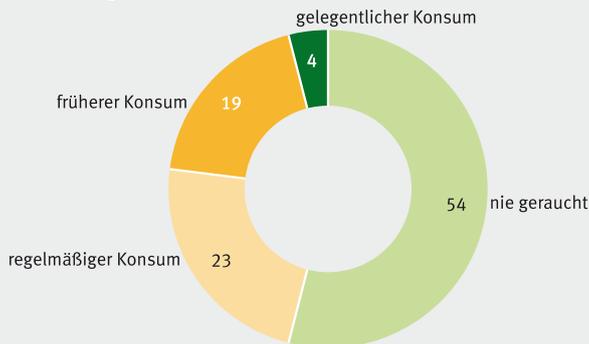
Der Einstieg: Immer früher bei Männern und Frauen

Die Ergebnisse des Mikrozensus zeigen weiter: Männer begannen das Rauchen im Schnitt mit 17,6 und Frauen mit 18,5 Jahren. Obwohl damit zu rechnen ist, dass nur ein Teil der Jugendlichen auskunftsbereit war, gab fast jeder fünfte Heran-

wachsende (15 bis 19) an, regelmäßig zu rauchen. Diese Generation fing auch früher mit dem Rauchen an als ältere Generationen: Heranwachsende Frauen gaben als Einstiegsalter durchschnittlich 15 und gleichaltrige Männer 15,3 Jahre an. Ältere Frauen (65 bis 69 Jahre) hatten das Rauchen dagegen im Schnitt deutlich später mit 23,1 und gleichaltrige Männer mit 18,9 Jahren begonnen. Damit verschob sich der Rauchbeginn offensichtlich nicht nur in ein jüngeres Lebensalter, auch der Geschlechterunterschied löste sich auf.

Raucherinnen und Raucher (Selbsteinstufung) 2005

Anteil an der Bevölkerung ab 15 Jahren in %



**Nicht nur ein Hinweis auf der Packung:
Rauchen kann tödlich sein!**

Tabakrauch enthält eine Vielzahl chemischer Stoffe, die giftig sind, süchtig machen, Krebs erregen oder im Verdacht stehen, Krebs zu erregen. Dazu gehören neben Nikotin, Teer und Kohlenmonoxid auch Benzol, Formaldehyd, Blausäure, Arsen und Schwermetalle. Der aktuelle Gesundheitsbericht zählt Rauchen zur Nummer eins der gesundheitlichen Risikofaktoren. Jeder 20. Sterbefall war im Jahr 2007 laut Todesursachenstatistik auf Lungen-, Luftröhren- oder Kehlkopfkrebs zurückzuführen – das sind Krebsarten, die mit Tabakkonsum in Zusammenhang gebracht werden. Das mittlere Sterbealter der Betroffenen lag mit 69,8 Jahren sieben Jahre unter dem Durchschnitt. Von 1985 bis 2007 nahmen die Sterbefälle durch die genannten Krebsarten von 34 000 auf 43 000 Fälle zu, das entsprach einem Anstieg um 26%. Es ist davon auszugehen, dass das Rauchen einer Reihe weiterer Todesfälle begünstigt, z. B. im Fall von Herz-Kreislauf- oder Lungenkrankheiten.



3 Von riskant bis förderlich: Lebensstil und gesundheitsrelevantes Verhalten

3.2

Alkohol: Legal – aber gesundheitsschädlich

Ein Blick in die Gesundheitsstatistik belegt: Zusammen mit dem Rauchen birgt der Griff zur Flasche ein besonders hohes Gesundheitsrisiko. Im Jahr 2007 verstarben rund 58 000 Menschen an Erkrankungen, die entweder mit Alkohol oder Tabak in Verbindung gebracht werden können – das waren fast 40 Mal so viele Sterbefälle wie durch illegale Drogen. Wer ist betroffen? Was weiß die Statistik über den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen? Und welche Rolle spielt der Alkohol im Straßenverkehr?

Vorzeitiger Tod durch Alkoholmissbrauch?

Im Jahr 2007 starben 14 903 Menschen an alkoholbedingten Erkrankungen. Männer waren gut dreimal so oft betroffen wie Frauen. Angeführt wurde die Liste der Todesursachen von der alkoholischen Leberkrankheit sowie psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Verglichen mit natürlichen Todesursachen münden alkoholbedingte Erkrankungen in besonders frühem Tod: Über ein Fünftel der Betroffenen verstarb bereits vor Erreichen des 45. Lebensjahrs. Das durchschnittliche Sterbealter betrug bei alkoholbedingten Erkrankten 59,3 Jahre – und lag 17,9 Jahre unter

dem Sterbealter von natürlich Verstorbenen. Generell muss man davon ausgehen, dass Alkohol zu einer Vielzahl weiterer Sterbefälle beiträgt.

Riskante Grenzerfahrung: Feiern bis der Arzt kommt?

Der Jugendschutz gestattet Teenagern den Konsum von Bier und Wein ab 16, von Alkopops und Spirituosen ab 18 Jahren. Seit geraumer Zeit ist in

den Medien unter dem Schlagwort „Koma-Saufen“ vom jugendlichen Alkoholmissbrauch die Rede. Die Daten dazu kommen aus der Krankenhausstatistik: Danach wurden im Jahr 2007 insgesamt 19 386 Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren wegen einer akuten Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt. Das waren 12 066 Betroffene oder 165 % mehr als im Jahr 2000. Besorgniserregend war die Zunahme auch bei Kindern zwischen

Im Straßenverkehr Getötete in Deutschland 1980 bis 2007

in 1 000



10 und 15 Jahren, die laut Jugendschutz gar keinen Alkohol erwerben dürfen: Während die Zahl betroffener Jungen seit dem Jahr 2000 um die Hälfte angestiegen war, verdoppelte sie sich bei den Mädchen. Fazit: Im Jahr 2007 wurden 3 779 Kinder dieser Altersgruppe wegen einer Alkoholvergiftung stationär behandelt – und zwar erstmalig mehr Mädchen als Jungen.

Rückläufig: Unfallgefahr durch Alkohol am Steuer

Alkohol schränkt die Wahrnehmungs-, Koordinationsfähigkeit und das Reaktionsvermögen ein. Alkoholisierte Autofahrer gefährden dadurch sich selbst und – oft unbeteiligte – Dritte: Alle zehn Minuten ein Unfall, bei dem Alkohol im Spiel war, alle 25 Minuten ein Alkoholunfall, bei dem Menschen zu Schaden kamen, 18 627 Leichtverletzte, 7 402 Schwerverletzte und 565 tödlich Verunglückte. Das ist die Bilanz der Straßenverkehrsunfallstatistik zum Thema Alkohol für das Jahr 2007. Dennoch, die Entwicklung zeigt: Alkoholunfälle sind rückläufig. Seit dem Jahr 2000 hat sich ihr Umfang um ein Viertel reduziert. Dabei konnten die Sterbefälle sogar um 45 % gesenkt werden. Auch die Zahl der verletzten Menschen durch Alkoholunfälle ist gesunken: Gegenüber dem Jahr 2000 gab es dabei 24 % weniger leicht und 35 % weniger schwer verletzte Menschen.



3 Von riskant bis förderlich: Lebensstil und gesundheitsrelevantes Verhalten

3.3

Sexuell übertragbare Krankheiten: Oft unterschätzt

Das Humane Immundefizienzvirus (HIV) gilt als Verursacher von AIDS und Gebärmutterhalskrebs kann durch bestimmte Humane Papillomaviren (HPV) ausgelöst werden: Für diese Entdeckungen erhielten Forscher aus Frankreich und Deutschland 2008 den Nobelpreis. Gebärmutterhalskrebs und AIDS zählen zu den sexuell übertragbaren Krankheiten. Sie werden durch – oft hoch ansteckende – Bakterien, Pilze, Parasiten oder – wie hier – Viren erregt. Was wissen wir über den Verlauf beider Erkrankungen in Deutschland?

AIDS-Sterblichkeit stagniert seit 1998

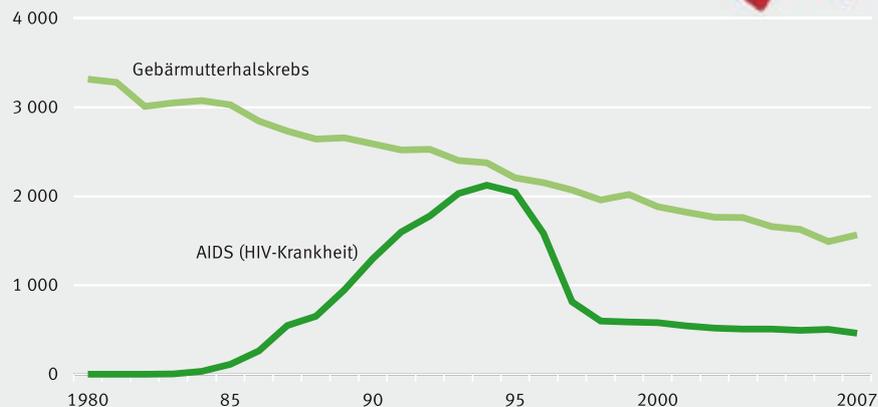
Das erworbene Immundefekt-Syndrom AIDS ist nach wie vor nicht heilbar. Der Auslöser HIV ist in Blut, Sperma, Vaginalsekret, Muttermilch, Hirn- und Nervenwasser enthalten. Im alltäglichen sozialen Umfeld und bei reinen Körper- oder Hautkontakten besteht kein Infektionsrisiko. Durch ungeschützte Sexualkontakte, kontaminierte Spritzen und – äußerst selten – Bluttransfusionen wird das Virus am häufigsten übertragen. HIV führt zu einer chronischen Infektion, die den fortschreitenden Verlust der Immunabwehr verursacht. Nach einer symptomarmen Latenzzeit treten

gehäuft Infektionen und verschiedene Krebsarten auf, die das Vollbild von AIDS kennzeichnen. In Deutschland sind laut Todesursachenstatistik seit den ersten Sterbefällen im Jahr 1983 bis heute über 21 000 Menschen an AIDS verstorben. Nach einer raschen Ausbreitung bis etwa Mitte der 1990er Jahre, konnte die AIDS-Sterblichkeit zunächst zurückgedrängt werden. Seit 1998 stagniert sie mit leicht rückläufiger Tendenz:

Im Jahr 2007 endete die AIDS-Erkrankung für 461 Menschen tödlich – das entspricht einer Häufigkeit von 0,6 Sterbefällen je 100 000 Einwohnern.



Sterbefälle durch Gebärmutterhalskrebs und AIDS 1980 bis 2007



Sterbefälle durch Gebärmutterhalskrebs seit 1980 rückläufig

Früh erkannt, ist Gebärmutterhalskrebs – anders als AIDS – in bestimmten Stadien heilbar. Auf der Liste der häufigsten Todesursachen liegt Gebärmutterhalskrebs auf Rang 56, bei den frauenspezifischen Krebserkrankungen auf Rang drei. Eine HPV-Infektion ist keine Seltenheit und wird überwiegend durch Sexualkontakte übertragen: Die meisten Menschen stecken sich im Lauf ihres Lebens mit HPV an, in der Regel kann das Immunsystem die Infektion jedoch wirkungsvoll bekämpfen. Einige – so genannte Hochrisikotypen – können aber unter Umständen bösartige Veränderungen hervorrufen, insbesondere Gebärmutterhalskrebs. Erfreulich ist, dass die Zahl der Sterbefälle durch Gebärmutterhalskrebs seit 1980 mehr als halbiert werden konnte. Und doch: Insgesamt führte er im Jahr 2007 bei 1 566 Frauen zum Tod – betroffen waren damit im Schnitt 3,7 verstorbene Frauen je 100 000 Einwohner.



3 Von riskant bis förderlich: Lebensstil und gesundheitsrelevantes Verhalten

3.4

Gesundheit und Gewicht: Zu schwer, zu leicht oder normal?

Übergewicht ist besonders dann mit körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen verbunden, wenn weitere Risikofaktoren hinzukommen. Dazu zählen Rauchen, Alkohol oder Bewegungsmangel. Wie wird Übergewicht definiert? Wer ist davon betroffen und – andererseits – wer von Untergewicht?

Gewicht und Gesundheit: Die Idee des BMI

„Je länger der Gürtel, desto kürzer das Leben“, das Sprichwort bringt die Grundidee des Body-Mass-Index (BMI) auf den Punkt. Der BMI gibt das Verhältnis von Körpergewicht und Körpergröße wieder und ermöglicht eine Unterscheidung zwischen Adipositas (Fettleibigkeit), Über-, Normal- und Untergewicht. Die zugrunde liegenden Grenzwerte wurden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Abhängigkeit von Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit entwickelt. Das Normalgewicht geht dabei mit den günstigsten Werten einher. Für den BMI spricht eine einfache Handhabung, selbst durch Laien. Seine Grenzen: Er gibt eine erste Orientierung, eine ärztliche Diagnose des Gesundheitszustands ersetzt er nicht. Studien zufolge korreliert er zu 95 % mit der Körperfettmasse. Mit anderen Worten: Auch ein

kräftiger Bodybuilder kann als zu schwer für seine Größe gelten.

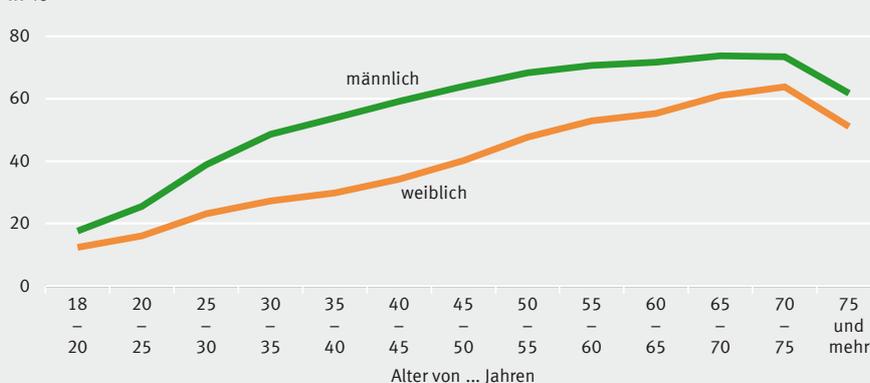
Wer trägt Größe XL und wer XS?

44 % der erwachsenen Männer und 29 % der Frauen in Deutschland waren im Jahr 2005 nach Maßgabe der WHO leicht übergewichtig. Stark übergewichtig waren zu diesem Zeitpunkt rund 14 % der Männer und 13 % der Frauen.

Männer überschritten die Grenze zum leichten Übergewicht durchschnittlich ab dem 30. Lebensjahr, Frauen erst ab dem 50. Den höchsten BMI erreichten Männer im Schnitt zwischen dem 65. und 70. Lebensjahr: Hier war gut die Hälfte von ihnen leicht und über ein Fünftel stark übergewichtig. Frauen erreichten den maximalen BMI etwas später, zwischen 70 und 75 Jahren: In diesem Alter waren zwei Fünftel von ihnen leicht

Personen mit Übergewicht nach Altersklassen 2005

in %



Übergewicht = BMI über 25

und ein weiteres Fünftel stark übergewichtig. Untergewicht ist in Deutschland deutlich seltener als Übergewicht, wird aber gleichfalls von erheblichen Gesundheitsrisiken begleitet. Prinzipiell sind Frauen mit einem Anteil von 4% häufiger betroffen als Männer (1%). Eine besondere Risikogruppe repräsentieren junge Frauen: 14% der 18- bis 20-Jährigen und 11% der 20- bis 24-Jährigen waren laut Mikrozensus untergewichtig.

Gewichtskontrolle: Rechnen Sie selbst!

Aber messen Sie vorher lieber noch einmal nach. Untersuchungen zeigen, dass Befragte ihr aktuelles Körpergewicht im Schnitt um 2 kg unter-, ihre Größe hingegen um 0,3 bis 3 cm überschätzen. Deshalb sind die oben dargestellten Ergebnisse der Mikrozensusbefragung als Untergrenze der tatsächlichen Verteilung des BMI anzusehen. Berechnet wird er wie folgt:

$$\text{BMI} = \text{Gewicht in kg} / (\text{Größe in m})^2$$

Einstufung nach Maßgabe der WHO

Body-Mass-Index			
unter 18,5	18,5 - 25	25 - 30	30 u. mehr
Untergewicht	Normalgewicht	leichtes Übergewicht	starkes Übergewicht



4 Teures Gut Gesundheit? Ausgaben, Kosten und Finanzierung

4.1 Gesundheitsausgaben international: Wo steht Deutschland?

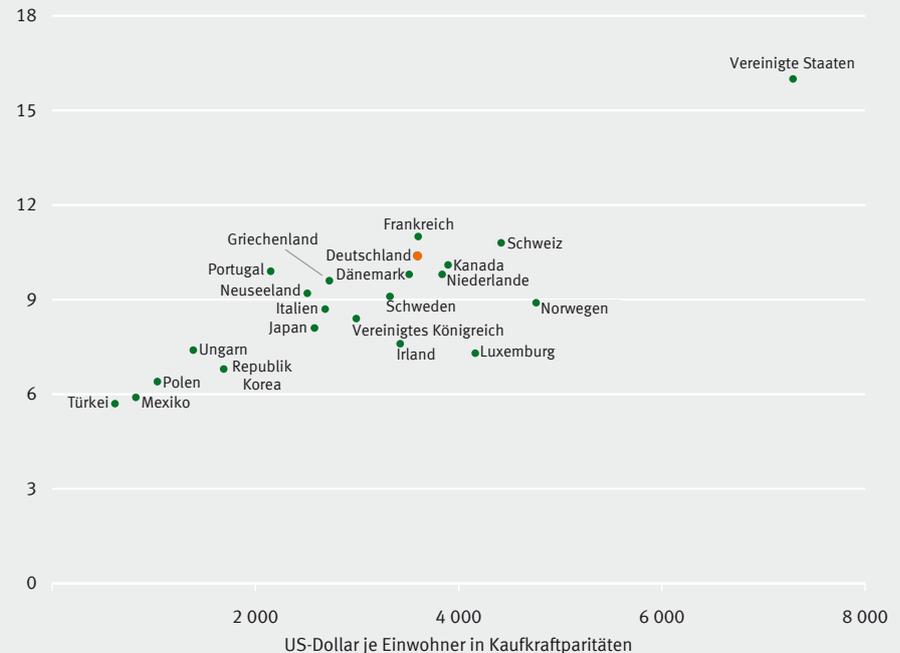
Gesundheit gilt als Gut von hohem persönlichem und gesellschaftlichem Wert. Nicht zuletzt deswegen geben wir dafür – hier und in anderen Ländern der Welt – viel Geld aus: Im Jahr 2007 waren es bundesweit 252,8 Milliarden Euro. Darin sind Ausgaben für Wellness, Fitness usw. noch nicht enthalten. Wo stehen wir mit diesem Betrag im internationalen Vergleich?

Blick über den Tellerrand? Gern, am besten harmonisiert!

Die Gesundheitsausgaben eines Landes werden von zahlreichen Faktoren bestimmt: Neben Art und Umfang der Leistungen spielen Bevölkerungsstruktur, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Wohlfahrtsniveau eine Rolle. Weitere Faktoren sind das Versorgungs- und Finanzierungssystem und der gesetzliche Rahmen. Auch wenn diese Bedingungen von Land zu Land variieren, kann ein Vergleich helfen, den eigenen Standort zu bestimmen. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat dazu für die Mitgliedsstaaten ein weitestgehend harmonisiertes Rechensystem entwickelt: Das „System of Health Accounts“.

Vergleich ausgewählter OECD-Länder: Gesundheitsausgaben 2007

Anteil am BIP in %



Angaben für Japan, Luxemburg, Portugal und der Türkei aus zuletzt verfügbarem Berichtsjahr.
Quelle: OECD Health Data 2009.

In diesem Kontext haben sich für die Gesundheitsausgaben zwei Kennzahlen etabliert: Die eine Kennzahl – die Gesundheitsausgabenquote – wird mit der Wirtschaftsleistung eines Landes – dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) – in Beziehung gesetzt. Die zweite Kennzahl beschreibt die Gesundheitsausgaben pro Kopf und wird gewöhnlich in kaufkraftbereinigte US-Dollar umgerechnet, um länderspezifische Preisniveaus auszugleichen.

Länderspiegel: USA mit Abstand vorn

Mit einer Gesundheitsausgabenquote von 10,4 % lag Deutschland im Ranking der 30 OECD-Länder im Jahr 2007 an vierter Stelle – hinter den Vereinigten Staaten von Amerika (USA), Frankreich und der Schweiz. Dabei stand die amerikanische Gesundheitsausgabenquote mit Abstand an der Spitze: Während sie den OECD-Durchschnitt um 7,1 Prozentpunkte überschritt, lagen die nächsthöheren Quoten – der Franzosen, Schweizer und Deutschen – 2,1 bis 1,5 Prozentpunkte darüber. Etwas anders sieht das Bild auf Grundlage der kaufkraftbereinigten Gesundheitsausgaben pro Kopf aus: Danach überschritt Deutschland mit 3 588 US-Dollar den Durchschnitt um 20 % und zählte gerade noch zu den Top Ten der 30 OECD-Länder. In etwa entsprach das dem Niveau von Frankreich, Belgien oder Dänemark. Wieder waren

die Gesundheitsausgaben der USA vorn: Sie übertrafen den Länder-Durchschnitt mit 7 290 US-Dollar um 144 %, die Länder mit den nächsthöheren Werten – Norwegen und die Schweiz – lagen 60 % bzw. 48 % darüber. Angesichts dieser Pro-Kopf-Ausgaben ist die hohe Platzierung der deutschen Gesundheitsausgabenquote auch vor einer zurzeit eher durchschnittlichen Wirtschaftsleistung zu sehen: Im Jahr 2007 lag Deutschland mit einem BIP von kaufkraftbereinigt 34 393 US-Dollar pro Kopf im Mittelfeld – auf Rang 16 der Mitgliedsstaaten – 5 % über dem Durchschnitt. Übrigens: Da bei diesem Vergleich die Unterschiede zwischen den OECD-Ländern im Vordergrund stehen, gingen alle Länder – unabhängig von der Bevölkerungsgröße – mit dem gleichen Gewicht in die Mittelwertberechnungen ein.



4 Teures Gut Gesundheit? Ausgaben, Kosten und Finanzierung

4.2

Gesundheitsausgaben national: Wie verlief die Entwicklung?

Im OECD-Vergleich der letzten Jahre weist Deutschland eine der stabilsten Gesundheitsausgabenquoten auf, wenn auch auf relativ hohem Niveau. Der Grund: Hierzulande wuchsen die Gesundheitsausgaben nur wenig stärker als das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Hinter dieser Kontinuität stehen jedoch dynamische Entwicklungen: Wer gab wofür wie viel Geld aus – und wo gab es Einschnitte?

Die Finanzierung: Umschichtungen – auch zu Gunsten der GKV

Für 58% der Gesundheitsausgaben kam im Jahr 2007 die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf. Auch wenn die GKV-Ausgaben in den letzten Jahren stetig gestiegen sind, im Rahmen der Gesundheitsreformen wurde die Finanzierungslast schrittweise verlagert – auch zu Gunsten der GKV. Die Entwicklung in Kürze: Von 1992 bis 2007 stiegen die Gesundheitsausgaben jährlich um durchschnittlich 3,2% auf 252,8 Milliarden Euro. Dabei wurden die privaten Haushalte, die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (z. B. Wohlfahrtsverbände) und die privaten Krankenversicherer stärker belastet. Profitiert haben davon die Öffentlichen Haushalte, die Arbeitgeber und die Sozial-

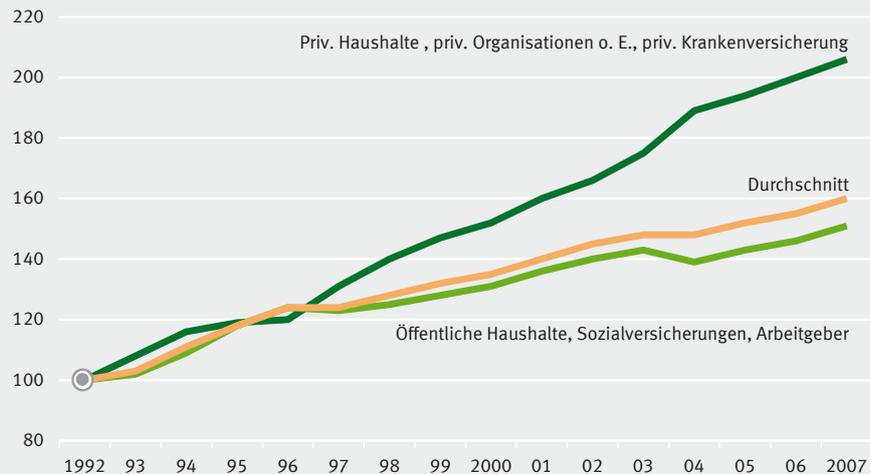
versicherungen inklusive der GKV: Zusammen ging ihr Anteil um fünf Prozentpunkte auf 77% zurück. Der GKV-Anteil reduzierte sich dabei – ebenfalls um fünf Prozentpunkte – auf 58%. Eine Sonderrolle spielte hierbei die Soziale Pflegeversicherung: 1995 eingeführt, kam sie zuletzt für über 7% der Ausgaben auf.

Überdurchschnittlich: Ausgabenplus für Pflegeleistungen

Im Jahr 2007 wurden 18% der Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen aufgewendet – in Euro entsprach das einer Summe von 45,7 Milliarden Euro. 1992 hatte dieser Betrag

Gesundheitsausgabenentwicklung 1992 bis 2007

1992 = 100



noch bei 25,1 Milliarden Euro bzw. einem Ausgabenanteil von knapp 16% gelegen. Überdurchschnittliches Plus: Mit 4,1% lag die jährliche Wachstumsrate bei pflegerischen Leistungen über dem Durchschnitt aller Gesundheitsleistungen (3,2%). Ein Grund dafür: Seit 1995, dem Jahr der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung, wurde das Pflegeangebot in Deutschland stufenweise ausgebaut.

Unterdurchschnittlich: Ausgabenentwicklung in Zahnarztpraxen

Ein Beispiel für eine Gesundheitseinrichtung mit unterdurchschnittlicher Ausgabenentwicklung sind die Zahnarztpraxen. Im Jahr 2007 fiel dort ein Ausgabenbetrag von 16,4 Milliarden Euro an. Von 1992 bis 2007 waren diese Ausgaben – in einem leichten Auf und Ab – schwächer als in vielen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens gestiegen: Die jährliche Wachstumsrate lag hier mit 1,4% deutlich unter dem Durchschnitt. Zur wechselvollen Entwicklung trugen verschiedene Gesetzesänderungen zur Prävention, Zahnerhaltung und zum Zahnersatz bei: Zum Beispiel die Budgetierung der zahnärztlichen Vergütung und Änderungen in der Erstattung bzw. Bezuschussung bei der Versorgung mit Zahnersatz.



4 Teures Gut Gesundheit? Ausgaben, Kosten und Finanzierung

4.3

Krankheiten & Bevölkerung: Wo summieren sich die Kosten?

Wenn es um Kosten im Gesundheitswesen geht, wird die Debatte schnell kontrovers, denn Grundfragen der Menschenwürde, sozialen Gerechtigkeit, Eigenverantwortung und Solidarität werden berührt. Statistik kann vorrangig zur Diskussion beitragen, indem sie hilft, Sachfragen zu beantworten, etwa: Durch welche Krankheiten und in welchem Alter entstehen welche Kosten? Oder: Wo sind die Kosten im Vergleich besonders stark angestiegen?

Kostenkontrolle: Welche Krankheit verursacht welche Kosten?

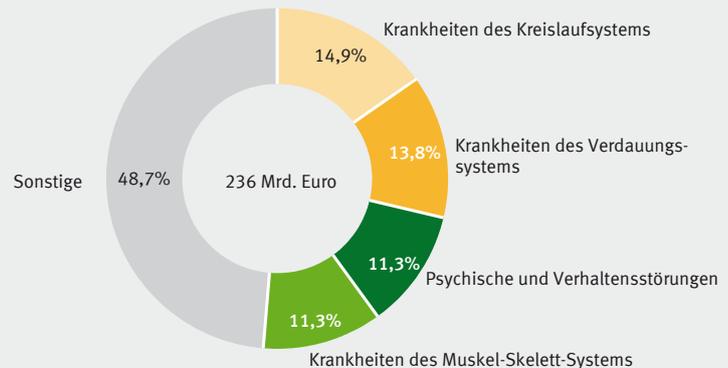
2006 entstanden bundesweit für Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege von erkrankten Menschen Krankheitskosten von insgesamt rund 236 Milliarden Euro. Gut die Hälfte der Krankheitskosten wurde durch vier Krankheitsarten verursacht: Am höchsten waren sie durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einem Anteil von knapp 15%. Dahinter folgten Krankheiten des Verdauungssystems (einschließlich Zahnbehandlungen und Zahnersatz) mit 14% und mit jeweils 11% psychische und Verhaltensstörungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Viel diskutiert: Krankheitskosten im Alter

47% der Krankheitskosten bzw. 111,1 Milliarden Euro entfielen 2006 auf die Behandlung der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren. Obwohl ein beträchtlicher Teil der Kosten bei älteren Menschen entsteht, gibt es verlässliche Hinweise darauf, dass das Alter an sich nicht dafür verantwortlich ist. Weitere, teils altersabhängige, teils altersunabhängige Faktoren sollten bei der Interpretation der Ergebnisse der Krankheitskostenrechnung berücksichtigt werden.

Studien verweisen z. B. darauf, dass ein Großteil der Kosten im letzten Lebensjahr anfällt – unabhängig vom Lebensalter. Der hohe Kostenanteil bei älteren Menschen könnte mit den im Alter steigenden Sterberaten zusammenhängen. Es kommen noch andere Gründe in Frage: Etwa das im Durchschnitt verstärkte Auftreten von Pflegebedürftigkeiten

Krankheitskosten nach ausgewählten Krankheitsklassen 2006



Krankheiten nach ICD-10.

und Mehrfacherkrankungen (Multimorbiditäten) im Alter oder die intensivere Inanspruchnahme medizinischer und pharmazeutischer Angebote durch ältere Menschen.

**Ausgabenplus bei psychischen Erkrankungen:
Ein Trend?**

Am höchsten war der Kostenanstieg 2002 bis 2006 mit 3,3 Milliarden Euro bei psychischen und Verhaltensstörungen. Im Jahr 2006 lagen sie mit 26,7 Milliarden Euro auf Rang drei der kostenintensivsten Krankheitsarten. Berechnungen von Destatis zufolge könnten die Kosten durch diese Krankheiten bis 2030 um 20% auf rund 32 Milliarden Euro anwachsen. Grundlage der Rechnung ist ein Status-quo-Szenario, bei dem sämtliche Bedingungen bis auf die demografische Entwicklung konstant gehalten wurden. Die Ausgangswerte dazu stammen aus der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.



4 Teures Gut Gesundheit? Ausgaben, Kosten und Finanzierung

4.4 Krankenhausausgaben – ein Beispiel

In keiner Versorgungseinrichtung sind die Gesundheitsausgaben so hoch wie im Krankenhaus. Mit einem Anteil von 26% waren sie im Jahr 2007 höher als in Arztpraxen, Apotheken oder Pflegeeinrichtungen. Wo stehen die Krankenhausausgaben Deutschlands im internationalen Vergleich, wie haben sie sich entwickelt und welche Leistungen waren am teuersten?

Krankenhausausgaben im internationalen Vergleich

2007 fielen bundesweit Krankenhausausgaben von 64,6 Milliarden Euro an. Addiert man – dem internationalen Standard entsprechend – noch die Ausgaben der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen hinzu, liegt die Summe bei rund 72,4 Milliarden Euro. Pro Kopf entsprach das kaufkraftbereinigt einem Betrag von 1 027 US-Dollar. Im Vergleich von 26 verfügbaren OECD-Ländern belegte Deutschland Rang 15 und lag etwa 3% unter dem Durchschnitt der erfassten Länder (1 054 US-Dollar). Mit 3% lag auch der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt unter dem OECD-Länderdurchschnitt auf Platz 15. Nicht ohne Einschränkung: Dieses Ergebnis sollte

Vergleich ausgewählter OECD-Länder: Ausgaben der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2007

Anteil am BIP in %



Angaben für Japan, Luxemburg, Norwegen und der Türkei aus zuletzt verfügbarem Berichtsjahr.
Quelle: OECD Health Data 2009.

mit einer gewissen Vorsicht interpretiert werden, denn bei 6 der 26 OECD-Ländern waren die gelieferten Daten ein bis zwei Jahre älter als die aus Deutschland: Im Jahr 2005 lagen die deutschen Gesundheitsausgaben geringfügig über dem damaligen Durchschnitt – sowohl pro Kopf als auch anteilig am BIP.

Unterdurchschnittlich! Die Ausgabenentwicklung

Von 1992 bis 2007 sind die Krankenhausaussgaben leicht unterdurchschnittlich gewachsen – nämlich im Mittel um 2,8%. Zur Erinnerung: Über alle Einrichtungen hinweg hatten sich die Ausgaben im Schnitt um 3,2% pro Jahr erhöht. Entgegen dem allgemeinen Trend wuchsen die Krankenhausaussgaben für ärztliche Leistungen bzw. Waren überdurchschnittlich, während das Plus bei den pflegerischen bzw. therapeutischen Leistungen unter dem Durchschnitt lag. Und doch: Das meiste Geld – nämlich 33% – wurde im Krankenhaus für Pflege und Therapien verwendet. Für ärztliche Leistungen fielen 31% und für Waren weitere 20% der Gesundheitsausgaben an.

Welche Behandlungen sind am teuersten?

Teuer werden Krankenhausbehandlungen meist dann, wenn sie komplex und langwierig sind. Nicht selten betreffen sie Patientinnen und

Patienten in lebensbedrohlichem Gesundheitszustand. Beispiele dafür sind: Transplantationen von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark unter Langzeitbeatmung, Behandlungen von Schwerverletzten mit Polytrauma oder von Komapatienten unter medizinischer Intensivbetreuung. Diese drei Behandlungsmaßnahmen hatten im Jahr 2007 laut DRG-Statistik 1 057 Krankenhauspatientinnen und -patienten in Anspruch genommen. Abgerechnet wurden sie in Form von Fallpauschalen – den so genannten DRGs – mit zusammen knapp 158 Millionen Euro. Das entsprach einem Anteil von 0,3% am Gesamterlösvolumen des Jahres 2007.



Ausgabenträger

sämtliche öffentliche und private Institutionen, die Leistungen für die Gesundheit finanzieren, z. B. öffentlichen Haushalte, gesetzliche Krankenversicherung, Arbeitgeber, private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck.

Bruttoinlandsprodukt (BIP)

umfasst den Wert aller innerhalb eines Wirtschaftsgebietes während einer bestimmten Periode produzierten Waren und Dienstleistungen. Es entspricht der Bruttowertschöpfung aller Wirtschaftsbereiche zuzüglich der Gütersteuern und abzüglich der Gütersubventionen. Die Bruttowertschöpfung, die zu Herstellungspreisen bewertet wird, ergibt sich für jeden Wirtschaftsbereich aus dem Bruttoproduktionswert zu Herstellungspreisen abzüglich der Vorleistungen zu Anschaffungspreisen.

Einrichtungen

Leistungserbringer im Gesundheitswesen, (z. B. Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser, ambulante Pflegeeinrichtungen).

DRGs (Diagnosis Related Groups, Diagnosebezogene Fallgruppen)

bilden die Grundlage eines leistungsorientierten Vergütungssystems der allgemeinen Krankenhausleistungen, mit dem alle Behandlungsfälle nach pauschalisierten Preisen vergütet werden.

Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)

weist neben soziodemographischen Merkmalen der Patientinnen und Patienten insbesondere die Erkrankungsart, Operationen und Prozeduren, Verweildauer, Fachabteilung sowie Art und Umfang der abgerechneten Fallpauschalen nach.

Gesundheitsausgaben

Ausgaben für Endverbrauch von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen sowie Investitionen im Gesundheitssektor. Ohne Vorleistungen wie Produktion von Arzneimitteln und Absatz an Apotheken. Forschungs- und Entwicklungskosten, sofern sie zu Lasten der Ausgabenträger gehen, sind enthalten. Auch Aufwendungen für Pflege, betriebliche Gesundheitssicherung und gesundheitliche Maßnahmen zur Wiedereingliederung ins Berufsleben gelten als Gesundheitsausgaben. Unberücksichtigt bleiben Ausgaben, die im weiteren Sinne mit dem Gesundheitszustand

einhergehen können, z. B. die Unterbringung in Altenwohnheimen, wo die Bekämpfung von Gesundheitsproblemen nicht das hauptsächliche Ziel darstellt. Ebenfalls nicht enthalten sind die Kosten für Fitness oder Wellness.

ICD-10

Abkürzung für „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“. Sie wurde ursprünglich von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt und dient der Verschlüsselung von Diagnosen bzw. Todesursachen. Die Nummerierung hinter der ICD gibt die jeweilige Version der Klassifikation an.

Kaufkraftparität (KKP)

Umrechnungsfaktor zwischen zwei Währungen, der sich im Gegensatz zum Wechselkurs an der Kaufkraft der Währungen orientiert. Mit Hilfe von Kaufkraftparitäten rechnet man die nationalen Währungen in eine künstliche Währung, den Kaufkraftstandard, um. So können die in nationalen Währungen dargestellten Bruttoinlandsprodukte (BIP) ohne Verfälschung durch zum Teil stark schwankende Wechselkurse konvertiert und verglichen werden.

Krankheitskosten

sind die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen Ausgaben. Hierzu zählen auch sämtliche Verwaltungskosten. Nichtmedizinische Aufwendungen für private Arztfahrten, oder die unentgeltliche Pflege von Angehörigen bleiben unberücksichtigt. Die Krankheitskosten entsprechen den Gesundheitsausgaben abzüglich der Investitionen im Gesundheitswesen.

Lebend- und Totgeborene

Lebendgeborene sind nach der „Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes“ (PStV) Kinder, bei denen nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. Lebendgeborene waren bis 1957 Kinder mit einsetzender natürlicher Lungenatmung. Totgeborene sind Kinder, bei denen sich keines der genannten Merkmale des Lebens gezeigt hat, deren Geburtsgewicht aber mindestens 500 Gramm beträgt. Liegt das Gewicht der Leibesfrucht unter 500 Gramm, handelt es sich um eine Fehlgeburt. Bis 31. März 1994 war zur Abgrenzung der Tot- von den Fehlgeburten ein Geburtsgewicht von mindestens

1 000 Gramm maßgeblich. Zuvor hatten bis 30. Juni 1979 Kinder als Totgeborene gegolten, wenn sie mindestens 35 cm lang waren. Als Fehlgeburten galten damals Totgeborene unter 35 cm Körperlänge.

Lebenserwartung (durchschnittliche, mittlere, fernere)

Zahl der Jahre, die ein neugeborenes Kind unter Annahme der gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnisse im Schnitt leben würde. Die Lebenserwartung ist keine Vorhersage der tatsächlichen Lebensdauer eines heute Neugeborenen, sondern vielmehr in komprimierter Form eine Art Momentaufnahme der jeweils aktuellen Sterblichkeitsraten. Die mittlere Lebenserwartung ist somit ein umfassendes Maß für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Die fernere Lebenserwartung ist die durchschnittliche Zahl der in einem bestimmten Alter noch zu erwartenden Lebensjahre.

Nutzungsgrad der Betten (durchschnittliche Bettenauslastung)

gibt die durchschnittliche Auslastung der Betten in vom Hundert an. Hierzu wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt. Die maximale Bettenkapazität ergibt sich aus dem Produkt der aufgestellten

Betten und der Anzahl der Kalendertage im Berichtsjahr. Die tatsächliche Bettenbelegung entspricht der Summe der Berechnungs- und Belegungstage, da jeder Patient bzw. jede Patientin pro vollstationärem Tag in der Einrichtung ein Bett belegt.

Perinatale Sterblichkeit

Sterblichkeit der Neugeborenen vor, während und in den ersten sieben Tagen nach der Geburt.

Sterbeziffer

Sterbefälle bezogen auf die Bevölkerung, z. B. Anzahl der Gestorbenen je 100 000 Einwohner.

Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre

Neben den direkten, monetär bewerteten Krankheitskosten fallen aus volkswirtschaftlicher Sicht infolge von Krankheit weitere potenzielle Verluste an, die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigen Tod der erwerbstätigen Bevölkerung resultieren. Sie werden in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren unter Berücksichtigung der jeweils im Jahr aktuellen Erwerbstätigkeitsquoten berechnet und stellen eine kalkulatorische Kennzahl dar.



Informationen zur amtlichen
Gesundheitsstatistik
Telefon: +49 (0) 611 / 75 82 34
E-Mail: gesundheitsrechensysteme@destatis.de

Informationen zur Gesundheits-
berichterstattung des Bundes
Telefon: +49 (0) 611 / 75 81 21
E-Mail: gbe-bund@destatis.de

Online Informationen
Gesundheitsdaten erhalten Sie kostenlos unter
www.destatis.de/publikationen und unter
www.gbe-bund.de