

ZUSAMMENFASSUNG

Die Gesundheitssysteme Großbritanniens und Deutschlands im Vergleich – Grundlage für gesundheitspolitisches Lernen von einander

Reinhard Busse

*Professor für Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin,
und Assoziierter Forschungsdirektor, European Observatory on Health Care Systems*

Der im Juni 2002 publizierte Bericht gibt einerseits einen kurzen Einblick in und Überblick über wesentliche Charakteristika der Gesundheitssysteme Großbritanniens und Deutschlands, wobei der Fokus auf den Unterschieden liegt. Zum anderen identifiziert er Themen, deren Bearbeitung in Forschungsprojekten zum gegenseitigen gesundheitspolitischen Lernen beitragen kann. In Kapitel 1 wird dargestellt, wie nach dem derzeitigen Stand der Forschung Gesundheitssysteme analysiert werden können, wenn sie nicht nur beschrieben werden sollen, sondern wenn ihr Ziel die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit ist. Den Kompartimenten des so entwickelten Modells folgen die Kapitel 2 bis 7, für die hier nur einige ausgewählte Aussagen dargestellt werden können. In Kapitel 8 wird die derzeitige Gesundheitsreformdiskussion in den beiden Ländern skizziert und als Kapitel 9 werden, aufbauend auf den sich ergebenden offenen Fragen, die Grundzüge eines Forschungsprogramms zum Vergleich des britischen mit dem deutschen Gesundheitssystem entwickelt.

- **Gesundheit der Bevölkerung** (Kapitel 2): Die Lebenserwartung ist in den 1990er Jahren in Deutschland deutlich schneller als in Großbritannien gestiegen; insbesondere bei älteren Frauen stagniert die Lebenserwartung in Großbritannien. Auch an der Sterblichkeit Neugeborener gemessen ist der Gesundheitszustand in Großbritannien deutlich schlechter: sie liegt doppelt so hoch wie in Deutschland.

- **Finanzielle Ressourcen** (Kapitel 3): Deutschland gibt wesentlich mehr als Großbritannien für seine Gesundheitsversorgung aus – in absoluten Werten pro Kopf etwa zwei Drittel mehr, gemessen am Brutto-Inlands-Produkt immerhin noch etwa 60% mehr. Der Großteil des Geldes wird in Großbritannien über Steuern aufgebracht (74%), während es in Deutschland die gesetzliche Krankenversicherung ist (56%). Private Zahlungen machen in beiden Ländern etwa 11% aus. Der Anteil der privaten Krankenversicherung beträgt in Deutschland, wo rund 9% ausschließlich privat versichert sind, etwa 8% der Ausgaben, während es in Großbritannien mit reinen privaten Zusatzversicherungen immerhin 3,5% sind

- **Absicherung der Bevölkerung gegen Krankheit/ Leistungskatalog/ Zugang zur Gesundheitsversorgung und Wartelisten** (Kapitel 4): Während in Großbritannien alle legalen Bewohner Anspruch auf staatliche Gesundheitsversorgung haben, schließt das deutsche System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lediglich 74% der Bevölkerung verpflichtend ein; weitere 14% versichern sich freiwillig in der GKV (und etwa 9% sind ausschließlich privat versichert). Im Gegensatz zu Großbritannien sind die im GKV-System versicherten Leistungen recht klar definiert, entweder direkt im Gesetz oder aber durch Verhandlungen zwischen Verbänden von Krankenkassen und Leistungserbringern. Dadurch entstehen Rechtsansprüche („entitlements“), die auch einklagbar sind.

- **Struktur und Organisation** (Kapitel 5): Während sich das Gesundheitssystem Großbritannien in einer Umorganisation befindet, bei der die Funktion des „Einkäufers“ von Gesundheitsleistungen von Gesundheitsbehörden zu „primary care trusts“, also Einheiten von Hausärzten, übertragen wird, liegt diese Funktion in Deutschland seit 1883 bei den Krankenkassen, von denen es derzeit noch rund 400 in sieben Verbänden gibt. Seit 1996 können fast alle Versicherten ihre Kasse frei wählen. Da sich sowohl das Einkommen als auch der Gesundheitszustand (und damit die notwendigen Gesundheitsleistungen) zwischen Versicherten sehr deutlich unterscheiden, gibt es zwischen den Kassen einen so genannten „Risiko-Struktur-Ausgleich“. Von einem Vergleich der unterschiedlichen Mechanismen der Ressourcenallokation (mit individuellen Daten in Deutschland und bevölkerungsbezogenen Daten in Großbritannien) könnten beide Länder profitieren. Dies gilt auch für einen Vergleich der britischen PCTs mit den deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen, mit denen sie etliche Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede, haben. Forschungsbedarf ergibt sich auch im Krankenhaussektor, z.B. bezüglich des deutschen Chefarzt- mit dem britischen Consultant-Modell.

- **Prozesse** (Kapitel 6): Deutsche haben mehr Arzt-Patienten-Kontakte und bleiben länger im Krankenhaus als Briten. Die Kosten eines einzelnen Krankenhaustages liegen jedoch in Großbritannien etwa 10% höher als in Deutschland. Der Anteil belegter Betten im Krankenhaus ist jedoch in beiden Ländern mit 81-82% praktisch gleich, d.h. die britischen Wartelisten resultieren nicht per se aus einer Bettenknappheit.

- **Ergebnisse** (Kapitel 7): „Ergebnisse“ der Gesundheitsversorgung müssen nach zwei Kategorien unterschieden werden, den versorgungsbezogenen und den gesundheitsbezogenen. Zu ersteren gehört z.B., wie viel Patienten mit ihrer Versorgung im Krankenhaus unzufrieden sind – hier schneidet Großbritannien schlechter ab als Deutschland; deutliche Unterschiede ergeben sich insbesondere bezüglich des Respektierens von Patientenpräferenzen. Hingegen beurteilt das Pflegepersonal in Großbritannien die Qualität ihrer eigenen Arbeit höher als in Deutschland; allerdings meinen auch 28% der englischen und 22% der schottischen Schwestern und Pfleger (gegenüber 17% in Deutschland), dass die Qualität sich verschlechtert habe. Gesundheitsbezogene Ergebnisse sind hingegen schwerer zu beurteilen, da eine direkte Wirkbeziehung zwischen Gesundheitssystem und verringerter Sterblichkeit – oder höherer Lebensqualität – oftmals nur schwer herzustellen ist. So ist in Großbritannien zwar die Brustkrebs-Sterblichkeit nach Einführung des Screenings in den 90er Jahren sehr stark gesunken, aber die Sterblichkeit pro erkrankter Frau (Letalität) liegt dennoch über derjenigen in Deutschland ohne ein solches Programm.

- **Die derzeitigen Gesundheitsreformdiskussionen** (Kapitel 8): Auch hier ergeben sich gravierende Unterschiede. So sieht Deutschland die stark steigenden Krankenkassenbeiträge als Problem und überlegt entsprechende Kostendämpfungsmaßnahmen (aber auch Programme zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker), während es in Großbritannien erklärtes Ziel der Regierung ist, die Gesundheitsausgaben zu erhöhen.

- **Bedarf an zukünftiger Forschung** (Kapitel 9): Forschungsbedarf ergibt sich sowohl hinsichtlich einer System- als auch einer Patienten-Perspektive. Zur ersten gehören Input-bezogene Fragestellungen nach der Verteilung von finanziellen Ressourcen, der Definition des Leistungskataloges sowie der daraus erwachsenden Leistungsansprüche oder der Entwicklung und Planung personeller Ressourcen im Gesundheitswesen, Prozess-bezogene Themen wie Regulierung und Steuerung von Krankenhäusern, der Entwicklung und Anwendung klinischer Leitlinien oder die Diskontinuität der Versorgung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie Ergebnis-bezogene Forschung, d.h. wie die Gesundheitssysteme Mortalität und Lebenserwartung beeinflussen. Die Patientenperspektive sollte für bestimmte Bevölkerungsgruppen wie Krebserkrankte oder illegale Einwanderer das Gesamtspektrum der Versorgung – vom Leistungskatalog bis zur Letalität – in den Mittelpunkt der vergleichenden Analyse stellen.

Ihre Ansprechpartner:

Annette Birkholz, Anglo-German Foundation/Deutsch-Britische Stiftung,
34 Belgrave Square, London W1X 8DZ

Tel: +44 (0)20 7823 1123 Fax: +44 (0)20 7823 2324 E-mail: ab@agf.org.uk Website: www.agf.org.uk

Reinhard Busse, Professor Dr. med. MPH, Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen,
Technische Universität Berlin, EB2, Strasse des 17. Juni 145, 10623 Berlin

Tel: +49 (0)30 314-28419/20 Fax: +49 (0)30 314-28433 E-mail: rbusse@berlin-tu.de Website: <http://mig.tu-berlin.de>

Anmerkungen:

Deutsch-Britische Stiftung: Seit dreißig Jahren trägt die Stiftung zu Entscheidungsfindungen bei, indem sie bi-nationale Forschung und Diskussionen unterstützt sowie deren Ergebnisse Verantwortungsträgern in Wirtschaft, Politik und Verwaltung zugänglich macht. Themen dabei sind wirtschaftliche und soziale Herausforderungen, die beiden Ländern gemeinsam sind.

Rezensionskopien des Berichtes können Sie bei der Deutsch-Britischen Stiftung angefordern. Es besteht auch die Möglichkeit, den Bericht unentgeltlich direkt von der Website der Stiftung herunter zu laden.

Der Bericht ist im Buchhandel erhältlich (ISBN 1-900834-30-8) oder über den Vertrieb der Deutsch-Britischen Stiftung, YPS, Tel: +44 (0)1904 431 213 Fax: +44 (0)1904 430 868, Preis: £15.00

Der Autor des Berichtes ist Reinhard Busse, Professor Dr. med. MPH, Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin und Assoziierter Forschungsdirektor, European Observatory on Health Care Systems