

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

von Jan Böcken<sup>1</sup>, Marion Grote-Westrick<sup>2</sup>, Uwe Schwenk<sup>3</sup>

## 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, Bedarfsorientierung, 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

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

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

<sup>3</sup> 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 Website [www.wennbergcollaborative.org](http://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 Computertomographie (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 sozioökono-

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 Kaiserschnitttrate und teilweise auf die Verringerung der regionalen Unterschiede ausgerichtet sind: In Italien wurden Ziele für Kaiserschnitttraten 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 Kaiserschnitttraten 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 erschienenes 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](http://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
<b>Australien</b>		klinische Leitlinien, Gesundheitsergebnisvorgaben, Entgeltsysteme
<b>Belgien</b>		
<b>Deutschland</b>		öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien, Entscheidungshilfen
<b>Finnland</b>		klinische Leitlinien
<b>Frankreich</b>		
<b>Großbritannien</b>	klinische Leitlinien, Entgeltsysteme, Ressourcenallokation	öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien
<b>Israel</b>	öffentliche Berichterstattung	Ressourcenallokation
<b>Italien</b>	öffentliche Berichterstattung, Entscheidungshilfen, Gesundheitsergebnisvorgaben, Entgeltsysteme, Ressourcenallokation	Entscheidungshilfen, Gesundheitsergebnisvorgaben
<b>Kanada</b>		öffentliche Berichterstattung, klinische Leitlinien
<b>Portugal</b>		
<b>Schweiz</b>	öffentliche Berichterstattung	öffentliche Berichterstattung
<b>Spanien</b>		klinische Leitlinien
<b>Tschechien</b>		

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)

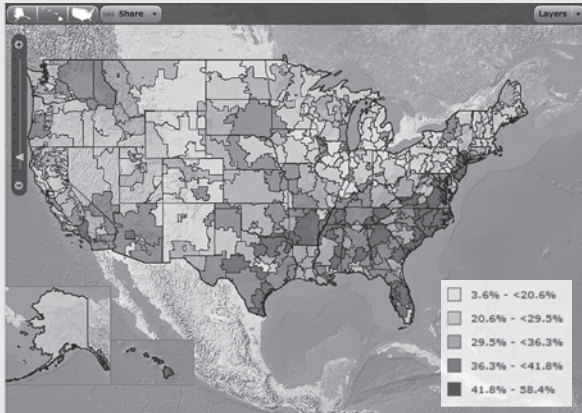
Die erste Studie zu regionalen Variationen in der Gesundheitsversorgung in England erschien bereits 1938. Dies ist der viel zitierte Aufsatz zu regionalen Variationen der Tonsillektomie

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](http://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.

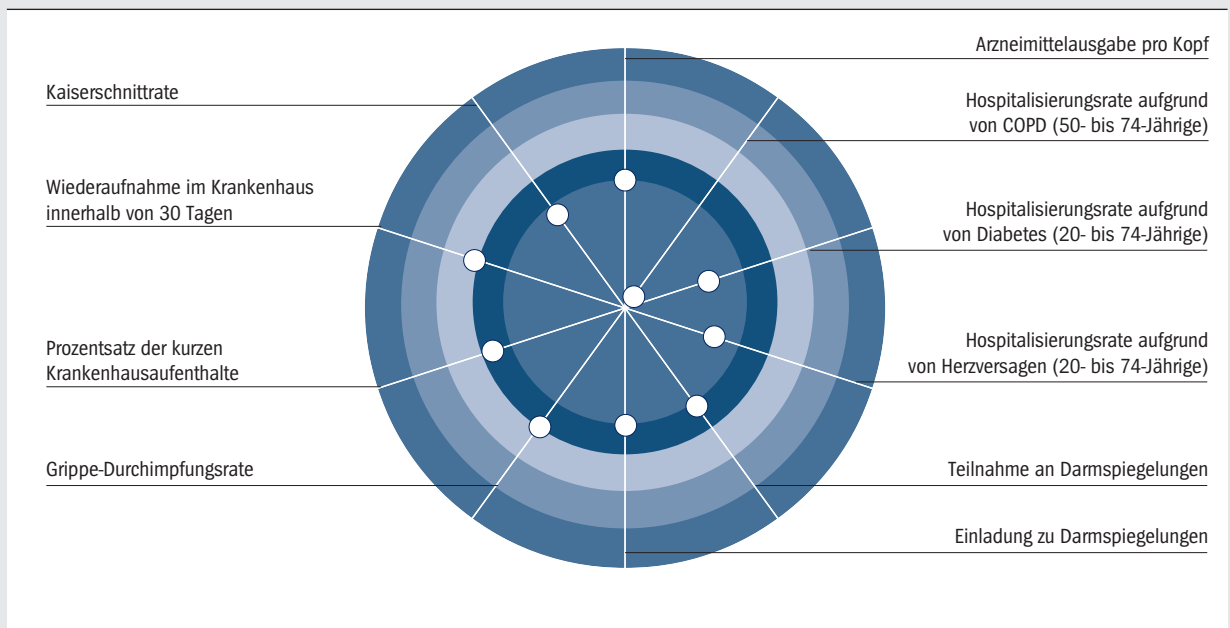
Ausgehend von der erfolgreichen Einführung in der Toskana hat auch eine Reihe anderer Regionen das Tool zur Performance-Messung eingeführt, so dass nun auch regionenübergreifende Vergleiche möglich sind.

## 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)



Quelle: Nuti und Seghieri; Grafik: G-G Wissenschaft 2015

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.

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 Kaiserschnittraten 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 Kaiserschnittrate 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/](http://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.