

Zum Zusammenhang zwischen Leistungsmanagement und Beitragssatz unter den Bedingungen des Morbi-RSA

JEAN DIETZEL,
STEPHAN KRUMM

Jean Dietzel ist Leiter des Bereichs Krankenversicherung und Beratung am IGES Institut in Berlin

Stephan Krumm war bis März 2017 Berater im Bereich Krankenversicherung am IGES Institut in Berlin und ist derzeit Berater im Bereich Kommunikationssysteme, Mensch-Technik-Interaktion, Gesundheit bei der VDI/VDE Innovation+Technik GmbH in Berlin

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) soll einen fairen Kassenwettbewerb ermöglichen. Preisunterschiede sollten nur auf das Handeln der Kassen, nicht auf externe Einflüsse zurückgehen. Um dies festzustellen, sollte gemessen werden, wie sehr die tatsächlichen Preisunterschiede auf Managementleistung zurückgehen. Diese wurde hier anhand von fünf Handlungsfeldern operationalisiert (Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Hilfsmittel und DMP). Der Artikel zeigt, dass der Zusammenhang gering ist. Zukünftige RSA-Reformen sollten daher auch darauf hinwirken, den Anteil von Über- und Unterdeckungen zu verringern, der nicht im Einflussbereich der Kasse liegt. Unabhängig davon, sollten die Möglichkeiten der Kassen zur Leistungsbeeinflussung durch Selektivverträge und andere Maßnahmen erweitert werden.

1. Hintergrund und Zielstellung

Der Morbi-RSA verfolgt zwei Hauptziele: Er soll Anreize zur Risikoselektion einzelner Versicherter minimieren und gleichzeitig Chancengleichheit im Wettbewerb der Krankenkassen herstellen.¹ Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit letzterem, der Wettbewerbsrechtigkeit. Diese bedeutet, dass Unterschiede in den finanziellen Ergebnissen der Kassen nur durch deren eigenes Handeln entstehen sollten, dass also die Kassen nach Bereinigung um ihre spezifische Managementleistung eine vergleichbare Deckungsquote aufweisen sollten.

Die Beurteilung, ob aktuell Chancengleichheit im Wettbewerb herrscht, ist schwierig, da dazu keine einheitlichen Datendefinitionen und -untersuchungen vorliegen. Im Allgemeinen wird sie so interpretiert, dass externe Faktoren, wie unterschiedliche Morbiditäten in der Versichertenpopulation, idealerweise durch den Morbi-RSA ausgeglichen werden. In einem solchen System ist die

¹ Vgl. Deutscher Bundestag (2006); Wille, E et al. (2007); Drösler, S et al. (2011), S. 10f.; Ulrich V et al. (2016) und auch schon Jacobs et al. (2001), S. 15: „Dem RSA kommt deshalb nach Auffassung der Gutachter die zentrale Aufgabe zu, Wettbewerb und Solidaritätsausgleich gleichermaßen zu sichern.“

wirtschaftliche Ausgangssituation für jede Kasse im Wettbewerb gleich. Existierende Preisunterschiede wären ausschließlich Ausdruck unterschiedlicher Managementleistungen oder bewusster Entscheidungen für eine Ausweitung von Service und Leistungen.

Da der Morbi-RSA den Durchschnitt der gesamten GKV widerspiegelt, ist im durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz *auch* die durchschnittliche Managementleistung über alle Kassen der GKV abgebildet. Eine Abweichung des Zusatzbeitrags vom Durchschnitt wäre idealerweise überwiegend auf das überdurchschnittlich oder unterdurchschnittlich arbeitende Management zurückzuführen. Darüber hinaus können sie auch über kassenindividuelle Unterschiede im Leistungsumfang entstehen (Satzungsleistungen). Unter diesen Bedingungen würde der Beitragssatz seine Signalfunktion als Ausdruck der Managementleistung erfüllen.

Inwiefern dieses Ziel der Wettbewerbsgerechtigkeit im Morbi-RSA erfüllt wird, kann aktuell nicht objektiv beurteilt werden, wird wegen der Spannweite der Fehldeckungen² jedoch aktuell angezweifelt.

In einer der letzten Ausgaben dieser Zeitschrift wurde bereits ein Ansatz dazu veröffentlicht, wie eine Bewertung bzw. Messung des Leistungsmanagements durchgeführt werden könnte.³ Dieses theoretische Konzept wurde nun in einer Untersuchung in Zusammenarbeit mit dem BKK Dachverband überprüft. Dazu wurde versuchsweise eine solche Messung mit einer Gruppe von 24 Krankenkassen durchgeführt. Ziel war es zum einen, die Machbarkeit des Verfahrens zu demonstrieren, zum anderen, Aussagen dazu zu treffen, inwiefern die spezifische Managementleistung von Kassen sich heute auf deren finanzielle Situation auswirkt.

Zielstellung der Untersuchung ist nicht, ein schlüsselfertiges Bewertungskonzept für die gesamte GKV zu präsentieren. Vielmehr soll gezeigt werden, dass durch das Berücksichtigen der Managementleistungen die Zielerreichung des Morbi-RSA besser bewertet werden kann.

2. Methodik

Um die Untersuchung in einem begrenzten zeitlichen und organisatorischen Rahmen durchführen zu können, wurde eine auf

Tabelle 1: Vergleich relevanter Kennzahlen der untersuchten Stichprobe und der GKV (gesamt in 2015)

	Stichprobe	GKV
Anzahl Versicherte	6.402.490	70.803.137
Durchschnittliche Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds* (in Euro)	2.586	2.991
Durchschnittliche Leistungsausgaben je Versicherten (in Euro)	2.412 Spanne zwischen teiln. Kassen: 1.993-3.067	2.856

Quelle: IGES; KJ1; KV45; Jahresabschlüsse GKV nach §305b

* Anmerkung: Darin enthalten sind alle Zuweisungen, die Kassen erhalten: Leistungsausgaben, Krankengeld, Verwaltungsausgaben usw.

die wichtigsten Leistungsbereiche kondensierte Vorgehensweise angewandt. Diese folgt im Wesentlichen dem im vorherigen Artikel skizzierten Verfahren.

Untersucht wurden die folgenden Leistungsbereiche: Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Ärztliche Behandlung, Zahnärztliche Behandlung, Hilfsmittel, sowie das Querschnittsthema DMP, das auf mehrere Sektoren wirkt. Dadurch werden Maßnahmen berücksichtigt, die etwa 80% der GKV-Leistungsausgaben betreffen.

In der Analyse sind relevante Teile des Managements der Leistungsausgaben berücksichtigt. Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich vor allem auf die besser mess- und vergleichbaren Kostenhebel im Leistungsmanagement, geht aber in Kap. 4 auf die Möglichkeiten der Mengensteuerung ein.

2.1 Datengewinnung und -plausibilisierung

Im ersten Schritt wurde gemeinsam mit den beteiligten Krankenkassen ein Kennzahlenkatalog entwickelt, in dem die benötigten Daten genau definiert wurden. Hierzu wurde, soweit möglich, auf existierende Definitionen aus anderen GKV-Datensätzen zurückgegriffen (z. B. Satzarten, GKV-Kontenrahmen).

Einzelne Extremwerte, die auch nach Rücksprache mit den betreffenden Kassen und vor dem Hintergrund von Erfahrungswerten implausibel erschienen, wurden nicht in die endgültige Auswertung einbezogen.

2.2 Datengrundlage

Insgesamt wurden Daten von 24 Krankenkassen verwendet. Diese repräsentieren ca. 9% der Versicherten der GKV. Datenjahr der Untersuchung ist 2015.

Bei der Auswahl der Teilnehmer wurde auf eine möglichst heterogene Mischung der Kassen geachtet. Dies ist dahingehend von Bedeutung, als dadurch eine möglichst große Bandbreite verschiedener Ausgangssituationen in die endgültige Analyse einfließt. Kassen mit einem Schwerpunkt in Ostdeutschland und Kassen mit einem hohen Morbiditätsfaktor sind jedoch unterrepräsentiert.

Wie der Vergleich der Stichprobe zur Gesamt-GKV zeigt, sind die Ausgaben je Versicherten im Sample geringer. Dies ist jedoch unkritisch: Zum einen erfolgt der Vergleich der Kassen nur zwischen den Teilnehmern, so dass nur relative Unterschiede eine Rolle spielen (siehe folgendes Kapitel) und zum anderen besitzen Kassen mit geringeren Ausgaben absolut betrachtet auch geringere Einsparmöglichkeiten.

2.3 Vorgehen zur Einordnung der Managementleistung

Die Untersuchung fokussiert auf die relevanten Leistungsbereiche. Das Potenzial der Kassen wurde als Differenz gegenüber dem Mittelwert des Samples im jeweiligen Leistungsmanagement-Bereich bestimmt. Zur Erläuterung dient das folgende fiktive Beispiel: Die DRG-Rechnungsprüfung von Kasse a konnte im Jahr 2015 eine Brutto-Retaxquote (Kürzungssumme der Rechnungen dividiert durch den Gesamtrechnungswert) von 2% erzielen, Kasse b erreichte 3%. Der Mittelwert des Samples lag bei 2,5%. Daraus ergibt sich für Kasse a ein Potenzial von 0,5% des Gesamtrechnungswertes. Kasse b hingegen

2 Vgl. BVA (2016a), S. 16 zu den aktuellen Über- und Unterdeckungen

3 Vgl. Neumann K (2016) S. 45-53

hat gegenüber dem Mittelwert einen Managementvorsprung von 0,5%. Das heißt, in einem Morbi-RSA der allen Kassen gleiche Startbedingungen gibt, hätte Kasse b eine Überdeckung (von 0,5% multipliziert mit dem Anteil der KH-Ausgaben an den Gesamtausgaben), Kasse a hätte eine entsprechende Unterdeckung.⁴

In der Endauswertung wurden analog zum zuvor beschriebenen Vorgehen Potenziale ggü. dem Durchschnittswert für alle betrachteten Ausgabenbereiche gebildet. Alle einzelnen Effekte wurden anschließend als absolute Eurobeträge aufsummiert, so wurde ein Gesamtpotenzial bestimmt. Das errechnete Gesamtpotenzial ist als Summe der Abweichungen vom durchschnittlichen Leistungsmanagement zu interpretieren, spiegelt folglich den Erfolg des Leistungsmanagements wider.

Das Gesamtpotenzial wurde anschließend in Relation zum Deckungsgrad der jeweiligen Kassen betrachtet. Es wurde untersucht, inwiefern über- oder unterdurchschnittliches Leistungsmanagement mit Über- oder Unterdeckung einhergehen. Dazu übermittelten die teilnehmenden Kassen alle relevanten Deckungsquoten (u. a. standardisierte Leistungsausgaben mit/ohne Krankengeld).

2.4 Vorgehen in einzelnen Leistungsbereichen

Im Folgenden wird das angewandte Analyseverfahren für die verschiedenen betrachteten Leistungsbereiche näher beschrieben. Die Analyse konzentriert sich dabei auf die standardisierten Leistungsausgaben und Disease Management Programme (DMP). In der Erhebung wurde nach der Entstehungslogik vorgegangen, d. h. betrachtet wurden Kennzahlen, die sich auf Leistungsinanspruchnahmen beziehen, die im Jahr 2015 entstanden sind.

2.4.1 Krankenhausbehandlung

Als wichtigsten Hebel im Management der Krankenhausbehandlung wurde die DRG-Rechnungsprüfung und hier im Speziellen die Brutto-Retaxquote herangezogen (Quotienten aus der Summe der Rechnungskürzungen und der Gesamtrechnungssumme).

Zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit wurde eine Adjustierung in zwei Bereichen durchgeführt: nach MDK-Region

und nach Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Category, MDC). Das Adjustierungsverfahren nach MDK-Regionen wurde wie folgt durchgeführt:

- Datengrundlage: ungekürzte Rechnungssummen (in Euro) in den jeweiligen MDK-Regionen, die an den MDK zur Fallbegutachtung weitergeleitet wurden; durchschnittliche Kürzungen der MDK je Region über alle Kassen
- Ziel: Ausgleich regionaler Einflüsse auf die Erfolgsquote der Kassen (bspw. die Prüfkapazität des jeweiligen MDK)
- Methode: Korrektur um die Differenz zwischen einer hypothetischen, bundesweit einheitlichen Kürzungsquote und regionalen MDK-Kürzungsquoten
- Beispiel: Kasse a ist vorwiegend aktiv in Regionen mit geringer MDK-Kürzungsquote, Kasse b ist vorwiegend aktiv in Regionen mit hoher MDK-Kürzungsquote; Kasse a erhält als Ausgleich für diesen exogenen Faktor eine Erhöhung der Kürzungssumme, Kasse b eine Verringerung

Ein analoges Verfahren wurde zur Adjustierung der Hauptdiagnosegruppen angewandt.

In Einzelfällen führte die Adjustierung zu Veränderungen der ursprünglichen Werte. Diese blieben insgesamt jedoch begrenzt und führten zu maximalen Änderungen der Brutto-Retaxquote von 0,3 Prozentpunkten.

Die Ergebnisse der DRG-Rechnungsprüfung bewegen sich adjustiert zwischen 1,2%-4,8%, wobei der Mittelwert des Teilnehmerfeldes bei 2,3% der stationären Rechnungssumme liegt.

2.4.2 Arzneimittel

Für die Einschätzung der Managementleistung im Bereich der Arzneimittel wurden in dieser Untersuchung zwei Kennzahlen analysiert. Hierbei handelt es sich zum einen um die Arzneimittelrabatte, die gegenüber pharmazeutischen Herstellern erzielt wurden (Individualrabatte). Als Datenquellen hierzu wurden die Meldungen für die Amtliche Statistik KJ1 genutzt. Gesetzliche Rabatte werden als nicht beeinflussbar eingestuft und fließen daher nicht in die Untersuchung ein.

Zum anderen wurden die Ergebnisse der Apothekenrechnungsprüfung nach § 300 SGB V untersucht. Als Bewer-

tungsbasis diente die folgende Berechnung: Die Retaxquote entspricht dem prozentualen Anteil realisierter Retaxen (Kürzungen ohne Schweben, also nach Ablauf der Widerspruchsfristen vom Nettoumsatz der Gesamtsumme der Arzneimittelabrechnungen, wobei der Nettoumsatz dem Bruttoumsatz abzgl. Zuzahlungen, Rabatten sowie Korrekturen wie Skonto etc. entspricht.

Die Individualrabatte im Teilnehmerfeld liegen zwischen 4,6%-9,9%, bei einem durchschnittlichen Rabattwert von 8,2%. Die Ergebnisse der Apotheken-Rechnungsprüfung erreichen bis zu 0,9%, wobei der Mittelwert des Teilnehmerfeldes bei 0,4% liegt.

2.4.3 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

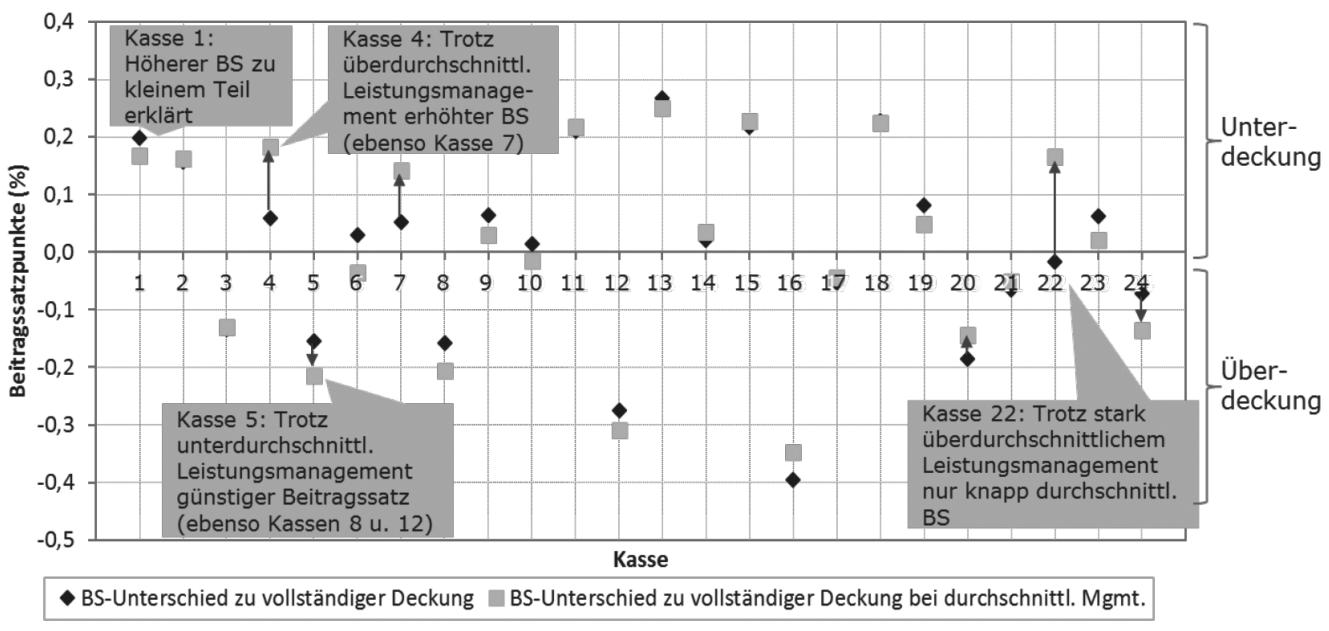
Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sind nach § 106 SGB V dazu verpflichtet, Wirtschaftlichkeitsprüfungen der ambulanten Versorgung vorzunehmen. Abgefragt wurden in diesem Zusammenhang alle unter dieser Regelung vorgenommenen Kürzungen sowie die Gesamtausgaben aller ambulant erbrachten Leistungen. Aufgrund des zeitverzögerten Vorliegens der Abrechnungsdaten und der langen Bearbeitungszeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen waren zum Zeitpunkt des Datenabzugs noch nicht alle Verfahren des Jahres 2015 beendet. Zur Validierung wurden deshalb auch die Kürzungen des Jahres 2014 abgefragt. Dabei zeigten sich jedoch keine relevanten Unterschiede.

Für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung erfolgte die Untersuchung analog. Betrachtet wurden die Leistungen der Teile 1-5 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen.

Die Ergebnisse dieses Bereichs sind vergleichsweise gering und liegen für die Rechnungsprüfung der ärztlichen Behandlung bei bis zu 0,06% (Mittelwert: 0,01%) und der zahnärztlichen Behandlung bei bis zu 0,14% (Mittelwert: 0,04%).

⁴ Die implizite Annahme dieses Vorgehens ist, dass jede Kasse in jedem Managementfeld bestmögliche Werte erreichen kann. In der Praxis lässt sich aber häufig beobachten, dass Kassen nicht über alle Managementfelder sehr gut sind, sondern nur in einzelnen. So gesehen ist das hier berechnete Potenzial als theoretisch erreichbarer Möglichkeitsraum zu verstehen.

Abbildung 1: Deckung standardisierter Leistungsausgaben bei durchschnittlichem Leistungsmanagement



→: Kasse, bei durchschnittlichem LM

Quelle: IGES

Anmerkung: Bei Kasse 15 und 18 sind die Punkte nahezu deckungsgleich.

2.4.4 Hilfsmittel

Aufgrund der hohen Komplexität des Hilfsmittelmarktes und der hohen Varianz der Datenqualität bei den Kassen wurde im vorliegenden Vergleich lediglich eine übergreifende Kennzahl ermittelt. Es handelt sich dabei um die sog. Bewilligungsquote (Quotient der Gesamt-Hilfsmittelausgaben und dem Kostenvolumen aller eingegangenen Hilfsmittelverordnungen/Anträge).

Die Bewilligungsquoten bewegen sich im Ergebnis zwischen 81,6%-99%. Der Mittelwert liegt bei ca. 92%.⁵

2.4.5 Querschnittsthema DMP

Bisher wurden vorwiegend Preishebel untersucht. Im Gegensatz dazu stehen DMP mit dem Ziel einer Fallvermeidung (Mengenhebel) in mehreren Sektoren. Ein Unterschied zwischen den Kassen ergäbe sich daraus, dass sie unterschiedlich große Anteile der elegiblen Versicherten tatsächlich in DMP-Programme einschreiben können.

Die Fragestellung, inwiefern durch Einstreuung von Versicherten relevanten Leistungsausgaben eingespart werden können, ist durchaus umstritten. Da in der vorliegenden Analyse die globale

Einschreibequote untersucht wurde und das DMP für Diabetes mellitus Typ 2 den bei weitem größten Anteil der Einschreibungen ausmacht, wurde auf die Ergebnisse der sog. ELSID-Studie⁶ zurückgegriffen. Diese ermittelte über 3 Jahre durchschnittliche Einsparungen von ca. 10%. Darauf basierend wurde für die Bewertung einer entgangenen DMP-Einstreuung 140 Euro je Versicherten angesetzt.⁷ Alle Versicherten mit einer gesicherten DMP-relevanten Diagnose in mindestens zwei Quartalen gelten als potenziell DMP-fähig. Wir gehen in der vorliegenden Analyse davon aus, dass die zusätzlichen Morbi-RSA Zuweisungen, die die Krankenkassen je eingeschriebenen DMP-Teilnehmer erhalten, durch den zusätzlichen Aufwand bzw. Ausgaben vollständig verbraucht werden und daraus keine weiteren Vorteile entstehen. Relevant für die Potenzialberechnung sind demnach Einsparungen der Leistungsausgaben, die durch die DMP-Teilnahme erzielt werden.

Tabelle zwei zeigt eine Übersicht über alle in diesem Projekt gemessenen Managementleistungen.

3. Ergebnisse

Die Deckungsquote der standardisierten Leistungsausgaben (sLA) ohne Kranken-

geld beträgt durchschnittlich im Sample 99,55%. Die Einzelwerte schwanken dabei zwischen 97,41% und 102,76%. 15 der 24 teilnehmenden Kassen sind unterdeckt.

Die folgenden Analysen wurden nach ausgabendeckender Beitragssatzlogik durchgeführt.⁸ Dies bedeutet, dass sämtliche Berechnungen zur Ausgabendeckung auf Beitragssatzpunkten (BSP) basieren. Es wurden ausschließlich die

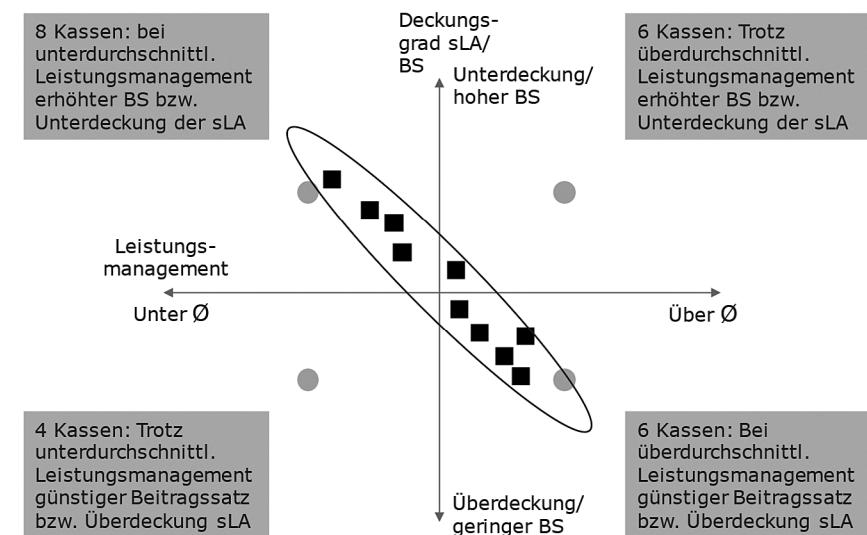
5 Die Spannweite der Genehmigungsquoten entspricht der in einem anderen Projekt festgestellten Größenordnung, vgl. IGES und Igl (2017).

6 Vgl. Szecsenyi et al. (2011)

7 140€ ergeben sich als 10% der durchschnittlichen Leistungsausgaben eines Versicherten im Jahr 2015 in den von der ELSID-Studie betrachteten Leistungsbereichen. Zahlen zu den durchschnittlichen Leistungsausgaben eines DMP-Versicherten lagen zu diesem Zeitpunkt im Projekt nicht vor.

8 Das Vorgehen auf Basis ausgabendeckender Beitragssatzlogik wurde gewählt, da der Beitragssatz aus Versichertelperspektive das zentrale Differenzierungsmerkmal im Kassenwettbewerb ist. Dass dabei nur Mitglieder, nicht aber alle Versicherten einer Krankenkasse berücksichtigt werden, entspricht der Praxis in der GKV und wurde daher auch hier umgesetzt. In der Konsequenz haben zwei Kassen mit der identischen finanziellen Ausgangslage unterschiedliche Beitragssätze, sofern sie ein unterschiedliches Verhältnis von Versicherten zu Mitgliedern haben.

Abbildung 2: Vier-Felder-Tafel zur Einordnung der Kassen (Umkreis die erwarteten Positionen der Kassen als idealtypische Darstellung)



Quelle: IGES

RSA-Zuweisungen und die Ausgaben untersucht, nicht jedoch eventueller Auf- oder Abbau von Vermögenspositionen. Die Umrechnung von Eurowerten hin zu BSP wurde auf Basis des GKV-Schätzerkreises vom 13.10.2016 durchgeführt. Es wurde ein Wert von

231,59 Euro pro Mitglied pro BSP zu grunde gelegt.⁹

Die Deckung der sLA unterscheidet sich zwischen einzelnen Kassen stark (vgl. Abbildung 1). Die Spanne beträgt nahezu 0,7 BSP. Krankenkassen, die oberhalb der Nulllinie liegen, müssten

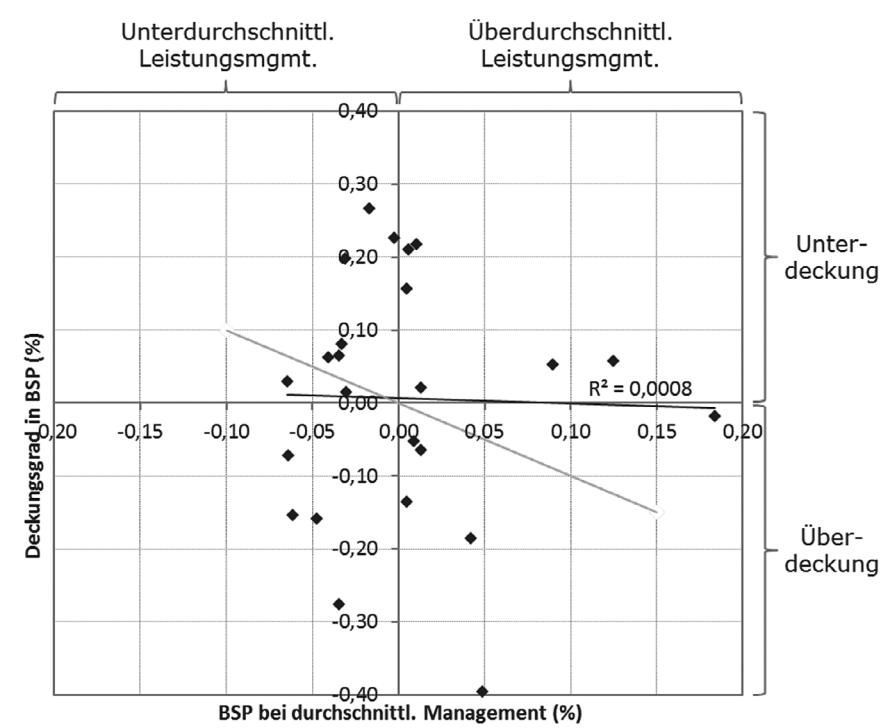
für eine ausgeglichene Deckung einen zusätzlichen Beitrag erheben. Die im Jahr 2015 vorliegende Finanzierungslücke wird durch die Rauten dargestellt. Kasse 1 müsste für eine ausgeglichene Finanzierung der sLA ggü. dem Durchschnitt einen um ca. 0,2 BSP erhöhten Zusatzbeitrag verlangen. Krankenkassen mit einer Überdeckung finden sich unterhalb der Nulllinie wieder. Zur Ausgabendeckung ist in diesem Fall ein unterdurchschnittlicher bzw. verringelter Beitragssatz ausreichend.

Die Punkte zeigen die hypothetische Deckungssituation der Kassen für den Fall, dass alle ein gleich gutes bzw. durchschnittliches Leistungsmanagement erreichen. Das durchschnittliche Leistungsmanagement schlägt sich in den durchschnittlichen Ausgaben nieder.

In einem idealen Morbi-RSA und unter den Prämissen, dass sämtliche Möglichkeiten des Leistungsmanagements in die Bewertung eingeflossen sind (vgl. Abschnitt Limitationen), keine Vermögenspositionen auf- oder abgebaut wurden, der Leistungsumfang identisch ist, und alle Kassen gleich gut wirtschaften, müssten sich sämtliche Kassen (Punkte) auf der Nulllinie befinden. Unsere Analyse zeigt, dass unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Managementleistungen nicht alle Deckungsunterschiede erkläbar sind. In der hier durchgeführten Untersuchung sollten sie sich jedoch zumindest an die Nulllinie annähern. Diese Aussage basiert auf der Annahme, dass der Erfolg innerhalb der untersuchten Kennzahlen eine Abschätzung über die Gesamtleistung des Managements zulässt. Abbildung 1 zeigt jedoch keine konsistenten Veränderungsmuster.

Der Effekt eines unterdurchschnittlichen Leistungsmanagements lässt sich daran ablesen, ob die Unterdeckung bei der Annahme eines durchschnittlichen Leistungsmanagements kleiner wird. Kasse 1 könnte durch Erreichen eines durchschnittlichen Erfolgs einen Teil der Deckungslücke schließen. Kasse 5 ist trotz unterdurchschnittlicher Ergebnisse bereits überdeckt und könnte sich einen noch größeren Wettbewerbsvorteil verschaffen. Kasse 22 hingegen kann durch ein stark überdurchschnittliches Leistungsmanagement eine minimale Überdeckung erreichen.

Abbildung 3: Zusammenhang zwischen aktueller Deckungssituation und aktueller Managementleistung

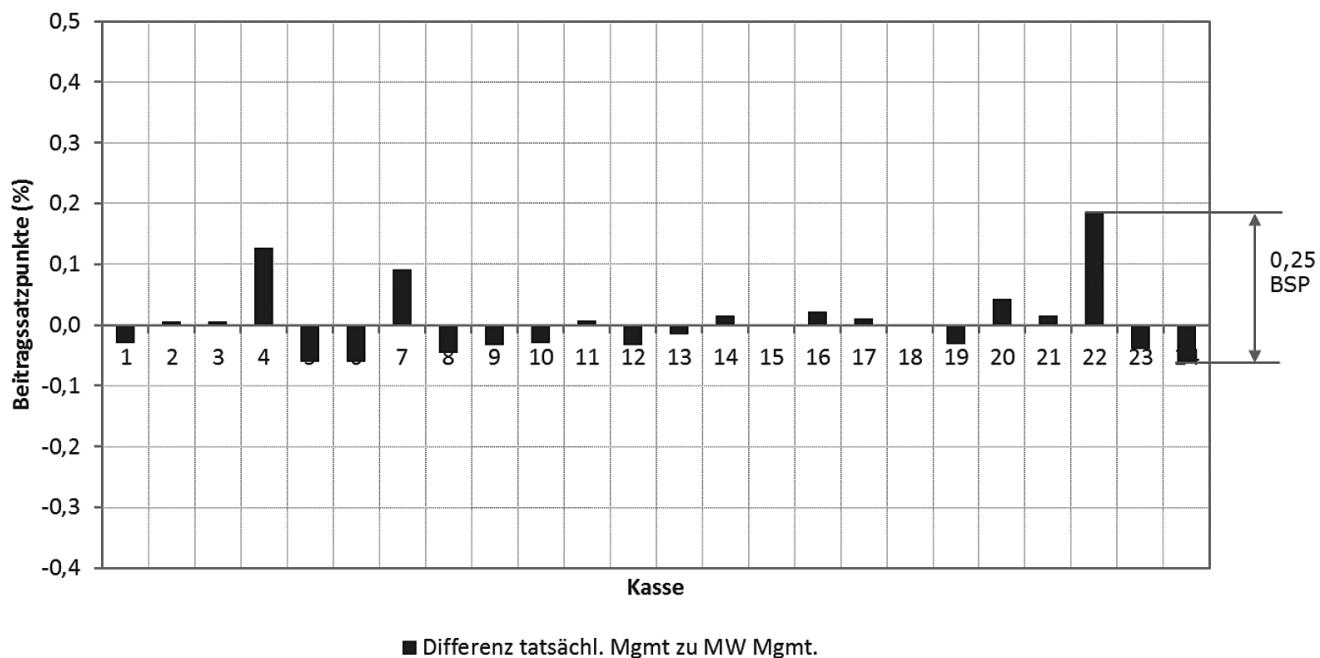


Quelle: IGES

Anmerkung: Diagonale Linie zeigt „idealen“ Morbi-RSA

9 Vgl. BVA (2016)

Abbildung 4: Änderung des Beitragssatzes bei durchschnittlichem Leistungsmanagement*



Quelle: IGES

Anmerkung: *Negativer Wert = Leistungsmanagement der Kasse unter dem Durchschnitt des Vergleichs; Positiver Wert = über-durchschnittlicher Leistungsmanagement im Vergleich

Es wird deutlich, dass kein Zusammenhang zwischen der hier operationalisierten Managementleistung einer Kasse und deren Ausgabendeckung vorhanden ist (vgl. Abbildung 3). So ist eine Überdeckung von Kassen bei unterdurchschnittlichem Management genauso möglich, wie die Unterdeckung bei gutem Management.

Insgesamt sind unter den teilnehmenden Kassen alle möglichen Konstellationen im Zusammenspiel von Unter- und Überdeckung sowie unter- und überdurchschnittlichem Leistungsmanagement vertreten (vgl. Abbildung 2). Alle Quadranten der Vier-Felder-Tafel sind fast gleichmäßig belegt. In einem idealen Morbi-RSA sollten sich die Kassen auf einer Diagonalen einordnen, die den ersten und vierten Quadranten (links oben und rechts unten) durchschneidet.

Die diagonale Linie in Abbildung 3 stellt wieder den Idealzustand dar. In diesem führt ein Managementerfolg, der zu Einsparungen von bspw. 0,1 Beitragssatzpunkten führt, auch zu einer Überdeckung von 0,1 Beitragssatzpunkten.

Aus theoretischer Perspektive kann die Summe der nicht erklärbaren Zuweisungseffekte als RSA-Residuum

bezeichnet werden. Dies umfasst bspw. regional bedingte Unterschiede, die Effekte der nicht betrachteten Managementmöglichkeiten sowie Kodiereffekte. Im Ergebnis sind durchschnittlich etwa 22% der Abweichungen zur ausgeglichenen Deckung auf das hier betrachtete Leistungsmanagement zurückzuführen.¹⁰

Wie groß der Einfluss des hier betrachteten Managements auf den Beitragssatz ist, wird in Abbildung 4 deutlich. Die Spannweite der managementinduzierten Beitragssatzunterschiede beträgt in der untersuchten Stichprobe 0,25 BSP.¹¹ Dies entspricht nur einem kleinen Teil der im Kassenwettbewerb vorhandenen Spannweite. Bei einem Großteil der Kassen ist der hier gemessene Managementeffekt noch deutlich geringer und bewegt sich im Bereich von 0,05 BSP um die Nulllinie.

Die betrachteten Leistungsbereiche tragen in unterschiedlichem Umfang zum Gesamtpotenzial dieses Managementeffekts bei. Im Folgenden sind die verschiedenen Kennzahlen geordnet nach dem Einfluss auf das Potenzial¹² aufgelistet:

- DRG-Rechnungsprüfung: 35,5%
- Individualrabatte Arzneimittel: 30,4%

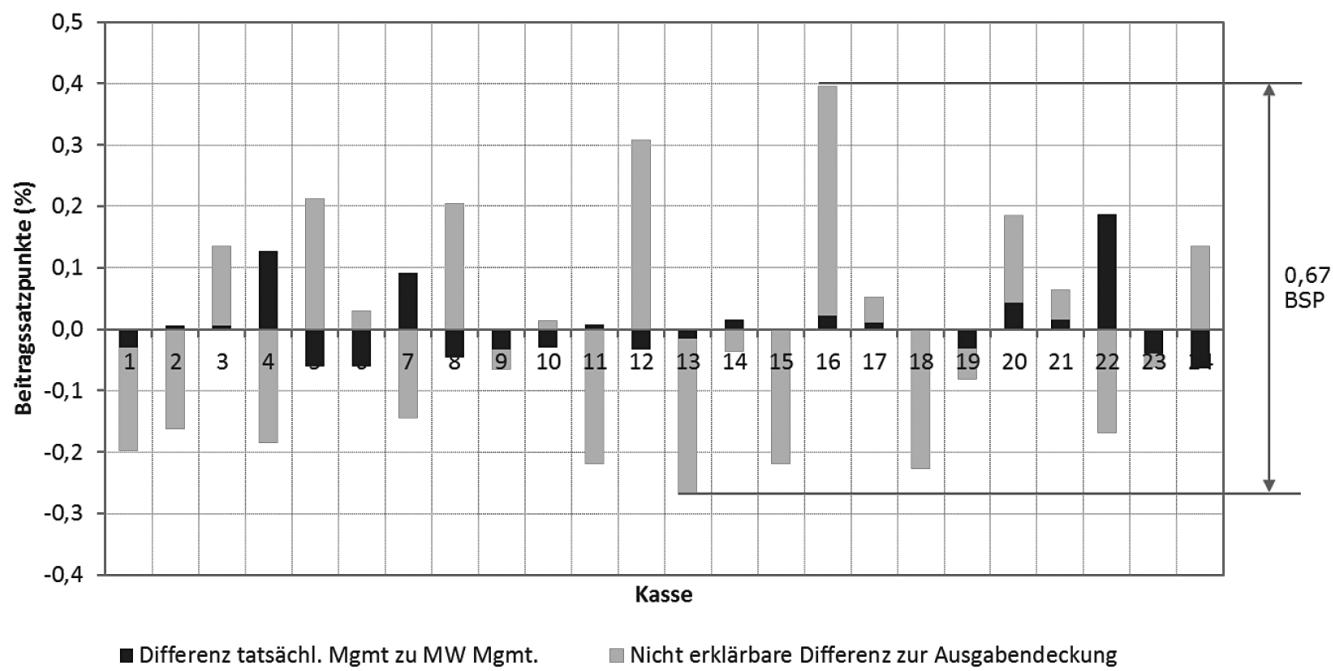
- Genehmigungsquote Hilfsmittel: 20,0%
- DMP-Einschreibequote: 7,8%
- Apotheken-Rechnungsprüfung: 5,0%
- Rechnungsprüfung Zahnärztliche und Ärztliche Leistungen: 1,0% bzw. 0,3%

Die Gesamtunterschiede der Beitragssätze sind deutlich höher und erreichen mit einer Spannweite von 0,67 BSP nahezu den dreifachen Wert des Effekts der Managementleistungen. Abbildung 5 verdeutlicht, dass das RSA-Residuum einen weitaus größeren

10 Dazu wurde folgende Berechnung zugrunde gelegt: Der Mittelwert (des Betrags) der BSP-Änderung von aktuellem zu durchschnittlichem Management im Sample beträgt ca. 0,04 BSP. Nach Korrektur des BSP auf ein durchschnittliches Management beträgt die Abweichung zu einer ausgeglichenen Deckung im Mittel (des Betrags) über das Sample ca. 0,15 BSP. Damit entspricht der Anteil des RSA-Residuums etwa 78%. Da es sich um eine Mittelwert-Betrachtung handelt, können die Ergebnisse einzelner Kassen stark abweichen.

11 Im Januar 2015 betrug die Beitragssatzspanne in der GKV 1,3 BSP (GKV-WIKI 2015).

12 Unter Einfluss ist in diesem Zusammenhang der Anteil des durchschnittlichen Potenzial-Betrags je Kennzahl bzw. Leistungsbereich an der Summe der durchschnittlichen Potenzialbeträge über alle Leistungsbereiche zu verstehen.

Abbildung 5: Änderung des Beitragssatzes bei durchschnittlichem Leistungsmanagement und RSA-Ausgabendeckung (zu 99,55%)*

Quelle: IGES

Anmerkung: *Negativer Wert = Leistungsmanagement der Kasse unter dem Durchschnitt des Vergleichs; Positiver Wert = überdurchschnittlicher Leistungsmanagement im Vergleich

Einfluss auf die Marktsituation hat, als die Möglichkeiten des (hier untersuchten) Leistungsmanagements. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass mögliche Effekte von Vermögenspositionen auf Beitragssatzunterschiede nicht in die Analyse einbezogen wurden.

Es könnte eingewendet werden, dass Kassen mit einer hohen Morbidität, bspw. im stationären Bereich, in Summe höhere Rechnungswerte je Versicherten und damit potenziell höhere Kürzungssummen aufweisen. Bei der Überführung in das Potenzial je Mitglied (zur Bestimmung der Ergebnisse in BSP) kann es tatsächlich zu Unterschieden kommen, da hierzu die absoluten Eurowerte genutzt werden. Eine Kasse mit hoher Morbidität (bspw. mehr stationären Fällen) hat bei gleicher Gesamtversichertenzahl und prozentual gleich großem Potenzial ein höheres absolutes Potenzial als eine Kasse mit geringer Morbidität.¹³ Da sich der Beitragssatz nach dem festen Grundlohn richtet und für alle Kassen gleich ist (dieser wird zwischen den Kassen im Gesundheitsfonds ausgeglichen), muss die gesunde Kasse absolut weniger einsparen als die morbidere, um bspw. eine Senkung des Beitragssatzes um 0,1% durchzuführen.

Insofern entspricht die Verwendung eines einheitlichen Eurowerts für die Umrechnung in BSP der gängigen Praxis.

Die morbidere Kasse hat in diesem Fall allerdings absolut betrachtet auch mehr Managementmöglichkeiten als die gesündere Kasse. Unter der Annahme, dass eine Kasse keine stationären Fälle hätte, könnte diese Kasse auf der einen Seite zwar nichts managen, auf der anderen Seite könnte es jedoch auch keine Fehldeckung stationärer Leistungen geben. Die gesündere Kasse aus dem Beispiel hätte zwar absolut betrachtet geringe Möglichkeiten des Managements, ist damit einhergehend jedoch auch geringeren Risiken ausgesetzt, falls nicht alle Potenziale gehoben werden können. Größeneffekte und die Grundmorbidität verzerren die Aussagen der Potenzialberechnung für die hier betrachteten Managementleistungen folglich nicht.¹⁴

4. Mögliche Limitationen und Ansätze zur methodischen Weiterentwicklung

4.1 Sample-immanente Limitationen

Auch wenn innerhalb der Untersuchung kein Zusammenhang zwischen

Managementerfolg und Kassengröße nachgewiesen werden konnte, so ist die Hypothese, dass Skaleneffekte im Leistungsmanagement zu Vorteilen führen können, nicht widerlegt worden. Der Grund dafür ist, dass die an der Untersuchung teilnehmenden Kassen in der Tendenz eher unterdurchschnittlich wenige Versicherte besitzen. Berücksichtigt werden muss aber, dass der Ausgangspunkt für die Berechnung der Beitragssätze hier immer die Deckungsquote innerhalb des Samples ist – und nicht die Deckungsquote innerhalb der

13 Berechnungsbeispiel: 2 Kassen mit gleicher Mitglieder- und Versichertenzahl und 1% Potenzial aber unterschiedlicher Morbidität/Gesamtausgaben (Kasse a: 1.000€; Kasse b 2.000€) haben absolut betrachtet unterschiedliches Einsparpotenzial (Kasse a: 10€; Kasse b: 20€).

14 Ebenfalls untersucht, aber nicht dargestellt wurde der Einfluss des Krankengeldfallmanagements auf den Beitragssatz. Das hier definierte RSA-Residuum reduziert sich dabei von 78 auf 68%. Allerdings sind die Kassen auch in dieser Konstellation weiter über alle Quadranten verteilt. Es ist daher weiterhin kein Zusammenhang zwischen Deckungssituation und dem hier operationalisierten Leistungsmanagement erkennbar. Das Management im Handlungsfeld Krankengeld wurde durch Maßnahmen zur Fallverkürzung operationalisiert. Maßnahmen zur Fallvermeidung wurden nicht betrachtet.

GKV. Aufgrund der spezifischen Kas- senauswahl konnten Management- bzw. Steuerungsleistungen empirisch nicht erfasst werden, die möglicherweise nur größeren Kassen zugänglich sind. Solche Kassen könnten ggf. aufgrund ihrer Marktstellung für größere Leistungsbereiche gestaltende Selektivverträge abschließen. So nimmt z.B. die AOK Baden-Württemberg für ihre Hausarztverträge und die anschließenden Facharztverträge in Anspruch, dadurch größere Einsparungen durch vermiedene Krankenhaus-Einweisungen und die Reduktion der Arzneimittelkosten realisiert zu haben.¹⁵ Diese Vertragskonstruktion ist allerdings in der GKV bisher einzigartig und erscheint nicht ohne weiteres auf andere Vertragsregionen und Kassen übertragbar.

Die Untersuchung zeigt, dass man aus den vorliegenden Kennzahlen Hinweise zur Fähigkeit der Kassen zum Kostenmanagement gewinnen kann.

Die hier untersuchten Managementaktivitäten beschränken sich somit auf das Kassenhandeln, das jeder Kasse der GKV unabhängig von ihrer Marktposition zugänglich ist. Dabei ist im Übrigen zu berücksichtigen, dass auch die kleineren Kassen der GKV insbesondere im Bereich des Einkaufs durch ihre Verbünde in der Lage sind, mit großen Kassen vergleichbare Ergebnisse z.B. bei Arzneimittel-Rabattverträgen zu erreichen.

4.2 Auswahl der untersuchten Leistungsbereiche sowie Weiterentwicklung

In der Untersuchung wurden die ausgabenträchtigsten bzw. steuerungsrelevanten Leistungsbereiche einbezogen. Zusammengenommen stehen diese für ca. 80% der Leistungsausgaben der GKV im Jahr 2015. Aufgrund des für die Gesamtausgaben relativ begrenzten Einflusses der übrigen Bereiche (z. B. Heilmittel, Behandlungspflege, Fahrkosten, Reha etc.) und des vergleichsweise hohen Auf-

wands der Datenbeschaffung wurde von einer Untersuchung abgesehen.

Ungeachtet dessen sind auch in diesen Bereichen Einsparungen sowohl in der Menge als auch im Preis möglich. Beispielhafte Eingriffsmöglichkeiten sind Genehmigungsverfahren (u. a. Reha, Heilmittel, Fahrkosten), eventuell vorhandene Verträge mit regionalen Dienstleistern (u. a. Fahrkosten) oder Erfolge in der Rechnungsprüfung (u. a. häusliche Pflege).

Die bisherigen Maßnahmen bezogen sich vorwiegend auf den Preishebel. Krankenkassen verfügen allerdings auch über Möglichkeiten der Mengensteuerung. In diesem Zusammenhang wird in der öffentlichen Diskussion insbesondere die Bedeutung von selektivvertraglichen Vereinbarungen

hervorgehoben. 2015 wurden aber nur etwa 1,63%¹⁶ der GKV-Ausgaben durch Selektivverträge gesteuert.¹⁷

Zur Vervollständigung der Analyse wäre zusätzlich zu den bisher diskutierten Feldern auch der Bereich der Verwaltungskosten sowie der Satzungs- und Ermessensleistungen zu untersuchen. Diese unterliegen einer eigenen Zuweisungssystematik. In der Praxis muss jedoch davon ausgegangen werden, dass Interdependenzen zwischen den einzelnen Bereichen vorliegen. So können z. B. Unterdeckungen im Bereich der Satzungs- und Ermessensleistungen durch Überdeckungen im Bereich der sLA zumindest teilweise ausgeglichen werden.

4.3 Limitation in der Abbildung der betrachteten Leistungsbereiche

Im Bereich der Krankenhausbehandlung müssen zwei Unschärfen genannt werden. So wurde die Aufwandsseite im Prozess der Retaxierung nicht betrachtet und nur die Bruttoretaxquote erhoben. Auch wurden nicht abgeschlossene Retaxierungsverfahren nicht in die Auswertungen aufgenommen. Selbst in Summe haben beide Unschärfe aber keine systematischen Limitationen zur Folge.

Das Einsparpotenzial im Rahmen der DMP-Behandlung wurde hier auf Basis der ELSID-Studie für alle DMP-Programme bestimmt. Die ELSID-Stu-

die befasst sich allerdings nur mit dem DMP für Diabetes mellitus Typ 2. Bei Umsetzung des Verfahrens auf Ebene der gesamten GKV müsste eine systematische Suche nach Literatur zu den Einsparpotenzialen der verschiedenen DMPs erfolgen.

Für Arzneimittel muss bedacht werden, dass die Höhe der erzielbaren Individualrabatte nicht alleine im Einflussbereich einer Krankenkasse liegt. Neue Erkenntnisse zeigen, dass das erzielbare Rabattvolumen auch im großen Maße von der Morbiditäts- und Altersstruktur des Versichertenkollektivs abhängt.¹⁸

4.4 Ergänzungen um weitere Managementhebel innerhalb der betrachteten Bereiche

Für die untersuchten Leistungsbereiche wurden einzelne Kennzahlen mit besonderem Einfluss auf die Managementleistung zur Messung herangezogen, jedoch nicht alle denkbaren Optionen betrachtet. Im Folgenden werden Kennzahlen vorgeschlagen, die die Genauigkeit der Messung der Managementleistung erhöhen würden.

Im Bereich der Krankenhausbehandlung könnten Initiativen zur Fallvermeidung (z. B. Coaching Programme oder Hausarztprogramme) hinzugefügt werden. Zusätzlich könnte die Rechnungsprüfung der nicht-stationären Krankenhausbehandlung untersucht werden.

Im Bereich der Arzneimittel wäre es möglich, die durch die Verbrauchssteuerung nach § 84 SGB V erzielten Effekte zu vergleichen.¹⁹ Die Quantifizierung der Einsparungen würde durch die Festlegung von Referenzpreisen für Leitsubstanzen erfolgen. Da jedoch nur ein kleiner Teil Arzneimittelausgaben unter Leitsubstanzen fällt, ist auch hier nicht mit großen Potenzialen zu rechnen. Dies gilt auch für die Untersuchung von Generika- und Biosimilarquoten, welche

15 Gerlach und Szecseny (2016)

16 Was nicht bedeutet, dass einzelne Kassen einen größeren Anteil ihrer Leistungsausgaben durch Selektivverträge steuern.

17 Ausgaben im Selektivverträgen abgebildet durch die folgenden KJ1-Konten: 04080, 04090, 05700, 05710, 05720, 05730, 05740, 05750, 05760, 05763, 05770, 05780, 05790, 05860, 05870, 05880, 04590, 05240, 05250.

18 Vgl. IGES, GWQ (2017), S. 7

19 Einsparpotenzial bei Erreichen der Zielquoten.

Tabelle 2: Übersicht über die in der Untersuchung erhobenen Managementkennzahlen

Handlungsfeld	Hebel	Definition der Kennzahl	Spannweite der Ergebnisse [%]
Krankenhaus	DRG Rechnungsprüfung	Anteil der gekürzten Rechnungssumme an insgesamt gestellten Rechnungen	1,2-4,8
Arzneimittel	Individualrabatte	Anteil der Individualrabatte (KJ1-Konto 04396) an den Gesamtausgaben für Arzneimittel	4,6-9,9
	Rechnungsprüfung	Anteil der Kürzung nach §300 SGB V an den gesamten Apothekenrechnungen	0,0-0,9
Arzt	Rechnungsprüfung	Anteil der nach §106 SGB V vorgenommenen Kürzungen an den Gesamtausgaben Arzt	0,0-0,06
Zahn (inkl. Zahnersatz)	Rechnungsprüfung	Anteil der nach §106 SGB V vorgenommenen Kürzungen an den Gesamtausgaben Zahn (inkl. Zahnersatz), Teile 1-5 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen	0,0-0,14
HiMi	Bewilligungen	Anteil der bewilligten Anträge an allen eingegangenen Anträgen	81,6-99
DMP	Einschreibequote	Anteil der im DMP eingeschriebenen Versicherten an allen eligiblen Versicherten	22,7-38,5

Quelle: IGES auf Basis der Daten der beteiligten Krankenkassen

bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder mit großen Unterschieden der Behandlungskosten mittels Referenzpreisen (z. B. Rheumatoide Arthritis) untersucht werden könnten.

Um Erfolge von Managementmaßnahmen zu messen und kosteninduzierte Therapieumstellungen zu vermeiden, sollten dabei lediglich die gesicherten Neuerkrankungen analysiert werden. Die Erfolge von Pharmako-Therapieberatung könnten darüber hinaus für Kassen mit regionalen Schwerpunkten von Bedeutung sein.²⁰

Für den zahnärztlichen Bereich empfehlen wir die Bestimmung einer Genehmigungsquote (analog dem Hilfsmittelbereich).

Gleches gilt für den Hilfsmittelbereich, welcher eine Vielzahl an Managementmöglichkeiten bietet. In der Weiterentwicklung des vorliegenden Verfahrens könnten hier neben Rabattverträgen und der Abrechnungsprüfung auch Benchmarks zu durchschnittlichen Versorgungskosten innerhalb definierter Produktgruppen analysiert werden.

5. Fazit und Empfehlungen

Es wurde gezeigt, dass Unter- und Überdeckungen im betrachteten Sample der GKV nur zum kleinen Teil auf das hier betrachtete Leistungsmanagement zurückzuführen sind. Andere unbeabsichtigte Zuweisungseffekte (das sog. RSA-

Residuum) können einen nicht unerheblichen Einfluss auf die finanzielle Situation der Kassen haben. Zukünftige Reformen sollten daher auch darauf Hinwirken, diese Effekte einzuschränken.

Um einschätzen zu können, ob das Ziel der Wettbewerbsgerechtigkeit erreicht, oder sich zumindest weiter angenähert wurde, sollte der Teil der Unter- oder Überdeckung bekannt sein, der durch das Management der Kassen selbst verursacht wurde. Zweifellos sind die Analysen verschiedenen methodischen Limitationen unterworfen. Unsicherheiten ließen sich durch einheitliche Definitionen und Datenabfragen minimieren.

Die Untersuchung zeigt, dass der Vergleich bestimmter Managementleistungen mit vergleichsweise geringem Aufwand möglich ist. Allerdings unterscheiden sich die Herausforderungen in der Beschaffung der Daten zwischen den einzelnen Leistungsbereichen mitunter deutlich. Während eine Untersuchung der DRG-Rechnungsprüfung mit begrenztem Aufwand möglich ist, kann eine Detailuntersuchung des Hilfsmittelbereichs zu einem relativ hohen Aufwand bei der Datenbereitstellung führen. Die Güte der Analyse der Managementleistungen ließe sich durch das Hinzufügen weiterer Kennzahlen erhöhen. Vorschläge dazu wurden in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls dargestellt.

Die Analyse zeigt auch, dass die Managementmöglichkeiten der Kassen begrenzt sind. Es wäre wünschenswert, wenn die Politik den Kassen weitere Möglichkeiten zur Differenzierung im Versorgungswettbewerb an die Hand gäbe. Das gilt insbesondere für eine Ausweitung der Möglichkeiten für Selektivverträge und Ausschreibungsverfahren. Alternativ ist auch denkbar, Faktoren, die die Kassen nicht beeinflussen können, stärker im Morbi-RSA zu berücksichtigen. Im aktuellen Wettbewerbsgeschehen ist nämlich nicht das Leistungsangebot, sondern der Preis (bzw. Beitragssatz) das zentrale Differenzierungsmerkmal.²¹

²⁰ Hier wäre allerdings noch der Nachweis der tatsächlichen Effekte zu führen.

²¹ Vgl. dazu Prof. Wille in Ärzte Zeitung vom 14.03.2017.

Literatur

Ärzte Zeitung (APP) vom 14.03.2017: Krankenkassen: Eingeschränkter Wettbewerb.

BVA (2016): Schätztabelle des GKV-Schätzerkreises: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20161013_Schaetztabelle_2017.pdf. Schätzung vom 13. Oktober 2016.

Deutscher Bundestag (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Drucksche 16/3100, 24.10.2006.

Drösler, S et al. (2011): Evaluationsbericht zu Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Endfassung vom 22.06.2011.

Gerlach, J und Szecsenyi (2016): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg – Zusammenfassung der Ergebnisse – Ausgabe 2016.

GKV-Wiki (2015): Übersicht GKV-Beitragssatz 2015: Zusatzbeitrag 2015 der gesetzlichen Krankenkassen. Abgerufen am 14.06.2017 unter: <http://www.krankenkassen.wiki/cms/gkv/info/grundlagen/gkv/beitragssaezte-der-gesetzlichen-Krankenkassen-2015-inkl-zusatzbeitraege>.

IGES (2014): Monitoring Integrierte Versorgung – Rahmenbedingungen der IV verbessern. IGES und Igl, G (2017): Leistungsbewilligung und Ablehnung durch Krankenkassen. http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e15829/e20499/e20500/e20502/attr_objs20506/StudiezuLeistungsbewilligung_enund-ablehnungen_ger.pdf

IGES, GWQ (2017): Arzneimittelrabatte im Morbi-RSA. http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e15829/e15830/e15831/e15833/attr_objs16321/IGES_GWQ_Publikation_Arzneimittelrabatte_im_RSA_ger.pdf

IGES und Igl, G (2017): Leistungsbewilligung und Ablehnung durch Krankenkassen. http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e15829/e20499/e20500/e20502/attr_objs20506/StudiezuLeistungsbewilligungenund-ablehnungen_ger.pdf

Jacobs, W, et al. (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Endbericht.

Neumann, K (2016): Wettbewerbsgerechtigkeit der Kassen objektivieren – Management-

leistung der Kassen vergleichen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 4-5/2016, S.45-53.

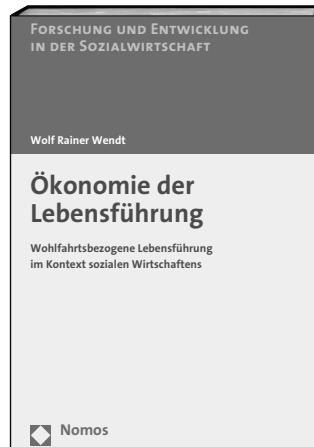
Sachverständigenrat (2012): Sondergutachten: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung.

Szecsenyi, J et al. (2011): Evaluation des DMP Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen der ELSID-Studie, Abschlussbericht für den AOK-Bundesverband, Universitätsklinikum Heidelberg, http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/dmp/evaluation/elsid/dmp_elsid_abschlussbericht_2012.pdf.

Ulrich, V et.al. (2016): Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbspolitischen und regionalen Aspekten, Gutachten für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Juni 2016.

Wille, E et al. (2007): Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich, in: Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (Hrsg.), Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich, Baden-Baden 2007, S. 5–67.

Für ein gutes Ergehen persönlich und gemeinsam wirtschaften



Ökonomie der Lebensführung

Wohlfahrtsbezogene Lebensführung im Kontext sozialen Wirtschaftens

Von Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt

2017, 161 S., brosch., 34,- €

ISBN 978-3-8487-4375-9

eISBN 978-3-8452-8608-2

(Forschung und Entwicklung in der Sozialwirtschaft, Bd. 12)

nomos-shop.de/30319

Persönliche Lebensführung und soziale Versorgung hängen in ihrer Ökonomie zusammen. Menschen kümmern sich um ihr Ergehen und es gibt eine organisierte Pflege von Wohlfahrt. Was die Führung eigenen und gemeinsamen Lebens sozialwirtschaftlich leistet, ist Gegenstand der Studie.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-e-library.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos