

Indikatoren für den Ländervergleich:

Wie glaubwürdig sind „Noten“ für die Gesundheitssysteme in Europa?

Vergleiche der europäischen Gesundheitssysteme können anregende Diskussionen auslösen und Hinweise zu Verbesserungsmöglichkeiten im nationalen Gesundheitssystem geben. Vergleichsergebnisse können aber nicht besser sein als die ihnen zugrundeliegenden Daten. Das deutsche Gesundheitswesen schneidet bei diesen Untersuchungen mal gut und auch mal schlecht ab. Liegt es am Auftraggeber, an der Statistik oder an der deutschen Mentalität? Vergleiche sind nötig - sie müssen aber gut gemacht sein. Die Pläne der Europäischen Union, mit ziemlich fragwürdigen Selbsteinschätzungsindikatoren einen Systemvergleich durchzuführen, bedürfen dringend einer europaweiten Debatte. Sachgemäße Hinweise für die nationale Gesundheitspolitik erfordern statt weicher Befragungsdaten „harte“ Vergleichsindikatoren zur Versorgungswirklichkeit.

■ Marion Caspers-Merk

Gelegentlich stoßen wir auf Pressemeldungen, die Ergebnisse europaweiter Vergleiche von Gesundheitssystemen verkünden. In einem Ranking werden dann „Sieger“, „Aufsteiger“, „Absteiger“ und „Verlierer“ benannt. Verständlicherweise trifft das in der öffentlichen Diskussion in Deutschland auf großes Interesse, denn die Bürgerinnen und Bürger haben einen Anspruch darauf, für ihre Krankenkassenbeiträge die bestmögliche Versorgung zu erhalten.

Ist die Versorgung in Deutschland also weniger gut als gedacht – insbesondere gemessen an den im internationalen Vergleich recht hohen Ausgaben für Gesundheit? So hat z.B. kürzlich das britische Medizinmagazin „Lancet“ eine Studie zu Ungleichheiten in der sogenannten gesunden Lebenserwartung in 25 EU-Staaten veröffentlicht, die einen solchen Schluss nahe legen könnte. Danach hätten 50jährige in Deutschland im Durchschnitt noch rund 13 gesunde Lebensjahre vor sich - ein Wert, der im europäischen Vergleich nur im unteren Mittelfeld liegt.

Studienergebnisse können aber nicht besser sein als die zugrunde gelegte Statistik. Um ein objektives Bild zu erhalten, ist ein kritischer Blick auf die in diesen Studien verwendeten Indikatoren und statistischen Daten hilf-

reich. Indikatoren sollen einen Vergleich unterschiedlicher Systeme möglich machen. Dies ist aber gerade im Gesundheitswesen ein äußerst anspruchsvolles Vorhaben, denn eine gute Gesundheitsversorgung offenbart sich nicht in wenigen, plakativen Zahlen. Sondern sie setzt sich aus einer Vielfalt von Bausteinen und Zahnrädern zusammen, die gut ineinander greifen müssen, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten.

Die Gesundheit jedes einzelnen wird durch vielfältige, teilweise auch sehr persönliche Faktoren beeinflusst. Bewegungs- und Ernährungsmuster, Stressbelastung oder Tabak- und übermäßiger Alkoholkonsum haben einen wesentlichen Anteil daran, wie gesund die Menschen altern. Diese Komplexität ist schwer zu messen. Andere Zweige der Sozialversicherung – wie z.B. die Rentenversicherung – können leichter international verglichen werden, da ein Großteil der Leistungen in regelmäßigen Geldzahlungen besteht.

Im komplexeren Gesundheitswesen ist die Lebenserwartung der Bevölkerung seit langem als aussagekräftiger Indikator anerkannt. In einer Gesellschaft des längeren Lebens spiegelt sich – nicht nur, aber doch in maßgeblicher Funktion – die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitsversorgungssystems. Glücklicherweise ist es uns gelungen, diesen Indikator in den letzten Jahrzehnten maßgeblich zu verbessern. So leben die Menschen in Deutschland mit knapp 80 Jahren heute im Schnitt rund 5 Jahre länger als vor 20

Marion Caspers-Merk ist Mitglied des Deutschen Bundestages und Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit

Jahren – und übrigens auch länger als im EU-Durchschnitt (78,4 Jahre). Auch bei der Senkung der Säuglingssterblichkeit schneidet Deutschland im EU-Vergleich gut ab.

An der Lebenserwartung als Indikator für die Qualität von Gesundheitssystemen ist Kritik geäußert worden, denn dieser Indikator misst nur die reine Lebenserwartung, nicht aber, wie viele davon bei guter Gesundheit verbracht werden. Diese Kritik ist nachvollziehbar, denn eine nachhaltige Gesundheitspolitik zielt auf viele gesunde Jahre.

Es ist deshalb nicht prinzipiell falsch, einen Indikator einzuführen, der die gesunde Lebenserwartung misst – aufgrund der Komplexität des Gesundheitswesens bestehen hier aber höchste Anforderungen an Datenerhebung und Datenbewertung. Die Europäische Kommission hat sich für verschiedene Politikprozesse bereits auf den Indikator „Healthy life years“ (gesunde Lebenserwartung) festgelegt. Zur Berechnung dieses Indikators werden in allen 27 EU-Mitgliedstaaten durchgeführte Umfragen genutzt, in denen die Befragten eine Selbsteinschätzung darüber abgeben, ob bei ihnen eine dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt. Diese hochgerechneten Zeiten werden bei der tatsächlichen Lebenserwartung in Abzug gebracht, so dass die „gesunde“ Lebenserwartung übrig bleibt.

Die mit diesem Indikator gewonnenen Daten sind jedoch für internationale Vergleiche unbrauchbar. Ganz grundsätzlich müssen Selbsteinschätzungsindikatoren kritisch hinterfragt werden, denn die Antworten werden durch kulturell bedingte Unterschiede in den Mentalitäten verzerrt. Dabei kommen auch die Unterschiede von Ländern und Kulturen in Erwartungen an und Normen für Gesundheit zum Tragen: was sind noch geringe Beschwerden, und ab wann fühlt man sich krank und geht zum Arzt? Dies kann sich beispielsweise in der unterschiedlichen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zwischen den Ländern widerspiegeln. Deutschland hat häufige Arztbesuche aufzuweisen, ein Hinweis darauf, dass hierzulande die Schwelle recht niedrig ist.

So ist es wohl auch kein Zufall, dass beispielsweise die italienische Befragung zu wesentlich mehr gesunden Lebensjahren kommt, als die Befragung in Finnland: Bei den italienischen Frauen sind es 67 „gesunde“ Jahre gegenüber 52 „gesunden“ Jahren bei den finnischen Frauen (2005). Bei den Männern sieht es ähnlich aus (66 gegenüber 52 Jahren).

Aber auch eine Reihe von Unstimmigkeiten in der Datenerhebung muss zu dem Schluss führen, dass die vorliegenden Daten derzeit nicht belastbar sind. So sind bei den Befragungen in den einzelnen EU-Staaten zum Teil unterschiedlich formulierte Fragen mit unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten und unterschiedliche Erhebungsmethoden verwendet worden. So erklärt sich, dass beispielsweise die Belgierinnen angeblich binnen zweier Erhebungen im Abstand von zwei Jahren durchschnittlich über 7 Jahre eingebüßt haben, die Däninnen dürfen sich dagegen im selben Zeitabstand über einen Zugewinn von beinahe 7 Jahren freuen. Die österreichischen Männer verlieren sogar 8 Jahre. Es wird noch ein intensiver Ab-

stimmungs- und Entwicklungsprozess notwendig sein, um brauchbare und vergleichbare Ergebnisse zu erhalten. Die Europäische Kommission sollte sich gut überlegen, ob sie aus einer derart willkürlichen Datengrundlage politische Schlussfolgerungen ziehen oder gar Empfehlungen zur nationalen Gesundheitspolitik aussprechen will.

Die WHO hat sich bereits in einer Studie von vor drei Jahren mit einer ähnlichen Fragestellung auseinandersetzt. Hier wurde die „gesunde Lebenserwartung“ in einem Alter von 60 Jahren und auch bei Geburt untersucht. Deutschland schneidet hier bei einem europäischen Vergleich im vorderen Mittelfeld ab – sowohl für Frauen als auch für Männer auf Platz acht. Dänemark – bei der Lancet-Publikation auf Platz 1 – landete hier auf den Plätzen 17 bei Frauen und 14 bei Männern. Berücksichtigt man die „gesunde Lebenserwartung“ ab Geburt, schneidet Deutschland nochmals besser ab, und für den (prozentualen) „Verlust an gesunder Lebenszeit“ liegt Deutschland an erster Stelle. Auch diese Daten werden ihre methodische Beschränktheit haben. Es wird aber deutlich, dass unterschiedliche Methoden bei der Beantwortung ein- und der selben Frage zu sehr unterschiedlichen Antworten führen können.

Ein wichtiger Schritt wäre es, sich nicht allein auf Befragungen zu verlassen, sondern die Angaben der Befragten durch medizinische Untersuchungen zum tatsächlichen Gesundheitszustand zu untermauern. Deutschland geht bereits diesen Weg und baut am Robert-Koch-Institut ein nationales Gesundheitsmonitoring auf, das einen solchen Untersuchungsteil beinhalten wird.

Um die Qualität und Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen auf EU-Ebene oder international zu vergleichen, ist ein differenzierterer Blick erforderlich, der auch den Umfang der gewährten Leistungen und die Versorgungsnähe und -dichte einbezieht. In allen diesen Punkten hat das deutsche Gesundheitssystem viel zu bieten. So hat Deutschland einen der umfassendsten Leistungskataloge in der Europäischen Union. Mit der hohen Versorgungsdichte haben die Patientinnen und Patienten in Deutschland ein großes Angebot und eine Wahlfreiheit, die natürlich auch ihren Preis hat.

Eine aktuelle Studie des renommierten Commonwealth Funds zur Versorgung von chronisch Kranken zeigt zum Beispiel, dass in Deutschland die Versorgung auch außerhalb der regulären Sprechzeiten gut funktioniert: Terminvereinbarungen in eiligen Fällen gelangen schneller als z.B. in Großbritannien und den USA. Nur 36 Prozent der Betroffenen gaben an, dass sie Schwierigkeiten hatten, in der Nacht, an Wochenenden oder in den Ferien versorgt zu werden. In Großbritannien hatten dagegen 44 Prozent Probleme, in den USA sogar 60 Prozent. Ein weiteres Beispiel ist die Wartezeit für Termine beim Facharzt. Entgegen der momentan häufig geäußerten Kritik über Wartezeiten in Deutschland zeigt sich, dass chronisch Kranke, also diejenigen, die besonders auf medizinische Behandlung angewiesen sind, in Deutschland vergleichsweise schnell einen Termin erhalten, nämlich 68 Prozent innerhalb von vier Wochen. In Frankreich gelingt das nur 55 Prozent, in

Großbritannien gar nur 42 Prozent. Dort müssen ein Drittel der Betroffenen sogar zwei Monate oder länger warten.

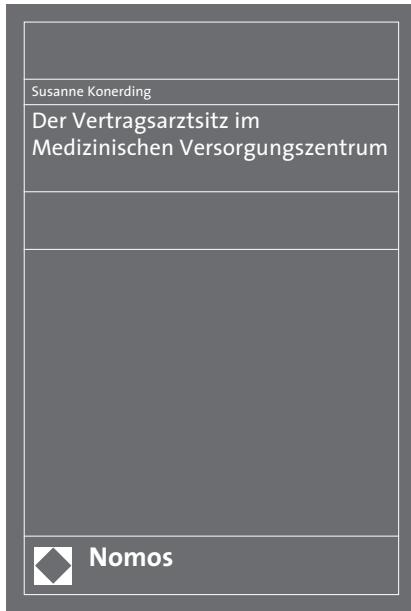
Auch bei der Prävention bietet das deutsche Gesundheitssystem viele Leistungen, so steht Deutschland im europaweiten Vergleich bei der Krebsfrüherkennung gut da. Bereits seit 1971 wird allen gesetzlich Versicherten ein breites Spektrum an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen angeboten. Ein Meilenstein war die Einführung des bevölkerungsweiten, organisierten und qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings nach Europäischen Leitlinien ab dem Jahr 2004. Damit hat Deutschland europaweit das größte Mammographie-Screening-Programm mit der modernsten verfügbaren Gerätetechnik etabliert.

Alle drei vom Rat der Europäischen Union empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Darm-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs gehören zum Angebot der gesetzlichen Krankenkassen. Darüber hinaus steht seit Juli 2008 allen gesetzlich Versicherten ein zweijährliches Hautkrebscreening zur Verfügung. In keinem anderen europäischen Land ist dies der Fall.

Alles spricht deshalb dafür, dass das gut ausgebauten deutsche Gesundheitssystem einen im internationalen Vergleich schnellen und qualitativ hochwertigen Zugang zu notwendigen Leistungen gewährt. Wenig spricht dafür, dass die methodisch nicht ausgereiften Umfragen auf europäischer Ebene ein realistischeres Bild abgeben.

Medizinische Versorgungszentren

Gründung, Betrieb, Auflösung



Der Vertragsarztsitz im Medizinischen Versorgungszentrum

Von Dr. Susanne Konerding

2009, ca. 234 S., brosch., ca. 58,- €, ISBN 978-3-8329-4750-7

Erscheint ca. Juli 2009

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) treten seit 1.1.2004 in Konkurrenz zu den niedergelassenen Vertragsärzten. Vor allem für junge Ärzte stellen sie eine interessante Alternative zur Übernahme einer Arztpraxis oder zur Anstellung in einem Krankenhaus dar. Die rechtlichen Vorgaben für die Gründung, den Betrieb sowie die Auflösung von MVZs bleiben vom Gesetzgeber jedoch weitgehend unbeantwortet.

Wer kann überhaupt ein MVZ gründen und was ist bei der Gründung eines MVZ unbedingt zu beachten? Welche Rechtsform ist geeignet? Wie kann ein MVZ Vertragsarztsitze erwerben? Welche Regelungen gelten für die ärztliche Berufsausübung in einem MVZ? Wie gestaltet sich die Nachfolge bzw. Nachbesetzung hinsichtlich eines Vertragsarztsitzes in einem MVZ? Und was passiert schließlich, wenn die Zulassung eines MVZ endet? Die Abhandlung spricht gleichermaßen Ärzte und rechtliche Berater an, die in der Praxis mit den vielfältigen ungeklärten Rechtsfragen konfrontiert sind, und bietet Lösungsansätze für die Anwendungspraxis.

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de

