

---

# Wo steht das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich?

Jörg Weidenhammer, Heike Witt

## *Einführung*

Die verschiedenen Gesundheitssysteme verfolgen im Grundsatz gleiche bzw. ähnliche Zielsetzungen:<sup>1</sup>

- Erreichung eines hohen Gesundheitsniveaus für die gesamte Bevölkerung,
- Zugang der betroffenen Bevölkerung zu bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien,
- Gestaltung und Funktion des Gesundheitssystems entsprechend den gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerung,
- Sicherstellung fairer und nachhaltiger Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

Die Struktur der Gesundheitssysteme, ihre Finanzierungsweise, aber auch das Ergebnis in Form der Qualität der Versorgung sowie der Zufriedenheit der Patienten bzw. der Bevölkerung sind außerordentlich unterschiedlich.

*Strukturelle Unterschiede* bestehen beispielsweise in

- *der Art der Finanzierung* (Sozialversicherung, steuerfinanzierte Systeme, privat finanzierte Systeme),
- *der Organisation des Gesundheitswesens* (staatliche Leistungsanbieter, eine Mischung öffentlicher und privater Leistungsanbieter, private Leistungsanbieter),
  - Während sich in Deutschland ca. 355 Krankenkassen (mit Selbstverwaltung) um die Versicherten bemü-

hen, existieren in Frankreich lediglich 18, in Österreich ca. 24 Krankenkassen (2002).

- dem Zugang zur Versorgung (beschränkter bzw. gesteuerter Zugang, freier Zugang oder grundsätzlich freier Zugang, der jedoch durch die Versicherer beschränkt wird),
  - In Schweden gibt es beispielsweise mehr, in Großbritannien weniger Wahlfreiheit.
- der Zielgruppe der Versorgung (gesamte Bevölkerung, gesetzlich definiert oder freiwillig),
- der Beziehung zwischen Zahler und Leistungserbringer (hierarchisches Verhältnis, Vertragsverhältnis, variables Verhältnis [zwischen den Extremen keine Beziehung und Verschmelzung in einem Unternehmen]).

Grob zu unterscheiden ist zwischen Ländern mit *Sozialversicherungssystemen* wie in Deutschland, den Niederlanden, Frankreich oder Österreich und eher *staatlichen Gesundheitssystemen* wie in Dänemark, Großbritannien, Schweden oder Spanien sowie *privat finanzierten Systemen* wie in den USA.

- In Schweden stellt der Staat die medizinische Grundversorgung bereit und finanziert sie auch. Die Finanzierung erfolgt fast ausschließlich über Steuergelder, und es gibt eine staatliche Einheitskasse.
- In der Schweiz ist jeder Mitglied einer staatlichen Krankenversicherung; es gibt eine Kombination aus Bürgerversicherung und Kopfpauschale (ca. 185 Euro pro Monat).
- Frankreich hat sich für eine staatliche Gesundheitskasse entschieden, die obligatorisch ist und ca. 70 % der Behandlungskosten abdeckt. Der Rest wird über Zusatzversicherer finanziert, die frei gewählt werden können.
- In England gibt es keine gesetzlichen Krankenkassen. Ein eng umgrenzter Leistungskatalog wird kostenlos angeboten. Es besteht die Möglichkeit, sich privat zu versichern.

- Die Finanzierung des *deutschen Gesundheitswesens* erfolgt weitgehend über eine Kombination aus staatlicher Pflicht- und privater Krankenversicherung. Es besteht Versicherungspflicht (bis zu einer definierten Einkommensgrenze, versicherungsfrei sind Bürger mit höherem Einkommen, Beamte und Selbstständige). In eingeschränktem Maße beteiligen sich die Patienten an der Finanzierung (Selbstbeteiligung).

Diese Unterschiede, die hier lediglich ganz grob skizziert sind, führen dazu, dass Gesundheitssysteme nicht direkt und unmittelbar miteinander vergleichbar sind. Dies ist bei der Betrachtung einzelner Fakten oder Daten zu berücksichtigen.

Auch der Vergleichsmethodik ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Dies ist das Ergebnis einer 2005 vom Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung veröffentlichten Arbeit.<sup>2</sup> Deutlich wird, dass in der

- Gesundheitsökonomik,
- Systemtheorie,
- in der Theorie staatlicher Steuerung,
- der Institutionen-Theorie

kein ausreichendes Wissen vorhanden ist, das als Grundlage für einen wissenschaftlichen Maßstäben genügenden Vergleich dienen könnte.

Auch die älteste regelmäßig durchgeführte Studie, die OECD-Studie, in der 23 Staaten bezüglich ihrer Gesundheitsausgaben (in Prozent des Bruttoinlandproduktes [BIP]) miteinander verglichen werden, ist in ihren wissenschaftlich-theoretischen Fundamenten unbefriedigend. Sie basiert auf der Vermutung, dass die Qualität von Gesundheitssystemen messbar sei, und setzt empirisch gefundene Daten zusammen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es also keine ausgewiesene und durch eine systemkritische Betrachtung ge-

sicherte wissenschaftliche Basis für einen Vergleich von Gesundheitssystemen.

Angaben und Ergebnisse zum Krankenhausvergleich finden sich in unterschiedlichen Veröffentlichungen und Studien. Alle betrachten unterschiedliche Facetten und basieren auf unterschiedlichen Daten und Betrachtungsansätzen. Ein umfassender Vergleich, der alle diese Facetten miteinander in Beziehung setzt und in eine Gesamtschau einfügt, existiert derzeit nicht.

Diese – leider sehr ernüchternden – Feststellungen sind bei einem Vergleich der Gesundheitssysteme zu berücksichtigen. Trotz der damit angedeuteten Vorbehalte soll jedoch im Folgenden ein skizzenhafter Vergleich versucht werden, soweit das auf der Basis der Daten, die gegenwärtig zur Verfügung stehen, möglich erscheint.

### *Vergleich von Gesundheitssystemen*

Verglichen werden können lediglich die in den Gesundheitssystemen erfassten und extrahierten Daten. Daten zu Kosten und Leistungen sind in einer Effizienzbetrachtung zusammenzufassen. Diese ist um die Betrachtung der Daten und Aussagen zur Qualität des Gesundheitswesens sowie zur Zufriedenheit der Bevölkerung zu erweitern, und auch der Umgang mit ethischen Fragestellungen innerhalb der verschiedenen Gesellschaften ist zu berücksichtigen.

### Effizienz des Gesundheitswesens

In einer Studie des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (ISGF)<sup>3</sup> in Kiel wurde der Leistungskatalog im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich untersucht. 14 hochindustrialisierte Länder, darunter Australien, die

USA, Schweden, Frankreich, Deutschland und Italien, wurden miteinander verglichen.

Danach gibt Deutschland am meisten, nämlich 10,9 %, des BIP für die Gesundheit aus (2004) – Finnland lediglich 7,5 %. Ähnlich hohe Gesundheitsausgaben haben die Franzosen (10,5 %) und die Niederländer mit 9,6 % des BIP.<sup>4</sup>

Beim Vergleich der *Kosten des Gesundheitswesens* werden die *Pro-Kopf-Ausgaben* zugrunde gelegt.

- Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben liegen bei 3954 Euro.
- Die Kosten des deutschen Systems liegen mit 3560 Euro unter dem Durchschnitt.
- Höhere Ausgaben haben beispielsweise Schweden (3617) oder die Schweiz (4571 Euro). Das teuerste System haben die USA.
- Geringere Pro-Kopf-Ausgaben haben z. B. Australien (2669 Euro) oder Großbritannien (2640 Euro). Die niedrigsten Aufwendungen hat Italien mit 2187 Euro.

Für einen sachgerechten Vergleich der Gesundheitssysteme miteinander ist eine eindeutige Definition der Gesundheits- und Geldleistungen erforderlich.

Zu den sog. *Gesundheitsleistungen* zählen u. a. die stationäre und ambulante Versorgung, die Arzneimittelversorgung und die Versorgung im Pflegefall. Parallel wurden die sog. *Geldleistungen* verglichen, wie beispielsweise Lohnfortzahlung, Krankengeld oder Unfallrenten. Beide Ergebnisse fließen in einen *Versorgungsindex* ein, der beschreibt, wie umfangreich der Leistungskatalog für Gesundheits- und Geldleistungen ist. (Ein Index > 100 zeigt ein überdurchschnittliches Versorgungsniveau an.)

Bei den Gesundheitsleistungen und Geldleistungen zusammen hat Deutschland das höchste Versorgungsniveau, d. h. den umfassendsten Leistungskatalog (Index = 119). Auch in Österreich (Index = 116) oder Belgien (Index =

112) ist der Leistungskatalog überdurchschnittlich. Am niedrigsten ist der Versorgungsindex in den USA.

Als *Gründe für diesen hohen Versorgungsindex* werden genannt: Deutschland verfügt über

- die höchste Hausarzt-, Facharzt- und Zahnärztdichte,
- die höchste Krankenhauskapazität,
- einen überdurchschnittlichen Leistungskatalog an Heil- und Hilfsmitteln sowie Arzneimitteln (er ist mit einer relativ geringen Zuzahlung verbunden).

Einige Angaben zu den eingesetzten Ressourcen machen dies deutlich:<sup>5</sup>

- Bei der *Arztdichte* liegt Deutschland im Mittelfeld: Je 1000 Einwohner stehen 3,4 Ärzte zur Verfügung; in Italien sind es 4,2, in Großbritannien lediglich 2,3 Ärzte.
- Österreich und Deutschland stellen je 1000 Einwohner die meisten *Krankenhausbetten* (6,5 bzw. 6,4) zur Verfügung – in Spanien sind es lediglich 2,5. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 4,1 Betten.
- In den letzten Jahren hat das *Angebot an neuen Diagnostiketechniken* stetig zugenommen:
  - Magnetresonanztomografie-Einheiten: von 1 pro 1 Mio. Einwohner 1996 auf 6,6 pro 1 Mio. Einwohner 2004 (OECD-Durchschnitt 8,0).
  - Die Zahl der Computertomografie-Scanner in Deutschland liegt mit 15,4 pro 1 Mio. Einwohner unter dem OECD-Durchschnitt (18).

Deutschland setzt mehr menschliche und materielle Ressourcen im Gesundheitswesen ein als die meisten anderen OECD Staaten.

Die Kosten des Gesundheitswesens (Pro-Kopf-Ausgaben) wurden mit dem Versorgungsindex in Beziehung gesetzt. Bewertet wurde die *Effizienz des Gesundheitswesens*. Je geringer der Effizienzindex ausfällt, desto effizienter ist das System.

Überwiegend beitragsfinanziert	Belgien	70
	Deutschland	86
	Japan	89
Überwiegend steuerfinanziert	Italien	62
	Kanada	83
	Dänemark	118
Privat finanziert	USA	228
Durchschnitt		102

Im Ergebnis ist festzustellen, dass Deutschland (Effizienzindex von 86) von den Ländern mit *beitragsfinanziertem* Gesundheitswesen nach Belgien das effizienteste Gesundheitswesen hat. Die Gesundheitssysteme Frankreichs und Japans sind weniger effizient.

Bei den *überwiegend steuerfinanzierten Systemen* hat Italien das System mit der höchsten Effizienz.<sup>6</sup>

Am wenigsten effizient ist das vorwiegend *privat finanzierte Gesundheitssystem* in den USA.

## Zufriedenheit

In einer Studie des Berliner Zentrums Public Health (BZPH)<sup>7</sup> wird aus einer Studie des Europäischen Parlamentes von 1998 zitiert. Untersucht wurde die *Zufriedenheit der Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem*.

- Im Durchschnitt sind die Europäer mit ihrem Gesundheitssystem sehr bis ziemlich zufrieden (ca. 50,3 %: sehr 8,8 %, 41,5 % ziemlich zufrieden).
- Die Zufriedenheit in den Niederlanden (72,8 %) und in Deutschland (66 %) liegt über diesem Durchschnitt.
- Deutlich geringer fällt die Zufriedenheit in Spanien aus.

Ergänzt wird die Frage nach der Zufriedenheit durch Fragen bezüglich des Wunsches nach einer grundsätzlichen Ver-

änderung sowie des Wunsches nach einem stärkeren Engagement des Staates.

- In Ländern mit Sozialversicherungssystem wünschen sich zwischen 16 und 30 % eine *grundsätzliche Veränderung*. In staatlichen Gesundheitssystemen ist die Variationsbreite wesentlich größer, nämlich zwischen ca. 8 und ca. 76 %.
  - 15,7 % der Luxemburger wünschen sich eine grundsätzliche Veränderung ihres Gesundheitssystems; in Frankreich sind es 29,6 %, in Deutschland 18,9 % (Länder mit Sozialversicherungssystemen).
  - In Dänemark wünschen sich 7,5 % eine grundsätzliche Veränderung des Gesundheitssystems – in den südeuropäischen Staaten ist dieser Wunsch sehr viel verbreiteter (Italien 76,2 %, Portugal 70,2 %); in Großbritannien äußern ca. 56 % diesen Wunsch (Länder mit einem staatlichen Gesundheitswesen).
- Auch der Wunsch nach mehr Staatsausgaben ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich ausgeprägt.
  - Die Spanne reicht von 14,4 % in Österreich bis zu 48,5 % in den Niederlanden, in Deutschland sind es 25,7 % (Sozialversicherungssysteme).
  - Am stärksten wünschen sich die Griechen ein höheres finanzielles Engagement ihres Staates (87,1 %), in Finnland ist dieser Wunsch mit 31,8 % deutlich weniger ausgeprägt (staatliche Gesundheitssysteme).

Die Studie der Commonwealth Fund<sup>8</sup> befasst sich ebenfalls mit der Zufriedenheit. Chronisch Kranke in 6 Ländern wurden mit konkreten Fragestellungen nach ihrer Einschätzung des Gesundheitssystems befragt.

- 21 % der Patienten in Deutschland fühlen sich *nicht* in die Entscheidungen von Ärzten und Schwestern im Krankenhaus eingebunden, in Kanada sind es 27 %, in den USA 16 %.



- Auf die Frage, ob Risiken vor einem Eingriff in verständlicher Weise erläutert werden, antworten in Deutschland 12 % mit nein (geringste Unzufriedenheit). In Kanada fühlen sich 21 % unzureichend aufgeklärt.
- In Deutschland treffen 50 % der Krankenhäuser keine Verabredungen für die nachfolgenden Visiten – in den Niederlanden sagen dies lediglich 19 %.
- In Deutschland warten 22 % mehr als vier Wochen, ehe sie einen Spezialisten aufsuchen (niedrigster Wert), in England sind es 60 %.
- In Deutschland erhalten 35 % der chronisch kranken Patienten von ihrem behandelnden Arzt einen Plan zur eigenständigen Medikation (niedrigster Wert) – in Kanada erfolgt dies in 65 % der Fälle.
- In Deutschland gehen 56 % noch am selben Tag zum Arzt, wenn sie sich krank fühlen oder Medikamente benötigen – in Kanada lediglich 13 %; 13 % der Deutschen warten sechs Tage oder länger – in Kanada sind es 36 %.

Aus dieser Studie lässt sich folgern, dass die Deutschen – bei allen Kritikpunkten – grundsätzlich mit ihrem Gesundheitssystem zufrieden sind.

## Qualität

Den Erkenntnissen zu Effizienz und Zufriedenheit sind Einschätzungen zur Qualität der Gesundheitsversorgung gegenüberzustellen. Zu betrachten sind beispielsweise die Lebenserwartung, die Sterblichkeitsraten oder die Brustkrebsraten:

● **Lebenserwartung**

*In den meisten OECD-Staaten hat sich die Lebenserwartung in den letzten 40 Jahren erhöht (Ursachen: Verbesserung der Lebensbedingungen, Investitionen in das öffentliche Gesundheitswesen, medizinischer Fortschritt).*

*Die Lebenserwartung bei der Geburt unterscheidet sich zum Teil deutlich:<sup>9</sup>*

- In Schweden lag sie im Jahr 2004 bei 80 Jahren (80,6), in Lettland bei 70 Jahren; in Deutschland betrug sie 78,6 Jahre.
- In Österreich und Luxemburg ist die Lebenserwartung seit 1980 um ca. 6 Jahre gestiegen, in den Niederlanden lediglich um 2,3 Jahre. In Deutschland betrug der Anstieg 4,8 Jahre.
- Japan hat die höchste Lebenserwartung, gefolgt von der Schweiz, Island, Schweden und Australien (jeweils über 80,5 Jahre).

*Durch Krankheit verringert sich die Lebenserwartung. Dieser Verlust (in Prozent der Lebenserwartung) fällt in den einzelnen Ländern unterschiedlich aus:*

- Der Verlust an Lebenserwartung beträgt in Deutschland 7,8 % (Männer) bzw. 9,3 % (Frauen), während Krankheiten die Lebenserwartung der Litauer um 10,9 % (Männer) bzw. 12,8 % (Frauen) reduzieren.

● **Säuglingssterblichkeit<sup>10</sup>**

Die Säuglingssterblichkeit ist in allen OECD-Ländern gesunken. Sie lag in Deutschland bei 4,1 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten (OECD-Durchschnitt: 5,7). In Japan (2,8 Ø) und den nordischen Ländern (3,1–3,7 Ø) ist sie am niedrigsten. Im Vergleich der Säuglingssterblichkeit nimmt Deutschland eine mittlere Position ein.

● Medizinisch beeinflussbare Mortalität

Der Anteil der „medizinisch beeinflussbaren“ Mortalität an der Gesamtmortalität ist seit den 50er Jahren gesunken (z. B. in den USA von 15,3 % im Jahre 1956 auf 7,4 % 1975/76). *Der Anteil der medizinisch beeinflussbaren Mortalität an der Gesamtmortalität fällt in den einzelnen Staaten unterschiedlich hoch aus* (78 % in Schweden, 71 % in England/Wales und 38 % in Frankreich).

● Brustkrebserkrankungen<sup>11</sup>

- Brustkrebs ist in Europa die häufigste Krebserkrankung der Frau. Nördliche und westliche europäische Staaten weisen eine höhere Häufigkeitsrate beim Brustkrebs auf als südliche oder östliche Länder. So erkrankten in den Niederlanden (92 Fälle pro 100.000 Frauen) doppelt so viele Frauen an Brustkrebs wie beispielsweise in Rumänien, der Slowakei (je 46 Fälle) oder Mazedonien (39 Fälle).
- Erklärungsansätze sind das vermehrte Auftreten von Risikofaktoren in den nördlichen und westlichen Ländern wie frühere Pubertät, höheres Alter bei der Geburt der Kinder, Unterschiede in Körpergröße und Gewicht. Ein Teil der Unterschiede wird auch auf die Etablierung von Früherkennungsprogrammen zurückgeführt (Anstieg der Diagnosen bei Fällen im Frühstadium).
- Die Sterblichkeit nimmt ab. Die durchschnittliche Sterblichkeitsrate liegt in Europa bei 37,4 %. In Deutschland beträgt die Rate 37 %, in Schweden und Finnland nur 24 bzw. 25 %.
- Die Überlebensraten variieren in den europäischen Staaten. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate schwankt zwischen 60 und 80 % (80 % beispielsweise in Schweden, Finnland, Frankreich, Italien; in Osteuropa bestehen weniger gute Überlebenschancen).

Im Vergleich der EU-Länder nimmt Deutschland sowohl bei der Brustkrebssterblichkeit als auch bei der Neuerkrankungsrate eine mittlere Position ein.

In einem *Spiegel*-Artikel vom 3.7.2006 wird das Ergebnis folgendermaßen zusammengefasst: „Bei Messgrößen wie Lebenserwartung, Kindersterblichkeit und Brustkrebsrate rangiert Deutschland im Vergleich zu anderen Industriestaaten im hinteren Mittelfeld.“ Bei der Säuglingssterblichkeit liegt Deutschland im Mittelfeld.

## Ethik

In den letzten Jahren ist in Europa eine immer wieder aufkommende Diskussion um die Kosten während des letzten Jahres bzw. während der letzten zwei oder drei Jahre vor dem Tod zu verzeichnen.

Es besteht ein Konsens, dass das Gesundheitssystem an die Herausforderungen der zunehmenden Lebenserwartung anzupassen ist. Unterstellt wird dabei, dass eine Überalterung der Gesellschaft und die Behandlung von Erkrankungen älterer Menschen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz) zu einem Anstieg der Kosten und einer Überlastung des Gesundheitssystems führen werden. Vor diesem Hintergrund wird dann über eine mögliche Rationierung der Leistungen nachgedacht.

Studien zum „Preis des Alterns“ kommen hier zu anderen Einschätzungen.<sup>12</sup>

- Die Zahl älterer Menschen nimmt in Europa ständig zu.
  - Im Jahr 2050 wird schätzungsweise ein Drittel der Bevölkerung älter als 60 Jahre sein.
  - Der Anteil der unter 16-Jährigen liegt dann voraussichtlich bei lediglich 13 %.
- Die Prävalenz vor allem chronischer Krankheiten steigt mit zunehmendem Alter.
- Eine englische Studie zeigt aber: Über 60-Jährige ver-

ursachen nicht zwangsläufig höhere Gesundheitskosten als jüngere Menschen.<sup>13</sup> Für Menschen aller Altersgruppen gilt vielmehr: In der Regel schnellen die Kosten 12–18 Monate vor dem Tod in die Höhe. Teuer ist also das letzte Lebensjahr.

- Ab dem 80. Lebensjahr sind nicht mehr Ärzte, Arzneimittel und Klinikbehandlungen der größte Posten, sondern Kosten für die Pflege in Alters- und Pflegeheimen.<sup>14</sup>
- Es ist darüber nachzudenken, wie wir Sterbende versorgen wollen. Wir müssen überlegen, ob wir im Krankenhaus sterben wollen, wie es momentan meistens der Fall ist.<sup>15</sup>

„Die ständig steigenden Gesundheitsausgaben in den EU-Ländern lassen sich nicht allein mit der demographischen Entwicklung erklären. Es ist unzulässig, alle Menschen ab dem 60. Lebensjahr über einen Kamm zu scheren.“<sup>16</sup> Als sicher gilt, dass die soziale Herkunft eine wesentliche Bedeutung bei der Entstehung von Krankheiten hat.<sup>17</sup>

Gefordert werden

- exakte Daten über den Gesundheitsstatus älterer Menschen in Europa und deren individuelle Versorgungsbedürftigkeit,
- die Erstellung von Ausgabenprofilen unter Einbeziehung aller relevanten Sektoren als Grundlage für die Bedarfsplanung<sup>18</sup>,
- eine Analyse der Gesundheitsverläufe.

Nicht auszuschließen ist, dass älteren Patienten bereits heute – bewusst oder unbewusst – aufwändige Behandlungen vorenthalten werden:

- Internationale Studien belegen, dass Medizinstudenten, denen identische Krankenakten, die nur in Bezug auf Alter und Geschlecht variieren, vorgelegt werden, unterschiedlich entscheiden.
- Alter ist ein Faktor für eine gewisse Fragilität, die Ärzte davon abhält, stark invasive Therapien einzusetzen.

- Hochbetagte haben oft mehrere Krankheiten, die risikante und teure Behandlungen wie beispielsweise Chemotherapien gegen Krebs nicht zulassen.

Zugleich gibt es Hinweise, dass Patienten selbst rationierend entscheiden, indem sie beispielsweise eine aggressive Therapie ablehnen. In Patientenverfügungen wird festgelegt, welche Therapie gewollt ist und welche nicht.

Die Debatte um eine Rationierung von Leistungen für Ältere wird in Deutschland jedoch nicht in angemessener Weise geführt.

- Sie basiert nicht auf den hier beschriebenen aktuellen Erkenntnissen.
- Die ethischen Standards für eine solche Rationalisierungsdebatte sind noch nicht entwickelt.
- Es ist eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex „soziale Herkunft und Krankheitskosten“ erforderlich.

Insgesamt ist eine vertiefte systematische Bearbeitung dieses Themenfeldes wünschenswert.<sup>19</sup>

### *Gesamtschau*

Es gilt nun, alle Daten und alle Einzelbetrachtungen – vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Strukturen im Gesundheitswesen – zu einem Gesamtbild zusammenzusetzen und Zusammenhänge herzustellen.

- Die Kosten des deutschen Gesundheitswesens liegen – gemessen an den Pro-Kopf-Ausgaben – unter dem Durchschnitt.
- Deutschland hat eines der höchsten Versorgungsniveaus, d. h. einen umfassenden Leistungskatalog bezüglich der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Geldleistungen in Form von Lohnfortzahlung oder Krankengeld. Es werden mehr menschliche und materielle Res-

sources eingesetzt als in vergleichbaren Gesundheitssystemen.

- Deutschland verfügt über ein effizientes Gesundheitswesen. Es ist deutlich effizienter als andere.
- Die Deutschen sind mit ihrem Gesundheitssystem sehr bis ziemlich zufrieden (66 %). Die Zufriedenheit liegt über dem europäischen Durchschnitt (50,3 %). Grundsätzliche Veränderungen werden nur von ca. einem Fünftel (19 %) der Bevölkerung gewünscht.
- Die Mittelverteilung wird von ca. 91 % der Bevölkerung als fair eingeschätzt.
- Bezüglich Lebenserwartung, Kindersterblichkeit und Brustkrebsrate liegt Deutschland im Vergleich zu anderen Industriestaaten im Mittelfeld.<sup>20</sup>
- Die ständig steigenden Gesundheitsausgaben in den EU-Ländern lassen sich nicht allein mit der demografischen Entwicklung erklären.
- Die soziale Herkunft hat eine wesentliche Bedeutung bei der Entstehung von Krankheiten.
- Eine Debatte um eine Rationierung von Leistungen (für Ältere) wird in Deutschland nicht geführt; u. a. fehlen ethische Standards für eine solche Debatte.

„Die Bewertung der Problemlage ist seit den Anfängen der Bundesrepublik nahezu gleich geblieben, sie variiert lediglich in Nuancen<sup>21</sup>:

- ‚Es mangelt dem System nicht an Geld, sondern an Qualität‘ (Gesundheitsminister Horst Seehofer, Anfang der 90er Jahre).
- ‚Es ist eine Vielfalt der unterschiedlichen Interessengruppen, deren Festhalten an erworbenen Besitzständen, die Reformen so unsäglich schwierig machen‘ (K. Jung, Staatssekretär a. D.).“

### *Fazit*

- Das Gesundheitssystem ist reformbedürftig (Kostenreduktion, Prüfung sowie ggf. Anpassung des Leistungsangebotes). Hier kann man von den Erfahrungen anderer Länder (z. B. Strukturveränderungen) lernen.
- Gleichzeitig ist die Qualität der Versorgung zu optimieren.
- Das Gesundheitssystem ist an demografische Veränderungen anzupassen.
- Das Gesundheitssystem ist an sich abzeichnende Veränderungen wie z. B. die Herausforderungen der zunehmenden Lebenserwartung anzupassen.
- Die Reform sollte auf fundierten Erkenntnissen beruhen (vgl. die Diskussion um die Rationierung von Leistungen für Ältere).
- In die Überlegungen sind ethische Aspekte einzubeziehen. Bestimmte ethische Fragestellungen sind verstärkt zu erörtern.

### *Lösungsansätze*

Lösungsansätze für alle hier skizzierten Facetten, von der Struktur des Gesundheitswesens bis zur Steigerung der Qualität, werden bereits seit Jahren diskutiert. Auch sie werden in der Regel isoliert betrachtet und nicht zueinander in Beziehung gesetzt. Die Ansätze reichen von Einzelmaßnahmen bis zu Vorschlägen für grundlegende Reformen. Die folgende Aufzählung nennt einige davon.

#### Finanzierung und Struktur des Gesundheitswesens

- Reduktion von Krankenkassen:<sup>22</sup>
  - die Zahl der Kassen zwischen 1992 (1223) und 2002 (355) deutlich reduziert.



- anderen Ländern mit Selbstverwaltungssystemen reicht eine deutlich geringere Zahl von Kassen aus (Österreich 24; Frankreich 18, Luxemburg 9 Krankenkassen).
- Strukturveränderungen der Krankenversicherungssysteme wie in den Niederlanden:
  - allgemeine Krankenversicherung (Ausnahme: aktiver Militärdienst) – „Bürgerversicherung“,
  - Steuerfinanzierung der Krankenversicherung für alle oder jedenfalls für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr,
- Angebot einer Basisversorgung,
- Umstellung auf ein System von ausschließlich privaten Krankenversicherern (die alle nach den gleichen Voraussetzungen arbeiten, Gewinne erzielen dürfen und diese in Form von Dividenden an die Eigentümer auszahlen dürfen),
- Reduktion des Leistungsumfanges der Krankenkassen auf eine medizinische Basisversorgung und deren Finanzierung von allen Bürgern über Steuern (Beispiel Finnland):<sup>23</sup>
  - Die ersten drei Besuche beim Hausarzt kosten mindestens 11 Euro pro Besuch.
  - staatliche medizinische Grundversorgung („effizient / spottbillig“),
  - Gründung von Gesundheitszentren (vergleichbar den früheren ostdeutschen Poliklinken),
- mehr Wettbewerb im System:
  - Zerschlagung des Monopols der kassenärztlichen Vereinigungen / Einzelverträge der Kassen mit ausgewählten Ärzten und Krankenhäusern,
  - pauschalierte Festpreise für die Behandlung bestimmter Krankheiten,
  - direkte Verhandlungen zwischen Kassen und Pharmaherstellern über Bezugsmengen und Preise,

- Erlaubnis für Apotheker, Filialketten zu gründen,
- Abschaffung der staatlichen Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel,
- Beschränkung auf das medizinisch Notwendige:<sup>24</sup>
  - 4000 Tonnen Arzneimittel landen jährlich im Müll (und 16.000 Pharmareferenten versuchen ihre Präparate in den Markt zu drücken).
  - Reduktion der Fachärzte (90 % aller Regionen gelten als fachärztlich überversorgt),
  - Vermeidung / Reduktion von überflüssigen Maßnahmen,
  - Einsparpotenzial ca. 10 Mrd. Euro! (SPD-Gesundheits-  
experte Karl Lauterbach)<sup>25</sup>,
    - Einführung eines Röntgenpasses (Jede zweite Röntgenuntersuchung ist überflüssig.)<sup>26</sup>,
    - Einführung einer Gesundheitskarte (mögliche Einsparungen ca. 1 Mrd. Euro pro Jahr)<sup>27</sup>,
  - Mittzwanziger, der zum Routinecheck kommt, ist nicht wirklich gesund – Reduktion der „selbstinduzierten Nachfrage“,
  - Reduktion der Materialvielfalt / Standardisierung,
- Information der Patienten: Das kostet ihre Behandlung:
  - Kopien der Arztrechnungen für die Patienten („... um Schummeleien zu verhindern“ – so Theodor Blank, 1957–1965 Minister für Arbeit und Sozialordnung),
- Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten (stärkere Beteiligung der Patienten an den Kosten der Behandlungen):
  - private Absicherung von Freizeitunfällen,
  - höhere Versicherungsbeiträge für Personen mit risikanten Hobbys,
  - stärkere Besteuerung des Tabak- und Alkoholkonsums,
- sachgerechter Umgang mit Versicherungskarten (Mehrere Millionen Altkarten sind im Umlauf. Die Erkennung ungültiger Chips sparte beispielsweise der Tech-

niker-Krankenkasse ca. 30 Mio. Euro bei 1,3 Mio. entwerteten Karten).

### Steigerung der Qualität

- Eine gute Blutdruckeinstellung wegen koronarer Herzkrankung (sechs Monate nach Krankenhausaufenthalt) erhalten in Deutschland ca. 34 %; in Finnland sind es ca. 48 %. In Deutschland ist dieser Wert seit Mitte der 90er Jahre gesunken (1995/96: 45 %).<sup>28</sup> Eine Qualitätsverbesserung ist ohne finanziellen Mehraufwand zu erzielen.
- Ähnliches gilt für die Cholesterineinstellung sechs Monate nach einem stationären Aufenthalt. Während 1995/96 zahlreiche europäische Staaten Werte zwischen 6 und 20 % aufwiesen, hat sich die Qualität in Finnland (1999/2000: ca. 55 %) gegenüber der in Deutschland (1999/2000: ca. 35 %) deutlich gesteigert.<sup>29</sup>
- In Großbritannien wollen die Gesundheitsministerien der vier Landesteile England, Schottland, Wales und Nordirland zum Beispiel folgenden Weg zur Steigerung der Qualität und Vereinheitlichung der Behandlungsqualität gehen:<sup>30</sup>
  - Leitlinien – beispielsweise für Krebs- und Herzkrankungen oder psychische Leiden,
  - Methodenentwicklung für klinische Audits,
  - Sammlung von Informationen zu Fragen der Kosteneffektivität bei der Leistungserbringung,
  - jährliche öffentliche Befragungen der Patienten und des Gesundheitspersonals zur medizinischen Versorgung.

## Steigerung der Zufriedenheit

Die Gründe für die Unzufriedenheit der Patienten mit der Behandlung im Krankenhaus sind zugleich die Lösungsansätze.<sup>31</sup> Erforderlich sind mehr

- Informationen und Koordination,
- Komfort,
- emotionale Begleitung,
- Respekt für die Wünsche der Patienten sowie
- eine größere Einbindung der Familie und der Freunde in die Behandlung.

Als Fazit kann festgehalten werden:

- Es mangelt nicht an Ideen, sondern an ihrer Umsetzung.
- Zahlreiche Lösungsansätze führen zu einer Kostenreduktion, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden!
- Qualitative Verbesserungen sowie die Steigerung der Zufriedenheit tun not und sind häufig mit relativ einfachen Maßnahmen zu erreichen.

## *Ausblick*

Nicht nur für die Politik, auch für die einzelnen Akteure im Gesundheitswesen ist die Zusammenführung der hier nur angerissenen Fakten und Erkenntnisse sowie die weitere Bereitstellung von Daten von hoher Bedeutung. Alle Vorschläge für Veränderungen im Gesundheitswesen sind im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Effizienz, die Zufriedenheit und die Qualität der Versorgung zu betrachten. Dabei ist auch den ethischen Fragen Aufmerksamkeit zu widmen.

## Anmerkungen

- <sup>1</sup> Vgl. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin – Charité: „Internationale Gesundheitssysteme im Vergleich“.
- <sup>2</sup> *Wendt, Claus*: Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven. Working Paper Nr. 88 des Mannheimer Zentrums für europäische Sozialforschung, 2005.
- <sup>3</sup> *Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung (igsf)*, Kiel: Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, August 2005.
- <sup>4</sup> OECD Health Data 2006, Zahlen für 2004.
- <sup>5</sup> OECD Health Data 2006, Zahlen für 2004.
- <sup>6</sup> Was Italien betrifft, findet sich in der Studie ein Hinweis, dass die Pro-Kopf-Ausgaben bei Berücksichtigung aller Faktoren vermutlich höher angesetzt werden müssten. Damit würde sich der Effizienzindex erhöhen.
- <sup>7</sup> *Berliner Zentrum Public Health (BZPH)*: Deutschland im Strukturvergleich von Gesundheitssystemen, April 2004.
- <sup>8</sup> *The Commonwealth Fund*: International Health Policy Survey of Sicker Adults in Six Countries, November 2005.
- <sup>9</sup> OECD Health Data 2006.
- <sup>10</sup> OECD Health Data 2006.
- <sup>11</sup> Europäische Brustkrebskonferenz, Hamburg 2004.
- <sup>12</sup> Vgl. *Ärztezeitung*, 25.7.2006.
- <sup>13</sup> *Ärztezeitung*, 25.7.2006 – zitiert aus einer Studie des britischen International Longevity Center UK (ILC) und der amerikanischen Merck Company Foundation.
- <sup>14</sup> *Süddeutsche Zeitung*, 21.1.2003: Der Preis des Alterns.
- <sup>15</sup> Das Parlament 2006: Rationierung der klinischen Versorgung von alten Menschen.
- <sup>16</sup> Vgl. *Ärztezeitung*, 25.7.2006.
- <sup>17</sup> Vgl. *Ärztezeitung*, 25.7.2006.
- <sup>18</sup> Vgl. *PMV Forschungsgruppe Universität zu Köln*: Schätzung der direkten Kosten der letzten Lebensperiode (Thieme abstract).
- <sup>19</sup> Krankheitskosten nach Geschlecht und Alter – sind Frauen wirklich teurer?: BKK 10/2004
- <sup>20</sup> Vgl. *Der Spiegel*, 3.7.2006.
- <sup>21</sup> Vgl. *Der Spiegel*, 3.7.2006.

<sup>22</sup> Vgl. Busse: Internationale Gesundheitssysteme im Vergleich (Foliensatz).

<sup>23</sup> Vgl. Der Spiegel, 3.7.2006.

<sup>24</sup> Vgl. Der Spiegel, 3.7.2006.

<sup>25</sup> Vgl. Im Wesentlichen gesund: Tagesspiegel, 29.4.2006.

<sup>26</sup> Vgl. MED-Magazin: Mit Röntgenpass Doppeluntersuchungen vermeiden.

<sup>27</sup> Vgl. Gesundheitssystem „à la carte“ soll Kosten einsparen: Die Welt, 9.3.2003.

<sup>28</sup> Vgl. Busse: Internationale Gesundheitssysteme im Vergleich (Foliensatz).

<sup>29</sup> Vgl. Busse: Internationale Gesundheitssysteme im Vergleich (Foliensatz).

<sup>30</sup> Vgl. BZPH 2004 (Anm. 7), 45f.

<sup>31</sup> Nach Busse: Internationale Gesundheitssysteme im Vergleich (Foliensatz).