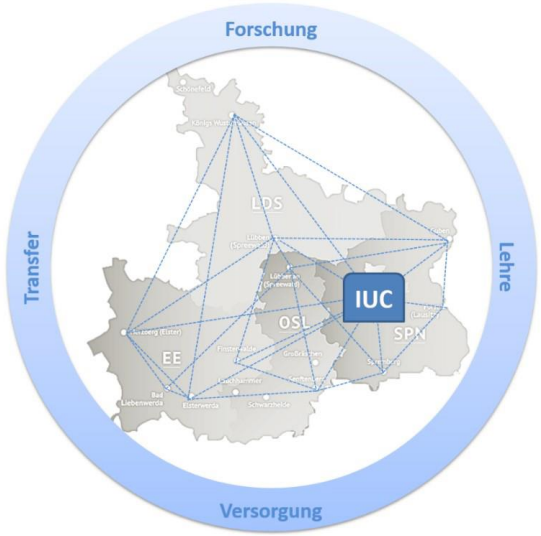


Gesundheitssystemforschung am Beispiel „Reallabor Lausitz“

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin

(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

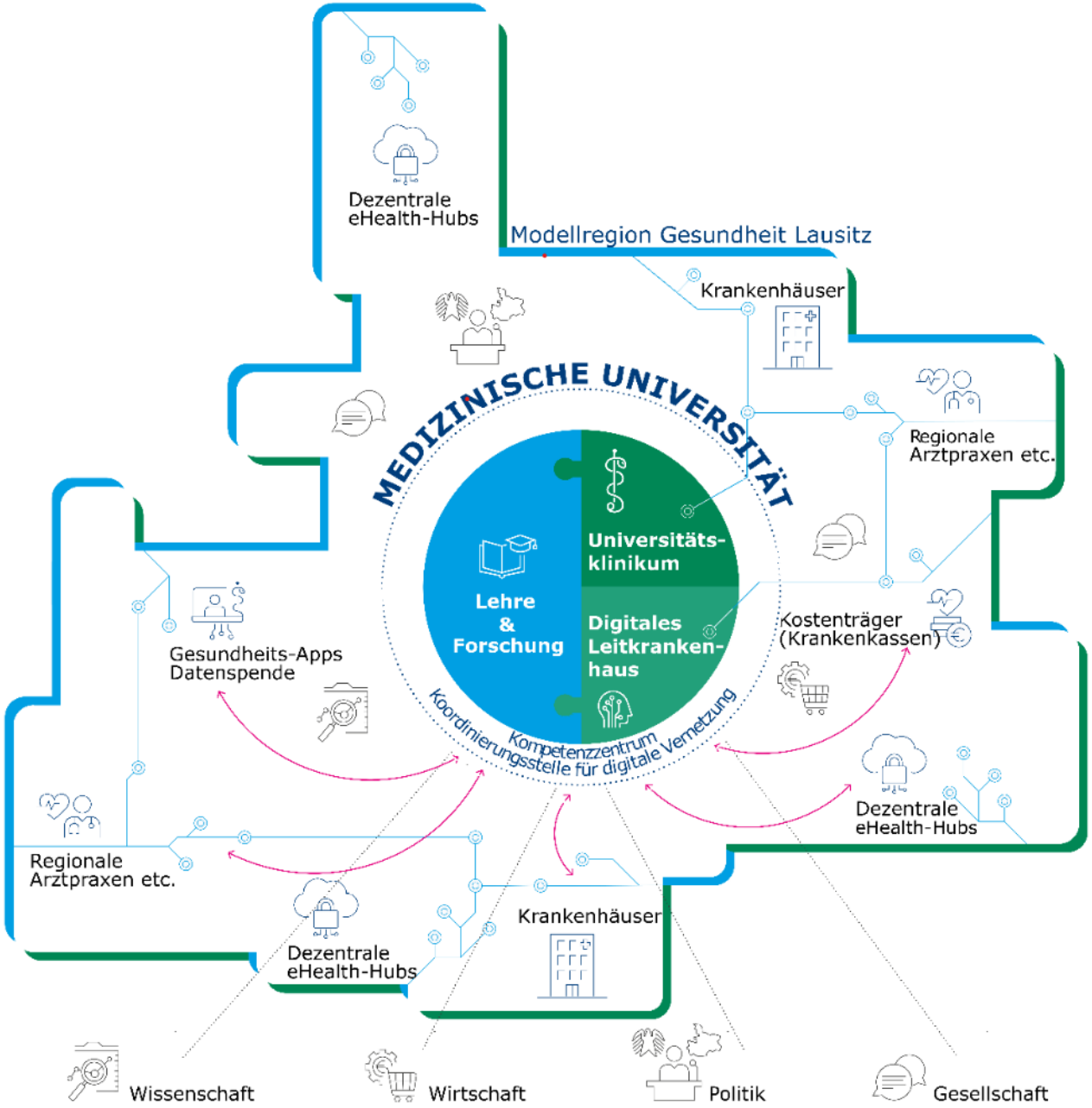
European Observatory on Health Systems and Policies

Conflict of Interest

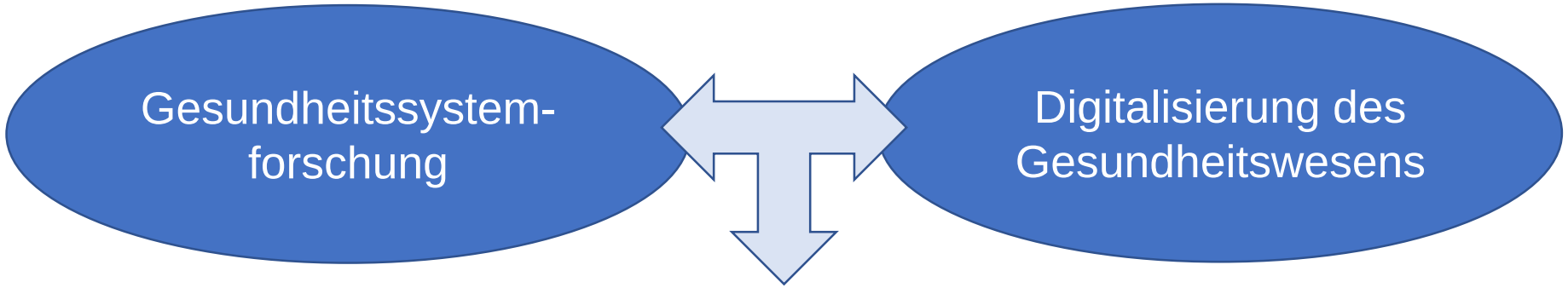
Ich bin u.a.

- Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- Mitglied der Expertenkommission für die Konzeptionierung eines Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus (IUC)

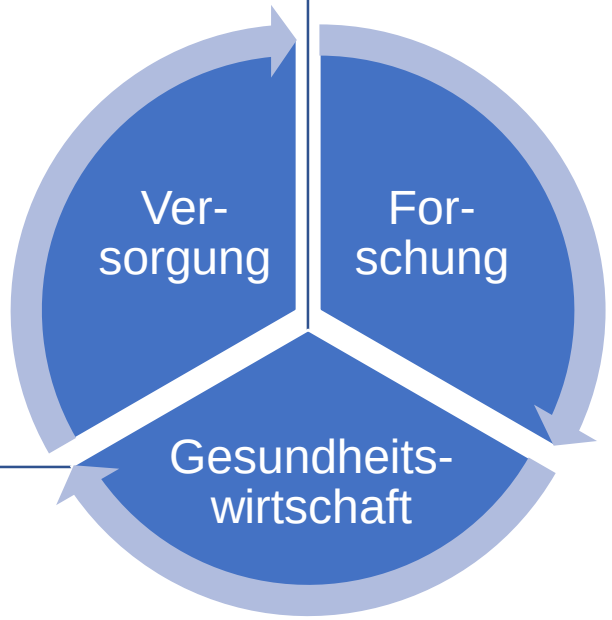
INNOVATIONSZENTRUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN COTTBUS



Forschungsschwerpunkte



- Entwicklung und Erprobung innovativer, bedarfsgerechter **Interventionskonzepte** unter realen und kontrollierten Bedingungen
- **Evaluation** dieser Konzepte
- **Implementierung** „erfolgreicher“ Konzepte in die Regelversorgung
- **Wissens- und Technologietransfer**



Forschungsfelder der Schwerpunkte

- Versorgung in Regionen des Strukturwandels bzw. des ländlichen Raums
- Finanzierung neuer Versorgungsmodelle
- Interprofessionelle Versorgung
- Digitale Versorgungstechnologien
- Implementierungsforschung
- Akzeptanz, Datenschutz und Datenmanagement im Gesundheitswesen
- Präventionsforschung

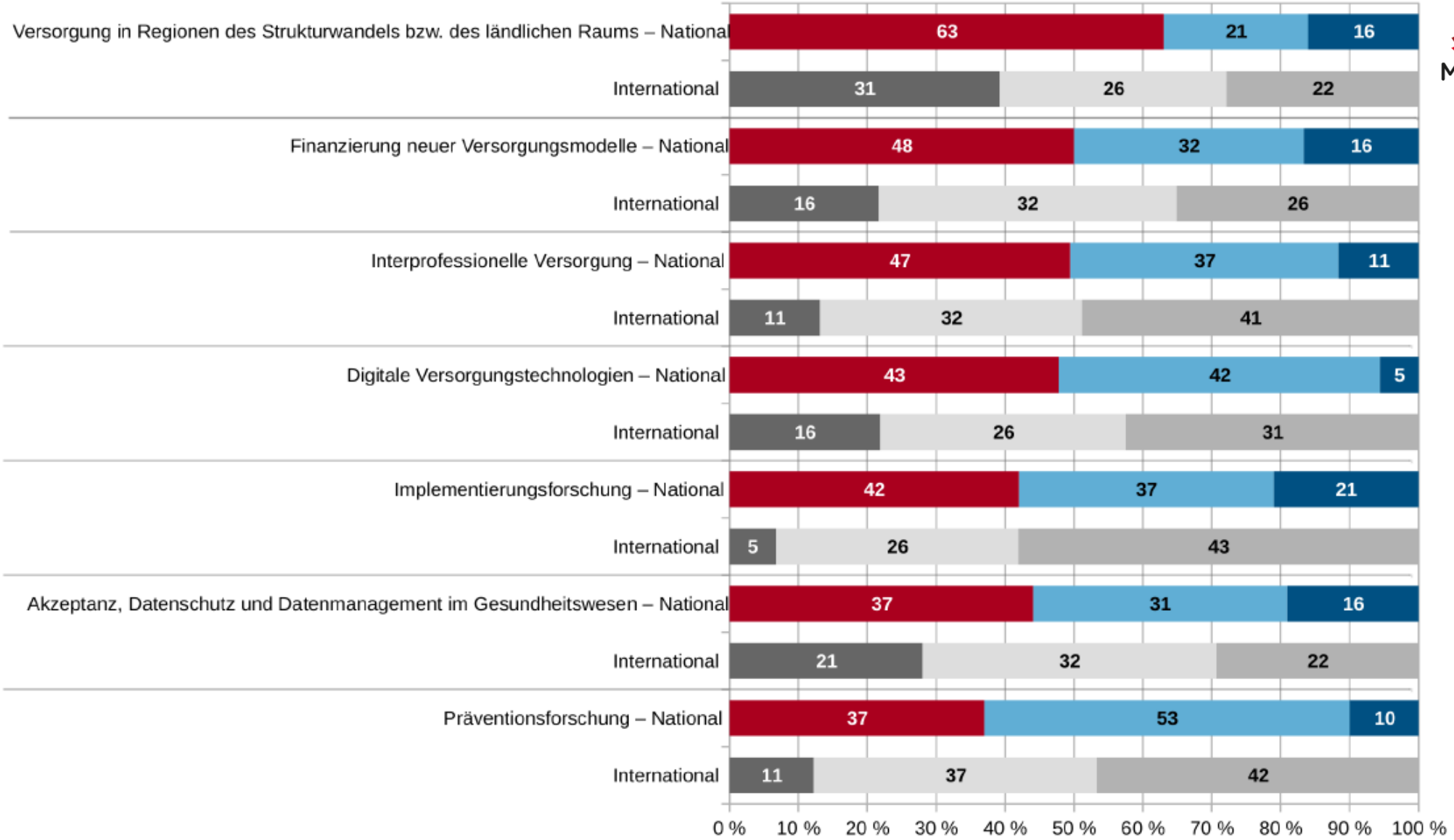


Abbildung 1 – Abdeckung der verschiedenen Forschungsfelder aus Sicht der Hochschullehrergruppe des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung. Angaben in Prozent. Fehlende zu 100%: keine Angabe, n = 19

Fragestellung: "Inwieweit sind aus Ihrer Sicht die folgenden Themenfelder in der nationalen und internationalen Gesundheitssystemforschung bzw. Versorgungsforschung abgedeckt?"

Ausgangspunkt für Gesundheitssystem-forschung: Leistungen – bedarfsgerecht, notwendig und (kosten-)effektiv?

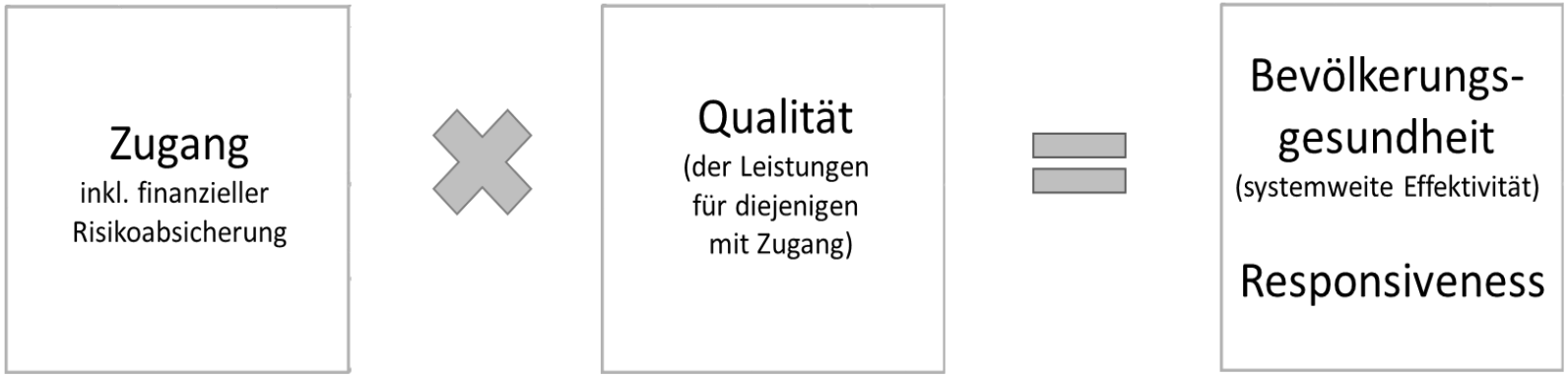
Mit dänischen Verhältnissen wären es 160.000 (und im Schnitt unserer Nachbarländer 230.000)!

53.000 Notaufnahme-Besuche (davon 45% stationär aufgenommen)
53.000 Stationäre Krankenhausaufnahmen

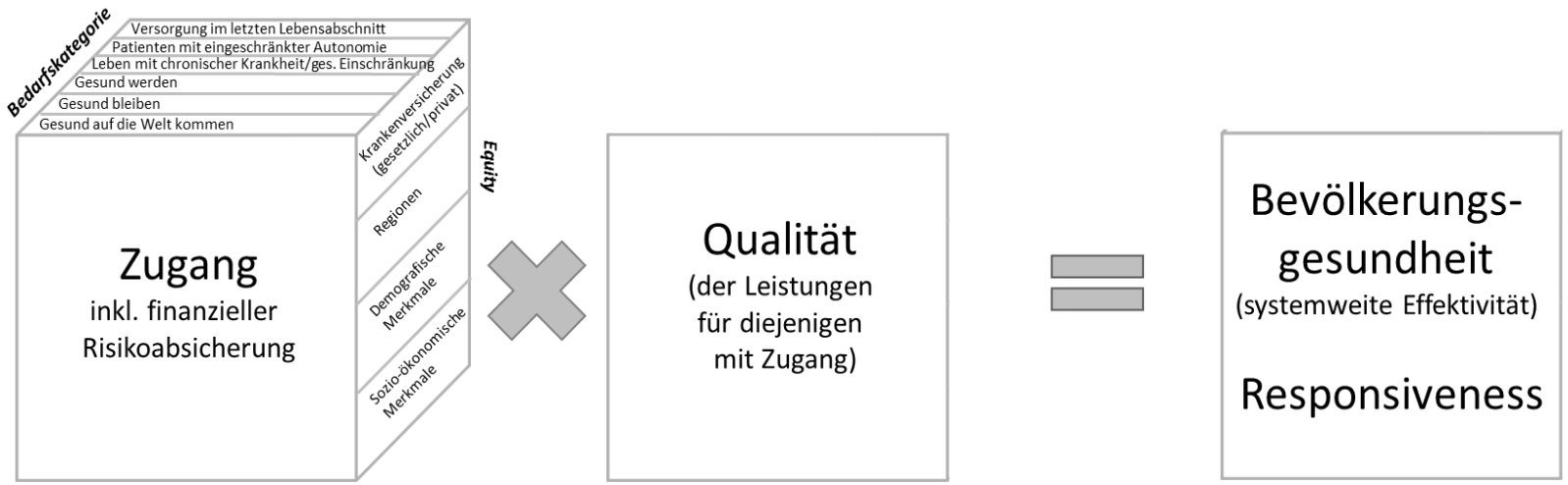
5.600 stat. Aufnahmen mit Krebs (bei Inzidenz von 1.400)
700 stationär aufgenommene Schlaganfallpatienten
500 stationär aufgenommene Herzinfarkt-Patienten

aktualisiert/ modifiziert nach Busse et al. (2017): Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. Lancet 390(10097): 882-897

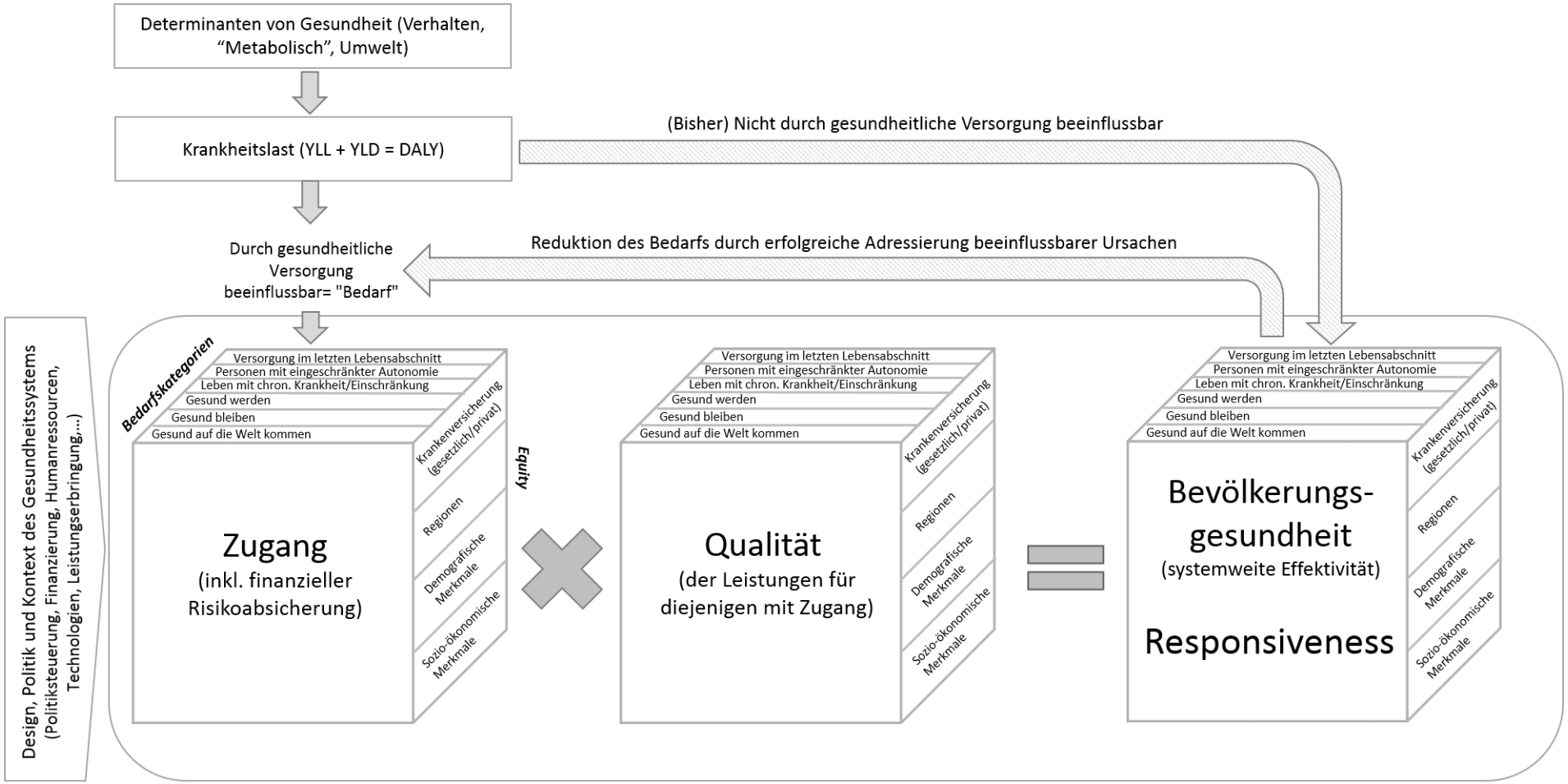
Wie untersuchen wir das?
Wir brauchen ein Framework, das die wesentlichen Zieldimensionen eines Gesundheitssystems zusammenführt

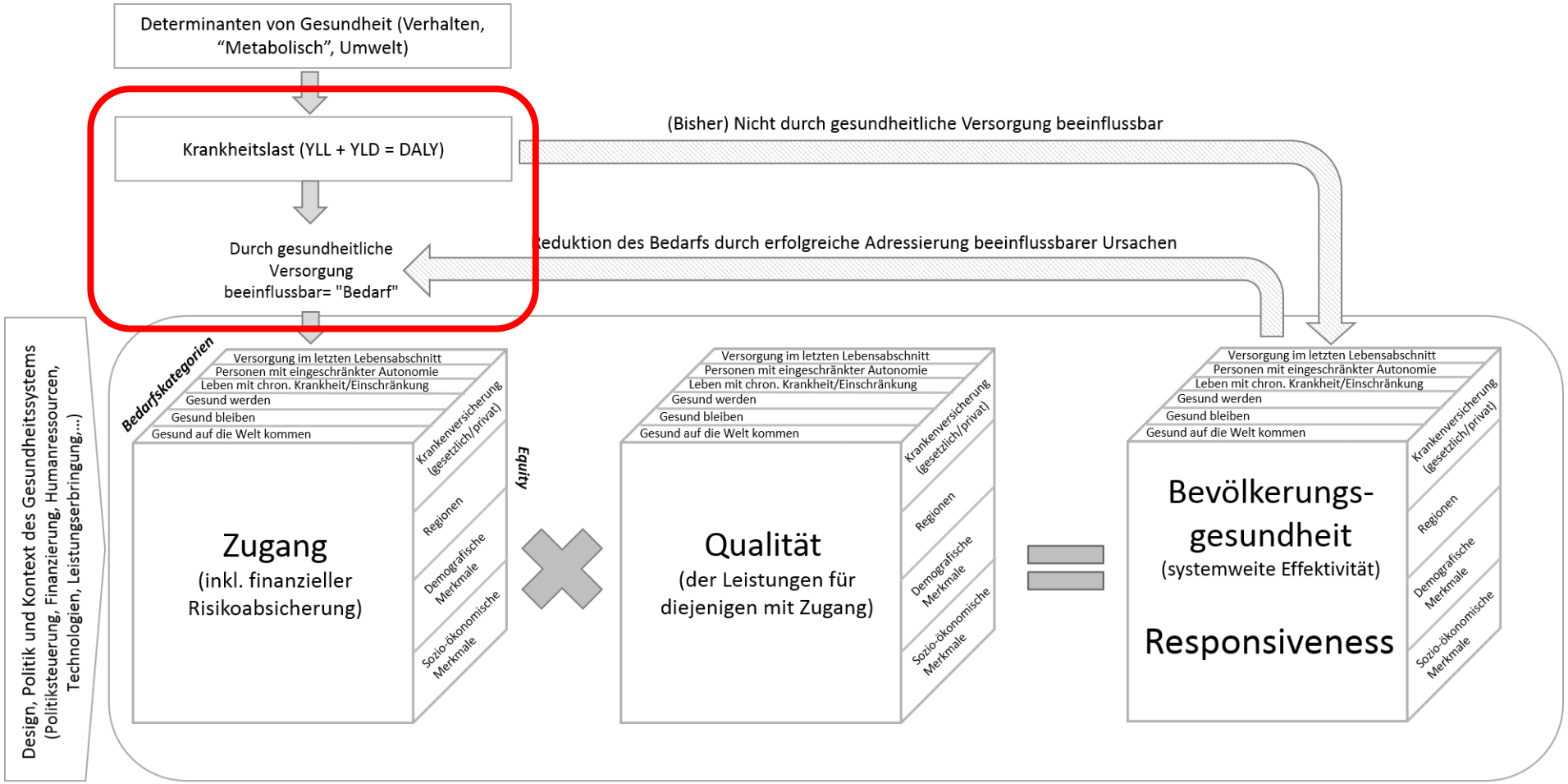


Das Framework muss unterschiede im Bedarf und in der „Equity“ (etwa Land vs. Stand) widerspiegeln

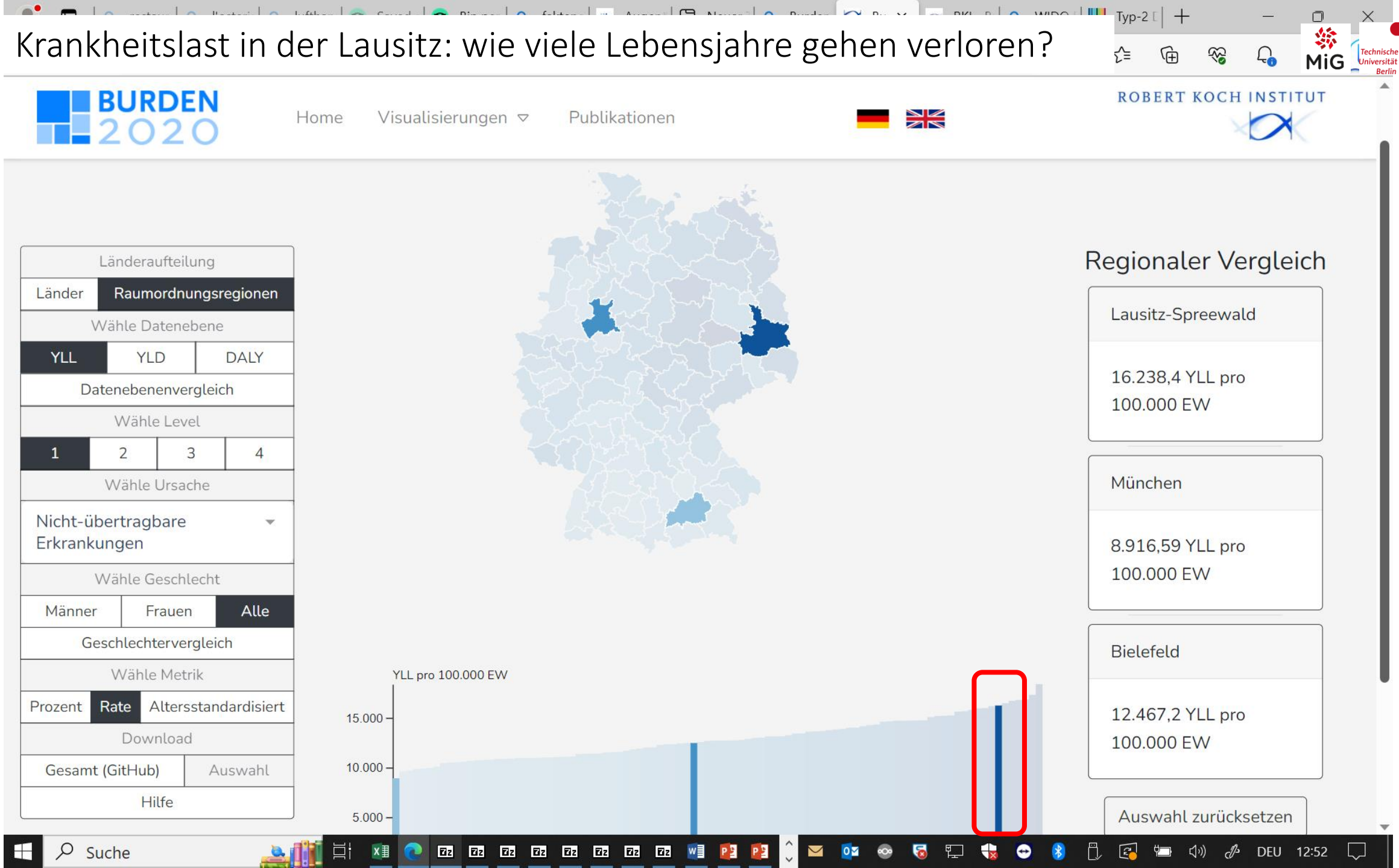


Das Framework muss auch die unterschiedliche Krankheitslast berücksichtigen (CAVE: Modifizierbarkeit durch System selbst)

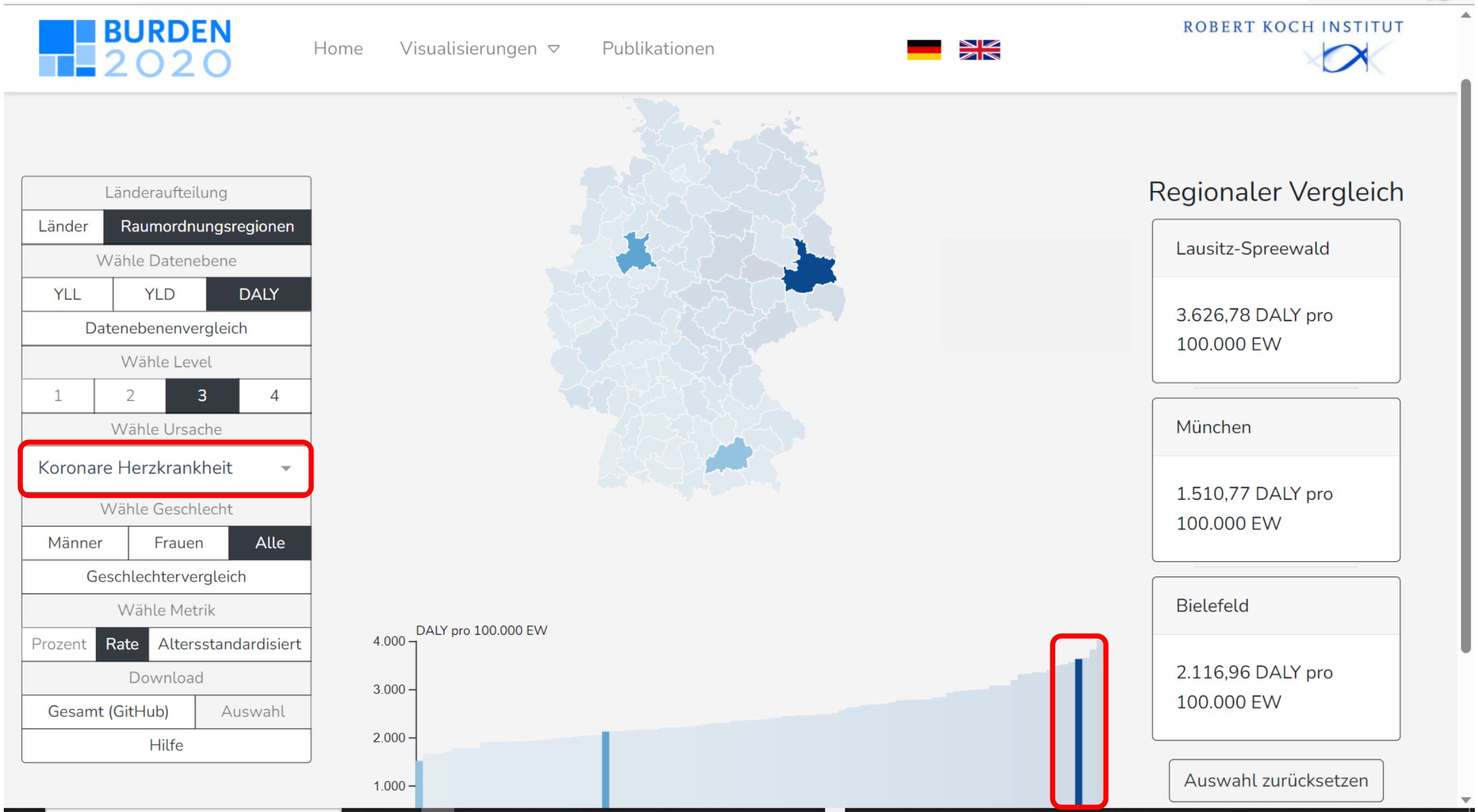



Determinanten von Gesundheit (Verhalten, “Metabolisch”, Umwelt)
Krankheitslast (YLL + YLD = DALY)
Durch gesundheitliche Versorgung beeinflussbar= "Bedarf"
(Bisher) Nicht durch gesundheitliche Versorgung beeinflussbar
Reduktion des Bedarfs durch erfolgreiche Adressierung beeinflussbarer Ursachen
Design, Politik und Kontext des Gesundheitssystems (Politiksteuerung, Finanzierung, Humanressourcen, Technologien, Leistungserbringung,...)
Bedarfskategorien
Versorgung im letzten Lebensabschnitt
Personen mit eingeschränkter Autonomie
Leben mit chron. Krankheit/Einschränkung
Gesund werden
Gesund bleiben
Gesund auf die Welt kommen
Krankenversicherung (gesetzlich/privat)
Regionen
Demografische Merkmale
Sozio-ökonomische Merkmale
Zugang
(inkl. finanzieller Risikoabsicherung)
Equity
Qualität
(der Leistungen für diejenigen mit Zugang)
Bevölkerungs-gesundheit
(systemweite Effektivität)
Responsiveness

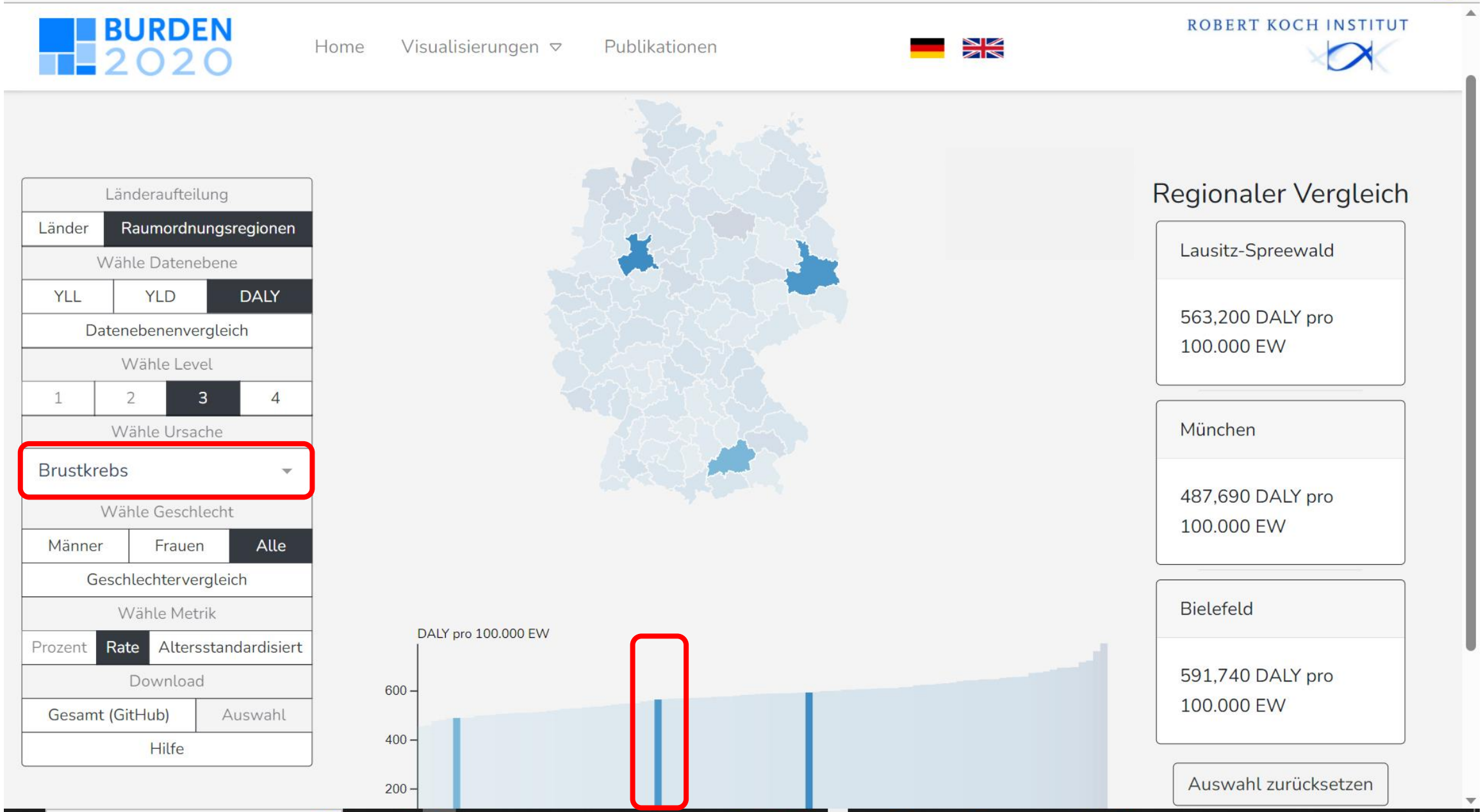
Krankheitslast in der Lausitz: wie viele Lebensjahre gehen verloren?



Krankheitslast in der Lausitz: wie viele gesunde Lebensjahre gehen verloren?

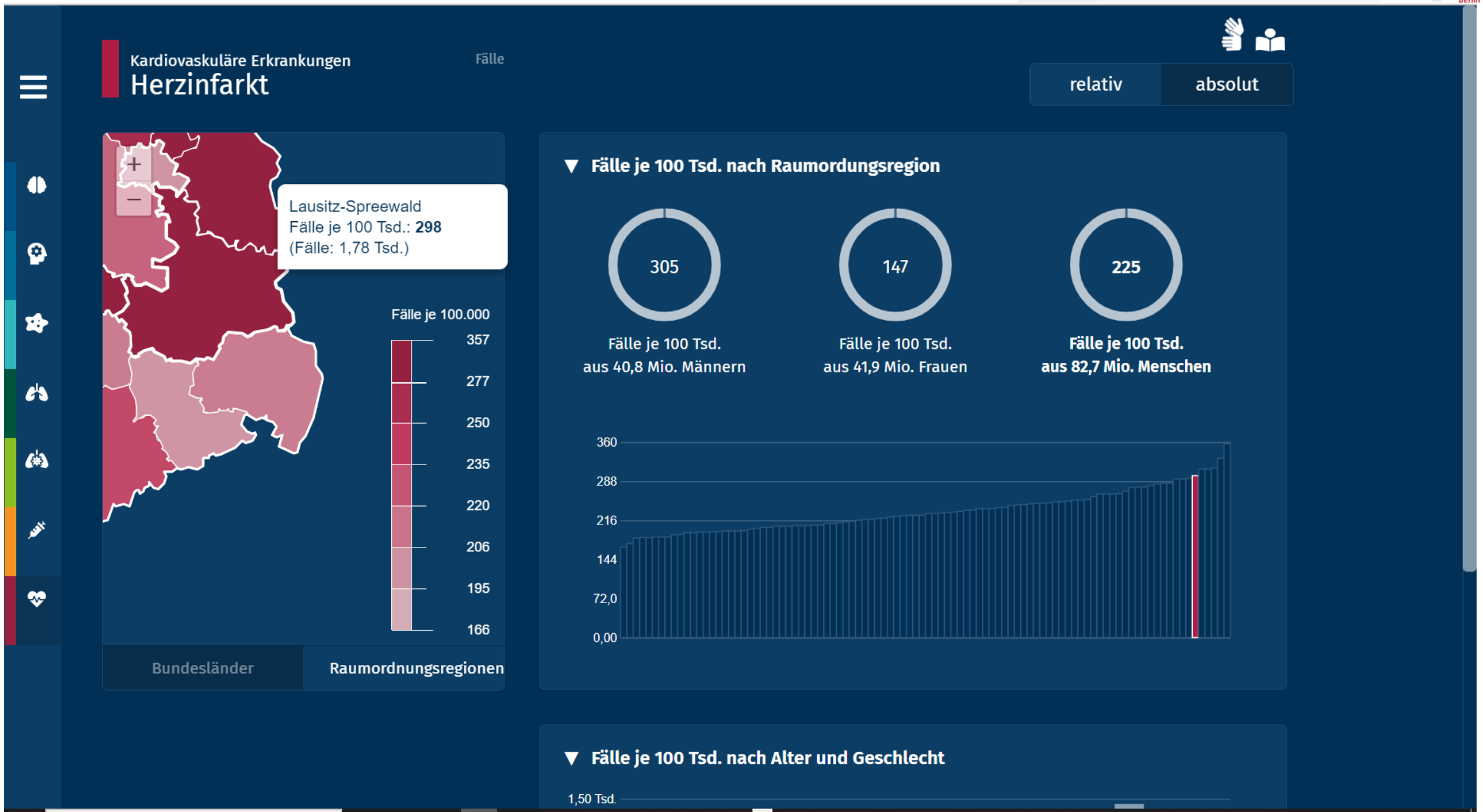


Krankheitslast in der Lausitz: wie viele gesunde Lebensjahre gehen verloren?

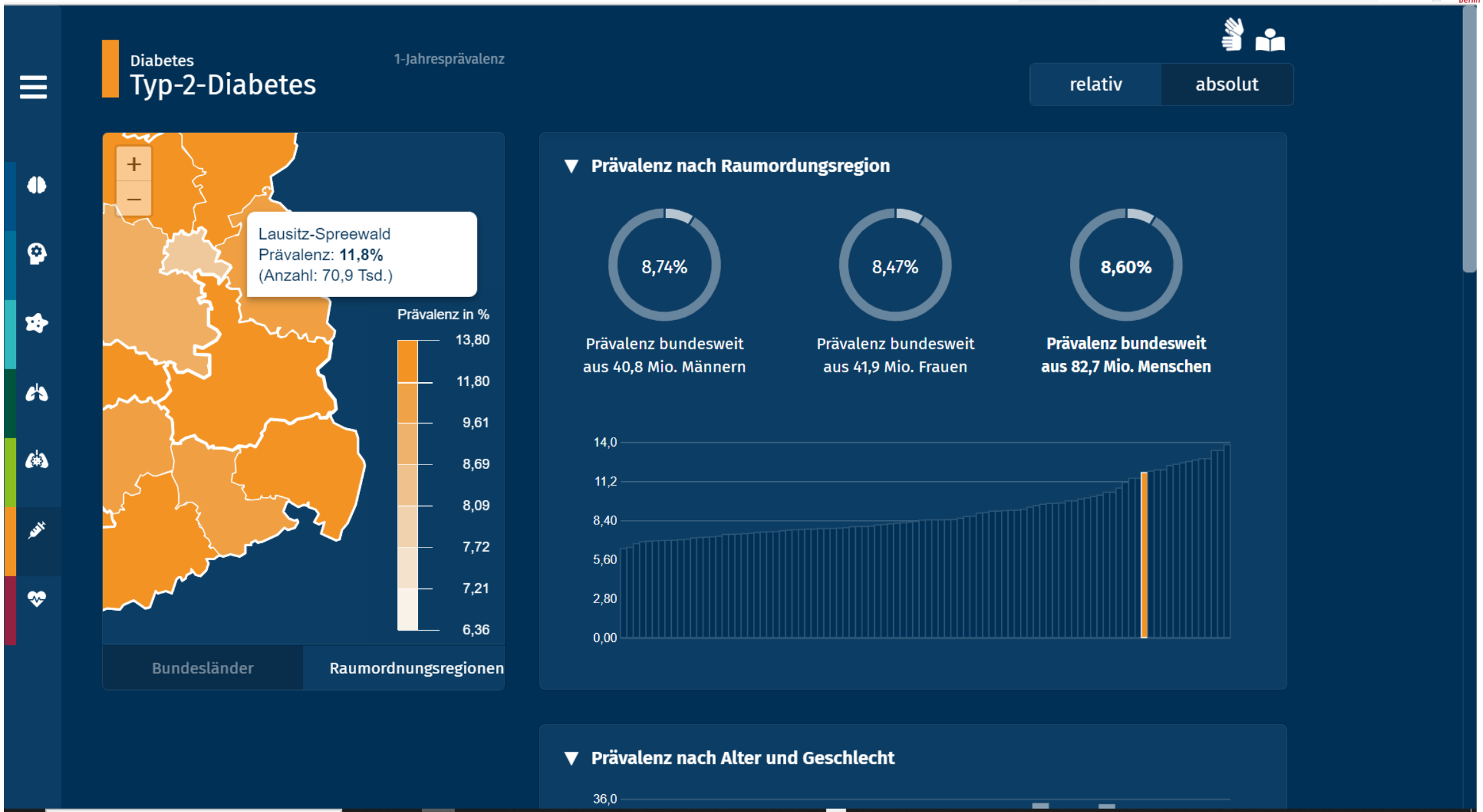


Krankheitslast in der Lausitz: wie viele sind an was erkrankt?

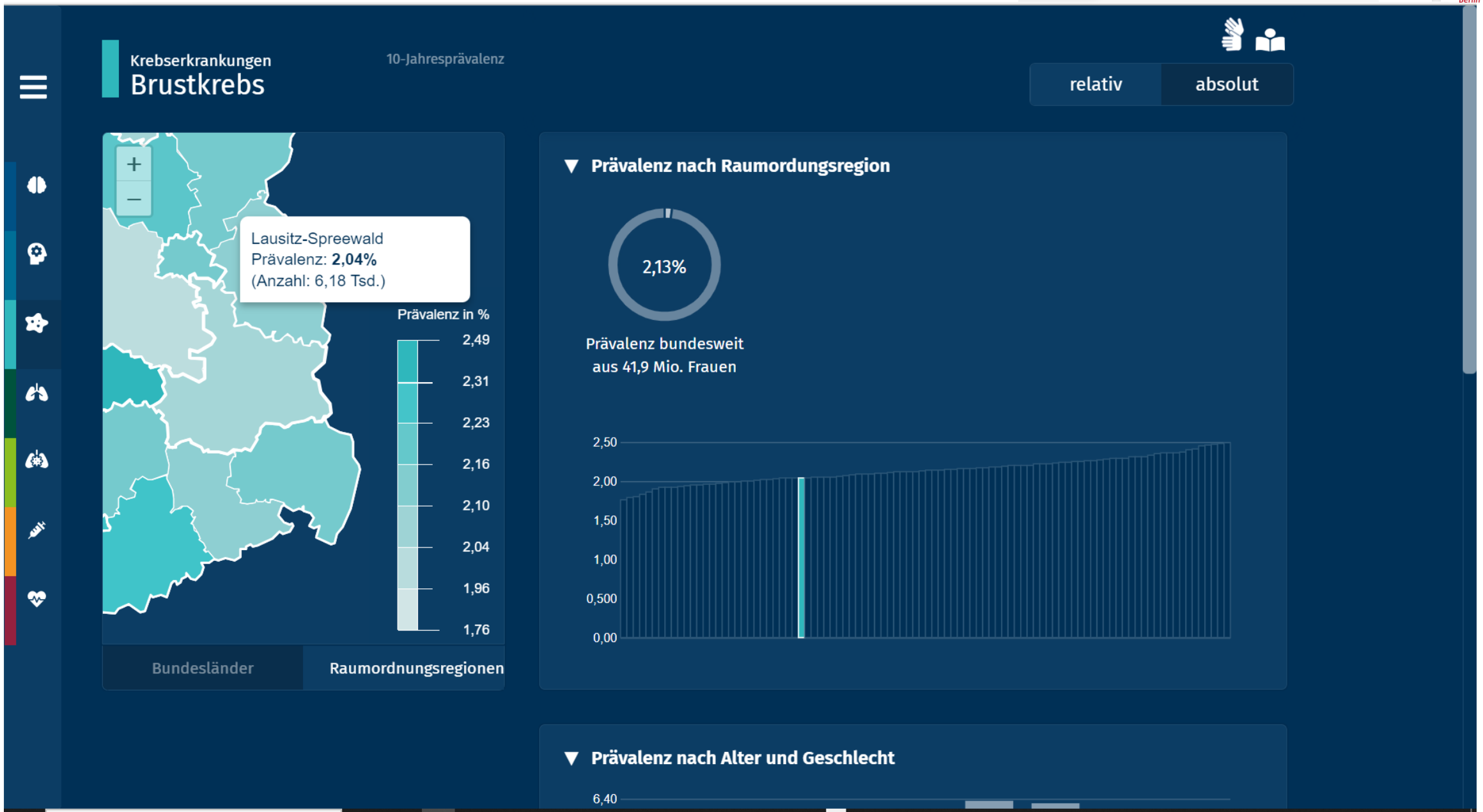
Krankheitslast in der Lausitz: wie viele sind an was erkrankt?



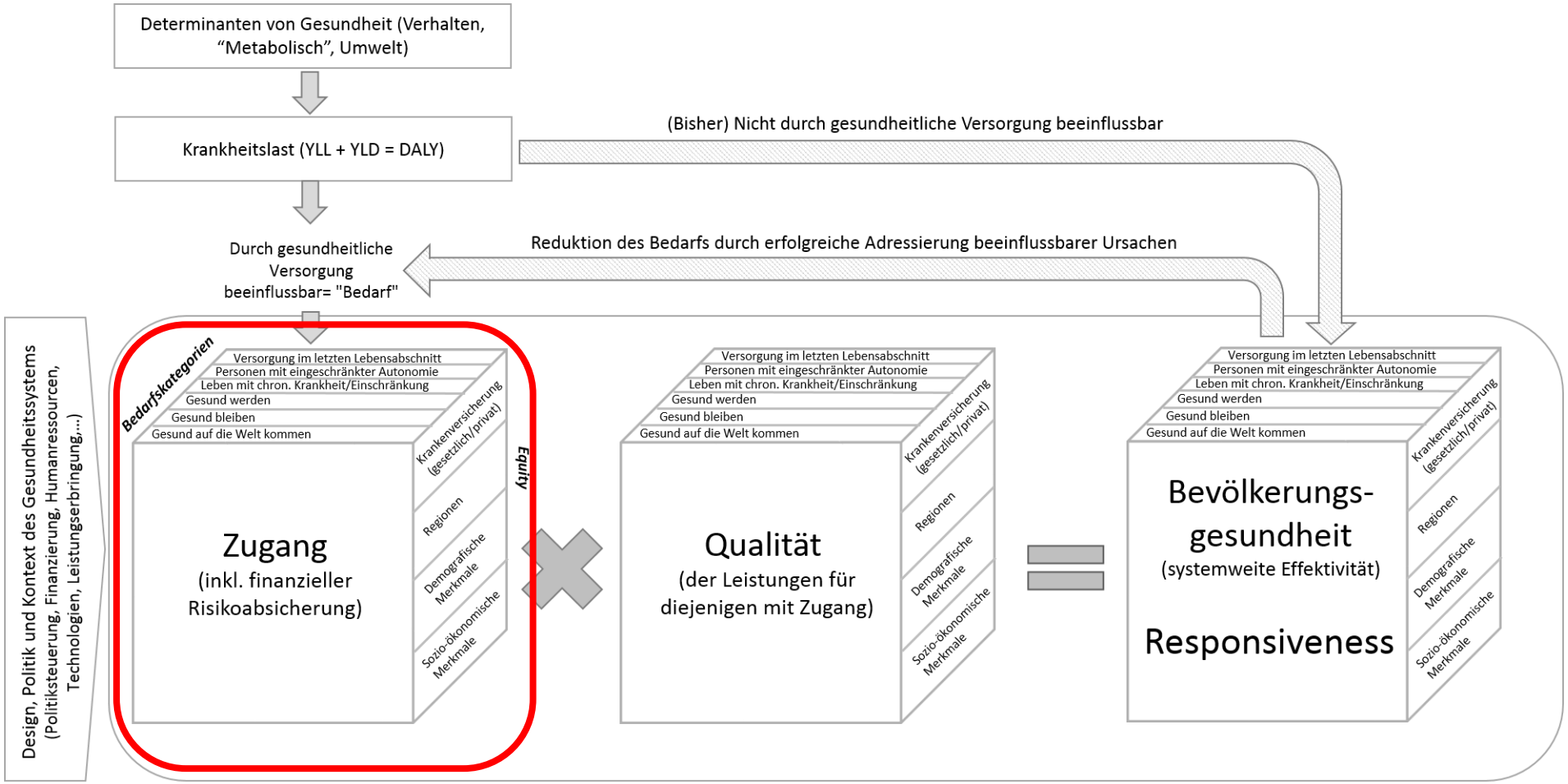
Krankheitslast in der Lausitz: wie viele sind an was erkrankt?



Krankheitslast in der Lausitz: wie viele sind an was erkrankt?

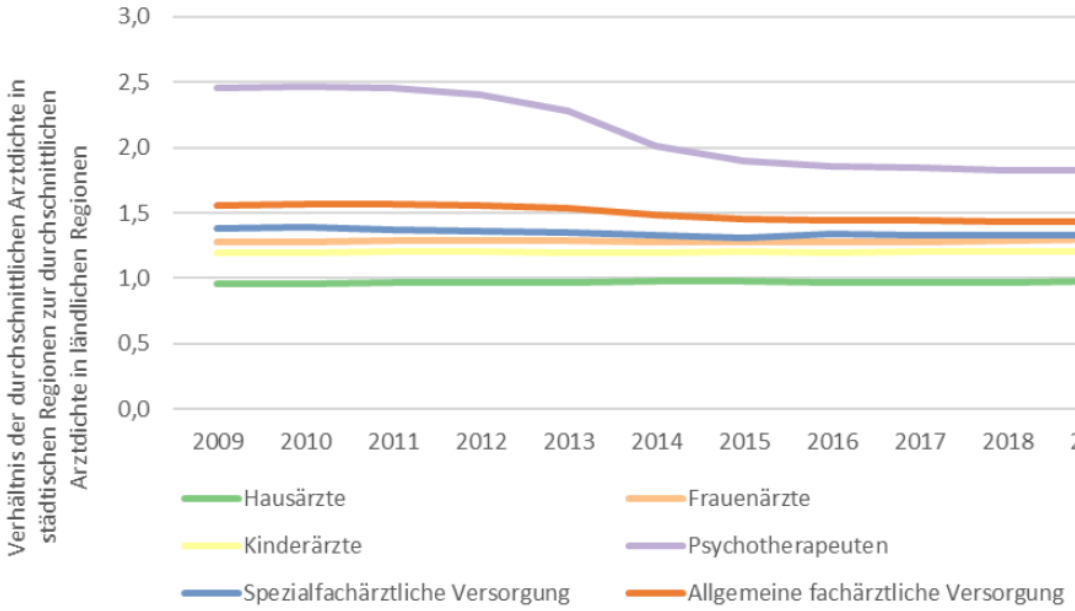


Zugang vs. Qualität



Fangen wir mit den ambulanten Ärzten an: hier gibt es auf dem Land etwas mehr Hausärzte pro Einwohner, aber weniger Fachärzte …

Abbildung 3.54: Verhältnis der Dichte in städtischen Regionen zu ländlichen Regionen nach Leistungserbringer-Gruppen, 2009-2020



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten der KBV, 2021.

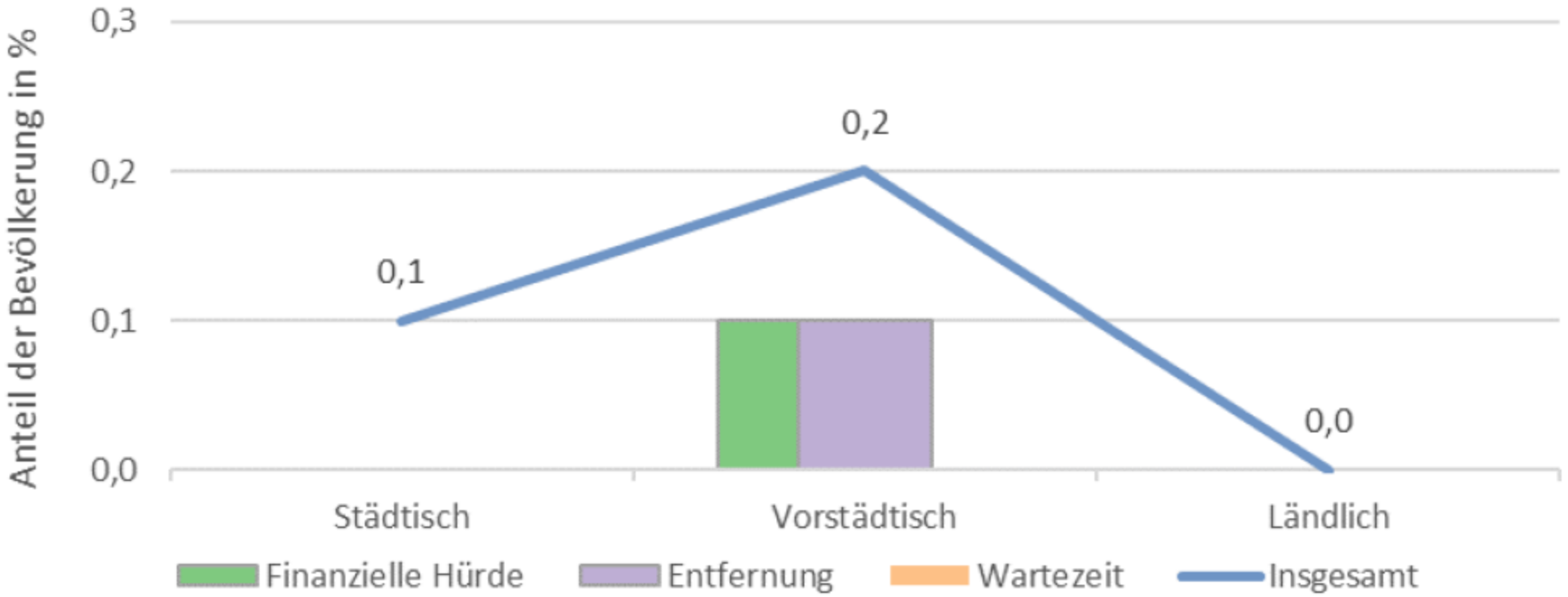
… was allerdings nicht systematisch zu längeren Wartezeiten führt

Tabelle 3.12: Wartezeiten auf einen Facharzttermin in Deutschland stratifiziert nach Bedarfslage sowie Equity-Kategorien, 2022

	Akute Erkrankung *n* = 808		Chronische Erkrankung *n* = 1.054	
	< 1 Woche *n* (%)	> 1 Woche *n* (%)	< 1 Monat *n* (%)	> 1 Monat *n* (%)
Urbanisierungsgrad				
Landgemeinde (< 5.000 EW)	93 (55,3)	74 (44,7)	157 (62,2)	94 (37,8)
Kleinstadt (5.000 – 19.999 EW)	81 (51,9)	77 (48,1)	138 (77,9)	52 (22,1)
Mittelstadt (20.000 – 99.999 EW)	97 (52,0)	82 (48,0)	141 (65,3)	76 (34,7)
Großstadt (≥ 100.000 EW)	141 (48,4)	127 (51,6)	252 (72,8)	86 (27,2)

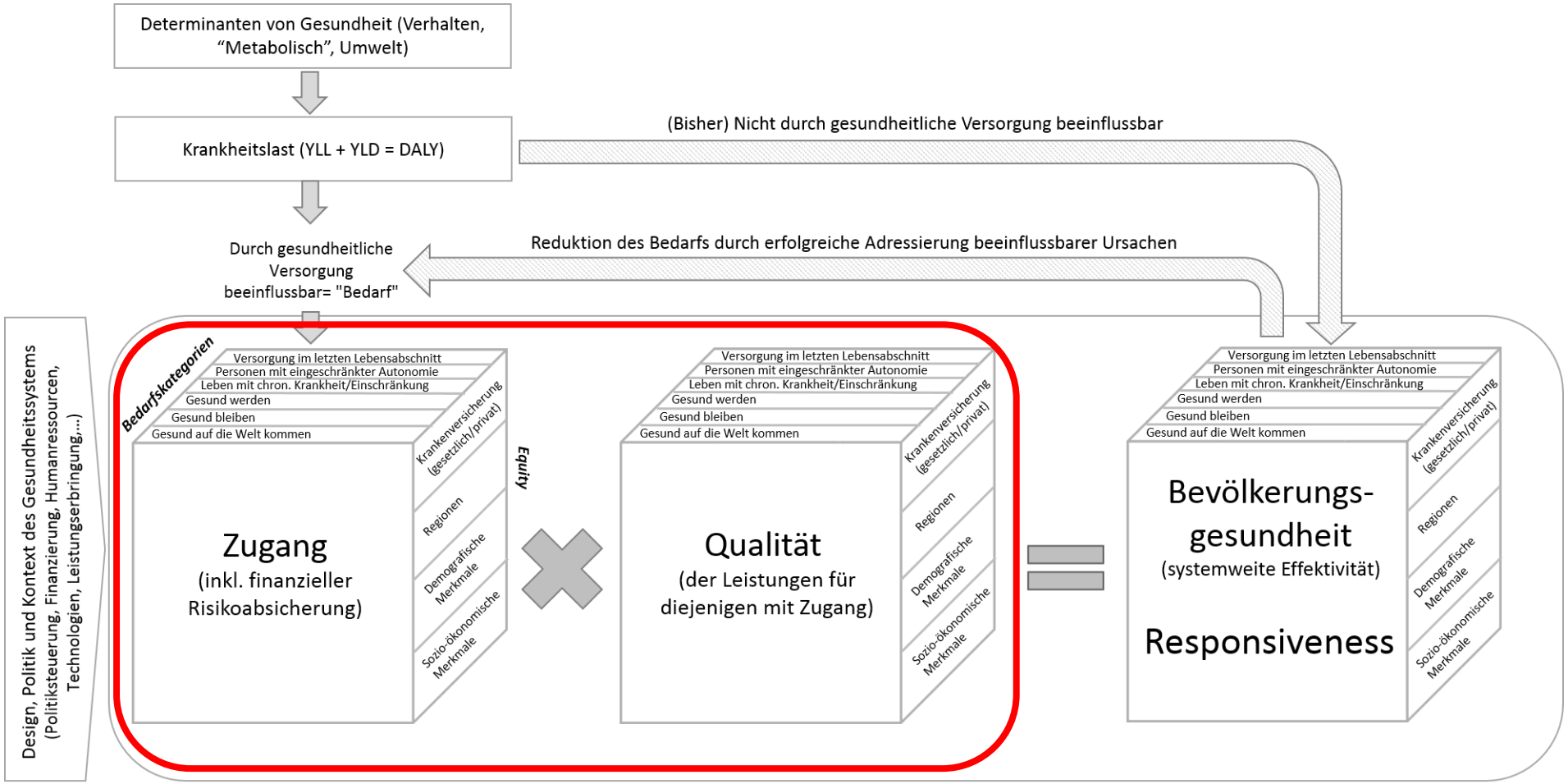
Nicht erfüllten Bedarf an medizinischer Versorgung gibt es weder auf dem Land noch in der Stadt

Abbildung 3.58 Anteil der Bevölkerung mit einem nicht erfüllten Bedarf an medizinischer Versorgung je Verstädterungsgrad der Wohnregion, differenziert nach Gründen, 2021



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der EU-SILC (Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) 2021e).

Zugang vs. Qualität



Zugang vs. Qualität

kma-online.de > Aktuelles > Medizin > Bürgern sind wohnortnahe Krankenhäuser wichtig

Umfrage

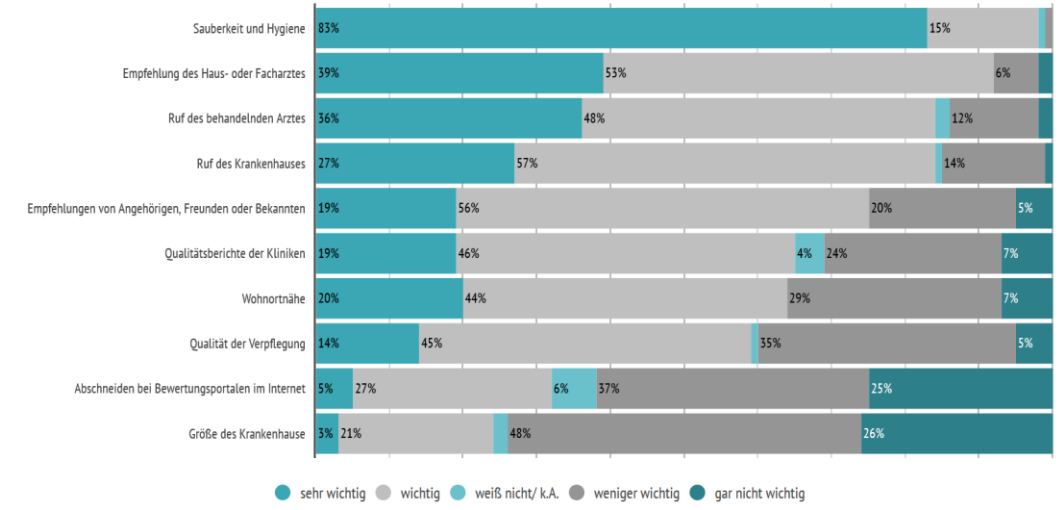
Bürgern sind wohnortnahe Krankenhäuser wichtig

Für die Klinikbehandlung wollen die Bundesbürger laut einer Umfrage keine langen Wege in Kauf nehmen. Für 96 Prozent der Befragten ist ein Krankenhaus in Wohnortnähe wichtig.

Caritas im Bistum Münster: Zentralisierungs-Debatte sollte vom Tisch sein

Umfrage: Menschen wünschen wohnortnahe Krankenhäuser

Kriterien bei der Wahl des Krankenhauses



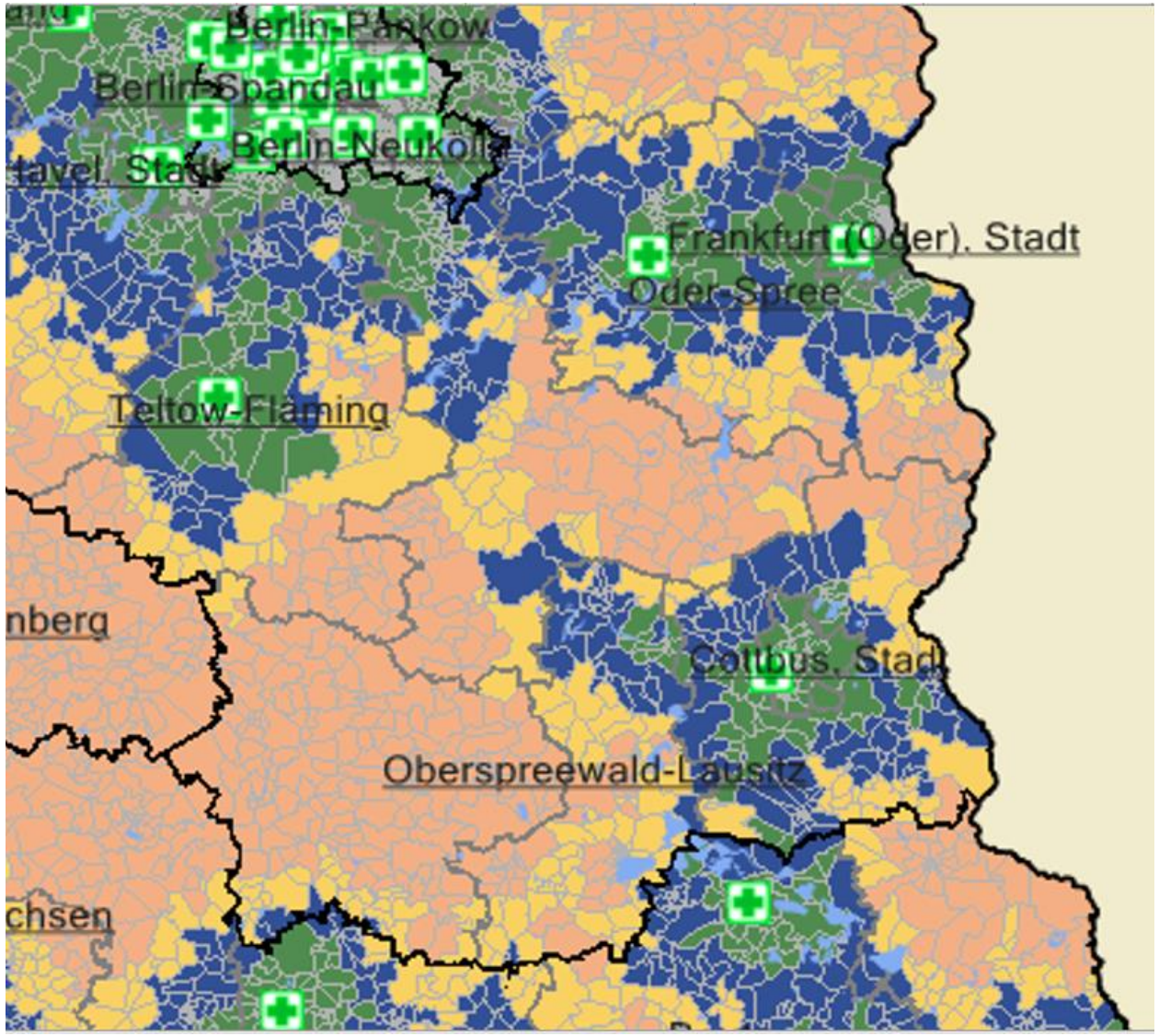
Presse und Politik / ... / Krankenhausversorgung

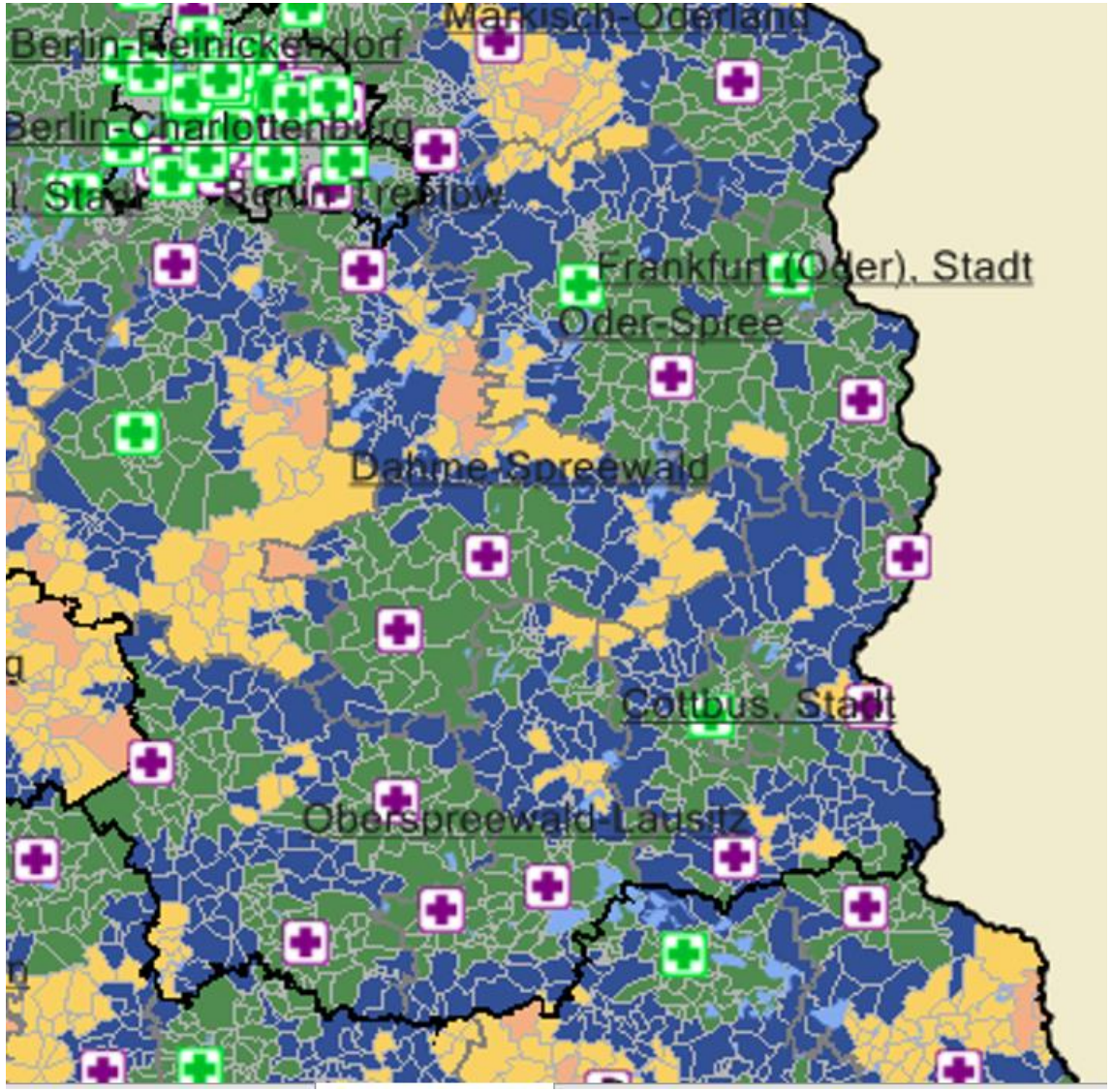
Pressemitteilung aus Hessen

Klinikaufenthalt: Behandlungsqualität vor Wohnortnähe

Studie: Bürger finden Qualität der Klinik wichtiger als Wohnortnähe

Notfallstufe 2 und 3 lässt Lücken in der Lausitz
… aber tragen alle Stufe 1-Häuser wirklich zur Versorgung bei?





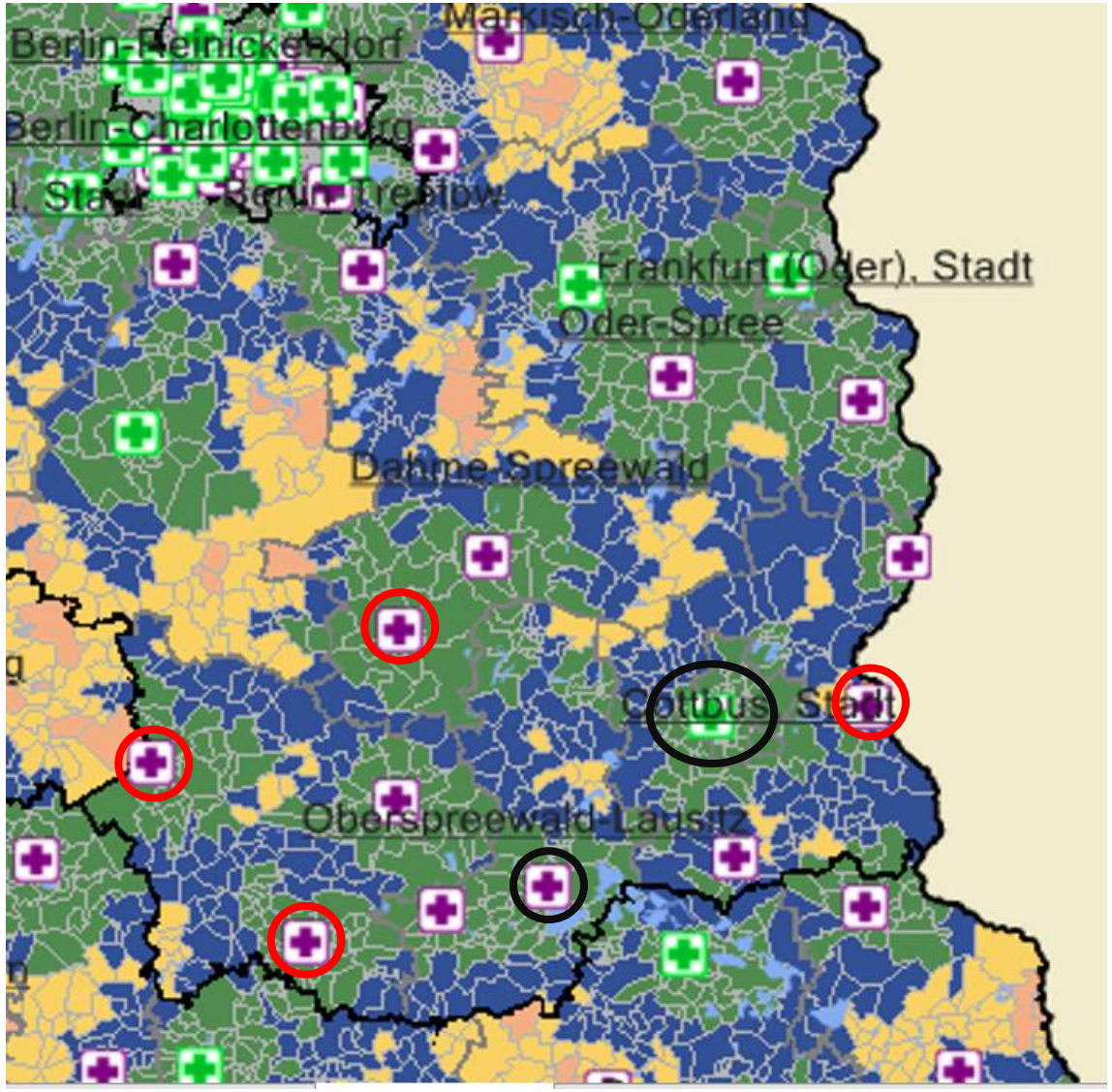
Herzinfarktversorgung in der Lausitz (2021)

Mit Linksherzkatheter:

Cottbus	484 Fälle
Senftenberg	278 Fälle

Ohne Linksherzkatheter u.a.:

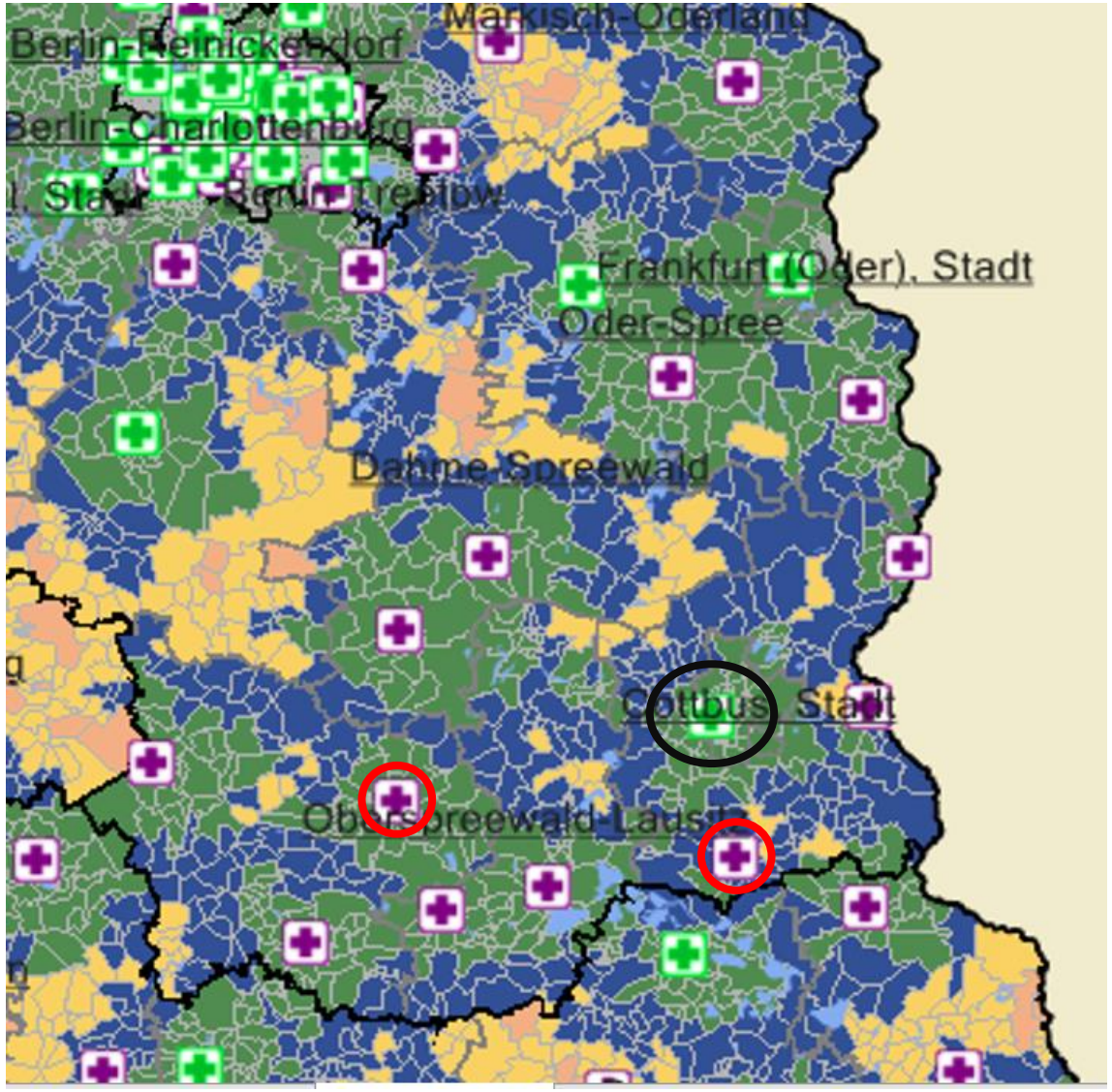
Elsterwerda	51 Fälle
Herzberg	48 Fälle
Forst	35 Fälle
Luckau	31 Fälle



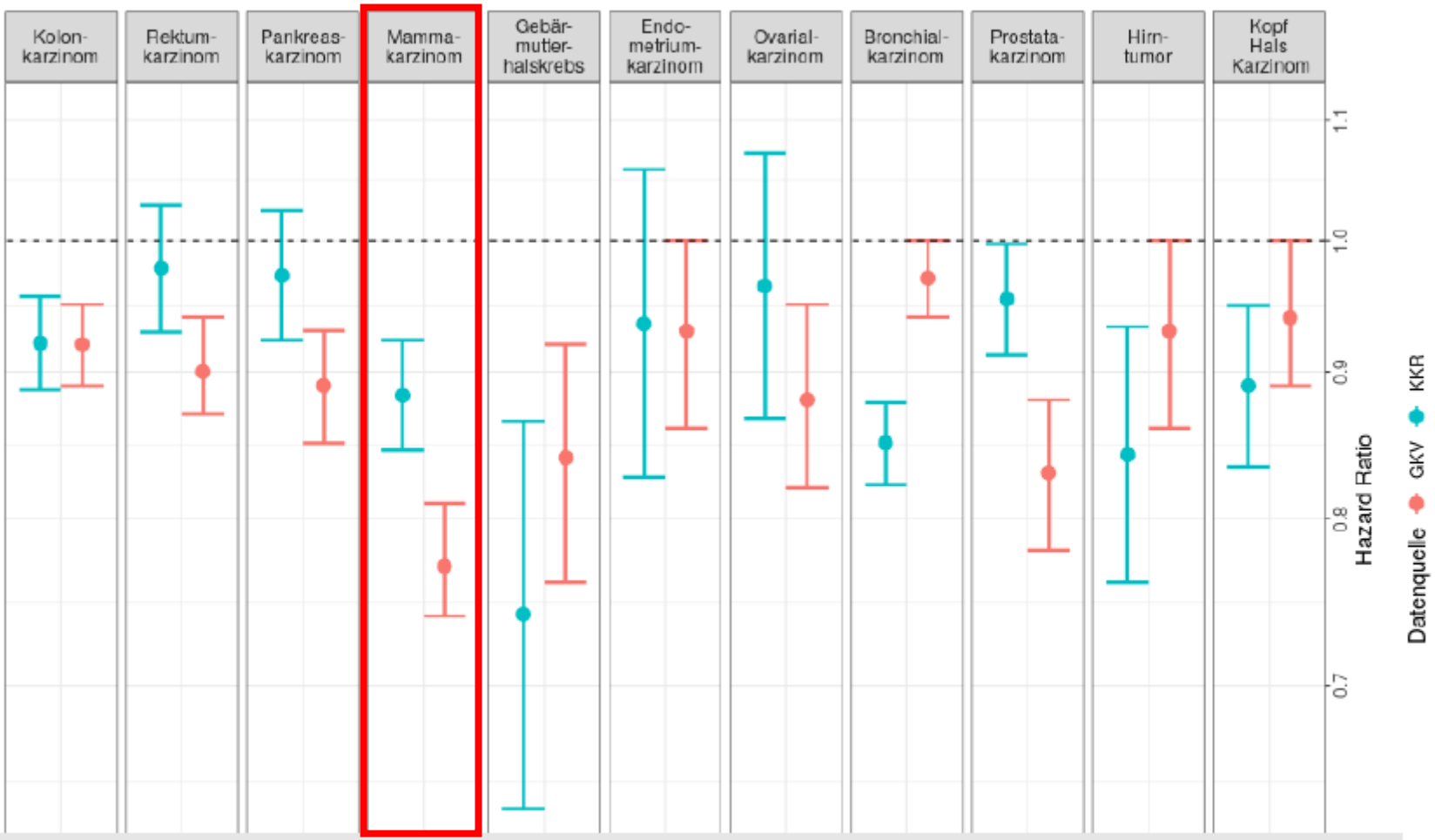
Brustkrebsversorgung in der Lausitz (2021)

Mit zertifiziertem Brustkrebszentrum:
Cottbus 484 Fälle

Ohne zertifiziertes Brustkrebszentrum:
Spremberg 100 Fälle
Finsterwalde 19 Fälle



… obwohl wir um die Vorteile der Zentrumbehandlung wissen!



Die Überlebensvorteile von in DKG-zertifizierten Zentren behandelten Patientinnen und Patienten betrugen in den GKV-Daten zwischen 23% und 3%

Wobei übrigens der ländliche Raum nicht automatisch schlechter dasteht!

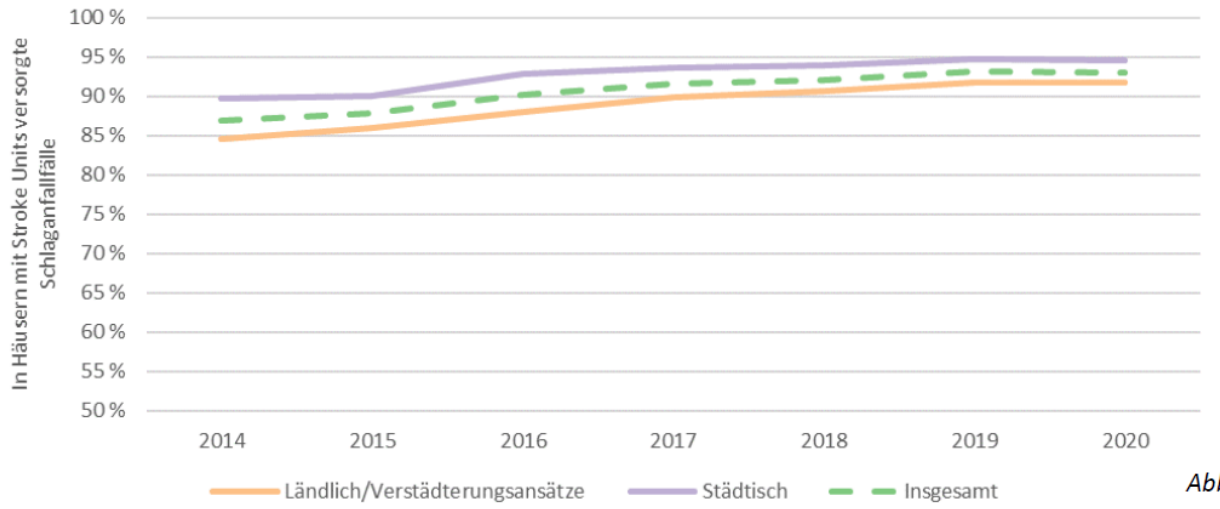
Tabelle 3.45: Anteil der in zertifizierten Zentren behandelten stationären Fälle mit Karzinom und Resektion je Entität, nach Verstädterungsgrad der Wohnregion, 2014-2020

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2014-2019	2014-2020
Lungenkarzinom:									
Insgesamt	44,7 %	47,0 %	48,9 %	48,7 %	49,7 %	52,3 %	54,3 %	+ 17,1 %	+ 21,4 %
Ländlich	33,1 %	37,8 %	40,8 %	42,6 %	47,9 %	48,5 %	50,6 %	+ 46,3 %	+ 52,9 %
Städtisch	56,1 %	55,6 %	56,3 %	54,4 %	51,4 %	56,0 %	57,8 %	- 0,2 %	+ 3,1 %
Mammakarzinom:									
Insgesamt	64,4 %	65,6 %	66,1 %	66,7 %	68,3 %	70,3 %	70,1 %	+ 9,1 %	+ 8,8 %
Ländlich	72,1 %	73,5 %	73,1 %	74,6 %	76,5 %	76,3 %	76,4 %	+ 5,8 %	+ 5,9 %
Städtisch	56,2 %	57,0 %	58,7 %	58,4 %	59,6 %	63,8 %	63,3 %	+ 13,5 %	+ 12,6 %
Prostatakarzinom:									
Insgesamt	45,0 %	47,5 %	50,3 %	53,2 %	59,9 %	60,8 %	63,1 %	+ 35,0 %	+ 40,1 %
Ländlich	48,8 %	48,9 %	51,6 %	54,1 %	60,5 %	62,3 %	65,1 %	+ 27,6 %	+ 33,4 %
Städtisch	40,6 %	45,5 %	48,8 %	52,2 %	59,3 %	59,0 %	60,7 %	+ 45,2 %	+ 49,4 %
Kolorektales Karzinom:									
Insgesamt	46,5 %	48,3 %	49,9 %	51,8 %	52,7 %	53,7 %	56,3 %	+ 15,5 %	+ 21,0 %
Ländlich	44,2 %	46,3 %	49,0 %	51,2 %	51,9 %	51,6 %	53,5 %	+ 16,7 %	+ 21,1 %
Städtisch	49,2 %	50,6 %	51,0 %	52,3 %	53,4 %	56,2 %	59,5 %	+ 14,3 %	+ 21,1 %

Quelle: eig. Berechnungen, DRG-Statistik

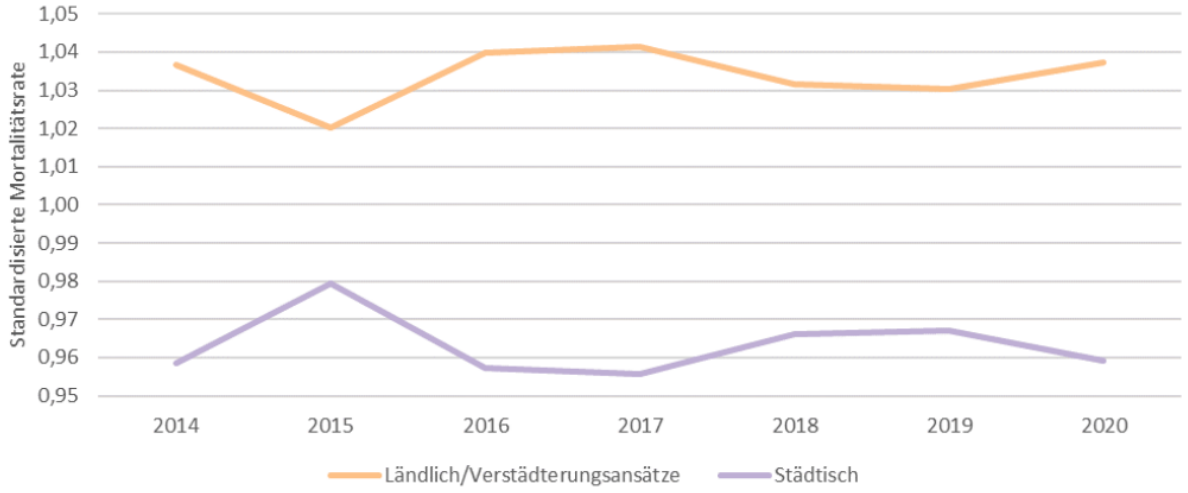
Bei anderen Indikationen ist die Qualität in ländlichen Regionen schlechter

Abbildung 3.111: Anteil Behandlungsfälle mit Schlaganfall versorgt in Krankenhäusern mit Stroke Unit (ohne Zuverlegungen) nach Verstädterungsgrad der Wohnregion und insgesamt, 2014-2020



Quelle: eig. Berechnungen, DRG-Statistik

Abbildung 3.78: Alters- und geschlechtsstandardisierte stationäre 30-Tages-Mortalitätsrate von Fällen mit Hauptdiagnose hüftgelenknahe Fraktur nach Verstädterungsgrad der Wohnregion, 2014-2020



Quelle: eig. Berechnungen, DRG-Statistik

Fazit

- Wir wissen viel, auch zu Unterschieden Stadt/ Land
- Was fehlt ist ein „Reallabor“, wo in einer Region alle Daten von Krankheitslast über Zugang und Qualität bis zur Kosten-Effektivität zusammengetragen und analysiert werden können
- Was aber vor allem fehlt: Intervention und Evaluation der Interventionen bzgl. ihrer Effekte – ein solches „Reallabor“ braucht eine Experimentierklausel, um von ambulanter Bedarfsplanung und Krankenhausplanung abweichen zu können!
- Genau das würde Gesundheitssystemforschung in der Lausitz attraktiv machen.