

„Beispiele guter Praxis nutzen - Innovationsräume ausleuchten – Impulse für Landes- und Bundespolitik geben“

Vortrag zur 1. Sitzung des gemeinsamen Landesgremiums in Brandenburg im
Sinne des § 90a SGB V am 12.03.2014

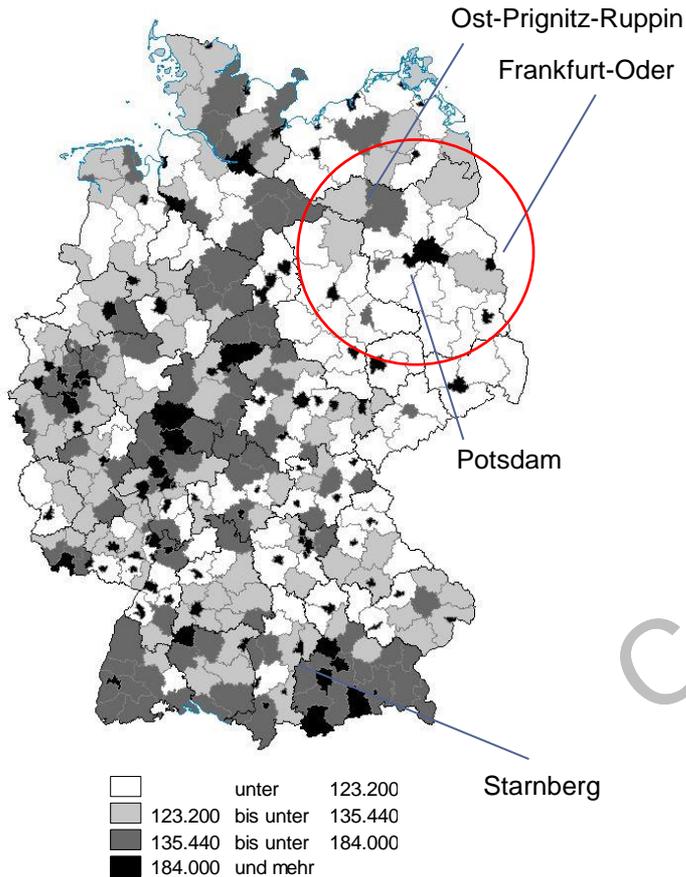
Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Fachbereich Health Services Management
Fakultät Betriebswirtschaft



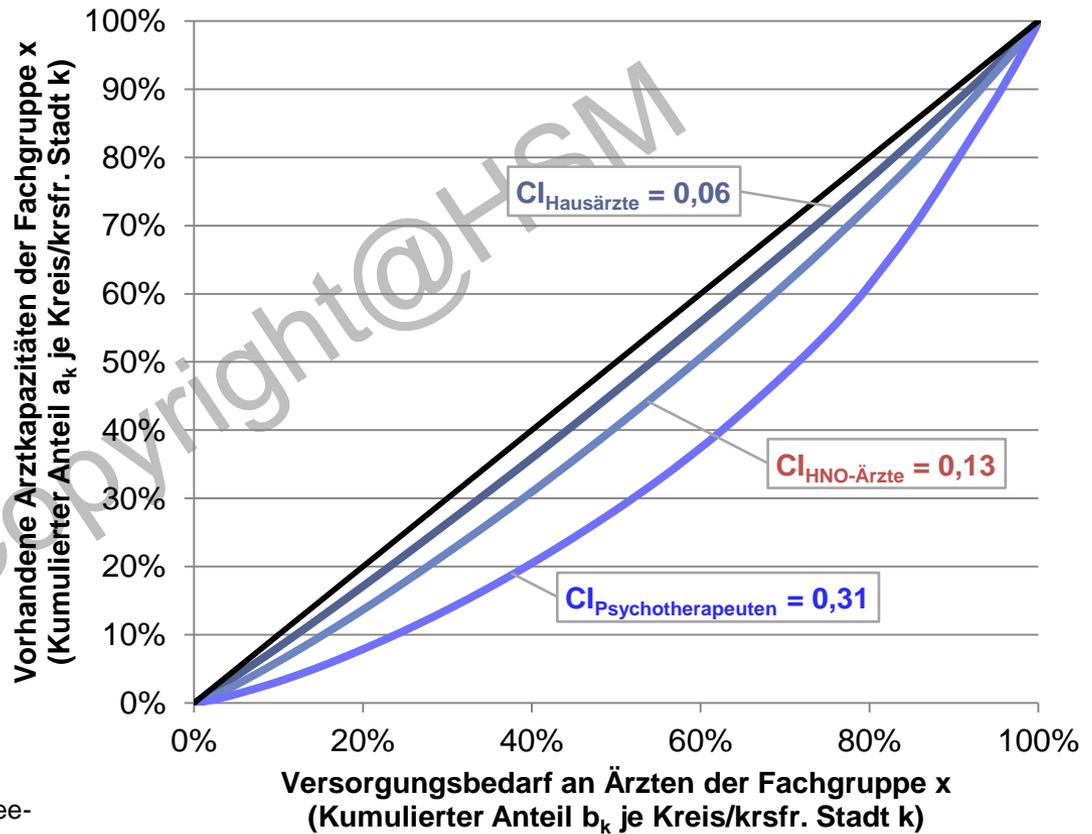
Bedarfsplanung für den ambulanten Sektor – welche Ziele hat das § 90a Gremium (TOP3)?

- Qualifizierte sektorenübergreifende Gesamtschau ermöglichen
- Regionale Fragen in den Fokus nehmen; regional passende Lösungen auf den Weg bringen
- Austausch über gute Modelle weiterentwickeln
- Umsetzungshemmnisse identifizieren und Vorschläge zur möglichen Überwindung machen
- Ziel: Abgestimmte Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Fragen der flächendeckenden medizinischen Versorgung, die regionale Versorgungsbedürfnisse, raumplanerische Aspekte und Perspektiven der demografischen Entwicklung berücksichtigen

Ist-Zustand: Die Verteilung der Vertragsärzte im Jahr 2010



Brandenburg: 142 Vertragsärzte/ 100 000 Einwohner (Spree-Neiße 98,5; Potsdam 239)
 Deutschland: 162 Vertragsärzte / 100 000 Einwohner



Verteilung der Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner

Aus: Ozegowski, S; Sundmacher L: Wie "bedarfsgerecht" ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Das Gesundheitswesen. 74(10): 618-26

Messung regionaler Versorgungsbedürfnisse – welche Möglichkeiten haben wir?

- Bedarf ist latent und entzieht sich somit einer direkten Messung
- Gesucht wird eine sinnvolle Approximation von Bedarf oder ein Surrogatparameter

Kriterien für die Approximation

- (1) Präzise Approximation des latenten Bedarfs
 - (2) Unabhängig von Leistungsdichte (nicht nur getrieben von der Inanspruchnahme)
 - (3) Keine Manipulation der Leistungserbringer oder der Zahler möglich
 - (4) Datenverfügbarkeit
 - (5) Keine nachteilige Anreizwirkung
- Surrogatparameter korreliert hoch mit latentem Bedarf und erfüllt den Kriterienkatalog

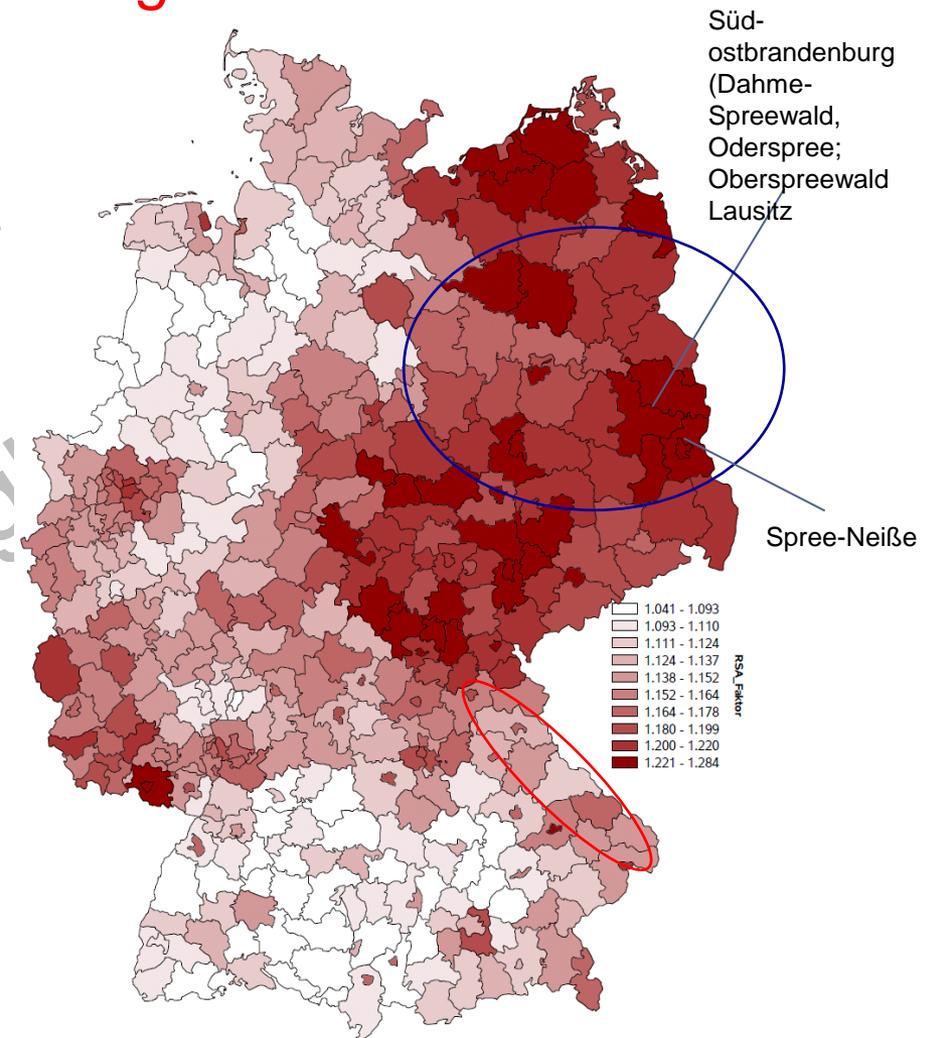
Messung regionaler Versorgungsbedürfnisse – welche Möglichkeiten haben wir?

International übliche Approximationen von Bedarf

- Alter und Geschlecht
- Vorzeitige Sterblichkeit/ vermeidbare Sterblichkeit
- Ausgewählte Morbiditätsgruppen (Risikostrukturausgleich)
- Abrechnungsdaten des ambulanten/ stationären Sektors
- Abrechnungsdaten des ambulanten Sektors
- Daten aus epidemiologischen Studien/ Daten aus Registern

Bedarfsapproximationen auf Grundlage des Morbi-RSA

- Berechnung anhand des ambulanten Anteils der Zuweisungen des Morbi-RSA
- Basierend auf Alter, Geschlecht, ausgewählten HMGs, Erwerbsminderungsrentner, im Ausland lebende Personen
- Dargestellt ist der Schätzer d.h. die Zuweisungen ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung; ohne Annualisierung Verstorbener



Bedarfsapproximationen auf Grundlage des Morbi-RSA

- „Ambulante **Morbi-RSA-Zuweisungen**“

→ Approximation des **Versorgungsbedarfs**

- **Tatsächliche GKV-Ausgaben** für die ambulante Versorgung

→ Approximation der Quantität **erbrachter Versorgungsleistungen**

$$\text{Equity Index} = \frac{\text{RSA-Zuweisungen}}{\text{GKV-Ausgaben}} = \frac{\text{Versorgungsbedarf}}{\text{Erbrachte Leistungen}}$$

Equity Index = 1 Bedarfsgerechte Versorgung

Equity Index > 1 Unterversorgung / Überdeckung

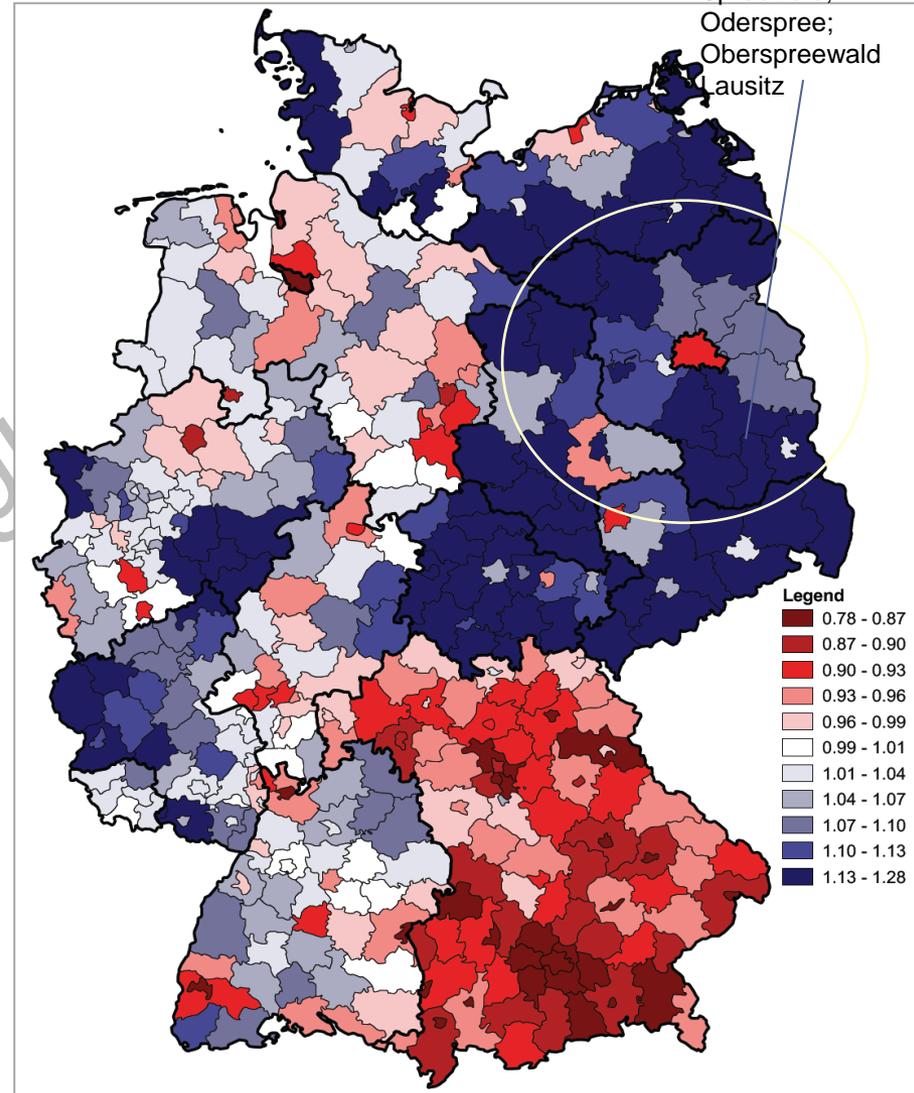
Equity Index < 1 Überversorgung / Unterdeckung

Bedarfsapproximationen auf Grundlage des Morbi-RSA

- **Leistungen < „Bedarf“** im Osten, Rheinland-Pfalz, ländlichen Teil NRWs
- **Leistungen > „Bedarf“** im Süden, Teile Niedersachsens, Städten
- **Allerdings Preiseffekt nicht berücksichtigt!**

Übersetzung des Versorgungsunterschiedes in Bedarf für Arztkapazitäten ist nie präzise

Süd-ostbrandenburg (Dahme-Spreewald, Oderspree; Oberspreewald Lausitz



Messung regionaler Versorgungsbedürfnisse – welche Möglichkeiten haben wir? Beispiel für ein Monitoring

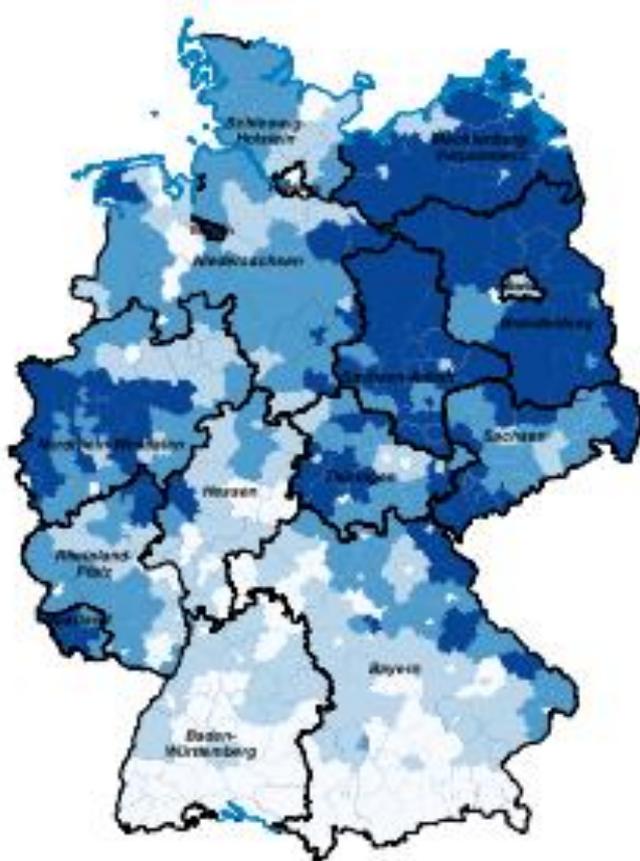


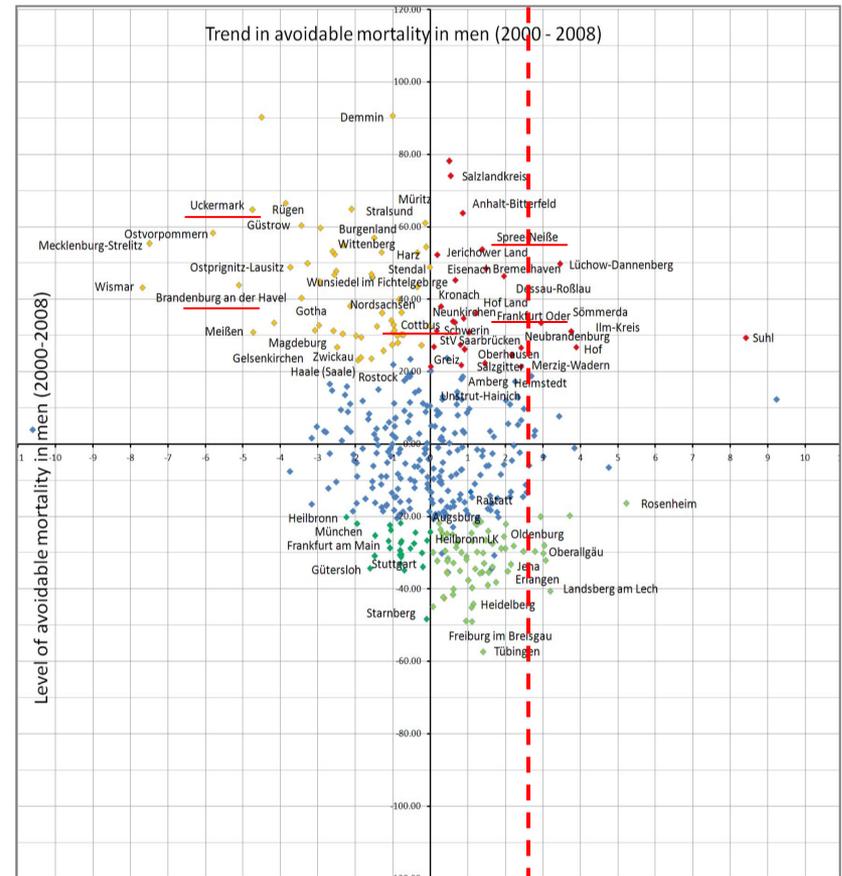
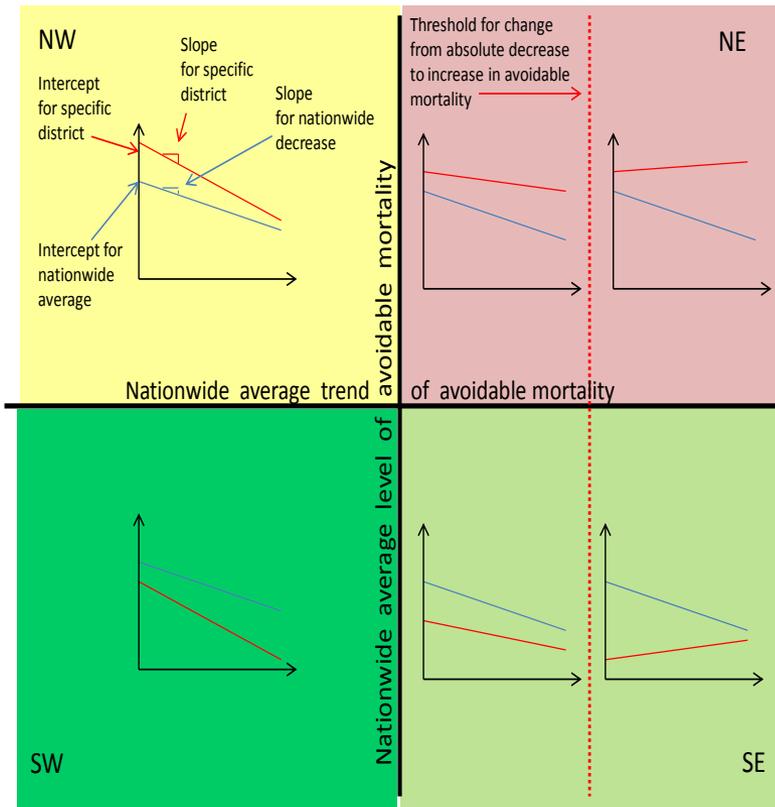
Abb. 4 Männer

Sterbefälle, die bei angemessener Prävention, Versorgung oder Therapie innerhalb bestimmter Altersgruppen hätten verhindert werden können

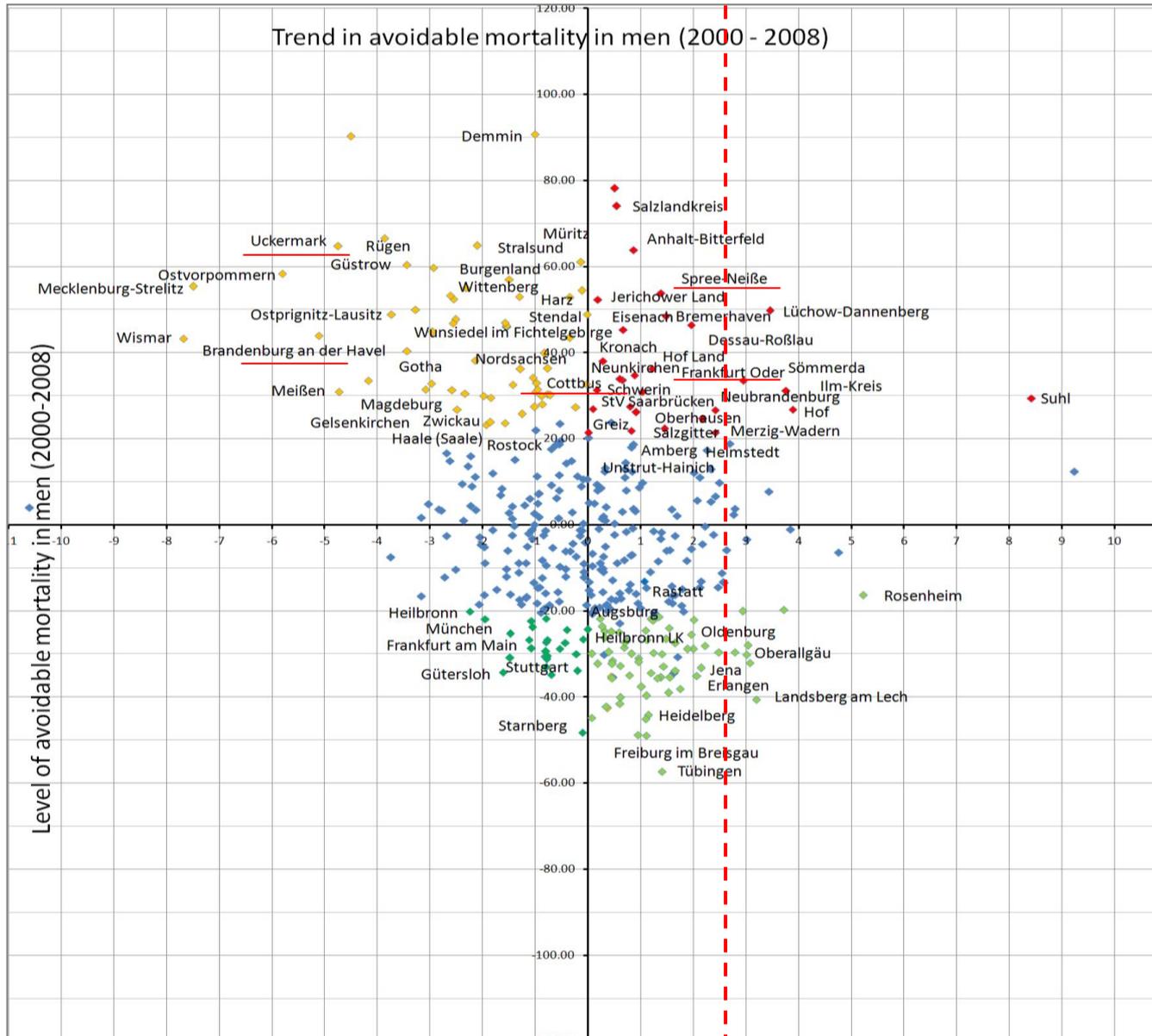
Nolte und McKee (2002) überarbeiteten und aktualisierten die Liste der vermeidbaren Sterbefälle

Beispiel für ein Monitoring

Aus: Sundmacher, L 2013: Trends and levels of avoidable mortality among districts: "Healthy" benchmarking in Germany. Health Policy 109 (3): 281-9



Sterbefälle, die bei angemessener Prävention, Versorgung oder Therapie innerhalb bestimmter Altersgruppen hätten verhindert werden können



Aus: Sundmacher, L; Kopetsch, T 2014: The impact of office-based care in hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. European Journal of Health Economics, in press

Weitere Ideen für die Bedarfsschätzung

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle (**ASK**):
Klassifiziert als solche Krankheiten, für
welche eine Behandlung im Krankenhaus als
vermeidbar gilt durch:

- 1) Immunisierung
- 2) Medizinische Behandlung
- 3) Effektive Behandlung chronischer
Krankheiten im ambulanten Sektor

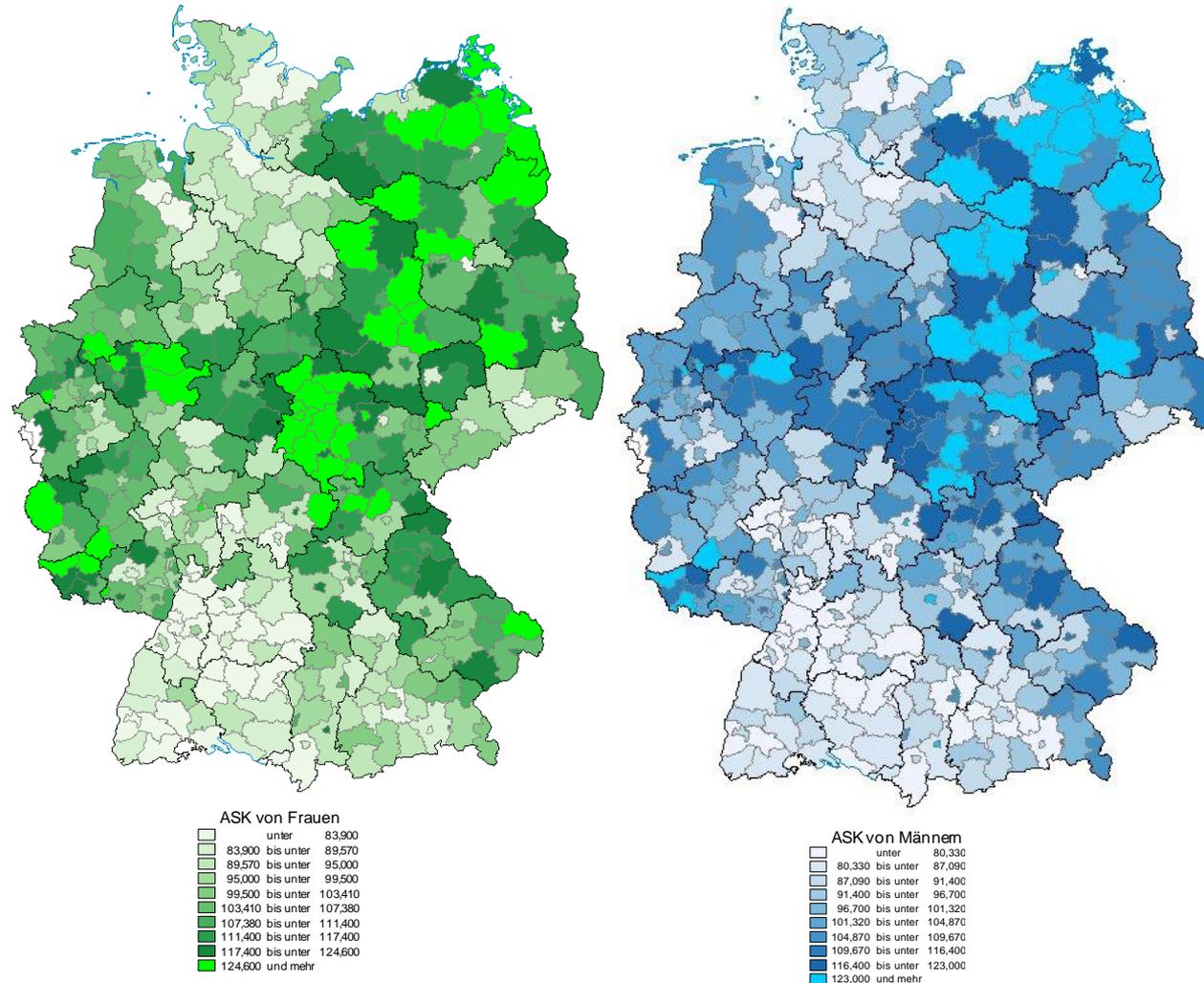
➤ Indikator für Qualität im ambulanten
Sektor (Outcomes)

➤ Risikoadjustierung überdenken

➤ Thresholds/ Wertgrenzen des
Indikators festlegen,
welche hervorragende oder
bedenkliche Qualität signalisieren

➤ Entsprechende Kreise identifizieren

➤ Wie kann Qualität verbessert werden
(Ärzte, Qualität, (Leistungsvolumen
etc.) oder eine Interaktion)



Hausärztliche Versorgungsgrade und approximierter Versorgungsbedarf

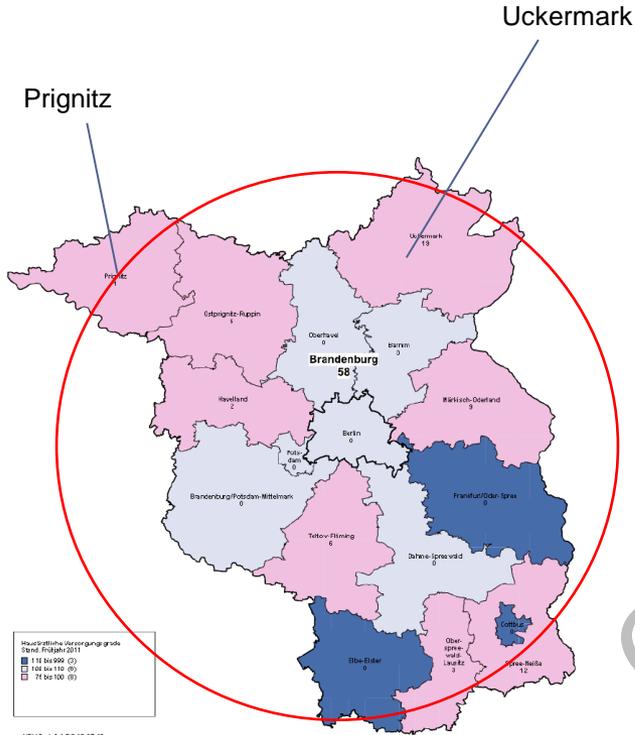


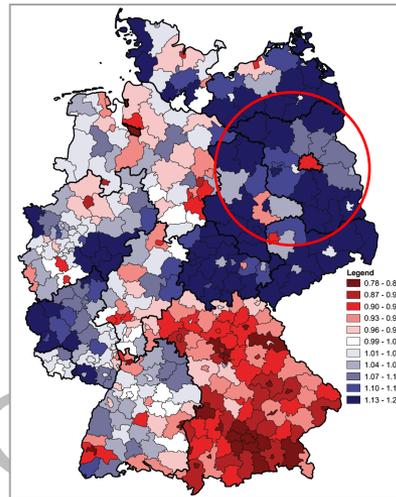
Abbildung 4: Bedarfsplanungsumfrage der KBV 2011¹⁰

Versorgungsgrade auf Grundlage von Verhältniszahlen

Rot: 75-100

Grau: 100 bis 110

Blau: 110 bis 999



Leistungen im Vergleich zu Approximiertem Bedarf

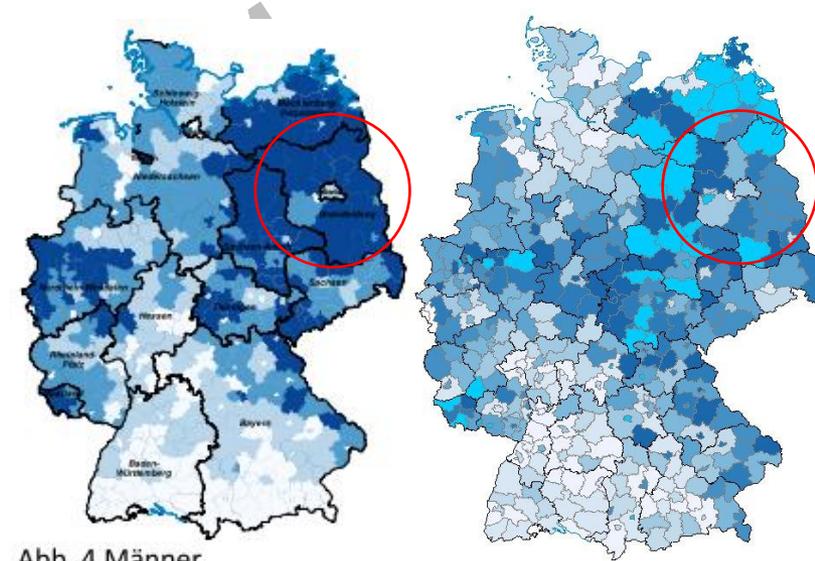


Abb. 4 Männer

Vermeidbare Sterbefälle

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle

Hin zu einer sektorenübergreifenden Gesamtschau!

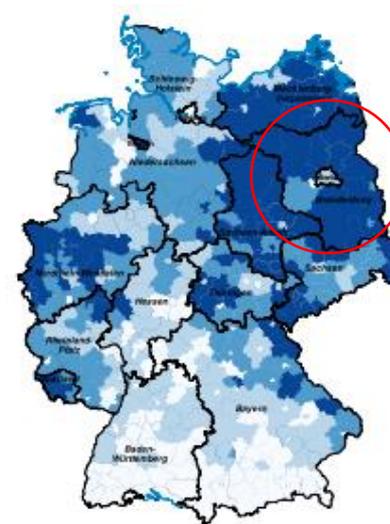
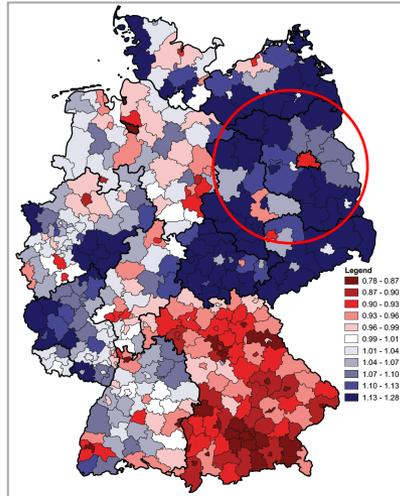
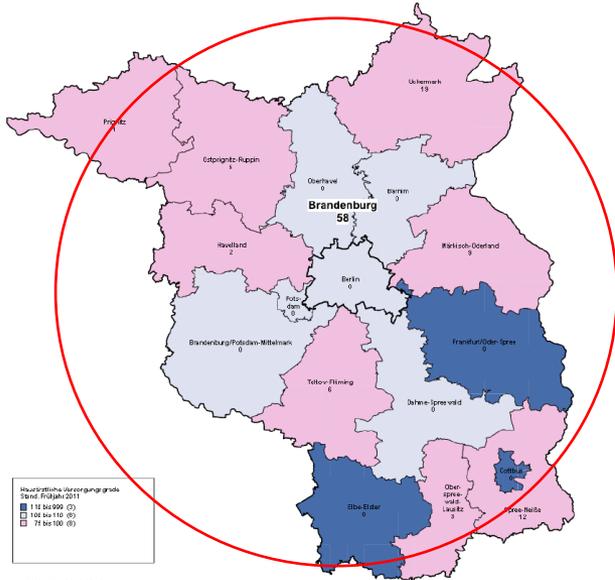
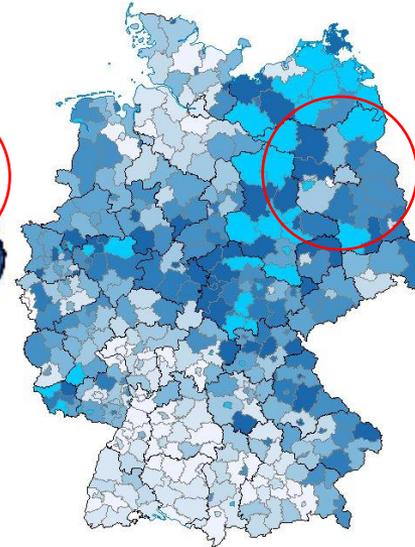
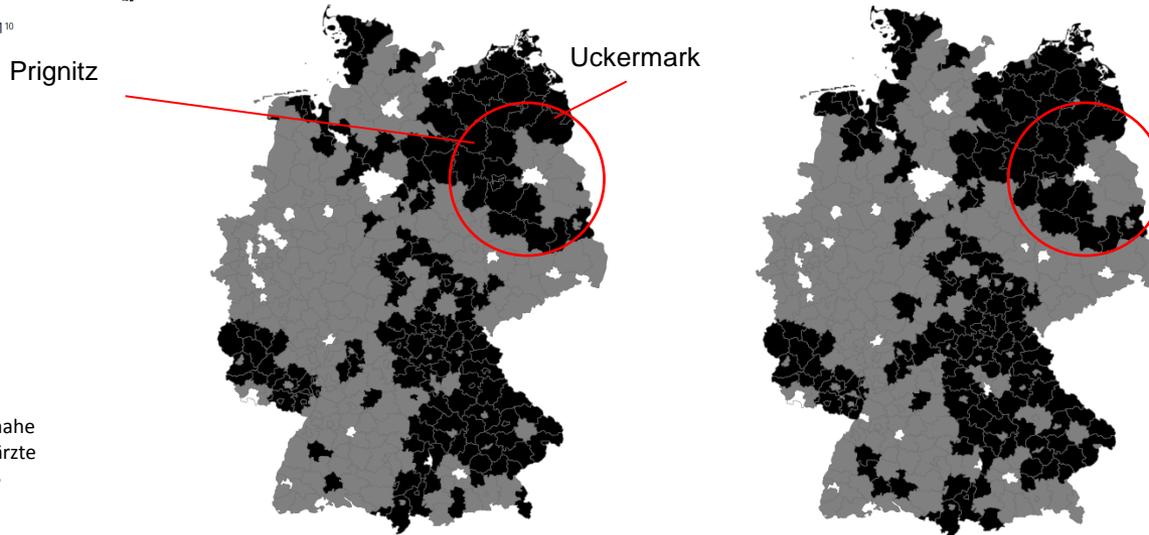


Abb. 4 Männer



bbildung 4: Bedarfsplanungsumfrage der KBV 2011¹⁰

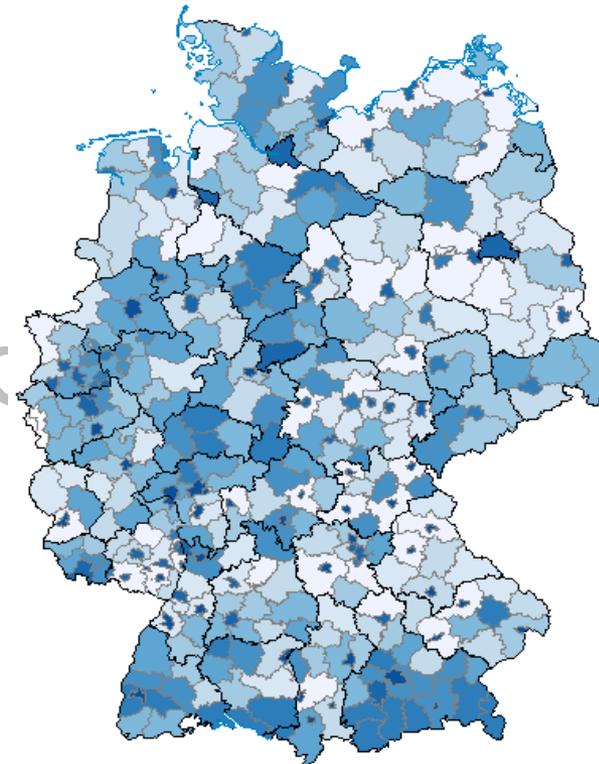
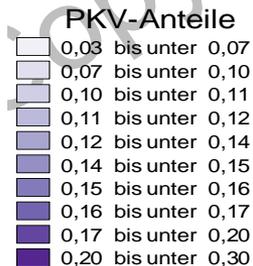
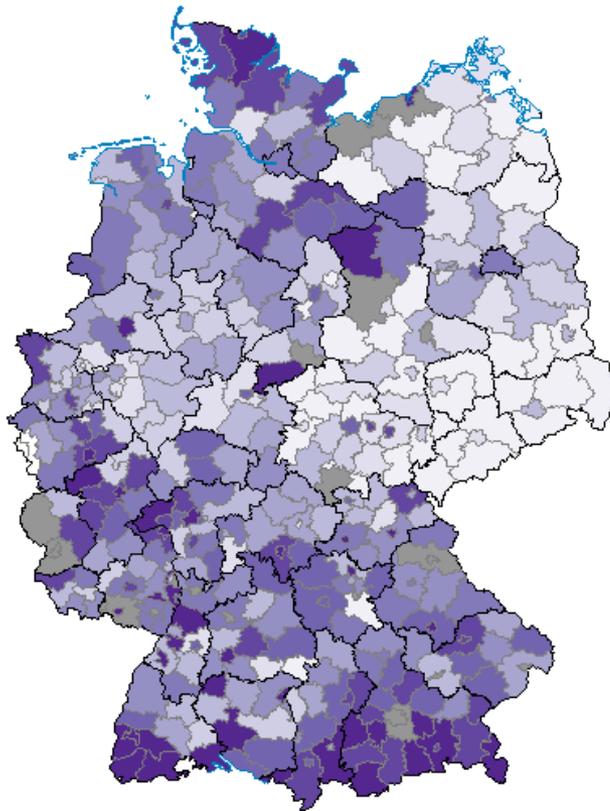


Sektorenübergreifender Versorgungsindex; GP 25%; Krankenhaus 25%; Wohnortnahe Fachärzte 20%; Andere Fachärzte 10% HSP 5%; Psychiatrie 10%

Sektorenübergreifender Versorgungsindex: Gleiche Gewichtung der Domänen

„Back to reality“ – Umsetzungshemmnisse identifizieren

Aus: Sundmacher, L; Ozegowski, S 2013: Ziehen Privatpatienten Ärzte an? G&G Ausgabe 12/13



Geschätzte PKV-Anteile der Kreise und kreisfreien Städte 2010

Geschätzter Einfluss von Anteilen der privat Versicherten auf die Vertragsärztedichte

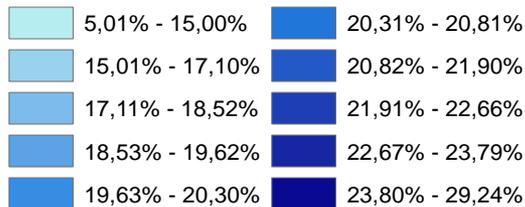
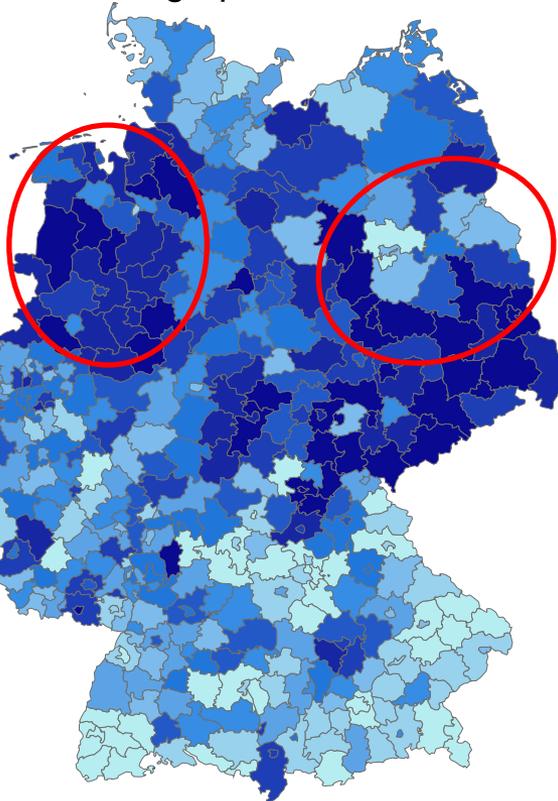
Aus: Sundmacher, L; Ozegowski, S 2013: Ziehen Privatpatienten Ärzte an? G&G Ausgabe 12/13

| | Alle Vertragsärzte | Fachärzte | Hausärzte |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|----------------|
| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 |
| Anteil PKV-Versicherter in urbanen Gegenden (in %) | 3,61 (0,87)*** | 3,07 (0,80)*** | 0,54 (0,12)*** |
| Anteil PKV-Versicherter in ländlichen Gegenden (in %) | 2,94 (0,87)*** | 2,10 (0,81)** | 0,84 (0,13)*** |
| Indikator für die Präsenz einer Universitätsklinik innerhalb eines Kreises | 52,98 (10,99)*** | 49,04 (9,94)*** | 3,93 (1,46)*** |
| Durchschnittlicher Kaufwert von Bauland in EUR/m ² | 0,15 (0,48)*** | 0,15 (0,04)*** | 0,003 (0,06) |
| Vermeidbare Sterbefälle pro 100 000 Einwohner | 1,20 (0,26)*** | 1,11 (0,24)*** | 0,081 (0,036)* |
| Konstante | 34,20 (20,17) | -15,12 (19,97) | 49,33*** |
| Adjustiertes R ² | 0,36 | 0,38 | 0,20 |
| Anzahl der Beobachtungen | 318 | 318 | 318 |

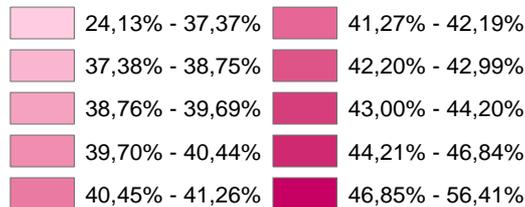
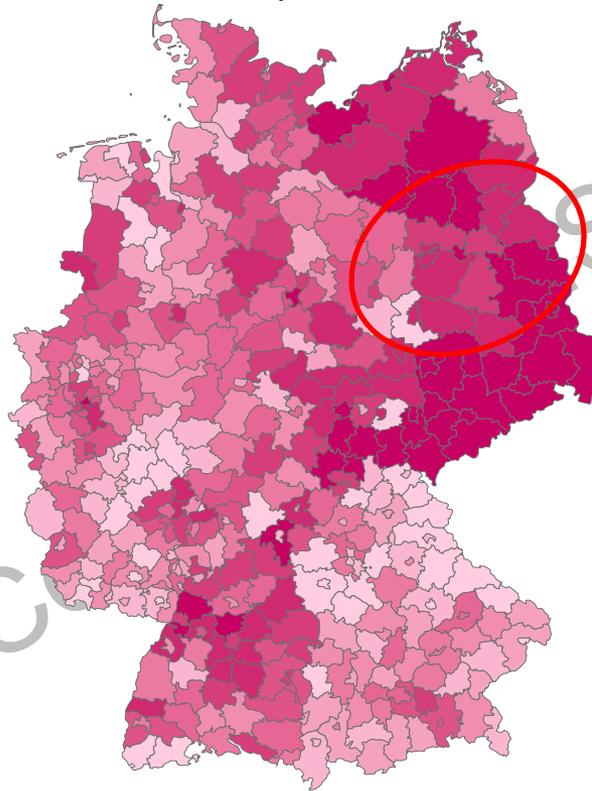
Blick in die Black Box: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Aus: Vogt, V; Siegel, M; Sundmacher 2014: Examining regional variation in the use of cancer screening in Germany, Social Science and Medicine, in press

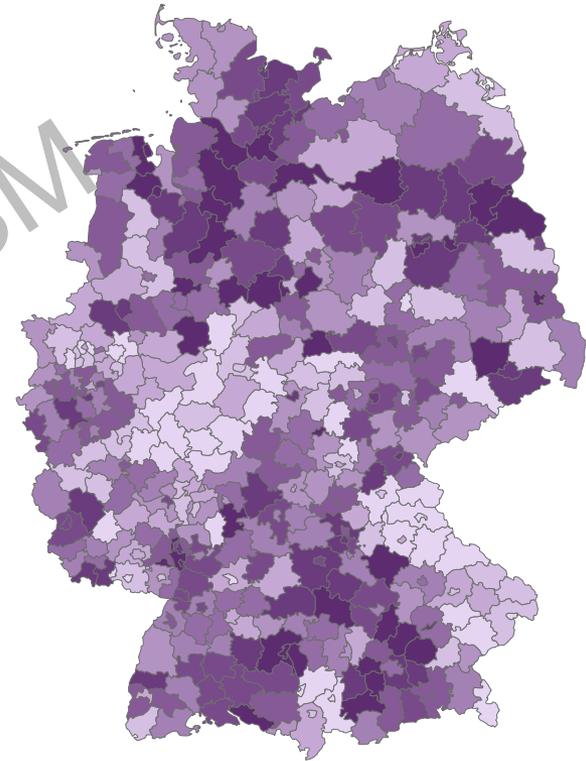
Mammographie



Pap-Test



Koloskopie



Fazit

- Regionale Versorgungsbedürfnisse: Hoch, auch jenseits demographischer Entwicklungen. Regional jedoch unterschiedlich
- Regionale Versorgungsrealität: Schwierigkeiten, Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen
- Sektorenübergreifende Gesamtschau: Genauer Blick auf Ressourcen im stationären und ambulanten Sektor (Lücken?)
- Raumplanerische Perspektiven: Versorgungsräume zeigen empirische Inanspruchnahme. Welche Versorgungsräume sind effektiv? Darstellung für Brandenburg durch Kooperation in der Landesarbeitsgemeinschaft der Kassen?
- Umsetzungshemmnisse: Schrumpfende Regionen, Infrastruktur
- Modelle: Viele beeindruckende Modelle und Innovationen (Mittelbereiche, arztunterstützende und arztentlastende Maßnahmen (agnes2), Patientenbusse, Telemedizin). Das Land bewegt!

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Weitere Autoren der vorgestellten Studien:
Dr. Susanne Ozegowski, Verena Vogt, Dr. Martin Siegel

Prof. Dr. Leonie Sundmacher

Fachbereich Health Services Management

Fakultät Betriebswirtschaft

Email: sundmacher@bwl.lmu.de

Website: <http://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de>

Folgen Sie uns bei Twitter <https://twitter.com/HSMLmu>

