



Regionalisierte Versorgungsforschung

Rolle und Bedeutung für die hausärztliche Versorgung aus Sicht der Fachgesellschaft

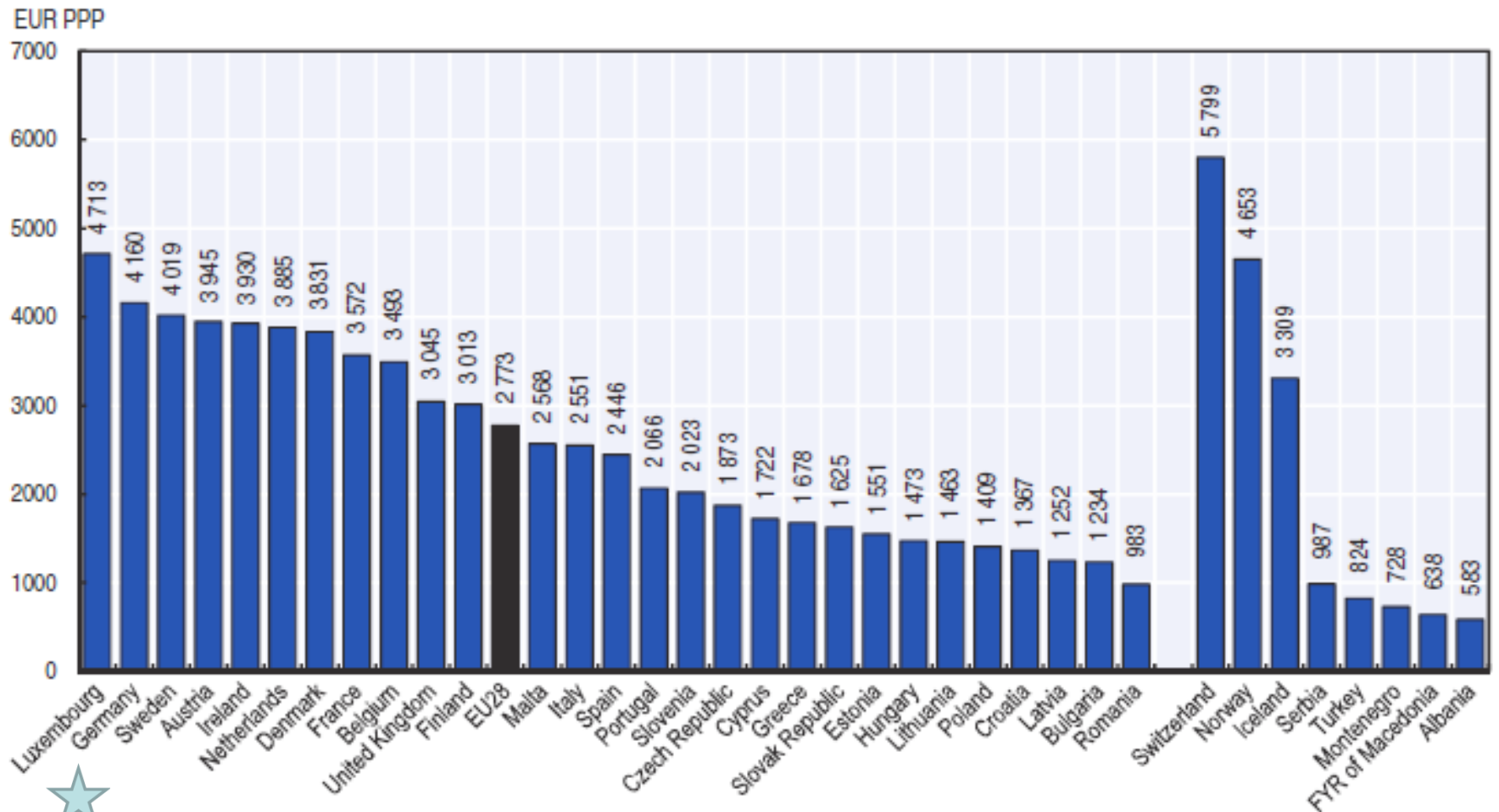
Prof. Erika Baum, DEGAM-Präsidentin, 36
Jahre Hausärztin in Biebortal, ehem. Leiterin
der Abteilung für Allgemeinmedizin Uni
Marburg.

Behauptet wird




- Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt
- Prioritär ist die Verkürzung von Wartezeiten
- **Fakt ist:** wir haben derzeit die geringste Lebenserwartung aller Länder in Mittel- und Westeuropa
- Aber mit die höchsten Kosten gemessen am Bruttoinlandsprodukt
- Wo liegen Effizienzreserven?
- Regionalisierte Versorgungsforschung kann Antworten geben

5.1. Health expenditure per capita, 2017 (or nearest year)

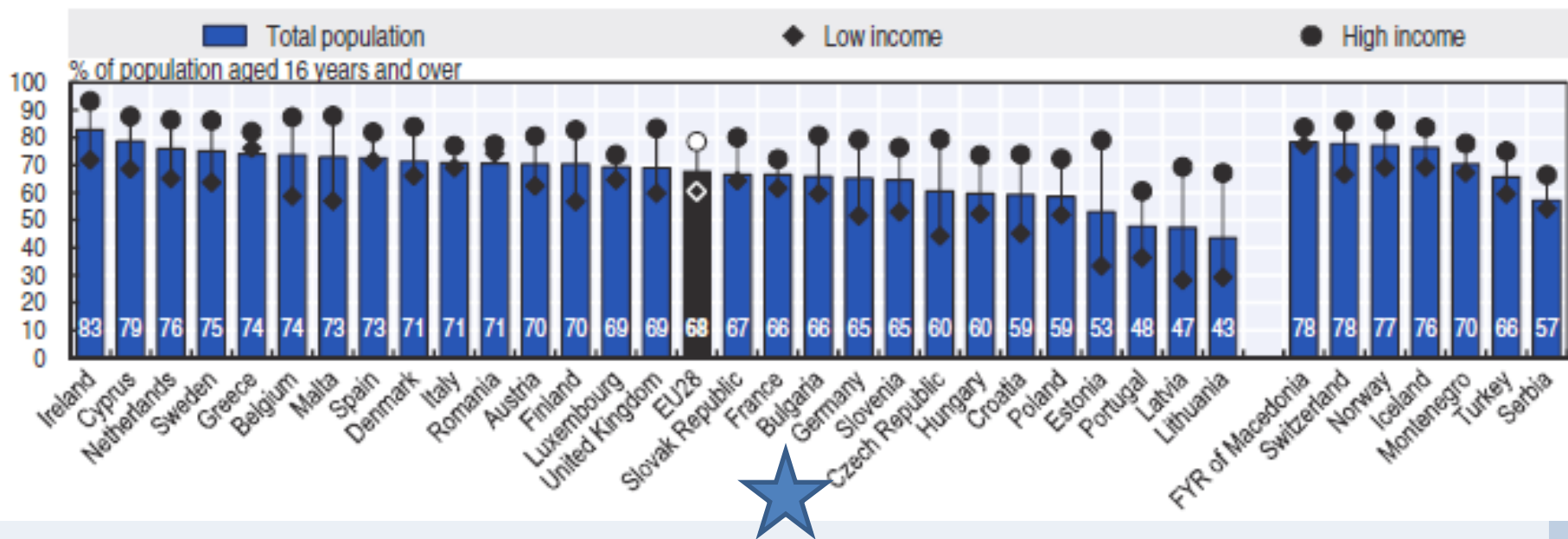


Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933835345>

Sozialer Gradient nach Health at a Glance

3.21. Health status perceived as good or very good, by income quintile, 2016 (or nearest year)



Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of a routine data analysis in Bavaria

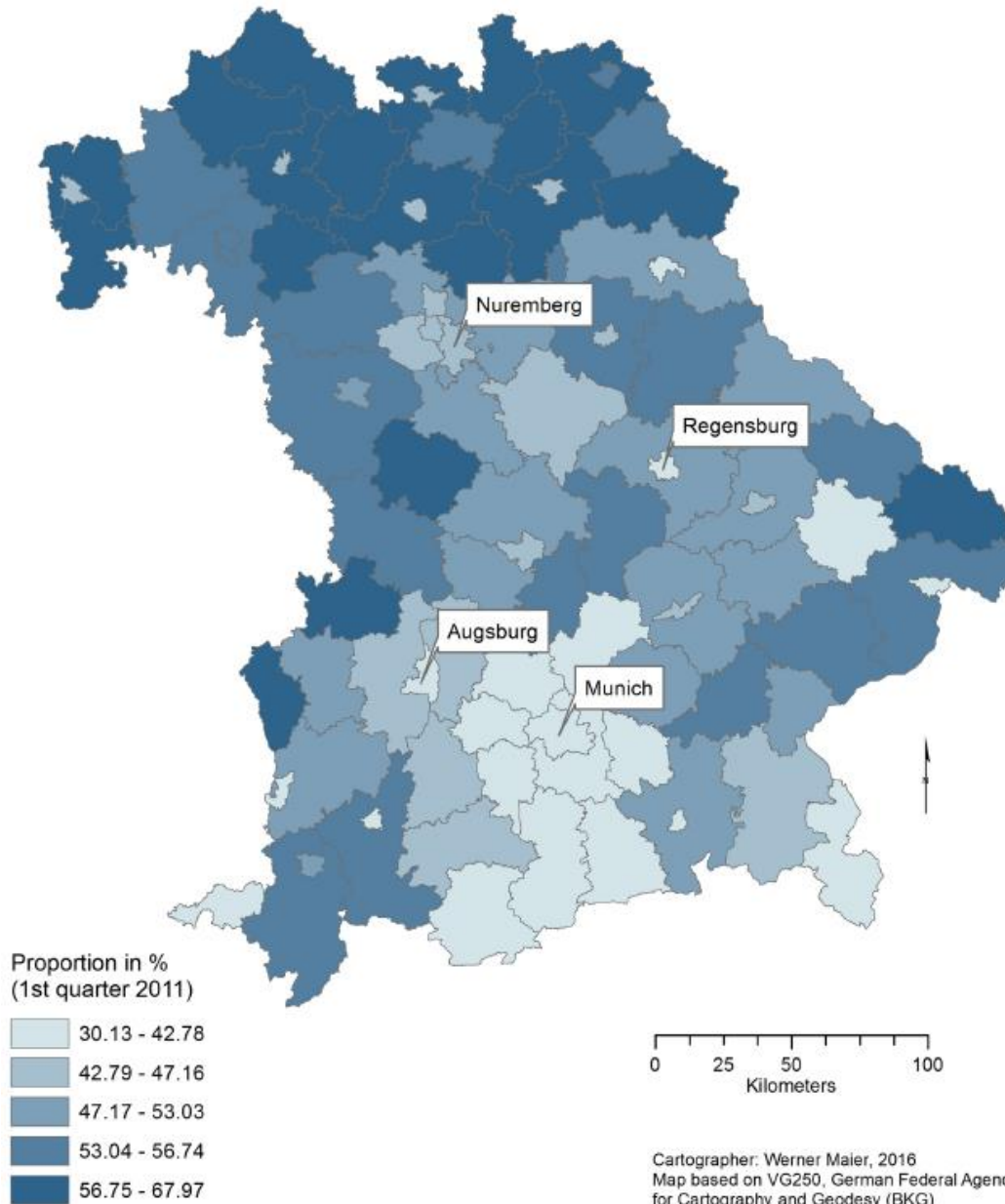
Conclusions: Koordinierte Versorgung ist mit geringeren Kosten für die ambulante Gesundheitsversorgung assoziiert und ist vor allem für vulnerable Gruppen von Bedeutung wie Ältere und solche mit psychischen Problemen. Die Rolle des Hausarztes als Koordinator sollte gestärkt werden, um die Versorgung dieser Patienten zu verbessern, zumal dies auch zur besseren Effizienz unseres Gesundheitssystems beitragen kann.

- Stadtpatienten sind wesentlich teurer für Krankenkassen als solche auf dem Land
- Daraus leiten Einige die Forderung nach einer Regionalkomponente bei Zuführungsbetrag aus dem Gesundheitsfonds ab
- Bedeutet: hohe Dichte an Leistungserbringern, insbesondere der sekundären und tertiären Versorgungsebene wirkt kostensteigernd. Bedeutet es bessere Versorgung oder geringere Effizienz?

Impact of regional socioeconomic variation on coordination and cost of ambulatory care: investigation of claims data from Bavaria

hausärztlich koordinierte Konsultation von Spezialisten war häufiger in ländlichen und soziodemografisch unterprivilegierten Regionen. Auch höheres Alter und chronische Erkrankung waren mit besser koordinierter Versorgung assoziiert. Kosten in städtischen Bezirken waren um 10-20€ pro Jahr höher als in ländlichen Regionen bedingt durch höhere Kosten für Spezialisten.

Proportion of patients with coordinated healthcare utilization by GPs





Regionale Unterschiede im hausärztlichen Tätigkeitsspektrum. Ergebnisse der querschnittlichen Beobachtungsstudie „Ambulante Versorgungsforschung Nord (AVFN)“

Ingmar Schäfer, Dagmar Lühmann, Martin Scherer: 52. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 15. September 2018

Weitere Publikationen dazu: Hansen et al. *BMC Family Practice* (2017) 18:68
DOI 10.1186/s12875-017-0637-x. Pohontsch et al. *Family Practice*,
2017, 1–7 doi:10.1093/fampra/cmz083

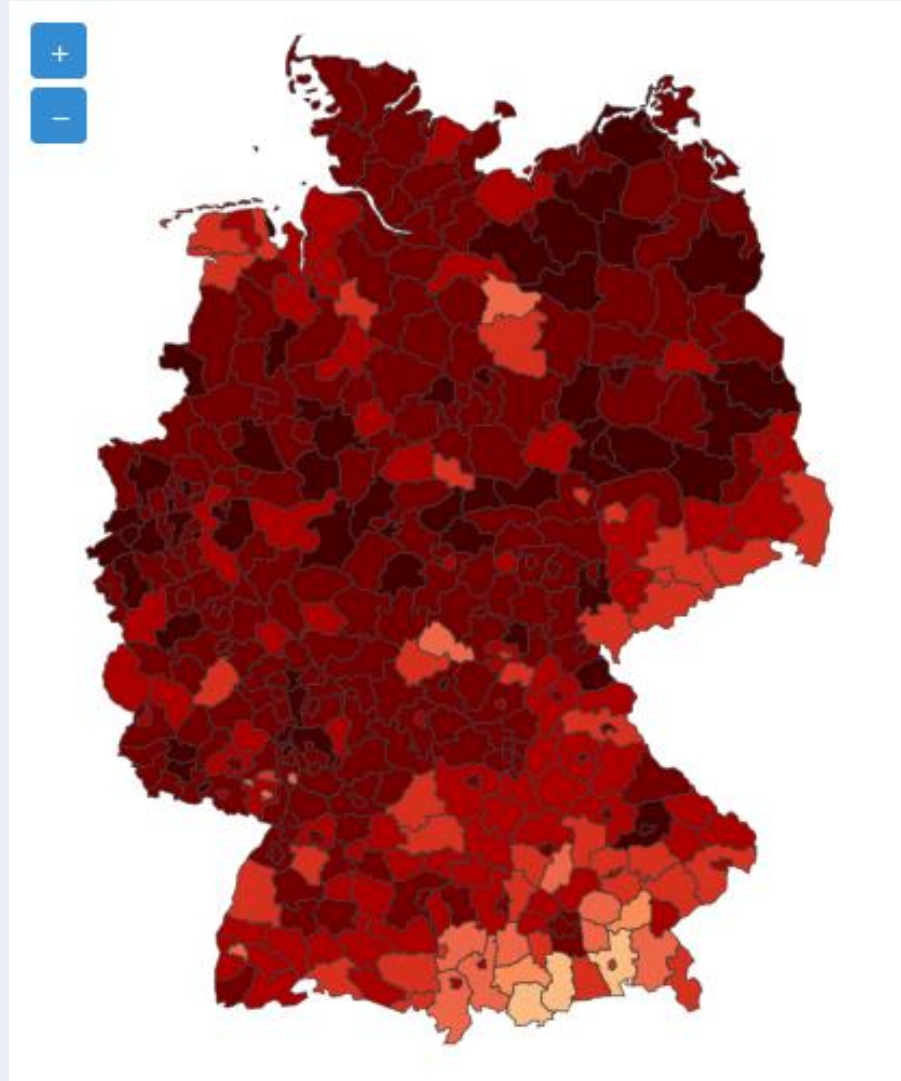
- Auf dem Land gibt es
 - eher Anlässe, die auch von Fachspezialisten verschiedener Fachgebiete behandelt werden
 - eher Leistungen der klassisch-somatischen Primärversorgung
 - kleinere Rolle der kommunikativen, präventiven und beratenden Medizin
 - seltener soziale Probleme in hausärztlichen Konsultationen
 - größere Anzahl an unterschiedlichen Leistungen
 - ein erklärender Faktor war das Spektrum an Weiterbildungen, die der Hausarzt absolviert hatte
 - mögliche Interpretation: **regional unterschiedliche Anforderungen des Praxisstandorts** werden durch entsprechende Weiterbildungen **ausgeglichen**

- Querschnittsstudie in Deutschland
- Signifikante Unterschiede zeigten sich bei 25 der 42 häufigsten Prozeduren hinsichtlich ländlich und städtisch praktizierender Ärzte
- Landärzte haben ein deutlich breiteres Spektrum an Tätigkeiten, insbesondere im Bereich kleine Chirurgie, Notfallmanagement und Pädiatrie

- Breites Konsortium, Leitung Prof. Norbert Donner-Banzhoff, Allgemeinmedizin Uni Marburg
- Thema: Linksherzkatheter bei Brustschmerzen und KHK: Analyse regionaler Variationen und Behandlungspfade zur Verbesserung der Indikationsqualität
- Hintergrund: Deutschland hat die meisten Herzkathetermessplätze im OECD-Bereich, aber keineswegs die geringste kardiovaskuläre Mortalität. Unsicherheit, wie am besten Versorgung gesteuert werden sollte

- TP A: Beobachtungsstudie an GKV-Routinedaten, Modellentwicklung erwartete-beobachtete LHK-Versorgung
- TP B: qualitative Befragung von Ärzten und Patienten
- TP C: Implementierung von Behandlungspfaden in 4 Hochversorgungs-Regionen (Proof-of-concept mit Vorher-Nachher-Vergleich)
- Wir sind gespannt auf Ergebnisse, sollten auch in Leitlinien einfließen

Zeigt
regionale
Unterschiede
und
besonderen
Interventions-
bedarf



- Cave zu forsche Rückschlüsse anhand von ICD-Codes, da Kodierungsqualität in Deutschland schlecht ist und eher der Abrechnungs- und Verordnungsbegründung dient
- Man kann daraus aber Hypothesen generieren und dann die Versorgungssituation genauer beleuchten anhand Vergleich mit Prozeduren und Verordnungen sowie epidemiologischer Daten und weiterer Studien

- Existieren bereits überall dort, wo es ausreichend ausgestattete universitäre Institute für Allgemeinmedizin gibt
- Bekommen jetzt weiteren Schub durch Förderprogramm für 5 Jahre: 6 regionale Netzze plus Koordination durch DESAM- ForNet, allerdings nicht flächendeckend
- Starten zum 1.2. 2020

- Regionalisierte Versorgungsforschung liefert wichtige Hinweise für Verbesserungspotenzial sowohl auf regionaler als auch auf Systemebene
- Innovationsfonds aber auch sonstige Forschungsförderungsprogramme bieten hier sehr hilfreiche Unterstützung
- Wir müssen die Erkenntnisse aber auch kritisch hinterfragen und ggf. konsequent umsetzen, statt populistischen Aktionismus zu pflegen