

Zi Konferenz
Versorgungsforschung
13. und 14. September 2017
in Berlin



REGIONALE UNTERSCHIEDE IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG
Aus den Regionen lernen – Ein Gewinn für's Ganze?

TRACKING REGIONAL VARIATION IN HEALTH CARE
Learning from the regions – Benefit for all?

Grußwort vom 14.09.2017

Dominik v. Stillfried, Managing Director

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Grußwort für diesen zweiten Konferenztag möchte ich gerne einige Erfahrungen des Zi im Rahmen der bisher 6-jährigen Laufzeit des Versorgungsatlas vorstellen. Viele von Ihnen werden John Wennbergs provozierende Feststellung kennen. Nach über 30 Jahren Erforschung kleinräumiger Versorgungsunterschiede und jahrzehntelanger Arbeit zur Reduktion unerwünschter Prozesse und Outcomes in der medizinischen Versorgung stellte er sein letztes Buch unter das Motto: „In healthcare geography is destiny“.

Für uns alle ist diese Feststellung ein Ansporn. Ein Ansporn vermeidbare und unerwünschte Unterschiede in der medizinischen Versorgung nicht als schicksalhaft gegeben zu akzeptieren, sondern unnachgiebig und stetig daran zu arbeiten, die Versorgung besonders in den Regionen zu verbessern, die im Vergleich zu anderen scheinbar schlechtere Outcomes oder Auffälligkeiten in bestimmten Versorgungsprozessen aufweisen, die mit den Empfehlungen medizinischer Leitlinien nicht vereinbar erscheinen.

Mit der Einrichtung des Versorgungsatlasses haben es sich die Träger des Zi zur Aufgabe gemacht, diesen Fragestellungen anhand der bundesweiten Abrechnungsdaten zur vertrags-ärztlichen Versorgung und den korrespondierenden Arzneverordnungsdaten fundiert nach-zugehen. Die Ergebnisse der entsprechenden Zi-Analysen werden öffentlich und transparent dargestellt. Das Internetportal www.versorgungsatlas.de ging 2011 an den Start. Letztes Jahr haben wir nach 5-jähriger Laufzeit eine erste Bilanz gezogen. Kurz gesagt, um den scheinbar schicksalhaften Gegebenheiten der Geografie wirksam entgegenzutreten, müssen wir an unserem Instrumentarium arbeiten.

Was haben wir gelernt? Lassen Sie mich dies in aller Kürze in 8 Stichpunkten zusammenfas-sen:

1. Variation reflektiert auch Unterschiede in der medizinischen Arbeitsteilung
Wer die regionalen Unterschiede in der Versorgung verstehen will, darf keinesfalls nur Daten aus einem Versorgungsbereich analysieren. Die Arbeitsteilung zwischen der hausärztlichen und der ambulanten fachärztlichen Versorgung unterscheidet sich strukturell regional erheblich. Gleiches gilt für die Arbeitsteilung zwischen am-bulanter und stationärer Versorgung. Tonsillektomieraten unterscheiden sich bun-desweit zwischen den Kreisen um den Faktor 10. Berücksichtigt man zusätz-lich die ambulant durchgeführten Tonsillektomien schrumpfen die Unterschiede auf weniger als die Hälfte. Mit anderen Worten, 50% der Variation in diesem Beispiel wird durch unterschiedliche Formen medizinischer Arbeitsteilung erklärt. Das Fa-zit laut: Regionale Unterschiede sollten unter Berücksichtigung aller Substitutions-möglichkeiten analysiert werden, um durch eine einseitige Datengrundlage nicht irregeleitet zu werden.

2. Vertrauensbasis wichtiger als Shaming und Blaming
Es ist eine alte Streitfrage. Wie bewegt man mehr, durch öffentliches Bloßstellen (Shaming und blaming) oder durch eine vertrauensvolle Einbindung derjenigen, die auf Grundlage der Analysen später Handeln sollen? Das Zi hat gelernt, dass letz-terer der bessere Weg ist. Wir wollen, dass die Regionen unsere Berichte nützlich finden anstatt sich angegriffen zu fühlen. Es gibt viele Beispiele wo genau diese Herange-hensweise zu Maßnahmen in den Regionen geführt, um unerwünschte Variationen aktiv zu reduzieren bzw. Verhaltensänderungen anzuregen.

3. Übersicht behalten
Nach 5 Jahren wird deutlich: Die Nutzer des Versorgungsatlas verlieren die Über-sicht über die Fülle der Studien. Was sind jeweils die Ergebnisse für meine Region? Wo sind wir deutlich besser oder schlechter als andere Regionen? Wo besteht in unserer Region der größte Handlungsbedarf?

Es gilt, die Ergebnisse unterschiedlicher Analysen zusammenzufassen und diese in übersichtlicher, leicht verständlicher Form an die Regionen zu berichten. Gestern

haben wir dazu ein hervorragendes Beispiel aus Italien gehört.

Die gute Nachricht ist: Keine Region ist jemals in allen Indikatoren schlecht. Alle Regionen haben Stärken und Schwächen. Um wirksam Stärken zu fördern und Schwächen entgegensteuern zu können, braucht es ein regelmäßiges Berichtswesen, das von den Regionen jährlich aktualisiert abgerufen werden, um Fort- oder Rückschritt schnell erkennen zu können.

4. Aktive Beteiligung der Fachgesellschaften und Berufsverbände

Der Versorgungsatlas darf kein ‚Rufer in der Wüste‘ sein. Ein anregendes Beispiel liefert der Gesundheitsatlas in Norwegen. Wie wir heute hören werden, werden dort jeweils umfassende Berichte über ein breites Themenfeld einer medizinischen Fachgruppe erstellt. Diese Berichte werden unter aktiver Mitwirkung der jeweiligen Fachgruppe erstellt und durch eine eigene Publikation der Fachgruppe begleitet. So kann nicht nur die Region, sondern auch die jeweilige medizinische Fachgruppe ‚mitgenommen‘ werden. Sie kann zeigen, dass sie sich der Verbesserung der Versorgung in ihrer Zuständigkeit annimmt und den Fachdiskurs regionsübergreifend führen. Die KVen wünschen sich oftmals eine solche Unterstützung.

5. Routinedaten geben zwar Antworten, werfen aber auch Fragen auf

Die Routinedaten haben einige Vorteile: Sie sind fast populationsvollständig und sie bilden ohne Bias – etwa durch Einwilligungsprozesse – die Inanspruchnahme in der Versorgung ab. Trotz der großen Datenmengen – das Zi analysiert die Abrechnungsdaten von 160.000 Vertragsärzten, 100.000 Praxen und 70 Millionen Versicherten – sind Auswertungen mit Routinedaten für viele Fragestellungen Grenzen gesetzt. Das liegt an den Inhalten. Abgesehen von Alter, Geschlecht und Diagnosen enthalten die Routinedaten keine Angaben zu Versichertenmerkmalen. Was waren die Befunde, die zur Durchführung einer Leistung, zur Verordnung eines Arzneimittels oder zur Nichtverordnung geführt haben? Diese Angaben sind nicht enthalten. Daten aus angrenzenden Versorgungsbereichen, etwa der stationären Versorgung oder zu veranlassten Leistungen, können auf Patientenebene nicht zusammengeführt werden. Insgesamt können die Routinedaten daher oftmals gute Fragen aufwerfen. Sie können diese Fragen aber nicht abschließend beantworten. Die Versorgungsforschung kann sich daher nicht bescheiden, sondern muss zunehmend auf ergänzende Maßnahmen zugreifen.

6. Kommunikation mit Praxis erforderlich

Unverzichtbarer Bestandteil eines change management Prozesses, der in den Regionen einsetzen sollte, ist, dass auch den Betroffenen auf Ebene der Einzelpraxis ein möglicher Handlungsbedarf verständlich und plausibel gemacht werden kann. Wegen der teilweise geringen Aussagekraft der Routinedaten, müssen die Ergebnisse zurückhaltend interpretiert werden. Den an den typischen Versorgungsprozessen Beteiligten sollten die Ergebnisse vorgestellt und um Interpretation gebeten werden. Oftmals entstehen daraus weitere Fragen, die in Studien oder mittels Erhebung zusätzlicher Daten aufgeklärt werden können, um handlungsrelevante Empfehlungen zur Verbesserung von Versorgungsprozessen abzuleiten.

7. Verantwortung ist meistens geteilt

Im deutschen Gesundheitssystem können die Patienten zu jeder Zeit jede beliebige Arztpraxis oder jedes beliebige Krankenhaus aufsuchen, auch mehrfach hintereinander. Kaum ein gesetzlich Versicherter wird daher nur von einem Arzt behandelt. Im Schnitt teilt sich ein Hausarzt in Deutschland seine Patienten mit 700 anderen Ärzten. Kaum ein Hausarzt kennt aber alle diese Kollegen oder hat sich gar mit ihnen über die Behandlung der gemeinsamen Patienten abgestimmt. Wie wir gestern von Bruce Landon und Leonie Sundmacher gehört haben, zeigt uns die Analyse der sogenannten patient sharing networks in welchen Strukturen Ärzte und Krankenhäuser in den Regionen zusammenarbeiten. Eine besondere Herausforderung dabei ist herauszufinden, welche Ärzte dabei in einer besonderen Kooperationsbeziehung stehen oder welche nur mittelbar, durch Inanspruchnahmeverhalten ihrer Patienten miteinander verbunden sind?, und welche Versorgungsergebnisse sind jeweils damit verbunden? Eine Botschaft aus diesen Studienansätzen ist: Verantwortung für die Versorgungsqualität ist geteilt und muss gemeinsam, durch Kooperation der Beteiligten, verbessert werden. Deshalb könnten die virtuellen Netzwerke interessante Adressaten für ein Feedback aus regionalen Datenanalysen sein. Wenn es diesen Netzwerken gelingt aktiv zusammen zu arbeiten und Versorgungsprobleme zu lösen, wird die Versorgung in der Region beeinflusst. Ein konkreter Schritt vom Schicksal zur Gestaltung! Dies muss dann von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auch incentiviert und gefördert werden.

8. Mehr Daten notwendig

Um die Befunde regionaler Versorgungsunterschiede im Dialog mit den Betroffenen auch aus deren Sicht sprechend und nützlich zu machen, muss der Datenbestand schrittweise angereichert werden. Wie das gehen kann, erprobt das Zi durch die Einrichtung eines bundesweiten, fachübergreifenden Forschungspraxennetzes in Kooperation mit zunächst 6 Universitätsstandorten. Künftig könnte man sich vorstellen, dass auf Basis dieser Erfahrung auch Primärdaten, die in den Praxen vorliegen, pseudonymisiert mit den Routinedaten zusammengeführt werden, um zum Beispiel besser beurteilen zu können, ob etwa Abweichungen von Leitlinienempfehlungen aufgrund patientenseitiger Anliegen, unberücksichtigten Erfordernissen des Praxisalltags oder schlicht aufgrund anderer Therapieziele zustande kommen. Das Zi setzt sich dafür ein, dass hierfür eine entsprechende Forschungsinfrastruktur für den sicheren Datenaustausch entsteht.

Für alle diese Erfahrungen finden Sie in diesen zwei Tagen Belege und vertiefende Erfahrungsberichte bzw. weiterführende Forschungsergebnisse. Dies zeigt uns, dass wir mit dieser Tagung auf dem richtigen Wege sind. Regionalisierte Versorgungsforschung muss praxisnäher und von größerer Relevanz für diejenigen werden, die aufgrund der Forschung etwas an der Versorgungsrealität verändern können. Wir hoffen, dass Sie dies auch so wahrnehmen und würden uns wünschen, dass Sie untereinander und mit uns über diese zwei Tage hinaus in engem Diskurs bleiben.

In Health Care, Geography is Destiny (?)

Unsere Erfahrungen aus 6 Jahren Versorgungsatlas

1. Variation reflektiert auch Unterschiede in der medizinischen Arbeitsteilung
2. Vertrauensbasis wichtiger als Shaming und Blaming
3. Übersicht behalten
4. Aktive Beteiligung der Fachgesellschaften und Berufsverbände
5. Routinedaten werfen mehr Fragen als Antworten auf
6. Kommunikation mit Praxis erforderlich
7. Verantwortung ist meistens geteilt
8. Mehr Daten notwendig

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Salzufer 8
10587 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450

Fax +49 30 4005 2490

zi@zi.de

