

**Effizienz und Leistungsfähigkeit im öffentlichen Krankensektor
Deutschland und Dänemark im Vergleich**

Leistungsnachweis zum Mastermodul «Sozialpolitik im internationalen Vergleich»

(Herbstsemester 2018 / 2019)

Isabelle Rähm

rachmisa@students.zhaw.ch

Matrikel-Nr. 05726351

Basel, 22. November 2018

1 EINLEITUNG	3
2 DEUTSCHLAND	3
2.1 STEUERUNG UND FINANZIERUNG.....	3
2.2 DIAGNOSEBEZOGENES FALLPAUSCHALEN-SYSTEM.....	4
3 DÄNEMARK.....	4
3.1 STEUERUNG UND FINANZIERUNG.....	4
3.2 KRANKENHAUSTRUKTURREFORM.....	5
4 SCHLUSSFOLGERUNG	6
5 LITERATURVERZEICHNIS.....	8
6 SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	10

1 Einleitung

Im Jahr 2016 lag der Anteil der Gesundheitskosten gemessen am Bruttoinlandprodukt in Dänemark und Deutschland bei je 10,4% und 11,1%. Mit diesen Werten liegen beide Länder über dem OECD-Durchschnitt von 8,9% (OECD 2016). Vergleicht man die Anzahl Krankenhausbetten der beiden Länder ist auffällig, dass in Deutschland im Jahr 2017 fast viermal so viele Krankenhausbetten vorhanden waren wie in Dänemark (OECD 2017)¹. Auch bei den Krankenhausaufenthalten weist Deutschland im Verhältnis einen deutlich höheren Wert auf. Gemessen an der Anzahl Krankenhausaustritte pro 100'000 Einwohner_innen haben im Jahr 2016 in Deutschland 25'000 Personen das Krankenhaus verlassen, während im selben Jahr in Dänemark lediglich 14'491 Krankenhausaustritte verzeichnet wurden (OECD 2016).

Als Ziel dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, dass ein hohes Angebot an öffentlichen Krankenhausleistungen nicht automatisch eine hohe Versorgungsqualität impliziert. Um dies zu illustrieren werden vorerst Gemeinsamkeiten und Unterschiede betreffend Steuerung und Finanzierung im Krankenhaussektor von Deutschland und Dänemark herausgearbeitet. Ausgehend von diesem Vergleich wird schliesslich der Frage nachgegangen, wie effizient die Ressourcen im Hinblick auf die Qualität der medizinischen Versorgung im stationären Sektor von Deutschland und Dänemark eingesetzt werden.

2 Deutschland

2.1 Steuerung und Finanzierung

Die Vielfachsteuerung gilt als Hauptmerkmal des deutschen Gesundheitssystems. Nach diesem ist der Bund für die Rahmengesetzgebung zuständig, während die Planung und Finanzierung der Krankenhausversorgung in die Verantwortung der Bundesländer fällt (Schölkopf & Pressel, 2017, S. 57).

Deutschlands Gesundheitssystem basiert auf der Grundlage des bismarckschen Modells, welches sich überwiegend mittels Sozialabgaben finanziert. Der Krankenhaussektor wird über das duale Finanzierungssystem beglichen. Dabei sind die Krankenkassen für die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser zuständig, während die Krankenhausinvestitionen in die Finanzierung der Bundesländer fällt (Bundesministerium der Finanzen, 2018, S. 25 f.). Krankenhäuser in Deutschland befinden sich zu 29,7% in öffentlicher, zu 34% in freigemeinnütziger und zu ca. 35% in privater Trägerschaft (Simon, 2017, S. 211 ff.).

¹ Anzahl Krankenhausbetten pro 1'000 Einwohner: Deutschland 8,1 Betten, Dänemark 2,2 Betten.

2.2 Diagnosebezogenes Fallpauschalen-System

Seit dem Jahr 2004 läuft die Vergütung der stationären Leistungen an Krankenkassen verpflichtend über das diagnosebezogene Fallpauschalen-System (*Diagnosis Related Groups, DRG*). Mit einer Fallpauschale werden im Regelfall nur Krankenhausleistungen eines definierten Behandlungsfalles rückerstattet und dies, unabhängig von den tatsächlichen Kosten und der Verweildauer des Patienten oder der Patientin. Die Einführung des Fallpauschalen-Systems verfolgte ursprünglich das Ziel, bei schonender Ressourcennutzung so effizient wie möglich zu wirtschaften (Simon, 2017, S. 242). Derzeit werden in Deutschland über 90% der erbrachten Krankenhausleistungen über das Fallpauschalen-System abgerechnet (Simon, 2017, S. 240).

Der Nachteil der Fallpauschalen besteht darin, dass mit jeder zusätzlich verlaufenden Behandlung ein positiver Deckungsbeitrag erwirtschaftet wird, was Anreize zur Mengenausweitung schafft (Bundesministerium der Finanzen, 2018, S. 26). Eine These der Arbeitsgruppe der nationalen Akademie der Wissenschaften (2016) hat aufzeigen können, dass sich im stationären Sektor von Deutschland Hinweise auf Fallzahlsteigerung finden lassen, die nicht alleine medizinisch begründet sind, sondern ökonomischen Motiven folgen (Busse et al., 2016, S. 7 ff.). Die Ursache für dieses Fehleinsetzen des Fallpauschalen-Systems wird in strukturellen Problemen des deutschen Krankenhausesektors gesehen. Aufgrund der Überzahl an Krankenhäusern können im stationären Sektor nicht alle Investitionskosten vollumfänglich beglichen werden. Als Folge davon kommt es zu einer zweckentfremdeten Nutzung des *DRG* zur Existenzsicherung einzelner Krankenhäuser (Busse et al., 2016, S. 7-10). Mindestens 40% der deutschen Krankenhäuser sind aktuell nicht in der Lage sich selbstständig zu finanzieren. Gerade kleinere Krankenhäuser sind davon betroffen (Bundesministerium der Finanzen, 2018, S. 28).

Die Entwicklung der Leistungsmengen hat eine Überversorgung in deutschen Krankenhäusern zur Folge. So konnte in der Zeit von 2004 bis 2009 in den Bereichen Bandscheibenoperationen sowie bei Interventionen am Rückenmark eine Mengensteigerung von je 43% und 46% verzeichnet werden (Raspe, 2012, o. S., zit. in Bundesministerium der Finanzen, 2018, S. 14). Insbesondere Chefärzte und Chefärztinnen der Fachbereiche Kardiologie und Unfallchirurgie / Orthopädie sind der Meinung, dass das Fallpauschalen-System zu überhöhten Eingriffszahlen führe (Reifferscheid et al., 2015, S. 129-135, zit. in Bundesministerium der Finanzen, 2018, S. 13 f.).

3 Dänemark

3.1 Steuerung und Finanzierung

Die Steuerung und Durchführung des dänischen Gesundheitssystems findet sowohl auf Staats-, Regional- wie auch auf Gemeindeebene statt, wobei dem Staat die wichtigste Funktion zukommt (Schölkopf & Pressel, 2017, S. 43 f.). Während auf staatlicher Ebene vor allem das Bundesministerium und durch dieses die *Danish Health Authority (DHA)* für die allgemeine Entwicklung und Steuerung des

Krankenhaussektors zuständig ist, liegen Planung und Durchführung in der Verantwortung der fünf Regionen (Christiansen & Bech, 2013, S. 116).

Dänemarks Gesundheitssystem basiert auf dem Beveridge-Modell und wird hauptsächlich über Steuern finanziert. Krankenhäuser in Dänemark werden zu 75% aus staatlichen Zuschüssen beglichen. Die restlichen Kosten werden durch das Fallpauschalen-System abgedeckt (Ministry of Health, 2017, S. 49). 97% aller öffentlicher Krankenhäuser in Dänemark gehören dem Staat (OECD, 2017, S. 6).

3.2 Krankenhaustrurreform

Zu Beginn des Jahres 2007 trat in Dänemark eine neue Strukturreform in Kraft, welche das bisherige Verwaltungs- und Planungssystem des Landes grundlegend veränderte. Als Hauptziel der Reform galt es die Verwaltung zu vereinfachen und dadurch eine höhere Effizienz im öffentlichen Sektor zu gewährleisten. Insbesondere die Gemeindeebene sollte durch eine territoriale Vergrößerung politisch gestärkt werden. Um dies zu erreichen wurde die Anzahl an Gemeinden von 271 auf 98 reduziert, sowie die höher liegende Verwaltungsebene von dreizehn Landeskreise in neu fünf Regionen umgewandelt. Mit dieser landesweiten Reformbewegung wurde auch die Gesundheitsversorgung von Dänemark einem Rekonstruierungsprozess unterzogen, welcher gerade für den Krankenhaussektor massgebliche Veränderungen zur Folge hatte. Dabei waren zwei Kernelemente für den Gesundheitsbereich wegweisend: Einerseits wollte man mit der Reduzierung und Neueinteilung der zwei untersten Verwaltungsebenen eine umfassendere und qualitativ bessere Gesundheitsversorgung erzielen. Zum anderen galt es auf nationaler Ebene die Funktion der *DHA* zu stärken (Christiansen & Vrangbæk, 2017, S. 321).

Auch der stationäre Sektor von Dänemark befindet sich seit Beginn der Gesundheitsreform in einer andauernden Neustrukturierung, wo insbesondere die Konsolidierung der Krankenhäuser eine bedeutende Rolle einnimmt. In der Zeit von 2007 bis 2016 wurde die Anzahl an öffentlichen Krankenhäusern von 40 auf 21 reduziert, viele kleinere Krankenhäuser wurden geschlossen oder transformiert. Gleichzeitig wurden neue Krankenhäuser errichtet und bestehende modernisiert. (Christiansen & Vrangbæk, 2017, S. 321 ff.) Innerhalb dieses Umgestaltungsprozesses wurden ausserdem zentrale Notfallaufnahmen erreicht und insgesamt die Zahl der Standorte mit Notfallaufnahmen halbiert (Berger et al., 2018, S. 19).

Bei den neuerbauten Notfallstationen handelt es sich um sogenannte *joint acute care facilities*, in denen medizinische Spezialist_innen aus unterschiedlichen Fachgebieten gemeinsam tätig sind. Dieses System ermöglicht, Personen bereits beim Eintreffen in der Notfallstation behandeln zu können und dies oftmals, ohne dass es überhaupt zu einer Krankenhausaufnahme kommt. Ist dennoch eine Aufnahme erforderlich, geschieht diese dank der vorausgehenden Erstbegutachtung durch das medizinische Fachpersonal der Notfallstation der in der Regel schneller und speditiver im Vergleich zu früher. Der Vorteil dieser *joint acute care facilities* besteht zum einen darin, dass Patient_innen so früh wie möglich

diejenige medizinische Fachbehandlung erhalten die sie benötigen und sie dadurch schneller das Krankenhaus wieder verlassen können. Auf diese Weise können Kosten eingespart werden die bei einer Krankenhausaufnahme anfallen würden. Gegenwärtig verfügen 17 von 21 Akutkrankenhäuser in Dänemark über eine solche Notfalleinrichtung (Christiansen & Vrangbæk, 2017, S. 323 f.).

Die Konsolidierung der dänischen Krankenhäuser hatte zur Folge, dass die Anzahl Krankenhausaustritte pro 100'000 Einwohner_innen in der Zeit von 2007 bis 2016 um 1'504 Austritte zurückging (OECD, 2016), während gleichzeitig eine allgemeine Steigerung in der Versorgungsqualität verzeichnet wurde. So kam es beispielsweise zu Verbesserungen der Mortalitätsrate nach einem akuten Herzinfarkt und die Dauer bis zur Behandlung einer akuten Hüftfraktur konnte reduziert werden (Berger et al., 2018, S. 20 f.).

4 Schlussfolgerung

Ungeachtet der ähnlichen Gesundheitsausgaben von Deutschland und Dänemark kann rückblickend auf diesen Vergleich festgehalten werden, dass der stationäre Sektor beider Länder im Bereich Steuerung und Finanzierung signifikante Unterschiede aufweist. Während in Deutschland die Krankenhauskosten nach dem dualen Finanzierungssystem beglichen werden, finanziert sich der stationäre Sektor in Dänemark hauptsächlich über Steuern. Bezüglich politischer Steuerung des Krankenhausesektors unterscheidet sich Dänemark durch eine Zentralregierung gegenüber Deutschland, wo die Planung und Steuerung in die Kompetenz der Bundesländer fällt.

Sowohl in Deutschland als auch Dänemark werden Krankenhausleistungen über das Fallpauschalen-System (*DRG*) vergütet. Auffallend ist hier jedoch der deutlich höhere Anteil an *DRG*-gesteuerter Finanzierung in deutschen Krankenhäusern, welcher mit über 90% mehr als dreimal so hoch ist wie in Dänemark. Im Gegensatz zu Dänemark lässt sich in Deutschland eine deutliche Überzahl an Krankenhäusern verzeichnen. Viele davon sind zu klein, unzureichend ausgerüstet und unterfinanziert. Um dennoch die Existenzsicherung einzelner Krankenhäuser zu wahren, kommt es in Deutschland vermehrt zu einer zweckentfremdeten Nutzung des Fallpauschalen-Systems.

Mit der Krankenhausreform befindet sich der stationäre Sektor von Dänemark seit 2007 in einem fortlaufenden Neustrukturierungsprozess. Durch das Verlagern der Krankenhausplanung auf die nationale Ebene konnten Krankenhäuser geschlossen, fusioniert und - gerade im Bereich Notfallstation - modernisiert werden. Dies führte zu einer allgemeinen Verbesserung der Behandlungsqualität bei einer gleichzeitig effizienteren Ressourcennutzung.

Folglich kann behauptet werden, dass der stationäre Sektor von Dänemark durch diese Krankenhausstrukturreform im Bereich Patientenversorgung sowohl aus medizinischer, versorgungsplanerischer als auch ökonomischer Sicht heute besser dasteht als in Deutschland (Berger et al., 2018, S. 23 f.). Als eines der Hauptgründe für diese ungleich verlaufende Entwicklungen in den beiden Ländern können vor allem die unterschiedlichen Akteure auf lokaler und nationaler Ebene gesehen werden. Für eine zentralstaatliche Regierung, wie diese in Dänemark vorhanden ist, scheinen effizienzorientierte politische

Entscheide im Gesundheitsbereich einfacher umsetzbar (Bundesministerium der Finanzen, 2018, S. 29), als in Deutschland, wo diese möglicherweise oftmals an Widerständen der Bevölkerung scheitern würden (Busse et al., 2016, S. 10). Zudem erfolgte die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhauswesen in Deutschland ohne gleichzeitige Strukturveränderung des Gesundheitssystems (Bundesministerium der Finanzen, 2018, S.10).

Mittels dieses Vergleichs konnte gezeigt werden, dass ein Gesundheitssystem mit strukturellen Problemen alleine durch mehr Geld nicht automatisch effizienter und leistungsfähiger wird (Busse et al., 2016, S. 12).

5 Literaturverzeichnis

Berger, Elke, Busse, Reinhard, Finger, Benjamin, Focke, Klaus & Geissler, Alexander. (2018): *Krankenhaus: Impulse aus Dänemark für Deutschland*. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jahrgang 72, Heft 3, S. 19 -24, Baden-Baden. [PDF] Gefunden unter: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2018-3-19/krankenhaus-impulse-aus-daenemark-fuer-deutschland-jahrgang-72-2018-heft-3> (Zugriff am 22.11.2018)

Bundesministerium der Finanzen. (2018): *Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen*. Gutachten des wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen, Berlin. [PDF] Gefunden unter: https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewahlte_Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Zugriff am 22.11.2018)

Busse, Reinhard, Ganten, Detlev, Huster, Stefan, Reinhardt, Erich, Suttorp, Norbet & Wiesing, Urban. (2016): *Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem: 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft*. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle (Saale). [PDF] Gefunden unter: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf (Zugriff am 22.11.2018)

Christiansen, Terkel & Bech, Mickael. (2013): *Denmark. Waiting Time Policies in the Health Sector. What Works?* OECD 2013, S. 115-131, Denmark. [PDF] Gefunden unter: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works_9789264179080-en#page117 (Zugriff am 17.11.2018)

Christiansen, Terkel & Vrangbæk Karsten. (2018): *Hospital centralization and performance in Denmark – Ten years on*. Health Policy 122, S. 321-328, Amsterdam. [PDF] Gefunden unter: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0168851017303500?token=D58E9D31E035C959334A6D7BC0EBA77613EB3C0C78D3168CC19971EEFC2014AE5CD9998D94D3F445A272B11E4EA8494E> (Zugriff am 21.11.2018)

Dallinger, Ursula (2016). *Sozialpolitik im internationalen Vergleich*. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Ministry of Health. (2017): *Healthcare in Denmark – An Overview*. Denmark. [PDF] Gefunden unter: https://www.sum.dk/English/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx (Zugriff am 22.11.2018)

OECD. (2016). *Health Expenditure*. Gefunden unter: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm> (Zugriff am 21.11.2018)

OECD. (2016). *Health expenditure and financing*. Gefunden unter: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (Zugriff am 21.11.2018)

OECD. (2017). *Hospital beds*. Gefunden unter: <https://data.oecd.org/health/hospital-beds.htm> (Zugriff am 21.11.2018)

OECD. (2016). *Hospital discharge rates*. Gefunden unter: <https://data.oecd.org/healthcare/hospital-discharge-rates.htm> (Zugriff am 21.11.2018)

OECD. (2017): *State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile*. [PDF] Gefunden unter: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_da_english.pdf (Zugriff am 18.11.2018)

Schölkopf, Martin & Pressel, Holger. (2017). *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik* (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Schubert, Klaus, Hegelich, Simon & Bazant, Ursula. (2008). *Europäische Wohlfahrtssysteme*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Simon, Michael. (2017). *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionswesen* (6., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe Verlag.