

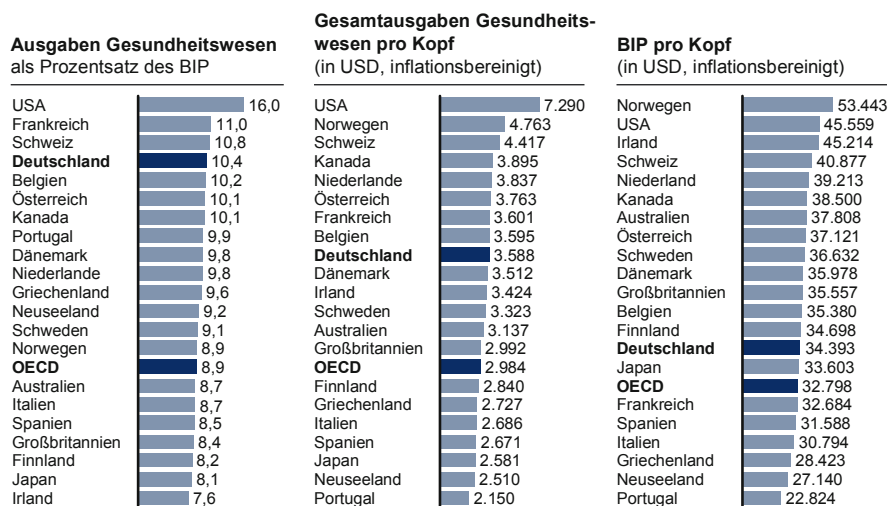
# Defizite des deutschen Gesundheitssystems

Das Gesundheitswesen zu verstehen ist alles andere als einfach, vor allem angesichts der sich rapide fortentwickelnden medizinischen Fachdisziplinen, des komplexen Zusammenspiels der Institutionen, der intensiven staatlichen Regulierung sowie einer Vielzahl hochengagierter Interessengruppen. Aus der schieren Komplexität des Problemfelds resultieren nicht nur sehr unterschiedliche Ansichten über das Gesundheitswesen, sondern auch viele nur allzu gut gemeinte „Lösungen“. Ungeachtet der Vielfalt der Stimmen und Meinungen zum deutschen Gesundheitswesen ist die Herausforderung klar: Mag Deutschland über die letzten 65 Jahre auch große Erfolge erzielt haben, was die Gesundheitsversorgung für seine Bürger anbelangt, so ist das Land doch auf einem unhaltbaren Kurs. Denn es besteht eine toxische Kombination aus steigenden Kosten, ungesicherter Finanzierung, schwankender Versorgungsqualität, fehlendem Fachpersonal und einer zunehmend konfrontativen Atmosphäre zwischen einzelnen Interessengruppen.

Dieses Kapitel bietet einen Überblick über die Probleme, denen sich das deutsche System stellen muss. Mögen die Werte einzelner Leistungskennziffern auch bestreitbar sein – insgesamt ist die Evidenz überwältigend: Das Gesundheitssystem, wie es heute in Deutschland besteht, stiftet für seine Bürger nicht den maximalen Nutzen.

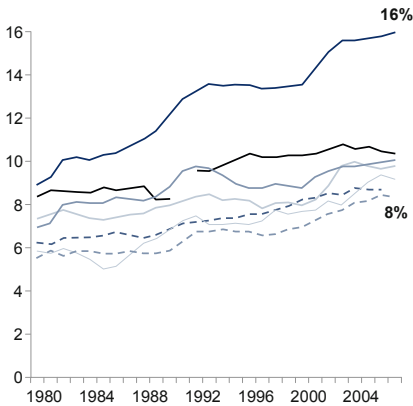
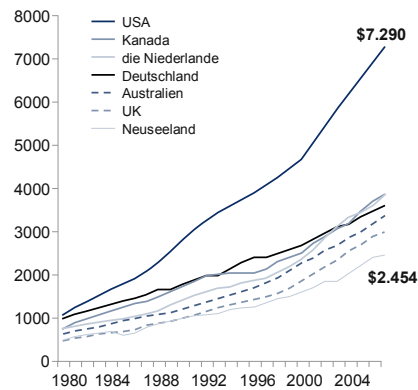
## Hohe und steigende Kosten

Nach dem größten Problem ihres Gesundheitssystems gefragt, geben die deutschen Bürger mit überwältigender Mehrheit die hohen Kosten an. Die meistzitierte Zahl besagt, dass Deutschland 10,4% seines Bruttoinlandprodukts (BIP) für das Gesundheitssystem ausgibt; 2007 waren das 253 Milliarden Euro.<sup>4</sup> Nur die USA mit 16,0%, Frankreich mit 11,0% und die Schweiz mit 10,8% wendeten einen noch größeren Teil ihres BIP dafür auf (siehe Abbildung 1).<sup>5</sup> 2007 gab Deutschland, angepasst nach Kaufkraftparitäten, 3.588 USD pro Jahr und Kopf für sein Gesundheitssystem aus.



**Abb. 1.** Ausgaben für das Gesundheitswesen als Prozentsatz des BIP, Gesamtausgaben pro Kopf, und BIP nach Ländern, 2007<sup>6</sup>

Wie in fast allen Industrieländern sind auch in Deutschland die Ausgaben für das Gesundheitswesen schneller gewachsen als das BIP (siehe Abbildung 2) und die Kostensteigerungen werden sich wohl weiter fortsetzen.<sup>7</sup> Die Gründe dafür sind auf der ganzen Welt ähnlich: eine alternde Bevölkerung, steigende Nachfrage und erhöhte Anspruchshaltung auf Seiten der Konsumenten, angebotsinduzierte Nachfrage auf der Anbieterseite sowie ein Trend zur defensiven Medizin.<sup>8,9</sup> Ein negativer struktureller Preiseffekt – d.h., die

**Ausgaben Gesundheitswesen  
als Prozentsatz des BIP****Gesamtausgaben Gesundheitswesen pro Kopf  
(in USD, inflationsbereinigt)****Abb. 2.** Kosten des Gesundheitssystems nach Ländern, 1980–2007<sup>10</sup>

Gehälter des medizinischen Personals steigen schneller als die Produktivität – verursacht zudem weitere Kostensteigerungen.<sup>11</sup> Welchen Einfluss Technologien auf die Langzeitkosten des Gesundheitswesens haben, ist unklar – manche Neuerungen reduzieren die Kosten, manche steigern sie.

Mit ständig steigenden Kosten konfrontiert, verabschiedete Deutschland zwischen 1977 und 2010 eine Reihe von größeren Gesundheitsreformen. Hauptziel war die Kostendämpfung. Wie in Kapitel 4 detailliert dargestellt wird, führten die Reformen Budgets, verbindliche Rabatte und Preisgrenzen ein, während bestimmte Leistungen von der Versicherung ausgeschlossen wurden. Die intensiven Sparbemühungen führten dazu, dass in Deutschland die Kosten weniger stark anstiegen als in anderen Ländern.<sup>12</sup> Von 1977 bis 2007 erhöhten sich die Gesundheitsausgaben nur um 1,7% pro Jahr, im OECD-Durchschnitt dagegen um 4,1% pro Jahr.<sup>13</sup>

Während sich der Anstieg der Gesamtkosten verlangsamte, wurden jedoch vermehrt Kosten von den gesetzlichen Krankenversicherungen auf Konsumenten, Privatversicherungen sowie andere Sozialversicherungen verlagert (siehe Kapitel 4 für Details). Der Anteil der Privatausgaben, einschließlich Zuzahlungen, Privatversicherun-

gen und Wohlfahrtsleistungen, stieg in den letzten 15 Jahren um 20%.<sup>14</sup> Allein der Anteil der Zuzahlungen stieg im gleichen Zeitraum um 25%.<sup>15</sup> Diese Erhöhungen in Deutschland überstiegen deutlich die in anderen europäischen Staaten.<sup>16</sup>

Auch wenn der Fokus auf die Kosten verständlich ist, so bleibt doch zu fragen, welchen Nutzen die Deutschen eigentlich aus ihren Gesundheitsausgaben von über 250 Milliarden Euro im Jahr ziehen. Wie wir in den folgenden Kapiteln diskutieren werden, gibt es erhebliche Defizite, was die erzielte Ergebnisqualität anbelangt. Hohe Kosten bedeuten weder hohe Qualität, noch impliziert ein breiter Zugang zur Versorgung oder ein üppiges Versorgungsangebot bessere Behandlungsergebnisse.

## **Schwindende Tragfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung**

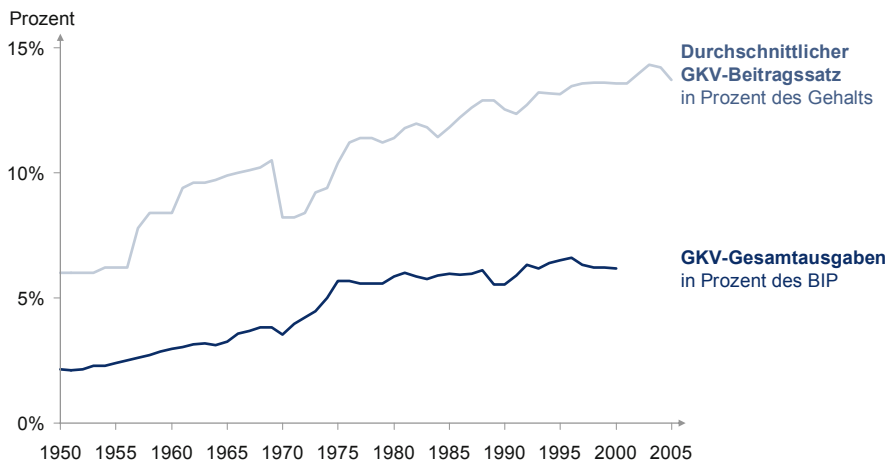
Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), einst der Stolz des deutschen Systems, ist in ihrer heutigen Form nicht mehr zukunftsfähig. Derzeit gewährt das GKV-System 90% der Bevölkerung Versicherungsschutz, die restlichen 10% sind privat versichert. Wie in Kapitel 5 näher dargestellt, beruht das GKV-System auf folgenden Eckpfeilern: einkommensabhängige Beitragssätze, kostenlose Mitversicherung für Angehörige und Umlage-basierte Finanzierung ohne Kapitalstock. Mit dieser Struktur war die GKV einst das Aushängeschild des mächtigen deutschen Sozialversicherungssystems: Die Jüngeren finanzierten die Älteren, die besser Verdienenden die schlechter Verdienenden, die Alleinverdiener die Familien und die Gesunden die Kranken.

Heute steht das gesetzliche System vor ernsthaften Herausforderungen: Während die Kosten steigen, tun dies die gehaltsabhängigen Beitragseinnahmen nicht im selben Maße. Alle nicht Selbstständigen, die weniger als 3.460 Euro im Monat verdienen, sind verpflichtet sich gesetzlich zu versichern. Krankenversicherungsbeiträge werden als Prozentsatz vom Gehalt erhoben, aktuell 15,5%, mit einem Monatsbeitrag je Beschäftigtem von maximal 536 Euro, der zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgeteilt wird. Rentner waren

ursprünglich kostenlos versichert. Seit 1983 gilt für sie der gleiche Beitragssatz wie für regulär Beschäftigte, der Arbeitgeberanteil wird dabei von den Rentenkassen abgedeckt. Wie finanziell gefestigt das GKV-System ist, hängt ab von der Gesamtzahl der Beschäftigten und dem durchschnittlichen Gehaltsniveau in ganz Deutschland. Je mehr Menschen arbeiten und je höher die Löhne sind, desto höhere Einnahmen fließen ins System.

Aufgrund demografischer Trends, insbesondere der Alterung der Bevölkerung, gibt es jedoch immer weniger arbeitende Erwachsene, immer mehr Rentner und zudem eine wachsende Anzahl selbstständig Erwerbstätiger, die keine GKV-Beiträge bezahlen. In der Folge sehen sich die Krankenkassen mit höheren Kosten konfrontiert, während sie gleichzeitig insgesamt niedrigere Beiträge von ihren Versicherten einnehmen. Dieses Missverhältnis erklärt, warum die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen schneller angestiegen sind als ihre Gesamtausgaben gemessen in Prozent des BIP (siehe Abbildung 3).

Für viele Deutsche besteht irrtümlicherweise kein wesentlicher Unterschied zwischen den Beitragssätzen der GKV, gemessen in



**Abb. 3.** Entwicklung der GKV-Gesamtausgaben und des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes, 1950–2005<sup>17</sup>

Prozent des Gehalts, und den Kosten des Gesundheitswesens. So wurde die Entwicklung der Beitragssätze zum wichtigsten Maßstab für die Effizienz des deutschen Krankenversicherungssystems und keine Kennziffer steht mehr im politischen Lampenlicht. Erfolg wie auch Misserfolg von Reformen wird an ihren Auswirkungen auf die Beitragssätze gemessen.

Um den Anstieg der Beitragssätze zu dämpfen, bezuschusst die Regierung die GKV seit 2004 substantiell aus Steuermitteln. Die Gesundheitsreform in 2009 wurde als Schritt hin zu einer nachhaltigen und ausgewogenen Finanzierung angekündigt, gleichwohl erhielt die GKV in diesem Jahr auch den bislang höchsten Zuschuss aus Steuermitteln – und das trotz Einführung des neuen, zentralen Gesundheitsfonds. Schätzungen des künftigen GKV-Defizits variieren zwischen 63 bis 127 Milliarden Euro in 2030.

Verständlicherweise sorgen sich viele Deutsche um die Finanzierbarkeit des Systems. Wie eine Umfrage der Bertelsmann-Stiftung zeigt, erwarten 89% der Deutschen weitere Erhöhungen der Krankenkassenbeiträge, 62% eine Rationierung der Versorgung, und 60% machen sich Sorgen über eine mangelnde Versorgung im Rentenalter.<sup>18</sup> Vor allem die Jüngeren fragen sich, wie sie mit schwindender Tragfähigkeit des bisherigen Umlageverfahrens in Zukunft die finanzielle Doppelbelastung stemmen sollen, einmal für die Generation ihrer Eltern und einmal für sich selbst. Nicht nur die Versicherungsnehmer, auch die deutschen Arbeitgeber sind besorgt. Während Bürger und Regierung nur für einen Teil der Rechnung aufkommen, bezahlen die Arbeitgeber den anderen – immer noch fast die Hälfte der gesamten Krankenversicherungsbeiträge, was sich signifikant in den Lohnnebenkosten niederschlägt. Steigende Krankenversicherungskosten können die Wettbewerbsposition deutscher Unternehmen gefährden.

Die Diskussionen um eine neue Reform sind in vollem Gange. Je nach dem, welche Partei sich äußert, werden verschiedene Modelle von einkommensabhängigen und -unabhängigen Krankenkassenbeiträgen sowie steuerbasierte Finanzierungssysteme vorgeschlagen. Manche Ansätze sind verbunden mit einer Umverteilung von Wohl-

stand – vorzugsweise über die Steuern, weniger über einkommensabhängige Versicherungsbeiträge. Manche halten fest am bestehenden GKV-Krankenversicherungssystem mit seinem Wettbewerb zwischen 160 Krankenkassen. Während wenige die Einführung einer Einheitsversicherung befürworten, fordern viele eine deutliche Reduzierung der Anzahl an Krankenkassen. Die Frage, welchen Mehrwert die Krankenkassen eigentlich stiften, wird direkt oder indirekt immer wieder aufgeworfen. Und hier sind die Krankenkassen in Anbetracht ihrer Verwaltungskosten immer wieder in der Defensive.

Welchen Platz die private Krankenversicherung (PKV) künftig im deutschen System einnehmen soll, ist ebenso umstritten. Der Zugang zum PKV-System ist auf Beschäftigte mit höherem Einkommen, Selbstständige und Beamte beschränkt. Obwohl sie häufig niedrigere Beiträge bezahlen als die GKV-Mitglieder, erhalten Privatversicherte eine bevorzugte Behandlung. Denn für die Leistungserbringer sind sie ungleich lukrativer, aufgrund der höheren Vergütungssätze bei identischen Leistungen. Zudem gibt es keine Budgetbeschränkungen im PKV-System, was die Zahl der behandelten Privatpatienten anbelangt. Dies verstärkt natürlich die Besorgnisse, in Deutschland bilde sich ein Zweiklassensystem in der medizinischen Versorgung heraus. Wie wir in Kapitel 5 diskutieren werden, wollen manche Politiker das PKV-System komplett abschaffen. Sie sehen darin den Abzug der Besserverdiener aus dem Solidarsystem. Für andere dagegen ist das PKV-System mit seiner an Risiken orientierten Beitragsgestaltung und seiner Kapitalstockbildung ein Vorbild für Reformen.

Auch wenn die Finanzierbarkeit eine klare Schlüsselbedeutung hat, so bleibt doch die grundlegendere Frage, welchen Nutzen das deutsche System stiftet. Eine Strukturreform im Steuerrecht, die Integration des PKV-Systems oder andere Änderungen der Finanzierung könnten das Solidaritätsprinzip sichern. Nichts davon adressiert jedoch das Thema der Nutzenstiftung. Wie wir in den Kapiteln 6–9 diskutieren werden, muss sich die Gesundheitsversorgung in Deutschland wesentlich verändern, wenn auf lange Sicht ein Ge-

sundheitssystem geschaffen werden soll, das den Nutzen für Patienten maximiert. Ohne solche Änderungen werden die Finanzierungsprobleme unlösbar bleiben.

## **Überkapazität und niedrige Vergütungsniveaus**

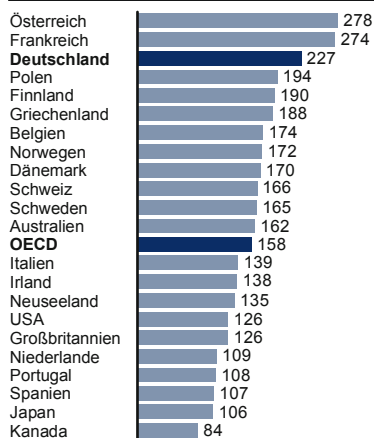
Bereits heute gibt Deutschland mehr als 10% seines BIP für Gesundheitsversorgung aus, dennoch scheint dies nicht genug zu sein. Die Leistungserbringer beschwerten sich, trotz jüngster Erhöhungen, über niedrige Vergütungsniveaus, vor allem im Bereich der ambulanten Versorgung. Abhängig von Fachrichtung und Behandlungsleistungen kann das Honorar für niedergelassene Ärzte bei gerade mal 34 Euro pro Patient und Quartal liegen.<sup>19</sup> Die Vergütungen stationärer Rehabilitationseinrichtungen bewegen sich auf einem ähnlich niedrigen Niveau. Beispielsweise erhält ein stationäres orthopädisches Rehabilitationszentrum nur 106 Euro am Tag, womit Unterkunft und Verpflegung, medizinische Leistungen, Physiotherapie und Medikamente abgegolten werden.<sup>20</sup> Rehabilitationszentren für Herzerkrankungen erhalten oft weniger als 100 Euro am Tag. Bei solchen Preisniveaus lassen sich, wie die Anbieter behaupten, Therapien nur noch eingeschränkt durchführen, und die Patienten beklagen sich über die geringe Dichte an Therapieleistungen.

Auch Krankenhäuser sehen sich mit niedrigen Vergütungsniveaus konfrontiert. Mit im Durchschnitt rund 3.000 Euro pro Patient und Aufenthalt hat Deutschland im internationalen Vergleich einen der niedrigsten Vergütungssätze.<sup>21</sup> 21 Prozent der Krankenhäuser machen Verluste und schreiben dies den unzureichenden Preisniveaus zu.<sup>22</sup> Verschärft wird das Problem durch das Versiegen der dualen Finanzierung: Ihr zufolge sind alle Infrastrukturinvestitionen eigentlich Aufgabe der Landesregierungen, lediglich der laufende Geschäftsbetrieb ist von den Krankenkassen zu finanzieren. Aufgrund ihrer Haushaltprobleme können die Länder ihren Finanzierungsverpflichtungen jedoch immer weniger nachkommen. Als Folge hat sich im Krankenhaussektor ein Investitionsstau gebildet, der auf bis zu 30 Milliarden Euro geschätzt wird.<sup>23</sup>

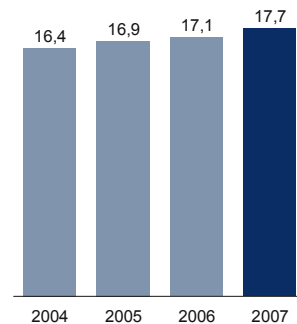


Was die Ursachen für die unzureichenden Preisniveaus sind, wird heiß diskutiert. Aus Sicht der Leistungserbringer zwingen die niedrigen Vergütungssätze dazu, die Fallzahlen zu steigern, um so Kostendeckung zu erreichen. Umgekehrt behaupten die Krankenkassen, dass zu hohe Fallzahlen und Überkapazitäten zwangsläufig die Vergütungssätze niedrig halten – in einem System mit zu vielen Leistungserbringern und zu vielen Patientenbesuchen. Mit 2.000 Krankenhäusern, 1.200 stationären Rehabilitationseinrichtungen, 120.000 ambulanten Ärzten sowie 20.000 Apotheken weist Deutschland eines der dichtesten Anbieternetze der Welt auf. Zu keiner Zeit hat Deutschland mehr Ärzte beschäftigt als heute, und zu keiner Zeit haben die Deutschen mehr medizinische Behandlung – gemessen an der Zahl der Arztbesuche – in Anspruch genommen als heute.<sup>24</sup>

**Krankenhausentlassungen pro 1.000 Einwohner und Jahr 2007**



**Ambulante Arztkontakte pro Kopf und Jahr 2004-2007**



**Abb. 4.** Krankenhausentlassungen pro Land und Jahr, ambulante Arztkontakte pro Kopf und Jahr, 2004–2007<sup>25</sup>

Heute kommen in Deutschland 227 Krankenhausentlassungen auf 1.000 Einwohner, weitaus mehr als im OECD-Durchschnitt (siehe Abbildung 4). Die stationäre Versorgung nimmt zu, obwohl es dank des technologischen Fortschritts immer mehr Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung gibt. Während andere Länder wie Groß-

britannien, Italien, Japan, die USA oder Kanada ihre Krankenhaus-Fallzahlen reduzieren oder zumindest konstant halten, steigen sie in Deutschland weiter an.<sup>26</sup> Dieser Anstieg fällt zusammen mit einer deutlichen Verkürzung der Aufenthaltsdauer. Dauerte ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt früher 14 Tage, so verringerte er sich nach Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups – diagnosebezogene Fallgruppen) in 2004 auf nur noch acht Tage. Trotzdem haben nur wenige Krankenhäuser ihren Betrieb eingestellt oder ihre Behandlungsaufkommen reduziert. Stattdessen haben die Krankenhäuser, auf der Suche nach höherer Auslastung und Einkommen, ihre Behandlungsangebote ausgeweitet und die Anzahl ihrer Patienten vergrößert.

Im ambulanten Sektor sind die Trends ähnlich. Heute hat der Deutsche im Durchschnitt 17,7 Arztkontakte im Jahr, mit steigender Tendenz (siehe Abbildung 4).<sup>b,27</sup> Auch dies ist deutlich mehr als in anderen Ländern. Hohe Patientenzahlen in Arztpraxen bedeuten kurze Beratungszeiten. Im Durchschnitt dauert jede Beratung nur acht Minuten.<sup>28</sup> Auch die niedergelassenen Ärzte behaupten, die niedrigen Vergütungssätze pro Fall machten es erforderlich, Leistungen und Fallzahlen auszuweiten und – als Folge – bis zu 60 Patienten pro Tag zu behandeln.

Trotz konstant steigender Einnahmen sind die Ärzte unzufrieden. Einer aktuellen Umfrage zufolge meinen 54% der befragten Ärzte, das Gesundheitssystem müsse dringend von Grund auf umgestaltet werden.<sup>29</sup> Dieser Unmut hat zu einem Rückgang der Zahl neuer Ärzte geführt. Das schafft erhebliche Probleme, da fast 20% aller niedergelassenen Ärzte über 60 Jahre alt sind.<sup>30</sup> Ähnlich gravierend ist die Situation in der Pflege und bei anderen medizinischen Fach-

---

<sup>b</sup> Andere Quellen geben 7,7 Arztkontakte pro Jahr an. Dies ist die Anzahl der „Behandlungsfälle“, d.h. die Anzahl der in Rechnung gestellten Behandlungen. Die Vergütungsregeln legen fest, dass Folgebesuche im gleichen Quartal oftmals nicht abgerechnet werden. Im Durchschnitt gibt es 2,3 Arztkontakte pro Quartal und Arzt; somit ergeben sich 17,7 ambulante Arztkontakte pro Jahr.

kräften. Viele Stellen können nicht besetzt werden und viele Anbieter rekrutieren Fachkräfte inzwischen im Ausland. Auch jüngste Reformbemühungen haben hier noch wenig Entlastung gebracht. Während Deutschland mehr Gesundheitsleistung als je zuvor in Anspruch nimmt, bleibt zu fragen, ob für das bestehende System künftig überhaupt noch genügend Personal verfügbar sein wird.

Zusammenfassend ist die Leistungserbringerseite im deutschen Gesundheitssystem durch hohe Fallzahlen und niedrige Vergütungsniveaus geprägt. Damit gehören die deutschen Leistungserbringer – als Sektor betrachtet – zu den teuersten der Welt. Anbieter, Krankenkassen und Regierungsbehörden zeigen alle mit dem Finger aufeinander, jeder der Akteure verteidigt seine eigenen Interessen. Unglücklicherweise sind im bestehenden System die Interessen der jeweiligen Akteure nicht allzu oft deckungsgleich mit denen der Patienten. Die Betreuung ist weiterhin fragmentiert und es gibt zu viele Leistungserbringer, die trotz limitierter Expertise ein breites Spektrum an Behandlungsangeboten vorhalten (siehe Kapitel 6 und 7). Keine umfassende Messung der Ergebnisqualität, Zulassungsbeschränkungen, die Monopole schützen, starke Lobbygruppen und mangelnde politische Entschlossenheit – vor diesem Hintergrund haben es leistungsschwache Anbieter geschafft, ihr Auskommen zu finden, auf Kosten der exzellenten Leistungserbringer und letztendlich auch der Patienten. Statt weiter zu versuchen die Lücken zu stopfen, sollte Deutschland, wie wir darstellen werden, vielmehr seine Gesundheitsversorgung durch eine Integration der Angebotsseite restrukturieren – was zu besseren Behandlungsergebnissen führt, mit weniger Arztbesuchen und letztlich auch weniger Leistungserbringern. Dies ist der einzige Weg, um die Kosten nachhaltig unter Kontrolle zu bringen.

## **Zunehmend besorgte Patienten**

Auch wenn viele Patienten persönlich sehr positive Erfahrungen mit ärztlicher Betreuung und Zuwendung gemacht haben, nimmt doch insgesamt die Patientenzufriedenheit ab. Wie bereits angesprochen, machen sich die Deutschen nicht nur Sorgen um die Fi-

nanzierbarkeit des Systems, sondern auch um das Absinken der Qualität. Wie die Daten zeigen, hat das Vertrauen in das System über die letzten Jahre deutlich gelitten.<sup>31</sup> Diese Erfahrung teilt Deutschland mit vielen anderen Ländern.

In der Vergangenheit galt der leichte Zugang zu Leistungserbringern primär als Zeichen von Qualität; heute ist dies nicht mehr allgemein so. Für die einen ist die hohe Zahl von Arztbesuchen bzw. Klinikaufenthalten ein Indiz für leicht erhältliche Behandlung, für andere ist sie ein Indiz für ein kaputtes System. Angesichts der heutigen, fragmentierten Angebotsseite müssen Patienten häufig zur Behandlung ihrer Beschwerden eine Vielzahl von Leistungserbringern aufsuchen. Patienten beginnen diese Limitationen zu erkennen. In einer Studie des Commonwealth Fund von 2010, die sieben Industrieländer verglich, belegte Deutschland den letzten Platz in Sachen „Effizienz der Behandlungskoordination“.<sup>32</sup>

Auch die Qualitätsunterschiede zwischen den Leistungserbringern nehmen Patienten immer deutlicher wahr. In einer aktuellen Umfrage wurden Bürger befragt, ob es für sie Unterschiede zwischen niedergelassenen Ärzten gäbe. Über 80% antworteten mit Ja, 40% sahen „einige“, 42% „große“ Unterschiede zwischen den Ärzten. Genannt wurden Unterschiede beim Einfühlungsvermögen, der aufgewendeten Zeit sowie in der Klarheit der ärztlichen Erklärungen – jeweils Merkmale die von Patienten leicht zu beurteilen sind. Auf die Nachfrage, was sie vor der Entscheidung über die Arztwahl am liebsten wissen möchten, setzten die Patienten jedoch auf Platz 1, „ob Behandlungsfehler (dieses Arztes) bekannt sind“.<sup>33</sup>

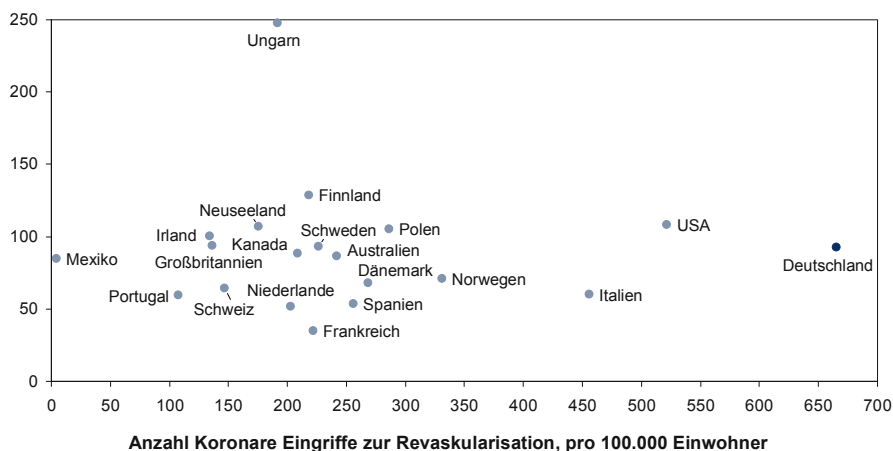
Auch wenn es ein klares Interesse an Publikationen über die Qualität der Leistungserbringer gibt, so bedeutet dies noch nicht, dass das Publikum auch entsprechend handelt. Die große Mehrheit der Patienten trifft Behandlungsentscheidungen aufgrund von Bequemlichkeit oder von früheren Erfahrungen, die keine unmittelbare Relevanz haben. Soll sich das Gesundheitssystem wirklich verändern, müssen die Patienten sich mehr einbringen, sachlichere Entscheidung fällen und mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen.

## Inkonsistente Qualität

Trotz steigender Kosten lässt die Qualität der Behandlung im deutschen Gesundheitssystem zu wünschen übrig. Während die Evidenz noch eingeschränkt ist, klärt sich das Bild zunehmend. Viele Patienten erhalten in Deutschland gute medizinische Versorgung, aber es gibt auch eine Vielzahl von Fehldiagnosen, erfolglosen Therapien und vermeidbaren Behandlungsfehlern. In der Vergangenheit waren eine üppige Auswahl an Anbietern und hohe Gesundheitsausgaben gleichbedeutend mit hoher Qualität. Eine Messung der Qualität der Behandlungsergebnisse fand dagegen kaum statt. Wie wir in Kapitel 9 näher beschreiben werden, zeigen indes die Fortschritte bei der Ergebnismessung immer deutlicher, dass weder mehr Medizin noch neuere Medizin notwendigerweise bessere Medizin ist. Dies gilt für Deutschland wie für viele andere Länder.

Zwar sind Ländervergleiche zur Ergebnisqualität bisher nur sehr eingeschränkt möglich, gleichwohl können sie manche Einblicke liefern. Im OECD-Vergleich der Gesundheitssysteme nimmt Deutschland Platz 10 bei den Ausgaben ein, gemessen nach Kaufkraftparitäten. Bei der Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt liegt es dagegen nur auf Platz 14. Was die Sterblichkeit von Patienten unter 75 Jahre angeht, erreicht Deutschland Platz 12 unter 19 Ländern, und zwar bei Krankheitsbildern, bei denen es auf eine rechtzeitige und wirksame Behandlung ankommt: namentlich Diabetes, Asthma, ischämische Herzkrankheiten, Hirnschlag, Infektionen, aber auch bei Krebsarten, die im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen erkennbar sind.<sup>34</sup>

Schaut man auf die Ergebnisqualität für spezifische Krankheitsbilder, muten Deutschlands Ergebnisse ähnlich enttäuschend an. Für ischämische Herzerkrankungen liegt die altersstandardisierte Mortalitätsrate nur knapp auf OECD-Durchschnittsniveau: In Deutschland sterben daran jedes Jahr 127 von 100.000 Bürgern, im OECD-Durchschnitt sind es 126. Und dies trotz einer in Deutschland ungleich höheren Dichte an Herzkatheter-Einrichtungen. Behandlungskapazitäten und hohe Interventionszahlen allein garantieren offenbar noch keine bessere Ergebnisqualität (siehe Abbildung 5).

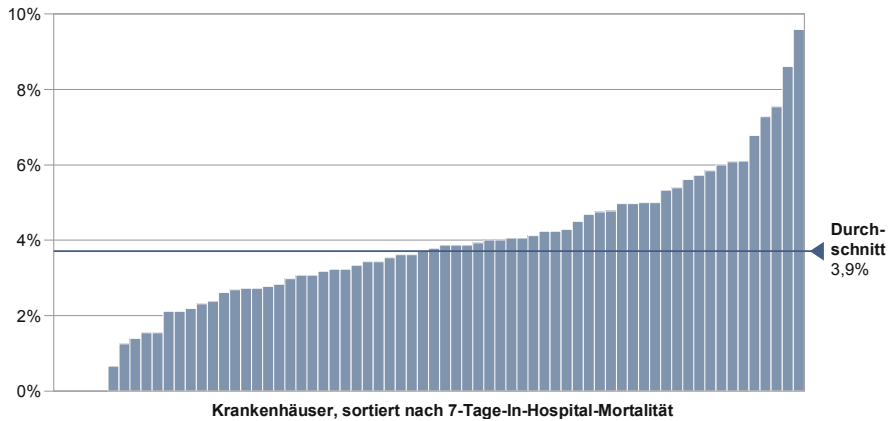
**Koronare Herzkrankheit: altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 100.000 Einwohner**

**Abb. 5.** Altersstandardisierte Mortalitätsraten bei ischämischen Herzerkrankungen im Verhältnis zur Anzahl koronarer Eingriffe (Koronarangioplastie und koronare Bypass-Chirurgie)<sup>35</sup>

2009 veröffentlichte die OECD eine Länderstudie zum Überleben bei Krebs. Danach nimmt Deutschland, über alle Krebsarten betrachtet, nur Platz 12 unter 28 Staaten ein – trotz vergleichsweise hoher Ausgaben. Gemessen an den Mortalitätsraten lag Deutschland bei Prostatakrebs über, bei Lungenkrebs etwa im OECD-Durchschnitt. Bei Brustkrebs waren die Überlebenschancen jedoch niedriger als im OECD-Durchschnitt.

Mittelmäßige Ergebnisse in Ländervergleichen gehen einher mit signifikanter Heterogenität in der Ergebnisqualität deutscher Leistungserbringer. Einerseits gibt es viele exzellente Leistungserbringer, andererseits bestehen, den Daten zufolge, zum Teil deutliche Verbesserungsmöglichkeiten bei den übrigen. Nach bayrischen Registerdaten zum Beispiel beträgt die 7-Tage-Mortalitätsrate von Schlaganfallpatienten bayernweit 3,9%. Dabei reicht die Bandbreite der Mortalität – über alle bayerischen Krankenhäuser betrachtet – von 0,8% bis 9,6% (siehe Abbildung 6).<sup>36</sup> Auch wenn man die von Zentrum zu Zentrum variierenden Risikoprofile der Patienten berücksichtigt, bleiben diese Unterschiede immer noch bedeutsam. Mortalität bei Schlaganfall ist

**7-Tage-In-Hospital-Mortalität**  
in Prozent der Schlaganfallpatienten\*



**Abb. 6.** Mortalitätsrate bei Schlaganfällen in bayrischen Krankenhäusern, 2008<sup>37</sup>

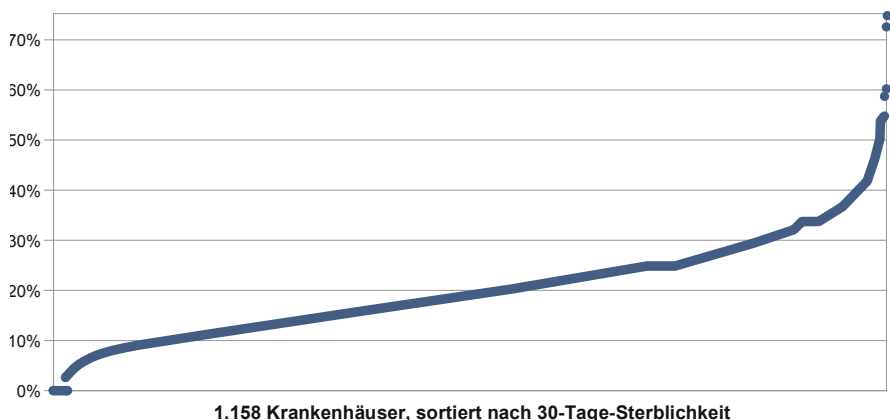
\* Enthält keine Patienten, die innerhalb von sieben Tagen in eine andere Abteilung, Rehabilitationseinrichtung oder Pflegeheim überwiesen wurden.

natürlich nur einer der relevanten Datenpunkte; gleichwohl sind die Erkenntnisse repräsentativ für das ganze System.

Eine Studie von Helios, einem privaten Krankenhausbetreiber, und der AOK, Deutschlands größter Krankenkasse, fand eine ähnliche Heterogenität in der Ergebnisqualität über alle deutschen Krankenhäuser bei der Versorgung von Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Hüft- und Kniegelenksersatz und kolorektalem Karzinom.<sup>38</sup> Wir werden in Kapitel 9 näher auf diese Studie und die angewandte Methodik eingehen, zwei Krankheitsbilder sollen hier jedoch als Beispiel dienen. Für Myokardinfarkt zeigt Abbildung 7 die absoluten 30-Tage-Mortalitätsraten in den 1.158 Krankenhäusern, die ein Minimum von zehn Herzinfarkten pro Jahr behandeln. Die durchschnittliche Mortalitätsrate für alle deutschen Krankenhäuser war 20%, für das 25. Perzentil betrug sie 13%, für das 75. Perzentil 25%.<sup>39</sup> Oder anders ausgedrückt: Die Mortalitätsrate im schlechtesten Perzentil der Krankenhäuser lag fast doppelt so hoch wie in den besten 25% der Krankenhäuser. Diese immensen Qualitätsunterschiede bleiben auch bei umfassender Risikoadjustierung bestehen.

### 30-Tage-Sterblichkeit bei Patienten mit akutem Herzinfarkt\*

Prozent



**Abb. 7.** 30-Tage-Sterblichkeit bei akutem Herzinfarkt in deutschen Krankenhäusern (absolute Sterblichkeit)<sup>40</sup>

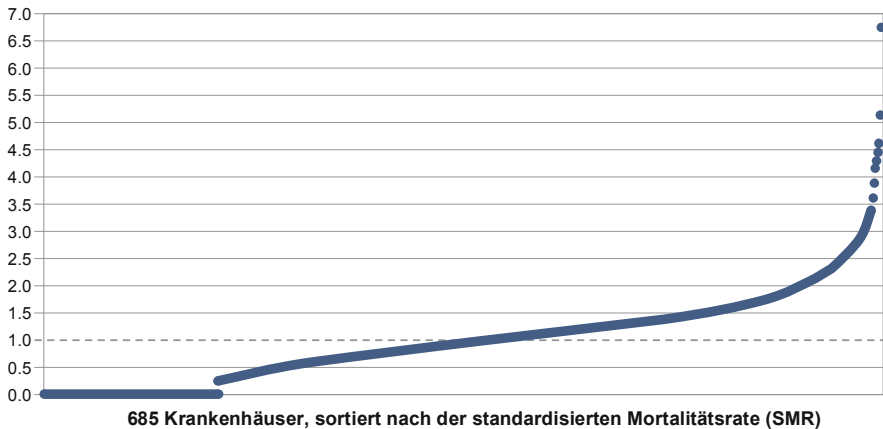
\* Nur Krankenhäuser mit mehr als 10 Fällen pro Jahr wurden bei der Auswertung berücksichtigt.

Ähnliche Probleme zeigen sich bei der Mortalitätsrate von Patienten mit kolorektalem Karzinom. In 2003 führte ein Drittel aller deutschen Krankenhäuser kolorektale Eingriffe an 15.875 AOK-Patienten durch, was etwa einem Viertel aller derartigen Eingriffe pro Jahr in Deutschland entspricht. Die durchschnittliche absolute Mortalitätsrate betrug für diese Patienten nach 90 Tagen 9,4%, mit einem Medianwert von 8,3%, einem 25. Perzentil von 3,8% und einem 75. Perzentil von 13,3%.<sup>41</sup> Die großen Abweichungen bei diesen Resultaten konnten nicht durch unterschiedliche Patientengruppen erklärt werden. Die standardisierten, risikoadjustierten Mortalitätsraten (SMR – standardized morbidity/mortality ratio) für Kolonkarzinom sind in Abbildung 8 zu sehen.<sup>c</sup> Eine  $SMR < 1$  steht dabei für eine

<sup>c</sup> Bei der Risikoadjustierung wurden die folgenden Variablen berücksichtigt: Alter, Geschlecht, kardiogener Schock, AV-Block 2. Grades, ventrikuläre Tachykardie, Vorhofflimmern, ältere Herzinfarkte, Hirnschlag, intercerebrale Blutung, Atherosklerose, Herzversagen, Asthma, COPD, schwere Niereninsuffizienz, Diabetes, Atherosklerose der Extremitäten,



**90-Tage-Mortalitäts-Ratio bei Patienten mit Kolon-Operation bei kolorektalem Karzinom\***  
Standardisierte Mortalitätsrate (SMR)



**Abb. 8.** Verteilung der standardisierten 90-Tage-Mortalitäts-Ratio bei Patienten mit Kolon-Operation bei kolorektalem Karzinom (risikoadjustiert)<sup>42</sup>

\* Nur Krankenhäuser mit mehr als zehn Fällen pro Jahr wurden bei der Auswertung berücksichtigt.

besser als erwartete 90-Tage-Sterblichkeit für Patienten nach kolorektaler Operation, eine  $SMR > 1$  für ein Ergebnis schlechter als bei der Patientenpopulation erwartet. Die Unterschiede in der Ergebnisqualität bleiben zwischen den Leistungserbringern trotz extensiver Risikoadjustierung beträchtlich.

Wie die Autoren der Studie betonten, ist die Ergebnisqualität nicht allein Resultante der Operation, sondern könnte vielmehr durch verbesserte perioperative Prozesse mit einer engeren Koordination zwischen Chirurgen, Anästhesisten, Intensiv- und Allgemeinmedizinern signifikant gesteigert werden.<sup>43</sup> Die Studie verdeutlicht nicht nur die Aussagekraft von Ergebnismessungen, sondern demonstriert auch, wie notwendig es ist, die Versorgung neu nach Krankheitsbildern anstatt nach Einzelabteilungen zu organisieren und

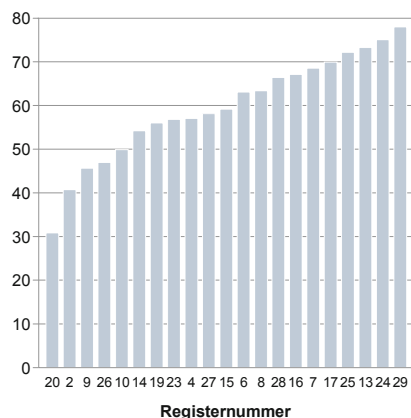
---

chronische ischämische Herzerkrankung, Herzklappenfehler, Metastasen, Herzrhythmusstörung, teilweise Darmentfernung, komplette Darmentfernung, Enddarmentfernung und Darmverschluss. Die Details der Methodologie werden in Kapitel 9 erklärt.

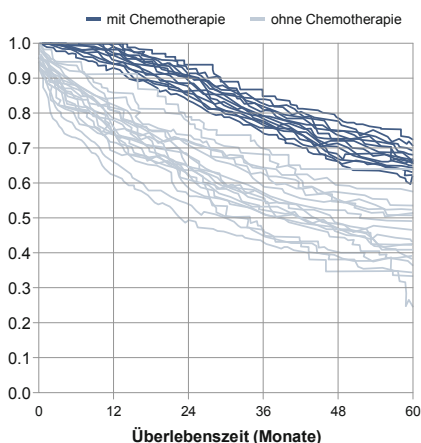
entsprechend zu messen. Wir werden auf dieses Thema in einem späteren Abschnitt noch umfassender eingehen.

Adjuvante Chemotherapie ist ein anderer aussagekräftiger Bestimmungsfaktor für Behandlungsergebnisse bei Patienten mit Stadium-III-Kolokarzinom. Von wenigen Kontraindikationen abgesehen sollten, so die übereinstimmende Empfehlung der klinischen Leitlinien, ca. 80% aller Patienten mit Kolokarzinom zusätzlich zur chirurgischen Behandlung eine unterstützende Chemotherapie erhalten.<sup>44</sup> In Deutschland ist man von dieser Zielvorgabe noch weit entfernt. Wie sich anhand der wichtigsten Krankheitsregister auf diesem Gebiet, „Korporationsverbund Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister“ (KoQK) sowie „Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren“ (ADT), die 196.000 Patienten umfassen, nachweisen lässt, variiert die durchschnittliche Einsatzrate unterstützender Chemotherapie – über die erfassten 21 Register betrachtet – zwischen 31% und 78%. Das deutet darauf hin, dass in manchen Registern weniger als die Hälfte der Patienten die empfohlene Standardbehandlung erhält oder dass dies zumindest nicht dokumentiert ist (siehe Abbildung 9).

**Adjuvante Chemotherapie beim Kolonkarzinom (Stadium III) nach Register**  
Prozentsatz chemotherapierter Patienten



**Kumulierte Überlebenszeiten nach Registernummer für Patienten mit und ohne Chemotherapie**



**Abb. 9.** Einsatzrate adjuvanter Chemotherapie nach Behandlungszentren/-registern sowie Überlebensraten von Patienten mit operiertem Stadium-III-Kolonkarzinom<sup>45</sup>

Die Kaplan-Meier-Überlebenskurven in Abbildung 9 zeigen, welche Unterschiede sich daraus für die kumulierten Überlebenszeiten der Patienten ergeben. Zwei Punkte werden dabei deutlich. Erstens: Patienten mit Chemotherapie haben eine höhere Überlebenschance als Patienten ohne Chemotherapie. Zweitens: Die Überlebenszeiten für Patienten ohne Chemotherapie differieren signifikant zwischen den verschiedenen Registern. Der kontinuierlichen Ergebnismessung ist es zu verdanken, dass die Einsatzrate unterstützender Chemotherapie jetzt über alle Register anzusteigen beginnt<sup>46</sup>

Die in der AOK-Studie beobachtete Heterogenität bei der Krankenhausversorgung wird durch die obligatorische externe BQS/AQUA-Qualitätssicherung aller Krankenhäuser bestätigt. Diese Initiative, auf deren Methoden und Ergebnisse wir in Kapitel 9 im Detail eingehen, macht deutlich, welches Ausmaß die Qualitätsprobleme in deutschen Akutkrankenhäusern haben. Im BQS-Bericht von 2008 zeigten sich bei 15 von 204 Qualitätsindikatoren, die eine gewisse Bandbreite von Krankheiten und Verfahren abdecken, erhebliche Defizite bei allen Krankenhäusern. Bei fast allen anderen Indikatoren ergab sich ein akzeptables Gesamtniveau, wenn auch mit deutlichen Schwankungen zwischen den einzelnen Häusern.<sup>47</sup>

Die Qualitätsmängel sind weder auf seltene Krankheiten, noch auf kleine, ländliche Krankenhäuser beschränkt. Oft sind es bekannte Krankheitsbilder mit klar definierten Leitlinien, bei denen es den Anbietern nicht gelingt, eine angemessene Behandlungsleistung zu erbringen. Insgesamt schätzt man, dass jedes Jahr über 40.000 Leben in deutschen Krankenhäusern gerettet werden könnten.<sup>48</sup> Einer anderen Studie zufolge werden – konservativ geschätzt – 17.000 Todesfälle allein durch vermeidbare Fehler verursacht, ganz davon abgesehen, was möglich wäre, wenn man alle Anbieter auf das Niveau der besten bringen könnte.<sup>49</sup> Zum Vergleich: Bei Verkehrsunfällen kamen in Deutschland 2009 4.050 Menschen ums Leben.<sup>50</sup> Trotz dieser Probleme beginnen die deutschen Krankenhäuser erst jetzt Critical-Incidence-Reporting-Systeme (CIRS) einzuführen. In einer aktuellen Erhebung danach befragt, antworteten 21%, dass sie sich damit überhaupt noch nicht beschäftigt hätten, bei 40% sind Programme in Planung.<sup>51</sup>

Für viele Krankenhäuser hat Qualitätsmanagement nicht die oberste Priorität, für einige hat es sogar einen negativen Beigeschmack. Zwar ist es vorgeschrieben, aber es hat noch keine Auswirkungen auf den alltäglichen Klinikbetrieb. In einer Krankenhausumfrage wurden jüngst über 900 Krankenhausmanager nach der Zielsetzung für ihre Krankenhäuser befragt. Die Manager nannten hohe Patientenzufriedenheit als oberstes, die Qualität medizinischer Betreuung als zweithöchstes Betriebsziel. Bei der Frage, was entscheidend sei für den Erfolg ihres Hauses, belegten diese Faktoren jedoch nur die unteren Ränge. Ganz oben rangierten wirtschaftliche Faktoren wie hohe Einnahmen. Nur für einige private Betreiber stand die „hohe Qualität der medizinischen Versorgung“ an der Spitze der von ihnen selbst identifizierten Erfolgsfaktoren.<sup>52</sup> Die meisten Krankenhäuser scheinen mithin über Qualität zu reden, aber nur wenige halten sie für den Hauptfaktor ihres Erfolgs.

Daten zur ambulanten Versorgung sind zwar noch rarer als zur stationären, doch gibt es auch hier Hinweise auf signifikante Heterogenität bei der Ergebnisqualität, sowie erhebliche Möglichkeiten für Verbesserungen. Einer Studie des Commonwealth Fund von 2005 zufolge, berichteten 13% aller befragten deutschen Patienten von ärztlichen Fehlern bei der Behandlung, 10% von Fehlern bei der Medikation. Von denjenigen, die von ärztlichen Fehlern oder falscher Medikation berichteten, erklärten 41%, dass ihnen daraus ernsthafte Gesundheitsprobleme entstanden seien. In 63% der Fälle traten die Fehler außerhalb des Krankenhauses auf, d.h. in der ambulanten Versorgung oder in einer Rehabilitationsklinik. In 83% der Fälle wurden die Patienten nicht von ihrem Arzt über den Fehler informiert.<sup>53</sup>

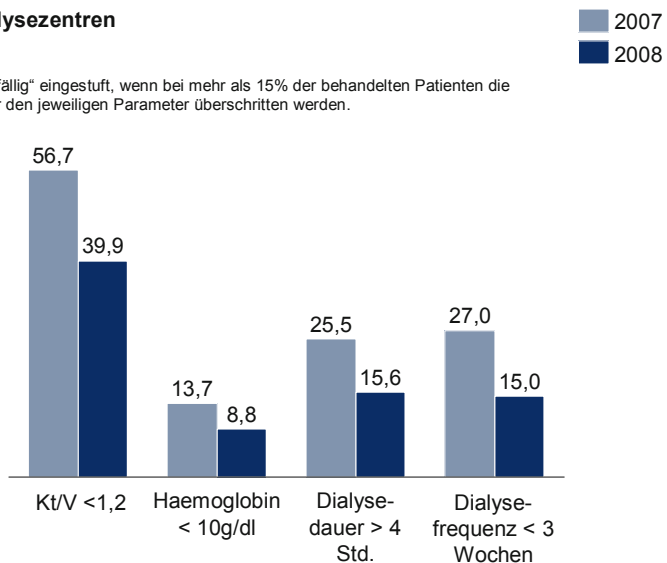
Die Umfrage des Commonwealth Fund beschäftigte sich auch mit der Versorgung chronisch kranker Menschen und wies auf weitere Qualitätsdefizite hin. Bei über der Hälfte der Patienten wurde die Medikation nicht jährlich überprüft, und zu jeweils gleichen Anteilen wurden Patienten gelegentlich, selten oder überhaupt nie über mögliche Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt. Nur 37% der Patienten erhielten einen Behandlungsplan für die Versorgung

zu Hause, trotz der erwiesenen Vorteile. Nur bei 47% wurde die ambulante Pflege in die Versorgung mit einbezogen.<sup>54</sup> Eine weitere Studie bestätigte diese Ergebnisse für die Behandlung von Diabetes in Deutschland. Den Ergebnissen zufolge erhielten nur 40% der Diabetiker jährlich die empfohlenen HbA1c-Screenings, Fuß- und Augenuntersuchungen sowie Cholesterintests.<sup>55</sup> Auch eine umfassende Studie des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen wies in 2001 auf erhebliche Qualitätsdefizite bei der Versorgung chronisch Kranker hin, ohne jedoch Zahlen zu nennen.<sup>56</sup> Diese Probleme führten schlussendlich zur Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen, wie sie in Kapitel 6 beschrieben werden.

Basierend auf Pflichtberichten der Dialysezentren, wie sie 2007 eingeführt wurden, untersuchte eine weitere Studie 727 deutsche Dialysezentren hinsichtlich vier zentraler Parameter für Prozessqualität: Hämoglobinspiegel, Dauer der Dialyse, Häufigkeit der Dialyse sowie Kt/v, eine Messung der Effektivität der Dialyse. Diese Parameter korrelieren stark mit der Ergebnisqualität – erhoben anhand von Lebensqualität und Überlebensrate.<sup>57</sup> Wie in Abbildung 10 zu

**Anteil auffälliger Dialysezentren  
in Prozent**

Eine Einrichtung wird als „auffällig“ eingestuft, wenn bei mehr als 15% der behandelten Patienten die vorgegebenen Grenzwerte für den jeweiligen Parameter überschritten werden.



**Abb. 10.** Prozessqualitätsmessung in Dialysezentren<sup>58</sup>

sehen ist, bestehen über alle Zentren betrachtet bei den vier Parametern erhebliche Defizite. Positiv zu vermerken ist, dass sich die Werte dank der regelmäßigen Messungen von 2007 bis 2008 deutlich verbessert haben.

In Deutschland lassen sich viele Leben retten – wenn bewährte Behandlungsverfahren wirklich konsistent zum Einsatz kommen. Bis heute sind die beschriebenen Qualitätsunterschiede den Patienten, Krankenkassen und oft selbst den Leistungserbringern weitgehend unbekannt. Wenn es gelingt, die Leistungen der schlechtesten Anbieter zu verbessern und die der besten weiterzuentwickeln, könnte Deutschland den Nutzen für Patienten signifikant steigern und zum Vorbild für andere Länder werden. Dabei ist die Verbesserung der Ergebnisqualität der einzige Weg, um die Kosten nachhaltig zu kontrollieren. Denn gute Gesundheit ist naturgemäß kostengünstiger als schlechte Gesundheit.

## **Fazit**

Nach dem Zweiten Weltkrieg hat Deutschland innerhalb kürzester Zeit ein umfassendes Netz zur Gesundheitsversorgung geschaffen: Das Netz ist für alle zugänglich, die Patienten können die Leistungserbringer ohne Restriktionen frei wählen und am Ort der Leistungserbringung ist die Versorgung praktisch kostenfrei. Das Solidaritätsprinzip der GKV verschafft vielen Patienten eine Versorgung, die weit über deren finanziellen Möglichkeiten hinausgeht. Nur weniger als 0,2% der Deutschen haben keine Krankenversicherung. Es besteht freie Wahl unter über 160 Krankenversicherungen. All dies sind nach internationalen Standards erhebliche Errungenschaften.

Trotzdem ist das derzeitige System nicht darauf ausgerichtet, seinen wichtigsten Zweck zu erfüllen: exzellenten Nutzen für die Patienten zu stiften. Die Deutschen erhalten mehr Behandlung als Bürger in vielen Teilen der Welt, aber nicht notwendigerweise eine bessere Versorgung. Es gibt Evidenz für erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten. In den folgenden Kapiteln werden wir diskutieren, wie das deutsche System neu gestaltet werden könnte, um den Status quo zu verändern.

Chancen für das deutsche Gesundheitssystem  
Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen

Porter, M.E.; Guth, C.

2012, XVII, 376 S., Hardcover

ISBN: 978-3-642-25682-0