

# Kann Deutschland von anderen lernen?

## Gesundheitssystem- und Medizintechnologie-Management im Vergleich

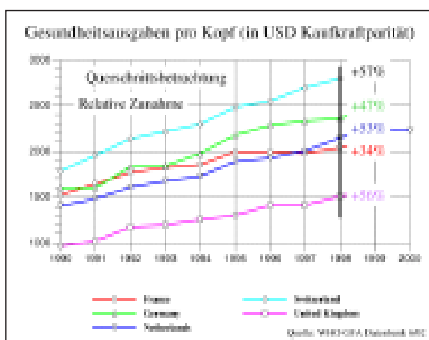
Häufig wird in den Medien und in Diskussionen die Ansicht vertreten, dass in keinem anderen Land soviel Geld in das Gesundheitswesen fließt wie in Deutschland. Gleichzeitig seien die Ergebnisse des deutschen Gesundheitswesens bestenfalls durchschnittlich und in der Qualität liege es im internationalen Vergleich weit zurück. Folgerichtig mangelt es nicht an Reformvorschlägen, von den Gesundheitssystemen anderer Staaten zu lernen und deren Elemente teilweise zu übernehmen. Reinhard Busse gab in seiner Antrittsvorlesung im Januar 2003 einen europäischen Überblick.



**Prof. Dr. med. Reinhard Busse leitet das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen am Institut für Gesundheitswissenschaften – Public Health der TU Berlin. Er ist u. a. Mitglied im Gesundheitspolitischen Beirat von Bündnis 90/Die Grünen und im Wissenschaftlichen Beirat des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen**

So wird beispielsweise gefordert, Kopfpauschalen wie in der Schweiz, eine Hausarztversorgung wie in den Niederlanden oder ein Mammographie-Screening wie in Schweden einzuführen.

Tatsächlich erweisen sich Vergleiche zwischen Gesundheitssystemen als sehr schwierig. Allein einer der größten Indikatoren, die Gesundheitsausgaben eines Gesundheitssystems, verdeutlicht, wie komplex Vergleiche sind. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Kopf (Kaufkraftparitäten in US \$) der fünf Staaten Frankreich, Deutschland, Niederlande, Schweiz und Vereinigtes Königreich in den Jahren 1990 bis 1998.

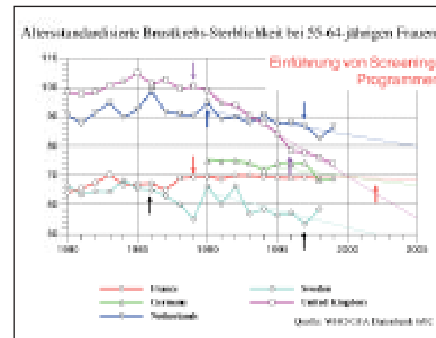


Die Querschnittsbetrachtung des Jahres 1998 ergibt folgende Rangfolge in Bezug auf die Höhe der Gesundheitsausgaben: Spitzenreiter ist die Schweiz gefolgt von Deutschland, den Niederlanden, Frankreich und zuletzt das

Vereinigte Königreich. Betrachtet man dagegen die relative Zunahme der Gesundheitsausgaben der gleichen Länder im Zeitraum 1990 bis 1998 so liegt ebenfalls die Schweiz mit +57 % vorne. An zweiter Stelle steht jedoch dann das Vereinigte Königreich mit einer Zunahme von +56 %, gefolgt von den Niederlanden (+53 %). Erst an vierter Stelle erscheint Deutschland mit einer Zunahme um 47 % und das Schlusslicht bildet Frankreich mit einem Wachstum von 34 %.

Offensichtlich lassen sich leicht weitere Dimensionen des Vergleichs von Gesundheitsausgaben finden und dieses einfache Beispiel zeigt schon, dass sich exakte Aussagen nur unter klarer Eingrenzung des Ge-

genstandes treffen lassen und mithin auch Aussagen über die Qualität des deutschen Gesundheitswesens sachlich und zeitlich präzise sein müssen.



Die Abbildung (1.) zeigt die Entwicklung der altersstandardisierten Brustkrebs-Sterblichkeit bei 55- bis 64-jährigen Frauen in fünf Staaten (die Pfeile im Diagramm zeigen die Einführung eines Screening-Programms an) im Zeit-

raum 1980 bis 1999. Der Abbildung ist zu entnehmen, dass die altersstandardisierte Brustkrebs-Sterblichkeit im internationalen und intertemporalen Vergleich variiert. Der Einführung eines Screening-Programms schloss sich meistens ein Absenken der Brustkrebs-Sterblichkeit an. Die Abbildung wirft die Frage auf, warum in Deutschland weniger Frauen an Brustkrebs sterben als im Vereinigten Königreich oder in den Niederlanden. Liegt dies an guter Behandlung oder schlicht daran, dass weniger Frauen an Brustkrebs erkranken? Während wir für die meisten Erkrankungen die Zahl der Erkrankten gar nicht kennen, erlauben uns die altersstandardisierten GLOBOCAN-Daten zu erkennen, dass die Behandlungseffektivität in Deutschland hinter Schweden, Frankreich und den Niederlanden zurücksteht und nur vor dem Vereinigten Königreich liegt.

Die Beispiele verdeutlichen die Nützlichkeit von internationalen Vergleichen. Diese erfordern aber eine sorgfältige und methodisch geschulte Interpretation von Daten. Ein Überblick über derzeit vorhandene internationale Vergleiche erlauben folgende Schlussfolgerungen: – Deutschland bietet für sein (vieles!) Geld den Patienten kundenfreundlich und bedürfnisorientiert wahrgenommene Leistungen, die im europäischen Spitzenfeld liegen.

– Bezüglich Qualität und Effektivität kommen Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen – von »sehr gut« bis »ungenügend«.

Internationale Vergleiche können dazu dienen, die Position des deutschen Gesundheitswesens im Sinne eines Benchmarkings immer wieder erneut zu verorten. Gegenwärtig nimmt das deutsche Gesundheitswesen je nach Gegenstandsbereich unterschiedliche Stellungen ein. Internationale Vergleiche können auch helfen, Effizienz- und Effektivitätsreserven aufzuspüren. Angesichts sich zukünftig verschärfender Diskussionen um die Frage, welche medizinischen Leistungen noch von einer gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden können, gewinnt ein solches Vorgehen an Bedeutung, um solidarisch aufgebrauchte Mittel bestmöglich einzusetzen.

**Reinhard Busse**

### Kontakt:

Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Institut für Gesundheitswissenschaften – Public Health der TU Berlin, Tel.: 030/314-28420, E-Mail: mig@tu-berlin.de, www.mig.tu-berlin.de