

Dr. phil. Brigitte Sens
ist Leiterin des Zentrums für Qualität und Management im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen

21,34 % Einsparpotenzial

>> „21,34 % beträgt das Einsparpotenzial im deutschen Gesundheitswesen - was halten Sie davon?" Zu dieser „Meldung" - absolut frei erfunden und „realistisch gewürfelt" - wurden etliche Fachexperten aus der Gesundheitsversorgung, aus Verbänden und Politik befragt: Immerhin zwölf haben geantwortet, indes wohlwissend, dass es sich um eine „Ente" handelt: Denn weder gibt es ein Forschungsnetzwerk Gesundheitsökonomie, und schon gar nicht ein pseudogenaues Studienergebnis mit zwei Dezimalstellen.

Jedoch besteht über die Grundsatzfrage „ob" zu möglichen Reserven im System weitgehend Konsens, wann immer man in Expertenkreisen über zielgerichtete Ressourcenallokation, Vorhaltekosten, rationale Diagnostik und Therapie, Fehlerkosten, Effizienzoptimierung, Brüche an den Schnittstellen usw. diskutiert. Mehr oder weniger offen wird von Fachexperten unseres Gesundheitssystems diese Größenordnung von rund 20 % Einsparpotenzial (vor einigen Jahren noch mehr) benannt, wenn man das gesamte Versorgungssystem einschliesslich des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung, einer rationalen, angemessenen Versorgungsstruktur, der Eliminierung nicht indizierter Leistungen bei gleichzeitig optimierten Zugangsmöglichkeiten für relevante Risikogruppen, der koordinierten und bezüglich Qualität und Sicherheit optimal gesteuerten, sektorübergreifenden Behandlung usw. betrachtet.

Zur Frage „wie hoch" sind die Meinungen unterschiedlich: Sie reichen von 10 % bis deutlich mehr als 20 %. Bei GKV-Ausgaben in Höhe von ca. 170 Mrd. Euro (2009) entspräche dies 17 bis 34 Mrd. Euro, insgesamt (von ca. 300 Mrd. Euro) 30 bis 60 Mrd. Euro. Damit wird von Experten des Gesundheitssystems doch überwiegend ein bedeutsames, milliardenschweres Einsparpotenzial identifiziert, eine volkswirtschaftlich außerordentlich bedeutsame Größenordnung.

Nach Perioden der Leistungsausweitung mit dem gesundheitspolitischen Ziel einer qualitativ hochwertigen, umfassenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wurden mit dem SVR-Gutachten Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung" Einspar- bzw. Verbesserungspotenziale offen thematisiert und anhand ausgewählter, überwiegend chronischer Erkrankungen dargestellt (Sachverständigenrat 2000/2001). Bereits die Bände I und II hatten die Notwendigkeit von mehr Ziel-, Patienten-, Qualitäts- und Präventionsorientierung betont - Schlüsselbegriffe, die sich bis heute durch die SVR-Gutachten ziehen (z.B. Sachverständigenrat 2007).

Andererseits hat natürlich die gesundheitspolitische Intention, eine höhere Versorgungseffizienz zu fordern und den Paradigmenwechsel für eine neuen medizinische **und** ökonomische Orientierung zu schaffen, zu wirtschaftlichem Druck im Gesundheitssystem geführt. Die gesetzlich begrenzte Ausgabenseite mit „gedeckeltem" Budget der einzelnen Leistungserbringer sowie der Sektoren insgesamt, verbunden mit Wirtschaftskrise, Arbeitslosigkeit, sinkendem Beitragsaufkommen und Reform der Vergütungssysteme (EBM, DRG) einerseits bei durch demographische Veränderung und medizinischen Fortschritt steigenden Kosten andererseits führte zu der Diskussion über Leistungseinschränkung und Priorisierung (Prof. Dr. J.-D. Hoppe auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz 2009, Rabbata 2009).

Die Notwendigkeit eines gesellschaftspolitischen Diskurses über Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung wird auch von Nagel et al. betont und mit der Forderung nach rationalen Entscheidungen differenziert aufgearbeitet. Allerdings wird eine Ressourcenknappheit per se unterstellt - und Reserven im System lediglich als „Problem der Verschwendung" genannt (Nagel 2010).

Wehling wird in seiner umfangreichen Analyse deutlicher: mit 20 bis 25 % beziffert er das Einsparpotenzial, wenn nicht indizierte Eingriffe, unnötige Arzneimittel, Kuren und Verwaltungskosten entfielen (Wehling 2009). Auch seine auf internationalen Vergleichen basierenden Befunde zur möglichen, stillschweigenden Rationierung einerseits und Verschwendung der erheblichen Ressourcen andererseits könnten mit Über-, Unter- und Fehlversorgung beschrieben werden.

Wenn also immer noch Schlagworte wie „Rosinenpickerei", „blutige Entlassung", „Fließbandmedizin", „Hamsterrad" kursieren, dann weisen diese auf bestimmte Reaktionsmechanismen auf den wirtschaftlichen Druck hin - aber sind diese nötig (Sens et al. 2009)? Wenn beispielsweise Krankenhäuser unter dem verhandelten Budget auch erhebliche Kostensteigerungen kompensieren müssen - ist das richtig? Wenn finanzielle Anreizsysteme und forensische Aspekte Art und Umfang der Patientenversorgung mit bestimmen - ist das angemessen? Wenn auf zunehmende Forderungen nach effizienter Leistungserbringung nicht mit durchgängiger Prozessorientierung an der gesamten Versorgungskette entlang reagiert wird - ist das adäquat? Wie können Qualität und Sicherheit für die Patienten mit Arbeitsfreude für die Beschäftigten und wirtschaftlichem Erfolg für die Organisation verknüpft werden?

Wenn nach Meinung von Fachexperten ein Einsparpotenzial im deutschen Gesundheitssystem in der Größenordnung von bis zu 20 % vermutet wird, handelt es sich um eine gesundheitspolitisch, wirtschaftlich und gesellschaftspolitisch bedeutsame Größenordnung. Hier besteht die ethisch-moralische Verpflichtung, dieses auch offen zu benennen. Auf der Makroebene der den Rahmen setzenden Gesundheitspolitik, der Mesoebene der Verbände und der Mikroebene der Gesundheitseinrichtungen müssen zukunftsorientierte, intelligente Lösungen zur Gesundheitsversorgung entwickelt und mit zielorientierten Steuerungsmechanismen hinterlegt werden. Neue Modelle einer „selektiven Patientenorientierung" (Das Richtige zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Patienten richtig tun!) müssen das Gießkannenprinzip ersetzen und im Sinne einer krankheitsadäquaten, personalisierten Medizin ausgestaltet werden. <<

Die Meldung

„21,34 % beträgt nach Meinung von Fachexperten das Einsparpotenzial im deutschen Gesundheitswesen. Dieser Anteil ergibt sich nach einer noch nicht veröffentlichten Studie des Forschungsnetzwerkes Gesundheitsökonomie (FG) aus allen betrachteten Bereichen wie Gesundheitsverhalten der Bevölkerung, Inanspruchnahme von Leistungen im ambulanten und stationären Sektor mit den bekannten Schnittstellenproblemen und der Langzeit-Ergebnissteuerung. Bereits 2001 war ein Gutachten des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen zu ‚Über-, Unter-, Fehlversorgung' erschienen."

Verschiebebebahnhöfe



„Die konkurrierende Ausrichtung der Sozialgesetzbücher verhindert eine integrierte und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung. Die sektorenbezogene Zuständigkeit bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen lässt „Verschiebebahnhöfe" entstehen, die im übergreifenden Ansatz die bekannten Schnittstellenproblematiken wie Doppeluntersuchungen etc. eher fördern. Dazu kommen noch die Reibungsverluste, die in der alltäglichen Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen mannigfaltig entstehen. Alles in allem ausreichend Potenzial, das in Zeiten knapper werdender Ressourcen schnellstmöglich genutzt werden muss."

Peter Bechtel
RbP, Pflegedirektor im Herz-Zentrum Bad Krozingen, Vorsitzender im Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V. - BALK

Absolut plausibel



„Nach meinen eigenen Recherchen und Publikationen (Wehling 2009) ist das Ergebnis dieser Studie absolut plausibel. Bei einem Gesamtumsatzvolumen von etwa 300 Milliarden EUR/Jahr im Gesundheitssektor entspräche dies einem Einsparpotenzial von über 60 Milliarden EUR/Jahr, die am oberen Ende meines Schätzungskorridors von 20 bis 80 Milliarden/Jahr liegen. Es darf dabei nicht vergessen werden, dass diese Verschwendung nicht nur Geld kostet, sondern an unnötigen Eingriffen und invasiven Untersuchungen auch Patienten zu Schaden, z.T. mit Todesfolge kommen. Erstaunlicherweise scheint diese Verschwendungskatastrophe ein Tabuthema selbst für Journalisten zu sein, und die einzige relevante politische Reaktion ist die erneute Beitragserhöhung in der GKV. Es müsste endlich die öffentliche Debatte hierzu beginnen - und nicht von den verschiedenen Lobbyisten immer wieder zum Verstummen gebracht werden: So geht es einfach nicht mehr weiter!"

Prof. Dr. med. Martin Wehling
Geschäftsführender Direktor des Institutes für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Scheinexakte Studienergebnisse



„Mit Sicherheit gibt es einem so komplexen und überregulierten System wie dem deutschen Gesundheitswesen Einsparpotenziale. Scheinexakte Studienergebnisse stimmen mich aber skeptisch. Die Aufgabe ist, an den bekannten Problempunkten, wie der Grenze zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung, prospektiv Strukturen und Prozesse zu gestalten, die den medizinischen Fortschritt nutzen, um den Versorgungsbedarf der Zukunft besser, das heißt effizienter zu bedienen."

Dr. med. Christoph Straub
RHÖN-KLINIKUM AG, Vorstand Geschäftsbereich Ambulant-stationäre Grund- und Regelversorgung, Wiesbaden

Jeder fünfte Euro?



„Sicherlich gibt es an vielen Stellen Einsparpotenzial, doch glaube ich nicht, dass mehr als jeder fünfte Euro unnötig ausgegeben wird. Deshalb halte ich diese Zahl für deutlich zu hoch. Grundsätzlich müssen wir doch im Sinne der Patientinnen und Patienten genau hinschauen, wo und wofür ihre Beitragsgelder ausgegeben werden."

Jens Spahn
MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Mit Unterhaltungswert



„Solange die Verfasser solcher Aussagen nicht auch angeben, wie die Effekte der Einsparungen auf die Ergebnisqualität und die Patientensicherheit flächendeckend gemessen und bewertet werden sollen (was übrigens eine Festlegung der zu erreichenden Qualitäten und ihres Status quo voraussetzen würde), haben diese Daten nur einen durchschnittlichen Unterhaltungswert."

Prof. Dr. med. Andreas Becker
Geschäftsführer,
CLINOTEL Krankenhausverband gemeinnützige GmbH, Köln

Pauschalurteile



„Einsparpotenziale im deutschen Gesundheitswesen gibt es sicher. Dabei sind allerdings Pauschalurteile auf dem Rücken der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich tagtäglich um eine hohe Qualität der Patientenversorgung bemühen, kontraproduktiv. Hilfreicher sind an dieser Stelle professionelle Analysen, wo tatsächlich Einsparpotenziale bestehen und mit welcher professionellen Hilfe diese tatsächlich „gehoben" werden können. Häufig handelt es sich hierbei um klare Managemententscheidungen mit Vorbildfunktion und Entscheidungen, die nichts mehr mit den Hierarchien im Gesundheitswesen zu tun haben, wie wir sie immer noch vorfinden."

PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska
Leiterin Qualitätsmanagement Universitätsklinikum Dresden,
Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) bis 4/2011

Über Gräben hinweg



„Ökonomie und Humanität sind keine Widersprüche. Deshalb arbeiten Gesundheitsunternehmen, die wirtschaftlichen Erfolg haben, in aller Regel auch auf hohem qualitativem Niveau. Sparen hilft allerdings dauerhaft nicht weiter. Es geht vielmehr um die Steigerung der Produktivität durch Gestaltung strukturierter Prozesse über institutionelle Gräben hinweg. Dabei kennen Innovationen keine Grenzen, schon gar nicht bei 21,34 %."

Prof. Heinz Lohmann
Gesundheitsunternehmer,
Vorsitzender der INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT e. V.

Größenordnung stimmt



„Ob man das mit zwei Stellen hinter dem Komma sagen kann, weiß ich nicht. Aber die Größenordnung stimmt, und solange ist es natürlich fraglich, ob wir wirklich vordringlich eine Rationierungsdebatte brauchen. Wenn wir es schaffen, die Struktur des Gesundheitswesens so zu verändern, dass nicht jeder für sich allein im Hamsterrad sektorale Optimierung betreibt, sondern dass man durch Stärkung der Prävention, vernünftige Konzepte der Primärversorgung und Integration der Leistungserbringung vor allem im sekundärfachärztlichen Bereich gemeinsam die Verantwortung trägt, dann liegt diese Größenordnung im Bereich des Machbaren. Nicht zuletzt deswegen wird in den USA derzeit die Diskussion um „accountable care organizations" geführt: Verantwortung ist der Kernbegriff, Verantwortung für die gesamte Gesundheitsversorgung."

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Leiter des Institutes für Patientensicherheit an der Universität Bonn, stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Zu hoch gegriffen



„Ein Einsparpotenzial von 21,34 % in unserem Gesundheitssystem ist sicherlich sehr hoch gegriffen, gut die Hälfte dieses Wertes, also 10 bis 15 %, lässt sich dagegen gut belegen. Es sind vor allem die Bereiche Krankenhaus, Diagnostik, Arzneimitteltherapie und Hilfsmittel, in denen mehr Rationalität und Qualität zu einer Effizienzoptimierung in der Versorgung führen können. Felder für solche Strategien sind unverkennbar - im Entlassungsmanagement in Krankenhäusern ebenso wie in der Arzneimitteltherapie, wo die Gleichung „neu und teuer ist auch besser" nur in den seltensten Fällen stimmt, und dennoch heute viel zu oft die Entscheidungen im ärztlichen Verordnungsverhalten beeinflusst. In vielen Bereichen stimmen das Preis-Leistungsverhältnis und die Qualität der Versorgung nicht - die Zahl 21,34 könnte daher schon richtig sein, wenn sie denn nicht den Prozentanteil, sondern das Einsparpotenzial in Milliarden Euro meint!"

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen

Mit geschlossenen Augen



„Ich glaube unser Gesundheitssystem hat so viele Reserven, dass man um die 20 % Einsparung mit geschlossenen Augen schafft. Die Gesundheitseinrichtungen müssten das Wissen und Können ihrer Mitarbeiter so unterstützen, dass es ohne Hindernisse beim Patienten ankommt: also klare Absprachen, Vermeidung von Fehlern und Missverständnissen. Das sind mindestens 10 bis 20 %, und dann haben wir noch intermediäre Strukturen, vergleichbar mit dem mittleren Management in anderen Branchen, die sog. „Lähmschicht", die den Informationsfluss und die Innovationsmöglichkeiten ausgrenzen. Diese Hemmnisse sollten zurückgeschnitten, wenn nicht überhaupt abgeschafft werden, das sind nochmals 10 bis 20 %. Derjenige, der die Leistung erhält, und das ist der Patient, muss die Kontrolle darüber haben, was ausgegeben wird, und nicht über vier Ebenen Verantwortliche, die mitunter ihrer Verantwortung nicht gerecht werden und aus Eigeninteresse die Mittelverteilung beeinflussen können. Es gibt viel zu tun!

Dr. med. Dipl.-Psych. Horst Poimann
Neurochirurg, Neurochirurgische Gemeinschaftspraxis Dres. Poimann, Froehlich und Popp, Würzburg

Zweistellige Milliardenhöhe



Im deutschen Gesundheitswesen gibt es erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven in zweistelliger Milliardenhöhe - zu finden etwa in den weitgehend unkoordinierten Versorgungs- und Behandlungspfaden auf ambulanter wie stationärer Ebene. Diese und weitere Einsparpotenziale ließen sich heben, wenn der Gesetzgeber den Kassen eine aktivere Systemrolle mit mehr strukturellen Freiheiten zur Gestaltung der Versorgungsprozesse und -strukturen zuwiese. Kostensenkung und höhere Effizienz sind jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Verschlechterung der Versorgungsqualität - im Gegenteil: Ein optimierter Ressourceneinsatz mit qualitätsgesicherten, sektorübergreifenden Behandlungsabläufen reduziert die Leistungskosten, dient aber immer auch dem Wohl des Patienten."

Ingo Kailuweit
Vorsitzender des Vorstands der KKH-Allianz, Hannover

Eine Rückbesinnung



„21,34 % Einsparpotenzial bedeutet Rückbesinnung auf den originären Zweck des Gesundheitswesens, die Gewährleistung einer für alle Bürger verfügbaren, qualitativ hochwertigen Versorgung im Krankheitsfall. Ein Viertel der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen werden im Gesundheitswesen für einen überbordenden Overhead und für patientenfernen Selbstzweck eingesetzt. Alle Akteure in der florierenden Gesundheitsbranche sind aufgefordert, ihren Anteil an 21,34% Einsparpotenzial zu mobilisieren, damit das Gesundheitssystem auch weiterhin seine Kernaufgabe, die Patientenversorgung, erfüllen kann."

Dr. med. Martina Wenker
Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Hannover

Danksagung

Allen Interviewpartnern, die im Vertrauen auf eine seriöse Berichterstattung ein Kurzinterview zu „21,34 % Einsparpotenzial" gegeben haben, gilt aufrichtigster Dank! Doch: Ist die Zitrone ausgepresst? Oder ist noch Saft im System?
Eröffnen wir die Debatte! Schreiben Sie an: **meine.meinung@m-vf.de**

Literatur

Nagel, E., Alber, K., Bayerl, B. (2010): Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung - Konzepte zur Gesundheitsversorgung der Zukunft. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen 104, 5:355-359

Rabbata, S., Meißner, M. (2009): Hoppe verlangt Mut zur Wahrheit. Dtsch Ärztebl 106, 21:A1013-A1015

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bd. II Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung.

Sens, B., Wenzlaff, P., Pommer, G., von der Hardt, H. (2009): DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität. Hannover: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Wehling, M. (2009) Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört. Monitor-Versorgungsforschung 2, 6:46-51 (Teil I) und 3, 1:33-39 (Teil II)