

## Kapitel I.14

# Äpfel und Birnen – internationale Vergleiche im Gesundheitswesen sind schwierig

Im Juli 2019 sorgte die Studie »Zukunftsfähige Krankenhausversorgung« der Bertelsmann Stiftung<sup>42</sup> kurzzeitig für Aufsehen mit ihrer Empfehlung, die Anzahl der deutschen Kliniken auf ca. ein Drittel drastisch zu reduzieren. Noch weiter gingen die damals heftig diskutierten »8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem«, das so genannte Leopoldina-Papier im Jahr 2016, das mit einem internationalen Vergleich arbeitete: »Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT (Magnetresonanztomographie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemein Chirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind. Die dänische Krankenhausstruktur ist das Resultat einer landesweit abgestimmten Reform, die für rund 1.000 Euro pro Kopf der Bevölkerung viele kleinere ältere Krankenhäuser durch wenige neue ersetzt hat.«<sup>43</sup>

Das Ergebnis kam zustande, indem die Bevölkerungszahlen Dänemarks und Deutschlands ins Verhältnis gesetzt wurden zur Anzahl der Krankenhäuser. Ein an abstrakten Zahlen orientiertes Verfahren, das für GesundheitsökonomInnen typisch ist.

42 Stefan Loos/Martin Albrecht/Karsten Zich: »Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen«, hg. von der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, Juli 2019

43 Reinhard Busse/Detlev Ganten ML/Stefan Huster/Erich R. Reinhardt/Norbert Suttrop/Urban Wiesing: »Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft«, hg. von Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle/Saale, Oktober 2016, S. 10

Rechnerisch ist der Schluss natürlich korrekt, gesundheitspolitisch ist er aber problematisch und weit weg von einer wünschenswerten Realität. Gerade der Vergleich mit Dänemark zeigt das deutlich. Wenn die Autoren schreiben: »Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark«, dann abstrahieren sie von den entscheidenden Strukturmomenten, die es Dänemark ermöglichen, eine solche Reform umzusetzen: Denn Dänemark hat ein öffentliches Gesundheitswesen, in dem der Staat Eigentümer, Planer, Betreiber und Finanzier der Krankenhäuser ist. Die Sektoren sind dort nicht im Namen einer »Selbstverwaltung« abgeschottet durch juristische, organisatorische und Finanzierungsunterschiede, die von Lobbygruppen mit egoistischen Macht- und Eigentumsinteressen gegeneinander verteidigt werden. Im dänischen Gesundheitswesen mit seiner planvollen, auf das Gemeinwohl ausgerichteten Struktur haben die Berufsgruppen ein weniger hierarchisches Verhältnis zueinander. Sie sind stärker zur sinnvollen Kooperation motiviert, was die dänischen Strukturen auch ermöglichen.

Hätten wir das alles in Deutschland, wären unsere Probleme anders und sicher nicht so groß. Und man könnte auch andere politische Planungen entwerfen und verwirklichen. Unter den Bedingungen eines »Krankenhausmarktes« mit 37% der Krankenhäuser in privatem Eigentum wie in Deutschland ist eine stringente Reformierung der Krankenhauslandschaft, wie sie in Dänemark geschehen ist, unmöglich.

Aber der einfache Vergleich hinkt nicht nur bei der Trägerschaft, sondern an einigen anderen Punkten, denn er lässt außer Acht, wie die anderen Bereiche im Gesundheitswesen organisiert sind:

- Ist es ein System, bei dem die verschiedenen Sektoren (ambulant, stationär, Reha etc.) organisatorisch eng miteinander verzahnt sind und das einheitlich finanziert ist, oder besteht das Gesundheitswesen aus vielen Sektoren, die organisatorisch und finanziell unabhängig voneinander arbeiten?
- Wie ist es finanziert? Ist es ausreichend finanziert? Werden die entstehenden Kosten aus Steuern oder Beiträgen bezahlt? Wie hoch ist der Anteil, den die Patient\*innen direkt an die Leistungserbringer bezahlen müssen (sogenannte out-of-pocket-Ausgaben)? Gilt Selbstkostendeckung oder hat es ein Preissystem, in dem Marktregeln gelten?
- Ist es privatisiert oder öffentlich / non profit?
- Gibt es einen freien und gleichen Zugang für alle Bewohner des Landes oder gibt es organisatorische, bürokratische und / oder finanzielle Hürden beim Zugang?

- Wie ist die geographische Struktur des Landes: Ist die Bevölkerung halbwegs gleich verteilt auf das Land oder gibt es Zentren und schwer erreichbare Provinz (hohe Berge, Inseln etc.)? Wie ist die Verkehrsinfrastruktur entwickelt, um größere Entfernungen zur nächsten Behandlungseinrichtung zu überwinden?
- Wie sieht die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, aber auch zwischen Gesellschaft und professionellen Strukturen aus etc.?

All diese Aspekte machen Vergleiche schwierig und machen es unmöglich, das Gesundheitswesen in simplen Verhältniszahlen zu beschreiben.

Andere Vergleiche, wie der Folgende aus dem Ärzteblatt, setzen die Ausgaben in unterschiedlichen Ländern mit der Lebenserwartung in Beziehung und wollen damit etwas über die Qualität der Versorgung aussagen: *»Im Jahr 2017 wurden hierzulande 4.300 Euro für die Versorgung eines Patienten ausgegeben. Das waren 1.400 Euro mehr als im EU-Durchschnitt. Die Lebenserwartung in Deutschland liegt hingegen mit 81,1 Jahren nur leicht über dem europäischen Durchschnitt von 80,9 Jahren. Die meisten westeuropäischen Länder schneiden besser ab.«*<sup>44</sup> Es wird hier suggeriert, dass das deutsche Gesundheitswesen teuer und trotzdem schlecht ist. Die Lebenserwartung wird als Beweis für die Güte des Gesundheitswesens genommen. Dieser Zusammenhang ist hochproblematisch und weder wissenschaftlich nachgewiesen noch aus Erfahrung begründbar. Er negiert, dass die Lebenserwartung wesentlich von ganz anderen Faktoren (Arbeits- und Lebensbedingungen) abhängt als von der medizinischen Versorgung und dass die Kosten (egal ob niedrig oder hoch) stark von der Art der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens abhängen und wenig bis nichts mit der Qualität zu tun haben.

Damit sind wir bei einem Grundproblem internationaler Vergleiche angekommen. Welche Vergleiche sind sinnvoll und aussagekräftig? Welche Vergleiche sind ausschließlich interessengeleitet und haben nur den Zweck, eine Argumentation einseitig zu illustrieren bzw. zu suggerieren, dass sie begründet sei, wie etwa im obigen Beispiel zur Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland und Dänemark? → siehe Tab. 11

Auch wir vom Bündnis Krankenhaus statt Fabrik argumentierten bisweilen mit internationalen Vergleichen. So hatten wir in der ersten Fassung der Bro-

---

44 Heike Korzilius: »Deutsches Gesundheitssystem. Hohe Kosten, durchschnittliche Ergebnisse«, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 116, Heft 49, 6. Dezember 2019

schüre eine Tabelle veröffentlicht, in der die Anzahl stationärer Krankenhausbehandlungen bei bestimmten Hauptdiagnosen in Deutschland verglichen wird mit den Daten in den OECD-Ländern. In unserer Foliensammlung »Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen« ([www.krankenhaus-statt-fabrik.de/166](http://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/166)) findet sich folgende Tabelle:

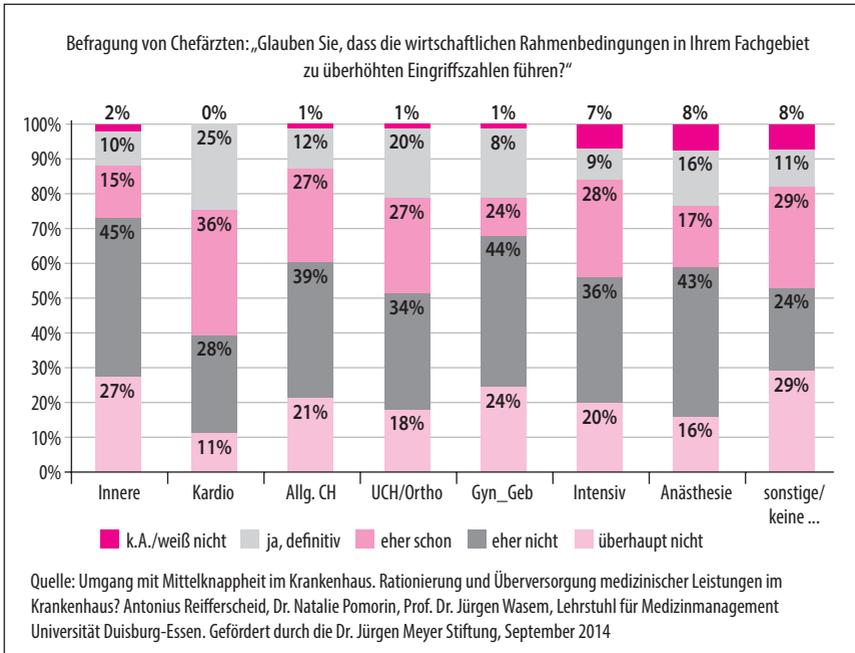
**Tab. 11 KH-Leistungen (pro 100.000 Einwohner) in Deutschland im Vergleich zu 23 OECD-Ländern 2016**

		Deutschland	OECD-Durchschnitt	Rang
	Operation Grauer Star	1040,8	819,8	10
	Mandelentfernung	132,3	107,8	7
➔	Erweiterung Herzkranzgefäße mit Ballonkatheter	406,2	183,1	<b>1</b>
	Bypass-Operation	61,4	35,4	4
	Blinddarmentfernung	155,1	116,9	4
➔	Gallenblasenoperation	247,8	157,9	<b>2</b>
	Leistenbruchoperation	211,8	150,7	7
➔	Hüftgelenkersatz	304,4	167,1	<b>1</b>
➔	Kompletter Kniegelenkersatz	218,6	123,3	<b>2</b>

Quelle: OECD-Health Statistics 2016, eigene Berechnung

Es liegt zwar nahe, die auffällige Häufung von bestimmten Prozeduren auf die ökonomischen Einflüsse der DRG zurückzuführen (Zwang zur Mengenausdehnung) – siehe auch die Ergebnisse einer Befragung von Chefarzten (Abb.). Andererseits könnten aber auch andere Ursachen die unterschiedlichen Zahlen erklären (s.u.). Insbesondere ist auch zu bedenken, dass an den meisten OECD-Ländern die Ökonomisierung nicht spurlos vorbeigegangen ist und in vielen ebenfalls über DRG (in unterschiedlicher Ausformung) abgerechnet wird. Dann müssten sich eigentlich auch in diesen Ländern Hinweise für Mengenausweitungen ergeben. So lange wir das nicht zeigen können, müssen uns die Aussagen der der befragten Chefarzten und

**Abb. 24: Ökonomisch motivierte Überversorgung**



unsere vielfachen eigenen Erfahrungen ausreichen als Argument für eine betriebswirtschaftlich induzierte Überversorgung. → siehe Abb. 24

Man müsste also wissen, wie die Finanzierung in den anderen Ländern organisiert ist und welche Anreize dort gesetzt werden. Man müsste ebenfalls wissen, ob die Zugänglichkeit, die Abläufe und die Versorgungsstrukturen vergleichbar sind, ob die Patient\*innen und ihre Altersverteilung vergleichbar sind etc.

Es gibt zwar einige Publikationen zu Jahresvergleichen zwischen verschiedenen Ländern bei einzelnen Prozeduren. Sie sind aber für unsere Argumentation oft nicht sehr hilfreich, weil einerseits die Einflüsse unterschiedlicher Finanzierungssysteme in den Vergleichen nicht analysiert werden; andererseits wird in den Publikationen immer wieder darauf verwiesen, dass die Zahlen auch wegen der unterschiedlichen demographischen Entwicklungen in den Vergleichsländern altersadaptiert analysiert werden müssten. Dann sind bisweilen die unterschiedlichen Häufigkeiten der Eingriffe gar nicht mehr so auffällig wie das auf den ersten Blick erscheint. Dies zeigt die Studie »Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich. Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten«,

die Verena Finkenstädt und Frank Niehaus für das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) erstellt haben.<sup>45</sup> Das WIP analysierte dabei den Einfluss der Altersstruktur auf die veröffentlichten OECD-Daten, die grundsätzlich nicht altersadjustiert sind. Die Autoren zeigen für 15 chirurgische Eingriffe und für die Gesundheitsausgaben deren Altersabhängigkeit und die Folgen für die Platzierung Deutschlands im internationalen Vergleich, die sich dadurch deutlich verändert.

Schaut man sich die wenigen Studien an, die Finanzierungssysteme international oder wenigstens europaweit vergleichen, stellt man fest, dass sie leider die Fragen, die unseres Erachtens für eine politisch-ökonomische Einschätzung wichtig wären, nicht stellen. Und darüber hinaus sind all diese Vergleiche bezüglich wichtiger Parameter wie z.B. Lebenserwartung, Behandlungsergebnisse bei konkreten Erkrankungen, Behandlungskosten, erforderliche medizinische Infrastruktur – um nur einige zu nennen – wenig aussagekräftig, wenn nicht alle Strukturmerkmale des jeweiligen Gesundheitswesens und auch alle unterschiedlichen gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bürger\*innen (wie z.B. das Ausmaß sozialer Ungleichheit) mit in den Blick genommen werden.

## ► Fazit

Das alles heißt nicht, dass wir nicht von anderen Ländern lernen können, die ihre gesundheitliche Daseinsvorsorge anders organisieren und finanzieren. Nur vor den für eigene politische Interessen verwendeten, simplifizierenden quantitativen internationalen Vergleichen möchten wir ausdrücklich warnen. Wir haben daher in dieser neu überarbeiteten Broschüre um der Seriosität unserer Aussagen willen auf manche internationale Zahlenvergleiche verzichtet und stattdessen nationale Langzeitvergleiche für unsere Argumentation herangezogen, weil diese aufgrund weniger diversifizierender Einflussvariablen validere Schlussfolgerungen erlauben.

---

45 Verena Finkenstädt, Frank Niehaus, »Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich. Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten.« [www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de)