

Empirische Bestandsaufnahme zum Patientenimport im stationären Sektor

Vorbemerkungen

Die Einführung des Diagnosis Related Groups (DRG)-Vergütungssystems, zunehmende Privatisierungstendenzen sowie die Verbreitung großer Krankenhausketten haben in den vergangenen Jahren zu einem steigenden Kostendruck unter den Krankenhäusern geführt. Vor diesem Hintergrund stellt die Erschließung neuer Geschäftsfelder eine Möglichkeit dar, sich in einem verschärfenden Wettbewerbsumfeld besser aufzustellen und Wettbewerbsvorteile gegenüber Konkurrenten zu erzielen.

Eine dieser Marktnischen ist die Behandlung ausländischer Patienten. Hierdurch können zusätzliche Einnahmen erwirtschaftet sowie Kapazitäten besser ausgelastet werden, die wiederum die Effizienz und Rentabilität der Einrichtung steigern.

Für ausländische Patienten, die sich gezielt in Deutschland stationär behandeln lassen, gilt eine gesonderte Abrechnungsmodalität. Die Grundlage hierfür wurde mit der 5. Änderungsverordnung zur Bundespflegesatzverordnung im Jahre 1998 geschaffen. [1] Demnach ist die Erzielung zusätzlicher Einnahmen durch die Behandlung ausländischer Patienten aus dem Gesamtbudget ausgegliedert (vgl. § 3 und 4 KHEntG [2]). Rückzahlungsverpflichtungen für Mehrerlöse dieser Art existieren nicht.

Grundsätzlich sind zwei Typen von Patienten zu differenzieren, welche Gesundheitsdienstleistungen außerhalb des Wohnstaates konsumieren:

- Patienten, die während eines Aufenthaltes im Ausland eine akute medizinische Versorgung benötigen, die nicht aufgeschoben werden kann und
- Patienten, die sich bei einem elektiven Eingriff bewusst für einen ausländischen Leistungserbringer entscheiden.

Ist eine Behandlung planbar, kommen drei wesentliche Ursachen für Patientenmigration in Betracht: Verfügbarkeit, Qualität und der Preis medizinischer Dienstleistungen. Die Nicht-Verfügbarkeit im Inland ist der häufigste Grund, weshalb Konsumenten Gesundheitsleistungen im Ausland nachfragen würden.

[3] Das Preiskriterium spielt bei Dienstleistungen mit hohen Zuzahlungen (z. B. Kuren und Zahnersatz) eine Rolle, da die Konsumenten bei geringen oder gar keinen Zuzahlungen preisunelastisch reagieren. Wird die Versorgungsqualität im Ausland besser eingestuft, kann dies ein weiteres Motiv für Migration darstellen. [4]

Ein rationales handelndes Individuum wird bei seiner Auswahlentscheidung den Nettotonutzen einer Behandlung im Inland mit dem Nettotonutzen einer Behandlung im Ausland abwägen. Hierbei sind alle anfallenden direkten und indirekten Kosten zu berücksichtigen. Ein Zusatznutzen einer Versorgung im Ausland könnte sich beispielsweise aufgrund folgender Tatsachen ergeben:

- Kostenvorteile
- Verbesserte Versorgungsqualität und Servicevorteile
- Verbesserter Zugang aufgrund
 - kürzerer Anfahrtswege in Grenzregionen
 - Umgehen von Wartelisten
 - Verbot im Inland

Zu den monetären und nichtmonetären Kosten einer Behandlung im Ausland zählen hingegen:

- Qualitätsunsicherheit/-verlust
- Kostenrisiko aufgrund
 - Rückerstattung durch die Krankenversicherung

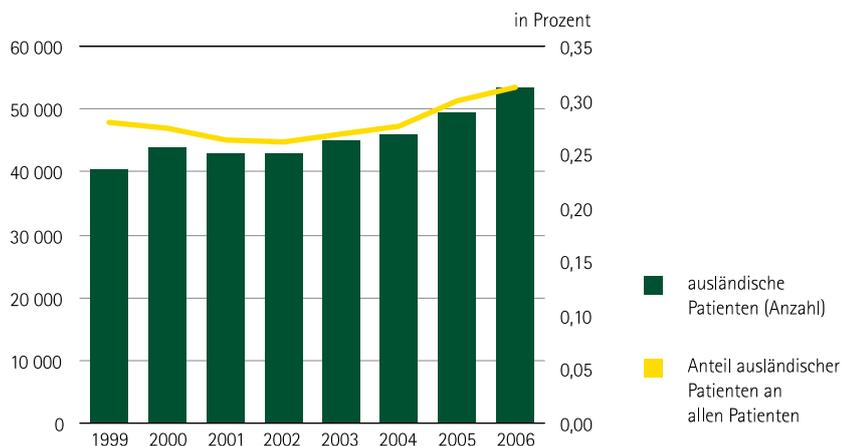
- Transaktionskosten (z. B. Wege- und Informationskosten)
- Unsicherheit bezüglich Gewährleistungsansprüchen
- Sprachprobleme/Kulturunterschiede
- Fehleinschätzung der Erholungsdauer/ Nachversorgung

Die meisten Individuen weisen ausgeprägte Präferenzen für lokale Anbieter auf. Aus Gründen der Vertrautheit und Bequemlichkeit wird eine Behandlung in der gewohnten Umgebung bevorzugt. [3, 5] Können die Bedürfnisse jedoch nicht hinreichend durch das inländische Versorgungsangebot befriedigt werden, schauen sich die Bürger nach alternativen Leistungsanbietern um.

Zweck der nachfolgenden Analyse ist es, Aussagen zur Entwicklung des „Patientenimports“ im stationären Sektor im Zeitraum zwischen 1999 und 2006 abzuleiten. Insbesondere sollen Antworten auf folgende Fragen gefunden werden:

- Wie haben sich die Fallzahlen ausländischer Patienten im Untersuchungszeitraum entwickelt?
- Aus welchen Ländern kommen die ausländischen Patienten und wo lassen sie sich behandeln?
- Welche Rolle spielen planbare Eingriffe?
- Existieren Unterschiede zwischen inländischen und ausländischen Patienten bezüglich ausgewählter Merkmale wie Verweildauer, Alter und Diagnose?

Abb. 1 Fallzahlen ausländischer Patienten 1999 bis 2006



Datenquelle und Begriffsdefinitionen

Ausgewertet werden faktisch anonymisierte Mikrodaten der amtlichen Krankenhausstatistik Teil I (Grunddaten) und Teil II (Diagnosedaten) der Jahre 1999 bis 2006, welche vom Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter (FDZ) zur Verfügung gestellt wurden. Die Durchführung erfolgte an einem Gastwissenschaftlerarbeitsplatz der FDZ-Außenstelle in Dresden.

Die Krankenhausstatistik ist eine jährlich durchgeführte Totalerhebung der Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, welche einerseits die strukturelle Situation der Einrichtungen und andererseits die Nutzung dieser durch die Patienten beschreibt. Für den Berichtskreis „Krankenhäuser“ werden Angaben zu den drei Themengebieten Grunddaten (Teil I), Diagnosen (Teil II) und Kostennachweis (Teil III) erhoben. Gemäß § 6 Abs. 1 KHStatV [6] in Verbindung mit § 15 BStatG [7] sind die Krankenhäuser hierbei verpflichtet, Auskunft zu den Erhebungsmerkmalen laut § 3 KHStatV zu erteilen.

Allgemeine Angaben zu den Einrichtungen wie Standort und Träger sowie Angaben zur technischen und personellen Ausstattung (ärztliches und nichtärztliches Personal) und den erbrachten Leistungen sind in den Grunddaten enthalten. Die Hauptdiagnosen entlassener oder verstorbener vollstationär behandelter Patienten sowie soziodemografische Merkmale der behandelten Patienten sind in den Diagnosedaten erfasst. Die Angaben zu Sach-, Personal- und Ausbildungskosten der Einrichtungen bilden den Kostennachweis. Damit können beispielsweise Aussagen über Struktur und Trends bezüglich der stationären Versorgung oder Besonderheiten von Krankheitsarten (z. B. regionale Häufung) und Kostenentwicklungen im Krankenhausbereich (z. B. abhängig von epidemiologischen/demografischen Effekten oder der Einrichtungsstruktur) abgeleitet werden. Hauptsächlich

dient die Krankenhausstatistik zur Planung gesundheitspolitischer Entscheidungen. Insbesondere über das FDZ wird sie in jüngster Zeit aber auch verstärkt für wissenschaftliche Analysen mit epidemiologischen, demografischen oder gesundheitsökonomischen Fragestellungen genutzt.

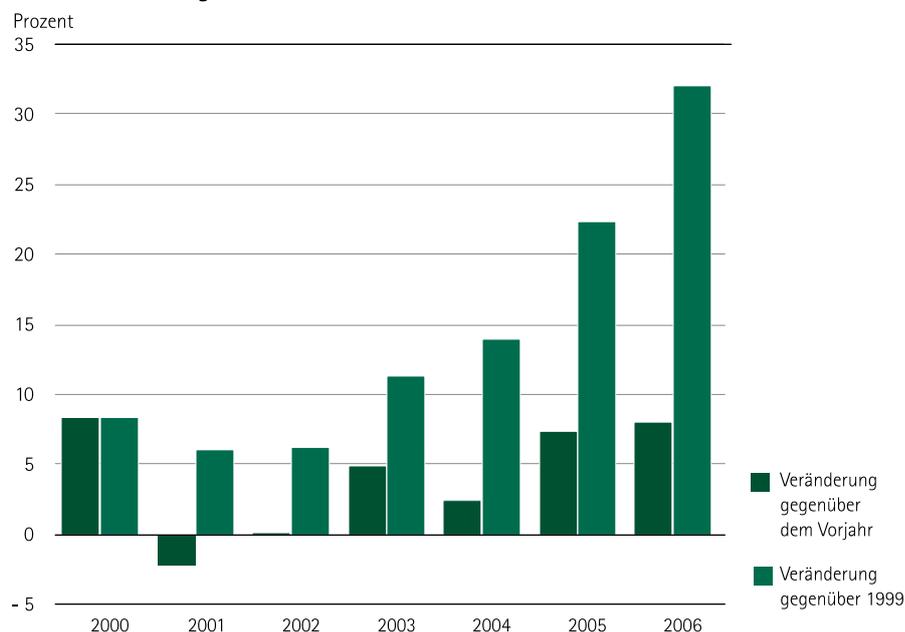
Einige wichtige Begriffsdefinitionen

Behandlungsfall

In der Krankenhausstatistik Teil II sind ausnahmslos vollstationär behandelte Patienten enthalten. Teilstationär, ambulant behandelte Patienten sowie gesunde Neugeborene sind nicht ausgewiesen.

Ein Behandlungsfall ist mit der tatsächlichen Entlassung aus dem Krankenhaus (oder dem Tod des Patienten) abgeschlossen. Der Wechsel zwischen verschiedenen Fachabteilungen wird als ein Fall und die erneute Einweisung eines Patienten innerhalb eines Kalenderjahres als neuer Fall gezählt.

Abb. 2 Veränderung der Fallzahlen ausländischer Patienten 2000 bis 2006



Ist in den nachfolgenden Ausführungen von Patienten die Rede, sind tatsächlich Behandlungsfälle gemeint.

Hauptdiagnose

„Als Hauptdiagnose gilt die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. [...] Die nach der Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiaagnose entsprechen.“ [8]

Wohnort

In der Krankenhausstatistik wird der ständige Wohnsitz erfasst. Befindet sich dieser im Ausland, dann ist der jeweilige Wohnstaat angegeben.

Da Informationen zur Nationalität nicht erhoben werden, wird die Angabe zum Wohnort als bestmögliche Approximation der Nationalität verwendet.

Alle Patienten mit Wohnort im Ausland werden nachfolgend als ausländische Patienten (AP) und Patienten mit Wohnort im Inland als inländische Patienten (IP) bezeichnet.

Wenn nicht anderweitig ausgewiesen, beziehen sich die Analysen auf das Erhebungsjahr 2006 und ganz Deutschland.

Entwicklung der Gesamtfallzahlen

In Deutschland werden pro Jahr ca. 17 Millionen Patienten stationär behandelt, wovon etwa 0,3 Prozent aus dem Ausland stammen. Ohne Berücksichtigung der Fälle mit unbekannter Herkunft sind die Gesamtfallzahlen ausländischer Patienten zwischen 1999 und 2006 von 40 501 auf 53 503 gestiegen (vgl. Abb. 1).

Wird von der Annahme ausgegangen, dass der Anteil der Ausländer in der Gruppe der Patienten mit unbekanntem Wohnort dem Anteil in der Gruppe mit bekanntem Wohnort entspricht, dann hat sich der Anteil der ausländischen Patienten an der Gesamtfallzahl zwischen 1999 und 2006 marginal um 0,03 Prozentpunkte auf 0,31 Prozent erhöht (vgl. Abb. 1).

2001 und 2002 waren die Fallzahlen ausländischer Patienten rückläufig bzw. stagnierten gegenüber den Vorjahren, was mit der gesunkenen Reisebereitschaft aufgrund der Terroranschläge in den USA in Verbindung stehen kann. Erst seit 2003 werden wieder mehr ausländische Patienten in Deutschland versorgt (vgl. Abb. 1 und 2).

Ausländische Patienten nach Herkunftsländern

Weit mehr als die Hälfte aller Patienten mit Wohnsitz im Ausland stammt 2006 aus den Mitgliedstaaten, die schon vor der Osterweiterung 2004 zur EU gehörten (hier EU15), und nur etwa jeder sechste ausländische Patient aus Amerika, Asien, Ozeanien oder Afrika (vgl. Abb. 3).

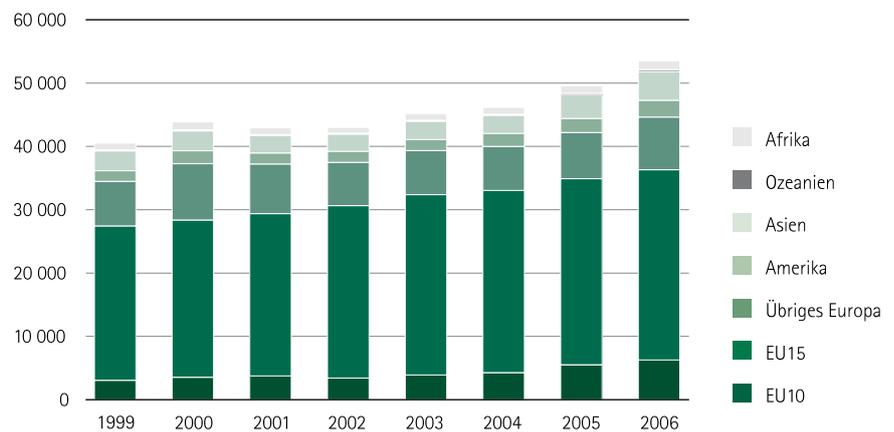
Das höchste durchschnittliche Wachstum von elf Prozent weisen im Betrachtungszeitraum die zehn Mitgliedstaaten auf, welche 2004 neu zur EU beigetreten sind (hier EU10). 2005 registriert die Krankenhausstatistik gegenüber dem Vorjahr einen Zuwachs von 1 200 Patienten aus diesen Ländern, was etwa 29 Prozent entspricht. Der Beitritt zur Europäischen Union hat die Mobilität der Bürger augenscheinlich erhöht.

Spezifiziert nach den einzelnen Herkunftsländern kamen 2006 die meisten ausländischen Patienten aus den Niederlanden, Frankreich, Österreich und Polen (vgl. Tab. 1).

Bei Betrachtung der Fallzahl ausländischer Patienten der Anrainerstaaten Sachsens fällt auf, dass bezogen auf die Einwohnerzahl von 38,1 Millionen in Polen und 10,4 Millionen in Tschechien 2006 fast doppelt so viele polnische wie tschechische Patienten in stationären Einrichtungen in Deutschland behandelt wurden. Das erste nichteuropäische Herkunftsländ ist an zehnter Stelle die USA mit 1 899 Behandlungsfällen, gefolgt von Kuwait (14. Stelle) und den Vereinigten Arabischen Emiraten (17. Stelle).

Ein anderes Bild ergibt sich, wenn man sich die durchschnittlichen Wachstumsraten¹⁾ im Betrachtungszeitraum anschaut. Das höchste durchschnittliche Wachstum verzeichnete Kuwait mit 24 Prozent, gefolgt von Russland (22 Prozent), Rumänien (20 Prozent) und den Vereinigten Arabischen Emiraten (18 Prozent). Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass deren Gesamtfallzahlen auch wesentlich niedriger sind. Die alten EU-Mit-

Abb. 3 Fallzahlen ausländischer Patienten 1999 bis 2006 nach Herkunft



gliedstaaten wie Belgien, Griechenland, Niederlande, Luxemburg, Frankreich, Österreich und Schweden registrierten lediglich ein moderates Wachstum zwischen einem und drei Prozent.

Auffällig ist die Türkei, welche als einziges Land unter den „Top 20“ eine rückläufige Entwicklung verzeichnete. Die Anzahl der türkischen Patienten sank von 2 698 im Jahr 1999 auf 1 214 im Jahr 2006. Diese Entwicklung lässt sich etwa damit erklären, dass zahlreiche türkische Bürger in der Vergangenheit, auch im Zuge der Familienzusammenführung, ihren Hauptwohnsitz nach Deutschland verlegten. [9]

Ausländische Patienten nach Behandlungsort (Bundesländer)

Die höchste Anzahl ausländischer Patienten weisen die einwohnerstärksten Bundesländer Bayern (13 800 Fälle) und Nordrhein-Westfalen (12 405) auf. Nahezu jeder zweite der 53 503 ausländischen Patienten wurde hier versorgt. Baden-Württemberg kommt an dritter Position auf immerhin etwa halb so viele ausländische Patienten (vgl. Tab. 2).

1) Die durchschnittliche Wachstumsrate wird als geometrisches Mittel der jährlichen Wachstumsraten (Fallzahl im jeweiligen Basisjahr geteilt durch die Fallzahl im Vorjahr) bestimmt.

Tab. 1 Die 20 Herkunftsländer mit den meisten ausländischen Patienten

Rang	Herkunftsland	1999	2006	Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate in %	Durchschnittliche Verweildauer 2006 in Tagen
		Fallzahlen absolut			
1	Niederlande	5 455	6 630	3	5,8
2	Frankreich	4 168	5 143	3	6,0
3	Österreich	3 807	4 713	3	6,5
4	Polen	2 210	4 413	10	6,1
5	Belgien	2 877	3 105	1	6,1
6	Schweiz	1 377	2 313	8	5,2
7	Italien	2 196	2 221	0	6,7
8	Russland	502	2 053	22	7,0
9	Großbritannien	1 220	2 024	7	5,2
10	USA	1 211	1 899	7	5,3
11	Luxemburg	1 395	1 708	3	6,9
12	Spanien	770	1 351	8	6,6
13	Türkei	2 698	1 214	-11	5,8
14	Kuwait	223	1 010	24	8,6
15	Dänemark	608	1 009	8	5,5
16	Griechenland	772	905	2	9,1
17	Vereinigte Arabische Emirate	274	888	18	8,0
18	Schweden	504	657	4	5,8
19	Tschechische Republik	304	642	11	5,4
20	Rumänien	167	601	20	6,2

In den neuen Bundesländern werden hingegen tendenziell weniger ausländische Patienten stationär behandelt. So nahmen 2006 gerade einmal 764 Patienten aus dem Ausland sächsische Krankenhäuser in Anspruch. Rheinland-Pfalz, welches eine mit Sachsen vergleichbare Bevölkerungszahl aufweist (Sachsen 4,2 Millionen Einwohner, Rheinland-Pfalz 4,0 Millionen Einwohner) registrierte im gleichen Zeitraum mehr als vier Mal so viele ausländische Patienten (vgl. Tab. 2).

Außerdem ist auffallend, dass sich in Sachsen im Vergleich zu anderen Bundesländern die Fallzahlen ausländischer Patienten zwischen 1999 und 2006 kaum verändert haben (vgl. Tab. 2).

Werden die Fallzahlen auf die Anzahl der Krankenhäuser je Bundesland bezogen, sticht das Saarland hervor. Dort wurden 2006 mehr als 116 ausländische Patienten pro Krankenhaus versorgt. Weit abgeschlagen erscheint Bayern an zweiter Stelle mit mehr als 36, gefolgt von Berlin mit 30 ausländischen Patienten je Krankenhaus. Die Schlusslichter bilden diesbezüglich die drei neuen Bundesländer Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt mit durchschnittlich weniger als zehn ausländischen Patienten je Einrichtung im Erhebungsjahr 2006 (vgl. Tab. 2).

Analyse nach Herkunftsländern

Frankreich

Patienten aus Frankreich ließen sich am häufigsten in direkt angrenzenden Regierungsbezirken behandeln. Am stärksten wurden stationäre Einrichtungen im Saarland sowie in den Regierungsbezirken Karlsruhe und Freiburg frequentiert (vgl. Abb. 4).

Bei der Analyse der häufigsten Hauptdiagnosen ist festzustellen, dass es sich überwiegend um akute Versorgungen handelt, was wohl mehrheitlich Einwohner der Grenzregion betrifft (vgl. Tab. 3 und Tab. 4). Bestärkt wird diese Hypothese durch die Tatsache, dass

Tab. 2 Behandlung ausländischer Patienten nach Bundesländern

Rang	Bundesland	1999	2006	Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate in %	2006
		Fallzahlen absolut			Fallzahlen je Krankenhaus
1	Bayern	7 406	13 800	9	36,1
2	Nordrhein Westfalen	12 930	12 405	-1	28,4
3	Baden-Württemberg	5 113	6 850	4	23,1
4	Hessen	1 906	3 702	10	20,7
5	Saarland	2 520	3 031	3	116,6
6	Niedersachsen	2 227	2 932	4	14,7
7	Rheinland-Pfalz	3 069	2 802	-1	28,0
8	Berlin	1 151	2 257	10	30,9
9	Hamburg	1 019	1 205	2	25,1
10	Brandenburg	424	1 034	14	22,0
11	Schleswig-Holstein	763	979	4	10,2
12	Sachsen	709	764	1	9,2
13	Mecklenburg-Vorpommern	405	514	3	15,1
14	Sachsen-Anhalt	291	427	6	8,5
15	Bremen	260	415	7	29,6
16	Thüringen	308	386	3	8,6

Einrichtungen in Mittel- und Ostdeutschland kaum französische Patienten verzeichneten (vgl. Abb. 4).

Durchschnittlich blieben die Franzosen 6,03 Tage im Krankenhaus²⁾, wobei das Durchschnittsalter 42,3 Jahre betrug.

Polen

Ein Blick auf Abb. 4 zeigt, dass polnische Patienten über das gesamte Bundesgebiet verteilt anzutreffen waren. Erwartungsgemäß ließ sich ein Großteil in Brandenburg versorgen. Dennoch waren polnische Patienten auch auffallend häufig in den alten Bundesländern vertreten, weshalb es andere Motive (z. B. Saisonarbeit) für den Aufenthalt geben muss.

Über 26 Prozent aller polnischen Bürger wurden aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen ins Krankenhaus eingewiesen (vgl. Tab. 3). Die

am häufigsten gestellte Hauptdiagnose ist Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (6,7 Prozent), gefolgt von Lebendgeborenen nach dem Geburtsort (4,9 Prozent), intrakraniellen Verletzungen (4,3 Prozent), Fraktur des Unterschenkels (2,6 Prozent) und Herzinfarkt (2,3 Prozent) (vgl. Tab. 4). Die meisten dieser Behandlungen sind akut und haben sich wohl erst während eines Aufenthaltes in Deutschland als notwendig erwiesen. Geplante Behandlungen spielen so gut wie keine Rolle und sind aufgrund des hohen Einkommensgefälles vorerst auch nicht zu erwarten. [10]

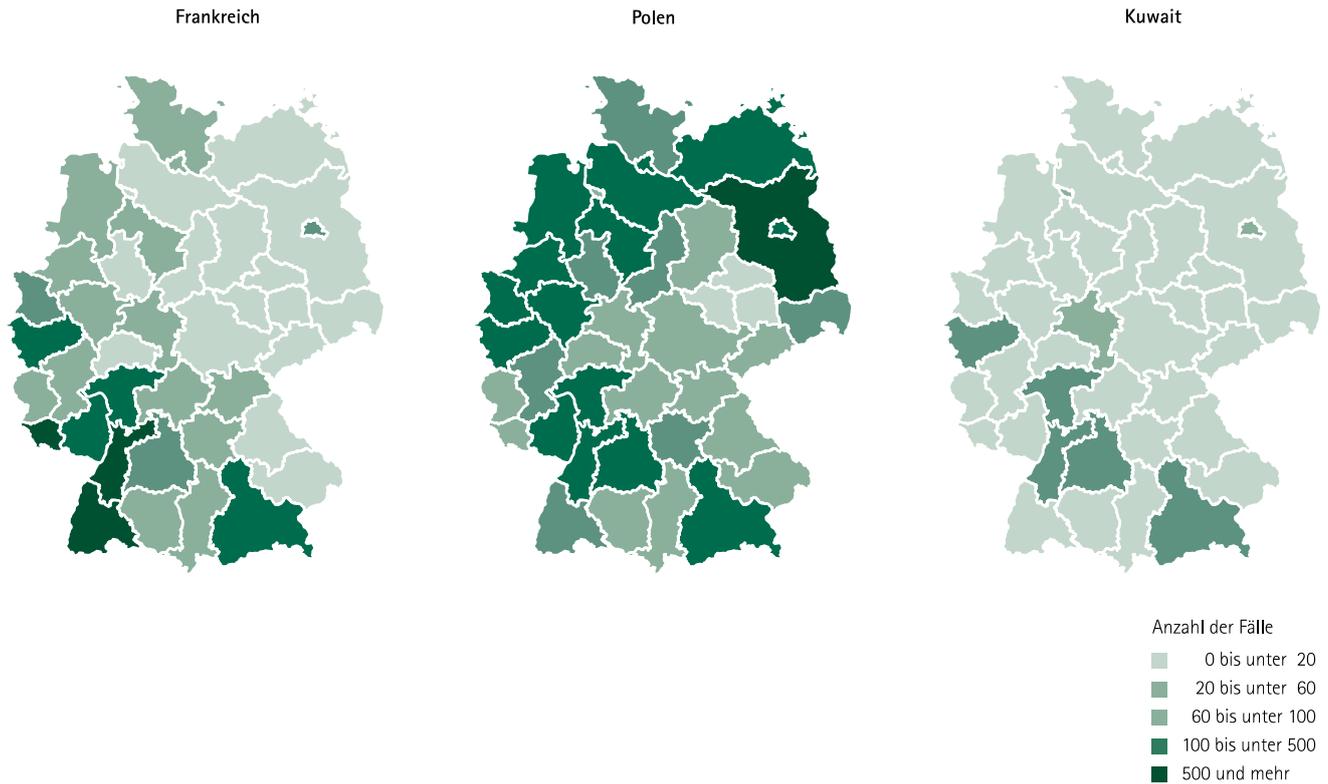
Auffällig ist, dass die zweithäufigste Diagnose, Lebendgeborene nach dem Geburtsort, zu über 81 Prozent (176 Fälle) in Brandenburg

²⁾ Bei der Berechnung der durchschnittlichen Verweildauern wurden Stundenfälle und Fälle mit Verweildauern von mehr als 42 Tagen nicht berücksichtigt.

Tab. 3 Behandlungsfälle 2006 nach Diagnosekapiteln und Herkunftsländern (in Prozent)

Diagnosekapitel	Anteil der Patienten mit Wohnsitz				
	im Inland	im Ausland	in Frankreich	in Polen	in Kuwait
Krankheiten des Kreislaufsystems	15,0	12,0	12,4	11,3	5,7
Neubildungen	10,7	11,4	8,8	2,5	13,4
Krankheiten des Verdauungssystems	10,0	8,4	8,9	9,2	3,8
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	10,0	15,9	14,4	26,4	8,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,4	8,8	8,2	3,2	35,0
Psychische und Verhaltensstörungen	6,2	5,3	6,7	9,2	0,4
Krankheiten des Atmungssystems	6,0	4,5	5,8	2,3	2,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	5,4	4,0	4,9	8,7	.
Sonstige	28,3	29,7	29,9	27,1	30,6

Abb. 4 Patienten 2006 nach Behandlungsort (Regierungsbezirke) und Herkunftsländern 2006



gestellt wurde, was nicht allein mit der Nähe zur Grenze erklärbar ist. Auch neun der zehn häufigsten Diagnosen stehen in Brandenburg mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Verbindung und spiegeln wohl vielmehr das Engagement einzelner Einrichtungen wider. [11]

Kuwait

Bei den kuwaitischen Patienten fällt auf, dass sie in den einzelnen Regierungsbezirken entweder sehr stark oder gar nicht vertreten sind. Dies kann ein Indiz dafür sein, dass sich bestimmte Einrichtungen auf die Versorgung dieser Patienten spezialisiert haben (vgl. Abb. 4).

Fast 35 Prozent aller kuwaitischen Patienten wurden aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes eingewiesen. Bei den Inländern war dies hingegen in nur 8,4 Prozent aller Fälle die Ursache. Als zweithäufigste Diagnosegruppe wurden Neubildungen (13 Prozent) festgestellt, welche beispielsweise bei den

Tab. 4 Rangfolge der Hauptdiagnosen der Patienten 2006 insgesamt und nach Herkunftsländern

Rang APges	Diagnose (ICD-10)	Fallzahl APges	Rang für Patienten mit Wohnsitz			
			im Inland	in Frankreich	in Polen	in Kuwait
1	Intrakranielle Verletzung (S06)	1 280	5	1	3	>40
2	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10)	1 109	4	3	1	>40
3	Lebendgeborene nach dem Geburtsort (Z38)	900	1	2	2	>40
4	Angina pectoris (I20)	893	3	4	8	24
5	Akuter Myokardinfarkt (I21)	872	7	6	5	>40
6	Fraktur des Unterschenkels (S82)	828	17	7	4	27
7	Chronische Ischämische Herzkrankheiten (I25)	700	9	11	>40	12
8	Epilepsie (G40)	665	29	17	7	13
9	Sonstige Bandscheibenschäden (M51)	648	24	8	>40	2
10	Nieren- und Ureterstein (N20)	618	35	22	6	>40
...
14	Gonarthrose (M17)	502	12	>40	>40	1
...
>40	Angeborene Deformation d. Hüfte (Q65)	<100	>40	>40	>40	3

Erläuterungen:

APges - Patienten mit Wohnsitz im Ausland

... - Zeilen entfallen, da nur Hauptdiagnosen dargestellt werden, deren Rang <4 für Patienten aus Frankreich, Polen und Kuwait bzw. <11 für Patienten aus dem Inland ist

Abb. 5 Verweildauer ausländischer und inländischer Patienten in Krankenhäusern 2006

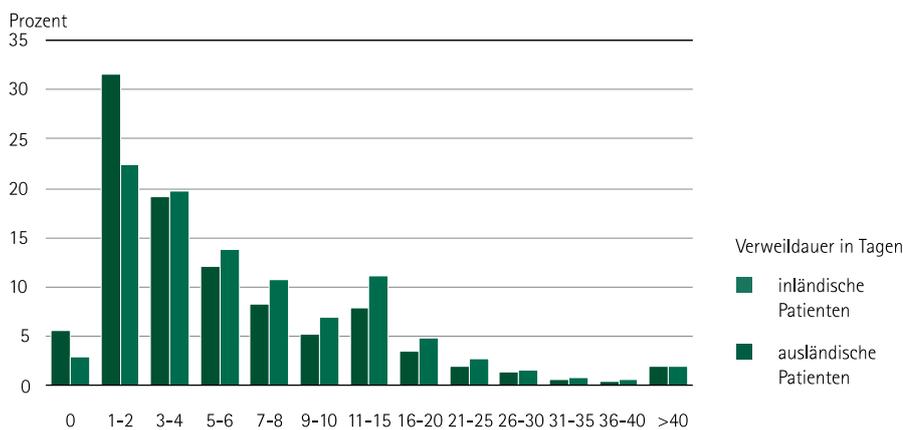
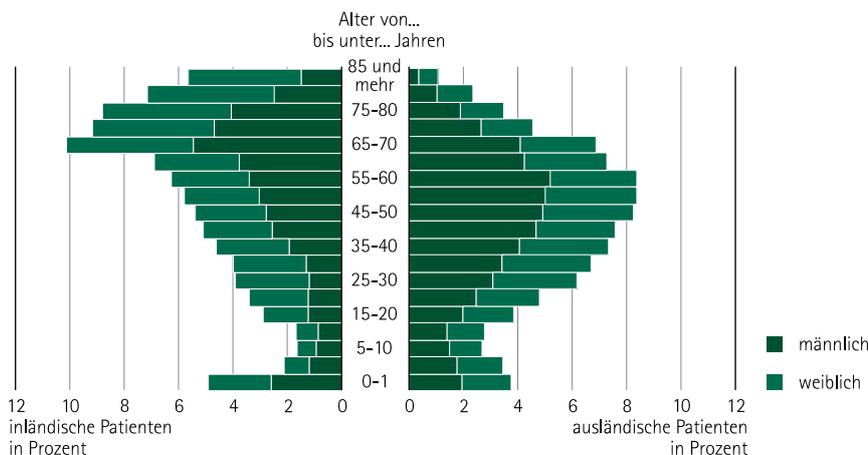


Abb. 6 Altersstruktur inländischer und ausländischer Patienten 2006



Polen wiederum nur 2,5 Prozent aller Fälle erklären (vgl. Tab. 3).

Ein Großteil dieser Behandlungen sind planbar, woraus sich ableiten lässt, dass die kuwaitischen Patienten zumeist mit der Absicht eines medizinischen Eingriffs nach Deutschland gereist sind. Auch die durchschnittliche Verweildauer lag mit 8,6 Tagen höher als bei

Patienten aus den Anrainerstaaten Deutschlands (vgl. Tab. 1).

Verweildauer

Der Anteil der Kurzlieger ist bei den ausländischen Patienten deutlich höher. 37,1 Prozent der Ausländer verbrachten weniger als drei

Tage im Krankenhaus. Bei den Inländern waren es lediglich 25,2 Prozent.

Dies spiegelt sich auch in der durchschnittlichen Verweildauer wider. Bei inländischen Patienten betrug diese 7,5 Tage und bei ausländischen Patienten 6,3 Tage. Ausländische Patienten waren somit im Durchschnitt einen Tag kürzer im Krankenhaus (vgl. Abb. 5).

Altersstruktur

In Abb. 6 ist der Anteil verschiedener Kohorten an der Gesamtfallzahl getrennt nach Geschlecht und Herkunft dargestellt.

Die Prozentsatzdifferenz zwischen ausländischen und inländischen Patienten ist in den Gruppen der über 64-Jährigen und Neugeborenen immer negativ, was bedeutet, dass ausländische Patienten hier unterrepräsentiert sind. Zum Beispiel sind 10,2 Prozent aller inländischen Patienten zwischen 65 und 69 Jahre alt, aber nur 6,9 Prozent aller ausländischen Patienten. Andererseits sind ausländische Patienten besonders stark in den Kohorten der 25- bis 59-Jährigen vertreten.

Das Durchschnittsalter ausländischer Patienten beträgt 2006 43,1 Jahre und das Durchschnittsalter der Inländer 52,5 Jahre. Die ausländischen Patienten sind somit durchschnittlich etwa 9,4 Jahre jünger.

Diese Ergebnisse erscheinen plausibel, da bei älteren Menschen prinzipiell von einer geringeren Mobilität bzw. Reisebereitschaft auszugehen ist.

Regressionsanalyse

Mittels eines multiplen linearen Regressionsmodells wird abschließend untersucht, ob Bettenauslastung, Anzahl der Betten, Anzahl medizinisch-technischer Geräte, Trägerschaft sowie Standortvariablen (Grenznahe, Ost-West) einen Einfluss auf

Tab. 5 Regressionsanalyse

Parameter	Abhängige Variable					
	Anzahl ausländischer Patienten			Anteil ausländischer Patienten		
	B (SE)	p-Wert	B (SE)	p-Wert		
Konstante	-21,646 (12,879)	0,093	4,599 (0,459)	<0,0001 ²⁾		
Bettenauslastung	-0,317 (0,137)	0,021 ¹⁾	-0,064 (0,005)	<0,0001 ²⁾		
Anzahl Betten insgesamt	0,072 (0,011)	<0,0001 ²⁾	-0,0004 (0,0004)	0,263		
Anzahl med.-techn. Großgeräte	2,616 (0,245)	<0,0001 ²⁾	0,015 (0,009)	0,095		
Öffentlicher Träger (Dummy-Variable)	4,854 (4,751)	0,307	0,164 (0,169)	0,332		
Privater Träger (Dummy-Variable)	6,302 (5,592)	0,260	1,130 (0,199)	<0,0001 ²⁾		
Bundesland-West (Dummy-Variable)	30,377 (6,328)	<0,0001 ²⁾	0,344 (0,225)	0,127		
Grenzregierungsbezirk (Dummy-Variable)	20,800 (4,125)	<0,0001 ²⁾	0,304 (0,147)	0,039 ¹⁾		
N	2 044		2 044			
R ²	0,284		0,149			

1) ...signifikant auf dem Niveau 0,05; (SE= Standardfehler des jeweiligen Parameterschätzers)
 2) ...signifikant auf dem Niveau 0,01;

die Anzahl der Patienten mit Wohnort im Ausland (Anzahl AP) bzw.

den Anteil der Patienten mit Wohnort im Ausland an der Gesamtfallzahl je Krankenhaus (Anteil AP)

haben (vgl. Tab. 5). Um auch dichotome Variablen (d. h. Variablen, welche nur zwei Merkmalsausprägungen besitzen) in die Regressionsanalyse einbeziehen zu können, wurden sogenannte Dummy-Variablen eingeführt. Grundlage der Regressionsanalyse bilden Daten der Krankenhausstatistik Teil I und II aus dem Jahr 2006, wobei Bundeswehrkrankenhäuser sowie reine Tages- und Nachtkliniken ausgeschlossen wurden.

Einen signifikanten Einfluss auf die Anzahl der ausländischen Patienten je Krankenhaus haben Bettenanzahl, Bettenauslastung, Anzahl der medizinisch technischen Geräte und die beiden Standortvariablen. Erwartungsgemäß steigt die Anzahl der ausländischen Patienten mit der Größe des Krankenhauses.

Sowohl zwischen Anzahl als auch Anteil der ausländischen Patienten und der Bettenauslastung der Einrichtung konnte ein statistisch signifikanter, negativer Zusammenhang nachgewiesen werden. Dies deutet darauf hin, dass die ausländischen Patienten zumindest keine Belastung der inländischen Wartelisten darstellen. Interessant ist ferner, dass Einrichtungen in privater Trägerschaft im Vergleich zu gemeinnützigen Einrichtungen einen höheren Anteil ausländischer Patienten aufweisen.

Aber auch die Nähe zur Grenze wirkt sich erwartungsgemäß positiv auf die Fallzahlen von Patienten mit Wohnort im Ausland aus.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Analyse der Daten zeigt, dass die Fallzahlen von Patienten mit Wohnort im Ausland, gemessen am Anteil der Gesamtfallzahlen, gering sind, dennoch seit 2003 steigen. Der Anteil ausländischer Patienten von unter einem Prozent erscheint niedrig. Allerdings bleibt die Frage nach der Definition eines hohen Anteils in der wissenschaftlichen Diskussion bislang ungeklärt. Hierzu wäre ein Vergleich mit anderen europäischen Staaten zweckdienlich, welcher jedoch gegenwärtig am Mangel an vergleichbaren Daten scheitert. [12]

Ferner wurden inländische und ausländische Patienten bezüglich ausgewählter Merkmale verglichen. Ausländische Patienten sind im Durchschnitt jünger als die Inländer und verweilen kürzer im Krankenhaus. Ein Vergleich zwischen den Herkunftsländern zeigt, dass bei den hier analysierten Anrainerstaaten akute Behandlungen überwiegen und häufig in Grenzregionen erfolgen. Bei Patienten

aus Kuwait handelt es sich hingegen zumeist um elektive, also planbare Behandlungen und die durchschnittliche Verweildauer ist höher. Dennoch steht Deutschland für Patienten aus den arabischen Ländern auf der Wunschliste offensichtlich nicht an erster Stelle. So wurden 2006 in einem einzelnen Krankenhaus in Thailand mehr Patienten aus den arabischen Ländern (über 91 000 Patienten) behandelt, als ausländische Patienten in Deutschland insgesamt. [13]

Dipl.-Volkswirtin Ivonne Lutze, Absolventin der TU Dresden

Prof. Dr. Alexander Karmann, TU Dresden, Lehrstuhl für VWL insbesondere Geld, Kredit, Währung

Dr. Olaf Schoffer, Referent Forschungsdatenzentrum

Literatur- und Quellenverzeichnis:

- [1] Fabry, U./ Hansen, F.-J. (2007): Der globale Gesundheitsmarkt aus der Sicht eines Leistungserbringers. Die Krankenversicherung, 59. Jhrg. (07/08), S. 208-210.
- [2] KHEntG: Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422, zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990))
- [3] Flash Eurobarometer (2007): Cross - Border Health Services in the EU - Analytical Report, Nr. 210. Verfügbar unter: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_210_en.pdf.
- [4] Wille, E. (2005): Auswirkungen der europäischen Integrationspolitik auf das deutsche Gesundheitswesen. In: AOK-Bundesverband: Europa für die Versicherten gestalten (Bd. 17, S. 29-47). Berlin, AOK die Gesundheitskasse im Dialog.
- [5] White, W./ Morrisey, M. A. (1998): Are Patients Traveling Further? International Journal of the Economics of Business, 5 (2), S. 203-221.
- [6] KHStatV: Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4 b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534)
- [7] BStatG: Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (Bundesstatistikgesetz) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246)
- [8] DKG (2008): Deutsche Kodierrichtlinie - Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Version 2008. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.
- [9] Bundesministerium des Innern. (2005): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge - Migrationsbericht 2005. Berlin.
- [10] Hajen, L. (Oktober 2005): Rückwirkungen der Binnenmarktfreiheiten auf Gesundheitsmärkte in der Europäischen Union: Chancen und Risiken für Deutschland und Polen. CIS Papers, Centre of International Studies Hamburg.
- [11] Sonnabend, L. (14. 11 2007): Wehklagen über Geburtstourismus. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,517099,00.html>, abgerufen am 29. Juli 2008.
- [12] Rosenmöller M. et al. (2006): Patient Mobility in the European Union: Learning from Experience. Copenhagen, World Health Organization.
- [13] MacReady, N. (2007): Developing Countries Court Medical Tourists. The Lancet, 369 (9576), S. 1849-1850.