

1 Die deutschen Krankenhäuser – international auf dem Weg an die Spitze

Noch vor kurzem hatten deutsche Krankenhäuser einen schlechten Leumund. Ihre mangelnde Leistungsfähigkeit war Topthema in Medien und Öffentlichkeit. „Viel zu viele Betten“, „überlange Verweildauern“, „antiquiertes Finanzierungssystem“ – Schlagworte wie diese prägten die Pressekommentare und bestimmten den Tenor der TV-Talkshows. Als überlegene Alternative wurden Erfolgsbeispiele aus anderen Ländern angeführt. Bewunderung fanden vor allem die hohe Versorgungsqualität US-amerikanischer Spitzenkliniken, das kostengünstige „National Health Service“-System in Großbritannien oder die ambulante Facharztversorgung in den Niederlanden.

Inzwischen mehren sich die Stimmen, dass Deutschlands Krankenhäuser doch wohl besser sind als ihr Ruf. Zur wachsenden Nachdenklichkeit beigetragen haben sicherlich die Protestmärsche von Ärzten und Pflegeern – und natürlich auch die Medienkampagnen ihrer Interessenvertreter. Wie es scheint, ist der Arbeitsdruck im Klinikalltag besonders hoch. Und statt Verschwendung herrscht vielerorts eher Sparwut, seit Jahren schon und manchmal sicherlich übertrieben.

Was stimmt nun wirklich? Wo stehen die deutschen Krankenhäuser im internationalen Vergleich? Wie sehen relevante, international nutzbare Leistungsindikatoren für die verschiedenen nationalen Krankenhaussysteme aus? Wie lässt sich Wirtschaftlichkeit verlässlich messen? Wo besteht objektiver Verbesserungsbedarf gegenüber den Krankenhaussystemen anderer Länder?

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse eines internationalen Vergleichs lassen die Leistungen des deutschen Krankenhausesektors in einem deutlich anderen Licht erscheinen. Denn vergleicht man nationale Krankenhaussysteme hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen, so schneidet das deutsche System insgesamt erstaunlich gut ab.

Bei *Wirtschaftlichkeit* und *Kostengünstigkeit* nimmt das deutsche System – selbst wenn es von Haus zu Haus noch erhebliche Unterschiede geben mag – bereits heute einen Spitzenplatz ein. Auch hinsichtlich *Angebotsbreite* und *Zugänglichkeit* erzielt das deutsche Krankenhaussystem im Ländervergleich – aus Sicht der Patienten – Bestnoten. Allein das Urteil über die *Qualität* fällt weniger eindeutig und positiv aus. Die Datenlage ist wenig transparent und die Einschätzungen divergieren stark, je nachdem, welche Sichtweisen man sich zu eigen macht. Zudem scheint es, wie Praxiserfahrungen vermuten lassen, durchaus fraglich, ob in jedem Einzelfall tatsächlich eine gleich hohe klinische Behandlungsqualität erreicht wird.

International betrachtet ist der deutsche Krankenhaussektor mithin weit besser als sein Ruf. Vor allem der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit lässt sich pauschal nicht länger aufrechterhalten. Bislang ist allerdings noch ungeklärt, wie der Sektor zukunftssicher finanziert werden kann. Darüber hinaus müssen sich die Betreiber jedes einzelnen Krankenhauses fragen, ob ihr Krankenhaus ähnlich erfolgreich zu wirtschaften vermag, wie das beste Drittel der Vergleichskrankenhäuser.

1.1 Im internationalen Vergleich arbeiten deutsche Krankenhäuser sehr kostengünstig

Mit Gesamtausgaben von ca. 240 Mrd. EUR und einem Anteil von 10,6% am Bruttoinlandsprodukt (2003) gilt das deutsche Gesundheitssystem nach allgemeiner Einschätzung als unwirtschaftlich und zunehmend unfinanzierbar. Nur die USA, Schweiz und Frankreich liegen, was den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt anbelangt, mit Werten von 15,2%, 11,5% und 11,0% noch vor Deutschland.¹

Wichtigster Kostenblock innerhalb des Systems ist der Krankenhaussektor: Auf diesen entfallen rund 25% aller Kosten – bei einem Gesamtausgabenvolumen von jährlich ca. 62 Mrd. EUR.² Unbestreitbar sind insbesondere die vielfältigen Finanzierungsprobleme der öffentlich-rechtlich geführten Krankenhäuser und die seit Jahren anhaltende Privatisierungswelle.

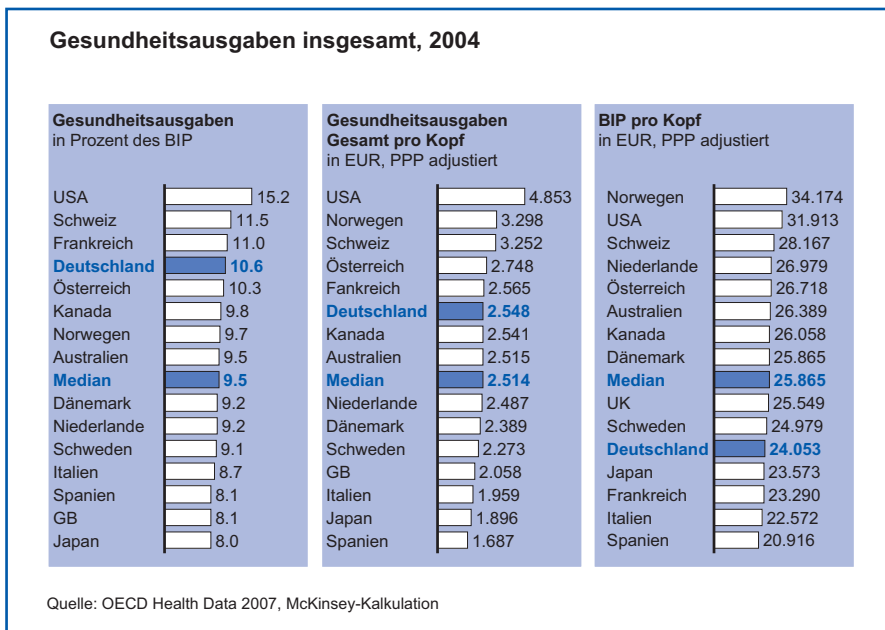


Abb. 1.1. Die Gesundheitsausgaben liegen in Deutschland absolut über denen der Vergleichsländer, kaufbereinigt allerdings darunter

Für einen internationalen Vergleich sowohl der Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems als auch explizit des Krankenhausbereichs bieten sich die OECD Health Data 2007 an: Dieser Datensatz basiert auf den Kostendaten des Jahres 2004 und wurde standardisiert innerhalb der einzelnen Länder erhoben, um die Vergleichbarkeit der Daten zu ermöglichen.³

Adjustiert nach der jeweiligen Kaufkraft, bilden die OECD Health Data 2007 eine aussagekräftige Grundlage für den Vergleich der Leistungsausgaben innerhalb der einzelnen Länder. Auf Basis der vorliegenden Daten ergibt sich ein unerwartet positives Bild (Abb. 1.1). Bei den absoluten – und um die Kaufkraftunterschiede in den einzelnen Ländern bereinigten – Leistungsausgaben liegt Deutschland mit jährlichen Gesamtgesundheitsausgaben von 2.548 EUR je Einwohner nur unwesentlich über dem Median der OECD-Vergleichsländer von 2.514 EUR je Einwohner. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt liegen allerdings die Gesundheitsausgaben in Deutschland mit einem Anteil von 10,6% deutlich über dem Median der Vergleichsländer von 9,5%. Dieser Unterschied ergibt sich aus der schwachen Pro-Kopf-Quote in Deutschland: Mit einem BIP von 24.053 EUR je Einwohner erreicht Deutschland gerade mal Platz 12 unter den 16 Vergleichsländern; nur Frankreich, Japan, Italien und Spanien schneiden noch ungünstiger ab.

Die OECD Health Data erlauben eine weitere Differenzierung der Gesamtausgaben im Hinblick auf die einzelnen Leistungsbereiche (Abb. 1.2). So entfallen in

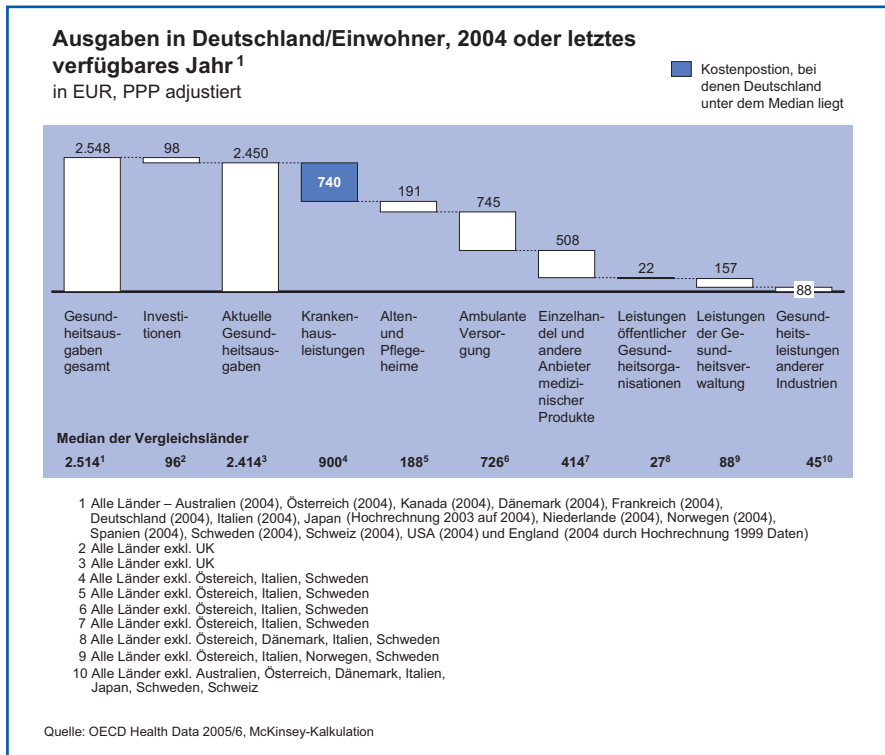


Abb. 1.2. Die stationäre Versorgung ist der größte Kostenblock des deutschen Gesundheitswesens

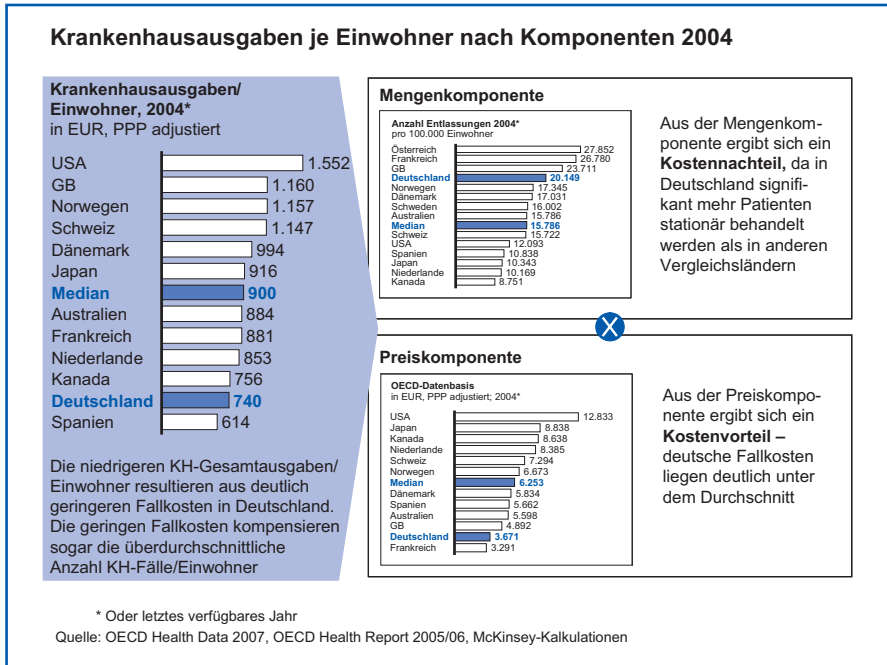


Abb. 1.3. Krankenhauskosten je Einwohner, stationäre Fallzahlen und Krankenhausfallkosten im internationalen Vergleich

Deutschland etwa von den zuletzt jährlich 2.548 EUR Gesamtgesundheitsausgaben je Einwohner 740 EUR auf den Krankenhausbereich.

Gemessen an den Ausgaben anderer Länder für die stationäre Versorgung sind die Ausgaben in Deutschland vergleichsweise niedrig (Abb. 1.3). Nur Spanien weist im OECD-Vergleich einen noch niedrigeren Wert auf. Daher steht – auch wenn dies überraschen mag – eines fest: Die überproportional hohen deutschen Gesundheitsausgaben sind *nicht* dem deutschen Krankensektor anzulasten. Im Gegenteil: Die deutschen Krankenhäuser erweisen sich – als Gruppe – im internationalen Vergleich als sehr wirtschaftlich und äußerst effizient. Besonders beeindruckend sind die geringen Krankenhausausgaben je Einwohner angesichts der starken Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in Deutschland.

Um die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen verlässlich zu erheben, bieten sich zwei Indikatoren an: Verweildauer und jährliche Anzahl der stationären Entlassungen. Für das deutsche System weisen die OECD Health Data 2007 lange, aber kontinuierlich *sinkende Verweildauern* sowie eine *große Anzahl stationärer Entlassungen* aus. Mit 20.149 Entlassungen je 100.000 Einwohner (2004) übertrifft die Bundesrepublik den Median der Vergleichsländer um rund 28%; dieser liegt bei lediglich 15.786 Entlassungen je 100.000 Einwohner. Erstaunlich ist, dass die überdurchschnittlich starke Inanspruchnahme stationärer Leistungen einhergeht mit einer im internationalen Vergleich ebenfalls starken Inanspruchnahme ambu-

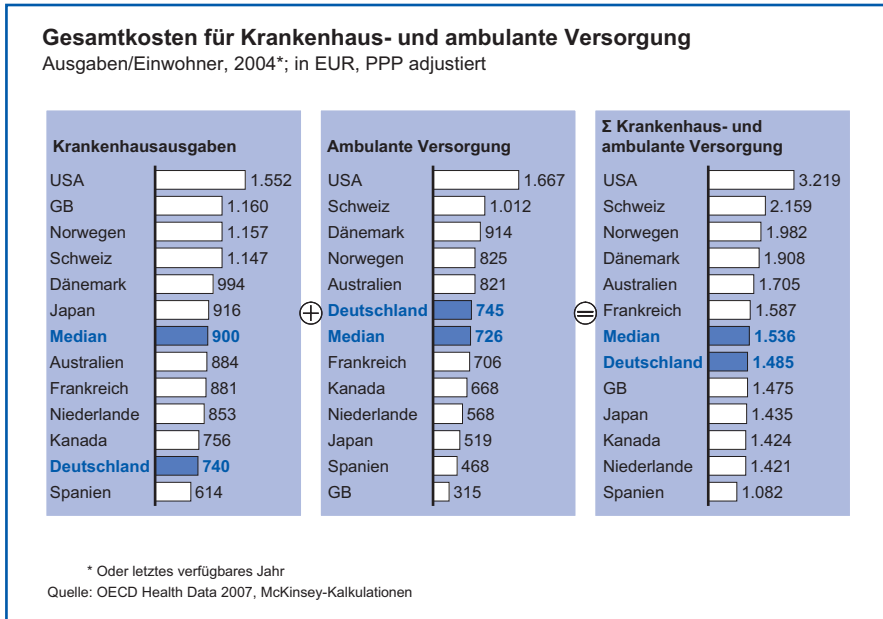


Abb. 1.4. Die ärztliche Versorgung ist in Deutschland kostengünstiger als in vielen anderen Ländern

lanter Leistungen (Abb. 1.4). Augenscheinlich besteht im deutschen System eine überdurchschnittlich hohe Nachfrage nach Versorgungsleistungen. Und bemerkenswerterweise vermögen die niedrigen Krankenhauskosten sogar die überdurchschnittlichen Ausgaben im ambulanten Bereich von 745 EUR je Einwohner (Median 726 EUR) zu kompensieren⁴.

Damit liegt Deutschland auch in der Gesamtbetrachtung der jährlichen ambulanten und stationären Ausgaben je Einwohner mit 1.485 EUR noch unter dem Median von 1.536 EUR. Nur in Großbritannien mit 1.475 EUR, Japan mit 1.435 EUR, Kanada mit 1.424 EUR, den Niederlanden mit 1.421 EUR sowie in Spanien mit 1.082 EUR sind diese Ausgaben noch niedriger.⁵ Weitgehend unstrittig ist, dass es in Deutschland eine Reihe stationärer Fälle gibt, die in anderen Ländern ambulant behandelt werden. Dies mag erklären, warum Deutschland aktuell mit die höchsten stationären Fallzahlen im OECD-Vergleich aufweist. Dennoch sind die Krankenhausausgaben je Einwohner gering. Der Grund dafür liegt in den sehr *niedrigen Fallkosten im internationalen Vergleich*. In Deutschland belaufen sich die durchschnittlichen Krankenhauskosten je Fall für das OECD-Vergleichsjahr 2004 auf rund 3.671 EUR. Mit diesem Wert gehört das deutsche System zu den kostengünstigsten im OECD-Vergleich. Der Median der Krankenhausfallkosten der OECD-Vergleichsländer liegt hier bei 6.253 EUR je Fall. Die vergleichsweise niedrigen Fallkosten beruhen auf einer sehr hohen Produktivität in der Leistungserbringung,

aber auch auf einer vergleichsweise geringen Entlohnung der Mitarbeiter. Insgesamt machen die Personalkosten rund 64% der Gesamtkosten eines durchschnittlichen Krankenhauses aus. Schlüsselt man die Personalkosten auf, so entfallen in einem Durchschnittskrankenhaus rund 25% auf die Ärzteschaft, 34% auf das Pflegepersonal, 24% auf den medizinisch-technischen Dienst bzw. den Funktionsdienst und die restlichen 17% auf Verwaltung und sonstige Bereiche.⁶

Über alle Funktionen und Einzelbereiche nehmen die Kliniken in Deutschland Spitzenpositionen bei der Personalproduktivität ein (Abb. 1.5). Insgesamt liegt Deutschland bei den klinischen Diensten auf Platz 2 hinter Österreich und steht bei den nicht klinischen Diensten sogar unangefochten an erster Stelle:

- Im *ärztlichen Dienst* kommen auf jeden Krankenhausarzt in Deutschland im Durchschnitt 146 Entlassungen; der Median der Vergleichsländer liegt bei 103. Nur Österreich schneidet hier mit 154 Entlassungen je Arzt noch besser ab.
- Beim *Pflegepersonal* weisen Deutschland und Österreich mit 52 Entlassungen je Pflegekraft gemeinsam die höchste Personalproduktivität auf.
- Beim *medizinisch-technischen Dienst* und *Funktionsdienst* liegen die deutschen Krankenhäuser international eher auf Durchschnittsniveau: Beide Dienste zusammen repräsentieren jedoch die mit Abstand kleinste Berufsgruppe im klinischen Bereich und fallen daher kostenmäßig kaum ins Gewicht. Damit

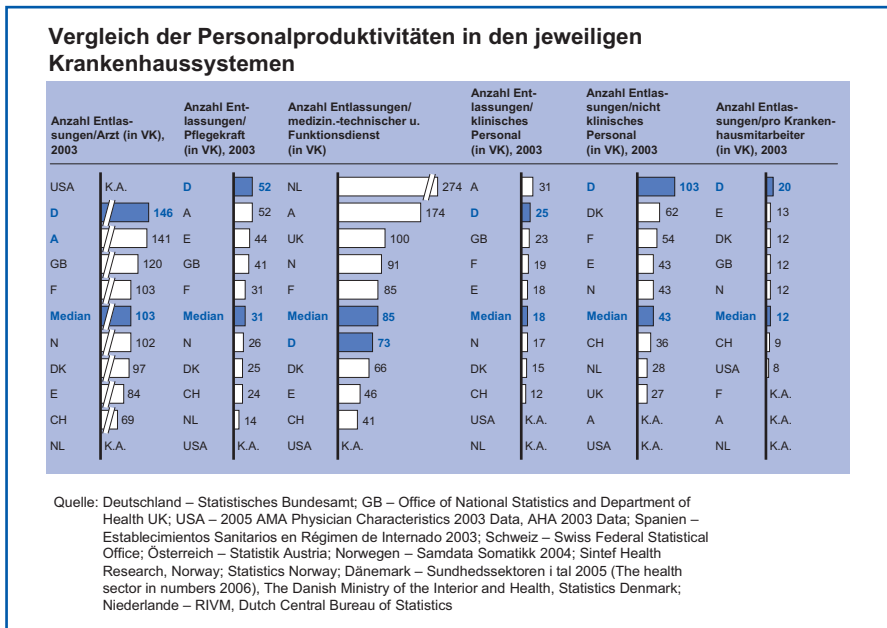


Abb. 1.5. Deutsche Krankenhäuser arbeiten vergleichsweise sehr produktiv

behält auch die Feststellung, dass die „weiße Berufsgruppe“ in Deutschland – in ihrer Gesamtheit betrachtet – ein hohes Produktivitätsniveau aufweist, ihre Gültigkeit.

In den nicht klinischen Bereichen der Serviceleistungen, z. B. Speiseversorgung, Reinigung und Wäsche, sowie in der Verwaltung sind die deutschen Krankenhäuser sogar auffallend produktiv: Bei gleichem Personalstand weisen sie eine um mindestens 50% höhere Produktivität auf als das nächstbeste Land (Spanien). Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass in deutschen Krankenhäusern viele Serviceleistungen fremdvergeben sind, während sie in anderen Ländern (noch) durch eigene Mitarbeiter erbracht werden. Statistisch lässt sich dieser Effekt leider nicht befriedigend eliminieren. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass im internationalen Vergleich insgesamt ein ordentliches Produktivitätsniveau erreicht wird – auch wenn die Zahlen selbst mit einem gewissen Maß an Vorsicht zu betrachten sind.

Wenngleich die Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern sehr viel leisten, verdienen sie keineswegs mehr als ihre Kollegen im Ausland. Im Gegenteil: Die höchste Produktivität geht einher mit einem tendenziell sehr niedrigen Gehaltsniveau. Für einen wirklich validen Vergleich fehlt es derzeit allerdings an einer zuverlässigen, allgemein zugänglichen Datenbasis. Hinzu kommt, dass sich in der Vergangenheit das Untersuchungsinteresse vorzugsweise auf Einkommensvergleiche konzentrierte, was zu erheblichen methodischen Mängeln führte und die Aussagekraft der Vergleiche entsprechend reduzierte. Von Land zu Land wurden

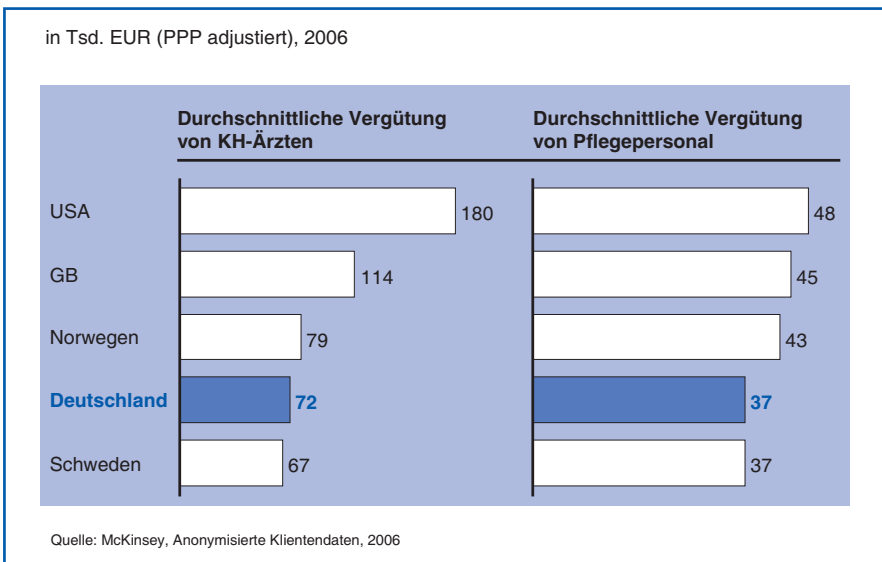


Abb. 1.6. Das Einkommen von Ärzten und Pflegepersonal ist in deutschen Krankenhäusern vergleichsweise gering

unterschiedliche Einkommensbestandteile wie etwa Privatliquidationen oder die Vergütung von Bereitschaftsdiensten in die Berechnung einbezogen. Zudem wurden die beträchtlichen Unterschiede in der beruflichen Qualifikation der in den Krankenhäusern jeweils tätigen Ärzte und Pfleger nicht angemessen berücksichtigt. Um diese methodischen Probleme zu umgehen, hat McKinsey auf Basis entsprechender Klientendaten jeweils die jährlichen Gesamtpersonalkosten je Vollzeitkraft (VK) für ausgewählte Industrieländer kaufkraftparitätisch verglichen. Ziel war es, die im OECD-Vergleich erstaunlich günstige Kostenposition der deutschen Krankenhäuser weiter zu plausibilisieren.⁷

Nach den Analysen ergeben sich für den ärztlichen Dienst in Deutschland durchschnittliche Kosten von 72.000 EUR je VK. Damit liegt Deutschland deutlich unter den USA (180.000 EUR), und Großbritannien (114.000 EUR) und immer noch rund 10% unter Norwegen (Abb. 1.6). Lediglich schwedische Kliniken weisen mit etwa 67.000 EUR günstigere Personalkosten auf.

Für den Pflegebereich ergibt sich ein ähnliches Bild, wenngleich die Varianz zwischen den Ländern geringer ist. Deutschland und Schweden weisen hier mit durchschnittlich 37.000 EUR eher niedrige Kosten auf. In den USA sind es 48.000 EUR, in Großbritannien 45.000 EUR und in Norwegen 43.000 EUR je Vollzeitkraft.

1.2 Zugänglichkeit und Angebotsbreite sind aus Patientensicht hervorragend

Die geringen Behandlungskosten für einen Patienten in Deutschland gehen nicht zu Lasten der Zugänglichkeit oder des Angebots. Aus Sicht der Patienten bietet das deutsche Krankenhaussystem vielmehr Zugänglichkeit für alle, ein breites Angebot an diagnostischen und therapeutischen Leistungen sowie insgesamt ein zumindest angemessenes Qualitätsniveau (Abb. 1.7). Aller Voraussicht nach werden diese qualitativen Elemente des deutschen Gesundheitssystems auch in Zukunft Bestand haben. Voraussetzung dafür ist jedoch eine Veränderung des Finanzierungssystems: Denn die Kopplung der Finanzierung der Krankenkassen an das Lohneinkommen der deutschen Arbeitnehmer wird auf Dauer nicht ausreichen, dem Gesundheitssystem genügend finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Die laufenden Reformdiskussionen zielen daher auch darauf ab, die Leistungsfähigkeit des Systems durch Verbreiterung der Finanzierungsgrundlage zu erhalten – unabhängig davon, ob die Lösung nun eine Gesundheitspauschale, Bürgerversicherung oder der Gesundheitsfonds ist. Als besondere Stärken des deutschen Systems sind festzuhalten: zum einen der uneingeschränkte Zugang zu den stationären Leistungen, zum anderen ein immer noch uneingeschränktes Leistungsangebot auf angemessenem Qualitätsniveau. Angesichts der im internationalen Vergleich geringen Krankenhausausgaben ist dies zweifellos eine beachtliche Leistung.

1.2.1 Uneingeschränkter Zugang zu Krankenhausleistungen

Je nach Land gestaltet sich der Zugang zu Krankenhausleistungen sehr unterschiedlich. Während die USA als häufig genanntes Vorbild ihre stationäre Spitzenmedizin

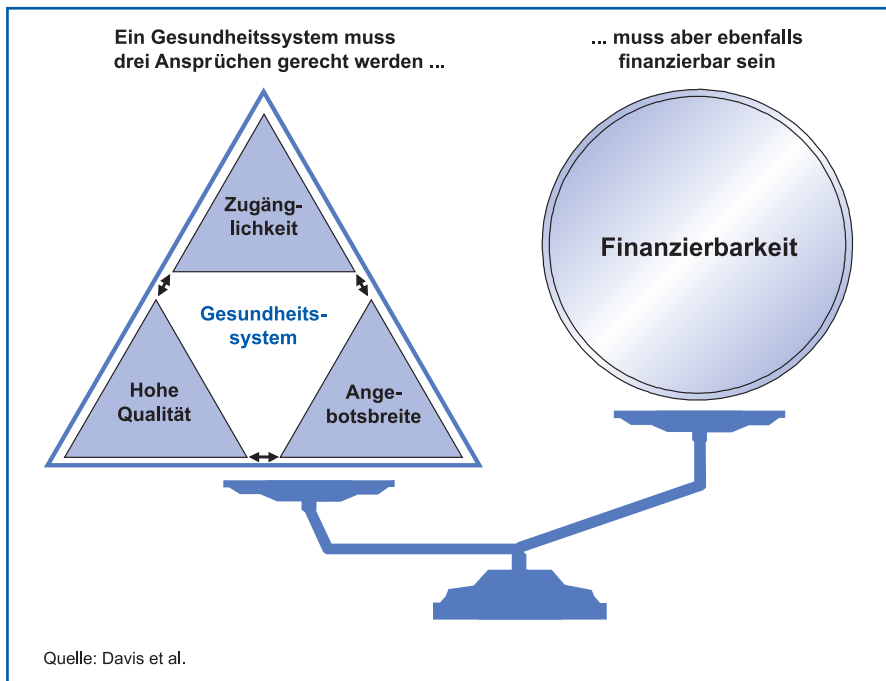


Abb. 1.7. Die Qualität eines Gesundheitssystems lässt sich in drei Dimensionen beurteilen

nur einem Teil der Bevölkerung zugänglich machen, steht das deutsche System in allen Vergleichsdimensionen der gesamten Bevölkerung offen:

- *Wahlfreiheit.* Wie in vielen europäischen Vergleichsländern haben Patienten in Deutschland freie Krankenhauswahl. In Großbritannien, Spanien und Portugal ist die Krankenhauswahl hingegen sehr stark eingeschränkt.
- *Erfordernis von Zuzahlungen.* Bei den Zuzahlungen nimmt Deutschland eine Mittelstellung ein: Die Zahlungen sind auf 280 EUR (28 Tage à 10 EUR) im Jahr begrenzt, zudem bestehen vielfältige Ausnahmeregelungen mit Zuzahlungsbefreiung. Demgegenüber gibt es in Ländern wie Dänemark, den Niederlanden und Kanada keinerlei Zuzahlungen, während die Zuzahlungen in Österreich und Frankreich jeweils über dem deutschen Niveau liegen.⁸
- *Art der Einweisung.* Der Zugang zu Krankenhäusern in Deutschland ist über elektive Einweisung des behandelnden Arztes und/oder über die Notaufnahme möglich. Aus Patientensicht erhält das deutsche System für beide Zugangswege Bestnoten (Abb. 1.8).

Die Notaufnahme wird in Deutschland vergleichsweise wenig genutzt: Bei einer Befragung des Commonwealth Fund Health Policy Survey of Sicker Adults⁹ gaben lediglich 28% aller Teilnehmer aus Deutschland an, in den vergangenen zwei Jahren

Zugang zu stationärer Versorgung						
Kennzahlen, in Prozent						
Patientenbefragung	Deutschland	Australien	Kanada	Neusee- land	GB	USA
Schwierigkeit, ärztliche Hilfe in der Nacht, am Wochenende oder in den Ferien außerhalb der Notaufnahme zu bekommen						
• Sehr schwer	11	36	29	13	22	39
• Etwas schwierig	14	22	24	15	17	21
• Einfach oder sehr einfach	72	40	42	70	57	38
• Wahrscheinlichkeit, Notaufnahme innerhalb der letzten 2 Jahre besucht zu haben	28	46	60	42	45	55
• Besuch der Notaufnahme mit einer Krankheit, die ein Niedergelassener hätte bearbeiten können, falls er verfügbar gewesen wäre	6	15	21	9	12	26
Wartezeiten in der Notaufnahme						
• Unter einer Stunde	66	47	39	55	50	53
• Mehr als vier Stunden	4	17	24	12	14	12
Wartezeiten für elektive Eingriffe (Basis: notwendige elektive Eingriffe in den letzten 2 Jahren)						
• Unter einem Monat	59	48	15	32	25	53
• 4 Monate oder mehr	6	19	33	20	41	8

Quelle: Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults, 2005

Abb. 1.8. Das deutsche Krankenhaussystem ist aus Sicht vieler Patienten vorbildlich

in der Notaufnahme gewesen zu sein. In den Vergleichsländern waren es jeweils deutlich über 40%. Wesentlicher Grund für die seltene Nutzung dieses Zugangswegs in Deutschland ist die gute Versorgung der Patienten durch die niedergelassenen Ärzte. Lediglich 6% der Befragten in Deutschland gaben an, dass sie die Notaufnahme wegen einer Krankheit aufgesucht hatten, die gegebenenfalls auch ein niedergelassener Arzt hätte behandeln können. In allen anderen Ländern, mit Ausnahme Neuseelands, war der Anteil der Teilnehmer, die aus diesem Grund die Notaufnahme aufgesucht hatten, mindestens doppelt so hoch.

- *Wartezeiten.* Auch bei den Wartezeiten nimmt Deutschland eine Spitzenstellung ein, wie Patientenbefragungen zeigen (Abb. 1.8):
 - In der *Notaufnahme* werden zwei Drittel aller Patienten innerhalb *einer* Stunde behandelt. Kein anderes Land erreicht dieses Serviceniveau.
 - Bei den *elektiven Einweisungen* verhält es sich ähnlich: In Deutschland warten 59% aller Patienten weniger als *einen* Monat auf elektive Eingriffe. Nur die USA und Australien, wo die entsprechende Quote bei 53% bzw. 48% liegt, können hier annähernd mithalten.

1.2.2 Volles Leistungsspektrum

Dass die Bundesrepublik Deutschland trotz der Finanzierungsprobleme der vergangenen Jahre im Stande ist, das komplette Spektrum stationärer Versorgungsleistungen anzubieten, wird allgemein als eine besondere Stärke des Standorts anerkannt. Mit dieser Leistungsbreite werden auch die Auflagen des Gesetzgebers erfüllt, wie sie als Grundprinzipien im SGB V festgeschrieben sind. Nur wenige Einzelleistungen, etwa kosmetische Operationen oder Magenbandoperationen, werden dabei vom Gesetzgeber explizit ausgeschlossen.

1.2.3 Qualität der Behandlung im Durchschnitt auf angemessen hohem Niveau

Unter „Qualität der Behandlung“ wird in der öffentlichen Diskussion sehr Unterschiedliches verstanden. Wer die Frage „Was ist Behandlungsqualität?“ korrekt beantworten will, kommt nicht umhin, zwischen Ergebnis- und Prozessqualität zu unterscheiden:

- Als medizinische *Ergebnisqualität* wird das Gesamtergebnis aller diagnostischen und therapeutischen Bemühungen bei der Behandlung eines Patienten bezeichnet. Gemessen wird die Ergebnisqualität anhand harter Endpunkte. Die geläufigsten allgemeinen Endpunkte sind Krankenhaussterblichkeitsrate, Infektionsrate sowie Revisionen und ungeplante Wiederaufnahmen. Dazu gibt es eine Reihe indikationsspezifischer Ergebnisqualitätsparameter, besonders aussagekräftig ist der postoperative prozentuale Anteil der Patienten mit Nierenfunktionsstörungen und neurologischen Komplikationen nach Aortenklappenchirurgie.¹⁰
- Unter *Prozessqualität* wird die Beachtung üblicher State-of-the-Art-Behandlungsstandards bzw. – in den Fällen, in denen definierte Behandlungspfade vorliegen – die exakte Einhaltung solcher Pfade verstanden. Bekommt jeder Myokardinfarkt-Patient bereits bei der Aufnahme Aspirin und Betablocker verabreicht? Erhalten alle Patienten die vorgesehene Antibiotikaprophylaxe? Gibt es für jeden Patienten den obligatorischen Nachsorgetermin? So verstanden stellt die Prozessqualität eine Vorstufe zur Messung der Ergebnisqualität dar. Dabei wird unterstellt, dass sich hohe Prozessqualität in einer vergleichsweise höheren Ergebnisqualität niederschlägt. Die Messung der Prozessqualität hilft, die Ursachen einer unzureichenden Ergebnisqualität zu ermitteln.

Wie Qualität bewertet wird, ist zudem von der jeweiligen Sichtweise der bewertenden Instanz abhängig. Auf der einen Seite gibt es objektive Sichtweisen, z. B. des Krankenhauses, der Krankenkassen oder der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS), auf der anderen die subjektive Sichtweise des Patienten. Je nach Sichtweise können die Einschätzungen massiv differieren, da die einzelnen Parteien dieselben Merkmale durchaus unterschiedlich gewichten. So ist die Kommunikation zwischen Patient, Arzt und Pflegekraft aus Patientensicht gewiss sehr wichtig, aus Sicht des Krankenhauses nicht unbedingt. Mit fortschreitender Patientenzent-

rierung gewinnen allerdings Themen wie Kommunikation auch aus Sicht der Leistungserbringer immer mehr an Bedeutung.

Auf internationaler Ebene gibt es bisher kaum Vergleiche der Ergebnis- und Prozessqualität zwischen den verschiedenen Krankenhaussystemen. Oftmals existieren nicht einmal die erforderlichen Daten auf nationaler Ebene. Dass solche Informationslücken bestehen können, ist Indikator für die eher geringe Relevanz von Ergebnis- und Prozessdaten in der Vergangenheit. Keine der beteiligten Interessengruppen hat bisher vollständige Transparenz bei den Daten zur Outputqualität gefordert, geschweige denn ihr Verhalten auf Grund dieser Daten geändert. Die Krankenkassen haben die Kosten primär als Steuerungsgröße verwendet. Die Einweiser basieren ihre Entscheidungen im Wesentlichen auf persönlichen Kontakten sowie historischen Erfahrungen. Im Regelfall folgen die Patienten noch immer den Empfehlungen ihres Arztes oder ihrer Angehörigen. Diese Verhaltensmuster beginnen gerade erst, sich langsam zu ändern. Und zwar überall dort, wo erhebliche Qualitätsunterschiede bzw. Missverhältnisse zwischen Qualität und Kosten zu Tage treten. Oder wo Datentransparenz die Entscheidungsfindung spürbar erleichtert.

Mit den seit 2004 bzw. 2005 regelmäßig vorgelegten BQS- und KTQ-Berichten hat Deutschland inzwischen eine Vorreiterrolle bei der Qualitätsberichterstattung übernommen. Für insgesamt 20 Indikationen werden damit 169 Qualitätsindikatoren bestimmt – anhand der Dimensionen Indikationsqualität, Ergebnisqualität und Prozessqualität. Zudem wurden für die jeweiligen Indikatoren Referenzbereiche festgelegt, die eine Bewertung der Ergebnisse zulassen. Krankenhäuser, die den Referenzbereich überschreiten, werden angehalten, gezielt die Versorgungsqualität zu steigern. Die BQS-Daten der 1.501 teilnehmenden Krankenhäuser, die dem einzelnen Patienten oder zuweisenden Arzt allerdings nur anonymisiert zur Verfügung stehen, übertreffen in Breite und Tiefe die entsprechende Qualitätsberichterstattung vieler anderer Länder. Nur in den USA sind bisher, z. B. durch die Hospital Quality Initiative, ähnlich große Anstrengungen in Sachen Qualitätsberichterstattung unternommen worden.¹¹

Die Ergebnisse des BQS-Qualitätsreports 2005 verdeutlichen, dass die Qualität von Diagnose und Therapie in *vielen* Krankenhäusern hervorragend ist. Leider jedoch nicht in allen! Vergleicht man die Messdaten für die 169 Qualitätsindikatoren, so wurden 2005 im Durchschnitt aller Krankenhäuser 21% der Ziele vollständig, 63% der Ziele teilweise erreicht und 10% der Ziele verfehlt. Bei den verbleibenden 6% der Indikatoren konnte der Zielerreichungsgrad nicht bewertet werden.¹²

Die Ergebnisse könnten noch besser sein, wenn die *Behandlungsqualität* in Deutschland von Klinik zu Klinik weniger stark variierte. Am Beispiel der Cholezystektomie (d. h. Entfernung der Gallenblase) lässt sich dies verdeutlichen:¹³

- *Letalität.* Untersucht wurde hier die Letalität von Patienten mit niedrigem bis mittlerem Operationsrisiko (ASA 1 bis 3). Die Gesamtrate liegt bei 0,39%, die Bandbreite für die Krankenhäuser reicht allerdings von 0,0 bis 7,7%. Insgesamt sind 35% der Krankenhäuser aus Sicht des BQS auffällig.

- *Reinterventionsrate.* Die Gesamtrate liegt bei 1,68%, die Bandbreite der Krankenhäuser reicht von 0,0 bis 14,3%. Auch hier sind 36% der Krankenhäuser laut BQS auffällig.
- *Eingriffsspezifische Komplikationen.* Insgesamt hatten 3,69% aller Patienten, die sich 2005 einer Cholezystektomie unterzogen, zumindest eine eingriffsspezifische Komplikation. Auch hier ist die Bandbreite der Krankenhäuser mit 0,0 bis 16,0% sehr groß.

In einer Befragung des Commonwealth Fund 2005 wurden darüber hinaus Angaben zu Ergebnisqualität und Prozessqualität erhoben.¹⁴ Dazu wurden Patienten befragt, ob im Anschluss an ihre Krankenhausbehandlung eine Nachbehandlung in der Notaufnahme oder gar eine stationäre Wiederaufnahme notwendig war.

Nach einem Krankenhausaufenthalt kehren in Deutschland nur 4% aller Patienten mit Komplikationen zurück in die Notaufnahme, weitere 6% werden stationär aufgenommen. In den Vergleichsländern müssen bis zu 15% aller Patienten nach der Entlassung wieder stationär aufgenommen werden. Zurückzuführen sind die

Beurteilung des Behandlungsverlaufs durch Patienten						
Kennzahlen, in Prozent						
Patientenbefragung	Deutschland	Australien	Kanada	Neusee-land	GB	USA
Vor der Krankenhausbehandlung sind alle Risiken erklärt worden						
• Komplett	65	65	67	61	62	66
• Partiiell	20	10	11	13	14	15
• Überhaupt nicht	12	18	21	17	16	14
Fehlende Kommunikation ggü. den Patienten (ÄD und Pflegepersonal)						
• Mangelnde Kommunikation zwischen Krankenhauspersonal bezüglich der Behandlung	12	16	13	17	17	17
• Fehlende Kommunikation ggü. Patienten	17	12	16	20	16	17
• Beide o.g. Kommunikationsprobleme wurden erlebt	23	22	19	26	22	25
• ÄD und Pflegepersonal haben Patienten nicht genügend in die Behandlungsentscheidung mit einbezogen	21	22	27	19	22	16
Erfahrungen bei der Entlassung						
• Habe keine klare Anweisung bez. möglicher Symptome erhalten	23	18	17	14	26	11
• Wusste nicht, wen ich i.S. Behandlung kontaktieren sollte	12	9	12	9	12	8
• Kein Follow-up arrangiert	50	23	30	23	19	27
• Schlechtes Entlassmanagement	60	36	41	33	37	33

Quelle: Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults, 2005

Abb. 1.9. Im Urteil der Patienten schneiden deutsche Krankenhäuser nur beim Entlassmanagement deutlich schlechter ab als Vergleichsländer

positiven Werte für Deutschland auf die hohe Qualität der stationären Behandlung ebenso wie auf die gute ambulante Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte.

Befragt wurden die Patienten auch zur Schmerzkontrolle im Krankenhaus, einer weiteren Dimension der subjektiven Ergebnisqualität. Hier schneiden die deutschen Kliniken ebenfalls gut ab. Im internationalen Vergleich belegen sie hinter den australischen Kliniken den zweiten Platz. 81% der Befragten gaben an, das Krankenhauspersonal habe in ihrem Fall alles unternommen, um die Schmerzen nach Möglichkeit zu begrenzen. Dies ist sicherlich ein erfreuliches Ergebnis, auch wenn das Gesamtniveau durchaus noch verbesserungsfähig scheint.

Die einzige Dimension, wo deutsche Krankenhäuser aus Sicht der Patienten vergleichsweise schlecht abschneiden, ist das Entlassmanagement. Die deutschen Patienten empfanden sowohl die Angaben zur weiteren Behandlung in anderen stationären oder ambulanten Einrichtungen als auch die Verhaltensweisungen nach Abschluss der Behandlung als eher unzureichend. Fast drei Viertel der Befragten hatten keine klaren Empfehlungen erhalten, wie sie sich bei einem Auftreten neuer Symptome verhalten sollten. Die Hälfte bemängelte, dass weitere Maßnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus *nicht* arrangiert wurden (Abb. 1.9).¹⁵

Insgesamt bewegen sich die Patientenbewertungen zum Aufenthalt in deutschen Krankenhäusern jedoch im internationalen Vergleich auf einem sehr guten Niveau. Ein ähnlich positives Meinungsbild ergibt sich aus einer im Januar 2007 durchgeführten repräsentativen Befragung; hier bewerten 66% aller Patienten die deutschen Kliniken mit „exzellent“, „sehr gut“ oder „gut“.¹⁶ Dieser Wert ist gut vergleichbar mit den Ergebnissen einer Umfrage für US-Krankenhäuser. Ihr zufolge bewerten – auf einer aufsteigenden Skala von 0 („schlecht“) bis 10 („sehr gut“) – 56% der befragten US-Patienten ihre Klinik mit 9 oder 10, lediglich 12% vergeben eine Note von 0 bis 6.¹⁷

1.3 Fazit: Der deutsche Krankensektor ist auf dem Weg zur Weltspitze

Das deutsche Krankenhaussystem ist somit weitaus besser als sein Ruf. Berücksichtigt man zudem die laufenden Reformbemühungen, so kann es möglicherweise schon bald zur Weltspitze aufrücken. Dies mag überraschen, da die öffentliche Diskussion nach wie vor von großen Vorbehalten gegenüber dem stationären Sektor geprägt ist. Offensichtlich besteht eine tiefe Kluft zwischen der *empfundenen* Leistungsfähigkeit und Qualität deutscher Krankenhäuser einerseits und den *faktisch vorliegenden* Vergleichsdaten andererseits.

Vor diesem Hintergrund sollte von allen, die sich an der öffentlichen Diskussion zu diesem Thema beteiligen, zuallererst anerkannt werden, dass die Wirtschaftlichkeit des deutschen Krankenhaussystems ganz wesentlich auf dem großen Engagement und der harten Arbeit aller in diesem Sektor Beschäftigten beruht – bei international vergleichsweise niedrigen Personalkosten. Zudem ist anzumerken, dass die hohe Produktivität der deutschen Krankenhäuser gewiss auch daraus resultiert,

dass vielerorts die Mängel einer bisweilen noch suboptimalen Ablauforganisation durch hohen persönlichen Einsatz ausgeglichen werden.

In der Optimierung der Prozesse und Abläufe dürfte deshalb auch eine der größten Zukunftshoffnungen des deutschen Krankenhaussektors liegen. Wenngleich die Bewertungsergebnisse im internationalen Vergleich relativ gut ausfallen, sollten sich die Träger und Beschäftigten der deutschen Krankenhäuser nicht in der trügerischen Sicherheit wiegen, die größten Anpassungsprobleme seien inzwischen bewältigt. Im Gegenteil: Die Herausforderungen werden noch deutlich zunehmen. Denn die Leistungserwartungen der Patienten steigen sprunghaft und der Wettstreit der Krankenhäuser um die begrenzten finanziellen Mittel verschärft sich immer mehr.

Endnoten

- ¹ OECD Health Data 2005, Statistisches Bundesamt.
- ² Statistisches Bundesamt.
- ³ Insgesamt werden in den OECD Health Data 2005 die Daten für 30 Länder erfasst. Um die Aussagekraft des Vergleichs zu erhöhen, wurde die Zahl der Vergleichsländer in den Auswertungen dieses Kapitels allerdings auf die folgenden 15 Länder beschränkt: USA, Norwegen, Australien, Schweiz, Niederlande, Dänemark, Österreich, Kanada, Schweden, Frankreich, Japan, Italien, Spanien, England und Deutschland.
- ⁴ OECD Health Data 2005, 2006, McKinsey-Kalkulationen.
- ⁵ Die niedrigen ambulanten Ausgaben je Einwohner von jährlich 315 EUR erklären die unerwartet hohen Krankenhausausgaben von jährlich 1.160 EUR je Einwohner in Großbritannien. Die Abgrenzung der beiden Leistungsbereiche ist unscharf, da in Großbritannien ein Großteil der ambulanten fachärztlichen Versorgung im Krankenhaus stattfindet.
- ⁶ Statistisches Bundesamt, Gesundheitswesen – Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3.
- ⁷ Als Vergleichsgruppe wurden Lehrkrankenhäuser der Maximalversorgung in Großstädten definiert.
- ⁸ Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung, August 2005.
- ⁹ Schoen et al.: Taking the Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients with Health Problems in Six Countries, November 2005.
- ¹⁰ BQS-Qualitätsreport 2005, Qualität sichtbar machen, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.
- ¹¹ Hospital Quality Initiative Overview – Centers for Medicare and Medicaid Services, December 2005.
- ¹² Bei den Grenzwerten zur Messung der Zielerreichung handelt es sich entweder um fixe Referenzwerte aus der Literatur oder um festgelegte Perzentil-Referenzbereiche, basierend auf den BQS-Ergebnissen. Zur Festlegung der Perzentil-Referenzbereiche wird ein prozentualer Anteil der BQS-Daten, z. B. die schlechtesten 5%, als auffällig definiert. Die fixen Referenzwerte repräsentieren somit im Prinzip internationalen Standard, da hierfür oftmals publizierte Ergebnisse internationaler Studien verwendet werden. Bei den meisten Indikatoren handelt es sich allerdings auf Grund fehlender internationaler Vergleichsdaten um Perzentil-Referenzbereiche. Vgl. dazu Mohr VD, „Wie gut sind deutsche Krankenhäuser?“ – Beispiele aus den Ergebnissen 2005, Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung, Dezember 2006.
- ¹³ http://www.bqs-outcome.de/2005/ergebnisse/leistungsbereiche/cholezystektomie/buaw/index_html.
- ¹⁴ Vgl. dazu Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults, 2005.
- ¹⁵ Ebenda: gleiche Quelle wie 14.
- ¹⁶ Quelle: Baromètre Cercle Santé, Europ Assistance, Januar 2007.
- ¹⁷ Vgl. dazu CHAPS Hospital Survey Chartbook, What patients say with their experience with hospital care, März 2006.



<http://www.springer.com/978-3-540-87398-3>

Modernes Krankenhausmanagement

Konzepte und Lösungen

Salfeld, R.; Hehner, S.; Wichels, R.

2009, XVIII, 237 S., Hardcover

ISBN: 978-3-540-87398-3