

Boris Augurzky, Harald Tauchmann,
Andreas Werblow und Stefan Felder

Effizienzreserven im Gesundheitswesen

Heft 49



Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Vorstand:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (Präsident),

Prof. Dr. Thomas K. Bauer

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Henning Osthues-Albrecht, Dr. Rolf Pohlig, Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Prof. Dr.-Ing. Dieter Ameling, Manfred Breuer, Oliver Burkhard, Dr. Hans
Georg Fabritius, Dr. Thomas Köster, Dr. Wilhelm Koll, Prof. Dr. Walter Krämer,
Dr. Thomas A. Lange, Tillmann Neinhaus, Hermann Rappen, Dr.-Ing. Sandra
Scheermesser

Forschungsbeirat:

Prof. Michael C. Burda, Ph.D., Prof. David Card, Ph.D., Prof. Dr. Clemens Fuest,

Prof. Dr. Justus Haucap, Prof. Dr. Walter Krämer, Prof. Dr. Michael Lechner,

Prof. Dr. Till Requate, Prof. Nina Smith, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI Essen

Heinrich Frommknecht, Prof. Dr. Paul Klemmer †, Dr. Dietmar Kuhnt

RWI : Materialien Heft 49

Herausgeber: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,
Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Tel. 0201/81 49-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2009

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.

Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-090-9

RWI : Materialien

Heft 49

Boris Augurzky, Harald Tauchmann,
Andreas Werblow und Stefan Felder

Effizienzreserven im Gesundheitswesen



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Danksagungen

Die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft beauftragte im Herbst des Jahres 2008 die Projektgemeinschaft bestehend aus dem RWI Essen und dem Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsökonomik an der Universität Duisburg-Essen (Prof. Stefan Felder und Andreas Werblow), das vorliegende Gutachten zu den Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen zu schreiben. Wir danken den beiden Geschäftsführern, Max Höfer und Dieter Rath, für den Auftrag und eine intensive Diskussion des Themas. Marco Mendorf von der Initiative hat wichtige Anregungen zum Gutachten gegeben, für die wir ihm dankbar sind. Danken möchten wir auch Jörg Sautner von Scholz & Friends Agenda, der die Entstehung des Gutachtens umsichtig begleitet hat.

Bei der Erstellung des Textes, insbesondere der Tabellen und Graphiken, haben uns Anette Hermanowski, Miriam Krieger, Marlies Tapaß, Daniela Schwindt und Benedict Zinke tatkräftig unterstützt. Ihnen gebührt hierfür unser Dank. Verschiedene Personen und Institutionen haben uns nützliche Hinweise gegeben. Insbesondere danken möchten wir Dr. Stefan Fetzer vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen für Hinweise im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung, Annika Herr für Hinweise zur Modellierung der Krankenhauseffizienz und Frank Schmitz von der ADMED GmbH für die Übermittlung von Preisen bei einzelnen medizinischen Indikationen in der stationären Versorgung.

Essen, 5. Januar 2009

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-090-9

Inhalt

Executive Summary	7
1. Einleitung	10
2. Internationaler Vergleich	11
2.1 Gesundheitsausgaben in der OECD	11
2.2 Stationäre und ambulante Versorgung	13
3. Daten und Methodik	16
3.1 Daten	16
3.2 Methodik	19
4. Effizienzpotenziale	20
4.1 Krankenhäuser	20
4.1.1 Einsparpotenzial bei den Preisen	21
4.1.2 Einsparpotenzial bei der Zahl der Fälle	25
4.1.3 Öffentliche Investitionsfördermittel	30
4.1.4 Einsparpotenzial bei den Kapazitäten	32
4.1.5 Ökonometrischer Ansatz zur Messung von Effizienzreserven	34
4.1.6 Gesamtpotenzial im stationären Sektor	35
4.2 Niedergelassene Ärzte	36
4.2.1 Ärztedichte	36
4.2.2 Einsparpotenzial bei den Punktwerten	41
4.2.3 Einsparpotenzial bei den Leistungsmengen	43
4.2.4 Gesamtpotenzial im ambulanten Sektor	43
4.3 Arzneimittel	44
4.3.1 Arzneimittelausgaben	45
4.3.2 Großhandel und Apotheken	46
4.3.3 Gesamtpotenzial bei den Arzneimitteln	47
5. Instrumente zur Hebung der Effizienzpotenziale	48
6. Fazit	51
Literatur	53

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Geschätzte Einsparpotenziale für die GKV	8
Tabelle 2:	Gesundheitsausgaben pro Kopf im internationalen Vergleich. .	12
Tabelle 3:	Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich	13
Tabelle 4:	Länderspezifische Einsparpotenziale im Krankenhausbereich für ausgewählte Diagnosen	25
Tabelle 5:	Geschätztes Einsparpotenzial im stationären Sektor	36
Tabelle 6:	Geschätztes Einsparpotenzial im ambulanten Sektor	44
Tabelle 7:	Geschätztes Einsparpotenzial im Arzneimittelsektor	47
Tabelle 8:	Geschätztes Einsparpotenzial für die GKV	52

Verzeichnis der Karten

Karte 1:	Stationäre Fälle nach Wohnort	24
Karte 2a:	Zahl der Ärzte	37
Karte 2b:	Zahl der Allgemeinärzte	38

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1:	Ausgabenträger im Gesundheitswesen	11
Schaubild 2:	Zahl der Akutbetten in ausgewählten Ländern	14
Schaubild 3:	Zahl der stationären Fälle in ausgewählten Ländern	15
Schaubild 4:	Zahl der praktizierenden Fachärzte in ausgewählten Ländern	17
Schaubild 5:	Zahl der Allgemeinärzte in ausgewählten Ländern.	18
Schaubild 6:	Landesbasisfallwert	21
Schaubild 7:	Einsparpotenzial bei den Preisen – Szenario A	22
Schaubild 8:	Einsparpotenzial bei den Preisen – Szenario B	23
Schaubild 9:	Um Alter und Geschlecht bereinigter Überhang bei den stationären Fällen	26
Schaubild 10:	Bereinigte Zahl der Fälle je Einwohner für Hauptdiagnosen	27
Schaubild 11:	Einsparpotenzial durch Reduzierung der Zahl der Fälle – Szenario A	29
Schaubild 12:	Einsparpotenzial durch Reduzierung der Zahl der Fälle – Szenario B	30
Schaubild 13:	Kumulierte KHG-Fördermittel nach Bundesländern	31
Schaubild 14:	Erwartete Zahl der Betten und Überkapazität in Krankenhäusern	33
Schaubild 15:	Relative Über- bzw. Unterversorgung mit Allgemeinärzten	39
Schaubild 16:	Relative Über- bzw. Unterversorgung mit Fachärzten	40
Schaubild 17:	Durchschnittliche Punktwerte und Einsparpotenzial in der vertragsärztlichen Versorgung	41
Schaubild 18:	Durchschnittliche Leistungsmengen der vertragsärztlichen Versorgung.	42
Schaubild 19:	Einsparpotenzial durch Punktmengenreduktion – Szenario A	43
Schaubild 20:	Nicht-standardisierte Ausgaben bei Arzneimitteln.	45
Schaubild 21:	Zahl abgegebener Packungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel nach Apothekenverkaufspreis.	47

Effizienzreserven im Gesundheitswesen

Executive Summary

Deutschland leistet sich ein im internationalen Vergleich hohes Angebot an medizinischer Versorgung. Im Krankenhausbereich weist Deutschland eine um mehr als 50% höhere Bettendichte auf als die OECD-Länder im Durchschnitt. In der OECD ist in den vergangenen 10 Jahren ein massiver Bettenabbau zu beobachten; Deutschland hinkt trotz des hohen Ausgangswerts hinterher. Im niedergelassenen Bereich liegt die Ärztedichte sowohl bei den Fach- als auch bei den Allgemeinärzten um 40% über dem internationalen Durchschnitt. Die Ärztedichte ist in der OECD gestiegen; Deutschland liegt dabei insbesondere bei den Fachärzten an der Spitze.

Der internationale Vergleich gibt somit einen ersten Hinweis darauf, dass im deutschen Gesundheitssystem erhebliche Effizienzreserven verborgen sein könnten. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, Einsparpotenziale abzuschätzen. Diese werden dabei nicht über einen internationalen Vergleich berechnet, vielmehr werden innerdeutsche Unterschiede in der medizinischen Versorgung auf Bundeslandebene herangezogen. Berücksichtigt wurden u.a. Daten auf Kreisebene, um den besonderen geografischen Verhältnissen in den Bundesländern gerecht zu werden. Darüber hinaus werden die Gesundheitsausgaben um die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur bereinigt, um einen angemessenen Vergleich der medizinischen Versorgung der Länder zu erreichen.

Dieser Beitrag präsentiert Schätzungen des Einsparpotenzials für den stationären und ambulanten Gesundheitssektor sowie für den Arzneimittelbereich. Diese drei Bereiche machten 2006 zusammen fast drei Viertel der Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus. Somit decken diese drei Sektoren den Großteil der Einsparpotenziale für die GKV ab.

Bei der Schätzung der Einsparpotenziale wird zwischen einem konservativen Szenario A und einem optimistischen Szenario B unterschieden. Das konservative Einsparpotenzial A wird realisiert, wenn die „teuren“ Bundesländer

Tabelle 1

Geschätzte Einsparpotenziale für die GKV

2007; in Mrd. €

	Szenario A	Szenario B
Krankenhäuser	2,19	4,37
Ambulante Versorgung	1,18	2,18
Arzneimittel	2,18	3,20
Insgesamt	5,55	9,75
Anteil an Gesamtausgaben ¹ , in %	5,4	9,5

Eigene Berechnungen. – ¹In den drei betrachteten Bereichen.

ihre Preise und Mengen in den drei Sektoren jeweils auf den Bundesdurchschnitt senken. Das optimistische Szenario B wählt jeweils jenes Bundesland als Maßstab, das beim unteren Viertel der Verteilung liegt.

In Tabelle 1 werden die geschätzten Einsparpotenziale bezogen auf das Jahr 2007 für beide Szenarien dargestellt. In der konservativen Variante summieren sich die Effizienzreserven für die GKV auf 5,6 Mrd. € bzw. 5,4% der Gesamtausgaben in den betrachteten Bereichen. Absolut betrachtet trägt die ambulante Versorgung in geringerem Maß zur Einsparung bei als die beiden anderen Sektoren. Relativ zu den jeweiligen Gesamtausgaben übertreffen die Effizienzreserven im ambulanten Bereich die der stationären Versorgung allerdings leicht. Relativ gesehen scheint aber insbesondere die Arzneimittelversorgung von Effizienzdefiziten betroffen zu sein. Im optimistischen Szenario B werden insgesamt Einsparpotenziale von 9,8 Mrd. € ermittelt, was einer Kostenreduktion von 9,5% entspricht. Absolut betrachtet tragen die Krankenhäuser in diesem Szenario mit 4,4 Mrd. € am stärksten zu den Einsparungen bei, relativ die ambulante Versorgung und die Arzneimittelausgaben.

Aus Sicht der gesetzlich Versicherten und ihrer Arbeitgeber sind absolute Kostenreduktionen im Gesundheitssystem abstrakte Größen. Relevant ist vielmehr ihre Wirkung auf die Beitragssätze. Rechnet man die geschätzten Einsparungen auf den durchschnittlichen GKV-Beitragssatz um, so ließe sich dieser in Szenario A um 0,56%-Punkte senken, in Szenario B sogar um 0,99%-Punkte. Würden in den anderen Bereichen der GKV, die wir in diesem Gutachten nicht betrachtet haben, ähnlich hohe Einsparungen erzielt, könnte der Beitragssatz im konservativen Szenario um 0,80%-Punkte, im optimistischen Szenario um 1,41%-Punkte sinken.

In dem Fall, dass in sämtlichen Bereichen der GKV entsprechende Einsparungen erzielt werden, errechnet sich für ein GKV-Mitglied (und seinem Arbeitgeber) mit durchschnittlichem Einkommen eine jährliche Beitragsreduktion um 94 € (Szenario A) bzw. 165 € (Szenario B). Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds mit festgeschriebenem Arbeitgeberbeitrag würde die ent-

sprechende Beitragsrückerstattung für den Versicherten im Szenario A 153 € und im Szenario B 269 € pro Jahr betragen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Entlastung der Versicherten, die sich beim Heben der Effizienzreserven im Gesundheitssystem realisieren ließe, durchaus spürbar wäre. Die gesundheitspolitisch entscheidende Frage ist daher, durch welche Maßnahmen und Reformen Effizienzreserven gehoben und die Beitragssätze mittelbar gesenkt werden können. Vor diesem Hintergrund sehen wir Handlungsbedarf in folgender Hinsicht:

- (i) Der Zwang zum einheitlichen und gemeinsamen Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Kliniken stellt ein Effizienzhindernis dar und ist daher zu Gunsten von bilateralen Verhandlungen aufzuheben.
- (ii) Die dualistische Krankenhausfinanzierung steht einer betriebswirtschaftlich effizienten Investitionsplanung entgegen und ist daher durch eine monistische Finanzierung zu ersetzen.
- (iii) Die Möglichkeiten der Krankenkassen, unabhängig von den Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge mit den Leistungserbringern im ambulanten Sektor abzuschließen, sind auszuweiten.
- (iv) Die strikte Trennung von ambulantem und stationärem Sektor sollte zu Gunsten einer gestärkten integrierten Versorgung aufgehoben werden. Ein integriertes Vergütungssystem bildet dafür einen wichtigen Baustein.
- (v) Die Freigabe der Preissetzung im Arzneimittelmarkt und insbesondere der Wegfall fixer Großhandels- und Apothekenzuschläge würden den Wettbewerb stärken und zu geringeren Arzneimittelkosten beitragen.
- (vi) Die Rolle der Versicherten und Patienten im Gesundheitssystem ist neu zu definieren. Instrumente wie Selbstbehalte, Zuzahlungen und Wahltarife sind so zu gestalten, dass für die Versicherten tatsächlich Anreize zu einer kostenbewussten Leistungsanspruchnahme gesetzt werden.

Bei der Interpretation der Einsparpotenziale ist zu berücksichtigen, dass sie insofern vorsichtig geschätzt wurden, als vergleichsweise effiziente Regionen und Bundesländer als Messlatte für die weniger effizienten dienen. Die vorgeschlagenen Reformen sind aber ganz allgemein geeignet, zu Effizienzsteigerungen beizutragen, insbesondere auch dort, wo bereits jetzt ein vergleichsweise hohes Niveau erreicht wird. Damit könnten die Reformen auch größere Einsparwirkungen erzielen, als im Bundesländervergleich deutlich wird.

1. Einleitung

Wie die meisten anderen Industrieländer ist auch Deutschland mit einem stetigen Anstieg der Gesundheitsausgaben konfrontiert. Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder versucht, über Reformen der GKV den Ausgabenanstieg zu begrenzen. Dabei bediente er sich vornehmlich regulatorischer Mittel, die den Handlungsspielraum der Akteure im Gesundheitswesen zunehmend einschränkten. So besteht im stationären Sektor de facto ein beidseitiger Kontrahierungszwang zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Mit der Einführung des DRG-Katalogs im Jahr 2004 einerseits und der festgelegten Konvergenz der krankenhausspezifischen Basisfallwerte (BFW) – den Preisen für einen „Durchschnittsfall“ – zu einem Landesbasisfallwert bis 2009 andererseits ist die stationäre Vergütungsstruktur fixiert. Die Entfaltung neuer Vertrags- und Versorgungsformen wird damit per Dekret verhindert. Unter dem strengen Korsett aus „Kontrahierungszwang“ und dem Vertragsprinzip „gemeinsam und einheitlich“ wird die Nutzung des Wettbewerbs als Entdeckungsverfahren für effiziente Problemlösungen stark eingeschränkt.

Ein wettbewerblich ausgerichtetes System wäre hingegen von individuellen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geprägt, die ihre Beziehungen über Selektivverträge regeln. Dies beinhaltet auch, dass Krankenkassen und Leistungserbringer selbst entscheiden, ob sie überhaupt miteinander Verträge schließen. Auch die Vertragsinhalte sollten autonom von den Vertragsparteien bestimmt werden. Durch das systematische Ausprobieren alternativer Vertragsoptionen könnten sich dann neue und effizientere Versorgungs- und Entgeltformen etablieren. Im Gegensatz dazu verhindern die derzeitigen Eingriffe die Hebung von Effizienzreserven.

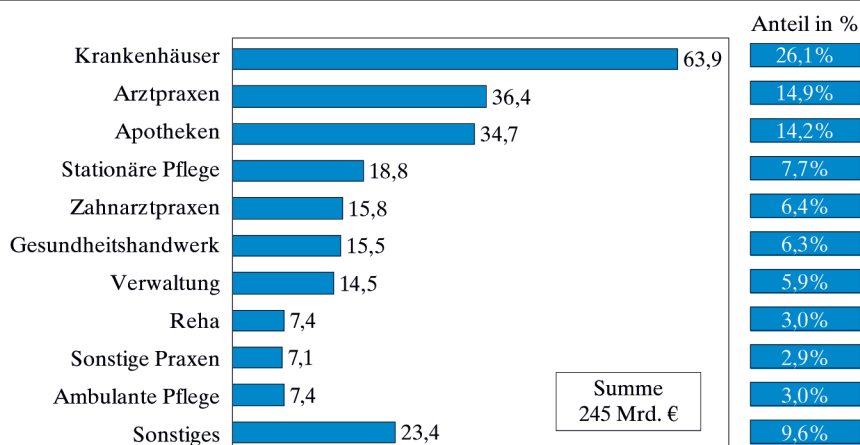
Das Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, das Einsparpotenzial in der Gesundheitsversorgung abzuschätzen, das die Versorgungsstruktur aufgrund der Regulierung birgt. Angesichts der Breite des Gesundheitsbereichs muss sich diese Schätzung notgedrungen auf bedeutende Teilbereiche beschränken (Schaubild 1). Dieser Beitrag präsentiert Schätzungen des Einsparpotenzials für den stationären und ambulanten Bereich sowie für Apotheken. Diese drei Bereiche machten 2006 zusammen 72% der Leistungsausgaben der GKV von 139,76 Mrd. € aus (Statistisches Bundesamt 2008). Mit der Betrachtung dieser Sektoren ist somit der Großteil der Einsparpotenziale für die GKV abgedeckt.

Im folgenden wird zunächst das deutsche Gesundheitswesen international eingeordnet (Abschnitt 2). Dabei wird deutlich, dass Deutschland bezüglich der Krankenhaus-, der Facharzt- und der Allgemeinärztdichte über dem Durchschnitt liegt. Anschließend werden die Daten und die verwendete Methodik vorgestellt (Abschnitt 3) und im nächsten Schritt die Einsparmöglich-

Schaubild 1

Ausgabenträger im Gesundheitswesen

2006; in Mrd. €



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008; RWI Analyse. – ¹Davon vor allem Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. – ²Praxen sonstiger medizinischer Berufe (physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern. – ³Investitionen (Krankenhausfördermittel, Mittel für Pflegeheime u.a.), Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, sonstige Einrichtungen und private Haushalte.

keiten auf der Grundlage von Versorgungsdaten für den stationären und den ambulanten Bereich auf Kreis- bzw. auf Bundeslandebene abgeschätzt (Abschnitt 4). Diese Datenvielfalt hat den Vorteil, dass beim regionalen Vergleich insbesondere Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur der Kreise bzw. Bundesländer berücksichtigt werden können. Die Schätzung der Einsparmöglichkeiten geschieht aus Gründen der besseren Darstellung immer auf der Ebene der Bundesländer. Als nächstes werden Einsparpotenziale im Arzneimittelbereich geschätzt. Schließlich werden Instrumente zur Hebung der geschätzten Effizienzreserven diskutiert.

2. Internationaler Vergleich

2.1 Gesundheitsausgaben in der OECD

Tabelle 2 zeigt die Gesundheitsausgaben pro Kopf, umgerechnet in Kaufkraftparitäten in US-Dollar, für ausgewählte Länder der OECD 1970. Über den gesamten Zeitraum hinweg wiesen die Vereinigten Staaten die höchsten Ausgaben auf. Sie stiegen von 351 \$ im Jahr 1970 auf 6 401 \$ 2005. Dies entspricht einem Zuwachs um 8,7% pro Jahr. Die höchste durchschnittliche Wachstumsrate (11,1%) wies Portugal auf.

Tabelle 2

Gesundheitsausgaben pro Kopf im internationalen Vergleich

1970 bis 2005; in US-\$ Kaufkraftparitäten

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Belgien	148	345	636	957	1 341	1 830	2 301	3 389 ^a
Deutschland	264	559	950	1 378	1 730	2 225	2 634	3 287
Finnland	188	351	582	942	1 392	1 429	1 717	2 331
Frankreich	200	377	677	1 059	1 499	2 065	2 487	3 374
Irland	117	277	519	661	796	1 211	1 822	2 926
Island	170	364	733	1 149	1 619	1 853	2 697	3 443
Kanada	301	480	780	1 264	1 738	2 057	2 509	3 326
Neuseeland	210	398	509	640	991	1 244	1 605	2 343 ^a
Norwegen	145	326	676	954	1 392	1 892	3 082	4 364
Portugal	51	164	292	421	673	1 096	1 625	2 033 ^a
Schweden	310	527	938	1 262	1 581	1 733	2 272	2 918
Schweiz	351	629	1 030	1 473	2 028	2 571	3 181	4 177
Spanien	95	212	363	496	872	1 193	1 520	2 255 ^a
Vereinigte Staaten	351	590	1 068	1 768	2 738	3 656	4 569	6 401
Vereinigtes Königreich	165	302	482	712	989	1 384	1 859	2 724 ^b
Österreich	193	427	769	922	1 327	2 250	2 825	3 519

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2007, Version vom Juli 2007. – ^aSchätzwert. – ^bUnterschiede bezüglich der Methodologie.

Deutschland nahm 2005 mit 3 287 \$ den neunten Platz unter diesen OECD Ländern ein; der jahresdurchschnittliche Zuwachs erreichte 7,5%. Von den großen OECD-Ländern liegen neben den Vereinigten Staaten noch Frankreich und Kanada vor Deutschland, allerdings vergleichsweise knapp (um 101 bzw. 39 \$ pro Kopf). Das Vereinigte Königreich schließlich weist besonders niedrige Gesundheitsausgaben pro Kopf auf. Sie betragen im Jahr 2005 nur 42,6% der amerikanischen und 82,8% der deutschen Ausgaben. Mit durchschnittlich 8,3% lag der Zuwachs jedoch über dem in Deutschland.

Die Umrechnung nach Kaufkraftparitäten in US-Dollar erlaubt zwar einen unverzerrten internationalen Vergleich, sie impliziert aber, dass die Daten im zeitlichen Vergleich nicht inflationsbereinigt sind. Tatsächlich ist ein Teil der Ausgabensteigerungen auf die Preissteigerung von medizinischen Gütern und Dienstleistungen zurückzuführen. Alternativ bietet sich daher an, den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) zu betrachten (Tabelle 3).

Auch hier erweisen sich die Vereinigten Staaten als Spitzenreiter. Ihre Gesundheitsausgaben betragen im Jahr 2005 15,3% des BIP. Gegenüber 1970 ist dieser Anteil um 119% gestiegen. In Portugal hat sich der Anteil im gleichen Zeitraum sogar vervierfacht, von 2,5% auf 10,2%. Deutschland hat seinen Anteil um 78% gesteigert und liegt damit im Durchschnitt der 22 berücksich-

Tabelle 3

Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

1970 bis 2005; Anteil am BIP in %

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Belgien	3,9	5,6	6,3	7,0	7,2	8,2	8,6	10,3 ^a
Deutschland	6,0	8,4	8,4	8,8	8,3	10,1	10,3	10,7
Finnland	5,5	6,2	6,3	7,1	7,7	7,5	6,6	7,5
Frankreich	5,4	6,4	7,0	8,0	8,4	9,9	9,6	11,1
Irland	5,1	7,3	8,3	7,5	6,1	6,7	6,3	7,5
Island	4,7	5,7	6,3	7,2	7,8	8,2	9,3	9,5
Kanada	6,9	7,0	7,0	8,1	8,9	9,0	8,8	9,8
Neuseeland	5,1	6,5	5,9	5,1	6,9	7,2	7,7	9,0 ^a
Norwegen	4,4	5,9	7,0	6,6	7,6	7,9	8,4	9,1
Portugal	2,5	5,1	5,3	5,7	5,9	7,8	8,8	10,2 ^a
Schweden	6,8	7,6	9,0	8,6	8,3	8,1	8,4	9,1
Schweiz	5,5	7,0	7,4	7,8	8,3	9,7	10,4	11,6
Spanien	3,5	4,6	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,2 ^a
Vereinigte Staaten	7,0	7,9	8,8	10,0	11,9	13,3	13,2	15,3
Vereinigtes Königreich	4,5	5,5	5,6	5,9	6,0	7,0	7,3	8,3 ^b
Österreich	5,2	7,0	7,5	6,5	7,0	9,8	10,0	10,2

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2007, Version vom Juli 2007. – ^aSchätzwert. – ^bUnterschiede bezüglich der Methodologie.

tigten OECD-Länder. Der aktuelle Anteil in Deutschland liegt etwa auf dem Niveau der Vereinigten Staaten zu Beginn der neunziger Jahre. In den kürzlich vergangenen Jahren war der Anstieg der Gesundheitsausgabenquote in Deutschland im Vergleich zu den anderen OECD Ländern vergleichsweise gering: Es verzeichnete den niedrigsten prozentualen Anstieg in den Zeiträumen 1995 bis 2005 und 2000 bis 2005 sowie den drittniedrigsten in 1990 bis 2005.

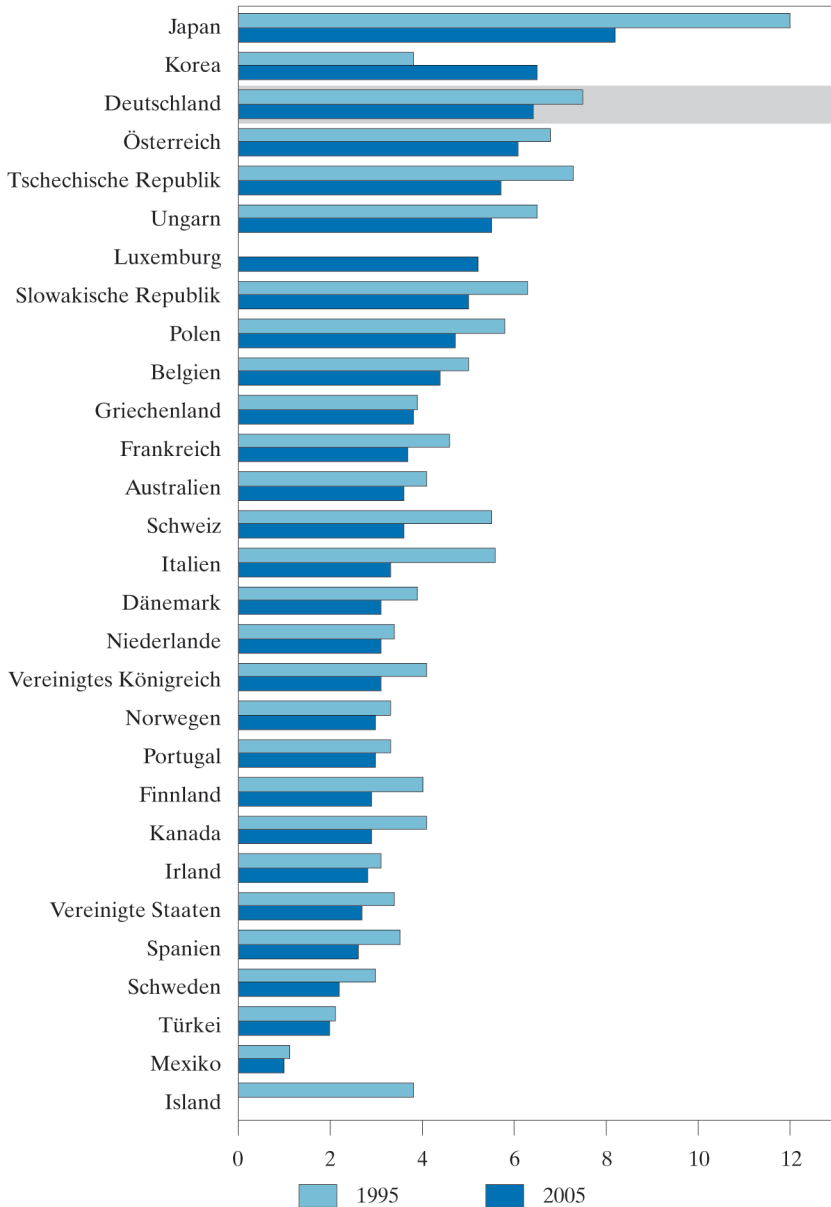
2.2 Stationäre und ambulante Versorgung

Deutschland weist im internationalen Vergleich eine der höchsten Betten-dichten in der Akutversorgung auf und wird nur von den beiden asiatischen Ländern Japan und Korea übertroffen (Schaubild 2). Auf 1 000 Einwohner kamen in der OECD im Jahr 2005 im Durchschnitt 4,1 Akutbetten, in Deutschland waren es 6,4. Andere große europäische Länder wie Frankreich, Italien und das Vereinigte Königreich liegen dagegen deutlich unter dem OECD-Mittelwert. Diese Länder hatten bereits 1995 eine geringere Bettenzahl und haben sie seither sogar noch stärker reduziert als Deutschland. Die Schweiz und Italien hatten 1995 zwei Akutbetten weniger als Deutschland, 2005 waren es drei. Diese Zahlen zeigen, wie langsam Deutschland trotz hohen Niveaus im Vergleich zu anderen europäischen Ländern die Bettendichte abgebaut hat.

Schaubild 2

Zahl der Akutbetten in ausgewählten Ländern

1995 und 2005; je 1000 Einwohner

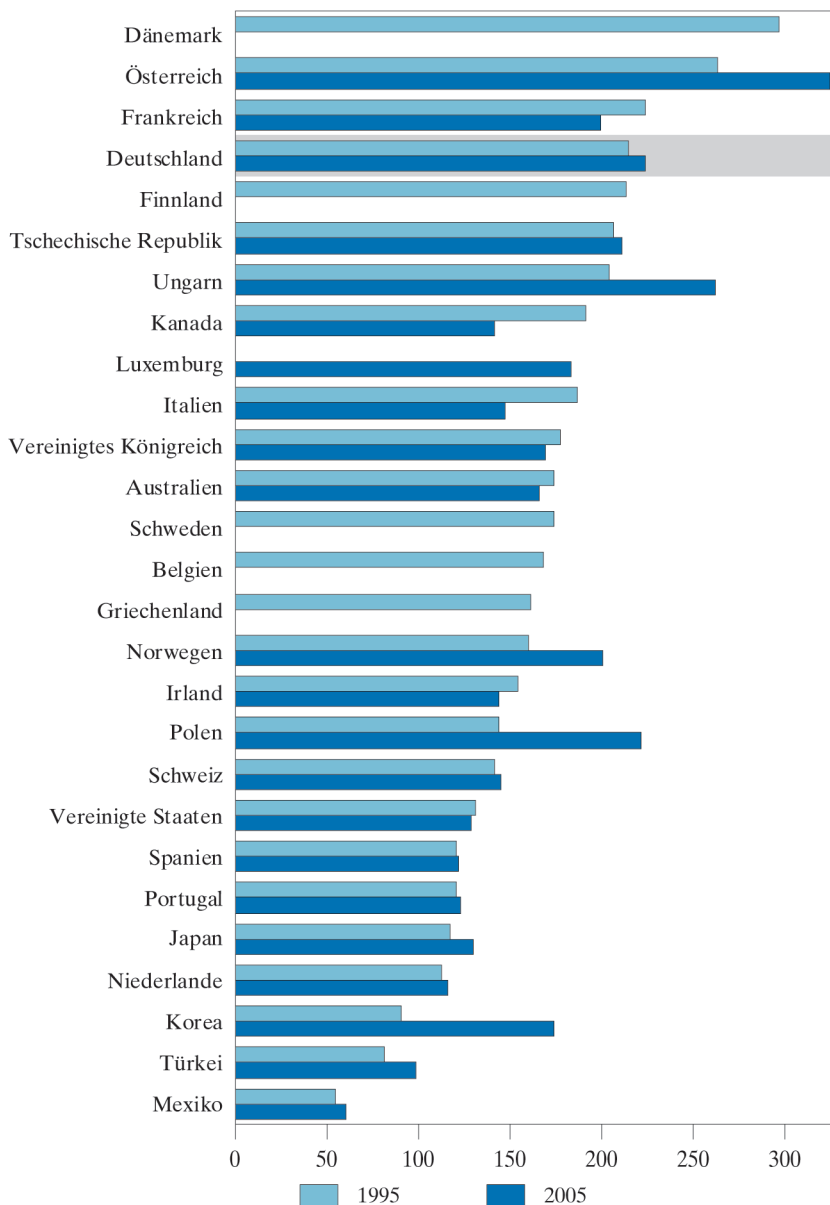


Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2007, Version von Juli 2007; eigene Berechnungen.

Schaubild 3

Zahl der stationären Fälle in ausgewählten Ländern

1995 und 2005; je 1000 Einwohner



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2007, Version von Juli 2007; eigene Berechnungen.

Schaubild 3 zeigt die Zahl der stationären Fälle für 27 OECD-Länder. Frankreich, Italien und Kanada reduzierten sie seit 1995 deutlich und konnten – bei moderat fallender Verweildauer – die Bettendichte signifikant senken. In Deutschland ist die Zahl der Fälle seit 1995 um 8 pro 1 000 Einwohner angestiegen, in der OECD dagegen nur um 3. Derzeit liegt Deutschland mit 203 Fällen um ein Drittel über dem Durchschnitt in den OECD-Ländern. Vor allem dieser Anstieg ist für den vergleichsweise geringen Bettenabbau in Deutschland verantwortlich. Hätte nicht gleichzeitig die Verweildauer um 2,8 Tage stark abgenommen, würde Deutschland im internationalen Vergleich der Bettendichte noch schlechter abschneiden.

Die Kapazität der stationären Versorgung kann letztlich nicht ohne Berücksichtigung der ambulanten Versorgung beurteilt werden, weil zum Teil eine substitutive Beziehung zwischen beiden besteht. Dies gilt insbesondere für die Fachärzte, die sowohl im Krankenhaus als auch als niedergelassener Arzt tätig sein können. Die OECD publiziert Angaben zum gesamten medizinischen Personal (Fachärzte und Pflegekräfte) im Krankenhaus sowie zu den praktizierenden Fachärzten (niedergelassen oder im Krankenhaus beschäftigt). Beim medizinischen Krankenhauspersonal liegt Deutschland im Mittelfeld der OECD-Länder: Im Jahr 2005 entfielen dort auf 1 000 Einwohner 14,4 Krankenhausärzte und Pflegekräfte gegenüber 16,55 in der OECD. 1995 hatte Deutschland mit 15,7 gegenüber 14,8 Beschäftigten im Krankenhaus auf 1 000 Einwohner noch über dem OECD-Durchschnitt gelegen.

Schaubild 4 zeigt die Zahl praktizierender Fachärzte auf 1 000 Einwohner für ausgewählte OECD-Länder. Insgesamt ist sie in der OECD zwischen 1995 und 2005 von 1,32 auf 1,75 pro 1 000 Einwohner angestiegen. Deutschland wies im Jahr 1995 je 1 000 Einwohner 1,8 praktizierende Fachärzte auf; 2005 waren es 2,4. Dies macht deutlich, dass Deutschland die Fachärztdichte auf hohem Niveau nochmals deutlich gesteigert hat. Dieser Anstieg ging auf Kosten der Allgemeinärztedichte (Schaubild 5), demnach ist auch dort das Angebot überdurchschnittlich. Damit ist also ausgeschlossen, dass die hohe Vorhaltung im stationären Bereich ein niedriges Angebot im niedergelassenen fach- und allgemeinärztlichen Bereich kompensiert. Das Gegenteil ist der Fall: im internationalen Vergleich leistet sich Deutschland sowohl stationär wie auch ambulant ungewöhnlich viel medizinisches Personal.

3. Daten und Methodik

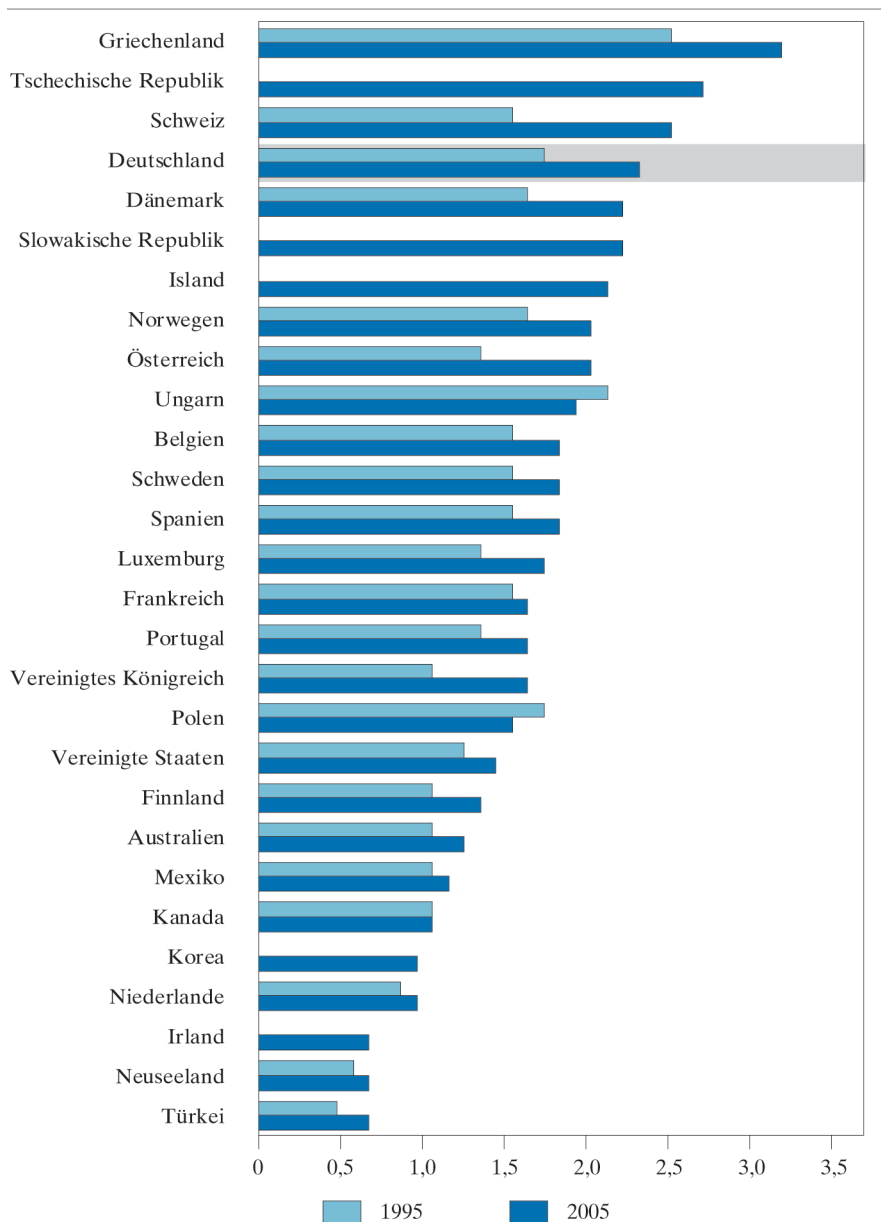
3.1 Daten

Die folgenden Schätzungen des Einsparpotenzials basieren auf öffentlich zugängliche Daten, darunter Daten des Statistischen Bundesamts, des Bundesministeriums für Gesundheit, des AOK-Bundesverbands, des GKV Arznei-

Schaubild 4

Zahl der praktizierenden Fachärzte in ausgewählten Ländern

1995 und 2005; je 1000 Einwohner

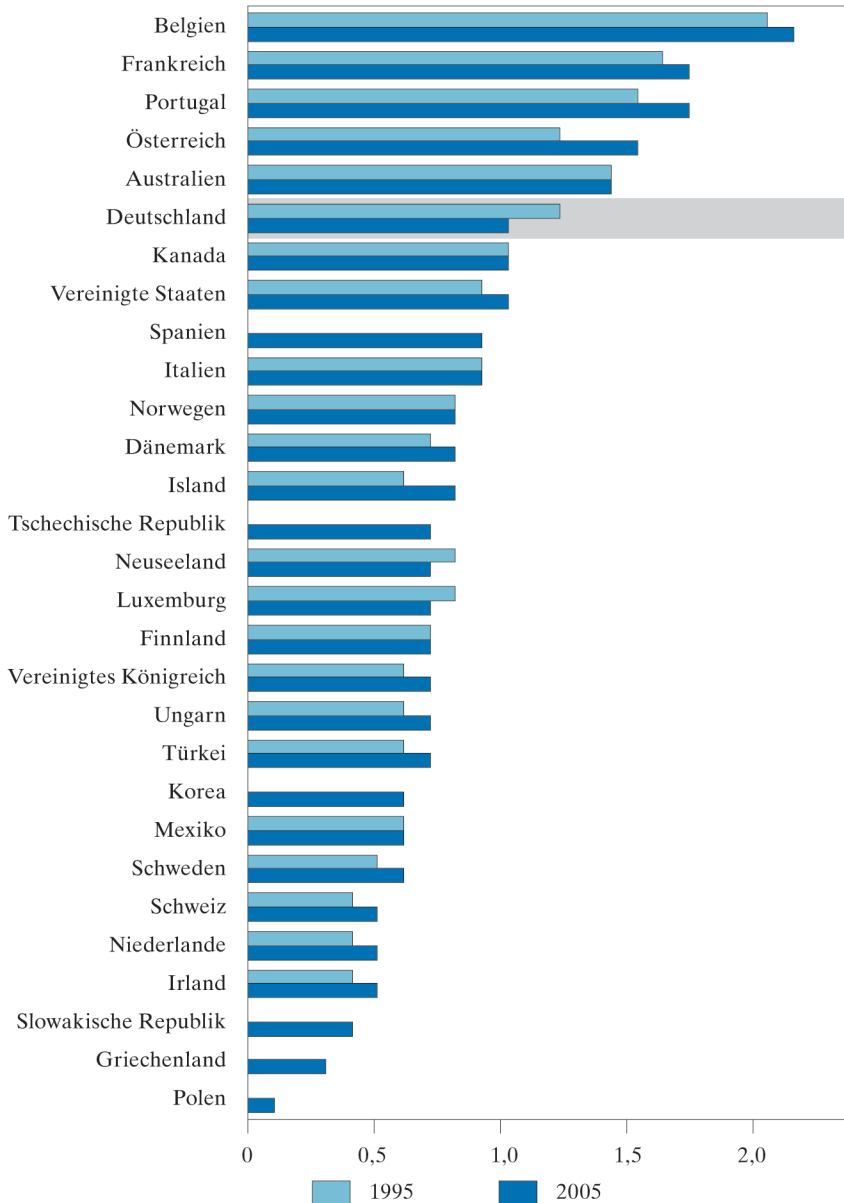


Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2007, Version von Juli 2007; eigene Berechnungen.

Schaubild 5

Zahl der Allgemeinärzte in ausgewählten Ländern

1995 und 2005; je 1000 Einwohner



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2007, Version von Juli 2007; eigene Berechnungen.

mittel-Schnellinformationssystem (GAmSi), der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

3.2 Methodik

Einsparungen sind grundsätzlich durch eine Reduktion der Preise oder der Mengen medizinischer Leistungen zu erreichen. Zur Verdeutlichung des Vorgehens gilt für die Pro-Kopf-Ausgaben in einem Bundesland i :

Ausgaben (i) = Menge (i) x Preis (i),

Ausgaben (i) = $Q(i) \times P(i)$.

Im Krankenhausbereich entspricht der Preis dem bundeslandspezifischen BFW und die Menge dem Case Mix gewichteter Fälle pro Kopf der Bevölkerung. In der ambulanten Versorgung ist der Preis gleich dem Punktwert in der vertragsärztlichen Vergütung, und die Menge entspricht der abgerechneten Punktmenge. Das mögliche Einsparpotenzial $EP(i)$ wird durch eine Reduzierung der Preise (ΔP) oder der Menge (ΔQ) erreicht:

$$EP(i) = \Delta P(i) \times Q(i) + \Delta Q(i) \times P(i).$$

Die Einsparmöglichkeiten werden durch den Vergleich mit einem Referenzbundesland berechnet, hier bezeichnet als b (Benchmark). Grundsätzlich könnte man hierfür jeweils das preisgünstigste bzw. mengengünstigste Bundesland auswählen. Hier wird jedoch jenes Bundesland ausgewählt, das dem Bundesdurchschnitt am nächsten kommt (konservatives Szenario A) bzw. das zwischen dem Bundesdurchschnitt und dem günstigsten Wert liegt (optimistisches Szenario B).

Konkret gilt für das Potential für Preis- und Leistungsmengenänderungen in den Bundesländern:

$$\Delta P(i) = P(i) - P(b),$$

$$\Delta Q(i) = Q(i) - Q(b).$$

Die Einsparmöglichkeiten entsprechen der Reduktion der Ausgaben, die sich ergibt, wenn die „teuren“ Bundesländer bezüglich Preis (d.h. $\Delta P(i) > 0$) und Menge (d.h. $\Delta Q(i) > 0$) auf das Niveau des Benchmarks sinken. Dabei können unterschiedliche Bundesländer den Benchmark für Preis und Menge bilden:

$$\text{Gesamt-EP} = \sum_i \Delta EP(i) = \sum_{i|\Delta P(i) > 0} \Delta P(i) \times Q(i) + \sum_{i|\Delta Q(i) > 0} \Delta Q(i) \times P(i).$$

Um einen angemessenen Vergleich zu ermöglichen, ist zu überlegen, inwieweit die Leistungsmengen und Preise standardisiert werden müssen. Da die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen alters- und geschlechtsabhängig

ist, berücksichtigt die folgende Untersuchung die regionale Bevölkerungsstruktur. Für den stationären Bereich stehen alters- und geschlechtsbezogene Häufigkeiten von medizinischen Indikationen zur Verfügung. Deshalb wird auf ein in der Epidemiologie gängiges Verfahren der Alters- und Geschlechtsstandardisierung zurückgegriffen, bei dem die länderbezogenen Prävalenzen, differenziert nach Alter und Geschlecht, auf die Struktur der Bundesbevölkerung übertragen wurden; was den Ländervergleich auf einer Standardbevölkerung erlaubt.

Bei den ambulanten Leistungen ist dieses Verfahren dagegen nicht möglich, da keine alters- und geschlechtsbezogenen Informationen über die Leistungsanspruchnahme verfügbar sind. Daher wurden mit Hilfe eines Regressionsansatzes auf Basis ihrer Bevölkerungsstruktur für die einzelnen Bundesländer die erwarteten Leistungsmengen geschätzt¹.

Das Einsparpotenzial im Szenario A entspricht der (positiven) Differenz zwischen beobachteter und erwarteter Leistungsanspruchnahme. Im Szenario B ist die Berechnung des Benchmarks etwas komplizierter. Als Benchmark wird aus der Gruppe der Bundesländer, deren tatsächliche Leistungsmenge unterhalb der erwarteten Leistungsmenge liegt, jenes Land gewählt, das in der Mitte liegt. Für dieses Land wird die Differenz zwischen beobachteter und erwarteter Leistungsmenge in Relation zur erwarteten Leistungsmenge ausgedrückt. Alle Bundesländer, die mit ihrer Leistungsmenge nicht um diesen Prozentsatz unterhalb der erwarteten Menge liegen, müssen diese entsprechend reduzieren.

Bei den Preisen wird mangels detaillierter Informationen auf eine Standardisierung verzichtet. Im Prinzip müsste man Faktorpreise, insbesondere das regionale Lohnniveau, heranziehen, um Preise überregional miteinander vergleichen zu können. Den Nachteil des Verzichts auf eine Preisstandardisierung wird durch die Wahl des Benchmarks ausgeglichen, die zu einer konservativen Schätzung der Einsparpotenziale führt. Dazu wird nicht auf das preisgünstigste Bundesland abgestellt, wonach 15 von 16 Bundesländern als kosteneffizient dargestellt werden, sondern auf ein Bundesland, das zwar günstiger als der Durchschnitt, aber nicht das günstigste ist.

4. Effizienzpotenziale

4.1 Krankenhäuser

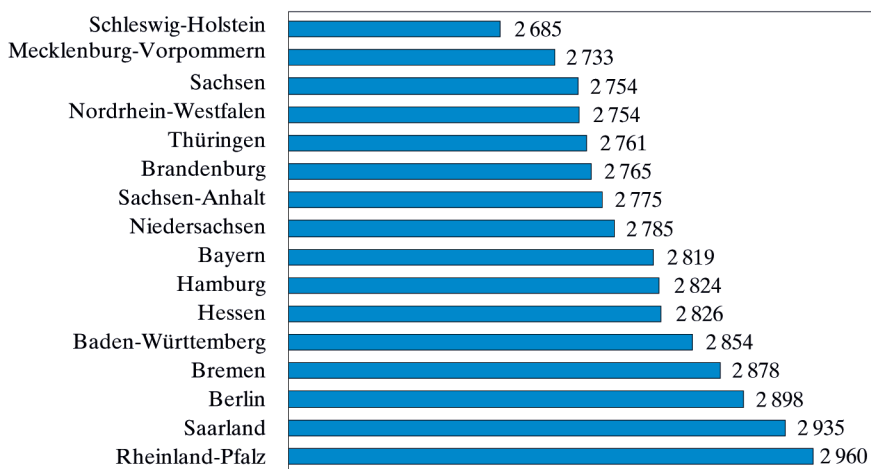
Mit 64 Mrd. € bzw. 26% war der Krankenhaussektor 2006 der größte Ausgabenträger im Gesundheitswesen. Effizienzsteigernde Maßnahmen dürften

¹ Dieser Regressionsansatz ist eine parametrische Methode, die im Allgemeinen zu ähnlichen Ergebnissen führt wie die nicht-parametrische Methode der Standardisierung.

Schaubild 6

Landesbasisfallwert

2008; in €



Quelle: AOK Bundesverband 2008.

hier absolut betrachtet die größte Wirkung entfalten können. Im Folgenden werden (i) normierte Preise, (ii) Mengen, (iii) öffentliche Investitionsfördermittel und (iv) Krankenhauskapazitäten zwischen Bundesländern verglichen, um daraus ein Effizienzpotenzial abzuleiten.

4.1.1 Einsparpotenzial bei den Preisen

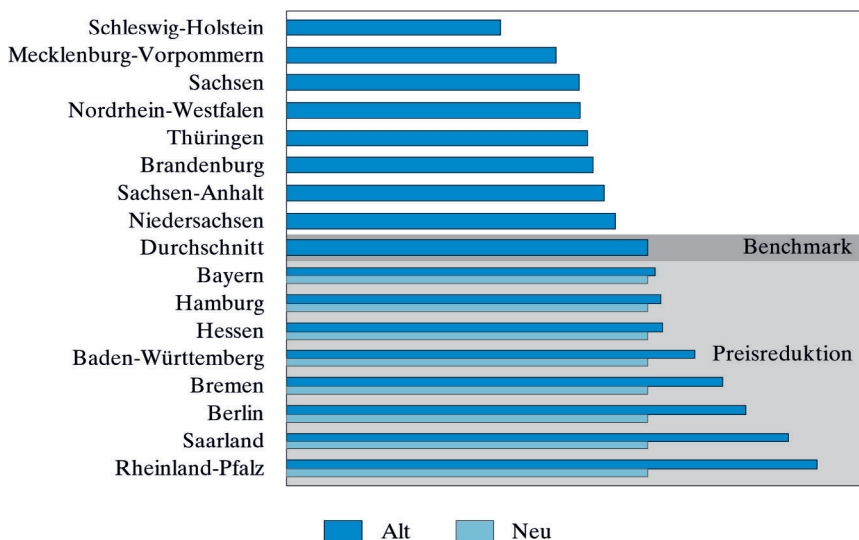
Mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen im Jahr 2004 werden die stationären Leistungen der Krankenhäuser in so genannten Fallgruppen (*diagnosis related groups, DRG*) zusammen gefasst und je Gruppe pauschal vergütet. Die Vergütung einer DRG richtet sich nach ihrem individuellen Relativgewicht und einem bundeslandspezifischen absoluten Preisniveau (Landesbasisfallwert, LBFW). Ein hohes Relativgewicht führt zu einer hohen Vergütung, ein kleines zu einer geringen. Das Relativgewicht bestimmt sich über den durchschnittlichen Aufwand, der notwendig zur medizinischen Versorgung eines entsprechenden Falls ist. Es wird vom *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus* (InEK) berechnet. 2008 gibt es rund 1 000 DRG mit entsprechenden Relativgewichten.

Das absolute Preisniveau der Krankenhäuser unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland (Schaubild 6). Das höchste Preisniveau herrscht in Rheinland-Pfalz mit einem LBFW von 2 960 €, das niedrigste in Schleswig-Holstein

Schaubild 7

Einsparpotenzial bei den Preisen - Szenario A

2008; Landes-BFW in €



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008; eigene Berechnungen. Berücksichtigt wurde die Zahl der stationären Fälle der Bundesländer im Jahr 2006.

mit 2 685 €. Damit liegt der höchste Wert um 10% über dem niedrigsten. Diese Unterschiede sind historisch bedingt. Sie spiegeln die Höhe der vor Einführung der DRG zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen verhandelten Budgets wider. Offenbar fielen die Krankenhausbudgets in einzelnen Bundesländern im Durchschnitt großzügiger aus als in anderen.

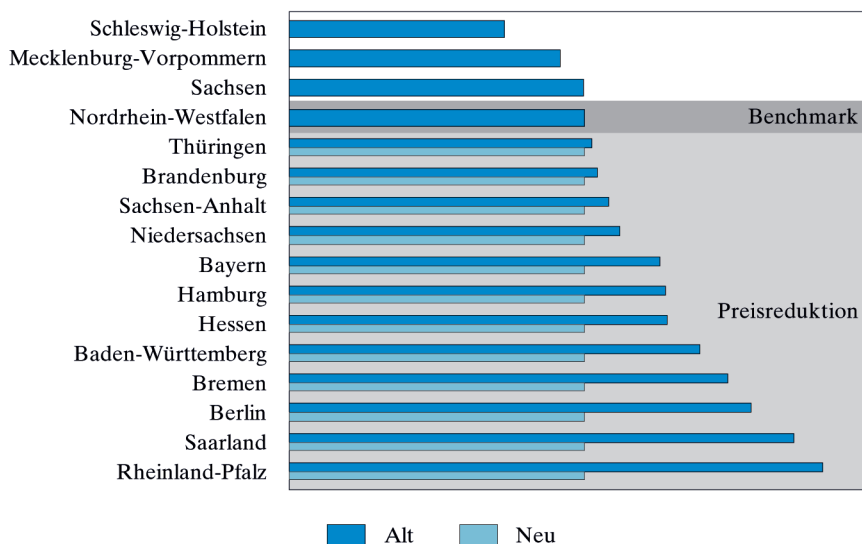
Es stellt sich die Frage, weshalb gleiche Leistungen regional unterschiedlich vergütet werden bzw. ob hochpreisige Länder ihre Leistungen nicht auch zum günstigsten Preis anbieten könnten. Zwar ist die Vorgabe „gleicher Preis für gleiche Leistung“ bei Dienstleistungen ökonomisch nicht gerechtfertigt (Institut für Gesundheitsökonomik 2008). Regionale Preisunterschiede finden sich deshalb bei vielen Dienstleistungen. Beispielsweise hängen die Preise vom regionalen Lohnniveau und von den Preisen bzw. Mieten von Immobilien ab. Es dürfte sich aber schwerlich ein Grund finden lassen, weshalb das eher ländlich geprägte Rheinland-Pfalz deutlich teurer ist als das städtisch geprägte Bundesland Nordrhein-Westfalen oder als die Stadtstaaten.

Bei einem Absenken der LBFW für alle Bundesländer auf den bundesweiten Durchschnitt ließen sich rund 330 Mill. € einsparen (Szenario A; Schaubild 7). Würde der LBFW für alle Bundesländer mit einem höheren Niveau auf eines

Schaubild 8

Einsparpotenzial bei den Preisen - Szenario B

2008; Landes-BFW in €



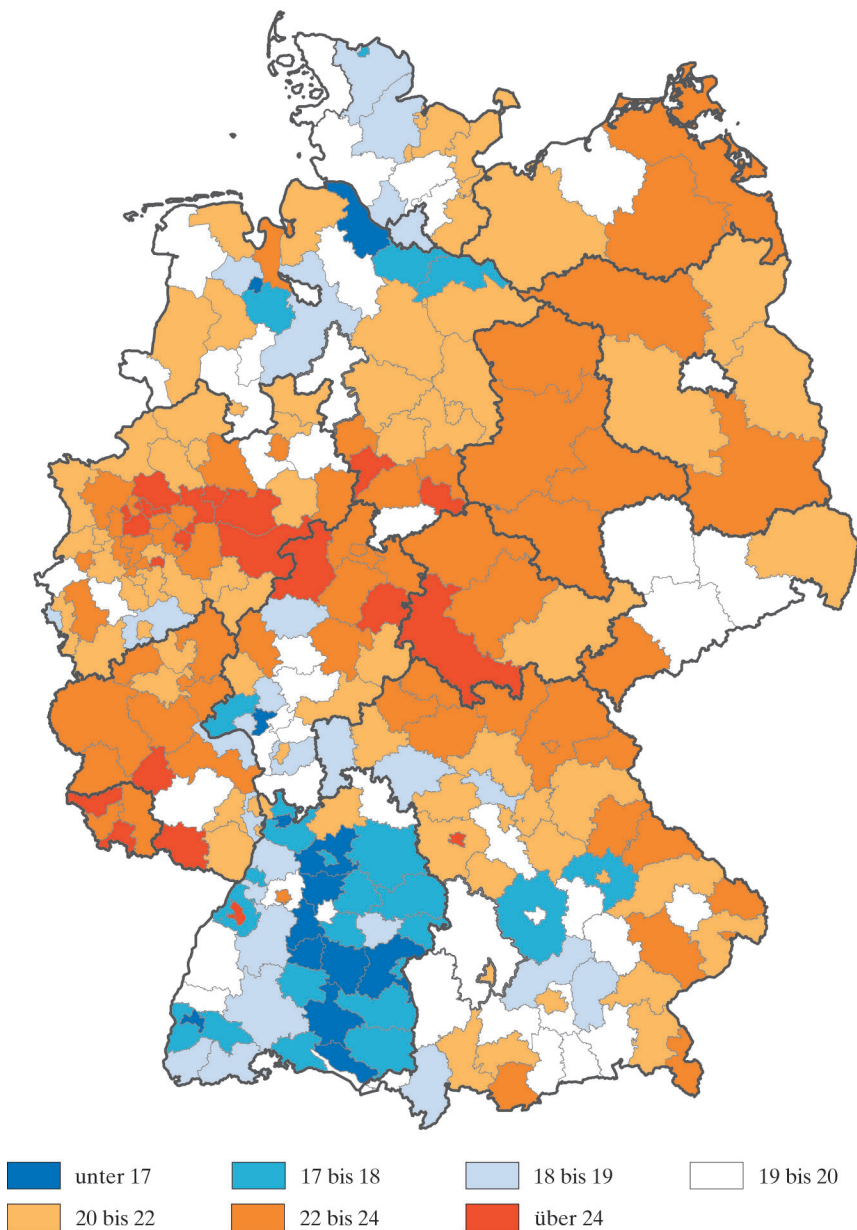
Quelle: Statistisches Bundesamt 2008; eigene Berechnungen. Berücksichtigt wurde die Zahl der stationären Fälle der Bundesländer aus 2006.

von Nordrhein-Westfalen sinken, ließen sich rund 860 Mill. € pro Jahr einsparen (Szenario B; Schaubild 8).

Was ein Absinken der LBFW für die Einsparmöglichkeiten auf der Ebene einzelner Diagnosen bedeutet, ist in Tabelle 4 dargestellt. Als Beispieldiagnosen (nach Klassifikationsschema ICD-10) dienen Diabetes Mellitus, ischämische Herzkrankheiten (z.B. Angina Pectoris, akuter Myokardinfarkt) und akute Blinddarmentzündung. Ein typischer² Fall von Diabetes verursacht in Schleswig-Holstein 145 € weniger an Kosten als im Länderdurchschnitt, in Rheinland-Pfalz hingegen Mehrkosten von 167 €. Dort besteht in Szenario A somit ein entsprechend hohes Einsparpotenzial. In Szenario B würde die Ersparnis pro Fall gar 234 € betragen. Für die beiden anderen Diagnosen beläuft sich die Kostenersparnis im Land mit dem höchsten Basisfallwert auf 198 € bzw. 277 € (ischämische Herzkrankheiten) und 128 € bzw. 179 € (akute Blinddarmentzündung).

² Ein typischer Fall bestimmt sich als mit deren relativer Häufigkeit gewichteter Durchschnitt aller DRG, die unter die jeweilige Diagnose nach ICD-10 fallen. Wir danken der ADMED GmbH für unterstützende Rechnungen.

Karte 1

Stationäre Fälle nach Wohnort
2005; pro 100 Einwohner

Quelle: Augurzyk et al. 2008.

Tabelle 4

Länderspezifische Einsparpotenziale im Krankenhausbereich für ausgewählte Diagnosen 2007; Differenz zum Benchmark in €¹

	Szenario A			Szenario B		
	Diabetes Mellitus	Herzkrankheiten	Blinddarmentzündung	Diabetes Mellitus	Herzkrankheiten	Blinddarmentzündung
Absolute Kosten im Benchmark	3 193	3 777	2 441	3 126	3 698	2 390
Schleswig-Holstein	-145	-172	-111	-78	-93	-60
Mecklenburg-Vorpommern	-91	-107	-69	-24	-28	-18
Nordrhein-Westfalen	-67	-79	-51	0	0	0
Sachsen	-67	-79	-51	0	0	0
Thüringen	-59	-70	-45	8	9	6
Brandenburg	-54	-64	-42	12	15	10
Sachsen-Anhalt	-43	-51	-33	24	28	18
Niedersachsen	-32	-37	-24	35	42	27
Bayern	7	8	5	74	87	56
Hamburg	13	15	10	79	94	61
Hessen	15	18	11	82	97	62
Baden-Württemberg	47	55	36	114	134	87
Bremen	74	87	57	141	166	108
Berlin	97	114	74	163	193	125
Saarland	139	164	106	205	243	157
Rheinland-Pfalz	167	198	128	234	277	179

Eigene Berechnungen. – ¹Positive Werte stellen Einsparpotenziale dar.

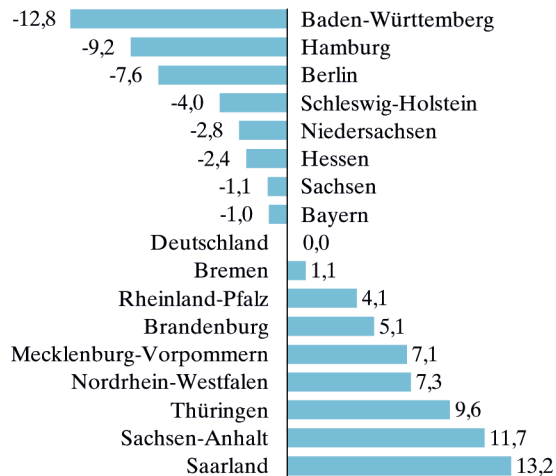
4.1.2 Einsparpotenzial bei der Zahl der Fälle

Bei der Menge der Krankenhausleistungen, gemessen als Zahl der stationären Fälle je 100 Einwohner, zeigen sich regional große Unterschiede (Karte 1). Die Differenzen könnten zum Teil auf eine unterschiedliche Bevölkerungsstruktur zurückzuführen sein. In Gebieten mit relativ vielen älteren Menschen dürfte es mehr Fälle geben als in Gebieten mit einer relativ jungen Bevölkerung. Ein direkter Vergleich der Zahl der Fälle je Einwohner zwischen Bundesländern wäre daher nicht korrekt.

Deshalb wird die Zahl der Fälle je 100 Einwohner um die Altersstruktur sowie um die Anteile von Männern und Frauen je Bundesland bereinigt. Alters- und geschlechtsspezifische Einflüsse werden damit herausgerechnet. Trotzdem zeigen sich zwischen den Bundesländern immer noch beträchtliche Differenzen (Augurzky et al. 2008). In Baden-Württemberg liegt die bereinigte Zahl der Fälle um rund 13% unter dem Bundesdurchschnitt, während sie im Saarland um 13% und das bevölkerungsstärkste Bundesland Nordrhein-Westfalen um 7% darüber liegen (Schaubild 9).

Schaubild 9

Um Alter und Geschlecht bereinigter Überhang bei den stationären Fällen
2005; in %



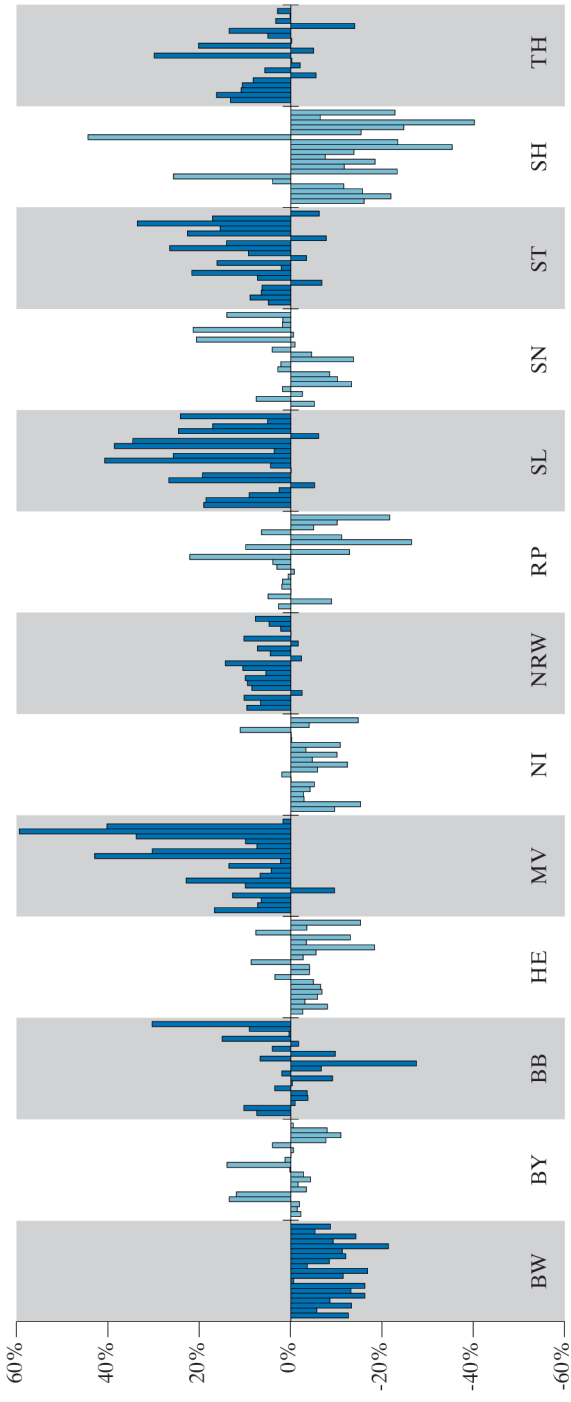
Quelle: Augurzky et al. 2008.

Dass diese Angaben tatsächlich systematische Unterschiede in der länderspezifischen Zahl der Fälle widerspiegeln und nicht rein zufällige Abweichungen sind, wird durch eine Betrachtung auf der Diagnoseebene untermauert. Schaubild 10 zeigt schematisch für die Flächenländer – bereinigt um deren Altersstruktur – für 19 Hauptdiagnosen (ICD-10) prozentuale Abweichungen vor denjenigen Zahl der Fälle, die man erwarten müsste, wären sie deutschlandweit einheitlich verteilt. Dargestellt sind Fälle bezogen auf den Behandlungsort. Die Werte für die Stadtstaaten sind damit wenig aussagekräftig, da sie stark durch den Patientenzustrom aus den umliegenden Ländern bestimmt sind. Im Gegenzug sind auch die Werte der umliegenden Flächenländer, die zahlreiche Fälle an die Stadtstaaten abgeben, nur bedingt interpretierbar. Die Angaben für Niedersachsen und Bremen sowie Brandenburg und Berlin sind in Schaubild 10 daher jeweils zusammengefasst und die für Hamburg nicht dargestellt.

Belastbar sind hingegen die Ergebnisse für die übrigen Flächenländer, für die – mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz – die Netto-Patientenwanderung von geringer Bedeutung ist. Es wird deutlich, dass Länder mit insgesamt wenig Fällen je Einwohner, insbesondere Hessen und Baden-Württemberg, auch für nahezu alle Diagnosen weniger Fälle je Einwohner aufweisen. Im Gegenzug zeigen die Länder mit insgesamt relativ vielen Fällen, insbesondere das Saarland, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen, auch für nahezu alle einzelnen Diagnosen überdurchschnittliche Werte. Die

Schaubild 10

**Bereinigte Zahl der Fälle je Einwohner für Hauptdiagnosen
2006; Abweichung vom Durchschnitt in %**



Eigene Berechnungen nach Basis von Statistisches Bundesamt 2008.

nach Diagnosen disaggregierte Betrachtung stützt somit die These, dass sich in den länderspezifischen Abweichungen der Zahl der Fälle tatsächlich Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten von stationären Leistungen ausdrücken. Effizienzreserven über einen Bundesländervergleich zu identifizieren, erscheint somit gerechtfertigt.

Beispielsweise würde man für Baden-Württemberg aufgrund der demographischen Struktur seiner Bevölkerung 26 935 Behandlungsfälle wegen Diabetes Mellitus in Krankenhäusern erwarten. Die tatsächliche Zahl liegt allerdings bei nur 24 805. In Nordrhein-Westfalen wären hingegen 46 626 entsprechende Behandlungsfälle zu erwarten. Der tatsächliche Wert übersteigt diesen mit 46 997 leicht. Bei ischämischen Herzkrankheiten müsste man für Baden-Württemberg 89 600 Fälle erwarten, tatsächlich sind es nur 76 105. In Nordrhein-Westfalen ergibt sich erneut ein gegenläufiges Bild: Die demographische Struktur des Landes ließe auf 156 052 stationäre Fälle schließen, tatsächlich wurden 183 543 beobachtet.

Diese mengenmäßigen Abweichungen lassen sich in Kosten überführen, die die Krankenkassen zu tragen haben. Dazu werden den betrachteten Hauptdiagnosen – unter Berücksichtigung ihrer relativen Häufigkeiten – die jeweils relevanten DRG zuordnet und mit dem jeweiligen LBFW bewertet³. Im Fall von Diabetes Mellitus ergeben sich für Baden-Württemberg Minderausgaben von 6,8 Mill. €, während in Nordrhein-Westfalen um 1,1 Mill. € höhere Behandlungskosten anfallen, als es die demographische Struktur des Bundeslandes erwarten ließe. Für ischämische Herzkrankheiten sind die absoluten Kostenunterschiede weit größer. Hier werden die Kassen in Baden-Württemberg um 43,0 Mill. € weniger belastet als man auf Basis der Demographie erwarten würde. In Nordrhein-Westfalen fallen Mehrkosten von 83,9 Mill. € an.

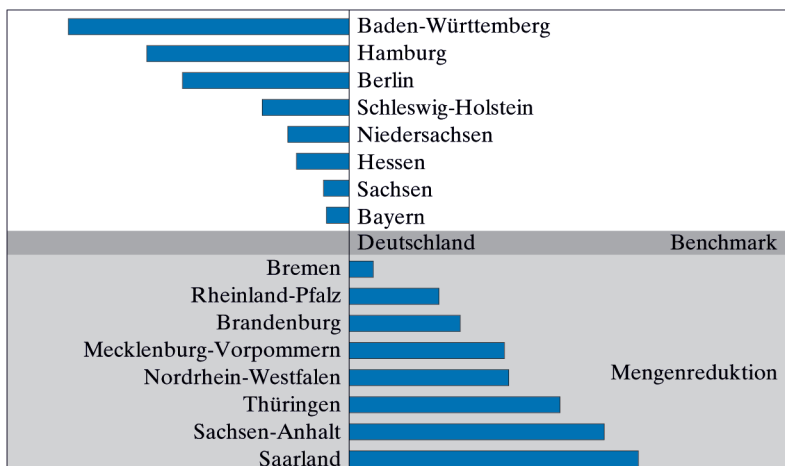
Die Frage, welche Faktoren die länderspezifischen Unterschiede bedingen, ist damit nicht geklärt. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Es könnte daher eingewendet werden, dass die Bevölkerung in den Ländern möglicherweise unterschiedlich gesund ist und die Unterschiede damit medizinisch gerechtfertigt 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.

³ Für die hier vorgestellten Beispielrechnungen wurde davon ausgegangen, dass die Verteilung der einzelnen DRG innerhalb der Hauptdiagnosen „Diabetes Mellitus“ und „ischämische Herzkrankheiten“ für die betrachteten Bundesländer einheitlich ist. Zur Bewertung wurden BFW für das Jahr 2007 verwendet. Wir danken der ADMED GmbH für unterstützende Rechnungen.

Schaubild 11

Einsparpotenzial durch Reduzierung der Zahl der Fälle¹ - Szenario A

2006; Um Alter und Geschlecht bereinigter Überhang bei den stationären Fällen



Quelle: Augurzky et al. 2008; eigene Berechnungen. – ¹Interaktionseffekte zwischen Preis- und Mengenreduktion nicht berücksichtigt.

Würden die (bereinigte Zahl der) Fälle je Einwohner in allen Bundesländern auf den bundesweiten Durchschnitt sinken, ließen sich 1 360 Mill. € einsparen (Szenario A; Schaubild 11). Würde der Wert auf das Niveau von Schleswig-Holstein sinken, ließen sich 2 500 Mill. € einsparen (Szenario B; Schaubild 12).

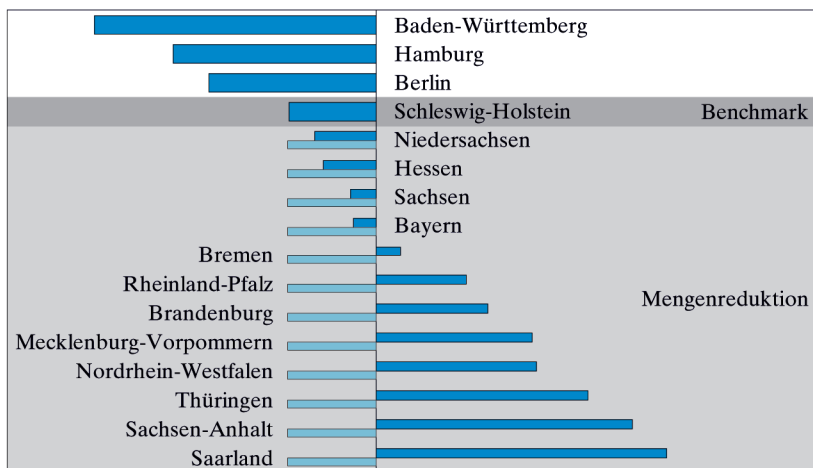
Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass die stationären Fälle nicht notwendigerweise unabhängig von den im ambulanten Bereich erbrachten medizinischen Leistungen sind. Aus Bruckenberger (2007) geht beispielsweise hervor, dass auf Ebene der Bundesländer die Zahl der stationär aufgenommenen ischämischen 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.

Tatsächlich sprechen empirische Untersuchungen (Kopetsch 2007) aber dagegen, dass allgemein und fachgebietsübergreifend eine substitutive Beziehung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung besteht. Kopetsch (2007) kommt auf Basis einer räumlich disaggregierten Untersuchung vielmehr zu dem Ergebnis, dass für die meisten medizinischen Fachgebiete eine komplementäre Beziehung zwischen der Zahl der stationären Fälle und der spezifi-

Schaubild 12

Einsparpotential durch Reduzierung der Zahl der Fälle¹ - Szenario B

2006; Um Alter und Geschlecht bereinigter Überhang bei den stationären Fällen



Quelle: Augurzky et al. 2008; eigene Berechnungen. – ¹Interaktionseffekte zwischen Preis- und Mengenreduktion nicht berücksichtigt.

schen Facharztichte herrscht. Werden statt Fallzahlen Betten betrachtet, findet Kopetsch (2007) sogar für alle fachärztlichen Disziplinen eine positive Korrelation zwischen ambulanten und stationären Kapazitäten.

Doch selbst wenn es für einzelne medizinische Fachrichtungen tatsächlich zur Verdrängung stationärer Fälle durch eine hohe ambulante Facharztichte kommen sollte, macht dies Kostenreduktionen durch geringere Mengen nicht vollkommen zunichte. Auch eine bloße Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor würde Effizienzgewinne ermöglichen.

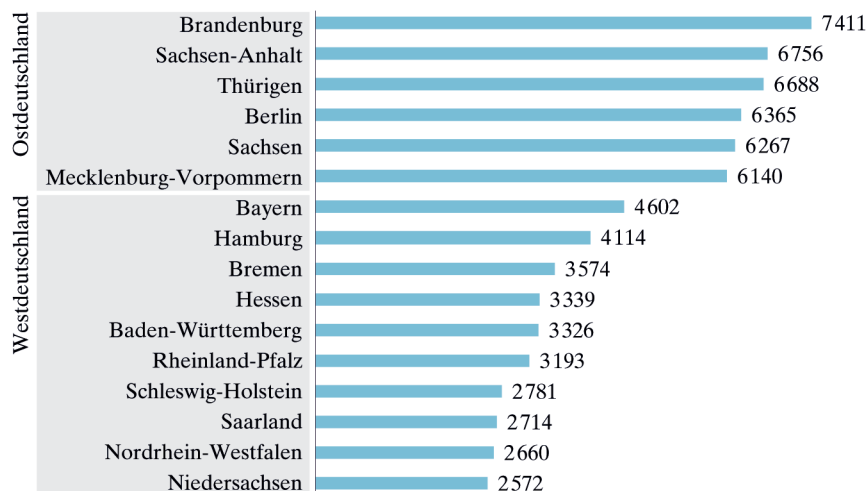
4.1.3 Öffentliche Investitionsfördermittel

Während die bisher diskutierten Betriebsausgaben der Krankenhäuser im Wesentlichen über die Krankenversicherungen finanziert werden, sollen Investitionen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG aus dem Jahr 1972 von den Bundesländern aufgebracht werden. 2006 betrug die gesamten Fördermittel (ohne die öffentliche Förderung der Hochschulkliniken) der Länder 2,7 Mrd. €. Sie unterscheiden sich zwischen den Bundesländern jedoch erheblich. Zwischen 1991 und 2006 flossen in Brandenburg beispielsweise fast dreimal soviel Landesmittel pro Fall an die Kliniken wie in Niedersachsen (Schaubild 13). Dies lässt sich zum Teil durch den großen Nachholbedarf für

Schaubild 13

Kumulierte KHG-Fördermittel¹ nach Bundesländern

1991 bis 2006; in € je Fall



Quelle: Augurzky et al. 2008.

Investitionen in den neuen Bundesländern erklären. Aber auch zwischen den alten Bundesländern sind die Unterschiede groß. Die Fördermittel in Bayern lagen pro Fall um mehr als 70% über denen in Nordrhein-Westfalen oder Niedersachsen.

Für die stärker geförderten Häuser sollte sich dies in einer besseren ökonomischen Situation äußern. Tatsächlich betätigen neuere Analysen diese Vermutung aber nicht. Augurzky 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. € in Krankenhäusern aus (Augurzky et al. 2008). Verglichen mit anderen Branchen wird im Krankenhaussektor zu wenig inve-

stiert (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. Derzeit führt die dualistische Krankenhausfinanzierung zu einer ineffizienten Nutzung der Mittel. Die Investitionstätigkeit und Betriebsabläufe werden nicht gemeinsam optimiert, weil die Finanzierungsströme getrennt sind. Ferner kommt es zu Wettbewerbsverzerrungen, wenn ein Krankenhaus eine hohe Einzelförderung erhält, andere dagegen nichts bzw. auf den Zuschlag lange warten müssen. Schließlich muss bei der Durchführung von Investitionen eine Behörde hinzugezogen werden, was langwierige Entscheidungsprozesse mit sich bringt, die zudem einer informellen Beeinflussung, z.B. von politischer Seite, unterliegen kann. Eine monistische Finanzierung mit pauschalen Investitionszuschlägen auf die DRG würde Ineffizienzen aus dem System nehmen, womit sich zusätzliche Mittel zur Beseitigung des Investitionsstaus möglicherweise erübrigen.

4.1.4 Einsparpotenzial bei den Kapazitäten

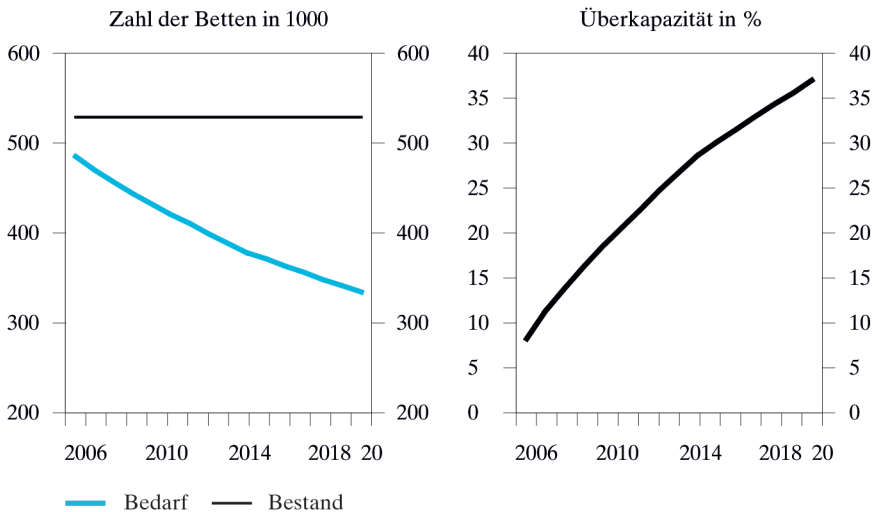
In Abschnitt 2 wurde dargestellt, dass Deutschland im internationalen Vergleich außerordentlich reich mit Krankenhausbetten ausgestattet ist. Was auf der einen Seite ein Indikator für ein gut ausgebautes Gesundheitssystem ist, stellt auf der anderen Seite eine Kostenbelastung für das Gesundheitssystem dar. Trotz eines beachtlichen Bettenabbaus in Deutschland hat sich an diesem Bild seit Mitte der neunziger Jahr kaum etwas geändert. Auch die übrigen OECD-Staaten haben die Zahl der Krankenhausbetten reduziert. Da in Deutschland zudem die durchschnittliche Verweildauer stärker gesunken ist als die Zahl der Betten, ist die Bettenauslastung zurückgegangen. Dennoch liegt die Verweildauer immer noch auf vergleichsweise hohem Niveau, sodass eine weitere Reduktion zu erwarten ist. Folge dürften zunehmende Überkapazitäten sein (Schaubild 14).

Ein häufig geforderter genereller Bettenabbau zur Reduktion der Überkapazitäten ist jedoch mittlerweile kein Thema mehr, weil die traditionelle Krankenhausplanung der Bundesländer weg von der Kenngröße „Bett“ geht. Auch die Vergabe von Investitionsfördermitteln orientiert sich immer weniger am „Bett“. Insofern liegt die Verantwortung über die Bettenvorhaltung immer mehr beim Krankenhaus selbst. Ein Abbau überschüssiger Betten ist im Interesse des Krankenhauses. Hierzu bedarf es keiner zusätzlichen politischen Weichenstellungen.

Allerdings gibt es zwischen Kliniken Unterschiede in medizinischer Qualität und wirtschaftlicher Effizienz. Ein Abbau von Betten kann die durchschnittliche Effizienz erhöhen, wenn er durch Schließung von unwirtschaftlichen Häu-

Schaubild 14

Erwartete Zahl der Betten und Überkapazität in Krankenhäusern 2005 bis 2020



Quelle: Augurzky et al. 2008. – Berechnungen auf Basis der prognostizierten Nachfrage; der Bettenbedarf errechnet sich aus $(\text{Verweildauer} \cdot \text{Fälle}) / (\text{Maximale Auslastung} \cdot \text{relevante Arbeitstage})$.

sern erfolgt. Nach Augurzky et al. (2008) ist die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser sehr heterogen. 2006 wiesen rund zwei Drittel eine stabile wirtschaftliche Lage auf, 18% eine erhöhte Insolvenzgefahr.

Die Bereinigung der Krankenhauslandschaft weitgehend dem Markt zu überlassen, ist jedoch politisch umstritten. Zum einen wird befürchtet, dass dies zu Lasten der Behandlungsqualität ablaufen würde. Dieses Argument erscheint im Zuge wachsender Transparenz im Krankensektor allerdings wenig stichhaltig. Eine hohe Behandlungsqualität ist zunehmend ein wichtiger Erfolgsfaktor im Wettbewerb. Tatsächlich weisen wirtschaftlich starke Krankenhäuser tendenziell eine bessere Qualität auf (Augurzky et al. 2008). Häuser mit hoher Qualität werden daher bei einer Marktbereinigung eher bestehen als solche mit Qualitätsdefiziten.

Zum anderen wird im Schließen von Häusern eine potenzielle Bedrohung für die flächendeckende Versorgung mit stationären Leistungen gesehen. Für die Ballungszentren erscheint diese Sorge unberechtigt. Das Versorgungsnetz wäre dort auch nach einer Marktbereinigung noch sehr dicht. Im ländlichen Raum mag sich die Situation hingegen anders darstellen. Dies gilt weniger für Elektivleistungen als für die Notfallversorgung. Hier kann lokal durchaus der

Fall eintreten, dass nach einer Marktberreinigung die Versorgungsdichte ein kritisches Niveau unterschreitet. Für entsprechende Fälle erscheint es allerdings naheliegend, Gemeinden und Landkreise auch in einem stärker wettbewerlich orientierten Rahmen in die Pflicht zu nehmen, um die Sicherstellung der Notfallversorgung für ihre Bevölkerung zu garantieren. An die Stelle eines mechanischen Defizitenausgleichs 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).

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. € von einer Marktberreinigung 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 unwirtschaftlichere Häuser, schafft dies Raum für Einsparungen, die sich bei geschätzten Skaleneffekten und Effizienzvorteilen von 10% auf 950 Mill. € (Szenario A) und bei angenommenen 20% auf 1 900 Mill. € pro Jahr (Szenario B) beziffern.⁴

4.1.5 Ökonometrischer Ansatz zur Messung von Effizienzreserven

Der in den vorangehenden Abschnitten geschätzte Umfang von Effizienzreserven in der stationären Versorgung ist mit Unsicherheiten behaftet. Die zentralen Ergebnisse werden allerdings durch neuere empirische Untersuchungen bestätigt, die sich dieser Frage auf methodisch andere Weise nähern, aber größenordnungsmäßig vergleichbare Effizienzreserven identifizieren. Zu nennen ist zum einen die Arbeit von Werblow/Robra (2006). Mittels einer Dateneinhüllungsanalyse (DEA) werden dort für die „medizinischen“ Kosten der Kliniken, d.h. für Wirtschaft und Versorgung, Bau und Technik sowie Verwaltung, Ineffizienzen im Umfang von ca. 2,5 Mrd. € pro Jahr identifiziert. Zum anderen ist die Arbeit von Herr (2008) von besonderem Interesse. In dieser für den deutschen Krankenhaussektor einzigartigen Untersuchung werden Daten für nahezu alle individuellen Krankenhäuser mit einer ökonometrischen Modellierung der Ineffizienz in Gestalt eines so genannten *stochastic*

⁴ Da die zu schließenden Häuser derzeit defizitär arbeiten, würde dies die Krankenhausträger außerdem um weitere ca. 860 Mill. € p.a. entlasten. Dabei handelt es sich jedoch nicht nur um öffentliche Mittel.

frontier-Modells kombiniert. Diese Analyse ermittelt eine durchschnittliche Kosteneffizienz zwischen – je nach Modellvariante – 82% und 89%. Wendet man dieses Ergebnis auf das gesamte Ausgabenvolumen in deutschen Krankenhäusern an, gelangt man zu einer Effizienzreserve von mindestens 7 Mrd. € pro Jahr.

Bei diesem Ergebnis handelt es sich um eine theoretische Obergrenze für potenzielle Effizienzgewinne, nicht um ein in der Praxis tatsächlich realisierbares Effizienzziel. So ist es selbst für ein einzelnes Krankenhaus nahezu unmöglich, vollständige Kosteneffizienz zu realisieren. Eine Situation, in der über ein gesamtes Jahr im Klinikbetrieb „nichts hätte besser gemacht werden können“, ist nur als theoretischer Grenzfall denkbar. Dass alle Krankenhäuser simultan einen solchen Zustand erreichen, ist zweifellos nicht realistisch. Die zentrale, im Rahmen der ökonometrischen Analyse allerdings nicht zu beantwortende, Frage ist daher, welcher mittlere Effizienzgrad als realisierbar betrachtet werden kann. Dieser Wert muss unter 100% liegen. Tatsächlich erreichen aber einzelne Häuser bis zu 98%.

Als zweites relativierendes Argument ist anzuführen, dass Herr (2008) auf Basis von Daten für die Jahre 2000 bis 2003 arbeitet. In diesem Zeitraum wurden – zumindest für private Kliniken – deutliche Effizienzverbesserungen identifiziert. Es ist aber anzunehmen, dass sich nach 2004 mit der Einführung der Vergütung nach DRG die Kosteneffizienz gesteigert wurde. Der durchschnittliche Effizienzgrad dürfte somit heute deutlich höher liegen als zu Beginn des laufenden Jahrzehnts.

Festzuhalten bleibt, dass Herr (2008) erhebliche theoretische Einsparpotenziale bei deutschen Krankenhäusern identifiziert, die grundsätzlich durch gesteigerte Effizienz, d.h. bei unveränderten Krankenhausleistungen, gehoben werden könnten. Daraus ein konkretes, aktuell realisierbares Einsparziel abzuleiten, erscheint indes schwierig. In jedem Fall steht aber die Größenordnung mit den in den vorhergehenden Abschnitten genannten Einsparpotenzialen in Einklang.

4.1.6 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. € und im optimistischen Szenario B von 5,26 Mrd. €. Bei einem Ausgabenvolumen von insgesamt 64 Mrd. € sind dies Einsparungen in der Größenordnung von 4% bzw. 8%.

Stehen die Einsparmöglichkeiten für die GKV und nicht die des gesamten Gesundheitssystems im Zentrum des Interesses, ist zu berücksichtigen, dass

Tabelle 5

Geschätztes Einsparpotenzial im stationären Sektor

2006; in Mrd. €

			Absolut			Anteil an den stationären Gesamtkosten in %
	Mengen	Preise	Fördermittel	Kapazitäten	insgesamt	
Szenario A	1,36	0,33	0,00	0,95	2,64	4,1
davon GKV	1,11	0,27	0,00	0,78	2,16	4,1
Szenario B	2,50	0,86	0,00	1,90	5,26	8,2
davon GKV	2,05	0,70	0,00	1,55	4,30	8,2

Eigene Berechnungen.

Teile der Effizienzgewinne auch der Privaten Krankenversicherung, privaten Selbstzahlern, der Unfallversicherung usw. zugute kämen. Die Einsparpotenziale für die GKV sind daher entsprechend zu mindern. Legt man dafür den Anteil an den gesamten Krankenhausaussgaben von 82% im Jahr 2006 zu Grunde, gelangt man zu den in Tabelle 5 aufgeführten Einsparungen.

4.2 Niedergelassene Ärzte

Grundlage der Berechnungen von Effizienzreserven im ambulanten Bereich bilden Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts und des Bundesamtes für Raumwesen und Raumordnung über die Arztdichte, Fläche und Bevölkerungsstruktur auf Kreisebene und des Bundesministeriums für Gesundheit über die ambulante Leistungsanspruchnahme (KM1-Statistik). Im Einzelnen werden ambulante kurative ärztliche Behandlungen, Leistungen im Zusammenhang mit Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, belegärztliche Behandlungen und ambulantes Operieren berücksichtigt.

Im Folgenden wird zunächst die Dichte des Angebots im vertragsärztlichen Bereich aufgezeigt. Danach wurden Einsparpotenziale bei einer Reduktion der Punktwerte in „teuren“ Bundesländern und der Pro-Kopf-Punkte in Ländern mit hohen Leistungsmengen abgeschätzt.

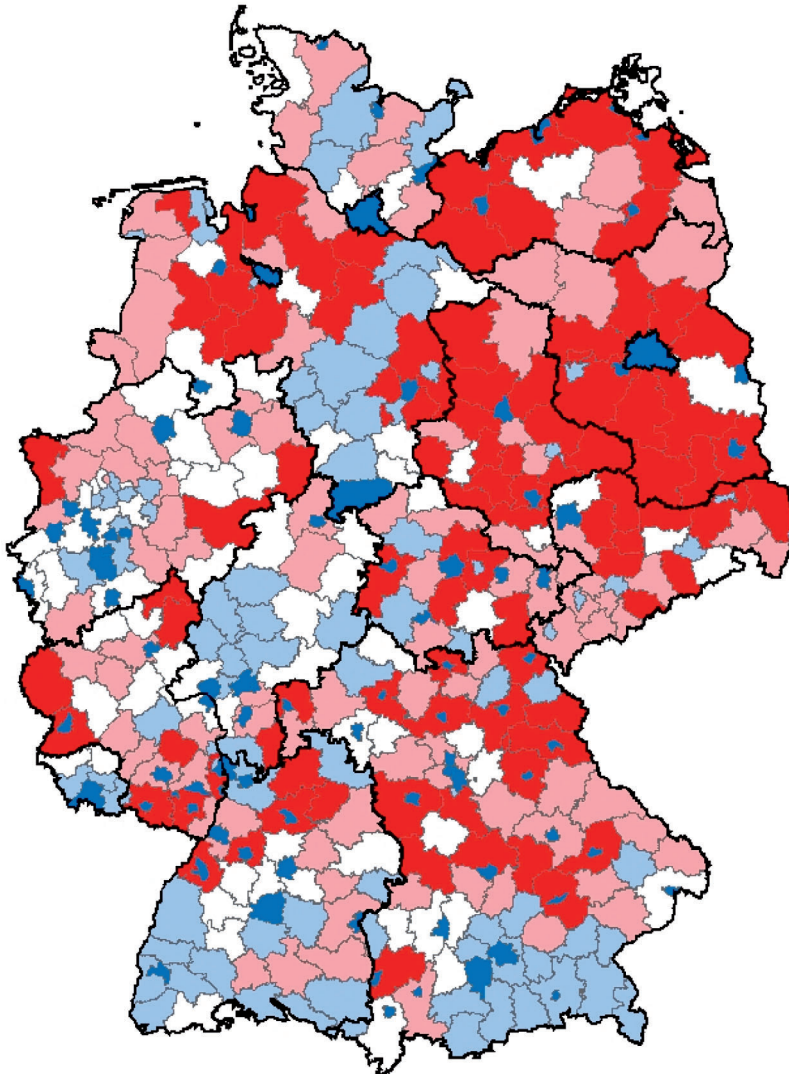
4.2.1 Ärztedichte

Karte 2a zeigt die Ärztedichte für die niedergelassenen Ärzte in den Kreisen und kreisfreien Städten Deutschlands im Jahr 2005. Es zeigen sich große regionale Unterschiede: Auf Länderebene ist die Ärztedichte in den neuen Bundesländern am geringsten, in den Stadtstaaten am größten. Auch innerhalb der Bundesländer gibt es deutliche Unterschiede, vornehmlich zwischen städtischen und ländlichen Gebieten.

Karte 2a

Zahl der Ärzte

2005; je 100 000 Einwohner

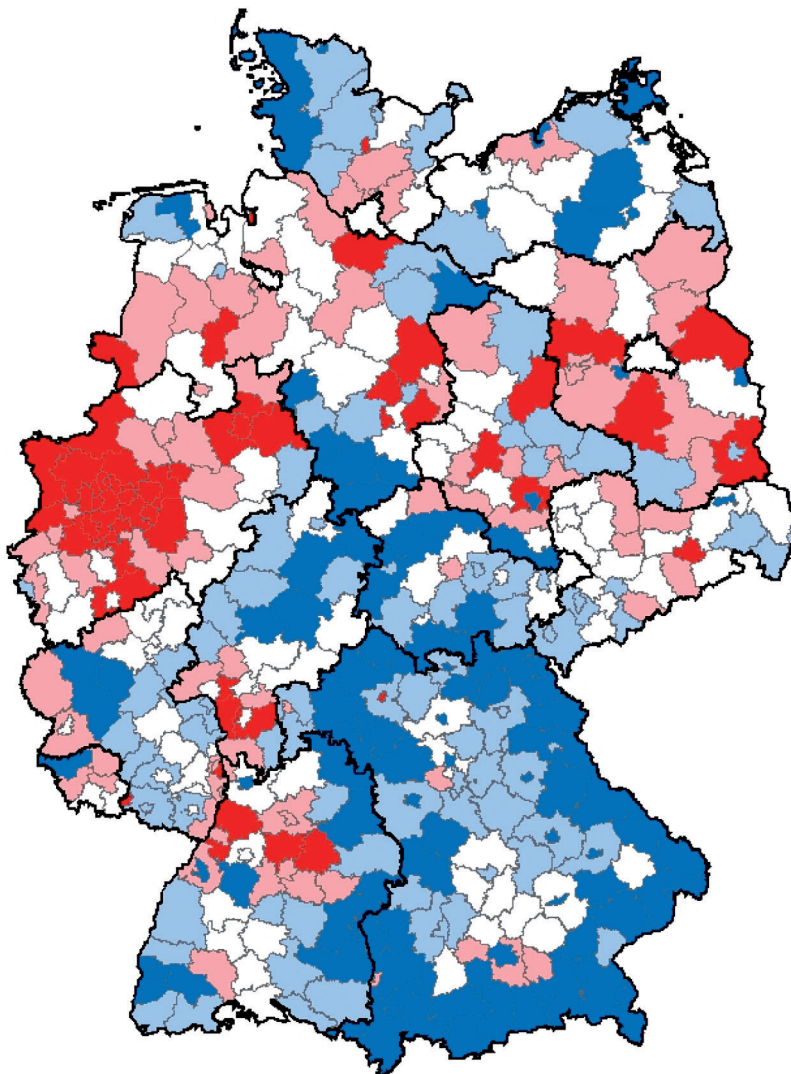
**Legende**

Eigene Darstellung auf Basis von Daten des BBR.

Karte 2b

Zahl der Allgemeinärzte

2005; je 100 000 Einwohner

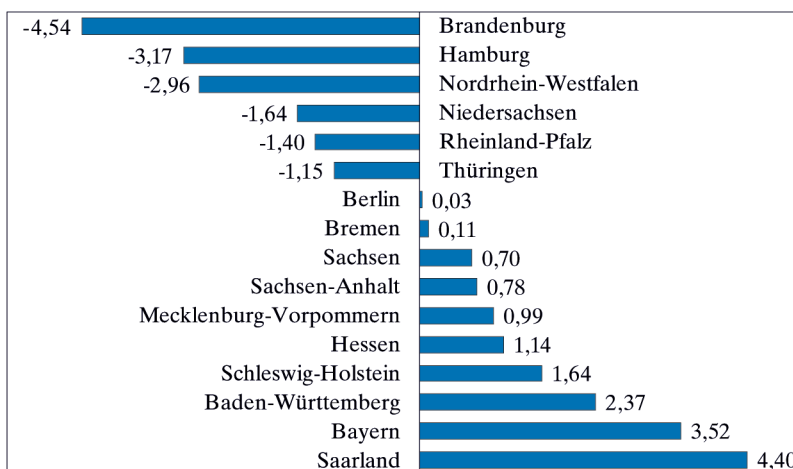


Legende



Eigene Darstellung auf Basis von Daten des BBR.

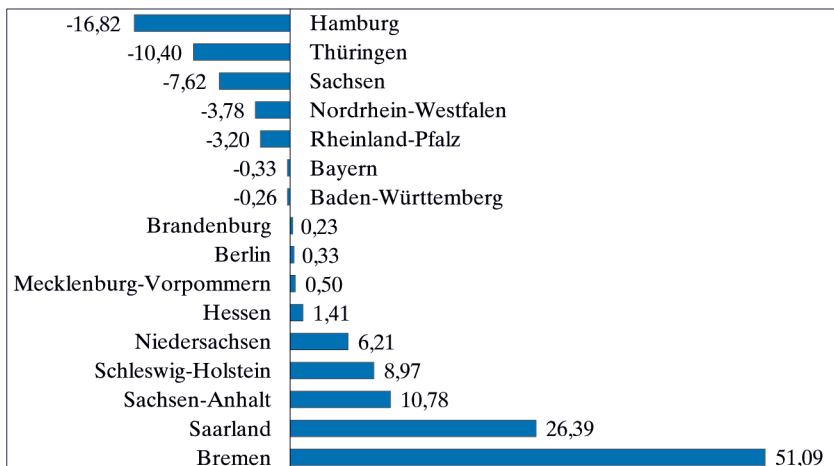
Schaubild 15

Relative Über- bzw. Unterversorgung mit Allgemeinärzten2005; Differenz zwischen beobachteter und geschätzter Arztdichte¹Eigene Berechnungen nach Inkar 2007. – ¹Ärzte je 100 000 Einwohner.

Bei den Allgemeinärzten (Karte 2b) ist die Verteilung auf Kreisebene homogener. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als für die Versicherten die Wohnortnähe bei Allgemeinärzten wichtiger ist. In Nordrhein-Westfalen und in Brandenburg ist die Dichte deutlich geringer als in den übrigen Bundesländern. Diese Angaben berücksichtigen jedoch weder die Fläche der Kreise noch die Bevölkerungsstruktur. Ihre Aussagekraft ist daher begrenzt.

Für einen standardisierten Vergleich wird deshalb mit Hilfe einer Regression die Arztdichte auf Strukturmerkmale der Kreise zurückgeführt. Berücksichtigt werden die Fläche, Einwohnerzahl und Bevölkerungsstruktur in acht Altersgruppen. Mit den geschätzten Koeffizienten lässt sich für jeden Kreis die erwartete Arztdichte berechnen und mit den beobachteten vergleichen. Die Differenz zwischen geschätzter und beobachteter Arztdichte ist ein Maß für die relative Unter- (falls die Differenz negativ ist) oder Überversorgung (Schaubild 15). Danach ist die Arztdichte in Brandenburg um knapp 5 Allgemeinärzte je 100 000 Einwohner geringer, als man aufgrund seiner Fläche und Bevölkerungsstruktur erwarten müsste. Hamburg, das gemäß Karte 2a gut mit Allgemeinärzten versorgt scheint, schneidet bei einem standardisierten Vergleich schlechter ab. Dagegen ändert sich bei Baden-Württemberg, Bayern und dem Saarland im Vergleich zu einem unstandardisierten Vergleich wenig: Ihre relative Überversorgung bleibt hoch.

Schaubild 16

Relative Über- bzw. Unterversorgung mit Fachärzten2005; Differenz zwischen beobachteter und geschätzter Arztdichte¹

Eigene Berechnungen nach Inkar 2007. – ¹Fachärzte je 100 000 Einwohner.

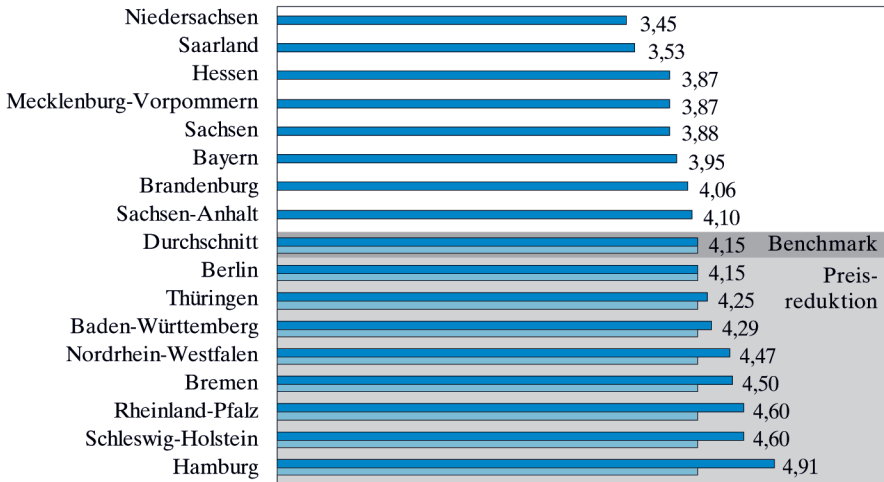
Schaubild 16 zeigt die entsprechenden Ergebnisse für Fachärzte. Hier sind aufgrund der höheren Dichte die Differenzen zwischen geschätzter und beobachteter Arztdichte größer als bei den Allgemeinärzten. Brandenburg und Niedersachsen, die bei den Allgemeinärzten als vergleichsweise unterversorgt ausgewiesen 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.

Der Korrelationskoeffizient zwischen geschätzter Facharzt- und Allgemeinärztdichte beträgt auf Länderebene $-0,1$. Es gibt also auf dieser Ebene keinen systematischen Zusammenhang zwischen beiden Dichten. Auch zwischen Bettenangebot im stationären Sektor und Allgemeinärzten ist kein systematischer Zusammenhang zu erkennen. Hingegen findet sich wie bei Kopetsch (2008) eine positive Korrelation zwischen stationärem Bettenangebot und Fachärztdichte ($r = 0,44$).

Ähnliche Resultate zeigen sich für den Zusammenhang zwischen Unter-/Überversorgung in den einzelnen Bereichen. Es besteht kein Zusammenhang in der Unter-/Überversorgung zwischen Allgemeinarzt- und Bettendichte. Hingegen ist die Korrelation in der Unter-/Überversorgung zwischen Facharzt- und Bettendichte signifikant positiv ($r = 0,41$). Es lässt sich also weder

Schaubild 17

Durchschnittliche Punktwerte und Einsparpotenzial in der vertragsärztlichen Versorgung 2005; Punktwerte in cent



Quelle: Eigene Berechnungen, Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder.

systematisch noch bezogen auf die Unter-/Übersversorgung eine kompensatorische Wirkung zwischen stationärem und ambulantem Angebot erkennen; eher ist das Gegenteil der Fall.

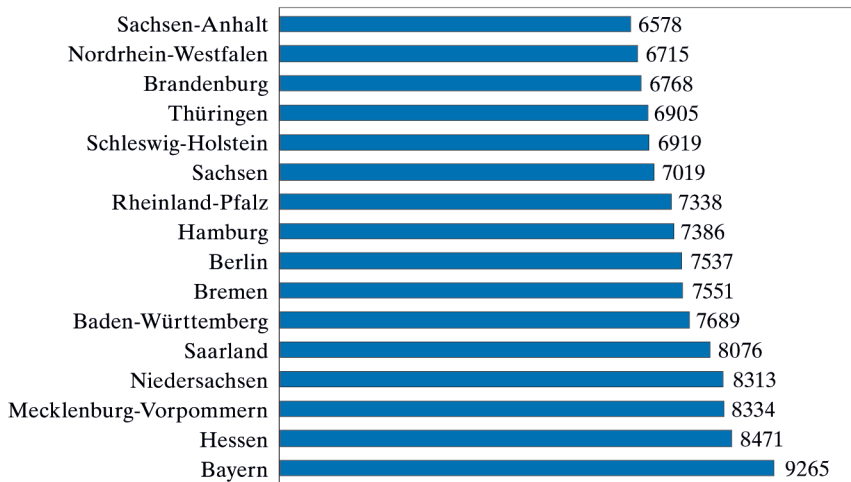
4.2.2 Einsparpotenzial bei den Punktwerten

Bei der Berechnung des Einsparpotenzials in der ambulanten Versorgung stützen wir uns auf Daten des Bundesministeriums für Gesundheit, das Ausgaben für einzelne Kassenarten (AOK, BKK und IKK) auf Bundesländerebene veröffentlicht. Diese werden kombiniert mit den Punktwerten der vertragsärztlichen Vergütung, d.h. wie sie von den Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlicht werden. Anders als bei den Daten zum stationären Bereich liegen keine Angaben zu alters- und geschlechtsspezifischen Ausgaben für die ambulante Versorgung auf Länderebene vor. Bekannt ist aber die Bevölkerungsstruktur der Länder, so dass man bei den Leistungsmengen analog zum Vorgehen bei den Ärztedichten eine Standardisierung vornehmen kann.

Zugrundegelegt werden die Punktwerte im vierten Quartal 2005 der Primärkassen. Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die zwischen hausarzt-spezifischen und facharztspezifischen Punktwerten unterscheiden, berück-

Schaubild 18

Durchschnittliche Leistungsmengen der vertragsärztlichen Versorgung
2005; abgerechnete Punkte pro Kopf (unbereinigt)



Quelle: Eigene Berechnungen, Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder.

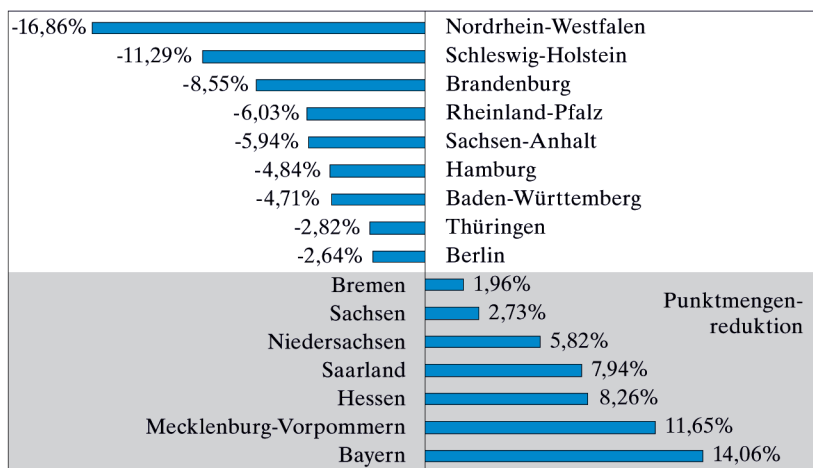
sichtigen wir den ungewichteten Durchschnitt der beiden Punktwerte.⁵ Die berechneten Punktwerte in den Bundesländern reichen von 3,45 ct in Niedersachsen bis 4,91 ct in Hamburg. Berlin liegt mit 4,15 ct exakt im Durchschnitt (Schaubild 17). Im Vergleich zu den LBFW im stationären Sektor sind die Preisunterschiede in der ambulanten Versorgung zwischen den Ländern viel größer (Schaubilder 1 und 17). Dementsprechend ist ein höheres relatives Einsparpotenzial bei einer Absenkung der Punktwerte in den „teuren“ Bundesländern zu erwarten. Es berechnet sich multiplikativ aus einer Senkung der Punktwerte und der Punktmengen. Im Szenario A reduzieren die „teuren“ Bundesländer ihren Punktwert auf 4,15 ct. Dadurch könnte Hamburg seine Ausgaben pro Kopf von 362 € auf 306 € senken. Auf die gesamte GKV bezogen ergibt sich ein Einsparpotenzial von 0,73 Mrd. €. Im optimistischen Szenario B mit Mecklenburg-Vorpommern als Benchmark würden die „teuren“ Bundesländer ihre ambulanten Ausgaben pro Kopf zusätzlich um durchschnittlich 20 € senken. Das errechnete Einsparpotenzial steigt auf 1,67 Mrd. €.

⁵ Wenn kein Durchschnittswert angegeben ist, entspricht der fachärztliche Punktwert dem der fachärztlich tätigen Internisten ohne weitere Schwerpunktbezeichnung. Die Zahlen für die KV Nordrhein-Westfalen und Westfalen-Lippe werden zu einem gewichteten Durchschnitt für Nordrhein-Westfalen aggregiert. Für Mecklenburg-Vorpommern und das Saarland waren Punktwerte nur für Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie-Onkologie verfügbar. Diese Angaben dienen zur Bestimmung des relativen Vergütungsniveaus in diesen Bundesländern.

Schaubild 19

Einsparpotenzial durch Punktmengenreduktion - Szenario A

2005; in %



Quelle: Eigene Berechnungen, Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder.

4.2.3 Einsparpotenzial bei den Leistungsmengen

Schaubild 18 zeigt die unbereinigten Pro-Kopf-Mengen (Anzahl der abgerechneten Punkte pro Kopf) nach Bundesländern. Sie errechnen sich durch Division der Ausgaben für vertragsärztliche Versorgung mit den jeweiligen Punktwerten. Bayern hat mit 9 265 Punkten die höchste Leistungsmenge, Sachsen-Anhalt mit 6 578 die geringste. Standardisiert mit den unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen ergeben sich beträchtliche Einsparpotenziale (Schaubild 19). Die höchsten liegen in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern (14% bzw. 12% über dem des Bundesdurchschnitts; absolut 51 € bzw. 38 €). Hier errechnet sich insgesamt ein Einsparpotenzial durch Mengenreduktion von 0,88 Mrd. €. Den Benchmark im optimistischen Szenario B bildet Hamburg; in diesem Fall betrüge das Einsparpotenzial 1,53 Mrd. €.

4.2.4 Gesamtpotenzial im ambulanten Sektor

Ein Vergleich der Schaubilder 17 und 18 macht deutlich, dass Punktwerte und -mengen über die Länder hoch negativ miteinander korreliert sind ($r = 0,49$). Bundesländer mit geringem Punktwert haben tendenziell eine hohe Punktmenge pro Kopf der Bevölkerung und umgekehrt. Das bedeutet, dass in allen Ländern entweder in der Menge oder im Preis ein Einsparpotenzial besteht.

Tabelle 6

Geschätztes Einsparpotenzial im ambulanten Sektor

2005; in Mrd. €

	Szenario A	Szenario B
Mengen	0,88	1,63
Preise	0,24	0,54
Insgesamt	1,12	2,07
Anteil an den ambulanten Gesamtkosten, in %	5,1	9,4

Eigene Berechnungen.

Bei den Ärzten spielt das regionale Preisniveau eine wichtigere Rolle als bei Krankenhäusern, da die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich arbeitsintensiver ist. Unterschiede im regionalen Lohnniveau wirken sich daher auf die Preise vertragsärztlicher Leistungen stärker aus. Die höhere Streuung der Preise bei den Vertragsärzten dürfte daher teilweise auf die Unterschiede bei den Faktorkosten zurückzuführen sein.

Um die Vergleichbarkeit mit dem Krankenhaussektor zu gewährleisten, wird nur ein Drittel des Einsparpotenzials durch eine Senkung der Punktwerte in den „teuren“ Ländern berücksichtigt. 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. € und im optimistischen Szenario B von 2,38 Mrd. €. Bei einem Ausgabenvolumen von insgesamt 22,15 Mrd. € sind dies Einsparungen von 5% bzw. 9%.

4.3 Arzneimittel

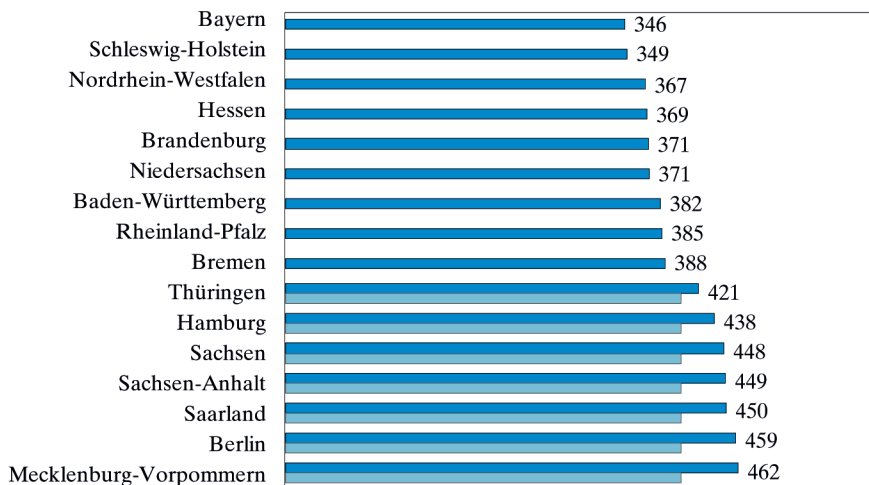
Grundlage der Berechnungen von Einsparpotenzialen im Arzneimittelbereich bilden Veröffentlichungen des GKV Arzneimittel-Schnellinformationssystems (GAmSi) über die Arzneimittelumsätze in den Bundesländern. Im Jahr 2007 betrug der Bruttoumsatz bereinigt um die Rabatte bundesweit 26,9 Mrd. €. Die Zahl der umgesetzten DDD (*defined daily dose* bzw. definierte Tagesdosis, eine international gängige Mengeneinheit für Arzneimittel) betrug 32,8 Mrd. und somit der Preis einer DDD 0,82 €. Auf Basis der DDD und der Arzneimittelausgaben auf Länder-Ebene können Preise pro DDD für Bundesländer berechnet und verglichen werden.

Da sich die Art der verschriebenen Arzneimittel von Bundesland zu Bundesland stark unterscheidet, wird auf eine Aufteilung in Preis- und Mengenkomponeute verzichtet; statt dessen wird das Einsparpotenzial auf der Grundlage eines Vergleichs der Ausgaben in den Bundesländern unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur verglichen. In einem zweiten Schritt wird das Ein-

Schaubild 20

Nicht-standardisierte Ausgaben bei Arzneimitteln

2007; Arzneimittelausgaben in € pro Kopf



Quelle: Eigene Berechnungen, GAmSi 2008, AOK-, BKK-, IKK-Versicherte.

sparpotenzial für eine Reduktion der Margen beim Großhandel und den Apotheken geschätzt.

4.3.1 Arzneimittelausgaben

Die um die Rabatte bereinigten, jedoch nicht alters- und geschlechtsstandardisierten Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel streuen stark zwischen den Bundesländern (Schaubild 20). Danach hat Bayern mit 346 € die geringsten, Mecklenburg-Vorpommern mit 462 € die höchsten Ausgaben. Wenn die Bevölkerungsstruktur berücksichtigt wird, hat Brandenburg die geringsten Arzneimittelausgaben und Hessen die höchsten. 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.

Würden die um die Bevölkerungsstruktur bereinigten Ausgaben in den „teuren“ Bundesländern auf das Niveau von Hamburg gesenkt, könnten z.B. in Hessen im konservativen Szenario 27 € pro Jahr und Kopf eingespart werden. Insgesamt ließen sich dadurch die Arzneimittelausgaben um 0,47 Mrd. € sen-

ken. Im optimistischen Szenario mit Bayern als Benchmark erhöht sich das Einsparpotenzial auf 1,55 Mrd. €.

Dieses Einsparpotenzial ist deutlich geringer als die in Schwabe/Paffrath (2008) geschätzten Ersparnisse: Danach hätten im Jahr 2007 2,9 Mrd. € eingespart werden können, davon 1,0 Mrd. € durch den Einsatz von Generika anstelle teurer Originalpräparate, 1,3 Mrd. € durch den Verzicht auf patentgeschützte Analogpräparate und den Einsatz von Generika bei bereits patentfreien, ursprünglich innovativen Wirkstoffen, sowie 0,6 Mrd. € durch den Wegfall von Medikamenten, deren Wirkung umstritten ist.

4.3.2 Großhandel und Apotheken

Der Distributionsweg für Arzneimittel ist dreigliedrig: Der Verkauf an die Endkunden erfolgt in der Regel über Apotheken, die ihrerseits die Arzneimittel über Großhändler von den Pharmaunternehmen beziehen. Für den Großhandel und die Apotheken ist die Preissetzung für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel gesetzlich festgeschrieben. Der Zuschlag des Großhandels liegt bei niedrigpreisigen Arzneimitteln bei 15% des Herstellerpreises. Mit zunehmendem Herstellerpreis sinkt der Zuschlag, aber nicht unter 6%.

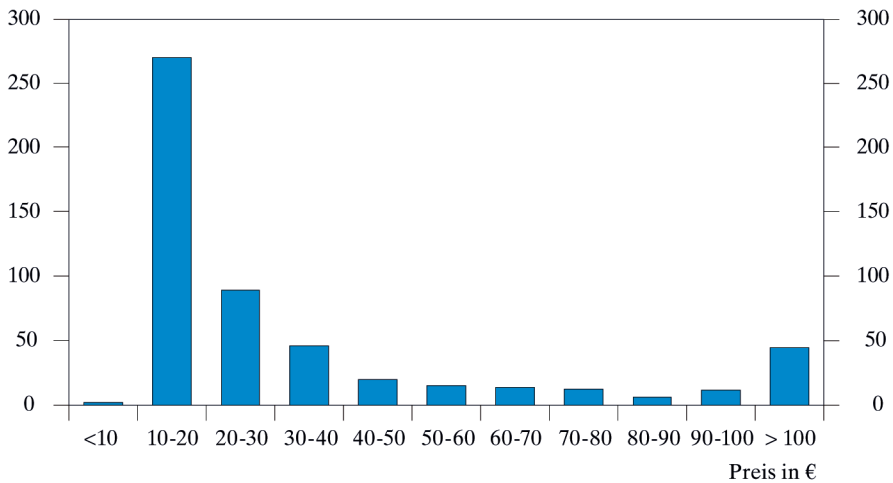
Die Apotheken haben auf den Großhandelspreis (Herstellerpreis zzgl. Großhändlerhöchstzuschlag) einen proportionalen Festzuschlag von 3% zuzüglich eines absoluten Zuschlags von 8,10 € zu erheben. Der absolute Zuschlag für die GKV ist durch die seit 2003 geltende gesetzliche Rabattverpflichtung für die Apotheken (§ 130 SGB V) um 2,30 € auf 5,80 € reduziert worden. Trotzdem macht der absolute Zuschlag bei Arzneimitteln mit durchschnittlichen Preisen den Großteil des Endpreises aus. Erst bei höheren Herstellerabgabepreisen reduziert sich der Einfluss des Apothekenzuschlags auf den Verkaufspreis.

Schaubild 21 zeigt für das Jahr 2007 die Verteilung der von den Apotheken abgegebenen Packungen verschreibungspflichtiger Arzneimitteln nach dem Apothekenverkaufspreis. Insgesamt wurden 537 Mill. Packungen abgegeben, die meisten (273 Mill.) in einem Bereich zwischen 10 und 20 €. Würde der Wettbewerb auf dem Apothekenmarkt intensiviert, wäre insbesondere in diesem Preissegment eine Reduktion der Arzneimittelausgaben zu erwarten.

Eine Senkung des pauschalen Apothekenzuschlags um 2 € würde die Ausgaben für Arzneimittel inklusive Mehrwertsteuer in der GKV um rund 1,28 Mrd. € entlasten. Eine Reduktion des prozentualen Zuschlags der Großhandelsmarge um 2%-Punkte über die gesamte Preisspanne der Arzneimittel würde 2% des Bruttoumsatzes bzw. 584 Mill. € einsparen. Damit errechnet

Schaubild 21

**Zahl abgegebener Packungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel
nach Apothekenverkaufspreis
2007; in Mill.**



Quelle: Fetzer et al. 2008.

sich das Einsparpotenzial bei Groß- und Einzelhandel insgesamt auf 1,86 Mrd. €.

4.3.3 Gesamtpotenzial bei den Arzneimitteln

Fasst man die Einsparpotenziale zusammen, die sich jeweils über die Verringerung der Ausgaben und der Margen des Großhandels und der Apotheken ergeben, erhält man im konservativen Szenario A ein Potenzial pro Jahr von 2,33 Mrd. €, im optimistischen Szenario B von 3,41 Mrd. €. Bei Ausgaben von 26,9 Mrd. € sind dies von 9% bzw. 13%.

Tabelle 7

Geschätztes Einsparpotenzial im Arzneimittelsektor

2007; in Mrd. €

	Szenario A	Szenario B
Arzneimittelausgaben	0,47	1,55
Großhandel	0,58	0,58
Apotheken	1,28	1,28
Insgesamt	2,33	3,41
Anteil an den Gesamtausgaben für Arzneimittel in %	8,8	12,8

Eigene Berechnungen.

5. Instrumente zur Hebung der Effizienzpotenziale

In diesem Abschnitt werden Instrumente diskutiert, die dazu dienen, die geschätzten Einsparpotenziale tatsächlich zu heben. Zunächst wurden in Abschnitt 4.1 die zwischen den Bundesländern stark differierenden BFW als Indiz für Ineffizienzen betrachtet und über eine hypothetische Angleichung auf das niedrige Niveau in Nordrhein-Westfalen Einsparpotenziale abgeschätzt. Trotzdem erscheint ein von außen verordneter allgemeiner niedriger Basispreis nicht als geeignetes Instrument, um Krankenhäuser zu effizientem Wirtschaften zu motivieren. Wie in jedem anderen Markt führen starre Preisregulierungen in aller Regel zu volkswirtschaftlich ineffizienten Lösungen. Vielmehr erscheint es sinnvoll, auch im Krankenhausbereich die Preisfindung dem Markt zu überlassen. Dies bedeutet ein Ende des einheitlichen und kollektiven Kontrahierens zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.

Kassen und Krankenhäusern sollte es daher ermöglicht werden, die BFW bilateral und selektiv auszuhandeln. Im Ergebnis dürfte sich kein einheitlicher Preis einpendeln, sondern Kliniken in Regionen mit hohen Kosten und solche mit überdurchschnittlicher Qualität werden relativ hohe Preise erzielen können. Eine ergebnisorientierte Honorierung könnte auch bedeuten, dass die Vertragspartner von der diagnosebezogenen Vergütung zu Gunsten anderer Honorierungsformen abweichen. Die Abschaffung des gemeinsamen und einheitlichen Handelns der Krankenkassen bliebe in ihrer Wirkung nicht auf die Höhe der BFW beschränkt. Mittelbar würde dies ebenfalls zu einer an Effizienzkriterien orientierten Marktberreinigung beitragen, da es unwirtschaftlichen Häusern nicht gelingen dürften, kostendeckende BFW mit den Kassen auszuhandeln. Bei auf Landesebene einheitlichen BFW ist dies nicht notwendigerweise gegeben, weil regionale Kostenunterschiede nicht berücksichtigt werden. Schließlich wird auch die Zahl der stationären Fälle nicht unberührt bleiben. Vielmehr ist davon auszugehen, dass auch die Mengen Gegenstand der Verhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern werden.

Die dualistische Finanzierung der Krankenhäuser steht einer effizienten Allokation der Ressourcen entgegen. Durch die Trennung von Investitionsentscheidungen und insbesondere deren Finanzierung vom laufenden Betrieb kommt es unweigerlich zu Fehlanreizen. Krankenhäuser werden Investitionsanträge stellen, die keinem betriebswirtschaftlichen Kalkül folgen, da sie selbst nicht die Kosten tragen. Die Länder werden sich bei der Bewilligung der Anträge wiederum nicht nur an betriebswirtschaftlichen Kriterien orientieren. Krankenhäuser, die nicht in die Landeskrankenhauspläne aufgenommen sind, werden zudem benachteiligt und können sich deshalb – selbst bei guter Leistung – am Markt unter Umständen nicht behaupten. Schließlich verbilligt die duale Finanzierung stationäre relativ zu ambulanten Leistungen. Dies steht einer Verlagerung von Leistungen von der relativ teuren stationären in die vergleichsweise günstige ambulante Versorgung entgegen.

Eine monistische Finanzierung, in der Investitionen gemeinsam mit allen übrigen Kosten eines Krankenhauses finanziert werden, stellt daher einen wichtigen Schritt zu einem effizienteren Investitionsgeschehen im Krankenhaussektor und zur Verringerung von Verwerfungen an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung dar. Wege zu deren praktischen Umsetzung werden z.B. in BDPK (2007) und Rürup et al. (2008) beschrieben.

Im ambulanten Bereich liegt der gesetzliche Sicherstellungsauftrag der medizinischen Versorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese vereinbaren mit den Krankenkassen Kopfpauschalen mit befreiender Wirkung zur Finanzierung der vertragsärztlichen Leistungen. Damit haben die Kassen kaum Möglichkeiten und angesichts der Vertragssituation auch wenig Interesse, auf das Leistungsgeschehen dort Einfluss zu nehmen. Ein Engagement im außerbudgetären Bereich ist immer mit der Gefahr verbunden, Leistungen doppelt zu bezahlen.

Einzig in der hausarztzentrierten Versorgung können die Krankenkassen nach § 75b SGB V Verträge ohne Einbezug der KV mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abschließen. Da aber im Gegenzug die Gesamtvergütung um das Volumen der selektivvertraglichen Verträge bereinigt werden muss, führt auch in diesem Fall kein Weg an der KV vorbei. Im Ergebnis gibt es im ambulanten Sektor eine wettbewerbspolitisch äußerst bedenkliche Situation, indem faktisch ein Kartell das Angebot kontrolliert.

In der bisherigen Argumentation wurden Effizienzreserven gesondert für die Bereiche ambulante und stationäre Versorgung diskutiert. Es wurde dabei aber wiederholt deutlich, dass in der Abgrenzung beider Sektoren selbst erhebliche Ineffizienzen begründet sind. Zum einen sollten ambulante und stationäre Anbieter zu fairen Bedingungen konkurrieren können. Die Subventionierung des stationären Sektors und die für beide Bereiche völlig unterschiedlichen Vergütungssysteme verzerren den Wettbewerb in der aktuellen Situation jedoch erheblich. Zum anderen generiert die – durch medizinische Versorgungszentren inzwischen in Ansätzen aufgeweichte – strikte Trennung beider Sektoren als solche bereits Ineffizienzen. Beispielsweise besteht für niedergelassene Ärzte – im Rahmen des medizinischen Entscheidungsspielraums – grundsätzlich der Anreiz, aus betriebswirtschaftlicher Sicht lukrative Fälle ambulant zu versorgen und weniger interessante an die Krankenhäuser abzugeben. Dieses individuell rationale Verhalten muss aber keineswegs in dem Sinne effizient sein, dass Leistungen dort erbracht werden, wo das Kosten-Nutzen-Verhältnis am günstigsten ausfällt. Effiziente Lösungen wären eher zu erwarten, wenn die Versorgung verstärkt „aus einer Hand“ erfolgen würde, der gleiche Anbieter also sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen anbietet. Voraussetzung dafür ist ein harmonisiertes Vergütungssystem, das Anreize für integrierte Versorger schafft, einen Fall so zu versorgen,

dass der angestrebte medizinische Erfolg am kostengünstigsten realisiert wird. Auch die Qualität der Versorgung könnte durch eine engere Vernetzung von Prävention, akuter Versorgung und Nachsorge verbessert werden.

Im Arzneimittelmarkt hat die erst vor kurzem eingeführte Möglichkeit, Rabatte zwischen Herstellern und Krankenkassen zu vereinbaren, den Preiswettbewerb intensiviert. Das in Abschnitt 4.3 ausgewiesene Einsparpotenzial wird durch die Rabattverträge zu einem Teil gehoben werden können. Darüber hinaus würde ein Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbots den Apothekenmarkt grundlegend verändern. Dabei wird es zu ganz neuen Formen der Distribution von Arzneimitteln kommen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass die Regelungen zu Großhandels- und Apothekenfestzuschlag in ihrer derzeitigen Form aufgehoben werden. Den Krankenkassen und Apotheken wäre wechselseitig die Möglichkeit einzuräumen, miteinander Selektivverträge abzuschließen. Damit würde dem Gedanken Rechnung getragen, dass Apotheken durch die Marktkonzentration in der Lage wären, eigenständig Rabatte zu verhandeln und auch zu vergeben. Die Freigabe der Preissetzung in Zusammenhang mit einem verstärkten Wettbewerb zwischen den Apotheken würde den Wettbewerb im Arzneimittelmarkt insgesamt intensivieren.

Um Effizienzreserven heben zu können, bedarf es auch eines neuen Verständnisses der Rolle des Versicherten und Patienten. Viel mehr als bisher sollten Versicherte aktiviert werden, sich für bestimmte Versorgungsformen zu entscheiden und daran zu binden. Selbstbehalte und Kostenbeteiligungen sind Instrumente, um auf der Nachfrageseite eine kostenbewusste Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu fördern. Felder/Werblow (2006) untersuchten einen Selbstbehaltsvertrag für freiwillig Versicherte in der GKV. Bei diesem Modellvorhaben erhalten Versicherte zu Beginn eines Jahres einen Betrag von 240 € ausbezahlt, wenn sie sich verpflichten, die Kosten bis zu einer Höhe von 300 € im folgenden Jahr selbst zu tragen, wobei jeder Arztbesuch mit 20 € angerechnet wird. Unter Berücksichtigung der Selbstselektion der Versicherten wurde z.B. die Arztinanspruchnahme bei den Versicherten des Modellvorhabens um 30% reduziert.

Neue Verträge, die die Versicherten stärker binden und sie an den Kosten beteiligen, können sich auf einzelne Sektoren oder auf bestimmte Versorgungsformen beziehen. Mit den Wahlтарifen haben die Krankenkassen seit kurzem Möglichkeiten der Vertragsgestaltung mit ihren Versicherten. Allerdings sind die tatsächlichen neuen Regelungen bei den Zuzahlungen sehr restriktiv. Insbesondere die weiche Chronikerdefinition führt dazu, dass Zuzahlungen für einen großen Teil der GKV-Versicherten keinen Einfluss auf die Leistungsanspruchnahme haben. Das Verhalten der Versicherten kann letztlich nur gesteuert werden, wenn die Preise medizinischer Leistungen auch bei ihnen an-

kommen. In diesem Sinne sind Zuzahlungen das wichtigste Instrument, um Effizienzreserven im Gesundheitswesen aktivieren zu können.

6. Fazit

Die vorliegende Arbeit identifizierte Effizienzreserven im Gesundheitssystem und quantifizierte die daraus resultierenden Einsparpotenziale. Ausgangspunkt der Betrachtung bildete eine internationale Einordnung der medizinischen Versorgung in Deutschland. Dabei wurde deutlich, dass das deutsche Gesundheitssystem seine Leistungen sehr ressourcenintensiv erbringt. Insbesondere hält Deutschland außerordentlich hohe Kapazitäten für die stationäre und ambulante Versorgung vor. Der internationale Vergleich gibt einen ersten Hinweis darauf, dass im deutschen Gesundheitssystem erhebliche Effizienzreserven verborgen sind.

Die Quantifizierung des Einsparpotenzials selbst stützt sich nicht auf einen internationalen Vergleich. Um die Vergleichbarkeit der betrachteten Größen sicherstellen zu können, werden vielmehr regionale Unterschiede in den Preisen und der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen innerhalb Deutschlands betrachtet. Tatsächlich bestehen auch hier gravierende Unterschiede zwischen den Bundesländern, die auf entsprechende Effizienzunterschiede schließen lassen.

In der Analyse wurden die drei Bereiche (i) stationäre Versorgung, (ii) ambulante Versorgung und (iii) der Arzneimittelmarkt eingehend betrachtet. Diese machen zusammen einen Großteil der Kosten im Gesundheitswesen sowie der Ausgaben der GKV aus und bieten daher die bei weitem größten Einsparpotenziale. Dass – in geringerem Umfang – auch in den übrigen Bereichen des Gesundheitssystems Einsparungen möglich sein dürften, bleibt davon unberührt. Das gesamte Effizienzpotenzial wird daher in der vorliegenden Untersuchung eher zurückhaltend geschätzt. Bei der Quantifizierung der Einsparpotenziale wurden zwei Szenarien unterschieden, zum einen ein vergleichsweise konservatives Szenario A mit einer Absenkung der Preise und Mengen in den weniger effizienten Ländern auf das deutschlandweite Niveau, zum anderen ein wesentlich ambitionierteres Szenario B, das annimmt, in allen Ländern könnte ein Effizienzniveau erreicht werden, wie es heute nur im effizientesten Viertel der Länder realisiert wird.

In Tabelle 8 werden die geschätzten Einsparpotenziale bezogen auf das Jahr 2007 für beide Szenarien dargestellt.⁶ In der moderaten Variante summieren

⁶ Um zu einem für alle Bereiche einheitlichen Bezugsjahr zu gelangen, wurden die Daten zur ambulanten Versorgung aus 2005 um 5,32% erhöht (Ausgabenwachstum), die zu den Krankenhäusern aus 2006 um 1,54%. Die Arzneimittelausgaben wurden um 6,4% reduziert, um den Zuzahlungen der Versicherten Rechnung zu tragen.

Tabelle 8

Geschätztes Einsparpotenzial für die GKV

2007

	Krankenhaus	Ambulante Versorgung	Arzneimittel	Insgesamt ¹
Szenario A in Mrd. €	2,19	1,18	2,18	5,55
in %	4,1	5,1	8,2	5,4
Szenario B in Mrd. €	4,37	2,18	3,20	9,75
in %	8,2	9,4	12,0	9,5

Eigene Berechnungen. – ¹Anteil an den Gesamtkosten der GKV in den drei betrachteten Bereichen in %.

sich die Effizienzreserven für die GKV pro Jahr auf 5,55 Mrd. € bzw. 5,4% der Gesamtausgaben in den betrachteten Bereichen. Absolut betrachtet trägt die ambulante Versorgung in geringerem Maß zur Gesamteinsparung bei als die beiden anderen Bereiche. Relativ zu den jeweiligen Gesamtausgaben übertreffen die Effizienzreserven im ambulanten Bereich die der stationären Versorgung allerdings leicht. Am höchsten ist das relative Einsparpotenzial bei der Arzneimittelversorgung. Im optimistischen Szenario B werden insgesamt Einsparpotenziale von 9,75 Mrd. € ermittelt, was einer Kostenreduktion um 9,5% entspricht. Absolut betrachtet tragen die Krankenhäuser in diesem Szenario mit 4,4 Mrd. € am stärksten zu den Einsparungen bei. Relativ liegen aber wiederum in der ambulanten Versorgung und dem Arzneimittelmarkt die größeren Effizienzreserven.

Würden diese Einsparungen vollständig in Form geringerer Beiträge an die Versicherten und deren Arbeitgeber weitergegeben, entfällt auf beide jeweils 2,78 bzw. 4,88 Mrd. €. Aus Sicht der gesetzlich Versicherten und ihrer Arbeitgeber sind absolute Kostenreduktionen im Gesundheitssystem lediglich abstrakte Größen. Relevant ist vielmehr ihre Wirkung auf die Beitragsätze. Rechnet man die geschätzten Einsparungen auf den durchschnittlichen GKV-Beitragsatz um, ließe sich dieser im Szenario A um 0,56%-Punkte senken, im Szenario B sogar um 0,99%-Punkte. Würden in den nicht betrachteten Bereichen der GKV ähnlich hohe Einsparungen erzielt, könnte der Beitragsatz um 0,80%-Punkte bzw. 1,41%-Punkte sinken.

Was dies in absoluten Beträgen für eine gesetzlich krankenversicherte Familie bedeutet, hängt zum einen davon ab, wie viele Familienmitglieder selbst bei einer GKV versichert sind, also eigene Beiträge zahlen, und zum anderen von deren jeweiligem beitragspflichtigen Einkommen. Die Zahl der mitversicherten Kinder spielt hingegen keine Rolle, weil für diese keine Beiträge gezahlt werden und Beitragssenkungen somit nicht relevant sind. Ist nur ein Familienmitglied selbst Mitglied einer Krankenkasse und erzielt ein Jahresarbeitseinkommen von 23 350 €, was dem Durchschnitt der GKV-Mitglieder ohne Rent-

ner entspricht, beliefen sich 0,56%-Punkte auf eine Ersparnis von 66 € pro Jahr. In Szenario B wären es 115 €. Erzielt der Alleinverdiener ein Einkommen, an der Beitragsbemessungsgrenze von 42 750 € fällt die Ersparnis mit 120 € bzw. 211 € deutlich höher aus. Sind beide Eltern berufstätig und selbstversichert, verdoppelt sich – gleiches Einkommen der Partner vorausgesetzt – die Beitragsentlastung für die Familie.

Falls die GKV auch außerhalb der drei genannten Bereiche vergleichbar große Einsparungen erzielen und in Form geringerer Beiträge weitergeben kann, profitieren die Versicherten und Arbeitgeber in entsprechend größerem Umfang. Ein GKV-Mitglied mit durchschnittlichem Einkommen (und der Arbeitgeber⁷) spart dann jährlich 94 € (Szenario A) bzw. 165 € (Szenario B) an Beiträgen. Würde die Kostenersparnis der GKV unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds mit festgeschriebenem Arbeitgeberbeitrag in Form einer pauschalen Beitragsrückerstattung vollständig an die Versicherten zurückgegeben, würde dies 153 € (A) bzw. 269 € (B) ausmachen. Diese Beträge sind für einen durchschnittlichen Arbeitnehmer deutlich höher, als wenn ein Teil der Ersparnis dem Arbeitgeber zugute käme, aber geringer als die oben ausgewiesenen Einsparbeträge von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammengenommen. Der Grund hierfür ist, dass bei einer pauschalen Beitragserstattung alle Mitglieder der GKV, also auch diejenigen, die – wie etwa die meisten Rentner – vergleichsweise geringe Beiträge entrichten, den gleichen Erstattungsbetrag erhalten wie ein typischer Arbeitnehmer.

Die in dieser Studie ermittelten Einsparpotenziale stellen insofern vorsichtige Schätzungen dar, als vergleichsweise effiziente Regionen und Bundesländer als Messlatte für die weniger effizienten dienen. Die vorgeschlagenen Reformen sind aber ganz allgemein geeignet, zu Effizienzsteigerungen beizutragen, insbesondere auch dort, wo bereits jetzt ein vergleichsweise hohes Niveau erreicht wird. Damit könnten die Reformen auch größere Einsparwirkungen erzielen, als im Bundesländervergleich deutlich wird. Abgesehen davon machen selbst die vorsichtigen Schätzungen deutlich, dass die Entlastung der Versicherten, die sich beim Heben der Effizienzreserven im Gesundheitssystem realisieren ließe, durchaus spürbar wäre.

Literatur

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2008), Übersicht über die für 2008 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern. Internet: www.aok-esundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/budgetverhandlungen/lbvw_2008_uebersicht.pdf, Download vom 1.10.2008.

⁷ Dem liegt die naheliegende Annahme zugrunde, dass der Beitrag für Leistungen zum Zahnersatz von 0,9%, den die Versicherten alleine tragen, nicht von Beitragssenkungen betroffen ist.

- Augurzky, B., R. Budde, S. Krolow, Ch.M. Schmidt, H. Schmidt, H. Schmitz, Ch. Schwierz und St. Terkatz (2008), Krankenhaus Rating Report 2008 – Qualität und Wirtschaftlichkeit. RWI : Materialien 41. Essen.
- BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken (Hrsg.) (2007), *Modell 21 – Regionale monistische Finanzierung*. BDPK-Konzept zur Gestaltung der Krankenhausaufinanzierung. Entwickelt in Zusammenarbeit mit dem RWI Essen. Berlin.
- Bruckenberg, E. (2007), *Herzbericht 2006 mit Transplantationschirurgie*. Hannover.
- Felder, S. (2008), *Der Krankenhausesektor in einem wettbewerblich ausgerichteten deutschen Gesundheitssystem*. Gutachten im Auftrag der Monopolkommission. Universität Duisburg-Essen.
- Felder, S. und A. Werblow (2006), Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte. Das Selbstbehaltmodell der Techniker Krankenkasse. Beiträge zum Gesundheitsmanagement 11. Baden-Baden: Nomos.
- Fetzer, S., V. Liessem, R. Busse, S. Felder, H.-D. Steinmeyer und J. Wasem (2008), Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbotes: Eine Chance für mehr Wettbewerb im Apothekenmarkt. Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Beirats der Betrieblichen Krankenversicherung. BKK-Bundesverband, Essen.
- Herr, A. (2008), Cost and Technical Efficiency of German Hospitals: Does Ownership matter? *Health Economics* 17(9): 1057–1071.
- Institut für Gesundheitsökonomik (Hrsg.) (2008), *Bundeseinheitlicher Basisfallwert für Krankenhausleistungen und seine Konsequenzen: ein falscher Weg aus ordnungspolitischer Sicht*. München.
- Kopetsch, T. (2007), Der Zusammenhang zwischen dem Leistungsgeschehen im ambulanten und stationären Sektor des deutschen Gesundheitswesens – Eine empirische Untersuchung. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 227(1): 49–64.
- Rürup, B., M. Albrecht, C. Igel und B. Häussler (2008), *Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern*. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Schwabe, U. und D. Paffrath (Hrsg.) (2008), *Arzneiverordnungs-Report 2008*. Berlin: Springer.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008), *Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2006*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008), *Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)*. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.2.1. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Werblow A. und B.-P. Robra (2006), Einsparpotenziale im medizinischen Bereich deutscher Krankenhäuser – eine regionale Effizienzfront-Analyse. In J. Klauber, H. Schellschmidt und B.-P. Robra (Hrsg.), *Krankenhausreport 2006*. Stuttgart: Schattauer.