



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

April 2015, 15. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Svenja Niemiets*, gewi-Institut für Gesundheitswirtschaft, Köln 2

Drei Fragen an

Stefan N. Willich, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin 3

Buchtipps

von *Katja Makowsky*, Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Witten 4

WIDO

Pflege-Report 2015

Zwischen Heim und Häuslichkeit 5

Empfängnisverhütung

„Pille danach“ wird im Osten seltener verordnet 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Varianz im Gesundheitswesen

Internationale Erfahrungen mit regionalen Variationen: Was kann Deutschland vom Ausland lernen?

Jan Böcken, Marion Grote-Westrick, Uwe Schwenk, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 7

Regionale Variationen:

Stand und Nutzungsperspektiven in Deutschland

Hans-Dieter Nolting, GES Institut, Berlin 16

Bayern lässt nicht locker: Zur Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich

Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO), Berlin 23

STUDIE IM FOKUS

Überversorgung in der Medizin:
Die zehn wichtigsten Studien des Jahres 2013 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

„andere Felder, andere Heuschrecken“ sagt man in Indonesien, wenn man ausdrücken möchte, dass sich nicht alles vergleichen lässt, dass man Unterschiede einfach hinnehmen muss. Der Kölner kennt und äußert diese Idee in der Formulierung „jeder Jeck ist anders“. Unterschiede stehen lassen gilt oft als tolerant, weltoffen, liberal. In der gesetzlichen Krankenversicherung kann diese Haltung allerdings ziemlich gefährlich und auch teuer werden, etwa wenn man ignoriert, dass eine Region in der einen oder anderen Hinsicht total überterversorgt und eine andere hingegen stark unterversorgt wird. Da das Gesundheitswesen viel komplexer ist als das indonesische Durchschnittsfeld, besteht hier zunächst die schwierige Aufgabe darin, Unterschiede überhaupt erst einmal sichtbar zu machen. Danach heißt es, auszuloten, ob die zutage getretene Varianz erwünscht ist oder nicht, und gegebenenfalls etwas gegen unerwünschte Unterschiede zu unternehmen. Im Ausland beschäftigen sich Fachleute teilweise schon seit Jahrzehnten mit der Problematik. Was sie herausgefunden haben und welche Konsequenzen das bisher hatte, beschreiben **Jan Böcken**, **Marion Grote-Westrick** und **Uwe Schwenk** in dieser Ausgabe. Was sich über Versorgungsunterschiede in Deutschland sagen lässt, wo es noch hakt und was es zu tun gilt, hat **Hans-Dieter Nolting**, zusammengefasst. Er gehört – wie übrigens auch Böcken und seine Mitautoren – zu denjenigen Gesundheitswissenschaftlern, die Versorgungsvarianzen in Deutschland überhaupt erst transparent gemacht haben. Ob aus bestimmten Unterschieden auch konkrete finanzielle Forderungen abgeleitet werden dürfen, untersucht **Klaus Jacobs**. Er setzt sich mit der bayerischen Initiative auseinander, einen Regionalfaktor in den Risikostrukturausgleich einzubauen. Da bleibt uns nur, etwas zu hoffen, das wir in Analogie zur Redensart am Anfang so formulieren: „anderes Wissen, anderes Handeln“.

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen die Redaktion

EU-Projekt**Expertennetzwerk gegen multiresistente Keime**

Antibiotikaresistente Bakterien verursachen jährlich etwa 25.000 Todesfälle in Europa. Im Rahmen eines neuen europäischen Forschungsprogramms namens COMBACTE-MAGNET kooperieren seit diesem Frühjahr europaweit 34 akademische Einrichtungen und fünf Pharmafirmen im Kampf gegen die Ausbreitung von mehrfach medikamentenresistenten, sogenannten gramnegativen Bakterien. Das Programm ist Bestandteil der Innovative Medicines Initiative der Europä-

ischen Union. Rund acht Millionen Euro Fördermittel fließen in ein Teilprojekt unter der Leitung der Klinischen Infektiologie am Universitätsklinikum Tübingen. ■

Mehr Informationen:

www.imi.europa.eu/content/combacte

Bauchspeicheldrüsenkrebs**Deutsch-israelische Forschungsk Kooperation**

Jährlich erkranken in Deutschland etwa 14.000 Menschen an Bauchspeicheldrüsenkrebs, der zu den aggressivsten Tumorerkrankungen gehört. Bei der Suche nach neuen Behandlungs-

möglichkeiten arbeiten nun Wissenschaftler der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Hebrew University in Jerusalem zusammen. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft fördert die Kooperation mit Drittmitteln in Höhe von 425.000 Euro. ■

Mehr Informationen:

www.medicin.uni-halle.de

Pflegepraxis**Stärken pflegen – Pflege stärken**

Wie können Pflegekräfte wichtige Kompetenzen wie Prioritätensetzung oder Abgrenzung besser in ihren Arbeitsprozess

ZEITSCHRIFTENSCHAU**Anreize für mehr Effizienz im OP setzen**

Nur 51 Prozent der OP-Management-Verantwortlichen in deutschen Krankenhäusern befinden ihre OP-Organisation für gut. Das ergab eine Umfrage des Zentrums für Gesundheitswirtschaft und -recht (ZGWR) der Frankfurt University of Applied Science und des Expertenkreises OP-Effizienz unter 186 OP-Experten. Obwohl 91 Prozent der Teilnehmer Anreizsysteme zur Effizienzsteigerung im OP-Bereich als sinnvoll und notwendig erachten, gibt es diese in 78 Prozent der Einrichtungen (noch) nicht. Mögliche und einfach umzusetzende Anreize wären aus Sicht der Befragten etwa eine Erhöhung des Einkommens (82 Prozent), zusätzliche Fort- und Weiterbildungen (79 Prozent) oder außertarifliche Freizeit (71 Prozent). Der Expertenkreis OP-Effizienz hat angekündigt, eine Orientierungshilfe zur Implementierung von Anreizsystemen im OP-Bereich zu erarbeiten. ■

KU Gesundheitsmanagement 2015;1:70–72

Schlaganfallpatienten effektiver trainieren

Nach einem Schlaganfall müssen Patienten vorher bekannte Bewegungen wie Gehen und Greifen neu lernen. Eine randomisierte, kontrollierte Studie mit 20 Schlaganfallpatienten zwischen 50 und 80 Jahren in einer Rehabilitationseinrichtung in Sachsen zeigte nun: Der Trainingserfolg lässt sich deutlich steigern, indem die Betroffenen dazu angehalten werden, ihre Aufmerksamkeit dabei auf einen ex-

ternen Fokus zu richten. Beim Gleichgewichtstraining auf einem Luftkissen sollten die zehn Patienten der Versuchsgruppe ihre Aufmerksamkeit darauf richten, das Luftkissen ruhig zu halten und die Luft gleichmäßig im Kissen zu verteilen (externer Fokus). Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten die Anweisung, ihre „innere Mitte“ zu finden (interner Fokus). Es stellte sich heraus, dass die Patienten der Versuchsgruppe ihr Körpergewicht doppelt so weit zur gesunden Körperhälfte verlagern konnten wie die Patienten der Kontrollgruppe. ■

physiotherapie 2015;1:14–17

Qualitätssiegel für Sterbebegleitung

Jährlich sterben in Deutschland über 350.000 Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen. Vor allem fehlende zeitliche und personelle Ressourcen führen dazu, dass viele von ihnen dabei nicht oder nur unzureichend begleitet werden. Zu diesem Ergebnis kommt die zweite Gießener Sterbestudie „Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen“, für die Mitarbeiter aus 467 Einrichtungen befragt wurden. Ein Drittel der insgesamt 2.080 Befragten gab an, dass Patienten oft oder immer allein sterben. Auf der Grundlage der Studienergebnisse wurde in Zusammenarbeit mit dem Berliner KTQ-Institut das „Deutsche Palliativsiegel“ entwickelt. Das Prädikat soll Einrichtungen auszeichnen, die sich in besonderem Maße um Sterbende bemühen. ■

ProAlter 2015;1:46–49



Von
Svenja Niemietz, M. Sc.,
wissenschaftliche
Mitarbeiterin im
gewi-Institut für
Gesundheitswirtschaft
e. V.

Adresse:

Im MediaPark 4 b
50670 Köln
Telefon:
0221 973199-96
Fax: 0221 973199-17
niemietz@gewi-institut.de
www.gewi-institut.de

integrieren? Dieser Frage gehen Wissenschaftler des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) der Frankfurter Goethe-Universität und der Universität Witten/Herdecke in den nächsten drei Jahren zusammen mit drei hessischen Praxispartnern nach. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert das Projekt im Rahmen des Programms „Arbeiten – Lernen – Kompetenzen entwickeln“ mit 1,3 Millionen Euro. Bis Ende 2017 soll ein Handlungsleitfaden für die Pflegepraxis entwickelt werden. ■

Mehr Informationen:
www.akip-projekt.de

Forschungsförderung Zusammenspiel von Kognition und Ernährung

Im Rahmen der gemeinsamen Programminitiative „Eine gesunde Ernährung für ein gesundes Leben“ fördert die Europäische Union transnationale, multidisziplinäre Forschungsverbünde, die sich der wechselseitigen Beeinflussung von Ernährung und Kognition widmen. In einer ersten Verfahrensstufe können noch bis zum 8. Juni formlose Projektskizzen für geplante Forschungsvorhaben eingereicht werden. ■

Mehr Informationen:
<http://www.bmbf.de/foerderungen/26681.php>

Internationale Fortbildung Förderprogramm für Ärzte und Pflegekräfte

Mit ihrem neuen Hospitations- und Fortbildungsprogramm „Care for Chronic Condition“ fördert die Robert Bosch Stiftung Auslandsaufenthalte von professionellen Akteuren im Gesundheitswesen, die mit der Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen befasst sind. Ziel ist es, den

Teilnehmern neue Erkenntnisse und Denkanstöße zu ermöglichen. Einzelpersonen, aber auch interprofessionelle Teams können sich jeweils zum Quartalsende

beim Institut g-plus der Universität Witten/Herdecke bewerben, das das Programm durchführt. ■

Mehr Informationen:
www.g-plus.org

DREI FRAGEN AN ...



Forschungsschwerpunkte:
Epidemiologie und Prävention, Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Globale Gesundheitswissenschaft, Komplementäre und Integrative Medizin

Jahresetat:
3–4 Millionen Euro
(davon circa 2/3 Drittmittel)

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:
6 Professoren,
32 wissenschaftliche Mitarbeiter,
12 Gastwissenschaftler und -dozenten
25 technische Mitarbeiter,
43 Doktoranden,
23 studentische Mitarbeiter

Adresse:
Institut für Sozialmedizin,
Epidemiologie und Gesundheitsökonomie,
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Luisenstraße 57
10117 Berlin
Telefon: 030 450-529012
Fax: 030 450-529902
sozmed-epi@charite.de
www.epidemiologie.charite.de

Politische Entscheidungen wissenschaftlich evaluieren

... Professor Dr. med. Stefan N. Willich, MPH, MBA, Direktor des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Unser Institut ist eines von insgesamt 18 Studienzentren der Nationalen Kohorte, eines großen epidemiologischen Projekts, für das deutschlandweit insgesamt 200.000 Erwachsene über etliche Jahre begleitet werden. Ziel dieser Studie ist es, neue Einblicke zu bekommen, was die Ursachen für wichtige Volkskrankungen wie etwa Krebs sind, um langfristig bessere Präventionsmöglichkeiten zu entwickeln. Wir sind für Berlin-Mitte zuständig und werden hier in den nächsten Jahren 10.000 Probanden untersuchen.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Interdisziplinäre Vernetzung ist eine ganz wesentliche Voraussetzung für substanziellen Fortschritt in der Medizin. An der Charité legen wir starkes Gewicht auf translationale Forschung, auf den Brückenschlag zwischen Grundlagen- und klinischer Forschung und der Anwendung in der medizinischen Praxis. An unserem Institut arbeiten Mitarbeiter aus ganz verschiedenen Disziplinen, deren Expertise in die Forschungsprojekte einfließt. Die Nationale Kohorte, an der wir teilnehmen, ist ein Vorzeigeprojekt für interdisziplinäre Vernetzung. Darüber hinaus sind wir in verschiedene EU-Projekte und internationale Kooperationen eingebunden.

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

Aus unserer Sicht ist es dringend notwendig, dass auch politische Entscheidungen im Hinblick auf ihre Auswirkungen konsequent evaluiert werden. Eine systematische Evaluation mit wissenschaftlichen Methoden ist sinnvoll, um die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit gesundheitspolitischer Entscheidungen zu überprüfen und sie gegebenenfalls weiterentwickeln oder modifizieren zu können.

Studium I

Bachelorprogramm für erfahrene Pflegekräfte

Mit dem fünfsemestrigen Bachelorstudiengang „Pflegeexpertise“ bietet die Pflegewissenschaftliche Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar ab dem Wintersemester 2015 berufserfahrenem Pflegepersonal eine neue Möglichkeit zur akademischen Weiterbildung. Der berufsbegleitende Studiengang baut auf den beruflichen Erfahrungen der Studierenden auf. Die Studienbeiträge belaufen sich auf 300 Euro pro Monat. Die Bewerbungsfrist endet am 15. Juli. ■

Mehr Informationen:
www.pthv.de > Pflegewissenschaft > Studiengänge > Bachelor Pflegeexpertise

Studium II

Quantitative Gesundheitsforschung

An der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald startet zum Wintersemester 2015 am Institut für Community Medicine der neue, auf vier Semester angelegte Masterstudiengang „Community Medicine and Epidemiologic Research“. Er soll die Absolventen auf wissenschaftliche Tätigkeiten in der quantitativen bevölkerungsbezogenen Gesundheitsforschung, insbesondere in der versorgungsepidemiologischen Forschung vorbereiten. Das Gesamtgeld beträgt 9.600 Euro, Bewerbungen sind vom 1. Mai bis zum 15. Juli 2015 möglich. ■

Mehr Informationen:
www.community-medicine.de

Studium III

Masterstudium Evidence-based Health Care

Der Masterstudiengang „Evidence-based Health Care“, den die Bochumer Hochschule für Gesundheit zum Wintersemester 2015 erstmals anbietet, soll die Absolventen für die wissenschaftliche Bewertung klinischer Maßnahmen qualifizieren. Das Themenspektrum umfasst Public Health, Evidence-based Practice, Forschungsmethoden, Gesundheitspolitik, -management und -ökonomie. Die Bewerbungsfrist für den dreisemestrigen Vollzeitstudiengang soll im Mai beginnen. ■

Mehr Informationen:
www.hsg.de > Studium > Studieninteressierte > Studienangebot > Evidence-based Health Care

BUCHTIPPS

Zum Thema Ethik in der Pflege



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dr. Katja Makowsky**, Stellvertretende Vorsitzende der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft

Am Stadtholz 24
33609 Bielefeld
Telefon: 0521 106-7419
Fax: 0521 106-7178
katja.makowsky@fh-bielefeld.de
www.fh-bielefeld.de

Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Reinhard Lay</i></p> <p>Ethik in der Pflege Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung</p>	<p>Ethische Auseinandersetzungen spielen sowohl im Rahmen pflegerischer Grundausbildungen als auch in der Weiterbildung und in Studiengängen mit pflegewissenschaftlichen Schwerpunkten eine Rolle. Die zweite, aktualisierte Auflage dieses theoriebasierten und sehr gut strukturierten Werks gibt mithilfe zahlreicher Praxisbeispiele Anregungen für Diskussionen über ethische Fragestellungen in den Bereichen der Pflegepraxis, der Pflegewissenschaft, des Pflegemanagements und der Pflegepädagogik. (<i>Schlütersche, 2012</i>)</p>
<p><i>Martin W. Schnell, Charlotte Heinritz</i></p> <p>Forschungsethik Grundlagen und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft</p>	<p>Dieser Band zeichnet die Entwicklung der Forschungsethik im Bereich der Pflegewissenschaft in Deutschland nach, benennt Themenfelder, die eine ethische Reflexion im Rahmen von Pflegeforschung erfordern und schildert die praktische Arbeit einer Ethikkommission. Ein praxisorientiertes und leicht verständliches Arbeitsbuch, das es Forschenden und an Forschungsprojekten beteiligten Praktikern erleichtert, sich in zu beachtende ethische Fragestellungen hineinzuversetzen. (<i>Verlag Hans Huber, 2006</i>)</p>
<p><i>Michael Fuchs et al.</i></p> <p>Forschungsethik Eine Einführung</p>	<p>Unterstützt durch anschauliche Beispiele erhalten Leserinnen und Leser systematisch aufbereitete Hintergrundinformationen über Aspekte der ethischen Theorie- und Begriffsbildung und Dimensionen der Forschung. Die Autorinnen und Autoren beleuchten zudem praxisorientiert und gut verständlich ethisch und juristisch relevante Aspekte in unterschiedlichen Themenfeldern vor allem medizinischer und biowissenschaftlicher Forschung. (<i>J.B. Metzler 2010</i>)</p>

Pflege-Report 2015

Zwischen Heim und Häuslichkeit

Die wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen gut zu versorgen, ist eine große gesellschaftliche Aufgabe. Mit der Pflege außerhalb der eigenen vier Wände – von altersgerechten Wohnstrukturen bis hin zu stationären Pflegeeinrichtungen – befasst sich der Pflege-Report 2015 in seinem Schwerpunktthema „Zwischen Heim und Häuslichkeit“.

„Ambulant vor stationär“ lautet ein wichtiger Grundsatz in der Pflege. Damit ist gemeint, dass pflegebedürftige Menschen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben sollen. Allen einschlägigen Befragungen zufolge entspricht dies auch dem Wunsch der meisten Deutschen. Dazu trägt sicher bei, dass die Versorgung in stationären Pflegeheimen keinen guten Ruf genießt – nicht zuletzt durch die wiederholten Medienberichte über Missstände. Der freiwillige Umzug in ein Pflegeheim ist deshalb für viele Menschen undenkbar.

Doch die Unterstützung durch pflegende Familienmitglieder, die es vielen Pflegebedürftigen ermöglicht, weiter zu Hause zu leben, wird in den nächsten Jahren zurückgehen. Dann werden immer mehr Menschen darauf angewiesen sein, außerhalb der eigenen Häuslichkeit gepflegt zu werden. Dass eine Pflege jenseits der eigenen vier Wände aber auch Chancen bieten kann, wird nur selten diskutiert. Dabei bietet die professionelle Unterstützung im Vergleich zur Angehörigenpflege im häuslichen Umfeld auch Chancen, etwa im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung und die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am gesellschaftlichen Leben.

Vor diesem Hintergrund beleuchtet der Pflege-Report 2015 in zwölf Beiträgen die Entwicklungen und Potenziale einer „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“. Die einleitenden Beiträge definieren die grundlegenden Anforderungen an eine „gute Pflege und Versorgung“ als Referenz für alle Formen der Pflege und systematisieren das breite Angebot der bestehenden klassischen und innovativen Wohnformen wie zum Beispiel betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften für Demenzkranke oder Mehrgenerationenhäuser. Dass

die Generation „50 plus“ solchen neuen Wohn- und Versorgungsformen sehr aufgeschlossen und grundsätzlich positiv gegenübersteht, zeigt eine repräsentative Befragung des WIDO.

Einen Blick über die Grenzen Deutschlands werfen zwei Beiträge, die schildern, wie die Niederlande und die skandinavischen Länder die Langzeitpflege organisieren.

Weitere Aufsätze befassen sich mit zentralen Querschnittsfragen. Dabei geht es zunächst um Fragen der Qualitätssicherung, denn eine Bestandsaufnahme zeigt, dass die Versorgungsangebote im Bereich der Pflege immer komplexer und vielfältiger werden. Die angemessene Versorgung der Pflegebedürftigen wiederum ist an eine ausreichende Zahl von Fachkräften gebunden. Welcher Handlungsdruck mittlerweile bei der Suche nach diesen besteht, unterstreicht ein eigener Beitrag.

Der Pflege-Report 2015 zeigt zudem, welchen Nutzen die Gesundheitsförderung für die stationäre Langzeitpflege hat und dass pflegebedürftige Menschen über förderungswürdige Gesundheitspotenziale verfügen. Auch die Rolle der Angehörigen bei der Pflege außerhalb der eigenen vier Wände wird beleuchtet: Gezeigt werden Konzepte zur Angehörigenarbeit, aber auch, dass die Einbindung dieser Unterstützungspotenziale durch pflegende Angehörige noch lange nicht als ausgeschöpft gelten kann. Ergänzt wird dies durch die Frage, welche Potenziale neue Wohn- und Versorgungsformen bieten können, um pflegebedürftigen älteren Menschen soziale Teilhabe zu ermöglichen.

Abgerundet wird der Pflege-Report 2015 mit empirischen Analysen zur Entwicklung und zum Status quo der Pflegebedürftigkeit sowie zur gesundheitlichen Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland. Grundlage dafür sind die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes als auch Abrechnungsdaten der AOKs, die auf die deutsche Wohnbevölkerung hochgerechnet wurden.

Der Pflege-Report ist eine jährlich erscheinende Publikationsreihe des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO). Er will dazu beitragen, die wesentlichen Herausforderungen im Bereich der Pflege zu analysieren und Lösungen aufzeigen. ■



Antje Schwinger,
Projektleitung
Pflegeanalysen im WIDO

„Ambulant vor stationär ist ein wichtiger Grundsatz der Pflege. Doch auch die Pflege außerhalb der Häuslichkeit kann positive Versorgungsimpulse setzen. Diese gilt es zu nutzen und die Versorgungslandschaft entsprechend zu gestalten.“



Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2015 – Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit*. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 300 Seiten; 54,99 Euro; ISBN 978-3-7945-3107-3

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

Verordnungen
je 1.000 weibliche
AOK-Versicherte
zwischen 10 und
20 Jahren



mehr als 30 ■
20 bis 30 ▨
unter 20 □

Empfängnisverhütung

„Pille danach“ wird im Osten seltener verordnet

Die Europäische Union hat es vorgegeben, Deutschland hat nun nachgezogen: Seit März ist die „Pille danach“ rezeptfrei erhältlich. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO) hat untersucht, wie oft Mädchen und junge Frauen das Notfallverhütungsmittel verwenden.

Im Jahr 2014 wurden etwas mehr als 28.000 Packungen zu Lasten der AOK abgegeben. Für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung waren es fast 79.000 Packungen. Rund 24.400 junge AOK-versicherte Frauen und Mädchen haben eines der

zwei auf dem Markt befindlichen Präparate erhalten – die meisten nur einmal im Berichtsjahr, 13 Prozent von ihnen jedoch auch mehrmals pro Jahr.

Einzelne Versicherte haben die „Pille danach“ bis zu achtmal eingesetzt und so den Notfall zum Normalfall gemacht. Die Rezepte für diese Anwenderinnen stammen teilweise von unterschiedlichen Ärzten, teilweise aber auch nur von zwei verschiedenen. Die obligatorische Beratung und Aufklärung, die in Zukunft die Apotheken leisten sollen, sind also auch unter ärztlicher Regie nicht immer erfolgreich.

Je 1.000 weibliche AOK-Versicherte zwischen 10 und 20 Jahren wurden die Präparate im Mittel 26,7-mal verschrieben, jedoch mit deutlichen regionalen Unterschieden. In den neuen Bundesländern lag die Quote bei maximal 15 Verordnungen je 1.000 Versicherte, am niedrigsten in Sachsen-Anhalt mit 10,4 Verordnungen. In Baden-Württemberg wurde die Pille danach mehr als dreimal so oft verschrieben (33,9). Möglicherweise verringert der historisch gewachsene freiere Umgang mit Verhütungsmitteln in den östlichen Ländern den Bedarf an Notfallverhütungen. ■



Routinedaten im Gesundheitswesen

Ein Goldschatz für die Versorgung

Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen werden immer öfter für die Versorgungsforschung genutzt. Das belegt die zweite Auflage des „Handbuchs Sekundärdatenanalyse“, die Ende 2014 erschienen ist.

Daten sind das Gold des 21. Jahrhunderts. Sie können die medizinische Versorgung transparent machen und die Entwicklung einer effizienten, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung voranbringen. Dass die umfangreichen Routinedaten der

Krankenkassen mit komplexen Verfahren zunehmend Eingang in die Versorgungsforschung finden, zeigt auch die Neuauflage des Standardwerkes „Handbuch Sekundärdatenanalyse“.

Das WIDO hat diese Publikation für empirisch arbeitende Forscher und Praktiker mit seiner Expertise unterstützt. Der Erscheinungstermin hätte nicht besser gewählt werden können, denn das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht die Einrichtung eines Innovationsfonds vor, aus dem auch die Versorgungsfor-

schung gefördert werden soll. Das Buch beschreibt Methoden und Perspektiven der Nutzung von Routinedaten. Unterschiedliche Datenquellen werden systematisch dargelegt und auf ihre Validität und Aussagefähigkeit hin analysiert. Typische Auswertungsansätze und Fragen werden diskutiert.

Eine profunde Zusammenstellung, erarbeitet von knapp 70 Experten, ermöglicht es dem Leser, die Diskussionen rund um den Innovationsfond und das Thema E-Health nachzuvollziehen. ■

Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber 2014; 2., vollständig überarbeitete Auflage; 536 Seiten; 39,95 Euro; ISBN 978-3-456-85435-9

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: 132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, München, 5/2015: **Christian Günster:** „Wie kann man chirurgische Qualität messen?“ und „Appendektomien bei Kindern und Jugendlichen im Spiegel von GKV-Routinedaten“ +++ Jahreskongress der thüringischen Gesellschaft für Chirurgie, Erfurt, 5/2015: **Christian Günster:** „Längsschnittanalysen mit Routinedaten: Was bringt das Follow-up für die Qualitätsmessung?“ +++ 4. Kongress Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten, Potsdam, 5/2015: **Jürgen Klauber:** „Qualitätssicherung mit Routinedaten“, **Christian Günster:** „Qualitätstransparenz für Patienten“, **Dr. Elke Jeschke:** „Grundlagen des QSR-Verfahrens“, **Hanna Leicht:** „Häufige Fragen zum QSR-Verfahren“, **Matthias Maneck:** „Qualitätsanalyse mit dem Klinikbericht“ +++ Tagung The Managed Introduction of New Medicines, Warschau, 5/2015: **Gisbert Selke:** „Ongoing Programmes in Germany to Influence Prescribing“ und „Recent Initiatives in Germany to Maintain a Sustainable Supply of New Medicines“

Internationale Erfahrungen mit regionalen Variationen: Was kann Deutschland vom Ausland lernen?

von Jan Böcken¹, Marion Grote-Westrick², Uwe Schwenk³

ABSTRACT

Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung treten sowohl zwischen Regionen innerhalb eines Landes als auch zwischen verschiedenen Ländern auf. Nur kleine Teile der Variationen können durch medizinische Gründe oder unterschiedliche Präferenzen der Patienten erklärt werden. Der größere Teil muss als Indiz für Phänomene der Über-, Unter- und Fehlversorgung und damit als unerwünschte Variation gewertet werden. Mögliche Reformoptionen bestehen im Setzen regionaler Behandlungsziele und finanzieller Anreize auf Leistungserbringerseite, in der Erarbeitung und Implementierung von Leitlinien sowie in Maßnahmen zur stärkeren Berücksichtigung der Patientenperspektive. Erfolgversprechende Ansätze zur Verringerung regionaler Unterschiede gibt es in einer Reihe von Ländern (beispielsweise den USA, England oder Italien). Eine wichtige Voraussetzung für das Anstoßen von Reformen scheint das Monitoring von regionalen Unterschieden zu sein. Welche Ansätze sich langfristig bewähren, um eine bedarfsgerechtere Versorgung der Patienten zu erreichen, ist gegenwärtig noch nicht abzusehen.

Schlüsselwörter: regionale Variation, Transparenz, Bedarfserorientierung, regionale Ungleichheit, internationaler Vergleich

Regional variations in the utilization and provision of health services exist within and between countries. Medical necessities or diverse preferences of patients account for a small part of these differences. The larger part, however, seems to be due to over-, under-, and misuse of services and can hence be regarded as unwarranted variation. Reforms could include treatment targets and financial incentives for health service providers. Developing and implementing guidelines might also be a sound strategy to integrate the patients' perspectives when improving structures for health care services. Promising attempts to reduce regional variation can be found in a number of countries, for instance in the United States, in England, and in Italy. Monitoring regional differences is an important prerequisite for reforms. It is not clear yet, which approach or combination of approaches will be successful in order to realize a demand-tailored supply of health care.

Keywords: regional variation, transparency, demand orientation, regional imbalance, international comparison

1 Die Forschungslandschaft: Dartmouth und die anderen

Studien zu regionalen Variationen gibt es seit über 40 Jahren (Wennberg 2014). Die Wiege dieser Forschungsrichtung liegt in den USA am Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice in Hanover. So verwundert es nicht, dass über 50 Pro-

zent der zwischen 2000 und 2011 erschienenen Studien in den USA und Kanada publiziert wurden. Nimmt man das in der Forschungslandschaft eng mit den USA verbundene Großbritannien hinzu, sind es sogar zwei Drittel aller wissenschaftlichen Veröffentlichungen (Ashley et al. 2014, 7).

In jüngerer Zeit gibt es auch in anderen Ländern intensive Forschungsaktivitäten. In dem internationalen Verbund des

¹ Dr. rer. medic. Jan Böcken, Bertelsmann Stiftung · Carl-Bertelsmann-Straße 256 · 33311 Gütersloh · Telefon: 05241 8181462
E-Mail: jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

² Marion Grote-Westrick, Bertelsmann Stiftung · Carl-Bertelsmann-Straße 256 · 33311 Gütersloh · Telefon: 05241 8181271
E-Mail: marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de

³ Uwe Schwenk, Bertelsmann Stiftung · Carl-Bertelsmann-Straße 256 · 33311 Gütersloh · Telefon: 05241 8181418
E-Mail: uwe.schwenk@bertelsmann-stiftung.de

Wennberg International Collaborative sind Wissenschaftler aus über 20 Nationen vertreten. Auf der dazugehörigen Webseite www.wennbergcollaborative.org findet sich ein Überblick über vorhandene länderspezifische Publikationen.

Ländervergleichende Veröffentlichungen hat es dagegen bis dato kaum gegeben. Zu den wenigen sind die Publikationen des Projektes European Collaboration for Health Optimization (ECHO) zu zählen (<http://echo-health.eu/>), in dem Krankenhausdaten aus sechs Ländern verglichen werden (*Bernal-Delgado et al. 2015*). Die jüngste und zugleich auch umfassendste länderübergreifende Analyse ist die Ende 2014 erschienene Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (*OECD 2014*), die im folgenden Abschnitt dargestellt wird.

2 Der empirische Befund: Ein Vergleich von regionalen Versorgungsunterschieden in 13 OECD-Staaten

Regionale Unterschiede im Umfang erbrachter Gesundheitsleistungen treten sowohl zwischen vergleichbaren Regionen innerhalb eines Landes als auch zwischen verschiedenen Ländern auf. Zu diesem Ergebnis kommt die erste größere ländervergleichende Studie zu regionalen Variationen, die von der OECD im September 2014 veröffentlicht wurde. Hierfür wurden zehn medizinische Leistungen in 13 OECD-Staaten analysiert: Neben einigen nicht indikationsspezifisch analysierten Indikatoren wie Krankenhauseinweisungen sowie Untersuchungen mittels Magnetresonanztomographie (MRT) und Computer-Tomographie (CT) handelte es sich dabei um operative Eingriffe mit großem Volumen und/oder hohen Kosten wie Kaiserschnittentbindungen, Kniegelenk-Implantationen oder koronare Bypass-Eingriffe. Grundlage der Analysen sind größtenteils stationäre Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2011 beziehungsweise dem jeweils aktuellsten verfügbaren Jahr. Die ausgewiesenen regionalen Variationen beziehen sich mit wenigen Ausnahmen auf den Wohnort des Patienten. Die Daten sind in der ländervergleichenden Analyse mit Bezug auf die OECD-Population und in den nationalen Analysen auf die jeweils nationale Bevölkerung alters- und geschlechtsadjustiert, um zumindest einen Teil der Unterschiede, die aufgrund unterschiedlicher Bevölkerungsstrukturen zustande kommen, zu neutralisieren.

Die Studienergebnisse verdeutlichen, dass es bei den untersuchten Indikationen zwischen den Ländern Unterschiede bis zum Vierfachen gibt. Besonders große regionale Unterschiede zeigen sich bei Kniegelenk-Erstimplantationen. Innerhalb der Länder, zum Beispiel in Kanada, Portugal oder Spanien, werden in manchen Regionen fünfmal mehr Knie-OPs durchgeführt als in anderen. Deutschland zählt

neben Australien, der Schweiz, Finnland und Kanada mit über 200 OPs pro 100.000 Einwohner zu den Ländern mit den höchsten Raten. Zum Vergleich: In Israel, dem Land mit der geringsten Rate, werden nur 56 OPs pro 100.000 Einwohner durchgeführt.

Auch bei den betrachteten Eingriffen am Herzen, nämlich Bypass-Operationen und Koronarangioplastien, treten große Abweichungen zutage. Die Studie zeigt Unterschiede bis zum Dreifachen zwischen den analysierten Ländern auf. Zudem sind die regionalen Unterschiede innerhalb der einzelnen Länder bei diesen Eingriffen oft am größten. Sie sind höher als bei den meisten anderen von der OECD betrachteten Eingriffen. Besonders hoch sind die regionalen Variationen bei koronaren Bypass-Operationen innerhalb von Spanien und Portugal.

In Italien, Portugal, Australien, der Schweiz und Deutschland liegen die Kaiserschnittraten mit einem Anteil von über 30 Prozent an der Zahl der Lebendgeborenen um die Hälfte höher als in Finnland. Die regionalen Variationen innerhalb der Länder sind im Vergleich zu anderen untersuchten Indikationen allerdings relativ niedrig. Nur Italien bildet hier mit Variationen um den Faktor 6 eine Ausnahme.

Die Krankenhauseinweisungen und Operationen nach Hüftfraktur weisen innerhalb der einzelnen Länder die niedrigsten Unterschiede auf (weniger als Faktor 2). Dies kann man als gutes Zeichen für die Belastbarkeit der verwendeten Daten und Analysen werten, da bei dieser Indikation mangels Alternativen keine großen Variationen zu erwarten waren und der Eingriff allein zur methodischen Absicherung ausgewählt wurde. Gleichwohl muss betont werden, dass das Studienvorhaben diverse organisatorische und methodische Hürden zu überwinden hatte, beispielsweise die unterschiedlichen Datenquellen oder die unterschiedliche Größe und Anzahl regionaler Bezugseinheiten. Obwohl bei der Interpretation der einzelnen Ergebnisse diese und andere Einschränkungen berücksichtigt werden müssen, können gerade die übergreifenden Aussagen als belastbar betrachtet werden: Regionale Unterschiede sind innerhalb und zwischen den betrachteten Ländern weit verbreitet, und sie werden zumindest als potentielles Problem wahrgenommen.

Nicht alle beobachteten Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen und besonders innerhalb von Gesundheitssystemen sind per se problematisch. Wenn die Variationen durch Prävalenz- oder Präferenzunterschiede auf Seiten der Patienten begründet sind, handelt es sich keineswegs um unerwünschte Phänomene. Die OECD-Studie kommt über eine breit angelegte Literaturrecherche allerdings zu dem Ergebnis, dass nur Teile der herausgearbeiteten Schwankungen durch medizinische Gründe oder unterschiedliche Präferenzen der Patienten erklärt werden können. Auch der sozioöko-

nomische Status hat einen Einfluss. Andere Faktoren, die eine bedeutsame Rolle spielen, sind beispielsweise die Angebotsstruktur oder unterschiedliche medizinische Schulen und Vorgehensweisen, beispielsweise bei der Gebärmutterentfernung. Die dadurch bedingten Variationen gilt es nach Ansicht der Autoren im Sinne einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zu verhindern. Allerdings liefert die Studie keine auf eigene Auswertungen gestützte weiterführende Analyse zu der Frage, in welchem Umfang die aufgezeigten regionalen Unterschiede unerwünscht beziehungsweise gerade noch tolerierbar sind.

3 Die Reformoptionen: Regionale Ziele, finanzielle Anreize, Leitlinien und die Stärkung der Patientenorientierung

Es existiert mittlerweile eine große Bandbreite von Instrumenten zur Analyse und zum Umgang mit regionalen Variationen (für eine Übersicht mit Website-Adressen siehe: *OECD 2014a, 6*). Die OECD skizziert diverse Maßnahmen, die in den betrachteten Ländern bereits ergriffen wurden, um unerwünschte Variationen zu verringern (Tabelle 1).

Ein Instrument der politischen Gestaltung ist das Setzen regionaler Behandlungsziele und eine Rückmeldung zur Zielerreichung an Ärzte und Krankenhäuser. Gerade für die Indikation Kaiserschnitt ist hier international eine Reihe von Aktivitäten zu beobachten, die teilweise auf die Absenkung der Kaiserschnitt- und teilweise auf die Verringerung der regionalen Unterschiede ausgerichtet sind: In Italien wurden Ziele für Kaiserschnittraten ausgelobt, die zumindest an einer im Jahr 2012 zu verzeichnenden Absenkung der Sectio-Raten beteiligt gewesen sein könnten. In Spanien hat man in einigen Krankenhäusern teilweise eine Checkliste eingeführt, um die Einschlusskriterien für einen Kaiserschnitt klarer herauszuarbeiten. Bei den beteiligten Häusern war ein geringerer Anstieg der Sectio-Rate zu beobachten. Mehrere Länder haben auch finanzielle Anreize gesetzt, um das Absenken der Kaiserschnittraten zu unterstützen. In England und Frankreich sollen Kaiserschnitt- und natürliche Geburten gleich hoch vergütet werden, in Korea ist in einem Pay-for-Performance-System die Vergütung von Krankenhäusern an die Absenkung der Sectio-Rate gebunden worden. Eine belastbare Evaluation der Effekte dieser Maßnahmen steht noch aus.

Eine zentrale Maßnahme ist die Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien, die in vielen Ländern zu beobachten ist. In England und Finnland wurden HTA-Agenturen, also Agenturen für Health Technology Assessment, speziell zu dem Zweck gegründet, auf unerwünschte regionale Variationen zu

reagieren. Allerdings ist die Einhaltung der Leitlinien auch in diesen Ländern nicht verpflichtend, so dass die Auswirkung dieser Begleitung durch die Agenturen ebenso wie der Effekt von Leitlinien nicht eindeutig zu bestimmen ist.

Einige Länder haben bereits Anstrengungen unternommen, um den Patienten stärker in den Fokus der Versorgung zu rücken und ihn in seiner Rolle zu stärken. Zum einen geht es dabei um das systematische Erfassen und Evaluieren von Patientenerfahrungen nach erfolgtem Eingriff, wie es beispielsweise schon in Schweden und Großbritannien geschieht. In Schweden werden seit 2006 Daten zur indikationsbezogenen Qualität und zum Outcome für einzelne Regionen zur Verfügung gestellt, so dass beispielsweise die Komplikationsraten bei einer Gebärmutterentfernung verglichen werden können. In England wurden die vom National Health Service (NHS) finanzierten Leistungsanbieter verpflichtet, Daten zur Lebensqualität vor und nach chirurgischen Eingriffen zu erheben, die dann teilweise im dortigen NHS Atlas of Variation (*NHS 2015*) abgebildet wurden.

Zum anderen ist es wichtig, dass Patienten durch wissenschaftlich fundierte und gleichermaßen laienverständliche Entscheidungshilfen in ihrer Entscheidungsfindung gestärkt werden. So kann sichergestellt werden, dass Patienten sich explizit für oder gegen einen Eingriff entscheiden. Im Cochrane Inventory of Decision Aids sind gegenwärtig mehr als 450 Entscheidungshilfen verzeichnet, viele davon für die hier diskutierten Interventionen. Ein 2013 erschienenen Literature Review hat ergeben, dass gut informierte Patienten sich seltener für Eingriffe entscheiden und im Zweifel die weniger invasiven Verfahren präferieren, auch wenn die Literaturlage hier nicht völlig eindeutig ist (siehe beispielsweise *Mulley et al. 2012, 11 ff.* versus *Katz 2014*).

In der überwiegenden Anzahl der Länder werden die genannten Maßnahmen und Instrumente eher punktuell eingesetzt. Eine konsistente und langfristig angelegte Strategie zum Umgang mit regionalen Ungleichheiten ist nur in wenigen Ländern zu erkennen. Mögliche Ansätze für eine solche Strategie von sehr unterschiedlichen Akteuren und erste Erfolgseinschätzungen werden im folgenden Abschnitt vorgestellt.

4 Wege zu mehr Transparenz: Drei Länderbeispiele

An dieser Stelle sollen exemplarisch die sehr unterschiedlichen Ansätze zum Umgang mit regionalen Variationen aus drei Ländern vorgestellt werden. Die USA wurden aufgenommen, weil sie nicht in der OECD-Studie enthalten waren. Nach England lohnt ein Blick, weil es für den dortigen sehr umfangreichen und zentralstaatlich organisierten Atlas erste

Evaluationen gibt. Italien schließlich liefert in der Toskana ein Beispiel dafür, wie Analysen über Variationen in die regionale Steuerung eines Gesundheitssystems eingebunden werden können.

4.1 USA (Dartmouth Atlas)

Die erste seiner Veröffentlichungen publizierte Jack Wennberg, der Vater des Dartmouth Atlas, 1973 noch ausschließlich bezogen auf den kleinen Bundesstaat Vermont (*Wennberg und Gittelsohn 1973*). Aber auch der eigentliche Dartmouth Atlas (www.dartmouthatlas.org, Abbildung 1) besteht schon seit zwei Dekaden. Basierend vor allem auf den Daten der staatlichen Krankenversicherung für ältere Menschen und solche mit Behinderungen (Medicare) konnte an unzähligen Beispielen gezeigt werden, dass es in den USA große regionale Unterschiede in der Verteilung und Nutzung von Ressourcen gibt. Die Kernbotschaft blieb über die Jahre gleich: Mehr Ressourceneinsatz führt im Gesundheitswesen nicht zwangsläufig zu einer besseren Versorgung.

Die Struktur der Publikationen hat sich über die Jahre verändert: Waren es Mitte der 1990er-Jahre vor allem vertiefende Betrachtungen einzelner Bundesstaaten oder Gruppen von Bundesstaaten, kamen zunehmend indikations-spezifische Studien hinzu. Die Veröffentlichungsstrategie wurde vermehrt auf den politischen Reformprozess ausgerichtet, so dass 2008 auch Papiere entstanden, die direkt auf den US-Wahlkampf abzielten (zum Beispiel *Wennberg et al. 2008*). In jüngster Zeit standen die Publikationen pro Kalenderjahr unter einheitlichen thematischen Klammern. Dazu gehörten die Verbesserung der Entscheidungsfindung der Patienten im Jahr 2012 und die regionalen Variationen verschiedener chirurgischer Eingriffe im Jahr 2014.

Der Einfluss der Arbeiten des Dartmouth Institutes kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Jack Wennberg wird als „Vater einer neuen Wissenschaft und als Inspiration für die nächste Arztgeneration“ (*Welch 2013*) bezeichnet. Schon 1993 war er Berater in Hillary Clintons Task Force, deren Reformentwurf aber im Kongress scheiterte. Formate wie der Dartmouth Atlas Project Topic Brief (*Fisher et al. 2009*) waren direkt auf Entscheidungsträger im politischen Raum ausgerichtet, viele Elemente aus der Arbeit des Dartmouth Institutes sind 2010 in den „Patient Protection and Accountable Care Act“ eingeflossen. Von dem Artikel Atul Gawandes, der im Magazin „The New Yorker“ erschien (*Gawande 2009*) und auch hierzulande eine gewisse Wahrnehmung erfuhr, wird kolportiert, er sei einer der Lieblingsartikel von Barack Obama gewesen und eine seiner zentralen Inspirationen bei der Entwicklung der nach ihm benannten Gesundheitsreform. Der „Affordable Care Act“ (bekannt geworden als „Obama Care“) zeigt dann auch deutliche Bezüge zu den Arbeiten des Dartmouth Institutes bis hin zu dem

Gesundheitspolitische Maßnahmen verschiedener

	Krankenhausaufnahmen	Herz-Prozeduren
Australien		klinische Leitlinien, Gesundheitsergebnisvorgaben, Entgeltsysteme
Belgien		
Deutschland		öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien, Entscheidungshilfen
Finnland		klinische Leitlinien
Frankreich		
Großbritannien	klinische Leitlinien, Entgeltsysteme, Ressourcenallokation	öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien
Israel	öffentliche Berichterstattung	Ressourcenallokation
Italien	öffentliche Berichterstattung, Entscheidungshilfen, Gesundheitsergebnisvorgaben, Entgeltsysteme, Ressourcenallokation	Entscheidungshilfen, Gesundheitsergebnisvorgaben
Kanada		öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien
Portugal		
Schweiz	öffentliche Berichterstattung	öffentliche Berichterstattung
Spanien		klinische Leitlinien
Tschechien		

Versuch, Ärzte zu einer besseren Information ihrer Patienten über Behandlungsalternativen zu bewegen (*Brownlee 2013*). Quantifizieren lässt sich wie so oft kaum, welchen Einfluss wissenschaftliche Politikberatung und eine Kampagnenführung auf die reale Politikgestaltung hatten. Fakt ist, dass die Karten des Dartmouth Atlas in der gesundheitspolitischen Debatte der USA allgegenwärtig sind und dass die von Anfang an konsequent über die Verbindung von Kosten und Qualität geführte Kampagne in den Medien bis heute ein breites Echo erfährt. Dies liegt auch daran, dass

TABELLE 1

Länder in Bezug auf Krankenhauseinweisungen, einige Indikationen und Untersuchungsmethoden

OPs nach Hüftfrakturen	Knieersatz	Kaiserschnitt	Gebärmutterentfernungen	MRT- und CT-Untersuchungen
Gesundheitsergebnisvorgaben, Ressourcenallokation	Gesundheitsergebnisvorgaben, Ressourcenallokation	öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien		
		öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien, Feedback an Leistungserbringer		klinische Leitlinien, Ressourcenallokation, Zielvorgaben
öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien	öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien	öffentliche Berichterstattung, Entscheidungshilfen	öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien, Entscheidungshilfen	
klinische Leitlinien	klinische Leitlinien, Gesundheitsergebnisvorgaben		öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien	
		klinische Leitlinien		
	öffentliche Berichterstattung, Entscheidungshilfen, Gesundheitsergebnisvorgaben	öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien, Entgeltsysteme	öffentliche Berichterstattung	öffentliche Berichterstattung
klinische Leitlinien				Ressourcenallokation
öffentliche Berichterstattung, Entscheidungshilfen, Gesundheitsergebnisvorgaben, Entgeltsysteme, Ressourcenallokation		öffentliche Berichterstattung, Entscheidungshilfen, Gesundheitsergebnisvorgaben, Entgeltsysteme, Ressourcenallokation		
öffentliche Berichterstattung, Gesundheitsergebnisvorgaben	öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien, Gesundheitsergebnisvorgaben	öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien	öffentliche Berichterstattung	öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien
		öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien, Entgeltsysteme, Ressourcenallokation		
öffentliche Berichterstattung	öffentliche Berichterstattung	öffentliche Berichterstattung	öffentliche Berichterstattung	
öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien	öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien	klinische Leitlinien		
Gesundheitsergebnisvorgaben	Gesundheitsergebnisvorgaben			

Quelle: OECD 2014; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

diese mediale Strategie von einem Stiftungskonsortium unter Führung der Robert Wood Johnson Foundation professionell begleitet und in den vergangenen 20 Jahren mit über 14 Millionen US-Dollar unterstützt worden ist.

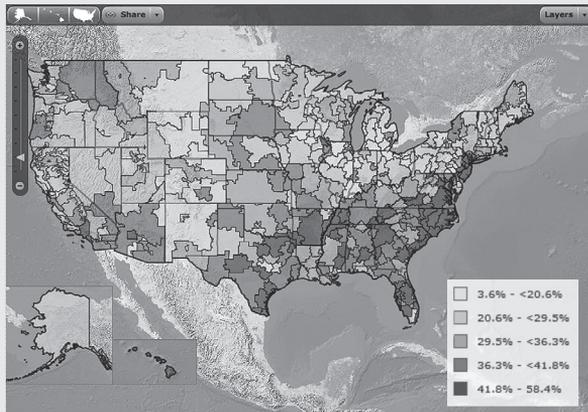
4.2 England (NHS Atlas of Variation in Healthcare)

Die erste Studie zu regionalen Variationen in der Gesundheitsversorgung in England erschien bereits 1938. Dies ist der viel zitierte Aufsatz zu regionalen Variationen der Tonsillektomie

bei Kindern in der Grafschaft Kent (*Glover 1938*). Über siebzig Jahre später, nämlich 2010, erschien dann der NHS Atlas of Variation. Die Idee war, durch die Darstellungen und Analysen die Entscheidungen der damaligen Primary Care Trusts (PCTs) zur Mittelverteilung auf regionaler Ebene zu unterstützen. Vor allem die unerwünschten Variationen, die den Nutzen für die Bevölkerung nicht erhöhen, sollten beleuchtet werden. Die Zielgruppe des NHS Atlas sind vor allem klinische Entscheider. Folgerichtig fokussierte man sich auf Themen, die aus klinischer Sicht besonders relevant sind. Ende 2011 wurde eine

ABBILDUNG 1

Beispielhafte Landkarte zum Thema PSA-Screening aus dem Dartmouth Atlas



Der Dartmouth Atlas ist das bekannteste Produkt des Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. Er zeigt die regionale Varianz bei der Inanspruchnahme bestimmter Gesundheitsleistungen, hier beispielhaft des PSA-Screenings.

Quelle: www.dartmouthatlas.org

zweite Version publiziert, die neben der doppelten Anzahl an Karten auch erstmals Analysen zu Zeitvergleichen sowie einen Abschnitt mit Hinweisen und Instrumenten für Entscheidungsträger in den Regionen enthielt, wie unerwünschte Variationen reduziert werden können. In der Folge wurde zusätzlich eine Reihe themenbezogener Atlanten bereitgestellt, die sich auf spezielle Indikationen oder Bevölkerungsgruppen bezogen. Zu nennen sind hier unter anderem Atlanten zu den Themen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Diabetes, Nieren- und Leberleiden, Atemwegserkrankungen oder diagnostische Verfahren.

Zusätzlich zu den Atlanten wurden den PCTs weitere Analysetools zur Verfügung gestellt. Das vom NHS ins Leben gerufene Rightcare-Programm bot ein Health Investment Pack (HIP) an, das auf Basis von bereits bestehenden Analyseinstrumenten für den gesamten Versorgungspfad einzelner komplexer Erkrankungen (zum Beispiel kardiovaskuläre Erkrankungen, psychische Erkrankungen) Auswertungen der regionalen Unterschiede von Ausgaben oder Outcome ermöglicht. Es wurden für verschiedene Stakeholder-Gruppen kurze, nutzerfreundliche Zusammenfassungen herausgegeben, die den Vergleich der eigenen Position mit dem restlichen England für eine große Anzahl an Indikatoren ermöglichte. Ab 2013 wurden den Clinical Commissioning Groups (CCGs) ein Datenpaket sowie zwei Online-Tools zur Verfügung gestellt, mit denen sowohl die Gegenüberstellung mit vergleichbaren CCGs möglich war als auch

Veränderungsmöglichkeiten für prioritäre Indikationen aufgezeigt wurden. Das Angebot ermöglichte sowohl eine differenzierte Analyse als auch die Nutzung interaktiver Karten.

Eine Evaluation zur Wirkung des NHS Atlas of Variation auf die 151 englischen PCTs kommt trotz dieser vielfältigen Instrumente zu einem ernüchternden Ergebnis (*Schang et al. 2014*). In einer E-Mail-gestützten Befragung antworteten nur 53 PCTs. Fast die Hälfte der Befragten, nämlich 25 von 53, hatte den Atlas entweder nicht wahrgenommen, aus Ressourcenmangel nicht genutzt oder als nicht hilfreich für regionale und lokale Entscheidungen befunden. 28 Nutzer empfanden den Atlas als hilfreich, um Variationen zu verstehen und die Kommunikation mit Klinikern anzustoßen. Einige Fallstudien solcher positiven Erfahrungen (*Schang und Morton 2012*) zeigen, dass der Atlas bisweilen dabei geholfen hat, unerwünschte regionale Unterschiede zu identifizieren, durch Visualisierungen zuzuordnen und weitere Initiativen bei den Verantwortlichen anzustoßen. Gleichwohl muss festgehalten werden, dass ein Großteil der befragten PCTs an der Evaluation nicht teilgenommen hat und eine Gleichverteilung der Rückmeldungen auf die Non-Responder eher nicht zu vermuten ist. Selbst in einem weitestgehend staatlichen System wie dem NHS stoßen die strategische Nutzung des zentral angebotenen Atlas und seiner vielfältigen unterstützenden Werkzeuge offensichtlich auf Vorbehalte bei den regionalen Entscheidungsträgern. Es bleibt abzuwarten, ob sich der NHS Atlas und die damit verknüpften Instrumente weiter etablieren und zukünftig stärker auf regionaler Ebene strategisch eingesetzt werden.

4.3 Italien (Toskana)

Italien zeichnet sich dadurch aus, dass die administrativen Regionen, die sogenannten *regioni*, im staatlichen Gesundheitssystem seit den 1990er-Jahren viele Kompetenzen zur Kontrolle der Leistungserbringung haben. So existiert in einigen Regionen ein Tool zur Performance-Messung und zum Monitoring, das auch bereits zur Steuerung von Leistungserbringern hinsichtlich unerwünschter Variationen genutzt werden konnte (die folgende Darstellung folgt *Nuti und Seghieri 2014*). Vorreiter ist die Toskana, wo das Tool ausgehend von der in der Literatur vorhandenen Evidenz beispielsweise speziell für den Kontext dieser Region angepasst wurde. Diese Anpassung ist unter Beteiligung vieler relevanter Stakeholder von regionaler und lokaler Ebene sowohl aus dem medizinischen Bereich als auch aus dem Managementumfeld durchgeführt worden und ist bis heute nicht abgeschlossen.

Die Ergebnisse werden in einer tortenähnlichen Grafik in Ampelfarben visualisiert und veröffentlicht (vereinfacht und ohne Ampelfarben dargestellt in Abbildung 2). In der Toskana wurden Ergebnisdarstellungen für 17 Verwaltungs-

einheiten zur Leistungserbringung (bei Nuti und Seghieri Health Authorities oder kurz HA genannt) aufbereitet, neben zwölf lokalen Anbietern auch für fünf Universitätskliniken. Dabei bleibt es nicht bei der bloßen Darstellung der Performance: Seit 2006 wird die Vorstandsvergütung in den Versorgungseinrichtungen an die Ausprägung der Indikatoren des Tools gekoppelt. Für die einzelnen Indikatoren mit klarer Evidenzlage werden für jede HA Ziele definiert, so dass sich die Unterschiede zwischen den HAs langsam angleichen können. Für präferenzsensitive elektive Eingriffe, bei denen in der Regel starke regionale Variationen vorliegen (Gaumenmandeloperationen, Eingriffe am Kniegelenk etc.), wurden die regionalen Unterschiede dokumentiert und ein Prozess in Gang gesetzt, in dem die Ärzte zur Entwicklung und Einhaltung von Leitlinien angehalten werden. Auch die Rolle der Patienten soll gestärkt werden, zum Beispiel durch die Verbreitung von Patientenleitlinien. Die Evaluation der Effekte dieser Form staatlicher Steuerung in Bezug auf eine Verringerung der unerwünschten Variationen steht noch aus.

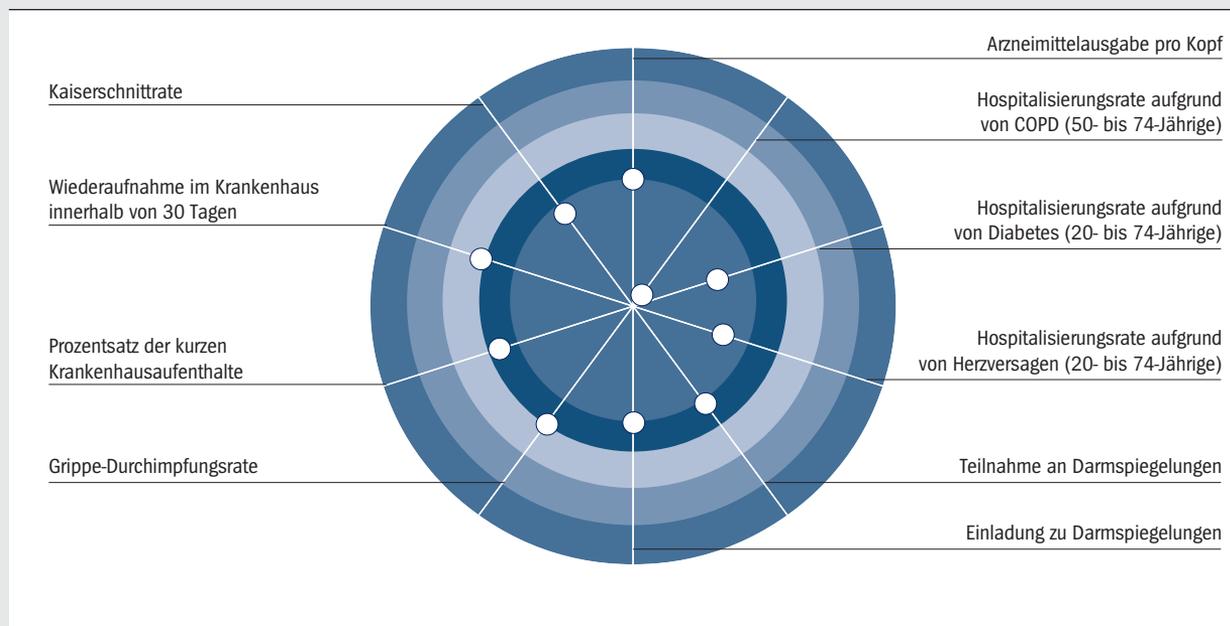
Ausgehend von der erfolgreichen Einführung in der Toskana hat auch eine Reihe anderer Regionen das Tool zur Performance-Messung eingeführt, so dass nun auch regionenübergreifende Vergleiche möglich sind.

5 Der Ausblick: Wie kommen Veränderungen zustande und was muss noch getan werden?

Es gibt international noch immer relativ wenig belastbares Wissen, wie regionale Variationen zustande kommen und durch welche Faktoren ihre Ausprägung vor allem determiniert wird. Einigkeit besteht darin, dass die zu beobachtenden Unterschiede oftmals nicht durch Morbiditäts- oder Präferenzunterschiede auf Seiten der Patienten erklärt werden können und deshalb zumindest teilweise unerwünscht sind. Wie groß jedoch der jeweilige Einfluss von klinischen Schu-

ABBILDUNG 2

Leistungsbilanz der Toskana in Bezug auf die Ziele 2009 (Auswahl)



Je weiter ein Punkt im Kreisinneren ist, desto besser ist die Zielerfüllung beim entsprechenden Parameter. Die Visualisierung erfolgt in der Toskana in Ampelfarben, die in dieser Darstellung in Blautöne übersetzt wurden. Da die meisten Punkte im innersten Kreis liegen und der Zielerfüllungsgrad sonst nicht leicht erkennbar wäre, wurde der innerste Kreis größer dargestellt. In der Toskana werden noch weitere Parameter untersucht.

Quelle: Nuti und Seghieri, Grafik: G+G Wissenschaft 2015

len, von Vergütungsmechanismen, von haftungsrechtlichen oder soziodemografischen Faktoren genau ist, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen.

Das Phänomen der regionalen und damit auch die Gefahr unerwünschter Variationen ist weit verbreitet. Der internationale Vergleich steckt wissenschaftlich noch in den Anfängen. Die Interpretation der Unterschiede zwischen den Nationen ist auch wegen der unterschiedlichen ordnungspolitischen Ansätze, zum Beispiel im Umgang mit Wartelisten, schwierig. Allerdings lassen sich in allen untersuchten Ländern bei den betrachteten Indikationen verhältnismäßig große regionale Unterschiede feststellen. Gleichwohl gibt es in den einzelnen Ländern bis dato nur wenige Maßnahmen, die explizit auf die Reduzierung regionaler Unterschiede ausgelegt sind (*McCulloch et al. 2013*).

Die Verantwortlichen begreifen die regionalen Unterschiede zu Recht als Indikator für eine möglicherweise nicht bedarfsgerechte Versorgung. So ist beispielsweise im Bereich der Kaiserschnitte zu beobachten, dass die implementierten Maßnahmen primär darauf ausgerichtet sind, die Kaiserschnitttrate zu reduzieren. Die Existenz dieser Maßnahmen scheint dabei in keinem quantifizierbaren Zusammenhang zur Größe der Variationen oder zum Volumen der Leistungen zu stehen. Vielmehr sind die regionalen Unterschiede für den Bereich Kaiserschnitte im Vergleich beispielsweise zu den Gaumenmandeln klein und auch die finanziellen Volumina beispielsweise im Vergleich zur Kardiologie eher gering. Dass trotzdem vor allem Maßnahmen zur Reduzierung der Kaiserschnitttrate zu beobachten sind, scheint anderen Begründungsmustern zu folgen. Einschlägig können hier beispielsweise das Engagement von Interessengruppen oder die Kampagnenfähigkeit eines Themas sein.

Am leichtesten sollten Maßnahmen in Feldern zu implementieren sein, in denen es eine klare Evidenzlage gibt. Ist dies wie bei Impfungen der Fall, so können auch quantitative Zielwerte vorgegeben werden. Die Hoffnung ist, dass durch das Setzen national einheitlicher Zielwerte auch die regionalen Variationen innerhalb dieses Landes quasi als Nebeneffekt geringer werden. Allerdings ist es international eher selten zu beobachten, dass solche harten Ziele definiert und auch an Vergütungsmechanismen gekoppelt werden.

Bei vielen Leistungen kann ein Monitoring helfen, mit Leistungsanbietern einen Dialog über die Versorgung in Gang zu bringen. Auf diesem Wege soll den Entscheidungsträgern bewusst gemacht werden, dass es in bestimmten Regionen potentiell Über- beziehungsweise Unterversorgung gibt. Regionale Vergleiche könnten sowohl die Thematisierung zentraler Probleme mit Klinikern erleichtern als auch die strategische Planung von Entscheidungsträgern anstoßen (*Schang et al. 2014, 84*). Allerdings brauchen Verantwortliche einen langen Atem: Sogar in zentral gesteuerten Gesundheitssystemen werden die vorliegenden Analyseinstrumente nicht durchgehend genutzt, selbst der rigide toskanische Steuerungsansatz mit der Kopplung an individuelle Vergütung muss seine Tragfähigkeit noch unter Beweis stellen.

Unbestreitbar ist das große kommunikative Potential aller regionalen Vergleiche. Der Dartmouth-Ansatz der systematischen Begleitung von wissenschaftlichen Analysen durch Kommunikationsexperten ist daher folgerichtig. Die Veröffentlichung von Unterschieden verhält in kaum einem Land völlig ungehört, wenn sie lange genug konsequent betrieben wird. Man kann von einer Art kommunikativer Hebelwirkung sprechen: Das Herstellen von Transparenz über regionale Unterschiede scheint im besten Fall wie ein Katalysator zu wirken, um innerhalb des Gesundheitssystems Verbesserungsansätze zu generieren. Es muss daher eine Aufgabe der ordnungspolitisch verantwortlichen öffentlichen Institutionen sein, regionale Vergleiche zumindest für ein Set an Kernindikatoren selbst anzubieten oder den Rahmen dafür zu schaffen, dass die breite öffentliche Darstellung und die Sensibilisierung der Bevölkerung möglich wird. Allein aus dem professionellen Gesundheitssystem heraus, so lehrt der internationale Vergleich, hat sich bis dato noch kein Land auf den Weg gemacht, regionale Unterschiede zu verringern und mehr Bedarfsgerechtigkeit herzustellen.

Doch selbst wenn sich ein Land anschickt, regionale Vergleiche zu etablieren, so kann dies nur den Anfang darstellen. Das Ziel müssen Datenanalysen sein, die auch Aussagen über Kausalzusammenhänge ermöglichen. Der Gesetzgeber muss für beides – das Monitoring regionaler Variationen und die Analyse von Versorgungsbiographien – die Grundlage schaffen, um so dem Ziel einer bedarfsgerechteren Versorgung näher zu kommen.

Literatur

Ashley N, Croxford R, Goodman DC et al. (2014): A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy*, Jg. 114, Nummer 1, 5–14

Bernal-Delgado E, Christiansen T, Bloor K et al. (2015): ECHO: health care performance assessment in several European health systems. *European Journal of Public Health*, Jg. 25, Ergänzungsband 1, 3–7

Brownlee S (2013): From pariah to pioneer. *Dartmouth Medicine*, Herbst 2013, 22–29

Fisher E, Bynum J, Skinner J (2009): The Policy Implications of Variations in Medicare Spending Growth. A Dartmouth Atlas Project Topic Brief. Lebanon, NH: The Dartmouth Institute

Fisher E, Goodman D, Skinner J, Bronner K (2009): Health Care Spending, Quality, and Outcomes. More Isn't Always Better. A Dartmouth Atlas Project Topic Brief. Lebanon, NH: The Dartmouth Institute

Gawande A (2009): The cost conundrum. What a Texas town can teach us about health care. *The New Yorker* vom 1.6.2009

Glover JA (1938): The incidence of tonsillectomy in children. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Jg. 31, Heft 10, 1219–1236

Katz SJ (2014): Treatment decision aids are unlikely to cut healthcare costs. *BMJ*, Band 348, Heft 7944, 1172

McCulloch P, Nagendran M, Campbell WB, Price A et al. (2013): Strategies to reduce variation in the use of surgery. *The Lancet*, Jg. 382, Heft 9898, 1130–1139

Mulley A, Trimble C, Elwyn G (2012): Patient's Preferences Matter – Stop the Silent Misdiagnosis. London: The King's Fund

NHS (2015): NHS Atlas of Variation in Healthcare Series; www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas/ (letzter Zugriff: 18.3.2015)

Nuti S, Seghieri C (2014): Is variation management included in regional healthcare governance systems? Some proposals from Italy. *Health Policy*, Jg. 114, Heft 1, 71–78

OECD (2014): Geographic Variations in Health Care. What do we know and what can be done to improve health systems performance? *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing

OECD (2014a): Focus on Health. Geographic Variations in Health Care

Schang L, Morton A, DaSilva P, Bevan G (2014): From data to decisions? Exploring how healthcare payers respond to the NHS Atlas of Variation in Healthcare in England. *Health Policy*, Jg. 114, Heft 1, 79–87

Schang L, Morton A (2012): LSE/Right Care project on NHS Commissioners' use of the NHS Atlas of Variation in Healthcare. Case studies of local uptake. London: The London School of Economics and Political Science and NHS Right Care

Wennberg JE (2014): Forty years of unwarranted variations—and still counting. *Health Policy*, Jg. 114, Heft 1, 1–2

Wennberg JE, Brownlee S, Fisher ES et al. (2008): An Agenda for Change. Improving Quality and Curbing Health Care Spending: Opportunities for the Congress and the Obama Administration. A Dartmouth Atlas White Paper. Lebanon, NH: The Dartmouth Institute

Wennberg J, Gittelsohn A. (1973): Small area variations in health care delivery: a population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. *Science*, Band 182, Heft 4117, 1102–1108

Welch HG (2013): Discovering the epidemic of overtreatment. *Los Angeles Times* vom 15.10.2013

DIE AUTOREN



Dr. rer. medic. Jan Böcken,

Jahrgang 1968, ist Betriebswirt und Politikwissenschaftler. Er begann seine gesundheitspolitische Arbeit 1997 mit dem EU-Projekt „Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa“. Ab 1998 arbeitete er im Vertragsbereich der Barmer Ersatzkasse in Wuppertal. Seit 1999 ist Böcken in der Bertelsmann Stiftung tätig und dort als Senior Project Manager für die Projekte Gesundheitsmonitor und Faktencheck Gesundheit verantwortlich. 2009 promovierte er am Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke.



Marion Grote-Westrick,

Jahrgang 1972, Studium der Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Trier und Lissabon. Von 1999 bis 2002 Research Analyst Economics bei McKinsey & Co. in Düsseldorf, danach als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Allgemeine Wirtschaftspolitik an der Universität Duisburg-Essen tätig. Seit 2005 bei der Bertelsmann Stiftung tätig, zunächst als Vorstandsreferentin und Projektmanagerin in den Bereichen Integrierte Versorgung, Qualitätsmanagement und internationale Gesundheitspolitik. Seit 2014 als Senior Project Manager für das Projekt Faktencheck Gesundheit verantwortlich.



Uwe Schwenk,

Jahrgang 1967, Director des Programms „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ bei der Bertelsmann Stiftung. Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität Augsburg, anschließend volkswirtschaftlicher Referent bei der Hypo-Bank. Nach zweijähriger Selbständigkeit mehrere Jahre als Berater bei AOK-Consult und ACG Automation Consulting Group, später Referent im Gesundheitsmanagement der Berlin-Chemie AG. 2004 Wechsel zur Bertelsmann Stiftung, seit 2008 Mitglied des Führungskreises.

Regionale Variationen: Stand und Nutzungsperspektiven in Deutschland

von Hans-Dieter Nolting ¹

ABSTRACT

Internationalen Vorbildern folgend werden auch in Deutschland zunehmend Analysen von regionalen Unterschieden der Gesundheitsversorgung durchgeführt. Hintergrund ist die Hypothese, dass es sich dabei zu einem erheblichen Teil um unerwünschte Variation handelt, die Ergebnis von Qualitätsunterschieden und Fehlanreizen auf Seiten der Leistungserbringer ist. Die Berücksichtigung regionaler Versorgungs- und Qualitätsindikatoren (sogenannter Area-Indikatoren) könnte vor allem Fragen der Indikationsqualität sowie der sektorübergreifenden Koordination der Versorgung stärker in den Fokus der Qualitätssicherung rücken. Bisher fehlen systematische Prozesse, die auf regionaler Ebene eine sektorübergreifende Auseinandersetzung mit den Ursachen auffälliger Variationen fördern und Verbesserungen anstoßen können.

Schlüsselwörter: regionale Variation, regionale Unterschiede, Qualitätssicherung, Area-Indikatoren, Qualitätsindikatoren

Following international models, more and more analyses of geographical variations in health care are carried out in Germany as well. This approach is based on the assumption that a considerable number of variations is unwanted and results from differences in quality and misguided incentives on the part of the health care provider. Considering health care and quality indicators (so called area indicators) could particularly highlight questions of the quality of indication and cross-sectoral coordination of care in terms of quality management. What is missing so far are systematic processes which can boost a cross-sectoral debate on the cause of conspicuous variations and prompt improvements on a regional level.

Keywords: geographical variation, regional differences, quality management, area-indicators, quality indicators

1 Einleitung: Die lange Tradition regionaler Analysen

Die Beobachtung und Analyse von regionalen Unterschieden im Auftreten von Krankheitsfällen oder der Prävalenz von Gesundheitsrisiken gehört zu den fundamentalen methodischen Paradigmen der Gesundheitswissenschaften. Der englische Arzt John Snow wurde mit einer kleinräumigen Regionalanalyse des Cholera-Ausbruchs im Londoner Stadtteil Soho im Jahr 1854 zum Begründer der modernen Epidemiologie: Snow trug die Wohnorte der an Cholera Erkrankten in einen Stadtplan ein und stellte fest, dass sie mit wenigen Ausnahmen im Einzugsbereich einer Wasserpumpe in der damaligen Broad Street wohnhaft waren.

Die Analyse geografischer Auftretensmuster von Erkrankungsfällen erfolgt vielfach mit dem Ziel, den Ursprung eines im Prinzip bereits bekannten Krankheitsvektors aufzudecken (wie beispielsweise im Jahr 2011 die Herkunft der kontaminierten Lebensmittel, die zu dem EHEC-Ausbruch geführt haben) oder um Hypothesen über den gesundheitsschädlichen Einfluss von bestimmten, regional ungleich verteilten Expositionen zu erhärten (zum Beispiel Lärmbelastung in der Umgebung von Flughäfen). Die Methoden der geografischen oder raumbezogenen Epidemiologie werden seit längerem jedoch auch in verschiedensten Kontexten für Analysen der gesundheitlichen Versorgung genutzt: Regionale Bevölkerungen weisen – nach Kontrolle der demografischen Zusammensetzung – teilweise erhebliche Unterschiede bezüglich

¹ Hans-Dieter Nolting, IGES Institut GmbH · Friedrichstraße 180 · 10117 Berlin · Telefon: 030 2308090 · E-Mail: Hans-Dieter.Nolting@iges.de

der Lebenserwartung, der Prävalenz chronischer Krankheiten sowie der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens auf. Ursache dieser Unterschiede können nicht nur ungleich verteilte Risiken, sondern unter Umständen auch Variationen im Zugang zur Gesundheitsversorgung oder der Leistungsfähigkeit des regionalen Gesundheitssystems sein.

Unter der Hypothese, dass regionale Mortalitätsunterschiede zumindest teilweise auch Ausdruck von unterschiedlich effektiven Gesundheitssystemen sein könnten, wurde in den 1980er-Jahren das Konzept der vermeidbaren Todesfälle beziehungsweise der durch medizinische Versorgung beeinflussbaren Mortalität entwickelt (*Rutstein et al. 1976; Charlton et al. 1983*). Als vermeidbar gelten Todesfälle aufgrund von grundsätzlich präventiv oder kurativ behandelbaren Krankheiten, die unterhalb definierter Altersgrenzen auftreten (zum Beispiel Todesfälle wegen ischämischer Herzkrankheiten unterhalb von 76 Jahren; eine umfassende Auflistung vermeidbarer Todesursachen findet sich beispielsweise bei *Sundmacher et al. 2011*). Regionale Vergleiche der Raten von vermeidbaren Todesfällen wurden zunächst zwischen europäischen Staaten (*Holland 1988*), aber beispielsweise auch auf der Ebene von Landkreisen in Rheinland-Pfalz durchgeführt (*Häussler und Reschke 1991*). Eine kürzlich publizierte kleinräumige Analyse für die gesamte Bundesrepublik zeigt, dass auch zu Beginn der 2000er-Jahre bei zahlreichen Todesursachen noch erhebliche Mortalitätsunterschiede zwischen Kreisen/kreisfreien Städten existierten (*Sundmacher et al. 2011*).

Die ursprünglich vermuteten Zusammenhänge zwischen regionaler Mortalität und Strukturmerkmalen der Versorgung – wie beispielsweise der Arzt- oder Krankenhausbettendichte – ließen sich jedoch nie konsistent nachweisen beziehungsweise waren nur von untergeordneter Bedeutung. Vielmehr zeigte sich durchgängig, dass vor allem Unterschiede der sozio-ökonomischen Lage der regionalen Populationen die Mortalitätsunterschiede zu großen Teilen erklären konnten (*Mackebach et al. 1990*). Die Validität der beeinflussbaren Mortalität als Indikator für die Effektivität von Gesundheitssystemen im Rahmen von internationalen Vergleichen ist kürzlich nochmals systematisch überprüft worden (*Mackebach et al. 2012*). Die Autoren haben bezogen auf mehrere europäische Länder untersucht, ob die Einführung von spezifischen – nachweislich die Mortalität senkenden – medizinischen Innovationen mit einem Sinken der „medizinisch beeinflussbaren Mortalität“ der jeweiligen nationalen Bevölkerungen einhergeht. Die Ergebnisse waren jedoch erneut wenig überzeugend, so dass die Autoren feststellen, dass dieser Indikator keine unmittelbaren Schlussfolgerungen über die Effektivität von Gesundheitssystemen erlaubt.

Untersuchungen zu regionalen Unterschieden der Morbidität und Mortalität der Bevölkerungen behalten auch in Zukunft ihre Berechtigung. Zum einen, weil die wichtigsten Ursachen – vor allem das Wohlstandsgefälle – keines-

wegs an Relevanz eingebüßt haben. Zum anderen stehen sie im Zusammenhang mit Fragen der Ressourcenplanung und -verteilung im Gesundheitswesen. Beispiele aus der aktuellen Diskussion in Deutschland betreffen vor allem die ambulante ärztliche Versorgung: Sollten Unterschiede der Morbiditätslast der Bevölkerung bei der Verteilung von Ärztsitzen (*Albrecht et al. 2012*) oder bei der Bemessung der an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichtenden Gesamtvergütungen eine Rolle spielen?

Im Hinblick auf Fragen der Effektivität und der Effizienz der gesundheitlichen Versorgung konzentriert sich das Interesse seit einigen Jahren jedoch auf die Analyse von regionalen Unterschieden in der Häufigkeit der Erbringung bestimmter medizinischer Versorgungsleistungen.

2 Regionale Variation bei medizinischen Leistungen in Deutschland

Anknüpfend an den Dartmouth Atlas of Health Care (www.dartmouthatlas.org) und den NHS Atlas of Variation in Healthcare (www.sepho.org.uk) werden seit einigen Jahren auch in Deutschland regelmäßig Studien zu regionalen Variationen in Bezug auf spezifische Versorgungsleistungen publiziert. Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung wurde 2011 eine 16 Einzelindikatoren umfassende Übersicht zu regionalen Unterschieden beispielsweise der Häufigkeit von Gebärmutter-, Gaumenmandel- und Prostataentfernungen, der Implantation eines Defibrillators oder von stationären Behandlungen mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus erstellt (*Nolting et al. 2011*). Auf der Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten variierte nach statistischer Kontrolle demografischer Faktoren im Zeitraum 2007 bis 2009 beispielsweise die Häufigkeit von Gebärmutterentfernungen um den Faktor 3 und bei radikalen Prostatektomien um den Faktor 6. Eine Analyse zur Häufigkeit von stationär durchgeführten operativen Entfernungen der Gaumenmandeln in der Bevölkerung unter 19 Jahren zeigte gemittelt über vier Jahre (2007 bis 2010) auf Kreisebene Häufigkeiten zwischen 14 und 109 Eingriffen pro 10.000 Einwohner dieses Altersbereichs, also eine Variation um den Faktor 8. Selbst wenn man die jeweils 20 Kreise mit den höchsten und den niedrigsten Werten aus der Betrachtung ausschließt, variieren die Operationshäufigkeiten noch um mehr als das Dreifache (*Nolting et al. 2013*). Eine kürzlich durchgeführte Aktualisierung der Ergebnisse des ersten Faktenchecks Gesundheit aus dem Jahr 2011 mit Bezug auf die Jahre 2010 bis 2012 zeigt, dass sich das Ausmaß dieser Unterschiede seither kaum verändert hat. Auch die Regionen mit besonders hohen oder besonders niedrigen Raten sind in beiden Zeiträumen häufig identisch (Tabelle 1 zeigt dies am Beispiel der Gaumenmandelentfernungen).

TABELLE 1

Häufigkeit von stationären Entfernungen der Gaumenmandeln je 10.000 Kinder und Jugendliche

Die zehn Kreise mit den höchsten Raten (Rang in Klammern)			Die zehn Kreise mit den niedrigsten Raten (Rang in Klammern)		
Kreis	2007 bis 2009	2010 bis 2012	Kreis	2007 bis 2009	2010 bis 2012
Bad Kreuznach	86,6 (10)	107,3 (1)	Starnberg	31,3 (356)	21,3 (393)
Delmenhorst (Stadt)	75,7 (22)	94,2 (2)	Neustadt an der Aisch-Bad Windsheim	19,6 (396)	20,6 (394)
Bremerhaven (Stadt)	106,6 (3)	92,1 (3)	Görlitz	23,8 (387)	20,4 (395)
Schweinfurt (Stadt)	113,6 (1)	90,0 (4)	Saale-Holzland-Kreis	25,8 (384)	19,7 (396)
Weiden in der Oberpfalz	93,0 (5)	89,4 (5)	Rosenheim (Kreis)	18,1 (400)	19,6 (397)
Landau in der Pfalz (kreisfreie Stadt)	109,8 (2)	89,3 (6)	Tübingen	21,6 (393)	19,6 (398)
Cloppenburg	89,0 (8)	86,9 (7)	Freudenstadt	33,6 (329)	18,3 (399)
Waldeck-Frankenberg	83,6 (11)	84,6 (8)	Unterallgäu	22,8 (391)	16,8 (400)
Leer	75,0 (25)	82,3 (9)	Coburg (Stadt)	23,3 (389)	15,6 (401)
Harz	79,8 (17)	80,8 (10)	Sonneberg	13,3 (402)	12,9 (402)
Bundesdurchschnitt	46,3	43,1			

Aufgenommen wurden jeweils zehn Kreise, die im Zeitraum von 2010 bis 2012 die höchsten beziehungsweise niedrigsten Raten an Gaumenmandel-Operationen aufwiesen. Aufgeführt sind auch die Werte in diesen Kreisen im vorangehenden Zeitintervall von 2007 bis 2009. Die Werte sind die Durchschnitte der angegebenen Dreijahreszeiträume, direkt standardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik 2012.

Quelle: www.faktencheck-gesundheit.de; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Regionale Unterschiede sind nur dann fragwürdig, wenn sie nicht als angemessene medizinische Reaktion auf einen regional tatsächlich unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung anzusehen sind. Durch die Berücksichtigung der demografischen Struktur der Bevölkerung lassen sich grundlegende Determinanten des Bedarfs kontrollieren. Darüber hinaus kommen je nach Indikation weitere Einflussfaktoren in Betracht, die zu regional variierenden Häufigkeiten von Behandlungen oder Prozeduren führen können: Neben Unterschieden von Inzidenz beziehungsweise Prävalenz des jeweiligen Gesundheitsproblems können auch Unterschiede des Versorgungsangebots eine Rolle spielen, die den Zugang zu den fokussierten oder alternativen Behandlungen in einer Region erleichtern oder erschweren.

Um den möglichen Hintergründen nachzugehen, hat die Bertelsmann Stiftung im Anschluss an die Publikation des Übersichtsreports des Faktenchecks Gesundheit eine Reihe von tiefergehenden Analysen zu möglichen Ursachen beziehungsweise Erklärungsansätzen für regionale Variationen bei spezifischen Versorgungsleistungen erstellen lassen (Antibiotika bei Kindern: *Glaeske et al. 2012*; Kaiserschnittgeburten: *Kolip et al. 2012*; Gaumenmandelentfernungen: *Nolting et al. 2013*; Knie-Endoprothetik: *Lüring et*

al. 2013). Dabei wurden einige vermutete Zusammenhänge bestätigt, aber vor allem weitere Fragen aufgeworfen:

- Die regionale Häufigkeit von Erstimplantationen von Knie-Endoprothesen hängt wie zu erwarten von der Häufigkeit ab, mit der in einer regionalen Bevölkerung die Diagnose einer Arthrose des Kniegelenks gestellt wird. Sie liegt aber auch in ländlichen Regionen deutlich höher als in städtischen sowie in wohlhabenden gegenüber stärker sozial deprivierten Regionen (*Lüring et al. 2013*).
- Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen ist besonders hoch in Regionen, in denen Belegfachabteilungen einen überdurchschnittlichen Anteil an der Versorgung haben (*Kolip et al. 2012*).
- Ein ähnlicher Einfluss der Angebotsstrukturen zeigt sich auch bei den Gaumenmandelentfernungen: In den 59 Kreisen, in denen sich keine stationäre HNO-Abteilung befindet, ist die Tonsillektomie der Wohnbevölkerung am niedrigsten, höhere Raten finden sich in Kreisen mit großen HNO-Abteilungen und wenn der Versorgungsanteil von Belegabteilungen hoch ist (*Nolting et al. 2013*).

Neben der Bertelsmann-Stiftung mit ihrer Faktencheck-Reihe publiziert auch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) regionale Versorgungsanalysen auf einer eigenen Website (www.versorgungsatlas.de).

3 Der Forschungsstand zu regionaler Variation

Die Analyse der Hintergründe von regionalen Variationen leidet vor allem unter der eingeschränkten Verfügbarkeit von geeigneten Daten. Dies gilt insbesondere für die mögliche Rolle von Morbiditätsunterschieden als Erklärung für Versorgungsvariationen. Zur Messung der Morbidität stehen meistens nur Daten zur Verfügung, die im gleichen regionalen Versorgungskontext entstanden sind, der auch die zu analysierenden Versorgungsereignisse produziert (zum Beispiel Diagnosen aus der ambulanten oder stationären Versorgung). Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass die Häufigkeit der Stellung von Diagnosen ebenfalls auffälligen regionalen Mustern folgen kann. Das heißt, in Regionen, wo insgesamt eine vergleichsweise hohe Versorgungsintensität herrscht, erhalten tendenziell auch mehr Menschen eine Diagnose (Song et al. 2010). Die Ausweitung der Diagnoseprävalenz ist jedoch nicht mit einer proportionalen Zunahme der Morbidität gleichzusetzen. Dies wurde durch eine Regionalanalyse gezeigt, die für ausgewählte Diagnosen einen Zusammenhang zwischen der regionalen Diagnoseprävalenz und der regional berechneten Sterblichkeit an dieser Diagnose gefunden hat: Wo besonders viele Diagnosen gestellt werden, liegt die Letalität niedriger und umgekehrt (Welch et al. 2011).

Eine Lösung für die Endogenitätsproblematik bei der Schätzung der regionalen Morbidität könnten Daten darstellen, die unabhängig von medizinischen Versorgungsprozessen gewonnen werden. Die Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts stellen eine solche Datenquelle dar. Die Stichprobenumfänge sind jedoch zu klein, um daraus unmittelbar valide kleinräumige Morbiditätsschätzer berechnen zu können. Mit neueren methodischen Verfahren (Rao 2003) ist dies jedoch möglich und wurde am Beispiel von drei Indikatoren (subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand, Rauchen, Adipositas) mit den Daten des auf telefonischen Interviews basierenden GEDA-Surveys (GEDA steht für Gesundheit in Deutschland aktuell) demonstriert (Kroll und Lampert 2011). Dabei zeigten sich bei allen drei Indikatoren große regionale Unterschiede: Während der Anteil der Raucher (2009) auf Bundesebene bei knapp 30 Prozent lag, variiert die geschätzte Raucherquote auf Kreisebene zwischen knapp 15 und 45,5 Prozent. In ähnlicher Größenordnung liegen die Unterschiede beim Indikator subjektive Gesundheit (Anteil der Bevölkerung, der seinen Gesundheitszustand als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einstuft). Die Prävalenz der Adipositas variiert zwischen etwa zehn und 20 Prozent zwischen den Kreisen. In Zukunft wird zu prüfen sein, inwieweit solche kleinräumigen Morbiditätsinformationen unter Umständen auch einen Teil der regionalen Variationen bei der Anwendung medizinischer Maßnahmen aufzuklären vermögen.

Generell ist zu konstatieren, dass die bisher publizierten Analysen zu den Ursachen regionaler Variationen bei medizinischen Versorgungsleistungen zwar einige Hinweise auf die Relevanz von Faktoren der Angebotsstruktur erbracht haben, dass die vermuteten wichtigsten Treiber von regionaler Variation jedoch bisher empirisch kaum direkt untersucht werden konnten. Dies betrifft vor allem die zentrale Hypothese dieser Forschungstradition, nämlich, dass es sich bei den Unterschieden zu einem erheblichen Teil um „unerwünschte Variation“ handelt, das heißt um Abweichungen, die medizinisch unzureichend begründet sind oder bei denen die bestehenden Entscheidungsspielräume ohne hinreichende Berücksichtigung der Patientenpräferenzen einseitig gemäß der Interessenlage der Leistungsanbieter genutzt werden (Wennberg 2010). Die Interpretation, dass ausgeprägte regionale Variationen ein Indiz für Qualitätsunterschiede der medizinischen Versorgung – vor allem für Über- und Fehlversorgung – sind, stützt sich primär auf den Ausschluss von anderen Erklärungsansätzen: Wenn sich die Variation nicht durch Demografie oder nachweisbare Morbiditätsunterschiede erklären lässt, dann wird der Einfluss von sachfremden Faktoren – wie beispielsweise dem ökonomischen Interesse von Leistungserbringern an einer Leistungsausweitung – vermutet.

Für die Richtigkeit dieser Hypothese sprechen zahlreiche Indizien, insbesondere die Tatsache, dass die regionale Variation umso geringer ist, je mehr gesicherte Evidenz bezüglich der Wirksamkeit und Notwendigkeit einer medizinischen Maßnahme vorliegt. Ausgeprägte Unterschiede treten vor allem bei Indikationen auf, bei denen größere Entscheidungsspielräume bestehen, weil Wirksamkeit beziehungsweise patientenrelevanter Nutzen fraglich, unzureichend erforscht oder nur für Subgruppen nachgewiesen sind.

Nimmt man an, dass die regionalen Unterschiede Ausdruck von nicht sachgerechten Leistungsausweitungen in bestimmten Regionen sind, dann liegt es nahe, hier auch einen Ansatzpunkt für Maßnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu sehen. Von den Autoren der Dartmouth-Gruppe wurde anknüpfend an ihre Ergebnisse zu Unterschieden in den regionalen Ausgabenniveaus der staatlichen US-amerikanischen Krankenversicherung der Rentner (Medicare) die Beseitigung „verschwendischer und unnötiger Leistungen“ als ein Weg zur Kostenkontrolle vorgeschlagen (Sutherland et al. 2009). Mitglieder des amerikanischen Kongresses haben daraufhin prüfen lassen, ob es sinnvoll wäre, die regionalen Medicare-Ausgaben entsprechend einem regionalspezifisch berechneten Wert-Index zu adjustieren, also in Regionen, in denen aufgrund von Qualitätsmängeln weniger Nutzen erzeugt wird, die Medicare-Zahlungen pauschal abzusenken und sie entsprechend dort anzuheben, wo mehr Nutzen erzeugt wird. Die Kommission des Institute of Medicine, die diesen Vorschlag geprüft hat, kam jedoch zu dem Ergebnis, dass ein solches Vorgehen

nicht sinnvoll wäre, insbesondere weil sich auch innerhalb von Regionen noch eine erhebliche Variation zwischen den dort ansässigen Leistungserbringern zeigen ließ (*Newhouse und Graber 2013*). Ferner ist auch darauf hinzuweisen, dass die Schlussfolgerungen aus Dartmouth, dass die regionalen Medicare-Ausgabenunterschiede primär auf Variationen der medizinischen Qualität zurückzuführen sind und daher eine Ausgabenreduktion ohne Qualitätseinbußen möglich sei, nicht unwidersprochen geblieben sind. So konnte eine Studie der amerikanischen Notenbank zeigen, dass sich die Ausgabenunterschiede auf der Ebene der Bundesstaaten fast vollständig durch sozioökonomische Faktoren, beispielsweise den Anteil der afroamerikanischen Bevölkerung und der Personen ohne Krankenversicherung, sowie durch zusätzliche Morbiditätsinformationen wie den Anteil der Übergewichtigen erklären lässt (*Sheiner 2013*).

Der gegenwärtige Forschungsstand lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass globale Schlussfolgerungen – etwa der Art, dass überdurchschnittliche Ausgaben oder Leistungsmengen in einer Region per se als Beleg für Ineffizienz gelten können – nicht haltbar sind, dass in Bezug auf konkrete Leistungen und Prozeduren aber vielfach gezeigt wurde, dass regionale Variationen nicht durch andere Faktoren erklärbar sind und daher als ein Hinweis auf Qualitätsunterschiede zu werten sind.

4 Der mögliche Stellenwert regionaler Versorgungsindikatoren im Rahmen der Qualitätssicherung

Die indikatorenbasierte Qualitätssicherung in Deutschland – insbesondere die externe Qualitätssicherung gemäß Paragraf 137a SGB V – arbeitet nahezu ausschließlich mit institutionsbezogenen Indikatoren. Gemessen wird die in einzelnen Krankenhäusern beziehungsweise deren Fachabteilungen bei der Versorgung von spezifischen Krankheitsanlässen oder der Durchführung bestimmter Prozeduren erbrachte Qualität. Bei den von der regionalen Variationsforschung verwendeten Kennzahlen handelt es sich dagegen um populationsbezogene Indikatoren. International werden solche Kennzahlen als Area-Indikatoren bezeichnet, weil sie sich auf die Gesundheit von regional abgegrenzten Wohnbevölkerungen beziehen.

In Deutschland spielen Area-Indikatoren im Kontext der offiziellen Qualitätssicherung bislang kaum eine Rolle – obwohl der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits in seinem Jahrestgutachten 2007 die international seit längerem etablierten Area-Indikatoren als „besonders wichtige Gruppe von Qualitätsindikatoren“ bezeichnet (*SVR Gesundheit 2008*) und seit-

her noch in zwei jüngeren Gutachten die Entwicklung solcher Indikatoren gefordert hat (*SVR Gesundheit 2010, 2012*). Noch weiter geht Matthias Schrappe, der die Auffassung vertritt, dass die gegenwärtige, auf „quantitative Parameter aus der operativen Elektivversorgung mit Maximalversorgungsschwerpunkt“ (*Schrappe 2015, 31*) ausgerichtete Qualitätsberichterstattung den Herausforderungen nicht gerecht werden kann, die das durch chronische (Mehrfach-)Erkrankungen dominierte Morbiditätsspektrum stellt. Stattdessen mahnt er dringend die Entwicklung von Area-Indikatoren an, die die Qualität der Versorgung auf Bevölkerungsebene abbilden.

Regionale Versorgungsindikatoren haben einige spezifische Eigenschaften, die sie für die Qualitätssicherung besonders interessant machen:

- Die aus der regionalen Variationsforschung bekannten Area-Indikatoren fokussieren vor allem Fragen der angemessenen Indikationsstellung: Auffällige regionale Unterschiede zum Beispiel bei Gaumenmandelentfernungen werfen die Frage auf, ob die jeweiligen Leistungserbringer unterschiedliche Maßstäbe bei der Entscheidung für einen solchen Eingriff anwenden.

Die Qualität der Indikationsstellung ist ein Aspekt, der von einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren vielfach unzureichend oder gar nicht abgebildet wird. Es ist sogar zu erwarten, dass die auf Krankenhausebene gemessene Ergebnisqualität steigt, je großzügiger die Indikation zu dem betreffenden Eingriff gestellt wird, da die durchschnittliche Krankheitsschwere der Patienten sinkt, so dass weniger Komplikationen zu erwarten sind.

- Area-Indikatoren bilden die Leistungsfähigkeit ganzer regionaler Versorgungsketten und -strukturen ab. Für die Häufigkeit von Gaumenmandelentfernungen in einem Landkreis ist keineswegs primär oder gar allein das Krankenhaus verantwortlich, das die Operationen durchführt. Vielmehr ist zu fragen, wie die Kinder- und HNO-Ärzte der Region in Bezug auf alternative, konservative Behandlungsmöglichkeiten der chronischen Tonsillitis verfahren, wie sie die Eltern von betroffenen Kindern und Jugendlichen bezüglich des Nutzens und der Risiken des Eingriffs beraten und so weiter (*Nolting et al. 2014*).

Area-Indikatoren besitzen somit besondere Relevanz im Hinblick auf die regionale Kooperation der Leistungserbringer und die Koordination der Versorgung. Im Rahmen der Entwicklung von sektorübergreifenden Qualitätsindikatoren wurden vom AQUA-Institut auch bereits regionsbezogen definierte Indikatoren vorgeschlagen, um der „geteilten Verantwortlichkeit“ verschiedener Leistungserbringer gerecht werden zu können. Ein Beispiel ist die Fünf-Jahres-Gesamtüberlebensrate beim Kolorektalen Karzinom (KRK), die „die Qualität aller an der Versorgung von Patienten mit KRK beteiligten Leistungserbringer“ misst (*AQUA-Institut 2011, 147*).

Die beiden Aspekte „Qualität der Indikationsstellung“ und „sektorübergreifende Leistungsfähigkeit des regionalen Gesundheitssystems“ treffen zusammen bei der Untersuchung sogenannter „ambulatory care sensitive conditions“ (ACSC). Das sind Behandlungsanlässe, die bei hinreichend ausgebautem ambulanten Versorgungssystem keiner stationären Versorgung bedürfen. Auffällig hohe stationäre Behandlungsraten bei ACSC-Anlässen deuten unter Umständen auf entsprechende Defizite der Koordination zwischen den Sektoren oder des Zugangs zur ambulanten Versorgung (zum Beispiel außerhalb der Regelöffnungszeiten) in der betreffenden Region hin (Burgdorf und Sundmacher 2014).

5 Area-Indikatoren als Ausgangspunkt für ein sektorübergreifendes regionales Qualitätsmanagement

Die Entwicklung von Area-Indikatoren löst nur einen Teil des Problems, weil die Messung und Darstellung von regionaler Variation allein in den meisten Fällen noch keine Veränderungen bewirkt. Die ursprüngliche Erwartung, dass regionale Versorgungsakteure auf die Veröffentlichung der Ergebnisse ihres Landkreises im „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung mit entsprechenden Initiativen (oder wenigstens empörtem Protest) reagieren würden, hat sich bislang nicht erfüllt.

Ein wesentliches Problem dürfte in der Spezifik der Area-Indikatoren bestehen, dass sie keinen konkreten Verantwortlichen bezeichnen. Bisher ist kein systematischer Prozess definiert, was nach der Feststellung von auffällig hohen oder niedrigen Werten in Bezug auf die betreffenden regionalen Versorgungssysteme weiter geschehen soll. In der einrichtungsbezogenen externen Qualitätssicherung gibt es den sogenannten strukturierten Dialog. Dieser wird bei auffälligen rechnerischen Ergebnissen zwecks Aufklärung der Hintergründe zwischen dem Krankenhaus und einer auf Landesebene zuständigen Expertengruppe geführt.

Eine zentrale Aufgabe der künftigen Weiterentwicklung der (sektorübergreifenden) Qualitätssicherung dürfte daher die Konzipierung und Erprobung von Verfahren zur Weiterbearbeitung von auffälligen Regional-Befunden mit dem Ziel einer Verbesserung der Qualität sein. Bei der Entwicklung eines strukturierten Dialogs mit regionalen Versorgungssystemen wären folgende Aspekte zu beachten:

- Da es bei vielen Indikatoren keinen anerkannten Maßstab für „zu hoch“ oder „zu niedrig“ gibt, sollten Regionen mit auffällig hohen und niedrigen Raten gleichermaßen einbezogen werden. Zum einen, weil nicht auszuschließen ist, dass Unter- und Überversorgung nebeneinander bestehen. Zum anderen, weil es ein wichtiges Ziel des Verfahrens

sein sollte, die Hintergründe zu verstehen, die zu bestimmten Häufigkeiten führen, und gegebenenfalls Beispiele guter Praxis zu beschreiben.

- Ein solches Verfahren müsste vor allem eine Lösung finden, wie sich anknüpfend an die „geteilte Verantwortlichkeit“ (AQUA-Institut 2011) von mehreren Leistungserbringern eine Verbesserung der Kooperation und Koordination im regionalen Kontext erreichen lässt. Diese Aufgabe ist nicht trivial, da in einem sektoral gegliederten System eher der Reflex vorherrscht, dem jeweils nächsten Beteiligten in der Versorgungskette die Schuld zuzuweisen. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungs- und sektorübergreifenden Qualitätssicherung bleibt diesbezüglich einer sektoralen Betrachtung verhaftet: Bei Auffälligkeiten ist weiterhin nur der einzelne Leistungserbringer als Adressat für einen strukturierten Dialog vorgesehen.
- Eine weitere Frage betrifft den Akteur, der einen solchen Dialog mit dem regionalen Versorgungssystem führen oder zumindest anstoßen müsste. Es gibt aktuell keine Instanz, die in dem hier erforderlichen Sinne ein bevölkerungsbezogenes Qualitätssicherungsmandat hätte.

6 Fazit

Die Analyse regionaler Variationen birgt erhebliche Potenziale für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung, wenn es gelingt, die erforderlichen Weiterentwicklungen von der Messung von Indikatoren hin zu systematischen Prozessen eines integrierten regionalen Qualitätsmanagements zu leisten. Ein erster Schritt könnte die Einleitung von regionalen Qualitätsdialogen sein, bei denen die jeweils beteiligten Leistungserbringer sich mit den für ihre jeweilige Bevölkerung dokumentierten Ergebnissen auseinandersetzen.

Literatur

- Albrecht M, Nolting HD, Schliwen A (2012): Konzept zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 66, Heft 5, 29–35
- AQUA-Institut (2011): Kolorektales Karzinom. Abschlussbericht; www.sqg.de/sqg/downloads/Entwicklung/Abschlussberichte/KRK/Abschlussbericht_Kolorektales_Karzinom.pdf
- Burgdorf F, Sundmacher L (2014): Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle in Deutschland: Analyse von Einflussfaktoren auf die Raten ambulant-sensitiver Krankenhauseinweisungen. Deutsches Ärzteblatt Int, Band 111, Heft 13, 215–223

Charlton JR, Silver R, Hartley RM, Holland WW (1983): Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. *The Lancet*, Band 321, Nummer 8326, 691–696

Glaeske G, Hoffmann F, Koller D et al. (2012): Faktencheck Gesundheit – Antibiotika-Verordnungen bei Kindern. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung

Häussler B, Reschke P (1991): Vermeidbare Todesfälle in Rheinland-Pfalz 1980–1988. Text und Materialband. In: Studien und Materialien zur Sozial- und Gesundheitspolitik des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz, Berlin: IGES Institut

Holland WW (Hrsg.) (1988): European community atlas of “avoidable death”. Oxford: Oxford University Press

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

Kroll LE, Lampert T (2011): Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren. Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009. *Bundesgesundheitsblatt*, Band 55, 129–140

Lüring C, Niethard FU, Günther KP et al. (2013): Regionale Unterschiede und deren Einflussfaktoren – Schwerpunkt Knieendoprothetik. Report der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung

Mackebach JP, Bouvier-Colle MH, Jouglu E (1990): “Avoidable” mortality and health services: a review of aggregate data studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Band 44, Heft 2, 106–111

Mackebach JP, Hoffmann R, Khoshaba B et al. (2012): Using “amenable mortality” as indicator of healthcare effectiveness in international comparisons: results of a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*; doi: 10.1136/jech-2012-201471

Newhouse JP, Graber AM (2013): Geographic variation in Medicare services. *New England Journal of Medicine*; doi: 10.1056/NEJMp1302981

Nolting HD, Zich K, Deckenbach B et al. (2011): Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung

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

Nolting HD, Rellecke J, Schiffhorst G, Zich K (2014): Halsschmerzen und chronische Mandelentzündungen bei Kindern und Jugendlichen: Operation oder konservative Behandlung? In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2014*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 210–234

Rao JNK (2003): Small area estimation. Hoboken: John Wiley

Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC et al. (1976): Measuring the quality of medical care. A clinical method. *New England Journal of Medicine*, Band 294, Heft 11, 583–588

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2008): Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Band I +II, Baden-Baden: Nomos

SVR Gesundheit (2010): Sondergutachten 2009 – Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Band I +II, Baden-Baden: Nomos 2010

SVR Gesundheit (2012): Sondergutachten 2012 – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Göttingen: Verlag Hans Huber

Schrapppe M (2015): Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Sheiner L (2013): Why the geographic variation in health care spending can't tell us much about the efficiency or quality of our health care system. Finance and Economics Discussion Series. Washington, D.C.: Federal Reserve Board

Song Y, Skinner J, Bynum J et al. (2010): Regional variations in diagnostic practices. *New England Journal of Medicine*, Band 363, Heft 1, 45–53

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

Sutherland JM, Fisher ES, Skinner JS (2009): Getting past denial – the high cost of health care in the United States. *New England Journal of Medicine*, Band 361, Heft 13, 1227–1230

Welch HG, Sharp SM, Gottlieb DJ et al. (2011): Geographic variation in diagnosis frequency and risk of death among Medicare beneficiaries. *JAMA*, Band 305, Heft 11, 1113–1118

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

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 16. März 2015)

DER AUTOR



Hans-Dieter Nolting,

Jahrgang 1960, Diplom-Psychologe. Studierte Psychologie und Philosophie in Berlin und Bordeaux. Er ist geschäftsführender Gesellschafter und seit 1991 für das IGES Institut tätig. Vor seiner Tätigkeit beim IGES war er von 1986 bis 1991 wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes (heute: Robert-Koch-Institut). Er ist im IGES Institut für die Geschäftsbereiche Qualität-Evaluation-Reporting, Arbeitswelt und Demographie sowie Markt- und Sozialforschung verantwortlich.

Bayern lässt nicht locker – Zur Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich

von Klaus Jacobs¹

ABSTRACT

Wie seit bald 20 Jahren macht sich Bayern derzeit für Veränderungen beim Risikostrukturausgleich stark. Dabei ignoriert die aktuelle Debatte konsequent das Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 2005. Danach haben der Länderfinanzausgleich und der Risikostrukturausgleich nichts miteinander zu tun und es geht weder um Geld Bayerns noch um bayerisches Geld. Es bleibt jedoch das Problem, dass Krankenkassen in einigen Regionen mehr ausgeben müssen als in anderen und dass dies unter Umständen ihre Wettbewerbsfähigkeit gefährdet. Die Lösung kann in einer Kombination aus der gezielten Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, der regionalen Beitragsatzgestaltung aller Kassen und der Erweiterung der vertragswettbewerblichen Handlungsspielräume liegen.

Schlüsselwörter: gesetzliche Krankenversicherung, Risikostrukturausgleich, Krankenkassenwettbewerb, regionale Gesundheitsausgaben

For two decades Bavaria has pressed for alterations of the risk adjustment scheme. The current debate ignores an important decision of the Federal Constitutional Court dating from 2005. This makes clear that there is no connection whatsoever between the inter-state fiscal adjustment and the risk adjustment scheme. From the decision also follows that one cannot talk about Bavaria's money or Bavarian money being raised on account of the risk adjustment scheme. However, in some regions sickness funds have to spend more money than in others. This may endanger their competitiveness. So something should be done. The solution might consist in combining the following measures: developing the risk adjustment scheme further, introducing regional contribution rates for all sickness funds, and broadening contractual possibilities.

Keywords: Statutory Health Insurance, risk adjustment scheme, competition of sickness funds, regional health expenditures

1 Einleitung: Renaissance einer alten Diskussion

Zunächst eine gesundheitspolitische Quizfrage: Von wem stammt die Forderung, „die Finanzströme in der Krankenversicherung zu regionalisieren“ und „auch den Risikostrukturausgleich (...) künftig grundsätzlich regional auf die Landesebene zu beschränken“? Wer als Urheberin auf die bayerische Gesundheitsministerin tippt, liegt nicht schlecht – allerdings stammt das Zitat nicht etwa von der amtierenden bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml, sondern von Barbara Stamm, einer Amtsvorgängerin Humls (und aktuell Präsidentin des Bayerischen Landtags), die sich schon 1998 vehement für „Wettbewerbsföderalismus in der Sozialversicherung“ starkmachte (Stamm 1998).

Im Unterschied zu Barbara Stamm vor bald zwei Dekaden fordert Melanie Huml heute auch keinen regionalen Risikostrukturausgleich (RSA), sondern „lediglich“ die Einführung eines Regionalfaktors im bestehenden bundesweiten RSA. Dabei stützt sie sich auf ein Gutachten, das die Professoren Volker Ulrich und Eberhard Wille in ihrem Auftrag erstellt und im Herbst 2014 vorgelegt haben (Ulrich und Wille 2014). Das Gutachten belege, so Huml bei dessen Vorstellung, „dass die bayerischen Beitragszahler doppelt bestraft werden: Einerseits zahlen sie überdurchschnittlich viel in den Gesundheitsfonds ein, andererseits erhalten sie für ihre Versorgung zu wenig daraus zurück“ (StMGP 2014). Anfang 2015 legte Huml noch einmal medial nach. Dieser „zweite Länderfinanzausgleich“ – gemeint sind Aufbringung und Verteilung der Finanzmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – habe seit Einführung des

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

Gesundheitsfonds deutlich zugenommen. Der Wettbewerb der Krankenkassen werde durch unfaire Wettbewerbsbedingungen verzerrt. Bayerns Beitragszahler und Patienten seien dabei die doppelt Benachteiligten (*StMGP 2015*).

Wie die eingangs zitierten Forderungen von 1998 zeigen, ist die Diskussion über Regionaldimensionen im Kontext des RSA keineswegs neu und hat mit der Einführung des Gesundheitsfonds 2009 auch nur sehr bedingt zu tun. Vielmehr gibt es diese Diskussion bereits seit Einführung des RSA vor mittlerweile 20 Jahren, als es darum ging, der mit der Einführung der freien Krankenkassenwahl verbundenen Wettbewerbsorientierung der GKV einen stringenten Ordnungsrahmen zu geben. Dadurch sollte einerseits sinnvoller Kassenwettbewerb um Wirtschaftlichkeit, Qualität und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung ermöglicht werden, ohne andererseits das Solidarprinzip der GKV zu gefährden, das in Kurzform lautet: Leistungen nach dem gesundheitlichen Bedarf, Finanzierung nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit. Ein Meilenstein in dieser Diskussion war das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2005 nach einer Klage der Länder Baden-Württemberg, Bayern und Hessen. Dieses bestätigte die Regelungen des RSA als verfassungsgemäß. Dass dieses gerade einmal zehn Jahre alte Urteil in der aktuellen RSA-Debatte fast keine Rolle spielt – bei den aktuellen Forderungen aus Bayern einschließlich des ihnen zugrunde liegenden Gutachtens sogar überhaupt keine –, ist zumindest bemerkenswert, der grundsätzlichen Bedeutung des Urteils jedoch völlig unangemessen.

2 Nachhilfe durch das Bundesverfassungsgericht

In der Argumentation des bayerischen Gesundheitsministeriums werden drei verschiedene Aspekte angesprochen: erstens die Verbindung zwischen dem RSA und dem Länderfinanzausgleich, zweitens der Solidarbeitrag der bayerischen Beitragszahler im Rahmen des GKV-weiten Einkommensausgleichs sowie drittens die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen für ihre in Bayern lebenden Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

2.1 Weder „Geld Bayerns“ noch „bayerisches Geld“

Mit Hilfe des bereits angesprochenen Urteils des Bundesverfassungsgerichts von 2005 können die beiden ersten Aspekte rasch abgehandelt werden. Das gilt insbesondere für die gedankliche Verknüpfung zwischen dem RSA und dem Länderfinanzausgleich; beide Ausgleichssysteme haben nicht das Geringste miteinander zu tun, da „die Finanzmasse der Sozialversicherung tatsächlich und rechtlich von den allgemeinen Staatsfinanzen getrennt ist“ (*BVerfG 2005, Ziffer 101*). „Trotz

der Zuordnung zur mittelbaren Staatsverwaltung können die Krankenkassen und die von ihnen verwalteten Beitragsmittel finanzverfassungsrechtlich nicht als Teil eines Landes und als Teil der Landeshaushalte betrachtet werden“ (*ebenda, Ziffer 103*). Im Unterschied zu den Steuermitteln bayerischer Steuerzahler, die im Länderfinanzausgleich fließen, handelt es sich bei den Beitragsmitteln, die von den bayerischen Beitragszahlern aufgebracht werden, zu keinem Zeitpunkt um „Geld Bayerns“.

Es handelt sich nicht einmal um „bayerisches Geld“, das im Rahmen des Finanzkraftausgleichs innerhalb der GKV umverteilt wird. Auch bezüglich dieser Aussage dulden die klaren Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts zum bundesweiten Solidarprinzip der Sozialversicherungen keine zwei Meinungen: „Finanzkraftunterschiede zwischen den Kassen werden bundesweit durch den Finanzkraftausgleich beseitigt. Verfassungsrechtlich ist ein solcher Ausgleich unproblematisch, denn er dient dem Sozialausgleich zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Mitgliedern der GKV. Einkommensstärkere haben den – niveaugleichen – Krankenversicherungsschutz von Einkommensschwächeren mitzufinanzieren. Wo die Einkommensstärkeren und wo die Einkommensschwächeren wohnen, spielt hierbei keine Rolle“ (*BVerfG 2005, Ziffer 210*). Das heißt, dass das Solidarprinzip der GKV – hier speziell in Bezug auf den Ausgleich unterschiedlicher Einkommen der Versicherten – auf der Individualebene gilt. Solidarität herrscht zwischen den gesetzlich Krankenversicherten und nicht zwischen wie auch immer abgegrenzten Teilkollektiven der Versicherten, seien es einzelne Krankenkassen oder regionale Verbände, in Sonderheit auch die Länder. Insoweit gehören die Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder nicht ihnen, sondern der gesamten „Krankenversicherung als Solidargemeinschaft“ (*Paragraf 1 Satz 1 SGB V*).

Aus dem GKV-weiten Solidarprinzip folgt auch, dass es bei der zweckgebundenen Verwendung der Finanzmittel der GKV keinen regionalen (oder sonstigen) „Vorrang“ gibt – dergestalt, dass die von einer bestimmten Teilgruppe der Beitragszahler aufbrachten Finanzmittel ihnen selbst prioritär „zustünden“. Insofern bleibt auch die von Ulrich und Wille ermittelte „fiskalische Position“ Bayerns – unbeschadet von Zweifeln an der methodischen Korrektheit der Berechnungen (vergleiche *Gaßner 2015*) – letztlich eine abstrakte Rechenübung. Die Differenz aus den von bayerischen Versicherten aufbrachten Beitragsmitteln und den Zuweisungen, die die Kassen aus dem Gesundheitsfonds für ihre in Bayern lebenden Versicherten erhalten, suggeriert zumindest gedanklich die Existenz einer (Teil-)Solidargemeinschaft der bayerischen GKV-Versicherten, die es nicht gibt. Prägnant formuliert wurde dieser Sachverhalt von Bert Rürup und Eberhard Wille in einem im Vorfeld der Einführung des Gesundheitsfonds für das Bundesgesundheitsministerium erstellten Gutachten, in dem es unmissverständlich heißt: „Das Regionalprinzip ist dem Sozialversicherungsrecht fremd. Jenseits der Tatsache,

dass die gesetzlichen Krankenkassen keine Einrichtungen der Bundesländer sind, ist die hinter der Frage nach den länderspezifischen Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds liegende implizite Annahme, dass die Sozialversicherungsbeiträge, die in einem Land entstehen, auch dort wieder verausgabt werden sollten, abwegig“ (*Rürup und Wille 2007, 4*).

2.2 Unterschiedliche regionale Ausgabenniveaus

Damit bleibt der dritte Aspekt, der in der Argumentation des bayerischen Gesundheitsministeriums eine zentrale Rolle spielt, nämlich die – vermeintlich unzureichende – Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die die Krankenkassen für ihre bayerischen Versicherten erhalten. Im Unterschied zu den beiden zuvor behandelten Aspekten gibt es in dieser Frage keine klare Rechtsposition, wenngleich das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat, dass für den Gesetzgeber keine Verpflichtung besteht, wie auch immer begründete regionale Ausgabenunterschiede im RSA zu berücksichtigen.

Die maßgeblich durch den RSA determinierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds orientieren sich – im Wesentlichen unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Morbidität der Versicherten – an bundesdurchschnittlichen Leistungsausgaben. Dies geschieht prospektiv. Das heißt, dass sich die Zuweisungen an den Ausgaben orientieren, die bei einer bestimmten Alters-, Geschlechts- und Morbiditätskonstellation der Versicherten im Folgejahr im Mittel zu erwarten sind. Da die Zuweisungen damit aber nur im Bundesdurchschnitt und keineswegs im Einzelfall den tatsächlichen Ausgaben entsprechen, gibt es bei einzelnen Teilkollektiven der Versicherten – in regionaler Abgrenzung, aber ebenfalls auf der Ebene einzelner Krankenkassen – Über- und Unterdeckungen. (Das führt gelegentlich auch zu der Aussage, dass einzelne Teilkollektive – Kassen oder auch Länder – mehr Geld bekämen, als sie bräuchten; das wäre jedoch nur bei einem vollständigen Ausgabenausgleich zu verhindern, den es in der GKV seit 1995 bewusst nicht mehr gibt). Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA hat regionale Über- und Unterdeckungen in seinem 2011 vorgelegten Evaluationsbericht zum RSA 2009 auf Kreisebene ermittelt (*Drösler et al. 2011, 62 ff.*). Dabei hat der Beirat auch unterstrichen, dass die Zuweisungen in regionaler Sicht seit 2009 durch die direkte Berücksichtigung der Morbidität im RSA im Vergleich zu vorher deutlich zielgenauer geworden sind, der „Morbi-RSA“ also bereits von selbst ein gutes Stück regionalisiert (vergleiche auch *Göpffarth 2013*, der die Regionalanalysen des Beirats für das Jahr 2011 aktualisiert hat).

Bei der Diskussion darüber, ob weitere Ausgabendeterminanten im RSA berücksichtigt werden sollen, spielt die Frage der Beeinflussbarkeit der Ausgaben eine wesentliche Rolle. Alter und Geschlecht der Versicherten gelten unstrit-

tig als exogene, das heißt nicht beeinflussbare Faktoren. Doch bereits bei der im RSA berücksichtigten Morbidität der Versicherten gab es im Vorfeld der Einführung des Morbi-RSA eine Kontroverse, die sogar zum Rücktritt des ersten RSA-Beirats führte, nachdem das Bundesversicherungsamt dessen Vorschlag zur Krankheitsauswahl nicht folgte. Der Beirat hatte nämlich solche Krankheiten weitgehend unberücksichtigt gelassen, „bei denen unter anderem eine ‚Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs‘ gegeben ist, das heißt, für die populationsbezogene sekundärpräventive und kurative Behandlungsoptionen zu Verfügung stehen“ (*Busse et al. 2007, 64*). Hierin wurde jedoch eine versorgungspolitische Instrumentalisierung des RSA gesehen (vergleiche *Cassel und Jacobs 2009*), die zudem von der falschen Vorstellung geleitet war, dass die Krankenkassen im Hinblick auf möglichst hohe Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an einer hohen Morbiditätslast ihrer Versicherten interessiert seien. Diese Sichtweise war (und ist unverändert) deshalb falsch, weil es für die Beitragssatzposition der Kassen nicht isoliert auf die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ankommt, sondern auf die Deckungsbeiträge, also auf die Differenz zwischen den Zuweisungen und den tatsächlichen Ausgaben. Kränkere Versicherte können zwar zu höheren Zuweisungen führen, sind aber in aller Regel auch mit höheren Behandlungskosten verbunden, weshalb die Auswirkungen auf die Deckungsbeiträge höchst ungewiss und allein schon aufgrund der prospektiven Ausgestaltung des RSA in keinem Fall kalkulierbar sind.

Die Warnung, den RSA nicht versorgungspolitisch zu überfordern, findet sich auch in dem Gutachten von Ulrich und Wille (*Ulrich und Wille 2014, 28*). Die Autoren sehen den ganz überwiegenden Großteil regional wirkender nachfrage- und angebotsseitiger Einflussfaktoren auf die Leistungsausgaben aus Kassensicht als exogen und ihre Nichtberücksichtigung im RSA entsprechend als wettbewerbsverzerrend an, weil Kassen aufgrund ihrer unterschiedlichen regionalen Verbreitung von diesen Einflussfaktoren unterschiedlich betroffen sind. Konkret: Wenn zum Beispiel die regionalen Angebotsstrukturen in der stationären oder ambulanten Versorgung aufgrund der Krankenhausplanung eines Landes oder der Haus- und Facharztdichte zu vergleichsweise hohen Ausgaben führen, können die in dieser Region tätigen Krankenkassen hieran im Rahmen ihrer begrenzten Einflussmöglichkeiten zurzeit praktisch nichts ändern.

Auch wenn diese Einschätzung weitgehend zutrifft, springt die Schlussfolgerung, ein regional überdurchschnittlich hohes Ausgabenniveau durch einen entsprechenden Regionalfaktor im RSA zu berücksichtigen, zu kurz. Denn die Frage der Beeinflussbarkeit relevanter Bestimmungsfaktoren der Leistungsausgaben beziehungsweise umgekehrt deren Exogenität ist weit komplexer. Darauf verweist etwa die Pressemitteilung des Bundesversicherungsamts (BVA), die als unmittelbare Reaktion auf

die Vorstellung des Gutachtens von Ulrich und Wille durch das bayerische Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde und den (damaligen) BVA-Präsidenten, Maximilian Gaßner, wie folgt zitiert: „Wenn einige bayerische Krankenkassen mit den Zuweisungen nicht auskommen, dann liegt das vorrangig daran, dass in Bayern einige Aufgaben nicht ordentlich erledigt wurden, angefangen vom Abbau überflüssiger Krankenhausbetten bis hin zur Beseitigung von der Über- und Fehlversorgung im stationären und ambulanten Bereich. Das beweist auch der Vergleich mit anderen Ländern, wie zum Beispiel Sachsen, das sich bei der Konsolidierung seines Gesundheitssystems insbesondere im Krankenhausbereich mehr angestrengt hat und wo die Krankenkassen mit den gleichen Zuweisungen sehr gut auskommen“ (BVA 2014, 2).

Unabhängig davon, ob die Aussagen des BVA-Präsidenten in Bezug auf die Versorgungslandschaft in Bayern und die daraus resultierenden Folgen für das Ausgabeniveau zutreffen oder nicht, wird deutlich, dass die Exogenität von Einflussfaktoren für das regionale Leistungs- und Ausgabengeschehen differenziert zu betrachten ist. Auch wenn die einzelnen Krankenkassen keinen unmittelbaren Einfluss auf bestimmte Ausgabenfaktoren ausüben können – etwa auf die Kliniklandschaft, die maßgeblich durch die Krankenhausplanung der Länder determiniert wird –, sind diese Faktoren damit noch lange nicht grundsätzlich unbeeinflussbar. Deshalb wäre ihre Berücksichtigung aus einer reinen Wettbewerbsperspektive der Kassen zwar durchaus vertretbar, würde zugleich aber weitergehende Allokations- und Verteilungsprobleme verursachen.

Um zu verstehen, was damit gemeint ist, soll noch einmal ein Blick in das RSA-Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2005 geworfen werden. Das Gericht setzt sich dort nämlich differenziert mit unterschiedlichen Ursachen für systematische regionale Ausgabenunterschiede auseinander und stellt insbesondere fest:

- „Soweit regional unterschiedliche Kostenniveaus darauf beruhen, dass es zwischen Stadt und Land Unterschiede im Hinblick auf die Versorgungsdichte oder die Qualität der Versorgung (modernere, bessere, teurere Ausstattung) gibt, ist es gerechtfertigt, dass diejenigen Versicherten, die in den Genuss einer regional besseren Versorgung gelangen, die hieraus resultierenden Mehrkosten in Form höherer Beitragssätze allein zu tragen haben. Beitragssatzunterschiede sind verfassungsrechtlich nur dann problematisch, wenn Versicherte trotz gleich hohen Einkommens für gleiche Leistungen unterschiedlich viel zahlen müssen“ (BVerfG 2005, Ziffer 206).
- „Schließlich sind auch mögliche regionale Wirtschaftlichkeits- und Effizienzunterschiede als Ursache für regionale Kostenunterschiede nicht notwendig ausgleichsrelevant. Dass es etwa Regionen gibt, in denen die Krankenhausbedarfsplanung besser funktioniert als in anderen Landesteilen, musste den Gesetzgeber – unabhängig von einem

möglichen Einfluss der Kassen – nicht zur Berücksichtigung veranlassen. Ziel ist es, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung insgesamt zu verbessern, nicht aber, regionale Unwirtschaftlichkeiten durch Zuweisung eines höheren Beitragsbedarfs zu subventionieren und damit zu verfestigen“ (ebenda, Ziffer 207).

Diese Argumentation verweist auf die genannten allokativen und distributiven Probleme, die eine Berücksichtigung von – wenngleich aus Kassensicht weithin exogenen – regionalen Einflussfaktoren des Ausgabengeschehens hätte: Der Status quo würde verfestigt, was im Fall einer „besseren“ Versorgung (erstes Argument) erwünscht sein kann, im Fall einer „unnötig überdimensionierten“ (und damit unwirtschaftlichen) Versorgung (zweites Argument) aber wohl in jedem Fall unerwünscht wäre. In beiden Fällen wäre es zudem verteilungspolitisch fragwürdig, Beitragszahler in anderen Regionen zu einer Mitfinanzierung der jeweils hausgemachten Mehrausgaben bestimmter Regionen zu verpflichten.

3 Drei simultane Reformperspektiven

Was tun? Es gibt unbestritten ein Wettbewerbsproblem für Kassen mit regionalen Tätigkeitschwerpunkten in besonders ausgabenintensiven Regionen, auf das die Kassen selbst nur sehr begrenzt einwirken können. Dass dieses Problem nicht nur theoretischer Natur ist, hat das Beispiel der City BKK eindrucksvoll gezeigt, die als erste Krankenkasse in der Geschichte der GKV zum 1. Juli 2011 wegen unzureichender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit von der Aufsicht geschlossen wurde. Diese Kasse mit regionalen Tätigkeitschwerpunkten in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg war zumindest unter den zum Einführungszeitpunkt herrschenden Bedingungen des kassenindividuellen – seinerzeit pauschalen – Zusatzbeitrags nicht konkurrenzfähig. Dass auch die Gefahr unerwünschter regionaler Risikoselektion sehr wohl realer Natur ist, hat das nach Bekanntwerden der Kassenschließung von den anderen Kassen an den Tag gelegte Verhalten gezeigt, das auf die Abwehr der bis zuletzt in der City BKK verbliebenen Mitglieder ausgerichtet war, die – zumindest im Kollektiv – als „ungünstige Risiken“ eingestuft wurden (vergleiche Jacobs *et al.* 2012, 4 f.).

Das Wettbewerbsproblem ist also sehr wohl erkannt, weshalb abschließend drei simultane Reformperspektiven skizziert werden sollen.

3.1 Gezielte Weiterentwicklungen des RSA

Der morbiditätsorientierte RSA ist bewusst als lernendes System installiert. Wie schon erwähnt, hat sich der Wissenschaftliche Beirat in seinem 2011 vorgelegten Evaluationsbericht zum

morbiditätsorientierten RSA auch ausführlich mit regionalen Perspektiven befasst. Dabei ist er zu dem Ergebnis gekommen, dass es beim morbiditätsorientierten RSA „zu Unterdeckungen in Kernstädten und Überdeckungen im umliegenden Verdichtungsraum kommt“, die „gegenüber dem alten Risikostrukturausgleich zwar reduziert, aber nicht beseitigt werden (konnten)“ (Drösler et al. 2011, 2 f.). Dem Beirat zufolge würde „eine Einbeziehung von Regionalfaktoren im Risikostrukturausgleich, die auf Ländergrenzen abstellt, aus wissenschaftlicher Sicht zu kurz greifen“; außerdem stelle sich „die Frage, ob der Risikostrukturausgleich das richtige Instrument für die Berücksichtigung regionaler Unterschiede ist“ (ebenda, 3).

Diese Frage muss ebenso wie viele weitere Fragen zur zweckmäßigen Weiterentwicklung des RSA gründlich analysiert werden. So könnte im Hinblick auf die Frage des Einbezugs von Regionalfaktoren etwa geprüft werden, ob sich das Beispiel der Niederlande gegebenenfalls auch für den deutschen RSA eignet; dort gibt es auf kleinräumiger Ebene eine Regionalvariable im RSA, in der sozioökonomische und angebotsstrukturelle Besonderheiten mit nachgewiesenem Erklärungsgehalt für das jeweilige Ausgabenniveau zusammengefasst sind (vergleiche Buchner und Göppfarth 2014, 101). Aber auch weitere mögliche Weiterentwicklungsoptionen des RSA sollten geprüft werden, wie insbesondere der Wegfall der letztlich völlig willkürlich zustande gekommenen Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten auf maximal 80, die etwa dazu geführt hat, dass Demenz 2012 aus der Liste der im RSA berücksichtigten Krankheiten herausgefallen ist. Das hat zumindest Irritationen ausgelöst, weil gleichzeitig in der Pflegeversicherung gezielte Anstrengungen zur Verbesserung von (Pflege-)Leistungen für Demenzerkrankte unternommen werden (Stichwort: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff).

Ferner gibt es unverändert Forderungen nach (Wieder-)Einführung eines Hochrisiko- beziehungsweise Hochkostenpools (vergleiche etwa Repschläger et al. 2014), der flankierend zum morbiditätsorientierten RSA das Risiko extremer Ausgabenausreißer mindert und damit zugleich für eine größere Homogenität innerhalb der Morbiditätsgruppen sorgt. Ein weiterer aktueller Reformvorschlag betrifft die Berücksichtigung von Mehrausgaben der Krankenkassen aufgrund von Zuzahlungsbefreiungen ihrer Versicherten, die unter die Härtefall-Regelungen fallen (Lux et al. 2015; auch schon Jacobs et al. 2002). Schließlich gilt es zu beachten, dass der RSA keine deutsche Eigenart darstellt, sondern in vergleichbarer Form in jedem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung als notwendige Wettbewerbsbedingung existiert. Entsprechend hat sich mittlerweile international ein ganzes Forschungsfeld zu Risikoadjustierungs-Verfahren herausgebildet (vergleiche Buchner und Göppfarth 2014), dessen fortschreitende Erkenntnisse regelmäßig auf ihre Verwendungsfähigkeit im deutschen RSA-Kontext überprüft werden sollten.

3.2 Durchgängig regionale (Zusatz-)Beitragsgestaltung

Die zweite Reformperspektive setzt an der zentralen Ursache der bestehenden Wettbewerbsprobleme an, die aus systematischen regionalen Über- und Unterdeckungen der auf bundesdurchschnittlichen Ausgaben basierenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den tatsächlichen Leistungsausgaben in einzelnen Regionen resultieren. Anknüpfend an die oben zitierte Aussage des Wissenschaftlichen Beirats, wonach es fraglich sei, ob der RSA das richtige Instrument für die Berücksichtigung regionaler Unterschiede ist, sei auf einen Alternativvorschlag verwiesen, der wohl erstmals 1995 vom Sachverständigenrat Gesundheit unterbreitet wurde (SVR Gesundheit 1995, Ziffer 368): die Kalkulation durchgängig regional differenzierter Beitragssätze aller Kassen (vergleiche entsprechend auch Jacobs et al. 1997; Wasem et al. 2007). Das zentrale Wettbewerbsproblem liegt ja nicht etwa darin, dass der (Zusatz-)Beitragssatz vorwiegend oder ausschließlich in Bayern, Berlin oder Hamburg tätiger Krankenkassen höher ist als derjenige von Kassen mit einer regionalen Konzentration in Sachsen oder Sachsen-Anhalt, denn diese Kassen konkurrieren gar nicht direkt miteinander. Das Wettbewerbsproblem besteht vielmehr darin, dass bei Kassen mit einem Tätigkeitsschwerpunkt in ausgabenintensiven Regionen die vergleichsweise hohen Ausgaben unmittelbar (zusatz-)beitragssatzrelevant wirken, während sie bei ihrer überregionalen Konkurrenz im Rahmen einer überregionalen „Beitragssatz-Mischkalkulation“ aufgefangen werden können – wodurch die überregional tätigen Kassen allerdings selbst Wettbewerbsprobleme in besonders ausgabengünstigen Regionen gegenüber den dort tätigen Regionalkassen bekommen. Wenn man diese Situation einmal gedanklich analog zum Fall der City BKK zuspitzt, verschwinden die Regionalkassen in ausgabenintensiven Regionen vom Markt, während die (vormals) überregionalen Kassen in ausgabengünstigen Regionen vom Markt verdrängt werden und damit faktisch selbst zu Regionalkassen werden.

Der Vorschlag, alle Kassen zu einer regional differenzierten (Zusatz-)Beitragssatzkalkulation zu verpflichten – in gewisser Analogie zu den regional differenzierten Prämien in der Kfz-Haftpflichtversicherung, wo etwa für einen VW Golf in Berlin oder München ceteris paribus eine deutlich höhere Versicherungsprämie gezahlt werden muss als in der Oberpfalz oder der Uckermark –, hat in den 1990er-Jahren wenig positive Resonanz gefunden. Er wurde teilweise durch die Unterstellung diskreditiert, dass alle überregionalen Kassen organisatorisch zerschlagen werden sollten (was jedoch keineswegs der Fall war) oder – bei Abkehr von der bundesweiten Geltung des Solidarausgleichs – mit einem rein regionalen RSA in einen Topf geworfen (was aber gleichfalls nicht zwingend angedacht war). Ein unbestreitbarer Vorteil gegenüber damals besteht immerhin darin, dass die Kalkulation regional differenzierter (Zusatz-)Beitragssätze – noch einmal in aller Deutlichkeit: bei

ÜBERSICHT 1

Zentrale Entwicklungsschritte beim Risikostrukturausgleich

Jahr	gesetzliche Grundlage	Inhalt
1992	Gesundheitsstrukturgesetz	bundesweiter, kassenübergreifender RSA (getrennt in Ost und West) 1994 noch ohne, ab 1995 mit Einbezug der Krankenversicherung der Rentner; Ausgleich von Unterschieden beim Einkommen (zu rund 92 Prozent), bei den mitversicherten Familienangehörigen und bei der Morbidität nach Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente
1998	GKV-Finanzstärkungsgesetz	Einführung des gesamtdeutschen Finanzkraftausgleichs in drei Schritten 1999 bis 2001
1999	Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung	schrittweise Einführung des vollständigen gesamtdeutschen RSA von 2001 bis 2007
2001	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung	Erweiterung des RSA durch einen direkten Morbiditätsbezug (vorgesehen ab 2007); gesonderte Berücksichtigung von Versicherten in strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (DMP) ab 2002; Einrichtung eines GKV-weiten Risikopools (Schwellenwert: 20.450 Euro)
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	direkt morbiditätsorientierter RSA für 50 bis 80 Krankheiten und Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds 2009; Programmkostenpauschale für eingeschriebene DMP-Versicherte; Abschaffung des Risikopools

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

unverändertem Fortbestand des bundesweiten RSA – angesichts der mittlerweile verfügbaren Datengrundlagen und informationstechnologischen Möglichkeiten keinen besonders großen Aufwand mehr bedeuten würde. Zu beantworten wäre dagegen unverändert die Frage nach der zweckmäßigen Regionsabgrenzung, wobei jedoch spätestens seit dem Evaluationsbericht des RSA-Beirats klar ist, dass die Länder – zumindest heterogene Flächenstaaten – deutlich zu groß sind.

3.3 Erweiterung vertragswettbewerblicher Handlungsfreiräume

Die dritte Reformperspektive ist schließlich unmittelbar mit dem Kriterium der direkten Beeinflussbarkeit relevanter Determinanten des Leistungs- und Ausgabengeschehens durch die Krankenkassen verknüpft: die deutliche Erweiterung wirksamer Handlungsparameter der Kassen zur gezielten Beeinflussung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung sowie der Wettbewerbsanreize ihrer potenziellen (Selektiv-) Vertragspartner (*Jacobs 2012; Oberender und Zerth 2014*). Diese Reformperspektive ist im Prinzip ein Thema für sich und soll hier nur der Vollständigkeit halber kurz angesprochen werden. So folgerichtig und konsequent die Weiterentwicklung des RSA seit seiner 1994/95 erfolgten Einführung bis heute verlaufen ist (siehe Übersicht 1), so widersprüchlich und inkonsequent war seither die Entwicklung vertragswettbewerblicher Spielräume. Übersicht 2 vermittelt davon einen exemplarischen Eindruck für die Entwicklung in drei Versorgungsbereichen bis vor Verabschiedung des aktuell in der parlamentarischen Beratung befindlichen

GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, das angesichts seiner ausgeprägten Kleinteiligkeit (Stichworte: Zweitmeinung, Krankenhausentlassmanagement und Arzttermin-Vergabestellen als Regelungsobjekte der Gesetzgebung) sowie zusätzlicher wettbewerbswidriger Maßnahmen (Stichwort: zentraler Innovationsfonds; vergleiche *Jacobs 2010*) jedoch nicht geeignet erscheint, die grundsätzlich skeptische Einschätzung zu revidieren. Daran kann auch die in Aussicht gestellte Erleichterung des Zustandekommens von Selektivverträgen nichts ändern, zumal das zentrale Bereinigungsproblem einmal mehr nicht hinreichend gelöst zu werden scheint. Insoweit ist wohl – leider! – Ulrich und Wille zuzustimmen, die bei ihren Ausführungen zur Beeinflussbarkeit des Ausgabengeschehens aus Kassensicht feststellen, dass sich eine „ordnungspolitisch überwiegend wünschenswerte“ Entwicklung, dass die „Krankenkassen künftig vom Gesetzgeber erheblich mehr Wettbewerbsparameter erhalten und damit Mengen und Preise von Gesundheitsleistungen in einem nennenswerten Umfang steuern können“, derzeit nicht abzeichnet (*Ulrich und Wille 2014, 27*).

Wenn dem so ist, stellt sich in letzter Konsequenz aber die Frage nach Sinn und Zweck eines wettbewerblichen Krankenkassensystems inklusive Risikostrukturausgleich. Wenn immer mehr verbindlich einheitlich und gemeinsam geregelt wird – ob im Einzelnen durch den „großen“ oder „kleinen“ Gesetzgeber oder auf Bundes- oder Landesebene ist dabei letztlich unerheblich –, verlieren Wahlfreiheit und Kassenwettbewerb jegliche Substanz und das plurale Krankenkassensystem seine Legitimation. Zur Verdeutlichung der bundesweiten Geltung des Solidarprinzips der

ÜBERSICHT 2

Entwicklung und Bewertung besonderer Versorgungsformen

Entwicklung des rechtlichen Rahmens		
Hausarztzentrierte Versorgung (Paragraf 73b SGB V)	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Paragraf 116b SGB V)	Integrierte Versorgung (Paragraf 140a ff. SGB V)
<p>2004: Einführung selektivvertraglich mit Angebotspflicht; umfassende Vorgaben durch Gesamtverträge der Kollektivvertragsparteien (zu Vergütung, Qualitätsanforderungen, Bereinigung)</p> <p>2007: Wegfall der inhaltlichen Vorgaben durch Gesamtverträge; Verschärfung der Angebotspflicht (flächendeckend); unzureichende Vorschriften zur Bereinigung</p> <p>2009: nochmalige Verschärfung der Angebotspflicht mit faktischem Vertragsanspruch des Hausärzterverbands auf Schiedsbasis</p> <p>2011: Vorgabe von Beitragssatzstabilität oder Nachweis von Einsparungen bei Vertragsabschluss</p> <p>2014: fast wieder wie 2009</p>	<p>2004: Einführung als „ambulante Versorgung im Krankenhaus“ selektivvertraglich mit weitreichenden Gestaltungsoptionen; zwei zentrale Anreizdefizite der Kassen: kein Morbi-RSA (Gefahr: Selbstselektion von teuren Kranken), keine Bereinigungsvorschrift (drohende Doppelfinanzierung)</p> <p>2007: Abschaffung der Vertragsbasierung, dafür Bestimmungslösung durch Länder auf Antrag von Krankenhäusern</p> <p>2012: „Wer kann, der darf“: Anbieterwettbewerb ohne Vertragsbasierung und Mengensteuerung auf Basis von Einzelleistungsvergütung; Abgrenzungsgezerre im Gemeinsamen Bundesausschuss zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung</p>	<p>2000: Einführung selektivvertraglich mit umfassenden Vorgaben durch Gesamtverträge der Kollektivvertragsparteien, einseitige Beitrittsrechte Dritter, keine wirksamen Bereinigungsvorschriften</p> <p>2004: Wegfall von Vorgaben durch Gesamtverträge und Beitrittsrechte, dreijährige Anschubfinanzierung durch Ein-Prozent-Pauschalabzug von ambulanter und stationärer Gesamtvergütung als Ersatz für fehlende Bereinigungsvorschriften</p> <p>2007: zweijährige Verlängerung der Anschubfinanzierung</p> <p>2011: Ausweitung des Kreises der möglichen Vertragspartner (Pharma-/Medizinproduktehersteller)</p>
Kommentar		
Die Verpflichtung zu einem (zudem flächendeckenden) Angebot einer bestimmten Vertragsform passt nicht zum Vertragswettbewerb, ebenso wenig der schiedsfähige Vertragsanspruch eines Akteurs und die Nachweispflicht von Einsparungen eines Selektivvertrags. Trotz vieler Änderungen gibt es bis heute keine hinreichend wirksame Vorschrift zur Bereinigung.	Bei der Bestimmungslösung (2007 bis 2011) und bei der neuen Regelung „Wer kann, der darf“ (ab 2012) spielen Krankenkassen als Vertragspartner keine Rolle mehr. Vor einer Ausweitung dieses neuen Sektors auf weitere Leistungen kann ohne Rückkehr zu einer vertragswettbewerblichen Lösung nur gewarnt werden (siehe auch SVR Gesundheit 2012).	Selektivvertragsoption mit nach wie vor großem Potential. Ambivalente Erfahrungen mit der Anschubfinanzierung: umfangreiche Selektivvertragsaktivitäten, aber auch Mitnahme- und PR-Effekte, keine echte Bereinigung. Ende der Anschubfinanzierung zeitgleich mit Einführung des Gesundheitsfonds und dominanter Zusatzbeitrags-Phobie. Ungewisse Auswirkungen der Einführung des Innovationsfonds ab 2016.

Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Jacobs 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

GKV hat das Bundesverfassungsgericht in seinem bereits mehrfach zitierten RSA-Urteil von 2005 auch festgestellt: „Der einfache Gesetzgeber wäre (...) von Verfassungs wegen nicht gehindert, alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenzufassen und in einem Bundesamt für Krankenversicherung als bundesunmittelbare Körperschaft zu organisieren“ (BVerfG 2005, Ziffer 147). Vielleicht sollte er es einfach tun. Beitragssatzunterschiede, Wettbewerbsverzerrungen, regionale Ungerechtigkeiten wären auf einen Schlag verschwunden. Und weil der Glaube an die Steuerungsfähigkeit zentralplan- und kollektivwirtschaftlicher Instrumente bei den Gesundheitspolitikern nahezu jeder politischen Couleure offenkundig unerschütterlich ist, wären Einbußen bei Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Versorgung wohl auch kaum zu befürchten. Oder etwa doch?

Literatur

- Buchner F, Göppfarth 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
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2014):** Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich decken den Versorgungsbedarf in Bayern. Vergleich von Gesundheitsfonds und Länderfinanzausgleich ist abwegig. Pressemitteilung Nr. 5/2014 vom 2.10.2014
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2015):** Urteil 2 BvF 2/01 zum Risikostrukturausgleich vom 18.7.2005
- Busse R et al. (2007):** Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im

morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich; www.bundesversicherungsamt.de -> Risikostrukturausgleich -> Wissenschaftlicher Beirat (Zugriff: 20.3.2015)

Cassel D, Jacobs K (2008): Risikostrukturausgleich und Prävention: Zur Problematik der versorgungspolitischen Instrumentalisierung des Morbi-RSA. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA. St. Augustin: Asgard, 185–212

Drösler S et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Endfassung vom 22.6.2011; www.bundesversicherungsamt.de -> Risikostrukturausgleich -> Wissenschaftlicher Beirat (Zugriff: 20.3.2015)

Gaßner M (2015): Bavaricus non calculat. 2,16 Milliarden Euro oder 600 Millionen Euro? Welt der Krankenversicherung, Jg. 4, Heft 2/3, 42–43

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

Jacobs K (2010): Der Innovationsfonds – ein ordnungswirtschaftlicher Irrläufer. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Volume 15, Ausgabe 2, 67–69

Jacobs K (2012): Wettbewerb in Fesseln. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 15, Heft 7/8, 24–29

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

Jacobs K, Reschke P, Wasem J (1997): Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden: Nomos

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

Lux G, Schillo S, van der Linde K et al. (2015): Die Berücksichtigung von Zuzahlungsbefreiungen im RSA – Ausgestaltungsmöglichkeiten und Wirkungen einer erweiterten Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren. IBES-Diskussionsbeitrag Nr. 207, Universität Duisburg-Essen, Januar 2015

Oberender P, Zerth J (2014): Selektivverträge als „ökonomischer 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, 173–198

Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (2014): Macht der medizinische Fortschritt die Wiedereinführung des Risikopools erforderlich? Eine empirische Analyse von Hochkostenfällen. In: dies. (Hrsg.): BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014, Wuppertal, 90–108

Rürup B, Wille E (2007): Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Darmstadt/Mannheim: mimeo
SVR Gesundheit (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten 1995, Baden-Baden: Nomos

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bern: Huber

Stamm B (1998): Wettbewerbsföderalismus in der Sozialversicherung: Mehr Verantwortung und Gestaltungsspielraum für die Bundesländer. Forum für Gesellschaftspolitik, Jg. 4, Februar, 29–32

StMGP (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) (2014): Bayern durch Gesundheitsfonds zunehmend belastet – Gutachten belegt Umverteilung – Ministerin Huml fordert mehr Gerechtigkeit durch Regionalfaktor. Pressemitteilung Nr. 239/GP vom 1.10.2014

StMGP (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) (2015): Huml verstärkt Druck für Entlastung Bayerns bei Gesundheitsfonds – Bayerns Gesundheitsministerin: Verteilungsgerechtigkeit muss endlich verbessert werden. Pressemitteilung Nr. 10/GP vom 18.1.2015

Ulrich V, Wille E (2014): Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bayreuth/Mannheim; www.stmgrp.bayern.de/service/doc/2014_09_21-endbericht-rsa_bayern.pdf (Zugriff: 20.3.2015)

Wasem J, Greß S, Jacobs K (2007): Gesundheitsfonds und Regionaldebatte I: Ordnungspolitischer Rahmen. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds. St. Augustin: Asgard, 139–162

DER AUTOR



Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

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

Übersversorgung in der Medizin: Die zehn wichtigsten Studien des Jahres 2013

von Christiane Roick*

US-amerikanische Wissenschaftler haben nach einer systematischen Recherche die zehn wichtigsten Studien des Jahres 2013 zur medizinischen Übersversorgung genauer analysiert. Die Arbeiten zeigen in unterschiedlichen Bereichen der Medizin, dass Überdiagnostik die Patienten nicht beruhigt, sondern eher belastet, während Übertherapie sie dem Risiko unnötiger Nebenwirkungen und Komplikationen aussetzt.

1 Was ist das Problem?

Die Veröffentlichungen zur Übersversorgung in der Medizin haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Deshalb wurden in einer Literaturrecherche Bereiche der Übersversorgung identifiziert, die aktuell besonders relevant sind.

2 Wie wurde untersucht?

Die Autoren suchten systematisch nach englischsprachigen Fachartikeln zu medizinischer Übersversorgung, die 2013 veröffentlicht wurden. Nach Ausschluss von Editorials, Kasuistiken, Übersichten und pädiatrischen Artikeln fanden sie 478 geeignete Arbeiten. Diese bewerteten sie hinsichtlich der methodischen Qualität, der Belastbarkeit der Ergebnisse, möglicher Auswirkungen auf die Versorgung sowie der Zahl der betroffenen Patienten.

3 Was ist rausgekommen?

Aus den zehn Studien mit der höchsten Relevanz leiteten die Autoren Empfehlungen ab. Ärzte sollten ...

... bei geringer Vortestwahrscheinlichkeit auf eine ernste Erkrankung keine Diagnostik durchführen, wenn diese primär die Patienten beruhigen soll, da dieser Effekt meist nicht eintritt.

... nur nach sorgfältiger Abwägung Tests zum Ausschluss unwahrscheinlicher Erkrankungen durchführen, da diese bei seltenen Erkrankungen häufig falsch positive Ergebnisse liefern.

... bei Patienten mit Magen-Darm-Blutung und Hb-Werten $\geq 7\text{g/dl}$ keine Bluttransfusionen veranlassen, weil sie diesen mehr schaden als nutzen.

... bei Testosteronersatzbehandlungen die Patienten darüber aufklären, dass trotz Verbesserung einzelner Blutwerte ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko besteht.

... Antibiotika oder Protonenpumpenblocker nur bei klarer Indikation verschreiben, da sie das Risiko gefährlicher Clostridium-difficile-Infektionen erhöhen.

... Patienten nur zu chirurgischen Eingriffen überweisen, wenn der Nutzen klar die Risiken überwiegt, weil bei Eingriffen mit weniger klarer Nutzen-Risiko-Relation die Häufigkeit regional stark schwankt.

... nach einem Schlaganfall ein offenes Foramen ovale (ein Loch zwischen den Herzvorhöfen) nicht verschließen, da dies keinen Effekt auf erneute Schlaganfälle hat.

... bei Meniskusriss nur dann eine arthroskopische Meniskusentfernung erwägen, wenn sich die Beschwerden mit Physiotherapie nicht bessern, da die Operation meist kein besseres Ergebnis bringt.

... sich die Risiken für Überdiagnosen und -therapie bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen vergegenwärtigen und mit den Patienten besprechen.

... nur bei klinisch begründetem Verdacht eine Computertomografie (CT) zur Diagnostik von Lungenembolien durchführen, da oft Embolien mit geringem Rezidivrisiko entdeckt wurden. Daher blieb die Lungenembolie-Sterblichkeit trotz Zunahme der CT-Diagnostik unverändert, während Klinikaufenthalte aufgrund von Komplikationen der gerinnungshemmenden Therapie zunahmten.

4 Wie gut ist die Studie?

In der Arbeit werden zehn Versorgungsbereiche angesprochen, in denen methodisch gute Studien Hinweise auf Überdiagnostik oder -therapie geben. Ärzte sollten diese Ergebnisse genauer prüfen und entsprechende diagnostische und therapeutische Empfehlungen mit Blick auf die Nutzen-Risiko-Relation kritisch hinterfragen.

Quelle: Morgan D, Wright S, Dhruva S: Update on Medical Overuse.

JAMA Intern Med. 2015;175(1):120-124

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

DER KOMMENTAR

Medizinische Übersversorgung entsteht durch Wissenslücken der behandelnden Ärzte, aus der Sorge, Nützliches zu unterlassen, aus einer falschen Anspruchshaltung von Patienten, aber auch durch Fehlanreize im Vergütungssystem. Als medizinische Übersversorgung

gelten Maßnahmen, bei denen das Risiko den Nutzen übersteigt, deren Nutzen vernachlässigbar ist oder die ein gut aufgeklärter Patient ablehnen würde. Übersversorgung zu identifizieren und die Patienten in die Diskussion einzubeziehen, ist wichtig, um eine optimale Qualität der medizinischen Versorgung sicherzustellen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat sich zum Ziel gesetzt, dies systematisch für das gesamte Gebiet der Inneren Medizin umzusetzen.

Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuß

Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie/Universitätsmedizin Göttingen, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



KÖPFE

Hedwig François-Kettner, die amtierende Vorstandsvorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und langjährige Pflegedirektorin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, ist für ihr Engagement zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet worden. Die gelernte Krankenschwester trat 1983 als eine der jüngsten Pflegedirektorinnen Deutschlands ihren Dienst am heutigen Campus Benjamin Franklin der Charité an und war bei ihrer Verabschiedung im März 2014 nach mehreren Fusionen für über 4.100 Pflegekräfte zuständig.

Prof. Dr. med. Michael Manns, der ehemalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) und seit 1991 Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie an der Medizinischen Hochschule Hannover, ist von der Europäischen

Kommission in das „Scientific Panel for Health“ berufen worden, das die EU zur Förderung biomedizinischer Forschung in Europa berät.

Prof. Dr. soc. Dr. theol. Elmar Nass leitet das neu gegründete Ethikinstitut an der Wilhelm Löhe Hochschule Fürth (WLH), das sich unter anderem mit Fragen der Versorgung und der Gestaltung der Gesundheits- und Sozialordnung befassen soll. Nach dem Theologiestudium in Bonn und Rom wurde Nass 1994 zum Priester geweiht, promovierte 2002 an der Katholisch-Theologischen Fakultät Trier zum Dr. theol. und 2006 zum Dr. soc. an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2013 lehrt Nass als Professor für Wirtschafts- und Sozialethik an der WLH.

Prof. Dr. med. Michael Freitag, MPH hat die Professur für Allgemeinmedizin, Schwerpunkt Versorgungsforschung an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg übernommen. Das

Medizinstudium in Heidelberg, Madrid und Baltimore schloss Freitag 2000 mit der Promotion ab und erwarb in den USA den Grad eines Master of Public Health. Als Wissenschaftlicher Assistent arbeitete Freitag ab 2005 am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth, schloss 2007 die Ausbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin ab und war ab 2008 stellvertretender Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena.

Prof. Dr. rer. nat. Theodor Dingermann ist erneut zum Sprecher des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesapothekerkammer berufen worden. Der approbierte Apotheker hat dieses Amt bereits seit 2009 inne. Dingermann lehrte von 1990 bis 2013 Pharmazeutische Biologie an der Goethe-Universität in Frankfurt und war von 2000 bis 2004 Präsident der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
Steigerung von Qualität und Patientensicherheit: Ideen und Umsetzung (Abschlusskonferenz PaSQ Deutschland)	Ergebnisse des European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ)	4.5.2015 Bonn	Institut für Patientensicherheit Stiftsplatz 12 53111 Bonn	www.ifpsbonn.de E-Mail: martina.kattein@ ukb.uni-bonn.de Telefon: 0228 73-8308
4. QMR-Kongress	Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten	4.–5.5.2015 Potsdam	AOK-Bundesverband, Technische Universität Berlin und IQM, c/o IQM, Friedrichstraße 166, 10117 Berlin	ausschließlich online unter www.qmr-kongress.de/ anmeldung.html
50. Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)	Personalisierte Diabetologie, Prävention und Therapie, Ursachenforschung	13.–16.5.2015 Berlin	Deutsche Diabetes Gesellschaft Reinhardtstr. 31 10117 Berlin	www.diabeteskongress.de E-Mail: diabetes-kongress@ kit-group.org Telefon: 030 24603-360
3. DNV-Forum Versorgungsforschung	Innovationsfonds – Qualität, Transparenz und Nachhaltigkeit	18.5.2015 Berlin	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNV) e. V. Eupener Straße 129 50933 Köln	ausschließlich online unter www.dnfv.de
7. Mildred Scheel Cancer Conference (MSCC)	Moderne Ansätze der Krebsforschung, Immuntherapie, Personalisierte Medizin	17.–19.6.2015 Bonn	Stiftung Deutsche Krebshilfe Buschstraße 32 53113 Bonn	www.bsbb.de E-Mail: Gerda.Leitner@bsbb.de Telefon: 0228 91937-39
7. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG)	HIV-Pathogenese, angeborene und erworbene Immunantwort, neue Therapieansätze	24.–27.6.2015 Düsseldorf	Deutsche AIDS-Gesellschaft e. V. (DAIG)/Infektionsmedizinisches Centrum Hamburg - ICH Grindelallee 35, 20146 Hamburg	www.doeak2015.de E-Mail: doeak2015@kit-group.org Telefon: 030 24603-219

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:

Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Ines Körver, Annegret Himrich,
Dr. Silke Heller-Jung
Grafik: Geertje Steglich (KomPart)

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