

Das OECD-Gesundheitsprojekt

Auf dem Weg zu leistungsstarken Gesundheitssystemen



OECD



Das OECD-Gesundheitsprojekt

AUF DEM WEG ZU LEISTUNGSSTARKEN GESUNDHEITSSYSTEMEN

Kurzbericht



ORGANISATION FÜR WIRTSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT UND ENTWICKLUNG

ORGANISATION FÜR WIRTSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT UND ENTWICKLUNG

Gemäß Artikel 1 des am 14. Dezember 1960 in Paris unterzeichneten und am 30. September 1961 in Kraft getretenen Übereinkommens fördert die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) eine Politik, die darauf gerichtet ist:

- in den Mitgliedstaaten unter Wahrung der finanziellen Stabilität eine optimale Wirtschaftsentwicklung und Beschäftigung sowie einen steigenden Lebensstandard zu erreichen und dadurch zur Entwicklung der Weltwirtschaft beizutragen;
- in den Mitglied- und Nichtmitgliedstaaten, die in wirtschaftlicher Entwicklung begriffen sind, zu einem gesunden wirtschaftlichen Wachstum beizutragen; und
- im Einklang mit internationalen Verpflichtungen auf multilateraler und nicht diskriminierender Grundlage zur Ausweitung des Welthandels beizutragen.

Die Gründungsmitglieder der OECD sind: Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien, Türkei, Vereinigtes Königreich und Vereinigte Staaten. Folgende Staaten wurden zu den nachstehend genannten Daten Mitglieder der OECD: Japan (28. April 1964), Finnland (28. Januar 1969), Australien (7. Juni 1971), Neuseeland (29. Mai 1973), Mexiko (18. Mai 1994), die Tschechische Republik (21. Dezember 1995), Ungarn (7. Mai 1996), Polen (22. November 1996), Korea (12. Dezember 1996) und die Slowakische Republik (14. Dezember 2000). Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften nimmt an den Tätigkeiten der OECD teil (Artikel 13 des Übereinkommens über die OECD).

Originalfassungen veröffentlicht unter dem Titel:
TOWARDS HIGH-PERFORMING HEALTH SYSTEMS
Summary Report
VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS
Résumé

© OECD 2004

Genehmigungen zum Nachdruck von Teilen dieses Werks für nichtkommerzielle Zwecke oder zur Verwendung im Unterricht sind einzuholen beim Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, Frankreich, tel: (33-1) 44 07 47 70, fax: (33-1) 46 34 67 19. Dies gilt für alle Länder mit Ausnahme der Vereinigten Staaten, wo das Copyright Clearance Center Inc. (CCC), Customer Service, tel: (508)750-8400, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA oder CCC online: www.copyright.com die entsprechenden Genehmigungen erteilt. Alle sonstigen Anträge auf Überlassung von Nachdruck- oder Übersetzungsrechten für das gesamte Dokument oder Teile davon sind zu richten an: OECD Publications, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, Frankreich.

GELEITWORT

Die OECD hat im Jahr 2001 das Gesundheitsprojekt ins Leben gerufen, um sich mit einigen der entscheidenden Herausforderungen auseinander zu setzen, denen sich die politischen Entscheidungsträger stellen müssen, wenn sie die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme ihrer Länder verbessern wollen. Der Wunsch, wirkliche Fortschritte zu erzielen, und die Einsicht, dass die zur Durchführung von Veränderungen notwendige Informationsbasis erhebliche Lücken aufweist, haben auf politischer Ebene länderübergreifend den Willen zu gezielten internationalen Bemühungen entstehen lassen und die notwendige Unterstützung hierfür mobilisiert. Die auf drei Jahre angelegte Initiative des OECD-Gesundheitsprojekts bot den Mitgliedsländern zahlreiche Gelegenheiten, an Einzelstudien über dringende gesundheitspolitische Fragen teilzunehmen und daraus zu lernen. Außerdem profitierten die Länder von den Informationen und dem Austausch, der auf der Startkonferenz in Ottawa, Kanada, im November 2001 und sodann auf nicht weniger als 20 Folgetreffen von Regierungsvertretern und Experten an Orten wie Paris, Den Haag und New York stattfand.

Um die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu steigern, müssen wir uns mit schwierigen Fragen auseinander setzen. Was kann getan werden, um zu gewährleisten, dass die Gesundheitsausgaben heute erschwinglich und auch morgen noch dauerhaft finanzierbar sind? Was muss getan werden, um Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung zu verbessern und zu gewährleisten, dass die Gesundheitssysteme den Bedürfnissen der Patienten und sonstigen Beteiligten effektiv gerecht werden? Wie kann ein gerechter Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen ohne übermäßige Wartezeiten gefördert werden? Und vielleicht die mit Abstand schwierigste aller Fragen: Was kann getan werden, um das Preis-Leistungs-Verhältnis zu optimieren?

Das Gesundheitsprojekt gibt den zuständigen Verantwortlichen in den Mitgliedsländern ein Instrument an die Hand, um aus den gegenseitigen Erfahrungen im Umgang mit diesen Fragen zu lernen, sich das beste verfügbare Fachwissen in den OECD-Ländern und im OECD-Sekretariat zunutze zu machen und neue Wege zur Förderung künftiger Leistungssteigerungen der Gesundheitssysteme zu beschreiten. Im Rahmen des Projekts wurde fast ein Dutzend Studien zu ganz wesentlichen Politikfragen durchgeführt, so über die Humanressourcen in der Gesundheitsversorgung, neue bzw. noch in Entwicklung befindliche Gesundheitstechnologien, Langzeitpflege, private Krankenversicherung, Kostendämpfung im Gesundheitswesen, gleiche Zugangschancen für die verschiedenen Einkommensgruppen, Wartezeiten bei elektiver Chirurgie und sonstige Themen, die zentrale gesundheitspolitische Anliegen der OECD-Mitgliedsländer betreffen. Es war nicht möglich, im Rahmen des Projekts alle für die Gesundheitsminister wichtigen Themen zu behandeln; die Wahl fiel daher auf solche Themen, die als besonders dringlich betrachtet wurden.

Das Gesundheitsprojekt baute auf den von der OECD bereits in den Bereichen Gesundheitsstatistik und Gesundheitspolitik unter Federführung verschiedener Ausschüsse und Arbeitsgruppen durchgeführten Arbeiten auf. Ein wichtiger Beitrag zum Erfolg des Gesundheitsprojekts war sein horizontaler Ansatz. Die Arbeiten wurden im Zuge ihres Fortschreitens von Experten und Gruppen von Delegierten diskutiert, die eine Vielzahl wichtiger gesundheitspolitischer Aspekte vertraten. Dem Projekt kamen ferner die Ratschläge und die Unterstützung einer Ad-hoc-Gruppe für Gesundheitsfragen zugute, die Delegierte aus den Mitgliedsländern umfasste, und bei der Behandlung einzelner Fragen wurde auch auf das spezifische Fachwissen verschiedener anderer OECD-Direktionen zurückgegriffen. Die Direktion Beschäftigung, Arbeitskräfte und Sozialfragen war federführend bei der Koordinierung der in horizontaler Zusammenarbeit mit der Hauptabteilung Wirtschaft, der Direktion Wissenschaft, Technologie und Industrie und der Direktion Finanz- und Unternehmensfragen durchgeführten Arbeiten.

Aus meiner eigenen politischen Erfahrung weiß ich, wie wichtig die Ergebnisse dieses Projekts für die politisch Verantwortlichen auf den höchsten Regierungsebenen sein werden. Es gibt keine Regierung innerhalb oder außerhalb des OECD-Raums, der diese Arbeiten nicht in hohem Maß nützen werden, denn alle Länder sind im Bereich der Gesundheitsversorgung mit einer Reihe unterschiedlicher Herausforderungen konfrontiert, die es zu meistern gilt. Natürlich gibt es hier weder Ideallösungen noch Patentrezepte. Das Projekt hat aber gezeigt, dass sowohl das Benchmarking auf nationaler und länderübergreifender Ebene wie auch der Austausch von Informationen neue Ideen hervorbringen und den politischen Entscheidungsträgern bei der Meisterung der zu bewältigenden Herausforderungen helfen können.



Donald J. Johnston
Generalsekretär der OECD

VORWORT

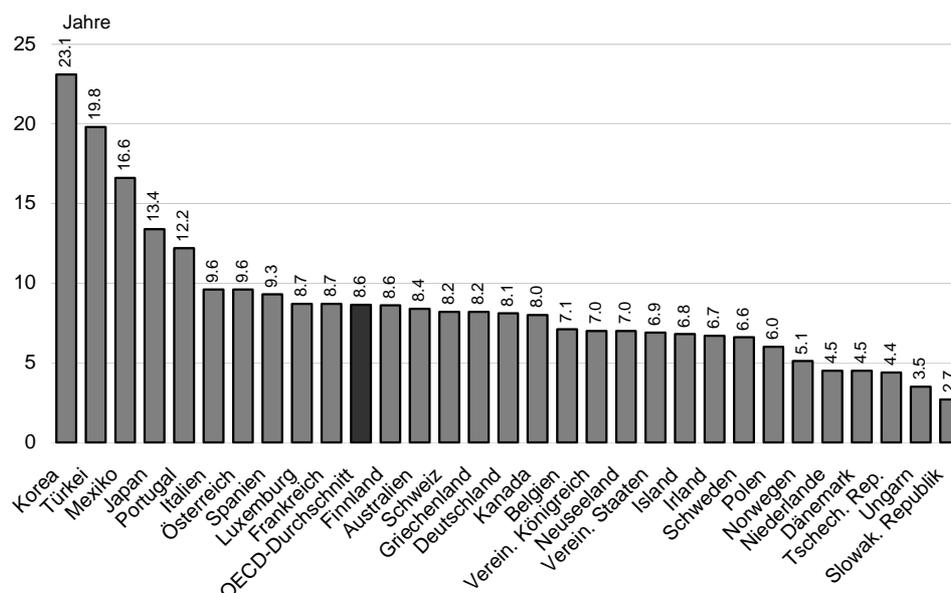
Der vorliegende Kurzbericht liefert eine Zusammenfassung des Schlussberichts zum OECD-Gesundheitsprojekt *Towards High-Performing Health Systems* (Auf dem Weg zu leistungsstarken Gesundheitssystemen). Er stellt die wichtigsten Politikempfehlungen des Schlussberichts vor, der seinerseits die Ergebnisse der im Rahmen des dreijährigen Projekts durchgeführten Untersuchungen wie auch anderer jüngerer Arbeiten der OECD zum Thema Gesundheit zusammenfasst. In Anlehnung an den Aufbau des Schlussberichts behandelt der Kurzbericht die wichtigsten allen OECD-Ländern im Bereich der Gesundheitspolitik gemeinsamen Ziele, nämlich eine Gesundheitsversorgung, die von hoher Qualität und für alle zugänglich ist, Gesundheitssysteme, die dem Bedarf der Patienten entsprechen und erschwinglich sind, sowie schließlich ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis. Er informiert über die Effekte verschiedener Maßnahmen für das Management der Einführung und Verbreitung von Gesundheitstechnologien, die Beseitigung des Mangels an Krankenschwestern und sonstigem Gesundheitspersonal, die Steigerung der Produktivität von Krankenhäusern und Ärzten, das Management der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, die Verringerung der Wartezeiten bei elektiver Chirurgie und die Förderung eines erschwinglichen privaten Krankenversicherungsschutzes. Außerdem wirft der Kurzbericht neues Licht auf bestimmte Probleme, denen sich die politischen Entscheidungsträger gegenübersehen, wie z.B. Beurteilung der Angemessenheit der Gesundheitsausgaben, Einschätzung der Rolle, die der privaten Finanzierung in der Kranken- und Pflegeversicherung zukommen sollte, sowie Evaluierung der Auswirkungen von Wartezeiten bei elektiver Chirurgie auf die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme.

AUF DEM WEG ZU LEISTUNGSSTARKEN GESUNDHEITSSYSTEMEN

Im Gesundheitsbereich wurden spektakuläre Fortschritte erzielt ...

Die OECD-Länder haben allen Grund, stolz auf ihre Errungenschaften bei der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands der Bevölkerung zu sein. Ein Kind, das im Jahr 2000 in einem OECD-Land zur Welt kam, hat eine im Durchschnitt um neun Jahre längere Lebenserwartung als ein Kind, das 1960 geboren ist (vgl. Abb. 1). Die Kindersterblichkeit ist heute fünfmal niedriger als 1960. In den vergangenen 40 Jahren ist die Zahl der vorzeitigen Todesfälle – gemessen an den bis zum Erreichen des 70. Lebensjahrs fehlenden Jahre – um die Hälfte gesunken.

Abbildung 1 Erhöhung der Lebenserwartung bei der Geburt, Gesamtbevölkerung, 1960-2000



Anmerkung: Die zwischen den Ländern bestehenden Unterschiede bei der Berechnung der Lebenserwartung können die Vergleichbarkeit der von den Ländern angegebenen Schätzungen der Lebenserwartung beeinflussen, da unterschiedliche Methoden die Schätzungen eines Landes um den Bruchteil eines Jahres verändern können. Die Lebenserwartung bei der Geburt für die Gesamtbevölkerung wird vom OECD-Sekretariat für alle Länder auf der Basis ungewichteter Durchschnitte der Lebenserwartung für Männer und Frauen geschätzt.

Quelle: OECD Health Data 2003.

... was zu einem Teil dem medizinischen Fortschritt zu verdanken ist ...

Die wirtschaftliche Expansion und das steigende Bildungsniveau haben das Fundament für einen besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung gelegt, der z.T. aber auch Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung zu verdanken ist. In den vergangenen Jahren wurden große Durchbrüche bei der Prävention und Behandlung von Pathologien wie Herzkrankheiten, Krebs, Schlaganfall und Frühgeburten erzielt, um nur einige zu nennen. Und mit Hilfe neuer Medikamente, Instrumente und Verfahren können wir Pathologien heute besser behandeln als früher.

Beispielsweise führen neue minimal invasive chirurgische Techniken zu einer Verringerung der Schmerzen und einer rascheren Erholung der Patienten, und Personen, die zuvor nicht operiert werden konnten, können heute erfolgreich behandelt werden.

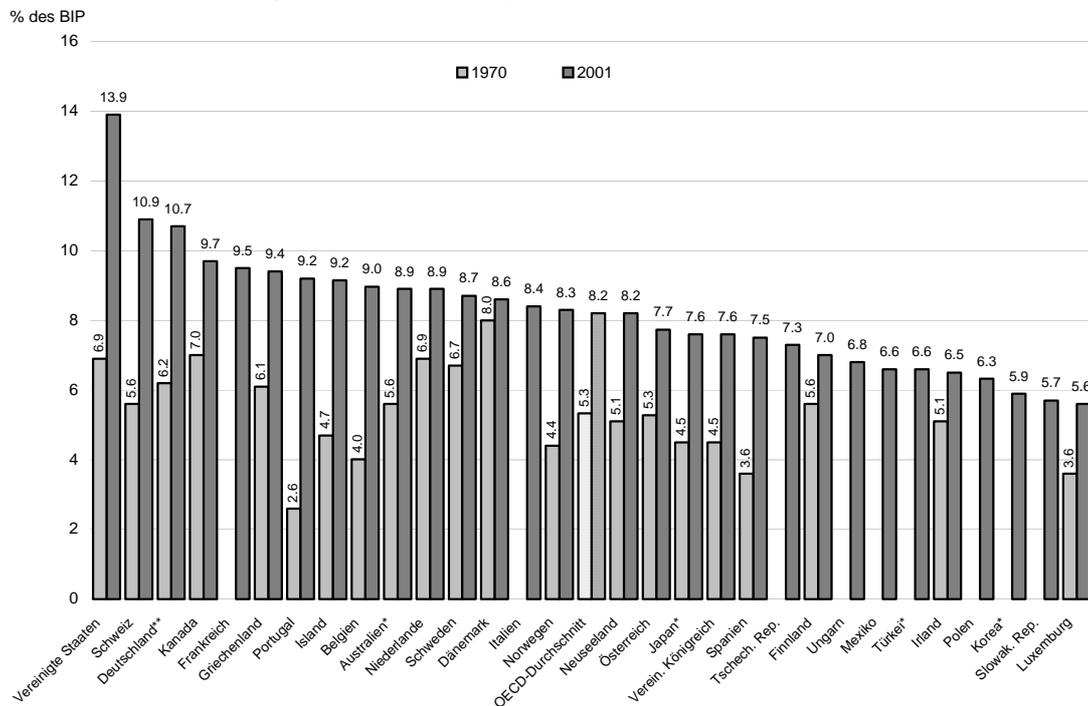
... sowie der Erweiterung des Zugangs zu medizinischen Leistungen

In den meisten Ländern bietet der universelle Krankenversicherungsschutz – unabhängig davon, ob er staatlich oder privat finanziert wird – nicht nur finanzielle Sicherheit im Falle einer ernsten Erkrankung, sondern fördert auch den Zugang zu modernsten Behandlungsmethoden und Präventivmaßnahmen. Im Jahr 2001 lag in über zwei Dritteln der OECD-Länder bei der Kinderschutzimpfung gegen Masern die Impfquote bei über 90%, während dies zehn Jahre zuvor nur in einem Drittel der Länder der Fall gewesen war. Als direkte Folge dieser Verbesserungen von Gesundheitssystemen und Gesundheitsversorgung leben die Menschen heute länger und bei besserer Gesundheit.

Jedoch haben diese Leistungen ihren Preis ...

Natürlich fordern diese Verbesserungen ihren Preis. Die allerjüngsten Daten zeigen, dass die Gesundheitsausgaben im Durchschnitt des OECD-Raums bei über 8% des BIP liegen und in den Vereinigten Staaten, der Schweiz und Deutschland 10% überschreiten (vgl. Abb. 2). Zum Vergleich lagen die Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern 1970 bei durchschnittlich knapp 5% des BIP. Ein Großteil dieses Anstiegs ist den Fortschritten in der Medizin und den entsprechend höheren Erwartungen an die Gesundheitsversorgung zuzuschreiben. Mit anderen Worten ist dank des technologischen Fortschritts heute sehr viel mehr machbar und möglich, weshalb auch unsere Erwartungen zunehmen, doch müssen wir dafür auch mehr zahlen.

Abbildung 2 **Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP, 1970 und 2001**



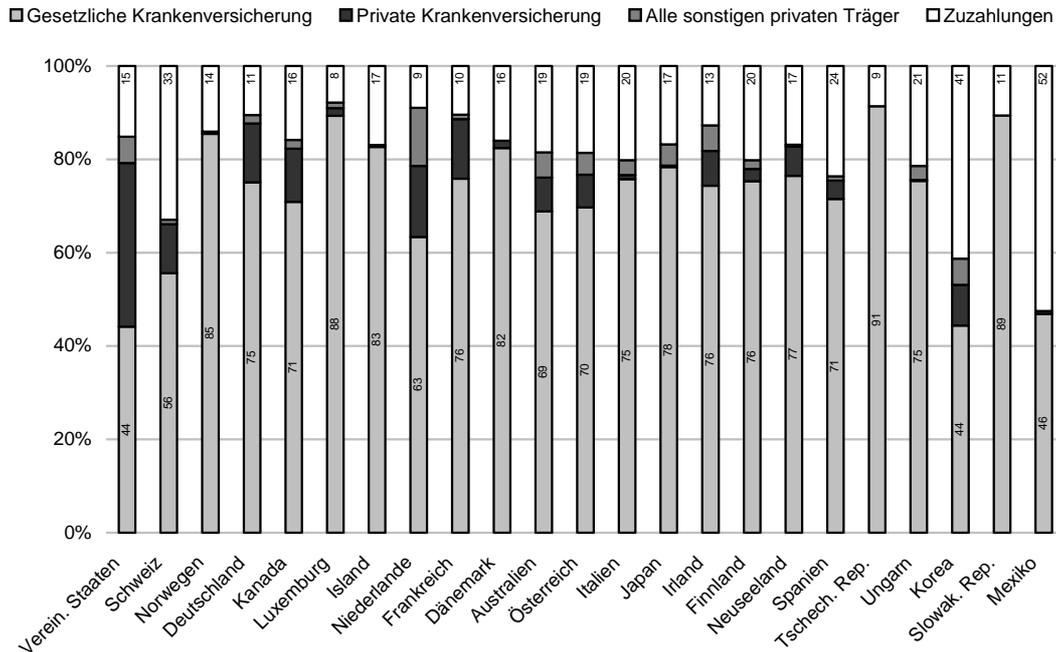
Anmerkung: Der OECD-Durchschnitt ist ungewichtet. Für 1970 umfasst der OECD-Durchschnitt nur die 21 Länder, für die Daten verfügbar waren.

* Die Daten von 2001 beziehen sich auf 2000.

** Die Daten von 1970 beziehen sich auf Westdeutschland.

Quelle: OECD Health Data 2003. Die Daten für die Türkei sind den Gesundheitsdaten der türkischen Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung entnommen.

Abbildung 3 **Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger, 2000**



Anmerkung: Die Länder sind von links (höchster Wert) nach rechts (niedrigster Wert) je nach Niveau der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben angeordnet.

Quelle: OECD Health Data 2003.

... wobei die öffentlichen Haushalte die Hauptlast tragen

Mehrausgaben müssen nicht unbedingt ein Problem sein, vor allem dann nicht, wenn der zusätzliche Nutzen die Mehrkosten übersteigt. Da aber drei Viertel der Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern von der öffentlichen Hand getragen werden, entsteht Druck auf die Staatshaushalte (vgl. Abb. 3). Selbst in den Vereinigten Staaten, wo der private Sektor bei der Finanzierung eine ungewöhnlich große Rolle spielt, machen die öffentlichen Gesundheitsausgaben 6% des BIP aus, was durchaus mit dem Niveau der öffentlichen Gesundheitsausgaben eines durchschnittlichen OECD-Lands vergleichbar ist.

Die Gesundheitssysteme von morgen werden wahrscheinlich noch kostspieliger sein

Das Problem besteht darin, dass der Aufwärtsdruck auf die Gesundheitsausgaben infolge der kontinuierlichen Fortschritte in der Medizin und der wachsenden Nachfrage seitens der immer älter werdenden Bevölkerungen nicht nachlassen wird. Da aber gleichzeitig der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zurückgeht, wird die Belastung für die öffentlichen Finanzen weiter zunehmen.

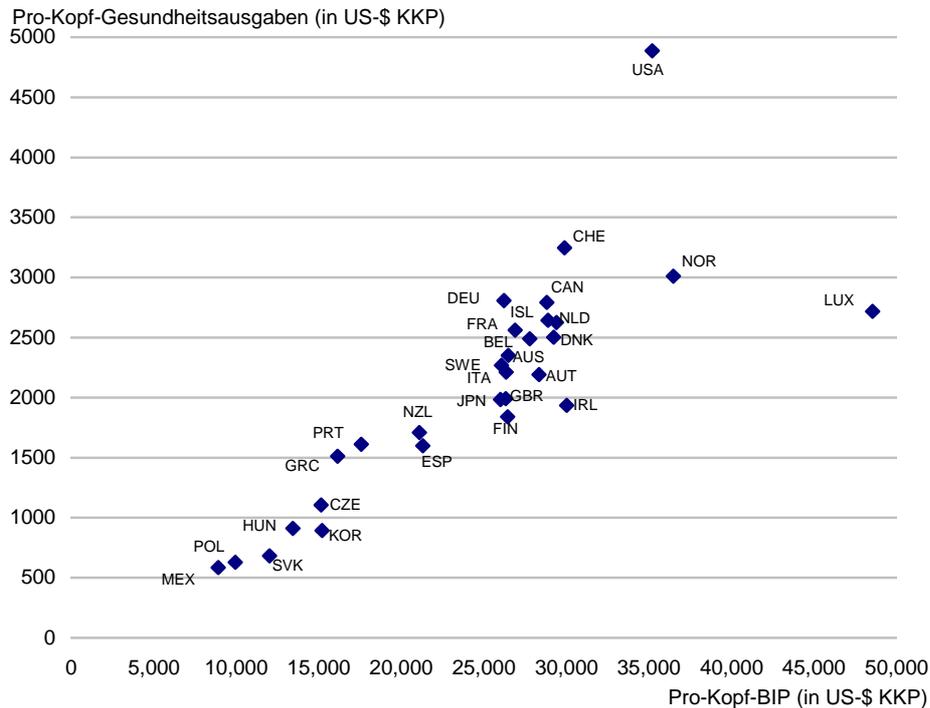
Es gibt kein für alle Länder gleichermaßen ideales Niveau der Gesundheitsausgaben

Wenn reichere Länder auch tendenziell mehr Geld für die Gesundheitsversorgung ausgeben (vgl. Abb. 4), bestehen doch große Unterschiede in Bezug auf die Ausgaben von Ländern mit vergleichbarem Einkommen. Noch wichtiger ist in diesem Zusammenhang, dass die Gesundheitssysteme mit den höchsten Ausgaben nicht unbedingt auch jene sind, die bei der Erreichung der Leistungsziele am besten abschneiden.

Die politischen Entscheidungsträger stehen unter Druck, die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens zu verbessern

Neben diesen Kosten- und Finanzierungsproblemen ist sich die Öffentlichkeit zunehmend der Tatsache bewusst, dass an Möglichkeiten zur weiteren Verbesserung der Gesundheitssysteme kein Mangel herrscht. So sehen sich die politischen Entscheidungsträger in den OECD-Ländern erheblichen, zunehmend stärker werdenden Forderungen gegenüber, die

Abbildung 4 **Gesundheitsausgaben und Pro-Kopf-BIP, 2001**



Quelle: OECD Health Data 2003.

Gesundheitssysteme besser an die Bedürfnisse der Verbraucher und Patienten anzupassen, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern und Disparitäten in Bezug auf den Gesundheitszustand und den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu beheben. Gibt es eine Möglichkeit, die Leistungen in diesen Bereichen zu verbessern, ohne den Kostendruck weiter zu erhöhen?

Länderübergreifende Studien können bei den Bestrebungen um ein besseres Preis-Leistungs-Verhältnis hilfreich sein

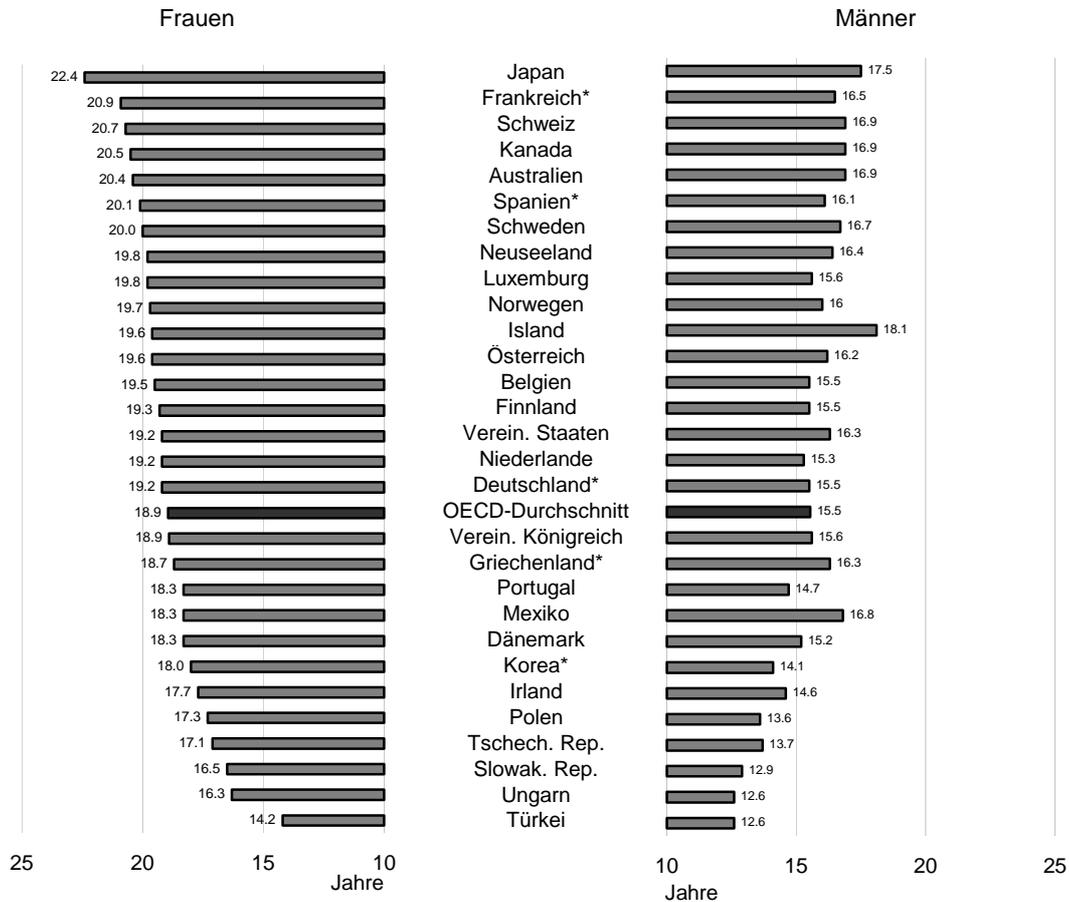
Die Gesundheitssysteme weisen von ihrer Konzeption, aber auch von Höhe und Art der eingesetzten Ressourcen sowie von den erzielten Gesundheits- und sonstigen Ergebnissen her Unterschiede auf. Gleichwohl verfolgen die Gesundheitspolitiker der einzelnen Länder gemeinsame Ziele und können aus den Erfahrungen der anderen z.B. in Bezug darauf lernen, welche Ansätze bei einer leistungssteigernden Reform des Gesundheitssystems funktionieren und welche nicht. Ziel des dreijährigen Gesundheitsprojekts der OECD war es, die Faktengrundlage zu verstärken und Informationen über bisher vorliegende Erfahrungen zur Verfügung zu stellen, die die politischen Entscheidungsträger im Rahmen ihrer Anstrengungen zur Steigerung der Leistungsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme dem eigenen nationalen Umfeld anpassen können.

Hohe Qualität von Gesundheitsversorgung und Prävention

Es besteht noch Spielraum für weitere Verbesserungen des Gesundheitszustands ...

Die großen Unterschiede zwischen den Ländern in Bezug auf die Lebenserwartung und andere Gesundheitsindikatoren deuten darauf hin, dass in vielen, wenn nicht sogar allen Ländern weitere Verbesserungen möglich sind. Die Größenordnung der Unterschiede wirft Fragen auf und

Abbildung 5 **Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, 2000**



Anmerkung: Jedes Land berechnet seine Lebenserwartung anhand von Methoden, die etwas voneinander abweichen können. Diese methodischen Unterschiede können die Vergleichbarkeit der angegebenen Schätzungen der Lebenserwartung beeinträchtigen, da unterschiedliche Methoden die Schätzungen der Lebenserwartung eines Landes um den Bruchteil eines Jahres verändern können.

* 1999.

Quelle: OECD Health Data 2003.

weckt zugleich Erwartungen. So stellt sich beispielsweise die Frage, warum 1999 Schweden und Japan Kindersterblichkeitsraten von knapp 3,4 je 1 000 Lebendgeburten hatten, während Neuseeland und die Vereinigten Staaten mehr als zweimal so hohe Raten verzeichneten (jeweils 7,2 und 7,7). Warum hatten die 65-jährigen Frauen in Irland und Polen im Jahr 2000 eine durchschnittlich verbleibende Lebenserwartung von weniger als 18 Jahren, während Frauen in Japan, der Schweiz und in Frankreich damit rechnen konnten, drei oder mehr Jahre länger zu leben (vgl. Abb. 5)?

**... sowie für eine Ver-
ringerung der in diesem
Bereich bestehenden
Unterschiede ...**

Große Unterschiede beim Gesundheitszustand existieren auch zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder. Diese könnten z.T. auf Zugangsschranken zu benötigten Gesundheitsleistungen zurückzuführen sein, die benachteiligte Bevölkerungsgruppen unverhältnismäßig stark treffen.

... dank einer besseren Politikgestaltung ...

Dabei sollte auf keinen Fall übersehen werden, dass Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitszustands auch außerhalb des direkten Zuständigkeitsbereichs der Gesundheitspolitik bestehen. Angesichts der gesundheitlichen Folgen von Verletzungen und Krankheiten, die durch Umwelteinflüsse und Risikofaktoren bedingt sind, setzt eine Verbesserung des Gesundheitszustands auch die Beschäftigung, sich mit Faktoren wie Gewalt, Unfallverhütung, Sicherheit am Arbeitsplatz und im Straßenverkehr sowie Drogen-, Alkohol- und Tabakkonsum voraus.

... durch verstärkte Prävention ...

Außerdem besteht bei Systemen, die sich auf die jeweils aktuelle Heilung von Krankheiten konzentrieren, die Gefahr, dass sie Chancen zur Prävention künftiger Krankheiten und Behinderungen vernachlässigen. In der Tat werden von jedem Dollar, der in die Gesundheitsversorgung fließt, nur knapp 5 Cent für Initiativen ausgegeben, die dafür sorgen sollen, dass die Bürger gesund bleiben. Gleichwohl hat sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung dank präventiver Maßnahmen wie öffentliche Sensibilisierungskampagnen, regulatorische und steuerliche Maßnahmen (im Fall der Tabaksteuer beispielsweise) verbessert. Hier ist vor allem der drastische Rückgang der Raucherquote zu nennen, der in den meisten OECD-Ländern seit den sechziger Jahren zu beobachten ist (vgl. Abb. 6) und zu einem Rückgang der Lungenkrebsinzidenz geführt hat. Jedoch sind neue gesundheitliche Risiken entstanden, wobei der seit einiger Zeit beobachtete dramatische Anstieg der Zahl der Fettleibigen als besonders besorgniserregend angesehen wird (vgl. Abb. 7). Fettleibigkeit erhöht die Gefahr chronischer Erkrankungen, die von Diabetes bis zu Demenz reichen können, so dass auf Grund der raschen Zunahme der Prävalenz von Fettleibigkeit schon heute mit Gesundheitsproblemen in der Zukunft zu rechnen ist. In Anbetracht der Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Behandlung von Fettleibigkeit wäre eine stärkere Betonung von Präventivstrategien sehr wünschenswert.

... und durch Behebung von Qualitätsmängeln in der Gesundheitsversorgung wie ...

Eine der wichtigsten Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung war in den vergangenen zehn Jahren die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Qualitätsprobleme. In der Tat häufen sich in den OECD-Ländern die konkreten Belege für schwerwiegende Qualitätsmängel in der Gesundheitsversorgung, die unnötige Todesfälle, Invalidität und sonstige Gesundheitsschäden zur Folge haben und zugleich die Kosten erhöhen. Die Probleme sind dreifacher Natur:

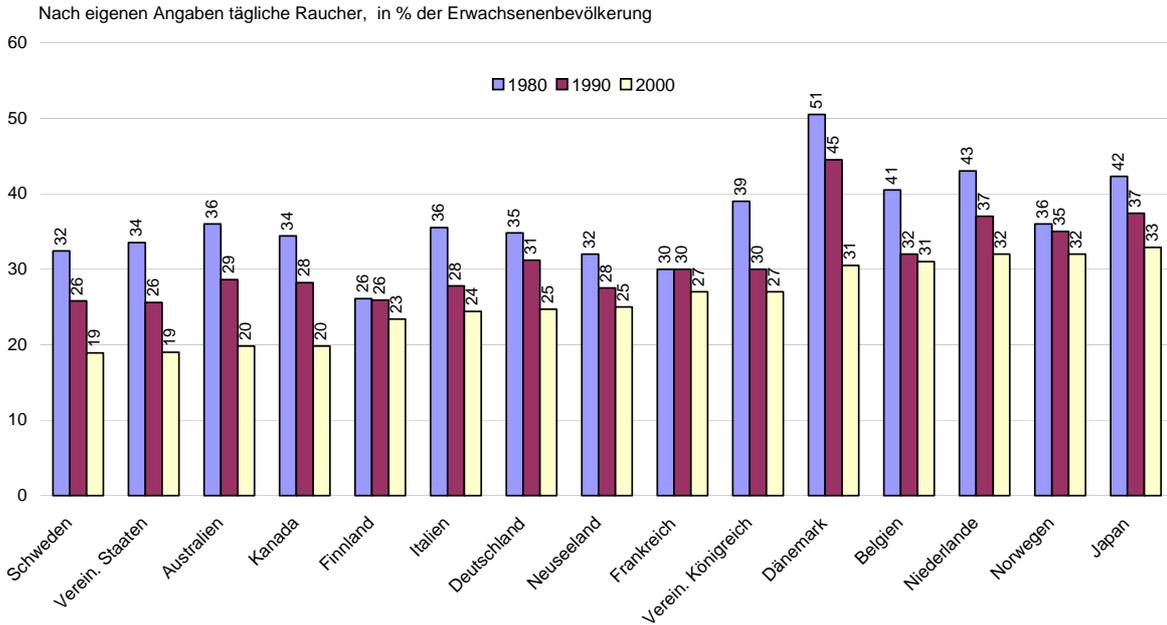
... medizinisch nicht indizierte Leistungen ...

Erstens werden teilweise Leistungen erbracht, die gemäß den Standards der medizinischen Praxis nicht indiziert sind. Untersuchungen elektiver chirurgischer Eingriffe, wie Arterien-Bypass-Operationen, zeigen, dass in einer nicht unwesentlichen Minderheit der Fälle bestimmte Eingriffe durchgeführt werden, ohne dass der Gesundheitszustand des Patienten dies rechtfertigt, mit der Folge, dass der Patient unnötigen Gesundheitsrisiken ausgesetzt wird und gleichzeitig Ressourcen vergeudet werden.

... Nichtverordnung indizierter Behandlungsleistungen ...

Eine zweite Art von Qualitätsproblemen besteht darin, dass Patienten, die Nutzen aus gewissen Basisbehandlungen ziehen würden, diese in der Praxis nicht immer bekommen. Beispielsweise werden Medikamente zur Senkung von Bluthochdruck häufig nicht verschrieben, wo sie eigentlich notwendig wären, was nicht nur zu späteren gesundheitlichen Schäden, sondern auch letztlich zu höheren Kosten führt. Und Aspirin wird Patienten nach einem Herzinfarkt nicht oft genug verschrieben, obwohl es sich um ein kostengünstiges und effizientes Mittel handelt, mit dem das Risiko eines weiteren Herzinfarkts gemindert werden kann.

Abbildung 6 Rückläufige Raucherquoten in der Erwachsenenbevölkerung in OECD-Ländern

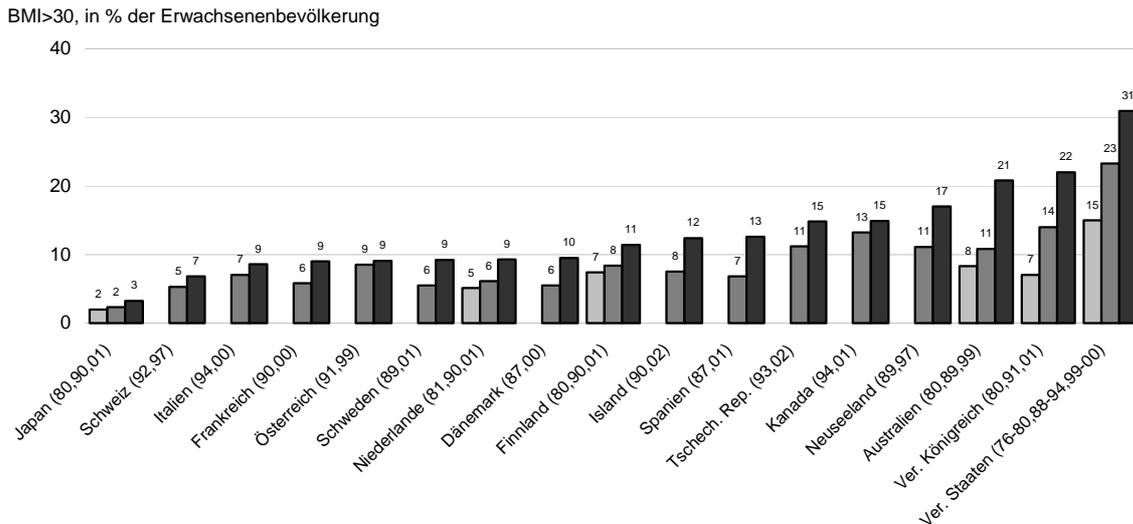


Quelle: OECD Health Data 2003.

... und Behandlungsfehler

Ein drittes Qualitätsproblem entsteht durch technisch ungenügende bzw. fehlerhafte Behandlungen. Beispiele hierfür sind chirurgische Eingriffe am falschen Organ, Fehler bei der Verabreichung von Arzneimitteln usw.

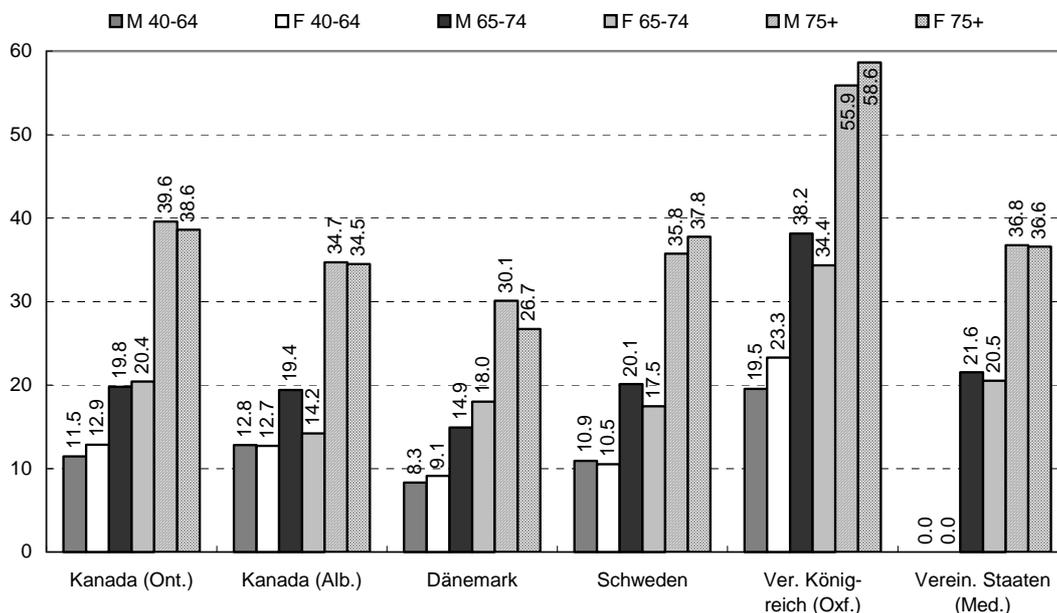
Abbildung 7 Wachsende Fettleibigkeitsquote in der Erwachsenenbevölkerung in OECD-Ländern



Anmerkung: BMI: Body Mass Index. Für Australien, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten basieren die Angaben auf medizinischen Untersuchungen und nicht Gesundheitsumfragen.
Quelle: OECD Health Data 2003.

Abbildung 8 **Zahl der Todesfälle ein Jahr nach einem Schlaganfall, 1998**

Prozentsatz der Patienten, die innerhalb des ersten Jahres nach der Krankenhausaufnahme starben



Anmerkung: Die Daten für Kanada betreffen Alberta und Ontario, die Daten für das Vereinigte Königreich die Gegend um Oxford, und die Daten für die Vereinigten Staaten nur Medicare-Versicherte, d.h. 65-jährige und ältere Personen wie auch Behinderte unter 65 Jahren.

Quelle: OECD (2003). *A Disease-based Comparison of Health Systems*.

Zur Erklärung der unterschiedlichen Gesundheitsergebnisse der einzelnen Länder bedarf es zusätzlicher Daten

Die Unterschiede zwischen den Ländern bei den Behandlungsergebnissen von Krankheitsbildern, wie Schlaganfall (vgl. Abb. 8), Herzinfarkt und Brustkrebs, erklären sich möglicherweise aus der Behandlungsintensität, der technischen Qualität der Versorgung, ihrer Organisation und Koordinierung sowie aus Einflussfaktoren, die außerhalb des Gesundheitssystems liegen. Es bedarf weiterer Daten zu potenziellen Erklärungsfaktoren, wie Prävention und Früherkennung, um diese diversen Möglichkeiten auszuloten.

Qualitätsverbesserungen sind nicht ohne Qualitätsmessungen möglich

Viele OECD-Länder haben damit begonnen, die Gesundheitsversorgungsqualität anhand von Indikatoren zu beobachten, häufig zur Festlegung von Benchmarks im Rahmen allgemeinerer Bemühungen um Beobachtung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. In den meisten Ländern galt die Aufmerksamkeit zunächst einmal der Qualität der Krankenhausversorgung, mittlerweile sind aber auch Initiativen zur Evaluierung der Leistungen anderer Strukturen der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege ergriffen worden. Verstärkt werden können diese Bemühungen durch die Entwicklung von Instrumenten wie Richtlinien für die klinische Praxis bzw. Leistungsnormen, die die Anwendung der evidenzbasierten Medizin fördern.

Hilfreich wäre die Einführung elektronischer Patientenakten mit individuellen Informationen über Gesundheitszustand und bisherige Behandlung

Bessere Systeme zur Erfassung und Verfolgung von Daten über die Patienten, ihren Gesundheitszustand und ihre medizinische Versorgung sind von entscheidender Bedeutung, wenn wirklich signifikante Fortschritte bei der Versorgungsqualität erzielt werden sollen. Papierbasierte Patientenakten, Verordnungen und Untersuchungsberichte sind weder der Genauigkeit noch dem Zugriff auf oder dem Austausch von Informationen

förderlich. Wo elektronische Gesundheitsinformationssysteme eingeführt wurden, haben diese einen positiven Einfluss auf die Qualität wie auch auf die Kosten der Gesundheitsversorgung gehabt. Beispielsweise haben Krankenhäuser in Australien und den Vereinigten Staaten, die elektronische Systeme für die Bearbeitung von Rezepten eingeführt haben, den Prozentsatz an Medikationsfehlern und dadurch verursachten Gesundheitsschäden bei Patienten deutlich reduzieren können, was messbare Verbesserungen der Versorgungsqualität sowie eine Verkürzung der Verweildauer zur Folge hatte.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung sollte durch wirtschaftliche und administrative Anreize optimiert werden

Ärzten und Krankenhäusern müssen Anreize geboten werden, in elektronische Datensysteme und andere Maßnahmen zu investieren, die zur qualitativen Verbesserung der Gesundheitsversorgung notwendig sind. Die bisherigen wirtschaftlichen und administrativen Anreize halten die Anbieter von Gesundheitsleistungen zuweilen geradezu davon ab, optimale Verfahren anzuwenden. In einigen Ländern sind es beispielsweise die Berufshaftpflichtversicherungssysteme für Ärzte, die diese dazu veranlassen, eine Vielzahl unnötiger und unangemessener Untersuchungen und Analysen zu verordnen. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, ist es von entscheidender Bedeutung, dass diese unangemessenen Anreize korrigiert und durch Maßnahmen ersetzt werden, die die Anwendung einer evidenzbasierten Medizin fördern.

Gewährleistung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung

Personalmangel im Gesundheitssektor könnte zu einem Problem werden, wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden

In einer Reihe von OECD-Ländern sind Befürchtungen darüber laut geworden, dass zwischen Angebot und Nachfrage bei Ärzten und Krankenschwestern eine zunehmende Lücke klaffen könnte. In der Tat machen sich in einer Reihe von OECD-Ländern bereits Engpässe bemerkbar. Trotz wachsender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen dürfte das Angebot infolge gesellschaftlicher Entwicklungstendenzen hin zu Arbeitszeitverkürzung und Frühverrentung, einer alternden Ärzteschaft und eines geringer werdenden Interesses an Krankenpflegeberufen im Vergleich zu anderen Berufen zurückgehen oder (ohne Korrekturmaßnahmen) bestenfalls nur langsam wachsen.

Eine Erhöhung des Personalbestands erweist sich als schwierig

Einige Länder versuchen bereits, Anzahl und Produktivität der Ärzte und Krankenschwestern zu steigern. Zur Erhöhung der Ärztezahl sind mit mehr oder minder großem Erfolg Strategien verfolgt worden, um Ärzte aus- und weiterzubilden, sie längerfristig im Gesundheitswesen zu halten bzw. Kräfte im Ausland anzuwerben. Die Zahl der Krankenschwestern zu erhöhen, hat sich als schwierig erwiesen. Es ist aber noch Spielraum für die Erprobung neuer Ansätze vorhanden; dazu gehören Gehaltserhöhungen, Verbesserungen der Arbeitsbedingungen sowie Verbesserung von Aus- und Fortbildungsprogrammen.

Ein unzureichender Zugang zu Gesundheitsleistungen kann Gesundheitsrisiken zur Folge haben

Obwohl sich im Hinblick auf die Förderung eines sozial gerechten Zugangs zu Gesundheitsleistungen die Gewährleistung einer medizinischen Grundversorgung für alle sowie die größtmögliche Reduzierung der finanziellen und sonstigen Zugangsschranken als wirksam erwiesen haben, bestehen in einigen Ländern doch nach wie vor Ungleichheiten. Hierin schlagen sich z.B. die Auswirkungen von Zuzahlungen für Niedrigeinkommensbezieher, Unterschiede im Krankenversicherungsschutz für die einzelnen Bevölkerungsgruppen u.ä. nieder. Für die Betroffenen kann

dies zu einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands und dadurch bedingt zu einer noch stärkeren wirtschaftlichen Isolation und sozialen Ausgrenzung führen. Andere Formen der Ungleichbehandlung, wie Unterschiede in Bezug auf die Wartezeiten beim Leistungszugang, können eine Begleiterscheinung von Politikmaßnahmen sein, die darauf abzielen, dem Verbraucher mehr Wahlmöglichkeiten zu bieten.

Gesundheitspolitische Initiativen können Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung beheben, doch kann dies mit hohen Kosten verbunden sein ...

In dem Maße, wie Defizite bei der Gesundheitsversorgung einiger sozial benachteiligter Gruppen häufig nur Symptome anderer Probleme wie Armut und soziale Ausgrenzung sind, reichen Änderungen der Gesundheitspolitik alleine nicht aus, um diese Mängel zu beheben. Allerdings lehrt die Erfahrung, dass Politikinterventionen etwa vorhandene einkommensbedingte Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung durchaus mindern können, was jedoch kostspielig sein kann. In Frankreich beispielsweise hat die Einrichtung eines Systems öffentlich finanzierter Zuzahlungen für Einkommensschwache die systematische Besserstellung wohlhabenderer Patienten in Bezug auf die Konsultation von Fachärzten weitgehend korrigiert.

Der möglichst rasche Einsatz modernster medizinischer Techniken setzt Strategien zur Abschätzung und Einkalkulierung von Ungewissheiten voraus

Der medizinische Fortschritt bietet Chancen für eine Verbesserung der Patientenversorgung und mithin der Gesundheitsergebnisse, kann gleichzeitig aber auch die Gesamtkosten erhöhen. Häufig sind Kosten und Nutzen ungewiss, was die politischen Entscheidungsträger vor ein Dilemma stellt. Zwischen den Ländern bestehen große Unterschiede in Bezug auf die Art und Weise, wie Entscheidungen über die Einführung und Finanzierung neuer Gesundheitstechnologien getroffen werden, und die jeweiligen Modalitäten beeinflussen wiederum die Verbreitung dieser Technologien. Einige noch im Entwicklungsstadium begriffene Behandlungsansätze, wie beispielsweise die Gentherapien, sind mit ethischen Herausforderungen verbunden, die die Entscheidungen noch zusätzlich erschweren können. Um diese Art von Ungewissheit besser in den Griff zu bekommen, bieten sich verschiedene Möglichkeiten an, wie die bedingte Zulassung vielversprechender Technologien in Erwartung weiterer Untersuchungen, rigorose Praktiken der Technologiefolgenabschätzung sowie transparente Entscheidungsprozesse.

Kundenorientierte Systeme, die Patienten und Verbraucher zufrieden stellen

Es existieren Möglichkeiten zur Steigerung der Patientenzufriedenheit

Die Gesundheitssysteme können mehr tun, um stärker auf die Erwartungen und Präferenzen der Patienten und Kunden einzugehen. In Untersuchungen der OECD wurden Maßnahmen identifiziert, die die Wartezeiten für elektive chirurgische Eingriffe reduzieren und die Langzeitpflege verbessern, zwei Leistungsbereiche, die in den OECD-Ländern besonders stark im Kreuzfeuer der Kritik stehen. Auch eine Ausweitung des Angebots an Krankenversicherungsprodukten kann zu einem stärker auf die Kundenbedürfnisse zugeschnittenen Gesundheitssystem beitragen.

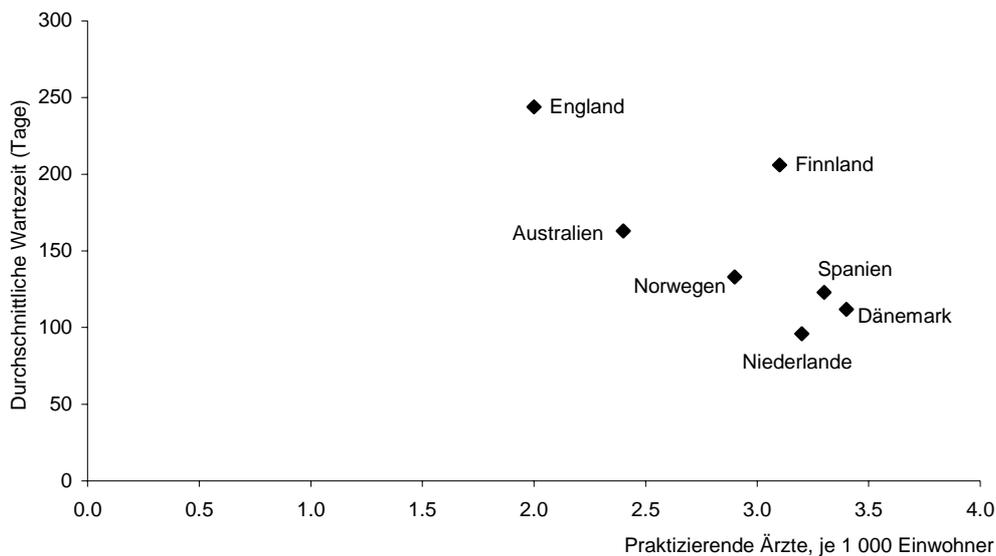
Wartezeiten bei elektiven chirurgischen Eingriffen sind in vielen OECD-Ländern ein Problem

In mindestens einem Dutzend Länder werden die Wartezeiten für elektive chirurgische Eingriffe als zu lang betrachtet. Moderate Wartezeiten scheinen zwar keine negativen Auswirkungen auf die Gesundheitsergebnisse zu haben, beeinträchtigen aber die Lebensqualität; so ist die Arbeitsproduktivität von Personen, die während der Wartezeit unter Beschwerden leiden, in der Regel eingeschränkt.

Eine Steigerung der Produktivität oder der chirurgischen Kapazitäten kann Abhilfe schaffen, ist gewöhnlich aber mit zusätzlichen Kosten verbunden

Länder, die die Wartezeiten reduzieren wollen, müssen im Allgemeinen entweder die Kapazität oder die Produktivität ihres Gesundheitssystems erhöhen. Dies dürfte aber einen Kostenanstieg zur Folge haben; denn Länder mit langen Wartezeiten weisen tendenziell niedrigere Gesundheitsausgaben auf und verfügen über einen geringeren Bestand an Akutbetten in Krankenhäusern. Sie wenden zumeist weder ein System der Einzelleistungsvergütung für Ärzte noch ein System der DRG-Vergütung für Krankenhäuser an, zwei Instrumente, die der Produktivitätssteigerung dienen. Am längsten sind die Wartezeiten zudem in Ländern mit vergleichsweise geringer Ärztedichte (vgl. Abb. 9). Aber auch wenn das Angebot an chirurgischen Kapazitäten als hinreichend gelten kann, lassen sich Wartezeiten durch ein System reduzieren, bei dem Patienten so lange nicht auf Wartelisten gesetzt werden, wie ihr Bedarf nicht ein bestimmtes Referenzniveau überschreitet, wohingegen Personen mit besonders dringendem Bedarf eine rechtzeitige Behandlung garantiert wird.

Abbildung 9 **Ärztedichte und Wartezeiten bei elektiver Chirurgie, 2000**
Hüftgelenkersatz



Anmerkung: Finnland und die Niederlande geben die Zahl der zur Ausübung des Berufs berechtigten und nicht die der tatsächlich praktizierenden Ärzte an.

Quelle: OECD Health Data 2003 und Länderantworten auf den OECD-Fragebogen zur Studie über Wartezeiten.

Die Ausweitung der Wahlmöglichkeiten des Kunden in Bezug auf Langzeitpflege kann ebenfalls kostspielig sein

Eine Reihe von Ländern experimentiert derzeit mit Maßnahmen, die den Verbrauchern im Bereich der Langzeitpflege mehr Wahlmöglichkeiten bieten und Patienten statt einer Unterbringung in Pflegeeinrichtungen die Pflege im häuslichen Bereich ermöglichen sollen. Einige Länder stellen den Leistungsberechtigten selbst bestimmte Beträge für diese Form der Pflege zur Verfügung, statt direkt mit den institutionellen Leistungserbringern abzurechnen, wobei die Mittel im ersteren Fall zumeist für die häusliche Pflege durch Familienangehörige verwendet werden. Für die Leistungsempfänger bedeutet dies mehr Flexibilität und Kontrolle über die Leistungen und ein vermindertes Gefühl der Abhängigkeit. Allerdings

ist eine kundenorientierte Ausgabenpolitik, die dem Einzelnen mehr Freiheit lässt, aller Wahrscheinlichkeit nach kostspieliger als die traditionellen Methoden.

Die freie Wahl des Krankenversicherungsschutzes kann die Kundenorientierung des Gesundheitssystems verbessern, jedoch um den Preis von Kostensteigerungen

Schon die Möglichkeit der Wahl zwischen gesetzlichem und privatem Krankenversicherungsschutz kann das Angebot für den Verbraucher erhöhen. Außerdem kann ein Gesundheitssystem, bei dem es einer Vielzahl von Versicherungsträgern frei steht, innovativ tätig zu werden, stärker den Kundenpräferenzen Rechnung tragen. Aber auch hier hat die größere Wahlmöglichkeit ihren Preis. Im Vergleich zu Systemen mit nur einem Kostenträger bzw. einem integrierten System der Leistungserbringung und -finanzierung können Systeme mit einer Vielzahl von Kostenträgern den Ausgabendruck erhöhen und die Aufrechterhaltung der Gleichbehandlung bei Zugang und Finanzierung erschweren.

Tragbare Kosten und nachhaltige Finanzierung

Eine nachhaltige Finanzierung ist für die Tragfähigkeit des Systems entscheidend

Gesundheitssysteme, die aus den Beiträgen der Erwerbstätigen finanziert werden, geraten in dem Maße zunehmend unter Druck, wie die Bevölkerung altert und der Anteil der Erwerbstätigen sinkt. Der Rückgriff auf allgemeine Steuereinnahmen zur Finanzierung einer volumenmäßigen Expansion der Gesundheitsversorgungsleistungen erhöht die Belastung für den Steuerzahler oder führt zu Kürzungen bei anderen öffentlich finanzierten Diensten und Programmen. Um den künftigen Druck auf die öffentlichen Finanzen zu verringern, dürften die einzelnen Bürger aufgefordert werden, sich in stärkerem Maße an den Kosten für ihre persönliche Gesundheitsversorgung zu beteiligen.

Moderate Zuzahlungen können die öffentlichen Kassen entlasten, sind aber keine Patentlösung

Die Zuzahlungspflicht bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kann die Belastung der öffentlichen Haushalte reduzieren. Allerdings sind hiervon keine wirklich großen Einsparungen zu erhoffen, zumal sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen von der Zuzahlungspflicht befreit werden müssen, um Zugangsbeschränkungen zu vermeiden, die sich langfristig als kostspielig herausstellen könnten. Derartige Ausnahmen verursachen Verwaltungskosten. Außerdem ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass die Kunden an der Präventivversorgung und den entsprechenden Behandlungen sparen, so lange ihnen keine Anreize geboten werden, ihr Verhalten zu ändern. Eine private Zusatzversicherung kann zwar bei einem hohen Eigenanteil dafür sorgen, dass der Einzelne die notwendigen Leistungen erhält, droht aber andererseits die Nachfrage zu steigern und damit die Gesamtkosten in die Höhe zu treiben.

Die private Krankenversicherung hat zu keiner nennenswerten Reduzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben geführt ...

Die private Krankenversicherung kann einen Teil der Kosten auffangen, die sonst der Staat übernehmen würde. Jedoch muss der Abschluss einer privaten Krankenversicherung zuweilen durch Zuschüsse gefördert werden, und es können weitere Maßnahmen notwendig sein, um die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die daneben über eine private Zusatzversicherung verfügen, zur Inanspruchnahme privat finanzierter Leistungen zu bewegen. Selbst in Ländern, in denen ein beachtlicher Teil der Bevölkerung privat versichert ist, entfällt auf die private Krankenversicherung generell nur ein verhältnismäßig geringer Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben, da diese Art von Versicherung eher kleinere Risiken als wirklich kostspielige Krankheiten und Behandlungen abdeckt.

... und wirft Probleme in Bezug auf das Ziel der sozialen Gerechtigkeit auf, die nur mit erheblichem Kostenaufwand zu umgehen sind

Die Versicherungsprämien privater Krankenversicherungen sind im Vergleich zu Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen, die sich am Einkommen bemessen, eine regressive Finanzierungsquelle. Wenn sich die Prämien nach dem individuellen Gesundheitszustand richten, können sie ebenso regressiv sein, wie es Direktzahlungen der Patienten wären, allerdings mit dem Unterschied, dass sie dem Einzelnen die Möglichkeit bieten, von einem Risikoausgleich, dem so genannten Risikopooling, zu profitieren und sich gegen finanziell ruinöse Ausgaben abzusichern. Staatliche Bemühungen um eine Förderung des Zugangs zu privaten Krankenversicherungen durch Einschränkung der Risikoselektion bzw. gezielte Zuschüsse können die soziale Gerechtigkeit am Markt für private Krankenversicherungen sowohl in Bezug auf die Finanzierung als auch in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsversorgungsleistungen verbessern, verursachen aber Kosten.

Gut konzipierte staatliche Maßnahmen sind für den Erfolg des privaten Krankenversicherungsmarkts von entscheidender Bedeutung

Soweit der Markt für private Krankenversicherungen eine Rolle bei der Gesundheitsfinanzierung spielt, müssen die politischen Entscheidungsträger sorgfältig darauf achten, dass die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen und/oder steuerlichen Anreize den von ihnen angestrebten Politikzielen effektiv gerecht werden. Ohne derartige Maßnahmen wird es am Markt für private Krankenversicherungen nicht zu einem verstärkten Zugang von Patienten mit chronischen Krankheiten oder Personen mit hohem Risikoprofil bzw. von einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen kommen. Zusätzliche Maßnahmen, wie eine Standardisierung der Versicherungsprodukte oder andere Schritte, die dem Verbraucher die Beurteilung und das Verständnis der Vor- und Nachteile von Krankenversicherungen erleichtern, können die Chance erhöhen, dass der private Krankenversicherungsmarkt einen positiven Beitrag zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems insgesamt leistet.

Es ist wichtig, den Einzelnen gegen das Risiko von Langzeitpflegekosten abzusichern

Ein Schutz gegen das Risiko hoher Kosten im Falle von Langzeitpflege ist ebenso wichtig wie die Absicherung im Falle von Akutpflege oder Behinderungen. Hier können verschiedene Strategien greifen, wie beispielsweise eine staatliche Pflichtversicherung (Luxemburg, Niederlande und Japan), eine Mischung aus staatlicher und privater Pflichtversicherung (Deutschland), steuerfinanzierte Pflegezuschüsse (Österreich) oder steuerfinanzierte Sachleistungen (Schweden und Norwegen). Der Markt für private Pflegeversicherungen ist klein, könnte mit geeigneten politischen Maßnahmen aber expandieren.

Instrumente zur Kostendämpfung können nützlich sein, haben aber unerwünschte Nebenwirkungen

Die Länder haben mit einer Kombination aus budgetären und administrativen Kontrollen von Zahlungen, Preisen und Leistungsangebot das Kostenwachstum verlangsamen können. Wenn der Einsatz ausgeklügelter Zahlungssysteme auch technische Schwierigkeiten mit sich bringen kann, gibt es doch zahlreiche Beispiele für die erfolgreiche Anwendung derartiger Systeme – beispielsweise das DRG-Vergütungssystem in Krankenhäusern –, die die Produktivität ohne Beeinträchtigung der Gesundheitsergebnisse steigern. Demgegenüber werden Systeme, die die Löhne und Preise im Gesundheitssektor künstlich niedrig halten, letztlich wahrscheinlich auf Probleme stoßen, wie Nivellierung der Qualität nach unten, Schwierigkeiten bei der Einstellung und langfristigen Bindung von medizinischem Fachpersonal oder Defizite beim Angebot von Gesundheitsleistungen und innovativen medizinischen Produkten.

Das Preis-Leistungs-Verhältnis im Gesundheitssystem

Es ist durchaus möglich, gleichzeitig Geld zu sparen und die Ergebnisse zu verbessern

Letztlich dürften Effizienzsteigerungen der einzige Weg sein, um einen Ausgleich zwischen wachsender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf der einen und begrenzten staatlichen Mitteln auf der anderen Seite zu schaffen. Internationale Daten legen den Schluss nahe, dass Spielraum für eine Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Gesundheitssystemen vorhanden ist. Denn gerade der Gesundheitssektor ist durch Fehlfunktionen des Markts und massive staatliche Eingriffe gekennzeichnet, zwei Phänomene, die beide überhöhte bzw. fehlgeleitete Ausgaben zur Folge haben können, was wiederum dazu führt, dass Ressourcen vergeudet und Chancen zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse verpasst werden. Mit anderen Worten sind zur Verbesserung des Preis-Leistungs-Verhältnisses nicht allein Kostensenkungen, sondern vielmehr Änderungen bei der Mittelverwendung im Gesundheitswesen erforderlich.

Bessere Verfahren für die Bezahlung der Leistungserbringer und den Einkauf von Gesundheitsleistungen können sich auszahlen

In den OECD-Ländern sind die Vergütungssysteme für Krankenhäuser, Ärzte und sonstige Anbieter von Gesundheitsleistungen vom Prinzip der Ineffizienz fördernden Kostenerstattung auf die produktivitätssteigernde Methode der fallbezogenen Finanzierung umgestellt worden. Diese Systeme bergen aber auch neue Risiken, so z.B. die Gefahr eines in bestimmten Bereichen überdimensionierten Leistungsvolumens und eines nur geringen Grenznutzens. Sie setzen den Wert von Präventivmaßnahmen und -behandlungen, die die Notwendigkeit späterer kostspieliger Interventionen reduzieren helfen, u.U. zu niedrig an. Sehr viel besser wären Vergütungsmodalitäten, die Anreize zur Erbringung der richtigen Leistung im richtigen Moment bieten und die jene Anbieter bzw. Institutionen belohnen, die zur effektiven Verwirklichung der Leistungsziele, z.B. einer Verbesserung der Gesundheitsergebnisse, beitragen. Aber das ist technisch schwer zu bewerkstelligen. Einige öffentliche und private Kostenträger ergreifen derzeit erste Schritte zur Verbesserung der Vergütungsanreize, indem sie Anbietern von Gesundheitsleistungen, die beispielsweise bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, Bonuszahlungen bieten.

Vielversprechend sind auch Strukturreformen der Gesundheitssysteme und die richtige Organisation der Leistungserbringungs- und Managementsysteme

Bei Systemen, in denen sowohl die Finanzierung als auch die Erbringung der Leistungen in öffentlicher Hand liegen, haben sich Bemühungen um eine Funktionstrennung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern mit dem Ziel, durch Marktwettbewerb Effizienzgewinne zu erreichen, generell als wirkungsvoll erwiesen. Bei allen Arten von Systemen können Verlagerungen der Zuständigkeiten für Abwicklung bzw. Verwaltung der Gesundheitsversorgung ebenfalls dazu beitragen, Ressourcenvergeudung zu reduzieren und die Produktivität zu steigern. So könnte beispielsweise ein Teil der qualifizierten Krankenschwestern in bestimmten Fällen, und wenn die Sicherheitsbedingungen gewährleistet sind, gewisse Funktionen von den Ärzten mit übernehmen.

Auch bestimmte Methoden des Nachfragemanagements können sich als nützlich erweisen

Krankenschwestern oder Hausärzte können als Gatekeeper fungieren, indem sie die Notwendigkeit einer Behandlung überprüfen und den Patienten an den am besten geeigneten Leistungserbringer überweisen. Mit Hilfe des Internet können sich die Patienten besser über Kosten, Risiken und zu erwartende Behandlungsergebnisse informieren. Bessere Informationen können die Nachfrage entweder dämpfen oder erhöhen.

Zur Effizienzsteigerung könnten die von den Patienten zu leistenden Zuzahlungen stärker differenziert werden, so dass für diese ein finanzieller Anreiz besteht, möglichst kosteneffiziente Behandlungsmethoden zu wählen.

Die Einführung eines effizienzbasierten Wettbewerbs unter den Krankenversicherern wirft Probleme auf

Theoretisch müssten Gesundheitssysteme, bei denen (private oder gesetzliche) Krankenversicherungsträger miteinander konkurrieren, eigentlich leistungsfähiger sein. In der Praxis hat sich jedoch die Einführung eines effizienzbasierten Wettbewerbs unter den Versicherungen als schwierig erwiesen, da die Konkurrenten in der Regel versuchen, einen möglichst gesunden Personenkreis als Kunden zu gewinnen, deren Versicherungsschutz weniger kostspielig ist. Gesundheitspolitische Maßnahmen, wie beispielsweise das Verbot der Risikoselektion und die Einführung eines an Erfahrungskriterien orientierten Systems des Risikoausgleichs unter den Versicherern könnte diese Tendenz unterbinden, doch sind es andererseits gerade diese Maßnahmen, die als Negativanreiz für ein gutes Kostenmanagement seitens der Versicherungen wirken, so dass u.U. komplexe gesetzliche Bestimmungen notwendig wären.

Eine effizienzbasierte Strategie in Bezug auf Gesundheitstechnologien kann zu besseren Ergebnissen bei niedrigeren Kosten führen

Ausschließlich auf Kostendämpfung ausgerichtete Instrumente werden sich wahrscheinlich auf kurzfristige Kosteneffekte konzentrieren, dabei aber vielleicht die Möglichkeiten einer längerfristigen Nutzensteigerung durch Investitionen in neue Gesundheitstechnologien außer Acht lassen. Ein effizienzorientiertes Technologiemanagement kann darin bestehen, Programme zur Bewertung medizinischer Verfahren anzuwenden und mit Mechanismen wie „Kosten-Nutzen-Vereinbarungen“ zwischen Käufern und Anbietern zu arbeiten, die den Effekten neuer Technologien auf die Gesundheitsergebnisse wie auch auf die Kosten Rechnung tragen.

Auf dem Weg zu leistungsstärkeren Gesundheitssystemen

Wir müssen auf unseren Erfahrungen aufbauen und dabei sowohl aus Erfolgen wie Misserfolgen lernen

Die Gesundheitspolitiker in den OECD-Ländern wissen inzwischen einiges über die Instrumente und Strategien, mit denen sich viele wichtige Politikziele erreichen lassen, wie z.B. Eindämmung des öffentlichen Ausgabenwachstums, Gewährleistung eines sozial gerechten Zugangs zur Gesundheitsversorgung, Verbesserung des Gesundheitszustands und Präventivmaßnahmen sowie Schaffung eines gerechten und tragfähigen Systems zur Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen. Diese Instrumente und Ansätze sind im Rahmen der Reformanstrengungen der letzten Jahrzehnte mit mehr oder minder großem Erfolg eingesetzt worden und bieten heute einen Fundus an positiven wie negativen Erfahrungen, der als wertvolle Ausgangsbasis dient. Mit Blick auf die Zukunft ist es wichtig, aus den Erfahrungen der Vergangenheit zu lernen, um Fortschritte zu erzielen und die zahlreichen bedeutenden Hindernisse auf dem Weg zu erfolgreichen Veränderungen antizipieren zu können.

Selbst wenn wir wissen, wie sich die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems steigern lässt, ist die Umsetzung dieses Wissens in die Praxis doch niemals einfach

Bei der Gestaltung der Gesundheitspolitik muss sorgfältig zwischen den verschiedenen Vor- und Nachteilen abgewogen werden, in denen sich die unterschiedlichen Gewichtungen einer ganzen Reihe wichtiger Ziele, aber auch ein hohes Maß an Ungewissheit widerspiegeln. Das Endziel ist natürlich ein möglichst guter Gesundheitszustand der Bevölkerung, doch ist die Förderung der Gesundheit nicht das einzige Kriterium. Gesundheitspolitische Entscheidungen haben auch erhebliche Auswirkungen auf die Wirtschaft, denn der Gesundheitssektor bildet einen starken und

wichtigen Pfeiler der OECD-Volkswirtschaften, auf den ein beträchtlicher Beschäftigungsanteil entfällt und der eine gewinnträchtige Branche darstellt. Selbst wenn die schwierigen Grundsatzentscheidungen gefallen sind, werfen Systemveränderungen mit dem Ziel einer Leistungssteigerung doch insofern stets Probleme auf, als der Erfolg der geplanten Änderungen davon abhängt, inwieweit die beteiligten Akteure wirklich reformwillig sind. Angesichts des enormen Tempos des medizinischen Fortschritts und des ständigen Wandels, dem die Ziele der Gesundheitsversorgung unterworfen sind, stellen Reformen der Gesundheitssysteme zwangsläufig einen kontinuierlichen, nur schrittweise zu realisierenden Prozess dar, bei dem es kaum Pauschal- oder Patentlösungen gibt.

Soviel wir auch bereits über die Verbesserung der Gesundheitssysteme gelernt haben, ist dieser Lernprozess doch bei weitem noch nicht abgeschlossen

Die jüngsten Arbeiten der OECD haben einige Wissenslücken geschlossen (vgl. Kasten). Jedoch bleiben noch immer zahlreiche wichtige Politikfragen unbeantwortet. Hier nur einige der dringendsten Fragen: Wie können kontinuierliche Fortschritte in der Medizintechnologie gefördert und ein möglichst baldiger Zugang zu den neuen Techniken gewährleistet werden, ohne dabei die Notwendigkeit eines verantwortungsbewussten Umgangs mit den öffentlichen Ressourcen aus den Augen zu verlieren? Wie können Innovationen gefördert werden, die auf die Bedürfnisse und Prioritäten im Gesundheitswesen zugeschnitten sind? Wie lässt sich ein hinreichendes Personalangebot im Gesundheitssektor künftig am besten gewährleisten? Wie können die wirtschaftlichen Interessen der Anbieter von Gesundheitsleistungen besser mit den Zielen eines kostengünstigen Leistungsangebots in Einklang gebracht werden? Wie können wettbewerbliche Marktkräfte stärker zur Erhöhung der Effizienz im Gesundheitswesen genutzt werden? Welche Ansätze bezüglich der beruflichen Haftpflicht des im Gesundheitswesen tätigen Personals sind am ehesten geeignet, fahrlässigem Verhalten vorzubeugen, für die Entschädigung der Opfer zu sorgen und angemessene medizinische Leistungen sicherzustellen?

Experimente, Leistungsmessung und Informationsaustausch sind von wesentlicher Bedeutung

Die Optimierung des Preis-Leistungs-Verhältnisses ist ein veränderliches Ziel, das Experimente und eine gewissenhafte Leistungsmessung anhand spezifischer, verifizierbarer Indikatoren voraussetzt. Die Festlegung einheitlicher Maßstäbe in und zwischen den Ländern kann ebenso wie der Informationsaustausch hilfreich sein. Die wechselseitige Beobachtung ist der Schlüssel zur Ermittlung effizienter Praktiken wie auch der Bedingungen, unter denen sie funktionieren. Weitere Arbeiten auf internationaler Ebene werden, indem sie die zentrale Erfassung von Erfahrungen, Fakten und neuen Ideen ermöglichen, den verantwortlichen Politikern dabei helfen, die vor ihnen liegenden Herausforderungen zu meistern.

Vielversprechende Orientierungen für die Gesundheitspolitik

Aus den Ergebnissen des OECD-Gesundheitsprojekts lässt sich eine Reihe nützlicher Praktiken bzw. Ansätze ableiten, die bei den Bemühungen um eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme hilfreich sein können. Da es hierbei häufig zu Interessenkonflikten mit konkurrierenden Politikzielen kommt, müssen die Politikverantwortlichen entscheiden, ob der erwartete Nutzen dieser Praktiken in einer gegebenen Situation größer ist als die Kosten. Außerdem muss bei der Festlegung der geeigneten Politik dem jeweils ganz spezifischen Kontext der einzelnen Länder Rechnung getragen werden. Es gibt kein Patentrezept zur Leistungsverbesserung.

Mögliche Aktionsfelder zur Verbesserung von Gesundheitszustand und Gesundheitsergebnissen der Bevölkerung

- Einsatz gut konzipierter Strategien zur Vorbeugung gegen Krankheiten und Behinderungen, was zu einer Reallokation der Ressourcen im Gesundheitssystem von der Behandlung hin zur Prävention bzw. zu Veränderungen in der Art und Weise führen kann, wie die Ressourcen ausgegeben werden. Evaluierung des Potenzials zur Verbesserung des Gesundheitszustands durch Politikveränderungen (einschließlich steuerlicher Regelungen) in den Bereichen Ernährung, Gewalt, Verkehr, Alkohol- und Tabakkonsum oder auch in anderen Bereichen, die außerhalb des eigentlichen Zuständigkeitsbereichs der Gesundheitspolitik liegen können.
- Behebung sozialer Ungerechtigkeiten im Gesundheitssektor durch Initiativen, die bei den eigentlichen Ursachen wie Armut und soziale Ausgrenzung ansetzen, zusätzlich zu Maßnahmen, die speziell auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung für schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen abzielen.
- Unterstützung der Bemühungen zu Gunsten einer stärkeren Ausrichtung der medizinischen Praxis an bereits vorhandenen Erfahrungen und Ergebnissen – vor allem durch Ausarbeitung und Anwendung evidenzbasierter Leitlinien für die medizinische Praxis sowie von Leistungsnormen, und Neuausrichtung der wirtschaftlichen und administrativen Anreize auf die Erbringung medizinisch indizierter Leistungen und die Erreichung der gewünschten Gesundheitsergebnisse.
- Gewährleistung, dass die Qualitätskontrollsysteme für Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege ausreichend sind, um die angestrebten Verbesserungsziele zu verwirklichen. Hierfür unerlässlich sind die Entwicklung und Standardisierung valider Qualitätsindikatoren, darunter vor allem Messgrößen der Gesundheitsergebnisse.

Mögliche Aktionsfelder zur Förderung eines angemessenen und gerechten Zugangs zur Gesundheitsversorgung

- Beseitigung finanzieller Zugangsschranken durch die Bereitstellung bzw. Subventionierung eines Krankenversicherungsschutzes für Einkommensschwache, Befreiung einkommensschwacher Personen von der Zuzahlungspflicht und Ermöglichung der Übernahme eines Teils der von den Patienten zu tragenden Kosten durch private Zusatzversicherungen in Fällen, in denen der Eigenanteil so hoch ist, dass er eine Zugangsschranke darstellt.
- Förderung des Zugangs von Personen mit hohem Risikoprofil (d.h. ältere Personen und Patienten, deren Erkrankungen hohe Behandlungskosten verursachen) zu einer erschwinglichen privaten Krankenversicherung, falls ein derartiger Versicherungsschutz notwendig ist, um den Zugang der betreffenden Personen zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, und zwar durch Maßnahmen, wie spezifische gesetzliche Bestimmungen, Zuschüsse oder steuerliche Anreize.
- Vermeidung unbeabsichtigter Ungleichheiten beim Zugang unterschiedlich versicherter Personen zur Gesundheitsversorgung durch Maßnahmen, wie pauschale Erstattungsgrenzen bzw. Anwendung einheitlicher Wartelisten.

Mögliche Aktionsfelder zur Steigerung der Kundenorientierung des Gesundheitssystems

- Verringerung der Wartezeiten bei elektiver Chirurgie, wo diese als übermäßig lang betrachtet werden, entweder durch Ausweitung der chirurgischen Kapazitäten oder durch Produktivitätssteigerungen (beispielsweise durch Änderungen in den Vergütungssystemen der Leistungserbringer).
- Erhöhung der Zufriedenheit der Empfänger von Langzeitpflegeleistungen, indem entweder pflegende Familienangehörige unterstützt werden und/oder indem der Leistungsberechtigte direkte Barzuschüsse erhält, damit er eine bessere Kontrolle über die Leistungen hat und unter einer größeren Zahl von Anbietern auswählen kann.
- Unterstützung der Kunden durch sachdienliche Informationen, um diesem die Wahl unter den verschiedenen gesetzlichen oder auch privaten Krankenversicherungen zu erleichtern.

Mögliche Aktionsfelder zur Gewährleistung tragbarer Kosten und nachhaltiger Finanzierungsmechanismen

- Dämpfung des Wachstums der öffentlichen Gesundheitsausgaben durch eine Kombination aus budgetären und administrativen Kontrollen von Zahlungen, Preisen oder Leistungsangebot. Sorgfältige Kontrolle der Auswirkungen derartiger Maßnahmen auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems.

(Fortsetzung nächste Seite)

(Fortsetzung)

- Einführung einer moderaten Kostenbeteiligung in gesetzlichen Krankenversicherungssystemen, wobei dafür Sorge getragen werden sollte, dass private Zusatzversicherungen den vom Patienten zu tragenden Eigenanteil nicht voll übernehmen.
- Streichung von Neben- und Luxusleistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, wobei die Rationierung über den Preis wie auch ein fakultatives Risikopooling mittels privater Zusatzversicherungen zugelassen werden sollte.

Mögliche Aktionsfelder zur Steigerung der Effizienz der Gesundheitssysteme

- Steuerung der Nachfrage nach elektiver Chirurgie und sonstigen Wahlleistungen durch Gatekeeper, klinische Prioritätensetzung bzw. Aufklärungsprogramme für Kunden und Patienten, insbesondere bei Gesundheitssystemen, bei denen eine Kombination aus niedriger Kostenbeteiligung der Patienten und einem Überangebot an Leistungsanbietern zu einer hohen Inanspruchnahme von Leistungen führt.
- Anwendung von Preissystemen für Arzneimittel und sonstigen Maßnahmen, die eine kosteneffiziente Auswahl unter Medikamenten mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung belohnen und effektiv neuartige Innovationen im pharmazeutischen Sektor fördern.
- Anwendung der Technologiefolgenabschätzung zur Förderung einer sachlich fundierten Entscheidungsfindung und Einsatz von Technologiemanagementkonzepten, die den Gesundheitsergebnissen Rechnung tragen und eine kosteneffiziente Gesundheitsversorgung begünstigen.
- Entwicklung, Erprobung und Einsatz von Vergütungssystemen für Gesundheitsversorgungsleistungen, die Produktivität und Qualität belohnen.

Mögliche Aktionsfelder zur Verbesserung der Gesamtperformance von Gesundheitssystemen

- Investition in elektronische Gesundheitsinformationssysteme, die zur Verbesserung der Organisation und Erbringung von Gesundheitsleistungen notwendig sind.
- Regelmäßige Kontrolle der Gesundheitssystemperformance anhand valider Indikatoren und verlässlicher Daten und Performancemessung unter Zugrundelegung der angestrebten Ziele bzw. (im Rahmen internationaler Vergleiche) der Ergebnisse entsprechender Systeme in anderen Ländern.

OECD PUBLICATIONS, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
PRINTED IN FRANCE
(00 2004 73 5 P) – No. 82700 2004