

Dr. Martin Schölkopf/Dr. Heinz Stapf-Finé

Ergebnis eines internationalen Vergleichs der stationären Versorgung

Daten, Trends und Schlussfolgerungen für die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland¹⁾

Nachfolgend gehen die Autoren einigen Hypothesen auf den Grund, die in der politischen Diskussion oft eine Rolle spielen, aber ebenso in der Wissenschaft kursieren. Dazu zählt beispielsweise die Behauptung, der stationäre Bereich sei der „Kostentreiber“ für die überdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben Deutschlands. Anhand von Daten zur Entwicklung von Kosten, Kapazitäten und Leistungen der deutschen Krankenhäuser im internationalen Vergleich sowie durch einen Überblick über die unterschiedliche Organisation der Planung, der Investitionskostenfinanzierung und der Vergütung des stationären Sektors gelingt es, aufzuzeigen, dass nicht wenige einschlägige Hypothesen eher als Mythen betrachtet werden müssen. Andere Ansichten, das wird durch den Vergleich ebenfalls deutlich, treffen teilweise zu, sind zum Teil jedoch auch zu relativieren.

Von Politik, Kostenträgern und nicht selten auch von Wissenschaftlern wird immer wieder die Annahme formuliert, der angeblich teure Krankenhaussektor sei eine zentrale Ursache der Ausgabendynamik des deutschen Gesundheitswesens. Dafür verantwortlich gemacht wird das für Deutschland charakteristische System der Planung, Finanzierung und Vergütung der stationären Versorgung. Demnach habe die Trennung von Investitions- und Betriebskosten in Verbindung mit der Planungskompetenz der Länder zu einer Überversorgung geführt und den Abbau von Überkapazitäten erschwert. Zudem habe das bislang dominierende Vergütungssystem über tagesgleiche Pflegesätze den Anreiz, Patienten besonders lang im Krankenhaus zu behalten. In der Konsequenz sei das deutsche Krankenhauswesen eben besonders ausgabenintensiv – auch und gerade im internationalen Vergleich.

Die Beantwortung von Fragen zur Ausgabenintensität und zur Wirtschaftlichkeit von Gesundheitssystemen setzt Vergleichsmaßstäbe voraus: Wann ist ein Gesundheitssystem besonders teuer oder unwirtschaftlich? Referenzwerte liefert bei solchen Fragen der internationale Vergleich. In der deutschen Diskussion wird jedoch oft sehr frei von Empirie und Kenntnissen über andere Gesundheitssysteme bzw. den Zustand der Krankenhausversorgung in anderen Ländern debattiert. Ziel des vorliegenden Artikels ist daher ein Überblick über die Krankenhaus-

versorgung im internationalen Vergleich. Dabei werden quantitative Daten über das Gesundheits- und Krankenhauswesen verschiedener Länder mit qualitativen Informationen über die Organisation und Struktur der Gesundheitssysteme kombiniert. Beides zusammen soll einen Aufschluss darüber erlauben, welche Lösungen andere Länder verfolgen, um eine angemessene stationäre Versorgung sicherzustellen.

Quantitative europäische und internationale Vergleiche des Gesundheitswesens erfolgen in der Regel auf Basis der von der OECD gesammelten Daten. Die Informationen der OECD zur Datenerfassung sind allerdings etwas lückenhaft. Es wird deshalb nicht immer deutlich, inwieweit dort zum Beispiel die stationäre psychiatrische Versorgung erfasst ist.²⁾ Die Aussagekraft der OECD-Daten wird außerdem dadurch eingeschränkt, dass die Abgrenzung der stationären Akutversorgung von der Versorgung durch niedergelassene Ärzte, stationäre Pflege und Rehabilitation in den einzelnen Ländern nicht immer einheitlich erfolgt (vergleiche dazu Schölkopf/Stapf-Finé 2000).

So gibt die OECD in ihrer 2000er Ausgabe der Gesundheitsdaten für 1997 die Krankenausgaben im Verhältnis zum BIP in Deutschland mit 3,0 Prozent an. Für die Niederlande weist die OECD den hohen Wert 3,7 Prozent aus. Österreich wiederum weist im Jahr 1996 den überraschend niedrigen Wert von 2 Prozent auf. In der 2001er Ausgabe der OECD-Gesundheitsdaten fehlt dann jegliche Angabe für Österreich. Bezüglich der Vergleichbarkeit dieser Werte müssen daher aus methodischen Gründen Zweifel angemeldet werden. So beinhalten die OECD-Daten für die Niederlande teilweise Ausgaben für Behindertenheime. Auf diese Weise werden die Ausgaben für den stationären Sektor hier nicht unerheblich überschätzt. Im Falle Österreichs werden in den OECD-Daten die Ausgaben der Bundesländer für die Krankenhäuser nur zum Teil berücksichtigt. Der entsprechende Wert fällt daher zu niedrig aus.

Die Beobachtung dieser Widersprüche hat die DKG veranlasst, die Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS) mit der Aktualisierung der internationalen Gesundheitsausgabenrechnung zu beauftragen. In Einklang mit den methodischen Entwicklungen von Eurostat und OECD hat BASYS unter Rückgriff auf die nationalen Datensammlungen eine Statistik aufgebaut, die diese Probleme vermeidet und daher einen internationalen Vergleich der stationären Versorgung zulässt. In der hierzu bei BASYS erschienenen Veröffent-

lichungsreihe „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich“ wurden inzwischen 3 Bände veröffentlicht. Im Auftrag der DKG hat BASYS diese Daten fortgeschrieben.³⁾

Qualitative Informationen, die Struktur und Organisation der stationären Versorgung verschiedener Länder vergleichen, liegen bislang kaum vor. Die wenigen vorliegenden Vergleiche sind zudem entweder veraltet, auf wenige Länder beschränkt oder enthalten nur rudimentäre Informationen.⁴⁾ Allerdings berichtet insbesondere das von der WHO sowie einigen europäischen Regierungen und Universitäten getragene Observatorium on Health Care Systems systematisch vergleichend über die Gesundheitssysteme Europas. Das Observatorium hat mittlerweile für nahezu sämtliche dieser Staaten sowie Australien und Neuseeland umfangreiche Länderberichte zu den Gesundheitssystemen erstellt, die eine einheitliche und deshalb gut vergleichbare Struktur aufweisen.⁵⁾ In diesen Berichten sind in der Regel detaillierte Informationen über die nationalen Regelungen der Planung, Erbringung und Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen enthalten. Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich auf diese Informationen, um die Frage zu beantworten, wie die deutsche Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich abschneidet und welche Schlussfolgerungen aus dem Vergleich für die Reformdiskussionen in Deutschland zu ziehen sind.

Ausgaben für Gesundheit und stationäre Versorgung

Ein internationaler Vergleich der Ausgaben zeigt zunächst, dass das Gesundheitswesen der USA mit rund 13 Prozent den höchsten Anteil am Bruttoinlandsprodukt beansprucht (Abbildung 1). Wenn gerade das am weitesten marktmäßig und wettbewerbsmäßig organisierte Gesundheitswesen am teuersten ist, steht die Annahme, Wettbewerb führe automatisch und regelmäßig zu kostengünstigeren Ergebnissen, als dies in stärker staatlich dominierten Systemen der Fall sei, auf tönernen Füßen.

Obwohl das Gesundheitssystem der USA im internationalen Vergleich am ausgabenintensivsten ist, ist es zudem gleichzeitig durch massive Versorgungsmängel gekennzeichnet. So verfügen insbesondere rund 40 Millionen US-Bürger nicht einmal über einen rudimentären Versicherungsschutz im Krankheitsfall. Die in der politischen und wissenschaftlichen Diskussion nicht selten vertretene Ansicht, das deutsche Gesundheitswesen sei mit amerikanischen Konzepten zu reformieren, ist vor diesem Hintergrund schwer nachvollziehbar.

Auch die Schweiz, in den Reformdebatten der letzten Jahre oft als Vorbild herausgestellt, kann jedenfalls auf der Ausgabenseite nicht mit Erfolgen glänzen: Die Gesundheitsausgaben sind dort in den letzten Jahren stark angestiegen, so dass das Land in internationalen Vergleichen mittlerweile mit etwas mehr als 11 Prozent noch vor Deutschland rangiert, das knapp danach folgt: Dort werden rund 10,8 Prozent des BIP für die Gesundheit ausgegeben.

Abbildung 1: Ausgaben für Gesundheit 1999 in Prozent des BIP

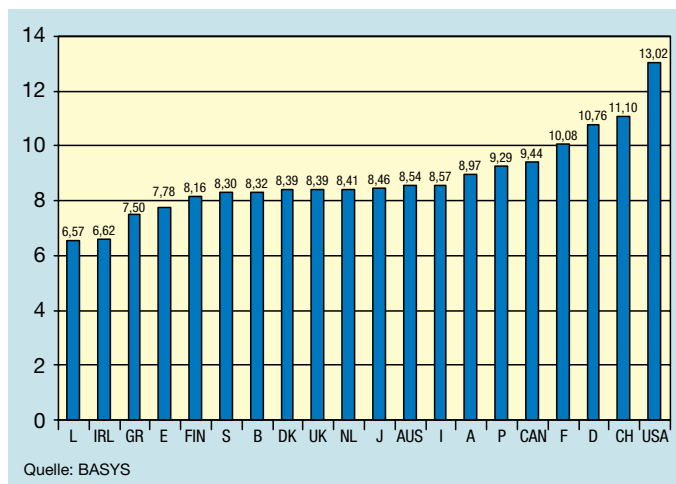
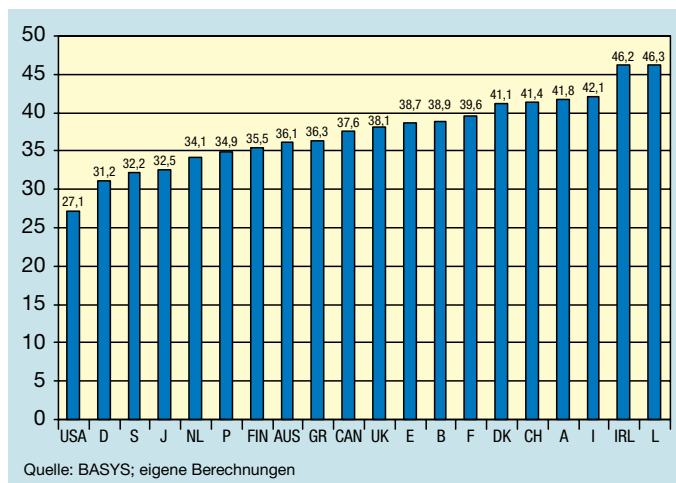


Abbildung 2: Ausgaben für stationäre Behandlung als Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben 1999 (in Prozent)



Die These einer „Kostenexplosion“ des deutschen Gesundheitswesens ist trotz international vergleichsweise hoher Gesundheitsausgaben falsch. Zwischen 1975 und 1990 ist der Anteil der Ausgaben für Gesundheit am BIP in Deutschland nämlich relativ stabil geblieben; er lag 1990 nur geringfügig über dem europäischen Durchschnitt. Erst nach der deutschen Wiedervereinigung erfolgte ein deutlicher Anstieg – mit dem bekannten Ergebnis. Dieser Anstieg lässt sich insbesondere darauf zurückführen, dass bei etwa gleich hohen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit in Ost und West das ostdeutsche Bruttoinlandsprodukt deutlich geringer ausfällt. Er ist also Ergebnis des relativen Zurückbleibens des gesamtdeutschen BIPs nach der Wiedervereinigung und damit in gewisser Weise statistischer Artefakt. Noch viel weniger berechtigt ist die These der Kostenexplosion, wenn man sich auf die Betrachtung der GKV-Ausgaben beschränkt: Diese haben sich in den letzten 10 Jahren ähnlich wie das Bruttoinlandsprodukt entwickelt: 1992 beanspruchten sie rund 6,7 Prozent, im Jahr 2000 waren es dann 6,6 Prozent.⁶⁾

Dass das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich dennoch mittlerweile recht teuer ist, kann nicht auf den Bereich der stationären Versorgung zurückgeführt werden: Gemessen an international vergleichenden

Abbildung 3: Ausgaben für die stationäre Versorgung 1999 in Prozent BIP

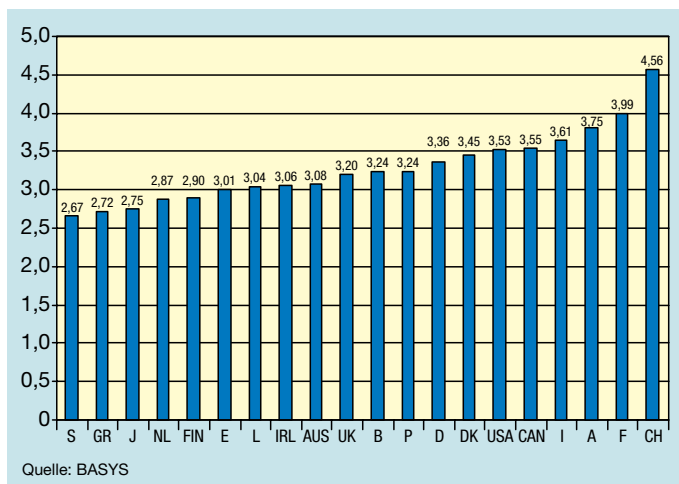
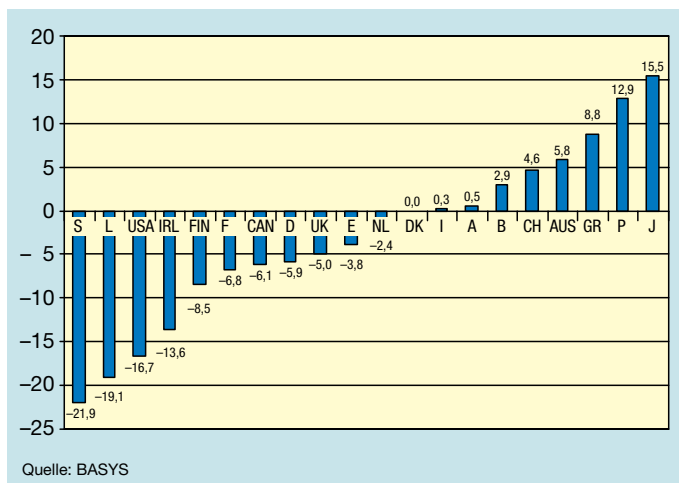


Abbildung 4: Ausgaben für die stationäre Versorgung – Veränderung des BIP-Anteils 1995/1999 (in Prozent)



Statistiken ist die Leistungserbringung der deutschen Krankenhäuser bei hoher Qualität sehr wirtschaftlich. Der Anteil der Gesundheitsausgaben, der für Krankenhausbehandlung ausgegeben wird, ist in Deutschland relativ niedrig (Abbildung 2). Mit einem Anteil der stationären Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben von weniger als einem Drittel (31,2 Prozent) liegt Deutschland bei einem solchen Vergleich nach den USA an zweiter Stelle. In Europa weist kein anderes Land einen vergleichbar niedrigen Anteil auf.

Das heißt: Der Krankenhaussektor in Deutschland ist vergleichsweise sparsam. So lag nach Angaben von BASYS der Ausgabenanteil für die stationäre Versorgung am Bruttoinlandsprodukt 1999 in Deutschland bei knapp 3,4 Prozent (Abbildung 3). Im Vergleich mit 20 anderen OECD-Ländern nahmen die deutschen Krankenhäuser damit einen Platz im Mittelfeld (Rang 13) ein. Insbesondere in der Schweiz (4,6 Prozent), in Frankreich (4 Prozent) und in Österreich (3,8 Prozent) werden deutlich höhere Anteile des BIP für die stationäre Versorgung aufgewendet.

Auch wenn man die Ausgaben pro Einwohner vergleicht, fällt das deutsche Krankenhauswesen nicht negativ auf:

Die Summe, die in Deutschland pro Kopf für die stationäre Versorgung ausgegeben wird (1999: 759 € KKP), liegt unter dem Durchschnitt der 20 untersuchten OECD-Länder (859 € KKP). Schließlich ist der stationäre Sektor in Deutschland auch nicht durch ein besonders stark ausgeprägtes Ausgabenwachstum geprägt. Es trifft vielmehr das Gegenteil zu (Abbildung 4): Im Gegensatz zu Ländern wie Japan, Portugal oder Griechenland war der Anteil der Krankenhausausgaben am BIP in Deutschland in den letzten Jahren rückläufig (1995/99: -5,9 Prozent). Der in der gesundheitspolitischen Diskussion immer wieder geäußerte Vorwurf, das deutsche Krankenhauswesen sei im internationalen Vergleich zu teuer, findet also in der Empirie keine Entsprechung.

Kapazitäten, Leistungen und Verweildauern

Wenn also die deutschen Krankenhäuser deutlich sparsamer sind, als oft vermutet wird, wie sieht es dann mit den für dieses Geld gelieferten Leistungen aus und in welchen Kapazitäten werden diese Leistungen erbracht? Vergleicht man zunächst die Krankenhauskapazitäten, so fällt auf, dass Deutschland im Jahr 1999 tatsächlich eines der höchsten Versorgungsniveaus – gemessen am Verhältnis von Krankenhausbetten zur Einwohnerzahl – in der OECD aufweist (Abbildung 5). Allerdings fand auch hierzulande – wie nahezu überall sonst – ein deutlicher Abbau von Kapazitäten statt: Zwischen 1990 und 2000 sank die Zahl verfügbarer Betten in deutschen Krankenhäusern von ca. 686 000 auf rund 560 000 und damit um etwa 18 Prozent (Quelle: Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes). Die Annahme, das deutsche System der Planung und Finanzierung von Krankenhäusern verhindere eine Anpassung der Kapazitäten an veränderte Bedarfslagen (zum Beispiel an sinkende Verweildauern, siehe Abbildung 7), lässt sich angesichts dieser Zahlen kaum aufrechterhalten.

Die deutschen Krankenhäuser haben den internationalen Trend zur Reduzierung der Verweildauer und der Bettenkapazitäten also trotz angeblich hinderlicher Planungs- und Finanzierungs Kompetenzen mitvollzogen. Wie die schmerzlichen Erfahrungen anderer Länder zeigen, stößt der Abbau von Kapazitäten allerdings an erkennbare Grenzen: Auch wenn der medizinisch-technische Fortschritt die Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich ermöglicht, steht dem ein Zuwachs an schweren, früher kaum behandelbaren Fällen gegenüber. Außerdem müssen Kapazitätsreduzierungen dort Halt machen, wo sozialpolitisch gewollte Strukturen aufrechterhalten werden sollen. Das gilt zum Beispiel für die angemessene Versorgung von Flächengebieten.

Zu knappe Kapazitäten in der stationären Versorgung würden unweigerlich zur Rationierung von Krankenhausleistungen führen. In diesem Fall bestünde die Gefahr, dass auch in Deutschland die bisher vor allem aus Großbritannien, aber auch aus Irland, Spanien, den Niederlanden und den skandinavischen Ländern bekannten Wartelistenprobleme entstehen. So warteten in Großbritannien ungeachtet aller Bemühungen der Labour-Regierung im März 2002 mehr als 1 Million Patienten auf die Aufnahme

Abbildung 5: Akutbetten je 1 000 Einwohner 1990 und 1999

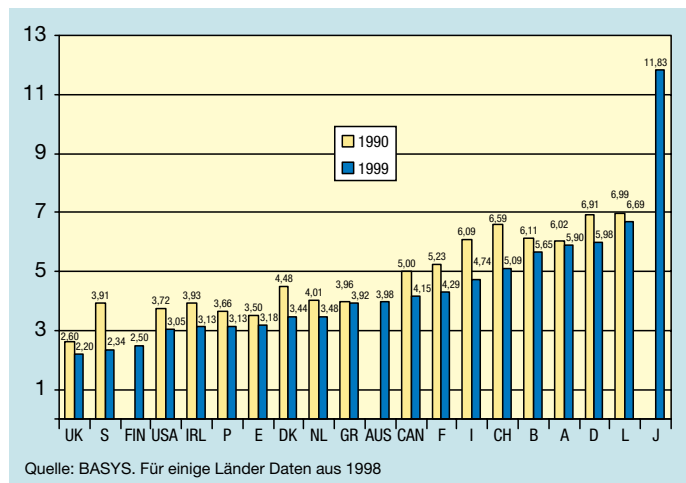


Abbildung 6: Akutkrankenhausfälle je 100 Einwohner 1999

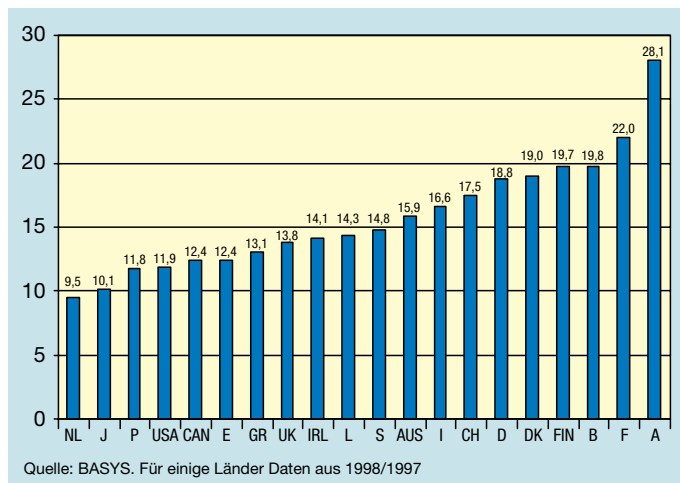


Tabelle 1: Wartelisten in Großbritannien und Spanien

Stichtag	Gesamtzahl englischer Wartelistenpatienten	davon 12 und mehr Monate
28.2.1999	1 119 700	51 800
29.2.2000	1 087 800	52 800
31.3.2001	1 006 700	42 100
31.3.2002	1 034 700	22 200
Stichtag	Gesamtzahl spanischer Wartelistenpatienten	davon 6 und mehr Monate
31.12.1997	148 247	k.A.
31.12.1998	132 221	530
31.12.1999	141 827	513
31.12.2000	158 228	2 826

Quellen: Spanien/Insalud: HOPE (www.hope.be/07publi/publicns/waiting2/frame.htm)
Großbritannien: NHS (www.doh.gov.uk/waitingtimes)

Tabelle 2: Wartezeiten für Operationen

Land	Wartezeit in Tagen		
	Katarakt-OP	Orthopädische OP	Plastische Chirurgie
Australien	73	53	24
Dänemark	184	k.A.	k.A.
Finnland	60–360	180	k.A.
UK	190	165	113
Niederlande	112	98	168
Norwegen	139	160	246
Spanien	59	66	63

Quelle: Badenber (2002) auf Basis von OECD-Angaben (OECD-Health Data 2001)

in ein Krankenhaus, davon immerhin rund 22 000 länger als ein Jahr (Tabelle 1).

Eine aktuelle Untersuchung belegt, dass gerade dort, wo die öffentliche Bereitstellung von Krankenhauskapazitäten mit der Steuerfinanzierung einhergeht, die Kapazitäten zu knapp ausfallen, um den tatsächlichen Bedarf decken zu können. So weisen vor allem Länder mit öffentlichen Gesundheitsdiensten zum Teil erhebliche Wartezeiten für Kataraktoperationen, orthopädische Operationen und für plastische Chirurgie auf (Tabelle 2).

Die in einigen Ländern angesichts unzureichender Krankenhauskapazitäten zum Teil erheblichen Versorgungs-

probleme haben dort in den letzten Jahren zu Reformabsichten geführt. Spanien, die Niederlande und vor allem Großbritannien mussten deshalb in letzter Zeit beträchtliche Aufstockungen der Gesundheitsbudgets vornehmen. So formulierte die britische Regierung das Ziel, bei den Gesundheitsausgaben zum europäischen Durchschnitt aufzuschließen. Die zusätzlichen Gelder sollen insbesondere zur Einstellung zusätzlichen Personals und zur Sanierung der überalterten Krankenhäuser verwendet werden. Dieses Beispiel zeigt, dass zur Aufrechterhaltung einer bedarfsorientierten Versorgung eben auch finanzielle Mittel und Behandlungskapazitäten in angemessenem Umfang zur Verfügung stehen müssen. Der im internationalen Vergleich hierzulande unbestreitbar hohen Bettendichte wird immer wieder unterstellt, sie führe zu unwirtschaftlicher Leistungserbringung. Die Frage nach der Effektivität und Effizienz des stationären Sektors kann aber keinesfalls ausschließlich anhand der Zahl aufgestellter Krankenhausbetten beantwortet werden. Eine sachgerechte Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern hat alle hierfür maßgeblichen Faktoren – insbesondere die tatsächlich erbrachten Leistungen, das Qualitätsniveau, die Personalausstattung und die technische Ausrüstung – zu berücksichtigen.

Will man die Wirtschaftlichkeit des Krankensektors unterschiedlicher Länder betrachten, muss man zum Beispiel die hierfür verwendeten Ausgaben mit den tatsächlich erbrachten Leistungen vergleichen. Ein in internationalen Vergleichen üblicherweise herangezogener Indikator ist die Zahl der Fälle, die in Krankenhäusern aufgenommen und behandelt werden. Vergleicht man Fallzahlen und Kosten der Krankenhäuser, steht der stationäre Sektor in Deutschland gut da: Bei einer im Durchschnitt liegenden Ausgabenintensität wird hierzulande eine deutlich überdurchschnittliche Zahl von Behandlungsfällen versorgt (knapp 19 Akutfälle pro 100 Einwohner in Deutschland, demgegenüber knapp 16 im OECD-Durchschnitt; Abbildung 6). Es kann daher nicht verwundern, wenn das Forschungsinstitut BASYS in einer vergleichenden Untersuchung zu dem Ergebnis kommt, „dass die Krankenhausversorgung der Bundesrepublik Deutschland unter dem Gesichtspunkt des Verhältnisses von Leistungen zu Kosten sehr gut abschneidet“ (Huber et al. 1993:13).

Oft wird kritisiert, dass die Verweildauer in deutschen Krankenhäusern sehr hoch sei. Der internationale Vergleich zeigt, dass die durchschnittliche Verweildauer hierzulande tatsächlich recht hoch ist und nur hinter der Schweiz, Luxemburgs und Japans zurückbleibt (Abbildung 7). Gleichzeitig wird allerdings auch klar: Deutschland hat hier eine Entwicklung vollzogen, die sich ebenfalls in den meisten anderen untersuchten Ländern feststellen lässt. Die Krankenhausverweildauer konnte über die Jahre fast überall erheblich abgesenkt werden. Insofern kann keine Rede davon sein, dass das alte Vergütungssystem auf Pflegesatzbasis die Reduzierung der Verweildauer behindert hat. Dass die deutschen Krankenhäuser nach wie vor eine überdurchschnittlich hohe Verweildauer aufweisen, dafür gibt es historische Gründe: Der deutliche Abbau setzte vor dem Hintergrund eines vergleichsweise hohen Ausgangsniveaus ein. Dies wiederum hat seine Ursache unter anderem in der in Deutschland lange Zeit eher mangelhaften Versorgung im Bereich der ambulanten und stationären Pflegedienste (siehe dazu Schölkopf 1999).

Die Analyse zeigte: Trotz vergleichsweise hoher Bettenkapazitäten arbeiten die deutschen Krankenhäuser wirtschaftlich. Dies wird vor allem deutlich, wenn man die Krankenhausausgaben je Fall betrachtet (Abbildung 8). Unter den Ländern, die aufgrund der Datenlage in die Auswertung gelangten, schneidet Deutschland gut ab: Die Fallkosten sind nur in Österreich, Griechenland und Finnland geringer.

Wie lässt sich der scheinbare Widerspruch auflösen, dass in deutschen Krankenhäusern trotz hoher Kapazitäten und vergleichsweise hohen Verweildauerwerten, die angeblich hohe Ausgaben verursachen, wirtschaftlich gearbeitet wird? Wenn es nicht primär die Kapazitäten sind, muss ein anderer Einflussfaktor stärker auf die Krankenhausausgaben wirken. Es spricht viel dafür, die Personalkosten dafür verantwortlich zu machen, die rund 70 Prozent der Krankenhausausgaben beanspruchen.

Mit 14,9 stationär und ambulant im Krankenhaus tätigen Personen je 1000 Einwohner liegt die Personalausstattung in Deutschland unter dem Durchschnitt der betrachteten Gesundheitssysteme (Abbildung 9). Diese vergleichsweise geringe Personalausstattung trägt dazu bei, dass sich die Krankenhausausgaben in Deutschland nur im Mittelfeld bewegen.

Krankenhausplanung im europäischen Vergleich

Das deutsche System der Krankenhausplanung wurde in den letzten Jahren häufiger kritisiert. So wird insbesondere von Vertretern der Krankenkassen gern behauptet, ein zentrales Problem des deutschen Gesundheitswesens sei die duale Finanzierung des Krankenhausesektors bei unzureichender Beteiligung der Financier der Betriebskosten am Planungsprozess: Dies entbinde die Planer von der Notwendigkeit, sich über die Folgekosten von Investitionen Gedanken zu machen. Dadurch werde eine Überausstattung mit Kapazitäten und Großgeräten begünstigt.

Abbildung 7: Durchschnittliche Verweildauer im Akutkrankenhaus 1990 bis 1999 in Tagen

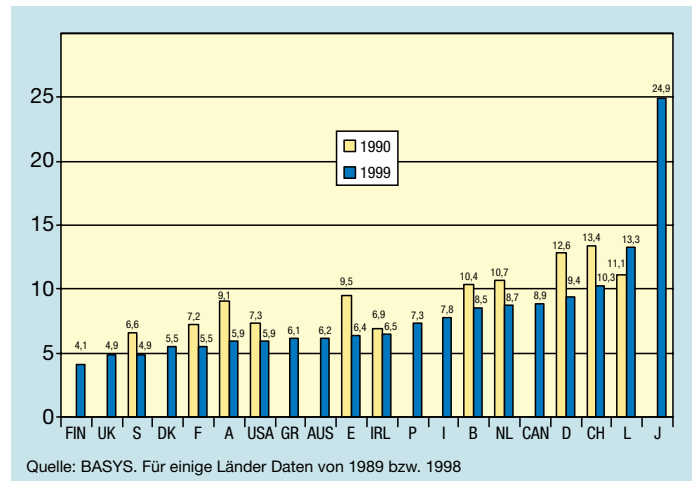


Abbildung 8: Krankenhausausgaben je Fall in € (KKP) 1999

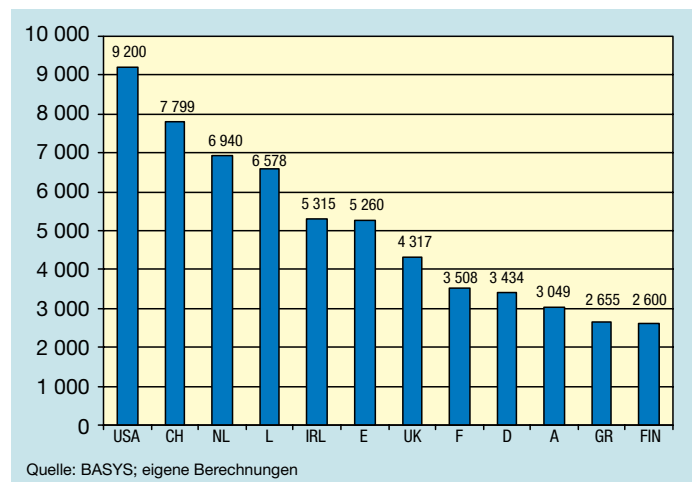
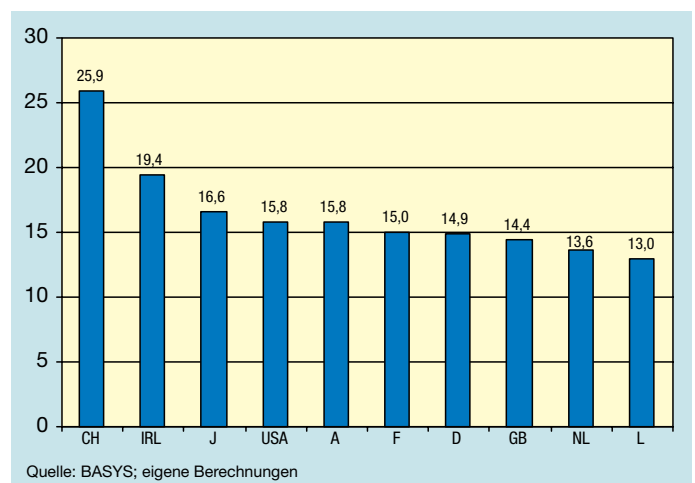


Abbildung 9: Krankenhauspersonal je 1000 Einwohner – 1999



Gefordert wird von dieser Seite deshalb eine Regelung, die die Finanzierung der Investitionen – und mithin auch die Planung – in die Hand der Kostenträger legt.

Unabhängig davon wird außerdem immer wieder die Ansicht vertreten, die Einführung eines DRG-basierten Vergütungssystems werde das derzeit geltende Planungs-

system obsolet machen. Dies ist im Wesentlichen auf 2 Faktoren zurückzuführen: Zum einen beinhaltet das Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 selbst Vorgaben, die Veränderungen in der Krankenhausplanung zum Inhalt haben – relevant ist hier insbesondere die so genannte Mindestmengenregelung. Zum anderen wird die Landesplanung jedoch auch indirekt aufgrund der Wirkungen des neuen Vergütungssystems unter Anpassungsdruck gesetzt, weil Krankenhäuser nun unter Umständen versuchen könnten, defizitär arbeitende Abteilungen zu schließen – was eben im Widerspruch zu den Zielen der Krankenhausplanung stünde.

Doch macht dies alles die staatliche Letztverantwortung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung überflüssig? Hat dies den Übergang der Planungskompetenzen auf die Krankenkassen zur Folge? Zur Beantwortung dieser Fragen lohnt sich wieder ein Blick über die Grenzen. Man erkennt so nicht nur, wie andernorts die stationäre Versorgung geplant wird, sondern auch, ob sich andere Länder in der Regel dafür entschieden haben, Planung und Finanzierung der laufenden Kosten in eine Hand zu legen. Der Blick über die Grenzen ermöglicht auch die Klärung der Frage, ob die Einführung von DRGs oder ähnlich pauschalierten Vergütungen in manchen Ländern zu einer solchen Verlagerung geführt hat.

Wie planen andere Länder ihre stationäre Versorgung? Wer hat jeweils die letzte Verantwortung für die Vorhaltung angemessener Krankenhauskapazitäten und welche Konsequenzen sind damit unter Umständen verbunden? Zunächst ist festzuhalten, dass sich in dieser Frage mehrere Ländergruppen unterscheiden lassen.⁷⁾

Wie in Deutschland, so ist auch in Belgien, Frankreich, den Niederlanden, Luxemburg, Österreich und der Schweiz – also Ländern, in denen oft unabhängigen Leistungserbringern Sozialversicherungen als Finanzierer gegenüberstehen – die Planung einer bedarfsgerechten Krankenhausinfrastruktur eine staatliche Aufgabe. Im Gegensatz zur deutschen Krankenhausplanung verläuft sie dort allerdings in der Regel in einem zweistufigen Prozess: Während auf nationaler Ebene die Rahmenvorgaben festgelegt werden, erfolgt auf regionaler Ebene die Konkretisierung. Je nach Staatsstruktur und Regierungssystem variieren dabei die Kompetenzen von Zentralstaat und Regionen: Während zum Beispiel in der Schweiz und in Österreich die Kantone bzw. die Länder die konkrete Krankenhausplanung betreiben – sie legen dabei in ihren Plänen Standort, Fächerstruktur und Gesamtbettenzahl pro Krankenhaus fest und orientieren ihre Pläne nur am zentralstaatlichen Rahmen –, kommt den zentralstaatlichen Plänen, die ähnliche Vorgaben enthalten, in Belgien und Frankreich größere Bedeutung zu. Wie Abbildung 5 zeigt, fallen alle diese Länder im Übrigen durch ein vergleichsweise hohes quantitatives Niveau der stationären Versorgung auf.

Die Gesundheitssysteme Skandinaviens sowie Spaniens und Italiens sind durch die Dominanz eines regionalen öffentlichen Gesundheitsdienstes gekennzeichnet, der überwiegend steuerfinanziert ist. Auch Planung und

Bereitstellung der Einrichtungen erfolgen überwiegend öffentlich – in Skandinavien durch die Landkreise oder landkreisübergreifende Zweckverbände, in Italien und Spanien durch die Regionen. Diese haben für die Bereitstellung der erforderlichen Krankenhauskapazitäten zu sorgen und entsprechende Pläne vorzulegen, die hinsichtlich des Grades ihrer Detaillierung allerdings variieren. Ähnliches gilt für die meisten Länder mit nationalen Gesundheitsdiensten, also für Australien, Irland und Portugal. Dass Planung und Finanzierung der Betriebskosten dort in einer Hand liegen, trägt allerdings nicht unbedingt zu einem bedarfsgerechten Angebot bei: Schließlich müssen die Kommunen und Regionen bzw. muss der Staat immer auch an die Folgekosten des vorgehaltenen Angebots denken – eine der Ursachen für die Wartelistenprobleme Skandinaviens.

In einer dritten Gruppe gibt es keine direkte staatliche Einflussnahme auf das Angebot oder eine Steuerung der Kapazitäten in der stationären Versorgung. Hier sind Großbritannien und die USA einzuordnen, die allerdings über sehr unterschiedliche Gesundheitssysteme verfügen. In beiden Fällen orientiert sich das Angebot daher an der Nachfrage durch die Finanzierer bzw. an Rentabilitätsaspekten und nicht am tatsächlich vorhandenen Bedarf. Dies hat, speziell in Großbritannien, nicht nur Wartelisten, sondern – für manche Bevölkerungsgruppen, insbesondere in den USA – auch eine massive Unterversorgung zur Folge.

Wie dieser Blick in andere Länder zeigt, setzen vor allem die mit Deutschland am ehesten vergleichbaren Länder Mitteleuropas bislang unverändert auf die planerische Verantwortung des Staates. Der Vergleich macht auch deutlich, dass es kein internationales Vorbild einer reinen Kassenplanung gibt: Dort, wo Krankenkassen für die Finanzierung der Gesundheitsleistungen zuständig sind, liegt die Verantwortung für die Infrastruktur im stationären Bereich sicher aus gutem Grund beim Staat. Wenn Planung, Bereitstellung und Vergütung in einer Hand liegen – wie in den Ländern mit kommunalen Gesundheitsdiensten –, ist die Gefahr einer Unterversorgung nicht von der Hand zu weisen. Äußerst problematisch wird es jedoch dann, wenn in einem nationalen Gesundheitsdienst auf staatliche Planung völlig verzichtet wird und sich das Angebot über Einkaufsmodelle „naturwüchsig“ herausbilden soll. Wie der Fall Großbritannien erkennen lässt, ist auf diese Weise keine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu erreichen.

Auch in Deutschland wird die gesundheitspolitische Letztverantwortung der Länder für eine flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung unverzichtbar bleiben. Dass dies auch für die Zeit nach der Einführung der DRGs gilt, macht der Ländervergleich ebenfalls deutlich. Denn: In nahezu allen anderen westlichen Ländern werden DRGs oder DRG-ähnliche Fallpauschalen im Krankenhausbereich eingesetzt. Die große Mehrzahl dieser Länder hat jedoch an der staatlichen Zuständigkeit für die Planung einer bedarfsgerechten Krankenhausinfrastruktur festgehalten. Gleichwohl wird die Einführung des neuen, leistungsorientierten DRG-Vergütungssystems

eine Weiterentwicklung der bisherigen Krankenhausplanung notwendig machen. Dabei werden die Länder ihren Weg zwischen der Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgung und der wirtschaftlichkeitsbedingten Konzentration von Angebotsstrukturen finden müssen. Es spricht viel dafür, dass hierbei eine Abkehr von der Bettenorientierung hin zur Leistungsmengenplanung erforderlich wird (vergleiche Stapf-Finé/Polei 2002).

Investitionsfinanzierung

Das deutsche System der dualen Krankenhausfinanzierung steht seit seiner Einführung in der Kritik. Weil die Bundesländer sich keine Gedanken über die Folgekosten ihrer Investitionen machen müssten, wird es insbesondere für einen zu weitgehenden Ausbau bzw. einen ungenügenden Abbau von Krankenhauskapazitäten verantwortlich gemacht. Angesichts der Einführung des DRG-basierten Vergütungssystems wurde die Diskussion über eine mögliche Reform der Investitionsfinanzierung in letzter Zeit wieder intensiviert. Doch hat die Einführung eines Fallpauschalensystems zur Vergütung von Krankenhausleistungen automatisch ein monistisches Finanzierungssystem zur Folge? Der Blick über die Grenzen zeigt ein anderes Bild.

In Ländern mit nationalen Gesundheitsdiensten hätte man erwarten können, dass die Investitionskosten gemeinsam mit den Betriebskosten abgerechnet oder zumindest im selben Budget vorgesehen werden, da der Finanzierer dort jeweils „der Staat“ ist. Meist ist jedoch das Gegenteil der Fall. Nur in Großbritannien gibt es eine eindeutige Monistik: Dort müssen die Kliniken ihre über den Kapitalmarkt finanzierten Investitionen wieder über ihre laufenden Einnahmen refinanzieren. In Irland und Portugal werden die Investitionskosten und die laufenden Betriebskosten dagegen in separaten Haushaltstiteln des Staates geführt. In Australien ist die Handhabung der Investitions- und der Betriebskosten in den Bundesländern unterschiedlich. In einigen Ländern werden die Kapitalkosten in die laufenden Kosten eingerechnet, in anderen erfolgt eine separate Übernahme der Kapitalkosten. Eigenständige Budgets für Investitionskosten gibt es auch in den meisten Ländern mit regionalisierten Gesundheitsdiensten (Spanien, Italien, Schweden und Norwegen).

In den Ländern mit überwiegend beitragsfinanzierter Krankenversicherung sind die dualistische Finanzierung bzw. vergleichbare Ansätze die Regel. Eindeutig erkennbar ist dies in Belgien, Luxemburg, in der Schweiz und in Österreich. Ansatzweise existiert die duale Finanzierung aber auch in Frankreich, wo Investitionskosten zum Teil über die laufende Vergütung und zum Teil über besondere öffentliche Beihilfen finanziert werden. Dort findet, wenn man so will, ein teilmonistisches System Anwendung. Die einzige klare Ausnahme bilden die Niederlande, denn dort greift ein monistisches Finanzierungssystem: Die Investitionsmittel sind dort in die Pflegesätze einkalkuliert.

In den Vereinigten Staaten ist die monistische Finanzierung die Regel, zumindest bei oberflächlicher Betrachtung. Die Unterfinanzierung durch die staatlichen Pro-

Zukunft integriert.

- OP-Tische
- OP-Tisch-Zubehör
- Patientenpositionierung und Transport
- Deckenstative
- mobiles Funktionsmobiliar
- Dienstleistungen

TRUMPF KREUZER
Medizin Systeme GmbH + Co. KG
 Benzstraße 26 • 82178 Puchheim
 Telefon: + 49 (0) 89 / 8 09 07-0
 Telefax: + 49 (0) 89 / 8 09 07-20
 e-mail: info@muc.trumpf-med.com
 www.trumpf-med.com

TRUMPF
Medizin Systeme GmbH
 Postfach 1263 • 07303 Saalfeld
 Telefon: + 49 (0) 36 71 / 5 86-0
 Telefax: + 49 (0) 36 71 / 5 86-1 65
 e-mail: info@de.trumpf-med.com
 www.trumpf-med.com

TRUMPF

gramme (Medicare und Medicaid) führt jedoch zu einer Quersubventionierung durch andere Kostenträger. Zudem bewirkt die im internationalen Vergleich stärkere Angewiesenheit auf Spenden eine Art Dualistik durch die Hintertüre. Denn die Investitionskosten in diesem Bereich werden eben nicht über die Vergütung abgerechnet, sondern bilden einen eigenständigen Bereich außerhalb des Vergütungssystems. Viele Krankenhäuser unterhalten eigene Abteilungen zur Akquisition von Spenden.

Als Fazit bleibt festzuhalten: Auch die Investitionsfinanzierung weist in den untersuchten Gesundheitssystemen einige Unterschiede auf. Es ist allerdings keineswegs so, dass im internationalen Vergleich die monistische Krankenhausfinanzierung dominiert. Das Gegenteil trifft zu: Meistens gibt es separate Budgets für die Investitions- und die laufenden Kosten. Dies gilt insbesondere für die Mehrzahl der Länder, die eine Sozialversicherung aufweisen: Mit Ausnahme der Niederlande ist dort in der Regel der Staat für die Investitionskosten zuständig. Die These, dass ein Fallpauschalensystem zwingend den Übergang zu einer monistischen Finanzierung nach sich ziehe und die staatliche Krankenhausplanung durch Versorgungsverträge zwischen Krankenhäusern und Kassen ersetze, findet bei einem Blick über die Grenzen daher keine Bestätigung.

Vergütung der Krankenhausleistungen

In der Vergangenheit wurden die Krankenhäuser in den meisten untersuchten Ländern über Budgets und/oder Pflegesätze finanziert. Mittlerweile werden jedoch zunehmend Fallpauschalen bzw. DRGs entweder zur Berechnung oder zur Verteilung dieser Budgets bzw. direkt zur Vergütung der Krankenhausesfälle herangezogen. Eine Einteilung der betrachteten Länder in Gruppen gemäß dem Ausmaß der Nutzung von Fallpauschalensystemen zur Vergütung von Krankenhausleistungen ist allerdings nicht einfach. So fokussiert sich die Debatte in den einzelnen Ländern häufig auf Modellversuche, welche die Realität der Mehrheit der Krankenhäuser nicht oder noch nicht wiedergeben. Regionale Unterschiede in der Anwendung vervollständigen den heterogenen Eindruck. Unter diesem Vorbehalt steht die folgende Gruppierung von Ländern.⁹⁾

In einigen Ländern kommen Fallpauschalensysteme nicht oder noch nicht zum Einsatz. Dies ist der Fall in Griechenland, in Luxemburg und in der Schweiz. Stattdessen kommen prospektive Budgets zur Anwendung, die ihren Ausgang bei historischen Budgets nehmen. Die Anpassung erfolgt nicht nur in Orientierung an der Einnahmesituation der Kostenträger, sondern berücksichtigt andere Einflüsse wie die Inflation, die Personalentwicklung und Tarifabschlüsse. In der Schweiz gibt es schon seit längerem DRG-Projekte, in 2 Kantonen wurden im Jahr 2002 DRGs zur Krankenhausfinanzierung versuchsweise eingesetzt.

Auf der Skala der Nutzungsintensität von Fallpauschalensystemen folgt Belgien. Die Vergütung der Leistungen erfolgt dort durch ein prospektiv festgelegtes System über Tagessätze. DRGs werden seit 1995 eingesetzt, um die Verweildauer von Krankenhäusern einem Benchmarking

zu unterziehen. Unterschreitungen der Verweildauer werden mit Zuschlägen belohnt und Überschreitungen mit Abschlägen versehen. Derzeit gibt es in Belgien keine Bestrebungen, ein DRG-Preissystem einzuführen, das über die Nutzung zur Verweildauersteuerung hinausreicht.

In Großbritannien, Irland, Spanien, Italien, Norwegen und Frankreich kommen unterschiedliche DRG-Varianten oder DRG-Eigen- und Weiterentwicklungen zur Bemessung von Budgets zum Einsatz. In den Niederlanden ist ein solches System in intensiver Vorbereitung und soll 2003 eingeführt werden. Das Ausmaß der Nutzung unterscheidet sich; in Großbritannien werden die HRGs etwa bei gut der Hälfte der Krankenhäuser zu den Budgetverhandlungen herangezogen. In Irland sind etwa 73 Prozent der Krankenhausesfälle berücksichtigt. In Spanien differiert die Nutzung stark nach Regionen. In Italien besitzen die DRG-Kostensätze nur den Charakter von Höchstsätzen, die regional unterschiedlich eingesetzt werden können. In Norwegen scheint eine flächendeckende Umsetzung der Budgetbemessung anhand von DRGs erreicht. Die GHM werden in Frankreich nur zur Budgetbemessung bei öffentlichen Krankenhäusern herangezogen. Bemerkenswert ist auch, dass in einigen Ländern der anhand von DRGs gemessene Fallmix zwar als ein Kriterium zur Bemessung der Budgets herangezogen wird, aber auch andere Kriterien wie die Entwicklung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (HBGs in Großbritannien) oder Indikatoren der Morbidität und Mortalität der Bevölkerung (Frankreich) berücksichtigt werden. Schließlich wird häufig nicht das ganze Budget, sondern nur ein Teil davon anhand von DRG-Varianten bemessen: In Spanien, genauer gesagt in Katalonien, werden nur 30 Prozent der Krankenhausbudgets nach dem Casemix bemessen und 70 Prozent anhand struktureller Charakteristika. In Norwegen beträgt der über DRGs berechnete Budgetanteil 50 Prozent. Zwar werden in diesen Ländern die Budgets zumindest teilweise anhand der Fallschwere bemessen, die Auszahlung muss jedoch nicht anhand von DRGs erfolgen. In Frankreich wird das prospektiv vereinbarte Budget beispielsweise in monatlichen Abschlagszahlungen ausgezahlt.

Nicht nur zur Bemessung, sondern auch zur Verteilung der Budgets werden DRG-Varianten in Portugal, Australien und Österreich verwendet. Aber selbst in diesen Systemen gibt es keinen 100-Prozent-Ansatz. In Portugal werden nur 50 Prozent des Krankenhausbudgets anhand von DRGs bemessen. In Australien variiert der anhand von DRGs bemessene Budgetanteil von Bundesstaat zu Bundesstaat. Einige Bundesstaaten bemessen nur die variablen Kosten mit Hilfe von DRGs. In das österreichische LKF-System ist in die Fallvergütung der so genannte Steuerungsfaktor eingebaut, der Gewähr dafür bietet, dass neben der Fallschwere auch Strukturfaktoren der Krankenhäuser wie der Krankentyp, die apparative Auslastung, die personelle Situation und die Bausubstanz bei der Budgetbemessung und -verteilung berücksichtigt werden.

Im Voraus festgelegte DRG-Preise werden in Finnland, Dänemark, Schweden und in den USA abgerechnet. Allerdings gilt diese Aussage nur mit einer Reihe von Einschränkungen. In Finnland trifft dies bisher auf 6 Kranken-

hausdistrikte zu. In Dänemark werden 90 Prozent des prospektiven (mit Hilfe von DRGs bemessenen) Budgets ausbezahlt. Die Bezahlung der restlichen 10 Prozent erfolgt fallbezogen auf der Basis von DRG-Preisen. In Schweden wird nur in etwa der Hälfte der Distrikte über DRGs abgerechnet. Zudem sorgen Mengen- oder Preisobergrenzen dafür, dass ein Zielbudget näherungsweise eingehalten wird. In den USA erfolgt die Vergütung anhand von prospektiv festgelegten DRG-Preisen lediglich im Rahmen von Medicare, der staatlichen Versicherung, die überwiegend älteren Menschen Krankenversicherungsschutz bietet. Medicare bestreitet etwa 30,5 Prozent der gesamten Krankenhausaussgaben.

Der Vergleich der ausländischen Gesundheitssysteme zeigt, wie ehrgeizig das Unterfangen ist, in Deutschland eine durchgängig leistungsorientierte und pauschalierende Vergütung auf DRG-Basis einzuführen. In keinem der betrachteten Länder gibt es ein durchgängiges DRG-System. In der Regel kommen die DRGs nicht im Rahmen eines Preissystems zur Anwendung, sondern allenfalls zur Budgetverteilung. Und selbst in Ländern mit DRG-Preissystemen sind diese nicht durchgängig ausgestaltet, vielmehr gelten die DRG-Preise nicht für alle Krankenhäuser, alle Krankenhausleistungen oder alle Versicherten.

Unabhängig von der Art der DRG-Anwendung sind regelmäßig ganze Versorgungsbereiche aus der DRG-bezogenen Vergütung bzw. Budgetbemessung ausgenommen. Ausgeklammert wurden hierbei insbesondere die folgenden Bereiche: Psychiatrie, Geriatrie, Dialyse, Not- und Unfallversorgung, Transplantationen, akutstationäre Rehabilitation, Investitionsfinanzierung. Die Vergütung erfolgt entweder separat oder in der Form von Zu- bzw. Abschlägen. Im Mutterland der DRGs, in den Vereinigten Staaten, wurden im Rahmen der Medicare-Vergütung ausgefeilte Mechanismen erarbeitet, um Besonderheiten einzelner Krankenhäuser ausreichend zu berücksichtigen. Es wurden Zuschläge eingeführt für die geographische Lage eines Krankenhauses und für die Berücksichtigung von regional unterschiedlichen Lohnkosten. Die Zahlungen werden auch angepasst, um Kostenausreißer, die Vorhaltung von Ausbildungseinrichtungen und schließlich den Anteil der behandelten Patienten mit niedrigem Einkommen zu berücksichtigen.

Der Vergleich zeigt, dass in den meisten Ländern große Sorgfalt darauf verwendet wird, die Fallgruppierung den nationalen Besonderheiten anzupassen. Das zeigen allein schon die großen Zeitspannen zwischen ersten DRG-Versuchen und der Einführung im Rahmen von Vergütungssystemen. Überall, wo DRG-Systeme zur Vergütung zum Einsatz kommen, wurden zumindest nationale Kostengewichte eingeführt. In einigen Ländern war die Unzufriedenheit mit der DRG-Fallgruppierung groß genug, um eigene, vor allem stärker prozedurenbezogene Weiterentwicklungen in Angriff zu nehmen. Dies trifft auf Großbritannien, Frankreich, Österreich und die Niederlande zu.

Der Vergleich zeigt zudem, dass die DRGs zur Vergütung der Krankenhausleistungen – je nach nationalem Kontext – flexibel eingesetzt werden können. Die Investitions-

kosten können ganz (USA) oder teilweise (Frankreich) enthalten sein oder eben nicht (Portugal). Ein Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem ist bei Einführung einer fallpauschalierenden Vergütung also keineswegs zwingend. Auch können ärztliche Leistungen einberechnet werden (wie dies bei den meisten der betrachteten Länder der Fall ist) oder nicht (USA), je nachdem ob ein Belegarztsystem existiert oder nicht.

Bestätigung findet die These, dass eine leistungsorientierte Vergütung mit einer starren Budgetierung nicht vereinbar ist. Der Systemvergleich zeigt hier, dass die Budgets überwiegend flexibel ausgestattet sind und Ausgleichsmechanismen bei Über- bzw. bei Unterschreitung vorsehen. Darüber hinaus ist die Budgetanpassung meist nicht nur an der Einnahmenentwicklung der Kostenträger orientiert, sondern berücksichtigt die Entwicklung des Sozialprodukts, die Lohnentwicklung und auch Veränderungen in der Angebots- und Nachfrageentwicklung nach Gesundheitsleistungen.

Fazit

Merkmale eines Landes, die aus dem Blickwinkel des heimischen Betrachters als nationale Besonderheit erscheinen mögen, erweisen sich in vergleichender Perspektive häufig als allgemeineres Phänomen. Das gilt auch für Entwicklungen im Gesundheitswesen und im Bereich der stationären Akutversorgung: Die hier präsentierten Daten beziehen sich auf Hypothesen, die zumindest in der politischen Diskussion oft eine Rolle spielen, aber auch in der Wissenschaft kursieren. Der vorliegende Artikel sollte einigen dieser Hypothesen auf den Grund gehen und insbesondere Daten zur Entwicklung von Kosten, Kapazitäten und Leistungen der deutschen Krankenhäuser im internationalen Vergleich liefern, ebenso einen Überblick über die unterschiedliche Organisation der Planung, der Investitionskostenfinanzierung und der Vergütung des stationären Sektors.

Der Vergleich hat deutlich gemacht, dass nicht wenige der einschlägigen Hypothesen eher als Mythen betrachtet werden müssen. Er hat weiter offenbart, dass manche Annahmen zwar teilweise zutreffen, aber eben zum Teil auch relativiert werden müssen. So hat ein Blick über die Grenzen gezeigt, dass die Kliniken hierzulande keineswegs besonders teuer sind. Die überdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben Deutschlands lassen sich nämlich vor allem auf die hohen Kosten anderer Leistungsbereiche zurückführen, nicht aber auf den angeblichen „Kostentreiber“: den Krankenhausbereich.

Bestätigt hat der Vergleich dagegen, dass Deutschland im stationären Sektor sehr hohe Kapazitäten vorhält. Diese konnten allerdings – wie in den meisten anderen Ländern auch – in den letzten Jahren stark reduziert werden. Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass die Kapazitäten als solche für die Messung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhausesektors irrelevant sind. Zur Beantwortung dieser Frage müssen vielmehr die Ausgaben mit den tatsächlich erbrachten Leistungen in Verbindung gebracht werden. Vergleicht man jedoch Fallzahlen und Kosten, steht der

deutsche Krankenhausesektor gut da: Bei im Durchschnitt liegenden Ausgaben wird hier eine überdurchschnittliche Zahl von Behandlungsfällen versorgt. Obwohl in den letzten Jahren stark abgesunken, ist die durchschnittliche Verweildauer von Patienten in deutschen Krankenhäusern im internationalen Vergleich immer noch recht hoch.

Der Blick über die Grenzen lässt zudem erkennen, dass insbesondere die mit Deutschland am besten vergleichbaren Länder Mitteleuropas auf die staatliche Planungshoheit setzen. Krankenkassen kommt in keinem der untersuchten Länder die Kompetenz der Planung von Krankenhauskapazitäten zu. Das hat natürlich einen guten Grund: Liegt die Verantwortung von Planung und Finanzierung der Betriebskosten zu 100 Prozent in einer Hand, dann besteht die Gefahr, dass aus Kostengründen nicht so viele Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden, wie es der Bedarf erfordern würde. Es ist auch keineswegs so, dass im internationalen Vergleich die Monistik das dominante Modell der Krankenhausfinanzierung wäre. Es gibt vielmehr in den meisten Ländern separate Budgets für die Investitions- und die laufenden Kosten. Das gilt im Übrigen gerade auch für die Länder, die bereits Fallpauschalen zur Vergütung stationärer Leistungen heranziehen.

Bei dem neuen, DRG-basierten Vergütungssystem empfiehlt sich ebenfalls ein Blick in andere Länder, um sich darüber klar zu werden, dass in keinem anderen Land DRG-Fallpauschalen zur Finanzierung sämtlicher Krankenhausleistungen herangezogen werden; es gibt also immer auch davon ausgenommene Leistungsbereiche. Darüber hinaus macht der Vergleich deutlich, dass sich die meisten Länder bei der Einführung der Fallpauschalen mehr Zeit gelassen haben, als Deutschland dies anstrebt. Dies führt zu der Schlussfolgerung: Eine stärkere Berücksichtigung der Erfahrungen anderer Länder bei der Entwicklung von Reformkonzepten wäre den Akteuren der deutschen Gesundheitspolitik durchaus anzuraten.

Anmerkungen

- 1) Der folgende Bericht stellt die zentralen Ergebnisse eines internationalen Vergleichs der Krankenhausversorgung zusammenfassend dar (vergleiche Stapf-Finé/Schölkopf 2002).
- 2) Für Deutschland verwendet die OECD zum Beispiel die Daten aus der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes. In dieser Statistik wird zwischen „allgemeinen“ und „sonstigen“ Krankenhäusern differenziert. Die OECD-Daten berücksichtigen ausschließlich die allgemeinen Krankenhäuser und erfassen damit psychiatrische Abteilungen nur, wenn sie dort, nicht aber, wenn sie in „sonstigen“ Krankenhäusern vorgehalten werden.
- 3) Erste Ergebnisse von BASYS sind bei Stapf-Finé/Schölkopf/Schneider (2001) zu finden.
- 4) Vergleiche dazu Association Internationale de la Mutualité (1999), Ausschuss der Krankenhäuser in der Europäischen Gemeinschaft (1993), U.S. Congress Office of Technology Assessment (1995)
- 5) Die Berichte sind im Internet über <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage> abrufbar.
- 6) Berechnung nach BMG: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001, Baden-Baden
- 7) Vergleiche dazu auch Schölkopf (2001)
- 8) Vergleiche auch Rochell/Roeder (2001), France u.a. (2001)

Literatur

Die angeführten Informationen über die Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung beruhen im Wesentlichen auf den Länderberichten des European Observatory on Health Care Systems. Die Berichte sind unter der folgenden Internet-Adresse erhältlich: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>

Herangezogen wurden außerdem:

Association Internationale de la Mutualité (ed.), 1999 : Organisation und Finanzierung des Krankenhausbereichs. Analyse in den verschiedenen Ländern Europas. Vorläufiger Bericht, Brüssel: Eigenverlag

Ausschuss der Krankenhäuser in der Europäischen Gemeinschaft (Hg.), 1993: Das Krankenhauswesen in der E.G. Organisation und Begriffe, Leuven: Eigenverlag

Badenberg, Christiane, 2002: Ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem führt zu Warteschlangen vor den Operationssälen, in: Ärzte Zeitung vom 12./13. Juli 2002

Dixon, Anna; Mossialos, Elias (eds.), 2002: Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges, London: European Observatory of Health Care Systems

Europäisches Parlament (Hg.), 1998: Das Gesundheitswesen in der EU. Eine vergleichende Untersuchung, Luxemburg: Europäisches Parlament (GD Wissenschaft, Reihe Volksgesundheit und Verbraucherschutz, SACO 101/DE)

France, Francis H. Roger; Mertens, Ingrid; Closon, Marie-Christine; Hofdijk, Jacob, 2001: Case Mix: Global Views, Local Actions. Evolution in Twenty Countries, Amsterdam/Berlin/Oxford/Tokyo/Washington D.C.: IOS Press/Ohmsha

Huber, Manfred; Köse, Aynur; Schneider, Markus, 1993: Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit deutscher Krankenhäuser im internationalen Vergleich, Augsburg: BASYS

Rochell, Bernhard; Roeder, Norbert, 2001: DRG-basierte Entgeltsysteme in Europa, in: Arnold, Michael/Litsch, Martin/Schellschmidt, Henner (Hg.): Krankenhausreport 2000, Stuttgart/New York

Schneider, Markus; Biene-Dietrich, Peter; Gabanyi, Monika; Hofmann, Uwe; Huber, Manfred; Köse, Aynur; Sommer, Jürg H., 1995: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ausgabe 1994, Augsburg: BASYS

Schölkopf, Martin; Stapf-Finé, Heinz, 2000: Stationäre Versorgung im europäischen Vergleich, in: das Krankenhaus 11/2000, Seite 870–874

Schölkopf, Martin, 1999: Altenpflegepolitik in Europa: Ein Vergleich sozialpolitischer Strategien zur Unterstützung pflegebedürftiger Senioren, in: Sozialer Fortschritt 11/1999, Seite 282–291

Schölkopf, Martin, 2001: Die Planung von Krankenhauskapazitäten: Aktuelle Entwicklungen und europäischer Vergleich, in: Sozialer Fortschritt 9–10/2001, Seite 234–239

Stapf-Finé, Heinz; Polei, Günther, 2002: Die Zukunft der Krankenhausplanung nach der DRG-Einführung, in: das Krankenhaus 2/2002, Seite 96–107

Stapf-Finé, Heinz; Schölkopf, Martin, 2002: Die Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich: Zahlen, Fakten, Trends, Düsseldorf

Stapf-Finé, Heinz; Schölkopf, Martin; Schneider, Markus, 2001: Ausgaben für Gesundheit und stationäre Versorgung im internationalen Vergleich: Neue Daten und Ergebnisse, in: das Krankenhaus 12/2001, Seite 1076–1080

U.S. Congress, Office of Technology Assessment (ed.), 1995: Hospital Financing in Seven Countries, Washington DC: U.S. Government Printing Office

Anschriften der Verfasser:

Dr. Martin Schölkopf,
Referent Politik in der DKG, Straße des 17. Juni 114,
10623 Berlin/

Dr. Heinz Stapf-Finé,
Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim
DGB-Bundesvorstand,
Henriette-Herz-Platz 2, 10178 Berlin ■