

Jürgen Herdt  
Stabsstelle für  
Planung und Entwicklung  
48147 Münster  
Gartenstr. 210 - 214  
Tel.: (02 51) 9 29-20 34  
Fax: (02 51) 9 29-20 39

30. April 2009

**B. Augursky et al: Effizienzreserven im Gesundheitswesen, RWI-Materialien, Heft 49**

**Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung RWI,  
Essen, im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft<sup>1</sup>**

**Kernaussagen und Bewertung**

*Gliederung*

(1)	Vorbemerkung zum Auftraggeber .....	1
(2)	Effizienzanalysen im Gesundheitswesen/ Bewertung des Untersuchungsansatzes.....	3
(3)	Der internationale Vergleich .....	5
(4)	Das Bundesländer-Ranking.....	9
(5)	Der Krankenhausbereich.....	11
(6)	Der ambulante Bereich.....	15
(7)	Der Arzneimittel-Bereich.....	16
(8)	Bundesländer-Profil: Nordrhein-Westfalen .....	17
(9)	Handlungsoptionen.....	18
(10)	Fazit/ Bewertung der Studie .....	19
	Zusammenfassung:.....	20

**(1) Vorbemerkung zum Auftraggeber**

Das RWI wurde von der *Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM)* mit der Studie beauftragt. Die INSM versteht sich als „branchen- und parteiübergreifende Plattform“, die „ausdrücklich offen [ist] für alle, die sich dem Gedanken der Sozialen Marktwirtschaft verbunden

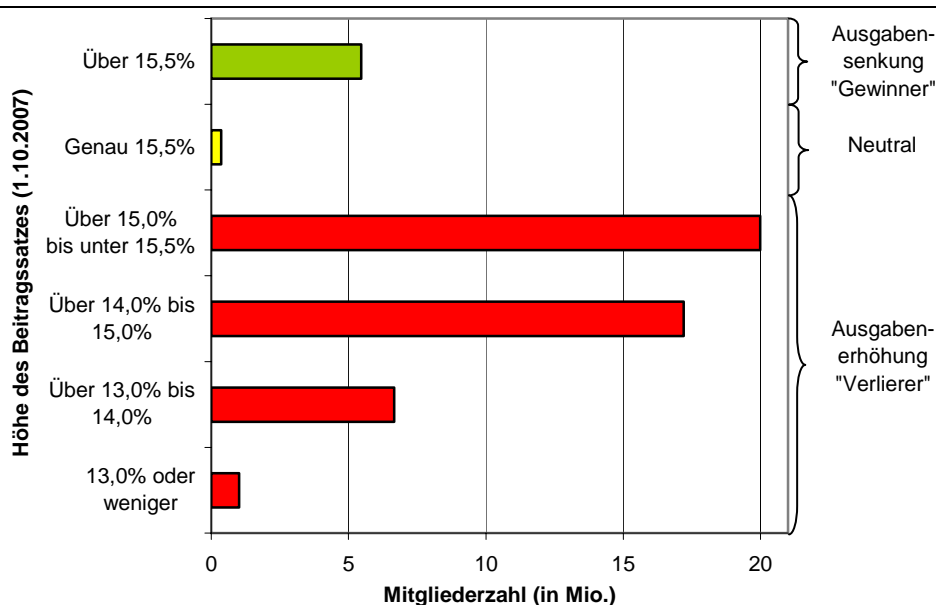
<sup>1</sup> Die Studie ist im Internet unter [http://www.rwi-essen.de/pls/portal30/docs/FOLDER/PUBLIKATIONEN/RWIMAT/RWI\\_MAT049/M\\_49\\_EFFIZIENZRESERVEN.PDF](http://www.rwi-essen.de/pls/portal30/docs/FOLDER/PUBLIKATIONEN/RWIMAT/RWI_MAT049/M_49_EFFIZIENZRESERVEN.PDF); hier wurde vom RWI mittlerweile eine aktualisierte Version eingestellt, die an einzelnen Stellen Präzisierungen vornimmt.

*fühlen.*“ Die INSM wird durch die Arbeitgeberverbände der Metall- und Elektro-Industrie mit einem Jahresetat von etwa acht Mio. Euro finanziert.

Selbsterklärtes Ziel der INSM ist eine nachhaltige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Sie versteht darunter im Wesentlichen eine Senkung der so genannten Lohnnebenkosten und dabei insbesondere des Arbeitgeberanteils. Konsequenterweise fordert sie daher in Bezug auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, *„den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine Grundversorgung [zu] reduzieren und die Bürger zu mehr individueller Vorsorge [zu] verpflichten.“* (lt. Selbstdarstellung der Initiative im Internet: <http://www.insm.de/Soziales/Gesundheit.html>)

Den Anstoß für das Gutachten dürfte die Diskussion um die Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum 1. Januar 2009 im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds gegeben haben, durch den die Sozialversicherungsausgaben in der Mehrzahl der Unternehmen gestiegen sind, wie Abbildung 1 veranschaulicht. Die Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent bedeutete demnach für über 90 Prozent der Mitglieder der GKV einen höheren Beitragssatz. Diese Mehrausgaben verteilen sich dabei jeweils zur Hälfte auf den Arbeitnehmer und den Arbeitgeber, der in diesem Umfang höhere Lohnnebenkosten zu tragen hat.

Abbildung 1 Mitgliederzahl der GKV nach Beitragssatz inkl. Zusatzbeitrag (Stand 01.10.2007)



Quelle: IfG Institut für Gesundheitsökonomik, München

In der Außendarstellung will die INSM nach eigener Aussage Folgendes:

*“INSM-Geschäftsführer Max A. Höfer will mit der Studie eine breite Debatte über Ausgaben-effizienz bei den Krankenkassen anstoßen: "Die Krankenkassen müssen endlich diese Einsparpotentiale nutzen", fordert Höfer, "dann können sie entweder die Beiträge senken oder ihren Versicherten eine Rückerstattung auszahlen". Das Gutachten errechnet für das Szenario A eine Rückerstattung in Höhe von 109 Euro und für das Szenario B in Höhe von 192 Euro pro Kopf und Jahr.“* (Pressemitteilung der INSM vom 8.1.2009)

## **(2) Effizienzanalysen im Gesundheitswesen/ Bewertung des Untersuchungsansatzes**

### ***Kernaussagen der Studie zu Daten und Methodik:***

- ▶ **Benchmarkverfahren mit 2 Szenarien:**  
Szenario A („konservativ“) mit Orientierung am Bundesdurchschnitt,  
Szenario B („optimistisch“) mit Orientierung am unteren Viertel der Verteilung
- ▶ **Benchmark ist jeweils sowohl die Region mit der niedrigsten Inanspruchnahme einerseits als auch die Region mit den geringsten Preisen andererseits. Die Kennwerte beider Regionen werden zu einem fiktiven Benchmark verknüpft, gegenüber dem die Effizienzpotentiale gemessen werden.**
- ▶ **Für den stationären Sektor findet eine alters- und geschlechtsbezogene Standardisierung der Krankenhaushäufigkeit statt; für den ambulanten Sektor fehlen alters- und geschlechtsbezogene Informationen über die Leistungsanspruchnahme; auf Basis ihrer Bevölkerungsstruktur wurden für die einzelnen Bundesländer die erwarteten Leistungsmengen geschätzt.**

### ***Bewertung:***

Die Beurteilung der Effizienz von sozialen Sicherungssystemen im Allgemeinen wie von Gesundheitssystemen im Besonderen ist verheißungsvoll: Ließe sich dadurch doch ermitteln, wie viele Mittel unnötigerweise in ein Versorgungssystem fließen, die – wohlfahrtssteigernd – in anderen Bereichen eingesetzt werden könnten. Gleichwohl ist die konzeptionelle Umsetzung einer solchen Effizienzanalyse nicht einfach zu gestalten. Wissenschaftlich allgemein anerkannte Konzepte liegen nicht vor. Hilfsweise wird zumeist auf vergleichende Ansätze zurückgegriffen: Systeme werden anhand ausgewählter Input- und Outcome-Parameter verglichen. Dort wo niedrige Input-Faktoren mit einem hohen Outcome assoziiert sind, geht man per se von einer höheren Effizienz aus als im umgekehrten Fall. Zulässig ist eine solche Vorgehensweise aber nur dann, wenn gleiche Versorgungsziele und -niveaus vorliegen und alle für einen tragfähigen Vergleich notwendigen Parameter und Strukturaspekte in die Analyse einfließen. An dieser Stelle zeigen sich bei umfassenden Effizienzanalysen im Gesundheitswesen zumeist Schwächen.

Der internationale Vergleich übergeht allzu schnell unterschiedliche, politisch gesetzte Versorgungsniveaus und differierende Versorgungsstrukturen. Der regionale Vergleich innerhalb eines Landes baut – insbesondere in Deutschland, wo fundierte epidemiologische Daten weitestgehend fehlen – zumeist auf einer zu dünnen Datenlage auf. Beides zeigt sich exemplarisch in der vorgelegten Arbeit des RWI.

Anspruch des RWI-Gutachtens ist es, den Umfang von Einsparpotenzialen im deutschen Gesundheitswesen „abzuschätzen“. Gewählt wird dafür ein pragmatischer Ansatz: Die Ausgabenhöhe wird eingangs aus der internationalen Perspektive angerissen, im Zentrum steht ein Bundesländervergleich im Hinblick auf die drei zentralen Leistungsbereiche des deutschen Gesundheitswesens: die ambulant-ärztliche, die Krankenhaus- und die Arzneimittelversorgung.

Die Gutachter nehmen ein Ranking der Bundesländer in diesen Leistungsbereichen vor, definieren normativ eine Effizienzgrenze und bezeichnen alle Werte über dieser Grenze als

Einsparpotenzial. Sie wählen zwei Szenarien: In einem so genannten „konservativen“ Szenario liegt die Effizienzgrenze jeweils beim Bundesdurchschnitt. Das RWI errechnet auf dieser Basis ein Einsparpotenzial von 5,55 Mrd. Euro. Dies entspricht 5,4% der GKV-Gesamtausgaben in den drei Bereichen. Bei dem so genannten „optimistischen“ Szenario wird die Effizienzgrenze vom unteren Viertel der Verteilung bestimmt. Die Gutachter kommen so auf ein Einsparpotenzial von 9,75 Mrd. Euro. Dies kommt einem Anteil von 9,5% der GKV-Gesamtausgaben in den drei Bereichen gleich.

Absolut betrachtet sieht das RWI das größte Einsparpotenzial im Krankenhausbereich. Es errechnet hier ein Einsparvolumen für den Bereich der GKV von 2,19 Mrd. Euro nach dem konservativen und von 4,37 Mrd. Euro nach dem optimistischen Szenario. Dies entspricht Anteilen von 4,1% bzw. 8,2% an den Ausgaben dieses Leistungsbereiches.

Relativ gesehen fallen die Einsparpotenziale aber im ambulant-ärztlichen und insbesondere im Arzneimittelbereich überdurchschnittlich hoch aus. So sehen die Gutachter im ambulant-ärztlichen Bereich Einsparpotenziale von 1,18 Mrd. Euro in Bezug auf das konservative und 2,18 Mrd. Euro in Bezug auf das optimistische Szenario. Dies beträfe 5,1% bzw. 9,4% des ambulanten-ärztlichen Budgets. Für den Bereich der Arzneimittel-Versorgung ermittelt das RWI ein Einsparvolumen von 2,18 Mrd. Euro nach dem konservativen und von 3,20 Mrd. Euro nach dem optimistischen Ansatz. Damit könnten 8,2% bzw. 12,0% der Arzneimittelausgaben als Einsparpotenzial betrachtet werden.

Bei Nutzung dieser Einsparpotenziale könnte nach den Berechnungen des RWI von einer Senkung des einheitlichen Beitragssatzes um 0,56 Prozentpunkte nach dem konservativen bzw. 0,99 Prozentpunkte nach dem optimistischen Szenario ausgegangen werden. Würde man – so die Überlegungen des RWI – die ermittelten Einsparpotenziale im gleichen Verhältnis auch auf die Leistungsbereiche übertragen, die nicht in die Analyse einbezogen waren, könnte der einheitliche Beitragssatz sogar um 0,80 bzw. 1,41 Prozentpunkte abgesenkt werden.

Auf dieser Grundlage errechnet das RWI, dass *unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds mit festgeschriebenem Arbeitgeberbeitrag die entsprechende Beitragsrückerstattung für den Versicherten im konservativen Szenario 153 Euro und im optimistischen Szenario 269 Euro betragen würde*. Allerdings wird sich mit der Konstruktion des Gesundheitsfonds schwerlich eine generelle Beitragsrückerstattung begründen lassen. Vorgesehen sind dem Grunde nach kassenindividuelle Beitragsrückerstattungen. Ein genereller Mittelüberschuss müsste in diesem Sinne zu einem Sinken des allgemeinen Beitragssatzes führen, das die Aufwendungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu gleichen Teilen senken würde. Die von den Gutachtern in Aussicht gestellte Rückerstattung dürfte in diesem Sinne auch nur zu rund der Hälfte beim Versicherten ankommen.

### (3) Der internationale Vergleich

#### ***Kernaussagen der Studie zum internationalen Vergleich:***

- ▶ Deutschland nahm 2005 mit 3.287 \$ Gesundheitsausgaben pro Kopf den neunten Platz unter den in der Studie aufgeführten OECD-Ländern ein
- ▶ Die anteiligen Gesundheitsausgaben betrugen in Deutschland 2005 10,7% des BIP, damit lag Deutschland auf Platz 4 im OECD-Ranking
- ▶ Die Krankenhaushäufigkeit liegt in Deutschland mit 203 Fällen je 1.000 Einwohner um ein Drittel über dem Durchschnitt der OECD-Länder
- ▶ Bei medizinischem Krankenhauspersonal liegt Deutschland im Mittelfeld der OECD-Länder: Im Jahr 2005 entfielen in Deutschland auf 1.000 Einwohner 14,4 Krankenhausärzte und Pflegekräfte gegenüber 16,6 in der OECD.

#### ***Bewertung:***

Seinem eigentlichen Analyseansatz stellt das RWI zunächst einen internationalen Vergleich voran, der dem Leser für die weitere Lektüre den Eindruck vermitteln soll, das deutsche Gesundheitssystem sei verglichen mit anderen Industrienationen ineffizient und zudem über-  
teuert. In den Darstellungen liegt Deutschland unter ausgewählten Industrieländern sowohl bei den Gesundheitsausgaben als auch bei der Infrastruktur – insbesondere im fachärztlichen und Krankenhausbereich – zum Teil deutlich über dem Durchschnitt. Allerdings verweisen die Autoren an keiner Stelle darauf, dass sich Deutschland in einer Reihe von Ländern befindet, die erhebliche Versorgungslücken aufweisen. Diese Defizite sind dort zumeist sichtbar an generellen Wartelisten. Zu diesen Ländern zählen Großbritannien, Irland, die süd- und südwesteuropäischen Länder sowie – wenn auch in etwas eingeschränktem Maße – die nordeuropäischen Länder. Unterdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben sind hier gerade kein Effizienzmaßstab, sondern im Gegenteil ein Anzeichen für eine relative Unterversorgung. Analoges gilt im Ansatz ebenfalls für die Indikatoren Krankenhausbett und -fälle. Auch sie können aus den bereits genannten Gründen nur mit Einschränkungen als Effizienzmaßstab dienen.

Auch die höchste Steigerungsrate bei den Gesundheitsausgaben im europäischen Vergleich in Portugal kann demnach nicht etwa – wie von den Autoren impliziert – als Indiz für Ineffizienz herangezogen werden. Sie spiegelt vielmehr einen strukturellen Nachholeffekt des Landes im Rahmen seiner Integration in die Europäische Union wider. Gerade steuerfinanzierte Gesundheitssysteme haben zudem zur Umgehung der Versorgungsmängel Schatten- und Parallelsysteme hervorgebracht, bei denen nicht alle geleisteten Geldströme in die amtlichen Statistiken einfließen.

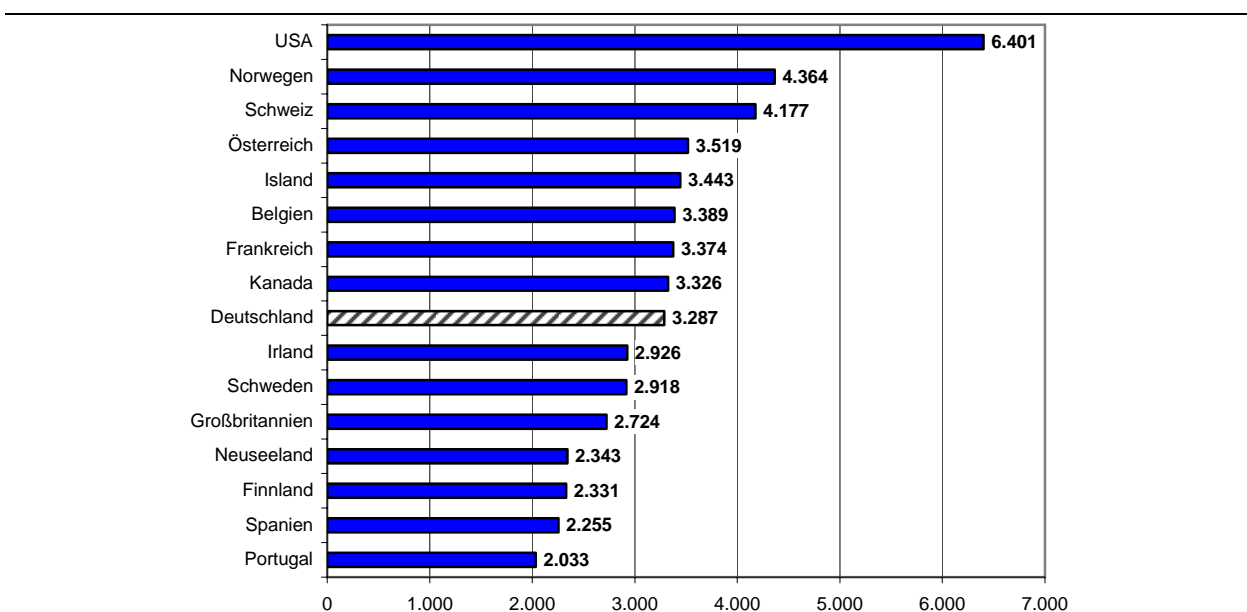
Daneben kommt hinzu, dass Gesundheitsausgaben nicht nur öffentliche bzw. öffentlich veranlasste Leistungen umfassen, sondern auch individuelle Aufwendungen, die frei sein können von ärztlich gestellten Indikationen und in Ländern mit hohem Wohlstandsniveau und Bruttoinlandsprodukt häufiger nachgefragt werden als in Ländern mit geringerer Wertschöpfung. So fließen die überwiegend individuell veranlassten Ausgaben für Selbstmedikationen gänzlich in die Gesamtausgaben ein. Auch dies kann im ökonomischen Sinne nicht als Ineffizienz gewertet werden.

Gerade der Blick auf die Ausgabenseite verdeutlicht vielmehr, dass sich Deutschland in der Tendenz von den internationalen Entwicklungen abgekoppelt hat.

Im Jahr 2005 lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) bei 10,7 Prozent. Dies bedeutete zwar Rang 4 im Industrieländervergleich des RWI. Gegenüber den Vorjahren ist damit aber zum einen ein Rückgang der Platzierung verbunden: Deutschland wurde in dieser Hinsicht von Frankreich „überholt“. Zum anderen haben die nachfolgenden Länder erheblich zu Deutschland aufgeschlossen.

Darüber hinaus beruht dieser Wert zu einem großen Teil auf einem im internationalen Vergleich schwachen Wirtschaftswachstum und weniger auf einem übermäßigen Anstieg der Gesundheitsausgaben. Denn betrachtet man – wie Abbildung 2 – die Gesundheitsausgaben pro Kopf, belegt Deutschland mit Rang 9 lediglich einen Platz im Mittelfeld. Unter den Ländern mit einem überwiegend beitragsfinanzierten Gesundheitssystem<sup>2</sup> ist Deutschland in dieser Darstellung sogar das Schlusslicht.

Abbildung 2 Gesundheitsausgaben pro Kopf, 2005 (in US\$ - Kaufkraftparitäten)



Quelle: Augursky et al. 2009, eigene Darstellung (zugrunde gelegt sind Angaben aus den OECD Health Data 2007)

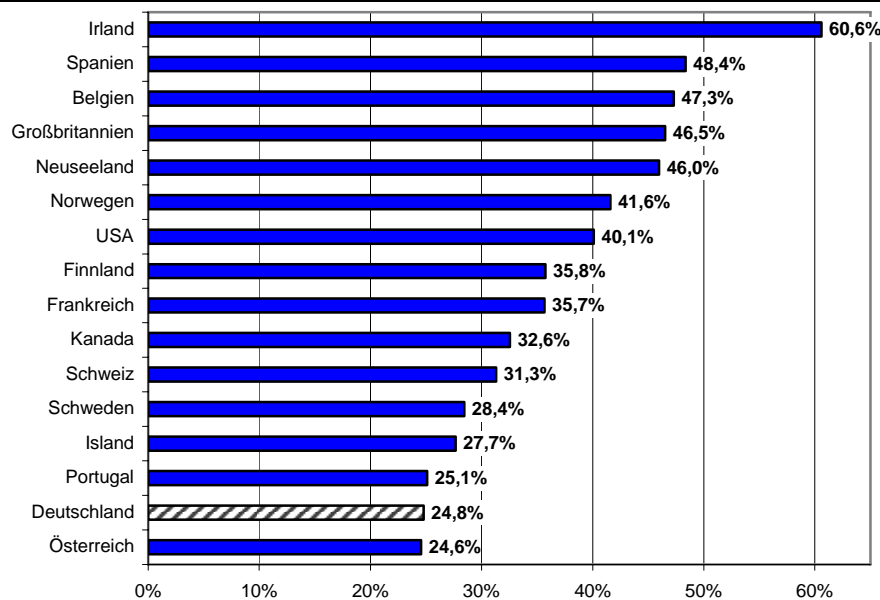
International ist sogar eine Annäherung der Ausgaben, eine Art „Ausgabenkonvergenz“, zu beobachten, wie Abbildung 3 eindrucksvoll veranschaulicht: Die Länder, die in der Vergangenheit durch vergleichsweise geringe Gesundheitsausgaben auffielen, haben in den letzten Jahren überdurchschnittlich hohe Steigerungsraten zu verzeichnen. Deutschland hingegen weist – gemeinsam mit Österreich – die niedrigsten Ausgabenzuwächse auf.

Die überdeutlichen Ausgabenanstiege in Ländern, wie Irland, Spanien oder Großbritannien bestätigen, dass die niedrigen Gesundheitsausgaben in diesen Ländern gerade kein Anzei-

<sup>2</sup> Zu den Ländern mit einem überwiegend beitragsfinanzierten Gesundheitssystem zählen Deutschland, Frankreich, Belgien und Österreich. Das US-amerikanische Gesundheitssystem baut auf einem privaten Versicherungs-, das Gesundheitssystem der Schweiz auf einem Pauschalprämien-Modell auf. Die Gesundheitssysteme aller anderen, in Abbildung 2 aufgeführten Länder sind überwiegend steuerfinanziert.

chen für eine besondere Effizienz, sondern für Unterversorgung sind – dort deutlich sichtbar in langen Wartelisten. Der internationale Vergleich des RWI nimmt an keiner Stelle auf Unterschiede im Versorgungsniveau Bezug, die allerdings wesentlichen Einfluss auf die Höhe der Gesundheitsausgaben haben.<sup>3</sup>

Abbildung 3 Veränderung der Gesundheitsausgaben pro Kopf zwischen 2000 und 2005



Quelle: Augursky et al. 2009, eigene Darstellung (zugrunde gelegt sind Angaben aus den OECD Health Data 2007)

Zieht man die Leistungen der verschiedenen Gesundheitssysteme in die Analyse ein, gelangt man zu einem ganz anderen Schluss. Dann gehört das deutsche Gesundheitswesen – so das renommierte Fritz-Beske-Institut – international zu den effizientesten Gesundheitssystemen.<sup>4</sup> Ein Analyseergebnis, dem selbst von ansonsten in Fragen öffentlich organisierter Versicherungssysteme wenig zimperlichen Wirtschaftsberatungsunternehmen nicht widersprochen wird.<sup>5</sup>

Aber auch außerhalb des internationalen Vergleichs zeigt sich, dass der Anstieg der Gesundheitsausgaben in Deutschland längst nicht die Dynamik hat, die häufig unterstellt wird. Wie der Blick auf Abbildung 4 veranschaulicht, sind die Gesundheitsausgaben in Deutsch-

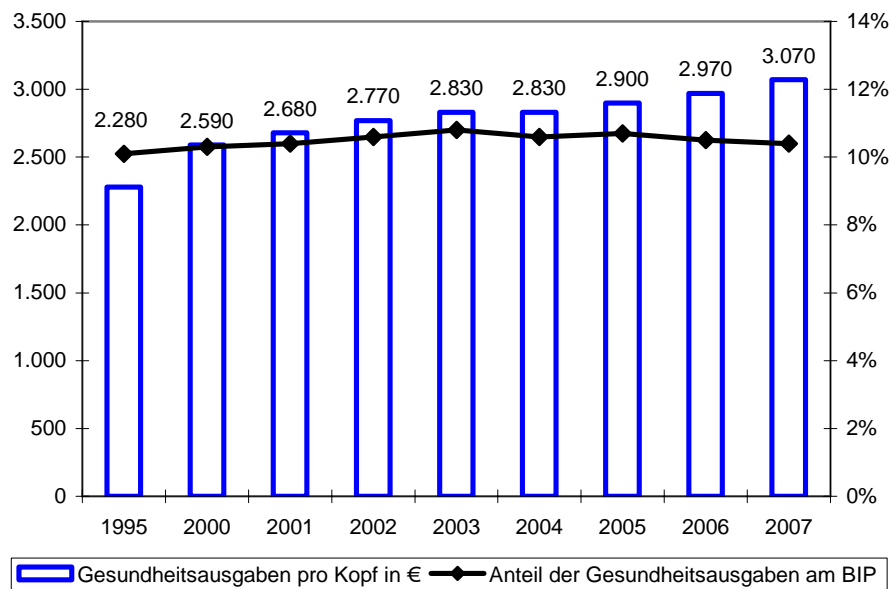
<sup>3</sup> Siehe dazu den kommentierenden Beitrag von Fritz Beske in der Ärzte Zeitung vom 16.01.2009: „Es geht dabei um das Missverhältnis zwischen Leistungsanspruch des Versicherten und dem zur Deckung dieses Leistungsanspruchs zur Verfügung stehenden Finanzvolumen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dieser Zusammenhang wird oft übersehen oder bewusst verschwiegen. Deutschland hat weltweit den umfangreichsten Leistungskatalog in der Gesundheitsversorgung, was bedeutet, dass es mehr Geld für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen müsste, um den Anspruch der Versicherten zu erfüllen. Und eben dies ist nicht der Fall. Denn Deutschland nimmt je nach Berechnungsart Platz 3 in den Gesundheitsausgaben ein, bezogen auf das Brutto-Inlandsprodukt, oder nur Platz 10, bezogen auf Pro-Kopf-Ausgaben der Bevölkerung (in US-Dollar; OECD 2006).“

<sup>4</sup> Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung: Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, Kiel 2005

<sup>5</sup> Das internationale Wirtschaftsberatungsunternehmen McKinsey kommt gerade mit Blick auf die Leistungsperformance in anderen Ländern zu dem Schluss, dass „die deutschen Kliniken zu den leistungsfähigsten der Welt zählen. Kaum irgendwo sonst wird ein ähnlich hoher medizinischer Standard geboten wie hierzulande. Für alle Bedürftigen gleichermaßen. Zu einem sehr guten Preis.“ McK Wissen – Das Magazin von McKinsey, Heft 19; 2006

land zwar kontinuierlich gestiegen. Ihr Anteil am BIP hingegen ist vergleichsweise konstant geblieben – mit leicht sinkender Tendenz: Lag der Anteil der Gesundheitsausgaben 2003 bei 10,8%, so betrug er 2007 noch 10,4%. Die Gesamtwirtschaft ist also in diesem Zeitraum stärker gewachsen als die Gesundheitsausgaben.

Abbildung 4 Gesundheitsausgaben pro Kopf und Anteil am Bruttoinlandsprodukt, Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt: Gesundheit – Ausgaben 2007

Brisant im eigentlichen Sinne sind in der bundesdeutschen gesundheitspolitischen Debatte aber nicht die Gesundheitsausgaben als solches, sondern vielmehr die Höhe des Beitragsatzes der Gesetzlichen Krankenversicherung. Durch die Anbindung an die Lohneinkommen steigen die Personalausgaben der Unternehmen mit jeder Beitragssatzerhöhung. Dies wird mit einer Verschlechterung der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen in Verbindung gebracht.

Eine solche Beitragssatzerhöhung ist aber nicht nur notwendig, wenn die Gesundheitsausgaben steigen, sondern auch wenn es auf der Einnahmeseite zu Ausfällen kommt, bspw. durch Abnahme sozialversicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse oder eine Zunahme der Arbeitslosigkeit. Es entsteht dann ein ökonomischer Regulierungsdruck auf den Gesundheitsbereich, obwohl die Ursachen für diesen Druck außerhalb des Gesundheitsbereichs zu suchen sind.

Diese die bundesdeutsche Diskussion prägende Beitragssatz-Debatte hat dazu geführt, dass die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitsbereichs in Deutschland lange Zeit ignoriert wurde. Erst in den letzten Jahren hat sich eine Sichtweise Gehör verschafft, die auf die hohen und vor allem regional wirksamen Wachstums- und Beschäftigungsimpulse des Gesundheitssektors hinweist. Die daraus resultierenden Überlegungen, auch das Finanzierungssystem weniger konjunktur- und arbeitsmarktanfällig zu machen, denen sich auch die INSM verpflichtet sieht, sind dementsprechend nicht von der Hand zu weisen.



#### **(4) Das Bundesländer-Ranking**

Im Mittelpunkt der Analyse des RWI steht – wie bereits eingangs hervorgehoben – ein Bundesländervergleich. Zugrunde gelegt werden dabei vergleichsweise unspezifische, hoch aggregierte Indikatoren, die zwar leicht zugänglich sind, aber letztlich nur eine sehr grobe Bewertung von Effizienzaspekten zulassen. Auch dies legt den Schluss nahe, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit weniger um eine differenzierte Analyse als um einen schnell abrufbaren Beitrag im politischen Kontext handelt.

Differenzierungen bzw. Standardisierungen werden allein an den Merkmalen Alter und Geschlecht vorgenommen. Bezüge zur Morbidität, Mortalität oder relevanten Sozialindikatoren (Arbeitslosigkeit) werden an keiner Stelle hergestellt. D.h. außerhalb der Alters- und Geschlechtsstruktur wird eine Gleichverteilung aller anderen auf die Gesundheitsausgaben wirkenden Faktoren unterstellt. Differenzen zwischen den Bundesländern lassen sich dann – in der Auffassung der Autoren – nur noch aus organisatorischen Mängeln, infrastrukturellem Überangebot oder Fehlverhalten erklären. Es erstaunt, welcher Platz jeder vermeintlich ungerechtfertigten Inanspruchnahme, wie der unterschiedlichen Anspruchsmentalität oder einem unterschiedlichen Ordnungsverhalten zwischen den Bundesländern, eingeräumt wird, Nachfrageimpulse aufgrund von unterschiedlichen Erkrankungsraten oder sozialen Lagen aber marginalisiert werden.

Natürlich fehlen in Deutschland umfassende epidemiologische Daten, die in tragfähiger Weise Aufschluss über die regionale Verteilung von Erkrankungen und den daraus abzuleitenden Versorgungserfordernissen geben. Einzelne Forschungsprojekte weisen aber sehr wohl und immer wieder auf regionale Unterschiede hin. Als Beispiele sei verwiesen auf die GEM-CAS-Studie (German Metabolic and Cardiovascular Risk Project)<sup>6</sup> zur regionalen Ungleichverteilung der Adipositas oder den letzten Herzbericht.<sup>7</sup> In dieser Hinsicht täte man sicherlich gut daran, nicht eilfertig den Vorwurf regionaler Ineffizienz zu formulieren, wenn man morbiditäts- und versorgungsstrukturell bedingte Differenzen nicht ausgeschlossen hat. Oder – wie die Autoren es tun – selbst noch Forschungsbedarf in dieser Hinsicht sieht.

Hinweise auf regional differierende Versorgungslagen werden im Ansatz bspw. in den altersstandardisierten Mortalitätsraten zwischen den Bundesländern sichtbar. Wie Abbildung 5 veranschaulicht, lag im Jahr 2006 die Sterbeziffer in Sachsen-Anhalt mit 870,9 Sterbefällen je 100.000 Einwohner um ein Viertel höher als in Baden-Württemberg.<sup>8</sup> Nordrhein-Westfalen weist in dieser Darstellung den zweithöchsten Wert innerhalb des früheren Bundesgebietes auf. Nur der Zyniker würde dies vorrangig als Zeichen von Effektivitäts- oder Effizienzunterschieden zwischen den Bundesländern deuten. Die Gesundheitsberichterstattung lässt hingegen vielmehr morbiditätsbedingte Ursachen vermuten.

---

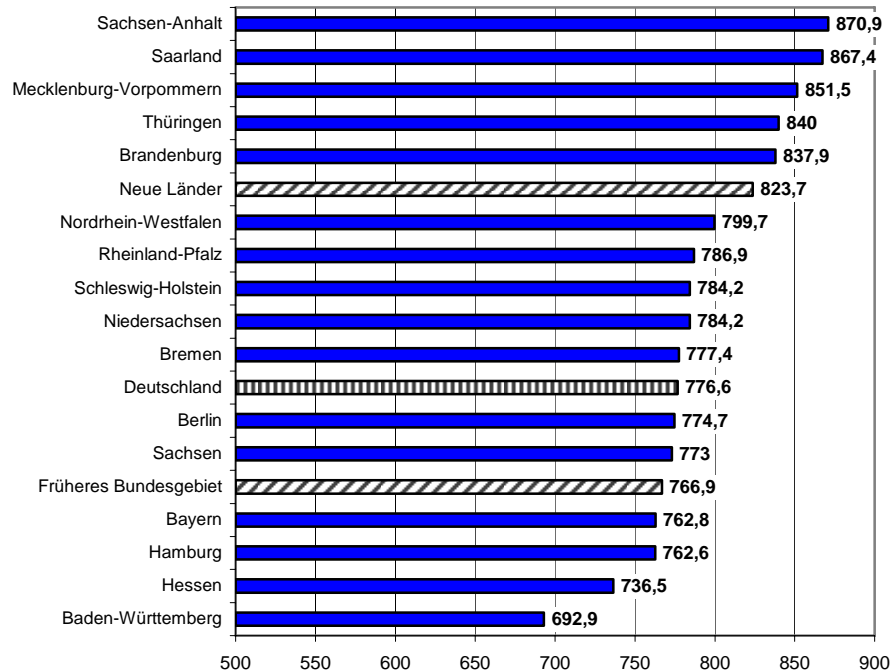
<sup>6</sup> Der Studie zufolge ist der Anteil adipöser Personen in Sachsen-Anhalt mit 28,3 Prozent am höchsten, mit 19,8 Prozent im Land Bremen am niedrigsten. (Ärzte Zeitung, 20.01.2009)

<sup>7</sup> Ernst Bruckenberger: Herzbericht 2007, Hannover 2008

<sup>8</sup> Statistisches Bundesamt, Datenreport 2008

Die Todesursachenstatistik ist neben der Krankenhausdiagnosestatistik die einzige Vollerhebung über das Krankheitsgeschehen in Deutschland.

Abbildung 5 Altersstandardisierte Sterbeziffern nach Bundesländern, 2006  
(Verstorbene je 100.000 Einwohner)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Datenreport 2008

Darüber hinaus zeigt eine Ableitung der Effizienz allein aus der Ausgabenhöhe ohne analytische Rückkoppelung an Versorgungsinhalte und -ziele, wie von den Autoren vorgenommen, insbesondere im Gesundheitsbereich große Unzulänglichkeiten.<sup>9</sup> So führt ja gerade eine Senkung der Sterblichkeit bspw. bei Herzinfarkt, wie sie in den letzten Jahren in Deutschland vor dem Hintergrund verbesserter Versorgungsstrukturen und -techniken möglich war, dazu, dass Kontroll-, Erfolgssicherungs- und Komplikationskosten anfallen, die nicht entstanden wären, wenn der Patient verstorben wäre. Eine erhöhte medizinische Effektivität kann also Kosten steigernd wirken, ohne dass diese Kostenanstiege per se ein Zeichen von Ineffizienz sein müssen.

Wie schwierig eine Effizienzmessung im Gesundheitsbereich ist, zeigt sich aber auch darin, dass bis heute – weder international noch national – ein tragfähiges Konzept vorliegt, wie adäquate Versorgungsstrukturen auszusehen haben, anhand dessen Aussagen zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Mittel getroffen werden könnten. Notgedrungen arbeitet man über Vergleichsstudien mit normativen Setzungen oder unreflektierten Mittelwerten.

<sup>9</sup> Dieser Feststellung widersprechen auch aufgeschlossene Vertreter der Krankenkassen nicht. So äußerte sich Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK, zur Effizienz im Gesundheitswesen: „Unwirtschaftliche Krankenhäuser sind vielleicht unwirtschaftlich, weil sie so brillant sind und damit die schweren, komplizierten Krankheitsfälle erfolgreich behandeln.“ (Hessisches Ärzteblatt 1/ 2009)

## (5) Der Krankenhausbereich

### Kernaussagen der Studie zu Effizienzpotenzialen im Krankenhausbereich:

#### Preise

- „Bei einem Absenken der LBFW für alle Bundesländer auf den bundesweiten Durchschnitt ließen sich rund 330 Mill. Euro einsparen (Szenario A). Würde der LBFW für alle Bundesländer mit einem höheren Niveau auf eines von Nordrhein-Westfalen sinken, ließen sich rund 860 Mill. Euro pro Jahr einsparen (Szenario B)“

#### Menge:

- **Zwar Alters- und Geschlechtsstandardisierung, aber Morbiditätsunterschiede werden als eine – nach der Studie wenig wahrscheinliche – Erklärung der Unterschiede bei der Krankenhaushäufigkeit diskutiert:**  
„Die Frage, welche Faktoren die länderspezifischen Unterschiede bedingen, ist damit nicht geklärt. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Es könnte daher eingewendet werden, dass die Bevölkerung in den Ländern möglicherweise unterschiedlich gesund ist und die Unterschiede damit medizinisch gerechtfertigt sind. Wäre dies der Fall, so wäre die hier vorgetragene Interpretation der Unterschiede als Effizienzpotenzial nicht haltbar. Aber selbst wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass dieser Aspekt eine gewisse Rolle spielt, erscheint es kaum vorstellbar, dass er maßgeblich für die – auch nach Bereinigung um die demographische Struktur – ausgeprägten Länderunterschiede verantwortlich sein sollte.“
- **Zur inversen Korrelation von Krankenhaushäufigkeit und Facharztdichte:**  
„Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass die stationären Fälle nicht notwendigerweise unabhängig von den im ambulanten Bereich erbrachten medizinischen Leistungen sind. Aus Bruckner (2007) geht beispielsweise hervor, dass auf Ebene der Bundesländer die Zahl der stationär aufgenommenen ischämischen Herzerkrankungen pro Einwohner negativ mit der Zahl der ambulanten Kardiologen pro Einwohner korreliert. Dies deutet darauf hin, dass in Ländern mit auffallend geringer Zahl der stationären Fälle möglicherweise mehr kardiologische Leistungen ambulant erbracht werden. Dies würde mögliche Einsparpotenziale schmälern.“

#### Öffentliche Investitionsfördermittel:

- **Die Autoren plädieren für eine monistische Finanzierung, keinesfalls für eine Ausweitung der Investitionsfördermittel:**  
„Augurzyk et al. (2008) identifizieren vielmehr eine negative Korrelation zwischen der Höhe der öffentlichen Fördermittel und der wirtschaftlichen Situation – gemessen am Insolvenzrisiko. Offenbar gelingt es Krankenhäusern in Bundesländern mit einer sparsamen Förderpolitik, wirtschaftlicher zu agieren als die in Ländern mit großzügiger Förderpolitik. Dies könnte auf erhebliche Ineffizienzen in der Verwendung der Mittel hindeuten. Um dies abzuschätzen, könnte man einerseits ein niedrigeres Benchmark wählen und die Fördermittel der großzügigen Länder auf dieses Niveau reduzieren. Krankenhäuser mit weniger Fördermitteln haben in der Vergangenheit gezeigt, dass sie damit gut wirtschaften können. Insgesamt ließen sich damit Mittel einsparen. Allerdings gehen wir andererseits von einem Investitionsstau von rund 20 Mrd. Euro in Krankenhäusern aus (Augurzyk et al. 2008). Verglichen mit anderen Branchen wird im Krankenhaussektor zu wenig investiert (Rürup et al. 2008), sodass deren Zukunftsfähigkeit in Gefahr gerät. Aus dieser Sicht bestünde sogar ein Mehrbedarf an Investitionsmitteln. Statt einer Ausweitung der Fördermittel schlagen wir jedoch eine effizientere Nutzung der Mittel vor.“

#### Einsparpotenzial bei den (Betten-)Kapazitäten:

- **Sicherstellung der Notfallversorgung im ländlichen Raum:**  
„Dies gilt weniger für Elektivleistungen als für die Notfallversorgung. Hier kann lokal durchaus der Fall eintreten, dass nach einer Marktbereinigung die Versorgungsdichte ein kritisches Niveau unterschreitet. Für entsprechende Fälle erscheint es allerdings naheliegend, Gemeinden und Landkreise auch in einem stärker wettbewerblich orientierten Rahmen in die Pflicht zu nehmen, um die Sicherstellung der Notfallversorgung für ihre Bevölkerung zu garantieren. An die Stelle eines mechanischen Defizitausgleichs könnten Ausschreibungsverfahren treten, in dem Krankenhausbetreiber um die Notfallversorgung in einer Region konkurrieren und – bei

sonst gleichwertigen Angeboten – der Betreiber zum Zug kommt, der den geringsten Zuschuss für die Sicherstellung der Versorgung von Kreis oder Gemeinde fordert (Felder 2008)“.

► **Gesamteinsparpotenzial durch Schließen von Abteilungen:**

„Quantifiziert man die Einsparpotenziale, die sich über eine weitere Reduzierung des Bettenangebots und damit einhergehend die Schließung von Krankenhäusern erzielen ließen, erscheint folgendes Szenario plausibel: Nimmt man wie in Augurzky et al. (2008) an, dass Krankenhäuser mit einem Umsatz von insgesamt 9,6 Mrd. Euro von einer Marktbereinigung betroffen wären, würden deren Patienten und weitgehend auch deren Personal von den überlebenden Krankenhäusern übernommen. Dabei würden wohl nicht alle wirtschaftlich schwachen Krankenhäuser tatsächlich schließen, sondern z.B. in ländlichen Regionen aus Gründen der Versorgungssicherheit noch am Leben gehalten. Handelt es sich bei den geschlossenen um unwirtschaftliche Häuser, schafft dies Raum für Einsparungen, die sich bei geschätzten Skaleneffekten und Effizienzvorteilen von 10% auf 950 Mill. Euro (Szenario A) und bei angenommenen 20% auf 1 900 Mill. Euro pro Jahr (Szenario B) beziffern.“

**Gesamtpotenzial im stationären Sektor:**

„Fasst man die Einsparpotenziale zusammen, die sich jeweils über eine Verringerung der Zahl der Fälle, ein Absenken der Preise und eine Reduktion der Kapazitäten ergeben, erhält man im konservativen Szenario A ein Gesamtpotenzial pro Jahr von 2,64 Mrd. Euro und im optimistischen Szenario B von 5,26 Mrd. Euro. Bei einem Ausgabenvolumen von insgesamt 64 Mrd. Euro sind dies Einsparungen in der Größenordnung von 4% bzw. 8%.“

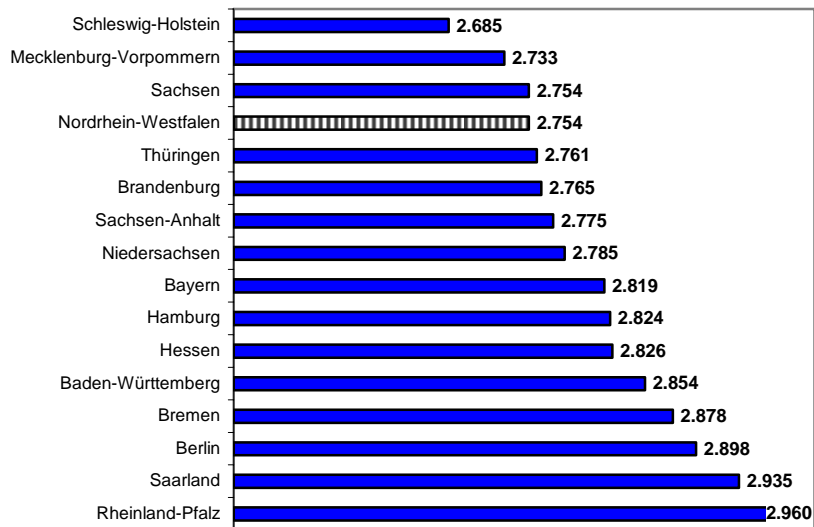
**Bewertung:**

Die Autoren beginnen den Bundesländervergleich mit dem Krankenhausbereich und nehmen dabei zunächst den Landesbasisfallwert (LBFW) in den Blick.

Dabei schwankte der LBFW nach Angaben des RWI im Jahr 2008 zwischen 2.685 € in Schleswig-Holstein und 2.960 € in Rheinland-Pfalz um rund zehn Prozent. Gemeinsam mit Sachsen hatte Nordrhein-Westfalen – wie Abbildung 6 veranschaulicht – mit 2.754 € den drittniedrigsten LBFW und dient den Autoren damit als Benchmark für ihr „optimistisches“ Szenario. Dementsprechend errechnen sie, dass sich rund 860 Mill. € pro Jahr einsparen ließen, wenn der LBFW für alle Bundesländer mit einem höheren Niveau auf eines von Nordrhein-Westfalen sinken würde. Der LBFW von Nordrhein-Westfalen als Benchmark? Dies mag schmeichelhaft klingen, doch ist es letztlich trügerisch.

Natürlich kann man hinterfragen, warum in Rheinland-Pfalz der LBFW deutlich höher ist als in Nordrhein-Westfalen. Aber woher kommt die Gewissheit, dass der LBFW in Nordrhein-Westfalen auskömmlich ist und nicht eher die Krankenhäuser in unserem Bundesland einem höheren wirtschaftlichen Druck ausgesetzt werden als dies im Vergleich zu anderen Bundesländern gerechtfertigt ist? Aus dieser Perspektive wäre zunächst zu prüfen, ob die Budgets in einzelnen Bundesländern nicht unangemessen eng sind und dies der ausschlaggebende Grund für einen niedrigen LBFW ist. Wurde nicht vielmehr das in der Vergangenheit in Nordrhein-Westfalen bereits niedrige Ausgabenvolumen in seither unterdurchschnittliche hohe LBFW übersetzt? Nur dazu passt, dass mit der vorgesehenen bundesweiten Angleichung der LBFW nicht lediglich eine Kappung hoher Werte, wie vom RWI praktiziert, sondern auch eine Aufstockung der niedrigen Werte vorgesehen ist – wenngleich nach Berechnungen der Krankenhausgesellschaft die derzeit vorgesehene Regelung Nordrhein-Westfalen immer noch 150 Mio € vorenthält.

Abbildung 6 Landbasisfallwerte (LBFW) 2008, in €



Quelle: Augursky et al. 2009 (Grundlage: Angaben des AOK Bundesverbandes)

Die Autoren prüfen in einem anschließenden Schritt das Einsparpotenzial bei der Fallzahl. Dabei stellen sie die nach Alters- und Geschlechtsstruktur zu erwartende Fallzahl der tatsächlichen Fallzahl gegenüber. Jeder Fall, der über dem Erwartungswert liegt, wird dann per se als Einsparpotenzial gewertet. Dass dafür morbiditätsbezogene Gründe vorliegen können, wird von den Autoren abgetan mit einem Verweis auf noch notwendigen Forschungsbedarf.

Ein weiterer Aspekt kommt an dieser Stelle hinzu: Der Zugang zur stationären Versorgung ist dem Grunde nach nicht frei wählbar, sondern bedarf der Einweisung durch einen Arzt. Selbst wenn ein Patient im Rahmen eines Notfalls ein Krankenhaus von sich aus aufsucht, hat der Arzt in der Notfallaufnahme des Krankenhauses zu prüfen, ob eine stationäre Aufnahme tatsächlich notwendig ist oder ob eine ambulante Abklärung oder teilstationäre Behandlung als ausreichend angesehen werden kann. In diesem Sinne würden die Abweichungen vom Erwartungswert Fehleinweisungen durch ambulant tätige Ärzte oder Ärzte in Notaufnahmen von Krankenhäusern darstellen. Eine Überschreitung des Erwartungswertes wäre dann aber auch als Versagen der Fehlbelegungsprüfungen durch den MDK in dem betreffenden Bundesland zu werten.

Bei der Bewertung der öffentlichen Investitionsmittel geraten die Autoren selbst an die Grenzen ihres Analyseansatzes. So versteigen sie sich mit ihrem Bundesländer-Ranking zu der These, dass eine niedrige Investitionsförderung ein Zeichen für effiziente Mittelverwendung sei. Das gleiche Institut, das noch vor Monaten dem Krankenhausbereich einen Investitionsstau von 20 Mrd. € attestiert hat, will also nunmehr zu der Erkenntnis gelangt sein, dass *Krankenhäuser mit weniger Fördermittel in der Vergangenheit gezeigt haben, dass sie damit gut wirtschaften können*. Nordrhein-Westfalen könnte mit seinem im Bundesländervergleich niedrigen Förderbudget demnach applaudieren, wüsste man nicht, dass die Wirklichkeit anders aussieht und der Investitionsstau hier größer ist als in anderen Bundesländern. Wenigstens lösen die Autoren ihre kognitiven Dissonanzen an dieser Stelle dahin gehend auf, dass sie nicht weniger Mittel, sondern eine andere Verteilung fordern. Notwendige Konsequenz ist für sie der Einstieg in die monistische Finanzierung.

Mit Blick auf die Einsparpotenziale bei den Krankenhauskapazitäten stellen die Autoren fest, dass auf der Grundlage der Anreizstrukturen des Fallpauschalensystems ein schlichter Bettenabbau unter Effizienzgesichtspunkten in Deutschland kaum noch Relevanz besitzt. Ziel kann hier – so die Autoren – lediglich der gänzliche Wegfall unwirtschaftlicher Krankenhäuser sein, in deren Folge die verbleibenden Krankenhäuser wirtschaftlich sogar gestärkt würden. Diese Bereinigung könne man nach Ansicht der Gutachter dem Markt überlassen. In städtischen und verdichteten Regionen würden dadurch keine Versorgungslücken entstehen, in ländlichen Regionen sollten die Kommunen im Bedarfsfall über Ausschreibungsmodelle die Versorgung an den günstigsten Betreiber vergeben.

Durch diese Strukturveränderungen ließen sich jährliche Einsparungen in Höhe von ein bis zwei Mrd. Euro realisieren. Zu bedenken ist an dieser Stelle, dass eine wettbewerbliche Öffnung an sich keine Garantie für eine bedarfsgerechte Sicherung der Versorgung ist. Auch die Übernahme durch einen privaten Krankenhausbetreiber bedeutet keine dauerhafte Existenzgarantie für einzelne Krankenhäuser, wie erste Fälle, in denen ein privatisiertes Krankenhaus letztlich doch schließen musste, veranschaulichen. Ebenso ist bei Sicherung relevanter Standorte nicht gewährleistet, dass notwendige Leistungsstrukturen vorgehalten werden und nicht doch eine Fokussierung auf lukrative Bereiche stattfindet.<sup>10</sup> Insofern wird auch bei wettbewerblicher Öffnung nicht auf strukturierende Vorgaben der Länder zu verzichten sein, solange die öffentliche Hand als Gewährleistungsträger die Letztverantwortung für die stationäre Versorgung hat. Der Krankenhausbereich gehört nun einmal zu den unstrittigen Bereichen öffentlicher Daseinsvorsorge, der gerade unter dem Blickwinkel der demografischen Entwicklung sicherlich nicht an Bedeutung verlieren wird.

Die Gutachter überschätzen die Einsparpotenziale im stationären Bereich in der Tendenz aber auch deshalb, weil sie letztlich einen Einmaleffekt beschreiben: Ökonomische Größenvorteile durch Übernahme von Leistungen und Personal aus zu schließenden unwirtschaftlichen Krankenhäusern durch die verbleibenden. Dauerhaft wahrnehmbare Ausgabensenkungen können aber nur durch einen deutlichen Personalabbau oder Verschiebungen im Vergütungsgefüge erzielt werden, die die Gutachter als Option zumindest nicht explizit aufführen, und mit denen entsprechende Einschnitte bei der Versorgungsqualität einhergehen dürften.

---

<sup>10</sup> Siehe dazu den instruktiven, wenn sicherlich auch pointierten Beitrag von W. Bartens in der Süddeutschen Zeitung vom 17.01.2009: „Krankenhausärzte erfahren von den Kaufmännischen Direktoren und Geschäftsführern ihrer Kliniken zudem regelmäßig, welche Operationen und Therapien lukrativ sind und bei welchen das Krankenhaus draufzahlt. Längst ist es üblich, dass Chefärzten von den Sparkommissaren ihrer Kliniken nahegelegt wird, in ihren Abteilungen bevorzugt zu behandeln, was Geld bringt. „Machen Sie halt mehr Schlaganfälle und weniger MS“, bekam ein Neurologe von seinem klinikinternen Controller zu hören. Patienten mit Schlaganfall in einer spezialisierten Abteilung zu behandeln, ist noch immer lukrativ - ebenso wie die Entfernung von Krampfadern. Die Betreuung von Patienten mit Multipler Sklerose hingegen bringt Kliniken nicht so viel ein. Auch eine gut ausgestattete Intensivstation zu betreiben, ist teuer. Suchen sich Kliniken nach solchen pekuniären Erwägungen ihre Patienten aus, drohen ähnliche Szenarien wie bei einer privatisierten Bahn. So wie manche unrentablen Bahnstrecken nicht mehr befahren und Bahnhöfe stillgelegt werden, gibt es eben auch manche Krankheiten, die aus Sicht der Klinikbetreiber unrentabel sind. In Privatkliniken ist dieser Trend bereits zu beobachten – sie bieten die Versorgung von Patienten mit manchen Leiden nicht mehr an.“

## (6) Der ambulante Bereich

### **Kernaussagen der Studie zu Effizienzpotenzialen im ambulanten Bereich:**

#### **Ärztedichte**

- ▶ In Nordrhein-Westfalen und in Brandenburg ist die Dichte von Allgemeinärzten deutlich geringer als in den übrigen Bundesländern.
- ▶ Vergleichsgröße ist das Ergebnis einer Standardisierung für Fläche, Einwohnerzahl und Bevölkerungsstruktur in acht Altersgruppen auf Kreisebene; Ergebnisse nach Standardisierung:  
*„Brandenburg und Niedersachsen, die bei den Allgemeinärzten als unterversorgt ausgewiesen werden, sind bei Fachärzten eher überversorgt. Bayern ändert das Vorzeichen in die andere Richtung: deutlich überversorgt bei den Allgemeinärzten, leicht unterversorgt bei den Fachärzten. Das Saarland ist sowohl bei den Allgemein- als auch bei den Fachärzten extrem überversorgt.“*

#### **Einsparpotenzial bei den Punktwerten**

- ▶ Grundlage: Punktwerte im vierten Quartal 2005 der Primärkassen
- ▶ Spannweite: von 3,45 ct in Niedersachsen bis 4,91 ct in Hamburg. Berlin liegt mit 4,15 ct im Durchschnitt
- ▶ Ergebnis: Im Vergleich zu den LBFW im stationären Sektor sind die Preisunterschiede in der ambulanten Versorgung zwischen den Ländern viel größer. Dementsprechend ist ein höheres relatives Einsparpotenzial bei einer Absenkung der Punktwerte in den „teuren“ Bundesländern zu erwarten.
- ▶ Einsparpotenzial auf die gesamte GKV bezogen von 0,73 Mrd. Euro. in Szenario A und 1,67 Mrd. Euro in Szenario B

#### **Einsparpotenzial bei den Leistungsmengen**

- ▶ Vergleich der durchschnittlichen Punktzahlen (Anzahl der abgerechneten Punkte pro Kopf): Hessen hat mit rund 8.800 Punkten die höchste Leistungsmenge, Bremen mit 4.980 die geringste.
- ▶ Einsparpotenzial durch Mengenreduktion von 0,88 Mrd. (Szenario A ) Euro. bis 1,53 Mrd. Euro (Szenario B).

#### **Gesamtpotenzial im ambulanten Sektor**

*„Fasst man die Einsparpotenziale zusammen, die sich jeweils über die Verringerung der abgerechneten Punkte und der Punktwerte (um ein Drittel) ergeben, erhält man im konservativen Szenario A ein Gesamtpotenzial pro Jahr von 1,2 Mrd. Euro und im optimistischen Szenario B von 2,38 Mrd. Euro. Bei einem Ausgabenvolumen von insgesamt 22,15 Mrd. Euro sind dies Einsparungen von 5% bzw. 9%“.*

### **Bewertung:**

Im ambulanten Bereich wenden die Gutachter ebenfalls Strukturrankings an, um Einsparpotenziale zu identifizieren. So ermitteln sie zunächst eine nach Strukturkriterien auf Kreisebene zu erwartende Ärztezahl, die sie auf Bundesländerebene aggregieren und der tatsächlichen Ärztezahl gegenüberstellen. Sie vermeiden zwar an dieser Stelle den Begriff des Einsparpotenzials, suggerieren mit ihren Ausführungen aber, dass sie letztlich die Differenz oberhalb des Erwartungswertes für verzichtbar halten.

Das von den Autoren zugrunde gelegte Regressionsmodell bleibt in seiner Darstellung intransparent. Zu vermuten ist, dass sie lediglich eine Verteilung der vorhandenen Ärzte nach anderen als in den Bedarfsplanungsrichtlinien vorgesehenen Strukturkriterien vorneh-

men. Diese Bedarfsplanungsrichtlinien als solche stehen seit Jahren in der Kritik. Sie beruhen im Wesentlichen auf Anhaltszahlen und der Versorgungslage aus dem Beginn der 1990er Jahre. Alters-, sozial- und auch morbiditätsstrukturelle Veränderungen haben seither keinen nennenswerten Einfluss auf die Planungsvorgaben finden können. Es ist nicht erkennbar, dass dies im Ansatz des RWI im notwendigen Umfang geschehen wäre.

Wenig tragfähig erscheint darüber hinaus die Ermittlung von monetären Einsparpotenzialen durch Anwendung des Ranking-Verfahrens auf Punktwert und Leistungsmenge. Die Wirkungsmechanismen der Vergütungsstrukturen in diesem Bereich werden schlicht verkannt. So werden im optimistischen Szenario der viertniedrigste Punktwert einer Region und die viertniedrigste Leistungsmenge einer anderen Region miteinander in Beziehung gesetzt. Werte, die dieses Produkt übersteigen, gelten den Autoren in einem gesetzten Verhältnis als Einsparpotenzial. Die Höhe des Punktwertes und der Leistungsmenge sind aber kausal aufeinander bezogen und können nicht unabhängig voneinander variiert werden.

Der Punktwert stellte im Untersuchungszeitraum das Ergebnis einer Division der – gedeckelten – Gesamtvergütung durch die Punktmenge dar. Eine Steigerung der Leistungsmenge hat automatisch ein Absinken des Punktwertes zur Folge und umgekehrt. Der Punktwert ist in diesem Sinne kein Preisbestandteil, sondern ein Verteilungsinstrument, das in Abhängigkeit von der Leistungsmenge steht: Dort, wo die Leistungsmenge medizinisch unnötigerweise ausgedehnt wird, senkt dies den Punktwert. Ein niedriger Punktwert wäre dann ein Indiz für unwirtschaftlichen Mitteleinsatz. Gesenkt wird der Punktwert aber auch in den Fällen, in denen die Leistungsmenge bei gleichem Budget medizinisch gerechtfertigt steigt. Ein niedriger Punktwert entsteht dann wegen Unterfinanzierung. Eine Multiplikation von niedrigem Punktwert einer Region und niedriger Leistungsmenge einer anderen Region rechnet den tatsächlichen Mittelbedarf also unzulässig herunter.

Als Vergleichsmaßstab hätten hier allenfalls die insbesondere alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierten Ausgaben je Versichertem herangezogen werden können, was jedoch bei gedeckelten Budgets auch nicht unproblematisch ist.

## **(7) Der Arzneimittel-Bereich**

### ***Kernaussagen der Studie zu Effizienzpotenzialen im ambulanten Bereich:***

#### ***Arzneimittelausgaben:***

- ▶ **Bayern hat – unbereinigt – mit 346 Euro pro Kopf die geringsten, Mecklenburg-Vorpommern mit 462 Euro die höchsten Ausgaben.**
- ▶ **Nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung: Brandenburg hat die geringsten Arzneimittelausgaben und Hessen die höchsten**
- ▶ **Erklärung der Unterschiede (trotz Standardisierung durch das RWI):**  
*„Die Gründe für die trotz Altersbereinigung bestehenden Unterschiede sind letztlich nicht klar. Es erscheint aber unwahrscheinlich, dass sie alleine durch Morbiditätsunterschiede erklärt werden können. Eine weit größere Rolle dürften Unterschiede im Anspruch der Versicherten und im Verschreibungsverhalten der Ärzte, etwa in Bezug auf den Einsatz von Generika, spielen.“*



### **Großhandel und Apotheken**

- ▶ Dreigliedriger Distributionsweg für Arzneimittel: Pharmaunternehmen - Großhändler – Apotheke
- ▶ Preissetzung für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel gesetzlich festgeschrieben
- ▶ Zuschlag des Großhandels für niedrigpreisige Arzneimittel bei 15% des Herstellerpreises, mit zunehmendem Herstellerpreis sinkt der Zuschlag bis auf minimal 6%.
- ▶ Apotheken haben auf den Großhandelspreis (Herstellerpreis zzgl. Großhändlerhöchstzuschlag) einen proportionalen Festzuschlag von 3% zuzüglich eines absoluten Zuschlags von 8,10 Euro zu erheben. (Der absolute Zuschlag für die GKV ist durch die seit 2003 geltende gesetzliche Rabattverpflichtung für die Apotheken (§ 130 SGB V) um 2,30 Euro auf 5,80 Euro reduziert worden.)
- ▶ Der absolute Zuschlag bei Arzneimitteln mit durchschnittlichen Preisen macht den Großteil des Endpreises aus.

### **Geschätzte Preissenkungen durch Wettbewerb:**

- ▶ Senkung des pauschalen Apothekenzuschlags um 2 Euro: Einsparung ca. 1,28 Mrd. Euro
- ▶ Senkung des prozentualen Zuschlags der Großhandelsmarge um 2%-Punkte: Einsparung ca. 584 Mill. Euro

### **Gesamtpotenzial bei den Arzneimitteln**

„...im konservativen Szenario A ein Potenzial pro Jahr von 2,33 Mrd. Euro, im optimistischen Szenario B von 3,41 Mrd. Euro. Bei Ausgaben von 26,9 Mrd. Euro sind dies von 9% bzw. 13%.“

### **Bewertung:**

Im Bereich der Arzneimittelausgaben verfahren die Autoren nach gleicher Manier wie in den anderen beiden Analysebereiche: Die Ausgaben werden nach Bundesländern differenziert, man stellt Unterschiede fest und muss eingestehen, dass *die Gründe für die trotz Altersstandardisierung bestehenden Unterschiede letztlich nicht klar sind*. Weil man eben keinen tragfähigen Erklärungsansatz findet, schlussfolgert man eben, dass nicht Morbiditätsunterschiede, sondern *Unterschiede im Anspruch der Versicherten und im Verschreibungsverhalten der Ärzte, etwa in Bezug auf den Einsatz von Generika, eine weit größere Rolle spielen*.

Die Autoren fokussieren sich daher insbesondere auf die konsequente Verordnung von Generika und eine Senkung der Distributionskosten bzw. Margen beim Zwischen- und Endhandel. Dabei sehen sie Einsparpotenziale von 2,33 bis 3,41 Mrd. Euro.

### **(8) Bundesländer-Profil: Nordrhein-Westfalen**

Die INSM hat begleitend zur RWI-Studie Bundesländerprofile vorgelegt.<sup>11</sup> Nordrhein-Westfalen schneidet dabei unter der Effizienzdefinition des RWI gut ab, denn in den meisten der untersuchten Teilbereiche liegen die Ausgaben in Nordrhein-Westfalen unter denen anderer Bundesländer. Tatsächlich ist dies aber als ein Indiz zu werten, dass finanzielle Mittel an Nordrhein-Westfalen vorbeifließen.

So hat Nordrhein-Westfalen den viertgünstigsten Landesbasisfallwert (LBFW), aber 7,3 Prozent mehr stationäre Fälle als der Durchschnitt aller Bundesländer. In den Augen des RWI

<sup>11</sup> Die Bundesländerprofile der INSM sind im Internet zugänglich unter:  
[http://archiv.insm.de/Downloads/PDF\\_-\\_Dateien/INSM\\_Laenderprofile\\_Effizienzreserven.pdf](http://archiv.insm.de/Downloads/PDF_-_Dateien/INSM_Laenderprofile_Effizienzreserven.pdf)

also – zumindest mit Blick auf den LBFW – eine effiziente Ausgangslage. Von den Gutachtern gar nicht in Erwägung gezogen wird allerdings, ob diese Zahlen durch ein im Bundesländervergleich zu enges Ausgabenvolumen in Nordrhein-Westfalen zustande kommen und die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser dadurch einem überdurchschnittlich hohen wirtschaftlichen Druck ausgesetzt sind, als dies im Vergleich mit den anderen Bundesländern gerechtfertigt ist.

Bis 2020 prognostizieren die Gutachter für Nordrhein-Westfalen einen Bettenüberhang von 37%. Dies ist im Bundesländervergleich zwar der dritthöchste Wert, allerdings räumen die Autoren dieser Maßzahl unter den Bedingungen eines pauschalierenden Entgeltsystems keine wesentliche Bedeutung mehr bei.

Im ambulanten Bereich ist Nordrhein-Westfalen – so das RWI – das Bundesland mit der niedrigsten Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen. Zugleich hat Nordrhein-Westfalen nach den Berechnungen der Gutachter den fünft höchsten Punktwert<sup>12</sup>. Beides steht in direkter Verbindung zueinander und kann nicht in dem einen Fall als effizient und in dem anderen Fall als ineffizient gelten. Ob darüber hinaus das ambulante Budgetvolumen in den Landesteilen von Nordrhein-Westfalen als solches ausreichend ist, wird vom RWI erst gar nicht als Fragestellung aufgegriffen, im Grunde sogar methodisch einfach ausgeschlossen. Wie notwendig eine in diese Richtung zielende Analyse wäre, hat die Diskussion um die zu niedrigen Regelleistungsvolumina in Westfalen-Lippe deutlich gemacht.

Im Hinblick auf die Arzneimittel-Kosten gehört Nordrhein-Westfalen zwar ebenfalls zu den günstigsten Bundesländern. Die Differenz zum Bundesdurchschnitt liegt bei 9,62 Euro pro Kopf. Wie diese vergleichsweise bescheidene Differenz, die Nordrhein-Westfalen – nach Ansicht des RWI – immerhin zum fünft günstigsten Bundesland machen soll, tatsächlich zu bewerten ist, bleibt nach den vorangegangenen Ausführungen allerdings offen.

## **(9) Handlungsoptionen**

Die Schlussfolgerungen aus der Untersuchung wurden von Einzelnen der Autoren bereits an anderer Stelle publiziert und hätten der Studie nicht bedurft. Als Instrumente zur Hebung der von den Gutachtern identifizierten Einsparpotenziale werden keine, in der gesundheitsökonomischen Debatte in Deutschland neuen Aspekte aufgeführt.

Als übergeordnete Strategie wird eine weitgehend wettbewerbliche Öffnung des Gesundheitswesens empfohlen. Dabei sei insbesondere das Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Kassen neu zu justieren, d.h. vor allem einzelvertragliche gegenüber kollektivvertraglichen Lösungen vorzuziehen. Sie schlagen daher Selektivverträge, die Monistik bei den Krankenhausinvestitionen, sektorenübergreifende Vergütungsformen, die weit gehende Freigabe der Arzneimittelpreise sowie eine größere Tarifgestaltungsfreiheit für Versicherte vor.

---

<sup>12</sup> Einen einheitlichen Punktwert für Nordrhein-Westfalen gibt es nicht. Die Autoren ermitteln einen solchen Punktwert aus dem gewichteten Mittel der Punktwerte, die auf die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und auf die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe bezogen sind.

Was die Autoren sicher selbst wissen: Wettbewerb bedeutet Steuerung über kaufkraftabhängige Produkt- und Preisvariation. Gesundheitsgüter und -dienstleistungen sind in vielerlei Hinsicht weniger differenzierbar. Dies schließt Wettbewerb im Gesundheitswesen nicht vollständig aus, zieht ihm allerdings engere Grenzen und rückt die Qualität und nicht den Preis als entscheidenden Wettbewerbsparameter in den Vordergrund.

#### **(10) Fazit/ Bewertung der Studie**

Die Autoren gehen einen falschen Weg in eine Debatte, der sich als solcher niemand im Gesundheitswesen verschließen kann. Selbstverständlich haben Leistungen im Gesundheitswesen nicht zuletzt nach den Vorgaben des SGB V die Effektivität und Effizienz im Blick zu haben. Tragfähige Aussagen dazu lassen sich aus der Kombination einzelner unspezifischer Indikatoren gerade in der Gesundheitsversorgung nicht gewinnen. Ihre Bewertung kann immer nur unter Berücksichtigung von Versorgungsinhalten und -zielen erfolgen und kann sich nicht losgelöst davon isoliert an der Höhe von Gesundheitsausgaben abarbeiten. Ein Argumentationsmuster „billig = effizient“ und eine Methode, die sozusagen präjudizierend vorwegnimmt, dass jede Abweichung von einer normativ gesetzten Grenze ein Einsparpotenzial ist, sind letztlich nicht überzeugend.

Die Studie wirkt eher als Plattform, um bekannte Argumente einer wettbewerblichen Öffnung des Gesundheitswesens Aufmerksamkeit zu verschaffen. Eine Position, die im politischen Diskurs ihre Berechtigung haben mag und die mit Blick auf die anstehenden Bundestagswahlen häufiger vorgetragen werden wird. Sie sollte allerdings nicht mit zu durchsichtigen Rechenspielen die eigene Plausibilität aufs Spiel setzen. Denn die Rechnung ist erst dann zu Ende, wenn eine gute Versorgung und bisher ungedeckte Ausgaben berücksichtigt sind. Dazu zählen bspw. der von den Autoren selbst aufgeführte Investitionsstau in den Krankenhäusern, die palliativmedizinische oder die Versorgung von dementen Patienten, und auch die Anforderungen des demografischen Wandels an das Gesundheitssystem. In diesem Sinne ist nicht jedes aufgedeckte Effizienzpotenzial im Saldo auch ein Einsparpotenzial.

## **Zusammenfassung:**

- Auftraggeber der Studie ist die *Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft*, eine arbeitgebernahe Institution, die für eine Reduktion des Leistungskatalogs der GKV auf eine Grundversorgung plädiert.
- Effizienzanalysen, die das Gesundheitswesen als Gesamtsystem im Blick haben, greifen methodisch vereinfachend zumeist auf vergleichende Ansätze zurück. Der internationale Vergleich übergeht allzu forsch Unterschiede in den Versorgungsniveaus. Der regionale Vergleich innerhalb eines Landes baut – insbesondere in Deutschland, wo fundierte epidemiologische Kennzahlen weitestgehend fehlen – zumeist auf zu einer zu dünnen Datengrundlage auf. Beides zeigt sich exemplarisch an der Studie des RWI.
- Die Gutachter nehmen ein Ranking der Bundesländer in den Leistungsbereichen ambulant-ärztliche, stationäre und Arzneimittel-Versorgung vor, definieren normativ eine Effizienzgrenze und bezeichnen alle Werte über dieser Grenze als Einsparpotenzial. Sie unterscheiden zwei Szenarien: In einem so genannten „konservativen“ Szenario (Effizienzgrenze ist der Bundesdurchschnitt) errechnen sie ein Einsparpotenzial von 5,55 Mrd. Euro. Mit einem so genannten „optimistischen“ Szenario (Effizienzgrenze wird vom unteren Viertel der Verteilung bestimmt) kommen die Gutachter auf ein Einsparpotenzial von 9,75 Mrd. Euro. Relativ ergeben sich je nach Szenario Einsparungen von 5,4% bzw. 9,5% der GKV-Gesamtausgaben in den betrachteten Bereichen.
- Als Handlungsoptionen, um diese Einsparpotenziale zu realisieren, werden bekannte Instrumente vorgeschlagen, denen gemeinsam eine weitgehend wettbewerbliche Öffnung insbesondere des Verhältnisses zwischen Leistungserbringern und Kassen ist. Zentrale Strategie ist dabei der Vorzug von einzelvertraglichen gegenüber kollektivvertraglichen Lösungen.
- Die Datengrundlage umfasst vergleichsweise unspezifische, hoch aggregierte Indikatoren, die zwar leicht zugänglich sind, aber letztlich nur eine sehr grobe Bewertung von Effizienzaspekten zulassen. Differenzierungen bzw. Standardisierungen werden allein an den Merkmalen Alter und Geschlecht vorgenommen. Bezüge zur Morbidität oder anderen relevanten Sozialindikatoren werden an keiner Stelle hergestellt.
- Tragfähige Aussagen zur Effizienz des Gesamtsystems lassen sich aus der Kombination einzelner unspezifischer Indikatoren gerade im Gesundheitswesen nicht gewinnen. Effektivität *und* Effizienz ist hier unter Berücksichtigung von Versorgungsinhalten und -zielen zu bewerten.
- Ein Argumentationsmuster, das nach dem Motto „billig = effizient“ präjudizierend vorwegnimmt, dass jede Abweichung von einer normativ gesetzten Grenze ein Einsparpotenzial ist, ohne zu formulieren, wie eine effiziente Versorgung auszusehen hat und ohne zu prüfen, ob die vorgegebenen Budgets an sich ausreichend sind bzw. ob eine Verwendung der Mittel in anderen Bereichen notwendig ist, ist wenig überzeugend. Denn nicht jedes aufgedeckte Effizienzpotenzial ist im Saldo auch ein Einsparpotenzial.