

Blick über die Grenze: Gesundheitssysteme und Krankenhausfinanzierung in anderen Ländern

Recherchen und Texte für das DialoQ Magazin der casusQuo GmbH
von Claudia Schuh

Diese Serie habe ich für die [casusQuo GmbH](#) entwickelt. Der hannoversche Dienstleister prüft im Auftrag gesetzlicher Krankenkassen die dort eingehenden Krankenhausrechnungen auf juristische Korrektheit und medizinische Plausibilität. Für die Krankenkassen sind die Ausgaben für die stationären Behandlungen der Versicherten ja der größte Ausgabenblock. Entsprechend hoch ist hier der Kostendruck – aber eben auch das Einsparpotenzial.

Seit der Gründung von casusQuo im Jahr 2003 haben die casusQuo-Kostenmanager*innen schon weit über 300 Millionen Euro für die Kassen retaxiert – Geld, das direkt der Versichertengemeinschaft zu Gute kommt.

Auf den folgenden Seiten kann man die vollständigen bisher erschienenen Texte aus der Serie lesen. Die jeweils letzten beiden kompletten Ausgaben des DialoQ Magazins, für das ich den Hut der Chefredakteurin aufhabe, findet man immer [hier](#).

Inhalt

- Schweden (2015): Bei Nichtgefallen Geld zurück.
- Schweiz (2016): Wäre Kontrolle nicht besser als Vertrauen?
- Niederlande (2017): Krankenhausabrechnung zwischen Tulpen und Windmühlen
- Vereinigtes Königreich (2017): Der englische Patient.
- Australien (2018): Was passiert nach Haiunfall, Schlangenbiss oder Skorpionstich?
- Saudi-Arabien (2018): Von Kamelmilch zu Kortison.
- Japan (2019): Kein Kaizen im Krankenhaus.
- Dänemark (2020): Von Dänen lernen.
- Korea (2020): Von Kimchi und Taekwondo.
- Chile (2021): El Condor pasa.
- Israel (2022): Zwischen Bettenmangel und Big Data.
- Polen (2023): Dauerhafte Defizite und kein Ende in Sicht.

Bei Nichtgefallen Geld zurück: Operationen mit Qualitätsgarantie.

„Zwei mal drei macht vier,
widdewiddewitt und drei macht neune,
ich mach mir die Welt,
widdewidde wie sie mir gefällt.“

Glücklicherweise funktioniert die schwedische Krankenhausfinanzierung nicht nach der Arithmetik von Pippi Langstrumpf. Da das System sich aber in vieler Hinsicht von dem in Deutschland unterscheidet, lohnt ein genauerer Blick.

Traditionell ist das steuerfinanzierte schwedische Gesundheitssystem stark dezentralisiert. Die Zahl der Privatkliniken ist extrem gering. Träger der Krankenhäuser sind neben den 23 Provinziallandtagen die Kommunen Göteborg, Malmö und Gotland. Diese stellen die Krankenhäuser mit festen Jahresbudgets aus. Diagnosen werden in Schweden nach ICD-10 kodiert. Für Operationen und andere Prozeduren existiert seit 2006 ein nationales Klassifikationssystem namens KVÅ. Zusammen mit den anderen skandinavischen Ländern hat Schweden die sogenannten Nord-DRG entwickelt. Deren schwedische Version wird mit jährlichen Updates seit 2010 sowohl auf die stationären als auch auf die ambulanten Krankheitsfälle angewendet.

Anfang der 90er Jahre hat man unter dem Einfluss zunehmend knapperer Ressourcen in der Provinz Stockholm das Finanzierungsmodell reformiert. Das „Prospective Payment System“ (PPS) sieht vor, dass die Gesundheitsbehörde anstelle der Budgetvergütung die Gesundheitsleistungen für ihre Bevölkerung zu vorher festgelegten Preisen einkauft. Die Bevölkerung erhält im Gegenzug eine Behandlungsgarantie bei freier Krankenhauswahl.

Ziel der Reform war eine Stärkung der Marktkräfte bei gleichzeitig gesteigerten Qualitätsanreizen für die Kliniken und damit eine sinnvollere Mittelverwendung. Seit den späten 90er Jahren nutzen weitere Regionen das PPS, so dass in Schweden heute über 60 Prozent aller stationären Fälle nach diesem System abgerechnet werden. Ausnahmen hiervon werden von den jeweiligen Regionalbehörden festgelegt und können beispielsweise psychiatrische Fälle, Schwerebrandverletzte oder Sondervergütungen für spezielle Leistungen in akademischen Lehrkrankenhäusern umfassen.

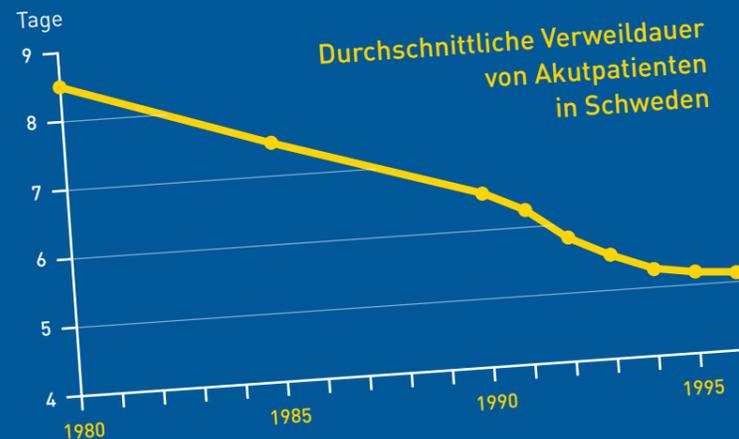
Für die meisten Krankenhäuser kommt deshalb heute ein Mischsystem aus Globalbudgets, PPS und leistungsbezogener Vergütung zum Einsatz.

Patientenzufriedenheit als Vergütungsbasis

Eine spektakuläre Neuerung befindet sich seit 2014 in der Erprobungsphase und gilt auch in Schweden bisher nur für den eng eingegrenzten Bereich der Wirbelsäulenchirurgie: Die Provinz Stockholm als Trägerin der Krankenhausversorgung hat per Ausschreibung die Preise für zwei Operationen (bei leichteren oder schwereren Bandscheibenvorfällen) ermittelt und eine Reihe von Kliniken mit der Durchführung zu diesem Fixpreis beauftragt. Die Leistungserbringer verpflichten sich, auch für alle Folgekosten der durchgeführten OPs (etwa durch Komplikationen oder notwendige Reoperationen) innerhalb eines Jahres aufzukommen. Nach der Operation werden zunächst 90 Prozent des vereinbarten Betrags ausgezahlt. Ein Jahr später wird die Patientenzufriedenheit anhand eines Vergleichskollektivs (Register aller seit

1999 erfolgten Rückenoperationen) ermittelt. Für zufriedene Patienten fließt dann die Restzahlung von 10 Prozent. Für unzufriedene Patienten muss das Krankenhaus aus dem bereits gezahlten Betrag 10 Prozent an die Provinz erstatten.

Wie die Erfahrungen mit dieser Kombination aus Leistungsanreiz und Qualitätskontrolle aussehen, das wird sich erst mit der Zeit zeigen. Unter den gegebenen Umständen des weitgehend öffentlich finanzierten schwedischen Gesundheitssystems scheint der Versuch jedenfalls ein Schritt in die richtige Richtung zu sein.



Upcoding unbekannt

Fehlkodierungen sind in Schweden in aller Regel kein Zeichen von Systemmissbrauch oder Upcoding. Im Gegenteil: Downcoding infolge unzureichender Dokumentation ist weit verbreitet. Das DRG-System sollte ja unter anderem auch zu einer erhöhten Transparenz beitragen. Nachdem die Gesundheitsbehörden deshalb seit geraumer Zeit exaktere Kodierungen anmahnen, nimmt inzwischen die Zahl der kodierten Nebendiagnosen zu. Da finanzielle Anreize dafür fehlen, ist der systematische Missbrauch durch Upcoding in Schweden unbekannt.

Nach Einführung der DRG

Die Einführung der DRG hat insgesamt zu einer verbesserten Datenqualität in Schweden beigetragen. Das Ziel „Erhöhung der Transparenz“ ist somit eindeutig erreicht worden. Auch die Verweildauern konnten bereits in den ersten Jahren nach Einführung der DRG erheblich gesenkt werden. Erheblich zwiespältiger werden die Aspekte Effizienzsteigerung und Kostenkontrolle gesehen. Zwar hat sich die Wahrnehmung der Patienten von „Kostenfaktor“ zu „Einkommensquelle“ positiv verändert. Auch wurde nach Einführung der DRG ein deutlicher Anstieg der Produktivität verzeichnet. Den dadurch steigenden Kosten konnte nur mit einer Deckelung der Gesamtbudgets begegnet werden, was wiederum einen Rückgang der Leistungssteigerungsraten verursacht hat. Die Balance zwischen Produktivitätssteigerung und Kostenkontrolle zu finden, bleibt deshalb eine große Herausforderung für die schwedischen Gesundheitsbehörden.

BLICK ÜBER DIE GRENZE

Wie funktionieren Klinikfinanzierung und Krankenhausabrechnung in anderen Ländern?

Unsere neue Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen, die unsere europäischen und außereuropäischen Kollegen mit dem DRG-System gemacht haben.

Teil 1: SCHWEDEN

„Wäre Kontrolle nicht besser als Vertrauen?“

Nach mehrjähriger Vorbereitung hat die Schweiz im Jahr 2012 das System SwissDRG eingeführt. Mit der Anpassung und Weiterentwicklung des deutschen DRG-Systems sollte die Vergütung von Krankenhausleistungen und damit die Finanzierung der eidgenössischen Spitäler auf neue, gerechtere Füße gestellt werden. Was sind die wesentlichen Unterschiede zum deutschen System? Wie läuft es bei den Eidgenossen mit der Abrechnungsprüfung? Eine vergleichende Betrachtung.
Von Elena Bickert (Gastautorin) und Claudia Schuh

Das Rad nicht neu erfinden

In der Anfangsphase der Entwicklung der SwissDRG hatten die Schweizer Behörden das deutsche InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) mit einer „Helvetisierung“ des deutschen Modells beauftragt. Später wurde zu diesem Zweck eine eigene SwissDRG AG ins Leben gerufen. Die Anpassung an die eidgenössischen Verhältnisse beinhaltete zunächst eine komplette Neukalkulation, in deren Verlauf für jede einzelne DRG ein Schweizer Preis hinterlegt werden sollte. Angesichts eines teilweise zu geringen Datenbestands hat man insbesondere für seltene Krankheitsbilder hierbei allerdings immer wieder auf deutsche Daten zurückgegriffen. An Stelle der OPS wurde ihr Schweizer Pendant CHOP eingesetzt. Und auf Zusatzentgelte wollte man anfangs ganz verzichten. Nach der ersten Divergenzphase bewegen sich

das deutsche und das Schweizer System inzwischen wieder aufeinander zu. So wurde nach und nach eine Reihe von Zusatzentgelten eingeführt. Auch die Zahl der Codes in CHOP steigt jährlich. Und der Umbau im Katalog ist noch nicht abgeschlossen.

Vertrauen statt Kontrolle?

Der auffälligste Unterschied zwischen den beiden Modellen liegt wohl in der Finanzierung. In Deutschland erfolgt die Finanzierung der Krankenhausleistungen (mit Ausnahme des Sonderfalls Beihilfe) bekanntlich fast vollständig durch die gesetzlichen oder privaten Versicherer. Wenn Heidi oder ihr Großvater mal ins Spital müssen, dann wird hingegen die Rechnung des Spitals zu 45 Prozent von der Krankenkasse und

zu 55 Prozent von ihrem Wohnkanton beglichen. Jeder der beiden Kostenträger erhält vom Spital eine eigene Rechnung.

Die Kantone haben dabei grundsätzlich nicht den Auftrag, die Rechnungen zu prüfen. Sie haben per Gesetz ihr Prüfrecht an die Krankenkassen abgetreten und erhalten deshalb auch keine medizinischen Falldaten. Die Krankenkassen überprüfen die Abrechnungen zwar und reklamieren sie gegebenenfalls auch beim Spital. Über diese Vorgänge erhalten die Kantone jedoch keine Informationen.

weiter geht's auf Seite 12 >>



BLICK ÜBER DIE GRENZE

Wie funktionieren Klinikfinanzierung und Krankenhausabrechnung in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen, die unsere internationalen Kollegen mit dem DRG-System gemacht haben.

In dieser Ausgabe: Die **SCHWEIZ**

	DEUTSCHLAND	SCHWEIZ
Einführung	2003	2012
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> · Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität im Krankenhausbereich · leistungsgerechte Vergütung · Leistung am Patienten soll bezahlt werden 	<ul style="list-style-type: none"> · leistungsgerechte Vergütung · Leistung am Patienten soll bezahlt werden
Betroffen	· alle KH bundesweit nach § 39 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> · alle KH sind verpflichtet, die Richtlinien zur einheitlichen Kodierung einzuhalten · korrekte Anwendung wird durch die KK kontrolliert
Aktuell	<ul style="list-style-type: none"> · Kliniken, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können für das Jahr 2016 als besondere Einrichtung nach § 17 Abs. 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden. 	<ul style="list-style-type: none"> · Uni-Kliniken haben, da sie mehr Geld benötigen, eine höhere Base-Rate vereinbart. · Spezial-KH können ab 2016 mehr Geld durch höhere ZE für komplexe Behandlungen bekommen.
Fallgruppen	ca. 1.200	ca. 1.000
Basisfallwert	durchschnittlich 3.200 €	ca. 10.000 - 11.000 CHF (entspricht ca. 9.000 - 10.000 €)



>> Fortsetzung von Seite 11

Die Kantone erfahren somit nicht, wenn die Rechnung im Einzelfall durch die Krankenkasse gekürzt wird.

Die Kantonsbehörden vertrauen darauf, dass ein Spital, bei dem die Krankenkasse eine Retaxierung durchgesetzt hat, auch an den Kanton eine Rechnungskorrektur versenden wird, um so die interne Buchhaltung zu bereinigen. Im Übrigen hoffen die Kantone, dass bei den regelmäßig anberaumten Revisionen alle etwaigen Falschabrechnungen auffliegen würden. Vertrauen statt Kontrolle?

„Meiner Meinung nach gibt es in diesem Dreieck aus Spital, Krankenkasse und Kanton noch viel zu tun“, so Elena Bickert von der innovas GmbH, die sich seit vielen Jahren mit dem Thema befasst. „Vor allem müsste man die Kommunikation zwischen den Instanzen verbessern und somit die Transparenz erhöhen. Wo es um solche hohen Geldsummen geht, wäre Wissen einfach besser als Vertrauen, finde ich!“

Datenschutz als Prüfhindernis

Zu einem unerwarteten Stolperstein bei der Einführung der SwissDRG wurde der Datenschutz. Obwohl für die Unfallkassen der Zugang zu den medizinischen Daten der Versicherten immer schon möglich war, haben die Krankenversicherer vor SwissDRG mit der Rechnung lediglich eine Aufnahme- und Diagnose erhalten. So ist um die medizinischen Informationen über die Patienten ein regelrechter Kampf entbrannt. Die Spitäler warfen den Krankenkassen die Datennutzung im eigenen Interesse zum Nachteil der Versicherten vor. Zusammen mit den Datenschützern drohten die Spitäler, die in der Schweiz über eine sehr starke Lobby verfügen, sogar, das gesamte Entgeltsystem per Referendum zu kippen.

Die Vereinbarung nach § 301 SGB V in Deutschland ist vergleichbar mit der nach langem Ringen geschaffenen Krankenversicherungsverordnung (KVV) in der Schweiz. Ihre Datenschutzvorschriften gestatten den Kostenträgern jedoch im Unterschied zum deutschen System keine umfangreiche Einsicht in die Falldaten.

Dezidiert geprüft werden können nur diejenigen Fälle, für die bei der maschinellen



Prüfung eine Prüfregele „angeschlagen“ hat – aktuell sind das im Schnitt etwa 10 bis 20 Prozent der Fälle. Für die restlichen vier Fünftel aller Krankenhausbehandlungen müssen die Krankenkassen zwar die Kosten tragen, erhalten aber keinen Einblick in die Falldaten.

Eine Krankenversicherung kann die medizinischen Behandlungsdaten zudem nur erhalten, wenn sie eine zertifizierte Datenannahmestelle unterhält. Diese Stelle einzurichten verursacht nicht nur einen erheblichen organisatorischen und technischen Aufwand. Damit sind auch Gebühren für die initiale Zertifizierung sowie für die obligatorischen jährlichen Audits verbunden.

Unter diesen Bedingungen verzichten einige mittlere und kleinere Krankenkassen auf eine eigene Rechnungsprüfung. Es liegt auf der Hand, dass ein ausgefeiltes Prüfregele in diesem System noch bedeutender ist als in Deutschland. Ein zukünftiges Arbeitsfeld für casusQuo?



Unsere Gastautorin **ELENA BICKERT**

ist Diplom-Gesundheitsökonomin und bei der innovas GmbH für Beratung und Vertrieb zuständig. Schon seit ihrer Studienzeit beschäftigt sie sich intensiv mit allen Fragen rund um die Abrechnungsprüfung. Für die innovas GmbH berät sie sowohl deutsche als auch Schweizer Krankenversicherungen. Ihr detaillierter Einblick in das Prüfgeschäft trägt zur kontinuierlichen Verbesserung der Prüfsoftware KOLUMBUS bei.



DBC und DOT statt DRG: Krankenhaus- abrechnung zwischen Tulpen und Windmühlen

Poffertjes, Frieten und Kibbeling sind zwar lecker - gesünder als deutsche Hausmannskost sind sie allerdings nicht. Unsere niederländischen Nachbarn leiden deshalb nicht weniger als wir unter Zivilisationskrankheiten. Doch wie läuft das eigentlich, wenn Frau Antje ins Krankenhaus muss? Wer zahlt, und vor allem: wie viel?



BLICK ÜBER DIE GRENZE
Wie funktionieren Klinikfinanzierung und Krankenhausabrechnung in anderen Ländern? Unsere Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen, die unsere internationalen Kollegen mit dem DRG-System gemacht haben.
In dieser Ausgabe: **die Niederlande**
» Fortsetzung auf Seite 6



>> Fortsetzung von Seite 5

Die Leistungen der niederländischen Krankenhäuser werden aus der Basisversicherung (s. u. „Oranje-Care“) vergütet, wobei die Krankenhäuser nicht gewinnorientiert, sondern lediglich kostendeckend arbeiten und mit den Versicherern Einzel- oder Sammelverträge abschließen können. DBC-Tarife finden auch bei Selbstzahlern, ausländischen Patienten oder Patienten, deren Versicherer mit dem jeweiligen Krankenhaus keinen Vertrag hat, Anwendung.

Vergütet wird nicht wie in Deutschland auf der Basis von DRGs, sondern anhand von DBCs („Diagnose-Behandeling-Combinaties“, also Diagnose-Behandlungskombinationen) bzw. seit 2012 deren Weiterentwicklung, den DOT („DBC op weg naar transparantie“ = DBC auf dem Weg zu Transparenz).

Entscheidung in ärztlicher Hand

Wichtigster Unterschied zum DRG-System ist, dass die Vergütung nicht fallbezogen, sondern diagnosebasiert geschieht. Eine DBC bzw. DOT wird von der Ärztin bzw. vom Arzt bei Erstdiagnose festgelegt. Sie beschreibt anhand von

vier Kriterien (Krankheitsart, Diagnose, Dringlichkeit/Intensität, Behandlung) eine sektorenübergreifende Diagnose-Behandlung-Kombination vom ersten Patientenkontakt mit der Feststellung des zu behandelnden Problems bis zur letzten Kontrolle (inkl. Rehabilitation) über maximal ein Jahr. Dies beinhaltet womöglich mehrere Krankenhausaufenthalte und diverse ambulante Behandlungen. Dauert eine solche Episode länger als ein Jahr, wird eine Folge-DOT eröffnet. Auch für Nebendiagnosen, die parallel zu einer Hauptdiagnose auftreten, werden zusätzliche DOTs vergeben. Ein Patient kann zur gleichen Zeit in mehreren DOTs behandelt werden. In jedem Fall werden die DOTs von Ärzten festgelegt und nicht von Medizincontrollern.

Die Tarife haben zwei Komponenten: eine Komponente für die Krankenhauskosten (inkl. Kapitalkosten) und eine für die Spezialistenhonorare (basierend auf Normzeiten). Die Tarife werden jährlich revidiert und ggf. angepasst. Die „DBC onderhoud“ (DBC-O) wurde extra zu dem Zweck geschaffen, das System zu regulieren und zu überwachen.

Vereinfachung und Transparenz

Nach Einführung des DBC-Systems ab 2005 wurden nach und nach immer mehr DBCs definiert, so dass am Ende rund 33.000 unterschiedliche DBCs existierten. Der Wunsch nach Vereinfachung, Transparenz und korrekter Wiedergabe medizinischer Prozesse war Ausgangspunkt für eine Überarbeitung. Die DBCs wurden deshalb ab 2012 von nur noch rund 4.400 DOT-Produkten abgelöst. Diese basieren auf den 22 international festgelegten ICD10-Kapiteln und 121 Pflegegruppen. Dies bedeutet eine deutliche Verbesserung gegenüber dem alten DBC-System. Die DOTs sind medizinisch eindeutiger, weil sie fachgebietsübergreifend sind und auf dem internationalen Diagnoseklassifikationssystem ICD10 basieren.

Im Prinzip sollen sämtliche Krankenhausleistungen (auch für ambulante Krankenhausleistungen sowie für psychiatrische und Reha-Behandlungen) mit den DOT abgebildet und vergütet werden. Neben den DOT-Produkten können medizinische

Leistungen u.U. über die Klassifizierung in einem anderen Bereich abgerechnet werden. Man unterscheidet bei diesen Zusatzbeiträgen solche für „Add-ons“, „Übrige Produkte“ und „Unterstützende Produkte“. Diese umfassen etwa zusätzliche Behandlungen, zusätzliche Medikamente oder zusätzliche Diagnostik.

Innovation nützt Patienten und spart Kosten

Dieser kurze Überblick ist natürlich nicht umfassend und erlaubt sicher keine abschließende Bewertung des niederländischen Systems. In Bezug auf die Kostenkontrolle von Krankenhäusern lässt sich aber folgendes festhalten: Die Anreize zur Durchführung unnötiger Diagnostik seitens der Krankenhäuser dürften gering sein, da zusätzliche Maßnahmen keine zusätzlichen Geldflüsse nach sich ziehen.

Da die Krankenhäuser grundsätzlich nicht gewinnorientiert arbeiten, besteht gleichzeitig kaum Interesse an Upcoding oder

Fehlkodierungen. Aufgrund der Verankerung der DOT im ärztlichen Entscheidungsbereich erscheinen Fehlkodierungen auch grundsätzlich schwieriger.

Besonders hervorzuheben ist jedoch die große Innovationsfreude im niederländischen Gesundheitssystem. Grund dafür könnte der deutlich geringere Lobbydruck sein, da es weder eine einheimische Arzneimittelindustrie noch private Krankenhäuser gibt. So findet etwa das Prinzip BiBo („Better in – better out“) auch in Deutschland immer mehr Nachahmer: Mit physiotherapeutischer und ernährungswissenschaftlicher Begleitung werden besonders Hochrisikopatienten auf anstehende Operationen vorbereitet. Inzwischen ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass eine gesteigerte körperliche Fitness vor einer Operation

dazu führt, dass postoperativ signifikant weniger Komplikationen auftreten als bei Patienten, die nicht an BiBo teilnehmen. So kommt die Reformfreude nicht nur den Patienten zugute, sondern spart zugleich Kosten. Auch im Umgang mit multiresistenten Krankenhauskeimen gibt es in den Niederlanden vielversprechende Ansätze. Und nicht zuletzt sprechen die insgesamt kürzeren Verweildauern in den Krankenhäusern unseres Nachbarlands für den Erfolg und die Qualität der dortigen Versorgung.

Auch wenn sich diese Ideen nicht 1:1 auf Deutschland übertragen lassen: trotz aller Systemunterschiede kann der Blick ins Land der Grachten und Deiche auf jeden Fall als Anregung dienen.



1.

„Oranje-Care“

Das niederländische Krankenversicherungssystem steht auf drei Säulen:

Die **Pflege-Pflichtversicherung** für Kurz- und Langzeitpflege wird über einen einkommensabhängigen Beitrag (mit Höchstgrenze) finanziert.

2.

In der **Basis-Krankenversicherung** konkurrieren private Versicherer um die pflichtversicherten Mitglieder. Sie erstattet die Kosten für Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus einschließlich Geburtshilfe und Mutterfürsorge, Zahnarzt (für Personen unter 18 Jahren), Hilfsmittel und Arzneien, Physiotherapie, Zahnprothesen. Der Beitrag zur Basisversicherung setzt sich aus zwei Teilen zusammen: einem einkommensunabhängigen Grundbeitrag von 1.200 €* im Jahr. Der einkommensabhängige Beitragsanteil in Höhe von 7,5 Prozent* des Bruttoeinkommens (Höchstgrenze 51.414 €, darüber hinaus gedeckelt) wird vom Arbeitgeber in einen Zentralfonds eingezahlt. Kinder sind kostenlos mitversichert, wobei ihr Anteil vom Staat übernommen wird.

3.

Für Prävention oder andere von der Basisversicherung nicht gedeckte Kosten haben inzwischen 95 Prozent der Niederländer eine **freiwillige private Zusatzversicherung** abgeschlossen.

Die häufigste Zusatzversicherung betrifft die Zahnheilkunde. Andere Zusatzpakete beinhalten die Kostenübernahme für z.B. Sehhilfen, Empfängnisverhütung, alternative Heilverfahren.

* Zahlen von 2014

Der englische Patient: Krankenhausvergütung in Großbritannien

Dem britischen Gesundheitssystem eilt im Rest Europas teilweise ein etwas zweifelhafter Ruf voraus, sowohl hinsichtlich der Behandlungsqualität als auch bezüglich der Finanzierung. Der nationale Gesundheitsdienst NHS ist dem deutschen System in vielen Aspekten völlig fremd und wird oft als von Grund auf krank dargestellt. Als im Mai 2017 die Cyberattacke WANNACRY das britische Gesundheitssystem aufgrund seiner völlig veralteten IT-Infrastruktur für mehrere Tage völlig lahmlegen konnte, hat das NHS-Image erneut Schaden genommen. Im Rahmen unserer Serie über Krankenhausvergütung in anderen Ländern untersuchen wir diesen „englischen Patienten“ etwas genauer.

Zunächst sollen ein paar Fakten unsere vermeintlichen Gewissheiten als Vorurteile entlarven: Das Vereinigte Königreich gibt jährlich 9,6 %* des BIP für Gesundheit aus; in Deutschland beträgt dieser Anteil 11,3 %*. Pro Einwohner betragen die Gesundheitsausgaben in Großbritannien im Jahr 2015 gut 3.800 €** gegenüber fast 4.200 €** in Deutschland. Im Vergleich der OECD-Länder steigt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Deutschland überdies stärker als in Großbritannien. Auf einen Arzt kommen in Deutschland 217** Einwohner, im Vereinigten Königreich dagegen 277**. Pro 1.000 Einwohner stehen den Briten 3,3** Akutbetten zur Verfügung; in Deutschland liegt diese Zahl bei 8,3**.

Dennoch lag die durchschnittliche Lebenserwartung eines 2015 gebo-

renen Briten mit 81 Jahren** um immerhin fast vier Monate höher als in Deutschland (80,7 Jahre**). Klar: ein Kausalzusammenhang lässt sich nicht beweisen. Klar ist aber auch: großen Schaden nehmen die Briten durch ihr Gesundheitssystem offenbar nicht.

Allerdings hört man zunehmend häufiger von Fällen, in denen britische Staatsbürger Leistungen auf dem europäischen Festland in Anspruch nehmen. Denn die Wartezeiten auf nicht lebenswichtige Operationen können in Großbritannien aufgrund der viel geringeren Arzt- und Klinikdichte schon mal mehrere Monate lang sein. Nach einer Gesetzesänderung können sich Patienten, die länger als sechs Monate auf eine Behandlung warten müssen, nun in einer Privatklinik oder im Ausland behandeln lassen.

Beveridge statt Bismarck

Eine Krankenversicherungspflicht gibt es im Vereinigten Königreich nicht. Das britische Gesundheitssystem wird seit 1948 vom **NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS)** organisiert. Man zahlt weder Beiträge, noch ist man dort Mitglied. Vielmehr gewährt das System im Sinne einer staatlichen Gesundheitsversorgung jedem Bürger – unabhängig von seinem Geldbeutel – freien Zugang zur medizinischen Versorgung. Erstversorgung, hausärztliche Behandlung, Langzeitbehandlungen, einige augenärztliche Untersuchungen und Zahnbehandlungen sowie Notfallbehandlungen sind durch das NHS abgedeckt. Das NHS wird zu gut

*Angaben schwanken leicht je nach Quelle – in jedem Fall aber ist der Anteil in Deutschland deutlich höher.

**Angaben schwanken je nach Quelle.



80 % aus Steuermitteln finanziert. Der Rest des NHS-Budgets setzt sich zusammen aus privaten Krankenversicherungsbeiträgen, Zuzahlungen für Medikamente, Brillen oder Zahnersatz sowie IGeL-Zuzahlungen. Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren sowie Rentner und Personen mit einem geringen Einkommen sind von den Zuzahlungen bei Arzneimitteln befreit.

Das NHS stellt – ähnlich der sozialistischen Kernalistik – in sogenannten Fonds die Mittel zur Verfügung, um Bedarfe zu decken: Der Übergabefonds (commissioning trust) sorgt für die Bevölkerung, während der Anbieterfonds (provider trust) die Bedarfe der Leistungserbringer decken soll. Eine doppelte Buchführung findet nicht statt; die Allokation der Mittel folgt dem angemeldeten Bedarf.

Das NHS als größter ziviler Arbeitgeber Europas ist Dienstherr für über 90 Prozent der britischen Mediziner, sowohl der Haus- als auch der Krankenhausärzte, und stellt 95 Prozent der Krankenhausbetten.

Im Krankheitsfall gehen Patienten zunächst zu ihrem Hausarzt, den sie – allerdings nur innerhalb ihres Wohnbezirks – frei wählen können. Dieser **GENERAL PRACTITIONER** genannte Allgemeinmediziner übernimmt eine Schleusenfunktion und überweist im Bedarfsfall weiter an einen Facharzt. Allgemeinärzte und Zahnärzte arbeiten überwiegend in Gemeinschaftspraxen, während Fachärzte normalerweise in Krankenhäusern beschäftigt sind. Zwar dürfen in Kliniken angestellte Ärzte auch Privatpraxen betreiben. Die Kosten müssen dann jedoch vom Patienten selbst übernommen werden.

weiter geht's auf Seite 18 >>

BLICK ÜBER
DIE GRENZE

Wie funktionieren
Klinikfinanzierung und
Krankenhausvergütung
in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter
auf die Erfahrungen, die unsere
internationalen Kollegen mit dem
DRG-System gemacht haben.



Fünfzehn bis zwanzig** Prozent der Bevölkerung sind privat Zusatzversichert und sichern sich damit freie Arztwahl und Zusatzleistungen. Auch private Vollversicherungen sind möglich. Allerdings finanzieren die privat Versicherten über ihre Steuerzahlungen trotzdem das NHS mit und sind sozusagen doppelt versichert.

HRG statt DRG

Grundsätzlich steht die ärztliche Versorgung der Bevölkerung im Vereinigten Königreich unter der Verantwortung der Regionalregierungen. Für Schotten, Waliser und Nordiren haben deren Regierungen Blockverträge mit Krankenhäusern ausgehandelt, während England seit Mitte der Nullerjahre mit den HRG (Health Resource Groups) ein DRG-ähnliches System zur Krankenhausvergütung eingeführt hat. Erklärtes Ziel bei der Entwicklung der HRG war es, ein besseres System als die DRG zu schaffen. Der Hauptunterschied zum DRG-System liegt in der Verwendung der Hauptprozedur vor der Hauptdiagnose als primäres Gruppierungskriterium. Außerdem verfügen die HRG nicht nur über eine einzige CC-Liste, welche für alle Basis-DRGs gilt, sondern über je eine CC-Liste pro Hauptkategorie.

Die erste HRG-Version mit 522 Patientenkategorien stammt aus dem Jahr 1991. Eine grundlegende Erneuerung erfolgte 2007 mit HRG4. Es enthält 1.404 Patientenkategorien und drei Schweregrade.

Seit 2006 gilt für die Krankenhausvergütung das „Payment by results“-Programm, demzufolge das Geld den Patienten folgen soll. Die Regel sieht vor, dass die HRG gleichsam als Währung fungieren, mit der Leistungserbringer pro behandeltem Patient und unter Einbeziehung des individuellen Behandlungsbedarfs bezahlt werden. Kodiert wird anhand ICD-10 für Diagnosen und OPCS-4 für Prozeduren. Zusammen mit weiteren Informationen über die abgeschlossene Behandlung

(etwa Alter des Patienten und Verweildauer) wird diese Kodierung nach der Entlassung vom Krankenhaus an eine zentrale Datenbank übermittelt, deren Berichte als Vergütungsbasis für die regionalen Kostenträger dienen.

Effizienzanreize setzen

Dass im englischen System dieselben Fehlanreize beobachtet werden, wie wir sie aus dem DRG-System kennen, verwundert kaum:

- Quantität statt Qualität wird belohnt: „**PAYMENT BY RESULTS REWARDS VOLUME, NOT QUALITY.**“
- Die Zahl der blutigen Entlassungen steigt: „**QUICKER BUT SICKER**“, sagt man in England.

Während anfangs die mithilfe der zentralen Datenbank ermittelten Durchschnittskosten als Basis der Vergütung angesetzt wurden, hat man 2010-2011 sogenannte „best practice tariffs“ eingeführt, um Sparanreize zu setzen und die Effizienz zu steigern.

Für gewisse Aktivitäten und Kostenbestandteile wurden im überarbeiteten System HRG4 außerdem 160 „entbündelte“ HRGs geschaffen. Diese können einem Behandlungsfall zusätzlich zu den gewöhnlichen HRGs zugewiesen werden. Die „unbundled HRGs“ umfassen: Dialyse, Chemotherapie, Radiotherapie, interventionelle Radiologie, bildgebende Verfahren, Rehabilitation (tagesbezogene HRGs!), Palliativmedizin, Intensivpflege, teure Medikamente. Die Probleme und Lösungsansätze des HRG-Systems ähneln denen im DRG-System in mancher Hinsicht. Und dass bei allen Vorbehalten gegenüber einem staatlichen Gesundheitssystem wie dem NHS auch Großbritannien wertvolle Lösungsansätze für drängende gesundheitspolitische Probleme hervorbringt (siehe rechte Spalte), müssen wir anerkennen. Dies sollte uns vielleicht – Brexit hin oder her – dazu animieren, öfter mal einen Blick über den Tellerrand zu werfen.

NICE – nicht immer nur nett

Das „National Institute for Health and Care Excellence“ (abgekürzt NICE) entstand 1999 als Antwort auf die wiederkehrenden Klagen über die als „Postleitzahl-Lotterie“ apostrophierte Willkür, mit der regionale Behörden entscheiden durften, welche Behandlungen vom NHS bezahlt wurden und welche nicht. NICE stellt dem nun landesweit geltende Regeln gegenüber, denen sich die regionalen NHS-Behörden normalerweise unterwerfen.

NICE unterstützt das NHS auch bei langfristigen, strategischen Entscheidungen. Internationale Aufmerksamkeit findet der NICE-Ansatz zur Rationierung bzw. Priorisierung von Gesundheitsleistungen. Aus dem Versuch, ein geeignetes Bewertungssystem für deren Wirksamkeit zu entwickeln, entstand als Messinstrument der sogenannte QALY-Index (**QALY = QUALITY ADJUSTED LIFE YEARS**). Dieser soll die Dimension „Lebensqualität“ neben der rein biologischen Überlebenszeit in die Bewertung integrieren und stellt eine komplizierte Kosten-Nutzen-Rechnung dar.

Obgleich der QALY umstritten ist, so markiert er doch einen ersten Lösungsansatz für ein Problem, dem sich auch das deutsche Gesundheitssystem zukünftig stellen muss: die demographische Entwicklung im Zusammenspiel mit dem medizinisch-technischen Fortschritt macht immer mehr und immer aufwändigere Behandlungen möglich. Die verfügbaren Budgets steigen derweil nicht im selben Maß. Die Diskussion um die Priorisierung und Rationierung von Gesundheitsleistungen ist eine gesellschaftliche Aufgabe, bei deren Lösung Deutschland noch ganz am Anfang steht.

Was passiert nach Haiunfall, Schlangenbiss oder Skorpionstich?

Über die Krankenhausversorgung in Australien

Die deutschen DRG haben ihren Ursprung in Down Under: sie wurden in weiten Teilen auf der Basis der AN-DRG (Australian National Diagnosis Related Groups) entwickelt. Im Rahmen unserer Serie über die Krankenhausfinanzierung in anderen Ländern wagen wir deshalb nun - fünfzehn Jahre nach Einführung der G-DRG - einen Blick auf den fünften Kontinent und sein Gesundheitssystem.

Schlangenbiss, Känguru-Unfall oder Skorpionstich: aus mitteleuropäischer Sicht birgt das Leben in Australien durchaus eine Reihe ernsthafter Gesundheitsrisiken. Eine solidarische öffentliche Krankenversicherung gibt es in Australien dennoch erst seit 1984, dem Gründungsjahr von **Medicare**, das dem Gesundheitsministerium untersteht. Verantwortung und Budget teilt sich die Regierung mit den Bundesstaaten, wobei letztere vor allem für Organisation und Finanzierung der stationären Versorgung zuständig sind.

Im Vergleich zu deutschen Krankenversicherungen ist **Medicare** für die Versicherten sehr preiswert. Arbeitnehmer müssen je nach Einkommen nur 2% bis 3,5% **Medicare Levy** (Krankenversicherungsbeitrag) zahlen. Arbeitslose und Empfänger von Transferleistungen sind beitragsfrei versichert. **Medicare** übernimmt nicht die Kosten für z.B. Krankentransporte, Augen- und Zahnarzt oder für Hilfsmittel wie etwa Brillen.

Behandlungen bei zugelassenen Ärzten werden zu 85 % übernommen, bei nicht zugelassenen zu 75 %, wobei der Berechnung ein fester Gebührensatz zugrunde liegt. Für chronisch kranke Menschen existiert das sogenannte **Medicare Safety Net**. Damit wird der Eigenanteil (ambulant und stationär) ab einer bestimmten Grenze gedeckelt. Übrigens kann man sich als **Medicare**-Mitglied seinen Arzt oft nicht selber aussuchen. Verschreibungspflichtige Medikamente werden allerdings über das „**Pharmaceutical Benefits Scheme**“ staatlich subventioniert und sind daher relativ günstig. Staatliche Krankenhausbehandlungen sind zuzahlungsfrei, in privaten Kliniken sind 25% Eigenanteil zu zahlen. Für nicht lebensnotwendige Operationen muss man als **Medicare**-Patient aber oft lange Wartezeiten in Kauf nehmen. Patienten in ländlichen oder entlegenen Regionen werden von den Flying Doctors versorgt, welche im Auftrag des 1928 gegründeten **Royal Flying Doctor Service** unterwegs sind. Die Kosten dafür übernimmt ebenfalls **Medicare**.

Immer mehr Australier versichern sich inzwischen zusätzlich privat. Als Privatpatient genießt man freie Arztwahl und kann entscheiden, ob man in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus behandelt werden möchte. Das Solidarprinzip wird damit sukzessive demontiert. Die Folge ist eine schlechter werdende Versorgung, insbesondere für die unteren Einkommensschichten. Die eskalierenden Privatversicherungskosten werden zur immer größeren Belastung für Haushalte – selbst jene mit doppeltem Einkommen. Trotzdem steigen die Gesundheitskosten für die öffentliche Hand kontinuierlich.

Die australische Regierung versucht deshalb, ihren Einwohnern private Krankenversicherungen schmackhaft zu machen und bietet entsprechende Anreize. Personen mit privater Krankenversicherung erhalten z. B. einen

weiter geht's auf Seite 26 >>

BLICK ÜBER
DIE GRENZE

Wie funktionieren
Klinikfinanzierung und
Krankenhausvergütung
in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter
auf die Erfahrungen, die unsere
internationalen Kollegen mit dem
DRG-System gemacht haben.





Teil ihres **Medicare**-Beitrags zurück. Damit will die Regierung helfen, die Kosten der privaten Versicherung zu decken. Die Höhe der Rückvergütung richtet sich nach Einkommen, Alter und Anzahl der Kinder. Für Personen, die mehr als AU\$ 90.000 verdienen, ist es wegen des progressiven Beitragssatzes bei **Medicare** oft ohnehin günstiger, sich privat zu versichern.

Allerdings sind die Prämien für private Krankenversicherungen im vergangenen Jahrzehnt um fast 75 Prozent gestiegen. Mehr und mehr Verbraucher beschwerten sich über die höheren Kosten und unzureichenden Serviceleistungen der privaten Krankenversicherungen. Für ältere Personen ist ein Einstieg in die private Krankenversicherung aufgrund der Extraprämien für ein höheres Einstiegsalter oft unerschwinglich. Eine Alternative sind die sogenannten **Members Own Health Funds**. Dabei handelt es sich um gemeinnützige Organisationen, deren Gewinne den Mitgliedern in Form von Leistungen und niedrigeren Prämien zugutekommen.

DRG nur zur Dokumentation

Nur etwa ein Drittel der australischen Krankenhäuser befindet sich in öffentlicher Trägerschaft. Deren Finanzierung erfolgt auf dualer Basis: Dabei wird ein Teil der Kosten durch die australische Regierung (**Medicare** und Steuern) finanziert, der zweite Teil ist Sache der einzelnen Bundesstaaten. Um die

Verteilung der Budgets wird alljährlich heftig gestritten. Und ähnlich wie in Deutschland beanspruchen die Kosten für die stationäre Versorgung mit etwa 40% den Löwenanteil an den gesamten australischen Gesundheitsausgaben.

Ein einheitliches Abrechnungssystem für alle Bundesstaaten gibt es in Australien nicht. Bereits seit 1967 werden DRGs in Australien genutzt, allerdings nur zur Patientenklassifikation. Es ist heute Vorschrift, für jeden Krankenhauspatienten bei Entlassung eine Diagnose zu kodieren. Dabei ist das Kodieren übrigens grundsätzlich keine ärztliche Aufgabe, sondern wird von speziell geschulten Fachkräften übernommen. Die Vergütung stationärer Aufenthalte erfolgt hingegen in keinem der acht australischen Bundesstaaten ausschließlich über die Pauschalen, sondern zu großen Teilen noch über sogenannte „historische Budgets“. Dabei werden die Kosten des Vorjahres mit den erbrachten Leistungen verglichen, die Planung für das folgende Jahr eingebracht und dementsprechend ein Zuwachs des Budgets eingefordert.

So verwundert es nicht, dass Privatpatienten für die Krankenhäuser willkommene Einnahmequellen sind. Die Abrechnung mit der privaten Versicherung erfolgt nämlich völlig unabhängig von den Fallpauschalen und ist in weiten Teilen Verhandlungssache.

Unterschiede zu anderen DRG-Systemen

Trotzdem ist das australische DRG-System kontinuierlich weiterentwickelt worden. Das System der «Australian



Das AR-DRG-System weist eine Reihe von Besonderheiten auf:

- Zusätzlich zu den chirurgischen und medizinischen DRGs wurde im AR-DRG-System eine Unterteilung für die nicht-chirurgischen Prozeduren geschaffen.
- Jede Nebendiagnose wird nach ihrer Ressourcenintensität gewichtet (und nicht nur die schwerwiegendste wie bei den meisten anderen DRG-Systemen). Anhand einer Skala mit fünf Schweregrad-Stufen errechnet sich der Gesamtschweregrad PCCL, der die Schweregrad-Kategorie des Falls bestimmt. (Zur Bestimmung der CC-Stufe eines Behandlungsfalls wird das PCCL «Patient Clinical Complexity Level» aufgrund der CCL-Werte aller Diagnosen berechnet.)
- Nicht alle der 409 Basis-AR-DRGs sind nach Schweregrad-Kategorien unterteilt. Damit konnte die Anzahl Behandlungsfallgruppen mit insgesamt 661 AR-DRGs klein gehalten werden.

Refined Diagnosis Related Groups» (AR-DRG) entstand 1998 als Nachfolger des AN-DRG-Systems («Australian National Diagnosis Related Groups»). Mit diesem Schritt verselbständigte sich die bisher stark an den amerikanischen Vorbildern ausgerichtete DRG-Entwicklung in Australien.

Besondere DRGs für Schlangenbisse oder Haiunfälle existieren übrigens nicht. Ob wir Mitteleuropäer diese Risiken womöglich überschätzen?



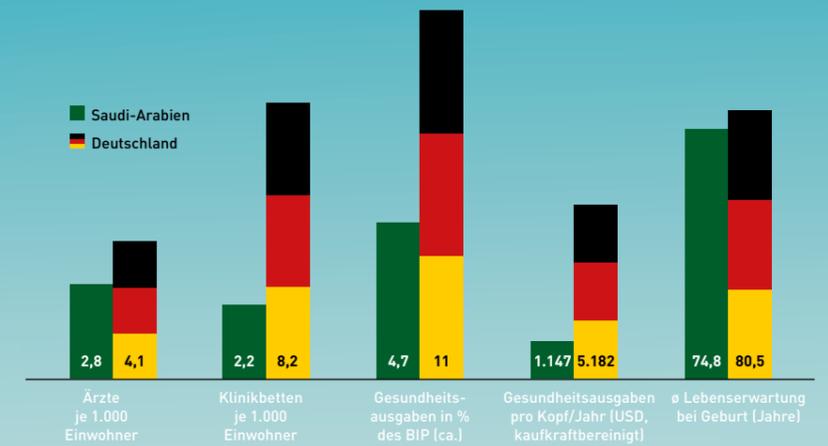
VON KAMELMILCH ZU KORTISON

Über die Gesundheitsversorgung in Saudi-Arabien

Medizintourismus aus Saudi-Arabien ist in Europa gang und gäbe. Hingegen wissen wir über das Gesundheitssystem in Saudi-Arabien so gut wie nichts. Dabei verfolgt das wohlhabende Wüsten-Königreich ambitionierte Ziele in Bezug auf die Versorgung und Gesundheit der Bevölkerung. Über deren Erfolge und Herausforderungen berichten wir im Rahmen unserer Serie.

Eine rapide Zunahme von Wohlstandserkrankungen, ein mangelhaftes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung, die Dominanz ausländischer Mitarbeiter und Technologien im Gesundheitssektor – all das kennzeichnet die Situation im saudischen Gesundheitswesen. Obwohl Saudi-Arabien bereits 1926 eine erste öffentliche Gesundheitsversorgung eingeführt hat und das Recht darauf sogar in der Verfassung verankert ist, kränkelt es in der größten Volkswirtschaft im arabischen Raum inzwischen erheblich.

Das Diagramm veranschaulicht die Situation anhand einiger Zahlen im Vergleich zu Deutschland:



Übrigens: Die Impfquote für sämtliche unter die StIKo-Empfehlung fallenden Infektionskrankheiten liegt in Saudi-Arabien bei über 98% - das ist erheblich höher als in Deutschland!

Zwischen Beveridge und Bismarck

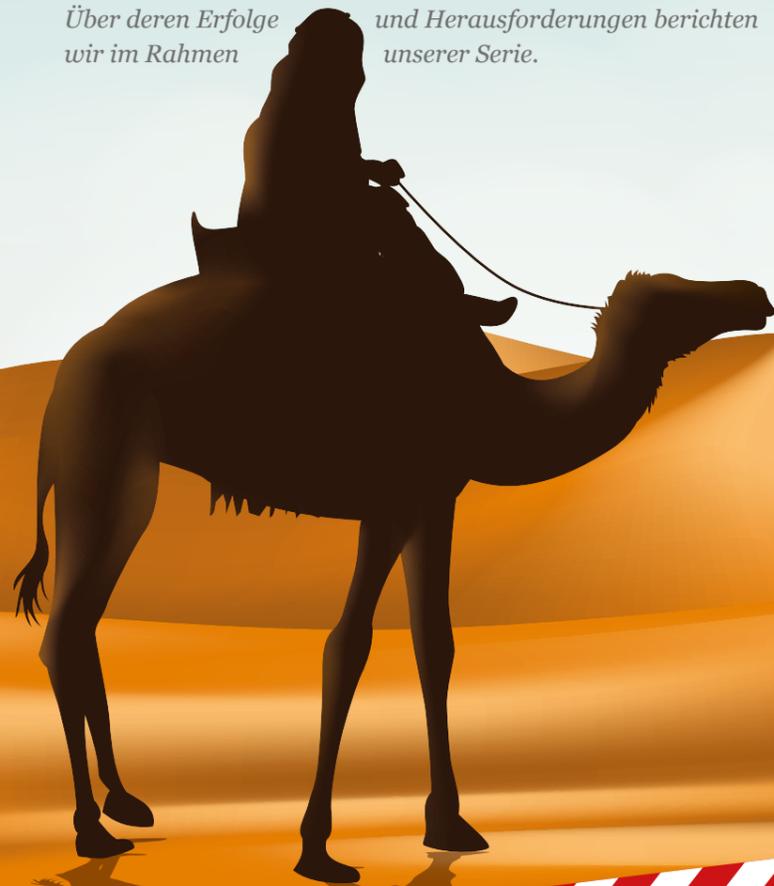
Das saudische Gesundheitssystem wurde in seiner jetzigen Form 2002 eingeführt und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. Es lässt sich als eine Mischung aus Beveridge (öffentliche

Bereitstellung), Bismarck (Finanzierung durch paritätische Beiträge) und Marktmodell charakterisieren.

Zwischen 2002 und 2005 erhielten alle Einwohner des Königreichs eine kostenfreie Gesundheitsversorgung. Seit 2005 müssen Arbeitgeber für in Saudi-Arabien arbeitende Ausländer eine Krankenversicherung mit gesetzlich vorgeschriebener Mindestdeckung abschließen. In den Folgejahren wurde die Versicherungspflicht auch auf

Saudis ausgedehnt, die im Privatsektor arbeiten. Hier zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer jetzt paritätisch insgesamt 18 % des Einkommens an GOSI (General Organization for Social Insurance) für Kranken-, Renten-, Unfall- sowie Arbeitslosenversicherung. Diese Verpflichtung wurde 2014 außer Kraft gesetzt. Ohnehin gehen aber nur etwa 30 % der Saudis einer Erwerbstätigkeit nach.

weiter geht's auf Seite 22 >>



BLICK ÜBER DIE GRENZE

Wie funktionieren Klinikfinanzierung und Krankenhausvergütung in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen, die unsere internationalen Kollegen mit dem DRG-System gemacht haben.





Die Gesundheitsversorgung besteht fast ausschließlich aus Kliniken. Eine flächendeckende ambulante Versorgung, wie wir sie kennen, existiert in Saudi-Arabien nicht. Zusätzlich zur öffentlichen, diversen Ministerien unterstellten, gibt es die private Gesundheitsversorgung. Die ist z.B. für Ausländer zuständig, aber auch für die Mitarbeiter von Privatunternehmen. Der private Sektor wächst kontinuierlich. Er wird zunehmend auch von Saudis genutzt, die eigentlich ein Recht auf die öffentliche Versorgung haben. Indem sie für ihre Versorgung selber aufkommen, genießen sie besseren Service, verkürzte Wartezeiten usw.

DRG in Saudi-Arabien

2016 hat der saudische Gesundheitsrat (Council of Health Services - CHS) eine Vereinbarung mit der australischen Regierung über die Nutzung des DRG-Systems sowie des ICD-10 in Saudi-Arabien unterzeichnet. Es wurde ein Saudi Clinical Coding Committee gegründet, das gemeinsam mit den australischen Autoritäten die Einführung koordiniert und die Systeme den saudischen Erfordernissen anpasst. Ziel ist die Nutzung der DRG zu Abrechnungszwecken.

National Transformation Program (NTP) 2020

„Vision 2030“ heißt das 2016 veröffentlichte Konzept für eine umfassende Wirtschaftsreform. Die Grundidee dahinter: Saudi-Arabiens Abhängigkeit vom Erdöl deutlich zu verringern. So soll der Anteil von Öl und Gas am Bruttoinlandsprodukt von heute 47 % auf 11 % im Jahr 2030 gesenkt werden.

Auch für das Gesundheitswesen sind eine Reihe von Zielen verankert:

- Erhöhung der Lebenserwartung auf 80 Jahre,
- Privatisierung der medizinischen Versorgung sowie Stärkung ausländischer Investitionen im saudischen Gesundheitswesen (Erhöhung des Privatan-

teils am Gesundheitssystem in den nächsten fünf Jahren von 25 auf 35 Prozent),

- Erhöhung des Anteils der saudischen Staatsbürger an den Beschäftigten im Gesundheitswesen, dazu Einführung neuer Ausbildungsstandards und Imageverbesserung für Pflegeberufe (gelten bisher als unrein, auch wegen Geschlechtertrennung für Frauen im heiratsfähigen Alter bisher wenig attraktiv)

- Aufbau einer eigenen Industrie für Medikamente und Medizintechnik, Verringerung der Importe
- Digitalisierung (elektronische Patientenakte für 70% der Bürger bis 2020, Ausbau telemedizinischer Dienste)
- Förderung des Sports als integralem Bestandteil des Lifestyle, Stopp der Zunahme an Zivilisationskrankheiten
- Verlagerung der Gesundheitsversorgung von der akuten und episodischen Versorgung hin zur Vorsorge



Herausforderung Hadsch

Aufgrund der großen Pilgerströme können in der Hadsch-Saison verstärkt Epidemien (Meningitis, Dengue-Fieber, Vogelgrippe) auftreten. Impfungen gegen Influenza oder den H1N1-Virus sind mittlerweile obligatorisch, um ein Visum zu erhalten, alle anderen Impfungen müssen auf dem neuesten Stand sein.

Der Umgang mit einer derart diversifizierten Menge an möglichen „Patienten“ (die übrigens grundsätzlich kostenlos behandelt werden) zwang die saudische Regierung dazu, die Infrastruktur in den beiden heiligen Stätten Mekka und Medina massiv auszubauen, um auf diese Herausforderungen und den jährlich steigenden Pilgerstrom reagieren zu können. So wurden sieben Krankenhäuser und 74 Gesundheitszentren mit insgesamt 10.000 Spezialisten errichtet und mit moderner Notfallversorgung ausgestattet. Zusätzlich haben sich in den letzten Jahren die Hygienebedingungen, die Abwasser- und Trinkwasserversorgung verbessert.



Adipositas als nationales Problem

„The Lancet“ bezeichnet Saudi-Arabien als das dritt-fettleibigste Land der Welt: mehr als 80 Prozent der Saudis sind demnach stark übergewichtig. Ein bewegungsarmer und gleichzeitig überernährter Lifestyle ist eher die Regel als die Ausnahme. Die Folge: eine der weltweit höchsten Raten an Diabetes Typ II. Prognosen gehen davon aus, dass bis 2025 ca. 13% der Gesundheitsausgaben für Diabetes aufgewandt werden.

Während früher die Gesundheitsversorgung durch die Familie übernommen, Kamelmilch als Medizin benutzt wurde und fettarme Nahrung wie Datteln oder Wasser eine kalorienarme Lebensweise bedingten, spielen heute diese Traditionen kaum noch eine Rolle. Der Anstieg des Lebensstandards verdrängte so zunehmend traditionelle Arznei und Heilkunde und führt zu einer besorgniserregenden Zunahme an Zivilisationskrankheiten.



Getrennte Geschlechter

In keinem anderen Land ist die Geschlechtertrennung so rigoros wie in Saudi-Arabien. Die Behandlung einer kranken Frau durch männliche Sanitäter wird auch in dringlichen Notfällen mitunter durch das langwierige Verschleiern der Frau verzögert. In streng religiösen Kliniken kann es passieren, dass vor einem Eingriff die Einwilligung des männlichen Vormunds abgewartet wird - des Ehemanns, Vaters, Bruders oder, falls es keine männliche Verwandten gibt, des Gouverneurs. Patientinnen werden grundsätzlich überwiegend von Ärztinnen behandelt. Zum Missfallen sehr konservativer Familien werden Frauen mit seltenen oder komplizierten Erkrankungen durchaus von Männern behandelt.

Kein KAIZEN im Krankenhaus

In unserer Serie berichten wir diesmal über die Gesundheitsversorgung im Land der aufgehenden Sonne.

Über viele Jahre hielt sich das Gerücht, in Japan gebe es eine extrem hohe Zahl hochbetagter Menschen. Dies hat sich mittlerweile als Rentenbetrug herausgestellt: Viele der angeblich über Hundertjährigen lebten nur noch auf dem Papier, Hinterbliebene haben jahrelang ihre Rente kassiert. Die Statistik musste deshalb gründlich bereinigt werden. Dennoch haben heute geborene japanische Babys die höchste durchschnittliche Lebenserwartung weltweit: 2017 geborene japanische Mädchen werden im Schnitt 87,1 Jahre alt, Jungen immerhin noch 81 Jahre. Das erstaunliche Durchschnittsalter der knapp 127 Millionen Japaner hängt allerdings nicht nur mit der hohen Lebenserwartung, sondern auch mit der extrem niedrigen Geburtenrate zusammen. Ein Indikator für eine besonders gute Gesundheit ist es jedenfalls nicht. Subjektiv beurteilen nur 35,5 % der Japaner ihren eigenen Gesundheitszustand als gut. Im OECD-Durchschnitt sind es mit 69,1 % fast doppelt so viele.



Grundsätzlich herrscht in Japan seit 1961 eine Krankenversicherungspflicht für alle Einwohner. Das japanische Gesundheitssystem wurde um 1900 am Beispiel Deutschlands aufgebaut. So ähnelt es denn auch in mancher Hinsicht dem deutschen: Der Markt teilt sich auf in die Nationale Krankenversicherung, staatliche und private Betriebskrankenkassen, gemeinnützige Krankenkassen und private Versicherer. Familienangehörige werden beitragsfrei mitversichert. Auch ein Risikostrukturausgleich findet statt.

Versicherungspflicht und Versorgung

Und wie steht es objektiv um die Gesundheitsversorgung? Dazu zunächst ein paar Vergleichszahlen: Die Krankenhausdichte liegt im japanischen Durchschnitt bei 6,7 Krankenhäusern pro 100.000 Einwohner, schwankt aber je nach Präfektur zwischen 3,8 und maximal 17,7. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP wird je nach Quelle mit 9,4 bis 10,2 Prozent angegeben. In jedem Fall dürfte er in den nächsten Jahren stark steigen. Mehr als ein Viertel der 127 Millionen Einwohner ist derzeit älter als 65 Jahre, Tendenz steigend. Seit 2008 existiert für die über 75-Jährigen sogar ein eigenes

Versorgungssystem. Zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung trägt der japanische Staat die Hälfte der jährlichen Gesamtkosten dieses Programms in Höhe von rund 110 Mrd. €. Mit der steigenden Mitgliederzahl dieser Seniorenkrankenkasse erhöhen sich auch die Kosten. Japan sieht sich also mit ähnlichen Problemen konfrontiert wie andere Volkswirtschaften angesichts der Bevölkerungspyramide. Zur Finanzierung des kontinuierlich steigenden Bedarfs staatlicher Zuschüsse zur Sozialversicherung wurde der Mehrwertsteuersatz 2014 um drei und 2017 erneut um zwei Prozentpunkte erhöht. (Allerdings beträgt er trotzdem jetzt nur 8 Prozent!)

Das japanische Gesundheitswesen finanziert sich zu etwa 50 Prozent aus den Versicherungsbeiträgen. Gut ein Drittel des Etats (nach anderen Angaben 38 Prozent) ist steuerfinanziert, knapp 15 Prozent betragen im Schnitt die Zuzahlungen der Versicherten zu den in Anspruch genommenen Leistungen. Dafür sind die Beiträge allerdings auch deutlich niedriger als in Deutschland. Sie liegen je nach Kassenart zwischen fünf und zehn Prozent des Einkommens, wobei der Arbeitgeberanteil ähnlich wie bei uns je nach Kassenart etwa die Hälfte beträgt.

Versorgungsindikatoren im Vergleich

		
Anzahl Krankenhausbetten/1.000 Einwohner	8,3	13,4
Anzahl Ärzte/1.000 Einwohner	4,0	2,3
Anzahl Pflegepersonen/1.000 Einwohner	11,3	10,5
Ø Verweildauer im Krankenhaus (nur Akutbetten) in Tagen	7,3	18,2

[Vgl. http://www.neubiberger-krankenhausforum.de/24__Neubiberger_Krankenhausfor/Hirotaaka-Furukawa.pdf]

Eine Kassenwahlmöglichkeit existiert für die japanische Bevölkerung nicht. Die Zuständigkeit richtet sich in erster Linie nach dem Beschäftigungsverhältnis und in zweiter Linie nach dem Wohnort. Als dritte Säule der japanischen Krankenversicherung gelten die Kassen für Ältere.

BLICK ÜBER
DIE GRENZE

Wie funktionieren
Klinikfinanzierung und
Krankenhausvergütung
in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen, die unsere internationalen Kollegen mit dem DRG-System gemacht haben.

weiter geht's auf Seite 20 >>

Die Versicherten können das Sozialversicherungssystem nicht verlassen, um sich privat zu versichern und so gegenüber Leistungserbringern einen „Sonderstatus“ zu erreichen. Auch die einheitliche Vergütungsordnung bietet keinen Anreiz für Leistungserbringer, bestimmte Versicherte bevorzugt zu behandeln.

Community Health Centers und Public Health Centers stellen in Japan die ambulante Versorgung sicher. Im stationären Bereich wird zwischen Kliniken (< 20 Betten) und Krankenhäusern (≥ 20 Betten) unterschieden.

Jeder Japaner kann sich grundsätzlich auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung in allen medizinischen Einrichtungen, Krankenhäusern und Arztpraxen behandeln lassen. Sowohl Krankenhäuser als auch Arztpraxen bieten ambulante und stationäre Leistungen an. Größere Arztpraxen oder medizinische Versorgungszentren verfügen über Akutbetten, in denen Patienten in der Regel bis zu 48 Stunden stationär versorgt werden. Aufwändigere Behandlungen sind dagegen nur in Krankenhäusern möglich. Die japanischen Krankenhäuser bieten oft neben der Akutversorgung noch weitere Leistungen an, hauptsächlich im Bereich der Langzeitpflege chronisch kranker und pflegebedürftiger Patienten.

Vergütung und Prüfung

Die einheitliche Vergütungsordnung für Gesundheitsleistungen stellt gleichzei-

tig eine Positivliste dar und regelt auch die Voraussetzungen, unter denen einzelne Leistungen abgerechnet werden dürfen. Um die Ausgabenentwicklung im Griff zu behalten, wird sie alle zwei Jahre unter Federführung des Gesundheitsministeriums aktualisiert.

Für den stationären Bereich wurde Ende der 90er Jahre die Einführung eines DRG-Systems zur Leistungsvergütung geprüft, aber aus Sorge vor einer Rationierung ärztlicher Leistungen verworfen. Stattdessen hat man ab 2003 ein Mischsystem aus Pauschal- und Einzelvergütung unter der Bezeichnung DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per Diem Payment System) eingeführt. Das System ist für Kliniken und Krankenhäuser nicht verpflichtend und auch nicht durchgängig eingeführt. Von insgesamt 7.587 Allgemeinkrankenhäusern hatten im Jahr 2012 nur 1.505 das DPC/PDPS eingeführt, damit allerdings über die Hälfte der Gesamtbettenzahl in Allgemeinkrankenhäusern abgebildet. Insbesondere größere Krankenhäuser nutzen das DPC/PDPS-System, während kleine Krankenhäuser zum großen Teil weiterhin nur Einzelleistungen abrechnen.

Die Vergütung eines Behandlungsfalls setzt sich in diesem System aus zwei Komponenten zusammen: Tagespauschale und Einzelleistungsvergütungen. Zur Ermittlung der Tagespauschale wird jedem Behandlungsfall ein DPC-Code zugewiesen. Der vierzehnstellige Code

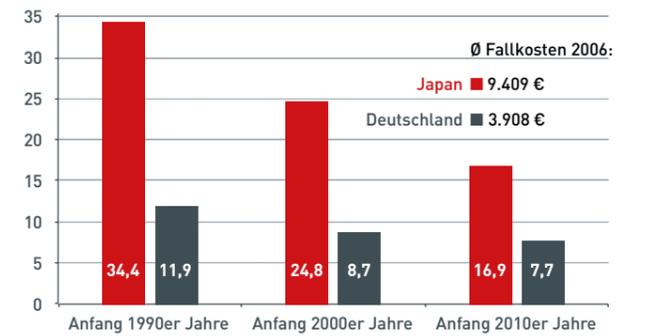
gibt Auskunft über Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren sowie zusätzliche Faktoren (z. B. Komorbiditäten und Komplikationen). 2012 bestanden insgesamt 2.927 DPC-Kodierungsmöglichkeiten, wovon 2.241 für Abrechnungszwecke eingesetzt wurden.

Die Vergütung erfolgt durch Prüfungs- und Zahlungsfonds, denen die Leistungserbringer monatlich ihre Forderungen zukommen lassen. Diese Organisationen sind auch zuständig

für die Prüfung der erbrachten Leistungen auf Angemessenheit und die Einhaltung der in der Vergütungsordnung festgelegten Abrechnungsvoraussetzungen. Zusätzlich zu den Prüfungen auf der Ebene der Präfekturen werden bei Abrechnungen, die festgesetzte Schwellenwerte überschreiten, Prüfungskommissionen auf nationaler Ebene eingeschaltet. Auch die Krankenkassen können zusätzliche Prüfungen veranlassen.



Durchschnittliche Krankenhaus-Verweildauer (in Tagen) und stationäre Fallkosten (kaufkraftbereinigt) im Vergleich



Kostenentwicklung und Ausblick

Die durchschnittlichen stationären Fallkosten sind in Japan erheblich höher als in Deutschland. Obgleich sich die Verweildauer in den letzten Jahrzehnten mehr als halbiert hat, ist sie noch doppelt so lang wie in deutschen Krankenhäusern und dürfte einer der Hauptgründe für die hohen Fallkosten sein. Dazu kommen ineffiziente Strukturen und hohe Überkapazitäten. Abhilfe könnte eine konsequente Umstellung der Vergütung auf ein Fallpauschalensystem bieten, indem es Anreize zur Effizienzsteigerung setzt.

Das 2015 erlassene „Gesetz zur Sicherung umfassender Verbesserungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung“ hat zur Gründung eines Strukturfonds mit einem jährlichen

Budget von rund 1,2 Mrd. € geführt. Mit einem Zeithorizont von zehn Jahren sollen die Präfekturen diese Mittel nutzen, um die Strukturen der stationären Versorgung den Erfordernissen der Zukunft anzupassen. Dies bedeutet de facto einen Kapazitätsabbau im stationären Bereich durch einen Wandel von einem krankenzentrierten zu einem hausärzterorientierten Versorgungssystem mit integrierter Versorgung. Zudem wird auch eine Angleichung der regional sehr heterogenen Versorgungsstrukturen angestrebt. Klar definierte, einheitliche Ziele und Kriterien zur Umsetzung existieren allerdings nicht. Das Kaizen-Prinzip, mit dem die japanische Industrie Standards für eine effektive Qualitätspolitik gesetzt hat, ist in japanischen Krankenhäusern also noch nicht angekommen.

Metabos, bei denen auch das nicht hilft, müssen nach weiteren sechs Monaten an einer Umerziehung teilnehmen.

Besonders perfide: Auch Arbeitgeber werden zur Kasse gebeten, wenn ihre Belegschaft zu dick ist. Sie müssen in diesem Fall höhere Beiträge zur Nationalen Krankenversicherung zahlen. Ob dieses Vorgehen für das Betriebsklima förderlich ist, sei dahingestellt. Die BGM-Branche boomt in Japan jedenfalls seit Einführung des Programms.

Eine für europäische Vorstellungen ungewöhnliche Maßnahme wurde in Japan schon vor über zehn Jahren eingeführt: Unternehmen und Behörden müssen bei ihren Beschäftigten regelmäßig das Maßband anlegen. Mit 85 cm für Männer und 90 cm für Frauen ist die Grenze für den Taillenumfang, über der man als übergewichtig gilt, laut Meinung vieler sehr knapp bemessen.

„Metabos“ nennen die Japaner die so identifizierten Übergewichtigen, denn die Maßnahme war eigentlich zur Eindämmung des metabolischen Syndroms gedacht.

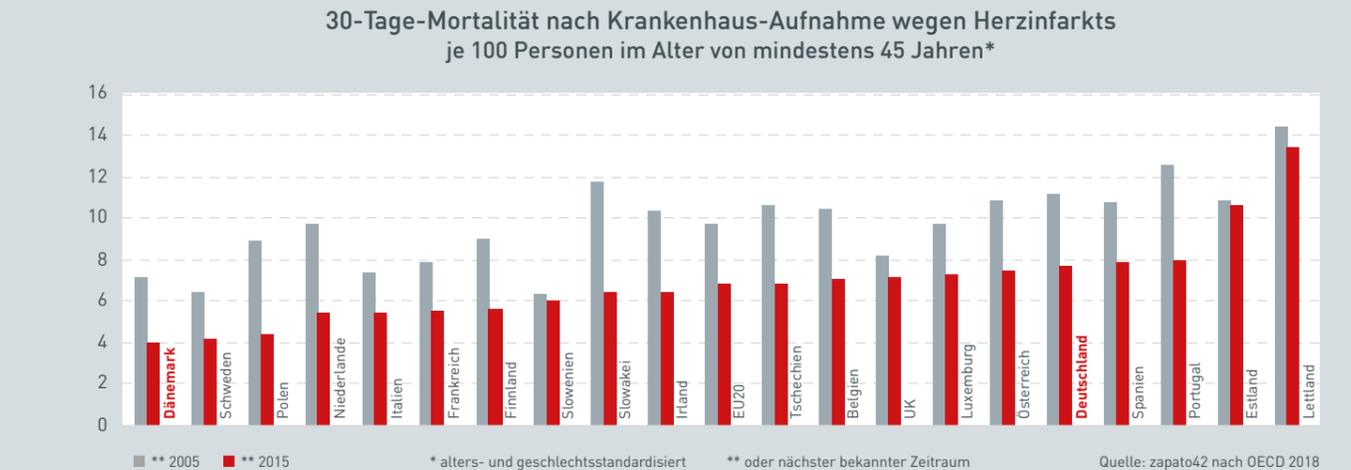
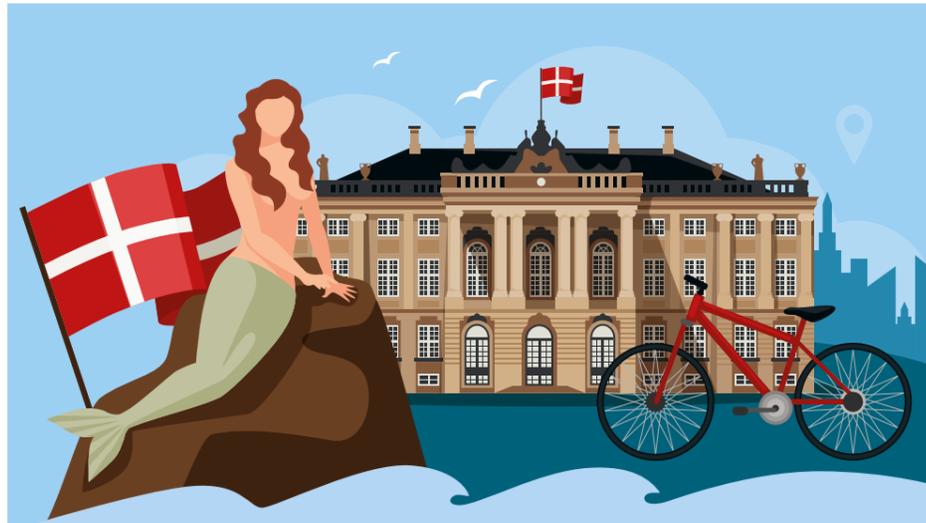
Alle Japaner zwischen 40 und 74 Jahren werden von diesem Vorsorgeprogramm erfasst. Japaner, bei denen das Maßband spannt, bekommen ein Diät- und Sportprogramm aufgebremmt.



„FAT TAX“ für Dicke

VON DÄNEN LERNEN

In unserer Serie über die Krankenhausversorgung in anderen Ländern berichten wir diesmal über das dänische System, das mit Effizienz und Effektivität punktet und vielleicht als Vorbild für Deutschland dienen kann.



Fritz Müller, 62, lebt in einer norddeutschen Kleinstadt und wacht eines Freitagnachts mit starkem Brustschmerz, der in den linken Arm ausstrahlt, auf. Seine Frau deutet die Symptome richtig und wählt 112. Fritz Müller hat Glück: schon nach 12 Minuten ist der Rettungswagen da und fährt ihn ins nächste Krankenhaus. Seine Frau setzt sich in ihr Auto und fährt hinterher. Der Weg ist ihr vertraut, das Krankenhaus ist nur wenige Kilometer entfernt. Unterwegs schreibt der Notarzt ein EKG. Der Verdacht auf einen Herzinfarkt bestätigt sich.

So weit, so gut und uns allen bekannt. Das Problem beginnt tatsächlich erst, als Fritz Müller im Krankenhaus ankommt. Der einzige diensthabende Arzt ist Unfallchirurg, er steht gerade im OP und versorgt ein Unfallopfer. Die kardiologische Abteilung hat nachts nur

eine Notbesetzung, eine Schwester und ein Pfleger schauen nach den Patienten. Die Kardiologin wird am Samstag um 8 Uhr zum Dienst erwartet. Ultraschall, Herzkatheter, Notfallmedikation? – Fehlanzeige. Der Notarzt entscheidet: Fritz Müller wird mit dem Rettungswagen in die nächste Kreisstadt gefahren, etwa 20 km entfernt. Dort kann er umgehend adäquat behandelt werden, und nach zwei Wochen wird er in die Reha entlassen.

Das Problem: Der Umweg über das „heimische“ Krankenhaus hat Fritz Müller 23 Minuten gekostet – 23 wertvolle Minuten, in denen er nicht adäquat behandelt werden konnte. Fritz Müller hat Glück gehabt. Viele andere Patientinnen und Patienten kostet dieser Umweg das Leben.

400 Kilometer nordöstlich

Ortswechsel: In derselben Freitagnacht auf der dänischen Insel Langeland. Magnus Frederiksen, ebenfalls 62 Jahre alt, erwacht mit ähnlichen Symptomen. Auch seine Frau ruft den Rettungsdienst. Der Rettungswagen ist nach 8 Minuten da. Auch Magnus Frederiksens Frau fährt dem Notarztwagen hinterher. Der Weg in das nächste Krankenhaus ist allerdings weiter, er dauert 35 Minuten. Unterwegs wird ebenfalls auf Basis des EKG ein Infarkt diagnostiziert. Die Rettungssanitäter können die Krankenakte des Patienten bereits von unterwegs einsehen und melden Magnus Frederiksen direkt in dem Krankenhaus an, das sie ansteuern. Als der Rettungswagen mit ihm um 2.30 Uhr

dort eintrifft, wird er von der diensthabenden Ärztin namentlich begrüßt. Sie weiß auch bereits, dass er Diabetiker ist und regelmäßig einen Blutdrucksenker einnimmt. Magnus Frederiksen wird direkt in den bereits vorbereiteten OP geschoben und behandelt. Nach sieben Tagen wird er nach Hause und in die ambulante Rehabilitation entlassen.

In unserem Beispiel haben beide Patienten überlebt – wie übrigens über 90 Prozent der Herzinfarkt-Patienten sowohl in Dänemark als auch in Deutschland. Denn natürlich – das wollen wir nicht vergessen – leben wir alle in Nordeuropa unter Bedingungen, von denen der größte Teil der Welt nur träumen kann.

Die Grafik zeigt aber auch: die Unterschiede zwischen Dänemark und Deutschland sind erheblich.

Wir stehen in Bezug auf die Überlebensrate nach Herzinfarkt heute da, wo Dänemark vor 10 Jahren stand. Laut Professor Reinhard Busse von der TU Berlin sprechen wir bei der Differenz zwischen der Mortalität von 4 Prozent in Dänemark und 7,7 Prozent in Deutschland von etwa 7.000 Toten im Jahr! Auch die Überlebensrate nach Schlaganfällen ist in Dänemark höher als in Deutschland.

>> Fortsetzung auf Seite 16

BLICK ÜBER
DIE GRENZE

Wie funktionieren
Krankenhaussysteme
und ihre Finanzierung
in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen, die unsere internationalen Kollegen gemacht haben.





Quelle: Lewis Tee Pui Lung / Shutterstock.com

Und was noch frappanter ist: Das dänische Krankenhaussystem ist nicht nur effektiver (= bessere Versorgung, weniger Tote), sondern zugleich effizienter (= bessere Versorgung bei geringeren Kosten je Einwohner)!

Argumentationshilfe in Zahlen

Natürlich lässt sich das dänische System nicht 1:1 auf Deutschland übertragen. Die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen sind unterschiedlich, geografisch ebenso wie wirtschaftlich und strukturell. Unverzeihlich ist aber, wenn wir das dänische gute Beispiel nicht zumindest als Denkanstoß nutzen. Dazu ein paar nüchterne Zahlen:

- Dänemark hat derzeit ein Krankenhaus pro 250.000 Einwohner(innen); angestrebt wird 1/270.000. Das entspricht in Deutschland 328 bzw. 304 Krankenhäusern statt wie bisher etwa 1.400. Wir müssten also drei von vier Krankenhausstandorten aufgeben.

- Aber: in jedem dieser Häuser wären 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin bzw. Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie bzw. Intensivmedizin im Einsatz. Natürlich mit allen bildgebenden Verfahren auf dem neusten Stand der Technik.
- Die Zahl der Krankenhausbetten würde sich signifikant verringern,
- aber um jede(n) Patient(in) würden sich statistisch deutlich mehr Pflegenden kümmern.
- Bei ca. 600 Patient(inn)en, die täglich wegen Herzinfarkts ins Krankenhaus aufgenommen werden, behandelt derzeit ein Krankenhaus durchschnittlich 0,4 Herzinfarktpatient(inn)en pro Tag und somit 146 pro Jahr.

- Hätten wir 304 statt 1.400 Krankenhäusern, würde jedes dieser Häuser durchschnittlich täglich fast zwei Infarktpatient(inn)en behandeln, jährlich also 730. Klar, dass sich die Anschaffung teurer Technik und die Anstellung von Spezialistinnen und Spezialisten für höhere Behandlungszahlen eher lohnt! Außerdem: Die zusätzliche Erfahrung erhöht natürlich die Behandlungsqualität und somit, wie oben sichtbar, den Behandlungserfolg.
- Der dänische Strukturwandel hat etwa 1.000 Euro je Einwohner(in) gekostet.

Deshalb:
Bleiben wir im Gespräch, und suchen wir nach für Deutschland passenden Lösungen!

wichtiger Akteure des dänischen Gesundheitswesens unterstützt. Dazu zählen verschiedene dänische Ministerien sowie eine Reihe großer Unternehmen. Ihre Majestät, Kronprinzessin Mary von Dänemark, ist Schirmherrin von Healthcare DENMARK.

Healthcare DENMARK hat ein nationales und politisches Mandat, die Exzellenz des dänischen Gesundheitswesens zu repräsentieren. Diese Initiative wird in Form einer öffentlich-privaten Partnerschaft (PPP) von einer Reihe



Quelle: REUTERS / POOL stock.adobe.com



Kurzinterview mit HANS ERIK HENRIKSEN, CEO von Healthcare DENMARK, zum dänischen Strukturwandel in der Krankenhaushandschaft

Interview sowie Übersetzung aus dem Englischen: Claudia Schuh



>> Wenn Deutschland eine große Veränderung seines Krankenhausystems planen würde, vergleichbar mit der, die in den letzten 10 Jahren in Dänemark passiert ist: Was wären dann, Ihrer Meinung nach, die wichtigsten Voraussetzungen für einen erfolgreichen Wandel?

Gesundheitssystem ist das eine umfangreiche Investition. Da schon der bisher angestoßene Prozess die Produktivität unserer Krankenhäuser um 30 % (verglichen mit 2003) gesteigert hat, sind wir überzeugt, dass dies eine vernünftige Investition in ein solides Geschäftsmodell ist.

>> Welches sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Erfolgsfaktoren des dänischen Wandels?

Der Schlüssel, um den Wandel voranzutreiben und neue Krankenhausstrukturen zu etablieren, war eine grundlegende Gebietsreform im Jahr 2007, in deren Folge auch das dänische Gesundheitssystem modernisiert wurde. Die Zahl der öffentlichen Krankenhaus-Träger wurde reduziert: die der Regionen von 14 auf 5, die der Kommunen von 271 auf 98. Zur selben Zeit haben wir ein Gremium eingesetzt, das den Plan für unsere neue Krankenhaushandschaft (einschließlich der 16 neuen Häuser) entwickelt hat. Und die Kommunen wurden aufgefordert, eine neue Rolle in der Gesundheitsversorgung zu übernehmen: sie sind nun verantwortlich für Rehabilitation, Prophylaxe und Bevölkerungsmedizin sowie für eine gestärkte (ambulante) Grundversorgung.

Für das deutsche Gesundheitssystem ist es wichtig anzuerkennen, dass eine Veränderung der stationären Versorgungsstrukturen größere Investitionen bedeutet. Das gilt zum einen für den Bau neuer Krankenhäuser und die Finanzierung der Veränderungen im bestehenden System. Zum anderen müssen auch finanzielle Anreize für die Veränderungen geschaffen werden. Da es in Deutschland viele unterschiedliche Krankenhausträger gibt (unabhängige, öffentliche, private und auch NGO), wird viel Geld benötigt, damit die Krankenhausbetreiber in neue Strukturen investieren können, ohne in der Übergangszeit Geld zu verlieren.

>> In welchen Punkten könnte Deutschland vom dänischen Vorbild lernen, so dass hier die Fehler, die Dänemark möglicherweise gemacht hat, vermieden werden können?

Es ist wichtig, den Wandel richtig auszubalancieren. In Dänemark hatten wir geplant, die Krankenhausstrukturen zu verändern, so dass wir weniger, aber dabei höher spezialisierte Häuser haben. Dies sollte mit einer Stärkung der (ambulanten) Grundversorgung unter Federführung der Kommunen einhergehen. Allerdings ging der Wandel in den Krankenhausstrukturen schneller als der Aufbau neuer kommunaler Dienste. Dadurch hatten wir phasenweise in manchen Krankenhäusern eine Überbelegung der stationären Kapazitäten zu beklagen.

Dänemark investiert 5 Mrd. Euro in die 16 hochspezialisierten Krankenhäuser. Angesichts der Größe des dänischen





VON KIMCHI & TAEKWONDO

Gangnam Style in der Musik, Bibimbap und Kimchi auf dem Teller, Schneckensekret als Gesichtsmaske und Taekwondo im Fitnessstudio:

„Hallyu“, die sogenannte koreanische Welle, ist seit Beginn des Jahrtausends definitiv in Europa angekommen.

2020

... nun schaut die Welt voller Bewunderung auf ein Land, das dank eines gut vorbereiteten Pandemieplans und seiner konsequenten Umsetzung schnell und fast geräuschlos die COVID-19-Pandemie in den Griff bekommen hat. Anlass für die dialoQ Redaktion, Südkorea und sein Gesundheitssystem im Rahmen unserer Serie genauer in den Blick zu nehmen.

Sozialversicherung nach deutschem Vorbild

Das Sozialversicherungssystem in Südkorea wurde ab 1964 sukzessive nach deutschem Vorbild entwickelt. Der Abschluss einer Krankenversicherung ist seit 1989 für alle Einwohner des Landes obligatorisch. Tatsächlich sind über 99 % der Einwohner Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Übersicht rechts zeigt die Versicherungszweige und die entsprechenden Beiträge im Vergleich zum deutschen System.

Ähnliches System – andere Kultur

Deutlich geringere Sozialversicherungsbeiträge im Vergleich zu Deutschland bei gleichzeitig höherer Lebenserwartung? Mehr Krankenhausbetten bei geringeren Gesundheitsausgaben? Da muss die Frage erlaubt sein, was Korea besser macht als wir!

Auch in Korea steigt die Lebenserwartung und mit ihr die Kosten der Versichertenversorgung. Auch in Korea

Sozialversicherung in Korea und Deutschland im Vergleich

Versicherung (Gründungsjahr Korea)	Korea Beitrag Arbeitnehmer	Korea Beitrag Arbeitgeber	Korea Gesamtbeitrag	Deutschland Gesamtbeitrag
Unfallversicherung (1964) ¹⁾	-	1,56 %	1,56 %	1,3 %
Krankenversicherung (1977, Pflicht 1989)	3,335 %	3,335 %	6,7 %	14,6 %
Rentenversicherung (1988)	4,5 %	4,5 %	9,0 %	18,6 %
KR: Beschäftigungs- und Fortbildungs-vers. ²⁾ / DE: Insolvenzgeldumlage ⁴⁾		0,25 – 0,85%	0,25 – 0,85%	0,06 %
Pflegeversicherung (2008)	0,34 % ⁵⁾	0,34 % ⁵⁾	0,68 %	3,05 – 3,3 % ²⁾
Arbeitslosenversicherung (1995)	0,8 %	0,8 %	1,6 %	2,4 %
Gesamt			19,76 – 20,36 %	40,01 – 40,26 %

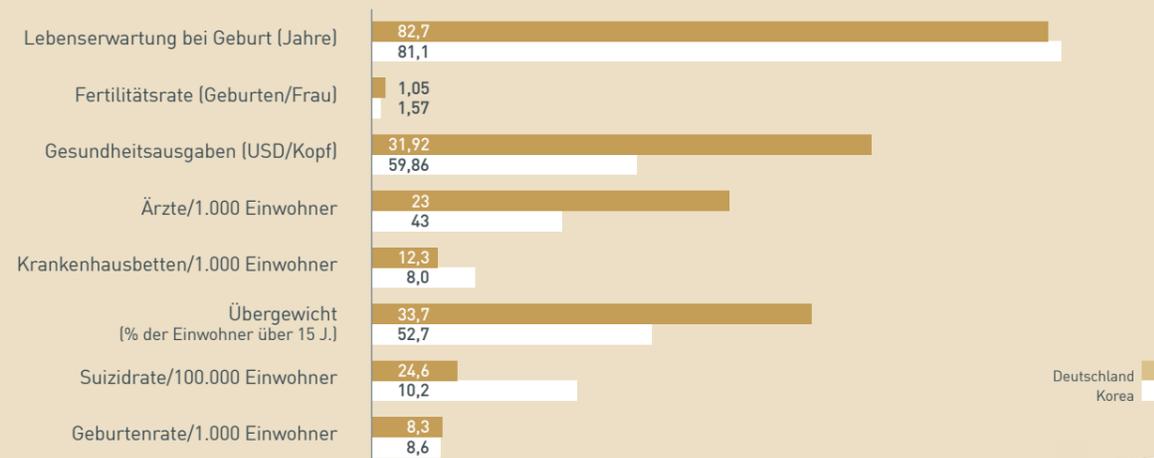
¹⁾ Durchschnitt: Rate ist branchenabhängig
²⁾ mit oder ohne Kinder | ³⁾ betriebsgrößenabhängig
⁴⁾ nur vom Arbeitgeber zu zahlen | ⁵⁾ 10,25 % der Krankenversicherung

Quellen: Germany Trade and Invest, Statista / Zusammenstellung: zapato42

über ein Drittel der Gesundheitskosten selbst. Ähnlich wie in Deutschland gibt es private Krankenzusatzversicherungen, die nicht erstattungsfähige Kosten absichern. Die von Staatspräsident Moon Jae-In 2018 durchgesetzte Reform namens „Moon Care“ hat unter anderem zum Ziel, den Privatanteil an den Gesundheitskosten deutlich zu senken.

Außerdem gibt es für koreanische Arbeitnehmer*innen nur in begründeten Ausnahmefällen (Arbeitsunfall, arbeitsbedingte Erkrankung oder angeordnete Infektionsschutzmaßnahme) die Möglichkeit, im Krankheitsfall bei vollem Gehalt zu Hause zu bleiben. Lohnfortzahlung ist eine freiwillige Leistung der Arbeitgeber*innen. Üblich ist sie nicht,

>> Fortsetzung auf Seite 10



Quellen: Germany Trade and Invest, Statista
Zusammenstellung: zapato42

praktiziert die überwiegende Mehrheit der Mediziner in den Großstädten, und auf dem Land mangelt es an Ärzten, genau wie bei uns. Prinzipiell existieren, wie in Deutschland, die freie Arzt- und Krankenhauswahl und ein Hausarztssystem mit Überweisungen für Spezialbehandlungen.

Weshalb die Beiträge so vergleichsweise niedrig sind? - In Korea müssen Patienten je nach Art der Leistung zwischen 20 und 50 % zuzahlen, auch für Medikamente und Krankenhausaufenthalte. Tatsächlich tragen sie bzw. ihre Familien

BLICK ÜBER DIE GRENZE

Wie funktionieren Krankenhaussysteme und ihre Finanzierung in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen, die unsere internationalen Kollegen gemacht haben.

건강상

GESUNDHEIT



Die drei Säulen der staatlichen Krankenversicherung in Südkorea

Gesetzliche Krankenversicherung (National Health Insurance)	일 1.	Pflichtversicherung für ca. 97% der Bevölkerung	Langzeit-Fürsorgeprogramme (Longterm Care Programme)	seit 2008
		Finanzierung durch Beiträge (Arbeitnehmer und -geber) sowie durch staatliche Zuschüsse		für chronisch Kranke sowie Personen über 65 Jahre, die an speziellen altersbedingten Erkrankungen (z. B. Alzheimer, Parkinson) leiden
		kein Wettbewerb, da nur ein Anbieter		offizielle Bewerbung zur Aufnahme erforderlich
Medizinische Fürsorge (Medical Aid)	이 2.	Versicherung für ca. 3% der Bevölkerung: Bürger mit geringem Einkommen und chronisch Kranke		
		Staat zahlt die Beiträge		

>> Fortsetzung von Seite 9

außer im öffentlichen Dienst. Und es entspricht auch nicht dem koreanischen Arbeitsethos, Krankheiten zu Hause auszukurieren. Kleinere Behandlungen oder auch ambulante Operationen erledigt man in der Mittagspause. Wer krankheitsbedingt zu Hause bleibt, rechnet jedenfalls nicht mit einer Gehaltszahlung für die verlorene Zeit. Für das Phänomen „Tod durch Überarbeitung“ gibt es mit „kwarosa“ sogar ein eigenes Wort im Koreanischen. Auch der Mutterschutz ist nicht einheitlich geregelt. Eine Schwangerschaft bedeutet für viele Frauen einen beruflichen Abstieg oder gar das Karriereende.

DRG in Korea

Nachdem seit Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung besonders die stationären Ausgaben kontinuierlich gestiegen waren, hat das Land 2002 für zunächst sieben Krankheitsbilder ein DRG-System eingeführt. Seit 2013 ersetzt es in allen Krankenhäusern obligatorisch die zuvor angewendete Einzelleistungsvergütung. Der Einführung ging eine fünfjährige Pilotphase voraus.

Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass die Verweildauern und Wiederaufnahmen seit DRG-Einführung geringer ausfallen als zuvor. Allerdings wurden gleichzeitig

viele Dienstleistungen in den ambulanten Sektor verlagert. Die durchschnittlichen Behandlungskosten sind bei Krankenhäusern, die das neue System freiwillig (in einem frühen Stadium) eingeführt haben, gesunken. In Häusern, die zur DRG-Einführung verpflichtet wurden, sind die Kosten leicht gestiegen. Dies ist möglicherweise ein Hinweis darauf, dass gut geführte Häuser eher bereit waren, das neue System einzuführen. Es hat aber auch mit der Ausgestaltung neuer Rahmenverträge zwischen Krankenhäusern und privaten Versicherern zu tun, über die die Krankenhäuser sich ggf. „fehlende“ Einnahmen zurückholen können.

GANGNAM: Welthauptstadt der plastischen Chirurgie

In Seoul ist der Stadtteil Gangnam – dem Rapper Psy und seinem K-Pop-Erfolg „Gangnam Style“ sei Dank – spätestens seit 2012 auch hierzulande den meisten ein Begriff. Gangnam ist aber nicht nur ein beliebter Business- und Party-Bezirk, sondern der Ort mit den meisten Schönheitskliniken weltweit.

Für Koreanerinnen und Koreaner gehört die Selbstoptimierung durch Schönheitsoperationen zum Alltag. Etwa 5 % der weltweit durchgeführten

Eingriffe entfallen auf die 51 Millionen Einwohner Südkoreas: weniger als 0,7 % der Weltbevölkerung. Gutes Aussehen ist Statussymbol und wird gesellschaftlich erwartet. Die erste Schönheitsoperation bekommt man spätestens zum Schulabschluss von den Eltern geschenkt. Mit 13 Eingriffen auf 1.000 Einwohner ist Südkorea das Land, in dem die Menschen sich weltweit am häufigsten wegen ihres Aussehens unters Messer legen. Nirgendwo sonst kommen mehr Schönheitschirurgen auf

jeden Einwohner des Landes. „Let Me In“ heißt eine populäre TV-Show, in der sich Kandidaten um eine Schönheitsoperation bewerben können. Zudem werden mit koreanischen Kosmetikprodukten Milliardenumsätze erzielt. Inzwischen ist Gangnam Ziel für Medizintouristen aus aller Welt. Im Jahr 2020 sollen Ausländer für kosmetische Eingriffe umgerechnet 2,7 Mrd. Euro im Land lassen, so das Ziel der nationalen Tourismusbehörde. Das entspricht rund 0,2 % des Bruttoinlandsprodukts.



Unterschiede & Gemeinsamkeiten

Interview mit Frau Schröder-Kim So-yeon

Wohnhaft in Hannover: Schröder-Kim So-yeon, Ehefrau von Bundeskanzler a. D. Gerhard Schröder

>> Liebe Frau Schröder-Kim, wir freuen uns über Ihre Bereitschaft zu diesem Interview!

Zunächst zum Thema Krankschreibung: Es scheint, als führe der koreanische Arbeitsethos dazu, dass Arbeitnehmer*innen in Korea sich erst dann krankschreiben lassen, wenn sie wirklich schwer erkrankt sind. Statistiken zum Krankenstand unter koreanischen Arbeitnehmer*innen konnten wir nicht finden. Wie ist Ihre Einschätzung dazu? Gehen wir in Deutschland zu schnell und zu oft zum Arzt und bleiben der Arbeit fern? Oder führt die koreanische Haltung zu gehäuften Fällen von „kwarosa“ und ist auf Dauer womöglich sogar teurer?

In Korea haben wir generell die Arbeitsmoral, dass man sich erst dann krankschreiben lässt, wenn man wirklich schwer erkrankt und nicht mehr in der Lage ist, zu arbeiten. Fleiß und Aushalten bei körperlichen Schwierigkeiten sind eine wichtige Tugend am Arbeitsplatz. Es hat aber auch damit zu tun, dass die Krank-

schreibung in Korea noch nicht durch Gesetz, sondern durch die Tarif- bzw. Arbeitsverträge geregelt ist, was je nach der Lage der Unternehmen sehr unterschiedlich verfasst ist. In diesem Jahr wurde auch in Korea eine Gesetzesvorlage für die Entgeltfortzahlung im Parlament eingereicht. Die Notwendigkeit der Einführung eines solchen Gesetzes wurde durch die Corona-Krise deutlicher denn je, weil viele Menschen wegen der Epidemie sich krankschreiben lassen mussten. Die Verspätung zeigt, dass das deutsche System bisher sozial fortschrittlicher ist, obwohl es natürlich größere Möglichkeiten für Missbrauch einräumt.

>> Wir haben Ihr Heimatland für diese Ausgabe ja auch deshalb in den Blick genommen, weil man dort die Corona-Krise vorbildlich in den Griff bekommen hat. Die koreanische Corona-App hat, so ist zu lesen, schon sehr früh mithilfe von Bewegungsdaten das „Social Distancing“ unterstützt und so Ansteckungsketten unterbrochen. In Deutschland hat, auch aus Datenschutzgründen, die Entwicklung einer App Monate in Anspruch genommen. Wie erklären Sie sich den deutlich unbefangeneren und pragmatischeren Umgang mit diesem Thema?

Datenschutz ist auch in Korea ein großes Thema, dessen Wichtigkeit sich jeder bewusst ist. Aber in Korea

war es eine Entscheidung, entweder Verzicht auf das öffentliche Leben durch einen harten Lockdown, oder Relativierung des Datenschutzes durch Preisgabe auch von persönlichen Daten in der entsprechenden App, während man in Deutschland sich für einen kompletten Lockdown entschieden hat und damit Verzicht auf das öffentliche Leben, um private Daten zu schützen. Hinzu kommt, dass die Digitalisierung in Korea bedeutend fortgeschrittener ist als in Deutschland. Das beweist auch die Tatsache, dass die in Deutschland eingeführte Corona-App nur bedingt funktioniert.

>> Was liegt Ihnen persönlich zu unserem Thema „Koreanisches Gesundheitswesen“ noch am Herzen?

>> Ich denke, wir haben sowohl die Gemeinsamkeit im Erfolg, als auch den Unterschied in der Bereitschaft, Daten preiszugeben, um einen Lockdown zu verhindern, und auf der anderen Seite einen harten Lockdown zu akzeptieren, um private Daten zu schützen. Dieser Unterschied hat sicher auch mit den historischen Erfahrungen Deutschlands während der Nazizeit zu tun, was Deutschland sensibler für den absoluten Schutz der Privatheit gemacht hat.

>> Ganz herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben!

EL CONDOR PASA:

Das chilenische Gesundheitssystem zwischen Pragmatismus und Protesten

Die COVID-19-Pandemie hat ein Land wegen seiner überraschenden Impferfolge besonders in den Fokus gerückt: das südamerikanische Chile. Anlass für die dialoQ-Redaktion, im Rahmen unserer Serie das über 4.000 km lange Land an der Pazifikküste und sein Gesundheitssystem in den Blick zu nehmen.

Der Andenkondor, Wappentier der Republik Chile, fasziniert uns mit seiner Eleganz, seiner Fluggeschwindigkeit und seiner riesigen Spannweite. Was wir dabei leicht vergessen: der Kondor ist ein Aasgeier. Mit dieser Ambivalenz taugt er gut als Sinnbild für das chilenische Gesundheitssystem. Es ist zwar effizienter als andere lateinamerikanische Gesundheitssysteme, aber in seiner inzwischen zunehmend neoliberalen Ausrichtung zutiefst unsolidarisch. Die sozialen Proteste in der Hauptstadt Santiago seit 2019 richten sich auch gegen die ungleiche Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen.

Das seit den frühen 80er-Jahren in seiner jetzigen Form bestehende chilenische Gesundheitssystem ist ein Zwei-Klassen-System. Die öffentliche Krankenversicherung Fondo Nacional de Salud (**FONASA**) steht den privaten, gewinnorientierten Krankenversicherern Instituciones de Salud Previsional (**ISAPRES**) gegenüber. Beide unterliegen der Aufsicht der staatlichen Gesundheitsbehörde (**Superintendencia de Salud**). Zwischen 10 % und 20 % der Chileninnen und Chilenen (regional unterschiedlich) leisten sich die private Krankenversicherung bei den insgesamt 7 privaten ISAPRES. Über 50-Jährige, chronisch Kranke oder Schwangere findet man

allerdings kaum unter ihren Mitgliedern. Denn die ISAPRES können jedes Jahr neu entscheiden, ob sie den Vertrag mit einer oder einem Versicherten kündigen. Dieses asymmetrische Kündigungsrecht und die zugleich unbeschränkte Wechselmöglichkeit zurück ins staatliche System begünstigen die Ungleichverteilung.

Im Krankheitsfall werden die FONASA-Versicherten in ein staatliches Krankenhaus (**hospital público**), die Versicherten der ISAPRES in private Kliniken (**clínicas**) eingewiesen. Die Mehrzahl der Privatkliniken wird übrigens von denselben fünf großen Holdings kontrolliert wie die Privatversicherungen. So ist der

BLICK ÜBER
DIE GRENZE



Kennzahlen im Vergleich

		
BIP/Kopf (USD)	24.600	50.800
Gesundheitsausgaben (% BIP)	9	11,2
durchschn. Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)	79,37	81,12
Durchschnittsalter (Jahre)	33,1	45,5
Fertilitätsrate (Kinder je Frau)	1,65	1,57
Geburtenrate (Geburten je 1.000 Einwohner)	12,92	8,63
Kindersterblichkeit (Todesfälle je 1.000 Lebendgeburten)	6,17	3,32
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner	2,20	8,30
Ärzte je 1000 Einwohner	2,44	4,25

Quellen: OECD, destatis, Statista

Gesundheitsbereich in Chile zu einem Wachstumssektor mit traumhaften Renditen geworden. Die Leistungen, aber auch die Kosten der Privatkliniken entsprechen europäischem Standard. Die Wartezeiten auf Untersuchungs- oder Behandlungstermine sind dort erheblich kürzer als in den öffentlichen Krankenhäusern.

Zwei Klassen und die Folgen

A propos Wartezeiten: Jedes Jahr sterben laut unterschiedlichen Quellen mehrere 10.000 staatlich Versicherte wegen der langen Wartezeiten auf Termine oder Operationen! Dabei sind viele dieser Toten im Programm GES (**Plan de Garantías Explícitas en Salud**) eingeschrieben. Das Programm soll die Missstände im Gesundheitswesen

mildern und garantiert eigentlich die Behandlung einer Krankheit innerhalb von zwei Monaten nach der Diagnose. Ein wesentliches Problem des Programms besteht darin, dass ein Anbieter des öffentlichen Gesundheitssystems, wenn er die Garantien nicht einhalten kann, die entsprechenden Leistungen beim privaten System kaufen muss. Dadurch entstehen Transferzahlungen in Richtung des ohnehin privilegierten privaten Systems.

Bei gesetzlich wie bei privat Versicherten wird der obligatorische Beitrag von 7 % des Gehalts oder der Rente automatisch einbehalten und an die Gesundheitsbehörde abgeführt. Die Privatversicherer erheben zusätzlich einen Aufpreis, so dass dort die Beiträge bei durch-

schnittlich 10 % liegen, abhängig von Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen. Natürlich sind auch die Leistungen je nach abgeschlossenem Vertrag unterschiedlich.

Die Einkommensklasse und die Zahl der Familienmitglieder entscheidet bei gesetzlich Versicherten darüber, ob und in welcher Höhe sie Zuzahlungen zu Untersuchungen, Behandlungen und Medikamenten in Krankenhäusern, Polikliniken und den Gesundheitszentren der Gemeinden leisten müssen. Wer weniger als 276.000 Chilenische Pesos im Monat (etwas über 300 Euro) verdient oder die Mindestrente bezieht (im schlechtesten Fall 75.000 Pesos, also etwas mehr als 80 Euro), ist von Zuzahlungen befreit. Bei höheren Einkommen beträgt der Eigenbeitrag entweder 10 % oder 20 % der Kosten. Für den Zugang zu Fachärzten oder höherwertiger Diagnostik benötigen die Versicherten allerdings zusätzlich kostenpflichtige Behandlungsgutscheine (**bonos**).

>> Fortsetzung auf Seite 18

Wie funktionieren
Krankenhaussysteme
und ihre Finanzierung
in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen unserer internationalen Kolleginnen und Kollegen.



Die öffentlichen Leistungserbringer können mit den ihnen zugewiesenen Zuteilungen aus dem Gesundheitsfonds nicht kostendeckend arbeiten. Weder ausreichend Personal, noch Medikamente, geschweige denn Investitionen lassen sich damit finanzieren.

Die Gesundheitszentren in den Gemeinden erhalten beispielsweise seit 1993 pro eingeschriebenem gesetzlich Versicherten ungefähr 11 € pro Monat. Mindestens 15 € wären nötig, um die Basisversorgung zu sichern. Die Differenz kann nur zum Teil mit Steuermitteln aufgefangen werden. Paradoxerweise verschlechtert sich die Versorgungslage der staatlich Versicherten in den Gemeinden, sobald der Anteil der Privatversicherten steigt, denn damit sinken die an die Personenzahl gekoppelten Zuweisungen. Den staatlichen Versicherern steht im Ergebnis für die Versorgung von 80–90 % der Chilen*innen nur gut die Hälfte der Einnahmen zur Verfügung!

Die Hoffnungen vieler Chileninnen und Chilenen richten sich jetzt auf den demokratisch gewählten Verfassungskonvent, der derzeit an einer neuen Verfassung arbeitet. Erstmals sind dort auch viele der indigenen Bevölkerungsgruppen vertreten, die mangels Zugang zu Bildung und Teilhabe in den unteren Einkommensgruppen überrepräsentiert sind. Entgegen den neoliberalen Zielen der konservativen Regierung könnte der Verfassungskonvent mit einer umfassenden Gesundheitsreform die staatliche Gesundheitsversorgung stärken.

Denn der Erfolg der Impfkampagne hat ja gezeigt, dass die Strukturen des Systems durchaus effizient sind, das System ist bürgernah und genießt noch immer viel Vertrauen. Mit einer gerechteren, solidarischen Ressourcenverteilung hätte Chile – immerhin das reichste Land Südamerikas – die Chance, vom Impfweltmeister zum Gesundheitsweltmeister zu werden.



DRG in Chile

2002 startete in vier großen chilenischen Krankenhäusern mit technischer Unterstützung der Katholischen Universität von Chile ein DRG-Pilotprojekt, das sich zunächst auf die Sammlung von Informationen und die Analyse des Case-Mix konzentrierte. Seit 2010 wurde die Variante International Refined (IR)-DRG sukzessive auf 25 öffentliche Krankenhäuser ausgeweitet. Im Jahr 2017 waren die Abrechnungssysteme in den öffentlichen Krankenhäusern ausreichend

ausgereift, um die notwendigen Informationen

für eine detaillierte Kostenstudie zur Neubewertung sowohl der Relativgewichte als auch des Basissatzes zu liefern.

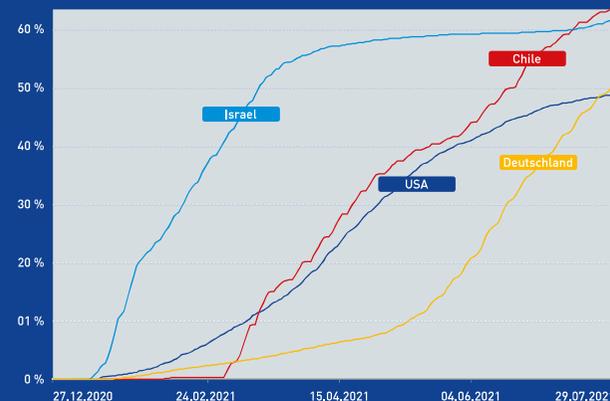
Seit 2015 nutzt FONASA (die chilenische GKV) das DRG-System für die Abrechnung gegenüber privaten Leistungserbringern. FONASA kauft im Rahmen des GES-Plans für eine Reihe von Erkrankungen, für die es im öffentlichen Sektor lange Wartelisten gibt, Belegungstage in den Privatkliniken zu und bewertet diese mithilfe von DRGs. Allerdings unterscheiden sich die Kostenstrukturen zwischen öffentlichen und privaten Leistungserbringern. In den öffentlichen Krankenhäusern basieren die Tarife auf Ausschreibungen. Entsprechend unterscheiden sich auch die jeweiligen DRGs. Insgesamt wird das DRG-System

in Chile noch immer hauptsächlich zu Informationszwecken verwendet. FONASA hat angekündigt, in öffentlichen Krankenhäusern sukzessive zur DRG-Abrechnung überzugehen.

Seit 2017 kooperiert das chilenische Gesundheitsministerium mit Google im Rahmen einer umfassenden „Digital Health“-Initiative, in der von Geburtenregister und zentralem Impfverzeichnis über Patientenverwaltung, Versicherungsstatus, elektronische Patientenakte und e-Rezept bis hin zu Telemedizin und Abrechnungsdaten eine umfassende Echtzeitinformation und Vernetzung sichergestellt werden soll. Sicher würde dieses System auch von DRG-Informationen profitieren. Ob diese Initiative den Bestrebungen und Entscheidungen des Verfassungskonvents standhalten wird, bleibt allerdings abzuwarten.



Anteil der vollständig gegen Covid-19 Geimpften an der Gesamtbevölkerung



Anteil der Menschen an der Gesamtbevölkerung, die alle vorgeschriebenen Dosen des jeweiligen Impfstoffs erhalten haben. Diese Daten sind nur für Länder erhältlich, die Daten nach Impfdosen gesplittet zur Verfügung stellen. – Quelle: Official data collated by Our World in Data – CC BY – Stand: 29.07.2021

Bereits im Februar 2020 begann die Regierung, mit allen wesentlichen Impfstoffherstellern weltweit über Lieferungen zu verhandeln. So sicherte sie sich frühzeitig ausreichend Dosen zur Durchimpfung der gesamten Bevölkerung. Alle verwendeten Impfstoffe wurden in der Erprobungsphase an der Katholischen Universität von Santiago getestet, man verließ sich also nicht nur auf internationale Empfehlungen. Dadurch konnte die Zulassung beschleunigt und gleichzeitig das Vertrauen der Bevölkerung in die Impfstoffe gestärkt werden. So war Chile zunächst nicht von den Lieferengpässen der amerikanischen und europäischen Produzenten betroffen. Kurz vor Redaktionsschluss dieser Ausgabe werden allerdings Stimmen lauter, die die Wirksamkeit der chinesischen Impfstoffe anzweifeln. Denn trotz der hohen Impfraten steigen die Infektions- und Todeszahlen in Chile derzeit rasant.

IMPFWELTMEISTER!

Impfzentren in Fußballstadien, Stadtparks, Kirchen und Schulen, Impfungen durchs offene Autofenster, eine Task Force im Präsidentenpalast: Chile, das oft scherzhaft als die „Schweiz Südamerikas“ bezeichnet wird, ist in punkto Covid-Impfung tatsächlich schnell, gut organisiert und hoch effizient. Die gesamte Lehrerschaft des Landes hat beispielsweise bereits bis zum Ende der dortigen Sommerferien am 5. März 2020

(!) ihre erste Impfung erhalten. Der Impfkampagne wurde schon früh eine hohe Priorität eingeräumt, entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen stehen zur Verfügung.

Allein wegen der riesigen Ausdehnung Chiles ist das eine logistische Herausforderung: Auf über 4.000 Kilometer erstreckt sich das Land, etwa so weit wie von Hannover nach Tel Aviv. Bei der

Verteilung kann man sich auf ein gut ausgebautes Impfsystem stützen, denn alljährlich lässt sich etwa ein Drittel der Bevölkerung gegen die Grippe impfen. 1.300 Impfzentren gibt es in dem dünn besiedelten Land. So ist es gelungen, Chile zum Impfweltmeister zu machen. Kein anderes Land der Welt hat einen so hohen Bevölkerungsanteil gegen COVID-19 geimpft, selbst Israel liegt inzwischen abgeschlagen auf Platz 2.

Das Gesundheitssystem in Israel:

Zwischen Bettenmangel und Big Data

Eine zupackende Impfkampagne, intelligente Kooperationen, durchgreifende Maßnahmen, schnelle Lockerungen und eine schwankende Infektionskurve kennzeichnen den Verlauf der COVID-19-Pandemie in Israel. Als mal gutes, mal abschreckendes Beispiel ist das Land derzeit in den Medien sehr präsent. Die dialoQ-Redaktion nimmt aus diesem Anlass das israelische Gesundheitssystem genauer in den Blick.

Krankenkassen: zugleich Kostenträger und Leistungserbringer

9,2 Millionen Menschen leben in Israel. Jeder von ihnen ist seit 1995 per Gesetz verpflichtet, Mitglied in einer der vier großen Krankenkassen zu sein. Diese werden als Health Maintenance Organizations (HMO) oder auf Hebräisch „Kupat Holim“ bezeichnet – eine direkte Übersetzung des deutschen Worts Krankenkasse. Das Bismarcksche System diente als Vorbild für die HMO, die übrigens schon vor der Gründung des Staats Israel existierten.

Kennzahlen im Vergleich



Bevölkerung (Mio. Einwohner)	9,2	83,2
BIP/Kopf (USD)	44.169	46.208
Gesundheitsausgaben je Kopf der Bevölkerung (USD/Jahr)	2.903	6.518
Gesundheitsausgaben in % des BIP	7,46	11,69
durchschn. Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)	82,9	81,4
Durchschnittsalter (Median in Jahren)	29,9	47,1
Fertilitätsrate (Kinder je Frau)	3,0	1,5
Geburtenrate (Geburten je 1.000 Einwohner)	20,1	9,4
Kindersterblichkeit (Todesfälle je 1.000 Lebendgeburten)	3,1	3,2
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner	3,0	7,9
Praktizierende Ärzt:innen je 1.000 Einwohner	3,3	4,4
Todesfälle nach Herzinfarkt je 100 KH-Einweisungen über 45 Jahren	5,3	8,3

Quellen: OECD, worldpopulationreview.com, World Bank, Statista

>> Fortsetzung auf Seite 22

BLICK ÜBER
DIE GRENZE

Wie funktionieren
Krankenhausysteme
und ihre Finanzierung
in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen unserer internationalen Kolleginnen und Kollegen.



Die HMO sind inzwischen aber nicht nur Kostenträger, sondern auch Leistungserbringer: Sie betreiben Krankenhäuser, ambulante Versorgungszentren, Arztpraxen und Apotheken. Und während der COVID-Impfkampagne sind die Kassen auch für die Verteilung der Impfstoffe verantwortlich.

Im Grundsatz ist das israelische System eine Bürgerversicherung. Denn die HMO sind verpflichtet, jede Person aufzunehmen, deren Lebensmittelpunkt in Israel liegt – ohne Ausschlusskriterien. Ein Gesundheitsfonds verteilt das Geld pro Kopf und nach Risikofaktoren gewichtet auf die vier HMO.

Der Gesundheitsfonds speist sich aus Beiträgen der Versicherten (etwa 40 %) sowie aus Steuermitteln (ca. 60 %).

Die HMO müssen allen Mitgliedern einen Mindestumfang an Gesundheitsdienstleistungen, den sogenannten „Gesundheitskorb“, anbieten. Dieser Korb beinhaltet alle Kosten der ambulanten Diagnostik und Behandlung, alle Krankenhausaufenthalte (einschließlich Entbindungen und Psychiatrie), Prävention, Operationen, Transplantationen, Drogenentzug, Heil- und Hilfsmittel, Notfallversorgung einschließlich Notfalltransport, Kinderwunschbehandlungen (für die ersten zwei Kinder), Schwangerschaftsabbrüche, Physiotherapie, Ergotherapie und Psychotherapie. Die Liste der vom Gesundheitskorb gedeckten Medikamente ist lang und wird, genau wie der Leistungskatalog, jährlich überprüft und aktualisiert. Allerdings müssen die Versicherten für Arzneimittel und Behandlungen Zuzahlungen leisten, derzeit höchstens ca. 140 Euro monatlich.

Jenseits des staatlich festgelegten Gesundheitskorbs dürfen die HMO ihre exakten Leistungskataloge selbst definieren. Markt und Wettbewerb regeln die Qualität. Denn einmal jährlich dürfen die Bürger:innen ihre HMO wechseln. Unter den Vertragspartner:innen der jeweiligen HMO haben Versicherte die freie Wahl der Leistungserbringer.

Die Krankenversicherungsbeiträge steigen mit zunehmendem Einkommen von 3,8 % auf maximal 4,8 %. Einkünfte oberhalb von 60 % des Durchschnittseinkommens sowie Einkommen, die keine Arbeitseinkommen sind, werden mit 5 % verbeitragt. Arbeitslose ohne Einkommen zahlen einen geringen Mindestbeitrag. Minderjährige sind beitragsfrei, Rentner zahlen reduzierte Beiträge. Soldaten und Wehrpflichtige sind nicht über die HMO, sondern über die Armee versichert.

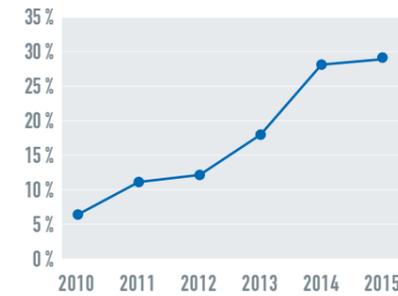
Für Leistungen außerhalb des Gesundheitskorbs bieten die HMO private Zusatzversicherungen an. Auch hier haben die Kassen aber nicht das Recht, die Beiträge auf Basis des individuellen Risikos zu kalkulieren oder bestimmte Versicherte abzulehnen. Mehr als drei Viertel aller Israelis haben solche

Zusatzversicherungen abgeschlossen, die je nach Alter und Leistungsumfang monatlich zwischen 10 € und 40 € kosten. Kommerzielle Privatversicherungen mit risikogerechten Prämien existieren natürlich daneben auch. Etwa 1/3 der Israelis nimmt solche privaten Zusatzversicherungen in Anspruch.

PRG statt DRG

Seit 2002 rechnen Krankenhäuser in Israel teilweise nach dem PRG-System ab. **Procedure Related Groups** orientieren sich im Unterschied zu DRG nicht an Diagnosen, sondern an Prozeduren. Da für die Definition von DRG die Datenbasis fehlte, lag es nahe, auf Prozedurenbasis zu kalkulieren. Ziel des veränderten Abrechnungssystems war die Verkürzung unnötiger Krankenhausaufenthalte und eine Annäherung von Kosten und Preisen medizinischer Prozeduren. Bei der Konzeption der Reform haben sich Gesetzgeber, Leistungserbringer und Kostenträger an einen Tisch gesetzt. Durch die Einbeziehung aller Beteiligten genießt das neue System breite Akzeptanz. Finanz- und Gesundheitsministerium legen gemeinsam die Preise fest

Anteil der Entlassungen* mit mind. 1 PRG-Code pro Jahr



* nur elektive Aufnahmen ohne Geburten
Quelle: Israelisches Gesundheitsministerium

und passen sie auch regelmäßig an. Die stationäre psychiatrische Versorgung wird dabei weiterhin nach Tagespauschalen abgerechnet, Notfall- und ambulante Behandlungen im Krankenhaus nach Servicepauschalen.

Bis 2012 wurden etwa 280 PRG identifiziert und Preise dafür festgelegt. Allerdings basierte bis zu diesem Zeitpunkt nur ein knappes Viertel der Krankenhauserlöse auf den PRG. Bis 2016 stieg der Anteil auf mehr als ein Drittel. Kontinuierlich werden weitere PRG definiert. Die Verantwortlichen gehen dabei nach Fachgebieten vor und arbeiten sich von allgemeinmedizinischen immer weiter zu fachbezogenen chirurgischen Prozeduren vor.

Die PRG werden auf der Basis des ICD-9-CM kalkuliert. Jede PRG entspricht entweder einem oder mehreren ICD-9-CM-Prozedurencodes. Diagnosen spielen darin genauso wenig eine Rolle wie Alter, Geschlecht oder Komorbiditäten.

Big Data und KI

In seiner Zeit als Bundesgesundheitsminister erkannte Jens Spahn: „Wir können von Israel viel lernen.“ Das gilt insbesondere für die Digitalisierung im Gesundheitswesen. In einer auf drei Jahre angelegten deutsch-israelischen Kooperation wollen beide Länder gemeinsam an der Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Nutzung von künstlicher Intelligenz arbeiten.

Deutschland hat hier allerdings noch viel aufzuholen. Die elektronische Patientenakte (ePA) etwa ist in Israel bereits seit 1993 etabliert, auch E-Rezepte gehören zum Alltag. Über das Smartphone können Israelis auf ihre Gesundheitsakte zugreifen und dort zum Beispiel aktuelle Laborergebnisse oder einen Entlassungsbrief aus dem Krankenhaus abrufen. Alle vier HMO arbeiten mit einem einheitlichen Datensystem. Die HMO nutzen die ePA für Datenanalysen und die Versichertenkommunikation.

Seit 2018 werden die Gesundheitsdaten nahezu aller Israelis in einer zentralen Datenbank anonymisiert zusammengeführt. Diesen Datenpool, der Informationen zu Krebs, Autoimmunerkrankungen oder psychischen Störungen enthält, können Forscher, Unternehmen und

Start-ups nutzen. Auch die Impfstoffhersteller Pfizer/Biontech und Moderna haben von den israelischen Daten profitiert und dafür mit verlässlicher Lieferung ausreichender Vakzinmengen gezahlt. Israelische Start-ups bringen mithilfe dieser Big Data auch im Gesundheitswesen erstaunliche Innovationen hervor. AI-basierte Softwarelösungen sind beispielweise bei der Triage von Akutpatient:innen sowie zur Auswahl der optimalen Therapieform bereits im Einsatz. Auch Algorithmen, mit denen Pflegepersonal Entscheidungen treffen und Ratschläge geben kann, gehören zum Gesundheitsalltag.

Vielleicht ist das ein Baustein zum Umgang mit dem akuten Personal-mangel im Gesundheitswesen, mit dem auch Israel konfrontiert ist? Gegen die Abwanderung von Ärzt:innen und Pflegekräften ins besser zahlende Ausland setzt das Land bisher vor allem auf Zuwanderung aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion sowie auf zusätzliche Medizinstudienplätze. Da die Bevölkerung vergleichsweise jung ist, konnte ein Zusammenbruch des Systems bisher vermieden werden. Während der Corona-Wellen mussten aber Notkrankenhäuser in Hotels eingerichtet werden, und manch ein Klinikarzt versorgte seine kranken Angehörigen lieber zu Hause, damit sie nicht auf ein Bett im überfüllten Krankenhausflur angewiesen sind. Gegen einen Mangel an Krankenhausbetten hilft eben leider auch die Digitalisierung nicht.





>> Fortsetzung von Seite 23

Zwei-Klassen-Gesellschaft – Kratzer auf dem sonst makellosen Bild

>> Eine Hochschwangere kurz vor der Entbindung, aber der Weg zum Krankenhaus ist versperrt.

>> Eine Nierenkranke, die zur Blutwäsche eine mehrstündige Anreise in Kauf nehmen muss, obwohl die Dialysestation nur 5 km Luftlinie entfernt ist.

>> Ein Zwölfjähriger, der sich beim Fußballspielen den Unterschenkel gebrochen hat und mehrere Stunden auf den Arzt warten muss.

Das ist die ganz alltägliche Versorgungssituation für Menschen in den palästinensischen Gebieten. Denn sie sind nicht über die HMO versichert. Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sind sie auf das Wohlwollen israelischer Behördenvertreter:innen angewiesen.

In Übereinstimmung mit den Osloer Verträgen trägt die palästinensische Autonomiebehörde seit 1994 die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in den besetzten Gebieten, also dem Westjordanland (3 Mio. Einw.) und dem Gazastreifen (2 Mio. Einw.). De facto beschränkt Israel aber die Bewegungsfreiheit von Menschen und Gütern

(auch Hilfsgütern) in beiden Gebieten. Das makellose Bild der israelischen Gesundheitsversorgung bekommt tiefe Kratzer, wenn man sich die Situation der Palästinenser:innen anschaut.

Das palästinensische Gesundheitsministerium hat seit 1994 mithilfe zahlreicher NGOs und viel ausländischer Unterstützung mobile Kliniken und einfache Versorgungseinrichtungen aufgebaut. Dieses Basis-Gesundheitssystem ist weniger abhängig von Israel, dafür umso mehr von ausländischen Geldgeber:innen. Bei schweren und komplizierten Erkrankungen, für Facharzttermine oder in Notfällen sind die Bewohner:innen der besetzten Gebiete darauf angewiesen, mit sogenannten „humanitären Visa“ nach Israel oder mit Passierscheinen nach Ostjerusalem einzureisen und sich dort behandeln zu lassen. Die administrativen Hürden schrecken viele Menschen so ab, dass sie auf die Arztbesuche ganz verzichten.

Israel behindert das palästinensische Gesundheitssystem, indem es die Bewegungsfreiheit einschränkt – innerhalb der Westbank, zwischen der Westbank und dem Gazastreifen, zwischen dem annektierten Ostjerusalem und den besetzten Gebieten sowie zwischen den

besetzten Gebieten und dem Ausland. Viele Gegenden und Dörfer sind durch die willkürlich errichteten israelischen Checkpoints von den urbanen Zentren abgeschnitten, in denen sich die palästinensischen Gesundheitseinrichtungen befinden. Oft dürfen Krankenwagen die Grenze zu Israel nicht passieren. Angehörige organisieren deshalb immer wieder private Krankentransporte in israelische Kliniken. Manche Frauen ziehen in den letzten Schwangerschaftsmonaten in die Nähe eines Krankenhauses, um am Entbindungstag nicht vor einem Checkpoint festzustecken.

Von diesen Einschränkungen ist auch medizinisches Personal betroffen, das für Fortbildungen oder andere Veranstaltungen zur beruflichen Weiterentwicklung die besetzten Gebiete verlassen möchte. Auch Medikamente und medizinisches Material sind nicht genügend vorhanden. Und da Israel die nach Gaza eingeführte Strommenge kontrolliert, können Kläranlagen und Krankenhäuser nicht zuverlässig arbeiten.

Last but not least: Auch bei der COVID-Impfung kamen palästinensische Bürger:innen erst nach den Israelis an die Reihe.

Dauerhafte Defizite und kein Ende in Sicht

Mehr als 1,5 Millionen ukrainische Geflüchtete halten sich inzwischen in Polen auf, anderthalb Mal so viele wie in Deutschland und mehr als in jedem anderen Land der Welt. Nach der COVID-19-Pandemie ist dies die nächste große Herausforderung für das polnische Gesundheitssystem, das auch zuvor schon mit zahlreichen Problemen zu kämpfen hatte. Polen steht den Ukrainer*innen dennoch ungebrochen solidarisch bei. Grund genug für die dialoQ-Redaktion, den Blick einmal auf unseren östlichen Nachbarn zu richten.



Kennzahlen im Vergleich

	 Polen	 Deutschland
Bevölkerung (Mio. Einwohner*innen)	38	83
BIP/1.000 Einwohner*innen (Mio. €)	15,08	42,95
Gesundheitsausgaben je Kopf der Bevölkerung (USD/Jahr)	2.289	6.518
Gesundheitsausgaben in % des BIP	6,5	11,7
durchschn. Lebenserwartung Männer bei Geburt (Jahre)	73	79
durchschn. Lebenserwartung Frauen bei Geburt (Jahre)	81	83
Durchschnittsalter (Median in Jahren)	41,9	47,8
Fertilitätsrate (Kinder je Frau)	1,44	1,53
Kindersterblichkeit (Todesfälle je 1.000 Lebendgeburten)	4,4	3,7
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner*innen	6,54	8
Praktizierende Ärzt*innen je 1.000 Einwohner*innen	2,4	4,21

Quellen: Destatis, Eurostat, laenderdaten.info, OECD

EIN BLICK ÜBER DIE GRENZE:

Wie funktionieren Krankenhaussysteme und ihre Finanzierung in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen unserer internationalen Kolleginnen und Kollegen.

Bereits 1934 hat die Republik Polen ein Sozialversicherungssystem für Renten-, Unfall-, Kranken-, Pflege-, Arbeitslosen- und diverse andere Versicherungen etabliert und über die Jahrzehnte kontinuierlich weiterentwickelt. Trägerin dieses Systems ist die staatliche ZUS (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, auf Deutsch: Sozialversicherungsanstalt).

Die gesetzliche Krankenversicherung wurde mehrfach reformiert und existiert in ihrer jetzigen Form seit 2004. Heute regelt die polnische Verfassung, dass alle in Polen lebenden polnischen Staatsbürger*innen unabhängig von ihrem Erwerbs- und Einkommensstatus Pflichtmitglieder der Krankenversicherung sind. Im Unterschied zu Deutschland gibt es allerdings nur eine Krankenkasse namens NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia, auf Deutsch: Nationaler Gesundheitsfonds). Verträge zwischen den regionalen Niederlassungen des NFZ und den Leistungserbringern regeln die Leistungsansprüche.

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

Finanziert wird der NFZ über staatliche Zuschüsse und die Beiträge der Versicherten, wobei Menschen unter 26, Rentner*innen, Kleinbauern und -bäuerinnen und deren Familienangehörige, Arbeitslose und nicht berufstätige Ehepartner*innen keine Beiträge zahlen müssen. Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt 9 Prozent vom Nettoeinkommen. Hinzu kommt ein Beitrag in Höhe von 2,45 Prozent für das Krankengeld, das allerdings über einen anderen Zweig der Sozialversicherung abgewickelt wird. Ein Arbeitgeberanteil zu diesen Beiträgen existiert nicht. Da das durchschnittliche Einkommen in Polen weit unter dem OECD-Durchschnitt liegt und die Arbeitslosenrate hoch ist, ist der Nationale Gesundheitsfonds chronisch unterfinanziert.

Hohe Zuzahlungen und private Zusatzversicherungen

So müssen Patient*innen in Polen bei vielen Leistungen, vor allem bei Medikamenten, Hilfsmitteln, Zahnbehandlungen und einigen diagnostischen Verfahren, hohe Zuzahlungen leisten. Es wird geschätzt, dass die Versicherten 30 Prozent der Leistungsausgaben selbst tragen, 10 Prozent werden aus Steuermitteln gezahlt und nur 60 Prozent vom NFZ. Auf Krankenhausbehandlungen und bestimmte fachärztliche Behandlungen müssen gesetzlich Versicherte oft lange warten. Wer es sich leisten kann, „kauft“ sich einen vorderen Platz auf der Warteliste. Es ist also nicht verwunderlich, dass sehr viele Polinnen und Polen ergänzend private Krankenversicherungen abgeschlossen haben.

» Fortsetzung auf Seite 8

Eine vielerorts veraltete Ausstattung, mehr als doppelt so viele Behandlungsprobleme und eine höhere Sterblichkeit im Vergleich zum EU-Durchschnitt lassen Patient*innen an der Verlässlichkeit der staatlichen Einrichtungen zweifeln. Viele von ihnen weichen auf private Anbieter*innen oder solche im Ausland aus, was wiederum das staatliche Gesundheitswesen schwächt.

Manche Arbeitgeber*innen bieten inzwischen sogenannte Gesundheitspakete als Teil der Arbeitsverträge an. Wer ein solches Paket im Arbeitsvertrag stehen hat, kann bestimmte Privatärzte kostenlos aufsuchen. Unternehmen, die solche Pakete nicht anbieten, haben angesichts des Fachkräftemangels im „war for talents“ das Nachsehen. Für das System ist das bestenfalls Kosmetik, für gut qualifizierte Fachkräfte ein erfreulicher Ausweg aus der Misere des Gesundheitssystems, während alle anderen auf der Strecke bleiben.

Brain-Drain im Gesundheitssektor

Auch viele polnische Ärzt*innen und Pflegekräfte haben, nachdem sie jahrelang immer wieder erfolglos gestreikt haben, die Hoffnung auf Besserung aufgegeben und wandern in großer Zahl ins Ausland ab. Denn Fachärzt*innen, die ohne Festanstellung – also auf Honorarbasis – in Unikliniken arbeiten, teilweise in 24-Stunden-Schichten und in 50, 60 oder mehr Wochenstunden, das Ganze für ein Bruttogehalt von umgerechnet unter 1.500 € - das sind in Polen keine Ausnahmen. Viele arbeiten nach Feierabend noch in Privatpraxen, um ihre private Altersvorsorge bezahlen zu können. Klar, dass viele da ins Ausland schießen. (20 Prozent der ausländischen Pflegekräfte in Deutschland sind übrigens Pol*innen!) Der Abgang des Fachpersonals trifft das Land empfindlich und verstärkt die Probleme im Gesundheitssektor.

Bei der Zahl der Krankenhausbetten pro Einwohner*in steht Polen im internationalen Vergleich relativ gut da. Anders gesehen: Polen leistet sich ein überdimensioniertes Netz von staatlichen Krankenhäusern, die schlecht ausgestattet, teuer im Unterhalt und in weiten Teilen massiv überschuldet sind. Etwa ein Drittel der ca. 1.000 polnischen Krankenhäuser wird in den nächsten Jahren schließen müssen, heißt es. Je weiter man in den Osten des Landes geht, desto schwieriger werde im Übrigen die Versorgungslage.

DRG in Polen

Seit 2008 rechnen polnische Krankenhäuser ihre Leistungen nach DRG ab. Das System wurde mehrfach reformiert, die Kostensätze sollen eigentlich regelmäßig angepasst werden. 2017 wurde das Erstattungssystem für Krankenhäuser neu geregelt. Ein Teil der Krankenhäuser erhält jetzt statt der DRG-basierten Erstattung zweimal jährlich qualitätsbezogene Pauschalbeträge sowie für bestimmte Fälle auch pflegebasierte Zahlungen. Die Pauschalen hat man allerdings nach dem Niveau der DRG-Erstattungen von 2015 festgelegt. Das Entgelt für einige Operationen berechnet sich sogar auf der Grundlage von 2009. Die eigentlich vorgesehenen regelmäßigen Updates lassen auf sich warten.

Während also die Patient*innenzahlen sowie die Material- und Energiekosten steigen, stagnieren die Erstattungen. Die Konsequenz: eine verheerende Unterfinanzierung und infolgedessen drastische Qualitätseinbußen im stationären Sektor. Mit jeder zusätzlichen Operation landet ein Krankenhaus weiter in den Miesen. Kliniken, die keine Spender*innen oder Stiftungen im Rücken haben, können ihre Häuser nicht instandhalten, geschweige denn in neue Geräte oder dringend benötigte Ersatzbeschaffungen investieren. Über 30 Jahre nach Ende des Warschauer Pakts ist Mangelwirtschaft also nach wie vor gelebte Realität.

Fun Fact: Trotz des allgegenwärtigen Mangels ist Polen in Bezug auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen Deutschland um Längen voraus: e-Rezept und e-AU auf dem Smartphone sind Alltag. Der Medizinstudent aus Deutschland wird hier nicht nur von seinen Kommilitonen aus Norwegen oder Schweden, sondern auch von der polnischen Apothekerin mitleidig belächelt, wenn er mit einem handgeschriebenen Papier-Rezept sein Antihistaminikum kaufen möchte.



Scanrail/Adobe Stock

NICHT VERZAGEN - JUREK FRAGEN!

Ob auf Computertomografen, Brutkästen oder Röntgengeräten – in vielen polnischen Kliniken klebt ein kleines rotes Herz an medizinischen Geräten. Die Patient*innen wissen: Dieses Gerät wurde gespendet. Die WOSP-Stiftung, eine Initiative von Jurek Owsiak, sammelt seit 1993 im Rahmen der Benefizveranstaltung „Großes Orchester der Weihnachtshilfe“ jedes Jahr im Januar Geld für das polnische Gesundheitssystem, besonders für die Versorgung von Kindern. Rund 120.000 Freiwillige beteiligen sich, Schulklassen veranstalten Spendenläufe, Promis versteigern Fan-Artikel. Bedürftige Krankenhäuser bewerben sich um Geräte. Die 31. Kampagne im Januar 2023 brachte 243.259.387,25 Złoty (umgerechnet 54,68 Millionen Euro) ein. Im Anschluss gibt es jedes Jahr eine große Ausschreibung, und zu der Bieterkonferenz reisen Vertreter*innen von Medizintechnik-Herstellern aus ganz Europa an und hoffen auf Zuschlag. <https://en.wosp.org.pl/>



Longfin Media/Shutterstock.com



sodafish/Stock

casusQuo-Crew organisiert Spendenaktion für die Ukraine

MarinaTlachy/Stock

Nicht nur die polnische Regierung und Bevölkerung unterstützt das ukrainische Volk nach Kräften – auch die casusQuo-Crew engagiert sich seit Beginn des russischen Angriffskriegs mit Sach- und Geldspenden.

Diese gehen an den Ukrainischen Verein in Niedersachsen e.V. (<https://uvnev.de/>), der sie einerseits direkt an notleidende Menschen in der Ukraine, andererseits an ukrainische Geflüchtete in Hannover und Umgebung verteilt. Seit dem verheerenden Erdbeben in der Türkei und Syrien unterstützt der UVN e.V. übrigens auch die Soforthilfe für das Katastrophengebiet mit Know-how und erprobten Strukturen.

Die casusQuo-Crew sammelt seit März 2022 regelmäßig – gemäß dem jeweils aktuellen Bedarf – Kleidung, Bettwäsche, Rucksäcke, Geschirr, Hygieneartikel, Lebensmittel und/oder Spielzeug. Insgesamt sind seit Beginn der Aktion 53 volle Umzugskartons an den UVN übergeben worden. Einige Kolleg:innen haben zudem einmalig oder monatlich per Abzug von der Gehaltsabrechnung Geld gespendet.

