

# Das European Observatory on Health Care Systems

*Die aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik auch, aber nicht nur in Deutschland und das Für und Wider der verschiedenen Akteure in jetzigen und vergangenen Reformdebatten haben deutlich gemacht, wie schwierig es für die Beteiligten ist, zu entscheiden, welcher Weg hin zu einer besseren Gesundheitsversorgung einzuschlagen ist. Einerseits spielen dabei natürlich gewisse ideologische Gründe mit, andererseits fehlen aber oftmals schlicht und ergreifend Belege ("Evidenz") über die Wirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen. Oftmals könnte ein Blick über die Grenzen helfen: Zunehmend wird zwar in anderen Ländern nach Alternativen Ausschau gehalten und an sich lobenswerte Vergleiche gezogen – leider aber all zu oft ohne sich zu vergewissern, ob da nicht Äpfel mit Birnen verglichen werden. Dies zu ändern ist das Ziel des European Observatory on Health Care Systems.*

## ■ Reinhard Busse, Anouchka Jann

In der Tat stellt es eine Chance dar, Erfahrungen anderer Länder zu betrachten und für das eigene System nutzbar zu machen. Es stellt sich allerdings die Frage nach dem „Wie“. Der Blick „über den Tellerrand“, das Nutzen von internationaler Erfahrung und Kompetenz, das Entwickeln einer „best practice“ kann nur funktionieren, wenn die jeweiligen Informationen sinnvoll auf ein gegebenes Gesundheitssystem übertragen werden. Sinnvoll in diesem Zusammenhang heißt sowohl streng wissenschaftlich als auch gleichzeitig praxisrelevant. Für die Akteure eines Gesundheitssystems, die die Verantwortung für dessen Gestaltung und Verbesserung tragen, ist es notwendig, auf qualitativ hochwertige und praxisrelevante Erkenntnisse zurückgreifen zu können, um vernünftige Entscheidungen über gesundheitspolitische Maßnahmen zu treffen. Dies setzt voraus, dass vorliegende (Studien-)Ergebnisse ausgewertet, zusammengefasst und in übersichtlicher Weise zugänglich gemacht werden. Ein solches Vorgehen hat sich in der klinisch-praktischen Medizin unter dem Schlagwort „Evidenz-basierte Medizin“ zunehmend etabliert – in der Gesundheitspolitik ist es hingegen noch Neuland.

### 1. Organisation und Ziele

Das European Observatory on Health Care Systems – offiziell eröffnet am 11. Februar 1999 – wurde zur „Entwicklung, Zusammenstellung und Verbreitung hoch qualifizierten Wissens für die Gesundheitspolitik von 51 Ländern“ ins Leben gerufen (die europäische Region der WHO hat 51 Mitglieder). Grundgedanke ist, nationalen

*Reinhard Busse leitet die Niederlassung des European Observatory on Health Care Systems in Madrid; er ist Gastprofessor an der Escuela Nacional de Salud und Privatdozent für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Anouchka Jann hat für das Observatory in Madrid gearbeitet.*

und regionalen Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen ebenso wie international tätigen Organisationen deskriptive und analytische, evidenz-basierte Hintergrundinformation anzubieten. Das European Observatory versteht sich dabei als eine Art Plattform für den internationalen Austausch von Wissen und Erfahrungen an der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis.

Das European Observatory wird von sieben Institutionen getragen:

- Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Regionalbüro für Europa
- Regierung Norwegens
- Regierung Spaniens
- Europäische Investitionsbank
- Weltbank
- London School of Economics and Political Science (LSE)
- London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM)

Die auf den ersten Blick merkwürdige Mischung von WHO, nationalen Regierungen, internationalen Banken und zwei Universitäten beruht auf der Überlegung, wissenschaftliche Solidität und politische Relevanz sicherstellen zu können. Im Lenkungsgremium sind dementsprechend alle tragenden Institutionen mit gleichem Gewicht vertreten. Die unterschiedlichen bereits bestehenden Netzwerke der Partner ermöglichen es dem Observatory unter anderem, auf ein breit gefächertes System von Experten mit unterschiedlichen Schwerpunkten zurückgreifen zu können.

Die Tätigkeiten des Observatory verteilen sich derzeit auf Niederlassungen in Kopenhagen (WHO-Euro), wo sich das Sekretariat befindet, London (LSE und LSHTM) und Madrid (Escuela Nacional de Sanidad). An letzterem Standort wurde die Arbeit im Juli 1999 aufgenommen; die offizielle Eröffnung war am 13. Dezember 1999.

Die Arbeit des Observatory setzt an bereits bestehenden Informationen und Forschungsergebnissen unterschiedlicher Art an, ergänzt diese, fasst sie zusammen und hofft, durch länderübergreifende Analysen zu weiter gehenden Schlussfolgerungen zu gelangen. Mit anderen Worten, die Erfahrungen in den einzelnen Ländern fließen in eine Art Pool, in dem sie gesammelt, aufbereitet und schliesslich für die Akteure im Gesundheitswesen nutzbar gemacht werden. Dies ist auch einer der Gründe, weshalb das Observatory die direkte Zusammenarbeit mit den jeweiligen nationalen Entscheidungsträgern sucht: um Erfahrungen aufzugreifen und praxisnah weitergeben zu können.

Auf den Punkt gebracht verfolgt das Observatory im einzelnen folgende Ziele:

- die Bereitstellung hoch qualifizierten Know-hows bezüglich Entwicklung und Inhalt von Reformen in Gesundheitssystemen europäischer Staaten und weiteren ausgewählten Ländern,
- das Beobachten nationaler und regionaler Entwicklungen und Reformen in Gesundheitssystemen,
- das Herausarbeiten wesentlicher Merkmale von Strategien und Methoden, die sich in einzelnen oder mehreren Ländern als effektiv und effizient erwiesen haben, sowie einer Einschätzung ihrer unterschiedlichen Wirkungsweisen,
- die Analyse von bereits gesammelten Erfahrungen, insbesondere nach Einführung von Innovationen, durch Vergleiche mit bestehenden Forschungsergebnissen aus anderen Ländern,
- die Diskussion und Verbreitung der Ergebnisse,
- das Angebot von Weiterbildungsmöglichkeiten wie Seminare oder Workshops für bestimmte gesundheitspolitisch relevante Akteure,
- den Aufbau eines Expertennetzwerks über die Grenzen der Mitgliedsstaaten hinweg und
- die Etablierung eines Clearinghouses zur systematischen Sammlung und Klassifizierung wissenschaftlicher Literatur und Berichte ausgesuchter Reformgebiete. Das Material wird elektronisch gespeichert und aufbereitet, so dass vergleichende Analysen möglich sind. (In diesem letzten Punkt sind die Ziele vergleichbar mit dem des nicht mehr existierenden Netzwerkes, auf das wir 1996 aufmerksam gemacht haben [Perleth et al. 1996].)

Zur Erreichung dieser Zielsetzungen hat das Observatory ein Programm mit vier Schwerpunkten ausgearbeitet:

- Beobachtung und Information
- Analyse
- Dissemination
- Training/ Weiterbildung

## 2. Beobachtung und Information

Ein wesentlicher und grundlegender Bestandteil der Arbeit besteht darin, die Reformprozesse in den europäischen Gesundheitssystemen zu beobachten und zu begleiten, wofür im übrigen auch der Name Observatory (Wachturm, Sternwarte) steht. Informationen über diese Prozesse werden in zwei unterschiedlichen Formaten übermittelt: länderspezifischen Berichten und länderübergreifenden Büchern.

Als länderspezifische Berichte werden so genannte "Health Care Systems in Transition"-Profile ("HiT") erstellt. Diese folgen alle an einem festgelegten Grundschema und vereinfachen somit für den Nutzer Vergleiche zwischen den Ländern. Die HiTs werden regelmässig auf den neusten Stand gebracht, um Veränderungen und Entwicklungen Rechnung tragen zu können.

Der Aufbau der HiTs reicht von einer allgemeinen Beschreibung bestimmter Charakteristika und einiger historischer Eckpfeiler des jeweiligen Landes über die Organisation des Gesundheitswesens (Organigramm etc.), die Finanzierung desselben, die Versorgungsstruktur und Mittelverteilung bis hin zu einer Darstellung vergangener Reformen und derzeitiger Reformbestrebungen (siehe unten).

Geschrieben werden die HiTs von Experten aus dem jeweiligen Land in Zusammenarbeit mit den Forschungssteams des Observatory. Um die Vergleichbarkeit der Länder zu erhöhen, erhalten die Autoren einen Standardkatalog, der die oben genannten Bereiche abfragt, bestimmte Richtlinien und Definitionen vorgibt und einen Leitfaden bildet. Die quantitativen Daten, die zur Erstellung von vergleichenden Tabellen und Grafiken für den HiT benötigt werden, liefern die WHO/ Regional Office for Europe Health for All database, OECD Health Data und die Weltbank. Das Observatory ist sich bewusst, dass die Vergleichbarkeit der Daten innerhalb und zwischen den einzelnen Datenbanken oftmals zweifelhaft ist und immer wieder hinterfragt werden muss – ein Umstand, den man angesichts von Variationen bis zum Mehrfachen gar nicht oft genug betonen kann.<sup>1</sup> Ein Ziel besteht daher auch darin, hier Transparenz zu schaffen.

## 3. Health Care Systems in Transition Profiles (HiTs)

Alle HiTs gliedern sich in sieben Abschnitte:

### 3.1. Einführung und historischer Hintergrund

Das jeweilig Land wird zunächst hinsichtlich seiner geografischen, politisch-gesellschaftlichen und wirtschaftlichen sowie einiger demografischer Charakteristika kurz vorgestellt. Dem folgt die Darstellung einiger historischer Rahmenbedingungen, die maßgeblich für die Entwicklung des Landes und insbesondere für die Entwicklung

des Gesundheitssystems waren. Dabei reicht der Blick oft weit zurück: Der Bericht über Deutschland beginnt im letzten Jahrhundert, der über Grossbritannien mit dem NHS. Auch für viele mittel- und osteuropäische Länder ist Historie oftmals bedeutsam: So haben die Staaten im Gebiet des ehemaligen Österreich-Ungarn (insbesondere Tschechien, Slowakei und Ungarn) nach 1990 sehr schnell ein pluralistisches Krankenversicherungssystem eingeführt, da dies ihrer Tradition von vor 1945 entsprach, die es so etwa in Polen nicht gab.

### 3.2 Organisationsstruktur

Im zweiten Teil wird die Organisationsstruktur des jeweiligen Gesundheitssystem dargestellt und anhand eines Organigramms erläutert. Hier erfährt der Leser die Grundzüge des Systems, also ob es mehr auf direktem staatlichem Betrieb, staatlicher Lenkung privater Akteure oder gewissen Selbststeuerungsmechanismen folgt. Vorgestellt werden auch die diversen Akteure im Gesundheitssystem und die ihnen zukommende Rolle.

### 3.3 Finanzierung + Leistungskatalog

Im nächsten Schritt folgt die Darstellung der Finanzierung des Gesundheitssystems, also z.B., ob es sich um ein Sozialversicherungsmodell oder ein auf Steuern basierendes Modell handelt, wer unter welchen Umständen für welchen Leistungskatalog versichert ist, ob Zuzahlungen geleistet werden müssen oder ob z.B. bestimmte Leistungen rationiert werden. Auch werden in diesem Abschnitt die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung veranschaulicht und mit anderen Ländern der europäischen Region verglichen und in Bezug gesetzt.

### 3.4 Gesundheitsversorgung

Der nächste Punkt behandelt die Gesundheitsversorgung eines Landes und fragt auch hier bestimmte Merkmale ab, die wesentlich für den Charakter eines Systems sind. Handelt es sich z.B. um ein Gatekeeper-System mit strengem Zugang zur Sekundärversorgung oder besteht freie Arztwahl? Wer ist für die Pflege alter oder behinderter Menschen zuständig, wie ist die Ausbildung für Ärzte und Pflegepersonal geregelt oder wie viele Krankenhausbetten stehen für die Bevölkerung zur Verfügung? Wie ist die Arzneimittelversorgung geregelt und werden (neue) Leistungen einem Health Technology Assessment unterworfen, so lauten einige der inhaltlichen Schwerpunkte.

### 3.5 Ressourcenallokation und Vergütung

Schließlich folgt eine Ausführung über die Verteilung der finanziellen Mittel mit besonderer Berücksichtigung der Krankenhausfinanzierung und der Vergütung von Ärzten. Hier wird auch die Frage aufgegriffen, was ein "Krankenhausbudget" etwa in der Tschechischen Republik genau ist – der Leser kann es so mit demjenigen anderer Länder vergleichen.

### 3.6 Gesundheitsreformen

Im vorletzten Abschnitt geht es um die Entwicklung des Gesundheitssystems und die Gesundheitsreformen. Dabei wird dargestellt, welche Ziele die Reformen verfolgt haben, ob sie diese erreicht haben, warum sie ggf. gescheitert sind und welche neuen Zielsetzungen sich für die Zukunft herauskristallisieren.

### 3.7 Schlussfolgerungen

Abschließend werden Stärken und Schwächen des jeweiligen Systems resümiert und die sich daraus ergebenden Konsequenzen und Herausforderungen für die Zukunft formuliert.

**Tabelle: Health Care Systems in Transition Profiles**

<i>Verfügbare</i>		<i>in Bearbeitung (liegen voraussichtlich Ende 2000 vor)</i>	
- Albanien	- Malta	- Belarus	- Russland
- Armenien	- Norwegen	- (Weissrussland)	- Schweden
- Belgien	- Polen	- Dänemark	- Slovenien
- Bulgarien	- Portugal	- Finnland	
- Deutschland	- Schweiz	- Frankreich	
- Estland	- Slowakei	- Georgien	
- Griechenland	- Spanien	- Italien	
- Großbritannien	- Tadschikistan	- Lettland	
- Kasachstan	- Tschechien	- FJR Mazedonien	
- Kroatien	- Turkmenistan	- Niederlande	
- Kirgisien	- Ungarn	- Österreich	
- Litauen	- Usbekistan	- Rumänien	
- Luxemburg			

Länderübergreifende Berichte werden über Subregionen erarbeitet, die sich zwar einerseits in einer ähnlichen politisch-ökonomischen Situation befinden oder ein gleichartiges Gesundheitssystem haben, bei denen aber bestehende Unterschiede im Detail doch wichtige Erkenntnisse und Schlussfolgerungen erwarten lassen. Die dabei verarbeiteten Informationen gehen über die in den HiTs verfügbaren hinaus. 1999/2000 befinden sich drei solcher Berichte in Bearbeitung:

- Zentralasiatische Republiken
- Sozialversicherungsländer in Westeuropa
- EU-Beitrittsländer

Die für Deutschland besonders relevante Studie der Sozialversicherungsländer (Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Niederlande, Österreich und Schweiz) wird Themen wie neue oder geänderte Finanzierungsmöglichkeiten (Frankreich hat seine Arbeitnehmerbeiträge gerade auf Steuern umgestellt!), Risikostrukturausgleich, Gestaltungsspielraum der Krankenkassen über Leistungen, Preise und Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern, Mitspracherechte von Versicherten und Patienten komparativ aufgreifen und analysieren. Erste Ergebnisse sind gegen Jahresende zu erwarten.

#### 4. Analyse

Eine weiteres Anliegen des Observatory ist neben der eher deskriptiven Darstellung die analytische Aufbereitung derselben. Dabei werden im Sinne von Sekundärforschung oftmals verstreute und/ oder kaum zugängliche Daten bzw. Forschungsergebnisse zusammengefasst, analysiert und für die Entwicklung von Empfehlungen und deren Umsetzung in die Praxis aufbereitet. Solche Studien binden die verschiedensten Fachrichtungen und Experten für die sich aus dem Forschungsgegenstand ergebenden Gebiete in die Untersuchungen ein. Derzeit arbeiten die Forschungseinheiten an fünf Themengebieten (drei haben 1999 begonnen, zwei in diesem Jahr):

- Die geeignete Rolle des Krankenhauses (Appropriate role for the hospital)
- Die Regulierung unternehmerischen Verhaltens in europäischen Gesundheitssystemen (Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems)
- Dauerhafte Finanzierung der Gesundheitsversorgung (Sustainable funding for health care services)
- Die zukünftige Rolle des Vertragswesens (Future role for contracting)
- Primärversorgung (Primary health care)

Um einen Eindruck über die inhaltlichen Problemstellungen und die Herangehens- und Arbeitsweisen vermitteln zu können, wird an dieser Stelle exemplarisch die erstgenannte Studie zur "geeigneten Rolle des Krankenhauses" herausgegriffen und die ihr zu Grunde liegenden Überlegungen kurz vorgestellt.

#### 5. Zum Beispiel: Die geeignete Rolle des Krankenhauses

Das European Observatory bringt dieses Buch heraus, um die Rolle der Krankenhäuser in den sich verändernden Gesundheitssystemen Europas zu untersuchen. Der Zweck dieses Buches ist es, die Gestaltung, Verteilung und Durchführung von Krankenhausaktivitäten zu evaluieren und Strategien zu deren Verbesserung zu entwickeln, sowie den Akteuren im Gesundheitswesen Anhaltspunkte für Reformen im Krankenhausbereich zu liefern.

Der erste Teil des Buches wird die Krankenhäuser betreffenden Erfahrungen und Ergebnisse von Gesundheitsreformen zusammenfassen und diskutieren. Der zweite Teil wird verschiedene Kapitel zu bestimmten Schwerpunktthemen umfassen. Hier wird auszugsweise auf drei der in dem Buch abgehandelten Fragestellungen eingegangen, die sich gewöhnlich bei Gesundheitsreformen stellen, nämlich der Frage nach dem Stellenwert des Krankenhauses in einem Gesundheitssystem, der Frage, wie groß ein Krankenhaus sein soll oder sein darf, und der Frage, wie die Leistungen und Abläufe im Krankenhaus verbessert werden können.

##### 5.1 Stellenwert der Krankenhäuser im Gesundheitssystem

Ein Blick auf die historische Entwicklung von Krankenhäusern in Europa lässt erkennen, dass sich entsprechend des sozialen und wirtschaftlichen Wandels einer Gesellschaft auch die Rolle und Funktion der Krankenhäuser und damit die ihnen in einem jeweiligen Gesundheitssystem zugeschriebene Wertigkeit verändert hat. Die Entwicklung reicht von Sterbehospizen über Anstalten für die Armen bis hin zu hochmodernen, hoch technisierten 'Dienstleistungszentren'. Auch heute spiegelt das Krankenhaus die sehr unterschiedlichen Sozial-, Gesundheits- und Wirtschaftssysteme der Länder Europas wider.

Bei näherer Betrachtungsweise kristallisieren sich drei grundsätzliche Entwicklungen in Europa und Zentralasien heraus. Die Länder der ehemaligen Sowjetunion haben bei weitem die meisten Krankenhäuser. Auf 100.000 Einwohner kommen 8 Krankenhäuser, darunter einige wenige sehr große und eine Vielzahl kleinerer. Die Länder der Europäischen Union haben dagegen nur etwa halb so viele (also 4 pro 100.000), und die mittel- und osteuropäischen Staaten sogar nur 2 pro 100.000, allerdings zumeist sehr große.

Die Zahl der Betten pro 100.000 Einwohner in Akutkrankenhäusern hat sich in der Europäischen Union seit den 70er Jahren stetig verringert, wobei es natürlich Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gibt. Die Bettenzahl in den Mittel- und Osteuropäischen Staaten ist in den 90er Jahren aufgrund verschiedener Gesundheitsreformen ebenfalls zurückgegangen. In den Staaten der ehemaligen Sowjetunion waren sogar drastische Bettenreduktionen um mehr als ein Drittel zwischen 1991 und 1997 zu beobachten.

In Westeuropa konzentrierte man sich während der 90er Jahre v.a. auf die Akutversorgung im Krankenhaus. Patienten, die einer Langzeitbehandlung oder überwiegend Pflege bedurften, wurden von den Krankenhäusern in entsprechende Pflegeeinrichtungen verlegt. Dieses Fokussieren auf die Akutbehandlung, gefolgt von immer kürzeren Behandlungszeiten, ist ursächlich für die Abnahme der Dauer der Verweildauern. Diese fiel durchschnittlich in der Europäischen Union drastisch von 16 Tagen im Jahr 1970 auf 8 Tage im Jahr 1996; auch in den mittel- und osteuropäischen Staaten wurde die Verweildauer in den 90er Jahren reduziert. Nur die durchschnittlichen Dauern in den Staaten der ehemaligen Sowjetunion sind mit ca. 14 Tagen (noch) relativ hoch. Die verbreitete Meinung, dass die kürzeren Krankenhausaufenthalte keinen negativen Einfluss auf die Outcomes hatten, ist strittig und die in einzelnen Settings gewonnenen Ergebnisse können nicht ohne weiteres auf andere übertragen werden.

Ein anderes Zauberwort bezüglich des Wandels im Krankensektor ist "Substitution". Die dahinter stehende Argumentation ist, dass die Krankenhäuser eine zu dominante Rolle im Gesundheitssystem spielen und dass ein großer Anteil der Krankenhausbehandlungen effektiver und effizienter auf anderem Wege geleistet werden könne. Solche Substitutionspläne betreffen die verschiedensten Ebenen, z.B. die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung, die Arbeitsverrichtung durch Pflegepersonal an Stelle von Ärzten oder der Ersatz chirurgischer Methoden durch Arzneimittel. Aber die Argumentation, dass solche Substitutionen immer kosteneffektiver sind, kann bisher nicht grundsätzlich durch Forschungsergebnisse gestützt werden.<sup>2</sup>

## 5.2 Sind grössere Krankenhäuser besser?

Die Größe eines Krankenhauses ist ein weiterer zentraler Punkt in der Debatte um Krankenhausumstrukturierungen. Es gab bisher einen recht hartnäckigen Trend, kleine und spezialisierte Krankenhäuser zu schließen und die dort erbrachten Leistungen in großen Krankenhäusern zu etablieren. Dabei wurde auf zweierlei Weise für eine solche Form der Zentralisierung argumentiert. Das erste Argument ist, dass Krankenhäuser, die viele Behandlungen durchführen, eine geringere Mortalität und geringere Komplikationsraten aufweisen. Das Zweite ist das der 'economies of scale', das besagt, je mehr Leistungen in einem Krankenhaus angeboten würden, umso effizienter könnten diese erbracht werden. Die bisherigen empirischen Ergebnisse unterstützen diese These allerdings nur dürftig. In Industrieländern ist sogar davon auszugehen, dass Krankenhäuser ab einer Größe von über 650 Betten ineffizient werden.

Systematische Untersuchungen von Volumen und Outcome eines Krankenhauses haben ergeben, dass die weit verbreitete Ansicht, ein größeres Volumen führe zu einem besseren Outcome, mit Vorsicht zu genießen ist (vgl. Ferguson et al. 1997). Zum einen wurde in den

meisten Studien die Unterschiedlichkeit der Patienten nicht ausreichend berücksichtigt. Zweitens, selbst wenn tatsächlich eine Kausalbeziehung existieren sollte, so kann die Richtung der Kausalität nicht eindeutig bestimmt werden. Drittens, Verbesserungen in der Qualität der Versorgung könnten möglicherweise eher durch die bessere Spezialisierung innerhalb des Krankenhauses erreicht worden sein als durch die Vergrößerung desselben. Viertens, die Messung der Mortalität als Indikator für das Outcome ist zwar wichtig und auch gut messbar, aber zu wenig aussagekräftig, um die Qualität der Versorgung zu bestimmen. Fünftens, die Forschung hat sich zu stark auf die Leistungszahlen pro Krankenhaus und weniger auf die Anzahl pro Arzt konzentriert.

Die in Kauf genommenen Einschränkungen bei der Patientenwahl und beim Patientenzugang könnten den möglichen Vorteilen, die eine Zentralisierung von Krankenhäusern mit sich brächte, entgegenstehen. Geografisch gesehen würde sich der Einzugsbereich deutlich vergrößern. Für Patienten, die deshalb nicht in nächster Nähe versorgt werden können, bedeutet dies aber mindestens höhere Reisekosten, wenn nicht sogar, dass nur die, die sich den Aufwand leisten können, eine Versorgung erhalten. Was nützen also größere Krankenhäuser, selbst wenn die Leistungen effizienter wären, wenn sie die, die die Leistung brauchen, nicht erreichen können? Viele Studien belegen, dass die räumliche Distanz, die ein Patient zum Krankenhaus überbrücken muss, ein ernst zu nehmender Faktor ist. Will man dem Gleichheitsanspruch beim Zugang zur Versorgung genügen, muss dies unbedingt berücksichtigt werden.

## 5.3 Verbesserung der Krankenhausabläufe und -leistungen

Krankenhäuser unternehmen mittlerweile erhebliche Anstrengungen, um die organisatorischen und personellen Abläufe und Leistungen zu verbessern. Das beinhaltet z.B. die Schaffung von Anreizen für das medizinische Personal und die Verbesserung der organisatorischen bzw. verwaltungstechnischen Abläufe, die Verbreitung der Prinzipien der evidenz-basierten Medizin und die verschiedenen Techniken des Qualitätsmanagements. Das alles bedeutet allerdings nicht, dass sich notwendigerweise der Klinikalltag entscheidend geändert hat; die Suche nach besseren Regulationsmechanismen und neuen Anreizen geht weiter. Dies ist ein sehr komplexes Thema mit vielen Thesen und wenig empirischen Erfahrungen darüber, was wirklich etwas nützt.

Die Art der Organisationsstruktur kann die Qualität der Versorgung ebenfalls beeinflussen. So belegt z.B. eine amerikanische Studie, dass Krankenhäuser, dessen Pflegepersonal sein Arbeitsumfeld als positiv wirkend auf die eigene Tätigkeit ansah, eine signifikant niedrigere Mortalität erreichten als andere vergleichbare Krankenhäuser (Aiken et al. 1994)<sup>3</sup>. Dieses Ergebnis stimmt im Übrigen mit denen anderer Studien überein, die ebenfalls belegten, dass die einflussreichsten Parameter für ein besseres

Patienten-Outcome organisatorische Faktoren wie eine patientenorientierte Sichtweise, ein professioneller Führungsstil, gute und effektive Zusammenarbeit und ein offener Umgang mit auftretenden Problemen sind.

Angebotsorientierte Anreizsysteme sind ein weiterer Versuch, die Abläufe und Leistungen im Krankenhaus zu verbessern. Es wurden neue Entgeltsysteme im öffentlichen Sektor als auch in quasi-markt- und marktorientierten Gesundheitssystemen eingeführt. Beträchtliche Arbeit wurde in die Verfeinerung der Finanzierung mittels der DRGs (diagnostis related groups) investiert. Schließlich wird wohl das ideale Vergütungssystem dasjenige sein, das Anreize für eine effektive, effiziente und gleiche Versorgung bietet, ohne dabei zu pervertieren, und mit nur minimalen Transaktionskosten auskommt. In der Praxis fehlt vielen der derzeit existierenden Systeme mindestens einer, wenn nicht mehrere der genannten Punkte. Und obwohl es wahrscheinlich unmöglich ist, das "perfekte System" zu erreichen, besteht doch ein grosser Bedarf danach, Pro und Contra der verschiedenen bestehenden Modelle zu erörtern.

Dieser kurze Abriss aus den Überlegungen, die einem vom European Observatory herausgegeben Buch zugrunde liegen, mag an dieser Stelle genügen, um einen Einblick in die Art der Fragestellung und der Arbeitsweise zu gewähren. Die herausgegriffenen Punkte machen deutlich, dass das Observatory die verschiedenen Meinungen und vermeintlichen Lösungsansätze zu bestimmten Themen kritisch hinterfragt und durchleuchtet. Eine solche Herangehensweise erscheint die einzig vernünftige, um eine Basis schaffen zu können, von der aus sich Praktiker mit qualifizierten Hintergrundinformationen versorgen können.

## 6. Dissemination

Eine Schlüsselrolle für das Erreichen der gesteckten Ziele des Observatory spielt die Verbreitung der Informationen, Ergebnisse und Empfehlungen. Um den Zugang für Akteure, Wissenschaftler und auch international tätige Organisationen zu öffnen, bedient sich das Observatory verschiedener Mittel:

- Der "Euro Observer – Newsletter of the Observatory" erscheint drei- bis viermal jährlich. Er berichtet über Aktivitäten des Observatory und weist auf neue Veröffentlichungen hin. Ein weiterer Bestandteil sind kurze Berichte zu Gesundheitsreformen in Europa. Es besteht die Möglichkeit, sich in den Verteiler aufnehmen zu lassen (s.u.).
- Die Health Care Systems in Transition Profiles (HiTs), die auf Anfrage verschickt werden oder auch von der Website des Observatory heruntergeladen werden können.
- Die Buchserie, die die vergleichenden regionalen sowie die analytischen Studien umfasst wird; die ersten Bände werden vermutlich gegen Ende dieses Jahres vorliegen. (Da der Druckprozess eingeständenermaßen lange dauert und auch die Frage von Übersetzungen aus dem Englischen noch nicht geklärt ist, werden in

Arbeit & Sozialpolitik weitere Ergebnisse des Observatory zusammenfassend dargestellt werden, um sie deutschsprachigen Lesern zeitnah zugänglich zu machen.)

- Vorläufer der Observatory-Publikationen sind "European Health Care Reform: analysis of current strategies" (WHO Europe 1997) und "Critical challenges in health care reform in Europe" (Saltman et al. 1998), die viele der Themen bereits aufgreifen und analysierend darstellen.
- Die Internet-Webseite des Observatory: <http://www.observatory.dk>
- Vorträge auf Konferenzen und Tagungen

## 7. Training

Neben den bereits vorgestellten Publikationen initiiert das Observatory Kurse und Seminare zu verschiedenen Themengebieten. Jährlich findet die Dubrovnik Summer School statt. 1999 stand sie unter dem Thema: "Making it happen: Implementing Health Care Reforms in Europe". Wie in den beiden Jahren zuvor bot auch dieser Kurs erfolgreich eine Plattform für praktisches und interaktives Lehren und Lernen und konnte von namhaften Experten profitieren. Der Kurs war für Teilnehmer aus solchen Berufsgruppen konzipiert, die sich vornehmlich mit der Implementation von Reformen in Gesundheitssystemen beschäftigen. So repräsentierten die 133 Teilnehmer Ministerien und regionales Gesundheitsdienste, Krankenhausmanager und Pharmaunternehmen, Krankenversicherungen und internationale Organisationene aus 37 Ländern der Europäischen Region, Kanada, Mongolei, Israel und den USA. Das Programm beinhaltete u.a. einen allgemeinen Überblick über Gesundheitsreformen, die Determinanten für Gesundheit in Europa, den politischen Kontext, in dem Implementationen von Reformen stattfinden, sowie Methoden zur Evaluation. Anhand von Fallstudien aus Großbritannien, Kroatien, Deutschland und Griechenland wurden individuelle Erfahrungen und spezielle Bereiche wie Finanzierung und Versorgung vorgestellt und diskutiert. Schließlich konnten die Teilnehmer in Arbeitsgruppen Aspekte zur Reformierung der Finanzierung des Gesundheitswesens in Russland und der Primaerversorgung in Spanien diskutieren und erarbeiten.

Die Dubrovnik Summer School hat gezeigt, wie sinnvoll Bündelung und Austausch von internationalen Erfahrungen in diesem Sektor sind, und dass eine evidenz-basierte, praxisnahe Vermittlung dieser Kenntnisse auf fruchtbaren Boden fällt. Daher wird diese Veranstaltung auch in diesem Jahr wieder stattfinden – dabei ist als Thema "Evaluation von Gesundheitsreformen" angedacht.

Eine andere Art von Training sind die vom European Observatory angebotenen Hospitationsmöglichkeiten in London, Kopenhagen oder Madrid. Dieses Angebot wird von der Idee geleitet, Entscheidungsträger an den Umgang mit Daten und (Studien-) Ergebnissen heranzuführen und sie in die Lage zu versetzen, Gesundheitsreformstrategien und andere Gesundheitssysteme zu analysieren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Bedarf nach den Informationen besteht, die das European Observatory erarbeitet und anbietet. Die Zukunft wird zeigen, ob diese von den Entscheidungsträgern wie erhofft zur Kenntnis genommen, in ihre Überlegungen einbezogen und schließlich zur erhofften Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den Ländern der Europäischen Region führen werden.

#### Fussnoten

- 1 Solche Abweichungen – sofern sie denn überhaupt entdeckt werden – erfordern oft eine ausgedehnte und nicht immer erfolgreiche Suche nach den Ursachen. Die können z.B. auf der Zählerseite darin liegen, dass nicht genau zwischen „approbierten Ärzten“ und „praktizierenden Ärzten“ oder zwischen „Betten in Akutkrankenhäusern“ und „Betten in allen Krankenhäusern“ unterschieden wird, sofern die Systemunterschiede solche Abgrenzungen zulassen. Auch muss der Nenner oft hinterfragt werden: Bezieht sich die Säuglingssterblichkeit z.B. auf die in dem Land geborenen Kinder oder auf die Staatsbürger des Landes? Werden die englischen oder die britischen Krankenhausbetten mit der Bevölkerung von ganz Großbritannien in Beziehung gesetzt? (Schwartz & Busse 1998)
- 2 In diesem Zusammenhang sei auf die kürzlich publizierte Studie zum Vergleich von stationärer mit häuslicher Versorgung bei erwachsenen Patienten mit Mukoviszidose hingewiesen. Dabei zeigte sich, dass unter deutschen Systembedingungen ambulante Behandlung für diese Patienten teurer als die stationäre – im Universitätsklinikum! – ist (Krauth et al. 1999).
- 3 Ob dieser Zusammenhang so auch für deutsche Krankenhäuser zutrifft, ist derzeit Gegenstand eines Projektes im Rahmen des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health, das in Zusammenarbeit mit den US-Wissenschaftlern durchgeführt wird (Körner et al. 1999).

#### Literatur

- Aiken LH, Smith HL, Lake ET (1994): Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care* 32: 771-787
- European Observatory on Health Care Systems (2000): Health care systems in transition – Germany. Written by R. Busse. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems
- Ferguson B, Sheldon T, Posnett J (Hg.) (1997): Concentration and choice in healthcare. Glasgow: Royal Society of Medicine Press
- Körner T, Müller-Mundt G, Busse R (1999): Internationale Studie: Erfolgsfaktor Pflegepersonal. *Gesundheit und Gesellschaft* 2(12): 14-15
- Krauth C, Busse R, Smaczny C, Ullrich G, Wagner TOF, Weber J, Welte T (1999): Kostenvergleichsanalyse der stationären und ambulanten Invervalltherapie bei erwachsenen Mukoviszidose-Patienten: Ergebnisse einer prospektiven kontrollierten Studie. *Med Klinik* 94(10): 541-548
- Perleth M, Busse R, Schwartz FW (1996): Europäisches Netzwerk soll „informierte Entscheidungen“ in der Gesundheitspolitik ermöglichen. *Arbeit & Sozialpolitik* 50(7/8): 55-56
- Saltman RB, Figueras J, Sakellariades C (Hg.) (1998): Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham-Philadelphia: Open University Press
- Schwartz FW, Busse R (1998): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hg.) *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg, S. 385-411
- WHO Europe (1997): European health care reform – Analysis of current strategies. Written and edited by R.B. Saltman and J. Figueras. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Annedore Flüchter

## Kollektivverträge und Konfliktlösung im SGB V

### Wirksamkeit und Wirkungsweise im Verhältnis zu den vertragschließenden Verbänden und den einzelnen Kassen und Leistungserbringern

Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt einer ständigen Flut von Änderungen. Neben den Regelungen zum Leistungsrecht steht auch die Ausgestaltung des Leistungserbringungsrechts zur Debatte.

Die Arbeit von A. Flüchter nimmt das derzeit geltende Kollektivvertragsrecht in den Blick. Im Anschluß an eine Darstellung seiner Grundlagen und paralleler Sachverhalte im kollektiven Arbeitsrecht untersucht die Verfasserin umfassend, ob das bestehende Kollektivvertragssystem gewährleistet, daß überhaupt Vereinbarungen zustande kommen und dadurch das angestrebte Ziel erreicht wird, verbindliche Regelungen für die einzelnen Kassen und Leistungserbringer zu schaffen. Sie bezieht dabei alle im SGB V vorgesehenen Kollektivvereinbarungen zwischen Verbänden der Kassen und der Leistungsträger und die verschiedenen Möglichkeiten der Konfliktlösung sowie deren Zulässigkeit mit ein. Schließlich wird untersucht, wann und unter welchen Voraussetzungen die Verbindlichkeit der Verträge für einzelne Kassen und Leistungserbringer beginnt bzw. endet.

Insgesamt vermittelt die Arbeit einen grundlegenden Überblick über die Funktionsfähigkeit des Kollektivvertragsrechts und ist damit ein unverzichtbarer Ratgeber für jeden, der täglich mit dem Kollektivvertragsrecht arbeiten muß.

2000, 234 S., brosch., 78,- DM, 569,- öS, 71,- sFr;  
ISBN 3-7890-6645-1  
(Arbeits- und Sozialrecht, Bd. 56)



**NOMOS Verlagsgesellschaft**  
**76520 Baden-Baden**