

# Die Regionalisierungsdebatte – ein Blick über die Grenzen

von Florian Buchner<sup>1</sup>

## ABSTRACT

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

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

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

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

## 1 Dauerbrenner Regionalität

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

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

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

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

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

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

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

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

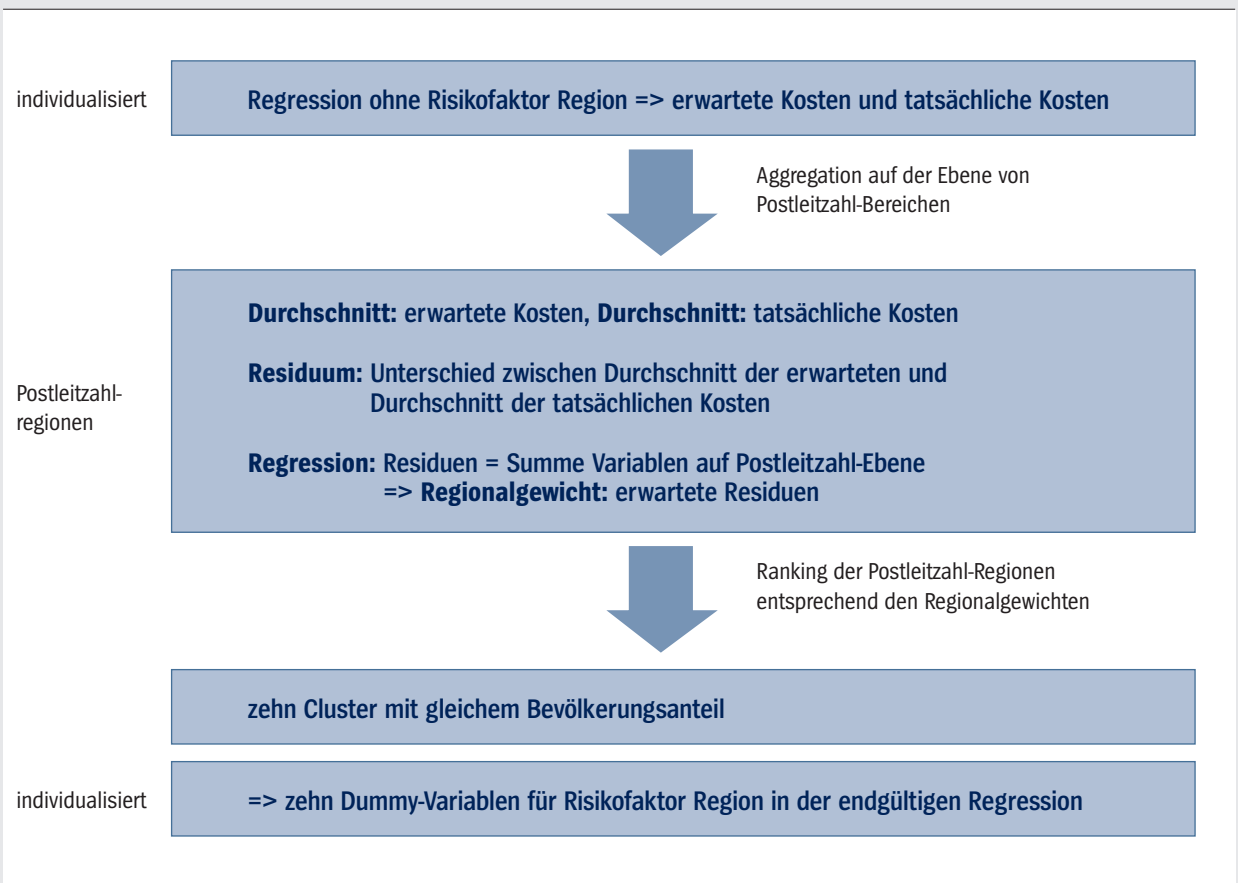
In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob Regionen mit besserer medizinischer Infrastruktur teurer sind, weil eine angebotsinduzierte Nachfragesteigerung oder eine hohe Dichte an Leistungserbringern vorliegt, oder ob die Leistungserbringung in ihnen aufgrund von vollständig außerhalb des Gesundheitssystems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

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

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

ABBILDUNG 1

## Vorgehen bei der Berechnung der Regionalvariable in den Niederlanden



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

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

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

## 2 Belgien

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

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

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

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

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

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

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

### 3 Niederlande

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

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

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

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

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

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

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

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

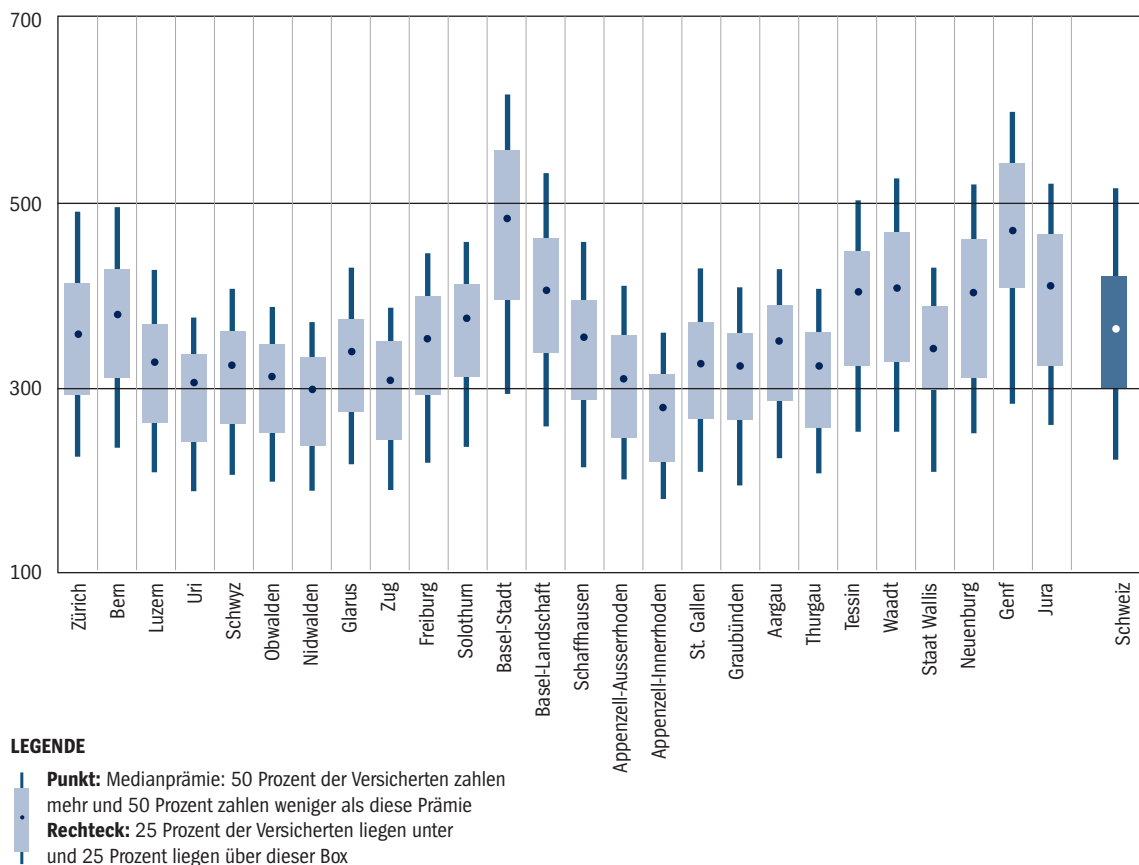
Interessanterweise wird die Zusammensetzung der Parameter für die Regionalregression im niederländischen Ausgleichssystem ab dem Ausgleichsjahr 2018 geändert. Die drei Angebotsvariablen „Entfernung zum nächsten Krankenhaus“, „Anzahl der Pflegebetten“ sowie „Entfernung zum nächsten niedergelassenen Allgemeinarzt“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

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

ABBILDUNG 2

## Prämienspanne in den 26 Kantonen der Schweiz

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



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

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

## 4 Schweiz

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

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

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

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

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

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

## 5 Israel

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

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

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

## 6 Abschließende Überlegungen

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

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

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

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

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



## Literatur

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

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

**Bundesverfassungsgericht (2005):** Beschluss des Zweiten Senats vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 – Rn. (1-287); [www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2005/07/fs20050718\\_2bvfo00201.html](http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2005/07/fs20050718_2bvfo00201.html)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## DER AUTOR



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

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