



---

19. April 2004

## **Pressemitteilung**

Pressekonferenz am 19. April 2004 in Berlin

# **Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich - Eine Antwort auf die Kritik -**

Der Vergleich „Mercedes zahlen und Volkswagen fahren“ wird in der öffentlichen Diskussion immer wieder benutzt, um das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich als teuer und nur mittelmäßig leistungsfähig darzustellen. Grundlage dieser Behauptung sind im Wesentlichen eine Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Deutschland im internationalen Vergleich nur Platz 25 zuweist sowie Statistiken der OECD und andere internationale statistische Vergleiche.

“Deutschland hat ein sehr leistungsfähiges Gesundheitswesen mit einem umfassenden Leistungskatalog. Müssten die Versicherten mit ihren Beiträgen nicht auch versicherungsfremde Leistungen finanzieren wie Haushaltshilfe, Krankengeld bei Erkrankung des Kindes und Kuren und hätte es keine politischen Entscheidungen mit einer finanziellen Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung und einer finanziellen Entlastung anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates (Verschiebebahn) gegeben, gäbe es auch keine finanziellen Probleme in der gesetzlichen Krankenversicherung“, so Prof. Dr. med. Fritz Beske, Direktor des IGSTF Kiel, bei der Vorstellung einer aktuellen Studie<sup>1</sup> des Instituts.

Die wichtigsten Aussagen der 150 Seiten umfassenden Untersuchung sind:

- ↪ Das Ranking-System der WHO ist international als wissenschaftlich nicht haltbar zurückgewiesen worden. Es wird von der WHO nicht weitergeführt.
- ↪ Auch die Vergleichbarkeit von Daten der OECD wird von der Wissenschaft in Zweifel gezogen. Eine Analyse von Mortalitätsraten der OECD für 14 Vergleichsländer ergibt, dass Deutschland wie andere Länder auch je nach Krankheit im Durchschnitt an der Spitze oder am unteren Ende der Vergleichsskala steht. Daraus lassen sich keine Aussagen über die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen ableiten.
- ↪ Ein gleiches Bild ergibt sich für ausgewählte Indikatoren wie Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit und Müttersterblichkeit.
- ↪ In Bezug auf Strukturmerkmale verfügt Deutschland im internationalen Vergleich über eine überdurchschnittlich große Zahl an Ärzten, Fachärzten, Zahnärzten, Pflegepersonen und Krankenhausbetten und damit über eine leistungsfähige Strukturqualität, Grundlage für eine hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens.
- ↪ Ergebnis dieser Leistungsfähigkeit ist u. a., dass Deutschland im Gegensatz zu vielen anderen Ländern praktisch keine Wartezeiten im Gesundheitswesen aufweist. Sowohl nach Ermittlungen der WHO als auch auf Grund einer Analyse von 14 Vergleichsländern nimmt Deutschland eine Spitzenstellung hinsichtlich geringer Wartezeiten ein.
- ↪ Hinsichtlich der Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit hatte Deutschland im Jahr 2001 mit 3.566 € nach den USA und der Schweiz und neben Schweden, Dänemark und den Niederlanden die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit. Ursache hierfür dürfte ein vergleichsweise umfassenderer Leistungskatalog sein, z. B. mit Kuren, einer umfassenden Rehabilitation, versicherungsfremden Leistungen und 100 Prozent Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ohne Karenztage. Eine schlüssige Untersuchung fehlt.

**Schlussfolgerung.** Es ist in dieser Arbeit deutlich geworden, dass es eine Reihe von offenen Fragen gibt. Vieles bleibt unklar, ist erklärungsbedürftig. Zu nennen sind die

Validität von Daten, eine vergleichbare Darstellung von Leistungskatalogen sowie eindeutige Definitionen, Normen und Vergleichsmaßstäbe, gegen die gemessen werden kann. Erforderlich ist daher der Ausbau der Versorgungsforschung, ein Forschungsgebiet, das für Deutschland auch im internationalen Vergleich das Material liefern kann, welches Voraussetzung für eine qualifizierte Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens ist.

## Im Einzelnen

**Weltgesundheitsbericht 2000 der WHO.** Die WHO hat in ihrem Weltgesundheitsbericht 2000 eine vergleichende Übersicht über eine Rangordnung (ranking) der Gesundheitssysteme ihrer 191 Mitgliedsländer aufgestellt, in der Deutschland auf Platz 25 rangiert.

In der vorliegenden Studie wird zunächst das Ranking-System der WHO insbesondere anhand der internationalen Literatur analysiert, da der Weltgesundheitsbericht 2000 in der Wissenschaft weltweit diskutiert und kritisiert worden ist. Hierzu wurden u. a. 30 umfassende Stellungnahmen von den uns vorliegenden 100 Literaturstellen ausgewertet.

Die wissenschaftliche Welt ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die von der WHO aufgestellte Rangordnung von Gesundheitssystemen nicht haltbar ist. Hauptargument ist die Unmöglichkeit, komplexe Gesundheitssysteme von 191 politisch, gesellschaftlich und ökonomisch verschiedenen Ländern miteinander vergleichen zu können mit einem Mangel an validen und belastbaren Daten. Prof. Williams vom Centre for Health Economics der Universität York, Großbritannien, schreibt in seiner kritischen Analyse des Weltgesundheitsberichts 2000 u. a. „Ich kann nicht erkennen, was irgendjemand, der sich an der gesundheitspolitischen Diskussion beteiligt, Nützliches aus dem Weltgesundheitsbericht lernen kann“ und „Es scheint mir so, als ob in der WHO ein Ethos vorherrscht, nach dem Wissenschaft durch Marketing verdrängt wird und keine seriöse Diskussion mehr darüber stattfindet, wie Gesundheitssysteme am Besten verbessert werden können.“

Eine Analyse der weltweiten Kritik durch die WHO selbst stellt zusammenfassend fest, dass die von der WHO mit der Aufstellung einer Rangordnung der Gesundheitssysteme verfolgten Ziele langfristige Anstrengungen erfordern, und dass der Welt-

gesundheitsbericht 2000 nur ein Schritt auf einem langen Weg sein kann: Eine diplomatische, aber eine eindeutige Aussage. Soweit bekannt ist, plant die WHO keine weiteren Aktivitäten auf diesem Gebiet. Im Weltgesundheitsbericht 2003 wird diese Thematik nicht mehr angesprochen.

Die Platzierung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems auf Platz 25 von 191 Mitgliedsländern der WHO ist damit gegenstandslos geworden.

**Analyse: 14 Vergleichsländer.** Um mit den fünf von der WHO für den Vergleich der Gesundheitssysteme gewählten Indikatoren

- Gesundheitsniveau einer Bevölkerung
- Verteilung des Gesundheitsniveaus in einer Bevölkerung
- Patientensouveränität
- Soziale Gerechtigkeit
- Fairness der Finanzierung eines Gesundheitssystems

und den Daten der WHO überhaupt einen Vergleich durchführen zu können, wurde mit allen Vorbehalten ein Vergleich von im Prinzip vergleichbaren Ländern durchgeführt, neben Deutschland 13 hoch industrialisierte Länder, die 14 Vergleichsländer (Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Japan, Kanada, Niederlande, Österreich, Schweden, Schweiz, Vereinigte Staaten von Amerika). Hierzu werden wesentliche Merkmale dieser Gesundheitssysteme dargestellt. Die Darstellung macht deutlich, wie mannigfaltig die Gesundheitssysteme selbst in sonst vergleichbaren Industrienationen sind, und wie schwierig schon vom Ansatz her ein Vergleich der Gesundheitssysteme insgesamt, aber auch der Vergleich von ausgewählten Indikatoren ist.

Der Vergleich der fünf Indikatoren macht deutlich, dass es bei den fünf Indikatoren keine Konstanz in der Rangordnung dieser Länder gibt. Schlussfolgerungen auf die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen lassen sich auf diesem Wege nicht gewinnen.

**Ausgaben für Gesundheit.** Die für einen internationalen Vergleich zuverlässigste Berechnung von Ausgaben für Gesundheit sind die Pro-Kopf-Ausgaben einer Bevöl-

kerung. Dabei gibt es Abgrenzungsprobleme, weil nicht einheitlich definiert ist, was den Ausgaben für Gesundheit zugerechnet wird.

Um so weit wie möglich vergleichbare Daten zu verwenden, wurden für jedes Vergleichsland die Ausgaben für Gesundheit nach relativ einheitlichen Kriterien aus der amtlichen Statistik zusammengestellt und in auf Deutschland bezogene €-Kaufkraftstandards umgerechnet. Danach hat Deutschland im Jahr 2001 mit 3.566 € nach den USA und der Schweiz und neben Schweden, Dänemark und den Niederlanden die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit. Der Durchschnitt in den 14 Vergleichsländern betrug 2.999 €.

Eine Berechnung der Ausgaben für Gesundheit als Anteil des Bruttoinlandprodukts gibt ein etwas anderes Bild. Hier liegt Deutschland mit 14,2 Prozent mit Schweden an der Spitze. Mit ein Grund hierfür sind in Deutschland ökonomische Auswirkungen der Wiedervereinigung. Ohne die Wiedervereinigung hätten die Ausgaben für Gesundheit unter 13 Prozent gelegen. Der Durchschnitt der 14 Vergleichsländer betrug 11,5 Prozent.

Insgesamt hat Deutschland im Vergleich mit den Vergleichsländern höhere Ausgaben für Gesundheit als der Durchschnitt dieser Länder. Ursache hierfür dürften ein umfassenderer Leistungskatalog, z. B. mit Kuren, mit einer umfassenden Rehabilitation, versicherungsfremden Leistungen, 100 Prozent Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ohne Karenztage und eine fortdauernde Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Entlastung anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates sein.

Eine schlüssige Untersuchung fehlt.

**Umfang und Qualität der medizinischen Versorgung.** Um einen Eindruck von der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems in Deutschland im internationalen Vergleich zu erhalten, wurden für die 14 Vergleichsländer Daten für ausgewählte Indikatoren ermittelt.

→ *Lebenserwartung.* Die Lebenserwartung bei Geburt liegt in Deutschland mit 81,1 Jahren für Frauen und 75,1 Jahren für Männer ein halbes Jahr unter dem Durchschnitt der 14 Vergleichsländer.

- *Lebenserwartung im 65. Lebensjahr.* Die Lebenserwartung im 65. Lebensjahr (fernere Lebenserwartung) liegt in Deutschland mit 19,2 Jahren bei Frauen und 15,5 Jahren bei Männern um knapp ein halbes Jahr unter dem Durchschnitt der 14 Vergleichsländer.
- *Sterblichkeit im Säuglingsalter.* Die Säuglingssterblichkeit, die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr, ist ein sensibler Indikator für die Lebenssituation einer Bevölkerung und für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems eines Landes. Die Säuglingssterblichkeit liegt in Deutschland mit 4,5 Todesfällen je 1.000 Lebendgeborene günstiger als der Durchschnitt der 14 Vergleichsländer mit 4,9 Todesfällen je 1.000 Lebendgeborene.
- *Müttersterblichkeit.* Ein ebenfalls sensibler Indikator ist die Müttersterblichkeit, die Sterblichkeit von Müttern je 100.000 Lebendgeborene. Hier liegt Deutschland mit 5,6 Sterbefällen ebenfalls günstiger als der Durchschnitt der 14 Vergleichsländer mit 6,1 Sterbefällen.
- *Schlussfolgerung.* Aus diesen Daten lässt sich in keinem Fall eine nur mittelmäßige oder sogar unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung in Deutschland ableiten.

**Strukturmerkmale.** Die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems wird auch von Strukturmerkmalen bestimmt, wozu Personal und Einrichtungen gehören.

- *Ärzte.* Die Zahl der berufstätigen Ärzte liegt in Deutschland mit 3,3 je 1.000 Einwohner über dem Durchschnitt der 14 Vergleichsländer mit 3,0 Ärzten. Es gibt in Deutschland im Grundsatz keinen Ärztemangel, Deutschland hat aber auch nicht, wie oft behauptet wird, weltweit oder im europäischen Vergleich die größte Arztdichte.
- *Fachärzte.* Deutschland hat mit 2,2 Fachärzten je 1.000 Einwohner neben Schweden und Dänemark die größte Facharztdichte. Dies ist in Deutschland in Verbindung mit der freiberuflichen ambulanten fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland mit ein Grund für eine wohnortnahe Versorgung im Prinzip ohne Wartezeiten.

- *Zahnärzte.* Die Unterschiede in der Zahl der berufstätigen Zahnärzte sind mit 0,8 Zahnärzten je 1.000 Einwohner in Deutschland sowie 0,9 in Schweden und Dänemark relativ gering. Eine ausreichende zahnärztliche Versorgung ist damit sichergestellt.
- *Pflegepersonal.* Deutschland ist mit 9,7 Pflegepersonen je 1.000 Einwohner bei einem Durchschnitt von 9,2 Pflegepersonen überdurchschnittlich versorgt.
- *Krankenhausversorgung.* Deutschland hat im Vergleich der 14 Vergleichsländer mit 6,3 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner nach Frankreich (6,7 Krankenhausbetten) die meisten Krankenhausbetten (Durchschnitt 3,9 Krankenhausbetten), mit 9,3 Tagen die höchste Verweildauer (Durchschnitt ohne Japan 7,1 Tage) und mit 80,1 Prozent eine überdurchschnittliche Bettenauslastung (Durchschnitt 77,2 Prozent). Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass die Krankenhausversorgung im Kontext eines gesamten Gesundheitssystems gesehen werden muss, so dass eine höhere Bettenzahl nicht notwendigerweise Unwirtschaftlichkeit bedeutet. Wohin eine zu geringe Bettenzahl führen kann, zeigt ein Bericht aus Großbritannien vom November 2003, wonach Zelte auf Parkplätzen von Krankenhäusern aufgestellt werden mussten, um einem akuten Bettenmangel begegnen zu können.
- *Schlussfolgerung.* Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über eine überdurchschnittlich große Zahl an Ärzten, Fachärzten, Zahnärzten, Pflegepersonen und Krankenhausbetten und damit über eine leistungsfähige Strukturqualität, Grundlage für eine hohe Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens.

**Wartezeiten.** Es gibt in Deutschland im Gegensatz zu vielen anderen Ländern praktisch keine Wartezeiten im Gesundheitswesen. Sowohl nach Ermittlungen der WHO als auch auf Grund der Analyse in den 14 Vergleichsländern nimmt Deutschland eine Spitzenposition hinsichtlich geringer Wartezeiten ein.

**Mortalitätsraten der OECD.** Für einen Vergleich der Effektivität von Gesundheitssystemen werden auch Mortalitätsraten herangezogen, eine Methode, die gegenüber dem Vergleich von Gesundheitssystemen insgesamt den Vorteil hat, spezifischer und damit aussagekräftiger zu sein. Auch hier wird von der Wissenschaft die Ver-

gleichbarkeit wegen nicht valider Daten in Frage gestellt. Eine Analyse von Mortalitätsraten der OECD für die 14 Vergleichsländer hat ergeben, dass Deutschland wie andere Länder auch je nach Krankheit im Durchschnitt, an der Spitze oder am unteren Ende der Vergleichsskala steht. Daraus lassen sich keine Aussagen über die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in einem dieser Länder und damit auch nicht für Deutschland ableiten.

**Zusammenfassende Beurteilung und Schlussfolgerung.** Es besteht der Eindruck, dass in keinem anderen hoch industrialisierten Land der Welt so kritisch über das eigene Gesundheitswesen diskutiert wird wie in Deutschland. Diese Untersuchung hat keinen Anhalt dafür gegeben, dass Deutschland über ein weniger leistungsfähiges Gesundheitssystem verfügt als vergleichbare Länder. Den hohen Ausgaben für Gesundheit steht eine umfassende Versorgung gegenüber. Die deutsche Bevölkerung hat ein großes Maß an Versorgungssicherheit und praktisch keine Wartezeiten in der medizinischen Versorgung.

Es gibt weltweit keine so perfekte Versorgungsplanung im Gesundheitswesen, dass jeder Patient an jedem Ort und zu jeder Zeit eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten kann. Das Fehlen von Wartezeiten in Deutschland wird wahrscheinlich mit einem gewissen Maß an Überkapazitäten erkaufte, ist aber auch Folge einer flexiblen Leistungserbringung, die bei eigenständigen und erwerbsorientierten Leistungserbringern offenbar größer ist als bei staatlichen Einrichtungen. Eine Planung an der Grenze des Versorgungsbedarfs oder darunter kann dagegen zu Unterversorgung führen. Wesentliches Charakteristikum einer Unterversorgung sind Wartezeiten.

Defizite in der Versorgung gibt es in jedem Gesundheitssystem. Dies gilt auch für Deutschland. Die Verbesserung des Gesundheitssystems ist daher ein permanenter Prozess.

---

<sup>1</sup> Die Studie „Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich. Eine Antwort auf die Kritik“ von Prof. Beske ist als Band 100 in der Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel erschienen und kann gegen eine Schutzgebühr von 10 € zzgl. Versandkosten bestellt werden bei: IGSF Kiel, Weimarer Straße 8, 24106 Kiel, Tel. 0431 - 800 60 - 0, Fax: 0431 - 800 60 - 11, E-mail: [info@igsf-stiftung.de](mailto:info@igsf-stiftung.de).