

Die stationäre Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich

Frank Warschke
Michael Lauerer
Klaus Nagels

Warschke et al.
**Die stationäre Versorgung
in Deutschland
im internationalen Vergleich**

Hogrefe Verlag
Programmbereich Gesundheit

Wissenschaftlicher Beirat:
Ansgar Gerhardus, Bremen
Felix Gutzwiller, Zürich
Klaus Hurrelmann, Berlin
Petra Kolip, Bielefeld
Doris Schaeffer, Bielefeld



Frank Warschke · Michael Lauerer · Klaus Nagels

Die stationäre Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich

Hogrefe Verlag

© 2015 by Hogrefe Verlag, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Frank Warschke; Die stationäre Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. 1. Auflage.

Anschrift der Autoren:
Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
Universität Bayreuth
Prieserstr. 2
D-95444 Bayreuth

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Daniel Berger
Bearbeitung: Ulrike Boos, Freiburg
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe Verlag
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
verlag@hogrefe.ch
www.verlag-hogrefe.ch

1. Auflage 2015
© 2015 by Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95530-8)
ISBN 978-3-456-85530-1

Inhalt

1. Einführung	7
1.1 Zielsetzung und Problemstellung	7
1.2 Gang durch die Untersuchung	8
2. Grundlagen des Gesundheitssystemvergleichs	9
2.1 Entwicklung und Zielsetzung von Gesundheits- systemvergleichen	9
2.2 Indikatoren im Gesundheitswesen	11
3. Datengrundlage und Kategoriensystem	17
3.1 Basisdatensatz	17
3.2 Methodisches Vorgehen	19
3.3 Kategorienbildung	23
3.4 Ländereingrenzung	26
3.5 Datenquellen	30
3.6 Limitationen des Datensatzes	42
3.7 Auswahl relevanter Indikatoren	43
4. Analyse des stationären Sektors des deutschen Gesundheitswesens	45
4.1 Ausgaben und Finanzierung	45
4.2 Personalstruktur	51
4.3 Versorgungsstruktur	63
4.4 Technische Ressourcen	74
4.5 Restriktionen	76
4.6 Selbstzahlung	81
4.7 Leistungsanspruchnahme und Versorgung	84
4.8 Outcomegrößen	97
4.9 Wartezeit	100

4.10 Patientenorientierung und Informationsübermittlung	107
4.11 Patientenwissen	110
4.12 Sicherheit	113
4.13 Qualität	121
5. Diskussion	129
5.1 Stationäre Versorgung im internationalen Vergleich	129
5.2 Limitationen der Publikation	134
6. Schlussbetrachtung	137
Anhänge	139
Anhang 1: Arzneimittel	139
Anhang 2: Personalstruktur	140
Anhang 3: Technische Ressourcen	148
Anhang 4: Wartezeit	152
Literatur	153
Abkürzungsverzeichnis	159

1. Einführung

1.1 Zielsetzung und Problemstellung

«Stationäre Versorgung in Deutschland gerüffelt»¹ – titelt die Ärzte Zeitung anlässlich der Veröffentlichung der Studie *Managing Hospital Volumes – Germany and experiences from OECD-Countries*. Diese Publikation der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) setzt sich mit der stationären Versorgung in Deutschland auseinander und lobt dabei den leichten Zugang für Patienten zur stationären Behandlung. Kritisiert werden hingegen insbesondere die überdurchschnittlich steigende Zahl von Patientenentlassungen sowie deren starke Schwankung zwischen den einzelnen Bundesländern. So ist die Summe der Krankenhausleistungen zwischen 2005 und 2010 in Deutschland um 1,9% pro Jahr gewachsen, während die Steigerung im Durchschnitt aller OECD-Mitgliedsländer lediglich 0,3% betragen hat. Gemäß den OECD-Experten könne allenfalls ein Drittel dieser Menge mit der demografischen Alterung erklärt werden.²

Die angeführte Studie stellt nur eine Publikation in einer langen Reihe von internationalen Gesundheitssystemvergleichen dar. Wie so viele andere Abhandlungen untersucht diese Veröffentlichung einen Teilbereich des Gesundheitssystems. Die Analyse erfolgt insbesondere anhand von Indikatoren zur Leistungsanspruchnahme. Für einen breiteren und exakteren Blick auf die stationäre Versorgung in Deutschland ist aber eine umfassendere Analysebasis notwendig.

An diesen Punkt knüpft das vorliegende Buch an, das auf einen umfangreichen Datensatz zurückgreift und die stationäre Versorgung anhand eines breiten Spektrums an Indikatoren analysiert. Der Datensatz bedient sich dazu nicht nur «klassischer» Indikatoren, beispielweise aus den Bereichen Ausgaben und Finanzierung oder Leistungsanspruchnahme. Vielmehr berücksichtigt die erstellte Indikatorensammlung auch Daten aus Befragungen, um die Perspektive und das Wissen der Bevölkerung und der Patienten einzubeziehen.

1 Staeck (2013), S. 1.

2 Vgl. OECD (2013a), S. 2–9; Staeck (2013), S. 1.

Im Fokus des Buches steht die Frage nach der Situation des stationären Sektors im deutschen Gesundheitswesen. Wie schneidet die stationäre Versorgung im Vergleich zu anderen Ländern ab?

1.2 Gang durch die Untersuchung

Das Buch gliedert sich in insgesamt sechs Kapitel. Im Anschluss an diese Einführung folgt ein Kapitel zu theoretischen Grundlagen. Dabei werden die Ziele sowie die historische Entwicklung von Gesundheitssystemvergleichen betrachtet. Da der Analyse ein umfangreicher Datensatz zugrunde liegt, werden auch Grundlagen zur Thematik der Indikatoren gelegt.

Gegenstand des dritten Kapitels ist der Datensatz, auf dem die Analyse des stationären Sektors basiert. Des Weiteren werden Ziele, Grenzen und die Erstellung des Datensatzes beleuchtet. Das dritte Kapitel beschreibt auch die Auswahl der Vergleichsländer sowie die Struktur und den Aufbau der Datensammlung. Die Kategorisierung der Indikatorensammlung sowie eine Beschreibung der dem Datensatz zugrunde liegenden Quellen komplettieren diesen grundlegenden Teil des Buches.

Das vierte Kapitel wendet sich dezidiert der Frage nach der stationären Versorgung in Deutschland zu und befasst sich mit der Auswertung der relevanten Daten. Insgesamt 84 inhaltlich relevante Indikatoren werden strukturiert und – Kategorie für Kategorie – analysiert, um für jeden Analysebereich ein abschließendes Fazit zu formulieren.

Das fünfte Kapitel diskutiert die zentralen Ergebnisse. Ziel ist es – auf Basis der Auswertung aller Indikatoren – differenziert zu beurteilen, wie es um die deutsche stationäre Versorgung im internationalen Vergleich tatsächlich bestellt ist. Des Weiteren befasst sich dieses Kapitel mit Limitationen der Analyse und mit der begrenzten Datenlage zur Situation der stationären Versorgung in Deutschland.

In der Schlussbetrachtung folgt ein zusammenfassender Überblick über die wesentlichen Ergebnisse dieser Arbeit. Daneben wird auf aktuellen Forschungs- und Handlungsbedarf hingewiesen.

2. Grundlagen des Gesundheitssystemvergleichs

Ziel dieses einführenden Kapitels ist es, Grundlagen für den internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen bzw. Bereichen dieser Systeme zu legen. Dazu werden im ersten Unterkapitel 2.1 die Ziele sowie die historische Entstehung von Gesundheitssystemvergleichen betrachtet. Kapitel 2.2 betrachtet den Kern dieser Vergleiche – die Indikatoren – genauer.

2.1 Entwicklung und Zielsetzung von Gesundheitssystemvergleichen

Gesundheitssysteme sind auch das Produkt aus spezifischen historischen, politischen, sozioökonomischen und kulturellen Aspekten. Der jeweils eigene Entwicklungsprozess eines Gesundheitssystems führt zu charakteristischen Ausprägungen sowie signifikanten Stärken und Schwächen desselben, die zum Beispiel aus Unterschieden in der Organisation der Systeme selbst, der Finanzierung oder aus der Bereitstellung von Ressourcen aller Art resultieren. Ein Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme bietet deshalb die Chance, aus der Analyse von Stärken und Schwächen sowie der strukturellen Ausgestaltung von anderen Systemen zu lernen. Das Ziel eines solchen wechselseitigen Lernprozesses ist letztlich die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung aller beteiligten Länder.¹

Aufgrund der missbräuchlichen Nutzung der in den 1920er Jahren aufkommenen Forschungsansätze, beispielweise des Ansatzes der Sozialhygiene für nationalsozialistische Zwecke, hatte die Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland eine große und andauernde Schwächung erfahren.² Erste Institute mit dem Fokus auf Gesundheitssystemforschung wurden erst im Laufe der 1970er Jahre gegründet – zu nennen ist etwa das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) oder das Institut für Gesund-

1 Vgl. Europäisches Parlament (1998), S. 5–6.

2 Vgl. Hurrelmann et al. (2006), S. 11–13.

heits-System-Forschung Kiel (IGSF).³ In Folge fortschreitender Forschungs- und Beratungstätigkeiten nahm seit den 1970er Jahren die Anzahl von Studien verstärkt zu, die den Vergleich von Gesundheitssystemen zum Gegenstand hatten.⁴

Der Grund für die Zunahme der Forschungsintensität ist insbesondere durch zwei Entwicklungen begründet. Zum einen rückten durch die Ölkrise der 1970er Jahre auch in der Gesundheitspolitik Kostendämpfungsmaßnahmen in den Fokus der politischen Diskussion und führten zu einer Änderung der Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen. Die Ausweitung der Gesundheitsversorgung ohne oder mit lediglich geringer Berücksichtigung der damit verbundenen Kosten – wie sie bis zum damaligen Zeitpunkt praktizierte wurde – war nicht weiter erwünscht. Vielmehr sollten nun vermehrt Vergleiche zwischen verschiedenen Ländern Lösungsvorschläge für eine effizientere und effektivere Versorgung in Deutschland aufzeigen. Weitere maßgebliche Triebkräfte, die Kostendämpfungsmaßnahmen in das Zentrum des Interesses gerückt und somit zu einer Zunahme der Forschungsintensität geführt haben, sind der sich abzeichnende demografische Wandel und der rasante technische Fortschritt der Medizin. Um in diesem Kontext der an Bedeutung gewinnenden Forderung von Effizienz gerecht werden zu können, sind Systemvergleiche mit anderen Ländern unabdingbar.⁵

Darüber hinaus hat auch die Verbesserung der Datengrundlage dazu beigetragen, dass zunehmend mehr Studien durchgeführt wurden, die sich mit Gesundheitssystemvergleichen beschäftigten. So wird beispielweise seit dem Jahr 1985 der jährlich aktualisierte und ergänzte Gesundheitsdatensatz *OECD Health Data* durch die OECD herausgegeben.⁶

Erst zum Ende der 1980er Jahre befassten sich Wissenschaftler, zusätzlich zu den klassischen gesundheitsökonomischen Aspekten wie der Finanzierung, auch mit systemspezifischen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung sowie mit den Steuerungsproblemen, den Interessen unterschiedlicher Stakeholder und der Machtverteilung in den Systemen. Nichtsdestotrotz stehen bis heute noch immer Finanzierungsaspekte sowie die Ausgabenentwicklung im Zentrum der Gesundheitssystemvergleiche.⁷

3 Vgl. Firnkorn (2006), S. 28; Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (2013); Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2013).

4 Vgl. Firnkorn (2006), S. 28; Wendt (2005), S. 1.

5 Vgl. Lauerer et al. (2011), S. 13–14; Rebscher (2009), S. 1–2; Wendt (2005), S. 1.

6 Vgl. Lauerer et al. (2011), S. 13–14; Wendt (2005), S. 1–2.

7 Vgl. Lauerer et al. (2011), S. 13–14; Wendt (2005), S. 1–2.

2.2 Indikatoren im Gesundheitswesen

Da diese Analyse auf einen Basisdatensatz mit über 600 verschiedenen Indikatoren im Bereich des Gesundheitswesens zurückgreift, werden im Folgenden die Indikatoren selbst sowie deren Eignung für internationale Gesundheitssystemvergleiche diskutiert.

Definition und Grundformen von Indikatoren

Im Zusammenhang mit einer Evaluation der Gesundheitsversorgung stellen sich zunächst die folgenden Fragen: Wie kann Gesundheit bzw. ein Gesundheitssystem mitsamt der zu versorgenden Bevölkerung, der finanziellen Ressourcen als auch der personellen sowie die materielle Ausstattung des Systems und seiner organisatorischen Strukturen wissenschaftlich erfasst und in praktisch nutzbarer Form beschrieben werden? Wie können ferner seine Komponenten abgebildet werden?

Bei der Auslotung relevanter Aspekte kann auf spezifische Maße in Form von Indikatoren zurückgegriffen werden. Indikatoren sollen – gemäß dem lateinischen Ursprung des Begriffs – also als (beweiskräftige) Hinweise auf unterschiedliche Gesichtspunkte der Gesundheit oder der Gesundheitsversorgung dienen. Diesem sehr allgemeinen Verständnis von Indikatoren gegenüber heben die Autoren des Grundsatzindikatorenepapiers insbesondere den messtechnischen Aspekt eines Indikators hervor: «Unter einem Indikator verstehen wir eine (physikalische) Größe, die durch Angabe einer Zahl und einer Einheit bestimmt ist [...]»⁸

In der Tat vereinfachen Maßzahlen den Vergleich von Beobachtungen und ermöglichen darüber hinaus durch die Anwendung von Rechenregeln und mathematischen Transformationen die Erstellung von Indizes. Auch Meyer betont in seiner Abhandlung über Indikatorenentwicklung, dass bei der Konstruktion von Indikatoren vor allem messtechnische Kriterien relevant sind: «So kann hinsichtlich dem Grad der Komplexität der verwendeten Maßzahlen zwischen einfachen, relationalen und komplexen Indikatoren unterschieden werden.»⁹

Einfache Indikatoren bestehen aus der Messung eines einzelnen Sachverhalts und werden oft in binärer Form, d. h. etwa eine Krankheit liegt vor oder

8 Statistisches Bundesamt (2000), S. 15; vgl. außerdem Kraif et al. (2010), S. 463.

9 Meyer (2004), S. 12.

nicht, aber auch als Absolutgröße erfasst. Ein Beispiel für Letzteres ist die Anzahl der Akutbetten als Indikator, der eine Aussage über die Versorgungsstruktur zulässt. Da die Aussagekraft einer Absolutgröße aber eher limitiert ist, werden häufig relationale Maßzahlen definiert, wobei mindestens zwei unterschiedliche Maßzahlen durch eine einfache mathematische Rechenregel miteinander verknüpft sind. Zumeist werden Anteilswerte (Prozente) gebildet oder aber Quotienten in Form von Raten, Quoten bzw. Dichten. Beispielhaft ist der Indikator Dichte der Akutbetten je 1000 Einwohner zu nennen. Ebenso zählen auch die «klassischen» Indikatoren Mortalität und Morbidität in ihren verschiedenen Varianten zu den relationalen Indikatoren, deren Ziel in der Regel die Standardisierung von Ereignissen zum Zweck der Vereinfachung von Vergleichen ist. Neben einfachen Indikatoren und relationalen Maßzahlen existiert eine Vielzahl mehr oder weniger aufwändig berechneter Indizes: «Unter Gesundheitsindizes werden Konstrukte aus aggregierten quantitativen Indikatoren verstanden. [...] Indizes sind zusammengesetzte Maße, die komplexere gesundheitliche Phänomene abbilden.»¹⁰ Komplexe Indikatoren haben den Vorteil, dass sie schwierige Zusammenhänge mittels eines einzigen Wertes darstellen können. Sie haben aber andererseits den Nachteil, dass sie sehr abstrakt sind und häufig nur im Kontext vielschichtiger stochastischer Modelle korrekt verstanden und interpretiert werden können. Der WHO-Index *Fairness of financial contribution*, der zwischen Eins (komplette Gleichheit) und Null (höchster Grad an Ungleichheit) variieren kann, ist ein Beispiel für diese Gruppe von Indikatoren.¹¹

Indikatoren im Input-Output-Modell

Im Rahmen von Programm- oder Projektanalysen sowie bei der Analyse und Bewertung von Systemen wird häufig auf das ursprünglich aus den Ingenieurwissenschaften stammende Input-Output-Modell Bezug genommen. Dieses Konstrukt hat auch in die Gesundheitssystemforschung Eingang gefunden – wobei hier allerdings Modifikationen durch die Integration von Komponenten anderer theoretischer Konzepte der Gesundheitssystemforschung vorgenommen wurden.¹²

10 Schwartz, Busse (2012), S. 574.

11 Vgl. Meyer (2004), S. 18–21; Statistisches Bundesamt (2000), S. 17; Schwartz, Busse (2012), S. 573–577; Schwartz et al. (2012), S. 44–55; WHO (2000), S. 148.

12 Vgl. Schwartz, Busse (2012), S. 559.

Das Modell bietet zum einen den Vorteil, dass sich damit die vielen statistischen Daten und Kennzahlen leicht und transparent gliedern lassen, indem es zwischen Input-, Prozess- (Throughput-) und Output- bzw. Outcome-Indikatoren unterscheidet. So betonen Schwartz und Busse, dass auch die *OECD Health Data*-Datenbank einer ähnlichen Systematik folgt, ebenso wie das Statistische Bundesamt, das sein Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung in ähnliche Kompartimente aufteilt.¹³

Oft ist weniger der einzelne Wert eines Indikators von Interesse, als vielmehr der Vergleich bzw. die Verknüpfung mit anderen Werten. Prinzipiell kann vor dem Hintergrund des Input-Output-Modells eine ganze Reihe verschiedener Arten von Vergleichen unterschieden werden – z. B. lässt sich zwischen Nachhaltigkeits-, Wirkungs-, Output-, Nutzen-, Effektivitäts- und Effizienzprüfungen differenzieren. Hervorzuheben ist jedoch die Messung der Effizienz im Input-Output/Outcome-Modell, also das Verhältnis von Outcome und finanziellem Input. Cylus und Smith führen das besondere Interesse an der Effizienz auf steigende Ausgaben für die Gesundheitsversorgung und die mit einer Effizienzsteigerung verbundenen Chancen zurück: «The interest in efficiency has been heightened by the apparently inexorable growth in health system expenditure in most countries, and the widespread belief that major improvements in efficiency can be made.»¹⁴ Weitere viel diskutierte Beispiele im Zusammenhang mit dem Input-Output-Modell finden sich im *World Health Report* der WHO aus dem Jahr 2000, in dem ein Vergleich der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme von 191 Staaten veröffentlicht wurde. Beim *Index Overall health system performance* etwa wurde die Gesamtzielerreichung (Overall health system attainment), eine gewichtete Summe aus fünf Indikatoren, mit dem finanziellen Input des jeweiligen Gesundheitssystems in Verhältnis gesetzt.¹⁵

Nach der Veröffentlichung des *World Health Reports* 2000 wurde zum Teil deutliche Kritik an der methodischen Vorgehensweise der WHO geübt. Im Fokus der Kritik und der sich daraus entwickelten Diskussion standen insbesondere die wissenschaftliche Qualität der eingesetzten Indikatoren und Indizes sowie deren Brauchbarkeit als empirische Grundlage für die Bewertung und den Vergleich der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen.¹⁶

13 Vgl. Schwartz, Busse (2012), S. 563.

14 Cylus, Smith (2013), S. 281.

15 Vgl. Greß et al. (2008), S. 15; Meyer (2004), S. 8–10; WHO (2000), S. 149.

16 Vgl. Greß et al. (2008), S. 20–22.

Vergleichbarkeit und Qualität von Indikatoren

Besonders bedeutsam für länderübergreifende Analysen sind eine hohe Qualität und Vergleichbarkeit der statistischen Daten bzw. Indikatoren. Deshalb werden nun – auch anhand von Beispielen – einige wesentliche Aspekte diskutiert, die die Vergleichbarkeit und Qualität generell einschränken.

Der Nutzen von Indikatoren und Indizes für den Gesundheitssystemvergleich hängt wesentlich von deren messtechnischer Qualität ab. Eine wichtige Rolle spielen hierbei die Gütekriterien, die aus der klassischen Testtheorie bekannt sind. Die Güte eines Messinstrumentes ergibt sich aus der Validität, welche indiziert, wie genau ein Instrument das misst, was es messen soll. Während die Validität deutlich macht, wie gut ein Indikator oder ein Index «sein Ziel getroffen hat»¹⁷, zeigt ein anderes klassisches Gütekriterium – die Reliabilität – an, ob die jeweilige Messung unter Wahrung der Messqualität wiederholbar und damit zuverlässig ist. Ein typischer Fall mangelnder Validität ergibt sich z.B. dann, wenn Daten aus nicht repräsentativen Stichproben abgeleitet wurden, Unzuverlässigkeit erwächst dagegen aus einer zu kleinen Zahl von Beobachtungen, die zu hohen Zufallsfehlern bei Schätzungen führen. Wie verschiedene Untersuchungen¹⁸ zeigen, besitzen auch administrative Daten nur eine begrenzte Validität. Die Analyse multipler Todesursachen – erfasst in der Todesursachenstatistik – zum Beispiel offenbarte, dass bei knapp einem Viertel der Angaben mit dem dreistelligen ICD-Code (International Classification of Diseases) der WHO das Grundleiden als Todesursache falsch deklariert wird.¹⁹

Bei der Nutzung vorhandener Daten für einen Vergleich ist zu beachten, dass diese inexakt bzw. falsch, aber auch veraltet oder unvollständig sein können. So können für einige Indikatoren zwar grundsätzlich aktuelle Daten vorliegen. Für einige Länder mögen die Daten aber fehlen oder weniger aktuell sein. Dann muss für diese Länder ggf. auf die zuletzt verfügbaren Daten zurückgegriffen werden. Zu beachten ist auch, dass bestimmte Effekte respektive Zustände (z.B. Gesundheitszustand) nicht direkt messbar sind und daher lediglich zu einem bestimmten Grad über Proxyvariablen (z.B. selbsteingeschätzter Gesundheitszustand) abgedeckt werden können.²⁰

17 Bloomfield (1996), S. 13.

18 Derartige Untersuchungen wurden in den USA nach dem Zweiten Weltkrieg durchgeführt. Hierzu zählen die Farmingham-, die Tecumseh- und die Alameda-County-Studie. Für weitere Informationen vgl. Schwartz et al. (2012), S. 45.

19 Vgl. Bloomfield (1996), S. 11–15; Meyer (2004), S. 51; Papanicolas, Smith (2013a), S. 364; Schwartz et al. (2012), S. 44, 45.

20 Vgl. Papanicolas, Smith (2013a), S. 365.