

Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?

Dr. Frank Niehaus, Verena Finkenstädt

WIP Diskussionspapier 12/09

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis.....	3
1. Einleitung	4
2. Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben.....	6
2.1 Maßgebliche Indikatoren.....	6
2.2 Problem: Abgrenzung der Gesundheitsausgaben.....	11
3. Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Altersstruktur eines Landes	12
3.1 Gesundheitsausgabenprofile in Abhängigkeit des Alters.....	13
3.2 Anwendung der deutschen Gesundheitsausgabenprofile auf andere Länder.....	15
3.3 Vergleich der altersabhängigen mit den tatsächlichen Gesundheitsausgaben	18
4. Fazit.....	22
5. Quellenverzeichnis.....	23
Anhang	25
I. Anwendung der Gesundheitsausgabenprofile der USA auf andere Länder.....	25
II. Altersstrukturen ausgewählter Länder.....	29
III. Fertilitätsraten europäischer Länder.....	38

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anteil der Gesamtausgaben für Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2007... 6	6
Abb. 2: Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf im Jahr 2007 (kaufkraftbereinigt)..... 7	7
Abb. 3: Bruttoinlandsprodukt pro Arbeitsstunde im Jahr 2008 (kaufkraftbereinigt)..... 8	8
Abb. 4: Durchschnittliche Jahresarbeitszeit eines Erwerbstätigen im Jahr 2008..... 8	8
Abb. 5: Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2008..... 9	9
Abb. 6: Bruttoinlandsprodukt pro Person im Jahr 2008 (kaufkraftbereinigt) 10	10
Abb. 7: Bruttogeburtenziffer je 1000 Einwohner im Jahr 2008..... 12	12
Abb. 8: Gesundheitsausgabenprofile in der GKV und PKV 2007..... 13	13
Abb. 9: Zusammengeführte Gesundheitsausgabenprofile der GKV und PKV 2007..... 15	15
Abb. 10: Deutsche Gesundheitsausgabenprofile nach Altersklassen..... 16	16
Abb. 11: Gesundheitsausgaben pro Kopf bei Anwendung der deutschen Profile von 2007 ... 17	17
Abb. 12: Gesundheitsausgaben pro Kopf bei Anwendung der deutschen Profile von 2007 im Vergleich zu den tatsächlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf 18	18
Abb. 13: Gesundheitsausgaben pro Kopf bei Anwendung der deutschen Profile von 2007 im Vergleich zu den tatsächlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf 19	19

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Rangfolge der Länder nach Höhe ihrer Gesundheitsausgaben pro Kopf im Verhältnis zum deutschen Gesundheitssystem 20	20
--	----

1. Einleitung

Es gehört zum Allgemeingut der gesundheitspolitischen Diskussion, dass das deutsche Gesundheitswesen¹ im internationalen Vergleich besonders teuer ist. Im Rahmen von Ländervergleichen galt lange Zeit die Schweiz als Vorzeigemodell eines funktionierenden und bezahlbaren Gesundheitswesens. Seit Anfang der 2000er-Jahre rückten die Niederlande als positives Beispiel in den Fokus der Reformdebatte.² Kritiker des deutschen Gesundheitssystems bemängeln vor allem, dass die Leistungen im internationalen Vergleich zurücklägen, bei den Kosten Deutschland aber eine Spitzenposition einnehme.³ Als Maßstab gilt hier zumeist der Anteil der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung. Bei einem internationalen Vergleich dieses Wertes rangiert Deutschland im Jahr 2007 mit 10,4 % auf Platz 4 der 30 OECD-Länder.

Es zeugt jedoch von einer verkürzten Sichtweise, an Hand der Höhe der Gesundheitsausgaben Rückschlüsse auf das Versorgungsniveau eines Landes ziehen zu wollen. Um in angemessener Weise bewerten zu können, ob die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Vergleich besonders teuer ist, wäre eine umfassende Analyse, eine Gesamtschau unter Einbeziehung aller Kosten und Leistungen erforderlich: Wie umfassend ist der Leistungskatalog? Wie werden die Leistungen finanziert? Wie hoch sind die Kosten für bestimmte Gesundheitsleistungen? Wie stellt sich die Mortalitäts- und Morbiditätsrate in der Bevölkerung dar? Sind alle Leistungen für alle zugänglich? Gibt es Wartezeiten? Werden die Gesundheitsausgaben pro Kopf oder am Anteil des Bruttoinlandsproduktes berechnet?

Ein wirklich umfänglicher Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme ist eine höchst anspruchsvolle Aufgabe, die auch im Rahmen dieses Papiers nicht vorgenommen werden soll. Hier wird vielmehr ein Aspekt gezielt hervorgehoben, der in der Diskussion über zu hohe Kosten im Gesundheitswesen oftmals vernachlässigt wird: Die Auswirkungen der Altersstruktur eines Landes auf die Höhe der Gesundheitsausgaben. Wenn die Gesundheitskosten der Menschen überproportional mit dem Lebensalter ansteigen, dann muss die Frage des Altersaufbaus einer Bevölkerung erhebliche Auswirkungen auf die insgesamt in einem Land anfallenden Gesundheitskosten haben. Wenn in der Folge die gesamten Gesundheitskosten zweier Länder gegenübergestellt werden, dann kann der Vergleich nur dann zu aussagefähigen Er-

¹ Die Begriffe Gesundheitswesen und Gesundheitssystem werden in diesem Papier synonym verwendet.

² Näher dazu etwa Greß (2002); Hartmann (2002).

³ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001); OECD (2008: 159ff.); Lauterbach (2009).

gebnissen führen, wenn die Altersstruktur in den jeweiligen Ländern miteinander vergleichbar ist. Verfügt Land A hingegen über eine "relativ junge Bevölkerung" und Land B über eine "relativ alte Bevölkerung", dann wären mit gleich hohen Gesundheitskosten mitnichten gleich hohe Versorgungsstandards finanzierbar.

Aus diesem Grund ist es erforderlich, die Gesundheitsausgaben der Länder unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstrukturen miteinander zu vergleichen.

2. Internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben

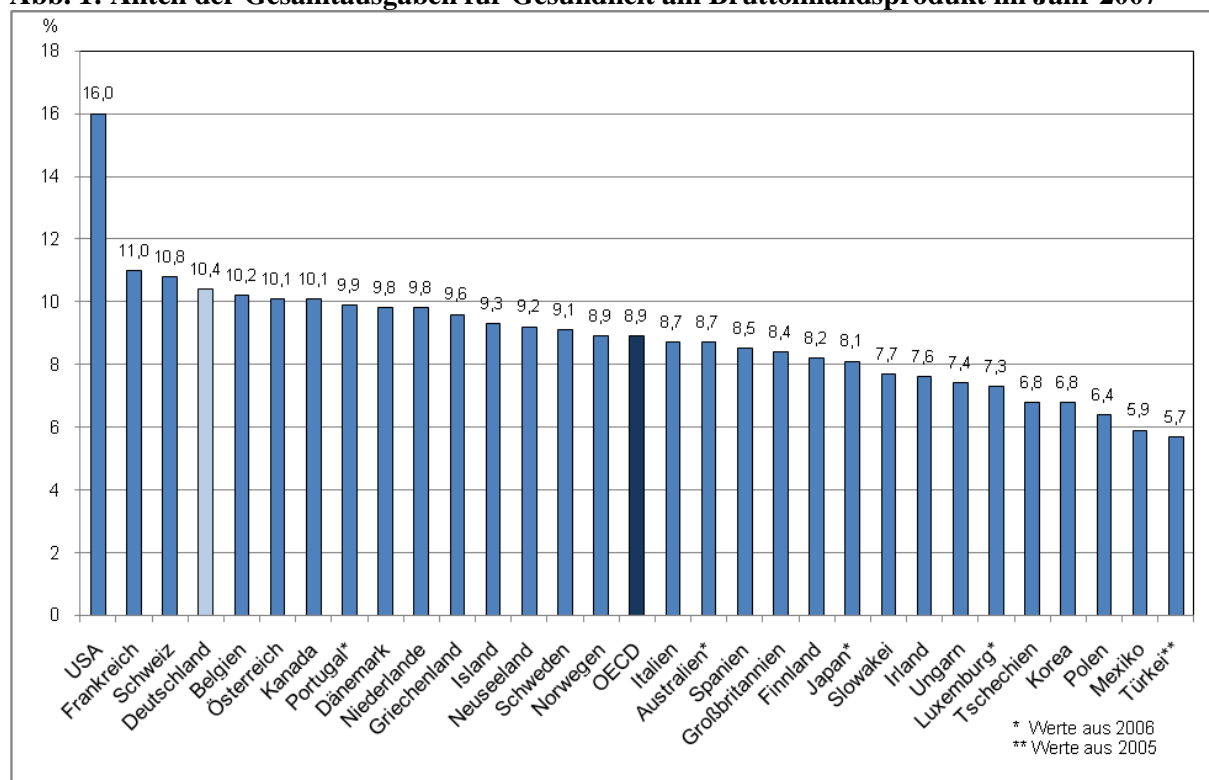
2.1 Maßgebliche Indikatoren

Bevor im Einzelnen auf die Auswirkungen der Altersstruktur auf die Gesundheitsausgaben eingegangen wird, ist es notwendig, zunächst die Indikatoren zu beleuchten, die für internationale Vergleiche hauptsächlich herangezogen werden:

1. Anteil der Gesamtausgaben für Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Diese Kennziffer gibt an, wie viel Prozent der im Inland produzierten Güter und Dienstleistungen dem Gesundheitswesen zuzurechnen sind.
2. Ausgaben für Gesundheit pro Kopf in Dollar. Dieser Indikator wird von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) kaufkraftbereinigt erstellt, um Preisniveauunterschiede und Wechselkursschwankungen zu eliminieren. Zudem wird der Einfluss der unterschiedlichen Bevölkerungsgröße beseitigt.

Der Indikator "Anteil der Gesamtausgaben für Gesundheit am BIP" weist Deutschland im Jahr 2007 als das viertteuerste Gesundheitssystem im Vergleich der OECD-Länder aus. Deutschland liegt damit um 1,5 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der OECD-Länder (siehe Abbildung 1).

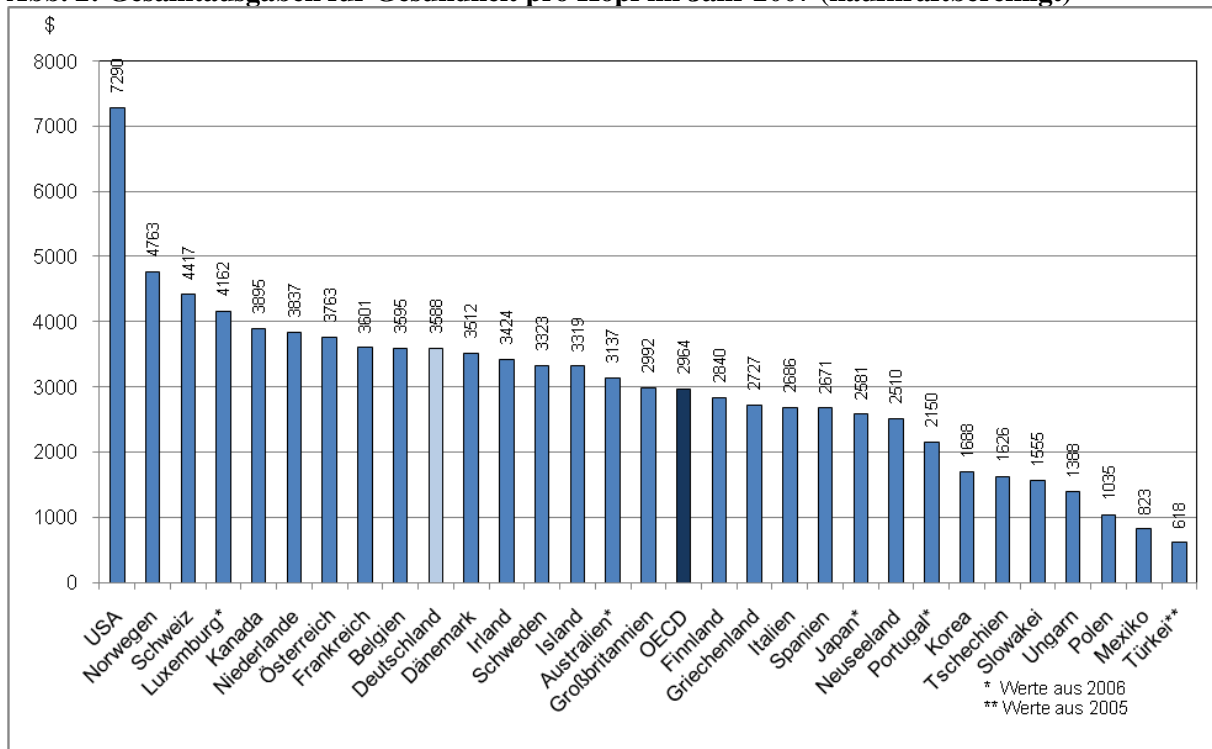
Abb. 1: Anteil der Gesamtausgaben für Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2007



Quelle: OECD Gesundheitsdaten (2009a).

Legt man die kaufkraftbereinigten Gesundheitsausgaben pro Kopf zu Grunde, dann rangiert Deutschland im Jahr 2007 im oberen Mittelfeld (siehe Abbildung 2).

Abb. 2: Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf im Jahr 2007 (kaufkraftbereinigt)



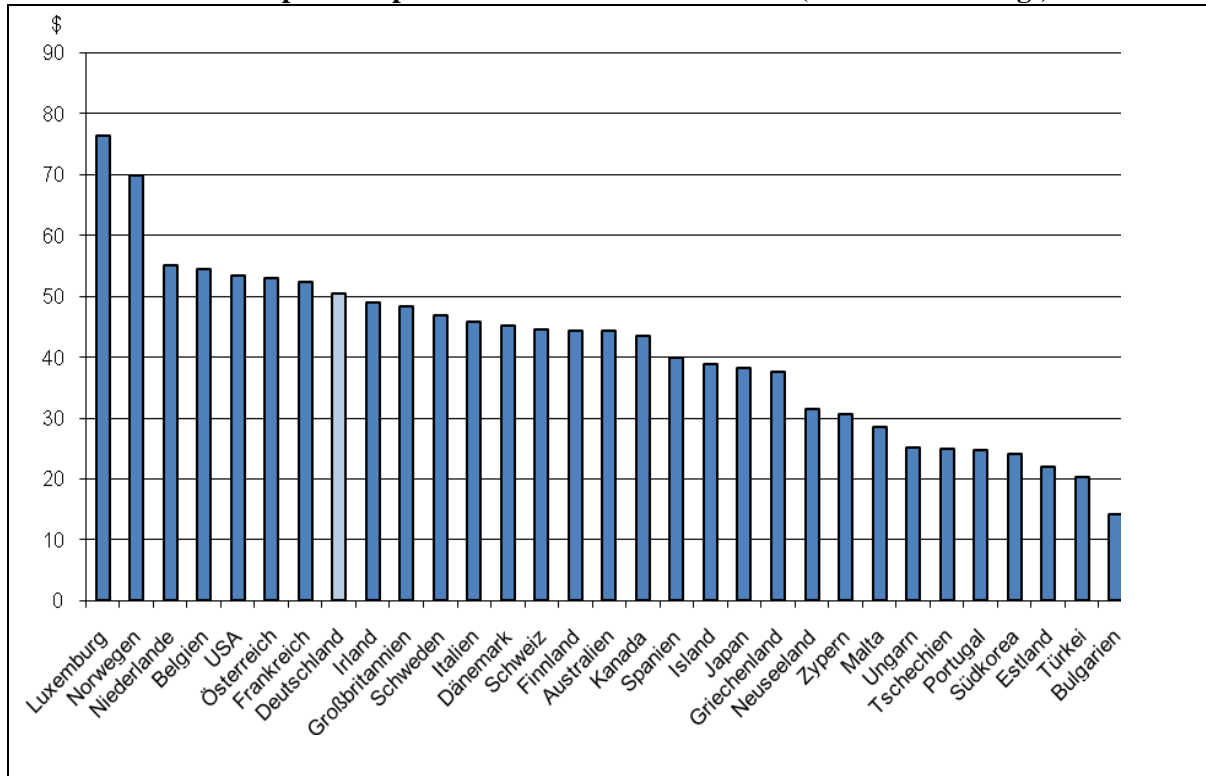
Quelle: OECD Gesundheitsdaten (2009a).

In diesem Papier wird für Berechnungen und Vergleiche der zweite Indikator herangezogen, da der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP aus folgenden Gründen für den internationalen Vergleich problematisch erscheint:

Bei dem „Anteil am BIP“ handelt es sich um einen Quotienten, bei dem sowohl der Nenner (das BIP) als auch der Zähler (die Gesundheitsausgaben) den Wert bestimmen. Ein hoher Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP kann somit aus hohen Gesundheitsausgaben, einem niedrigen BIP oder einer Kombination aus beiden entstehen. Es wird mit der Quote folglich nicht nur die Höhe der Gesundheitsausgaben gemessen und verglichen, sondern immer auch die Höhe des BIP.

Die Höhe des BIP hängt wiederum von der Produktivität der arbeitenden Bevölkerung und von der erbrachten Arbeitszeit ab. Die Produktivität je geleistete Arbeitsstunde in Deutschland liegt im internationalen Vergleich im Mittelfeld (siehe Abbildung 3)

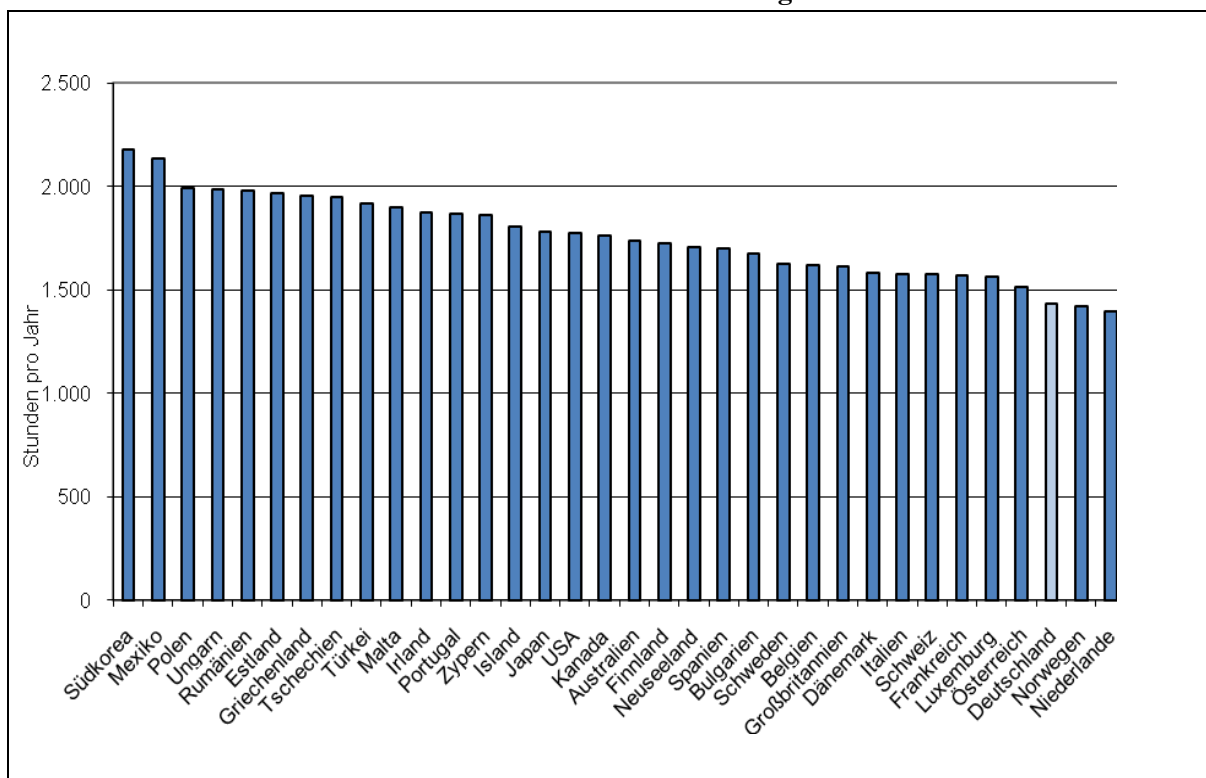
Abb. 3: Bruttoinlandsprodukt pro Arbeitsstunde im Jahr 2008 (kaufkraftbereinigt)



Quelle: The Conference Board and Groningen Growth and Development Centre (2009).

Hinzu kommt, dass die Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden je erwerbstätiger Personen in Deutschland relativ gering ist (siehe Abbildung 4).

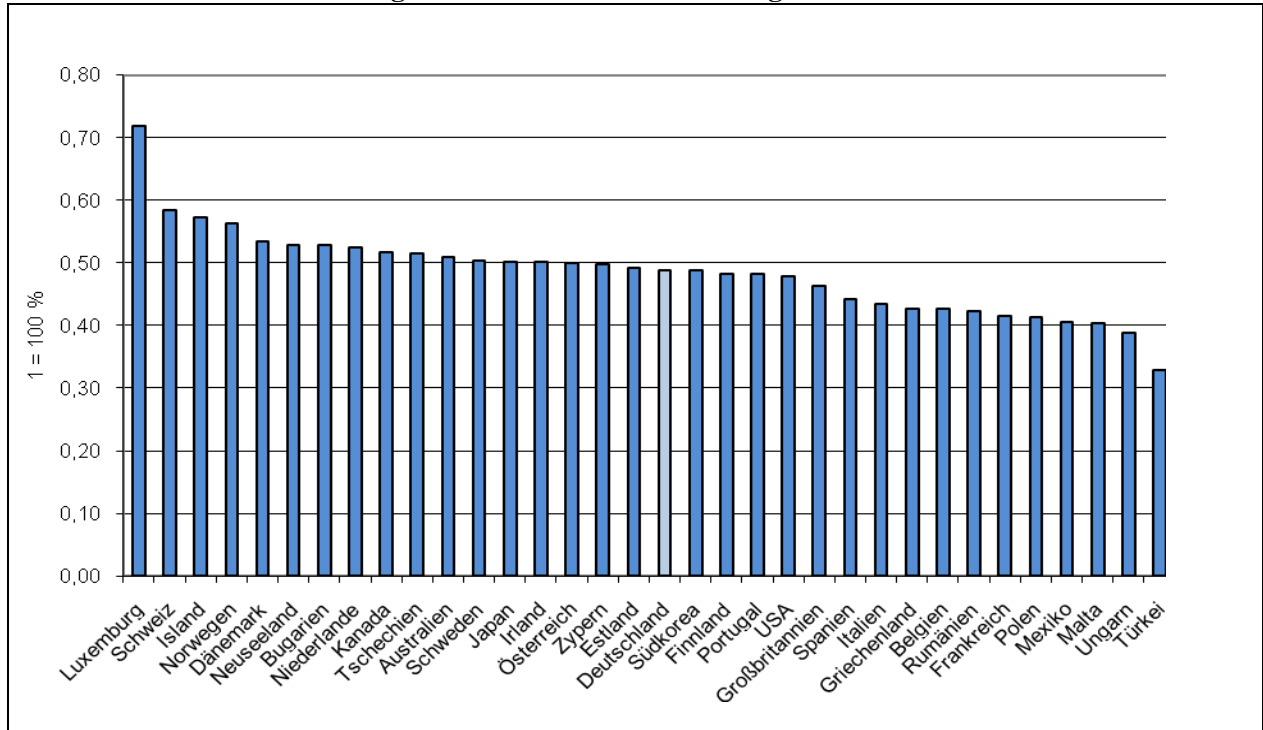
Abb. 4: Durchschnittliche Jahresarbeitszeit eines Erwerbstätigen im Jahr 2008



Quelle: The Conference Board and Groningen Growth and Development Centre (2009).

Der Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung liegt im Jahr 2008 ebenfalls nur im Mittelfeld (siehe Abbildung 5).

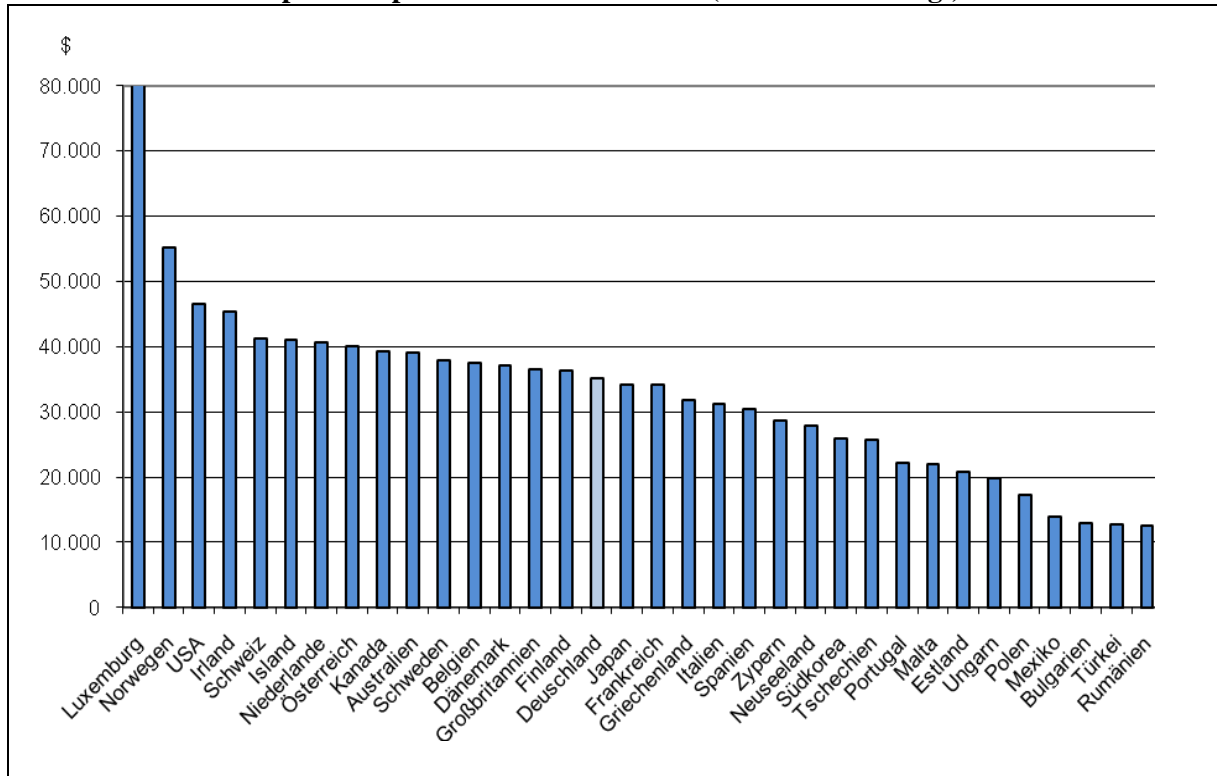
Abb. 5: Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2008



Quelle: The Conference Board and Groningen Growth and Development Centre (2009).

Aus der Verbindung einer durchschnittlichen Produktivität je Arbeitsstunde mit im internationalen Vergleich geringerer Arbeitszeit pro Erwerbstätigen, ergibt sich ein relativ geringes BIP pro Kopf. Hier dürfte sich nicht zuletzt die besondere Situation der neuen Bundesländer bemerkbar machen, die auch 20 Jahre nach der Wiedervereinigung noch nicht die Wirtschaftskraft der alten Bundesländer erreicht haben. Damit rangiert das BIP pro Person in Deutschland im internationalen Vergleich nicht auf den vordersten Rängen (siehe Abbildung 6). Dies führt dazu, dass die Gesundheitsausgaben bezogen auf die Höhe des BIP einen relativ großen Anteil ausmachen, obwohl sie im internationalen Vergleich pro Kopf eher durchschnittlich sind. Auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird konstatiert, dass bei der Bewertung des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP zu berücksichtigen ist, dass Deutschland in den vergangenen Jahren zwar relativ moderate Ausgabensteigerungen und deutliche Effizienzgewinne im Gesundheitswesen zu verzeichnen hat. Dennoch ist der BIP-Anteil bis 2005 auf 10,7 % gewachsen, da die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung ungünstiger verlief als in anderen Ländern (Robert-Koch-Institut 2006: 13). Seit 2006 ist dagegen wieder ein Rückgang festzustellen. Wird das BIP als Bezugsgröße gewählt, darf diese Dynamik nicht außer Acht gelassen werden.

Abb. 6: Bruttoinlandsprodukt pro Person im Jahr 2008 (kaufkraftbereinigt)



Quelle: The Conference Board and Groningen Growth and Development Centre (2009).

Zudem bringt die Bestimmung des BIP und vor allem der internationale Vergleich dieser Größe weitere Probleme mit sich. So ist neben der Wechselkursproblematik beispielsweise der Umfang der Schattenwirtschaft in den Ländern unterschiedlich und führt zu Wohlstand, der nicht erfasst werden kann.⁴ Nichtsdestotrotz wird dieser Indikator seit langem in der nationalen und internationalen Diskussion maßgeblich für die Beurteilung der Höhe und Entwicklung der Gesundheitsausgaben verwendet.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es keinen perfekten Indikator für den internationalen Vergleich von Gesundheitsausgaben gibt. Entscheidend für die Auswahl eines Indikators ist vor allem die jeweilige Fragestellung. Für einen Vergleich der tatsächlichen Kosten der nationalen Gesundheitssysteme erweisen sich vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen die "Gesundheitsausgaben pro Kopf" als der bessere Maßstab.

⁴ Näher dazu etwa Haslinger (2002).

2.2 Problem: Abgrenzung der Gesundheitsausgaben

Ein weiterer problematischer Aspekt im internationalen Vergleich ist die Ermittlung der Höhe der Gesundheitsausgaben eines Landes. Grundlage für die Abgrenzung der Gesundheitsausgaben ist in den OECD-Mitgliedsstaaten die Definition der OECD. Gemäß dieser Definition werden alle Ausgaben für Aktivitäten oder Güter, die von Einrichtungen und Einzelpersonen durchgeführt oder bereitgestellt werden, und die dabei medizinisches, hilfsmmedizinisches oder pflegerisches Wissen oder die dafür erforderlichen Technologien anwenden, zu den Gesundheitsausgaben gezählt (OECD 2009b). In Deutschland ist die wichtigste Quelle für die Daten des Gesundheitswesens das Statistische Bundesamt. Die dort geführte Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) orientiert sich in ihrer Systematik am „System of Health Accounts“ der OECD, um so eine bessere internationale Vergleichbarkeit der Angaben zu erreichen (Statistisches Bundesamt 2004). Die Gesamtausgaben für Gesundheit betragen in Deutschland im Jahr 2007 252,8 Mrd. Euro. Den größten Teil der Ausgaben trug die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit 145,4 Mrd. Euro bzw. 57,5 % der Gesamtausgaben. Auf die private Krankenversicherung (PKV) entfielen 23,5 Mrd. Euro (9,3 % der Gesamtausgaben). Im verbleibenden Anteil sind z.B. die Investitionskosten der Krankenhäuser und die Pflegekosten enthalten. Der Systematik der OECD folgen jedoch (noch) nicht alle OECD-Mitgliedsstaaten. Aufgrund der in jedem Land unterschiedlichen Konstruktion des Gesundheitssystems mit verschiedenen Zahlungsströmen und unterschiedlichen Erhebungsmethoden der Daten sind Verzerrungen nicht auszuschließen.⁵

Bei der im nächsten Kapitel folgenden Analyse der Auswirkungen der Altersstruktur auf die Gesundheitsausgaben eines Landes, werden den Daten der OECD die Zahlen der Kopfschadenstatistik der PKV⁶ und die GKV-Ausgabenprofile aus der Datenerhebung für den Risikostrukturausgleich (RSA) gegenübergestellt. Zwar umfasst die OECD-Gesundheitsausgabenstatistik mehr Ausgabenfaktoren als die reinen Leistungsausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (s.o.). Diese Einschränkung muss allerdings hingenommen werden, da es für die deutschen alters- und geschlechtsspezifischen Gesundheitsausgaben keine exakt vergleichbaren internationalen Daten gibt.

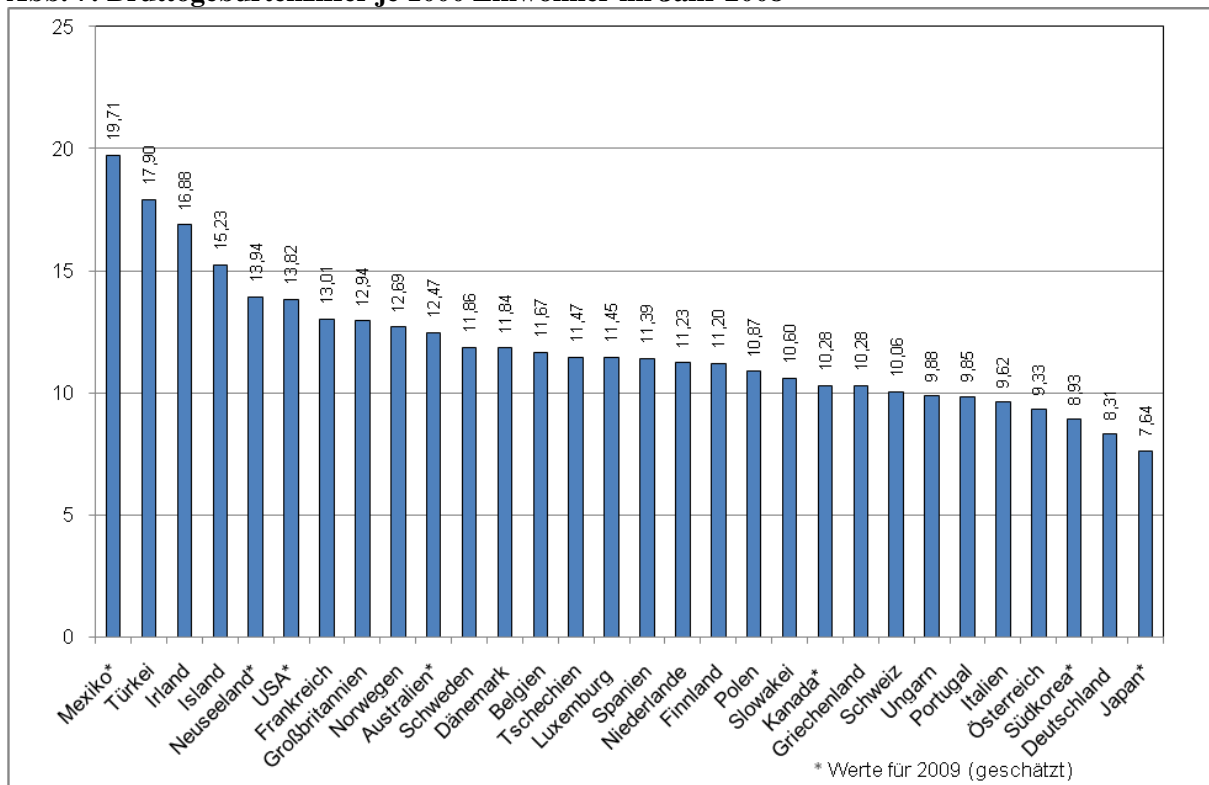
⁵ Eine genaue Darstellung der einzelnen länderspezifischen Gesundheitssysteme und der OECD-Gesundheitsdaten findet sich online unter www.ecosante.org.

⁶ Kopfschäden sind die im Beobachtungszeitraum auf einen Versicherten entfallenden durchschnittlichen Versicherungsleistungen, die für jeden Tarif in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter des Versicherten zu ermitteln sind. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich auf zusammenhängende zwölf Monate; er ist für jeden Tarif gesondert festzulegen und kann nur aus wichtigem Grund im unmittelbaren Anschluss an eine Prämienanpassung geändert werden (§ 6 Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (KalV)).

3. Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Altersstruktur eines Landes

Die Altersstruktur der Bevölkerung ist je nach Land sehr unterschiedlich. Im Anhang II finden sich genaue Übersichten über den altersspezifischen Aufbau der in den folgenden Vergleich einbezogenen Länder. Insgesamt gilt, dass Japan, Deutschland und Italien insgesamt über überdurchschnittlich "alte Bevölkerungen" verfügen. Frankreich, Niederlande und die USA gelten beispielsweise als eher "jüngere Bevölkerungen". Bei einem Vergleich aller OECD-Staaten hinsichtlich der Bruttogeburtensziffern, rangiert Deutschland vor Schlusslicht Japan auf dem vorletzten Platz (siehe Abbildung 7).

Abb. 7: Bruttogeburtensziffer je 1000 Einwohner im Jahr 2008



Quelle: Eurostat (2009a); CIA: The World Factbook (2009).

Die geringe Quote der Neugeborenen ist in Deutschland keineswegs nur eine Konsequenz der geringen Bereitschaft junger Frauen, Kinder zu bekommen (siehe Anhang III), sondern vor allem ein Resultat der gesamten Bevölkerungsstruktur. In Deutschland sind die am stärksten vertretenen Jahrgänge – im Gegensatz zu vielen anderen Ländern Europas – schon aus der fertilen Phase herausgewachsen. Anders stellt sich die Situation beispielsweise in Polen, Italien oder Spanien dar. Hier bekommen die Frauen in etwa so viele Kindern wie in Deutschland (Deutschland 1,37, Polen 1,23, Italien 1,41 und Spanien 1,46), dafür waren hier die gebärfähigen Jahrgänge, die in den 70ern geboren wurden, noch geburtenstarke Jahrgänge.

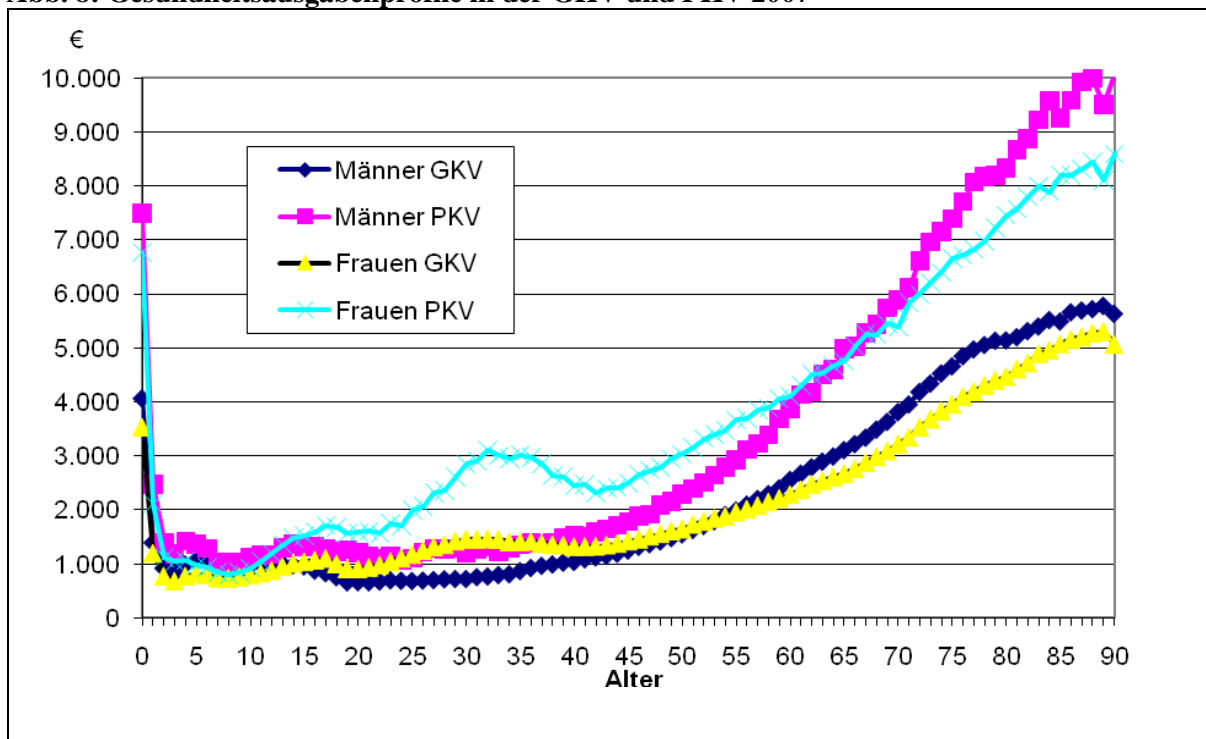
Der Pillenknick setzte in Deutschland Anfang der 70er-Jahre ein, in anderen Ländern ereignete sich dies später und häufig auch nicht mit gleicher Intensität. In Deutschland waren die 60er Jahre die Geburtenstärksten.

3.1 Gesundheitsausgabenprofile in Abhängigkeit des Alters

Legt man die Annahme zu Grunde, dass die Altersstruktur eines Landes unmittelbare Auswirkungen auf die Höhe der Gesundheitsausgaben eines Landes hat, gilt es nun, ein Verfahren zu finden, um die Gesundheitsausgaben der Länder unabhängig von der Altersstruktur der jeweiligen Länder miteinander vergleichbar zu machen. Diese Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur sind bei einem internationalen Vergleich der Gesundheitsausgaben zu berücksichtigen, um die höhere Inanspruchnahme der Älteren nicht dem Gesundheitswesen als Ineffizienz anzulasten. Um das zu tun, werden deshalb im Folgenden die deutschen Gesundheitsausgabenprofile in Abhängigkeit des Lebensalters herangezogen und auf die Altersstruktur der zu vergleichenden Länder angewandt. Damit lässt sich zeigen, welchen Einfluss die Altersstrukturen auf die Ausgaben eines Landes haben.

In Deutschland unterscheiden sich die Ausgabenprofile in Abhängigkeit des Lebensalters und Geschlechts zwischen GKV und PKV in ihrem Niveau, aber nicht grundlegend in der Form (siehe Abbildung 8).

Abb. 8: Gesundheitsausgabenprofile in der GKV und PKV 2007



Quelle: RSA-Daten; Kopfschadenstatistik der PKV; eigene Berechnungen.

In den Ausgabenprofilen der PKV sind auch die Leistungen der Beihilfe und die erfassten Selbstbehalte enthalten. Sie werden auf Grundlage der Kopfschadenstatistik des PKV-Verbandes für das Jahr 2007 berechnet. Die Profile für die GKV ergeben sich aus den Daten zum Risikostrukturausgleich des gleichen Jahres.

Sowohl die GKV als auch die PKV finanziert mit den Leistungsausgaben das deutsche Gesundheitssystem. Im Folgenden wird daher zunächst ein Ausgabenprofil für die deutsche Bevölkerung aus den Profilen beider Krankenversicherungssysteme ermittelt. Mit diesem Durchschnittsprofil lassen sich dann die Auswirkungen der unterschiedlichen Altersstrukturen in den einzelnen Ländern zeigen.

In Deutschland sind in etwa 8,3 Millionen Personen in der PKV und ca. 70 Millionen in der GKV versichert. Aus den beiden Profilen wird für die hier durchgeführte Analyse ein zusammengefasstes Profil erstellt, indem in jedem Alter die einzelnen Profile mit dem Gewicht der zugehörigen Versichertengruppe in ihrer Altersgruppe einfließen. Sind beispielsweise knapp 17 % der 60-jährigen Männer in der PKV, fließt der Durchschnittsbetrag von 3.882 € für PKV-Versicherte zu 17 % ein und der Beitrag von 2.560 € aus den RSA-Daten der GKV zu 83 %:

$$a_{i,s} = \frac{a_{i,s}^g \cdot p_{i,s}^g + a_{i,s}^p \cdot p_{i,s}^p}{p_{i,s}^g + p_{i,s}^p} \quad (1)$$

Mit:

$a_{i,s}^g$ = durchschnittliche Gesundheitsausgaben der gesetzlich Versicherten der Alterskohorte i mit dem Geschlecht s ;

$a_{i,s}^p$ = durchschnittliche Gesundheitsausgaben der privat Versicherten der Alterskohorte i mit dem Geschlecht s ;

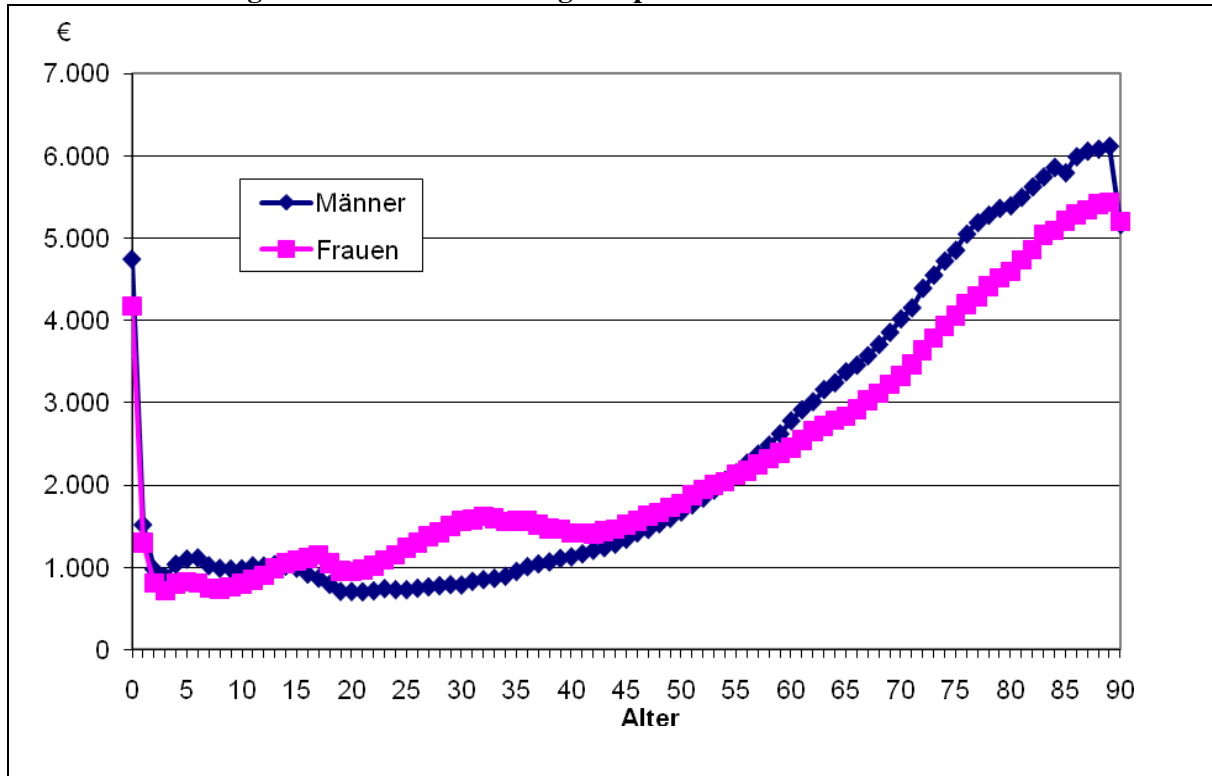
$p_{i,s}^g$ = Anzahl der gesetzlich Versicherten der Alterskohorte i mit dem Geschlecht s ;

$p_{i,s}^p$ = Anzahl der privat Versicherten der Alterskohorte i mit dem Geschlecht s ;

$a_{i,s}$ = sich errechnende durchschnittliche Gesundheitsausgaben der Versicherten der Alterskohorte i mit dem Geschlecht s .

So ergeben sich die in Abbildung 9 dargestellten Durchschnittsprofile für Männer und Frauen. Diese Profile sollen nun auf die Bevölkerung ausgewählter Länder angewandt werden.

Abb. 9: Zusammengeführte Gesundheitsausgabenprofile der GKV und PKV 2007



Quelle: RSA-Daten; Kopfschadenstatistik der PKV; eigene Berechnungen.

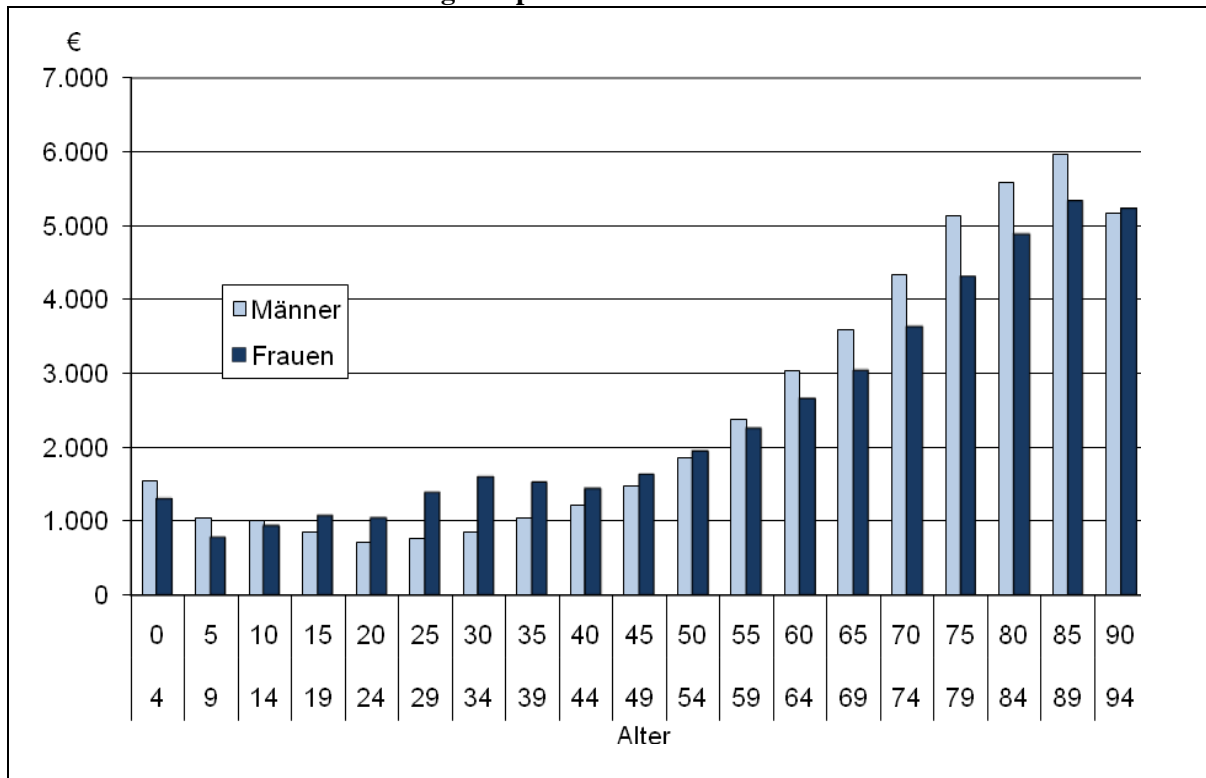
3.2 Anwendung der deutschen Gesundheitsausgabenprofile auf andere Länder

Die Bevölkerungszahlen sind bei den Vereinten Nationen in fünf-Jahres-Altersschritten verfügbar (siehe Anhang II.). Diesen Daten werden nun die Profile durch Bildung von fünf-Jahres-Alterskohorten angepasst, indem die einzelnen Jahrgänge entsprechend ihres Gewichtes in die jeweilige Alterskohorte I einfließen (siehe Abbildung 10):

$$a_{I,s} = \sum_{i=x_I}^{x_I+5} a_{i,s} \cdot \frac{p_{i,s}}{\sum_{k=x_I}^{x_I+5} p_{k,s}} \quad (2)$$

Mit x_I = geringstes Alter der Alterskohorte I .

Abb. 10: Deutsche Gesundheitsausgabenprofile nach Altersklassen



Quelle: RSA-Daten; Kopfschadenstatistik der PKV; eigene Berechnungen.

Die von den Vereinten Nationen bereitgestellten Daten über die Bevölkerungsstrukturen der einzelnen Länder (L) umfassen Angaben zu einer Reihe von Jahren. Unter anderem sind Daten für das Jahr 2005 ($t=1$) und Prognosewerte für 2010 ($t=2$) verfügbar. Hier benannt mit $b_{I,s}^{L,t}$ für die Anzahl der Bevölkerung in Land L in der Altersklasse I zum Zeitpunkt t mit dem Geschlecht s .

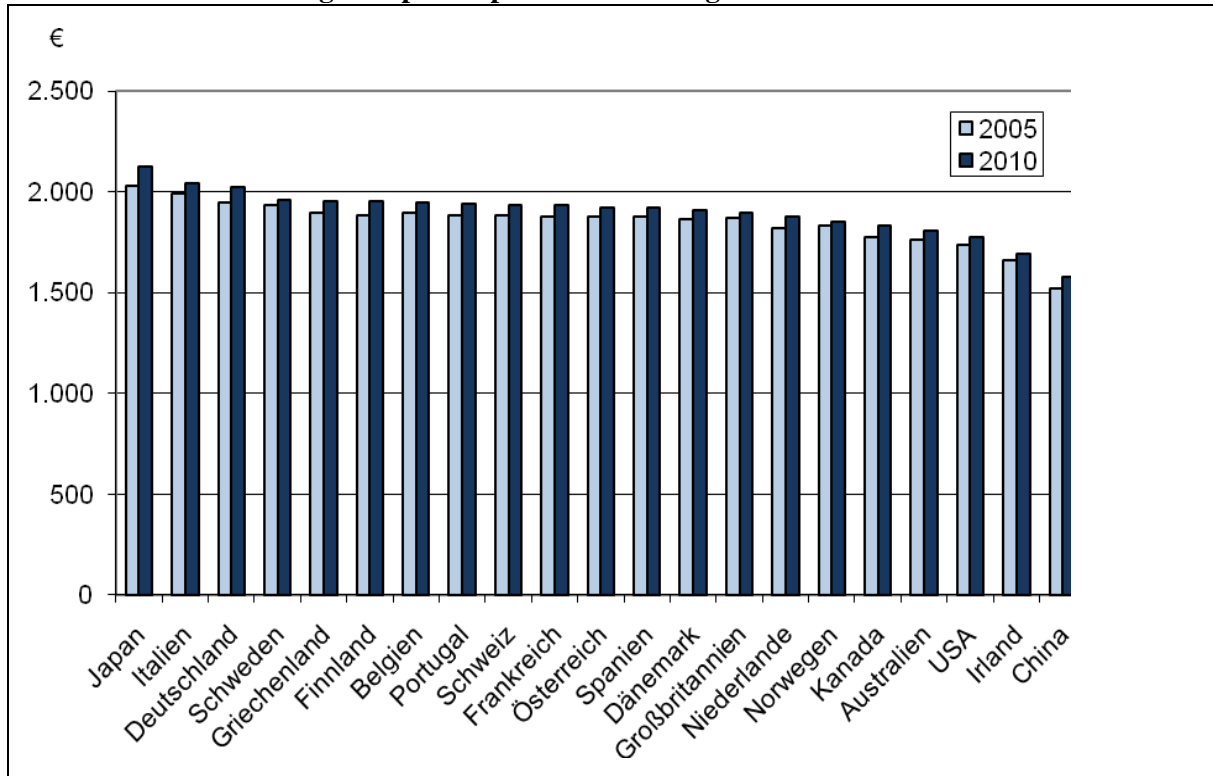
Diese Bevölkerungszahlen werden verwendet, um sie jeweils mit den Durchschnittswerten $a_{I,s}$, die dem Alter und Geschlecht entsprechen, zu multiplizieren. Das Produkt wird über alle Altersklassen aufsummiert und schließlich durch die Gesamtpersonenzahl dividiert, so dass ein Durchschnittswert je Land resultiert:

$$a^{L,t} = \frac{1}{B^{L,t}} \sum_I a_{I,s} \cdot b_{I,s}^{L,t} \quad (3)$$

Mit $B^{L,t}$ als Bevölkerungszahl des Landes L zum Zeitpunkt t .

Dieser Wert $a^{L,t}$ gibt an, wie hoch die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben in dem jeweiligen Land wären, hätte dieses Land das deutsche Gesundheitssystem mit den deutschen Ausgabenprofilen.

Abb. 11: Gesundheitsausgaben pro Kopf bei Anwendung der deutschen Profile von 2007



Quelle: RSA-Daten; Kopfschadenstatistik der PKV; eigene Berechnungen.

Wie in Abbildung 11 ersichtlich, stellt sich für die Werte $a^{L,t}$ folgende Länderreihenfolge ein.⁷ Japan hätte das teuerste Gesundheitssystem, auf Platz zwei käme Italien und danach gleich Deutschland. Eine relativ junge Bevölkerung und damit geringe Kosten hätten die USA und China. Der Vergleich der Ausgaben angewandt auf die Altersstruktur von 2005 und 2010 zeigt, dass alle betrachteten Länder "altern". Trotz der Verwendung derselben Profile für beide Jahre steigen in allen Ländern die Durchschnittsausgaben je Person. Da sich die Reihenfolge der Länder von 2005 zu 2010 nicht verändert, werden zur besseren Übersichtlichkeit im Folgenden nur die Daten verwendet, die sich aus der jeweiligen Bevölkerungsstruktur des Jahres 2010 ergeben.

Als Ergebnis ist Folgendes festzuhalten: Würden die Gesundheitssysteme sich bis auf die Altersstruktur der Bevölkerung nicht unterscheiden und wird der in Deutschland anzutreffende Verlauf der Gesundheitsausgaben mit dem Alter zu Grund gelegt, wäre das deutsche Gesundheitssystem das drittteuerste. Das heißt: Wäre die Struktur des Gesundheitsangebots in allen Ländern identisch – wobei hier das deutsche Gesundheitswesen als Maßstab genommen wurde – dann hätte Deutschland allein aufgrund der Altersstruktur seiner Bevölkerung das dritt-

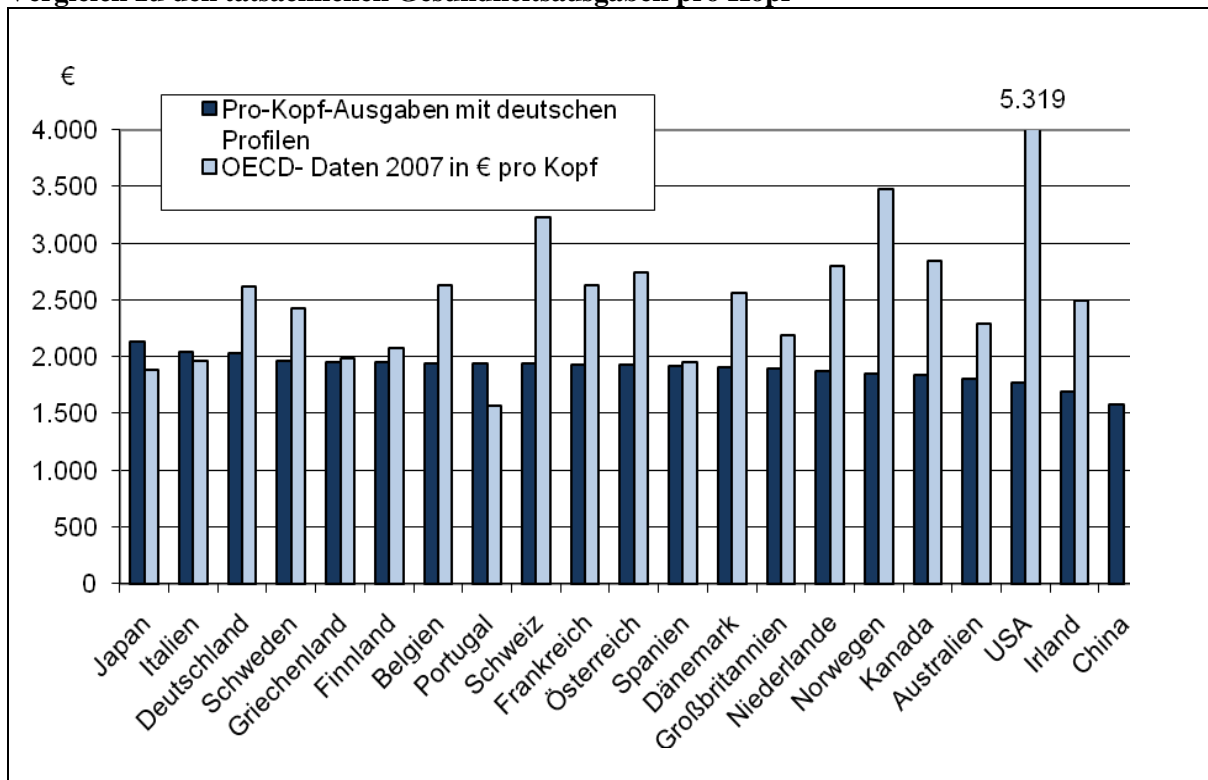
⁷ Aus Gründen der Übersichtlichkeit enthalten die Abbildungen 11, 12 und 13 nur eine Auswahl von OECD-Ländern sowie China wegen der wirtschaftlichen Bedeutung dieses Landes.

teuerste Gesundheitssystem in diesem Ländervergleich. China oder die USA wären demgegenüber vergleichsweise günstig, weil diese Länder über eine "junge Bevölkerung" verfügen, die vergleichsweise noch wenig Gesundheitsleistungen brauchen.

3.3 Vergleich der altersabhängigen mit den tatsächlichen Gesundheitsausgaben

Selbstverständlich weichen die tatsächlichen Gesundheitsausgaben der Länder hiervon ab, denn diese werden neben dem Alterseffekt von der tatsächlichen Angebotssituation in den jeweiligen Ländern bestimmt. In Abbildung 12 werden beide Quoten unmittelbar nebeneinander dargestellt. Die von der OECD ermittelten Gesundheitsausgaben pro Kopf wurden in Euro umgerechnet.⁸

Abb. 12: Gesundheitsausgaben pro Kopf bei Anwendung der deutschen Profile von 2007 im Vergleich zu den tatsächlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf



Quelle: RSA-Daten; Kopfschadenstatistik der PKV; eigene Berechnungen.

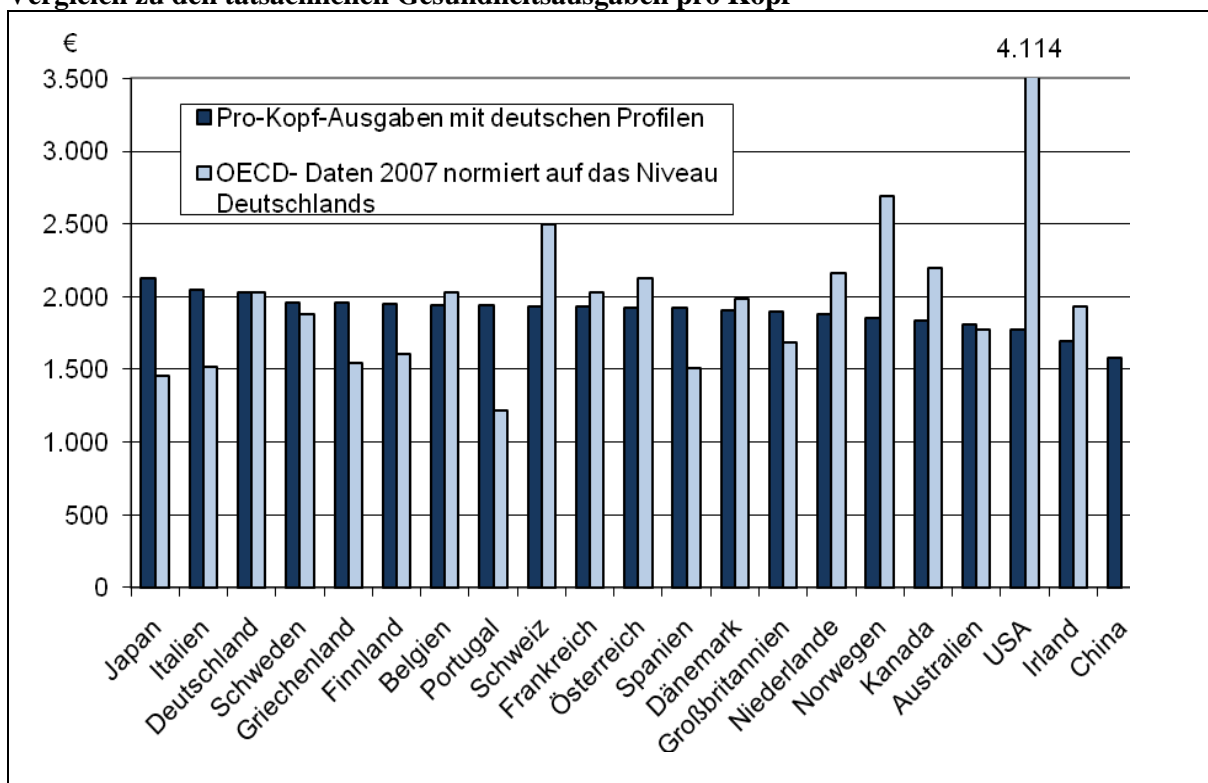
Auffällig ist, dass der von der OECD veröffentlichte Wert nicht mit dem hier für Deutschland berechneten übereinstimmt. Diese Abweichung resultiert aus dem Umstand, dass in den Daten der OECD nicht nur die hier verwendeten Leistungsausgaben der GKV und der PKV (inklusive Beihilfe) enthalten sind, sondern noch weitere Ausgaben, die in das Gesundheitssystem fließen (siehe Seite 10).

⁸ Der durchschnittliche Wechselkurs betrug im Jahr 2007 1 Euro = 1,3705 US-Dollar (Bundesbank 2009).

Da keine Informationen verfügbar sind, wie sich die letztgenannten Ausgaben über die Bevölkerung verteilen, wird im Folgenden eine Art Vergleichbarkeit hergestellt, indem die OECD-Werte entsprechend des deutschen Wertes normiert werden.

Der sich aus der Anwendung der deutschen Profile ergebene Durchschnittswert beträgt 2.025 €, der von der OECD angegebene und in Euro umgerechnete 2.618 €, so dass sich ein Faktor von ca.1,3 ergibt. Durch diesen Wert werden die Angaben der OECD dividiert. Damit entspricht nun der hier berechnete Wert für Deutschland dem der OECD und alle übrigen Länder lassen sich in Relation dazu darstellen (Abbildung 13).

Abb. 13: Gesundheitsausgaben pro Kopf bei Anwendung der deutschen Profile von 2007 im Vergleich zu den tatsächlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf



Quelle: RSA-Daten, Kopfschadenstatistik der PKV, eigene Berechnungen

Diese Abbildung ist nun wie folgt zu interpretieren: Um Vergleichbarkeit der Gesundheitsausgaben anderer Länder mit den Ausgaben in Deutschland herzustellen, ist zunächst der Blick auf die dunklen Balken erforderlich. Der dunkle Balken unterstellt, dass die deutschen Ausgabenprofile je Alter und Geschlecht auch in den übrigen Ländern gelten. Da das Durchschnittsalter der japanischen Bevölkerung über dem der deutschen Bevölkerung liegt, ist der dunkle Balken für Japan höher als für Deutschland. Umgekehrt haben die USA eine vergleichsweise junge Bevölkerung. Der dunkle Balken unterschreitet also deutlich das deutsche Niveau. Dazu in Relation ist jetzt der helle Balken zu sehen, der die Höhe der tatsächlichen Ausgaben pro Kopf (in Relation zu den tatsächlichen Ausgaben in Deutschland) angibt.

Unterschreitet der helle Balken den dunklen Balken bei einem Land, dann ist das Gesundheitssystem weniger ausgabenintensiv als das deutsche. Ist der helle Balken dagegen höher als der dunkle Balken, dann ist das jeweilige Gesundheitssystem ausgabenintensiver als das deutsche Gesundheitssystem, und zwar unter Berücksichtigung des Alterseffektes der Bevölkerung.

Tabelle 1 stellt die Gesundheitssysteme von 20 OECD-Ländern in der Rangfolge der Kostenunterschiede dar.⁹ Die Ergebnisse sind wie folgt zu lesen: Das amerikanische Gesundheitswesen wäre um 132,27 % teurer als das deutsche, hätte es das deutsche Gesundheitswesen mit den deutschen altersabhängigen Gesundheitsausgaben. Das niederländische Gesundheitssystem wäre bei Anwendung der deutschen Profile um 15,49 % ausgabenintensiver. Das portugiesische Gesundheitswesen wäre dagegen um 37,38 % weniger ausgabenintensiv, hätte es die deutschen Profile.

Tabelle 1: Rangfolge der Länder nach Höhe ihrer Gesundheitsausgaben pro Kopf im Verhältnis zum deutschen Gesundheitssystem

Rang	Land	Abweichung vom deutschen Ausgabeniveau in Prozent
1	USA	132,27 %
2	Norwegen	45,20 %
3	Schweiz	28,76 %
4	Kanada	19,82 %
5	Niederlande	15,49 %
6	Irland	14,33 %
7	Österreich	10,45 %
8	Frankreich	5,14 %
9	Belgien	4,42 %
10	Dänemark	4,01 %
11	Deutschland	0 %
12	Australien	-2,07 %
13	Schweden	-4,32 %
14	Großbritannien	-11,00 %
15	Finnland	-17,83 %
16	Griechenland	-21,30 %
17	Spanien	-21,44 %
18	Italien	-25,86 %
19	Japan	-31,52 %
20	Portugal	-37,38 %

⁹ Tabelle 1 enthält ausschließlich OECD-Länder, weil nur für diese vergleichbare Daten vorliegen. Aufgenommen wurden dabei nicht alle 30 OECD-Länder, sondern (neben Japan, Australien, Kanada und den USA) diejenigen europäischen Länder, die im Vergleich mit Deutschland besonders interessant sind.

Im Ergebnis sind altersstrukturbereinigt neun Länder weniger ausgabenintensiv als das deutsche Gesundheitswesen: Japan, Italien, Schweden, Griechenland, Finnland, Portugal, Spanien, Großbritannien und Australien. Dass diese Länder weniger ausgabenintensiv sind, überrascht in der Regel nicht. Beispielsweise haben Großbritannien, Schweden, Australien und Italien ein überwiegend steuerfinanziertes Gesundheitssystem mit begrenzten Gesundheitsleistungen. In vielen der o.g. Länder ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen durch lange Wartezeiten eingeschränkt. Des Weiteren gibt es in einigen Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitssystem Probleme hinsichtlich der nationalen Gesundheitsberichterstattung: Vor allem in Italien und Großbritannien werden Daten zum Gesundheitswesen nur unvollständig und hoch aggregiert publiziert. Es kann daher vermutet werden, dass die Gesundheitsausgaben dieser Länder zu gering ausgewiesen sind (Beske et al. 2005: 241). Dieser Umstand kann jedoch sicherlich nicht die gesamten Unterschiede erklären.

Interessant ist auch ein Blick auf die ausgabenintensiveren Länder: USA, Norwegen, Kanada, Niederlande, Dänemark, Österreich, Frankreich, Schweiz und Irland. Einige Länder (z.B. die USA und die Schweiz) wurden bereits wiederholt wegen ihrer Kostenprobleme im Gesundheitswesen diskutiert. Bemerkenswert ist aber, hier ein Land wie die Niederlande zu finden. Berücksichtigt man die unterschiedliche Altersstruktur in den Ländern und klammert deren Wirkung aus, dann ist das niederländische Gesundheitssystem deutlich teurer als das deutsche. Dies ist ein beachtliches Ergebnis, weil in der politischen Diskussion immer wieder Elemente des niederländischen Gesundheitssystems als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen genannt werden.

Nun lässt sich gegen die Berechnung einwenden, dass hier als Maßstab die altersabhängige Verteilung der Gesundheitsausgaben in Deutschland genommen wurde. In anderen Ländern mögen die Altersprofile etwas anders verlaufen. In Anhang I wird deshalb gezeigt, wie sich die Ergebnisse verändern, wenn die Altersprofilaten der USA zur Normierung herangezogen werden. Tatsächlich verändert das die Zahlen in ihrer absoluten Höhe, jedoch nicht die Reihenfolge der Länder untereinander.

4. Fazit

Da im internationalen Vergleich in der Regel die Anteile der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt gegenübergestellt werden, erscheint das deutsche Gesundheitswesen überdurchschnittlich kostenintensiv.

Eine genauere Analyse zeigt aber, dass die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf mitnichten zu den höchsten zählen – insbesondere nicht, wenn die unterschiedlichen Altersstrukturen der Länder berücksichtigt werden. Gesundheitsausgaben sind altersabhängig, so dass eine relativ alte Bevölkerung – wie die deutsche – mehr Ressourcen für Gesundheit aufwenden muss als jüngere Länder.

Der Blick auf um Altersstruktureffekte bereinigte Gesundheitsausgaben der Länder zeigt, dass auch Länder höhere Ausgaben aufweisen, die wiederholt in Deutschland als Reformoption diskutiert werden, wie z.B. die Niederlande. Diese Erkenntnis sollte dazu Veranlassung geben, solche Ideen noch einmal sorgfältig zu überprüfen.

5. Quellenverzeichnis

Beske, Fritz et al. (2005): Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Band I: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen. Kiel.

Bundesbank (2009): Euro-Referenzkurse der Europäischen Zentralbank: Jahres- und Monatsdurchschnitte. Online unter: http://www.bundesbank.de/statistik/statistik_zeitreihen.php?lang=de&open=devisen&func=row&tr=WJ5636, 09.09.2009

Centers for Medicare and Medicaid Services (2009): Office of the Actuary: National Health Statistics Group. Online unter: <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/>, 09.09.2009

CIA (2009): The World Factbook: Country Comparison: Birth rate. Online unter: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2054rank.html>, 09.09.2009

The Conference Board and Groningen Development Center (2009): Total Economy Database, Juni 2009. Online unter: <http://www.conference-board.org/economics>, 09.09.2009

Eurostat (2009a): Bruttogeburtenziffern 1997 - 2008. Online unter: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=de&pcode=tps00112>, 09.09.2009

Eurostat (2009b): Statistics in focus: The EU-27 population continues to grow - Issue number 31/2009. Online unter: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-QA-09-031/EN/KS-QA-09-031-EN.PDF, 09.09.2009

Greß, Stefan (2002): Krankenversicherung und Wettbewerb. Das Beispiel Niederlande. Campus, Frankfurt a. M./ New York.

Hartmann, Anja (2002): Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik. Leske und Budrich, Opladen.

Haslinger, Franz (2002): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. 6. Auflage. Oldenbourg Verlag, München.

Kotlikoff, Laurence/Hagist Christian (2005): Who's Going Broke? Comparing Growth in Healthcare Costs in Ten OECD Countries. National Bureau of Economic Research, Working Paper Nr. 11833, Cambridge.

Lauterbach, Karl (2009): Gesund im kranken System: Ein Wegweiser. Rowohlt, Berlin.

OECD (2008): OECD-Wirtschaftsberichte: Deutschland. Berlin.

OECD (2009a): OECD Gesundheitsdaten 2009 – Frequently requested data. Online unter: http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html, 09.09.2009

OECD (2009b): OECD Gesundheitsdaten 2009: Online unter: <http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=DEU&sessionid=>, 09.09.2009

Robert-Koch-Institut (2006) (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland 2006, Online unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show.pdf?p_id=11094&p_sprache=D&p_uid=gast&p_aid=42535345&p_lfd_nr=4, 09.09.2009

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III "Über-, Unter- und Fehlversorgung". Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Statistisches Bundesamt (2004) : Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004 (Pressebroschüre). Online unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Gesundheit/Pressebrochuere,property=file.pdf>, 09.09.2009

Vereinte Nationen (2009): Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat: World Population Prospects: The 2008 Revision. New York. Online unter: <http://esa.un.org/unpp/index.asp>, 09.09.2009

Anhang

I. Anwendung der Gesundheitsausgabenprofile der USA auf andere Länder

In einer Arbeit von 2005 wurden bereits die Gesundheitsausgaben mehrerer OECD-Länder untersucht (Kotlikoff/Hagist 2005). Hier zeigten sich deutliche Unterschiede in der Steilheit der Altersprofile. Die Tabelle A-1 gibt einen Überblick über die in dieser Studie zusammengetragenen Daten der untersuchten Länder aus dem Jahr 2000 bzw. 2001. Die Ausgabenprofile sind mit den Durchschnittsausgaben der 50- bis 64-Jährigen normiert, d.h. die Gegenüberstellung enthält jeweils den Faktor, mit dem die Ausgaben der Altersgruppen von denen der Referenzgruppe abweichen. Eine Geschlechterdifferenzierung wird nicht vorgenommen.

Tabelle A-1: Relative Gesundheitsausgaben der einzelnen Altersklassen zu den Ausgaben der 50- bis 64-Jährigen

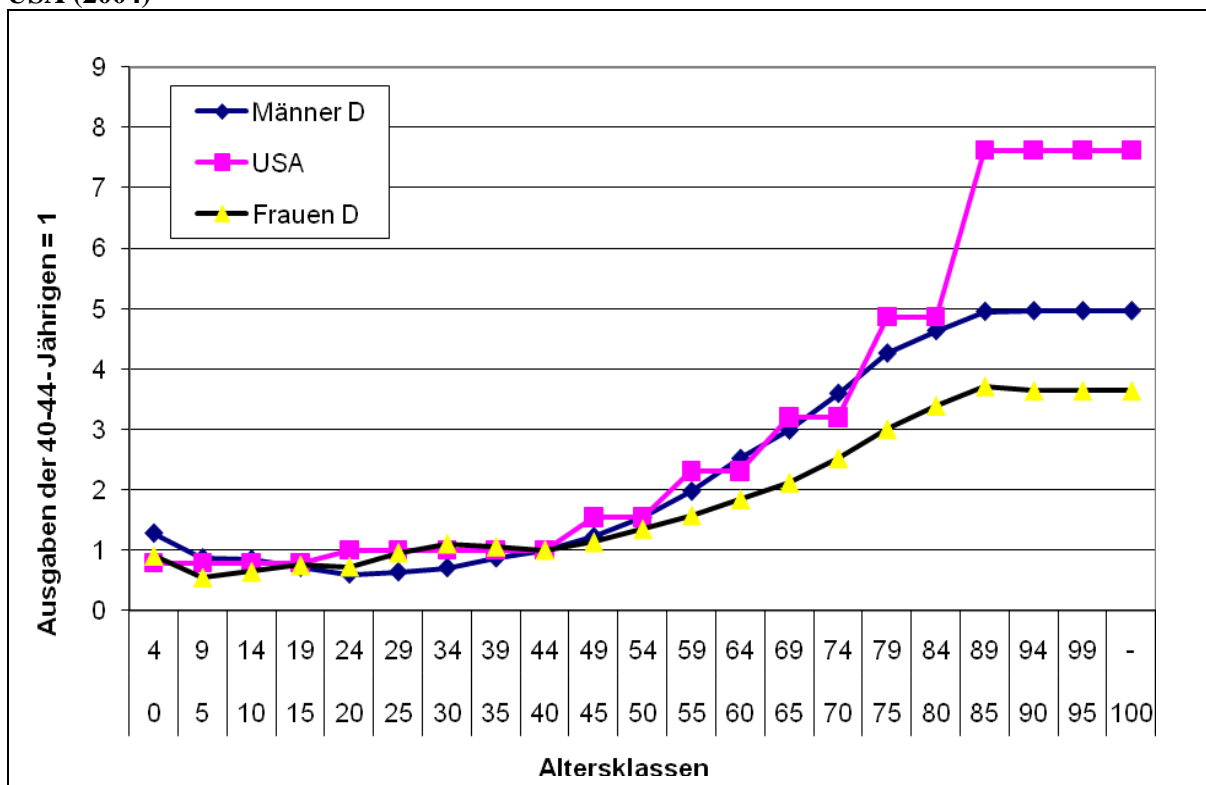
Land	Altersklassen							
	0-14	15-19	20-49	50-64	65-69	70-74	75-79	80+
Australien	0,60	0,57	0,64	1,00	1,81	2,16	3,90	4,23
Österreich	0,28	0,28	0,46	1,00	1,42	1,75	1,98	2,17
Kanada	0,43	0,61	0,65	1,00	2,45	2,44	4,97	7,54
Deutschland	0,48	0,43	0,58	1,00	1,52	1,80	2,11	2,48
Japan	0,44	0,22	0,43	1,00	1,70	2,20	2,76	3,53
Norwegen	0,57	0,34	0,52	1,00	1,70	2,21	2,69	3,41
Spanien	0,57	0,39	0,48	1,00	1,46	1,73	1,97	2,11
Schweden	0,43	0,43	0,63	1,00	1,50	1,50	1,96	1,99
Großbritannien	1,08	0,65	0,76	1,00	2,07	2,07	3,67	4,65
USA	0,88	0,82	0,77	1,00	5,01	5,02	8,52	11,53

Quelle: Kotlikoff/Hagist (2005).

Wie zu erkennen ist, gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Ländern. Das steilste Profil mit dem Alter weist die USA auf, relativ flache sind in Großbritannien und Spanien festzustellen. Um die Wirkung der unterschiedlich steilen Profile zu verdeutlichen, wird zunächst von der unrealistischen Annahme ausgegangen, alle Altersgruppen und beide Geschlechter hätten die gleichen Gesundheitsausgaben. Beispielsweise ergibt sich anhand der hier durchgeführten Berechnung für Deutschland ein Betrag von ca. 3.000 € pro Person. In diesem Fall würde im Rahmen der oben beschriebenen Rechnung für jedes Land ebenfalls ein Durchschnittswert von 3.000 € kalkuliert. Die Altersstruktur spielte in diesem Fall gar keine Rolle.

Je steiler das Profil mit dem Alter, desto mehr unterscheiden sich die Werte für die einzelnen Länder. Im Folgenden wird zur Illustration das relativ steile Ausgabenprofil der USA mit dem deutschen Profil verglichen. Die Daten der USA basieren auf dem Jahr 2004. Enthalten sind Leistungen, die von Selbstzahlern, privaten Versicherungen und den staatlichen Organisationen Medicare und Medicaid getragen sind. Leider ist hier keine Differenzierung nach Geschlecht zu finden und die Alterseinteilung ist recht grob (siehe Abbildung A-1).

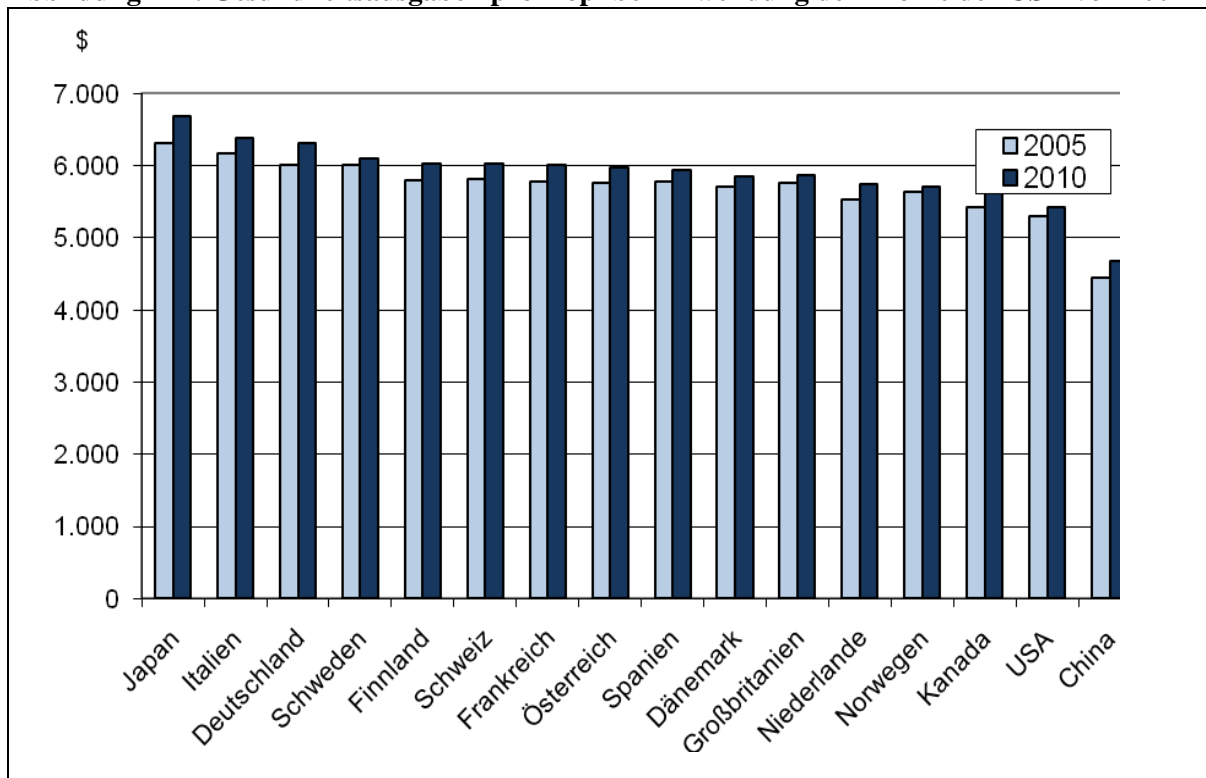
Abbildung A-1: Vergleich der Gesundheitsausgabenprofile von Deutschland (2007) und den USA (2004)



Quelle: Centers for Medicare and Medicaid Services (2009); eigene Berechnungen.

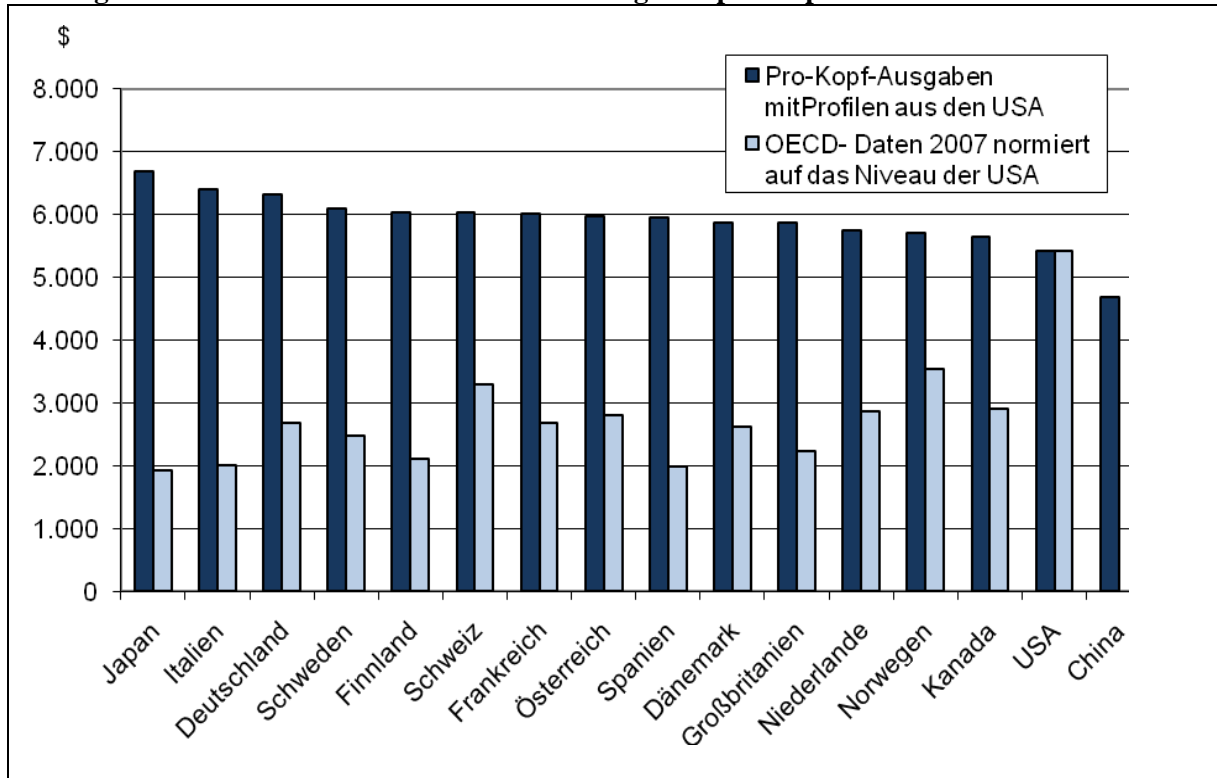
Wird das Gesundheitsausgabenprofil der USA entsprechend dem in Kapitel 3.2 beschriebenen Vorgehen auf die Altersstruktur weiterer OECD-Länder und China angewendet, ergibt sich ein in der Reihenfolge gleiches Bild, wie bei Anwendung der deutschen Profile: Japan hätte die höchsten Ausgaben und Deutschland wäre auf dem dritten Platz. Die Abstände zwischen den Ländern mit voneinander abweichendem Altersaufbau der Bevölkerung rücken jedoch weiter auseinander. Dies zeigt sich bei dem Abstand der ersten fünf Länder, im Mittelfeld gibt es keine oder kaum Unterschiede und bei den Ländern mit jüngerer Bevölkerung (Kanada, USA und China) liegt wieder ein größerer Abstand vor (siehe Abbildung A-2).

Abbildung A-2: Gesundheitsausgaben pro Kopf bei Anwendung der Profile der USA von 2004



Werden nun die Daten der USA als Maßstab zu Grunde gelegt, um die Ausgaben der anderen Länder zu bewerten, ergibt sich erwartungsgemäß, dass alle anderen untersuchten Länder im Verhältnis zu den USA ein sehr günstiges Gesundheitssystem aufweisen (siehe Abbildung A-3).

Abbildung A-3: Gesundheitsausgaben pro Kopf bei Anwendung der Profile der USA von 2004 im Vergleich zu den tatsächlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf

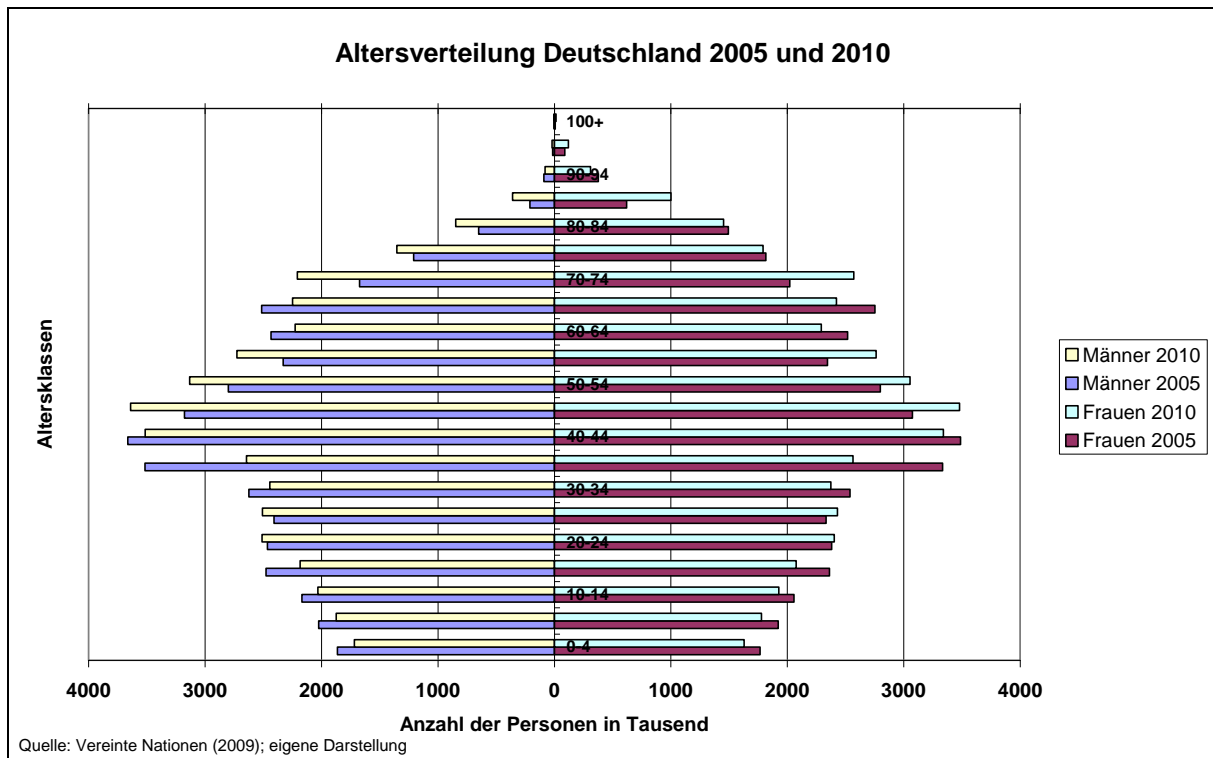


II. Altersstrukturen ausgewählter Länder

Deutschland

Bevölkerungszahl 2005: 82.412.000
Medianalter 2005: 42,1

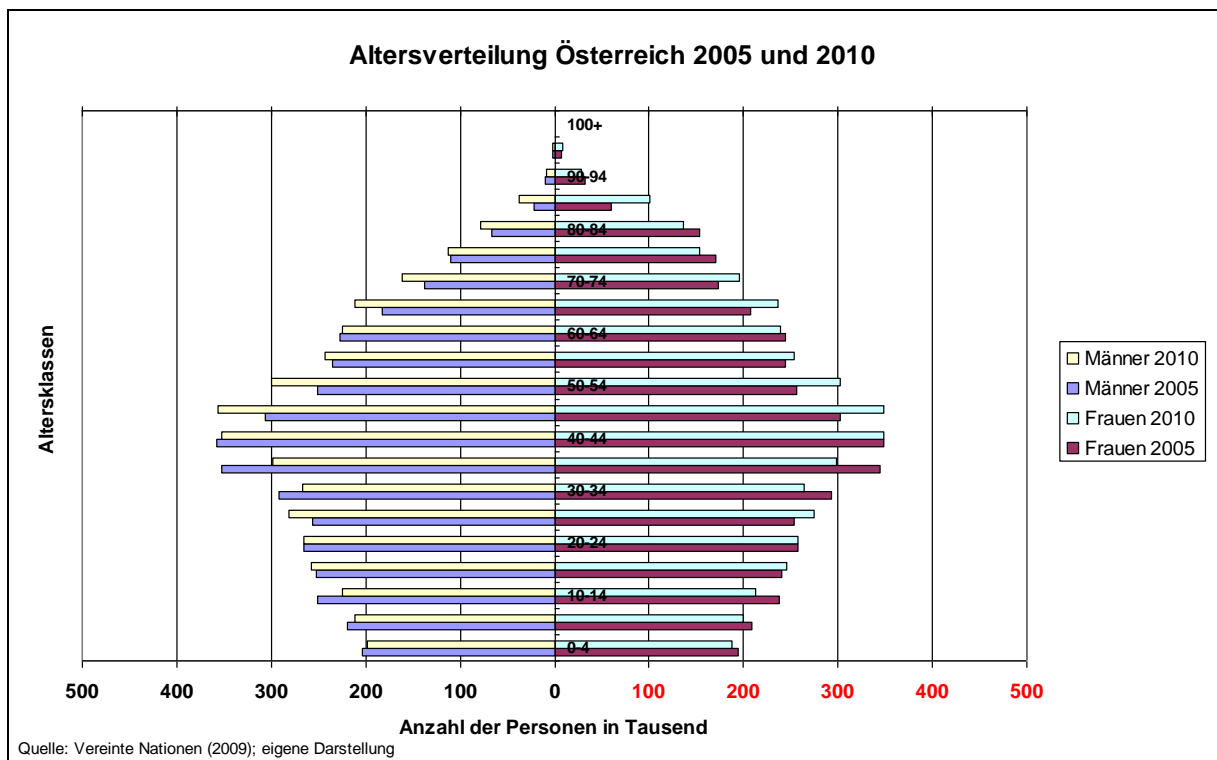
Bevölkerungszahl 2010: 82.056.000
Medianalter 2010: 44,3



Österreich

Bevölkerungszahl 2005: 8.232.000
Medianalter 2005: 42,1

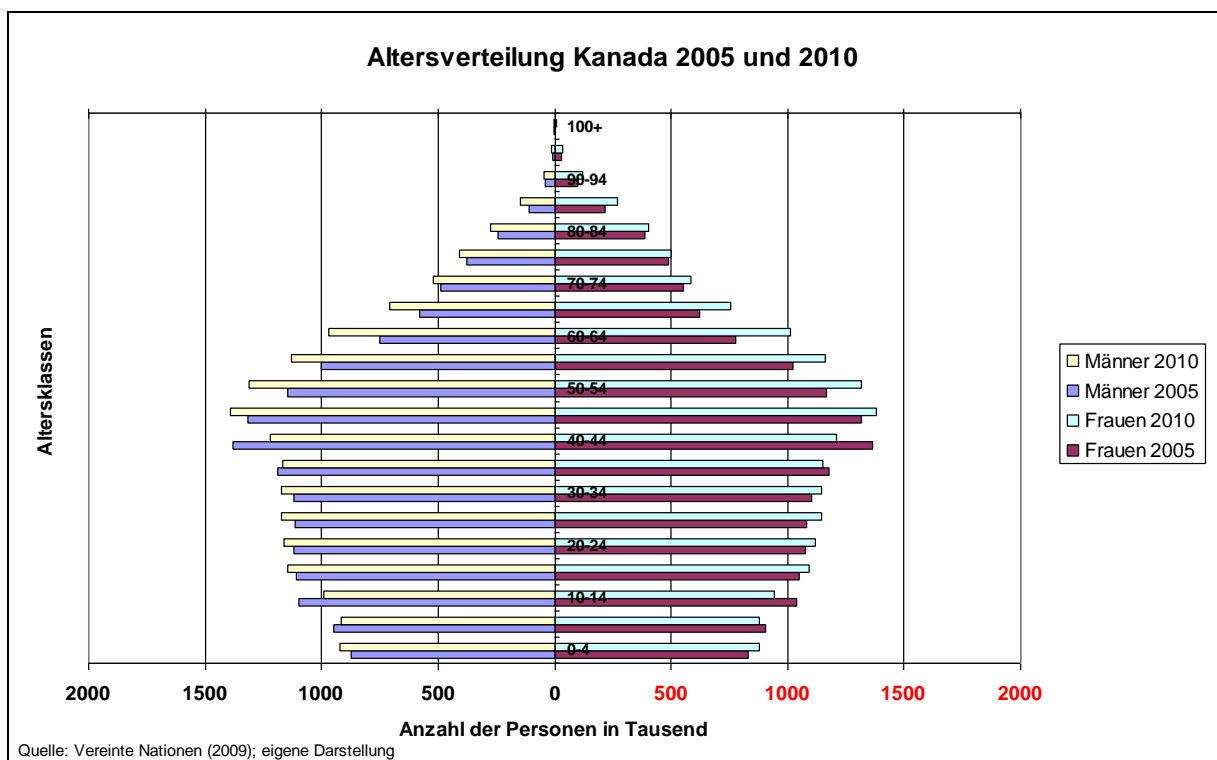
Bevölkerungszahl 2010: 8.386.000
Medianalter 2010: 44,3



Kanada

Bevölkerungszahl 2005: 32.308.000
Medianalter 2005: 38,6

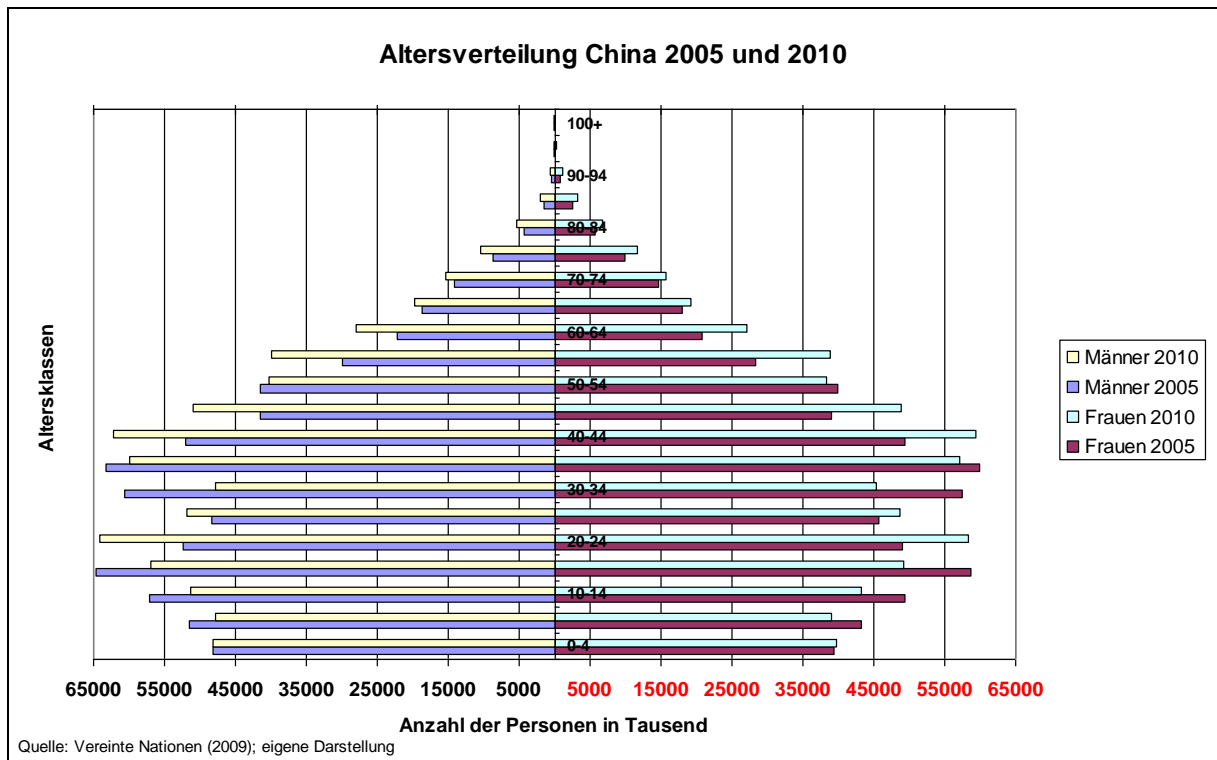
Bevölkerungszahl 2010: 33.891.000
Medianalter 2010: 39,9



China

Bevölkerungszahl 2005: 1.312.251.000
Medianalter 2005: 32,1

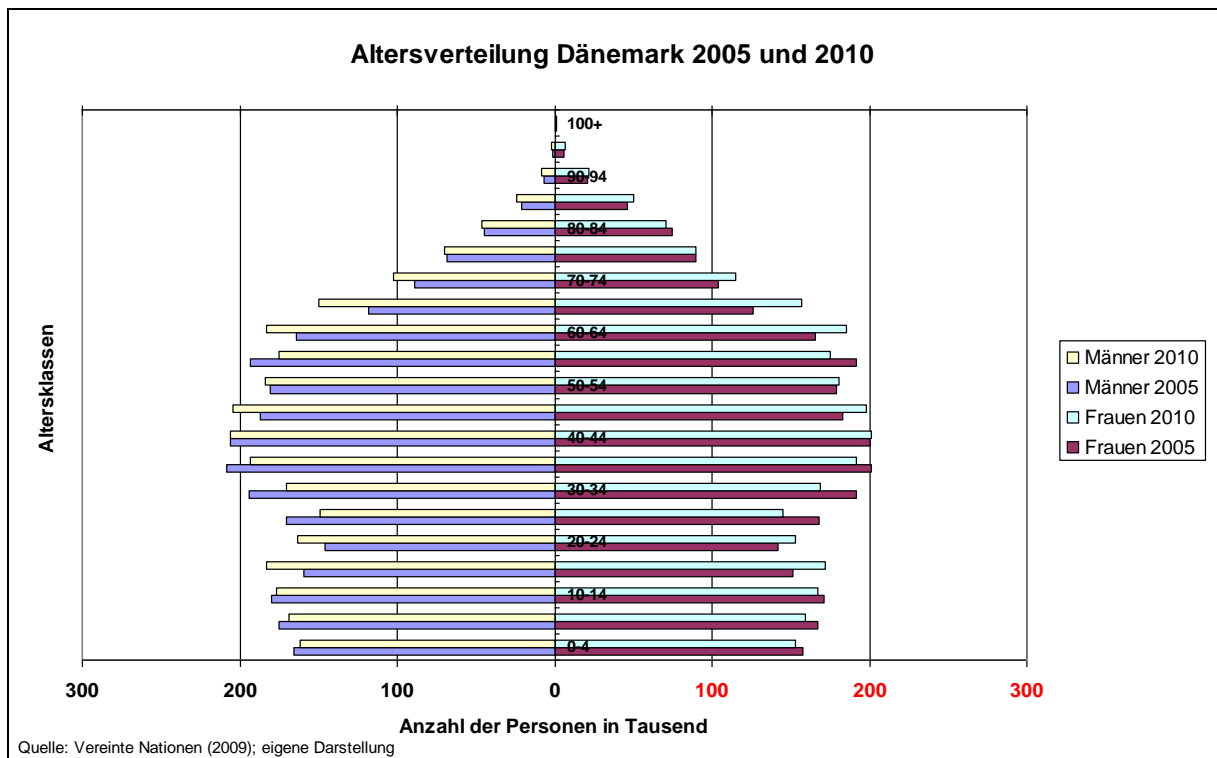
Bevölkerungszahl 2010: 1.354.148.000
Medianalter 2010: 34,2



Dänemark

Bevölkerungszahl 2005: 5.417.000
Medianalter 2005: 39,5

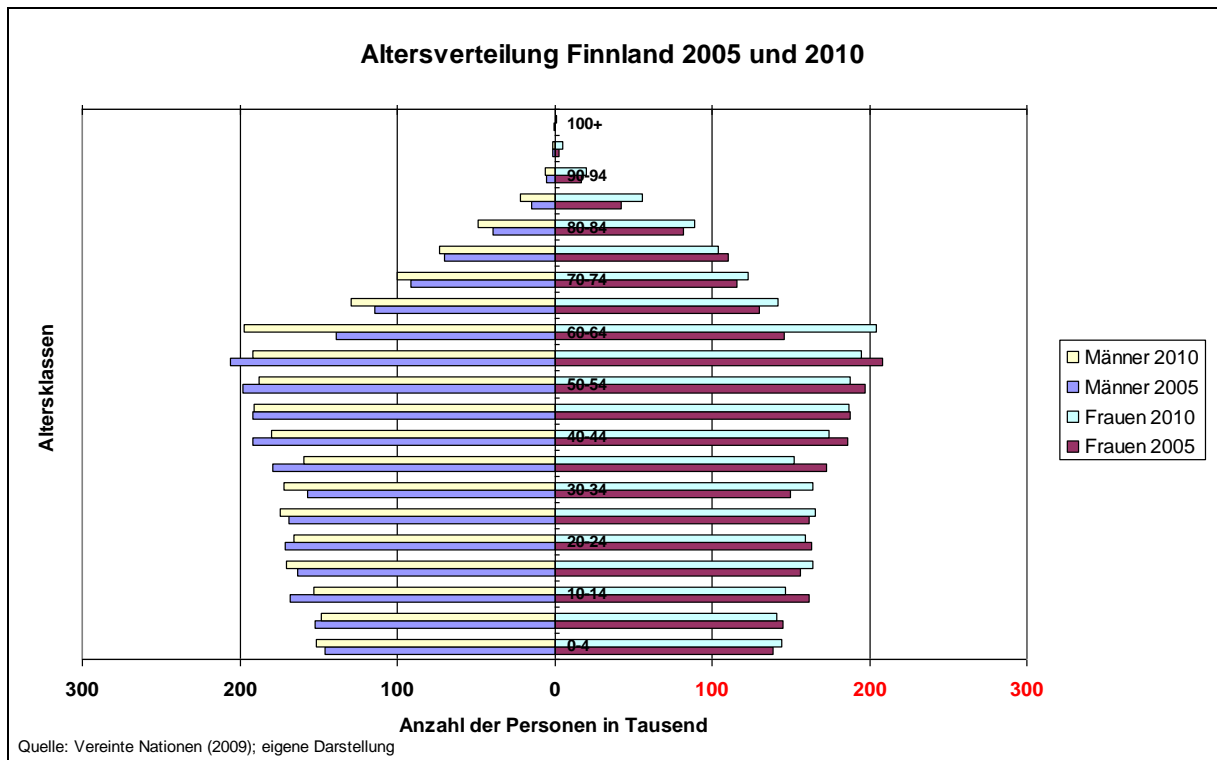
Bevölkerungszahl 2010: 5.479.000
Medianalter 2010: 40,8



Finnland

Bevölkerungszahl 2005: 5.242.000
Medianalter 2005: 40,9

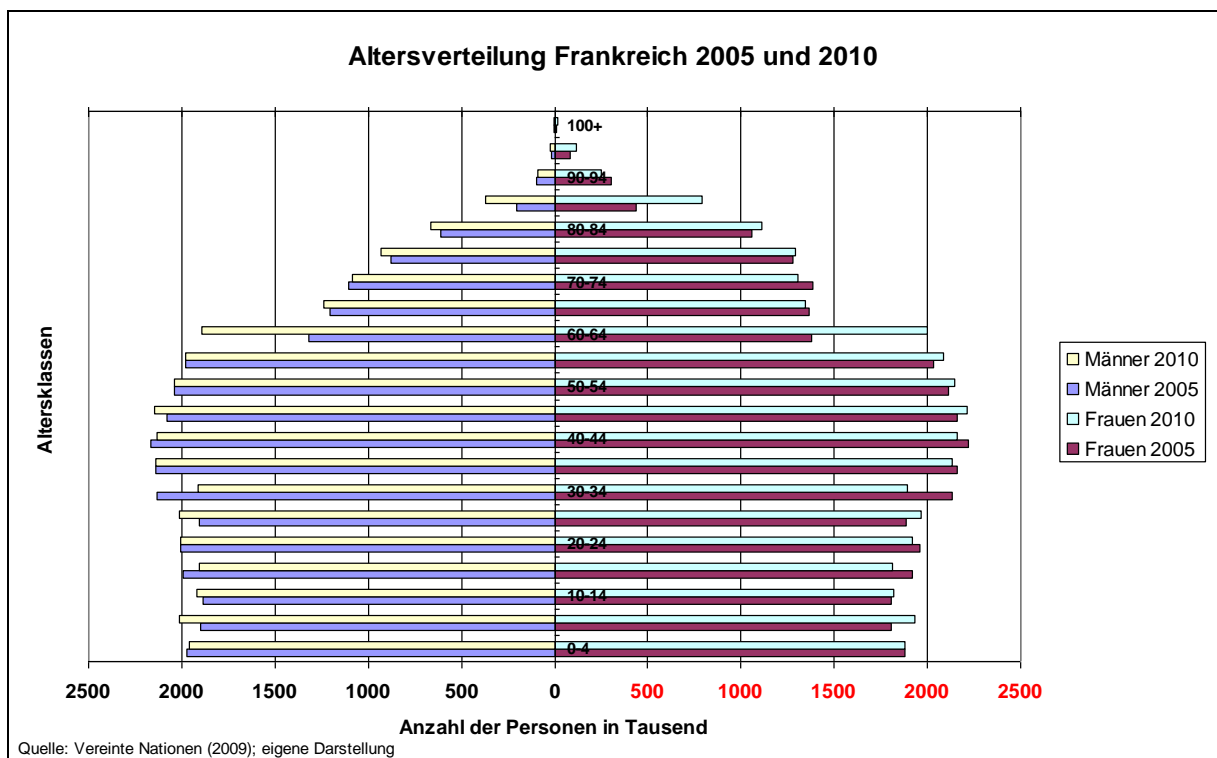
Bevölkerungszahl 2010: 5.346.000
Medianalter 2010: 42,0



Frankreich

Bevölkerungszahl 2005: 61.015.000
Medianalter 2005: 38,9

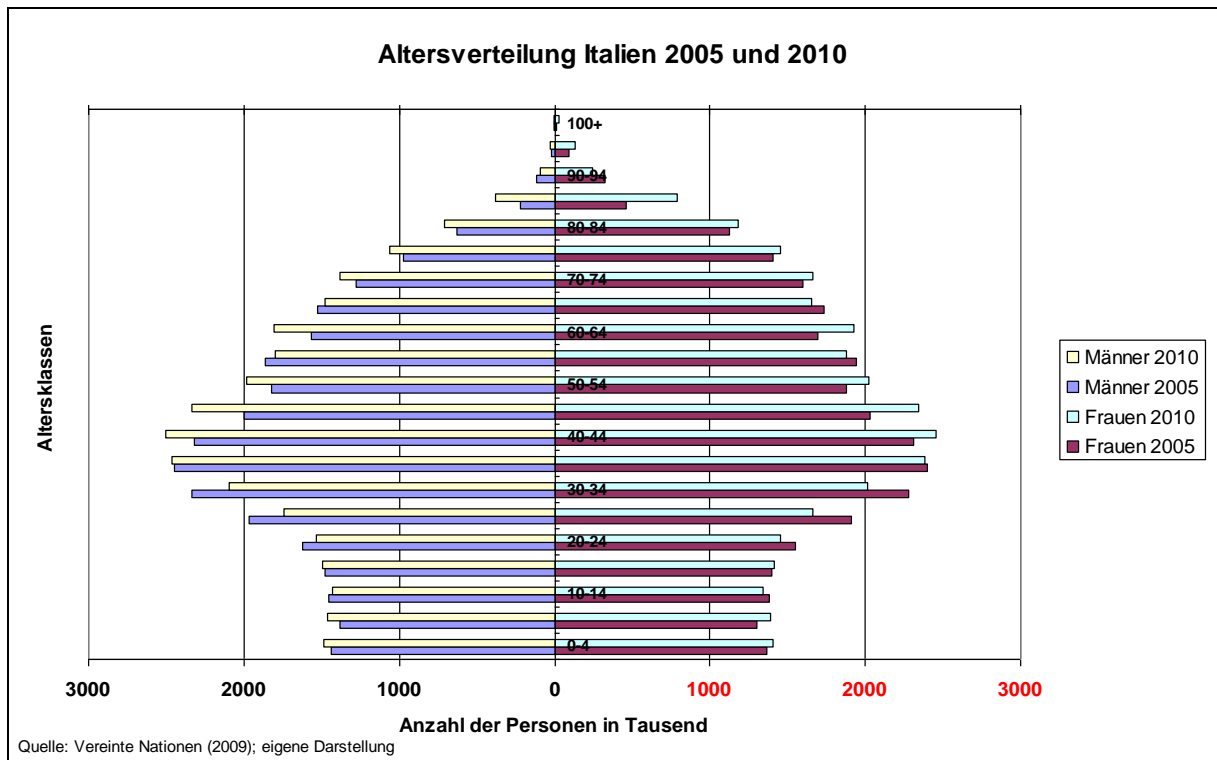
Bevölkerungszahl 2010: 62.634.000
Medianalter 2010: 40,1



Italien

Bevölkerungszahl 2005: 58.646.000
Medianalter 2005: 41,7

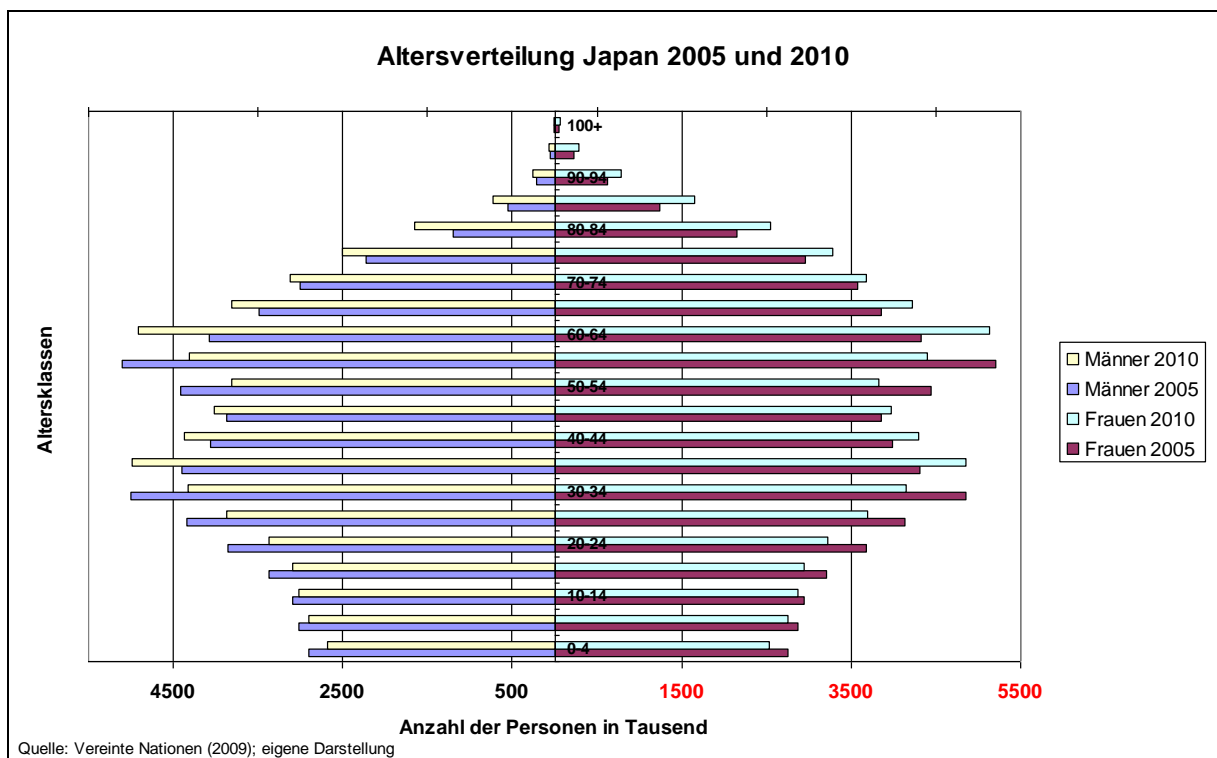
Bevölkerungszahl 2010: 60.098.000
Medianalter 2010: 43,3



Japan:

Bevölkerungszahl 2005: 127.448.000
Medianalter 2005: 43,1

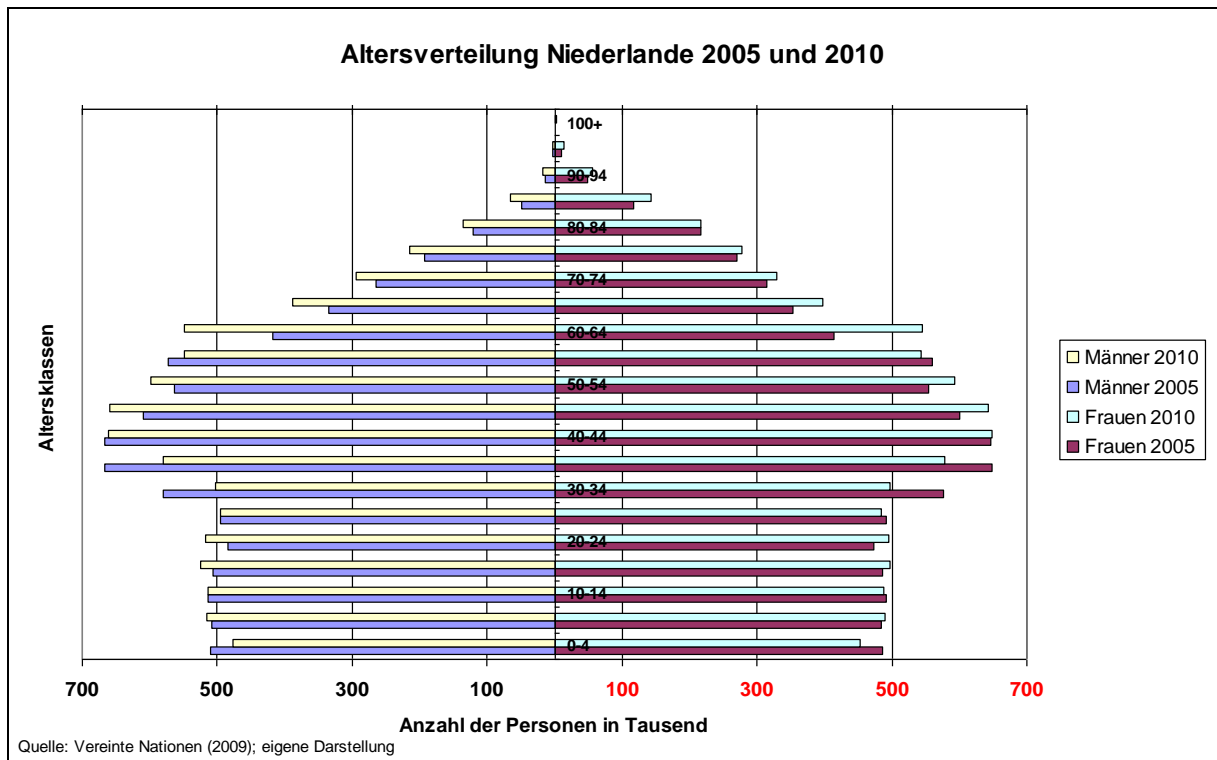
Bevölkerungszahl 2010: 126.996.000
Medianalter 2010: 44,7



Niederlande

Bevölkerungszahl 2005: 16.317.000
Medianalter 2005: 39,1

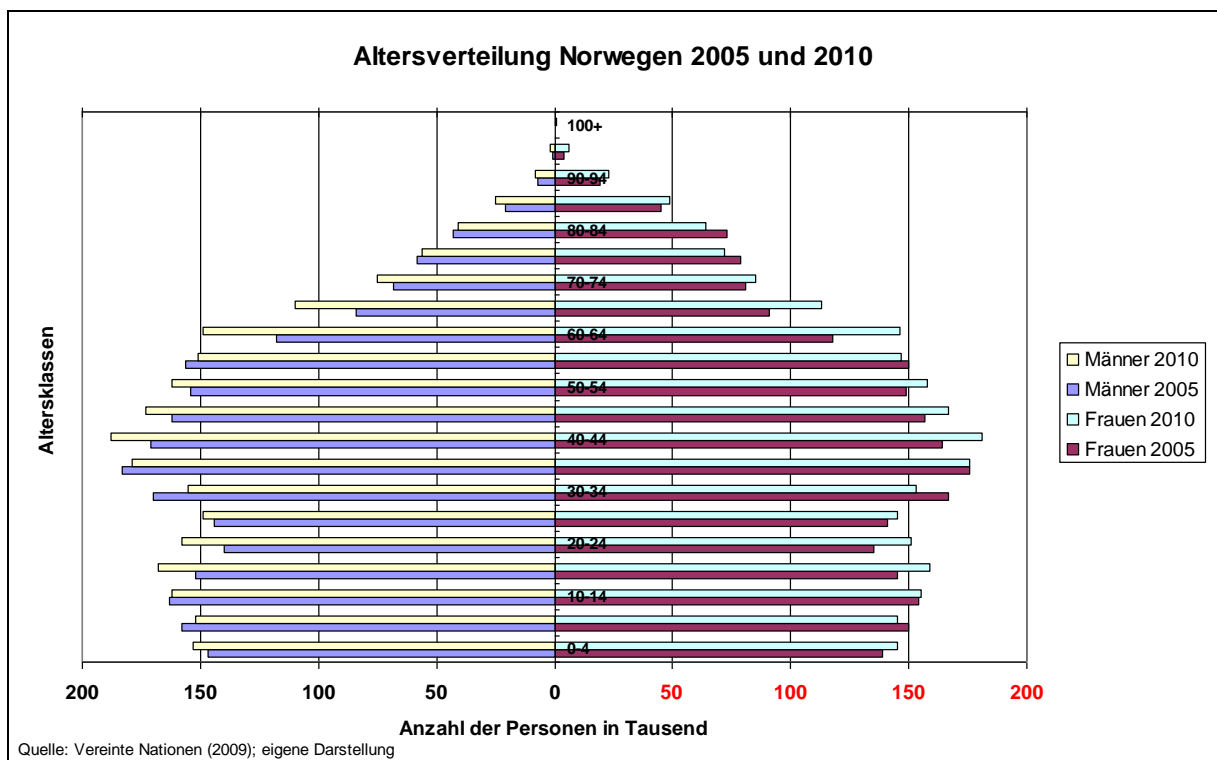
Bevölkerungszahl 2010: 16.653.000
Medianalter 2010: 40,8



Norwegen

Bevölkerungszahl 2005: 4.637.000
Medianalter 2005: 38,0

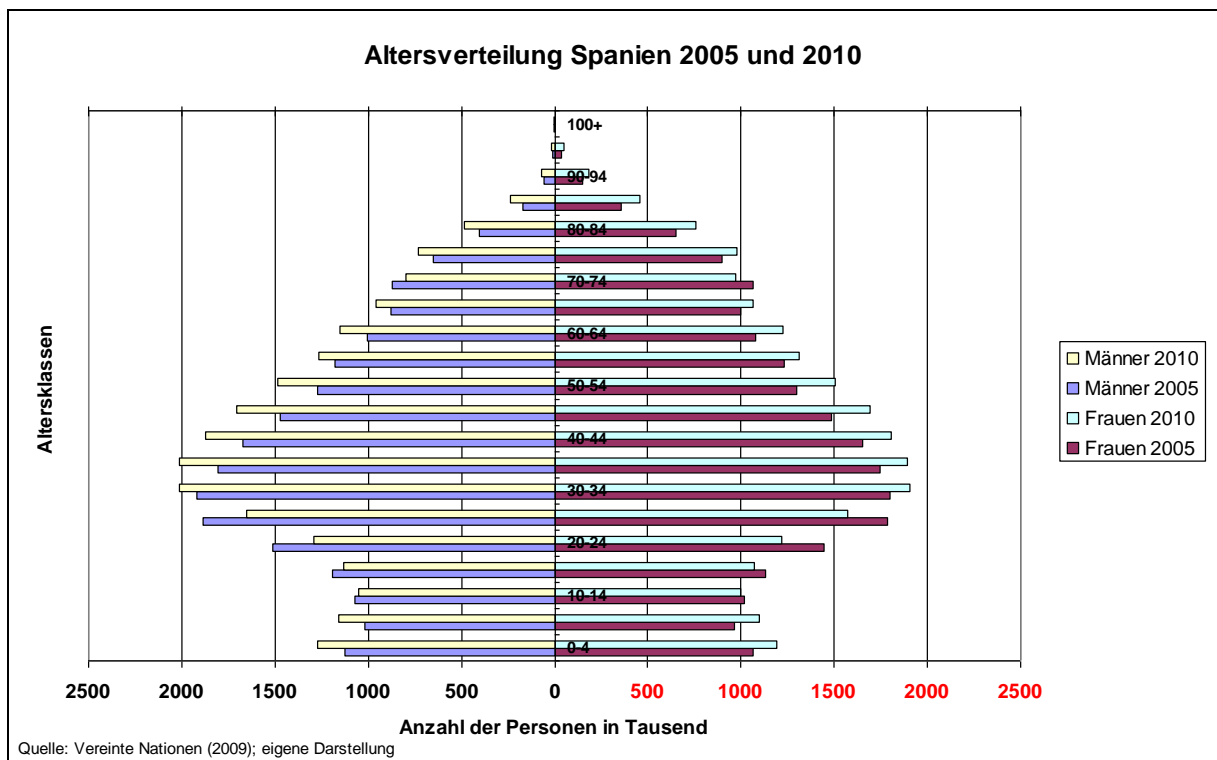
Bevölkerungszahl 2010: 4.637.000
Medianalter 2010: 38,9



Spanien

Bevölkerungszahl 2005: 43.059.000
Medianalter 2005: 38,7

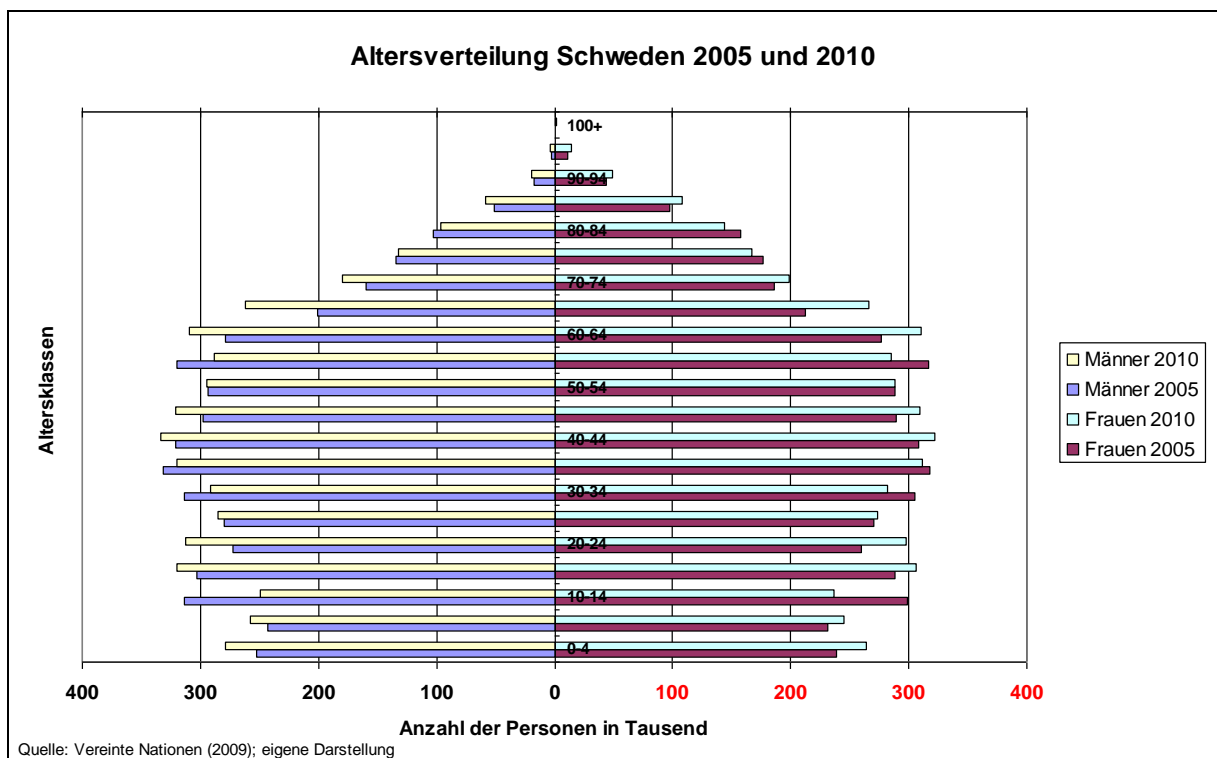
Bevölkerungszahl 2010: 45.317.000
Medianalter 2010: 40,2



Schweden

Bevölkerungszahl 2005: 9.064.000
Medianalter 2005: 40,1

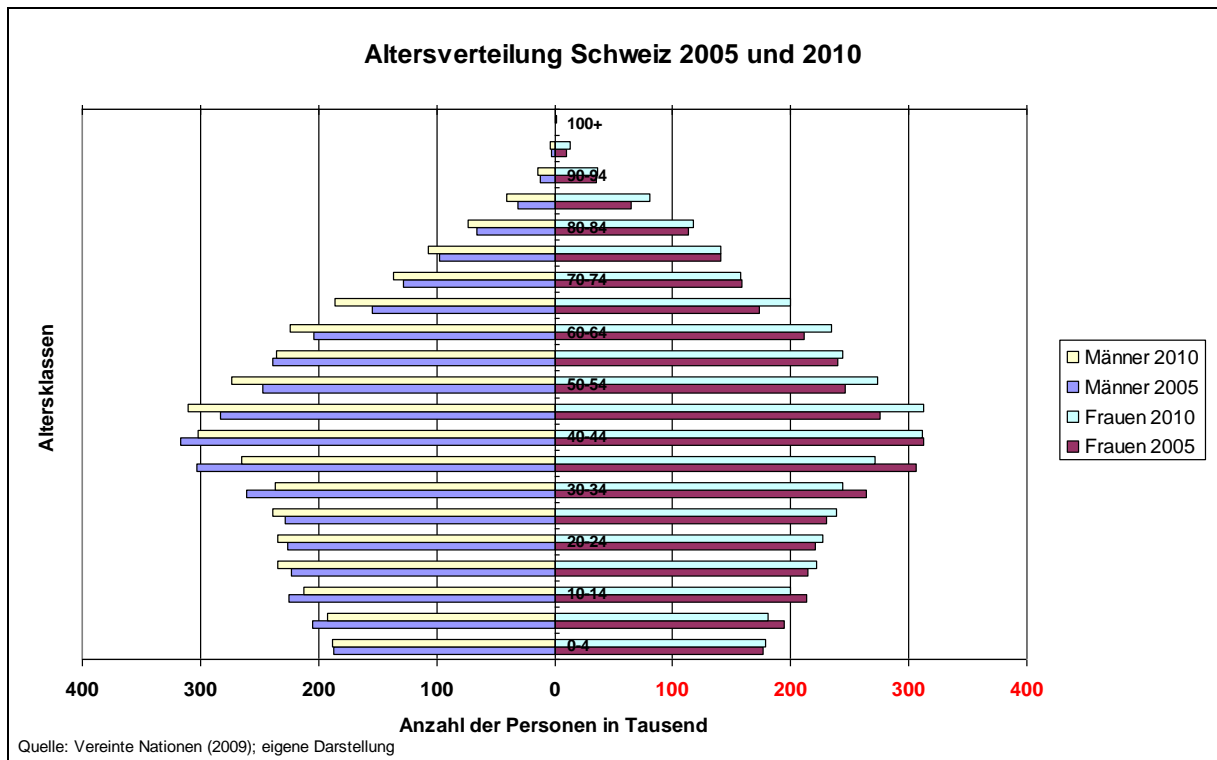
Bevölkerungszahl 2010: 9.294.000
Medianalter 2010: 40,9



Schweiz

Bevölkerungszahl 2005: 7.442.000
Medianalter 2005: 40,3

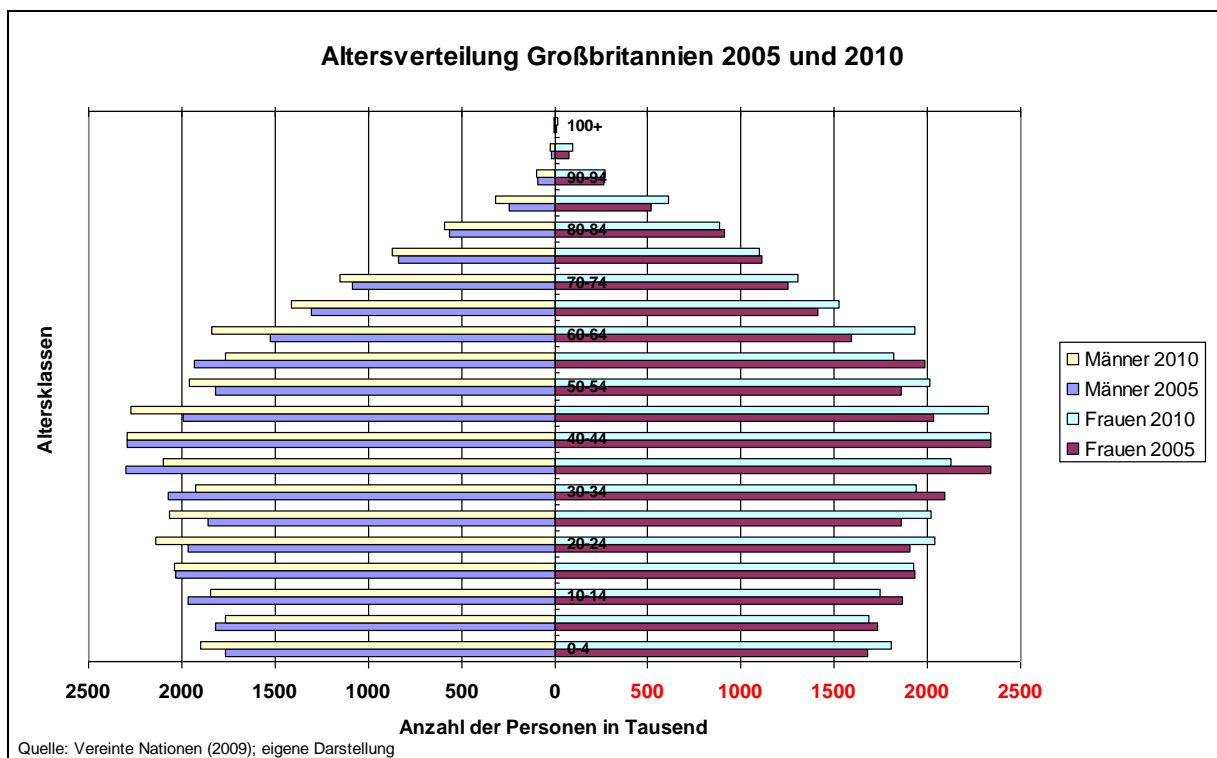
Bevölkerungszahl 2010: 7.597.000
Medianalter 2010: 41,9



Großbritannien

Bevölkerungszahl 2005: 60.260.000
Medianalter 2005: 38,9

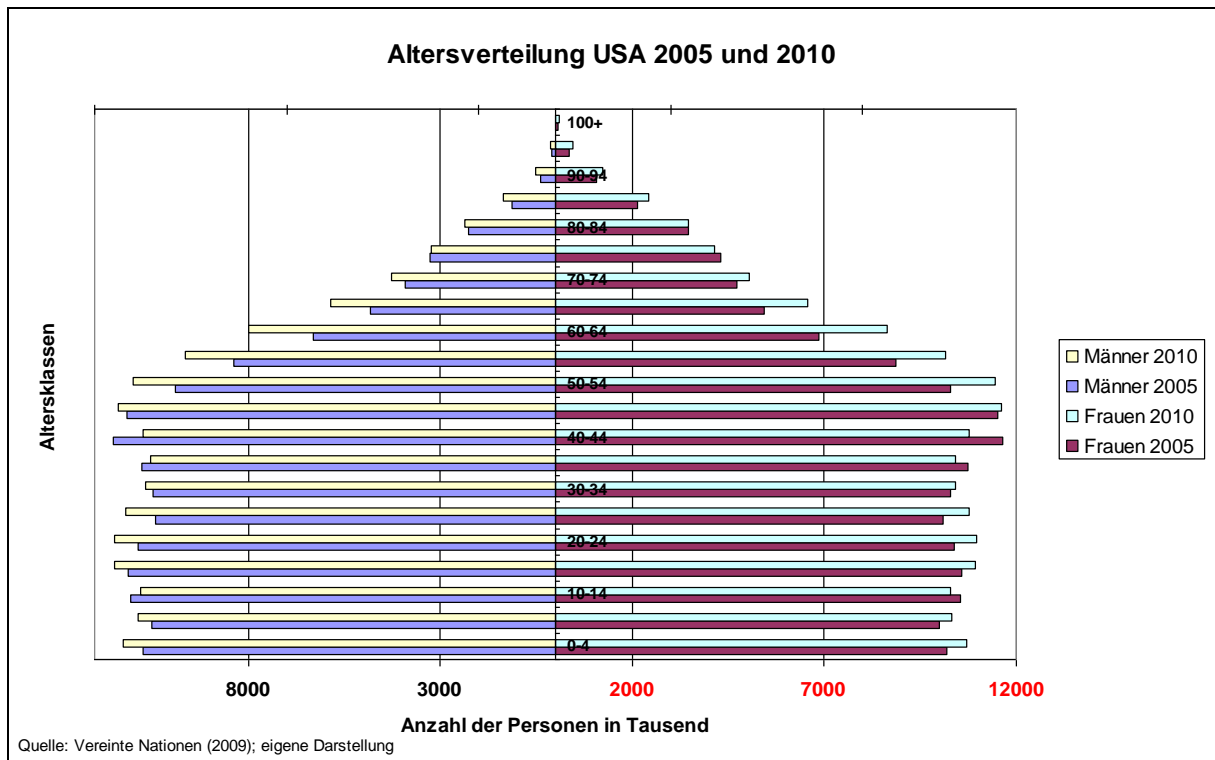
Bevölkerungszahl 2010: 61.899.000
Medianalter 2010: 39,9



USA

Bevölkerungszahl 2005: 302.740.000
Medianalter 2005: 36,0

Bevölkerungszahl 2010: 317.640.000
Medianalter 2010: 36,6



III. Fertilitätsraten europäischer Länder

Tabelle A-2: Fertilitätsraten europäischer Länder

REGION/COUNTRY	Total fertility rate		
	<i>(children per woman)</i>		
	2000	2007	2008
<i>EU Member States</i>			
Belgium	1.62	1.81	1.82 ^P
Bulgaria	1.27	1.42	1.48
Czech Republic	1.14	1.44	1.50
Denmark	1.77	1.85	1.89
Germany	1.38	1.37	1.37 ^P
Estonia	1.39	1.64	1.66
Ireland	1.90	2.03	:
Greece	1.27	1.42	1.45 ^P
Spain	1.23	1.40	1.46 ^P
France	1.89	1.98	2.02 ^P
Italy	1.26	1.37	1.41 ^P
Cyprus	1.60	1.39	:
Latvia	1.24	1.41	1.45 ^P
Lithuania	1.39	1.35	1.47 ^P
Luxembourg	1.78	1.61	1.61
Hungary	1.33	1.32	1.35 ^P
Malta	1.69	1.37	1.43
Netherlands	1.72	1.72	1.77 ^P
Austria	1.36	1.38	1.41
Poland	1.37	1.31	1.23
Portugal	1.56	1.34	1.37 ^P
Romania	1.30	1.29	1.35
Slovenia	1.26	1.38	1.46 ^P
Slovakia	1.29	1.25	1.33
Finland	1.73	1.83	1.85
Sweden	1.55	1.88	1.91
United Kingdom	1.84	1.90	1.94 ^P
<i>EU Candidate Countries</i>			
Croatia	1.39	1.40	1.47
The former Yug. Rep. of Macedonia	1.70	1.46	:
Turkey	2.27	2.15	2.14
<i>EFTA countries</i>			
Iceland	2.08	2.10	2.14
Liechtenstein	1.58	1.40	1.40 ^P
Norway	1.85	1.90	1.96
Switzerland	1.50	1.46	1.48 ^P
<i>Other European countries</i>			
Albania	2.00	1.33	1.40
Andorra	:	1.17	1.26
Armenia	1.30	1.42	:
Azerbaijan	2.00	2.30	2.30
Belarus	1.31	1.37	1.42
Bosnia and Herzegovina	1.30	1.18	:
Georgia	1.46	1.45	1.67
Moldova	1.29	1.26	1.28
Montenegro	1.85	1.69	:
Russian Federation	1.21	1.41	1.51 ^P
San Marino	:	:	1.50
Serbia	1.46	1.38	:
Kosovo (under UNSCR 1244)	:	:	:
Ukraine	1.10	1.30	:

Quelle: Eurostat (2009b: 5).

WIP-Veröffentlichungen

Diskussionspapiere

2009

- 11/09 Radiologie – Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ
Dr. Torsten Keßler
- 10/09 Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2009)
Dr. Frank Wild
- 9/09 Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen GKV und PKV
Dr. Frank Niehaus
- 8/09 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007
Dr. Frank Niehaus
- 7/09 Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM
Dr. Frank Niehaus
- 6/09 Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV
2004/2005/2006
Dr. Torsten Keßler
- 5/09 Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007
Dr. Frank Wild
- 4/09 Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen
Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres 2007
Dr. Frank Wild
- 3/09 Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV
Dr. Frank Wild
- 2/09 Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von Beiträgen und Leistungen
Dr. Frank Niehaus
- 1/09 Das Gesundheitssystem in der VR China
Dr. Anne Dorothee Köster

2008

- 3/08 Arzneimittelversorgung mit Insulinen
Dr. Frank Wild
- 2/08 Leistungsausgaben und Häufigkeitsverteilung von Honorarziffern
in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006
Dr. Torsten Keßler
- 1/08 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen
(Ausgabe 2008)
Dr. Frank Wild

2007

- 9/07 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006
Dr. Frank Niehaus
- 8/07 Zusammenhang von Generikaquote und Alter der Versicherten
Dr. Frank Wild
- 7/07 Verbrauchsanalyse von verordneten Arzneimitteln bei Privatversicherten
Dr. Frank Wild
- 6/07 Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen – ein Literaturüberblick
Dr. Frank Wild
- 5/07 Prognoserechnungen zum Koalitionsbeschluss "Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung"
Bernd Hof, Claus Schlömer
- 4/07 Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?
Dr. Frank Schulze Ehring, Christian Weber
- 3/07 Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten
Dr. Frank Wild
- 2/07 Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung
Dr. Frank Schulze Ehring
- 1/07 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen
Dr. Frank Wild

2006

- 9/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV? Beobachtungen bis 2005
Dr. Frank Schulze Ehring
- 8/06 Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht
Dr. Frank Schulze Ehring
- 7/06 Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044 – Eine Prognose aus Daten
Der privaten Pflege-Pflichtversicherung
Dr. Frank Niehaus
- 6/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten. Die Verordnung von OTC-Präparaten
Dr. Frank Wild
- 5/06 Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben (Version: 2/06)
Dr. Frank Niehaus
- 4/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Der Markt der Statine
Dr. Frank Wild
- 3/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV?
Dr. Frank Schulze Ehring
- 2/06 PKV im Wettbewerb mit der GKV
Christian Weber

- 1/06 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen im Jahr 2004
Dr. Frank Niehaus

Projektpapiere

2008

Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?
Dr. Kornelia van der Beek und Christian Weber

Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Niehaus

Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung
Dr. Frank Niehaus und Christian Weber

2007

Die Bedeutung der ausgabenintensiven Fälle im Gesundheitswesen
Dr. Frank Niehaus

2006

Alter und steigende Lebenserwartung: Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben
Dr. Frank Niehaus

2005

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen
Dr. Frank Niehaus / Christian Weber

Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Wild

2004

Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Schulze Ehring

Die genannten Diskussions- und Projektpapiere können über die Webseite des WIP (<http://www.wip-pkv.de>) heruntergeladen werden. Die Projektpapiere sind darüber hinaus auch als Broschüre über das WIP kostenlos zu beziehen.