



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Februar 2018, 18. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Claudia Boscher*, Institut für Angewandte Forschung der Hochschule Ravensburg-Weingarten 2

Drei Fragen an

Klaus Weckbecker, Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn 3

Buchtipps

von *Dea Niebuhr*, Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda 4

WIDO

Qualitätsmonitor 2018

Sterblichkeit sinkt in Kliniken mit vielen Operationen 5

Freie Kassenwahl

Beamte sind gute Risiken für die GKV 6

Heilmittelbericht 2017

Frauen häufiger in physiotherapeutischer Behandlung 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Morbi-RSA

Risikostrukturausgleich und Wettbewerb: zwischen den Gutachten

Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin 7

Regionale Variationen von Leistungsausgaben und -inanspruchnahme

Hans-Dieter Nolting, IGES Institut, Berlin 18

Die Regionalisierungsdebatte – ein Blick über die Grenzen

Florian Buchner, Fachhochschule Kärnten 26

STUDIE IM FOKUS

Schulterschmerzen: Arthroskopische Operation hilft nicht besser als Scheinbehandlung 35

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 36

Liebe Leserinnen und Leser,

„Es kommt nicht darauf an, was ihr spielt, sondern wie ihr dabei guckt.“ Vor wenigen Tagen schickte ich meine Mitmusiker mit diesen Worten auf die kleine, improvisierte Bühne. Wir wollten den ersten Rentner in unserem Verlag würdig verabschieden und hatten deswegen unter anderem eine Instant-Band gegründet. Die sollte zu Ehren des kroatophilen Kollegen ein paar Balkanmelodien intonieren, darunter auch zwei Stücke im Siebenachteltakt. Der war für die meisten neu und ungewohnt. Da wir fast nicht geprobt hatten, blieb eigentlich nur, möglichst gute Miene zum eventuell falschen Spiel zu machen. Mir hatte einmal der Klarinettist eines Tanzorchesters seine Erkenntnis anvertraut, dass neunzig Prozent der Menschen mit den Augen hören. Diese hatte ich mir zu eigen gemacht und unsere Combo zu selbstbewusstem Auftreten verdonnert. Die Strategie ging auf: Es gab Applaus und der angehende Rentner war gerührt. Warum ich das erzähle? Nun, weil es wieder einmal illustriert, dass man mit manchem durchkommt, wenn man es nur geschickt anstellt. Das ist bei Kleinigkeiten auch okay, nicht jedoch bei so wichtigen Dingen wie dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Hier versuchen zurzeit manche Akteure mit fragwürdigen Mitteln Änderungen durchzudrücken, um ihre Bilanzen zu verbessern. Sie setzen dabei auf das positiv konnotierte Wort Regionalisierung (wer denkt da nicht an ein Extra-Quäntchen Individualität oder gar Fairness?) und unterstellen dem Ausgleichssystem Zwecke und Aufgaben, die es nicht hat. Wir wollen mit diesem Heft einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion leisten und haben daher **Klaus Jacobs**, **Hans-Dieter Nolting** und **Florian Buchner** um Analysen gebeten. Sie erklären, worum die Diskussion kreist (und worum sie kreisen sollte), was man über regionale Varianz weiß und wie das Ausland mit dem Thema umgeht. Bitte lesen Sie uns mit den Augen – und hören Sie Musik mit den Ohren.

Viele Erkenntnisse wünscht

Seltene Erkrankungen Wissenstransfer für eine bessere Versorgung

Diagnose und Erforschung seltener Krankheiten sind schwierig, weil die Zahl der Betroffenen je Erkrankung gering ist. Schon jetzt bündeln 24 Referenznetzwerke auf europäischer Ebene (ERN) das vorhandene Wissen. SOLVE-RD, ein neues Forschungsprogramm im Rahmen der EU-Initiative Horizon 2020, soll diese virtuelle Zusammenarbeit nun intensivieren. Eine eigens entwickelte Infrastruktur ermöglicht die Koordination und Analyse der in den ERN generierten Daten sowie die

Verknüpfung von Diagnose und Forschung. Das mit 15 Millionen Euro geförderte Projekt unter der Leitung der Universitätskliniken Tübingen und Radboud Nijmegen sowie der Universität Leicester bezieht zunächst vier ERN ein. ■

Mehr Informationen:
www.solve-rd.eu

Transnationale Kooperation Gemeinsam gegen Antibiotikaresistenzen

Im September 2017 veröffentlichte die WHO eine Prioritätenliste antibiotikaresistenter Bakterien mit dem Ziel, die Forschung zu neuen Therapien zu fokussie-

ren. Die Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance (JPIAMR) hat nun Fördermittel für transnationale Forschungsprojekte bereitgestellt, in denen innovative Behandlungsansätze zu einem oder mehreren der auf dieser Liste genannten Bakterien entwickelt werden. Die JPIAMR – eine internationale Kooperation, an der sich auch das Bundesministerium für Bildung und Forschung beteiligt – hat zum Ziel, die Expertise von Forschergruppen aus unterschiedlichen Ländern zu vereinen. ■

Mehr Informationen:
www.jpiaamr.eu/activities/open-calls

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Lohnungerechtigkeit erhöht Krankheitsrisiko

Je länger Beschäftigte sich ungerecht entlohnt fühlen, desto höher ist ihr Risiko, eine stressassoziierte Erkrankung zu entwickeln. Frauen, vor allem Vollzeitbeschäftigte, sind besonders stark betroffen. Das ergab eine Längsschnittanalyse auf Basis des Sozioökonomischen Panels, in der Daten von 5.657 Erwerbstätigen aus den Jahren 2005 bis 2013 untersucht wurden. Die in regelmäßigen Abständen erhobenen Daten umfassen unter anderen Angaben dazu, ob die Befragten ihr Einkommen als gerecht empfanden und ob eine ärztliche Diagnose einer stressassoziierten Krankheit wie Diabetes, Asthma, Herzkrankheit, Schlaganfall, Bluthochdruck und Depression vorlag. Um Ungerechtigkeitswahrnehmungen zu reduzieren, empfehlen die Autoren Verfahren zur Lohnfindung, die alle Beteiligten einbeziehen und sich an Fairnessregeln orientieren. ■
Gesundheitswesen 2017, doi: 10.1055/s-0043-107876

Digitalisierungstrends im Krankenhaus

Klinikmitarbeiter stehen digitalen Technologien offen, aber kritisch gegenüber – so das Fazit einer Online-Erhebung unter 648 Klinikbeschäftigten. Es zeigte sich, dass die Beschäftigten für technische Neuerungen aufgeschlossen sind und diese als Arbeitserleichterung wahrnehmen. Als Problemfelder nannten die Befragten eine noch höhere Arbeitsverdichtung, mehr Hetze und Leistungsdruck,

häufige Störungen im Arbeitsablauf, ein stärkeres Kontrollerleben durch Technikeinsatz sowie eine mangelnde Beteiligung bei der Einführung neuer Technik. Die Autoren empfehlen, den Digitalisierungstrend im Hinblick auf konkrete Technologien und Arbeitsbereiche zu untersuchen und dem Klinikpersonal mehr Mitbestimmung bei der Einführung neuer Techniken zu ermöglichen. ■

Study der Hans-Böckler-Stiftung 2017 (364)

Psychoonkologie: Barrieren auf dem Lande

In einer Querschnittsstudie mit Krebspatienten aus dünn besiedelten ländlichen Regionen wurde die Häufigkeit psychosozialer Belastung, der Unterstützungsbedarf sowie die Inanspruchnahme von ambulanter Unterstützung betrachtet. Bei ambulanten psychotherapeutischen Angeboten ist die Versorgungsdichte pro Einwohner auf dem Land wesentlich geringer als in städtischen Regionen. In der Untersuchungspopulation wiesen fast 40 Prozent der Krebspatienten Anzeichen einer erhöhten klinischen Belastung auf; doch nur knapp ein Sechstel von ihnen nahm professionelle Hilfe durch ambulante psychosoziale Angebote in Anspruch. Gründe für die Nichtinanspruchnahme sind den Autoren zufolge Informationsdefizite sowie die Annahme, keine Unterstützung zu benötigen oder sich davon keine Hilfe zu versprechen. ■

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2018;61(1):89–97



Von
Claudia Boscher, M.A.,
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am
Institut für Angewandte
Forschung | Angewandte
Sozial- und Gesund-
heitsforschung, Fakultät
Soziale Arbeit, Gesund-
heit und Pflege der
Hochschule Ravensburg-
Weingarten

Adresse:
Leibnizstraße 10 a
88250 Weingarten
Telefon:
0751 5019416
claudia.boscher@hs-weingarten.de
www.zafh-care4care.de

Public Health DFG fördert Forschergruppen

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) schreibt zur Stärkung der Public-Health-Forschung in Deutschland die Förderung von neuen Forschergruppen aus. Förderfähig sind Vorhaben, bei denen die Gesundheit einer Bevölkerung beziehungsweise einer Population im Vordergrund steht und die in einer disziplinübergreifenden Kooperation bearbeitet werden sollen. Die Gesamtförderdauer einer Forschergruppe beträgt sechs Jahre. Für die erste Förderperiode, die drei Jahre umfasst, können Interessenten zunächst bis zum 1. März eine Antragskizze einreichen. ■

Mehr Informationen:

www.dfg.de > Förderung > Ausschreibungen – Informationen für die Wissenschaft > Nr. 69/2017

Krankenhaushygiene Neues Zentrum in Hessen gegründet

In Hessen ist zum Jahresende das „Hessische universitäre Kompetenzzentrum Krankenhaushygiene“ gegründet worden, in dem künftig die drei universitätsmedizinischen Standorte Frankfurt, Gießen und Marburg zusammenarbeiten. Das Land stellt dafür bis 2020 insgesamt drei Millionen Euro zur Verfügung. ■

Mehr Informationen:

<https://wissenschaft.hessen.de>
> presse > pressemitteilungen

Versorgungsforschung Personalausstattung in der Pflege

Die Frage nach einer angemessenen Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen wird seit Jahren kontrovers diskutiert. Am Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM)

der Universität Bremen soll jetzt ein fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personals in Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt werden.

Dafür stehen Fördermittel in Höhe von 3,7 Millionen Euro bereit. ■

Mehr Informationen:

<https://idw-online.de/de/news686649>

DREI FRAGEN AN ...



Allgemeinmedizin ist immer Team- und Netzwerkarbeit

... Prof. Dr. med. Klaus Weckbecker, Direktor des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bonn

Forschungsschwerpunkte:
Sozialmedizin in der Hausarztpraxis, Über- und Unterversorgung in der Hausarztpraxis, Suchterkrankungen, chronisch Kranksein

Jahresetat:
circa 400.000 Euro

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:
2 Universitätsprofessoren,
16 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in
Wissenschaft und Lehre,
3 Sekretärinnen,
8 Studentische Hilfskräfte

Adresse:
Institut für Hausarztmedizin
der Universität Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
53127 Bonn
Telefon: 0228 287-11156
klaus.weckbecker@ukb.uni-bonn.de
www.ukb.uni-bonn.de
> Institute > Hausarztmedizin

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Unser Labor ist die Praxis. Die Forschungsfragen ergeben sich aus der täglichen hausärztlichen Praxis. Wir erleben als Hausärzte, dass soziale Faktoren die Gesundheit beeinflussen. Gleichzeitig sind Hausärzte gefordert, Über- und Unterversorgung zu verhindern. Während ein Hausarzt vor 30 Jahren nur über wenige diagnostische und therapeutische Mittel verfügte, fragt er sich heute, ob es im Sinne der immer älter werdenden Patienten liegt, die Vielzahl der heute verfügbaren Möglichkeiten einzusetzen. Wir brauchen mehr Forschung auf diesem Gebiet, um gemeinsam mit unseren Patienten den richtigen Weg zu gehen.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Allgemeinmedizin ist immer Team- und Netzwerkarbeit, sowohl in der Hausarztpraxis als auch in der Forschung. Schon in unserem Institut arbeiten ganz unterschiedliche Berufsgruppen – Hausärzte, Psychologen, Epidemiologen, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler – mit großer Methodenvielfalt zusammen. In den einzelnen Projekten kooperieren wir lokal, national und international. Für unser erst 2011 gegründetes Institut sind Kooperationspartner mit langjähriger Erfahrung in der hausärztlichen Forschung besonders wertvoll.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Ja. Erst durch das wissenschaftliche Denken und Forschen kam es zum Fortschritt in der Medizin. Medizinische Forschungsergebnisse lindern jeden Tag Leid und Qualen. Aber die Politik muss unterscheiden zwischen durch Forschung belegtem Wissen und den Meinungen von Wissenschaftlern. Die Politik wäre gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört, aber nicht auf jeden (selbsternannten) Experten – zu schnell wird aus einem Wissenschaftler ein Lobbyist.

Studium I

Boom-Thema Gesundheit: Viele neue Studiengänge

Die Zahl der Studienangebote in Deutschland ist zwischen 2014 und 2017 um etwa 1.900 auf rund 19.000 gestiegen. Das ergab eine Analyse des gemeinnützigen Gütersloher Centrums für Hochschulentwicklung (CHE). Rund die Hälfte der neuen Studiengänge sind an Universitäten angesiedelt. Die höchste Zuwachsrate wies mit gut 25 Prozent der Bereich Medizin/Gesundheitswissenschaften auf. Von den 140 zusätzlichen Studiengängen dort waren 69 weiterführende Studienangebote. ■

Mehr Informationen:

www.che.de/downloads/Im_Blickpunkt_Die_Vielfalt_der_Studiengaenge_2017.pdf

Studium II

Duales Bachelorstudium Hebammenwissenschaft

Die Universität zu Lübeck hat zum Wintersemester 2017/2018 den bundesweit ersten universitären Bachelorstudiengang Hebammenwissenschaft eröffnet. Das duale Studium verbindet die berufliche Ausbildung im Hebammenwesen mit einem universitären Studium. Gemeinsame Veranstaltungen mit den Studiengängen Humanmedizin, Pflege und Physiotherapie sowie künftig auch Logopädie und Ergotherapie sorgen bereits während der Ausbildung für Interprofessionalität. ■

Mehr Informationen:

www.uni-luebeck.de/studium/studiengaenge/hebammenwissenschaft

Studium III

Pharmazeutische Biotechnologie

Biotechnologisch hergestellte Arzneimittel gewinnen in der medizinischen Praxis zunehmend an Bedeutung. Ein neuer, auf drei Semester angelegter Masterstudiengang „Pharmazeutische Biotechnologie“, den die Hochschule Zittau/Görlitz zum Sommersemester 2018 erstmals anbietet, soll die Absolventen für die Entwicklung, Herstellung und Anwendung solcher Therapeutika qualifizieren. Bewerbungen sind noch bis zum 28. Februar möglich, Studienbeginn ist im März 2018. ■

Mehr Informationen:

www.hszg.de/studium/unsere-studiengaenge/master/pharmazeutische-biotechnologie

BUCHTIPPS

Zum Thema Health Technology Assessment



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dr. Dea Niebuhr**, Professorin für das Fachgebiet Health Technology Assessment und Gesundheitssystemdesign am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123
36037 Fulda
Telefon: 0661 9640-601
Fax: 0661 9640-649
dea.niebuhr@pg.hs-fulda.de
www.hs-fulda.de/pflege-und-gesundheit

Autoren/Titel

Inhalt

Matthias Perleth et al. (Hrsg.)
Health Technology Assessment
Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung

Die in der HTA- und Gesundheits-Szene bekannten Herausgeber haben ein deutsches Standard- und Lehrwerk für Health Technology Assessment (HTA) geschaffen. Nützlich für die Erstellung von HTA-Berichten sind die methodischen Beiträge. Die Komplexität evi-

denzbasierter Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen – insbesondere zu deren Finanzierung und rechtlichen Rahmenbedingungen, aber auch im klinischen Alltag – ist grundlegend kritisch und umfassend beschrieben. (*MWV, 2014*)

Daniel Widrig
Health Technology Assessment

Aus Schweizer Perspektive liefert dieser Band, zugleich ein Nachschlagewerk, eine umfassende Darstellung von HTA. Er beinhaltet detaillierte Ausführungen zu Kerndisziplinen von HTA, internationalen Technologiebewertungen (etwa in Frank-

reich, Großbritannien, Kanada), internationaler Zusammenarbeit sowie ethischen Aspekten. Verdienstvoll sind die Ausführungen zur Wahl der richtigen HTA-Art und zur Relevanzbestimmung im Vorfeld der Berichterstellung. (*Springer, 2015*)

Laura Sampietro-Colom, Janet Martin
Hospital-Based Health Technology Assessment
The Next Frontier for Health Technology Assessment

In die Krankenhäuser fluten die neuen Technologien. Warum also nicht Health Technology Assessment als direktes Instrument zur Entscheidungsfindung in Krankenhäusern nutzen? Das Buch liefert Erfahrungen aus 18 Ländern mit

zahlreichen anwendungsorientierten Beispielen. Best Practice und HTA der administrativen Ebene sollten zusammengehen. In diesem Buch ist der Weg ausführlich und praktisch dargestellt. (*ADIS, 2016*)

Qualitätsmonitor 2018

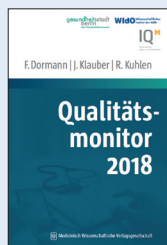
Sterblichkeit sinkt in Kliniken mit vielen Operationen

Welche Auswirkungen hat eine mangelnde Operationsroutine bei komplexen Krebs-Operationen? Dieser Frage widmet sich der Qualitätsmonitor 2018, der vom Verein Gesundheitsstadt Berlin, der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (Wido) herausgegeben wird.

Krankenhäuser, die über viel Erfahrung mit komplexen Lungenkrebs-Operationen verfügen, haben eine deutlich kleinere Sterblichkeitsrate als Kliniken, die solche Eingriffe nur selten durchführen. Zu diesem Ergebnis kommen Hans Hoffmann und seine Ko-Autoren im aktuellen Qualitätsmonitor auf der Basis deutscher Krankenhaus-Abrechnungsdaten von 2015. Demzufolge verstarben in Kliniken mit maximal 75 Lungenkrebs-Operationen pro Jahr 4,1 Prozent der betroffenen Patienten. In Krankenhäusern mit mehr als 75 dieser Eingriffe lag das Sterberisiko hingegen bei lediglich 2,5 Prozent (siehe Abbildung). Diese aktuellen Ergebnisse bestätigen erneut den signifikanten Zusammenhang zwischen höherer Fallzahl und niedrigerer Krankenhaussterblichkeit, den bereits zahlreiche internationale Studien festgestellt haben.

Dr. Simone Wesselmann, Bereichsleiterin Zertifizierung bei der Deutschen Krebsgesellschaft, spricht sich deshalb für die Einführung einer verbindlichen jährlichen Mindestmenge von 75 Lungenkrebs-Operationen aus, um eine ausreichende Behandlungserfahrung sicherzustellen. Denn obwohl es sich bei einer Lungenkrebs-OP in der Regel um einen planbaren Eingriff handelt, finden in Deutschland noch immer zu viele Operationen in Kliniken mit geringer Behandlungserfahrung statt. So entfielen im Jahr 2015 insgesamt 43 Prozent der 11.614 Lungenkrebs-OPs auf 271 Kliniken, die höchstens 75 dieser Eingriffe durchführten. Somit unterschritten rund 85 Prozent aller behandelnden Kliniken die quantitativen Mindestanforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft. Da diese Kliniken dementsprechend nicht zertifiziert werden, unterliegen sie auch nicht der regelmäßigen Kontrolle weiterführender Qualitätskriterien, die für zertifizierte Lungenkrebs-Zentren gelten. Diese

Kriterien sollen für die betroffenen Krebspatienten eine qualitätsgesicherte Behandlung gewährleisten. Weitere Studienergebnisse im Qualitätsmonitor zeigen: Nicht nur Lungenkrebspatienten würden von wissenschaftlich errechneten Mindestmengen profitieren. So werteten Ulrike Nimptsch und Thomas Mansky anhand von Krankenhausabrechnungsdaten 20 Behandlungsanlässe mit einem nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Fallzahl und Krankenhaussterblichkeit aus. Für diese Behandlungsanlässe – darunter verschiedene Krebsoperationen – zeigen die Autoren, dass durch Mindestmengen eine relevante Anzahl an Todesfällen pro Jahr vermieden werden könnte. ■



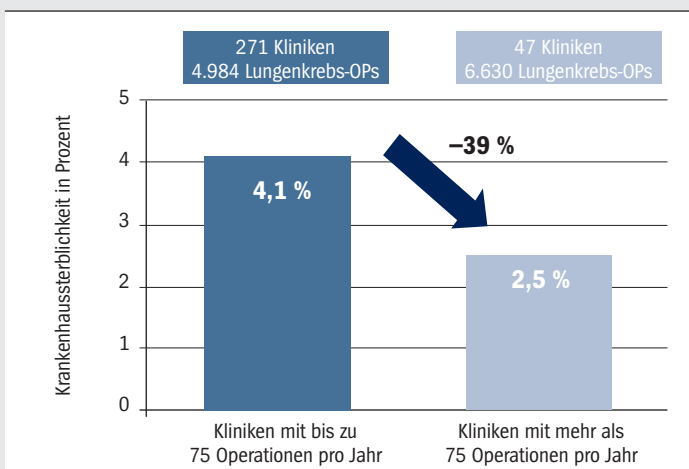
Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg.): Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 323 Seiten, 39,95 Euro; ISBN 978-3-95466-348-4



Christian Günster, Leiter des Bereichs Qualitäts- und Versorgungsforschung am Wissenschaftlichen Institut der AOK

„271 deutsche Kliniken haben zu geringe Fallzahlen und können deshalb die Zertifizierungsanforderungen der Krebsgesellschaft nicht erfüllen.“

Krankenhaussterblichkeit nach Lungenkrebs-Operationen (2015)



In Kliniken mit mehr als 75 Lungenkrebsoperationen pro Jahr liegt die Sterblichkeitsrate der Patienten um 39 Prozent niedriger als in Kliniken mit jährlich maximal 75 Operationen.

Wido-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des Wido unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von Wido-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

Freie Kassenwahl

Beamte sind gute Risiken für die GKV

Hamburger Beamte bekommen bei der Wahl ihrer Krankenversicherung mehr Wahlfreiheit.

Ende 2017 hat der Hamburger Senat beschlossen, dass sich Beamte der Hansestadt künftig unter bestimmten Bedingungen ohne finanzielle Nachteile in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichern können. Ab August 2018 können sie sich bei der Wahl einer gesetzlichen Krankenkasse ihren Beihilfeanspruch als Pauschale in Höhe des Arbeitgeberbeitrags auszahlen lassen.

In den Sondierungsgesprächen zu einer Jamaika-Koalition soll ein solches Modell auch für den Bund diskutiert worden sein. Die Union hatte dabei vor möglichen Zusatzbelastungen für die GKV gewarnt, sollten vor allem „kleine Beamte“ von dem Wahlrecht Gebrauch machen.

In Bezug auf deren Einkommenssituation ist diese Sorge jedoch unbegründet. Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigt, dass privatversicherte aktive Beamte im einfachen und mittleren Dienst 2015 im Durchschnitt ein monatliches Bruttogehalt von 2.928 Euro bezogen. Damit lagen sie fast

20 Prozent über dem mittleren Bruttoarbeitsentgelt aller Erwerbstätigen in der GKV. Im Vergleich zu den mittleren beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder liegen die Einnahmen sogar mehr als 50 Prozent höher. Demzufolge wären selbst kleine und mittlere Beamte also ausgesprochen gute Risiken für die GKV. ■

Mittlere Bruttoerwerbseinkommen privatversicherter Beamter 2015

Einfacher/mittlerer Dienst	2.928 Euro/Monat
Gehobener Dienst	3.513 Euro/Monat
Höherer Dienst	4.708 Euro/Monat
Zum Vergleich:	
Alle Erwerbstätigen in der GKV	2.448 Euro/Monat
Beitragspflichtige Einnahmen je GKV-Mitglied	1.930 Euro/Monat

Quelle: WIdO-Berechnungen auf Basis SOEPV32 bzw. GKV-Schätzkreis (für DpE); Grafik: GGW Wissenschaft 2018



Waltersbacher, A.:
Heilmittelbericht 2017.
Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie.
44Seiten, kostenloser
Download unter:
[www.wido.de/
heilmittel_2017.html](http://www.wido.de/heilmittel_2017.html)

Heilmittelbericht 2017

Frauen häufiger in physiotherapeutischer Behandlung

Zwischen Männern und Frauen gibt es deutliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Physiotherapie. Das ist ein zentrales Ergebnis im kürzlich veröffentlichten Heilmittelbericht 2017.

Rund 4,5 Millionen AOK-Versicherte haben 2016 eine Physiotherapie erhalten, nicht ganz zwei Drittel davon waren weiblich (63 Prozent). In der Gruppe der 50- bis 54-Jährigen zeigt sich der deutlichste Unterschied: Während

28,6 Prozent der Frauen in dieser Teilgruppe eine Physiotherapie machten, waren es bei den Männern gerade mal 17 Prozent.

In der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung haben Ärzte 44 Millionen Verordnungen für Heilmitteltherapien ausgestellt, davon 15,8 Millionen an AOK-Versicherte. Von den 5,06 Millionen AOK-Versicherten, die 2016 eine Heilmitteltherapie verordnet bekamen, wurden gut 88 Prozent mit einer Physiothera-

pie behandelt. Das sind 17,5 Prozent aller AOK-Versicherten. Sprachtherapie (6 Prozent), Ergotherapie (6,6 Prozent) und die podologische Behandlung (7,4 Prozent) konzentrieren sich hingegen jeweils auf wenige Altersgruppen.

Für den Heilmittelbericht 2017 hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) die über 37,4 Millionen Heilmittelrezepte analysiert, die im Jahr 2016 für die rund 71,4 Millionen GKV-Versicherten ausgestellt wurden. ■

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Dr. Dagmar Drogan: „Zentralisierung stationärer Leistungen – aktuelle Ergebnisse aus dem Qualitätsmonitor 2018. Fokus Thoraxchirurgie“. 11. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Berlin 11/17 +++

Risikostrukturausgleich und Wettbewerb: zwischen den Gutachten

von Klaus Jacobs¹

ABSTRACT

Zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt seit Herbst 2017 das wissenschaftliche Gutachten eines Expertenbeirats vor, der vom Bundesgesundheitsministerium mit der Evaluation des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs beauftragt wurde. Im Frühling 2018 wird der Beirat ein zweites Gutachten vorlegen, in dem speziell Fragen des Umgangs mit Regionaldimensionen analysiert werden. Vor diesem Hintergrund wird der aktuelle Stand der Reformdebatte reflektiert. Dabei wird deutlich, dass eine isolierte Betrachtung des Risikostrukturausgleichs zu kurz springt und vielmehr das gesamte Wettbewerbskonzept der gesetzlichen Krankenversicherung eine grundlegende Revitalisierung benötigt.

Schlüsselwörter: Risikostrukturausgleich, Regionaldimensionen, Wettbewerb

In order to develop the risk compensation scheme of the statutory health insurance system further, the scientific advisory board of the Bundesversicherungsamt published a report in the autumn of 2017. It had been commissioned by the Federal Ministry of Health. In the spring of 2018 the scientific advisory board will present a second report. This will focus on dealing with regional dimensions. Bearing the published and the upcoming report in mind, the present state of the discussion are sketched and assessed. Closer inspection of the matter shows that an isolated analysis of the risk compensation scheme misses important points. It turns out that the concept of competition implanted in the statutory health insurance system urgently needs revitalization.

Keywords: risk compensation scheme, regional dimensions, competition

1 Einleitung

Im Herbst 2017 hat der beim Bundesversicherungsamt (BVA) angesiedelte Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellte „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ vorgelegt (Drösler et al. 2017), auf das die gesamte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit großer Spannung gewartet hatte. Doch selbst wenn es nach der Bundestagswahl am 24. September 2017 sehr schnell zur Bildung einer neuen Bundesregierung gekommen wäre, hätte es im Hinblick auf mögliche Anpassungen beim Risikostrukturausgleich (RSA) mit allergrößter Wahrscheinlichkeit keine Sofortmaßnahmen des Gesetzgebers gegeben. Und zwar aus zwei Gründen: Zum einen legen die Ergebnis-

se und Empfehlungen des vorgelegten Gutachtens keinen unverzüglichen Handlungsbedarf nahe, und zum anderen steht noch ein weiteres Sondergutachten des RSA-Beirats aus, das sich mit dem Umgang mit Regionaldimensionen befasst. Dieses zweite Gutachten abzuwarten, das Ende April 2018 vorgelegt werden soll, um dann in der Gesamtschau über möglichen Anpassungsbedarf beim RSA zu beraten und zu entscheiden, ist schon deshalb sinnvoll, weil zwischen den in beiden Gutachten jeweils schwerpunktmäßig betrachteten Aspekten des RSA beziehungsweise anderer Elemente der GKV-Wettbewerbsordnung eine Reihe von Interdependenzen besteht, etwa zwischen der Empfehlung des Beirats zugunsten eines Krankheitsvollmodells – also die Berücksichtigung aller prospektiv ausgabenrelevanten Krankheiten im RSA – und der Erklärung interregionaler Ausgabenunterschiede.

¹ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Vor diesem Hintergrund bietet die Phase zwischen den Gutachten eine gute Gelegenheit zur Reflexion: in Bezug auf den Status quo von Kassenwettbewerb und RSA auf der Grundlage des ersten Sondergutachtens, aber zugleich auch als Ausblick auf das bevorstehende zweite Gutachten zu den Regionaldimensionen. Beides soll in diesem Beitrag geschehen. Dabei wird bewusst darauf verzichtet, das erste Gutachten in der ganzen Breite seiner Ergebnisse und Empfehlungen detailliert zu behandeln. Stattdessen soll zunächst lediglich ein kurzer Blick auf einige ordnungspolitische Betrachtungen des Gutachtens gelegt werden, die die Grundlage für die zentrale Zielstellung des RSA in einer wettbewerblich ausgestalteten GKV darstellen und demzufolge seine zweckmäßige Ausgestaltung maßgeblich prägen. Dies geschieht vor allem auch deshalb, weil im Vorfeld des ersten Gutachtens hinsichtlich der Zielstellung des RSA und der zur Überprüfung der Zielerreichung verwendeten Indikatoren von Vertretern einzelner Krankenkassen und ihrer Verbände Aussagen getroffen wurden, die einer wissenschaftlichen Analyse nicht standhalten, wie das Gutachten zeigt.

2 Sondergutachten I: Funktion von RSA und Kassenwettbewerb

Das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats beginnt mit einem umfangreichen Kapitel zur Zielsetzung des RSA. Hierzu hatte es im Vorfeld des Gutachtens verschiedentlich Missverständnisse gegeben, etwa wenn behauptet wurde, dass der RSA mit der Vermeidung von Risikoselektion einerseits beziehungsweise der Herstellung fairer Wettbewerbschancen der Krankenkassen andererseits unterschiedliche Ziele verfolge, zwischen denen eine Gewichtung erfolgen müsse (siehe dazu *Jacobs 2017*). Deshalb ist es gut, dass sich der Beirat noch einmal ausführlich aus ordnungspolitischer Sicht mit der Funktion des RSA befasst hat.

Das Ergebnis, zu dem er dabei kommt, kann Wissenschaftler nicht wirklich überraschen, decken sich die Einschätzungen des Beirats doch vollständig mit den übereinstimmenden Erkenntnissen der internationalen Gesundheitsökonomie (vergleiche dazu auch den Beitrag von Florian Buchner in diesem Heft). Danach benötigt jedes wettbewerbliche Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung – also ohne risikoäquivalente Beiträge der Versicherten gemäß ihrem individuellen Ausgabenrisiko – zwingend einen RSA, damit die Krankenkassen keine Anreize zu unerwünschter Risikoselektion haben. Die Vermeidung von Risikoselektion ist somit die zentrale Aufgabe des RSA. Damit wird zugleich aber auch ein wesentlicher Beitrag zur Herstellung fairer Chancen im Wettbewerb der Krankenkassen geleistet. Dies geschieht, indem für die Krankenkassen durch den RSA Risikoäquivalenz über entsprechend adjustierte Zuweisungen hergestellt wird.

Allerdings ist der RSA im Hinblick auf die Herstellung fairer Wettbewerbschancen der Kassen zwar eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung. Das heißt, dass es neben dem RSA weitere Elemente der GKV-Wettbewerbsordnung geben muss, von denen der Beirat einige selbst explizit behandelt, etwa zu Fragen des Marktzugangs, der Marktkonzentration, des Aufsichtshandelns oder der nach seiner Auffassung nicht wettbewerbsgerechten Ausgestaltung der Haftungsverbünde nach Kassenartenzugehörigkeit.

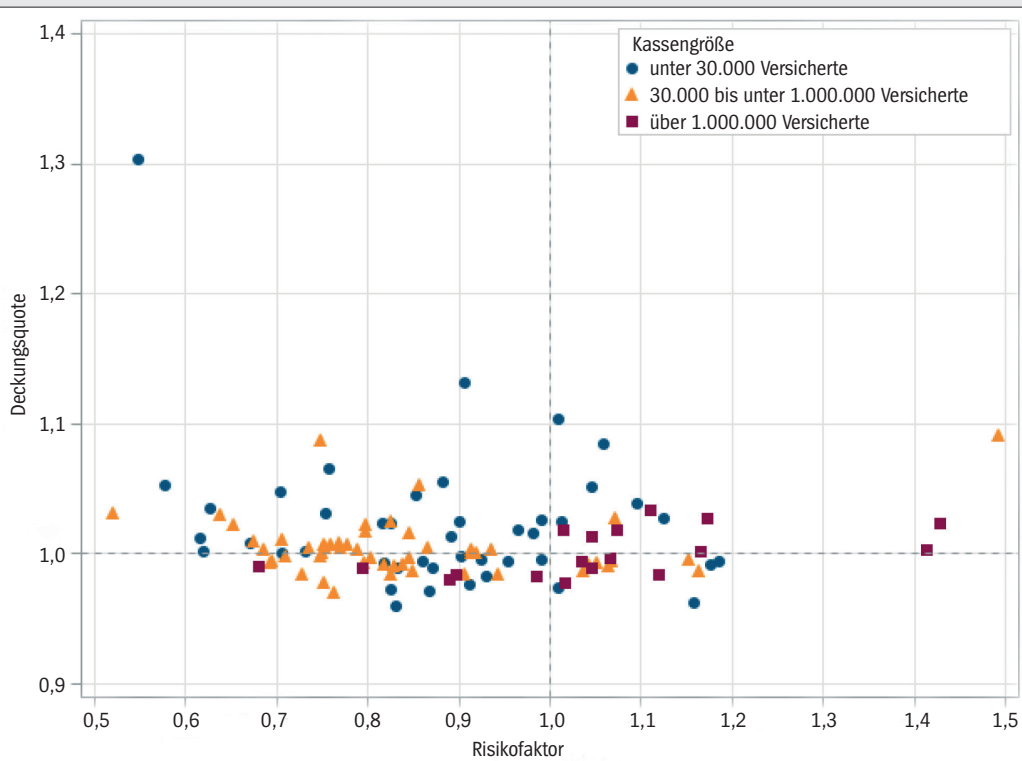
Diese grundsätzlichen Ausführungen machen deutlich, dass Wettbewerbsverzerrungen – soweit es sie tatsächlich in relevanter Größenordnung gibt – keineswegs zwangsläufig auf die Ausgestaltung des RSA zurückzuführen sind und es folglich auch nicht zwingend RSA-Modifikationen sind, die gezielte Abhilfe bei bestimmten Wettbewerbsproblemen schaffen können. Im Gegenteil: RSA-Reformen mit dem Ziel einer Umverteilung von Finanzmitteln zwischen Kassen oder Kassenarten, die die Leistungsfähigkeit des RSA im Hinblick auf sein zentrales Ziel zur Vermeidung von Risikoselektion beeinträchtigen, lehnt der Beirat explizit ab. Wenn es jenseits des RSA Defizite in der Wettbewerbsordnung gibt, so sind sie unmittelbar dort zu beheben.

Im Grunde wird bereits an dieser Stelle deutlich, dass der an den Beirat ergangene Auftrag einer erneuten Gesamtevaluation des RSA, aber ebenfalls die Empfehlung des Beirats, den Morbi-RSA künftig regelmäßig systematisch zu evaluieren, insoweit zu kurz springen, als vielmehr eine regelmäßige Evaluation der gesamten Wettbewerbsordnung der GKV erforderlich wäre. Der Beirat stützt diese Sicht ja auch insoweit, als er sich selbst in seinem Gutachten keineswegs allein mit der Funktion und Funktionsweise des RSA befasst, sondern weitere Elemente der GKV-Wettbewerbsordnung in seine Überlegungen einbezieht. Ein entsprechender Vorschlag zur regelmäßigen Analyse des gesamten Kassenwettbewerbs ist im Übrigen schon einmal im Rahmen des Gutachtens unterbreitet worden, in dem die direkte Morbiditätsorientierung des RSA empfohlen wurde, und zwar konkret: „die Einrichtung einer politikberatenden ‚RSA-Kommission‘ (...), die z. B. nach dem Muster der Monopolkommission als ‚Sachverständigenrat zur Begutachtung von RSA und GKV-Wettbewerb‘ gebildet werden könnte und dem Deutschen Bundestag alle zwei Jahre einen Bericht zur Wettbewerbsentwicklung in der GKV vorzulegen hätte“ (*Jacobs et al. 2002, 11*). Leider ist dieser Vorschlag damals nicht aufgegriffen worden.

Zur empirischen Überprüfung der Funktionsgerechtigkeit des RSA hält der Beirat neben den einschlägigen statistischen Gütemaßen auf der Individualebene im Kontext der Vermeidung von Risikoselektion insbesondere Deckungsquoten auf der Ebene von Versichertengruppen für zentral. Dagegen erteilt er einer vorrangigen Orientierung an den Deckungsquoten auf Kassen- beziehungsweise Kassenartenebene eine klare

ABBILDUNG 1

Deckungsquote nach Risikofaktor im Ausgleichsjahr 2015



Quelle: Drösler et al. 2017, 75. Abbildung 4.1; Grafik: G+c Wissenschaft 2018

Absage. Die Betrachtung von Kassenarten ist für den Beirat deshalb ungeeignet, weil diese nicht untereinander im Wettbewerb stehen, sondern selbst in vielen Fällen miteinander konkurrierende Kassen vereinen und zudem in sich nicht nur eine große, sondern sogar weiter gewachsene Heterogenität aufweisen. „So profitieren von den in diesem Sondergutachten untersuchten Reformvorschlägen in der Regel immer nur Teile der Krankenkassen innerhalb einer Krankenkassenart, andere Teile hingegen würden belastet“ (Drösler et al. 2017, 142). Dem einzigen Argument, das die Betrachtung von Kassenarten stützen könnte, der Existenz entsprechend ausgestalteter Haftungsverbände, trägt der Beirat insoweit Rechnung, als er die Auflösung dieser aus seiner Sicht nicht wettbewerbskompatiblen Regelung empfiehlt. Dass diese Empfehlung „kein Beitrag zur Lösung bestehender Wettbewerbsverzerrungen“ sei (Meyers-Middendorf und Baumann 2017, 16), geht an der Sache vorbei, denn das ist damit auch gar nicht bezweckt, sondern vielmehr eine wettbewerbsgerechte Ausgestaltung eines Elements der GKV-Wettbewerbsordnung jenseits des RSA.

Was die Einzelkassenebene angeht, stellt der Beirat fest, dass eine Verringerung der Unterschiede in den Deckungsquoten zwischen Krankenkassen nicht per se als Verbesserung der Funktionsfähigkeit der GKV-Finanzarchitektur angesehen werden kann. Dass manche Kassen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds besser und andere schlechter zurecht kommen, liegt vom Grundsatz her im Wesen des RSA, der im Interesse des Erhalts von Wirtschaftlichkeitsanreizen bewusst keine tatsächlichen Ausgaben ausgleicht, sondern – zudem in prospektiver Ausgestaltung – am mittleren Ausgabenrisiko der Versicherten orientiert ist, das im Interesse fairer Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen nach einheitlichen Kriterien ermittelt wird. Dabei zeigt die Analyse des Beirats, dass der aktuelle RSA auch auf der Kassenebene eine sehr hohe Zielgenauigkeit aufweist. Das wird etwa daran deutlich, dass bei den Deckungsquoten der Einzelkassen kein merklicher Zusammenhang zwischen dem RSA-Risikofaktor der Kassen und ihren Deckungsquoten erkennbar ist (siehe Abbildung 1). Auch wenn die Über- und Unter-

TABELLE 1

Entwicklung der sLA*-bedingten rechnerischen krankenkassenindividuellen Beitragssatzeffekte

Verteilung zwischen Krankenkassen	Rechnerische Beitragssatzeffekte durch sLA-Über- und Unterdeckungen						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Minimum	-1,27 %	-0,92 %	-1,03 %	-1,22 %	-0,75 %	-0,85 %	-0,79 %
1. Quartil	-0,04 %	-0,05 %	-0,07 %	-0,07 %	-0,06 %	-0,13 %	-0,15 %
Median	0,21 %	0,17 %	0,15 %	0,21 %	0,07 %	0,02 %	0,01 %
3. Quartil	0,41 %	0,41 %	0,42 %	0,43 %	0,29 %	0,28 %	0,33 %
Maximum	2,36 %	2,32 %	1,68 %	1,34 %	1,86 %	1,64 %	2,44 %
Spanne	3,64 %	3,24 %	2,71 %	2,56 %	2,62 %	2,50 %	3,23 %
gew. Abweichung	0,44 %	0,41 %	0,37 %	0,46 %	0,37 %	0,36 %	0,44 %
Interquartilsabstand	0,45 %	0,45 %	0,49 %	0,50 %	0,35 %	0,41 %	0,48 %

*sLA: standardisierte Leistungsausgaben

Quelle: Drösler et al. 2017, 147; Tabelle 5.5; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

deckungen der einzelnen Kassen in rechnerische (Zusatz-) Beitragssatzeffekte übertragen werden, ergibt sich keineswegs ein Bild, das die teilweise von interessierter Seite verbreiteten Alarmsignale rechtfertigen würde. Dabei trägt der Beirat Einwänden gegenüber der begrenzten Aussagekraft von Zusatzbeitragsspannen (die nur Extremwerte berücksichtigen) insoweit Rechnung, als er auch einen Blick auf robustere Verteilungsmaße wirft, wie etwa die Lage der Quartile oder die Entwicklung des Interquartilsabstands (der Differenz zwischen dem dritten und dem ersten Quartil der Verteilung) der rechnerischen RSA-Beitragssatzeffekte. Wie Tabelle 1 zeigt, bewegt sich der Interquartilsabstand der rechnerischen Zusatzbeiträge für standardisierte Leistungsausgaben zwischen 2009 und 2015 relativ konstant um Werte zwischen rund 0,4 und 0,5 Prozentpunkten. Auch die mit den Versichertenzeiten gewichtete mittlere Abweichung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge vom durchschnittlichen rechnerischen Zusatzbeitrag weist in diesem Zeitraum eine stabile Entwicklung auf (Drösler et al. 2017, 147).

Kritisch muss in diesem Kontext bewertet werden, wenn in der Öffentlichkeit durch bestimmte Formulierungen der Eindruck erweckt wird, dass das zentrale Charakteristikum der Funktionsweise des RSA nicht sachgerecht sei, keine tatsächlichen Ausgaben, sondern mittlere Ausgabenrisiken auszugleichen. Das geschieht, wenn immer wieder betont wird, dass

einige Kassen mehr Geld erhielten, als sie zur Deckung ihrer Ausgaben benötigten, während dies bei anderen Kassen nicht der Fall sei. Das ist aber grundsätzlich bei jedem wie auch immer ausgestalteten RSA der Fall, der sich – wie gerade ausgeführt – aus guten Gründen nicht an den tatsächlichen Ausgaben der einzelnen Kassen orientiert. Dabei suggeriert die Formulierung „benötigen“, dass es seitens der Kassen nur sehr begrenzte Möglichkeiten gibt, ihr Ausgabengeschehen aktiv zu beeinflussen. Um diese Behauptung zu stützen, sind zuletzt sogar eigens Studien in Auftrag gegeben worden (Neumann 2016; Dietzel und Krumm 2017). Einmal abgesehen von der Fragwürdigkeit der dabei angewendeten Methodik – durch aktive Leistungssteuerung haben Kassen mit ausgebautem Leistungs- und Vertragsmanagement deutlich größere Handlungsspielräume als behauptet wird – muss es einigermaßen befremdlich erscheinen, wenn die Schlussfolgerung aus diesen „Studien“ lediglich darin besteht, mehr Geld aus dem RSA einzufordern, und nicht etwa, den Gesetzgeber eindringlich aufzurufen, den Kassen mehr Handlungsparameter zur wirksamen Ausgabensteuerung an die Hand zu geben und ihm dazu konkrete Vorschläge zu unterbreiten. Dabei müsste allerdings nicht bei null begonnen werden. Die etwa vonseiten der Ersatzkassen als Beleg für vermeintliche Wettbewerbsverzerrungen genannten Überdeckungen im AOK-System von 59 Euro je Versicherten im Jahr 2016 – wohlgemerkt im ganzen Jahr, pro Monat also von knapp fünf Euro – bei gleichzeitigen

Unterdeckungen der Ersatzkassen von 35 Euro je Versicherten, also von weniger als drei Euro pro Monat (*Meyers-Middendorf und Baumann 2017, 14*), liegen von der Größenordnung her in einem gewiss schon heute steuerbaren Bereich.

Damit sind wir unmittelbar bei einem Punkt angelangt, der für die ordnungspolitische Einordnung von RSA und Kassenwettbewerb zentrale Bedeutung hat, in der aktuellen Debatte aber kaum noch vorkommt. Der Beirat weist in seinem Gutachten darauf hin, dass nicht nur der RSA in funktionaler Hinsicht zu beurteilen ist, nämlich im Hinblick auf die Neutralisierung unterschiedlicher Risiken der Versicherten, sondern dass auch der damit ein gutes Stück weit geordnete Kassenwettbewerb kein Selbstzweck ist. Der Wettbewerb der Krankenkassen habe nämlich die Funktion, die Gesundheit der Versicherten beziehungsweise ihre Gesundheitsversorgung zu verbessern, also das zu leisten, was gemeinhin als Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung bezeichnet wird. Damit soll der Wettbewerb letztlich nicht etwa den Kassen (oder gar Kassenarten) nutzen, sondern den Versicherten und Patienten. Deren Interessen kommen bei dem anhaltenden Lamento um vermeintlich nicht hinreichend faire Wettbewerbsbedingungen allerdings so gut wie gar nicht vor. Da war die GKV vor vielen Jahren schon einmal deutlich weiter, wenn man etwa an das bereits 1994 verabschiedete Grundsatzpapier der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung“ denkt (siehe dazu *Jacobs und Rebscher 2014*).

Defizite bei dem mittlerweile zunehmend verbreiteten Wettbewerbsverständnis werden schließlich auch im Kontext eines weiteren Aspekts deutlich, der im ersten Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats behandelt wird: der Frage der Marktkonzentration. Gegen zunehmende Marktkonzentration als Folge freier Kassenwahlentscheidungen der GKV-Mitglieder ist zunächst überhaupt nichts einzuwenden. Es darf allerdings keinen Missbrauch von marktbeherrschenden Positionen geben. Das heißt, Kassen mit einem großen Marktanteil müssen zum Beispiel bei ihrem Vertragshandeln – etwa bei Selektivverträgen – strengere Kriterien akzeptieren als kleine Kassen. Die bloße Existenz einer möglichst großen Zahl an wählbaren Alternativen garantiert jedoch noch keineswegs einen substanziellen Wettbewerb im Interesse der Versicherten und Patienten, denn dazu sind weitere Voraussetzungen erforderlich. Insbesondere gilt dies für solche Kassen, die von sich selbst behaupten, auf das Leistungs- und Ausgabengeschehen ihrer Versicherten praktisch kaum Einfluss zu haben, und sich darüber hinaus auch nicht erkennbar mit Ideen hervortun, wie sich das spürbar ändern könnte. Hier muss die Frage nach dem Beitrag dieser Kassen für einen substanziellen versorgungsorientierten Krankenkassenwettbewerb schon erlaubt sein.

Als vorläufiges Fazit der bisherigen Ausführungen zu RSA und Kassenwettbewerb auf der Grundlage der ordnungspolitischen Positionen des Wissenschaftlichen Beirats in seinem ersten Sondergutachten bleibt festzuhalten, dass die aktuelle Reformdebatte zu möglichen Modifikationen des RSA deutlich zu kurz springt. Letztlich geht es um die Frage nach Sinn und Zweck von funktionalem Kassenwettbewerb in der GKV. Insoweit ist dem Beiratsmitglied Volker Ulrich zuzustimmen, dass „die Politik sich deutlicher als bisher zu der Grundsatzfrage nach dem Sinn des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen und seiner Zukunft in der GKV positionieren sollte“ (*Ulrich 2018, 2*). Es genügt jedenfalls auf Dauer nicht, wenn den Kassen und ihren potenziellen Selektivvertragspartnern auf der Seite der Anbieter von Versorgungsleistungen in jedem Koalitionsvertrag aufs Neue erweiterte Vertragsspielräume in Aussicht gestellt werden – wie seit 2005 regelmäßig geschehen –, ehe danach in den folgenden vier Jahren substanziell praktisch nichts geschieht. Dass sich die Politik in dieser Frage positionieren sollte, heißt natürlich nicht, dass seitens der Kassen und ihrer Verbände keine Konzeptvorschläge dafür unterbreitet werden können. Das sollte schon im eigenen Interesse geschehen, denn wenn es letztlich gar keinen substanziellen versorgungsorientierten Kassenwettbewerb geben soll, sondern weiterhin das Primat zentraler Plan- und Kollektivwirtschaft – selbst bei der Förderung von Versorgungsinnovationen, also einer ansonsten klassischen Wettbewerbsaufgabe (*Cassel und Jacobs 2015*) –, ist nicht nur ein komplexer, weil anreizkompatibel ausgestalteter RSA obsolet, sondern letztlich auch ein pluralistisches Krankenkassensystem.

3 Sondergutachten II: Umgang mit Regionaldimensionen

Die Frage nach der Zukunft der wettbewerblichen Versorgungssteuerung und Patientenorientierung in einem funktionalen Krankenkassenwettbewerb ist auch für den Themenkontext von Bedeutung, mit dem sich der Wissenschaftliche Beirat in seinem zweiten Sondergutachten befasst, das Ende April 2018 vorgelegt werden soll. Der konkrete Hintergrund dieser Untersuchung liegt zunächst darin, dass in Deutschland teilweise deutliche Unterschiede in den regionalen Gesundheitsausgaben bestehen, etwa auf der Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten. Dieser Befund ist in der wachsenden Literatur zu dieser Thematik mittlerweile gut dokumentiert (siehe etwa *Göppfarth et al. 2016* sowie den Beitrag von Hans-Dieter Nolting in diesem Heft). Der Großteil dieser Unterschiede ist auf unterschiedliche Strukturen der Bevölkerung in Bezug auf Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand zurückzuführen – also genau auf diejenigen Faktoren, die im RSA bei der Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt werden. Dabei hat der 2009 erfolgte

„Schritt von einem soziodemographischen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich die regionalen Variationen in der GKV zu einem erheblichen Teil erklärt“ (*Göpffarth 2011, 24*), insbesondere seitdem die Ermittlung der Ausgaben-daten im RSA auf Basis einer Vollerhebung erfolgt (*Göpffarth 2013, 31*). Insoweit besteht Grund zu der Erwartung, dass eine Vervollständigung des Krankheitsspektrums im RSA beziehungsweise eine weitere Differenzierung der Krankheitszuschläge nach dem Schweregrad den Erklärungsgrad regionaler Ausgabendifferenzen noch weiter erhöhen kann.

Für die verbleibenden Ursachen für regionale Ausgabenunterschiede gibt es eine Vielzahl angebots- und nachfrageseitiger Bestimmungsgründe – zu einer Übersicht entsprechender Determinanten siehe Tabelle 2 –, deren Einfluss im Einzelnen bislang aber nur zum Teil empirisch belegt ist. Das gilt insbesondere auch für die angebotsseitigen Faktoren, deren Berücksichtigung im RSA zuletzt mehrfach gefordert worden ist. So fordert der Verband der Ersatzkassen mittlerweile nicht mehr allgemein die Einführung eines Regionalfaktors im RSA, sondern eine „Versorgungsstrukturkomponente“. Dies wird damit begründet, dass in Ballungszentren eine größere Versorgungsdichte herrsche und es dort ein ausdifferenzierteres fachärztliches und heilberufliches Angebot gebe sowie hochspezialisierte Kliniken und Krankenhäuser. In der Folge seien die Ausgaben je Versicherten in städtischen Verdichtungsräumen deutlich höher als auf dem Land, wovon insbesondere Krankenkassen mit begrenzter regionaler Ausstrahlung und einem Versichertenstamm in ländlichen Gebieten profitierten, während Krankenkassen mit vielen Versicherten in den Städten, die überdurchschnittlich hohe Ausgaben verursachten, benachteiligt würden (*vdek 2017, 11*). Von möglicherweise ebenfalls ausgleichsrelevanten nachfrageseitigen Einflussfaktoren auf regionale Ausgabenunterschiede ist hier gar nicht mehr die Rede.

Der Einfluss angebotsseitiger Einflussfaktoren auf das regionale Ausgabenniveau ist allerdings keineswegs so eindeutig. „Generell ist zu konstatieren, dass die bisher publizierten Analysen zu den Ursachen regionaler Variationen bei medizinischen Versorgungsleistungen zwar einige Hinweise auf die Relevanz von Faktoren der Angebotsstruktur erbracht haben, dass die vermuteten wichtigsten Treiber von regionaler Variation jedoch bisher empirisch kaum direkt untersucht werden konnten“ (*Nolting 2015, 19*). Einer neuen Untersuchung von Martin Salm und Ansgar Wübker zufolge, die die Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen von Versicherten untersucht haben, die von ländlichen in städtische Regionen beziehungsweise in umgekehrter Richtung umgezogen sind, können regionale Unterschiede sogar ganz überwiegend patientenseitig erklärt werden, denn die Inanspruchnahme der Versicherten verändert sich nach einem Umzug in eine angebotsstrukturell ganz anders ausgestattete Region praktisch überhaupt nicht (*Salm und Wübker*

2017, 6). Man darf gespannt sein, zu welchen empirischen Ergebnissen der Wissenschaftliche Beirat in seinem zweiten Sondergutachten kommt.

Nun geht es bei der aktuellen Diskussion im Kontext des RSA aber gar nicht allein um die offensichtlich bereits für sich betrachtet sehr schwierig zu beantwortende Frage, welche Einflussfaktoren regionale Ausgabenunterschiede bestimmen, sondern darum, wie mit Wettbewerbsproblemen umgegangen werden soll, die aus regionalen Ausgabenunterschieden resultieren. Die Ursache für regionale Wettbewerbsverzerrungen, die zu unerwünschter regionaler Risikoselektion führen können (*Bauhoff 2012; Jacobs et al. 2012, 4f.*), liegt ja nicht etwa in der Existenz regionaler Ausgabenunterschiede beziehungsweise regionaler Über- oder Unterdeckungen infolge der auf der Grundlage bundesdurchschnittlicher Ausgaben ermittelten Zuweisungen (so etwa fälschlich *Meyers-Middendorf und Baumann 2017, 17*). Das Wettbewerbsproblem beseht vielmehr darin, dass die Krankenkassen wegen unterschiedlich abgegrenzter Tätigkeitsgebiete sowie der gesetzlichen Verpflichtung, für ihr gesamtes Tätigkeitsgebiet einen einheitlichen Zusatzbeitrag zu kalkulieren, von derartigen Ausgabendifferenzen unterschiedlich betroffen sind. Insoweit liegt das Wettbewerbsproblem in der Parallelität regionaler und überregionaler Kassen und besteht auch nicht zwischen, sondern allein innerhalb von Regionen, in denen – je nach dem dortigen Ausgabenniveau im Vergleich zum Bundesdurchschnitt – mal regional und mal überregional agierende Kassen Wettbewerbsvor- oder -nachteile haben. So profitieren in einer besonders ausgabengünstigen Region Krankenkassen mit einem regionalen Schwerpunkt in dieser Region, während in vergleichsweise ausgabenintensiven Regionen diejenigen Kassen einen Wettbewerbsvorteil haben, die eine überregionale Mischkalkulation bei der Festlegung ihres Zusatzbeitrags vornehmen.

Der Beirat betrachtet in seinem ersten Sondergutachten, das eine erste, rein qualitative Auseinandersetzung mit der „Regionalproblematik“ enthält, zwei unterschiedliche Lösungsansätze zur Reduktion regional bedingter Wettbewerbsverzerrungen: einerseits die Einführung einer Regional Komponente im RSA, durch die die bislang einheitlich auf bundesdurchschnittlichem Ausgabenniveau ermittelten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dem jeweiligen regionalen Ausgabenniveau am Wohnort der Versicherten angepasst werden, und andererseits die – obligatorische oder optionale – regionale Differenzierung bei der (Zusatz-) Beitragskalkulation aller Krankenkassen.

Grundsätzlich hält der Beirat beide Lösungsansätze für geeignet, adäquat mit der bestehenden Wettbewerbsproblematik infolge unterschiedlicher regionaler Ausgabenniveaus bei unterschiedlich abgegrenzten Tätigkeits- und Zusatzbeitragsgebieten der Kassen umzugehen, also regional bedingte

TABELLE 2

Determinanten regionaler Ausgabenunterschiede

Nachfrageseitige Faktoren	Angebotsseitige Faktoren
Im Morbi-RSA nicht berücksichtigte Krankheiten	Haus- und Facharzttdichte, d. h. niedergelassene Ärzte insgesamt, davon Hausärzte, Internisten und Gebiets- bzw. Fachärzte insgesamt je 100.000 Einwohner
Haushaltseinkommen und Vermögen der Versicherten	Krankenhaus- und Pflegebetten je 10.000 Einwohner
Pflicht- oder freiwillig Versicherte	Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern
Soziale Schicht, Beruf und Bildung, zum Beispiel Schulabgänger mit und ohne Abschluss sowie Versicherte mit Hochschulreife	Angebotsverhalten der Leistungserbringer in Verbindung mit dem Wettbewerb in den einzelnen Leistungsbereichen
Arbeitslosenquote, Anzahl der Transferempfänger und der Zuzahlungsbefreiten	Kodierverhalten der niedergelassenen Ärzte
Erwerbs- und Dienstleistungsquote	
Branche und Betriebsgröße	
Ökologische bzw. Wohnumweltbedingungen, zum Beispiel Wohnfläche oder Mehrfamilienhäuser	
Familienstand und Haushaltsgröße, insbesondere Alleinstehende und Einpersonenhaushalte	
Bevölkerungsdichte	
Zahl der Pflegebedürftigen	
Wanderungsbewegungen	
Anteil der Migranten mit abweichendem Nachfrageverhalten	

Quelle: Drösler et al. 2017, 465, Tabelle 8.1; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

Wettbewerbsverzerrungen sowie Anreize zu regionaler Risikoselektion abzubauen. Diese Einschätzung gilt unbeschadet vieler noch zu klärender Fragen bezüglich der konkreten Ausgestaltung der beiden Ansätze, zu denen jeweils nicht zuletzt die Frage nach der zweckmäßigen Regionsabgrenzung zählt. Immerhin scheint diesbezüglich auf Expertenebene weitgehende Übereinstimmung darüber zu herrschen, dass die Länderebene insbesondere im Hinblick auf die beträchtliche Heterogenität innerhalb großer Flächenländer in funktionaler Sicht eher ungeeignet ist.

Wenn beide Lösungsansätze vom Grundsatz her als geeignet angesehen werden, die wettbewerbspolitischen Zielsetzungen zu erreichen, können vielleicht weitere Beurteilungs-

kriterien dabei helfen, die Frage zu beantworten, welchem Lösungsansatz letztlich der Vorzug gegeben werden sollte. Das kann wie im ersten Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats auch hier natürlich nur auf rein qualitativer Basis versucht werden. Eine Orientierung dafür könnte ein Gutachten geben, das der damals noch so bezeichnete Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits 1995 vorgelegt hat. Parallel zur Einführung von freier Krankenkassenwahl (1996) und Risikostrukturausgleich (1994/95) und der damit vollzogenen Weichenstellung zugunsten einer dezidiert wettbewerblichen Ausgestaltung der GKV hatte sich der Sachverständigenrat – dem damals unter anderem die Gesundheitsökonominnen Klaus-Dirk Henke (Vorsitz), Günter Neubauer und Eberhard Wille angehörten – sei-

nerzeit zur Vervollständigung der GKV-Wettbewerbsordnung unter anderem für regionale Beitragssätze aller Krankenkassen in einheitlich abgegrenzten Beitragsregionen ausgesprochen und dafür wettbewerbs-, allokatons- und verteilungspolitische Gründe genannt (SVR-KAiG 1995, Ziff. 368). Der Wissenschaftliche Beirat würde zu kurz springen, wenn er allein die Wettbewerbswirkungen der von ihm betrachteten Lösungsansätze untersucht und nicht zugleich auch – wie damals der Sachverständigenrat – Allokations- und Verteilungswirkungen in seine Überlegungen mit einbezieht.

Natürlich darf der RSA nicht überfrachtet werden, und es ist ganz gewiss nicht seine Aufgabe, einen unmittelbaren Beitrag zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu leisten – wie sollte das auch gehen? Aber gerade weil der RSA – wie gesehen – einen gleich in zweifacher Hinsicht abgeleiteten Charakter hat, nämlich im Hinblick auf faire Chancen im Kassenwettbewerb, der seinerseits selbst funktionalen Charakter im Hinblick auf eine bessere Gesundheitsversorgung hat, darf die Ausgestaltung des RSA das übergeordnete Allokationsziel einer qualitativ und wirtschaftlich besseren Gesundheitsversorgung zumindest ganz sicher nicht gefährden. Und auch wenn der Beirat zu Recht feststellt, dass das Prinzip der Beitragsgerechtigkeit bei freier Krankenkassenwahl an Bedeutung verliert, kommt dieser Beurteilungsdimension bei den beiden alternativen Ansätzen zur Lösung der Regionalproblematik sehr wohl unmittelbare Bedeutung zu.

Aus der Sicht des Mitglieds einer Regionalkasse in einer ausgangünstigen Region würde die Einführung einer Regionalkomponente im RSA *ceteris paribus* zu einem höheren Zusatzbeitrag führen und spiegelbildlich umgekehrt – mit der Folge einer Angleichung der regionalen Zusatzbeitragsniveaus. Wenn das Kriterium für die Berücksichtigung regionaler Ausgabeterminanten im RSA deren Exogenität ist, also die Nicht-Beeinflussbarkeit durch die Krankenkassen, käme der höhere Zusatzbeitrag dadurch zustande, dass entweder eine besonders hochwertige und deshalb vergleichsweise teure Versorgungsstruktur in einer anderen Region mitfinanziert werden muss, von der das Mitglied selbst gar nicht unmittelbar profitiert, oder dass dort bestehende Ineffizienzen, etwa Überkapazitäten, mitfinanziert werden müssen. Mit diesen beiden denkbaren Fällen hat sich schon 2005 das Bundesverfassungsgericht befasst. Es ist dabei zu dem Schluss gekommen, dass in beiden Fällen Beitragsunterschiede – also das Gegenteil einer Angleichung – jeweils sehr gut begründet wären (BVerfG 2005, Ziff. 206 f.).

Bedeutsam sind aber vor allem die allokatonspolitischen Folgen einer Regionalkomponente im RSA. Sie wird von ihren Befürwortern wettbewerbspolitisch für erforderlich gehalten, wenn es sich dabei um die Berücksichtigung von Determinanten des regionalen Ausgabenniveaus handelt, die außerhalb des Einflussbereichs der miteinander konkurrierenden Krankenkassen liegen. Bei der Umsetzung stellt sich damit aller-

dings eine zweifache Aufgabe: Zunächst muss das Ausmaß eines bestimmten Einflussfaktors auf das regionale Ausgaben-niveau empirisch festgestellt werden, was – wie bereits gesehen – angesichts des aktuellen Forschungsstands zu dieser Thematik keineswegs einfach ist, und dann muss geprüft und entschieden werden, ob es hierauf tatsächlich keine Einflussmöglichkeit der Kassen gibt. Denn wäre dies der Fall, würden durch die Regionalkomponente ja gerade erwünschte Handlungsanreize im wettbewerblichen Kassenhandeln beeinträchtigt. Die Feststellung der Exogenität der identifizierten Einflussfaktoren muss zudem regelmäßig angepasst werden, denn die Einflussmöglichkeiten der Kassen zur Gestaltung der Versorgungsstrukturen befinden sich im steten Wandel. Faktisch ist das schon heute der Fall – Stichworte hierzu lauten etwa: kassenindividuelle Qualitätsverträge im Krankenhaus, erleichterte Selektivvertragsoptionen, gegebenenfalls durch Ergebnisse des Innovationsfonds eröffnete neue Gestaltungsperspektiven – und konzeptionell ohnehin, denn das ganze Systemkonstrukt von versorgungsorientiertem Kassenwettbewerb, für den der RSA unverzerrte Handlungsanreize setzen soll, ergibt letztlich überhaupt nur Sinn, wenn die Kassen deutlich mehr entsprechende Handlungsfreiräume erhalten. Auch hierauf wurde bereits im vorangehenden Abschnitt hingewiesen.

Aber selbst wenn es auf absehbare Zeit keinen forcierten Vertragswettbewerb geben sollte, weil die Politik weiterhin von der steuerungspolitischen Überlegenheit zentraler Plan- und Kollektivwirtschaft im Vergleich zu mehr dezentraler Wettbewerbssteuerung überzeugt ist, bestünde die Gefahr, dass die aus Wettbewerbsgründen – wenngleich in Bezug auf einen versorgungspolitisch dann auch künftig weithin dysfunktionalen Kassenwettbewerb („alles exogen“) – eingeführte Regionalkomponente zu einer Verfestigung des Status quo der Versorgungsstrukturen mit allen ihren Über-, Unter- und Fehlversorgungen führte beziehungsweise diesbezüglich sogar falsche Anreize setzte. Denn ausgabenrelevante regionale Versorgungsstrukturen mögen zwar in einer Status-quo-Betrachtung für die konkurrierenden Krankenkassen kaum oder gar nicht beeinflussbar sein – sie sind es aber keineswegs für andere Gestaltungsakteure, zum Beispiel für die Länder in ihrer Funktion als Krankenhausplaner. Durch die Einführung einer Regionalkomponente im RSA würde jedoch auch auf sie der Druck gemindert, die Krankenhauslandschaft in ihrer Zuständigkeit so weiterzuentwickeln, dass die Voraussetzungen für ein Höchstmaß an Qualität und Wirtschaftlichkeit erfüllt werden. Wohl eher rhetorisch gefragt: Wäre das nicht ein zu hoher Preis für möglicherweise etwas weniger verzerrte Bedingungen eines im Kern zumindest versorgungspolitisch nach wie vor weithin funktionslosen Kassenwettbewerbs?

Diese Probleme stellen sich bei dem zweiten Lösungsansatz zum Umgang mit der Regionalproblematik, der Erhebung regional differenzierter Zusatzbeiträge, nicht. Warum sollen in Bezug auf den Einfluss regional wirksamer Ausgabendetermi-

nanten außerhalb des Einflussbereichs der Krankenkassen risikoäquivalente Beiträge simuliert werden, wenn sie ohne einen solchen Umweg unmittelbar erhoben werden können? Die solidarische Finanzierung der GKV verbietet Risikoäquivalenz in Bezug auf Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten als maßgebliche Determinanten des Ausgabengeschehens. Regionale Beitragsäquivalenz ist aber keineswegs verboten, wie das bereits zitierte RSA-Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2005 unterstreicht.

Es sind im Wesentlichen zwei Begründungszusammenhänge, die gegen diesen Vorschlag angeführt werden: Fragen der Umlandversorgung und Fragen der Praktikabilität. Beide sollen hier zumindest kurz adressiert werden. Dem Argument, dass in Ballungszentren auch Angebote zur Versorgung der Umlandbevölkerung vorgehalten werden, kann sachgerecht nur durch geeignete Vergütungsregelungen für Leistungen der Umlandversorgung Rechnung getragen werden. Von einer pauschalen „überregionalen Mischfinanzierung“ ist im Interesse der Vermeidung von Überkapazitäten dagegen dringend abzuraten. Zudem darf auch nicht übersehen werden, dass bestimmte Effizienzpotenziale der integrierten oder auch spezialisierten Gesundheitsversorgung überhaupt nur in Ballungszentren bestehen, selbst wenn sie derzeit angesichts der Dominanz sektoraler Plan- und Kollektivwirtschaftsstrukturen in viel zu geringem Ausmaß realisiert werden können. Es ist keineswegs ein Naturgesetz, dass die Versorgung in Großstädten, einschließlich ihrer Umlandversorgungsfunktion, zwingend mehr kosten muss als in weniger dicht besiedelten Regionen. Vielleicht ist die Freie Hansestadt Bremen dafür ja ein Beispiel. Zumindest wäre es eine nähere Analyse wert, warum es hier – mit der AOK Bremen/Bremerhaven und der Handelskrankenkasse (hkk) – gleich zwei großen Krankenkassen mit regionalem Schwerpunkt offenkundig gelingt, was angeblich doch gar nicht möglich ist, nämlich in einer Großstadt mit Umlandfunktion im Wettbewerb gegenüber bundesweiten Kassen zu bestehen.

Was die Praktikabilität des Vorschlags regional differenzierter Zusatzbeiträge aller Kassen angeht, besteht ein wenig der Eindruck, dass hier ein Popanz aufgebaut wird. Das gilt auch für den Präsidenten des BVA, Frank Plate, der den Vorschlag bereits „auf jeden Fall kategorisch“ abgelehnt und dabei auf einen unverhältnismäßigen Prüf- und Umsetzungsaufwand verwiesen hat (*gid* 2018, 14). Dabei gilt bezüglich dieser Einschätzung – wie immer in derartigen Fällen –, dass der erforderliche Aufwand naturgemäß entscheidend von der konkreten Ausgestaltung abhängt. Immerhin gibt es zwei praktische Anwendungsbeispiele für vergleichbare Konstellationen: zum einen die für 413 Zulassungsbezirke ermittelten Tarifklassen in der deutschen Kfz-Versicherung und zum anderen das Krankenversicherungssystem der Schweiz, das regional differenzierte Prämien der Krankenversicherungen nicht nur auf der Ebene der 26 Kantone kennt, sondern auch

innerhalb der Kantone bis zu drei Differenzierungen erlaubt, also maximal $26 \times 3 = 78$ unterschiedliche Regionalbeiträge in jeder Krankenversicherung, die schweizweit tätig ist.

In der Kfz-Versicherung gibt der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) Informationen zu den Regionalklassen jährlich auf der Basis von Branchendaten zur Schadenbilanz einer Region heraus, und zwar in Gestalt von Indexwerten. Versicherer können diese Informationen für ihre Tarifikalkulation nutzen. Diese Praxis beantwortet zugleich die Frage, wie eigentlich Versicherungen kalkulieren, die in einer Region nur wenige Versicherungsnehmer haben: Sie übernehmen die Branchenwerte. Ein besonders aufwendiger Prüfaufwand wäre bei einem analogen Verfahren auch in der GKV nicht zu erwarten. Etwas anders würde sich die Situation darstellen, wenn Versicherungen von den Branchenwerten abweichen, zum Beispiel weil sie in einer bestimmten Region ein besonders erfolgreiches Ausgabenmanagement betrieben haben. Dies vergleichsweise einfach nachzuweisen, erscheint im digitalen Zeitalter aber auch nicht undenkbar, und komplette Haushalte müssten deshalb auch kaum für jede Beitragsregion aufgestellt werden, sondern lediglich eine differenzierte Darstellung bestimmter Posten bei den Leistungsausgaben, die im Ergebnis für einzelne Regionen zu einem etwas höheren oder niedrigeren Indexwert gegenüber den branchenweiten Referenzwerten führt. Vielleicht lässt sich der Beirat – am besten in einer gemeinsamen Sitzung mit seinem Hausherrn im BVA – das einmal praktisch erläutern oder macht eine Studienreise in die Schweiz. Jedenfalls erscheint es etwas voreilig, schon im Vorfeld die vermeintliche Undurchführbarkeit zu beschwören. Viele Unternehmen haben ständig Zigtausende von unterschiedlichen Preisen zu kalkulieren und anzupassen – das würde gewiss auch die GKV in einem vergleichsweise überschaubaren Ausmaß von Differenzierung schaffen, zumal eine wesentliche Nebenbedingung erhalten bleibt: Die Kassen dürfen keine roten Zahlen schreiben und tun im ureigenen Interesse gut daran, sich an diese Vorschrift zu halten.

Vielleicht ist der Hinweis auf den unverhältnismäßig großen Aufwand aber auch nur vorgeschoben – nicht unbedingt vom gerade zitierten BVA-Chef, sondern generell –, und es verbergen sich dahinter in Wirklichkeit andere Vorbehalte. Das wäre durchaus verständlich und selbstverständlich absolut legitim. So dürfte es insbesondere in der Politik insoweit Bedenken gegen regional differenzierte Zusatzbeiträge geben, weil damit Unterschiede sichtbar würden. Zwar wären diese Unterschiede nur Ausdruck von realen Unterschieden in der Versorgung, aber sollen die wirklich transparent werden? Schließlich wird auch Solidarität oft mit Gleichheit verwechselt, und eine differenzierte Sicht, wie sie oben vom Bundesverfassungsgericht zitiert wurde, nach der gerade Beitragsunterschiede – also das Gegenteil von Gleichheit – im Fall realer Versorgungsunterschiede als gerecht eingeschätzt wurden, dürfte bei manchen Politikern möglicher-

weise nicht viel Zustimmung finden. Unterschiede müssten nämlich auch erklärt und gegebenenfalls verantwortet werden – das wäre dann in der Tat sehr viel aufwendiger, als weiterhin die Illusion von Gleichheit beziehungsweise Gleichwertigkeit zu nähren, wonach die Versicherten in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt nicht nur flächendeckend einen Anspruch auf hohe Versorgungsqualität haben, sondern diesen auch erfüllt bekommen. Hier könnten regionale Beitragsunterschiede in der Tat nur stören.

Statt eines Fazits zu dieser Thematik: Auch das zweite Sondergutachten wird – wie schon sein Vorgänger – mit großer Spannung erwartet. Und in diesem Fall wird die Enttäuschung bei etlichen institutionellen Akteuren voraussichtlich ebenfalls nicht gering ausfallen – allein schon, weil auch in dieser Frage viele unrealistische Erwartungen kursieren. Dabei würde ein Blick in die Literatur genügen, etwa in die Ausführungen von Dirk Göppfarth, der als Ergebnis seiner damaligen Analysen zur Einbindung von Regionalfaktoren in den RSA zu dem Ergebnis kam, dass die Zielgenauigkeit des RSA dadurch allenfalls minimal verbessert würde und sowohl Über- als auch Unterdeckungen auf Kreisebene als auch die Spanne der Deckungsquoten bestehen blieben (Göppfarth 2013, 34). Das mag bei anderen vom Beirat untersuchten Modellen möglicherweise etwas anders sein, aber grundlegend anders? Die Zeit für realistisches Erwartungsmanagement scheint gekommen zu sein.

4 Ausblick

Bei der Weiterentwicklung des RSA beziehungsweise weiterer Elemente der GKV-Wettbewerbsordnung geht es nicht darum, ein optimales Konzept zu finden und umzusetzen, denn so etwas gibt es nicht. Stattdessen geht es um Schritte zur Verbesserung des Status quo in Bezug auf die Verminderung von noch bestehenden Wettbewerbsverzerrungen und Selektionsanreizen. Was den RSA angeht, kann dabei auf einem bereits sehr guten Modell aufgebaut werden.

So bedeutsam die wettbewerbspolitische Sicht bei entsprechenden Reformen ist, so wenig darf sie verabsolutiert werden. Das gilt – wie gesehen – insbesondere für mögliche Erweiterungen von RSA beziehungsweise Wettbewerbsordnung im Hinblick auf Regionaldimensionen, bei denen vor allem die allokativen politischen Folgewirkungen beachtet werden müssen. Schließlich ist ja auch der Kassenwettbewerb, wie vom Beirat noch einmal zu Recht in Erinnerung gerufen, kein Selbstzweck, sondern soll der Verbesserung der Gesundheitsversorgung dienen, die somit gewissermaßen über allem steht.

Der Wissenschaftliche Beirat hat noch einmal deutlich gemacht, dass der RSA funktionaler Bestandteil des Konzepts der Solidarischen Wettbewerbsordnung ist, in dem der Kassenwettbewerb, aber auch – vermittelt über ausgebauten Vertragswettbewerb auf dem Leistungsmarkt – der Wettbewerb unter den Anbietern von Versorgungsleistungen zentrale Bausteine sind (Cassel und Wasem 2014). Dieses Konzept, das in der internationalen Gesundheitsökonomie unter „Managed Competition“ (Enthoven 1993) firmiert, markiert den Entwicklungspfad für die zukunftsweisende Weiterentwicklung der GKV. Deshalb sollte die Pfadabhängigkeit der Empfehlungen des Beirats zur Weiterentwicklung des RSA auch nicht etwa beklagt werden (BKK 2017), sondern dieser Pfad sollte vielmehr revitalisiert und forciert eingeschlagen werden.

Zu dieser Entwicklung gehört es allerdings auch, bei den konkurrierenden Kassen die Voraussetzungen für Handlungs- beziehungsweise Managementfähigkeit weiter zu verbessern. Hier bestehen heute teilweise gravierende Unterschiede. Das spiegelt sich zum Teil auch im Niveau der öffentlichen Auseinandersetzung, in der etwa auf Unterschiede bei den Verwaltungsausgaben verwiesen wird, ohne dabei zu beachten, dass funktionsfähiges Kassenmanagement mit hoch qualifizierten Beschäftigten nicht zum Nulltarif zu haben ist, ein hieraus resultierendes Mehr im Fünf-Prozent-Bereich der Verwaltungsausgaben aber leicht durch ein Weniger im 95-Prozent-Bereich der Leistungsausgaben (über-)kompensiert werden kann. Natürlich funktioniert diese Rechnung nur bei hinreichend großen Kassen mit ausreichend vielen Versicherten.

Damit sind wir schließlich bei der Zielgruppe, die von einem substanziell versorgungsorientierten Kassenwettbewerb profitieren soll, ohne den der RSA letztlich gar keinen Sinn ergibt: Das sind die Versicherten und Patienten, von deren Interessen in der aktuellen Debatte viel zu wenig die Rede ist. Gezielte Verbesserungen der Versorgung – etwa beim Krankenhaus-Entlassmanagement, bei der Medikation von Multimorbiden, bei der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen, bei patientenfreundlichen Öffnungszeiten von Arztpraxen einschließlich der Vergabe von Facharztterminen und vielen weiteren „Innovationen“ (die eigentlich längst Selbstverständlichkeiten sein sollten) – gehören vor Ort in das vertragswettbewerbliche Handeln von Krankenkassen und Leistungsanbietern, zumindest was die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung angeht. Es wäre zu wünschen, dass die RSA-Debatte im Ergebnis dazu führt, diese Perspektiven eines funktionalen Kassenwettbewerbs künftig wieder stärker auf die gesundheitspolitische Agenda zu rücken.

Literatur

Bauhoff S (2012): Do Health Plans Risk-Select? An Audit Study on Germany's Social Health Insurance. *Journal of Public Economics*, Vol. 96, No. 9–10, 750–759

BKK (2017): Wissenschaftler empfehlen „Steine statt Brot“ – Betriebskrankenkassen enttäuscht über Gutachten zur Fortentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Pressemitteilung des BKK Dachverbandes vom 19. Oktober 2017; www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen

BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2005): Beschluss des Zweiten Senats vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01; www.bverfg.de/e/fs20050718_2bvf000201.html

Cassel D, Jacobs K (2015): Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung. *Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG)*, Jg. 21, Heft 3, 55–68

Cassel D, Wasem J (2014): Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): *Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Heidelberg: medhochzwei, 3–43

Dietzel J, Krumm S (2017): Zum Zusammenhang zwischen Leistungsmanagement und Beitragssatz unter den Bedingungen des Morbi-RSA. *Gesundheit- und Sozialpolitik*, Jg. 71, Heft 5, 15–24

Drösler et al. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn; www.bundesversicherungsamt.de > Presse

Enthoven AC (1993): The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs*, Vol. 12, Suppl. 1, 24–48

gid (Gesundheitspolitischer Informationsdienst) (2018): Diskussion um den Morbi-RSA. BVA-Präsident Plate findet deutliche Worte, *Jg. 23, Nr. 4*, 11–15

Göpffarth D (2011): Regionalmerkmale im Morbi-RSA. Ein Beitrag zum funktionalen Wettbewerb und zu bedarfsgerechter Versorgung? In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.): *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011*. Düsseldorf: 16–40

Göpffarth D (2013): Was wissen wir über die regionale Variation der Gesundheitsausgaben? Und was bedeutet das für den Risikostrukturausgleich? *Gesundheit- und Sozialpolitik*, Jg. 67, Heft 6, 29–35

Göpffarth, D, Kopetsch T, Schmitz H (2016): Determinants of Regional Variation in Health Expenditures in Germany. *Health Economics*, Vol. 25, No. 7, 801–815

Jacobs K (2017): Risikostrukturausgleich: Konzentration auf die Kernfunktion im Wettbewerb der Krankenkassen. *Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG)*, Jg. 23, Heft 2, 43–51

Jacobs K, Rebscher H (2014): Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D et al. (Hrsg.): *Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung*. Heidelberg: medhochzwei, 45–73

Jacobs K, Reschke P, Cassel D, Wasem J (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit – Endbericht. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 140. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Jacobs K, Schröder WF, Wasem J (2012): Regionalität – Anmerkungen aus ordnungspolitischer Sicht. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich, J, Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität*. Stuttgart: Schattauer, 3–18

Meyers-Middendorf J, Baumann M (2017): Morbi-RSA: Auf den Prüfstand. *ersatzkasse.magazin*, Jg. 97, Heft 11–12, 14–18

Neumann K (2016): Wettbewerbsgerechtigkeit des RSA objektivieren – Managementleistung der Kassen vergleichen. *Gesundheit- und Sozialpolitik*, Jg. 70, Heft 4–5, 45–53

Nolting HD (2015): Regionale Variationen: Stand und Nutzungsperspektiven in Deutschland. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 15, Heft 2, 16–22

Salm M, Wübker A (2017): Causes of Regional Variation in Healthcare Utilization in Germany, *Ruhr Economic Papers*, No. 675; <http://dx.doi.org/10.4419/86788783>

SVR-KAiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten 1995, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Ulrich V (2018): Zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA: Cui bono? *IMPLICATIONplus, Gesundheitspolitische Analysen*, Ausgabe 2/2018

vdek (Verband der Ersatzkassen) (2017): Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen. Vorschläge der Ersatzkassen für eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA, Stand: 9. Februar 2017; www.vdek.com/politik/positionen.html

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 29. Januar 2018)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Regionale Variationen von Leistungsausgaben und -inanspruchnahme

von Hans-Dieter Nolting¹

ABSTRACT

Im Zusammenhang mit der Diskussion über eine mögliche Veränderung der GKV-Finanzarchitektur durch Einführung eines Regionalfaktors, der regionale Über- und Unterdeckungen ausgleichen und damit Verzerrungen des Kassenwettbewerbs abmildern soll, stellt sich die Frage, welche Forschungsergebnisse zur Relevanz und zu den Ursachen von regionalen Ausgabenunterschieden vorliegen. Nahezu alle Untersuchungen bestätigen, dass ein erheblicher Anteil der beobachteten regionalen Variationen bei Ausgaben beziehungsweise Inanspruchnahme bestimmter Gesundheitsleistungen nicht allein durch Nachfragefaktoren (Demografie, Gesundheitszustand) erklärbar ist, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, dass Unterschiede in der Morbidität der Bevölkerungen mit den verfügbaren Daten möglicherweise nicht vollständig messbar sind. Neben der Frage nach den Determinanten regionaler Unterschiede spielt die Frage der Beeinflussbarkeit eine zunehmend wichtigere Rolle. Dabei wird auch die Frage aufgeworfen, ob es nicht sinnvoller ist, eher Netzwerke von Versorgern mit ihren zugehörigen Populationen anstelle von geografisch abgegrenzten Regionen zu fokussieren.

Schlüsselwörter: Regionalfaktor, Nachfrage, Wettbewerb

One of the options under discussion to further improve the financial architecture of the German statutory health insurance system is the introduction of a geographic adjustment factor. The factor would adjust the payments statutory health insurance funds receive under the current morbidity-based risk adjustment scheme with the goal of reducing regional over- and underpayments and thereby putting competition among funds on a more equal footing. As context for the proposal, it is instructive to review the literature on the relevance and causes of regional variation in medical costs and demand for healthcare services. Nearly all studies show that a considerable share of regional variation cannot be explained by factors that influence demand such as demography and health status. One caveat is that differences in the morbidity of the populations in different geographic regions may not be fully reflected in the available data. Apart from the question what determinants may explain regional variation, the question arises whether regional variation can be influenced. In particular, it may be relevant to ask whether the focus should be on variations between networks of healthcare providers and the patients they serve rather than between geographically defined areas.

Keywords: regional factor, demand, competition

1 Einleitung

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) wird bis Ende April 2018 ein Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des RSA vorlegen. Die im Rahmen dieses Gutachtens vorgesehenen empirischen Analysen sollen die seit Langem anhaltende Diskussion über die Einführung einer Regionalkomponente im RSA auf eine bessere Grundlage stellen. Eine überblicksartige Erörterung möglicher Ursachen und der Auswirkungen regional unterschiedlicher Deckungsquoten auf den Kassenwettbewerb sowie der ordnungspolitischen Argumente für und wider die Einführung einer Regionalkomponente findet sich bereits in dem Sondergutachten

des Wissenschaftlichen Beirats vom November 2017. Dabei wird als eine zentrale, durch das Folgegutachten zu untersuchende, Fragestellung genannt, „[...] inwiefern die Bestimmungsfaktoren regionaler Ausgabenunterschiede vonseiten der Krankenkassen beeinflusst werden können“ oder „ob es eine klare Antwort auf die Frage [gibt], welche nachfrage- und angebotsseitigen Determinanten regionale Ausgabenunterschiede begünstigen und welche von den Krankenkassen eher gesteuert werden können oder aus Krankenkassensicht eher exogen sind“ (*Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs 2017, 462*).

In dem vorliegenden Beitrag geht es um die Frage, welche Erkenntnisse aus der deutschen und internationalen Forschung zur

¹ Dipl.-Psych. Hans-Dieter Nolting, IGES Institut GmbH · Friedrichstr. 180 · 10117 Berlin · E-Mail: Hans-Dieter.Nolting@iges.com

Thematik regionaler Unterschiede beziehungsweise zu den genannten Fragestellungen vorhanden sind. Der Beitrag liefert keinen Review der Literatur zu regionalen Unterschieden, sondern beschränkt sich auf die Erörterung ausgewählter Forschungsergebnisse, die aus Sicht des Autors Beachtung verdienen.

Im ersten Schritt gebe ich einen kurzen Überblick über die Forschungstradition zu regionalen Variationen der Gesundheitsversorgung. Anschließend fokussiere ich die Frage, welche Ergebnisse zu den Determinanten von regionalen Variationen vorliegen. Abschließend wird diskutiert, welche Erkenntnisse gegebenenfalls im Hinblick auf die aktuelle Diskussion über die Einführung eines Regionalfaktors zu gewinnen sind.

2 Regionale Variationen von Versorgung, Leistungsausgaben und Outcomes

Die Forschung zu regionalen Variationen ist vor allem durch die Arbeiten der Dartmouth-Gruppe um John Wennberg vorangetrieben worden und hat auch die Forschung in Deutschland maßgeblich inspiriert (*Wennberg und Gittelsohn 1973; Wennberg 2010*). Basierend auf den Daten der US-amerikanischen Krankenversicherung der Rentner (Medicare) hat die Gruppe in zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen sowie allgemein zugänglich in Gestalt des „Dartmouth Atlas of Health Care“ (www.dartmouthatlas.org) die Existenz von teilweise erheblich ausgeprägten regionalen Unterschieden in den adjustierten Pro-Kopf-Leistungsausgaben von Medicare sowie in der Inanspruchnahme von bestimmten Gesundheitsleistungen gezeigt (zum Beispiel Klinikversorgung insgesamt, Versorgung am Lebensende, „ambulant sensitive Krankenhausfälle“, das heißt stationäre Behandlungsfälle, die bei entsprechend ausgebauten Strukturen auch ambulant versorgt werden könnten). Anknüpfend an diese Vorarbeiten wurden ähnliche Atlas-Konzepte in anderen Ländern realisiert, in Deutschland zum Beispiel durch die Bertelsmann Stiftung (*Nolting et al. 2011; Grote-Westrick et al. 2015*) und das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung mit dem Versorgungsatlas. Darüber hinaus liegt eine umfangreiche Zahl von Einzelpublikationen vor, die sich mit regionalen Unterschieden in verschiedenster Hinsicht befassen. Im Folgenden werden die verschiedenen Forschungsstränge nach dem Kriterium der jeweils analysierten Zielgrößen geordnet und kurz charakterisiert.

Lebenserwartung und Sterblichkeit der Wohnbevölkerung

Die Analyse von regionalen Mortalitätsunterschieden hat eine lange Tradition (zum Überblick vergleiche *Nolting 2015*) und fokussiert insbesondere die Frage, welchen Einfluss sozioökonomische Ungleichheit – gegebenenfalls im Vergleich zu Merkmalen der gesundheitlichen Versorgung – auf die Lebenserwartung

hat (*Sundmacher et al. 2011; Kibele et al. 2015*). Beispielhaft für diese Forschungstradition steht eine jüngst erschienene Studie aus den USA, die Unterschiede der Lebenserwartung der Einwohner von 3.110 Countys – regionalen Verwaltungseinheiten, vergleichbar den Landkreisen/kreisfreien Städten – bezogen auf das Jahr 2014 sowie im Zeitverlauf seit 1980 untersucht hat. Der Unterschied zwischen dem County mit der höchsten und dem mit der niedrigsten Lebenserwartung bei Geburt betrug im Jahr 2014 über 20 Jahre. Ferner wurde festgestellt, dass die Spreizung der Lebenserwartung im Zeitraum von 1980 bis 2014 zugenommen hat. In mehreren Regressionsmodellen konnte die regionale Variation der Lebenserwartung insbesondere durch sozioökonomische und demografische Unterschiede (zum Beispiel Einkommen, Bildung, Arbeitslosenquote, Anteil der nicht weißen Bevölkerung), die unterschiedliche Prävalenz von Risikofaktoren (etwa Übergewicht, körperliche Inaktivität, Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus) und zu einem kleineren Teil durch Merkmale der Gesundheitsversorgung (Anteil nicht Krankenversicherter, Zugang zur primärmedizinischen Versorgung) erklärt werden. Bei multivariater Analyse dieser drei Bündel von Determinanten dominiert der Einfluss der Prävalenz von Risikofaktoren (Varianzaufklärung R^2 von 74 Prozent), die offenbar den vermittelnden Faktor zwischen sozialer Ungleichheit und vorzeitiger Sterblichkeit darstellen (*Dwyer-Lindgren et al. 2017*).

Prävalenz oder Inzidenz einzelner Krankheiten

Analysen zu regionalen Unterschieden der Prävalenz von Krankheiten stützen sich meist auf epidemiologische Untersuchungen und Surveys – in Deutschland insbesondere die vom Robert-Koch-Institut verantworteten bevölkerungsbezogenen Surveys (etwa *Kroll und Lampert 2011; Dornquast et al. 2016*). Zu erwähnen sind ferner Studien auf der Grundlage von Diagnoseangaben in Routinedaten, die neben Prävalenzen diagnostizierter Krankheiten teilweise auch versuchen Inzidenzraten zu schätzen (darunter *Holstiege et al. 2017*). Zur Erklärung regional unterschiedlicher Krankheitsprävalenzen werden zum einen ähnliche Erklärungsansätze wie in den Studien zur Mortalität/Lebenserwartung verfolgt (zum Beispiel Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen). In Untersuchungen, die Diagnoseangaben aus der regulären Gesundheitsversorgung zur Schätzung von Krankheitsprävalenzen nutzen, spielt ferner die Frage eine wichtige Rolle, inwieweit Unterschiede in den medizinischen Versorgungsstrukturen, die die Wahrscheinlichkeit der Krankheitsdetektion beziehungsweise der Diagnosestellung beeinflussen, die Prävalenzunterschiede determinieren.

Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung insgesamt und in einzelnen Sektoren

Insbesondere in der gesundheitsökonomischen Literatur im engeren Sinne dominieren Analysen, die sich mit den Determinanten regionaler Unterschiede der Leistungsausgaben insgesamt (*Göppfarth 2011; Göppfarth et al. 2015*) bezie-

hungsweise bezogen auf Versorgungssektoren (zum Beispiel ambulante Versorgung; *Mehring et al. 2017; Salm und Wübker 2017*) oder globale Indikatoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (etwa *Eibich und Ziebarth 2014*) beziehen. Diese Studien versuchen typischerweise zu ermitteln, welcher Anteil der regionalen Variation nach Egalisierung von Preiseffekten durch Nachfragefaktoren (Unterschiede in dem demografischen Aufbau und dem Gesundheitszustand sowie Variablen zur Beschreibung der sozioökonomischen Lage, wie Einkommen, Bildung usw.) beziehungsweise durch Angebotsfaktoren (zum Beispiel Arzt- oder Krankenhausbettendichte) erklärt werden kann. Zwei jüngere Studien aus Deutschland kommen zu dem Ergebnis, dass ein erheblicher Teil der Variation durch Nachfragefaktoren erklärbar ist.

Die Studie von Dirk Göppfarth et al. (*Göppfarth 2015*) hat die durchschnittlichen im RSA berücksichtigungsfähigen GKV-Ausgaben pro Versicherten auf Kreis- und Bundeslandebene analysiert und kommt zu dem Schluss, dass die regionalen Ausgabenunterschiede auf Kreisebene zu über 50 Prozent und auf Länderebene zu über 75 Prozent durch nachfrageseitige Einflüsse (Demografie und Morbidität) zu erklären sind. Dabei wurden Demografie und Morbidität durch den RSA-Risikofaktor operationalisiert, was insofern zu einem Endogenitätsproblem führen kann, als es auch Studien gibt, die zeigen, dass in Regionen mit hohen Kosten auch überproportional viele diagnostische Leistungen erbracht und Diagnosen codiert werden (*Song et al. 2010*).

Die Studie von Martin Salm und Ansgar Wübker (*Salm und Wübker 2017*) wendet das methodische Konzept der „Migrationsanalyse“ (vergleiche auch *Song et al. 2010; Finkelstein et al. 2016*) auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland an: Ausgehend von einer Klassifizierung der Regionen (zweistellige deutsche Postleitzahlbezirke) entsprechend ihrem Ausgabeniveau wird geprüft, ob Versicherte, die von einer Region in eine andere Region umziehen, nach dem Umzug das Inanspruchnahme-niveau ihrer Herkunftsregion beibehalten oder das der Zielregion annehmen. Eine Anpassung der Inanspruchnahme an die Zielregion spricht für einen stärkeren Einfluss der Angebotsfaktoren, eine Persistenz des Inanspruchnahmeniveaus der Herkunftsregion spricht dagegen für eine Dominanz der Nachfragefaktoren. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen nur einen geringen Einfluss der regionalen Angebotsfaktoren auf die Inanspruchnahme ambulanter Vertragsärzte und -psychotherapeuten.

Häufigkeit der Inanspruchnahme und Anwendung bestimmter Maßnahmen

Ein wesentlicher Teil der Literatur zu regionalen Unterschieden befasst sich mit spezifischen Behandlungsleistungen, insbesondere Operationen (*Birkmeyer et al. 2013*), aber auch diagnostischen Prozeduren (*Song et al. 2010*). In Deutschland wurden Operationshäufigkeiten beispielsweise durch die

Faktenchecks der Bertelsmann Stiftung untersucht (*Nolting et al. 2011; Grote-Westrick et al. 2015*). Die Auswahl der analysierten Operationen (zum Beispiel Entfernung der Gaumendemen: *Nolting et al. 2013*; Knie-Endoprothetik: *Lüring et al. 2013*; Kaiserschnittgeburten: *Kolip et al. 2012*; Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens: *Zich und Tisch 2017*) geht dabei auf eine von der Dartmouth-Gruppe entwickelte Kategorisierung von medizinischen Leistungen in „effektive Versorgung“, „präferenzsensitive Versorgung mit heterogenem Nutzen“ und „angebotssensitive Versorgung“ zurück (*Skinner 2012*): Zur ersten Kategorie gehören Behandlungen mit eindeutig nachgewiesener klinischer Wirksamkeit und meist auch günstiger Kosteneffektivität. Zur zweiten Kategorie werden Maßnahmen gerechnet, die zwar bei eng umschriebenen Indikationen oder Teilgruppen eine wirksame Versorgung darstellen, die aber – in regional unterschiedlichem Umfang – auch über diese Indikationsbereiche hinaus zur Anwendung kommen können. Als „angebotssensitive Versorgung“ haben die Dartmouth-Autoren Versorgungsleistungen bezeichnet, deren Nutzen sehr gering oder nicht nachgewiesen ist und die mutmaßlich primär aus ökonomischen Motiven erbracht werden.

Die meisten Untersuchungen regionaler Versorgungsunterschiede beziehen sich auf Leistungen der zweiten Kategorie, die als „präferenzsensitiv“ bezeichnet werden, weil ihre Häufigkeit – über den umgrenzten Indikationsbereich, indem sie eindeutig eine effektive Versorgung darstellen – von Entscheidungsdispositionen und Präferenzen sowohl der Leistungserbringer als auch der betroffenen Patienten beeinflusst wird. Die Kaiserschnitttrate oder auch die Häufigkeit von Gaumendemenentfernungen können als Musterbeispiele gelten: Die bei beiden Versorgungen beobachtbaren ausgeprägten regionalen Häufigkeitsunterschiede lassen sich nicht hinreichend durch Unterschiede im Auftreten der jeweiligen medizinischen Konstellationen erklären, in denen diese Versorgung als effektiv anzusehen ist. Stattdessen ist anzunehmen, dass sowohl Variationen ärztlicher Auffassungen, Kenntnisse und Erfahrungen als auch unterschiedliche Erwartungen der Patienten die Häufigkeit der Indikationsstellung zur Operation beeinflussen. Darüber hinaus zeigen sich teilweise auch Einflüsse der Versorgungsstrukturen, wie beispielsweise des Anteils der Belegfachabteilungen an der regionalen Versorgung (*Kolip et al. 2012; Nolting et al. 2013*).

Versorgungsstrukturen

Unterschiede der Versorgungsstrukturen – zum Beispiel die Dichte niedergelassener Ärzte oder Krankenhausbetten – werden wie oben dargestellt vielfach als mögliche Determinanten regionaler Unterschiede der Leistungsausgaben oder der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen untersucht. Darüber hinaus gibt es auch Studien, die sich mit den Hintergründen für regional ungleich verteilte medizinische Leistungsangebo-

TABELLE 1

Rangplätze der zehn Kreise mit den größten Häufigkeiten bei Gaumenmandelentfernungen bezüglich acht anderer Operationen im Zeitraum 2010 bis 2012

Kreis	Rangplätze (bezogen auf 402 Kreise und kreisfreie Städte) im Zeitraum von 2010 bis 2012								
	Gaumenmandelentfernung	Kaiserschnitt	Blinddarmentfernung	Gebärmutterentfernung	Prostataentfernung	Gallenblasenentfernung	Koronare Bypass-OP	Implantation Defibrillator	Kniegelenk-Erstimplantation
Bad Kreuznach	1	111	23	74	215	56	163	348	151
Delmenhorst, Stadt	2	171	273	216	169	146	68	398	302
Bremerhaven, Stadt	3	151	163	251	282	192	354	333	236
Schweinfurt, Stadt	4	23	335	113	67	138	40	353	119
Weiden in der Oberpfalz	5	343	225	219	135	84	8	20	50
Landau in der Pfalz, kreisfreie Stadt	6	1	108	269	6	243	223	284	139
Cloppenburg	7	19	27	35	306	13	112	167	325
Waldeck-Frankenberg	8	36	92	42	123	174	108	60	75
Leer	9	126	20	70	356	18	54	149	222
Harz	10	348	257	38	364	222	37	51	68

Von der Häufigkeit einer Operationsart kann nicht auf die Häufigkeit einer anderen Operationsart geschlossen werden: Städte und Gemeinden, die bei der Gaumenmandelentfernung weit vorn liegen, befinden sich bei anderen OP-Typen im Ranking zum Teil im Mittelfeld oder gar weit hinten. Beispiel: Delmenhorst steht bei der Gaumenmandelentfernung auf Platz 2, bei der Implantation von Defibrillatoren auf dem viertletzten Platz.

te befassen. In Deutschland wird dieser Forschungsstrang vor allem durch Untersuchungen zur Verteilung der ambulanten Vertragsarztsitze repräsentiert (zum Beispiel *Ozegowski und Sundmacher 2012*; *Sundmacher und Ozegowski 2015*).

3 Unterschiede als Ergebnis von Ineffizienzen oder erhöhtem Bedarf

Die Autoren des Dartmouth-Atlas haben die oben beschriebene Kategorisierung von Versorgungsleistungen mit dem Ziel entwickelt, Ineffizienzen der Gesundheitsversorgung aufdecken zu können – und zwar nicht nur bezogen auf die un-

mittelbar betrachteten Gesundheitsleistungen, sondern auch im Sinne einer Indikatorfunktion. Die Dartmouth-Analysen konnten immer wieder zeigen, dass regional besonders hohe Leistungshäufigkeiten bei ausgewählten präferenz- oder angebotssensitiven Leistungen ausgeprägte Korrelationen zu den Medicare-Gesamtausgaben aufweisen (*Skinner 2012*; *Colla et al. 2014*). In Verbindung mit Forschungsergebnissen, die zeigen, dass höhere Ausgaben in einer Region nicht mit einer entsprechend besseren Versorgungsqualität beziehungsweise gesundheitlichen Ergebnissen bei den Bevölkerungen einhergehen (*Fisher et al. 2003a, 2003b*), haben die Dartmouth-Autoren die Schlussfolgerung gezogen, dass ein nennenswerter Teil der regionalen Variation der Medicare-Ausgaben auf Ineffizienzen zurückzuführen ist (*Skinner 2012*).

In Deutschland fehlen bisher empirische Untersuchungen der Frage, ob es Zusammenhänge zwischen regionalen Unterschieden von Leistungsausgaben der Krankenkassen und der Häufigkeit der Erbringung von *low-value care* (Colla et al. 2014) oder präferenzsensitiven Behandlungen gibt. So gelten beispielsweise die „ambulant sensitiven Krankenhausfälle“ als ein Beispiel für mögliche Versorgungseffizienzen. Aus Deutschland liegen Untersuchungen zu den Determinanten regionaler Unterschiede im Auftreten (Burgdorf und Sundmacher 2014) sowie zum Einsparungspotenzial bei Reduktion solcher Krankenhausfälle vor (Albrecht und Zich 2016). Es gibt jedoch keine aktuelle Studie, die zeigt, dass regionale Unterschiede in den GKV-Leistungsausgaben mit potenziell vermeidbarer regionaler Krankenhaus-Überinanspruchnahme zusammenhängt.

Die US-amerikanischen Ergebnisse lassen sich sicher nicht ohne Weiteres auf Deutschland übertragen. In Analysen der Dartmouth-Gruppe sind unabhängig von den untersuchten Versorgungsleistungen oftmals immer wieder die gleichen Regionen sowohl bezüglich der Ausgabenhöhe als auch bei der Häufigkeit der Erbringung fragwürdiger Versorgungsleistungen auffällig. In den verschiedenen Faktencheck-Analysen zeigen sich dagegen je nach betrachteter Versorgungsleistung unterschiedliche regionale Muster von über- und unterdurchschnittlicher Versorgungshäufigkeit (Tabelle 1).

Darüber hinaus sind die Schlussfolgerungen der Dartmouth-Gruppe auch nicht unwidersprochen geblieben. So ist Louise Sheiner (Sheiner 2013) aufgrund eines anderen methodischen Vorgehens zu dem Schluss gekommen, dass sich die Variation der Medicare-Ausgaben auf der Ebene der Bundesstaaten zum größten Teil durch nachfrageseitige Einflüsse erklären lässt: Die Prädiktorvariablen Pro-Kopf-Einkommen, Anteil älterer Bürger sowie Anteil von Übergewichtigen, Bewegungsarmen, Unversicherten und Afroamerikanern machten über 80 Prozent der Varianz der Medicare-Ausgaben zwischen den Bundesstaaten im Jahr 2004 aus. Die Autorin erklärt ihre von den Ergebnissen der Dartmouth-Gruppe abweichenden Ergebnisse damit, dass ihr methodischer Ansatz (Regression von mittleren Ausgaben je Bundesstaat auf die je Staat gemittelten Prädiktoren) weniger anfällig ist für das Problem ausgelassener (Gesundheits-)Variablen (*omitted variables*), das bei Analysen auf der Ebene von Individuen – wie im Fall der Dartmouth-Gruppe – zur Unterschätzung der nachfrageseitigen Determinanten regionaler Unterschiede führen kann. Insgesamt warnt Sheiner (Sheiner 2013) davor, regionale Ausgabenunterschiede vorschnell als Ergebnis von Qualitätsmängeln beziehungsweise Ineffizienzen der Versorgung zu deuten, solange das Problem möglicherweise nicht berücksichtigter Einflussfaktoren auf den Versorgungsbedarf der regionalen Bevölkerungen besteht. Insbesondere widerspricht sie der Schlussfolgerung, dass man in Hochkostenregionen die Ausgaben senken könne, ohne Qualitätsverluste befürchten zu müssen, weil die Kausalitätsrichtung vielfach nicht eindeutig geklärt sei: So könnten

höhere Ausgaben in Regionen mit vermeintlich schlechter Versorgungsqualität auch Folge einer daraus resultierenden höheren Zahl von zu versorgenden Komplikationen sein. Hier gälte es zwar die Qualität zu verbessern, aber es wäre nicht sinnvoll, dies durch eine Senkung der zur Verfügung gestellten Mittel erreichen zu wollen.

Betrachtet man einzelne Versorgungsleistungen, wie beispielsweise die auch in den Faktenchecks untersuchten operativen Prozeduren, so ist meines Erachtens jedoch dem Argument der Dartmouth-Autoren zuzustimmen, dass sich wohl keine bisher „ausgelassenen“ nachfrageseitigen Variablen finden lassen dürften, die regionale Häufigkeitsunterschiede in den immer wieder beobachteten Größenordnungen erklären können (Skinner 2012). So ist auch ein vom amerikanischen Institute of Medicine eingesetztes Komitee zur Untersuchung der Relevanz geografischer Variationen (Newhouse et al. 2013) auf der Basis sehr umfassender Analysen nicht nur der von Medicare, sondern auch der von privaten Krankenversicherungen getragenen Ausgaben zu dem Schluss gekommen, dass nach Kontrolle aller mit den verfügbaren Daten messbarer versichertenassoziierten Variablen – das umfasst vor allem Indikatoren des Gesundheitszustands – ein großer Teil der regionalen Variation unerklärt bleibt. Im Hinblick auf diese unerklärte Variation vertritt das Komitee die Auffassung, dass möglicherweise Zusammenhänge zu regional variierenden Patientenpräferenzen, nicht gemessenen Unterschieden im Gesundheitszustand, Charakteristika der regionalen Gesundheitsmärkte oder „diskretionären Versorgungseffizienzen“ bestehen. Wegen der „robusten Präsenz“ regionaler Variation trotz Adjustierung für mehr und mehr „akzeptable“ Variationsursachen müsse man jedoch vermuten, dass Ineffizienz eine der Ursachen von regionaler Variation sei (Newhouse et al. 2013, 7–9).

4 Lektionen in Bezug auf den Regionalfaktor?

Anlass für die Beauftragung der zuletzt zitierten Untersuchung des Committee on Geographic Variation in Health Care Spending and Promotion of High-Value Care (Newhouse et al. 2013; Newhouse und Garber 2013) war eine politisch angestoßene Diskussion über eine Veränderung der Medicare-Vergütungslogik: „Sollte Medicare seine Vergütungspolitik gegenüber Leistungserbringern ändern, wenn die Möglichkeit besteht, dass Medicare-Versicherte in Hochkosten-Regionen keine besseren gesundheitlichen Ergebnisse erreichen?“ (Newhouse et al. 2013, 25). Auch ein konkreter Vorschlag für eine Veränderung lag vor: Falls die überdurchschnittlichen Kosten in manchen Regionen Ausdruck von Ineffizienzen sind, könnte es sinnvoll sein, die Medicare-Vergütungssystematik durch Einführung eines regionsbezogenen Anpassungsfaktors (*value index*) zu mo-

difizieren. In Regionen mit überdurchschnittlich effizienter Versorgung würden in der Folge höhere Vergütungen gezahlt und umgekehrt. Durch eine Vergütungsadjustierung entsprechend der in einer Region durchschnittlich erzielten gesundheitlichen Ergebnisse (*value*) würde somit ein Steuerungsanreiz zum Abbau von regionalen Unterschieden gesetzt, soweit sie Ergebnis von Ineffizienzen sind.

Der in den USA diskutierte *value index* unterscheidet sich grundlegend von der deutschen Diskussion über einen Regionalfaktor im RSA, weil es um eine Anpassung der Vergütung von Leistungserbringern und nicht um ein zusätzliches Kriterium für den Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen von Krankenversicherungen ging. Die skizzierte Ausgangssituation der Krankenversicherung Medicare lässt sich jedoch insofern mit der Situation einer bundesweit geöffneten deutschen Krankenkasse vergleichen, als Letztere ebenfalls möglicherweise Ineffizienzen in „Hochkostenregionen“ finanziert. Im Unterschied zu der keinem Wettbewerb unterliegenden Medicare hat die deutsche Krankenkasse grundsätzlich einen starken Anreiz, Ineffizienzen zu bekämpfen, da bei einer ungünstigen regionalen Verteilung ihrer Versichertenschaft erhebliche Wettbewerbsnachteile resultieren können. Ein sehr wesentlicher Unterschied besteht jedoch darin, dass eine einzelne Krankenkasse nicht in einer Position ist, die Vergütungen der Leistungserbringer in einer auch nur annähernd mit den Spielräumen von Medicare vergleichbaren Weise zu determinieren. Mit anderen Worten, selbst wenn es sinnvoll wäre, die Vergütungen nach einem regionalen *value index* zu differenzieren, wäre dies für eine Krankenkasse keine realistische Handlungsoption.

Der Vorschlag der Einführung eines regionsbezogenen *value index* wurde durch die Kommission abgelehnt, weil man eine an das Merkmal Region anknüpfende Adjustierung der Medicare-Vergütungssystematik aus mehreren Gründen für nicht zielführend erachtete: Zum einen besteht eine erhebliche Variation zwischen Leistungserbringern innerhalb einer Region, sodass man die in „ineffizienten“ Regionen ansässigen „effizienten“ Leistungserbringer durch einen regionalen Vergütungsabschlag ungerechtfertigterweise bestrafen würde (und vice versa). Ferner ergab die Untersuchung, dass verschiedene Leistungssektoren in unterschiedlich ausgeprägtem Maße zu der regionalen Variation beitragen. Außerdem wurde auch in dieser Studie in ähnlicher Weise wie in den oben diskutierten deutschen Untersuchungen eine relativ geringe Korrelation der Ausgaben- beziehungsweise Inanspruchnahmeniveaus unterschiedlicher Behandlungen beobachtet (*Newhouse und Garber 2013*). Daher plädierte die Kommission dafür, Steuerungsansätze zur Verminderung von Versorgungsineffizienzen nicht an die Geografie zu knüpfen, sondern die Versorgernetzwerke zu

fokussieren, die durch ihre medizinischen Entscheidungen zu einer mehr oder weniger effizienten Versorgung beitragen. Als Schritte zu einem solchen Steuerungsmodell gelten den Autoren die Ansätze zu einem selektiven Kontrahieren mit Leistungserbringern, die eine Gesamtverantwortung sowohl für die medizinischen als auch die ökonomischen Versorgungsergebnisse übernehmen (sogenannte *Accountable Care Organizations*, vergleiche *Schulte et al. 2017*). Ansätze zu einem solchen Paradigmenwechsel von der Geografie hin zur Untersuchung von regional tätigen Versorgernetzwerken sind auch in der deutschen Forschung zu beobachten (*Stillfried und Czihal 2014*). In der Versorgung dürfte das „Gesunde Kinzigtal“ diesem Konzept aktuell am nächsten kommen (*Hildebrandt 2014*).

Resümierend lässt sich festhalten, dass die internationale Forschung zu regionalen Variationen mit Blick auf die eingangs zitierten Fragestellungen, denen sich der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in seinem für April 2018 angekündigten Gutachten widmen will, vor allem folgende Erkenntnisse liefert: Ausgabenunterschiede zwischen regionalen Einheiten erweisen sich bei differenzierter Analyse oftmals als Konglomerat heterogener und teilweise gegenläufig wirksamer Einflussfaktoren. Zwar bestätigt die überwiegende Mehrzahl der Untersuchungen, dass ein erheblicher Anteil der Variationen auf Ineffizienzen zurückzuführen ist, diese ist jedoch nicht nach Art eines konsistent mit der Region verknüpften Generalfaktors zu verstehen. Stattdessen beobachtet man in einer Region je nach betrachtetem Versorgungssegment oftmals ein Nebeneinander von über- und unterdurchschnittlichen Ausgaben sowie bezogen auf definierte Leistungen „effiziente“ und „ineffiziente“ Leistungserbringer.

Damit identifiziert diese Forschung in erster Linie Notwendigkeiten für Maßnahmen der Qualitätsentwicklung, bezogen auf definierte Versorgungsprozesse, wie beispielsweise bestimmte Operationen. So hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im September 2017 Verfahrensregeln beschlossen, nach denen Patienten vor einem geplanten Eingriff eine ärztliche Zweitmeinung einholen können. Die Verfahrensregeln erstrecken sich auf zwei Indikationen (Tonsillektomien und Hysterektomien), bei denen zuvor die Existenz ausgeprägter regionaler Variationen nachgewiesen wurde (*Nolting et al. 2013; Grote-Westrick et al. 2015*), was vom GBA als Indiz für die „Gefahr der Mengenanfälligkeit“ gewertet wurde (*Gemeinsamer Bundesausschuss 2017*).

Was die über solche Ansätze zur Qualitätsverbesserung hinausgehenden Möglichkeiten von Krankenkassen betrifft, das Ausmaß regionaler Ausgabenunterschiede – und damit eventueller Über- und Unterdeckungen nach RSA – wirksam und konsistent beeinflussen zu können, gibt die Forschung eher Anlass zur Skepsis.

Literatur

Albrecht M, Zich K (2016): Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung. Ergebnisbericht zur Projektphase I für das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin: IGES Institut

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Faktencheck Gesundheit; <https://faktencheck-gesundheit.de>

Birkmeyer JD et al. (2013): Understanding Regional Variation in the Use of Surgery. *The Lancet*, Vol. 382, No. 9898, 1121–1129

Burgdorf F, Sundmacher L (2014): Potentially Avoidable Hospital Admissions in Germany—an Analysis of Factors Influencing Rates of Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations. *Deutsches Ärzteblatt International*, Jg. 111, Heft 13, 215–223

Colla CH et al. (2014): Choosing Wisely: Prevalence and Correlates of Low-Value Health Care Services in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 30, No. 2, 221–228

Dornquast C et al. (2016): Regionale Unterschiede in der Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009–2012, *Deutsches Ärzteblatt International*, Jg. 113, Heft 42, 704–711

Dwyer-Lindgren L et al. (2017): Inequalities in Life Expectancy among US Counties, 1980 to 2014. *JAMA Internal Medicine*, Vol. 177, No. 7, 1003–1011

Eibich P, Ziebarth NR (2014): Analyzing Regional Variation in Healthcare Utilization Using (Rich) Household Microdata. *Health Policy*, Vol. 114, No. 1, 41–53

Finkelstein A, Gentzkow M, Williams H (2016): Sources of Geographic Variation in Health Care: Evidence from Patient Migration. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 131, No. 4, 1681–1726

Fisher ES et al. (2003 a): The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 138, No. 4, 273–287

Fisher ES et al. (2003 b): The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 2: Health Outcomes and Satisfaction with Care. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 138, No. 4, 288–298

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren: Erstfassung. www.g-ba.de/downloads/40-268-4747/2017-09-21_Zm-RL_Erstfassung-Richtlinie_TrG.pdf

Göppfarth D (2011): Regionalmerkmale im Risikostrukturausgleich. Ein Beitrag zum funktionalen Wettbewerb und zu bedarfsgerechter Versorgung. In: Repschläger U, Schulte C und Osterkamp N (Hrsg.), *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011*. Wuppertal, 16–40. www.barmer.de/blob/71104/6f6e005bf7c3a0a5c17cf40c047f54eb/data/regionalmerkmale-im-risikostrukturausgleich.pdf

Göppfarth D, Kopetsch T, Schmitz H (2015): Determinants of Regional Variation in Health Expenditures in Germany. *Health Economics*, Jg. 25, Heft 7, 801–815

Grote-Westrick M et al. (2015): Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung

Hildebrandt H (2014): Crossing the Boundaries from Individual Medical Care to Regional Public Health Outcomes: the Triple Aim of „Gesundes Kinzigtal“ – Better Health + Improved Care + Affordable Costs. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 14, No. 5

Holstiege J, Steffen A, Goffrier B, Bätzing J (2017): Epidemiologie der Multiplen Sklerose – eine populationsbasierte deutschlandweite Studie. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/09*

Kibele EU, Klüsener S, Scholz RD (2015): Regional Mortality Disparities in Germany: Long-Term Dynamics and Possible Determinants. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Vol. 67, Suppl. 1, 241–270

Kolip P, Nolting HD, Zich K (2012): Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung

Kroll LE, Lampert T (2011): Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren. Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009. *Bundesgesundheitsblatt*, Vol. 55, No. 1, 129–140

Lüring C et al. (2013): Faktencheck Gesundheit: Knieoperationen (Endoprothetik) – Regionale Unterschiede und ihre Einflussfaktoren. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Knieoperationen.pdf

Mehring M et al. (2017): Impact of Regional Socioeconomic Variation on Coordination and Cost of Ambulatory Care: Investigation of Claims Data from Bavaria, Germany. *BMJ Open*, Vol. 7, No. 10

Newhouse JP, Garber AM (2013): Geographic Variation in Medicare services. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 368, No. 16, 1465–1468

Newhouse JP et al. (Eds.) (2013): Variation in Health Care Spending. *Target Decision Making, Not Geography*. Washington D.C: The National Academies Press; www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201647/pdf/Bookshelf_NBK201647.pdf

Nolting HD (2015): Regionale Variationen: Stand und Nutzungsperspektiven in Deutschland. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 15, Heft 2, 16–22

Nolting HD et al. (2011): Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung

Nolting HD, Zich K, Deckenbach B (2013): Faktencheck Gesundheit: Entfernung der Gaumenmandeln bei Kindern und Jugendlichen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung

Ozegowski S, Sundmacher L (2012): Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. *Das Gesundheitswesen*, Jg. 74, Heft 10, 618–626

Salm M, Wübker A (2017): Causes of Regional Variation in Healthcare Utilization in Germany. *Ruhr Economic Papers*, No. 675; www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/ruhr-economic-papers/rep_17_675.pdf

Schulte T, Pimperl A, Hildebrandt H, Bohnet-Joschko S (2017): USA: Accountable Care Organizations als neue Form der Kooperation mit Verantwortungsübernahme. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthe

E-W (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS, 535–552

Sheiner L (2013): Why the Geographic Variation in Health Care Spending Can't Tell us Much about the Efficiency or Quality of our Health Care System. Finance and Economics Discussion Series. Federal Reserve Board, Washington, D.C.; www.federalreserve.gov/pubs/feds/2013/201304/201304abs.html

Skinner J (2012): Causes and Consequences of Regional Variations in Health Care. In: Pauly MV, McGuire TG, Barros PP (Eds.): Handbook of Health Economics, Vol. 2. Waltham, MA: North Holland, 45–94

Song Y et al. (2010): Regional Variations in Diagnostic Practices. New England Journal of Medicine, Vol. 363, No. 1, 45–53

Stillfried D Graf von, Czihal T (2014): Welchen Beitrag liefern funktional definierte Populationen zur Erklärung regionaler Unterschiede in der medizinischen Versorgung? Bundesgesundheitsblatt, Vol. 57, No. 2, 197–206

Sundmacher L, Kimmerle J, Latzitis N, Busse R (2011): Vermeidbare Sterbefälle in Deutschland: Räumliche Verteilung und regionale Konzentrationen. Das Gesundheitswesen, Jg. 73, Heft 4, 229–237

Sundmacher L, Ozegowski S (2015): Regional Distribution of Physicians: the Role of Comprehensive Private Health Insurance in

Germany. The European Journal of Health Economics, Vol. 17, No. 4, 443–451

Wennberg JE (2010): Tracking Medicine. New York: Oxford University Press

Wennberg JE, Gittelsohn A (1973): Small Area Variations in Health Care Delivery. Science 182, 1102–1118

Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vom 27. November 2017; www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.): Versorgungsatlas; www.versorgungsatlas.de

Zich K, Tisch T (2017): Faktencheck Rücken: Rückenschmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe – Mengentwicklung und regionale Unterschiede. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Rueckenoperationen_Studie_dt_final.pdf

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 5. Februar 2018)

DER AUTOR



Hans-Dieter Nolting,

Jahrgang 1960, ist Diplom-Psychologe. Er studierte Psychologie und Philosophie in Berlin und Bordeaux. Er ist Geschäftsführer des IGES Instituts und seit 1991 dort tätig. Zuvor war er von 1986 bis 1991 wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, das heute Robert-Koch-Institut heißt.

Die Regionalisierungsdebatte – ein Blick über die Grenzen

von Florian Buchner¹

ABSTRACT

Der Ausgleich regionaler Unterschiede wird in Deutschland im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich immer wieder diskutiert. Interessant ist da ein Blick auf die Nachbarländer Belgien, Niederlande und Schweiz sowie auf Israel. Es zeigt sich, dass es kurzsichtig wäre, die Ausgabenunterschiede, die nach Anwendung der in die Ausgleichsformel aufgenommenen (anderen) Risikofaktoren verbleiben, einfach pauschal auszugleichen. Unklar wäre nämlich, inwieweit man dabei ungewollte Risikoselektionsanreize und inwieweit man gewollte Effizianzanreize verringern würde. Auch wie eine Region zu definieren ist, ist eine entscheidende Frage, für deren Beantwortung die vorgestellten Länder sehr unterschiedliche Ansätze aufzeigen. Zudem ist die Möglichkeit einer regionalen Prämien- oder Beitragsatzdifferenzierung zu überlegen. Da die Datenlage in Deutschland bezüglich des Themas Regionalisierung schwierig ist und Entscheidungen auf politischer Ebene zu fällen sind, kommt dem ausstehenden RSA-Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu diesem Thema eine Schlüsselrolle zu.

Schlüsselwörter: Risikostrukturausgleich, Risikoselektion, Regionalfaktor, regionale Prämien, Risikoadjustierung

Including regional disparities in the German risk adjustment scheme has been discussed time and time again. Three neighbouring countries – namely Belgium, the Netherlands, and Switzerland – and Israel show interesting ways how to handle this issue. One of the main conclusions is that simply leveling out the remaining regional differences would not be an adequate approach, because it would not distinguish between neutralizing unintended selection incentives and intended incentives for efficiency. The definition of “region” is another crucial issue and the approaches realized by the countries presented show a broad range of possibilities. How far a regional premium differentiation may help to find a useful approach, could be another relevant question in this context. Due to the lack of regional data and due to necessary political decisions, the report of the scientific advisory board on risk adjustment may guide some future developments of the topic “region” in the German risk adjustment scheme.

Keywords: risk adjustment scheme, risk selection, regional factor, regional premiums

1 Dauerbrenner Regionalität

Seit Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) in Deutschland wird der Einbezug regionaler Aspekte in den Ausgleichsprozess immer wieder diskutiert. Es wurden dazu über die vergangenen zweieinhalb Jahrzehnte eine ganze Reihe Überlegungen angestellt und unterschiedliche Ansätze entwickelt (König et al. 2016; Wasem et al. 2008; Wasem et al. 2007; Jacobs et al. 1998), die hier aber nicht weiter thematisiert werden sollen. In diesem Beitrag geht es vielmehr

darum, einen Blick über die Grenzen zu werfen und zu sehen, wie unsere Nachbarn mit dem Thema Regionalisierung im Zusammenhang von Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung und Risikoadjustierung umgehen und inwieweit diese Ansätze für das deutsche System sinnvoll sein könnten oder sinnvoll adaptiert werden könnten.

Die meisten Variablen mit Einfluss auf die individuellen Gesundheitsausgaben weisen eine regional unterschiedliche Verteilung auf. Wenn in einer Region beispielsweise deutlich

¹ Prof. Dr. rer. pol. Florian Buchner MPH, Fachhochschule Kärnten · Hauptplatz 12 · 9560 Feldkirchen, Österreich · E-Mail: f.buchner@fh-kaernten.at
Telefon: +43 (0)5 90500-4130

mehr ältere Menschen leben als in einer anderen Region, führt dies zu regional unterschiedlich hohen durchschnittlichen Gesundheitsausgaben. Auch Morbidität, medizinische Infrastruktur, Inanspruchnahmeverhalten sowie Behandlungsstil zeigen in aller Regel deutliche regionale Unterschiede. Insbesondere John E. Wennberg hat schon in den Siebzigerjahren des vorigen Jahrhunderts für die USA auf deutliche regionale Unterschiede in der Behandlungspraxis und medizinischen Versorgung hingewiesen (Wennberg, und Gittelsohn 1973). Solche regionalen Unterschiede führen zu regional unterschiedlichen Gesundheitsausgaben beziehungsweise entsprechend unterschiedlichen Erwartungswerten für individuelle Gesundheitsausgaben, die sich zumindest teilweise auf das Zusammenwirken einer ganzen Reihe tieferliegender Ursachen zurückführen lassen. Man kann bei der Variable Region also von einer Art Komposit-Variable sprechen, die sich aus unterschiedlichen Effekten zusammensetzt.

Aufgrund des RSA wird ein Teil der regionalen Unterschiede in den Gesundheitsausgaben durch den Einbezug entsprechender Variablen wie Alter und Morbidität ausgeglichen – so führt eine regional unterschiedliche Altersverteilung bei Ausgleich von Alter im RSA nicht mehr unmittelbar zu regionalen Risikoselektionsanreizen. Das bedeutet allerdings nicht automatisch, dass der Effekt der verbleibenden Variable Region sinkt, er kann im Gegenteil sogar stärker werden, wenn Kompensationseffekte von in den Regionen entgegengesetzt wirkenden Variablen durch Aufnahme einer regional wirksamen Variable in den RSA aufgehoben werden. Die Variable Alter hat durch die Aufnahme in den RSA keine Erklärungskraft mehr für die verbleibenden regionalen Über- und Unterdeckungen. Eine zusätzliche einfache Regionalvariable im RSA würde also die regionalen Effekte der jeweils verbleibenden, nicht im RSA ausgeglichenen Variablen zusammenfassen (Region als eine Art „Rest-Variable“). Durch explizite Aufnahme oder Ausschluss regional stark schwankender Variablen (zum Beispiel Morbidität oder medizinische Infrastruktur) in den RSA kann sich eine solche Regionalvariable deutlich verändern.

Da sich in einer Regionalvariable eine ganze Reihe unterschiedlicher Aspekte sammeln (Komposit-Variable, Rest-Variable), stellt sich als zentrale Frage, ob alle diese Aspekte ausgeglichen beziehungsweise berücksichtigt werden sollen oder nur eine Teilmenge von ihnen. Bei der Beurteilung, welche der im Parameter „Region“ aggregiert wirkenden Faktoren in einem RSA berücksichtigt werden sollten und welche nicht, führen Wynand van de Ven und Randall Ellis (*van de Ven und Ellis 2000*) schon sehr früh die klassische Unterscheidung zwischen S- und N-Variablen ein. Dabei sind S-Variablen solche, für welche die Solidarität der Solidargemeinschaft erwünscht ist, und N-Variablen sind solche, für die Solidarität nicht erwünscht ist, für die Unterschiede also in der Verantwortung der Versicherer bleiben sollten. Diese Überlegungen

sind zwar allgemeiner Art, aber sicher diskutieren van de Ven und Ellis dies nicht ganz zufällig am Beispiel regionaler Unterschiede. In einigen Publikationen wird auch von C- und R- Variablen gesprochen. C steht für *compensation*, also Ausgleich, und R für *responsibility*, also in der Verantwortung der Versicherer oder Versicherten. Die Unterscheidung zwischen R- und S-Variablen ist aber nicht bedeutungsgleich mit der Unterscheidung zwischen exogenen und endogenen Variablen. Bei Letzteren wird zwischen Variablen unterschieden, auf welche die Versicherer einen Einfluss haben, und solchen, auf welche die Versicherer keinen Einfluss haben.

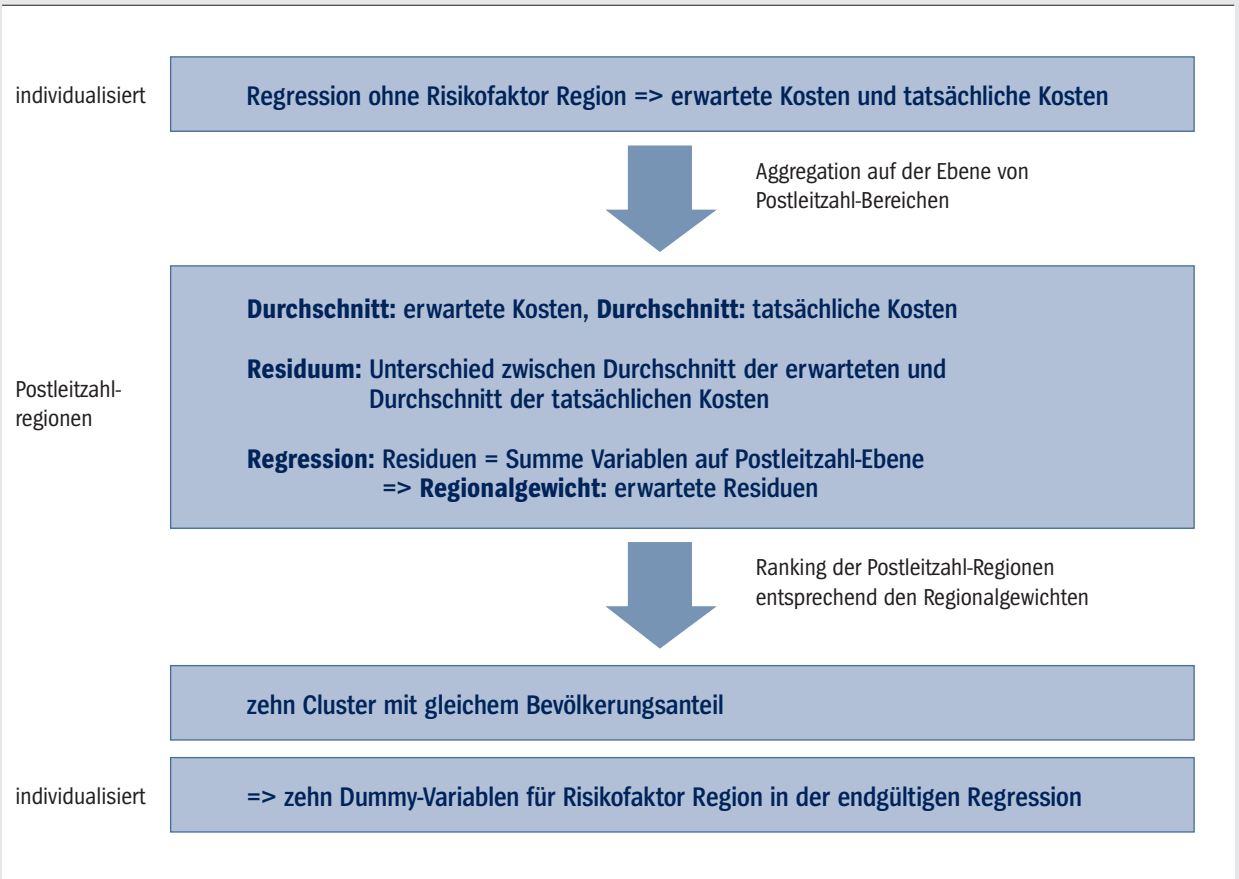
In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob Regionen mit besserer medizinischer Infrastruktur teurer sind, weil eine angebotsinduzierte Nachfragesteigerung oder eine hohe Dichte an Leistungserbringern vorliegt, oder ob die Leistungserbringung in ihnen aufgrund von vollständig außerhalb des Gesundheitssystems liegenden Faktoren höhere Kosten verursacht. Ganz generell ergibt sich die Frage, ob Regionen mit besserer medizinischer Infrastruktur durch Regionen mit schlechterer medizinischer Infrastruktur unterstützt werden sollten, da sie zumindest die angrenzenden Regionen mitversorgen, oder ob genau umgekehrt Regionen mit besserer Infrastruktur Regionen mit schlechterer medizinischer Infrastruktur unterstützen sollten, damit eben dort die Infrastruktur verbessert werden kann und die Verhältnisse nicht zementiert werden. Ob ein solcher Ausgleich überhaupt, und wenn ja, im Rahmen des RSA erfolgen soll, ist zu diskutieren und stellt im Grunde eine politische Entscheidung dar. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass beispielsweise (unterschiedliche) regionale staatliche Subventionen (zum Beispiel bei der Krankenhausfinanzierung) zusätzliche Komplikationen beziehungsweise Verzerrungen innerhalb von Ausgleichsmechanismen verursachen (können).

Eine weitere zentrale Frage ist, wie groß- oder kleinräumig eine Region gefasst werden soll. Es könnten Kantone, Provinzen oder Bundesländer verwendet werden, aber auch kleinere regionale Einheiten, wie etwa Kreise oder Bezirke. Zudem gibt es immer die Möglichkeit, neue regionale Einheiten zu bilden, die unabhängig von den bestehenden politischen Einteilungen sind. Auch regional unterschiedliche Einkommensniveaus oder Mitversichertenquoten können zu regionalen Selektionsanreizen führen, wenn es keinen vollständigen Finanzkraftausgleich und keinen entsprechenden Ausgleich für beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige gibt.

In drei unserer Nachbarländer – Belgien, Niederlande und Schweiz – wurde wie Deutschland Mitte der Neunzigerjahre ein Mechanismus zum Ausgleich von Risikostrukturen innerhalb eines wettbewerbsorientierten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Im Folgenden sollen die Ansätze beschrieben werden, wie in diesen Ländern regionale Aspekte in den Ausgleichsmodellen umgesetzt werden.

ABBILDUNG 1

Vorgehen bei der Berechnung der Regionalvariable in den Niederlanden



Das niederländische Verfahren ist mehrstufig. Im ersten Schritt spielt der Risikofaktor Region noch keine Rolle. Dies ist erst ab der zweiten Phase der Fall, wenn es postleitzahlbezogen um die Berechnung von Residuen, also um die Differenz zwischen Zuweisungen und tatsächlichen Ausgaben, geht. Nach Errechnung des Erwartungswertes für Abweichungen werden zehn bevölkerungsmäßig etwa gleich große Cluster für die endgültige Regressionsgleichung gebildet.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

Zusätzlich wird kurz der Ansatz in Israel beschrieben, der einen weiteren interessanten Aspekt in den Vergleich einbringt. Es wird jeweils auch kurz auf das Gesamtkonzept sowie das Finanzierungssystem eingegangen, soweit dies zum Verständnis der Regionalisierungskonzepte notwendig ist.

2 Belgien

Der belgische Risikoadjustierungsansatz zeichnet sich durch eine große Zahl an sozioökonomischen Variablen in der Ausgleichsformel aus. Das finanzielle Risiko der Krankenversicherer ist im internationalen Vergleich deutlich begrenzt. Die

Finanzierung läuft weitgehend über allgemeine Steuern und Sozialversicherungsbeiträge, die für die unterschiedlichen Sozialversicherungszweige in Belgien gemeinsam erhoben werden. Die individuellen Prämien der insgesamt 53 lokalen Krankenkassen (gruppiert in fünf nationalen Assoziationen) sind vernachlässigbar und liegen unter 20 Euro pro Jahr.

Das belgische System zeichnet sich auch dadurch aus, dass tatsächlich zwischen relevanten Einflussvariablen, die ausgeglichen werden sollen, und solchen, die nicht ausgeglichen werden sollen, (S- und N-Variablen) unterschieden wird. Zur Umsetzung wird ein zweistufiger Ansatz verwendet, bei welchem N-Variablen mit signifikantem Einfluss auf die individuellen Gesundheitsausgaben neutralisiert werden. In einem

ersten Schritt wird das bestmögliche Modell zur Erklärung der individuellen Gesundheitsausgaben gesucht, dabei wird bei den Risikofaktoren in der Ausgleichsformel nicht zwischen S- und N-Variablen unterschieden. Im zweiten Schritt werden die Ausgleichszahlungen für jeden Versicherten bestimmt. Dazu werden zwar alle Risikofaktoren der Erklärungsformel verwendet, aber nur bei den S-Variablen gehen die individuellen Ausprägungen in diese Berechnung ein, während die N-Variablen neutralisiert werden, indem für alle Versicherten der gleiche Wert, beispielsweise der landesweite Durchschnitt, eingeht. Der erste der beiden beschriebenen Schritte, die Entwicklung des Erklärungsmodells, ist eine Aufgabe der Wissenschaft, während die Unterscheidung von S- und N-Variablen, also die Frage, was tatsächlich ausgeglichen werden soll, aufgrund welcher Variablen Solidarität implementiert werden soll, eine wertorientierte Frage ist, die tendenziell politisch zu beantworten ist.

Die Überlegungen lassen sich am Beispiel des Risikofaktors *medical supply* konkretisieren. Dieser baut unter anderem auf der regionalen Pro-Kopf-Anzahl von Allgemeinärzten, Apothekern, Krankenhausbetten und weiteren Leistungserbringern auf und bildet damit vor allem regional unterschiedliche medizinische Infrastruktur ab. Dieser Risikofaktor ist signifikant in der belgischen Ausgleichsformel, wird aber neutralisiert. Es gehen also nicht die jeweiligen regionalen Gegebenheiten eines Versicherten in die Berechnung der Ausgleichszahlung ein. Die Einführung einer expliziten Variable „Region“ bildete politisch ein heikles Thema, sodass man sich entschieden hat, die regionalen Unterschiede so weit wie möglich durch andere Parameter abzubilden (Region als „Komposit-Variable“) (Schokkaert et al. 2018). Dabei spielen sozioökonomische Variablen wie etwa Arbeitslosigkeit eine Rolle, aber eben auch die Variable *medical supply*. Der Risikofaktor *medical supply* wird in Belgien als N-Variable eingestuft. Da dieser Risikofaktor einen hoch signifikanten Einfluss auf die individuellen Gesundheitsausgaben hat, wird er in die Ausgleichsformel aufgenommen. Mit dieser Formel werden die Koeffizienten für die einzelnen Risikofaktoren hergeleitet. Bei der Berechnung der Ausgleichszahlungen wird der Risikofaktor *medical supply* aber neutralisiert, die Variable *medical supply* hat also keinen Einfluss auf die Zahlungen aus dem Pool. Die Anbieterdichte wird nicht ausgeglichen, höhere Ausgaben aufgrund besserer medizinischer Infrastruktur muss also der Versicherer tragen.

Würde man einen Risikofaktor, der als N-Variable kategorisiert wird und der signifikanten Einfluss auf die individuellen Gesundheitsausgaben hat, einfach weglassen, kann dies zu deutlich verzerrten Koeffizienten führen. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass eine solche „vernachlässigte“ N-Variable mit Risikofaktoren, welche als S-Variablen kategorisiert werden und daher in der Formel verbleiben, stark korreliert ist. Dann kann es nämlich sein, dass die Koeffizienten dieser S-Variablen die Ausgabenunterschiede der N-Variablen

zumindest teilweise abbilden und so unbeabsichtigte Kompensationseffekte auftreten. Man spricht hier vom *omitted variable problem*. Zum Thema Neutralisation von Variablen und *omitted variable problem* haben insbesondere Erik Schokkaert und Carine van der Voorde immer wieder relevant publiziert (Schokkaert und van de Voorde, 2004, 2006 und 2009).

3 Niederlande

Das Risikoadjustierungssystem ist in den Niederlanden sehr ausdifferenziert. Es enthält neben Alters- und Geschlechtsgruppen beispielsweise Diagnosekostengruppen, Pharmakostengruppen, Mehrjahreshochkostengruppen sowie eine Vielzahl weiterer, unter anderem sozioökonomischer Risikofaktoren.

Auf der Finanzierungsseite ist es den Krankenversicherern möglich, Prämien nach Provinzen zu differenzieren, abhängig vom Wohnort des Versicherten. Eine weitergehende Prämien-differenzierung ist nicht zulässig. Für die Versicherten besteht eine obligatorische Selbstbeteiligung von 385 Euro pro Jahr (Stand 2017). Die Selbstbeteiligungsgrenze kann freiwillig um bis zu 500 Euro pro Jahr gesteigert werden, mit entsprechend niedrigerer Prämie.

Schon kurz nach Einführung des Ausgleichsmechanismus 1993 wurde in den Niederlanden 1995 ein sehr ausgeklügelter Ansatz zur Abbildung regionaler Aspekte in die Ausgleichsformel aufgenommen. Die Grundidee besteht darin, regionale Unterschiede zwischen durchschnittlichen erwarteten Ausgaben und durchschnittlichen tatsächlichen Ausgaben auszugleichen, soweit sie durch bestimmte regionale Risikofaktoren erklärt werden können.

Die räumliche Abgrenzung der Regionen erfolgt auf der Grundlage der Postleitzahlengebiete (im Jahr 2017 waren es 4.762). Auch die Frage, welche Parameter auf regionaler Ebene ausgeglichen werden sollen, also eine Unterteilung in S- und N-Komponenten, wird explizit dadurch beantwortet, dass in einer eigenen Regression auf Ebene der Postleitzahlengebiete entsprechende Variablen aufgenommen werden. Im Detail läuft das Verfahren wie folgt ab (siehe auch Abbildung 1): Zur Berechnung der Regionalvariable wird zunächst eine Regression auf Ebene der einzelnen Versicherten berechnet mit allen Risikofaktoren (noch ohne Regionalvariablen). Mit den sich ergebenden Zuweisungen werden Durchschnittswerte für Zuweisungen und für die tatsächlichen Ausgaben gebildet. Anschließend werden auf Postleitzahlenebene Residuen (Differenz zwischen Zuweisungen und tatsächlichen Ausgaben) berechnet. Diese regionalen Residuen sind die abhängige Variable einer Regression auf Postleitzahlenebene, für welche die folgenden Variablen die entsprechenden unabhängigen Variablen bilden: Anteil der nicht westlichen ethnischen Minderheiten, Urbani-

tät, Entfernung zum nächsten Allgemeinarzt, Entfernung zum nächsten Krankenhaus und Anzahl der Pflegebetten sowie die normativen Kosten (also die durchschnittlich durch die Gleichung ohne Regionalcluster prognostizierten Kosten). Auf diese Weise werden die durchschnittlichen regionalen Abweichungen der aktuellen Werte von den Zuweisungen soweit möglich mit den regionalen S-Variablen erklärt. Mit Hilfe der sich ergebenden Koeffizienten lässt sich für jede Postleitzahlenregion ein Regionalgewicht, ein Erwartungswert für die Abweichungen auf Postleitzahlenebene (also die Unter-/Überschätzung der tatsächlichen Ausgaben) berechnen. Die Postleitzahlengebiete werden anhand der Regionalgewichte in eine Rangfolge gebracht und zu zehn bevölkerungsmäßig etwa gleich großen Clustern zusammengefasst. Diese zehn Cluster gehen dann als Dummy-Variablen in die endgültige Regressionsgleichung (auf Versichertenebene) ein. Die sich ergebenden Cluster bilden keine geografisch zusammenhängenden Regionen, sondern ergeben sich aus Postleitzahlengebieten, die ähnliche Regionalgewichte aufweisen (*iBMG 2016*).

Insgesamt ergeben sich maximale Unterschiede aufgrund der regionalen Zu- und Abschläge von 97,1 Euro (Modell 2017) beziehungsweise 96,0 Euro (Modell 2018). Die Verbesserung der Gütekriterien auf Individualebene durch die Aufnahme der zehn Regional-Cluster ist eher gering, so verbessert sie das R^2 gegenüber einem rein demografischen Modell mit 40 Alters- und Geschlechtsklassen lediglich von 5,97 Prozent auf 6,01 Prozent (*van Kleef et al. 2013*). Nebenbei bemerkt: Wolfgang König et al. schlagen aufgrund der geringen Auswirkung auf das R^2 vor, zur Untersuchung und Beurteilung regionaler Homo- beziehungsweise Heterogenität sowie von entsprechenden Ausgleichseffekten Morans I statt des R^2 zu verwenden (*König et al. 2016*).

In den Niederlanden wurden in einer Studie die Auswirkungen von Praxisvariation auf das Risikoadjustierungsmodell am Beispiel des stationären Sektors untersucht (*Koerhuis 2015*). Die Studie kam zu einer Reihe interessanter Ergebnisse: Es wurden für die rund 90 festgelegten Krankenhaus-Service-Regionen deutliche Praxisunterschiede im stationären Bereich festgestellt. Nimmt man diese Krankenhaus-Service-Regionen in die Ausgleichsformel auf, so bleiben die individuellen Gütemaße wie etwa das R^2 unverändert, die vorhergesagten Kostenunterschiede in den zehn Postleitzahlen-Regio-Clustern sinken dagegen betragsmäßig um durchschnittlich 25 Prozent (interessanterweise zeigte keine der anderen Variablen der Ausgleichsformel einen ähnlich relevanten Effekt). Bei diesem Beispiel zeigt sich der oben beschriebene *omitted variable effect* in der Praxis: Die Praxisvariation korreliert stark mit den Regionalclustern und wird so, obwohl das eigentlich nicht beabsichtigt ist, mit ausgeglichen. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die Postleitzahlen-Regionalcluster im niederländischen Ausgleichssystem zumindest teilweise eine N-Variable darstellen. Unabhängig von den konkreten Ergeb-

nissen weist diese Studie darauf hin, dass es bei der Weiterentwicklung eines Risikoadjustierungsansatzes nicht nur um die Erhöhung von individuellen (und gruppenbezogenen) Gütemaßen geht, sondern auch um die normative Frage, welche Variablen ausgeglichen werden sollten.

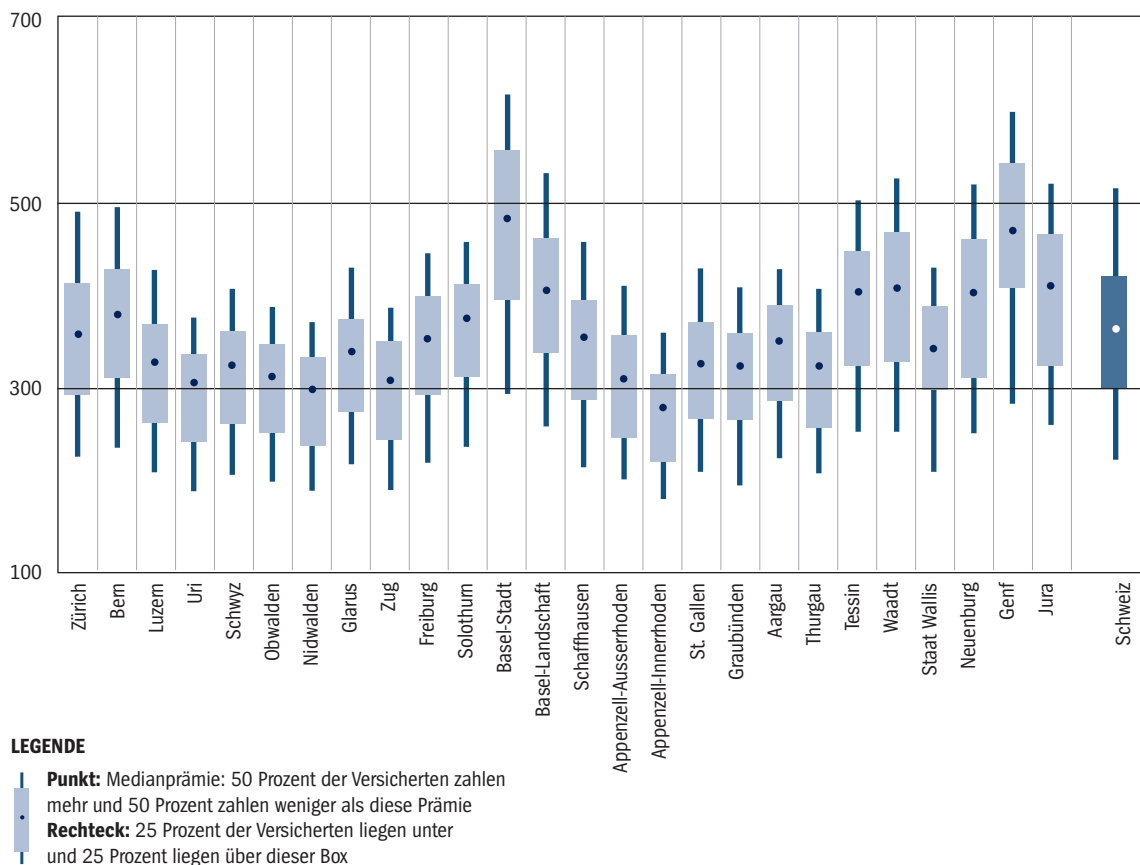
Interessanterweise wird die Zusammensetzung der Parameter für die Regionalregression im niederländischen Ausgleichssystem ab dem Ausgleichsjahr 2018 geändert. Die drei Angebotsvariablen „Entfernung zum nächsten Krankenhaus“, „Anzahl der Pflegebetten“ sowie „Entfernung zum nächsten niedergelassenen Allgemeinarzt“ werden herausgenommen, da Anreize zu einer effizienten Versorgung für die Versicherer nicht nivelliert werden sollen. Stattdessen werden drei nachfrageorientierte Parameter in die Gleichung aufgenommen, die von der Krankenkasse eindeutig nicht beeinflusst werden können, und zwar Anteil der Mietwohnungen, regionales Kundenpotenzial (ein Konzept des Zentralen Amtes für Statistik in den Niederlanden, welches das Ausmaß von Zentrumsfunktion einer Region messen soll) sowie das Ausmaß an Luftverschmutzung. Trotz des Wechsels der erklärenden Variablen bleibt das Gütemaß R^2 der Regression auf Postleitzahlenebene stabil bei etwa sieben Prozent (*iBMG 2017*).

In Wirklichkeit ist das Ganze noch ein wenig komplexer als bisher beschrieben: Im niederländischen Risikostrukturgleichgewicht werden vier voneinander unabhängige Ausgleichsmodelle verwendet, deren Ergebnisse am Ende zusammengeführt werden (*van Kleef et al. 2018*). Zentral ist der Ausgleich für die Kosten somatischer Behandlung (mit 40 Milliarden Euro prognostizierte Ausgaben für 2017). Weitere Ausgleichsmodelle werden für Ausgaben für die kurzfristige sowie die langfristige Versorgung von psychischen Krankheiten und die Zuzahlungen berechnet. Grund für die getrennte Behandlung insbesondere der ersten drei Bereiche ist einerseits die historische Entwicklung, da die Finanzierung der psychischen Behandlung erst in den vergangenen Jahren von einer Art Pflegeversicherung in das Leistungspaket der Krankenversicherung übertragen wurde und bei der Überführung teilweise notwendige zurückliegende Daten nicht in der erforderlichen Weise vorlagen. Andererseits wurden bei der Überführung der Finanzierung Korridore eingerichtet, deren Überschreitung zu zusätzlichen retrospektiven Ausgleichen führt, was bei den Ausgaben für somatische Behandlung mit dem Jahr 2017 vollständig weggefallen ist. Des Weiteren werden für die vier Modelle zum Teil unterschiedliche Risikovariablen verwendet, beispielsweise sind die in den Modellen für die Behandlung psychischer Erkrankungen verwendeten Krankheits- sowie die Arzneimittelgruppen andere und deutlich weniger als im Modell der somatischen Erkrankungen. Im Modell für die Zuzahlungen werden gar keine Krankheits- und Arzneimittelgruppen verwendet, da dieses Modell nur für Versicherte berechnet wird, die keine Zuordnung von

ABBILDUNG 2

Prämienspanne in den 26 Kantonen der Schweiz

Verteilung der monatlichen Prämientarife für Erwachsene (26 Jahre und mehr) in Franken 2017
(Verteilung aller genehmigten Prämien für alle Versicherungsmodelle)



In der Schweiz hat jeder Kanton einen eigenen Risikoausgleich, und es gibt kantonale Prämien, die stark variieren. Zudem gibt es in einigen Kantonen unterschiedliche Prämienregionen.

Krankheits- und Arzneimittelgruppen sowie eine Reihe weiterer Merkmale aufweisen. Für die anderen Versicherten kommt es zu einer Berücksichtigung des obligatorischen Selbstbehalts unmittelbar in den entsprechenden Zuschlägen. Für die hier angestellten Überlegungen ist dies relevant, da in allen vier Modellen zwar das gleiche Konzept von zehn Regionalclustern eingesetzt wird, allerdings unterschiedliche Ausgaben zugrunde gelegt werden, sodass sich am Ende zwei unterschiedliche regionale Clustereinteilungen ergeben: eine für die Behandlung von somatischen Erkrankungen (und die Selbstbehalte) und die andere für die Behandlung psychischer Erkrankungen.

4 Schweiz

Die gesetzliche Krankenversicherung in der Schweiz erhebt einkommensunabhängige Prämien. Dabei sind verschiedene Prämien differenzierungen möglich. So müssen Prämien für Kinder und können Prämien für junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre) niedriger sein als die Erwachsenenprämien eines Versicherers. Weitere Prämien differenzierung ist möglich aufgrund von unterschiedlichen Franchisestufen (Selbstbehalten), für sogenannte Managed-Care-Tarife beziehungsweise im Falle einer Unfallversicherung durch den Arbeitgeber.

Die Prämienrabatte unterliegen einzeln und gemeinsam deutlichen Restriktionen (zum Beispiel darf die gesamte Prämienvergünstigung für die drei letztgenannten Gründe 50 Prozent nicht übersteigen). Der Schweizer Risikoausgleich, wie die Schweizer ihr Risikoausgleichmodell bezeichnen, war lange ein rein demografisches Ausgleichsmodell. Erst 2012 wurden Hospitalisierung und 2014 hohe Arzneimittelausgaben als weitere Variablen aufgenommen. Eine weitere Verfeinerung soll in den kommenden Jahren erfolgen.

Die regionale Solidarität ist in der Schweiz deutlich begrenzt. Es werden nicht nur für jeden Kanton eigene Prämien berechnet (siehe Abbildung 2), sondern es wird auch für jeden Kanton ein eigener Risikoausgleich durchgeführt. Es ergeben sich also 26 unabhängige kantonsspezifische Risikoausgleiche, die Solidarität endet spätestens an den jeweiligen Kantons Grenzen. Damit gibt es zwischen Kantonen weder Solidarität aufgrund unterschiedlicher Preisniveaus noch aufgrund unterschiedlicher Alters- oder Morbiditätsstruktur in den Kantonen.

Die regionale Prämiendifferenzierung geht in der Schweiz noch ein Stück weiter: In einem Kanton können bis zu drei unterschiedliche Prämien erhoben werden. Ob dies tatsächlich in einem spezifischen Kanton erlaubt ist, wie viele unterschiedliche Prämien zugelassen werden (zwei oder drei) und wie die jeweiligen Prämienregionen aussehen, legt das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) fest. Der Umfang der Prämienunterschiede ist staatlich reguliert und gedeckelt. So darf der Unterschied zwischen zwei Prämienregionen 15 Prozent nicht übersteigen. Im Falle einer dritten (günstigeren) Prämienregion darf die günstigste Prämie nicht mehr als zehn Prozent günstiger sein als die mittlere Prämie. Durch diese Beschränkung der Prämiendifferenzierung könnten Risikoselektionsanreize entstehen, beispielsweise Versicherte in ländlichen Gebieten in urbanen Gebieten lebenden Versicherten vorzuziehen – wenn die Restriktionen bindend wären, was derzeit allerdings nicht der Fall zu sein scheint. Bis 2003 waren die Krankenversicherer frei in der Wahl ihrer Prämienregionen, dann wurden die Prämienregionen durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) festgelegt. Grundlage dafür war ein Gutachten, das in einem aufwendigen Verfahren Gemeinden entsprechend der durchschnittlichen Krankheitskosten in drei Regionen R1, R2 und R3 einteilte und mit zusätzlichen Kriterien der geografischen Homogenität (möglichst kurze Grenzen zwischen Regionen, keine direkte Grenze zwischen Hochprämieregion und Niedrigprämieregion sowie keine isolierten Gebiete) entsprechende Prämienregionen ableitete. Die Einteilung blieb in den folgenden Jahren weitgehend unverändert. Mit einer Gesetzesänderung im Jahr 2016 wurde dem EDI die Zuständigkeit für die Prämienregionen sowie für die maximalen Prämienunterschiede zugewiesen. Aufgrund der Gesetzesänderung war die Aufteilung der Prämienregionen

nicht mehr gesetzeskonform: Sie verstößt gegen die Vorgabe einer einheitlichen Behandlung der Kantone. Die maximal zulässigen Prämienunterschiede zwischen den Regionen liegen deutlich über den tatsächlichen Kostenunterschieden. Außerdem wurden in einigen Kantonen nicht zulässige Subventionen von ländlichen Gebieten durch städtische Gebiete festgestellt (*Bundesamt für Gesundheit, 2017*). Daher wurde eine neue Einteilung der Prämienregionen entwickelt, die nicht mehr wie bisher auf Gemeindeebene aufbaut, sondern auf der aggregierten Bezirksebene. Aufgrund zum Teil deutlicher Verschiebungen in der Prämienlandschaft durch die geplante Neuordnung kam es zu heftigem Widerstand und lebhaften Diskussionen in der Presse. Diese Einteilung ist in der geplanten Form inzwischen vom Tisch, ein neues auf Kreisebene aufbauendes Modell wurde von den Kassen vorgeschlagen: Ganz offensichtlich wird das Thema Regionalisierung auch in der Schweiz heftig diskutiert.

Im eigentlichen Schweizer Risikoadjustierungsansatz finden sich keine regionalen Elemente, in den kantonalen Risikoausgleichen sind also keine expliziten regionalen Risikofaktoren enthalten. Insgesamt ist das Schweizer Krankenversicherungssystem recht offen gegenüber Prämien differenzierungen. Das Grundkonzept einer einheitlichen Prämie wird aber nicht grundsätzlich infrage gestellt oder aufgegeben und Prämiendifferenzierungen sind einer starken Regulierung (und einer heftigen Diskussion) unterworfen. Das gilt auch bei der Möglichkeit regionaler Prämien differenzierung.

5 Israel

Zum Abschluss der Reise durch die unterschiedlichen Regionen unserer Nachbarländer sei noch ein interessanter Aspekt aus Israel erwähnt. In Israel hat der Ausgleichsmechanismus eine verhältnismäßig einfache Form. Er beruht auf einem Zellansatz wie der deutsche RSA vor 2009. Anfangs wurde als Risikoadjustierungsvariable nur Alter mit neun Altersgruppen (inzwischen elf Altersgruppen) verwendet. Daneben gibt es prospektive Zahlungen für fünf schwere Krankheiten (unter anderem Nierenversagen und Hämophilie). 2010 kamen Geschlecht und eine Regionalvariable mit den beiden Ausprägungen „Zentrum“ und „Peripherie“ hinzu. Diese dichotome Regionalvariable beruht auf einem Peripherie-Index des Zentralen Amtes für Statistik in Israel, der sich in etwa gleichem Maße aus der Erreichbarkeit der jeweiligen Gemeinde und der Entfernung der Gemeinde zur Grenze des Distrikts Tel Aviv zusammensetzt.

Das israelische Ausgleichssystem ist nicht auf Ausgabe daten, sondern auf Inanspruchnahme-Statistiken aufgebaut. Für jede Zelle wird dabei ein Faktor im Verhältnis zum be-

völkerungsweiten Durchschnitt berechnet, der auf 1 gesetzt wird. Obwohl die Versicherten in den Zentrumsregionen wohl unter ansonsten gleichen Verhältnissen mehr Leistungen in Anspruch nehmen als die Versicherten in der Peripherie, wurden für die Peripherie eigene Alters- und Geschlechtszellen definiert, bei welchen ein Wert von 0,04 bis 0,05 auf die abgeleiteten Altersgeschlechtsfaktoren addiert wird, die für die Versicherten des Zentrums unverändert verwendet werden. Die genannten Werte ergeben sich dadurch, dass ein vorgegebenes Budget durch die Anzahl der Versicherten in der Peripherie geteilt wurde. Da davon ausgegangen wird, dass die Gesundheitsausgaben in der Peripherie vor allem aufgrund einer schlechteren Versorgung niedriger sind als in den Zentren, sollen auf diese Weise neben anderen Maßnahmen explizit Anreize geschaffen werden, den Wettbewerb der Versicherer in der Peripherie zu fördern und das Versorgungsangebot beziehungsweise die Versorgungsqualität in der Peripherie zu verbessern. Da Versicherer in Israel weitgehend auch Managed-Care-Organisationen sind, hängt beides unmittelbar zusammen (Brammli-Greenberg et al. 2018).

6 Abschließende Überlegungen

Wie der internationale Vergleich zeigt, wäre es sicherlich zu kurz gesprungen, regionale Ausgabenunterschiede, die nach Anwendung der in die Ausgleichsformel aufgenommenen Risikofaktoren verbleiben, einfach auszugleichen, beispielsweise in Form eines zusätzlichen Dummy-Variablen-Sets „Region“ in der Ausgleichsformel. Wenn man die Ursachen der unterschiedlichen Ausgaben nicht kennt und diese einfach ausgeglichen würden, hätte dies etwas von Stochern im Nebel: Man weiß nicht, ob man gezielt ungewollte Risikoselektionsanreize abbaut oder ob man unbeabsichtigt gewollte Effizianzanreize verringert. Es zeigt sich aber auch, dass alle betrachteten Länder im Gegensatz zu Deutschland das Thema explizit in irgendeiner Form angegangen sind.

Das bedeutet nicht notwendigerweise, dass dies auch in Deutschland angegangen werden muss. Will man aber über Möglichkeiten von Regionalisierung im deutschen RSA nachdenken und der Komplexität des Themas gerecht werden, können einige internationale Erfahrungen für Überlegungen im deutschen Kontext hilfreich sein: Zunächst ist festzulegen, was unter Region zu verstehen ist. Dabei gibt es sehr unterschiedliche Möglichkeiten, die von politisch festgelegten Einheiten wie den Schweizer Kantonen über neu geschaffene Einheiten wie den Schweizer Prämienregionen bis zu geografisch völlig unzusammenhängenden Einheiten, wie sie die niederländischen Regionalcluster darstellen, gehen. Im Weiteren sind diejenigen Parameter zu finden, die relevanten Einfluss auf die nach Anwendung des aktuellen Ausgleichssystems verbleibenden regionalen

Heterogenitäten haben, und zu entscheiden, welche von diesen ausgeglichen werden sollen und welche nicht. Dass solche Überlegungen nicht nur sinnvoll, sondern notwendig sind, hat eine niederländische Studie (Koerhuis 2015) gezeigt. Hier gibt es, insbesondere im deutschen Kontext, weiteren Forschungsbedarf. Wie man dann mit S- und N-Variablen umgehen kann, demonstriert beispielsweise der niederländische Ansatz. Er zeigt mit der Veränderung der eingesetzten Variablen auch, dass dies ein kontinuierlicher Prozess sein kann. Gegebenenfalls ist außerdem zu überlegen, in welche Richtung entsprechende Ausgleichsfließen sollten – das ist nicht immer klar, wie das Herangehen in Israel vor Augen führt. Es kann sehr wohl sinnvoll sein, regionale Heterogenitäten, die nicht ausgeglichen werden sollten, also als N-Variablen identifiziert werden, in den RSA aufzunehmen und zu neutralisieren, wie das bislang nur der belgische Ansatz macht.

Gegebenenfalls kann auch eine regionale Prämiendifferenzierung sinnvoll sein – wie die Schweiz zeigt, gibt es dafür unterschiedliche Möglichkeiten. Dies passt auch mit Ausführungen des (deutschen) Bundesverfassungsgerichts zusammen. Laut einem Urteil aus dem Jahr 2005 (Bundesverfassungsgericht 2005) können unterschiedliche Beitragssätze aufgrund regionaler Kostenunterschiede zwischen Stadt und Land durch unterschiedliche Versorgungsichte oder Versorgungsqualität gerechtfertigt sein. Das kann, muss aber nicht mit einer stärkeren Öffnung von mehr Managementinstrumenten verbunden sein, wie sie etwa die Managed-Care-Tarife in der Schweiz bieten, und auch in den Niederlanden gibt es einen größeren Spielraum für selektive Verträge – beides Ansätze, die Einflussmöglichkeiten der Versicherer auf der Nachfrage- beziehungsweise Inanspruchnahmeseite zu erhöhen, mit möglichen Auswirkungen auf die regionale Versorgung. Auch wenn man einige dieser Überlegungen bei der Gestaltung einer möglichen Regionalkomponente des RSA aufnimmt, bleibt bei der Umsetzung reichlich Gestaltungsspielraum, um den spezifischen Gegebenheiten des deutschen Systems Rechnung zu tragen.

Man lehnt sich sicherlich nicht zu weit aus dem Fenster mit der Prognose, dass das Thema Regionalisierung sowohl die RSA-Experten als auch die Gesundheitspolitik noch einige Zeit beschäftigen wird, da es für viele Beteiligte offensichtlich eine hohe Relevanz besitzt, eine einfache Lösung nicht absehbar ist und auch politische Entscheidungen über Spielräume innerhalb und außerhalb des RSA notwendig sein werden. Bislang sind wissenschaftliche Auswertungen in Deutschland schwierig, da umfassende, kassenübergreifende Datensätze mit regionenbezogenen Daten kaum verfügbar sind. Warten wir also gespannt auf das RSA-Gutachten, das der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes derzeit im Auftrag des Gesundheitsministeriums erstellt.

Literatur

Bramli-Greenberg S, Glazer J, Shmueli A (2018): Regulated Competition and Health Plan Payment under the National Health Insurance Law in Israel – The Unfinished Story. In: McGuire T, Kleef RC van (Hrsg.): Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets: Theory and Practice. Amsterdam: Elsevier (in Vorbereitung)

Bundesamt für Gesundheit (2017): Prämienregionen. Faktenblatt. Abteilung Versicherungsaufsicht: 16. März 2017; www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/krankenversicherung/faktenblatt-praemienregionen.pdf.download.pdf/Fakfaktenblatt-praemienregionen.pdf

Bundesverfassungsgericht (2005): Beschluss des Zweiten Senats vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 – Rn. (1-287); www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2005/07/fs20050718_2bvfo00201.html

iBMG (Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg) (2016): WOR 813: Onderzoek risicoverevening 2017: Overall Toets. iBMG-projectteam Risicoverevening. Rotterdam: Erasmus Universiteit

iBMG (Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg) (2017): WOR 875: Onderzoek risicoverevening 2018: Overall Toets. iBMG-projectteam Risicoverevening. Rotterdam: Erasmus Universiteit

Jacobs K, Reschke P, Wasem J (1998): Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden: Nomos

Kleef RC van, Vliet RCJA van, Ven WPMM van de (2013): Risk Equalization in the Netherlands: an Empirical Evaluation. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, Vol. 13, No. 6, 829–839

Kleef RC van et al. (2018): Health Plan Payment in the Netherlands. In: McGuire T, Kleef RC van (Hrsg.): Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets: Theory and Practice. Amsterdam: Elsevier (in Vorbereitung)

König W, Binder A, Wende D (2016): Weiterentwicklung des RSA um eine Regionalkomponente. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 70, Heft 4–5, 35–44

Koerhuis S (2015): Improvement of Dutch Risk Equalization Model: The Effects of Practice Variation. Masterarbeit an der Universität von Amsterdam

Schmid CPR, Beck K, Kauer L (2018): Health Plan Payment in Switzerland. In: McGuire TG, Kleef RC van (Hrsg.): Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets: Theory and Practice. Amsterdam: Elsevier (in Vorbereitung)

Schokkaert E, Voorde C van de (2004): Risk Selection and the Specification of the Conventional Risk Adjustment Formula. Journal of Health Economics, Vol. 23, No. 6, 1237–1259

Schokkaert E, Voorde C van de (2006): Incentives for Risk Selection and Omitted Variables in the Risk Adjustment Formula. Annales d'Economie et de Statistique No. 83–84, 327–351

Schokkaert E, Voorde C van de (2009): Direct Versus Indirect Standardization in Risk Adjustment. Journal of Health Economics, Vol. 28, No. 2, 361–374

Schokkaert E, Voorde C van de, Guillaume J (2018): Risk Adjustment in Belgium: Why and How to Introduce Socioeconomic Variables in Health Plan Payment. In: McGuire TG, Kleef RC van (Hrsg.): Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets: Theory and Practice. Amsterdam: Elsevier (in Vorbereitung)

Ven WPMM van de, Ellis RP (2000): Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In: Newhouse JP, Culyer AJ: Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier, 755–845

Wasem J et al. (2007): Die Regionaldimension in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-WSG. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Nr. 153

Wasem J, Buchner F, Wille E (2008): Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen Campus Essen, Nr. 168

Wennerg JE, Gittelsohn A (1973): Small Area Variations in Health Care Delivery. Science, Vol. 182, No. 4117, 1102–1108

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 22. Januar 2018)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Florian Buchner MPH,

Jahrgang 1964, studierte Mathematik an der Universität Augsburg. Er arbeitete als Referent für versicherungsmathematische Angelegenheiten bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse in München. Nach einem Aufbaustudium Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und Forschungstätigkeit am Bayerischen Forschungsverbund Public Health sowie Projekten für WHO und Weltbank promovierte er in Greifswald zum Dr. rer. pol. Er war von 2001 bis 2006 Mitarbeiter bei der Münchener Rück im Bereich der Krankenrückversicherung, seit 2007 ist er Professor für Gesundheitsökonomie an der Fachhochschule Kärnten und hat seit 2012 eine Forschungskooperation mit dem gesundheitsökonomischen Forschungszentrum CINCH in Essen.

Schulerschmerzen: Arthroskopische Operation hilft nicht besser als Scheinbehandlung

von Christiane Roick*

Die arthroskopische subacromiale Dekompression ist ein verbreiteter Eingriff bei Schulterschmerzen. Die Entfernung entzündeter Gelenkweichteile und knöcherner Veränderungen soll den Gleitraum unter dem Schulterdach vergrößern und so Schmerzen und Sehenschäden verhindern. In einer randomisierten Studie schnitt der operative Eingriff aber nicht besser als eine Scheinbehandlung ab.

1 Was ist das Problem?

Die arthroskopische subacromiale Dekompression (ASAD) wurde 1972 ohne hinreichende Evidenz eingeführt und ist heute einer der häufigsten chirurgisch-orthopädischen Eingriffe. In Großbritannien und Nordirland wurden 2010 über 21.000 ASAD-Eingriffe durchgeführt; die Zahl hat sich seit 2000 versiebenfacht. Ein systematisches Review zeigte 2009 bereits, dass die ASAD nicht wirksamer als eine konservative Behandlung ist. Die Qualität der verfügbaren Studien begrenzte jedoch die Aussagekraft des Reviews. Deshalb prüften britische Wissenschaftler nun die Wirksamkeit der ASAD in einer randomisierten kontrollierten Studie.

2 Wie wurde untersucht?

An der Studie beteiligten sich 32 Kliniken. Sie rekrutierten zwischen 2012 und 2015 313 Patienten, die seit mindestens drei Monaten Schulterschmerzen hatten, für die ASAD geeignet und die zuvor konservativ mit Bewegungsübungen und mindestens einer Steroid-Injektion behandelt worden waren. Die Patienten wurden einer von drei Interventionen zugewiesen: ASAD, Scheinbehandlung (Arthroskopie ohne Entfernung von Knochen und Weichteilgewebe), keinerlei Eingriff. Die Patienten mit ASAD- oder Scheinbehandlung wussten nicht, in

welcher Gruppe sie waren. Schmerzen und Funktion des Schultergelenks wurden mit dem Oxford Shoulder Score (OSS) erfasst.

3 Was ist rausgekommen?

Nach sechs Monaten bestanden in der Intention-to-treat-Analyse zwischen Patienten mit ASAD oder Scheinbehandlung keine Unterschiede im mittleren OSS. Beide Gruppen schnitten statistisch zwar etwas besser als Patienten ohne jeden Eingriff ab, der Unterschied war jedoch klinisch nicht relevant. Die Per-Protocol-Analyse und die Auswertung nach zwölf Monaten zeigten ähnliche Ergebnisse. Die insgesamt sechs studienbezogenen Komplikationen verteilten sich auf alle Gruppen gleich.

4 Wie gut ist die Studie?

Eine Limitation der Studie ist die fehlende Verblindung der Gruppe ohne jeden Eingriff. Sie könnte als Nocebo-Effekt zu einer negativeren Wahrnehmung der Schulterschmerzen nach sechs und zwölf Monaten geführt haben. Zudem könnten die postoperativen physiotherapeutischen Maßnahmen in der ASAD- und der Scheinbehandlungsgruppe zu einem positiveren Behandlungsergebnis beigetragen haben.

Trotz dieser Limitationen erhärtet die Studie die bereits bestehenden Zweifel am Nutzen der ASAD. Neben dem unzureichenden Nutzen sind auch mögliche Schäden, wie Gelenkinfektionen, zu bedenken, die bei arthroskopischen Eingriffen zwar selten sind, aber zu erheblichen Beeinträchtigungen führen können. Daher sollten in der Praxis noch stärker als bislang vor einer ASAD die konservativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft werden.

2015 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) Maßnahmen der therapeutischen Arthroskopie bei Kniegelenksarthrose, wie die Entfernung störender Gewebes, aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen, da es im Vergleich zu Scheinoperationen oder einer Nichtbehandlung keinen Nutzenbeleg gab. Die durch die vorliegende Studie deutlich verbesserte Evidenz zur ASAD könnte auch den Anstoß zu einer Methodenbewertung der therapeutischen Arthroskopie des Schultergelenks durch den GBA geben.

Quelle: Beard D J et al.: *Arthroscopic Subacromial Decompression for Subacromial Shoulder Pain (CSAW)*. *Lancet* 2017; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32457-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32457-1)

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Die Studie ist sehr gut gemacht. Allerdings wurden 32 Krankenhäuser und 51 Chirurgen einbezogen, sodass an einigen Orten nur Einzelfälle in die Studie eingeschlossen werden konnten. Weitere Schwächen sind, dass jede Art von subacromialem Schulterschmerz eingeschlossen wurde und dass die Kontrollgruppe überhaupt keine Behandlung erhalten hat, während die konservative Behandlung, unter anderem mit Physiotherapie, nachweislich eine Wirkung hat. Der Erfolg einer subacromialen Dekompression hängt von der spezifischen Indikation (zum Beispiel Acromionsporn) ab und darf deshalb nicht undifferenziert bei jeglicher Art von Schulterschmerzen im Subacromialraum angenommen werden.

Prof. Dr. med. Andreas Imhoff,
Leiter der Abteilung und Poliklinik für Sportorthopädie am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München



KÖPFE

Prof. Dr. Cornelia Betsch ist neue Heisenberg-Professorin für Gesundheitskommunikation an der Philosophischen Fakultät der Universität Erfurt. Die studierte Psychologin promovierte 2006 in Heidelberg und wechselte dann als Akademische Rätin an die Erziehungswissenschaftliche Fakultät in Erfurt. Sie ist eine der Initiatorinnen des neuen Master-Studiengangs Gesundheitskommunikation, der im laufenden Semester in Erfurt gestartet ist.

Prof. Dr. phil. Denise Hilfiker-Kleiner ist in den Wissenschaftsrat berufen worden, der die Bundesregierung und die Länderregierungen in wissenschaftspolitischen Fragen berät. Hilfiker-Kleiner schloss ihr Studium der Genetik und Entwicklungsbiologie an der Universität Zürich und der EMORY University/Atlanta mit der Promotion ab. 1997 wechselte sie an die Medizinische Hochschule Hannover (MHH), wo sie seit 2013 Forschungsdekanin ist.

Prof. Dr. med. Il-Kang Na, Prof. Dr. med. Petra Ritter und Prof. Dr. med. Ute Scholl haben die drei neuen „BIH Johanna Quandt Professuren“ am Berliner Institut für Gesundheitsforschung und der Charité – Universitätsmedizin Berlin angetreten. Die Stiftung Charité will mit diesen Professuren auf Zeit, deren Gebiet die Inhaberrinnen selbst bestimmen, die Chancengleichheit stärken. Na forscht über „Therapie-induzierte Re-Modellierung in der Immuno-Onkologie“, Ritter über personalisierte Gehirnsimulation und Scholl über eine spezielle Form des Bluthochdrucks.

Dr. med. Alexander Schuster hat die neue Stiftungsprofessur zur ophthalmologischen Versorgungsforschung an der Universitätsmedizin Mainz übernommen, die die Stiftung Auge der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und der Berufsverband der Augenärzte eingerichtet haben. Schuster war nach dem Studium

der Medizin und der medizinischen Physik in Heidelberg und Mannheim zuletzt bereits an der Augenklinik der Universitätsmedizin Mainz tätig.

Prof. Dr. med. Anne Simmenroth und Prof. Dr. med. Ildikó Gágyor teilen sich den neu eingerichteten Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Universität Würzburg. Simmenroth schloss ihr Medizinstudium in Göttingen mit der Promotion ab. Nach Weiterbildungen in Innerer Medizin und Chirurgie war die Fachärztin für Allgemeinmedizin seit 2000 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Göttinger Institut für Allgemeinmedizin und leitete dort ab 2009 das Studentische Trainingszentrum ärztlicher Praxis. Gágyor studierte Medizin in Göttingen und Wien und bildete sich nach der Promotion zur Fachärztin für Allgemeinmedizin weiter, bevor sie 2006 als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an das Göttinger Institut für Allgemeinmedizin kam.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
58. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)	Arbeiten im Alter, Arbeit im Gesundheitswesen, Arbeit mit chronischen Erkrankungen	7.–9.3.2018 München	DGAUM e.V. Schwanthaler Straße 73 b 80336 München	www.dgaum.de/dgaum-jahrestagung > Anmeldung E-Mail: mueller@rg-web.de Telefon: 089 8989948-117
61. Deutscher Kongress für Endokrinologie (DGE)	Endokrinologie und Gesellschaft, Stoffwechsel und Adipositas, neue Leitlinien	14.–16.3.2018 Bonn	DGE e.V. – Geschäftsstelle Hopfengartenweg 19 90518 Altdorf	www.dge2018.de > Registrierung E-Mail: then@endoscience.de Telefon: 09187 97424-11
26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)	Interkulturelle Psychosomatik, Psychokardiologie, Psychoonkologie, E-Mental-Health	21.–24.3.2018 Berlin	DGPM e.V. – Geschäftsstelle Jägerstr. 51 10117 Berlin	2018.deutscher-psychosomatik-kongress.de/anmeldung/ E-Mail: psychosomatik-registrierung@kit-group.org; Telefon: 030 24603-280
124. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) „Medizin für den ganzen Menschen“	Chronische Krankheiten und evidenzbasierte Medizin, Polypharmazie, Interdisziplinarität	14.–17.4.2018 Mannheim	DGIM e.V. – Geschäftsstelle Irenenstraße 1 65189 Wiesbaden	www.dgim2018.de > Teilnehmer > Registrierung; E-Mail: alexander.rossnagel@mccon-mannheim.de Telefon: 0621 4106-343
135. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)	Personalisierte Medizin und multimodale Therapien, translationale Forschung	17.–20.4.2018 Berlin	DGCH e.V. – Geschäftsstelle Luisenstraße 58/59 10117 Berlin	www.chirurgie2018.de > Teilnehmer > Teilnehmerregistrierung E-Mail: klein@mcn-nuernberg.de Telefon: 0911 39316-42
13. Jahrestagung des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit „Digitalisierung und Patientensicherheit“	Gesundheits-Apps für Patienten, Digitalisierung im ambulanten und stationären Bereich	3.–4.5.2018 Berlin	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Am Zirkus 2 10117 Berlin	www.aps-jahrestagung.de > Aktuelles und Termine E-Mail: info@orphea-gmbh.de Telefon: 0176 60403036

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G Wissenschaft (GGW)
GGW ist eine Verlagsbeilage von
Gesundheit und Gesellschaft
Herausgeber: Wissenschaftliches
Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver
(KomPart), Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO)
Redaktionsmitglieder: Dr. Silke Heller-Jung,
Annegret Himrich (KomPart)
Grafik: Geertje Steglich

Anschrift der Redaktion:
Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de