



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

April 2014, 14. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Katharina Eckert*, Institut für Gesundheitssport und Public Health der Universität Leipzig 2

Drei Fragen an

Holger Pfaff, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln 3

Buchtipps

von *Hubert Kolling*, Bildungszentrum des Bundesamtes für Familien und zivilgesellschaftliche Aufgaben, Köln 4

WIDO

Versorgungs-Report 2013/2014

Depression angemessen behandeln 5

Anstieg der Fehlzeiten

Erkältungswelle sorgt für Ausfälle 6

ANALYSEN

Regionale Unterschiede in der Ärztedichte – Analyse zur ambulanten Versorgung in Bayern

Alexandra Rüger, Werner Maier und Andreas Mielck, Helmholtz Zentrum München, Sven Voigtländer, Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Nürnberg 7

Kommentar:

Erfolgskapitel Risikostrukturausgleich

Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin 18

Optionen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs – vollständiger Ausgleich der Leistungsausgaben im Sterbejahr?

Maximilian Gaßner und Rüdiger Wittmann, Bundesversicherungsamt, Berlin 20

STUDIE IM FOKUS

Zivilisationserkrankungen: Bewegung senkt Sterblichkeit ähnlich wirksam wie Medikamente 27

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 28

Liebe Leserinnen und Leser,

das Phänomen beschränkt sich natürlich nicht auf das deutsche Gesundheitssystem: Da werden Behauptungen aufgestellt, Tatsachen verdreht, und die Hälfte wird gern mal weggelassen, wenn's grad nicht so recht in die Argumentation passt. Das geht gleichzeitig mit der Beteuerung einher, der Patient stünde im Mittelpunkt aller Anstrengungen. Dabei sind doch diese Unaufrichtigkeiten gerade nicht zum Nutzen der Patienten. Tatsächlich wissen wir vielfach einfach zu wenig, um sicher sein zu können, was Patienten hilft und was nicht.

Immer wieder wird beispielsweise gefordert, dass die Versorgungsangebote an den regionalen Bedarf angepasst werden müssen. Darüber, ob Bedarfe und Angebote zusammenpassen, ist aber bisher nicht viel Belastbares bekannt. Dieser Frage sind daher **Alexandra Rüger, Werner Maier, Sven Voigtländer und Andreas Mielck** nachgegangen. Sie haben zunächst für Bayern und die vier Arztgruppen Hausärzte, Frauenärzte, Internisten und Psychotherapeuten geschaut, inwiefern die Ärztedichte in unterschiedlich besiedelten Regionen mit dem tatsächlichen Bedarf korreliert. Nun, teilweise tut sie es, teilweise auch nicht. Es wird klar: Wir brauchen noch viel mehr solcher Qualitätsarbeiten.

Einem ganz anderen Thema widmen sich **Maximilian Gaßner und Rüdiger Wittmann**. Es geht um den Wunsch einzelner Krankenkassen, die Kosten, die für Versicherte in ihrem Sterbejahr anfallen, vollständig aus dem Gesundheitsfonds erstattet zu bekommen und nicht nur im Schnitt zu rund 30 Prozent. Die Autoren rechnen vor, dass ein solcher vollständiger Ausgleich der Leistungsausgaben keine nennenswerten Umverteilungswirkungen hätte.

Mühsam nährt sich das Eichhörnchen. Erst Wissen schaffen, dann werten und sinnvolle Schlüsse ziehen. Wäre das nicht mal auch ein guter Ansatz?

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Bettina Nellen

Netzwerk

Mehr Forschung in den Gesundheitsfachberufen

Ein „Innovatoren-Atlas“ des Deutschen Cochrane-Zentrums in Freiburg listet über 500 wissenschaftliche Publikationen und Projekte der Interventionsforschung von rund 60 Wissenschaftlern aus den Bereichen Pflege, Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Hebammenwissenschaft auf. Der mit Förderung des Bundesgesundheitsministeriums erstellte Atlas soll helfen, Wissenschaftler an Universitäten und Hochschulen sowie Berufsverbände und Fachpraktiker der Gesundheitsfach-

berufe besser zu vernetzen. Das Cochrane-Zentrum bietet auch Potenzialanalysen an, um besonders interessante Forschungsthemen zu identifizieren. ■

Mehr Informationen:
www.cochrane.de/de/innovatoren-atlas

**Versorgungsforschung
 Konzentration auf Primärversorgung**

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) hat die im Koalitionsvertrag verabredete Stärkung der Versorgungsforschung begrüßt, aber eine Konzentration auf die

Primärversorgung gefordert. In einem Positionspapier listet die DEGAM dafür besonders relevante Themen wie neue Versorgungsmodelle und die sektorenübergreifende Versorgung auf. Um eine Umetikettierung von Studien aus anderen Bereichen zu vermeiden, müsse der Gemeinsame Bundesausschuss eindeutige Förderkriterien festlegen. Studien zu den Ursachen von Über-, Unter- und Fehlversorgung seien wichtiger als Grundlagenforschung und Studien zur Technologieentwicklung oder klinischen Forschung. ■

Mehr Informationen:
www.degam.de/positionspapiere.html

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Strategien für Schichtarbeiter

Das Arbeiten im Schichtsystem hat viele negative Auswirkungen, unter anderem auf den Schlaf-Wach-Rhythmus und die Schlafqualität. Dies belastet nicht nur die Betroffenen persönlich, sondern wirkt sich auch auf die Arbeitssicherheit und die Produktivität aus. Australische Autoren stellten in einer Übersichtsarbeit ein um 60 Prozent erhöhtes Unfallrisiko und Folgekosten in Milliardenhöhe fest. Als mögliche Gegenmaßnahmen empfehlen sie eine individuelle Analyse der Arbeitssituation, eine angepasste Rotation des Schichtablaufs (von Tages- über Nachmittags- zu Nachtschicht), ausreichende Erholungszeiten (etwa „Napping“-Phasen während der Arbeit), eine Anpassung des Ernährungs- und Aktivitätsverhaltens, aber auch den Einsatz von Licht zur Beeinflussung der Melatoninproduktion. ■

MJA 2013;199:511-515

Akzeptanz von Rauchverboten

Seit Ende der 1990er Jahre zielen in Deutschland diverse Maßnahmen auf die Kontrolle des Tabakkonsums ab, etwa Steuererhöhungen, Warnhinweise oder das Ende 2007 eingeführte Bundesnichtrauchergesetz. Eine prospektive Panelstudie auf der Grundlage von fünf repräsentativen Befragungen (1997, 1998, 2004, 2007, 2009; mit jeweils zwischen 700 und 1200 Teilnehmern) in der Stadt Düsseldorf beschäftigte sich mit der Entwicklung

des Tabakkonsums sowie den Einstellungen zu Rauchverboten. Der Anteil derer, die täglich rauchen, sank im Untersuchungszeitraum von 33 auf 21 Prozent; die Zahl der pro Tag gerauchten Zigaretten ging um 16 Prozent zurück. Die Zustimmung zu Rauchverboten nahm zu; häufiger als ein totales werden partielle Rauchverbote befürwortet, insbesondere in Krankenhäusern, Flugzeugen und dem öffentlichen Nahverkehr (je über 80 Prozent) sowie am Arbeitsplatz (49 Prozent). Je älter und je gebildeter die Befragten waren, desto häufiger sprachen sie sich für Rauchverbote aus. ■

Gesundheitswesen 2014;76(01):32-40

Ernährungskontrolle per Smartphone

Die „Remote Food Photography Method (RFPM)“ ist ein innovatives Verfahren, bei dem mittels Fotos dokumentierte Nahrung hinsichtlich Menge und Energiegehalt eingeschätzt wird. Der Verbraucher fotografiert seine Mahlzeit und das, was er übrig lässt, per Smartphone. Die Daten werden an einen Internetserver übertragen, analysiert, mit gängigen Portionsgrößen verglichen und bewertet. Das Ergebnis wird zeitnah an den Konsumenten zurückgemeldet. Erste Studien zeigen, dass die RFPM ein kostengünstiges, reliables und valides Verfahren darstellt, die Nahrungsmittelaufnahme präzise einzuschätzen und somit auch besser zu kontrollieren. ■

J Hum Nutr Diet 2013;27 (Suppl. 1):72-81



Von

Dr. Katharina Eckert,

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheitssport und Public Health der Universität Leipzig

Adresse:

Jahnallee 59
 04109 Leipzig
 Telefon: 0341 9731-623
 Fax: 0341 9731-678
katharina.eckert@uni-leipzig.de
www.spowi.uni-leipzig.de

Arzneimittelsicherheit Studienanforderungen an neue Arzneien steigen

Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) erstellt für jedes neue Medikament künftig einen Risk-Management-Plan (RMP). Dieser warnt vor möglichen Risiken und legt einen Fahrplan für weitere Studien fest. Die EMA begründete ihr Vorgehen damit, dass klinischen Studien für die Zulassung längst nicht alle für die Sicherheit relevanten Fragen beantworten. Das erste Medikament mit RMP ist Neuraceq, das in der Positronen-Emissions-Tomographie zur Früherkennung von Alzheimer eingesetzt wird. ■

Mehr Informationen:

www.ema.europa.eu → Human regulatory → Pharmacovigilance → Risk-management plans

BMBF-Förderung Individuelle Medizin

Nach neuen Richtlinien des Bundesforschungsministeriums werden im Bereich Methoden und Werkzeuge für die individualisierte Medizin auch Projekte zur Qualität von Patientenregistern und Arbeiten zur Nutzenbewertung gefördert. Anträge sind bis 30. Juni 2014 zu stellen. ■

Mehr Informationen:

www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4655.php

Gesundheitsberichte RKI bewertet Sozialdaten

Das Robert-Koch-Institut erwartet, dass sich die Auswirkungen sozialer Unterschiede auf Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland wie in vergleichbaren Ländern weiter vergrößern. Das Institut fasst in der aktuellen Ausgabe der „GBE-kompakt“ (2/2014) die dazu vorliegenden Untersuchungen zusammen. Unter anderem

wird auf die INKAR-Datenbank des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung verwiesen, die Betrachtungen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte

erlaubt und kompatibel mit der Bedarfsplanung für Ärzte ist. ■

Mehr Informationen:

www.rki.de → Gesundheitsmonitoring → Gesundheitsberichterstattung

DREI FRAGEN AN ...



Forschungsschwerpunkte:

Versorgungsforschung,
Psychosoziale Versorgung,
Zentrenforschung,
Sozialepidemiologie,
Organisationsforschung,
Arbeit und Gesundheit,
Rehabilitationswissenschaft

Jahresetat:

keine Angaben

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

1 W3-Professor,
2 Junior-Professoren,
12 wissenschaftliche
Mitarbeiterinnen u. Mitarbeiter,
Verwaltungsmitarbeiter und
studentische Hilfskräfte

Adresse:

Universität zu Köln
IMVR – Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft
Eupener Straße 129
50933 Köln
Telefon: 0221 478-97100
Telefax: 0221 478-1497141
holger.pfaff@uk-koeln.de
www.imvr.uni-koeln.de

Versorgungsforschung hilft bei Allokationsentscheidungen

... Professor Dr. phil. Holger Pfaff, Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

In den Bereichen Medizinsoziologie und Versorgungsforschung interessieren wir uns besonders für den Kontext der Leistungserbringung. So untersuchen wir zum Beispiel die Voraussetzungen erfolgreicher Gesprächsführung zwischen Ärzten und Patienten und den Einfluss des Gesprächs auf die Patienten-Outcomes. Im Bereich Rehabilitation beschreiben wir zum Beispiel die Determinanten eines erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Als Brückeninstitut zwischen der Humanwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät haben wir naturgemäß eine interdisziplinäre Ausrichtung inne, die wir auch durch interdisziplinäre Forschungsprojekte „leben“. Zudem veranstalten wir Kolloquien mit Gastwissenschaftlern und fördern Auslandsaufenthalte unserer Nachwuchswissenschaftler bei internationalen Kooperationspartnern.

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

Ja, und die Versorgungsforschung ist hier ein sehr eindrucksvolles Beispiel: Medizinische Innovationen, die unter kontrollierten Bedingungen für wirksam befunden wurden, haben in der Alltagsversorgung nicht immer den erwarteten Effekt. Die Versorgungsforschung setzt hier an und kann zum Beispiel erklären, unter welchen Bedingungen Innovationen wirklich beim Patienten ankommen, wann dieser besonders therapietreu ist und welche Behandlung überhaupt seinen individuellen Präferenzen entspricht. Muss die Politik nun Allokationsentscheidungen treffen, sind die Ergebnisse der Versorgungsforschung unverzichtbar und helfen, Innovationen aus dem Labor bis zum Patienten zu tragen.

**Hochschulen
Mehr Lehrstühle
für Geriatrie**

Die Universitäten Göttingen, Heidelberg und Aachen haben erstmals W3-Professuren für Geriatrie und Altersmedizin ausgeschrieben. Bisher gibt es in Deutschland nur sieben geriatrische Lehrstühle (an der Humboldt-Universität in Berlin, in Bochum, Erlangen-Nürnberg, Hamburg, Köln, Ulm und Witten/Herdecke). Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) planen zwölf weitere Universitäten nachzuziehen. Bald könnten dann 22 von 37 medizinischen Fakultäten einen Geriatrie-Lehrstuhl haben. ■

Mehr Informationen:
www.dggeriatrie.de/nachwuchs/geriatrie-an-der-universitaet

**Duales Studium I
In fünf Jahren zum
Pfleger mit Bachelor**

Die Hochschule Weserbergland in Hameln bietet ihren Studiengang „Gesundheitsmanagement“ ab September 2014 auch ausbildungsbegleitend an. Das Bachelor-Studium dauert fünf Jahre, die ersten drei werden parallel zur Ausbildung in einem Pflege- oder Therpieberuf absolviert. Es folgen zwei Jahre berufsbegleitend. Die Ausbildung erfolgt an Berufsfachschulen in der Region. Die Studiengebühren betragen in den ersten drei Jahren monatlich 200 Euro, danach 360 Euro. Dazu kommen in den ersten drei Jahren für die Ausbildung rund 250 Euro im Monat. ■

Mehr Informationen:
www.hsw-hameln.de

**Duales Studium II
Software-Ingenieure
fürs Gesundheitswesen**

Die Hochschule Koblenz startet im Wintersemester 2014/15 den Studiengang „Software Engineering im Gesundheitswesen“. In dem deutschlandweit bislang einzigartigen Bachelor-Studium geht es um IT-Lösungen und IT-Projektmanagement im Gesundheitswesen. Fünf Semester werden an der Hochschule, drei in Unternehmen absolviert, wo auch die Bachelor-Arbeit angefertigt wird. Der praktische Teil der Fachhochschulreife kann in den Unternehmen nachgeholt werden. ■

Mehr Informationen:
www.hs-koblenz.de/rac/fachbereiche/mut/software-engineering-im-gesundheitswesen

BUCHTIPPS

Ehrenamt



Autoren/Titel

Thomas Olk, Birger Hartnuß (Hrsg.)

Handbuch bürgerschaftliches Engagement

Inhalt

Das klar gegliederte Nachschlagewerk gibt einen Überblick über die politischen und wissenschaftlichen Debatten zum bürgerschaftlichen Engagement, die einzelnen Felder, Grundlagen, Rahmenbe-

dingungen, Strukturen und Methoden der Förderung. Über 50 Einzelbeiträge erschließen dieses weite Feld systematisch und aus unterschiedlichen Perspektiven. (Juventa Verlag 2011)

Claudia Pinl

Freiwillig zu Diensten?

Über die Ausbeutung von Ehrenamt und Gratisarbeit

Ehrenamtliche Arbeit steht derzeit hoch im Kurs. Entgegen dem vor allem vonseiten der Politik und der entsprechenden Einsatzstellen gezeichneten höchst positiven Bild soll dieses Buch über die Kehrseite der Medaille informieren und auf

gesellschaftspolitische Fehlentwicklungen hinweisen. Hierbei vertritt die Autorin engagiert und zuweilen provozierend ihre Anliegen und Sichtweisen, die sie mit einer Fülle von Zahlen, Daten und Fakten untermauert. (Nomen Verlag 2013)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)

Zeit, das Richtige zu tun

Freiwillig engagiert in Deutschland

Auf 80 Seiten bietet die kostenlos (unter www.bmfsfj.de → Service → Publikationen) bestellbare Broschüre die wichtigsten Informationen für alle, die einen Bundesfreiwilligendienst (BFD), ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) oder ein Freiwilliges Ökologisches Jahr (FÖJ)

in Deutschland leisten wollen. Zur Orientierung geben hierzu praktische Beispiele von freiwilligem Einsatz vor Ort Anregungen, wie das eigene Engagement aussehen könnte. Darüber hinaus gibt es Kurzinfos zum freiwilligen Engagement im Ausland. (BMFSFJ 2011)

Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von:
Dr. Hubert Kolling,
Dozent im Bildungszentrum Bad Staffelstein des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (Köln)

Zur Herrgottsmühle 1
96231 Bad Staffelstein
Telefon: 09573 9225-0
Telefax: 09573 9225-29
hubert.kolling@bafza.bund.de
www.bafza.de

Versorgungs-Report 2013/2014

Depression angemessen behandeln

Der größte Teil aller Depressionen entfällt auf leichte und unspezifische Formen. Das geht aus dem aktuellen Versorgungs-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) hervor, der das Thema Depression zum Schwerpunkt hat. Die Herausgeber betonen die Notwendigkeit, neue Versorgungskonzepte voranzubringen, die eine rechtzeitige Intervention und flexibilisierte Behandlung ermöglichen.

Die neue Ausgabe des Versorgungs-Reports informiert über Behandlungsmöglichkeiten und innovative Versorgungsansätze für dieses Krankheitsbild. So können gestufte Behandlungspläne („stepped care“) dabei helfen, Patienten so zu behandeln, wie es dem Schweregrad ihrer Erkrankung entspricht. Außerdem können neben der üblichen Therapie mit Antidepressiva oder Psychotherapie viele weitere Maßnahmen die Symptome lindern, Rückfälle vermeiden oder verhindern, dass eine Depression chronisch wird. Dazu zählen etwa Patientenschulungen, psychotherapeutische Kurzinterventionen oder eine internetgestützte Verhaltenstherapie.

Eine Untersuchung, die auf den Abrechnungsdaten von 24 Millionen AOK-Versicherten basiert, zeigt: Hinter der Diagnose „depressive Erkrankung“ verbergen sich unterschiedliche Schweregrade. Bei 73,4 Prozent der depressiven Ersterkrankungen wird eine leichte oder unspezifische depressive Episode dokumentiert. Eine mittelgradige oder schwere Depression wird umgekehrt nur in 26,6 Prozent festgestellt. Hochgerechnet auf die deutsche Wohnbevölkerung ab 18 Jahren ergibt sich insgesamt für 2010 eine Diagnosehäufigkeit von 11,1 Prozent.

Die hohe Zahl unspezifischer Depressionen lässt sich unter anderem mit der schwierigen Diagnosestellung erklären. So ist es oft schwer, zwischen angemessenen Gefühlsreaktionen und krankhaften Störungen zu unterscheiden. Es gibt keine Laborwerte oder technischen Untersuchungen, um eine Depression festzustellen. Auch vorübergehende Belastungen oder Trauerreaktionen können schnell mit einer Depressionsdiagnose einhergehen.

In der Regel werden Patienten mit einer depressiven Erstepisode ambulant versorgt (79,0 Prozent), seltener in einer Klinik (12,0 Prozent) und noch seltener in beiden Bereichen (9,1 Prozent). Eine zentrale Rolle spielt der Hausarzt, denn 64,1 Prozent der an einer Depression Erkrankten werden allein von ihm versorgt, vor allem die Patienten mit unspezifischen Depressionsdiagnosen (75,4 Prozent). Aber auch schwere Depressionen behandelt oft nur der Hausarzt (37,8 Prozent). Eine fachspezifische Versorgung, etwa durch Psychiater oder Nervenärzte, erhalten nur 58 Prozent der Patienten mit schweren Depressionen.

Neben Beiträgen zum Thema Depression enthält das Buch auch Analysen zu anderen Versorgungsthemen. Im Fokus stehen die Erkrankungen Herzinsuffizienz, Typ-2-Diabetes und Rückenschmerzen, für die Diagnosehäufigkeiten, Begleit- und Folgeerkrankungen und Arzneimitteltherapien dargestellt werden. Beim Rückenschmerz wird analysiert, wie sich diagnostische (Bildgebung) und therapeutische Maßnahmen (Schmerztherapie) innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren entwickelt haben. Weitere Beiträge widmen sich der Versorgung mit Herzkathetern und der Arzneimittelversorgung älterer Patienten. Hinzu kommt ein umfangreicher Statistikteil mit Behandlungsprävalenzen und Hospitalisierungsquoten für häufige Erkrankungen, gegliedert nach Altersgruppen und Geschlecht.

Alle Abbildungen, Tabellen und ergänzende Informationen finden registrierte Leser im Internet unter www.versorgungs-report-online.de ■



Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra BP, Schmacke N (Hrsg.):
Versorgungs-Report 2013/2014 – Schwerpunkt: Depression.
Stuttgart: Schattauer 2014;
348 Seiten, 54,99 Euro;
ISBN 978-3-7945-2929-2



Bettina Gerste, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich integrierte Analysen im WidO

„Der Versorgungs-Report gibt wertvolle empirische Hinweise, wie Menschen mit Depression medizinisch versorgt werden. In einigen Punkten besteht aber noch Forschungsbedarf. Dazu zählen die Diagnosestellung und Schweregradbestimmung, die Rolle des Hausarztes in der Versorgung und ein tragfähiges System von Kriseninterventionsmöglichkeiten.“

WidO-TICKER: Im Sommersemester 2014 hält Prof. Dr. Klaus Jacobs an der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, die Vorlesung „Praxis der Vertragsgestaltung einer Krankenversicherung“ +++ Der Stiftungsrat der **Stiftung Wohlfahrtspflege NRW** hat Prof. Dr. Klaus Jacobs als Mitglied in den **wissenschaftlichen Beirat der Initiative „Pflege Inklusiv“** berufen +++ Informationen zum **Praktikantenprogramm** des WidO unter www.wido.de +++ **Bestellung von Einzel exemplaren** von GGW unter www.wido.de +++ **Direktbestellungen von WidO-Publikationen** unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

Anstieg der Fehlzeiten

Erkältungswelle sorgt für Ausfälle

Der lange und kalte Winter 2012/2013 hat Deutschland mit einer Erkältungswelle überzogen. Die Zahl der Krankschreibungen aufgrund von Erkältungskrankheiten stieg im Jahr 2013 um 21,6 Prozent gegenüber 2012, wie aktuelle Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigen.

Insgesamt stieg der Krankenstand von 4,9 Prozent im Jahr 2012 auf 5,1 Prozent im Jahr 2013. Damit haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Bundesdurchschnitt 18,5 Tage gefehlt.

Deutlich wird, dass die Erkältungswelle am Anfang des Jahres 2013 diesen Zuwachs der Fehlzeiten herbeigeführt hat. Als Erkältung wird eine harmlose Erkrankung bezeichnet, die von Husten, Schnupfen, Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen begleitet wird und in der Regel nach einer Woche ausgeheilt ist. Erkältungen kommen häufig vor und belegen nach Fallhäufigkeit mit einem Anteil von 14 Prozent an allen Diagnoseuntergruppen den ersten Platz im Jahr 2013.

Der saisonale Verlauf zeigt, dass von Januar bis April des Jahres 2013 überdurchschnittlich viele akute erkältungsbedingte Krankheiten zu Arbeitsunfähigkeiten führten. Die Fallzahlen sind in diesen Monaten höher als jemals zuvor in den vergangenen zehn Jahren und übersteigen selbst die der Erkältungswelle des Jahres 2009. Die

Hauptursache für diesen deutlichen Anstieg bei den Erkältungskrankheiten war der extrem kalte und lange Winter des Jahres 2013, der in einzelnen Monaten und in bestimmten Regionen Deutschlands zu den kältesten Wintern seit 130 Jahren zählte. Die Anzahl der erkältungsbedingten Krankschreibungen war besonders im Februar extrem hoch und lag in diesem Monat 139 Prozent über dem durchschnittlichen Wert der zehn Vorjahre.

Deutlich wird, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die engen Kontakt zu anderen Menschen haben, etwa durch die Arbeit in einem Großraumbüro oder durch häufige Kundenkontakte, offensichtlich besonders gefährdet sind. Aber auch Beschäftigte, die im Dialogmarketing oder in der Kinderbetreuung und -erziehung arbeiten, waren auffallend oft von akuten Erkältungskrankheiten betroffen.

Bei den Erkrankungen, die in den Jahren zuvor am häufigsten vorkamen, gingen die Krankschreibungen dagegen im vergangenen Jahr zurück. So nahmen etwa die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich zu 2012 um 0,5 Prozent ab und sind damit erstmals seit 2006 rückläufig.

Die Analysen des WIdO basieren auf den Daten von elf Millionen bei der AOK versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aus mehr als 1,5 Millionen Betrieben. ■

Arzneimittel

Aktuelle Klassifikation

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) veröffentlicht Anfang Mai die aktuelle anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC) mit Tagesdosen (DDD) für den deutschen Arzneimittelmarkt.

Der Index erfasst Arzneimittel nach anatomischen, therapeutischen und chemischen Kriterien und wird jedes Jahr aktualisiert. Experten können mit ihm wichtige Fragen zum deutschen Arzneimittelmarkt beantworten, etwa, welche Wirkstoffe in welchen Mengen verordnet wurden. Die Klassifikation wird nach Einbindung von Krankenkassen, Ärzten, Pharmaindustrie und dem Bundesministerium für Gesundheit zum 1. Januar 2015 für amtlich erklärt. In der Ausgabe für 2014 weist der GKV-Arzneimittelindex 6.384 verschiedenen Wirkstoffen und Wirkstoffkombinationen einen eigenen ATC-Code zu und berechnet für 3.473 eine standardisierte Wirkstoffmenge als definierte Tagesdosis (DDD). Die aktuelle Klassifikation und die dazugehörige Methodik stehen ab Anfang Mai 2014 zum Download bereit unter: www.wido.de/arz_atcddd-klassifi.html ■

Fricke U, Günther J, Zawinell A, Zeidan R: Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung. ATC-Index mit DDD-Angaben. Stand: April 2014, Berlin

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Weiterentwicklungen an der GKV/PKV-Systemgrenze“, 2. Kieler Sommer-Gesundheitskongress, Kiel, 6/2014 +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Neuregelungen beim Zusatzbeitrag“, Fachgespräch Sozialverband Deutschlands und Volksolidarität, Berlin, 4/2014 +++ Markus Meyer: „Krankheitsbedingte Fehlzeiten und gesundheitliche Belastungen in Gesundheitsberufen“, AOK-Forum Live – Wenn Arbeit im Gesundheitsberuf krank macht, Schwerin, 3/2014 +++ Gisbert W. Selke: „Effizienzreserven aus Sicht der Gesetzlichen Krankenkassen“, Vorlesung im Rahmen des Studiengangs Consumer Health Care an der Charité, Berlin, 3/2014

Regionale Unterschiede in der Ärztedichte

Analyse zur ambulanten Versorgung in Bayern

von Alexandra Rüger¹, Werner Maier¹, Sven Voigtländer², Andreas Mielck¹

ABSTRACT

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird immer mehr gefordert, die Angebote der Versorgung an den jeweiligen regionalen Bedarf anzupassen. Analysen zu regionalen Unterschieden bei der Ärztedichte liegen bisher jedoch kaum vor. Der vorliegende Beitrag geht dieser Frage nach. Es lässt sich feststellen, dass bei Hausärzten die Unterschiede in der Ärztedichte zwischen ländlichen und städtischen Regionen nur gering sind. Bei Frauenärzten, Internisten und Psychotherapeuten zeigt sich in den ländlichen Räumen eine besonders niedrige Dichte; bei Psychotherapeuten ist sie in den kreisfreien Großstädten zum Beispiel 3,5-mal so hoch wie in den dünn besiedelten ländlichen Kreisen. Zwischen Ärztedichte und regionaler Deprivation zeigt sich kaum ein Zusammenhang.

Schlüsselwörter: Ärztedichte, Bayern, Siedlungstyp, regionale Deprivation

In Germany, there is a growing demand to adapt health care provision to the respective regional needs. As yet, however, there are hardly any studies on regional differences in physician density. This paper focuses on this issue. It can be stated that concerning general practitioners, physician density does not differ much between rural and urban regions. As for gynecologists, internal specialists and psychotherapists, physician density is especially low in rural areas. For example, the number of psychotherapists in large cities is about 3.5 times higher than in sparsely populated rural districts. There seems to be hardly any correlation between physician density and regional deprivation.

Keywords: physician density, Bavaria, type of settlement, regional deprivation

1 Einleitung

Zum 1. Januar 2012 ist in Deutschland das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in Kraft getreten (*Bundesministerium für Gesundheit 2013*). Es beinhaltet ein umfassendes Konzept zur stärkeren Regionalisierung der gesundheitlichen Versorgung (*GBA 2012; GBA 2013; KBV 2012; Ozegowski und Sundmacher 2012*). Die regionale Krankheitslast soll stärker berücksichtigt werden als zuvor, indem nicht nur die Altersstruktur betrachtet wird, sondern zum Beispiel auch die soziale Zusammensetzung der Bevölkerung und die regional-spezifische Morbidität. Mit dieser stärkeren Regio-

nalisation soll erreicht werden, dass die gesundheitliche Versorgung mehr als bisher an den regionalspezifischen Bedarf angepasst werden kann. Angestrebt wird also nicht eine gleiche Ärztedichte in allen Regionen, sondern eine bedarfsgerechte Verteilung, die von Region zu Region durchaus unterschiedlich sein kann. Eine allgemein akzeptierte und praktisch umsetzbare Definition des Begriffs bedarfsgerechte Versorgung ist bisher jedoch kaum vorhanden, auch nicht bezogen auf das Thema Ärztedichte (siehe unter Diskussion ab Seite 13). Es mangelt auch an empirischen Analysen zur Ärztedichte, um zumindest auf diesem Weg die Diskussion zu fördern.

¹Alexandra Rüger, MPH, Werner Maier, MPH, EMPH, Dr. phil. Andreas Mielck, MPH (Korrespondenzführender Autor: Andreas Mielck · Telefon: 089 3187-4460 · E-Mail: mielck@helmholtz-muenchen.de) · Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen · Ingolstädter Landstraße 1 · 85764 Neuherberg

²Dr. PH Sven Voigtländer, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Bayerisches Haus der Gesundheit, Sachgebiet Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemanalyse (GE 6) · Schweinauer Hauptstraße 80 · 90441 Nürnberg

Die Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung basiert auf der regionalen Verteilung der Ärzte in den 1990er Jahren. Diese Verteilung wurde als Standard definiert; größere Abweichungen gelten als Anzeichen für eine zu hohe beziehungsweise zu niedrige Ärztedichte. Auf diese Weise wird somit lediglich die Versorgungsdichte zu einem bestimmten Zeitpunkt angezeigt, ohne dabei zu erfassen, ob sie auch dem tatsächlichen aktuellen Bedarf entspricht. Im Jahr 2013 wurde die Neukonzeption der Bedarfsplanungsrichtlinie aufgrund des GKV-VStG umgesetzt. Hierzu gehört die Neugliederung der Planungsbereiche (auch unabhängig von kreisfreien Städten und Landkreisen), die Neufestlegung der Verhältniszahlen (Anzahl der Ärzte pro 100.000 Einwohner) und die Neuregelung des Sonderbedarfs.

Daten zur Ärztedichte lassen sich vor allem dem Ärzteatlas 2011 entnehmen (Klose und Rehbein 2011). Demnach gab es 2009 in Deutschland 397 berufstätige Ärzte pro 100.000 Einwohner; damit hat sich die Ärztedichte seit 1970 mehr als verdoppelt (Klose et al. 2003). Sogar wenn es derzeit eine Überversorgung geben sollte, könnte es in absehbarer Zeit zu Problemen kommen, zum Beispiel dann, wenn viele Ärzte in Rente gehen. Besonders betroffen von diesem potenziellen Rückgang der Arztzahlen sind die Hausärzte in ländlichen Regionen. Von generellem Ärztemangel kann aber vermutlich keine Rede sein. Es handelt sich eher um ein Allokationsproblem, das heißt um das Problem einer adäquaten bedarfsgerechten regionalen Verteilung der ambulant tätigen Ärzte.

Bisher gibt es nur wenige wissenschaftliche Publikationen zur Ärztedichte in Deutschland (Ozegowski und Sundmacher 2012; Sundmacher und Ozegowski 2013). Und dabei gibt es noch eine ganze Reihe wichtiger Fragen zu beantworten, zum Beispiel: Wie wichtig ist die Ärztedichte für die Versorgungsqualität (Schmacke 2006; Schmacke 2013)? Welche Faktoren beeinflussen die Ärztedichte? Welche Folgen hat eine hohe beziehungsweise niedrige Ärztedichte für die Patienten und für das Versorgungssystem? Diese Fragen wurden bisher kaum eingehend analysiert. Im Mittelpunkt der hier vorgestellten Analyse steht die Frage: Was beeinflusst die Ärztedichte in der ambulanten Versorgung? Als Beispiel dient das Bundesland Bayern. Es eignet sich deswegen gut für eine derartige Analyse, weil es das flächenmäßig größte und mit einer Einwohnerzahl von 12,5 Millionen das zweitgrößte Bundesland in Deutschland ist. Es weist zudem eine große regionale Heterogenität auf (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008).

Die Analyse konzentriert sich auf zwei Themen:

- Der Beschluss über die Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie vom 20. Dezember 2012 beinhaltet unterschiedliche Zielvorgaben pro Arztgruppe und Planungsbereich (GBA 2012). Das Bundesministerium für Gesundheit

schreibt dazu: „Obwohl die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind, in den vergangenen Jahren in Deutschland insgesamt zugenommen hat (...), zeichnet sich besonders in den dünn besiedelten ländlichen Regionen ein beginnender Ärztemangel ab“ (Bundesministerium für Gesundheit 2013). Da sich die Ärztedichte bei Fach- und Hausärzten unterscheidet, muss dies auch bei der Analyse der Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen separat betrachtet werden.

- Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) steht, dass der regionalspezifische Bedarf auch mithilfe von Angaben zur sozioökonomischen Lage bestimmt werden soll (zum Beispiel Anteil von Menschen unterhalb der Armutsgrenze oder Anteil der Arbeitslosen). Empirische Analysen liegen unseres Wissens dazu kaum vor (Czaja et al. 2012). In der vorliegenden Analyse wird daher ein regionaler Deprivationsindex verwendet. Im Fokus steht dabei die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Ärztedichte und regionaler Deprivation gibt.

2 Methode

2.1 Die Variable Ärztedichte

Die Ärztedichte wird auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (im Folgenden unter „Kreise“ zusammengefasst) untersucht. Die Daten können dem Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) entnommen werden (ZI 2013). Dargestellt wird die Anzahl der Ärzte pro 100.000 Einwohner und Kreis, gemäß dem Bundesarztregister zum Stichtag 31.12.2010 und jeweils untergliedert nach Arztgruppen. Die Unterteilung in Facharztgruppen richtet sich nach der Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA. Die regionale Gliederung erfolgt dort nach Planungsbereichen. Die Planungsbereiche orientieren sich an den kreisfreien Städten, Landkreisen oder Kreisregionen, so wie diese vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung definiert werden. Die hier vorgestellte Analyse beruht jedoch auf der regionalen Gliederung der Kreise, weil auf dieser Ebene (n = 96) eine kleinräumigere Analyse möglich ist als auf Ebene der Planungsbereiche (n = 79) und weil pro Kreis auch Angaben zur regionalen Deprivation vorliegen (siehe unten).

Für jeden der 96 Kreise stehen Angaben über die Anzahl der Ärzte der folgenden 14 (Facharzt-)Gruppen zur Verfügung: Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hausärzte (Allgemeinärzte/Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten), Hautärzte, HNO-Ärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen, Urologen. Kinderärzte könnten auch zur hausärztlichen Versorgung ge-

zählt werden; sie werden hier jedoch – wie auch in der Bedarfsplanungsrichtlinie – gesondert ausgewiesen (ZI 2013).

Der Bedarfsplanungsrichtlinie folgend, gewichtet der Versorgungsatlas die Zahl der Ärzte mit einem bestimmten Faktor (Mangiapane und Stillfried 2012):

- Vollzulassung, Ganztagsanstellung: Faktor 1
- Dreivierteltagsanstellung: Faktor 0,75
- Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag, Halbtagsanstellung: Faktor 0,5
- Vierteltagsanstellung: Faktor 0,25

Einige Gruppen erhalten den Gewichtungsfaktor null. Sie werden also nicht in die weitere Berechnung aufgenommen (zum Beispiel angestellte Ärzte in freier Praxis mit Leistungsbeschränkung). Bezogen auf 100.000 Einwohner kann das Ergebnis dieser Berechnung dann als vollzeitäquivalente Ärztedichte bezeichnet werden. Dies ist die abhängige Variable für die unten vorgestellten Analysen; zur Vereinfachung wird sie hier als Ärztedichte bezeichnet.

Gesonderte Analysen für jede der insgesamt 14 (Facharzt-)Gruppen würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Ausgewählt wurden daher die folgenden vier: Hausärzte, Frauenärzte, Internisten, Psychotherapeuten. Sie sind besonders groß und stellen für die erwachsene Bevölkerung die hausärztliche beziehungsweise hausarztnahe Versorgung bereit.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) stellt auch Daten zur Mitversorgung über die Kreisgrenzen hinweg zur Verfügung (Czihal et al. 2012). Unter Mitversorgung wird die Tatsache berücksichtigt, dass Praxen auch Leistungen für Patienten erbringen, die nicht zur eigenen Versorgungsregion gehören. Die Mitversorgung ist gerade im ländlichen Raum von hoher Bedeutung (Natanzon et al. 2010). Es gibt Gründe für und gegen die Einbeziehung von Mitversorgung (Ozegowski und Sundmacher 2012). Es könnte argumentiert werden, dass die Versorgung ja gewährleistet ist, wenn auch in einem anderen Kreis. Wichtiger für die vorliegende Arbeit ist jedoch die Argumentation, dass die Mitversorgung durch einen anderen Kreis auf einen Ärztemangel im eigenen Kreis hinweist und dies durch die Einbeziehung aber verschleiert würde. Daher wird die Mitversorgung hier nicht in der Analyse berücksichtigt.

2.2 Die sozialräumliche Charakterisierung der 96 Kreise

Zur Charakterisierung der Kreise werden vier Variablen herangezogen: Anteil der Personen über 65 Jahre, Anteil der Frauen, Siedlungstyp, regionale Deprivation. Da der Bedarf an gesundheitlicher Versorgung nach Alter und Geschlecht unterschiedlich ist, können die ersten beiden Variablen als

allgemeine Bedarfsindikatoren angesehen werden. Die Angaben können den Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung entnommen werden; sie beziehen sich auf das Jahr 2010 (BBSR 2011). Beim Siedlungstyp werden vier Gruppen unterschieden:

- kreisfreie Großstadt (n = 8)
- städtischer Kreis (n = 22)
- ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen (n = 34)
- dünn besiedelter ländlicher Kreis (n = 32)

In der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie steht, dass für die hausärztliche Versorgung Mittelbereiche gebildet werden (GBA 2012). In Bayern gibt es 137 Mittelbereiche; ein Mittelbereich umfasst mehrere Gemeinden. Die Planungsbereiche für die allgemeine fachärztliche Versorgung richten sich nach kreisfreien Städten, Landkreisen oder Kreisregionen. Dabei werden fünf raumordnungsspezifische Planungskategorien unterschieden. München ist zum Beispiel dem Typ 1 zugeordnet und Passau dem Typ 5. Im Mittelpunkt der hier vorgestellten Analyse stehen jedoch die Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Kreisen, und diese Einteilung ist klarer über die vier oben genannten Siedlungstypen möglich. Die Angaben beziehen sich auf das Jahr 2011.

Die regionale Deprivation wird über den Bayerischen Index Multipler Deprivation (BIMD) erfasst (Maier et al. 2012). Der BIMD basiert auf den Vorarbeiten von Noble und Kollegen (Noble et al. 2006). Er besteht aus sieben Domänen, wobei jede Domäne einen bestimmten Aspekt der Deprivation darstellt:

- Einkommen (finanzielle Armut der Einwohner)
- Erwerbstätigkeit (Arbeitslosigkeit)
- Bildung (Mangel an beruflicher Bildung)
- Kreiseinnahmen (finanzielle Situation des Kreises)
- Sozialkapital (Mangel an sozialen Ressourcen, erfasst über Wanderungsbilanz und Wahlbeteiligung)
- Umwelt (Qualität der physischen Umwelt, erfasst über die Bodenversiegelung)
- Sicherheit (Straßenverkehrsunfälle und Straftaten)

Die einzelnen Domänen können Score-Werte zwischen 0 (keine Deprivation) und 100 (höchste Deprivation) annehmen. Aus der Kombination dieser Domänen wird der Gesamtscore des BIMD gebildet und anschließend in Quintile eingeteilt, wobei Quintil 1 die niedrigste und Quintil 5 die höchste Deprivation anzeigt. Die Probleme, die zum Beispiel durch geringes Einkommen, hohe Arbeitslosigkeit und/oder niedrige Bildung auftreten können, werden in den Kreisen, die dem Quintil 5 zugeordnet sind, also besonders groß sein.

2.3 Statistische Analyse

Dargestellt wird zunächst die einfache Verteilung der Ärzte pro Arztgruppe, insgesamt und unterteilt nach Siedlungstyp beziehungsweise nach regionaler Deprivation. Die bivariaten

Zusammenhänge mit Siedlungstyp beziehungsweise regionaler Deprivation werden mithilfe des Spearman-Korrelationskoeffizienten berechnet. Er misst den monotonen Zusammenhang zwischen zwei zumindest ordinalskalierten Größen. Die multivariate Analyse erfolgt mit einer linearen Regression. Durchgeführt wurde die Datenanalyse mit dem Statistikprogramm SAS 9.2.

3 Ergebnisse

Die mit Abstand höchste Ärztedichte ist bei den Hausärzten zu finden, mit einem Mittelwert pro Kreis von 70,64 Ärzten pro 100.000 Einwohner; aber auch die anderen drei ausgewählten Arztgruppen (Frauenärzte, Internisten, Psychotherapeuten) weisen relativ hohe Werte auf (Tabelle 1). Bei den übrigen (in der weiteren Analyse nicht berücksichtigten) Arztgruppen liegt der Mittelwert bei maximal 7,28 Ärzten pro 100.000 Einwohner. Deutlich wird in Tabelle 1 auch die zum Teil große Streuung. So ist zum Beispiel bei den Psychotherapeuten der Mittelwert (20,33) deutlich höher als der Median (15,28), das heißt, es gibt Kreise mit einer besonders hohen Psychotherapeutendichte. Entsprechend weit auseinander liegen auch Minimum (2,56) und Maximum (74,33).

Die Ärztedichte pro Siedlungstyp zeigt: Bei den Hausärzten ist kein linearer Zusammenhang zu erkennen. Bezogen auf die Frauenärzte ist die Ärztedichte in den kreisfreien Großstädten (Siedlungstyp 1) besonders hoch, sowohl beim Mittelwert als auch beim Median. Der Korrelationskoeffizient zeigt einen signifikant negativen Zusammenhang (das heißt, die Dichte nimmt von Typ 1 bis zu Typ 4 signifikant ab). Die Streuung ist relativ groß, und das Maximum von 28,42 Frauenärzten pro 100.000 Einwohner liegt in einem dünn besiedelten ländlichen Kreis (Weiden in der Oberpfalz). Ähnlich ist es bei den Internisten: Die Versorgungsdichte ist in den kreisfreien Großstädten (Typ 1) erheblich höher als in den ländlichen Kreisen, aber das Maximum (35,96 pro 100.000 Einwohner) liegt wieder in einem dünn besiedelten ländlichen Kreis (Straubing). Bei den Psychotherapeuten ist ein deutlicher Zusammenhang zu erkennen, das heißt, die Versorgungsdichte nimmt von Typ 1 bis Typ 4 kontinuierlich ab.

Die Verteilung der Ärztedichte pro Deprivationsquintil zeigt: Bei den Hausärzten nimmt die Versorgungsdichte mit zunehmender Deprivation etwas zu, und der Korrelationskoeffizient ist signifikant positiv. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Frauenärzten und vor allem bei den Internisten. Bei den Psychotherapeuten ist dagegen kein klarer Zusammenhang zu erkennen, aber auch hier ist die Versorgungsdichte in den am stärksten deprivierten Kreisen (Quintil 5) am höch-

ten, sowohl beim Mittelwert (27,23) als auch beim Median (31,76). Die jeweiligen Minima und Maxima verdeutlichen, dass die Ärztedichte pro Deprivationsquintil große Unterschiede aufweist und dass die Zusammenhänge komplexer sind, als einfache Mittelwertvergleiche vermuten lassen.

Die räumliche Verteilung der Ärzte pro Kreis ist in Abbildung 1 dargestellt. Hier fällt zum Beispiel auf, dass ein kleiner Kreis mit relativ hoher Versorgungsdichte (dunkle Schattierung) häufig inmitten eines größeren Kreises mit niedriger Versorgungsdichte liegt. Hier handelt es sich zu meist um eine kreisfreie Stadt innerhalb einer Kreisregion. Da die Kreisregion als Planungsbereich gilt, wird die Ungleichverteilung innerhalb des Planungsbereiches also erst dann deutlich, wenn zwischen kreisfreier Stadt und umliegendem Landkreis unterschieden wird. Die geografische Darstellung verdeutlicht somit, dass die Versicherten aus den umliegenden Landkreisen häufig längere Wege zur ambulanten Versorgung in den kreisfreien Städten in Kauf nehmen müssen. Dies ist auch ein deutlicher Hinweis darauf, dass Analysen zu regionalen Unterschieden bei der Ärztedichte möglichst kleinräumig sein sollten, dass Planungsbereiche hierfür also häufig zu groß sind.

Die Verteilung der unabhängigen Variablen, stratifiziert nach Siedlungstyp, ist in Tabelle 2 dargestellt. Dabei wird zum Beispiel deutlich, dass die regionale Deprivation nicht nur in Typ 1 (kreisfreie Großstadt) besonders hoch ist, sondern auch in Typ 4 (dünn besiedelter ländlicher Kreis). Besonders niedrig ist sie dagegen in Typ 2 (städtischer Kreis). Zwischen Siedlungstyp und regionaler Deprivation besteht also kein einfacher, linearer Zusammenhang.

Bei der linearen Regression werden drei unterschiedliche Modelle berechnet. Alle beinhalten die beiden demografischen Variablen (Anteil der Personen über 65 Jahre, Anteil der Frauen). In Modell 1 wird als weitere Variable die regionale Deprivation aufgenommen, und in Modell 2 der Siedlungstyp. In Modell 3 werden regionale Deprivation und Siedlungstyp dann gemeinsam aufgenommen. Bezogen auf die Hausärzte lassen sich die folgenden Ergebnisse hervorheben: Je höher der Anteil von älteren Menschen und von Frauen ist, desto höher ist auch die Ärztedichte. Ein signifikanter Zusammenhang mit der regionalen Deprivation ist nicht zu erkennen, weder in Modell 1 noch in Modell 3. Zusammenhänge mit dem Siedlungstyp zeigen sich kaum; auffallend ist lediglich, dass die Ärztedichte in städtischen Kreisen (Typ 2) signifikant niedriger ist als in kreisfreien Großstädten (Typ 1). Bezogen auf die Frauenärzte ist hervorzuheben, dass die Ärztedichte in den Kreisen besonders hoch ist, die einen hohen Anteil Frauen aufweisen. Die Zusammenhänge mit der Variablen „Anteil Frauen“ sind nicht sehr groß, aber doch auffällig. Erklärt werden können sie unseres Wissens bisher noch nicht.

TABELLE 1

Bivariate Zusammenhänge zwischen Ärztedichte, Siedlungstyp^a und Deprivationsindex^b

	Korrelation ^c		Ärztedichte (pro 100.000 Einwohner)			
	Koeffizient	p-Wert	Mittelwert ^d	Median	Minimum	Maximum
Hausärzte: insgesamt			70,64	68,68	57,69	95,32
nach Siedlungstyp	+ 0,20	0,0550				
Typ 1			74,30	71,34	68,79	82,76
Typ 2			66,54	64,79	59,36	83,55
Typ 3			69,91	67,61	57,69	87,12
Typ 4			73,33	69,63	61,87	95,32
nach Deprivationsindex	+ 0,46	0,0001				
Quintil 1			65,78	61,31	57,69	83,55
Quintil 2			68,90	66,86	57,78	91,35
Quintil 3			70,44	68,00	63,61	87,12
Quintil 4			71,86	71,69	61,87	82,99
Quintil 5			75,95	69,94	62,51	95,32
Frauenärzte: insgesamt			11,88	9,41	3,46	28,42
nach Siedlungstyp	- 0,32	0,0015				
Typ 1			18,55	17,88	16,38	21,89
Typ 2			11,51	10,48	3,91	28,00
Typ 3			11,02	8,91	3,46	26,13
Typ 4			11,37	8,40	3,74	28,42
nach Deprivationsindex	+ 0,18	0,0804				
Quintil 1			9,88	10,28	6,06	12,41
Quintil 2			9,57	8,77	3,46	21,89
Quintil 3			11,19	9,10	5,26	28,00
Quintil 4			11,76	8,37	3,74	27,19
Quintil 5			16,73	16,67	6,98	28,42
Internisten: insgesamt			11,17	8,08	0,00	35,96
nach Siedlungstyp	- 0,10	0,3292				
Typ 1			19,66	18,77	12,27	27,71
Typ 2			9,39	7,61	1,12	24,73
Typ 3			10,07	8,26	2,02	29,86
Typ 4			11,44	7,83	0,00	35,96
nach Deprivationsindex	+ 0,38	0,0001				
Quintil 1			7,25	6,55	2,02	15,98
Quintil 2			8,93	7,73	2,88	21,91
Quintil 3			9,26	7,89	2,63	24,71
Quintil 4			12,46	7,94	0,00	32,14
Quintil 5			17,63	16,81	5,00	35,96
Psychotherapeuten: inges.			20,33	15,28	2,56	74,33
nach Siedlungstyp	- 0,44	0,0001				
Typ 1			49,68	45,60	33,89	74,33
Typ 2			23,18	19,76	4,47	55,56
Typ 3			17,14	13,81	2,63	57,15
Typ 4			14,42	9,57	2,56	40,45
nach Deprivationsindex	+ 0,08	0,4721				
Quintil 1			20,14	17,47	2,69	55,56
Quintil 2			17,88	10,61	2,56	74,33
Quintil 3			16,72	13,87	2,63	46,94
Quintil 4			19,31	10,40	2,80	59,54
Quintil 5			27,23	31,76	3,95	57,15

a) Typ 1 = kreisfreie Großstadt; Typ 2 = städtischer Kreis; Typ 3 = ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen; Typ 4 = dünn besiedelter ländlicher Kreis

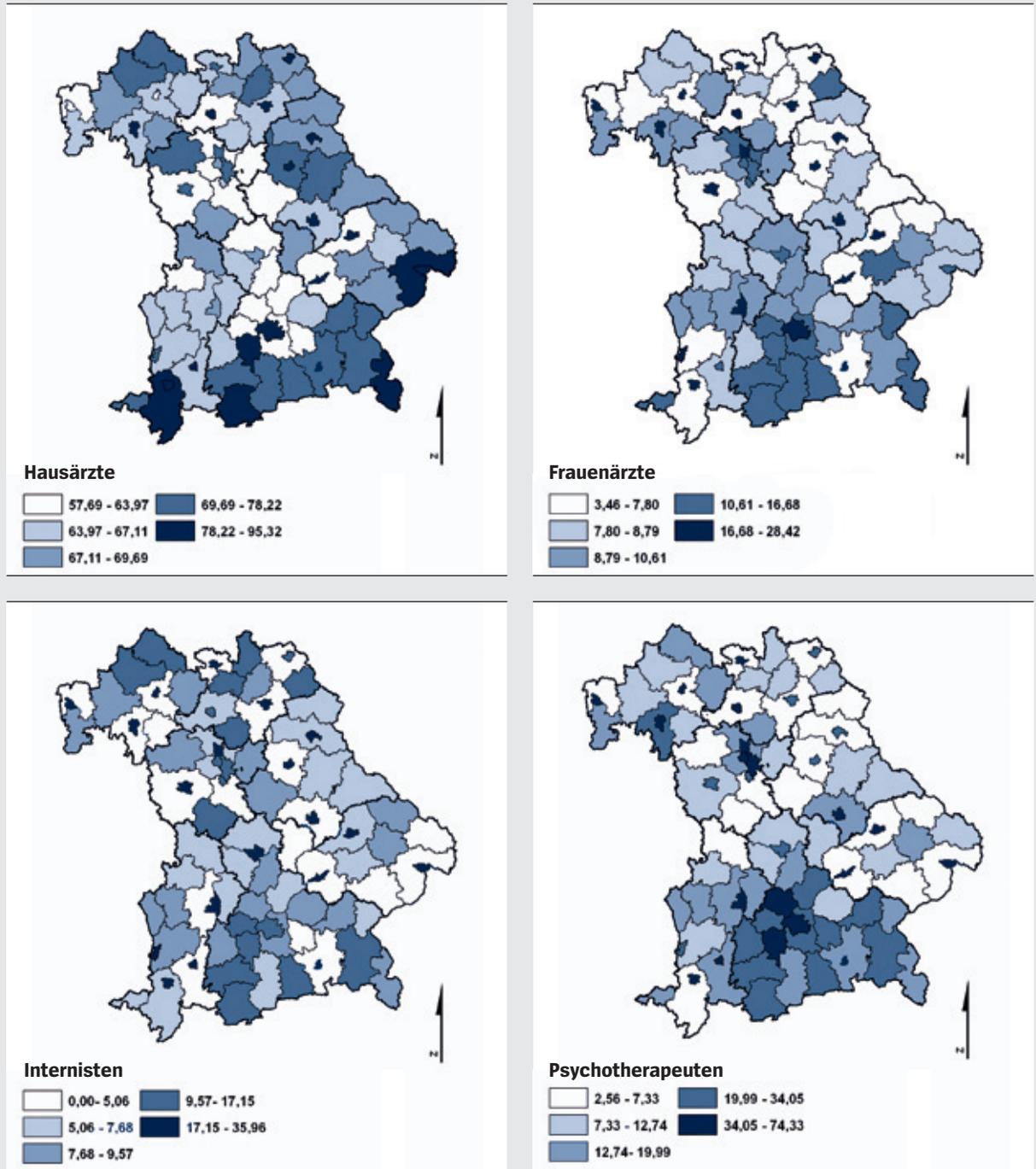
b) Bayerischer Index Multipler Deprivation (Quintil 1 „niedrige“ bis Quintil 5 „hohe“ Deprivation)

c) Spearman-Korrelationskoeffizient

d) Mittelwert (Mean)

ABBILDUNG 1

Verteilung der Ärztedichte pro Kreis (Unterteilung der Ärztedichte jeweils in Quintile)



Quelle: eigene Berechnungen; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

Zudem steigt die Ärztedichte mit zunehmender regionaler Deprivation etwas an. Beim Siedlungstyp ist zu erkennen (siehe Modelle 2 und 3), dass die Ärztedichte in den ländlichen Kreisen (Typen 3 und 4) signifikant geringer ist als in den kreisfreien Großstädten (Typ 1). Ähnlich ist es auch bei den Internisten: Die Ärztedichte ist dort besonders hoch, wo der Anteil Frauen beziehungsweise die regionale Deprivation relativ hoch sind, und sie ist in den städtischen und ländlichen Kreisen (Typen 2 bis 4) niedriger als in den kreisfreien Großstädten (Typ 1). Deutlicher werden die Zusammenhänge bei den Psychotherapeuten: Wo der Anteil Frauen höher ist, gibt es auch mehr Psychotherapeuten, in den städtischen und ländlichen Kreisen (Typen 2 bis 4) gibt es erheblich weniger Psychotherapeuten als in den kreisfreien Großstädten (Typ 1). Auch die erklärte Varianz ist bei den Psychotherapeuten am höchsten (zum Beispiel 60,0 Prozent in Modell 3).

4 Diskussion

In seinem Gutachten aus dem Jahr 2001 weist der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen auf das Fehlen einer offiziellen Definition für den Begriff bedarfsgerechte Versorgung hin. Nach intensiver Diskussion wird dort schließlich die folgende Begriffsbestimmung vorgeschlagen: „Eine dem individuellen, professionell und wissenschaftlich anerkannten Bedarf voll entsprechende, also indizierte, sich auf Leistungen mit hinreichend gesichertem Nettonutzen beschränkende und fachgerecht erbrachte Versorgung ist eine bedarfsgerechte Versorgung“ (*Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, S. 32*). Dieser Vorschlag verdeutlicht, wie komplex und schwer definierbar ein Begriff wie Bedarfsgerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung ist. Bezogen auf das Thema Ärztedichte muss gefragt werden: Wie lässt sich auf dieser Grundlage konkret bestimmen, wie eine bedarfsgerechte Versorgung mit ambulant tätigen Ärzten aussehen sollte, wann in einer bestimmten Region bei einer bestimmten Gruppe von ambulant tätigen Ärzten die Ärztedichte bedarfsgerecht ist? Hinzu kommen die ökonomischen Restriktionen. Auch wenn eine allgemein akzeptierte und praktisch umsetzbare Definition des Begriffs bedarfsgerechte Ärztedichte vorliegen sollte, stellt sich die Frage, ob diese Ärztedichte auch finanzierbar ist. Falls die finanziellen Ressourcen nicht ausreichen, muss ein Kompromiss zwischen der angestrebten Ärztedichte und den zur Verfügung stehenden Mitteln gefunden werden. Eine wissenschaftlich fundierte Diskussion zu diesen vielfältigen Fragen ist bisher erst ansatzweise vorhanden. Umso wichtiger sind aus unserer Sicht empirische Analysen, die zumindest einen ersten Einblick in die regionale Verteilung von Ärzten bieten.

TABELLE 2

Bivariate Zusammenhänge mit dem Siedlungstyp

	Siedlungstyp ^a			
	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4
Anteil Personen über 65 Jahre	19,38	19,73	20,03	20,38
Anteil Frauen	51,63	50,82	50,85	50,81
BIMD ^b	27,52	13,06	21,53	27,95

a) siehe Tabelle 1

b) Bayerischer Index Multipler Deprivation (stetige Variable, das heißt ohne Quintile)

Quelle: eigene Berechnungen; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

Die zentralen Ergebnisse der oben vorgestellten Analyse lassen sich so zusammenfassen: Die Variable „Anteil der Personen über 65 Jahre“ hat nur geringen Einfluss auf die Ärztedichte pro Kreis. Dies ist auch deswegen wichtig zu erwähnen, weil die Bedarfsplanungsrichtlinie für die meisten Arztgruppen davon ausgeht, dass die Ärztedichte mit dem Anteil älterer Menschen ansteigen sollte (*GBA 2012; GBA 2013*). Die Variable „Anteil Frauen“ zeigt: Je höher ihr Anteil, desto höher ist bei allen vier Arztgruppen auch die Ärztedichte (besonders deutlich bei den Psychotherapeuten). In weiteren Studien sollte zum Beispiel untersucht werden, ob dieser Zusammenhang nach Kontrolle weiterer sozialer Variablen wie Familienstand oder individuelle Schulbildung erhalten bleibt.

Die regionale Deprivation hat nur bei den Frauenärzten und den Internisten einen Einfluss auf die Ärztedichte; er ist positiv (das heißt, höhere Ärztedichte bei höherer Deprivation), aber nicht sehr groß. Die Vermutung liegt nahe, dass eine höhere regionale Deprivation mit einem deutlich höheren Versorgungsbedarf einhergeht. Eine frühere Studie hat zum Beispiel gezeigt, dass die Mortalität in den Regionen mit hoher Deprivation ebenfalls besonders hoch ist (*Maier et al. 2012*). Im Sinne der Bedarfsgerechtigkeit stellt sich daher die Frage, ob die Ärztedichte mit zunehmender regionaler Deprivation nicht noch deutlicher ansteigen sollte als bisher. Zur weiteren Klärung dieser Frage wäre es wichtig, mehr über die regionalen Unterschiede von Art und Ausmaß des Versorgungsbedarfs zu wissen, zum Beispiel mit Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen regionaler Deprivation und Morbiditätsstruktur.

Bezogen auf den Siedlungstyp wird vor allem deutlich, dass bei Frauenärzten, Internisten und Psychotherapeuten die

Ärztedichte in den ländlichen Räumen besonders niedrig ist (am deutlichsten wieder bei den Psychotherapeuten). Allerdings ist dieser Zusammenhang nicht stetig, das heißt, die Ärztedichte nimmt zumeist nicht von Typ 1 (kreisfreie Großstadt) bis hin zu Typ 4 (dünn besiedelte ländliche Kreise) kontinuierlich ab. Vergleichbare empirische Analysen zur Ärztedichte in ländlichen und städtischen Regionen sind unseres Wissens noch nicht publiziert worden. Hier besteht noch großer Forschungsbedarf. Regionale Unterschiede können durchaus sinnvoll sein; es ist zum Beispiel kaum möglich, eine hoch spezialisierte fachärztliche Versorgung in jeder ländlichen Region anzubieten. Wichtig wäre eine klare Unterscheidung zwischen planerisch sinnvollen und nicht sinnvollen Unterschieden in der Ärztedichte (*Schmacke 2006; Schmacke 2013*), das heißt eine genaue Definition dessen, was unter sinnvoll beziehungsweise nicht sinnvoll verstanden wird. Es spricht beispielsweise vieles dafür, bei den Hausärzten keine größeren Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen zuzulassen (die Analysen weisen darauf hin, dass diese Unterschiede in der Tat sehr klein sind). In künftigen Arbeiten sollte untersucht werden, wie lange die Patienten für den Weg zum Arzt benötigen, getrennt nach städtischen und ländlichen Regionen und nach Arztgruppe. Zentrales Ziel sollte letztlich die Prognose des künftigen Ärztebedarfs in den verschiedenen städtischen und ländlichen Regionen sein; ein allgemein akzeptiertes Verfahren zur Bestimmung des künftigen Ärztebedarfs ist aber offenbar noch nicht vorhanden (*Roberfroid et al. 2009*).

Die folgenden Einschränkungen unserer Analyse müssen beachtet werden:

- Die Ärztedichte bietet nur einen groben Anhaltspunkt zur Einschätzung der Quantität und Qualität ambulanter Versorgung.
- Angaben zur Ärztedichte waren nur auf Ebene der Kreise zu erhalten. Es wäre jedoch möglich, dass die hier untersuchten Zusammenhänge noch besser auf einer kleinräumigeren Ebene (zum Beispiel den Gemeinden) erfasst werden können.
- Die Angaben zur Ärztedichte sagen noch nichts über die tatsächlichen Wegezeiten und -kosten für die Patienten aus.
- Es fehlen Angaben zum konkreten Versorgungsbedarf pro Region; erforderlich hierzu wären Informationen zu gesundheitlichen Risiken und Morbidität.

Trotz dieser Einschränkungen stellt die hier vorgestellte Analyse unseres Erachtens einen wichtigen Diskussionsbeitrag dar. In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion nimmt die Ärztedichte einen hohen Stellenwert ein; wissenschaftliche Publikationen lassen sich dazu jedoch kaum finden. Positiv hervorzuheben ist hier die Arbeit von Ozegowski und Sundmacher. Mithilfe von Routinedaten einer gesetzlichen Krankenversicherung zur tatsächlichen Inan-

spruchnahme niedergelassener Ärzte schätzen sie für jede kreisfreie Stadt beziehungsweise jeden Landkreis den Bedarf an gesundheitlicher Versorgung. Zur Berechnung der regionalen Verteilung wird dieser Bedarf dann mit der Ärztedichte verglichen (*Ozegowski und Sundmacher 2012*). Die Ergebnisse zeigen ähnlich wie bei unserer Analyse, dass die regionale Ungleichverteilung bei Hausärzten gering und bei Psychotherapeuten hoch ist. Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen wurden nicht explizit erfasst, eine Variable zur Erfassung der regionalen Deprivation wurde nicht einbezogen.

Die Ableitung konkreter gesundheitspolitischer Empfehlungen ist schwierig, viele Fragen wären noch zu klären. Wenn eine geringe Ärztedichte in den ländlichen Kreisen durch Mitversorgung in den städtischen Kreisen ausgeglichen werden kann, dann wäre die gesundheitliche Versorgung zwar gewährleistet, es käme aber zu relativ hohen Wegezeiten und/oder -kosten (vor allem bei denjenigen, die nicht aus beruflichen Gründen sowieso häufig in die Stadt fahren müssen). Es muss also gefragt werden, welche Wegezeiten und/oder -kosten noch akzeptabel sind, und welche Grenzen der Ärztedichte gesetzt sind aus Sicht der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems. Hinzu kommt, dass regionale Vergleiche zur Ärztedichte noch nichts über mögliche Unter- oder Überversorgung aussagen. Hierfür wären belastbare Daten zum regionalspezifischen Bedarf an ambulanter Versorgung nötig.

Eine weitere wichtige Frage ist, wie eine angestrebte regionale Verteilung der Ärzte auch tatsächlich erreicht werden könnte. Die Möglichkeiten scheinen beschränkt (*Adler und v. d. Knesebeck 2011; Fülöp et al. 2010; Kistemann und Schröer 2007; Klose und Uhlemann 2006; Langer et al. 2014; Schmacke 2006; Schmacke 2013; Steinhäuser et al. 2012; Wildner 2011*). Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) besagt, dass die ärztliche Versorgung für alle Personenkreise sichergestellt werden muss. Die Standortentscheidung von Ärzten wird aber durch eine Vielzahl von Faktoren geprägt. Als „harte“ Faktoren sind zu nennen: das Angebot freier Vertragsarztpraxen, Mietpreise für Praxisräume und Wohnung, die Konkurrenzsituation, Möglichkeiten einer Praxisübernahme sowie die (potenzielle) Anzahl privatversicherter Patienten (*Sundmacher und Ozegowski 2013*). Wichtig sind aber auch weiche Faktoren wie das Wohnumfeld für Kinder und Familie, das Image der Wohngegend, die Nähe zum Arbeitsplatz des Lebensgefährten oder der Lebensgefährtin und die Nähe zur nächstgrößeren Stadt. Weitere Fragen sind: Wie wichtig ist die Vorbildfunktion zufriedener Landärzte sowie das Aufzeigen ihrer oft sehr abwechslungsreichen Tätigkeit? Wie wichtig sind flexible Praxismodelle mit Angestelltenverhältnis, Teilzeitanstellung und/oder Kinderbetreuung? Wie wichtig sind die Kooperationen mit den Krankenhäusern?

Auch und gerade in den ländlichen Regionen sind offenbar erhebliche Anstrengungen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung erforderlich. Jacobs und Schulze schreiben dazu: „Das zentrale Problem in den dünn besiedelten Landregionen, in denen bereits Versorgungslücken bestehen oder in absehbarer Zeit zu entstehen drohen, liegt nicht in erster Linie darin, dass für diese Regionen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung nicht genug Arztstühle ausgewiesen werden, sondern dass ein zunehmender Teil der ausgewiesenen ‚Planstellen‘ offenkundig nicht besetzt werden kann“ (Jacobs und Schulze 2011). Es werden bereits eine ganze Reihe von Lösungsvorschlägen diskutiert. Zu nennen ist hier zum Beispiel eine neue Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und nicht ärztlichen Gesundheitsberufen (Schmacke 2013). Durch Delegation von Aufgaben auf nicht ärztliches Fachpersonal können Ärzte entlastet werden, ohne dabei die Versorgungsqualität zu gefährden. In verschiedenen Modellprojekten wurde dies bereits demonstriert, zum Beispiel im Projekt AGnES (Arztentlastende, Gemeindefnahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), im Projekt VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) und im Projekt „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) (Gerlach et al. 2011; Hoffmann et al. 2010; Mergenthal et al. 2013; Gerst 2012). Hilfreich könnte auch die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sein; den Ärzten, die eine bessere Work-Life-Balance erreichen wollen, bieten sie häufig eine größere Flexibilität. Auch die Telemedizin könnte dazu beitragen, die ärztliche Tätigkeit in ländlichen Regionen zu vereinfachen. Zur konkreten Planung vor Ort könnten regionale Versorgungskonferenzen dienen (Grefß und Stegmüller 2011; Holleder 2014). Wissenschaftlich fundierte Empfehlungen lassen sich bisher jedoch kaum formulieren.

Weiterer Forschungsbedarf ist naheliegend: Da sich die vorliegende Analyse lediglich auf das Bundesland Bayern bezieht, sollten vergleichbare Analysen auch für andere Bundesländer durchgeführt werden. Benötigt werden zudem kleinräumige Daten zur Ärztedichte (pro Facharztgruppe), zum Versorgungsbedarf, zu Wegezeiten und -kosten. Wichtig wären auch Informationen zu den gesundheitlichen Folgen langer Wegezeiten und -kosten für die Patienten.

Danksagung

Wir danken dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) für die Bereitstellung der Daten zur Ärztedichte (siehe: <http://www.versorgungsatlas.de>).

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

TABELLE 3

Multiple lineare Regression mit der abhängigen Variablen „Ärztedichte“

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Hausärzte			
Anteil über 65 Jahre	+1,29**	+1,39***	+1,53***
Anteil Frauen	+2,74***	+2,69**	+2,73**
BIMD ^a	+0,05	—	-0,04
Siedlungstyp 2 ^b		-6,08**	-6,69**
Siedlungstyp 3		-3,23	-3,54
Siedlungstyp 4		-0,18	-0,28
erklärte Varianz (R ²)	33,8%	41,2%	41,5%
Frauenärzte			
Anteil über 65 Jahre	-0,50	+0,04	-0,27
Anteil Frauen	+4,62***	+4,12***	+4,04***
BIMD ^a	+0,08**	—	+0,09**
Siedlungstyp 2 ^b		-3,74*	-2,45
Siedlungstyp 3		-4,38**	-3,72*
Siedlungstyp 4		-3,88*	-3,68*
erklärte Varianz (R ²)	45,6%	45,8%	48,2%
Internisten			
Anteil über 65 Jahre	-0,02	+0,77*	+0,40
Anteil Frauen	+4,71***	+3,96***	+3,86***
BIMD ^a	+0,13**	—	+0,10*
Siedlungstyp 2 ^b		-7,35***	-5,81**
Siedlungstyp 3		-7,03***	-6,25**
Siedlungstyp 4		-5,77**	-5,52**
erklärte Varianz (R ²)	42,5%	44,0%	46,1%
Psychotherapeuten			
Anteil über 65 Jahre	-2,67***	-1,11	-1,04
Anteil Frauen	+14,17***	+10,12***	+10,14***
BIMD ^a	-0,02	—	-0,02
Siedlungstyp 2 ^b		-17,94***	-18,24***
Siedlungstyp 3		-23,99***	-24,15***
Siedlungstyp 4		-25,92***	-25,97***
erklärte Varianz (R ²)	42,8%	59,9%	60,0%

*** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05

^{a)} Bayerischer Index Multipler Deprivation (stetige Variable, das heißt ohne Quintile)

^{b)} Typ 2 = städtischer Kreis
Typ 3 = ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Typ 4 = dünn besiedelter ländlicher Kreis
(Referenzgruppe: Siedlungstyp 1, das heißt kreisfreie Großstadt)

Literatur

Adler G, v. d. Knesebeck JH (2011): Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt, Jg. 54, Heft 2, 228–237

BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt-, und Raumforschung) (2011): Siedlungsstrukturelle Kreistypen; www.bbsr.bund.de/

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2013): Versorgungsstrukturgesetz – Zukunftssichere Versorgung; www.bmg.bund.de → Themen von A–Z → G → GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Czaja M, Meinschmidt G, Bettge S (2012): Sozialindikative Planung der regionalen ärztlichen Versorgung. Ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und Hausärzte. Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 3, 34–43

Czihal T, von Stillfried D, Schallock M (2012): Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland; [www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/21/ID_21_22_Bericht%20\(Langversion\)_2.pdf](http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/21/ID_21_22_Bericht%20(Langversion)_2.pdf)

Fülöp G, Kopetsch T, Schöpe P (2010): Planning medical care for actual need. Journal of Public Health, Jg. 18, 97–104

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2012): Beschluss über die Neufassung der Richtlinie über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) vom 20. Dezember 2012; www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bedarfsplanung/Bedarfsplanung-RL_2012-12-20_BAnz.pdf

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2013): Tragende Gründe – zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Bedarfsplanung gemäß GKV-VStG (vom 20. Dezember 2012, geändert am 18. Februar 2013); www.g-ba.de/downloads/40-268-2154/2012-12-20_Bedarfsplanung-Neufassung-VStG_TrG.pdf

Gerlach I, Brenk-Franz K, Gensichen J (2011): Qualifizierung von MFA für delegierbare Tätigkeiten in der häuslichen Umgebung von allgemeinärztlichen Patienten. Z Allg Med, Jg. 87, Heft 6: 280–286

Gerst T (2012): Nichtärztliche Praxisassistentin: Die Versorgung im Team sichern. Dtsch Arztebl, Jg. 109, Heft 11, A516–A520

Greß S, Stegmüller K (2011): Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung; <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/07866.pdf>

Hoffmann W, Dreier A, van den Berg N (2010): Arztlastende Delegationsmodelle: AGnES und Co. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg.) Versorgungs-Report. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer, 227–237

Holleder A (2014): Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. Gesundheitswesen (eFirst); www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1361109

Jacobs K, Schulze S (2011): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: mehr Vielfalt und Produktivität statt fortgesetzter Planwirtschaft. In: Jacobs K, Schulze S. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: KomPart, 141–164

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2012): Das Versor-

ungsstrukturgesetz; www.kbv.de/media/sp/broschuere_versorgungstrukturgesetz_web.pdf

Kistemann T, Schröer MA (2007): Kleinräumige kassenärztliche Versorgung und subjektives Standortwahlverhalten von Vertragsärzten in einem übertersorgten Planungsgebiet. Das Gesundheitswesen, Jg. 69, 593–600

Klose J, Uhlemann T, Gutschmidt S (2003): Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK, 48, 143

Klose J, Uhlemann T (2006): Fehlallokation in der vertragsärztlichen Versorgung. Abbau und Vermeidung von Über- und Unterversorgung. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 6, Heft 3, 7–17

Klose J, Rehbein I (2011): Ärzteatlas 2011 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK, 6

Langer A, Ewert T, Holleder A, Geuter G (2014): Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, (eFirst); www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1356303

Maier W, Fairburn J, Mielck A (2012): Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. Entwicklung eines ‚Index Multipler Deprivation‘ auf Gemeindeebene. Das Gesundheitswesen, Jg. 74, 416–425

Mangjapane S, von Stillfried D (2012): Erläuterungen zum Beitrag Ärzte je 100.000 Einwohner. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland; www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/20/Arztzahlen_Infoblatt.pdf

Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM (2013): Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, Jg. 107, Heft 6, 386–393

Natanzon I, Szescenyi J, Ose D, Joos S (2010): Future potential country doctor. The perspectives of German GPs. Rural and Remote Health, Jg. 10, 1–10

Noble M, Wright G, Smith G, Dibben C (2006): Measuring multiple Deprivation at the small-area level. Environment and Planning, Band 38, 169–185

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

Roberfroid D, Leonard C, Stordeur S (2009): Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? Hum Resour Health, Jg. 7, 10

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2001): Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung (Zusammenfassung). Bonn; www.svr-gesundheit.de → Gutachten → Gutachten 2000/2001 → Download/Bestellung → Kurzfassung Band III

Schmacke N (2006): Ärztemangel: Viele Fragen werden nicht diskutiert. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 6, Heft 3, 18–25

Schmacke N (2013): Wie viele und welche Ärzte braucht das Land? Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 13, Heft 4, 7–15

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Statistik lokal. Daten für die Gemeinden, kreisfreien Städte und Kreise Deutschlands. Ausgabe 2008. Düsseldorf

Steinhäuser J, Scheidt L, Szecsenyi J et al. (2012): Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausarztmangel – eine Befragung von Bürgermeistern in Baden-Württemberg. Gesundheitswesen, Jg. 74, 612–617

Sundmacher L, Ozegowski S (2013): Ziehen Privatpatienten Ärzte an? Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 16, Heft 12, 31–35

Wildner M (2011): Wie viele Ärzte braucht das Land? Gesundheitswesen, Jg. 73, Heft 4, 209–210

ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland) (2013): Versorgungsatlas. Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner im Jahr 2010 (nach Arztgruppen); www.versorgungsatlas.de

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 2. April 2014)

DIE AUTOREN



Alexandra Rüger, MPH

Jahrgang 1986, Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München (Abschluss: Bachelor of Science) und Public Health an der Ludwig-Maximilians-Universität München (Abschluss: Master of Public Health). 2011

Gastforschungsaufenthalt im Bereich Health Sciences an der Universität Kopenhagen. 2012 Masterarbeit am Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen. Seit 2012 als Beraterin bei der Serviceplan Health & Life in München.



Werner Maier, Dipl.-Geograph, MPH, EMPH

Jahrgang 1958, Studium der Geographie sowie der Öffentlichen Gesundheit und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheits-

wesen. Wissenschaftliche Tätigkeit zu den Themen regionale Deprivation und Gesundheit; soziale und regionale Determinanten des Typ-2-Diabetes; Gesundheit, räumliche Umgebung und soziale Partizipation bei älteren Menschen. Mitbegründer und Sprecher der Arbeitsgruppe „Health Geography“ in der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi).



Dr. PH Sven Voigtländer, Dipl.-Pfleger, (FH), M.Sc.PH

Jahrgang 1978, studierte Pflegemanagement an der Westsächsischen Hochschule Zwickau sowie Public Health an der Universität Bielefeld mit Aufenthalten an der Jawaharlal Nehru University, Indien, und der University of Essex, UK. Von 2008 bis 2012 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe Epidemiologie & International Public Health. Seit 2012 am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Sachgebiet Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemanalyse (GE 6) mit dem Arbeitsschwerpunkt Versorgungsepidemiologie.



Dr. phil. Andreas Mielck, MPH

Jahrgang 1951, Studium der Soziologie an der Universität Hamburg (Abschlüsse: Dipl.-Soz., Dr. phil.) und der Epidemiologie an der University of North Carolina at Chapel Hill, USA (Abschluss: Master of Public Health). Seit 1989 am Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen. Seit 1993 Lehrbeauftrag-

ter für Sozial-Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. 1997 Gründung der Arbeitsgruppe Sozial-Epidemiologie und ihr Sprecher bis 2011. 2002 bis 2008 stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS). Umfangreiche wissenschaftliche Tätigkeit vor allem zum Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit.

20 Jahre „technischer Kern“ der GKV-Wettbewerbsordnung

Erfolgskapitel Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) feiert in diesem Jahr seinen zwanzigsten Geburtstag. Seiner 1994 erfolgten Einführung war der inzwischen fast schon legendäre „Kompromiss von Lahnstein“ vorausgegangen, der im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) zur Einführung der freien Krankenkassenwahl für fast alle GKV-Mitglieder führte. Dieser Schritt war gleichbedeutend mit einer Grundsatzentscheidung zugunsten einer verstärkt wettbewerblichen Ausrichtung der GKV und erforderte zwingend die Einführung einer stringenten Wettbewerbsordnung. Deren „technischer Kern“ war von Anfang an der GKV-weite Risikostrukturausgleich (RSA).

In den vergangenen zwei Jahrzehnten ist oft über den RSA gestritten worden, 2005 sogar vor dem Bundesverfassungsgericht. Mittlerweile kann die grundsätzliche Notwendigkeit des RSA jedoch als weithin unstrittig gelten. Jedes wettbewerbliche Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung benötigt einen Ausgleichsmechanismus, der dafür sorgt, dass Beitrags(satz)unterschiede zwischen den Krankenkassen keine unterschiedlichen „Solidarlasten“ widerspiegeln und insofern auch kein Anreiz zu unerwünschter Risikoselektion besteht. Das heißt konkret, dass keine Kasse im Wettbewerb allein schon deshalb einen Preisvorteil haben darf, weil sie überdurchschnittlich viele junge, gesunde und einkommensstarke Personen versichert. In diesem Fall würde der kassenspezifische Beitrag ein falsches, weil verzerrtes Preissignal senden, und der Kassenwettbewerb würde fehlgesteuert.

So unstrittig die Notwendigkeit des RSA ist – es gibt ihn entsprechend in allen wettbewerblichen Krankenversicherungssystemen mit solidarischer Finanzierung, von den Niederlanden über Belgien bis zur Schweiz –, so kontrovers wird bisweilen über seine konkrete Ausgestaltung gestritten. Dabei ist der in Deutschland seit 2009 praktizierte morbiditätsorientierte RSA erklärtermaßen als „lernendes System“ etabliert. Das heißt, seine Ausgestaltung wird ständig überprüft und gegebenenfalls gezielt angepasst – etwa wenn sich das Krankheitsspektrum der Bevölkerung oder bestimmte Behandlungsmethoden verändert haben.

Vor diesem Hintergrund sind Vorschläge zur gezielten Weiterentwicklung des RSA grundsätzlich stets willkommen. Bei ihrer Beurteilung geht es naturgemäß zunächst um die unmittelbaren Finanzwirkungen. Daneben spielen weitere Beurteilungskriterien wie die Manipulationsresistenz oder der erforderliche Verwaltungsaufwand eine Rolle. Mindestens ebenso wichtig – wenngleich vielfach weniger

beachtet – sind aber auch die Anreizwirkungen, die in Bezug auf das wettbewerbliche Kassenhandeln ausgelöst werden: Wird die (generell erwünschte) aktive Einflussnahme auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung gefördert? Wird das (generell unerwünschte) Interesse an Risikoselektion – positiver wie negativer Art – gegenüber bestimmten Versichertengruppen vermindert? Wer sich diese Fragen nicht stellt, springt bei der Beurteilung der Ausgestaltung des RSA von vornherein zu kurz.

Das bestätigt ein Blick auf den „Methodenfehler“, der seit 2009 bei der Ermittlung der krankheitsbezogenen Risikozuschläge im RSA gemacht wird. Dieser Fehler betrifft zunächst unmittelbar alle Versicherten mit Krankheiten, die eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit aufweisen – beziehungsweise Krankenkassen mit vergleichsweise vielen dieser Versicherten in ihren Reihen. Die Kassen bekommen aber nicht nur für diese Versicherten zu geringe Zuweisungen, sondern auch für alle Alten und Hochbetagten, während für Versicherte im unteren und mittleren Lebensalter im Durchschnitt zu hohe Zuweisungen erfolgen. Das hat fatale Anreizwirkungen für das praktische Kassenhandeln, die sich auch nicht mit anderen – tatsächlichen oder vermeintlichen – „Unwuchten“ im RSA „verrechnen“ lassen, denn auch dann blieben junge, überwiegend gesunde Versicherte aus der Versicherungsperspektive unverändert gute Risiken und alte, vielfach kranke Versicherte blieben schlechte Risiken.

Der Vorschlag zur Modifizierung des RSA, den Gaßner und Wittmann in ihrem Beitrag in diesem Heft untersuchen, nämlich ein vollständiger Ausgleich der Ausgaben verstorbener Versicherter in deren Sterbejahr, schießt jedoch weit über das Ziel hinaus und wird deshalb zu Recht abgelehnt. Der RSA ist dadurch gekennzeichnet, dass bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds keine tatsächlich angefallenen, sondern standardisierte Ausgaben zugrunde gelegt werden, konkret: die durchschnittlichen Ausgaben der jeweiligen Versichertengruppe. Zudem ist der RSA seit Einführung der direkten Morbiditätsorientierung 2009 prospektiv (statt „zeitgleich“) ausgestaltet, das heißt, es handelt sich um die Ausgaben einer Versichertengruppe – etwa der Versicherten mit einer bestimmten schweren Krankheit –, die im Durchschnitt dieser Gruppe im Folgejahr zu erwarten sind. Schon deshalb war es stets grober Unfug, wenn die Forderung nach Korrektur des Methodenfehlers in der Vergangenheit als „Geld für Tote“ diskreditiert wurde. Genau das wäre bei dem von Gaßner und Wittmann unter-

suchten Ausgleichsmodell aber sehr wohl der Fall – auch deshalb ein absolutes „No go“.

Auch in Zukunft wird es immer wieder Vorschläge geben, die Ausgestaltung des RSA sachgerecht weiterzuentwickeln. So soll das Bundesversicherungsamt demnächst Gutachten in Auftrag geben, in denen untersucht wird, wie die Zuweisungen für Krankengeldaufwendungen und für Auslandsversicherte zielgerichteter ermittelt werden können. Eine weitere potenzielle „Baustelle“ betrifft die Auswahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten. Hierzu gibt es zurzeit letztlich willkürliche Regelungen in Bezug auf ihre Anzahl (maximal 80) sowie die geforderte Überschreitung eines bestimmten Ausgaben-Schwellenwerts, der ausschließlich auf GKV-Ausgaben bezogen ist. Letzteres hat etwa dazu geführt, dass Demenz seit 2013 keine berücksichtigungsfähige Krankheit im RSA mehr ist. Damit drohen Demenzerkrankte in der GKV zu ungünstigen Versicherungsrisiken zu werden, und zwar ausgerechnet zu einer Zeit, in der in der Pflegeversicherung gerade gezielte Anstrengungen zu ihrer Besserstellung unternommen werden. Das verweist auf die Gefahr einer gesundheitspolitisch fragwürdigen Entwicklung und unterstreicht zugleich, wie wichtig es ist, bei der Ausgestaltung des RSA nicht nur auf pauschale Finanzwirkungen zu schauen, sondern zugleich auch die Anreizwirkungen auf das versorgungsbezogene Kassenshandeln zu beachten.

Allerdings muss in diesem Kontext auch mit aller Deutlichkeit betont werden, dass der RSA nicht überfrachtet werden darf – insbesondere nicht mit konkreten Versorgungszielen, wie zum Beispiel im Hinblick auf die Förderung krankheitsbezogener Präventionsmaßnahmen, aber auch in regionaler Sicht. Eine derartige Überfrachtung des RSA wäre unweigerlich damit verbunden, dass seine eigentliche „Kernfunktion“ gefährdet würde, nämlich in einem Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung risikoäquivalente Beiträge zu simulieren, damit der Krankenkassenwettbewerb möglichst frei von Selektionsinteressen primär um die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung geführt werden kann. (Dass sich damit zugleich die Notwendigkeit verbindet, dass die einzelwirtschaftlichen Akteure über mehr wirksame Handlungsparameter im Vertragswettbewerb verfügen als derzeit vorhanden, versteht sich von selbst.)

Nach 20 Jahren RSA, davon fünf Jahre mit direkter Morbiditätsorientierung, hat sich der RSA längst als unverzichtbarer Ordnungs- und Stabilisierungsfaktor der wettbewerblichen GKV bewährt. Ein pauschales Votum für seine „Rückführung“, wie etwa noch im Koalitionsvertrag der christlich-liberalen Bundesregierung 2009 abgegeben, dürfte inzwischen wohl nur noch als eher peinlicher Ausdruck von fehlender Sachkenntnis gewertet werden. Diesem Vorwurf sollten sich die Verantwortlichen in Legislative und Exekutive aber auch nicht aussetzen, indem sie will-

kürlich in die konkrete Ausgestaltung des RSA eingreifen, um Partikularinteressen gefällig zu sein. Dass etwa das Gesundheitsministerium das mit der Durchführung des RSA betraute Bundesversicherungsamt explizit anweist, wider gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zu handeln, darf sich niemals wiederholen. Der RSA ist beim Bundesversicherungsamt einschließlich seines Wissenschaftlichen Beirats in guten Händen. Die einzige Interessengruppe, der sich die Politik verpflichtet fühlen sollte, sind die Versicherten und Patienten in der GKV – aber nicht etwa einzelne Krankenkassen und Kassenverbände, Leistungserbringer und deren Vereinigungen oder Bundesländer. Das haben Horst Seehofer und Rudolf Dreßler als Verhandlungsführer in Lahnstein 1992 beherzigt, als sie den RSA aus der Taufe hoben – ein wahrhaft echtes Erfolgskapitel in der langen Reformgeschichte der GKV, was bekanntlich beileibe keine Selbstverständlichkeit ist.

Literatur

- Buchner F, Göppfart D (2014):** Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. 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, 77–117
- Cassel D, Jacobs K (2009):** Risikostrukturausgleich und Prävention: Zur Problematik der versorgungspolitischen Instrumentalisierung des Morbi-RSA. In: Göppfart D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA. Sankt Augustin: Asgard, 185–212
- Göppfart D (2013):** Was wissen wir über die regionale Variation der Gesundheitsausgaben? Und was bedeutet das für den Risikostrukturausgleich? In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 6, 29–35
- Jacobs K, Rebscher H (2014):** Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. 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, 45–73



Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen
Instituts der AOK (WIdO)

Optionen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Vollständiger Ausgleich der Leistungsausgaben im Sterbejahr?

von Maximilian Gaßner¹ und Rüdiger Wittmann²

ABSTRACT

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland gleicht unterschiedliche Risikolagen (hauptsächlich Alter, Geschlecht und Morbidität) in der Versichertenstruktur aus, um vergleichbare Wettbewerbsbedingungen zwischen den Körperschaften herzustellen. Weil das Versterben einzelner Versicherter keines der RSA-relevanten Ausgleichsmerkmale darstellt, wird die Tatsache, dass die Leistungsausgaben der Versicherten insbesondere am Lebensende besonders hoch ausfallen, im Verfahren nicht explizit berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund befürchten einzelne Krankenkassen mit hohen Sterberaten systematische Wettbewerbsnachteile. Um diese Nachteile auszugleichen, fordern sie die Einführung eines vollständigen Ausgleichs der Leistungsausgaben, die von versterbenden Versicherten im Jahr ihres Ablebens verursacht werden. Wie jedoch Berechnungen des Bundesversicherungsamtes zeigen, lässt sich die Hypothese eines Wettbewerbsnachteils im Zusammenhang mit der Sterbequote empirisch nicht untermauern. Die Einführung eines „Sterbekostenausgleichs“ wäre weder sachgerecht, noch würde sie nennenswerte Umverteilungswirkungen mit sich bringen.

Schlüsselwörter: morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Sterberaten, Bundesversicherungsamt, Gesundheitsfonds, Unterdeckung

The risk adjustment scheme of the German statutory health insurance seeks to overcome the different risk situations between sickness funds (mainly by adjusting for the parameters age, sex and morbidity) to establish equal conditions for competition. However, the death of an insured does not constitute a relevant parameter in the risk adjustment formula, although the costs incurred for insured rise towards the end of their lives, i.e. strongly correlate with the event of death. Given this situation some sickness funds with high death rates anticipate systematic competitive disadvantages. To counteract these disadvantages those sickness funds demand full compensation of the costs incurred for deceased for the year of their demise. However, calculations by the Federal Social Insurance Office (BVA) substantiate empirically that there are no competitive disadvantages between sickness funds due to varying death rates. The introduction of a full “cost-of-deceased compensation” would neither be appropriate nor bring about substantial reallocation of financial resources.

Keywords: risk adjustment scheme, death rate, Federal Social Insurance Office, German Health Fund, underfunding

1 Einleitung

Während die Finanzausstattung des Gesundheitsfonds – und damit die Höhe der Zuweisungen, die der Fonds innerhalb eines Jahres an die gesetzlichen Krankenkassen leistet – eine

vorgegebene Größe darstellt, hängt die Verteilung der Mittel, das heißt die Höhe der Zuweisungen, die die einzelnen Kassen zur Deckung ihrer Leistungsausgaben erhalten, insbesondere von der Anzahl der Versicherten ab beziehungsweise von der Risikostruktur, die diese Versicherten aufwei-

¹Dr. jur. Maximilian Gaßner, Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn
Telefon: 0228 619-1808 · E-Mail: praesident@bva.de

²Dipl. Ges.-Ök. Rüdiger Wittmann, Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn
Telefon: 0228 619-1664 · E-Mail: ruediger.wittmann@bva.de

sen. Zur Ermittlung der kassenindividuellen Risikostruktur werden im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) bestimmte Merkmale der Versicherten, etwa deren Alter, deren Geschlecht oder auch das Vorliegen bestimmter Erkrankungen herangezogen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat hierbei die Aufgabe, den Algorithmus zur Klassifikation der genannten Risikomerkmale sowie das Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen festzulegen. Darüber hinaus wickelt das BVA selbst auch die Zuweisungen der Finanzmittel an die Krankenkassen ab.

Angesichts der Bedeutung, die das RSA-Verfahren für die Finanzierung der Krankenkassen hat, verwundert es nicht, dass das BVA regelmäßig zum Adressaten verschiedenster Reformvorschläge wird, die von unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen an das Amt herangetragen werden. Vor diesem Hintergrund ist auch die folgende Auseinandersetzung mit der Thematik eines vollständigen Ausgleichs der Leistungsausgaben im Sterbejahr aus dem Gesundheitsfonds zu verstehen:

Von verschiedenen Krankenkassen – und hier insbesondere von einer relativ großen Körperschaft mit mehreren Millionen Mitgliedern – wird die aus ihrer Sicht erhebliche Unterdeckung in der besonders ausgabenintensiven Personengruppe der versterbenden Versicherten thematisiert. Es wird bei dieser Diskussion betont, dass die Unterdeckungen selbst dann nicht über den Risikostrukturausgleich kompensiert werden könnten, wenn der sogenannte „Methodenfehler“ (*LSG NRW 2013*) bei der Berücksichtigung der Leistungsausgaben Verstorbener beseitigt werden würde. Krankenkassen mit ungünstiger Alters- und Morbiditätsstruktur und einer damit verbundenen erhöhten Sterberate hätten somit systematische Wettbewerbsnachteile.

Aus diesem Grund wird von einigen Krankenkassen ein Modell favorisiert, in dem die Leistungsausgaben, die im Jahr des Versterbens eines Versicherten bis zu dessen Tod angefallen sind, vollständig aus dem Gesundheitsfonds erstattet werden.

Im Folgenden soll zunächst untersucht werden, ob die beschriebene Problemlage tatsächlich existiert. Darüber hinaus soll das von den Krankenkassen vorgeschlagene Modell auf Grundlage der dem BVA zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs vorliegenden Daten simuliert werden. Die vorzunehmenden Bewertungen werden sich dabei einerseits auf die Gesamtheit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beziehen, andererseits aber auch – exemplarisch für die Abschätzung möglicher Auswirkungen auf Einzelkassenebene – auf die große Krankenkasse, die diesen Vorschlag mit besonderem Nachdruck an das BVA heranzutragen hat.

2 Fakten

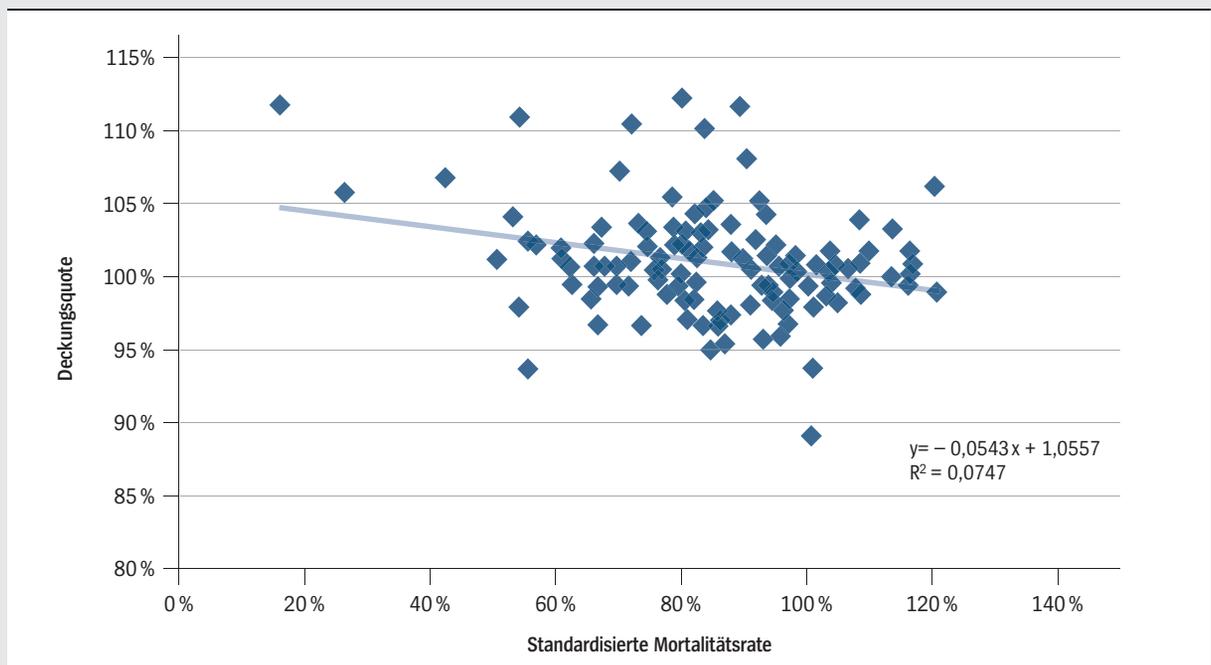
Es ist zutreffend, dass die Leistungsausgaben für versterbende Versicherte nur zu einem verhältnismäßig geringen Anteil über Zuweisungen für diesen Personenkreis gedeckt werden. Dieser Sachverhalt wurde am Rande der öffentlichkeitswirksam geführten Diskussion um den bereits erwähnten „Methodenfehler“ gelegentlich auch auf ebendiesen Personenkreis zurückgeführt (*Helmecke 2012; Nößler 2012*). Dabei wird auf die Tatsache verwiesen, dass die Leistungsausgaben verstorbener Versicherter im RSA-Berechnungsverfahren – anders als bei allen übrigen nicht über ein ganzes Jahr versicherten Personen – bislang nicht auf ein ganzes Jahr hochgerechnet, das heißt „annualisiert“ worden sind. Bei Anwendung dieser Berechnungssystematik liegt die mittlere Deckungsquote für Verstorbene bei etwa 29,2 Prozent (*Jahresausgleich 2012*). Das bedeutet, dass über 70 Prozent der GKV-weit anfallenden Sterbekosten durch Überdeckungen finanziert werden müssen, die die Krankenkassen im Rahmen ihrer Zuweisungen für die Überlebenden erwirtschaften.

Wie vonseiten einiger Krankenkassen vorgetragen wird, würde selbst bei mathematisch korrekter Berücksichtigung der Leistungsausgaben Verstorbener die Deckungsquote dieser Gruppe auf lediglich 32 Prozent ansteigen. Die Annahme, dass die Behebung des „Methodenfehlers“ an der bestehenden Unterdeckung der Ausgaben Verstorbener kaum etwas ändern würde, trifft somit ebenfalls zu. Vor diesem Hintergrund ist allerdings zu betonen, dass es bei der Frage der Annualisierung der Ausgaben Verstorbener niemals um eine Verbesserung der Zuweisungen für die verstorbenen Versicherten ging, sondern einzig um eine korrekte Ermittlung der Höhe der Zuschläge, die die Krankenkassen für die nach Alter, Geschlecht und Morbidität gebildeten Risikogruppen ihrer Versicherten erhalten. Somit war schon immer die Erhöhung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen der Hintergrund zur Einführung einer Annualisierung der Ausgaben auch für Verstorbene – niemals aber war es das Ziel, einen Sterbekostenausgleich zu erreichen.

Dass die Nähe zum Tod die Höhe der Leistungsausgaben eines Versicherten maßgeblich beeinflusst, ist in der Vergangenheit vielfach beschrieben worden (*Lubitz und Riley 1993; Felder 2008; Nöthen 2011*). Dies kann auch auf Grundlage der RSA-Daten des Ausgleichsjahres 2012 nachvollzogen werden: Ohne Berücksichtigung gegebenenfalls vorangehender Krankengeldzahlungen fielen im Jahr 2012 für versterbende Versicherte durchschnittlich 14.317 Euro an, wobei die Ausgaben in den jüngeren Altersgruppen deutlich über denen der älteren lagen. Die entsprechenden mittleren Ausgaben für die Überlebenden beliefen sich im selben Jahr dagegen auf lediglich 2.070 Euro.

ABBILDUNG 1

Deckungsquoten der Krankenkassen in Abhängigkeit von der standardisierten Mortalitätsrate



Zwischen den gesetzlichen Krankenkassen schwanken (vor allem bedingt durch „Ausreißereffekte“ bei kleineren Krankenkassen) die mittleren Leistungsausgaben je Sterbefall zwischen rund 8.000 Euro und 26.700 Euro. Diese extremen Schwankungen sind ausnahmslos durch kleinere Krankenkassen bedingt, bei den mitgliederstarken Krankenkassen variieren die durchschnittlichen Sterbekosten in deutlich geringerem Ausmaß. Deshalb ist weniger die Höhe der Sterbekosten im Fokus der Diskussion, sondern die Sterberate. Diese beträgt im GKV-Durchschnitt pro Jahr 1.093 Sterbefälle je 100.000 Versicherte. Bei der hier exemplarisch betrachteten großen Krankenkasse, die eine eher ungünstige Morbiditätsstruktur aufweist, beträgt sie 1.233 Todesfälle je 100.000 Versicherte.

Es muss jedoch angezweifelt werden, dass sich aus dieser etwas überdurchschnittlichen Sterberate ein systematischer Wettbewerbsnachteil für diese spezielle Kasse (beziehungsweise für alle Kassen mit überdurchschnittlichen Sterberaten im Allgemeinen) ableiten lässt. Bereits im Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009 wurde darauf hingewiesen, dass zwischen der – um

Alters- und Geschlechtseffekte bereinigten – Mortalitätslast (der sogenannten „standardisierten Mortalitätsrate“, SMR) und der Deckungssituation einer Krankenkasse kaum ein Zusammenhang festzustellen ist (Drösler et al 2011, 81 ff.). Auch bei einer erneuten Betrachtung auf Grundlage der Daten des Ausgleichsjahres 2012 zeigt sich ein nur sehr geringer negativer Zusammenhang zwischen standardisierter Mortalitätsrate und den Deckungsquoten der Krankenkassen (Abbildung 1).

Ein vermeintlicher Wettbewerbsnachteil mag sich aus der Perspektive einzelner Krankenkassen dennoch durch die folgende (verkürzte) Betrachtung der durch die Versterbenden verursachten Deckungslücken ergeben:

- GKV-weit betragen die Leistungsausgaben für Verstorbene (ohne Krankengeld) im Jahr 2012 rund 11 Milliarden Euro. Dies entspricht in etwa 7 Prozent der gesamten Leistungsausgaben der GKV; allein die hier näher betrachtete Krankenkasse hatte für ihre versterbenden Versicherten etwa 1,18 Milliarden Euro aufzubringen.
- Den durch versterbende Versicherte entstehenden Ausgaben standen jedoch lediglich Zuweisungen in Höhe von

3,6 Milliarden Euro (GKV) beziehungsweise 380 Millionen Euro (betrachtete Einzelkasse) gegenüber.

- Aus einer Gegenüberstellung der Werte ergibt sich somit schon allein für die exemplarisch betrachtete Krankenkasse eine rechnerische Deckungslücke in Höhe von rund 800 Millionen, die mit dem eingebrachten Änderungsverschlagn vermutlich geschlossen werden soll.

3 Vorschlag: Vollständiger Ausgleich der Leistungsausgaben im Sterbejahr

Der Vorschlag wird wie folgt interpretiert und modelliert: Für Versicherte, die im Ausgleichsjahr versterben, erhalten Krankenkassen die im gesamten Sterbejahr angefallenen versichertenbezogenen Leistungsausgaben vollständig ersetzt. Im Gegenzug werden die betroffenen Versicherten im Regressions- und Zuweisungsverfahren nicht weiter berücksichtigt, das heißt, die Ausgaben der im Ausgleichsjahr versterbenden Versicherten werden nicht bei der Berechnung der Höhe der Zu- und Abschläge einbezogen; konsequenterweise werden für sie auch keine Zuweisungen für Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus und Morbidität ausgelöst. Die Finanzierung des hier diskutierten Ist-Ausgleichs der Sterbekosten würde somit über die implizite Absenkung der „regulären“ Zuschläge (für Alter, Geschlecht und Morbiditätsgruppen) für die Überlebenden sichergestellt werden. Die Umsetzung des Vorschlags zöge daher keinen externen Finanzierungsbedarf nach sich.

4 Ergebnisse der Modellsimulation

In allen hier dargestellten Berechnungen wurden die Leistungsausgaben der verstorbenen Versicherten auf das Gesamtjahr hochgerechnet (annualisiert). Mögliche Auswirkungen, die der sogenannte Methodenfehler auf die Ergebnisse

gehabt haben könnte, schlagen sich in unserer Betrachtung somit nicht mehr nieder. Durch die Umstellung auf einen vollständigen Ausgleich der Kosten im Sterbejahr steigt die Deckungsquote für die betroffene Personengruppe auf 100 Prozent an. Dies geht, wie oben bereits angedeutet, mit einer Absenkung der Zuweisungen für die Überlebenden um GKV-weit insgesamt 7,4 Milliarden Euro einher.

Ob eine Krankenkasse durch das vorgeschlagene Modell besser gestellt wäre als im Status quo, hängt nunmehr davon ab, ob die absinkenden Zuweisungen für die überlebenden Versicherten (mindestens) in gleicher Höhe durch den Istkosten-Ausgleich für die Verstorbenen kompensiert werden.

Wie sich zeigt, fallen die Nettoeffekte auf Ebene der Kassenarten trotz des hohen Gesamtvolumens des Sterbekostenausgleichs sehr gering aus. So erhielte etwa das AOK-System zur Deckung der Leistungsausgaben von Verstorbenen 3,32 Milliarden Euro zusätzlich zugewiesen; allerdings müssten die Kassen der Kassenart im Gegenzug auch auf Zuweisungen über Altersgeschlechtsgruppen (AGG), Erwerbsminderungsgruppen (EMG) und hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) verzichten, die mit 3,27 Milliarden Euro eine nahezu identische Höhe aufweisen. Insgesamt würde das AOK-System nur um 49 Millionen Euro erhöhte Zuweisungen erhalten, was einer Zuweisungssteigerung von nicht einmal 0,1 Prozent entspräche.

Auf Kassenartenebene lässt sich das Ersatzkassenlager als (einziger) Verlierer des Modells identifizieren (Tabelle 1). Die Ersatzkassen hätten die erhöhten Zuweisungen an alle übrigen Kassenarten in Höhe von insgesamt 108 Millionen Euro allein zu tragen.

Auch auf Einzelkassenebene würde ein „Sterbekostenausgleich“ eher überschaubare Auswirkungen nach sich ziehen. Sowohl der größte Zugewinn (+63 Millionen Euro) als auch der größte Zuweisungsverlust (-52 Millionen Euro) wären

TABELLE 1

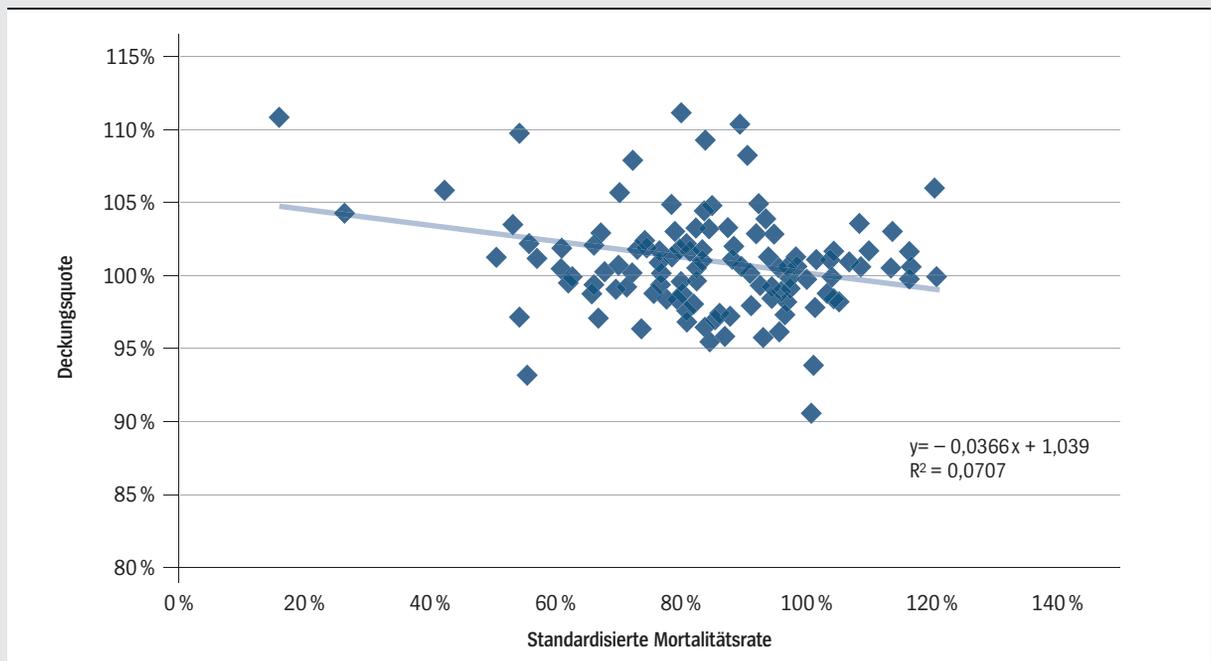
Finanzielle Auswirkungen eines „Sterbekostenausgleichs“ auf Ebene der Kassenarten

Kassenart	Nettotransfer	Transfer	Zuweisung Überlebende	Zuweisung Versterbende
AOK	49 Mio. €	0,1 %	- 3.272 Mio. €	3.321 Mio. €
BKK	31 Mio. €	0,1 %	- 928 Mio. €	958 Mio. €
IKK	4 Mio. €	0,0 %	- 393 Mio. €	397 Mio. €
EAN	- 108 Mio. €	- 0,2 %	- 2.448 Mio. €	2.340 Mio. €
KBS	24 Mio. €	0,4 %	- 387 Mio. €	411 Mio. €
GKV	0 Mio. €	0,0 %	- 7.427 Mio. €	7.427 Mio. €

Quelle: BVA; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

ABBILDUNG 2

Deckungsquoten der Krankenkassen in Abhängigkeit von der standardisierten Mortalitätsrate (mit „Sterbekostenausgleich“)



Quelle: BVA, Grafik: G+G Wissenschaft 2014

jeweils bei sehr großen Krankenkassen zu verbuchen, sodass sich – trotz des genannten Gesamtvolumens – deren versichertenbezogene Zuweisungen nicht wesentlich verändern würden. Interessant ist, dass sich die Erwartung, die die hier wiederholt betrachtete Krankenkasse überhaupt erst dazu bewegen haben mag, dem BVA einen Vorschlag zum direkten Ausgleich der Ausgaben im letzten Lebensjahr zu unterbreiten, offensichtlich nicht erfüllt wird: Insgesamt wäre die Krankenkasse etwas schlechter gestellt als im Status quo (ca. 5 Millionen Euro), da sie zwar einerseits 799 Millionen Euro an zusätzlichen Zuweisungen für die Verstorbenen erhalte, im Gegenzug allerdings auf 804 Millionen Euro an regulären Zuweisungen verzichten müsste.

Auch in Bezug auf den weiter oben diskutierten, möglicherweise in geringem Ausmaß bestehenden Zusammenhang zwischen (standardisierten) Mortalitätsraten und Deckungsquoten einzelner Krankenkassen ergibt sich durch den diskutierten Vorschlag keine nennenswerte Veränderung (Abbildung 2).

Soweit es das seit 2009 durchgeführte Verfahren des morbiditätsorientierten RSA betrifft, haben sich insbesondere zwei statistische Kennzahlen bewährt, mittels derer die Vorhersagegenauigkeit der Versichertenklassifikation auf Individualebene beurteilt werden kann. Sowohl das statistische Bestimmtheitsmaß R^2 als auch das „Cumming’s Prediction Measure“ (CPM) messen beziehungsweise bewerten den Unterschied zwischen den für jedes Individuum geschätzten und den tatsächlich anfallenden Leistungsausgaben. Im Regelfall nehmen die beiden Maße Werte zwischen 0 und 1 an. Je besser nun ein Vorhersagemodell in der Lage ist, die tatsächlichen Leistungsausgaben der Versicherten im Einzelfall zu prognostizieren, desto höher fallen die Werte aus, die R^2 und CPM annehmen (zur vertieften Auseinandersetzung mit den verwendeten Gütemaßen sei verwiesen auf *Drösler et al. 2011, 37 ff.* sowie *Schäfer 2011*). In diesem Zusammenhang zeigt sich nun immerhin, dass das vorgeschlagene Modell deutlich bessere Gütemaße auf der Ebene der versicherten Individuen aufweist als das „Status quo“-Modell des bestehenden RSA ohne direkten Ausgleich der Ausgaben

im letzten Lebensjahr. In der vorliegend diskutierten Modellvariante steigen die Gütemaße R^2 (von 24,3 Prozent auf 36,3 Prozent) und CPM (von 23,6 Prozent auf 30,1 Prozent) beträchtlich an.

5 Fazit

Festzuhalten bleibt zunächst, dass die Umsetzung des Vorschlags, einen vollständigen Ausgleich der Leistungsausgaben einzuführen, die von versterbenden Versicherten im Jahr ihres Ablebens verursacht werden, ein zusätzliches Ausgleichselement schaffen würde, das – etwas zugespitzt formuliert – weitestgehend zu einer Mittelschichtung „von der linken in die rechte Tasche“ führen würde. Allein mit Blick auf die ausbleibende Umverteilungswirkung erscheint der Sinn des vorgeschlagenen Modells fraglich.

Ein Abweichen vom Paradigma des Ausgleichs standardisierter Ausgaben darf – wenn überhaupt – nur dann in Betracht gezogen werden, wenn schwerwiegende Probleme im Verfahren bestehen, die mit den Zielsetzungen des Risikostrukturausgleichs kollidieren und die sich nicht (zielführend) durch ein Standardisierungsverfahren beheben lassen. Dies ist jedoch vorliegend nicht erkennbar: Weder hat die obige Analyse eine schwerwiegende systematische Benachteiligung einzelner Krankenkassen belegt, noch muss nach gegenwärtigem Erkenntnisstand davon ausgegangen werden, dass Krankenkassen Versuche unternehmen, das Versterben (beziehungsweise das Überleben) einzelner Versicherter im Laufe eines Jahres zu prognostizieren, mit dem Ziel, hieraus eine Risikoselektionsstrategie gegen einzelne Versicherte zu entwickeln.

Auch wenn man kaum unterstellen kann, dass Krankenkassen gezielt Einfluss auf das Überleben eines schwerkranken Versicherten oder gar den Zeitpunkt des Versterbens nehmen können, muss darauf hingewiesen werden, dass der Frage nach Überleben oder Versterben sowie dem tatsächlichen Todeszeitpunkt im vorgeschlagenen Modell eine kaum zu kommunizierende Finanzwirksamkeit zukommen würde: Sind für einen schwersterkrankten oder -verletzten Versicherten bis zum Ende eines Jahres Leistungsausgaben in signifikanter Höhe aufgelaufen, ist dessen Ableben innerhalb desselben Jahres für die Krankenkasse aus finanzieller

Sicht wesentlich attraktiver als dessen weiteres Überleben in das nächste Jahr hinein. Während im ersten Fall eine 100-prozentige Deckung der Leistungsausgaben über den Sterbekostenausgleich erfolgen würde, erhielte die Krankenkasse im zweiten Fall lediglich Zuweisungen in Höhe der standardisierten Leistungsausgaben, die im Regelfall deutlich unter den faktischen Ausgaben liegen dürften. Ob dies nun sachlich gerechtfertigt wäre oder nicht: Eine neuerliche öffentlichkeitswirksame und inhaltlich schwer handhabbare Desinformationskampagne unter der Überschrift „Geld für Tote“ würde nicht lange auf sich warten lassen.

Soweit die Bewertung schließlich die im obigen Abschnitt („Modellsimulation“) zuletzt dargestellte Beobachtung ansteigender Gütemaße (R^2 und CPM) des Modells betrifft, so kann diese ebenfalls nicht als Argument für einen gesonderten Ausgleich der Sterbekosten interpretiert werden: Immer, wenn ein Standardisierungsverfahren um Elemente eines Ist-Ausgleichs erweitert wird, ist ein Anstieg der genannten Kennzahlen nichts weiter als eine logische mathematische Konsequenz. Wie weiter oben bereits dargestellt, messen die Kennzahlen, mit welcher Genauigkeit die versichertenindividuell geschätzten Leistungsausgaben die tatsächlichen Ausgaben treffen. Werden nun aber für einen bestimmten Teil der Versicherten nicht mehr geschätzte Zuweisungen ermittelt, sondern die tatsächlichen Ausgaben angesetzt, so ergibt sich hieraus zwangsläufig eine höhere „Trefferquote“ und damit auch höhere Kennzahlwerte. „Perfekte“ Werte für die Gütemaße (R^2 und CPM = 100 Prozent) würden sich bei einem vollständigen Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben einstellen. Ein solcher Ausgleich ist jedoch unter Anreizgesichtspunkten strikt abzulehnen. Auch der im vorliegenden Fall gemessene Anstieg der Gütemaße durch den (partiellen) Verzicht auf ein Standardisierungsverfahren sollte daher keineswegs als Beleg für eine höhere Funktionalität der Klassifizierungs- beziehungsweise Zuweisungssystematik interpretiert werden.

Das vorgeschlagene Modell eines vollständigen Ausgleichs der im Sterbejahr eines Versicherten tatsächlich angefallenen Leistungsausgaben hat keine wesentlichen Auswirkungen auf die Ausgabendeckung der Krankenkassen. Demgegenüber geht das Modell mit den bekannten negativen Anreizen eines Ist-Ausgleichs einher und wirft unter ethischen Aspekten kontrovers zu diskutierende Fragen auf. Der Vorschlag ist somit abzulehnen.

Literatur

Drösler S, Hasford J, Kurt BM et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich; www.bmg.bund.de → Ministerium → Kontakt und Service → Publikationen → Titel in die Suche eingeben

Felder S (2008): Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 8, Heft 4, 23–30

Helmecke J (2012): Krankenkasse BKK vor Ort erklärt Gesundheitsfonds für gescheitert, *Westfälische Rundschau* online, 02.10.2012; www.derwesten.de → Titel in die Suche eingeben

LSG NRW (2013): Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 04.07.2013, Az.: L 16 KR 800/12 KL und L 16 KR 774/12 KL

Lubitz JD, Riley GF (1993): Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life. *New England Journal of Medicine*, Band 328, 1092–1096

Nöbler D (2012): Mehr Geld für Tote, *Ärzte Zeitung* online, 01.08.2012; www.aerztezeitung.de → Titel in die Suche eingeben

Nöthen M (2011): Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? *Wirtschaft und Statistik*, 2011, Heft 7, 665–675

Schäfer T (2011): Statistische Bewertung unterschiedlicher Hierarchievarianten im Klassifikationssystem für den Risikostrukturausgleich, Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes, Oberuhldingen

DIE AUTOREN



Dr. jur. Maximilian Theodor Gaßner,

Jahrgang 1950, Studium der Rechtswissenschaften mit anschließender Promotion am Lehrstuhl für Politik und öffentliches Recht an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Anschließend Richter am Arbeitsgericht München, Mitarbeiter im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung im Bereich Personal und Organisation, Referatsleiter in der Richtlinienabteilung der Bayerischen Staatskanzlei und Leiter des Ministerbüros im Bayerischen Staatsministerium für

Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit. Seit März 2010 Präsident des Bundesversicherungsamtes. Davor Leiter der Abteilung „Gesundheitspolitik, Krankenversicherung“ im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Bis Ende 2008 Leiter der Abteilung „Sozialversicherung, Pflege, Altenpolitik“ im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Diverse Publikationen vorwiegend im Bereich der Rechtswissenschaft.



Dipl. Ges-Ök. Rüdiger Wittmann,

Jahrgang 1976, ist seit 2007 als Referent im Referat „Risikostrukturausgleich“ des Bundesversicherungsamtes tätig und beschäftigt sich dort unter anderem mit der stetigen Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells zur

Durchführung des RSA. Vor seinem Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität Köln absolvierte er eine Ausbildung zum staatlich anerkannten Physiotherapeuten an der Universitätsklinik in Heidelberg.

Zivilisationserkrankungen: Bewegung senkt Sterblichkeit ähnlich wirksam wie Medikamente

von Christiane Roick*

Körperliche Inaktivität gilt als eine wesentliche Ursache für die hohe Krankheitslast in Industrieländern und gehört zu den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren. Trotzdem betreibt jeder fünfte Deutsche einer Forsa-Umfrage zufolge keinen Sport. Gleichzeitig werden zur Prävention und Therapie von Zivilisationskrankheiten zunehmend Medikamente verordnet. Eine aktuelle Metaanalyse zeigt, dass eine Förderung der körperlichen Aktivität die Sterblichkeit bei koronarer Herzerkrankung, Schlaganfällen und Prädiabetes ähnlich wirksam senkt wie Medikamente.

1 Was ist das Problem?

Aus Beobachtungsstudien ist lange bekannt, dass sich Bewegung günstig auf den Gesundheitszustand auswirkt. Die medizinische Forschung zu Zivilisationskrankheiten konzentriert sich jedoch stärker auf die medikamentöse Therapie als auf Ansätze zur Lebensstiländerung. Wissenschaftler untersuchten deshalb jetzt in einer Metaanalyse, ob Medikamente die Sterblichkeit bei Zivilisationserkrankungen besser senken als Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität.

2 Wie wurde untersucht?

Per Medline-Recherche wurde je eine Metaanalyse zu den Indikationen koronare Herzerkrankung (KHK), Herzinsuffizienz, Schlaganfall und Prädiabetes identifiziert, die die Effektivität von Bewegungsprogrammen untersuchte und als Ergebnisparameter die Mortalität erfasste. Zu diesen Indikationen wurden dann insgesamt zwölf Metaanalysen recherchiert, die leitliniengerechte medikamentöse Behandlungsansätze untersucht und ebenfalls die Mortalität als Ergebnisparameter erfasst

hatten. In die weitere Auswertung gingen nur randomisierte kontrollierte Studien (RCT) ein, die die Effektivität von Bewegungsprogrammen und Medikamenten miteinander oder mit einer Kontrollbedingung (Placebo oder Standardversorgung) verglichen. Ergänzend wurde in Medline nach RCTs gesucht, die in den Metaanalysen nicht erfasst waren. Insgesamt wurden so 305 RCTs (darunter 57 zu Bewegungsprogrammen) mit 339.274 Teilnehmern identifiziert und verglichen.

3 Was ist rausgekommen?

Bei KHK und Prädiabetes fanden sich keine signifikanten Effektivitätsunterschiede zwischen Bewegungsprogrammen und Medikamenten. Bei Schlaganfällen waren Bewegungsprogramme signifikant effektiver als die untersuchten Medikamente. Bei Herzinsuffizienz war nur eine einzige Medikamentengruppe (Diuretika) signifikant effektiver als Bewegungsprogramme.

4 Wie gut ist die Studie?

Die untersuchten Medikamente konnten – mit Ausnahme der Diuretika bei Herzinsuffizienz – die Sterblichkeit bei

Prädiabetes, Schlaganfällen, KHK und Herzinsuffizienz nicht besser senken als Bewegungsprogramme. In der Rehabilitation nach Schlaganfällen waren die Bewegungsprogramme sogar überlegen; hier war allerdings die Ergebnissicherheit wegen der Heterogenität der Studien und der niedrigen Ereignisrate geringer. Da die untersuchten Bewegungsprogramme stark variierten, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse begrenzt. Trotzdem zeigt die Analyse eindrucksvoll, dass körperliche Aktivität eine Alternative zur medikamentösen Behandlung von Zivilisationskrankheiten sein kann. Um die gegenwärtige Evidenzlücke zu schließen, schlagen die Autoren vor, dass Pharmafirmen für die Zulassung und Erstattung neuer Medikamente für Zivilisationserkrankungen künftig RCTs mit zwei Kontrollgruppen vorlegen sollten: dem bisherigen Standard der medikamentösen Therapie und einem Bewegungsprogramm.

Quelle: Naci H, Ioannidis JPA: Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study.

BMJ 2013;347:f5577

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

DER KOMMENTAR

Seit längerem wird körperliche Aktivität zur Prävention, nun auch zur Therapie verschiedener Krankheiten erfolgreich eingesetzt. Diese Studie belegt eindrucksvoll, dass körperliche Aktivität den Medikamenten gleichwertig, zum Teil sogar in der Behandlung überlegen

ist. Diese Erkenntnisse, schon länger bekannt, haben vor Jahren schon zur Einführung eines Rezeptes für Bewegung geführt, dies nun auch deutschland- und europaweit. Bewegung als Therapie ist für Körper und Geist wirksam, zeigt eine Dosis-Wirkungs-Beziehung und hat wenige Nebenwirkungen. Bewegung und körperliche Aktivität ersparen mitunter teure Medikamente. Alle Ärzte sollten diese „Behandlungsform“ nun häufiger als Therapie einsetzen.

Prof. Dr. med. Herbert Löllgen, Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention; Facharzt für Innere Medizin – Kardiologie, Sportmedizin in Remscheid



KÖPFE

Prof. Dr. oec. publ. Reiner Leidl (57), Direktor der Institute für Gesundheitsökonomie der Ludwig-Maximilians-Universität und des Deutschen Forschungszentrums für Gesundheit in München (HZM), hat im März den Vorsitz der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) von **Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem** (54) übernommen. Leidl studierte Volkswirtschaft und Politik. Am Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS) promovierte er 1987 über Fallpauschalen. 1992 bekam er einen Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie in Maastricht, 1996 in Ulm. Seit 2003 ist er wieder in München.

Prof. Dr. rer. biol. hum. Frauke Koppelin (50), Gesundheitswissenschaftlerin der Jade-Hochschule in Oldenburg und stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), kann sich drei Jahre ganz ihrem Forschungsprojekt „Psychi-

sche Gesundheit in der Arbeitsgesellschaft – Geschlechterrollen im Fokus der Gesundheit im Erwerbsverlauf“ widmen. Möglich machen das 300.000 Euro aus dem Programm „Forschungsprofessuren (FH!)“ der Volkswagen-Stiftung. Koppelin studierte Soziologie und promovierte 1998 in Hannover über Belastungen pflegender Ehefrauen. Bevor sie 2009 Professorin wurde, arbeitete sie am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

Dr. med. Christian Thomeczek (56) ist seit 1. April kommissarischer Leiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer. Thomeczek studierte in Köln. Von 1990 bis 1994 war er als Arzt beim Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt, 1995 baute er das ÄZQ mit dem bisherigen Leiter **Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger** (63) auf, der in den Ruhestand ging.

Prof. Dr. mult. Jörg Hacker (62), Präsident der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina in Halle, ist als eines von 26 Mitgliedern in das neue Scientific Advisory Board berufen worden, das UN-Generalsekretär Ban Ki-moon im Bereich Wissenschaft, Forschung und Technologie berät. Hacker ist Mikrobiologe. Er studierte bis 1979 in Halle und habilitierte 1986 in Würzburg. Von 2008 bis 2010 war er Präsident des Robert-Koch-Instituts.

Prof. Dr. rer. oec. Gert G. Wagner (61), Lehrstuhlinhaber für Empirische Wirtschaftsforschung und Wirtschaftspolitik an der TU Berlin und Vorstand des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, ist von der Bundesregierung in den Sozialbeirat berufen worden, der ihn zum Vorsitzenden wählte. Wagner ist auch Chef des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD). Der Sozialbeirat erstellt für den Bundestag Gutachten zur Rentenpolitik.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
5. Jahrestagung des AQUA-Instituts zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung	Leitlinien und Qualitätssicherung, Qualitätsorientierte Vergütung im Krankenhaus	14.5.2014 Göttingen	AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung im Gesundheitswesen, Maschmühlenweg 8-10, 37073 Göttingen	www.sqg.de E-Mail: tagung@aquainstitut.de Telefon: 0551 78952-263
Healthcare 2014	Integrierte Versorgung im Sozial- und Gesundheitswesen, stationäre und häusliche Pflege	25.-26.6.2014 London	CloserStill Media Addison Bridge Place London, W14 8XP	www.healthpluscare.co.uk E-Mail: training@closerstillmedia.com Telefon: 0044 207 348-4906
XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Globales Forum Prävention	Präventionskultur, Präventionsstrategien, Film- und Multimedia-Produkte zu Prävention	12.-27.8.2014 Frankfurt am Main	Internationale Arbeitsorganisation (ILO) und Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Mittelstraße 51, 10117 Berlin	www.safety2014germany.com E-Mail: registration@safety2014germany.com Telefon: 02241 231-2014
59. Jahrestagung der GMDS: „Big Data und Forschungsinfrastruktur – Perspektiven für die Medizin“	Umgang mit großen Datenmengen in Registern, Studien und individualisierter Medizin	7.-10.9.2014 Göttingen	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) Industriestraße 154, 50996 Köln	www.gmds2014.de E-Mail: info@gmds2014.de Telefon: 0551 39-172519
Gemeinsamer Kongress Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie	Bedeutung bio-psycho-sozialer Zusammenhänge für das Entstehen von Krankheit	17.-20.9.2014 Greifswald	Dt. Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), Gießen; Dt. Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Hamburg	www.dgmp-dgms-2014.de E-Mail: dgmp-dgms-2014@uni-greifswald.de Telefon: 03834 865-600
DEGAM-Jahreskongress: „Allgemeinmedizin: Spezialisiert auf den ganzen Menschen“	Klinische Herausforderungen in der Allgemeinmedizin, Kommunikation, Aus- und Weiterbildung	18.-20.9.2014 Hamburg	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM), Theodor-Stern-Kai 7, Haus 15, 60590 Frankfurt	www.degam2014.de E-Mail: geschaeftsstelle@degam.de Telefon: 069 6500-7245

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:

Bettina Nellen (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Burkhard Rexin (KomPart); **Grafik:** Simone Voßwinkel

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-220, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de