Markus Schneider • Uwe Hofmann
Aynur Köse • Peter Biene
Thomas Krauss

Indikatoren der OMK im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege

Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit

Zusammenfassung

BASYS

Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt den Autoren.

Redaktionsschluss: 31. März 2007

ISBN 3-930077-19-1

Alle Rechte vorbehalten.

Kein Teil des Werkes darf ohne schriftliche Genehmigung von BASYS reproduziert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© 2007 BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH,
Reisingerstraße 25, D-86159 Augsburg, Telefon 0821 25794-0,
Email basys@basys.de, Telefax 0821 579341

Druck: AZ Druck und Datentechnik GmbH, D-87437 Kempten (Allgäu)

Vorwort

Die europäischen Gesundheitssysteme stehen vor neuen Herausforderungen, mit denen sich die Europäische Kommission nunmehr im Rahmen der „Offenen Methode der Koordinierung“ intensiv beschäftigt. Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger, Qualitätsorientierung und finanzielle Nachhaltigkeit sind die wesentlichen Zielsetzungen dieses Diskussionsprozesses. Durch den Vergleich entsprechender Daten und Indikatoren wollen die Mitgliedsstaaten voneinander lernen. Obwohl das Spannungsverhältnis zwischen medizinisch Machbarem und dem tatsächlich Realisierbaren zunimmt, eröffnen sich neue Möglichkeiten für die Versorgung der Patienten. Mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ wurde in Deutschland ein Grundstein für die Modernisierung des Gesundheitswesens gelegt, der auch die wachsende Integration der Europäischen Union berücksichtigt.

Fundierte Informationen über die Stellung Deutschlands im internationalen Vergleich sind für den gesundheitspolitischen Dialog von wachsender Bedeutung. In Deutschland und in Europa gilt es, die Erfahrungen der Länder für die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme zu nutzen.

Die gesundheitliche Situation der Bürgerinnen und Bürger hat sich in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union in den letzten Jahren weiter verbessert. Die personelle und finanzielle Ausstattung sowie die Ausgabenentwicklung sind aber in den Mitgliedsstaaten nach wie vor sehr unterschiedlich. Die vorliegende Studie zeigt anhand ausgewählter Daten und Indikatoren die Position Deutschlands im Vergleich zu unseren Nachbarstaaten. Erstmals werden die auf EU-Ebene ausgewählten Indikatoren auch für die deutschen Länder in ihren regionalen Wirkungen aufbereitet.

Der Bericht bietet mit seinen umfangreichen Informationen der Gesundheitspolitik eine wichtige Arbeitsgrundlage und gibt gleichzeitig den interessierten Bürgern vielseitige Einblicke in die Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union.

Ulla Schmidt

Bundesministerin für Gesundheit
Mitglied des Deutschen Bundestages

Zusammenfassung

Die „Offene Methode der Koordinierung“ (OMK) wurde durch den Europäischen Rat von Lissabon im März 2000 als Instrument zur Zielabstimmung und Definition von Leitlinien festgelegt, damit die Mitgliedsstaaten nicht nur in Gebieten, die EU-weit harmonisiert sind, sondern auch in Bereichen, die in der jeweiligen nationalen Kompetenz liegen, erfolgreich zusammenarbeiten. In seinen Schlussfolgerungen hob der Europäische Rat von Lissabon hervor, dass die Sozialschutzsysteme einer Reform bedürften, damit sie weiterhin (medizinische) Leistungen von hoher Qualität erbringen könnten.

1 Indikatorentableau

In diesem Bericht werden Indikatoren zur Offenen Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen für die 25 Mitglieder der Europäischen Union dargestellt (vgl. Abbildung 1). Diese Studie ermöglicht damit eine Beurteilung der Verfügbarkeit und der Variation der Indikatorenwerte aus internationaler Sicht. Mit der Darstellung der Indikatoren für die 16 Länder Deutschlands gestattet dieser Bericht darüber hinaus eine Beurteilung aus nationaler Sicht. Dies ist insofern von Bedeutung, da die im internationalen Vergleich zu beobachtenden Abweichungen der Bundeswerte nicht für ganz Deutschland gelten. Allerdings werden nur solche Daten regionalisiert, für die es die Datenlage zulässt, so dass der nationale Teil nicht vollkommen identisch mit dem internationalen Teil ist.

Ausgewählt wurden die Indikatoren zunächst nach den Kriterien Relevanz, Datenverfügbarkeit, Datenqualität und Priorität, welche die Indicator Sub Group (ISG) des Social Protection Committee (SPC) vorgegeben hat. Die ausgewählten Indikatoren wurden dann weiterhin mit den Indikatorenportfolios der anderen OMK-Bereiche „Alterssicherung“ und „Soziale Ungleichheit“ abgestimmt. Dieses sogenannte „Streamlining“ führte dazu, dass die Indikatoren jeder Zieldimension in drei Kategorien „primär, sekundär und Kontext“ mit einer weiteren Differenzierung in „EU und national“ eingeteilt wurden. Damit sollen die Nutzer über Einschränkungen bei der Verwendung informiert werden. Auf diese Weise wurde ein hierarchisches Indikatorenportfolio für die drei Hauptziele bzw. Zieldimensionen der OMK „Zugang, Qualität und Nachhaltigkeit“ festgelegt, welches zukünftig zur Beurteilung des Gesundheitswesens und der Langzeitpflege herangezogen werden kann und das gleichzeitig von allen Mitgliedsstaaten anerkannt wird.

Diese Vereinheitlichung führte zu neun Primärindikatoren (P), wobei hiervon sechs verbindliche EU-Indikatoren und drei nationale Indikatoren sind (vgl. Abbildung 1). Während die EU-Indikatoren (EU) zu einer vergleichenden Bewertung des Fortschritts der Mitgliedsstaaten im Hinblick auf gemeinsame Ziele beitragen sollen, sollen die nationalen Indikatoren (N) Schlüsselinformationen liefern, um den Fortschritt der einzelnen Mitgliedsländer in der Zielerreichung bewerten zu können. Die Primärindikatoren sollen im Prinzip alle wesentlichen

Dimensionen der Ziele abdecken und/oder die soziale Situation von bedeutenden Teilgruppen der Bevölkerung beleuchten. Im Gegensatz hierzu sollen die Sekundärindikatoren (S) die primären Indikatoren unterstützen, indem sie einen größeren Einblick in die Natur des Problems erlauben. Die Kontextindikatoren (K) sollen das Indikatorenportfolio in Bezug auf die Vergangenheit und wenn nötig im Hinblick auf die zukünftigen Tendenzen bewerten.

Ergänzt werden die Indikatoren in diesem Bericht um so genannte Zusatzindikatoren (Z), welche nicht im vorläufigen Indikatorensatz der ISG enthalten sind. Diese, bei der Festlegung des Indikatorenportfolios diskutierten Indikatoren, sollen weitere Informationen zu den drei Zielbereichen liefern und damit die Interpretation der anderen Indikatoren erleichtern. Wie die Abbildung 1 zeigt, richten sich die meisten Indikatoren auf die beiden Ziele

Ziel 1: Zugang zur Gesundheitsversorgung und Verminderung von Gesundheitsungleichheiten

Ziel 3: Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung (Nachhaltigkeit).

Für das

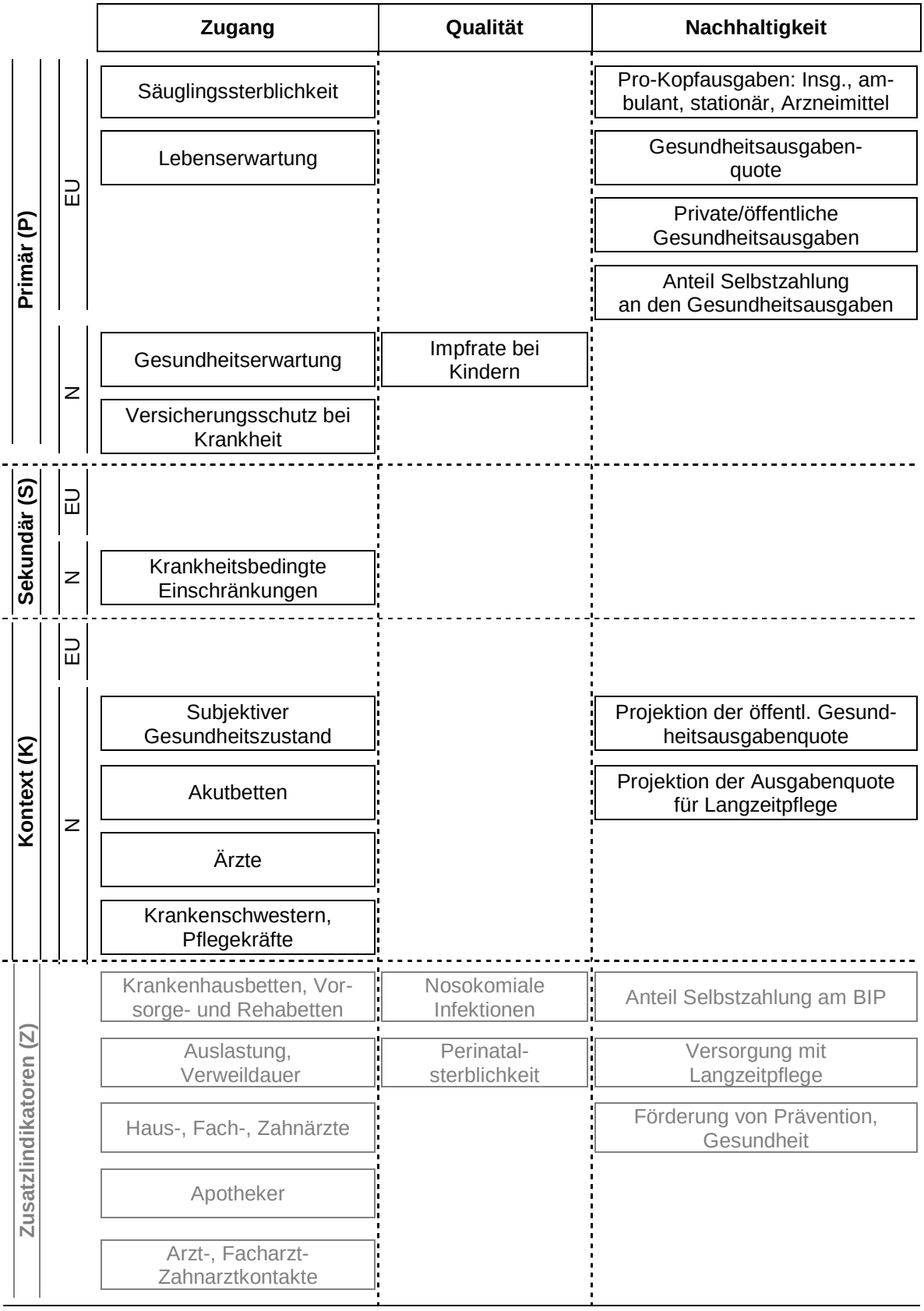
Ziel 2: Förderung der Qualität der Versorgung

konnte nur ein primärer Indikator festgelegt werden, da sich die Datenlage für vergleichbare Qualitätsindikatoren als äußerst schwierig erwies. Zweifellos ist die Qualität der Versorgung zentral für die Beurteilung von Gesundheitssystemen. Dazu gehören die Effektivität und Sicherheit der Versorgung, Patientenrechte, Zulassungs- und Zertifizierungsverfahren sowie Innovationen. Die Entwicklung von vergleichbaren Kenngrößen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stellt deshalb eine große Herausforderung für die OMK im Gesundheitswesen dar.

2 Europäischer Vergleich

Eine Beurteilung über das Abschneiden der einzelnen europäischen Länder im Hinblick auf die Indikatoren der OMK kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen. Einerseits lässt sich z.B. in Form eines Länder-Rankings für jeden einzelnen Indikator die Platzierung der Mitgliedsstaaten untereinander darstellen, andererseits kann z.B. die Abweichung einzelner Indikatoren vom europäischen Durchschnitt aufgezeigt werden. Tabelle 1 gibt einen zusammenfassenden Überblick über das Ranking der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU15) für die in diesem Bericht dargestellten Indikatoren. Der Datenstand bezieht sich in der Regel auf das Jahr 2004.

Abbildung 1:Einstufung der dargestellten Indikatoren nach den Kriterien der Indicator Sub Group



Quelle: Eigene Darstellung *BASYS.*

Tabelle 1: Ranking der Mitgliedsstaaten der EU (EU15) für die Indikatoren der OMK, 2004

	AT	BE	DE	DK	ES	FR	FI	GR	IT	IE	LU	NL	PT	SE	UK
1. Zugang und Ungleichheiten															
Lebenserwartung															
Säuglingssterblichkeit*	13	11	8	12	3	4	2	4	8	14	4	8	7	1	15
bei Geburt, männlich[1)]	7	7	7	12	2	7	12	4	3	11	14	5	15	1	5
bei Geburt, weiblich[1)]	7	6	7	15	1	2	5	9	3	12	10	11	14	3	12
mit 65 Jahren, männlich[1)]	6	8	7	14	3	1	8	3	3	12	14	11	13	2	8
mit 65 Jahren, weiblich[1)]	4	7	7	15	2	1	6	14	2	12	11	9	12	5	10
Gesundheitserwartung															
bei Geburt, männlich[1)]	5	2	6	8	3	12	14	4	1	7	-	10	13	9	11
bei Geburt, weiblich[1)]	3	4	7	11	2	8	14	5	1	6	-	13	10	9	11
Versorgungsangebot															
Krankenhausbetten	5	6	2	12	11	4	3	8	10	9	1	7	14	15	12
Akutbetten	4	3	2	12	9	5	13	6	7	10	1	8	11	15	14
Verweildauer im Krankenhaus	11	9	3	14	7	6	5	12	10	4	1	2	7	13	15
Bettenauslastung im Krankenhaus	6	13	7	3	12	9	5	15	10	2	14	11	8	1	4
Gesundheitspersonal															
Ärzte	4	2	3	7	5	9	14	1	7	12	11	13	6	10	15
Hausärzte	5	1	7	10	6	2	14	15	4	8	3	13	12	11	9
Fachärzte	4	7	2	6	5	10	13	1	8	12	14	11	3	9	15
Zahnärzte	12	5	7	2	13	9	3	1	6	11	8	10	14	4	15
Apotheker	11	1	12	10	3	5	2	7	4	14	7	15	6	9	13
Krankenpfleger und Hebammen[1)]	8	9	5	3	11	6	6	-	10	-	1	-	12	4	2
Subjektiver Gesundheitszustand	6	2	4	6	10	13	12	11	9	1	-	3	14	8	5
2. Förderung der Qualität															
Impfrate gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten (Kinder)	15	9	5	9	7	5	3	14	8	13	1	4	9	2	12
Perinatalsterblichkeit[2)]*	8	-	5	-	3	-	2	10	1	12	6	11	6	3	9
3. Nachhaltigkeit															
Pro-Kopfausgaben															
Gesundheitsausgaben	2	6	4	9	13	3	12	14	11	8	1	5	15	7	10
Stationäre Leistungen	2	9	8	10	14	3	12	13	11	7	1	5	15	5	4
Ambulante Leistungen	2	7	4	3	8	12	11	15	14	6	1	9	13	5	10
Arzneimittel	6	7	2	15	9	1	11	10	12	5	3	13	8	14	4
Ausgabenquote															
Gesundheitsausgabenquote	3	4	1	9	14	1	15	8	11	12	12	7	6	5	10
Öffentliche Gesundheitsausgaben	3	8	2	5	15	1	13	14	11	11	6	10	9	3	6
Private Gesundheitsausgaben	3	3	6	13	6	8	11	1	9	13	15	2	3	10	12
Selbstzahlung	10	2	8	9	4	13	6	1	5	11	15	14	3	7	11
Finanzierungsanteil															
Öffentliche Gesundheitsausgaben	10	11	8	2	14	6	7	15	9	5	1	13	12	4	3
Private Gesundheitsausgaben	6	5	8	14	2	10	9	1	7	11	15	3	4	12	13
Selbstzahlung	12	4	10	7	2	13	3	1	6	9	15	14	5	8	10

Fortsetzung Tabelle 1:

	AT	BE	DE	DK	ES	FR	FI	GR	IT	IE	LU	NL	PT	SE	UK
Langzeitpflege															
Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter	9	5	2	12	7	8	11	3	1	15	13	14	6	4	9
Bevölkerungsanteil 85 Jahre und älter	8	8	7	4	4	4	8	13	2	15	13	12	11	1	3
Langzeitpflegebetten	5	4	3	11	6	9	2	14	7	10	8	12	15	1	13
Prävention und Gesundheit															
Bevölkerungsanteil der Raucher 15 Jahre und älter[1)]*	-	2	10	5	6	7	3	-	-	-	9	8	-	1	4
Konsum reinen Alkohols pro Kopf[1)]*	12	5	13	9	10	10	6	3	2	-	14	4	8	1	6
PM_{10}-Konzentration je Einwohner[1)]*	6	9	-	6	5	11	13	8	4	2	12	2	14	10	1

Ersten drei Plätze

1) Daten von 2003
2) Daten von 2002
* Umgekehrte Reihenfolge (1 = niedrigster Wert)

Quelle: Eigene Darstellung *BASYS*.

ZUGANG UND UNGLEICHHEITEN

Zugang und Ungleichheit in der Gesundheit werden über die vier Primärindikatoren (Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung, Gesundheitserwartung und Krankenversicherungsschutz) gemessen, wobei die letzten beiden nur nationale Indikatoren darstellen.

Bei der Lebenserwartung nimmt Deutschland, innerhalb des Länder-Rankings der EU15-Staaten, einen Mittelplatz ein. In der Spitzenposition befinden sich hier Schweden, Spanien und Italien sowie Frankreich. Schweden hat die geringste, Großbritannien die höchste Säuglingssterblichkeit unter den EU15-Ländern.

Im Gegensatz zur Lebenserwartung liegt Schweden bei der Gesundheitserwartung nur auf Platz neun. Deutschland reiht sich hier vor Schweden ein. Ob es sich hier um ein statistisches Artefakt handelt, das durch interkulturelle Verzerrungen bei der Befragung zustande kommt, wird sich möglicherweise bei Verwendung der EU-SILC Erhebungen in der Zukunft zeigen.

Was den Krankenversicherungsschutz betrifft, so sind europaweite Aussagen gegenwärtig schwierig, da dieser in den Ländern mit nationalen Gesundheitsdiensten und den Sozialversicherungsländern unterschiedlich organisiert ist. Es muss hierbei sowohl der gesetzliche, als auch der private Versicherungsschutz berücksichtigt werden.

Beim personellen Versorgungsangebot hat Deutschland bei den Ärzten sowie bei der Versorgung mit Langzeit- und Akutbetten eine Spitzenposition. Die deutsche Versorgungsdichte mit Zahnärzten, Krankenschwestern und Apothekern liegt im europäischen Mittelfeld.

FÖRDERUNG DER QUALITÄT

Wie das OECD Gesundheitsprojekt zeigt, ist die Datenlage gegenwärtig nicht ausreichend, um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität europaweit zu vergleichen. Deshalb wurde für die OMK nur die Impfrate als Primärindikator ausgewählt.

Die Impfrate bei Kindern gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis ist in der EU mit 99,8% in Ungarn am höchsten. In Deutschland beträgt diese 97,0%, in den EU15-Ländern 95,0%. Spanien liegt mit 96,4% knapp unter der deutschen Impfrate.

Bei der Perinatalsterblichkeit liegt Deutschland wie bei der Säuglingssterblichkeit im Mittelfeld. Die geringste Perinatalsterblichkeit innerhalb der EU15-Länder haben Italien und Finnland.

NACHHALTIGKEIT DER FINANZIERUNG

Als Primärindikatoren der nachhaltigen Finanzierung dienen die Gesundheitsausgaben pro Kopf, die Gesundheitsausgabenquote, die Quote der öffentlichen Gesundheitsausgaben und der Anteil der Selbstzahlung an den Gesundheitsausgaben.

Bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben gemessen in europäischen Kaufkraftstandards liegt Deutschland im Jahr 2004 mit 2.608 € auf Platz vier nach Luxemburg, Österreich und Frankreich. Der Durchschnitt für EU15 beträgt 2.318 €. Die Pro-Kopfausgaben sind damit im EU15-Durchschnitt um rund 13% geringer als in Deutschland. Der Wert für die zehn neuen Mitgliedsländer erreicht mit 851 € nur etwa ein Drittel des deutschen Wertes.

Auffällig ist, dass im Zeitraum 1994 – 2004 das Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland mit am geringsten war. Einen geringeren Anstieg verzeichnet im gleichen Zeitraum lediglich noch Italien. Dabei ist anzumerken, dass das Wachstum im Westen Deutschlands noch geringer ausfiel als im Osten.

Was die Gesundheitsausgabenquote betrifft, so liegt Deutschland mit 10,6% am Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2004 mit Frankreich in der Rangfolge auf Platz 1, gefolgt von Österreich mit 10,2%. Hier ist anzumerken, dass sich die Gesundheitsausgabenquote in den alten und neuen Bundesländern deutlich unterscheidet. Mit 10,1% liegt die Gesundheitsausgabenquote der alten Bundesländer 0,6 Prozentpunkte über dem EU15-Durchschnitt von 9,5%. Der EU25-Durchschnitt beträgt im Jahr 2004 9,2%, der EU10-Durchschnitt 6,9%. Die niedrigste Quote weist Estland mit 5,5% auf.

Während die Höhe der Gesundheitsausgabenquote die Zahlungsbereitschaft eines Landes für Gesundheitsleistungen widerspiegelt, lässt sich die Belastung der öffentlichen Haushalte über die öffentliche Gesundheitsausgabenquote messen. Mit einer Quote von 8,2% im Jahr 2004 nimmt hier Deutschland Platz 2 nach Frankreich mit 8,4% ein. Der EU15-Durchschnitt beträgt 7,3%. Am geringsten ist diese Quote in Lettland mit 3,2%.

VARIATION DER PRIMÄREN INDIKATOREN

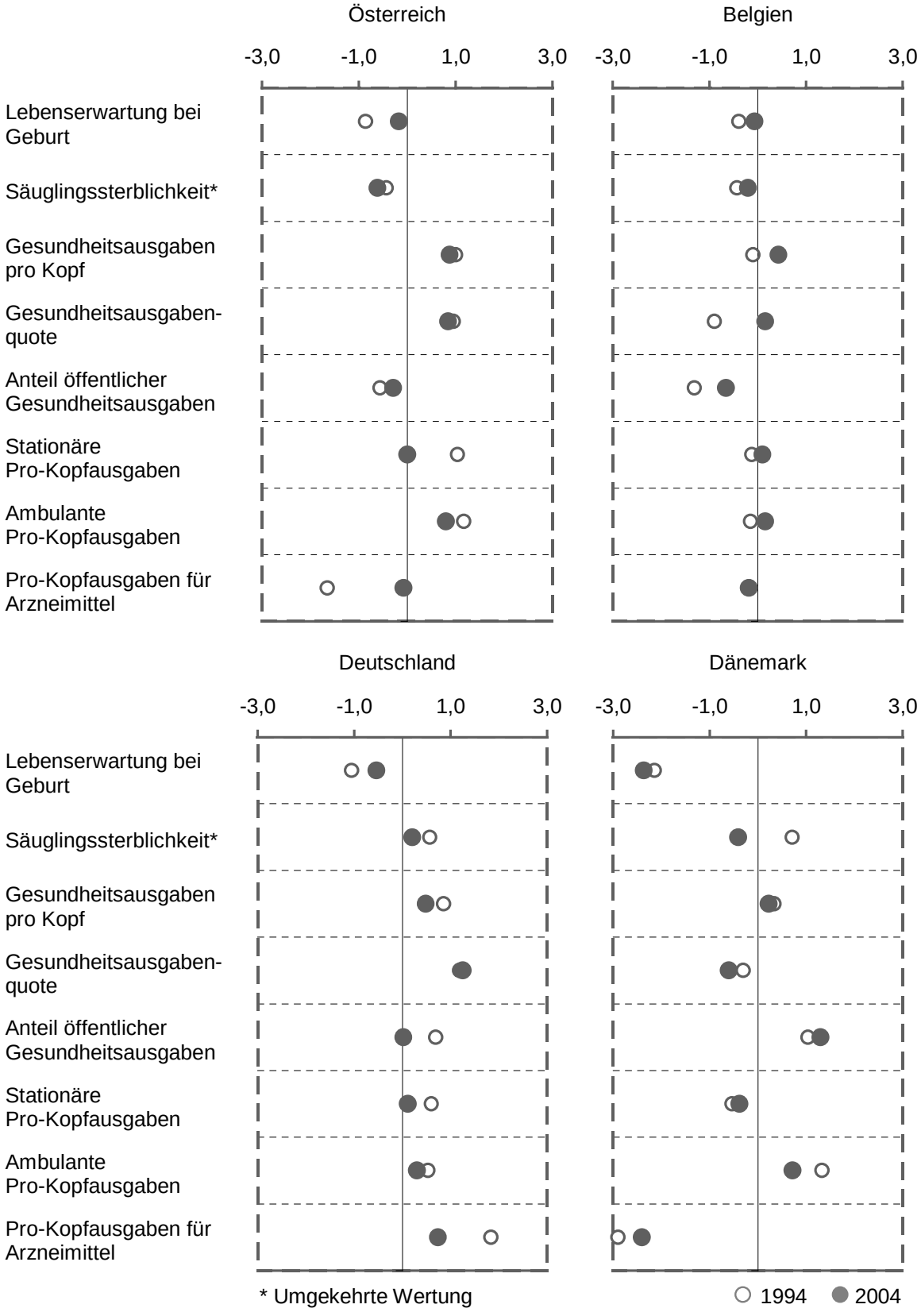
Die einzelnen Schaubilder der Abbildung 2 geben einen Überblick über die Position der EU15-Länder sowie des EU10-Durchschnitts bei den primären EU-Indikatoren im Vergleich zum EU15-Durchschnitt. Dargestellt wird jeweils die normierte Abweichung im Intervall von –3 bis +3 der landesspezifischen Situation vom EU15-Durchschnitt, getrennt für die Jahre 1994 und 2004. Die Normierung der einzelnen Indikatorengruppen richtet sich dabei nach dem Maximum bzw. Minimum eines Indikators über alle 15 Länder und beide Jahre. Positive Werte bedeuten dabei hohe Ausprägungen und negative Werte niedrige Ausprägungen des Merkmals. Der Wert „+3 (-3)“ bezeichnet somit die absolut gesehen höchste (niedrigste) Ausprägung beider Jahre im Vergleich der Länder zueinander. Einzige Ausnahme bildet die Säuglingssterblichkeit, da hier aus Gründen der Übersichtlichkeit positive Werte für eine überdurchschnittlich niedrige Sterblichkeit stehen. Bei der Lebenserwartung bei Geburt wurden zum Einen die einzelnen Indikatoren (männlich, weiblich) zusammengefasst und zum Anderen für die Länder Belgien, Italien, Irland, Luxemburg, Portugal und Großbritannien fehlende Werte des Jahres 2004 durch Daten des Jahres 2003 ersetzt.

Die primären EU-Indikatorenwerte für Deutschland liegen im Jahr 2004 bis auf die Lebenserwartung bei Geburt auf bzw. über dem EU15-Durchschnitt. Weitgehend überdurchschnittlich sind auch die Indikatorenwerte für Frankreich und Schweden, allerdings mit dem Unterschied einer höheren Lebenserwartung auf der einen und geringeren ambulanten Pro-Kopfausgaben (Frankreich) bzw. geringeren Ausgaben für Arzneimittel (Schweden) auf der anderen Seite. Im Gegensatz hierzu weisen Griechenland und Portugal mit Ausnahme der Säuglingssterblichkeit bei allen Primärindikatoren unterdurchschnittliche Werte auf.

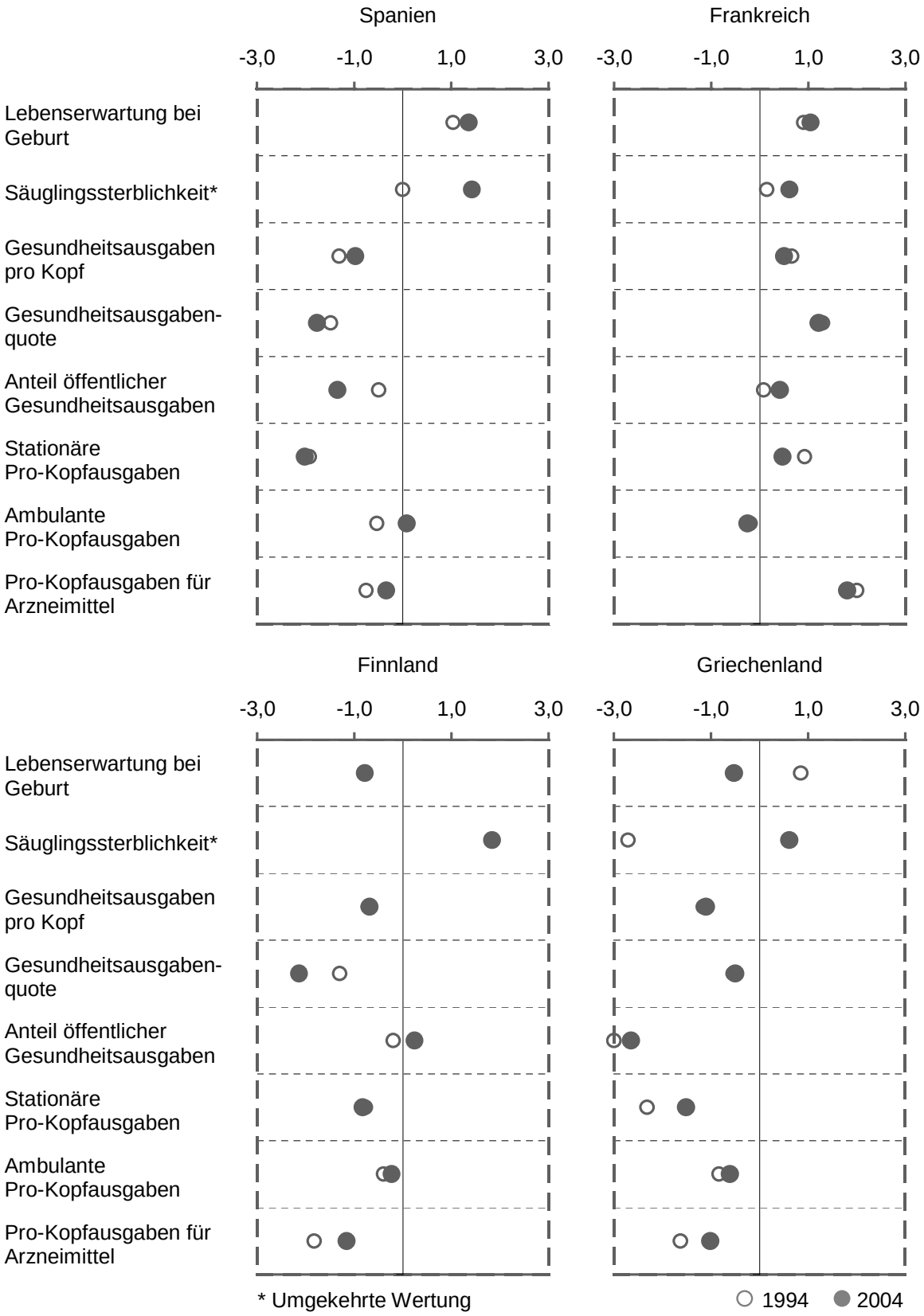
Im Zeitraum 1994 bis 2004 ist in Deutschland eine Annäherung der Werte aller Primärindikatoren an den EU15-Durchschnitt erkennbar. Nur die Gesundheitsausgabenquote folgte der durchschnittlichen Entwicklung der EU15-Länder. Dies ist auf Grund des geringen deutschen Wirtschaftswachstums in diesem Zeitraum sowie des zusätzlichen Finanzierungsbedarfs als Folge der Einführung der Pflegeversicherung bemerkenswert.

Das letzte Schaubild der Abbildung 2 vergleicht die jeweiligen EU10-Durchschnitte mit den EU15-Durchschnitten. Aufgrund der großen Abweichungen wurde für die Betrachtung das Intervall auf –12 bis +3 erweitert. Der EU10-Durchschnitt liegt bis auf den Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben stets unter dem EU15-Durchschnitt. Am größten ist die Abweichung zum EU15-Durchschnitt bei der Lebenserwartung. Allerdings näherten sich nahezu alle Indikatoren dem EU15-Durchschnitt an. Besonders auffällig ist die Verbesserung bei der Säuglingssterblichkeit. Eine Konvergenz an das westliche Niveau ist lediglich bei der Ausgabenquote nicht gegeben.

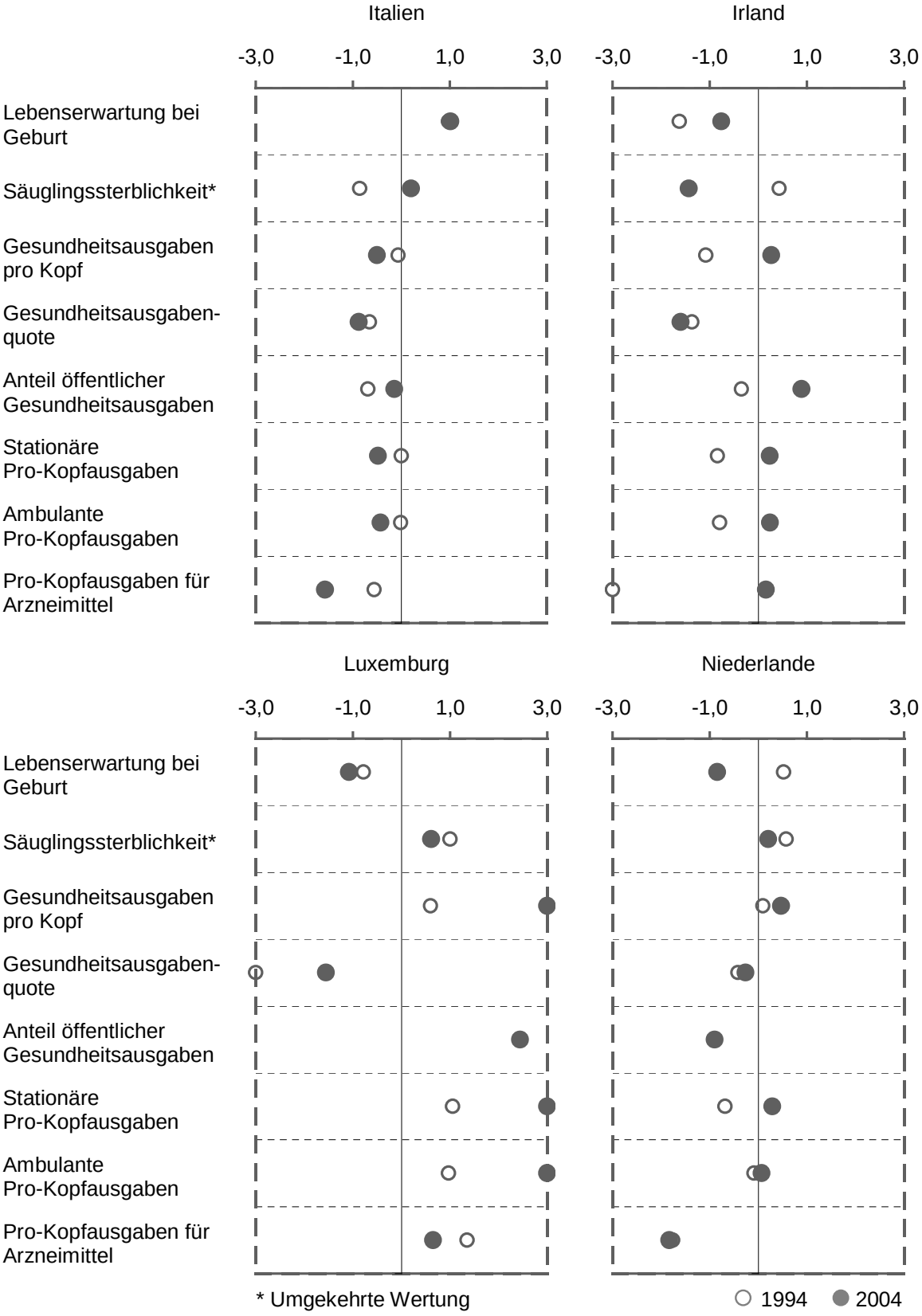
Abbildung 2: Abweichung der nationalen Situation der bisherigen Mitgliedsländer der EU (einschließlich EU10-Durchschnitt) vom EU15-Durchschnitt anhand der primären EU-Indikatoren, 1994 und 2004



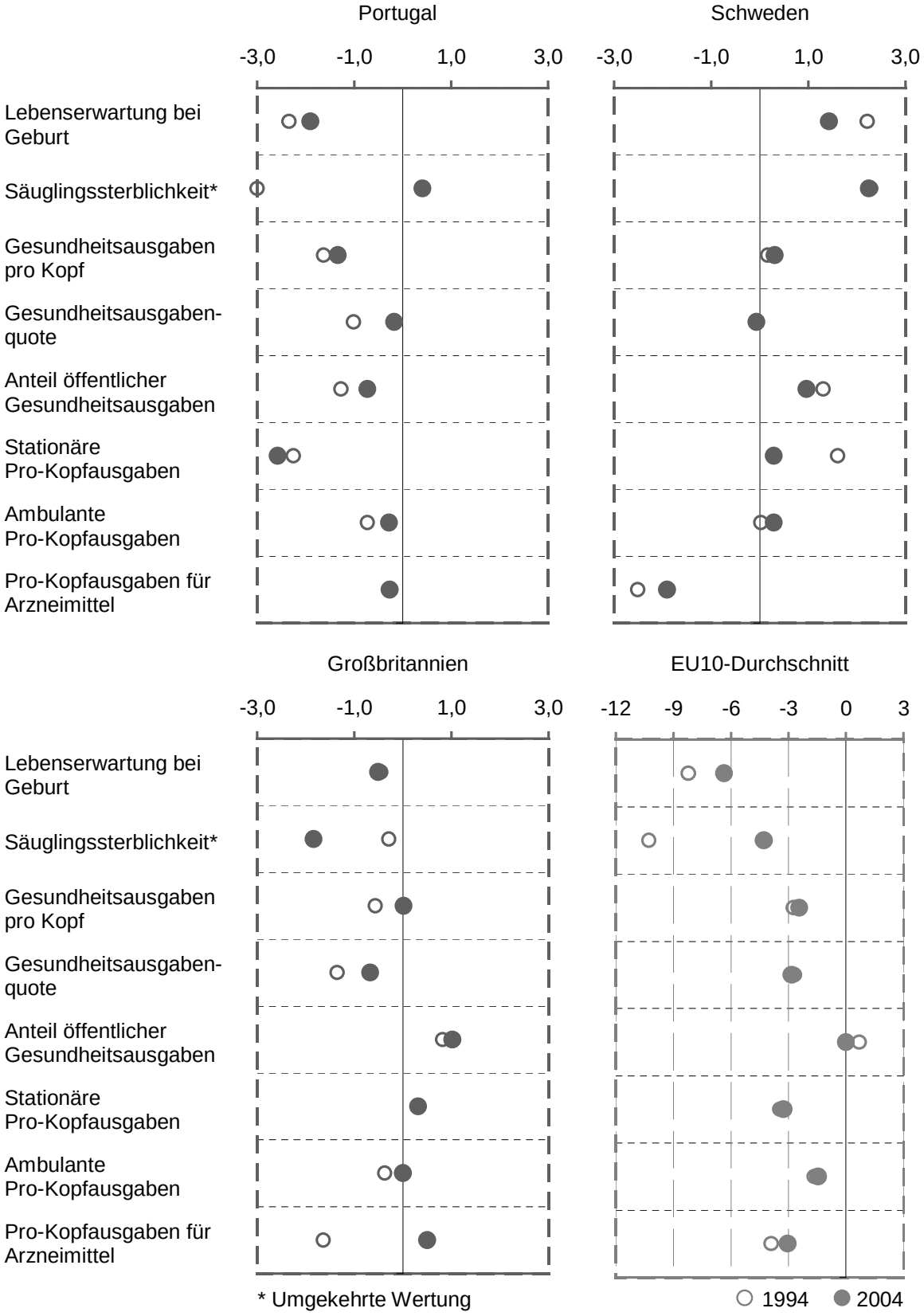
Fortsetzung Abbildung 2:



Fortsetzung Abbildung 2:



Fortsetzung Abbildung 2:



Quelle: Eigene Darstellung *BASYS*.

3 Vergleich der Bundesländer

Eine Beurteilung über das Abschneiden der einzelnen Bundesländer im Hinblick auf die Indikatoren der OMK kann, wie auch auf europäischer Ebene, auf unterschiedlichen Wegen erfolgen. Einerseits lässt sich z.B. in Form eines Länder-Rankings für jeden einzelnen Indikator die Platzierung der Bundesländer untereinander darstellen, andererseits kann z.B. die Abweichung der regionalen Situation für die Indikatoren vom Bundesdurchschnitt aufgezeigt werden. Tabelle 1 gibt einen zusammenfassenden Überblick über das Ranking der Bundesländer für die in diesem Bericht dargestellten Indikatoren.

ZUGANG UND UNGLEICHHEITEN

Innerhalb des Länder-Rankings zeigt sich eindeutig, dass Baden-Württemberg, gefolgt von Bayern, bei der Lebenserwartung an erster Stelle steht. Schlusslichter in der Rangfolge bilden hier Sachsen-Anhalt, das Saarland und Mecklenburg-Vorpommern. Insgesamt lässt sich feststellen, dass mit Ausnahme des Saarlandes, die alten Bundesländer im Hinblick auf die Lebenserwartung besser abschneiden als die neuen Länder. Bei der Säuglingssterblichkeit stehen ebenfalls Baden-Württemberg und Bayern, jedoch zusammen mit Sachsen, auf dem ersten Platz. Die höchste Säuglingssterblichkeit haben Thüringen und Nordrhein-Westfalen.

Beim Versorgungsangebot gibt es die meisten Akutbetten in Bremen, dem Saarland und Thüringen, die wenigsten Betten haben Baden-Württemberg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. In Bremen und dem Saarland spiegelt sich dies auch in den höchsten Pro-Kopfausgaben für den stationären Bereich wieder. Anzumerken ist hier, dass die Länder mit der geringsten Bettendichte nicht zwangsweise in der Rangfolge auch die höchste Auslastung aufweisen. Das größte Angebot an Vorsorge- und Rehabetten halten Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und das Saarland vor. In diesem Bereich haben die drei Stadtstaaten die geringste Bettendichte. Auffällig ist hier, dass Mecklenburg-Vorpommern, trotz der höchsten Bettendichte, bei der Auslastung lediglich den 11. Platz einnimmt während Schleswig-Holstein mit Platz 2 bei der Bettendichte von allen Ländern die höchste Auslastung hat.

Die höchste Arztdichte haben die drei Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. Bezüglich der Zahnarztdichte stehen neben Thüringen auch Berlin und Hamburg an der Spitze. Am Ende der Rangfolge befinden sich Brandenburg, Rheinland-Pfalz und das Saarland. Bei den Ärzten bilden im Hinblick auf die Versorgungsdichte Brandenburg und Niedersachsen das Schlusslicht. Dies gilt sowohl für die hausärztliche, als auch für die fachärztliche Versorgung.

Die Länder mit den meisten Akutbetten stehen auch bei den Pflegekräften in der Rangfolge ganz vorne (Bremen und Saarland). Ausnahme bildet hierbei Thüringen. Während Thüringen die dritthöchste Akutbettendichte aufweist, steht es bei den Pflegekräften auf dem vorletzten Platz.

Tabelle 2: Ranking der 16 Bundesländer für die Indikatoren der OMK, 2004

	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
1. Zugang und Ungleichheiten																
Lebenserwartung																
Säuglingssterblichkeit*	1	1	4	8	8	4	13	8	13	16	8	8	1	6	7	15
bei Geburt, männlich	1	2	8	14	11	4	3	16	7	8	6	12	10	15	5	12
bei Geburt, weiblich	1	2	9	11	11	5	3	14	5	9	8	16	3	15	7	11
Mit 65 Jahren, männlich	1	2	6	12	6	2	2	14	6	11	9	12	9	16	2	14
Mit 65 Jahren, weiblich	1	3	9	12	2	3	3	12	6	9	11	15	7	15	7	12
Versorgungsangebot (Betten)																
Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehaeinrichtungen	9	5	16	13	7	15	6	1	14	11	10	2	8	12	3	4
Akutbetten	14	9	12	13	1	7	11	10	15	4	8	2	6	5	16	3
Vorsorge- und Rehaeinrichtungen	6	7	15	9	14	16	4	1	8	13	11	3	10	12	2	5
Verweildauer																
Krankenhaus	3	10	7	5	10	12	12	16	5	2	12	15	1	7	9	3
Vorsorge- und Rehaeinrichtungen	9	14	6	2	-	-	5	10	10	4	3	1	7	10	13	7
Auslastung (Betten)																
Krankenhäuser	13	14	1	4	9	10	15	2	5	12	16	3	7	6	8	10
Vorsorge- und Rehaeinrichtungen	8	13	12	2	-	-	9	11	7	3	4	10	6	5	1	14
Gesundheitspersonal																
Ärzte	8	5	2	16	3	1	7	11	15	9	10	4	14	13	6	12
Hausärzte	9	3	1	15	2	4	11	5	14	16	10	12	8	13	7	6
Fachärzte	9	5	2	16	3	1	7	11	15	7	10	4	14	12	6	13
Zahnärzte	12	7	1	14	9	2	6	4	11	13	15	16	5	8	9	3
Apotheker	8	6	3	14	4	1	5	12	11	10	9	2	16	13	7	15
Pflegekräfte[1)]	8	7	10	16	1	2	12	14	6	5	9	3	11	13	4	15
Arztkontakte	12	5	2	15	3	9	4	10	5	10	7	1	14	16	8	13
2. Förderung der Qualität																
Durchimpfungsgrad bei der Schuleingangsuntersuchung																
Diphtherie	3	9	4	11	4	14	4	9	13	8	-	12	-	2	7	1
Tetanus	3	9	5	11	5	14	4	10	13	8	-	12	-	2	5	1
Pertussis	9	13	6	1	14	12	7	3	5	11	-	8	-	2	10	4
Perinatalsterblichkeit*	3	3	16	10	11	1	7	8	9	14	12	15	6	12	2	3
3. Nachhaltigkeit																
Pro-Kopfausgaben																
Gesundheitsausgaben	14	6	2	16	3	1	8	12	7	9	10	4	13	11	5	15
Stationäre Leistungen	16	8	3	12	2	4	10	13	9	7	11	1	15	5	6	13
Ambulante Leistungen	8	4	2	15	3	1	5	13	6	11	9	10	12	16	7	14
Arzneimittel	15	11	6	16	14	1	3	8	8	8	4	2	5	7	11	11
Ausgabenquote																
Gesundheitsausgabenquote	13	12	6	4	15	16	13	1	7	11	10	8	5	2	8	3
Öffentliche Gesundheitsausgaben	13	12	6	4	15	16	13	1	7	11	10	8	5	2	9	3
Private Gesundheitsausgaben	8	14	1	8	15	16	8	8	1	6	1	1	8	7	1	8
Selbstzahlung	12	14	1	6	15	16	13	2	2	11	2	9	10	5	6	6

Fortsetzung Tabelle 1:

	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Finanzierungsanteil																
Öffentliche Ausgaben	16	13	6	3	10	14	15	1	8	11	12	7	5	2	9	4
Private Ausgaben	1	4	11	13	7	3	2	16	9	6	5	10	12	15	8	13
Selbstzahlung	1	3	11	12	7	5	2	15	8	3	6	10	13	15	9	14
Langzeitpflege																
Bevölkerungsanteil 65 Jahre und älter	15	13	16	8	4	13	12	10	8	10	6	3	1	2	6	5
Bevölkerungsanteil 85 Jahre und älter	8	8	5	14	1	2	8	16	5	8	5	8	3	13	3	14
Langzeitpflegebetten[1)]	15	7	8	14	11	6	16	4	2	10	12	3	5	8	1	13
Prävention und Gesundheit																
Bevölkerungsanteil der Raucher[2)]*	2	3	16	9	14	12	4	15	10	13	6	7	1	8	11	5

Ersten drei Plätze

1) Werte von 2003
2) Werte von 2005
* Umgekehrte Reihenfolge (1 = niedrigster Wert)

Quelle: Eigene Zusammenstellung *BASYS*.

FÖRDERUNG DER QUALITÄT

Der Durchimpfungsgrad bei der Schuleingangsuntersuchung variiert zwischen den einzelnen Ländern. Auch gibt es bei den einzelnen Krankheiten Unterschiede in der Rangfolge. Bei der Impfung gegen Diphtherie und Tetanus ist die Rangfolge nahezu identisch. Die meisten Kinder sind in Thüringen, Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg geimpft. Auf den letzten Plätzen liegen hier das Saarland, Niedersachsen und Hamburg. Beim Impfschutz gegen Keuchhusten steht Brandenburg vor Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern an der Spitze. Schlusslichter bilden Hamburg, Bayern und Bremen.

Bei der Perinatalsterblichkeit zeigt sich ein etwas anderes Bild als bei der Säuglingssterblichkeit. Die geringste Sterblichkeit haben hier Hamburg, Schleswig-Holstein und Bayern, die höchste Nordrhein-Westfalen, das Saarland und Berlin.

NACHHALTIGKEIT DER FINANZIERUNG

Betrachtet man die Gesundheitsausgabenquote, liegen innerhalb der Platzierung die neuen Bundesländer auf den vorderen und die alten Bundesländer auf den hinteren Rängen. Vergleicht man dies mit der Rangfolge bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf, zeigt sich der Einfluss des Bruttoinlandsprodukts. Bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf belegen die drei Stadtstaaten die drei ersten Plätze. Die geringsten Pro-Kopfausgaben haben Baden-Württemberg, Brandenburg und Thüringen. Beachtet man in diesem Zusammenhang die Finanzierungsseite der Gesundheitsausgaben, ist der öffentliche Anteil in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern. Die Selbstzahlung in Prozent des BIP ist in Berlin, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und

Rheinland-Pfalz am höchsten. Dementsprechend ist der Anteil der privaten Ausgaben, und damit verbunden auch die Selbstzahlung, in den alten Bundesländern höher als in den neuen Ländern.

Bei den Pro-Kopfausgaben nach Leistungsarten weisen die Länder jeweils eine unterschiedliche Reihenfolge auf. Während bei der stationären Versorgung das Saarland die höchsten Ausgaben hat, ist es bei der ambulanten Versorgung und bei den Arzneimitteln Hamburg. Die niedrigsten Ausgaben haben in der stationären Versorgung Baden-Württemberg, im ambulanten Bereich Sachsen-Anhalt und bei den Arzneimitteln Brandenburg.

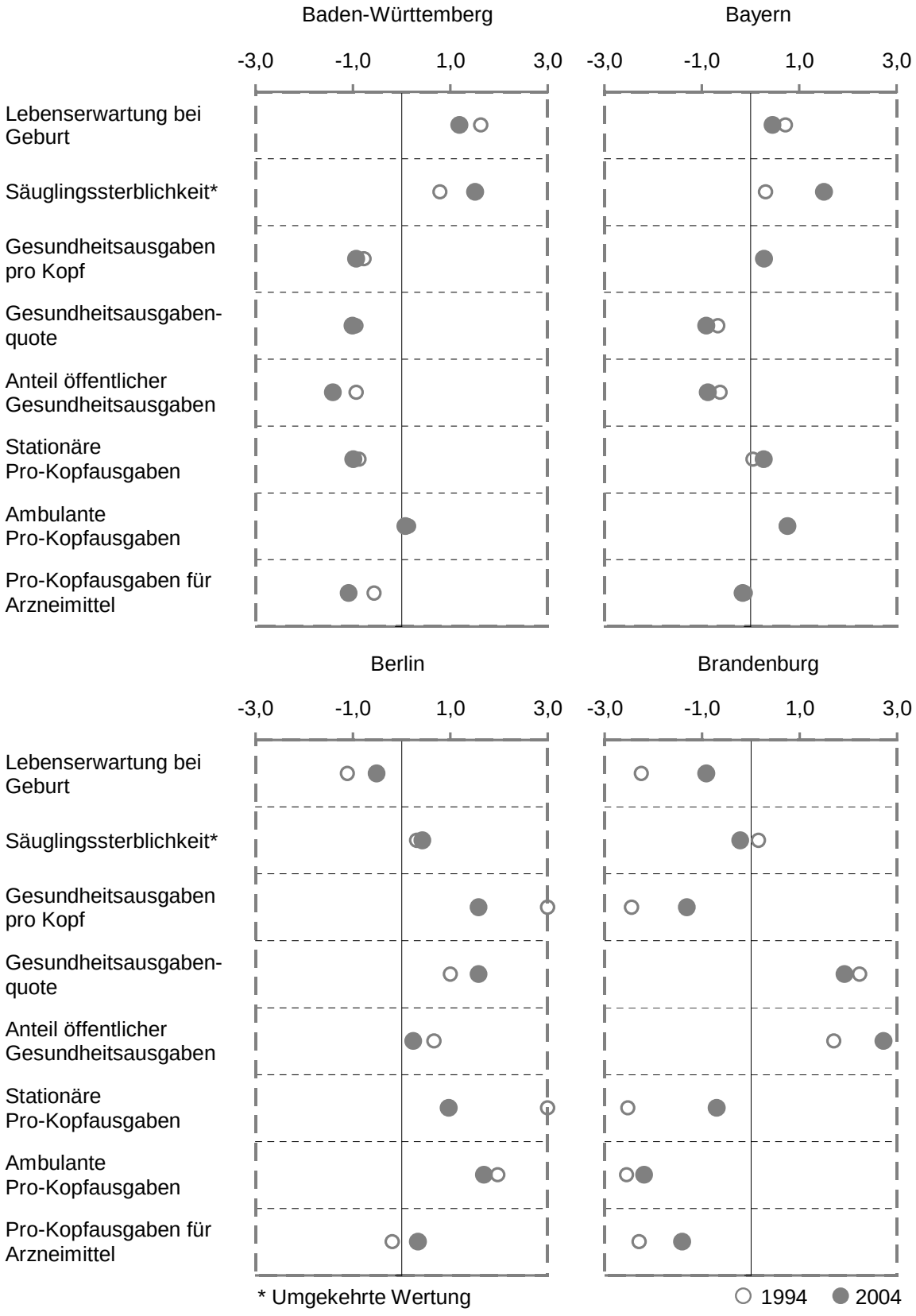
VARIATION DER PRIMÄREN INDIKATOREN

Die nachfolgenden Schaubilder der Abbildung 3 geben einen Überblick über die Position der einzelnen Länder Deutschlands bei den primären EU-Indikatoren im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Dargestellt wird, wie auch auf europäischer Ebene, jeweils die normierte Abweichung im Intervall von -3 bis +3 der regionalen Situation vom Bundesdurchschnitt. Diese Darstellung erfolgt sowohl für das Jahr 2004 als auch für das Jahr 1994. Die Abbildung zeigt somit nicht nur die Situation für die zwei Jahre, sondern lässt auch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eine Einschätzung der Entwicklung zu. Bei der Lebenserwartung bei Geburt wurden die einzelnen Indikatoren (männlich, weiblich) zusammengefasst.

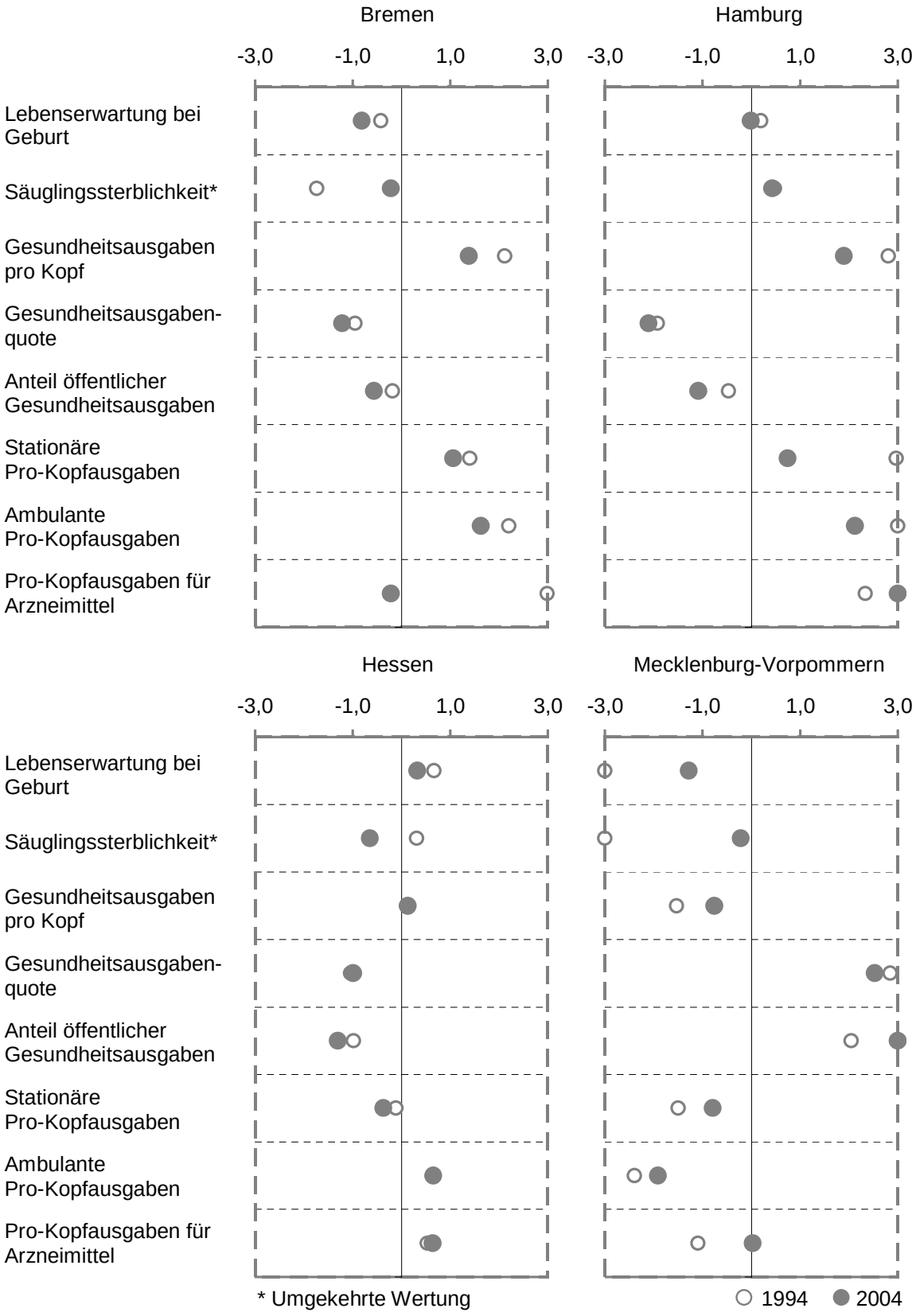
Die primären EU-Indikatoren auf Ebene der Bundesländer zeigen in Baden-Württemberg, Bayern und Hessen eine überdurchschnittlichte Lebenswartung bei Geburt im Jahr 2004. Allerdings ist dieser Vorsprung im Vergleich zum Jahr 1994 geringer geworden. Gewonnen haben vor allem die neuen Bundesländer, allen voran Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. In Hamburg, Niedersachsen und Sachsen entspricht die Lebenserwartung 2004 annähernd dem Bundesdurchschnitt. Verschlechtert haben sich in ihrer Position zum Bundesdurchschnitt speziell Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Bei Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein trägt hierzu unter anderem der geringe Rückgang der Säuglingssterblichkeit bei. Verbessert hat sich die Situation von 1994 auf 2004 bei der Säuglingssterblichkeit vor allem in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen, aber auch in Bayern, Bremen und Sachsen-Anhalt sowie in geringerem Umfang in Baden-Württemberg und Thüringen.

In Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz entsprechen die Gesundheitsausgaben pro Kopf im Jahr 2004 nahezu dem Bundesdurchschnitt. Nach oben hin weichen die Pro-Kopfausgaben vom Bundesdurchschnitt in Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, dem Saarland und in Schleswig-Holstein ab. Keine Veränderung von 1994 auf 2004 im Vergleich zum Bundesdurchschnitt gab es in Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz. Die einzigen Länder, in denen sich die Pro-Kopfausgaben für Gesundheitsleistungen in diesem Zeitraum weiter vom Bundesdurchschnitt entfernt haben und damit der allgemeinen Konvergenz entgegenwirken, sind Schleswig-Holstein und das Saarland.

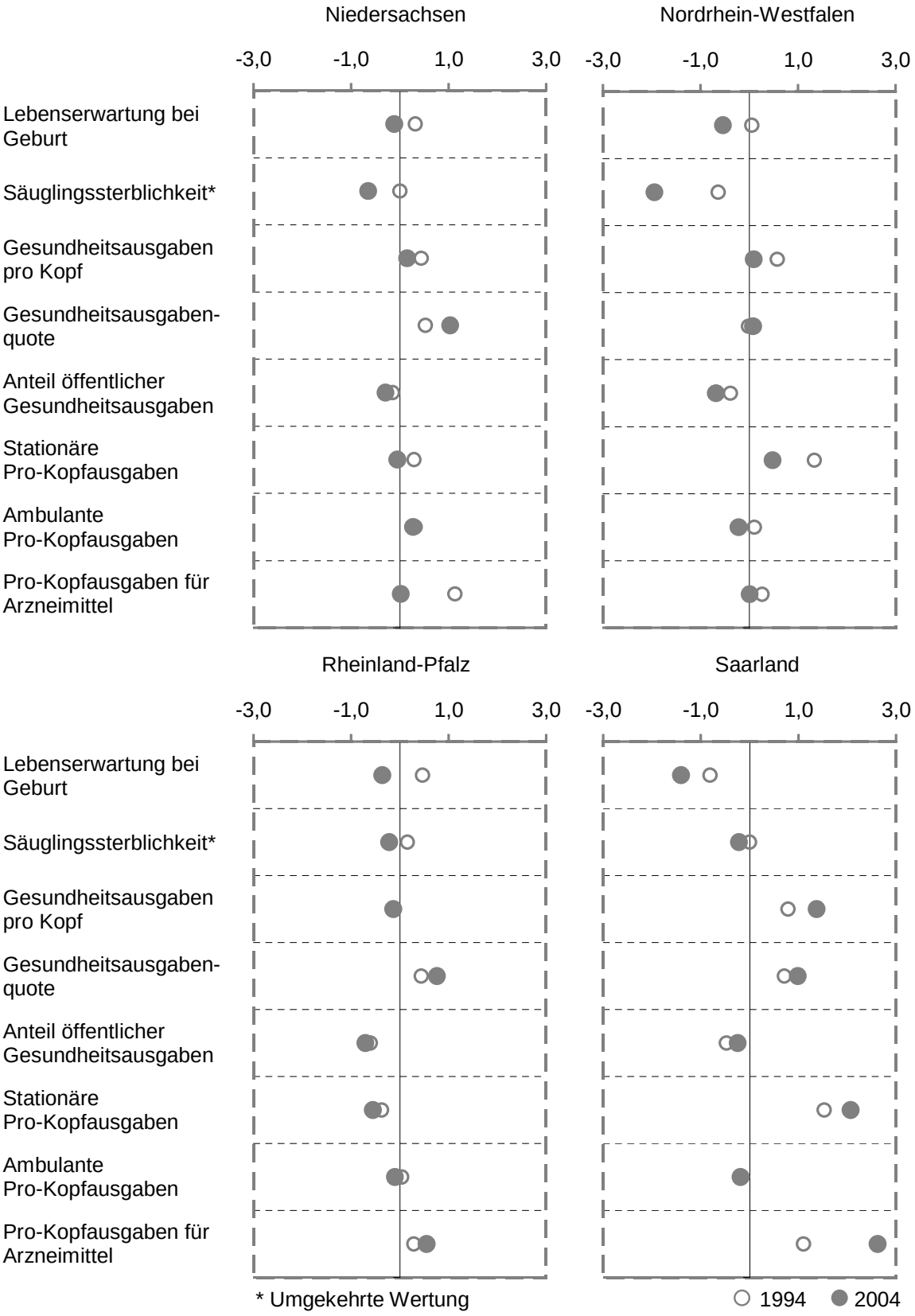
Abbildung 3: Abweichung der regionalen Situation der Bundesländer vom Bundesdurchschnitt anhand der primären EU-Indikatoren, 1994 und 2004



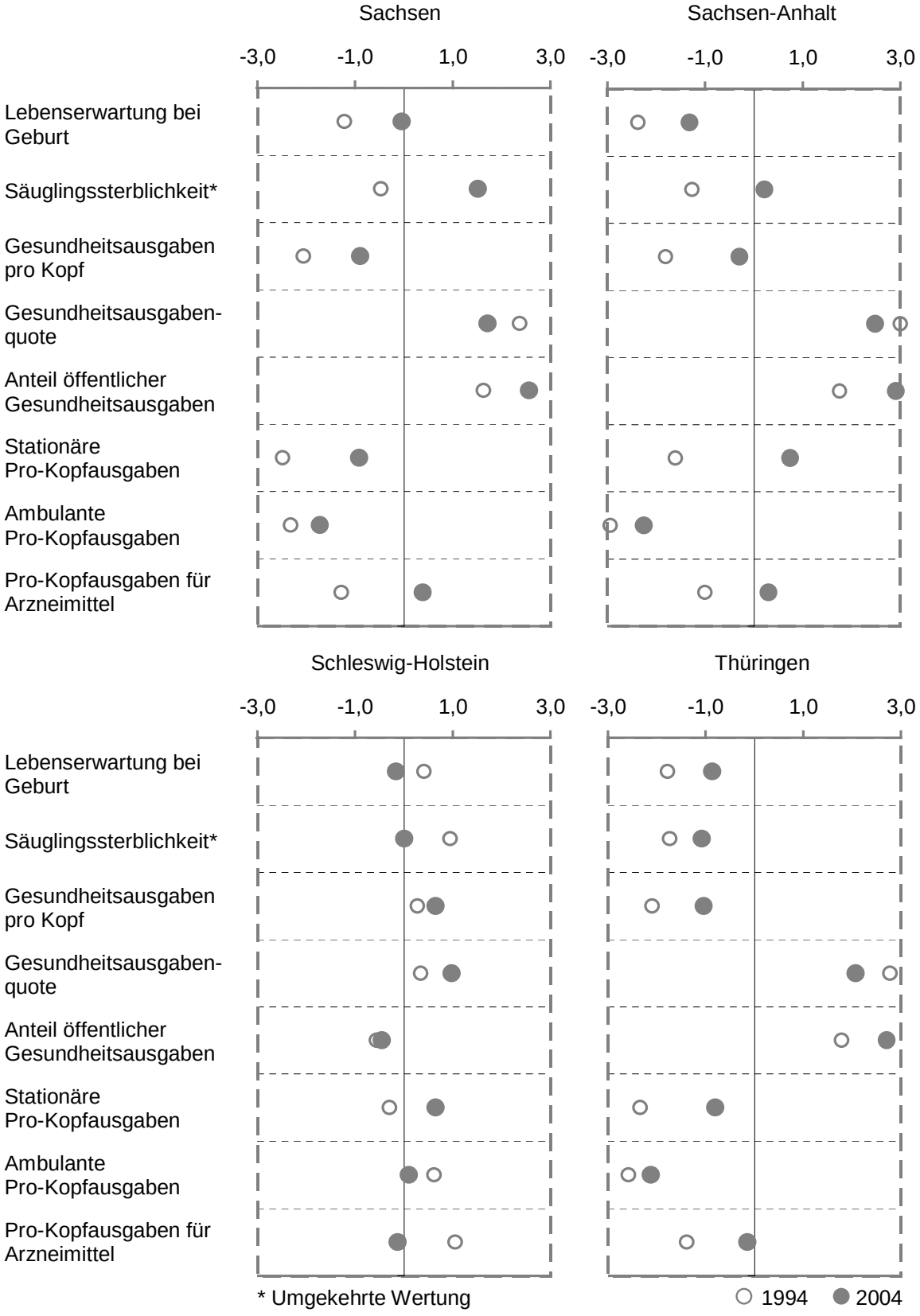
Fortsetzung Abbildung 3:



Fortsetzung Abbildung 3:



Fortsetzung Abbildung 3:



Quelle: Eigene Darstellung *BASYS*.

Bei der Mehrzahl der Länder (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen) liegt im Jahr 2004 die Gesundheitsausgabenquote über dem Bundesdurchschnitt. Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg und Hessen weisen im selben Jahr eine unterdurchschnittliche Gesundheitsausgabenquote aus. Nahezu dem Bundesdurchschnitt entspricht die Gesundheitsausgabenquote in Nordrhein-Westfalen. Niveau und Entwicklung der Gesundheitsausgabenquote werden entscheidend vom Bruttoinlandsprodukt mitbestimmt. Die hohe Variation der Gesundheitsausgabenquote ist auch Ausdruck der innerdeutschen Solidarität.

Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben lässt Aussagen zum öffentlichen/privaten Finanzierungsmix zu. In den neuen Bundesländern liegt der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben weit über dem Bundesdurchschnitt. In den alten Ländern, mit Ausnahme Berlins, ist dieser Anteil unterdurchschnittlich.

Bei den Ausgaben nach Leistungsarten unterscheiden sich die einzelnen Länder nicht nur hinsichtlich ihrer Situation zum Bundesdurchschnitt, sondern auch im Hinblick auf die Entwicklung zwischen 1994 und 2004. Gemeinsam jedoch haben alle Länder, dass die ambulanten Ausgaben von 1994 auf 2004 entweder gleich blieben oder dem Bundesdurchschnitt folgten. Größere Variationen treten im stationären Bereich auf. Die höchsten stationären Pro-Kopfausgaben im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hat 2004 das Saarland. In der ambulanten Versorgung ist der Spitzenreiter bei den Pro-Kopfausgaben Hamburg. Betrachtet man die Arzneimittelausgaben, hat im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ebenfalls Hamburg die höchsten Ausgaben.

AUSBLICK

Die Darstellung der primären Indikatoren zeigt eine große Spannbreite bei einzelnen Indikatorenwerten in Europa. Dies ist u.a. Ausdruck unterschiedlicher Vorstellungen in den Mitgliedsländern über die „optimale“ Organisation des Gesundheitswesens. Aus diesem Grund erfordert die Ableitung gesundheitspolitischer Schlussfolgerungen eine klare und gemeinsame europäische Vorstellung von der Interpretation der Indikatoren.

Die Differenzierung der Bundesdurchschnitte nach Ländern liefert wertvolle zusätzliche Informationen, da auch innerhalb Deutschlands die meisten Indikatorenwerte deutlich variieren. Allerdings ist hier die Variation wesentlich geringer als im europäischen Vergleich. Für die Interpretation der Unterschiede sind jedoch weiterführende Hintergrundinformationen für die einzelnen Bundesländer wünschenswert. So ließen sich z.B. die Gesundheitsausgaben mit einer länderspezifischen Krankheitskostenrechnung aus einem anderen Blickwinkel beleuchten und man hätte damit weitere Informationen zur Erklärung der Unterschiede zwischen den Bundesländern. Ferner gibt es trotz eines bundesweit abgestimmten Indikatorensatzes der Länder für Deutschland keine Tradition eines regionalen Vergleichs von Gesundheitsindikatoren. Dies zeigt sich u.a.

darin, dass beispielsweise Nordrhein-Westfalen und das Saarland bei den Gesundheitsausgaben mit dem Anteil der Bevölkerung korrigierte Bundeswerte als Landeswerte ausweisen (vgl. www.loegd.nrw.de und www.gbe.saarland.de).

Gesundheitspolitische Anstrengungen, die nationalen Indikatorenwerte zu verbessern, werden nur erfolgreich sein, wenn sie regionale Abweichungen erfassen und beachten. Aus dieser Spanne wird das Potential realistischer Möglichkeiten der weiteren Verbesserung sichtbar. Zu hinterfragen sind zudem die Ursachen für Minimal- und Maximalwerte. Diese können z.B. auch regionale Unterschiede im Morbiditätsspektrum wiederspiegeln. Gleichzeitig können die Vergleiche Ansatzpunkte für den effektiven Einsatz gesundheitsplanerischer, systemsteuernder und qualitätssichernder Maßnahmen aufzeigen.

Mit der regionalen Betrachtung wird zudem sichtbar, welche Informationen zur Bildung eines Bundesdurchschnittes überhaupt verfügbar sind und inwieweit sie der nationalen Situation gerecht werden. Beispielsweise wird im internationalen Vergleich die Zahl der Pflegekräfte abgebildet, ohne dass hierbei die Anzahl der Altenpflegekräfte berücksichtigt wird. Hierdurch werden letztendlich die Ressourcen, insbesondere im Bereich der Langzeitpflege nur teilweise dargestellt.

Unter einer zu großen Anzahl von Indikatoren leidet die Transparenz. Da die gesundheitspolitische Praxis die Verbindung zwischen Makro- und Mikroebene beachten muss, sollte deshalb darauf geachtet werden, dass die Anzahl der Indikatoren im abschließend festgelegten Indikatorensatz nicht nur überschaubar bleibt, sondern auch eine konsistente Struktur aufweist. Qualität; Prävention, Innovation sowie Personaleinsatz und Wirtschaftlichkeit sind Themenbereiche, die im gegenwärtigen Indikatorensatz nicht ausreichend abgebildet werden. Eine Weiterentwicklung des OMK-Indikatorensatzes ist hier notwendig.

Die komplette Studie ist als Buch (Format 24X17, 432 Seiten, 83 Karten, 164 Abbildungen, 99 Tabellen, broschiert) zum Preis von 29 € bei BASYS oder im Buchhandel erhältlich.

© BASYS 2007 – www.basys.de