

ZI Forum: Gesundheit unter der Lupe
Fünf Jahre regionalisierte Forschung am Versorgungsatlas

Beitrag der Gesundheitsgeographie – Wie hilfreich sind „Best Practice-Regionen“?

Thomas Kistemann

**GeoHealth Centre
Institut für Hygiene und Public Health
Universität Bonn**

Medizinische / Gesundheitsgeographie

- Untersuchung medizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Fragen und Probleme mit geographischen Methoden, Modellen und Interpretationsansätzen
- neben der Krankheitsökologie seit den 1950er Jahren im anglophonen Raum auch Geographie der Gesundheitsversorgung als zweiter Forschungszweig etabliert
- diese Entwicklung wurde in Deutschland mit deutlicher Verzögerung erst seit den 1990er Jahren aufgenommen
- AK Medizinische Geographie der DGfG
AG Räumliche Statistik in der Dt. Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft
AG Health Geography der DG Epidemiologie

Geographie der Gesundheitsversorgung

- Ambulante und stationäre Versorgung mit gesundheitlichen Dienstleistungen – sich im Raum manifestierende Prozesse
- Unabhängig davon, ob marktwirtschaftlich oder zentralverwaltungswirtschaftlich organisiert (oder beides)
- Angebot und Nachfrage werden von zahlreichen Faktoren mit räumlicher Dimension bestimmt und gesteuert:
 - gesundheitliche Risikofaktoren der Lebensumwelt
 - soziodemographische und sozioökonomische Faktoren
 - normative Bedingungen der Gesundheitsversorgung
 - ökonomische Bedingungen der Gesundheitsversorgung
 - Gesundheits- und Präventionsverhalten
 - kulturelle Determinanten
 - ...

Geographie der Gesundheitsversorgung

- ... nutzt heute ein breites Spektrum unterschiedlicher quantitativer und qualitativer Methoden und Werkzeuge
- GIS als zentrales Werkzeug zur Verwaltung, Analyse und Ausgabe georeferenzierter Daten
- Kartierung, GPS, RFID, Fernerkundung und Internet-Profile zur Erzeugung georeferenzierter Daten
- Interaktive Webseiten zur Kommunikation und Nutzung georeferenzierter Daten
- (teilnehmende) Beobachtung, Befragung, Experten-Interviews etc. zur Produktion von Information über die Mechanismen der Gesundheitsversorgung
- Hermeneutisch-interpretative Verfahren

Best Practice

- = optimaler Geschäftsablauf, beste Methode, beste Praxis, beste Vorgehensweise, bestes Verfahren
- In Unternehmen: bewährte und kostengünstige Verfahren, technische Systeme und Geschäftsprozesse, die bekannten Musterbetrieben folgen.
- ein allgemein als die sinnvollste Alternative anerkanntes Vorgehen – *de-facto-Standard*
- Aber: unverbindliche Empfehlung, wie vorzugehen ist – damit flexibler als ein Standard
- Kritik: Ausdruck des neoklassischen Ideals deregulierter Märkte u. unbeschränkter unternehmerischer Prärogative

Best Practice-Region

- Neuer Begriff
- Verwandte Begriffe:
Best Practice Beispiel, *Best Practice* Projekt, ...
- Geläufig: *Best Practice in einer / für eine* Region
- Hier ist gemeint: **eine ganze Region als *Best Practice* Beispiel** – hinsichtlich der Gesundheitsversorgung (oder eher: eines Teilaspekts der Gesundheitsversorgung)
- Sinnvoll?

Voraussetzungen für *Best Practice*-Regionen

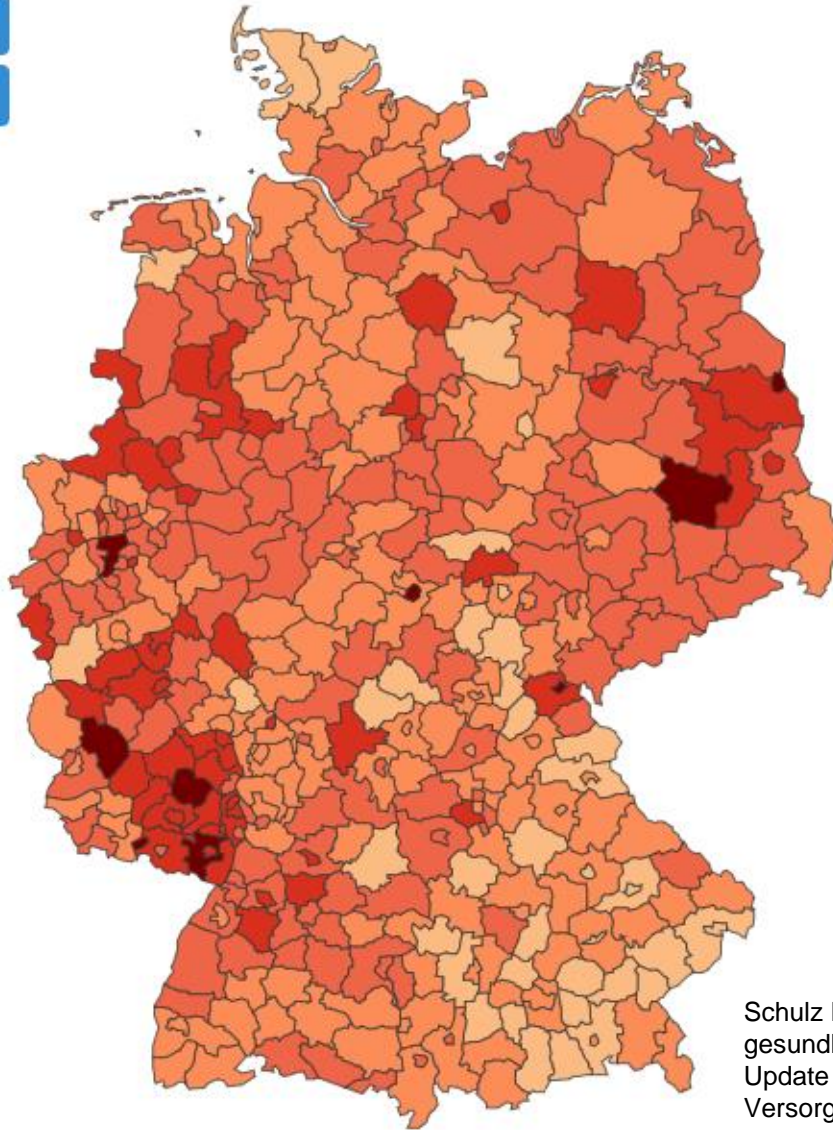
- Ein charakteristischer (nicht ein innovativer*) Kern für die Lösung einer Anforderung der Gesundheitsversorgung
- eine deutliche regionale Homogenität hinsichtlich der Lösung einer Anforderung an die Gesundheitsversorgung
- Abgrenzbarkeit der Region aufgrund dieser Lösung (= regionale Ähnlichkeit, interregionale Unähnlichkeit)
- Übertragbarkeit des Lösungsansatzes auf andere Regionen möglich – vergleichbare Randbedingungen

* *Best-practice*-Prozesse sind nicht zugleich *State of the Art*, da sie per definitionem auf Bewährtes aus der Vergangenheit setzen.

Beispiel I: Vorsorgeuntersuchung J 1

- Vorsorgeuntersuchung für 12-14jährige Jugendliche: Körperliche Untersuchung, Beratung, Impfungen
- Problem: unbefriedigend niedrige und bundesweit weiter rückläufige Inanspruchnahme der J1
- kumulierte Inanspruchnahme-Rate von 15jährigen an der Jugendgesundheitsuntersuchung von nur 43%
- starke räumliche Variationen:
auf KV-Ebene: 36-53%, auf Kreis-Ebene: 21-70%
- Stadt-Land-Gefälle: ländlicher Raum (38%), ländliches Umland (42%), verdichtetes Umland + Kernstädte (45%)
- Hypothese: höhere J1-Raten auf die Einführung eines Einladungs- und Meldeverfahrens zurückzuführen

Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - Update für den Zeitraum 2009 bis 2014








Zeitabschnitt

Geschlecht

Region

Inanspruchnahmerate (%)

	27,83 - 37,03 (40)
	37,04 - 46,24 (152)
	46,25 - 55,45 (147)
	55,46 - 64,66 (54)
	64,67 - 73,89 (9)

Legendenoptionen

Klassendarstellung

Anzahl Klassen

9 Kreise / kreisfreie Städte in
der höchsten Klasse:
Best Practice-Regionen?

Schulz M, Goffrier B, Bätzing-Feigenbaum J. Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - Update für den Zeitraum 2009 bis 2014. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/08. Berlin 2016

J 1: Regionale Aktivitäten

- Bremen führt das Ranking der Bundesländer an (53%).
Hintergrund: verstärkte Aktivität des Gesundheitsdienstes in Schulen und Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdienst und den niedergelassenen Ärzten
- Kreis Mettmann (NRW) ist Spitzenreiter auf Kreisebene: 70% Teilnahmequote – das Gesundheitsamt hatte alle Jugendlichen persönlich angeschrieben
- „Lernender“ Kreis Heinsberg (NRW): gemeinschaftliche Aktion der KVNo-Kreisstelle Heinsberg, des Schulamtes und des Gesundheitsamtes – alle Schulen (Sek II) angeschrieben und um Unterstützung bei der Verbreitung des KBV-Flyers gebeten. Ergebnis: 5.000 Schüler konnten erreicht werden (aus dem Protokoll der kommunalen Gesundheitskonferenz, 29.06.2016)

J 1: Lernen von *Best Practice* Regionen

- Identifikation von Kreisen und kreisfreien Städten mit den besten J1-Inanspruchnahmen mittels Methoden der räumlichen Datenerhebung, -visualisierung und -analyse: Funktionen des Versorgungsatlas
 - Qualitative Erfassung von Best Practice-Instrumenten vor Ort (z.B. Auswertung von Sitzungsprotokollen und Medien, Experteninterviews, Interviews in der Zielpopulation)
-
- Systematische Auswertung der erhobenen Informationen
 - Formulierung von Empfehlungen und Maßnahmenbündeln
 - Implementierung in anderen Regionen
 - Verifizierung der Effekte von Maßnahmenbündeln

Beispiel II: “Ambulantisierung”

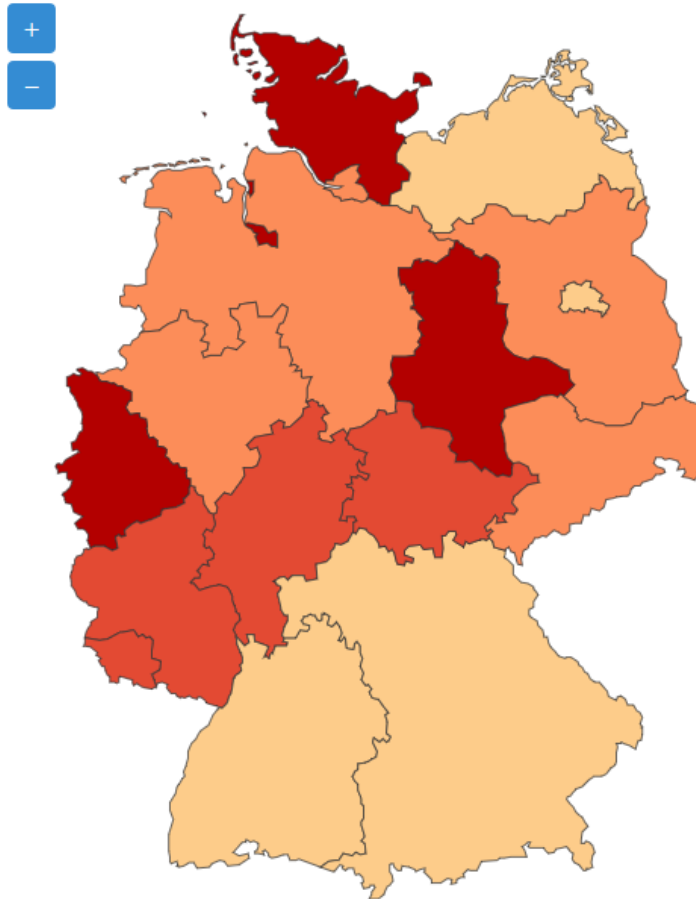
- Hypothese: Ambulantes Versorgungspotenzial in Deutschland bei weitem nicht ausgeschöpft.
- durch stärkere Ausschöpfung könnte die demografisch bedingte Ausgabenentwicklung abgeschwächt werden
- Konkrete Referenzgrößen für einen entsprechenden Strukturwandel in Deutschland bisher aber nicht ermittelt
- Methode: 5% der Kreisregionen mit dem höchsten ambulanten Versorgungspotential identifiziert und im Hinblick auf strukturelle Besonderheiten beschrieben
= Identifikation und Abgrenzung von *best practice*-Regionen
- Frage: Welche Ausgabeneffekte im Jahr 2020 ceteris paribus zu erwarten, wenn in allen Kreisregionen Arbeitsteilung der „*Best-Practice*-Regionen“ realisiert wäre?

Quelle: Czihal et al. 2014

Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (2011/2012)

Drucken

Exportieren



Kurzerläuterung

Dargestellt ist die demographiebereinigte Entwicklung des stationären (vollstationäre Berechnungs- und Belegungstage, BT) und ambulanten Leistungsbedarfs (LB, nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab) für ausgewählte ICD-Kapitel.

< >

Methoden

Darstellung ändern

Zeiteinheiten

Zeitabschnitt

Entwicklung 2011/2012

Region

Entwicklung [%]

- 2,5 - -1,9 (4)
- 1,8 - -1,2 (5)
- 1,1 - -0,5 (4)
- 0,4 - 0,4 (4)

Quelle: www.versorgungsatlas.de

Methode der Studie

- Nach Risikoadjustierung wurden 21 Kreise / kreisfreie Städte identifiziert, die bei mindestens durchschnittlicher vertragsärztlicher Inanspruchnahme die geringste stationäre Inanspruchnahme aufweisen
- = Auswahl von *Best-Practice*-Regionen
- Verteilt über das gesamte Bundesgebiet
- insgesamt 10,9 Millionen Menschen

Ergebnis der Studie

	Status-Quo-Szenario 2020	Best-Practice-Szenario
Ambulant	+ 3% (ca. 1 Mrd. €)	+ 17% (ca. 5 Mrd. €)
Stationär	+ 6% (ca. 3 Mrd. €)	- 6% (ca. -3 Mrd. €)
Ambulant und Stationär	4 Mrd. €	2 Mrd. €

Tabelle 3: Ergebnisse der Projektion zum Jahr 2020 in zwei verschiedenen Szenarien;

Fazit der Studie

- der ambulante Versorgungsanteil kann in Deutschland deutlich gesteigert werden.
- hierdurch können die Kosten des demografischen Wandels abgemildert werden
- Ausgangslage ist geprägt von regionalen Unterschieden und Besonderheiten, die weiterer Analyse bedürfen
- Entwicklungen und Potenzial zur Steuerung der Weiterentwicklung müssen jeweils vor Ort bewertet werden.

Ambulantisierung: *Best Practice* Regionen

Bundesland	Landkreis/ kreisfreie Stadt	Einwohnerzahl des Kreises 2011
Baden-Württemberg	Rhein-Neckar-Kreis	537.625
Niedersachsen	Oldenburg	127.282
Baden-Württemberg	Konstanz	278.983
Baden-Württemberg	Ulm, Stadt	122.801
Hessen	Wiesbaden, Stadt	275.976
Baden-Württemberg	Mannheim, Stadt	313.174
Baden-Württemberg	Karlsruhe, Stadt	294.761
Hessen	Main-Taunus-Kreis	227.398
Niedersachsen	Ammerland	118.004
Bayern	München, Stadt	1.353.186
Niedersachsen	Lüneburg	177.279
Berlin	Berlin	3.460.725
Sachsen	Leipzig, Stadt	522.883
Mecklenburg-Vorpommern	Rostock	202.735
Hamburg	Hamburg	1.786.448
Niedersachsen	Osnabrück, Stadt	164.119
Bayern	München, Landkreis	323.015
Mecklenburg-Vorpommern	Bad Doberan	117.197
Niedersachsen	Oldenburg, Stadt	162.173
Baden-Württemberg	Freiburg im Breisgau	224.191
Baden-Württemberg	Heidelberg, Stadt	147.312

21 Kreise / kreisfreie Städte (aus 401)
= 5% Best Practice-Regionen

Auffälligkeiten:

- I. nur 8 Kven vertreten:
7 x BW, 5 x Ni,
2 x He, 2 x MV,
2 x Ba, 1 x Sa, HH, B
- II. die drei größten deutschen Städte sind Teil der 5%-Auswahl
- III. nur 6 Landkreise (2% der deutschen Landkreise), aber 15 kreisfreie Städte (14% der kreisfreien Städte)

Beispiel III: Diabetisches Fußsyndrom (DFS)

- 240.000 betroffene Patienten in D
- als Folge ca. 50.000 Fußamputationen/Jahr
- Erhebliche räumliche Heterogenität
- z.B. Spannbreite für Amputationsraten der unteren Extremität bei AOK-Versicherten mit DFS in 27 Kreisen und kreisfreien Städten des Rheinlands: 2,1-9,1% (Faktor 4,3!)
- geschätzt > 50% der Amputationen durch geeignete Pflege und konservative Therapie vermeidbar

DFS / Lösungsstrategie: Regionale Behandlungs-Kooperation

- „DFS sollte aufgrund seiner Komplexität grundsätzlich im Rahmen einer integrierten Versorgung behandelt werden.“ (Risse 2010)
- Disziplinübergreifende Zusammenarbeit in „Fußnetzen“
- Leitlinien der AG Fuß in der Dt. Diabetes Gesellschaft
- Beispiel Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung

interdisziplinärer Austausch, Dokumentation und Transparenz, Ausbildung, Leitlinien + Behandlungspfade, Kooperationsvereinbarungen, ‚Rote Mappe‘ des Patienten, zentrales Management

DFS – Nutzen durch *Best Practice* Regionen?

- Fuß-Netzwerke bereits vor 25 Jahren begonnen, aber noch immer nicht flächendeckend etabliert
- Fortbestehende räumliche Disparitäten im Outcome
- Lösungsansatz hat eine starke regionale Komponente – regionale Zusammenarbeit verschiedener Akteure
- Regional übertragbare Standards und Leitlinien vorhanden

Auf dem Weg zu DFS-Best Practice Regionen

- Identifikation der Regionen mit dem ‚besten‘ Outcome
 - Erhebung der dort installierten Instrumente zur regional vernetzten, integrierten Versorgung
 - ... derzeit auf der Projektliste des ZI-Versorgungsatlas
-
- Abgleich und Zusammenstellung von Empfehlungen
 - Einführung des abgestimmten integrierten Versorgungskonzepts in Regionen mit schlechterem Outcome
 - Evaluation

Best Practice-Regionen – Vorgehen

1. Was ist die *Best Practice* für ein definiertes medizinisches / gesundheitswissenschaftliches Problem?
2. Identifikation von *Best Practice-Regionen* anhand belastbarer Outcome-Kriterien (oder implementierter *Best Practice*)
3. Quantitative und qualitative Erfassung von *Best Practice*-Instrumenten vor Ort und systematische Auswertung der erhobenen Informationen
4. Formulierung von Empfehlungen und Maßnahmenbündeln
5. Implementierung in anderen Regionen
6. regionale wissenschaftliche Evaluation

Best Practice-Regionen – Fazit

- Sinnvoll?
Ja, weil *Best Practice* in der Gesundheitsversorgung sich notwendig regional manifestiert – hinsichtlich Zugang, Kooperation, Versorgungsqualität, Kosten-Nutzen-Analyse etc.
- Besonders gut geeignet bei
 - Fragestellungen von hoher sozialmedizinischer Relevanz
 - Messbaren regionalen Disparitäten hinsichtlich relevanter Zielgrößen
 - *Best Practice* durch regionale Kooperation und Vernetzung verschiedener Akteure