



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

# Gesundheit in Deutschland

Zusammenfassung



ROBERT KOCH INSTITUT  
STATISTISCHES BUNDESAMT

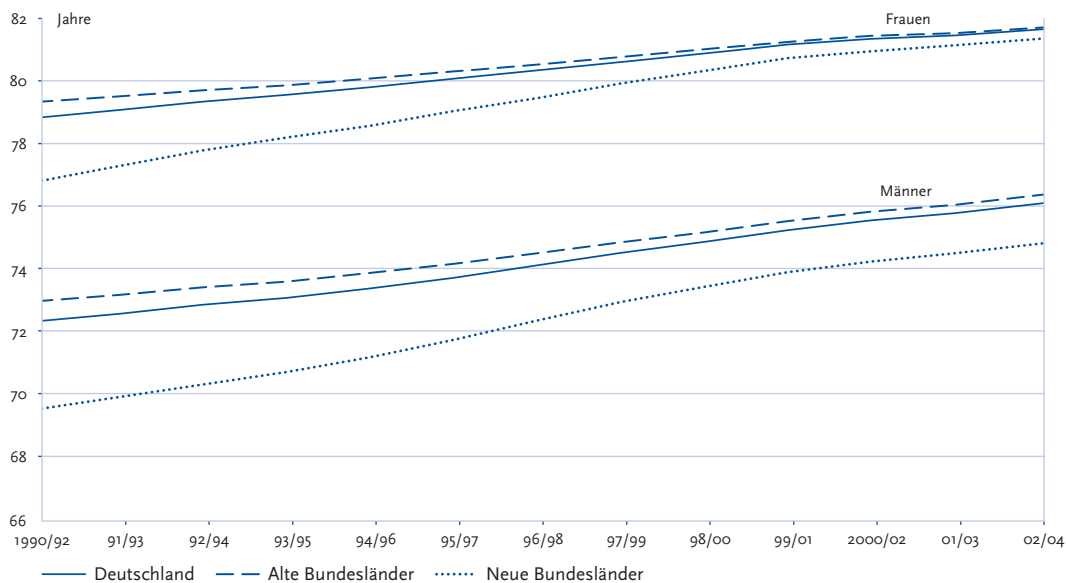
## Inhalt

Gesundheitszustand .....	3
Lebensbedingungen und Risikofaktoren .....	7
Inanspruchnahme von Präventionsangeboten .....	10
Angebote und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung .....	11
Gesundheitsausgaben .....	13
Maßnahmen .....	14

## Gesundheitszustand

**Die Gesundheit der Deutschen hat sich in den letzten Jahren weiter verbessert.** Zwischen 1990 und 2002/2004 hat sich in Deutschland die Lebenserwartung bei Geburt in allen Alters- und Geschlechtsgruppen erhöht. Bei Frauen stieg sie seit 1990 um 2,8 Jahre auf rund 81,6 Jahre, bei Männern um 3,8 Jahre auf rund 76 Jahre. Damit verringerte sich die Geschlechterdifferenz um fast ein Jahr und sank von 6,5 auf 5,6 Jahre.

Der Zugewinn an Lebenserwartung war in den neuen Bundesländern deutlich höher als in den alten. Der gesundheitliche Angleichungsprozess zwischen Ost und West hat sich somit weiter fortgesetzt. Die Lebenserwartung der Frauen liegt in neuen und alten Ländern inzwischen nahezu gleich hoch bei über 81 Jahren. Gleichwohl beträgt der Unterschied zwischen den Bundesländern mit der höchsten und mit der niedrigsten Lebenserwartung 2,2 Jahre bei Frauen und 3,6 Jahre bei Männern.



**Abbildung 1.1.1:** Lebenserwartung bei Geburt. Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Siehe: Gesundheit in Deutschland, S. 14

Auch bei der Selbsteinschätzung der Gesundheit und der gesundheitlichen Zufriedenheit zeigt sich ein günstiges Bild. So empfinden drei Viertel der über 18-jährigen Frauen und Männer ihren eigenen Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. Tendenziell stieg seit Mitte der 1990er Jahre der Anteil jener Personen, die ihre Gesundheit als „sehr gut“ einschätzen.

**Das Krankheitsspektrum verschiebt sich.** Seit Jahrzehnten wird das Krankheitsspektrum von zwei Erkrankungsgruppen dominiert: den Herz-Kreislauf- und den Krebsleiden. Inzwischen lassen sich jedoch wichtige Verschiebungen belegen. So verlieren Herz-Kreislauf-Krankheiten, wenn auch auf hohem Niveau, an Bedeutung. Obwohl sie weiterhin zu den wichtigsten Todesursachen zählen, ist ihr Anteil an der Gesamtsterblichkeit zurückgegangen. Während sich diese von 1990 bis 2004 bei Frauen um 25,3 Prozent und bei Männern um 29,4 Prozent verringert hat, betrug der Rückgang bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten bei Frauen 33,1 Prozent und bei Männern 38,2 Prozent. Zudem werden heute weniger Erwerbstätige als vor zehn Jahren wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten arbeitsunfähig oder vorzeitig berentet. Dessen ungeachtet verursacht die Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen die höchsten Behandlungskosten, wobei vor allem die so genannte koronare Herzkrankheit sowie der Schlaganfall zu Buche schlagen. Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems werden durch Zigarettenkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel sowie Bluthochdruck, Störungen des Fettstoffwechsels und Diabetes mellitus begünstigt. Diese Risikofaktoren, die sich großteils auf die persönliche

Lebensweise zurückführen lassen, zählen zu den häufigsten Diagnosen bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Internisten. Sie stehen auch im Fokus vieler präventiver Maßnahmen, beispielsweise der Angebote zur Primärprävention der gesetzlichen Krankenversicherung.

**Psychische und neurodegenerative Erkrankungen spielen eine immer größere Rolle.** Psychische Erkrankungen, die nach Daten des Bundesgesundheits-Surveys 1998 weit in der Allgemeinbevölkerung, vor allem bei Frauen, verbreitet sind, spielen sowohl bei Arbeitsunfähigkeitsfällen wie Frühberentungen eine immer größere Rolle. 15 Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer durchleben innerhalb eines Jahres eine depressive Phase. Gefürchtete Folge einer Depression ist der Selbstmord. So versterben 15 Prozent der Patienten mit schweren depressiven Erkrankungen durch Suizid.

Auch Angsterkrankungen sind weit verbreitet. Innerhalb eines Jahres erfährt jede fünfte Frau und fast jeder zehnte Mann eine Angststörung. Diese führt oft zu starken Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens. Bisher wird wahrschein-

lich nur bei einem Teil der Betroffenen die richtige Diagnose gestellt und die angemessene Behandlung eingeleitet.

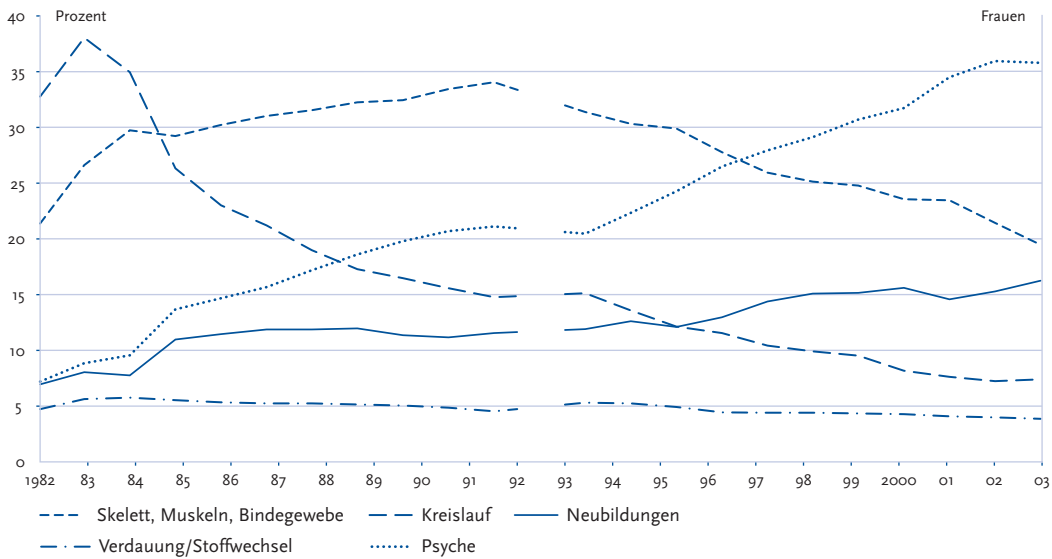
Eine zunehmende Bedeutung wird in den nächsten Jahrzehnten auch Demenzerkrankungen zukommen. Nach derzeitigen Schätzungen wird sich deren Zahl von heute rund einer Million bis zum Jahr 2050 verdoppeln. Die Pflege von an Demenz erkrankten Menschen stellt hohe Anforderungen an das Gesundheitssystem und die pflegenden Angehörigen, meistens Frauen.

**Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems verursachen erhebliche Kosten.** Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems gehören zu den häufigsten und kostenträchtigsten Leiden in Deutschland. Bezogen auf die Behandlungskosten rangieren sie unter allen Krankheitsgruppen an dritter Stelle. Zudem führen sie zu hohen volkswirtschaftlichen Folgekosten. So verursachen Muskel- und Skeletterkrankungen insgesamt die meisten Arbeitsunfähigkeitstage und sind bei Männern und Frauen der zweithäufigste Grund für gesundheitsbedingte Frühberentungen.

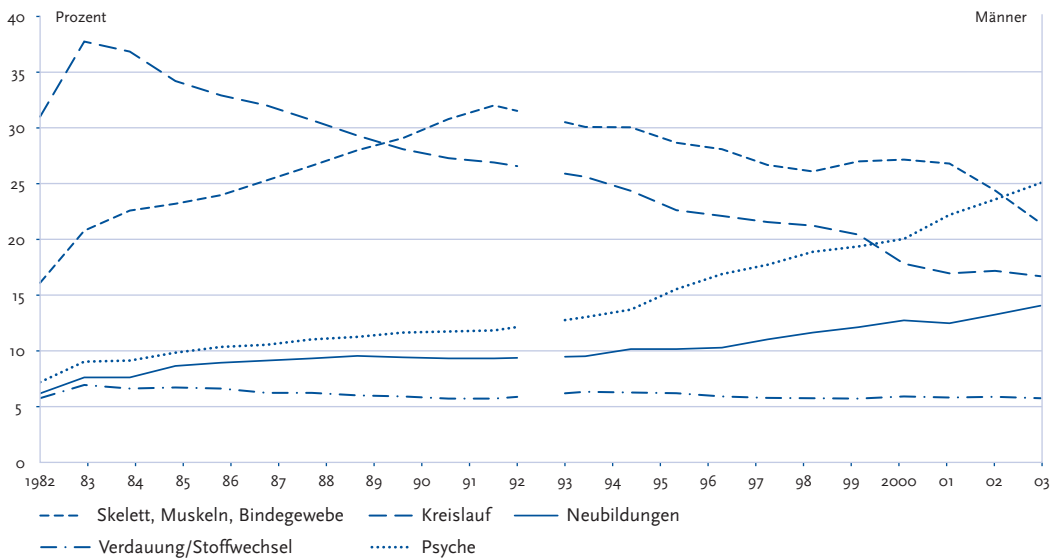
22 Prozent der Frauen und 15 Prozent der Männer in Deutschland leiden an chronischen Rückenschmerzen. Zur Häufigkeit der Osteoporose und der Arthrose liegen für Deutschland bisher keine verlässlichen Zahlen vor. Dennoch ist klar, dass es sich auch in diesen beiden Fällen um weit verbreitete Erkrankungen handelt. So erleiden 7,6 Prozent der Frauen und 4,9 Prozent der Männer im Alter von 50 bis 79 Jahren mindestens einen durch Osteoporose bedingten Wirbelbruch. Bei 20 bis 40 Prozent der Bevölkerung finden sich bei Röntgenaufnahmen Abnutzungserscheinungen in den Gelenken, die bei einem Teil der Betroffenen zu einer Arthrose mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen führen.

**Die Veränderungen im Krankheitsspektrum spiegeln sich bei den Krankheitsfolgen wider.** Der Krankenstand ist seit Mitte der 1990er Jahre deutlich rückläufig und liegt inzwischen in den neuen und alten Bundesländern auf nahezu gleichem Niveau. Im Schnitt fehlt jeder gesetzlich krankenversicherte Erwerbstätige gut 14 Tage pro Jahr bei der Arbeit. Der häufigste Anlass für Krankschreibungen sind Atemwegserkrankungen. Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage dagegen werden durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursacht, die häufig mit langen Ausfallzeiten verbunden sind. Trotz insgesamt sinkender Krankenstände haben die psychischen und Verhaltensstörungen dagegen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen.

Die wichtigsten Ursachen für die vorzeitige Berentung von Männern wie Frauen liegen in den Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe, den Herz-Kreislauf-Leiden sowie den psychischen Krankheiten. Während Herz-Kreislauf-Krankheiten seit Jahren rückläufig sind und auch Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe abnehmenden Anteil an Frühberentungen haben, ist der Trend bei den psychischen Leiden genau gegenläufig: Seit 2003 sind sie der häufigste Grund überhaupt für eine krankheitsbedingte Frühberentung.



**Abbildung 1.3.7:** Anteil der Rentenzugänge nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen bei den Frauen (bis 1992: Alte Bundesländer; ab 1993: Deutschland, gesamt). Quelle: VDR Statistik Rentenzugang; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 60



**Abbildung 1.3.8:** Anteil der Rentenzugänge nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen bei den Männern (bis 1992: Alte Bundesländer; ab 1993: Deutschland, gesamt). Quelle: VDR Statistik Rentenzugang; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 60

**Die Sterblichkeit an Krebserkrankungen sinkt.** Krebsleiden sind nach den Herz-Kreislauf-Krankheiten die zweithäufigste Todesursache bei Frauen und Männern in Deutschland. Durch bösartige Tumoren gehen viele potenzielle Lebensjahre verloren, weil die Betroffenen oft vor dem 70. Lebensjahr versterben. Dabei fallen bei Männern vor allem Lungenkrebs und bei Frauen Brustkrebs ins Gewicht. In höherem Alter dominiert bei Männern der Prostatakrebs und bei beiden Geschlechtern der Darmkrebs.

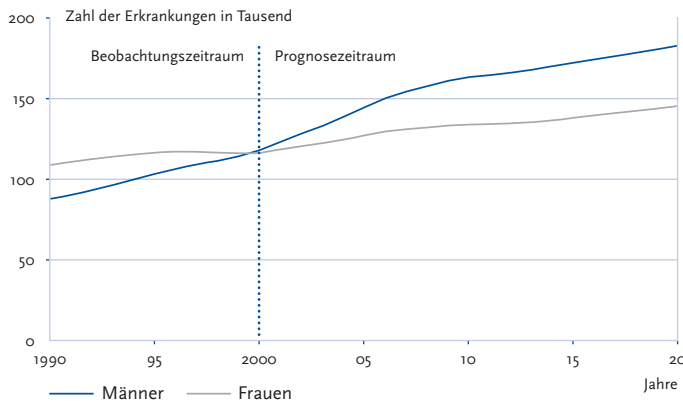
Für verschiedene Krebsarten lassen sich unterschiedliche Trends beobachten. So sinken seit 1990 die Raten neuer Lungenkrebskrankungen bei Männern, während sie bei Frauen im Alter unter 50 Jahren ansteigen. Dies wird vor allem auf

den vermehrten Zigarettenkonsum von Frauen zurückgeführt. Das Zigarettenrauchen ist der wichtigste Risikofaktor für Lungenkrebs.

Darmkrebs ist bei Frauen wie Männern das zweithäufigste Krebsleiden. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre sind die Neuerkrankungsraten bei beiden Geschlechtern nahezu unverändert geblieben, während die Sterberaten der Frauen seit Anfang der 1980er und die der Männer seit Anfang der 1990er Jahre abnehmen. Das Darmkrebsrisiko hängt unter anderem von den Ernährungsgewohnheiten ab. Die Früherkennung von Darmkrebs ist Bestandteil des gesetzlichen Früherkennungsprogramms.

Bei Brustkrebs der Frauen sind die Sterberaten in den 1990er Jahren zurückgegangen, während die Neuerkrankungsraten zugenommen haben. Durch die Einführung eines qualitätsgesicherten flächendeckenden Mammographie-Screenings soll die Brustkrebsmortalität weiter gesenkt werden.

In den kommenden Jahrzehnten könnte die Zahl neuer Krebserkrankungen auch bei gleich bleibendem Erkrankungsrisiko deutlich steigen, weil mit einem wachsenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung gerechnet werden muss und sich Krebsleiden in höherem Alter häufen.



**Abbildung 1.2.17:** Geschätzte Anzahl jährlich neu auftretender Krebserkrankungen bei über 65-Jährigen in Deutschland, wenn das Krebserkrankungsrisiko des Jahres 2000 unverändert fortbestünde (ICD-10: C00–C97 ohne C44). Quelle: Dachdokumentation Krebs (Datenbasis: [68] Variante 1). Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 40

**Bei Zahn- und Munderkrankungen lässt sich ein erfreulicher Trend erkennen.** Das Gebiss von Kindern und Jugendlichen ist in Deutschland so gesund wie nie zuvor. Die Zahl der von Karies befallenen Zähne ging im letzten Jahrzehnt zurück und liegt bei 12-Jährigen mit durchschnittlich 1,2 befallenen Zähnen unter der Vorgabe der Weltgesundheitsorganisation von 2,0. Bei Erwachsenen fallen dagegen mit zunehmendem Alter vor allem die Karies der Zahnwurzeloberflächen ins Gewicht. Ebenso nehmen die Parodontalerkrankungen mit steigendem Alter zu.

**Infektionskrankheiten gewinnen erneut an Bedeutung.** Unterdessen gewinnen Infektionserkrankungen, die in den letzten Jahrzehnten insgesamt stark rückläufig waren, erneut an Bedeutung. Dies steht in engem Zusammenhang mit einem verstärkten touristischen Reiseverkehr, politischen Wandlungen beispielsweise in Osteuropa, einer Zunahme riskanter Verhaltensweisen und dem Auftauchen resistenter Erreger. So hat sich der Anteil schwer zu bekämpfender Tuberkulosebakterien in den vergangenen Jahren erhöht. Auch zeigt sich ein Rückgang des Kondomgebrauchs, was neuen HIV-Infektionen Vorschub leisten könnte.

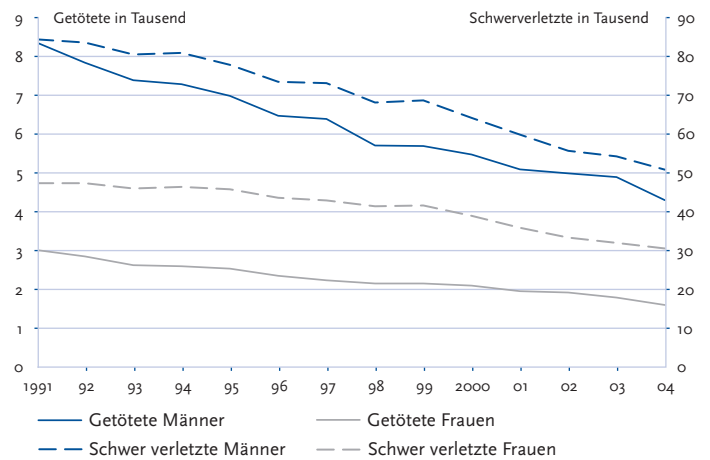
**Die größte Herausforderung für das Gesundheitssystem liegt indes in der Alterung der Gesellschaft.** Nicht allein Krebserkrankungen, sondern auch Leiden wie Diabetes, Osteoporose, Schlaganfall und Demenz nehmen mit steigendem Lebensalter zu. Durch den demografischen Wandel relativieren sich daher auch die insgesamt positiven Gesundheitstrends der letzten Jahre. So können die Deutschen zwar mit einem langen – und über lange Zeit in Gesundheit verbrachten – Leben rechnen. Gleichzeitig aber werden zukünftig immer mehr ältere Menschen mit chronischen Krankheiten eine gute Behandlung und Pflege benötigen.

## Lebensbedingungen und Risikofaktoren

**Bei steigendem allgemeinem Lebensstandard haben Armutsrisiken zugenommen.** Die Gesundheit und Lebenserwartung der Deutschen wird in erheblichem Maße von der sozialen Lage und dem Bildungsniveau, dem individuellen Lebensstil sowie Belastungen aus der Umwelt beeinflusst. Arbeitslosigkeit und armutsgefährdete Lebenslagen, gering ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein, Luftverschmutzung und Lärmbelastung, Tabak- und Alkoholkonsum spielen dabei ebenso eine Rolle wie abträgliche Ernährungsgewohnheiten und mangelnde körperliche Aktivität, Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen. Angesichts schwieriger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen und der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit haben Ungleichheit und Armutsrisiken tendenziell zugenommen. Vor allem Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, allein erziehende Frauen und in diesem armutsgefährdenden Umfeld aufwachsende Kinder sind ungünstigeren Gesundheitschancen ausgesetzt.

**Viele chronische Leiden treten in der unteren Sozialschicht häufiger auf.** Schlaganfälle, Rückenschmerzen, chronische Bronchitis und Schwindel treten bei Männern in der Unterschicht häufiger auf als in der Oberschicht. Für Frauen lässt sich zusätzlich ein verstärktes Vorkommen von Herzinfarkten und Diabetes mellitus am unteren Ende des Schichtgefüges beobachten. Auch die psychische Gesundheit ist in unteren Sozialschichten schlechter.

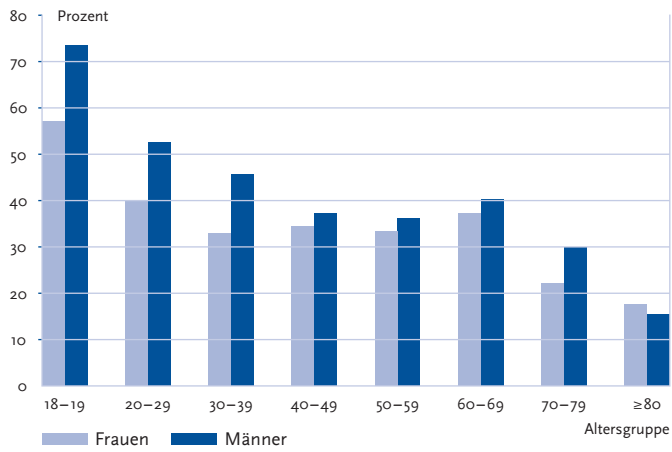
**Die Umweltbelastungen konnten verringert werden.** Die Umweltbelastungen ließen sich dank zahlreicher gesetzlicher Regelungen verringern. Gleichwohl können die seit 2005 geltenden Grenzwerte für Feinstaubpartikel (PM<sub>10</sub>) in vielen deutschen Großstädten nicht eingehalten werden. In Innenräumen spielt der Einfluss des Passivrauchens auf die Gesundheit von Kindern eine nach wie vor große Rolle. Zudem leidet ein Teil der Deutschen unter andauernden Lärmbelastungen, die beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen können. Trotz großer Fortschritte in der Unfallbekämpfung in den vergangenen Jahrzehnten stehen Unfälle bei den 18- bis 25-Jährigen weiterhin an vorderster Stelle der Todesursachenstatistik.



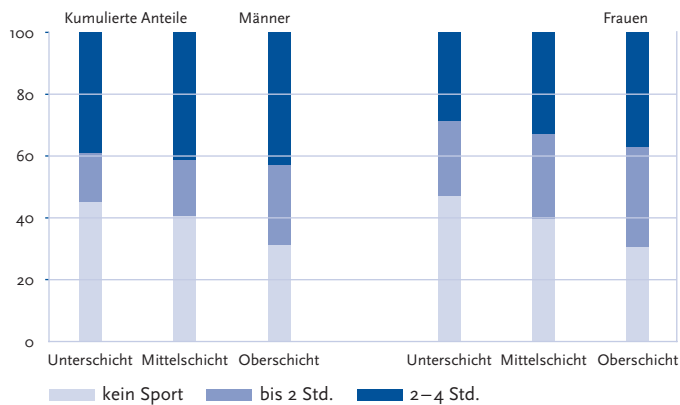
**Abbildung 2.2.4:** Getötete und schwer verletzte Frauen und Männer bei Straßenverkehrsunfällen (1991–2004). Quelle: Amtliche Verkehrsunfallstatistik, 2005. Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 94

**Die Ernährungsgewohnheiten der Deutschen haben sich in mancher Hinsicht verbessert.** So werden mehr Obst und Gemüse, mehr ballaststoff- und kohlenhydratreiche Kost und mehr nichtalkoholische Getränke konsumiert als Ende der 1980er Jahre. Frauen ernähren sich dabei im Schnitt etwas gesünder als Männer. Allerdings ist auch der Verbrauch von Fertigprodukten, Fast Food und Nahrungsergänzungsmitteln gestiegen. Während die Kost der Deutschen eine ausreichende Zufuhr der meisten Vitamine und Mineralstoffe gewährleistet, besteht bei einigen Bevölkerungsgruppen eine Unterversorgung mit Vitamin E, Vitamin D, Folsäure, Jod und Kalzium.

**Deutliche Defizite lassen sich weiterhin bei der körperlichen Aktivität feststellen.** Obwohl sich bei einem Teil der Bevölkerung in den 1990er Jahren eine Steigerung des Aktivitätsniveaus beobachten ließ, bewegen sich viele Personen im Alltag zu wenig. Dies lässt sich unter anderem auf sitzende Tätigkeiten und eine veränderte Freizeitgestaltung mit starker Nutzung der Massenmedien zurückführen. Im Jahr 1998 bewegten sich nur 13 Prozent der Erwachsenen an mindestens drei Tagen pro Woche eine halbe Stunde und erreichten damit das als gesundheitsförderlich empfohlene Pensum. Insgesamt ist das Aktivitätsniveau bei jüngeren Menschen höher als bei älteren. Nach Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 geben 41,7 Prozent der befragten Männer und 33,2 Prozent der befragten Frauen an, sich zwei oder mehr Stunden in der Woche zu bewegen. Frauen und Männer aus der unteren Sozialschicht sind zu einem größeren Anteil sportlich inaktiv als Angehörige der Mittelschicht und der Oberschicht.



**Abbildung 2.4.4:** Anteil der Männer und Frauen in verschiedenen Altersgruppen, die wöchentlich zwei und mehr Stunden Sport treiben. Quelle: Telefonischer Gesundheitsurvey 2003 [78]. Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 104



**Abbildung 2.4.5:** Umfang der wöchentlichen sportlichen Aktivität nach Sozialschicht. Quelle: Telefonischer Gesundheitsurvey 2003 [82] Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 104

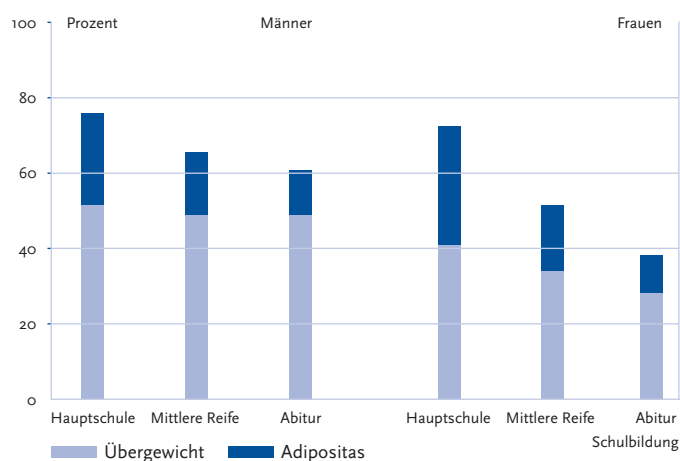


**Jeder dritte Erwachsene in Deutschland raucht.** Das Zigarettenrauchen gehört in Deutschland nach wie vor zu den bedeutendsten gesundheitlichen Risikofaktoren. Zwar ist der Tabakkonsum bei Männern in den letzten Jahren leicht zurückgegangen, doch nimmt er bei Frauen zu. Dadurch beginnt sich das Rauchverhalten zwischen den Geschlechtern anzugleichen.

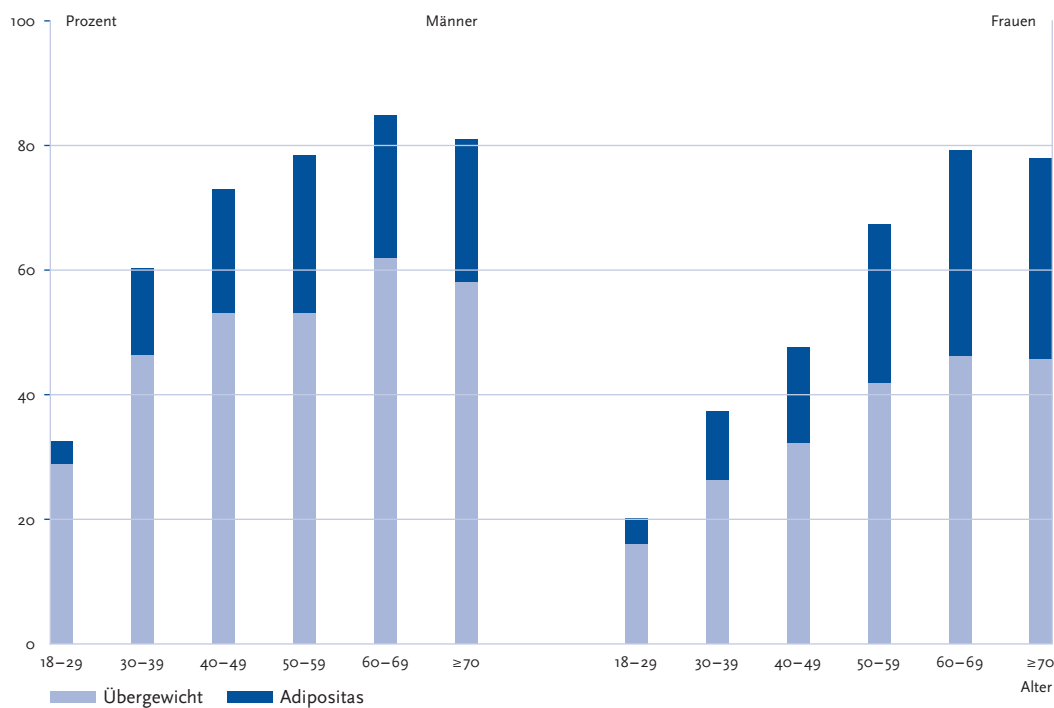
Die Passivrauchbelastung ist unverändert hoch. Neuere Untersuchungen zeigen, dass in Deutschland fast jedes zweite Kind zu Hause passiv raucht. Fast jeder vierte nichtrauchende Erwachsene lebt in Deutschland mit mindestens einem Raucher zusammen. Allerdings gibt nur jeder sechste an, dass im Haushalt auch tatsächlich geraucht wird. Der Anteil der Nichtraucherhaushalte der 25- bis 69-jährigen hat sich in den letzten zehn Jahren mit rund 50 Prozent kaum verändert.

**Jede sechste Frau und jeder dritte Mann trinkt zuviel.** Eine große Rolle spielt zudem der Alkoholkonsum. Ein Drittel der Männer und knapp ein Sechstel der Frauen konsumieren alkoholische Getränke in Mengen, die bereits mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko einhergehen. Besonders problematisch ist der Alkoholverbrauch von Jugendlichen, unter denen die Zahl von Rauschtrinkern und -trinkerinnen wächst.

**Die Hälfte der Frauen und etwa zwei Drittel der Männer haben Übergewicht oder sind stark übergewichtig.** Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas) sind in Deutschland weit verbreitet und nehmen mit steigendem Lebensalter zu. Wie in vielen anderen Ländern auch, treten Übergewicht und Adipositas vermehrt in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas hat in Deutschland in den letzten beiden Jahrzehnten zugenommen.



**Abbildung 2.6.2:** Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nach Schulbildung und Geschlecht. Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 [124]. Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 114



**Abbildung 2.6.1:** Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nach Alter und Geschlecht. Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 [124]. Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 112

## Inanspruchnahme von Präventionsangeboten

Seit den 1990er Jahren nimmt eine wachsende Zahl von Menschen in Deutschland die bestehenden Präventionsangebote in Anspruch. So steigen die Raten bei Schutz- und Grippeimpfungen ebenso wie die Teilnahmequoten bei Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Auch die Inanspruchnahme der Angebote der primären Prävention sowie der zahnärztlichen Individualprophylaxe hat sich seit ihrer Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich erhöht.

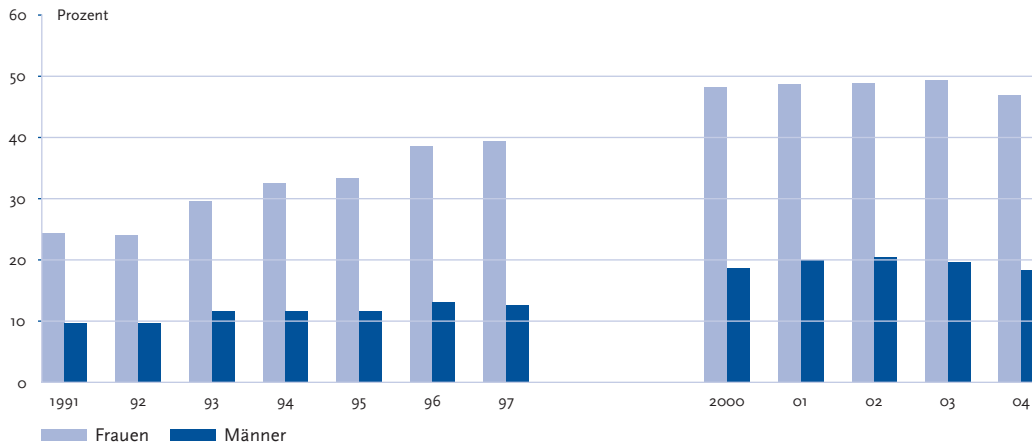


Abbildung 3.2.7: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen seit 1991. Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 134

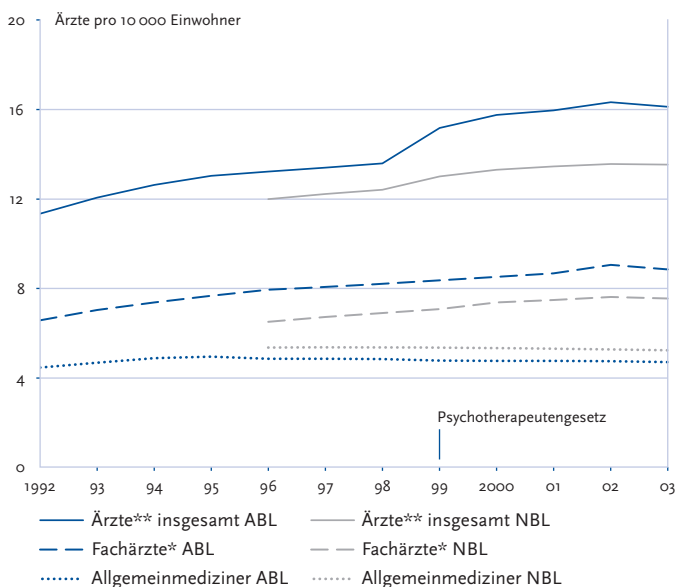
**Gleichwohl wird weiterhin nur ein Bruchteil der Bevölkerung durch die vorhandenen Angebote erreicht.** Generell sind Männer weniger an Prävention und Gesundheitsförderung interessiert als Frauen. Männer lassen sich vor allem dann für Präventionsmaßnahmen gewinnen, wenn diese keinen zusätzlichen Aufwand mit sich bringen und beispielsweise am Arbeitsplatz oder bei einem ohnehin stattfindenden Arztbesuch erfolgen.

## Angebote und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

**Die ambulante Gesundheitsversorgung war zwischen 1992 und 2004 von zahlreichen Gesetzesänderungen betroffen.** In den letzten Jahren standen dabei neben der Einführung der Praxisgebühr, veränderten Selbstbeteiligungen und Ausgaben senkenden Maßnahmen im Arzneimittelbereich vor allem strukturelle Änderungen der Versorgung im Vordergrund der Diskussion, wie zum Beispiel die Förderung der hausarztzentrierten und integrierten Versorgung, die Weiterentwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen oder die Einführung von Bonusmodellen und neuen Möglichkeiten für die Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. In der stationären Versorgung hat die Umstellung auf ein pauschaliertes Entgeltsystem (DRGs) die Diskussion der vergangenen fünf Jahre beherrscht.

**Die Fachärztdichte ist stetig gewachsen.** Insgesamt haben sich die fachärztlichen Versorgungsangebote im ambulanten Sektor vermehrt, während die Zahl der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in etwa konstant geblieben ist. Die im Jahr 2004 eingeführte Praxisgebühr hat allerdings dazu beigetragen, dass Patientinnen und Patienten seltener direkt einen Facharzt konsultieren und häufiger vom Hausarzt überwiesen werden. Noch lässt sich nicht abschätzen, ob dieser Trend anhalten wird.

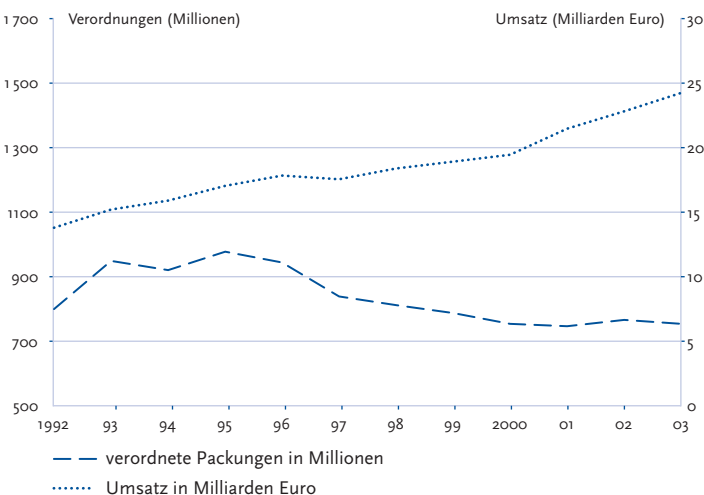
Erhöht hat sich auch die Zahl der ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, vor allem in den alten Bundesländern. Dies steht in Zusammenhang mit dem seit 1999 geltenden Psychotherapeutengesetz, das die nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die kassenärztliche Versorgung einbezog.



\*\* Ärzte (ab 1999 einschließlich psychologischer Psychotherapeuten)  
 \* Fachärzte ohne Allgemeinmediziner und ohne Psychotherapeuten  
 ABL=Alte Bundesländer; NBL=Neue Bundesländer

**Abbildung 4.1.1:** Ärzte und Fachärzte in freier Praxis pro 10 000 Einwohner nach Fachrichtung und Region. Quelle: KBV. Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 148

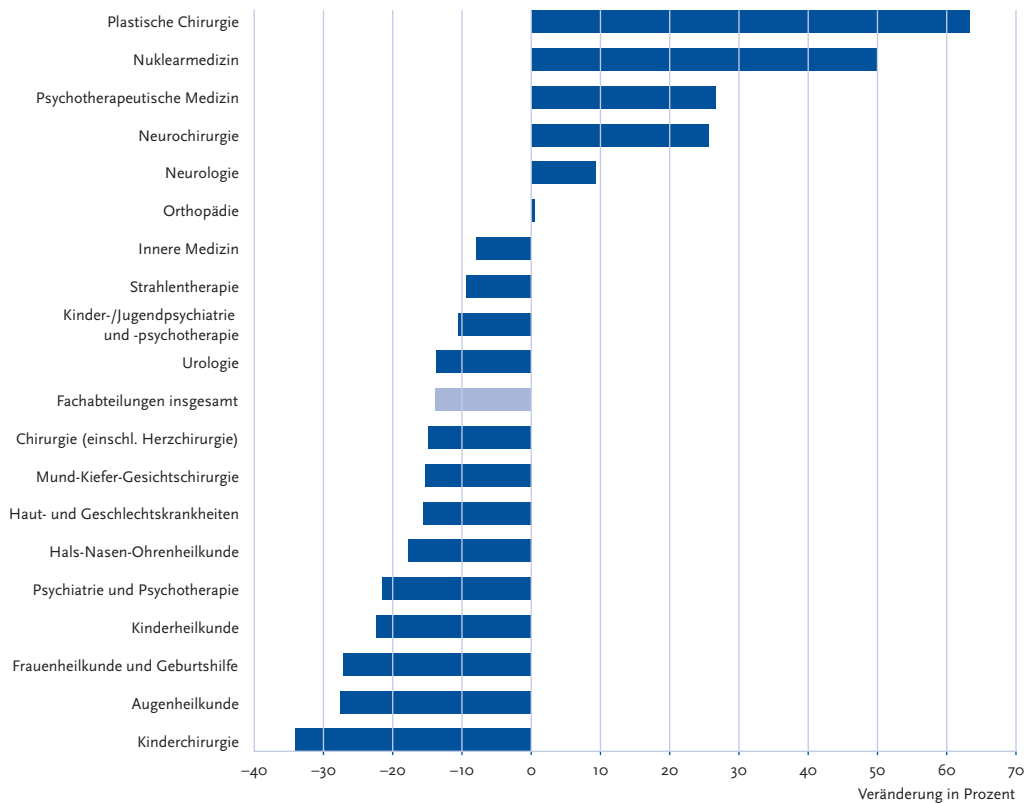
**Der Arzneimittelumsatz stieg zwischen 1992 und 2003 kontinuierlich an.** Der Zuwachs resultierte in erster Linie aus Veränderungen bei Art und Preis der verordneten Medikamente. Die Zahl der verschriebenen Packungen beziehungsweise das Verordnungsvolumen nach Tagesdosen haben sich dagegen nur wenig verändert.



**Abbildung 4.1.4:** Entwicklung von Arzneimittelverordnungen und -umsatz, Gesamtmarkt der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Rezepte mit Fertigarzneimitteln. Quelle: Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung, wissenschaftliches Institut der AOK; (Statistisches Bundesamt, IS-GBE). Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 150

**Die Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten sank.** Die Zahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten hat sich seit Anfang der 1990er Jahre vermindert. Hinter der rückläufigen Zahl der Krankenhäuser stehen sowohl ersatzlose Schließungen als auch Fusionen von zuvor getrennten Häusern. Ursache des Konzentrationsprozesses sind vor allem Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die auf eine leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung abzielen. Unterdessen haben sich die Zahl der Behandlungsfälle und der Anteil älterer Patienten in den Kliniken erhöht, die Liegezeiten dagegen verkürzt. Dies geht mit großen Herausforderungen für die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten einher.

Vom generellen Abbau der Bettenkapazität in den letzten zehn Jahren waren nicht alle Fachrichtungen gleichermaßen betroffen. Beispielsweise ist in der Kinderheilkunde und Psychiatrie der Bettenbedarf erheblich gesunken. Manche Abteilungen wurden geschlossen, um die Leistungsfähigkeit der betreffenden Klinik zu erhalten. In der plastischen und Neurochirurgie sowie der psychotherapeutischen Medizin ist das Angebot dagegen ausgeweitet worden. Insgesamt ist die Bettendichte in Deutschland nach wie vor höher als in anderen westlichen Industrieländern.



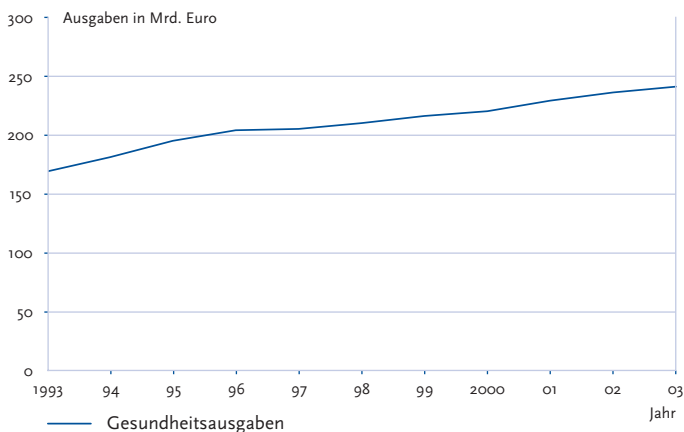
**Abbildung 4.2.4:** Veränderung der Bettenzahl nach Fachabteilung von 1993 bis 2003. Quelle: Krankenhausstatistik (Statistisches Bundesamt, IS-GBE). Siehe: Gesundheit in Deutschland S.162

**Bei den Pflegeheimen lässt sich ein deutlicher Zuwachs beobachten.** Ihre Zahl stieg allein zwischen 2001 und 2003 um 6,3 Prozent auf insgesamt gut 9.700. Die Anzahl der Pflegeplätze erhöhte sich von 1999 bis 2003 um 10,5 Prozent auf rund 713.000. Dessen ungeachtet wird nur ein Drittel aller Pflegebedürftigen in Pflegeheimen versorgt, zwei Drittel leben dagegen mit Unterstützung ihrer Angehörigen oder ambulanter Pflegedienste zu Hause.

**Die ehemals strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung löst sich zunehmend auf.** So dürfen Krankenhäuser seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1993 auch ambulant operieren. Dass Rehabilitationsmaßnahmen überwiegend stationär erfolgen, ist in Deutschland historisch bedingt und teilweise sozialrechtlich verankert. Allerdings werden inzwischen wohnortnahe ambulante und teilstationäre Rehabilitationsmöglichkeiten angeboten.

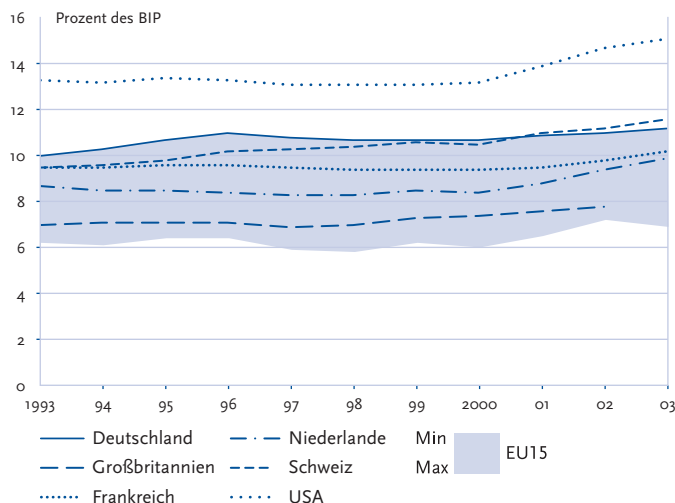
## Gesundheitsausgaben

**Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind in den Jahren 1993 bis 2003 kontinuierlich gestiegen.** Diese Entwicklung ist durch unterschiedliche Faktoren bedingt. Insbesondere die schrittweise Einführung der Pflegeversicherung seit dem Jahr 1995 – die im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung berücksichtigt wird – hat sowohl den Leistungsumfang wie auch die Beschäftigung im Gesundheitssystem deutlich erweitert. Für das Anwachsen der Gesundheitsausgaben sind neben Veränderungen des Leistungsvolumens Preisentwicklungen und Qualitätsverbesserungen der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen verantwortlich. Vor allem der medizinisch-technische Fortschritt führt zu kontinuierlichen Ausgabensteigerungen. Jedoch sind in verschiedenen Leistungsbereichen – etwa im Bereich der Arzneimittelversorgung – überproportionale Ausgabenzuwächse auch auf fehlende Wirtschaftlichkeitsanreize zurückzuführen.



**Abbildung 5.1.1:** Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal). Quelle: Statistisches Bundesamt 2005. Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 186

**Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit sind langsamer als im europäischen Durchschnitt gewachsen.** Als volkswirtschaftlich bedeutsame Kennziffer wird – auch in internationalen Vergleichen – der Anteil der Gesundheitsausgaben an der gesamten Wirtschaftsleistung, dem Bruttoinlandsprodukt, betrachtet. Die Gesundheitsausgaben betragen 11,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts und werden im europäischen Vergleich nur von der Schweiz übertroffen. Hierbei kommt die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung, die ungünstiger verlief als in anderen Staaten zum Tragen. In den vergangenen Jahren war jedoch der Ausgabenanstieg im Vergleich zu anderen Ländern moderat. Auch die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheit sind in den vergangenen Jahren langsamer als im europäischen Durchschnitt angewachsen und lassen auf stärkere Effizienzgewinne im Gesundheitswesen als in den anderen Ländern schließen. Bei einer Gesamtbewertung ist zu berücksichtigen, dass in Deutschland eine umfassende medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung ohne längere Wartezeiten und mit einem umfangreichen Leistungskatalog zur Verfügung steht.



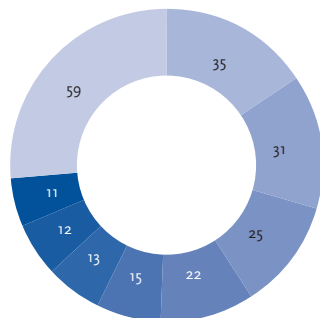
**Abbildung 5.4.1:** Entwicklung der Gesundheitsausgaben (in Prozent des BIP). Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005. Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 197

**Jeder neunte Arbeitsplatz ist im Gesundheitswesen.** Die Ausgaben für die Gesundheit werden oft zu einseitig als Kostenfaktor gesehen. Dass neue und kostenträchtige Therapien und Technologien mit einer steigenden Lebenserwartung und Lebensqualität der Bevölkerung einhergehen, tritt häufig in den Hintergrund. Wenig betont wird auch die große Bedeutung des Gesundheitswesens als Arbeitsmarkt. In Deutschland geht etwa jeder neunte Beschäftigte einer Tätigkeit im Gesundheitswesen nach, das sind 4,2 Millionen Personen. In der Automobilindustrie arbeitet dagegen nur etwa jeder fünfzigste Beschäftigte. Die Personalintensität im Gesundheitswesen wird sich schon wegen der wachsenden Zahl älterer behandlungs- oder betreuungsbedürftiger Menschen zukünftig eher erhöhen.

**In Deutschland wird das Gros der Gesundheitsausgaben nach wie vor von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen.** Weitere Ausgabenträger sind die soziale Pflegeversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die private Krankenversicherung, die Arbeitgeber, die öffentlichen Haushalte sowie die privaten Haushalte und sonstige Organisationen ohne Erwerbszweck.

**Rund die Hälfte der Gesamtkosten entfallen auf ärztliche sowie pflegerisch-therapeutische Leistungen.** Mehr als ein Viertel wird für die so genannten Waren, nämlich Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz verausgabt. Die Ausgaben für präventive Maßnahmen sind zwar von 1993 bis 2003 um rund 4 Milliarden Euro angewachsen, ihr Anteil von rund fünf Prozent an den Gesamtausgaben hat sich dabei aber kaum erhöht. Auch der Verwaltungskostenanteil von rund 5,5 Prozent ist trotz Ausgabensteigerungen seit 1993 nur leicht angewachsen. Die Ausgaben für die Waren im Gesundheitswesen, hierzu zählen Arzneimittel, Hilfsmittel, Zahnersatz und sonstiger medizinischer Bedarf, wiesen 2003 mit rund 64 Milliarden Euro einen höheren Ausgabenanteil auf als die jeweiligen Ausgabenanteile für ärztliche Leistungen (rund 62 Milliarden Euro) sowie für pflegerische und therapeutische Leistungen (rund 55 Milliarden Euro). Dieses Verhältnis war im Jahr 1993 noch umgekehrt und zeigt eine deutliche Verschiebung im Leistungsgeschehen.

**Die meisten Kosten werden durch Herz-Kreislauf-Krankheiten verursacht.** Eine Aufschlüsselung nach Krankheiten zeigt, dass die meisten Kosten durch Herz-Kreislauf-Leiden verursacht werden. Es folgen die Ausgaben für Krankheiten des Verdauungssystems, zu denen insbesondere die hohen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz zählen. An dritter Stelle stehen die durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes bedingten Ausgaben. Insgesamt variieren die Krankheitskosten erheblich in Abhängigkeit von Lebensalter und Geschlecht.



- Sonstige
- IX. Krankheiten des Kreislaufsystems
- XI. Krankheiten des Verdauungssystems
- XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems
- V. psychische und Verhaltensstörungen
- II. Neubildungen
- IV. endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- X. Krankheiten des Atmungssystems
- XIX. Verletzungen und Vergiftungen

Anm.: Die römischen Ziffern stellen die Nummerierung der Krankheitsklassen der ICD-10 dar

**Abbildung 5.3.1:** Krankheitskosten 2002 in Milliarden Euro nach ausgewählten Krankheitsklassen. Quelle: Statistisches Bundesamt 2004. Siehe: Gesundheit in Deutschland S. 194

**Die Pro-Kopf-Ausgaben steigen in Deutschland langsamer als in anderen Staaten.** Der Anstieg der Gesundheitsausgaben ist kein deutsches Phänomen und lässt sich in allen westlichen Industrienationen zum Teil deutlich ausgeprägter beobachten. Vergleicht man die Pro-Kopf-Ausgaben, so liegt Deutschland ähnlich wie die Schweiz und die Niederlande über dem internationalen Durchschnitt. Alle diese Länder messen der Sicherung der Gesundheit ihrer Bevölkerung einen hohen Stellenwert bei.

## Maßnahmen

**Prävention und Gesundheitsförderung werden weiter ausgebaut.** Prävention und Gesundheitsförderung sollen nach den Vereinbarungen des Koalitionsvertrags vom November 2005 zu einer eigenständigen Säule des Gesundheitswesens mit einem Präventionsgesetz ausgebaut werden. Es sollen Krankheiten und ihre Folgen verhütet und dadurch Lebenserwartung und Lebensqualität der Bevölkerung gesteigert werden.

**Qualitätssicherungsmaßnahmen gewinnen an Bedeutung.** Seit Beginn der 1990er Jahre haben Qualitätssicherungsmaßnahmen an Bedeutung gewonnen. Insbesondere sind Krankenhäuser und Arztpraxen über die Sozialgesetzgebung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet worden. Seit 2005 müssen die Kliniken zudem in zweijährigem Turnus Qualitätsberichte veröffentlichen, die Daten über ihr Leistungsspektrum, die Qualifikation des Personals, die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten, Art und Anzahl der operativen Eingriffe sowie die Ergebnisqualität enthalten.

**Arzneimittel und medizinische Verfahren werden auf ihren Nutzen hin bewertet.** Die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln sowie die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren stellen zentrale Aufgaben des neu gegründeten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dar. Diese Informationen sind Grundlage für die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Leistungskatalogs. Sie werden außerdem für Patientinnen und Patienten und interessierte Bürger verständlich aufbereitet.

**Leitlinien sollen Behandlung verbessern.** Eine zunehmende Rolle für die Qualitätssicherung spielen systematisch entwickelte Behandlungsleitlinien, die bei Therapieentscheidungen Handlungskorridore abstecken und die Behandlungsergebnisse verbessern sollen.

**Die aktive Teilhabe von Patientinnen und Patienten gewinnt zunehmend an Bedeutung.** Wichtige Akteure sind Patientenorganisationen und unabhängige Beratungseinrichtungen. Zudem gibt es Ansätze, die Mitarbeit der Betroffenen gesetzlich zu verankern. Ziel dieser Bemühungen ist, die Belange von Patientinnen und Patienten stärker zu berücksichtigen und gleichzeitig Transparenz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu erhöhen. Hierzu wurde auch eine Patientenbeauftragte berufen.

**Fachlich geprüfte Informationen sollen für Patientinnen und Patienten zugänglich sein.** Informierte Patientinnen und Patienten benötigen fachlich zuverlässige Informationen, die von einer Reihe von Institutionen zur Verfügung gestellt werden.

**Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

**Redaktion**

Robert Koch-Institut  
Gesundheitsberichterstattung  
Dr. Cornelia Lange, Dr. Thomas Ziese  
Seestraße 10  
13353 Berlin

**Bezugsquelle**

E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)

[www.rki.de](http://www.rki.de)

Tel.: 0 18 88.7 54-34 00

Fax: 0 18 88.7 54-35 13

**Gestaltung**

blotto design, Berlin

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

*Gesundheitsberichterstattung des Bundes*

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem  
Statistischen Bundesamt

**Gesundheit in Deutschland**

Zusammenfassung  
Juli 2006

© Berlin: Robert Koch-Institut