

1 | Versorgungsunterschiede als Gestaltungsansatz

Die Gesundheitswirtschaft ist in erheblichem Umfang durch Unterschiede in der Versorgung geprägt. Nicht nur zwischen Agglomerationen und ländlichen Regionen, sondern auch zwischen strukturell vergleichbaren Regionen bestehen erhebliche Unterschiede. Die Versorgungsforschung fragt daher danach, wie Potenziale in der Versorgungsrealität bei den Patienten ankommen, wie und in welchem Umfang Über-, Unter- und Fehlversorgung identifiziert und schließlich auch beseitigt werden können.

Ein Forschungsthema des IAT-Schwerpunktes Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität liegt in der Analyse von Versorgungsstrukturen und deren Optimierung. Neben einer wissenschaftlichen Betrachtung ist es erklärtes Ziel, Erkenntnisse und Erfahrungen in die Praxis zu übertragen und systemübergreifende Lösungen gemeinsam mit Partnern zu entwickeln, um ein optimales Versorgungsdesign zu erreichen.

Wichtige Ansatzpunkte der Analyse ergeben sich aus der Auswertung regionaler und sozialer Unterschiede in der Versorgung sowie der Auswertung von Versorgungsprozessen etwa beim Zuweisungsverhalten und der Koordination zwischen den Sektoren. Will die Versorgungsforschung gleichzeitig zu einer Verbesserung des Versorgungsdesigns beitra-

gen, müssen die Ergebnisse entweder dazu genutzt werden, die politische Steuerung zu verbessern, oder aber Strategien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln, die Anreize für die untereinander im Wettbewerb stehenden Anbieter in Form verbesserter Geschäftsmodelle liefern. Insofern können Versorgungsdefizite auch als Chance für die Entwicklung von Geschäftsstrategien von Gesundheitsunternehmen interpretiert werden.

Unterschiede in der Versorgung ergeben sich zum einen durch Nachfrageverhalten aufgrund von Schwankungen in der Inzidenz sowie erheblicher Patientenwanderungen und zum anderen aus einer ungleichen Verteilung und Qualität der Angebote. Sowohl das Nachfrageverhalten als auch das Angebot kann die Versorgungsforschung systematisch aufarbeiten, um damit Verbesserungspotenziale für das Versorgungsdesign aufzeigen.

Das Nachfrageverhalten der Patienten ist durch massive Wanderungsbewegungen geprägt. Eine Analyse der Wohn- und Behandlungsorte der Patienten auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte zeigt, dass von den knapp 18 Mio. im Krankenhaus behandelten Patienten insgesamt 45,1 Prozent nicht an ihrem Wohnort behandelt wurden. Unterscheidet man dabei zwischen elektiven und akuten Patienten, so zeigt sich, dass der Wanderungsanteil

bei elektiven Fällen sogar über 50 Prozent liegt (z.B. chronisch ischämische Herzerkrankungen 54,4 Prozent, Arthrose des Kniegelenks 50 Prozent), während der Wanderungsanteil bei akuten Fällen (z.B. Hirninfarkt 39,8 Prozent oder bei überwiegend hochaltrigen Patienten (z.B. Herzinsuffizienz 34,8 Prozent) deutlich abnimmt. Ursachen für dieses Wanderungsverhalten können einerseits mit den Wohnorten (Nähe zur Regionsgrenze), ebenso aber mit der Wahl von Kompetenzzentren oder dem Zuweiserverhalten zusammenhängen.

2 | Versorgung am Beispiel Herzinsuffizienz und Schlaganfall

Am Beispiel von zwei häufigen Erkrankungen, dem Hirninfarkt und der Herzinsuffizienz, können deutliche Unterschiede festgestellt werden: Im Jahr 2009 wurden gut 360.000 Patienten mit Herzinsuffizienz und gut 225.000 Patienten mit einem Hirninfarkt in Krankenhäusern behandelt. Beide Erkrankungen zählen zu den häufigsten Ursachen für Tod, Behinderungen und Pflegebedürftigkeit. Die Krankenhausinzidenz¹ bei der Herzinsuffizienz betrug durchschnittlich 44,18 Fälle je 10.000 Einwohner und schwankte regional zwischen 3,83 im Kreis Dittmarschen und 94,89 im Kreis Uecker-Randow.

¹ Quelle: Krankenhausfälle nach Wohnort der Patienten. Krankenhausentlassungsstatistik, Forschungsdatenzentrum des Bundes und der Länder 2009.

Von der Versorgungsforschung zur Marktanalyse

Beim Hirninfarkt betrug die durchschnittliche Zahl der Fälle 27,47 je 10.000 Einwohner und schwankte zwischen 1,84 im Kreis Dittmarschen und 45,29 in Saarlouis.

Da es sich sowohl bei der Herzinsuffizienz als auch beim Hirninfarkt um Erkrankungen mit einer Häufung im höheren Alter handelt, läge ein möglicher Erklärungsansatz für die gravierenden Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung. Allerdings liegt der Anteil der über 75-jährigen Bevölkerung nicht nur in Saarlouis und im Kreis Uecker-Randow über dem Bundesdurchschnitt, sondern auch im Kreis Dittmarschen, wo der Anteil die beiden anderen Regionen sogar noch übertrifft. Hinzu kommt, dass in vielen Regionen entweder die Hospitalisierung von Herzinsuffizienzpatienten über- und die Schlaganfallhäufigkeit unterdurchschnittlich ist und ebenso umgekehrt. Insofern bedarf die Erklärung der gravierenden Unterschiede in der Inzidenz entsprechend differenzierter Analysen.

Unterschiede zeigen sich aber nicht nur in der Inzidenz, sondern in ebenso erheblichem Umfang in der Versorgung. Dies lässt sich ebenfalls an den beiden genannten Beispielen verdeutlichen: Bei der Herzinsuffizienz bietet eine biventrikuläre Stimulation durch einen Defibrillator in vielen Fällen eine adäquate Therapie; bei Hirninfarktpatienten sind vielfach Rehabilitationsmaßnahmen erforder-

lich. In beiden Beispielen zeigen sich erhebliche Unterschiede.

Während der Anteil der Herzinsuffizienzpatienten, die einen biventrikulären Defibrillator erhielten, im Bundesdurchschnitt bei 1,78 Prozent lag², lag die Schwankungsbreite der Implantationen nach Wohnort der Patienten bei 21 Prozent, wobei die 15 Kreise bzw. kreisfreien Städte mit den höchsten Werten alle eine Quote von über 5 Prozent erreichten und die 15 Regionen mit den niedrigsten Werten unter 0,4 Prozent aufwiesen. Dabei wurde die Hälfte der Implantationen in 20 Prozent der Standorte der Krankenhäuser durchgeführt und 10 Prozent der Implantationen allein durch die fünf Standorte mit den höchsten Implantationsraten. Damit zeigt sich bei den Herzinsuffizienzpatienten, dass einerseits der Wohnort der Patienten in erheblichem Umfang dafür mit verantwortlich ist, ob die Patienten eine entsprechende Therapie erhalten und dass hierfür die Nähe zu spezialisierten Krankenhäusern eine maßgebliche Rolle spielt.

Beim Schlaganfall können die Unterschiede anhand der Rehabilitationsquoten verdeutlicht werden. Hier können zunächst die Nebendiagnosen von

Schlaganfallpatienten als Indiz für den Bedarf an Rehabilitation genutzt werden. 55 Prozent der Schlaganfallpatienten leiden unter Lähmungen und 50 Prozent unter Sprech- und Sprachstörungen. Ein Vergleich der Quoten derjenigen Schlaganfallpatienten, die an einer stationären Rehabilitation zur Regeneration von den Schlaganfallfolgen teilnehmen, zeigt, dass dies z.B. in Sachsen durchschnittlich 39 Prozent und in Nordrhein-Westfalen 28 Prozent der Patienten betrifft. In beiden Bundesländern besteht zudem regional eine hohe Varianz. Die Spannbreite in Sachsen liegt dabei zwischen fast 57 Prozent in Dresden und knapp 27 Prozent in Chemnitz. In Nordrhein-Westfalen liegt die Spannbreite sogar zwischen unter 20 und über 50 Prozent. Damit zeigen sich auch bei den Schlaganfallpatienten erhebliche regionale Unterschiede in der Versorgung.

3 | Ansatzpunkte für das Versorgungsdesign und die Marktentwicklung

Die hier nur sehr grob skizzierten Unterschiede zeigen nicht nur, dass die Versorgung regional stark schwankt, sondern auch, dass erhebliche Potenziale zur Verbesserung der Versorgung sowie der Marktentwicklung bestehen. Die Erschließung dieser Potenziale bedarf selbstverständlich detaillierterer Analysen. Die Beispiele zeigen aber bereits, welche Ansatzpunkte hierfür u.a. bestehen.

² Quelle: OPS Statistik nach Wohnort des Patienten, Statistisches Bundesamt 2010. Berücksichtigt sind ausschließlich Erstimplantationen (ohne Aggregatwechsel; OPS 5-377.7).

Die erheblichen – auch altersunabhängigen – Unterschiede in der Inzidenz von Erkrankungen zeigen, dass beträchtliches Potenzial in Präventionsstrategien besteht. Diese beziehen sich nicht nur auf allgemeine Verhaltensänderungen, sondern auch auf gesundheitliche Risikofaktoren, die für Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Schlaganfälle wesentlich verantwortlich zeichnen. Hierzu zählt etwa die Therapie von Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes und Vorhofflimmern. Eine konsequente Behandlung dieser „Volkskrankheiten“ kann maßgeblich zur Vermeidung von schwerwiegenden Komplikationen beitragen.

Aber auch die Art der Behandlung etwa von Herzinsuffizienz kann dazu beitragen, Hospitalisierungen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Spezialisierte Angebote einer elektrophysiologischen Therapie in Verbindung mit konsequenten Zuweisungsstrategien bieten Krankenhäusern wie auch Zulieferunternehmen Chancen der Profilierung sowie der Markterschließung bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgung.

Auch in der Schlaganfallversorgung scheinen in einer besseren Abstimmung der Rehabilitationsmaßnahmen erhebliche Potenziale zu liegen. Dies kann im Bereich des Ausbaus von Comprehensive-Stroke-Units mit einem entsprechenden Rehabilitationsangebot im Krankenhaus, aber auch in der

Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen und dem Management möglichst reibungsloser Überleitungen von der Akutversorgung in die Rehabilitation erfolgen. Auch hier sind differenzierte Strategien erforderlich, um die Versorgung zu optimieren und Marktchancen zu erschließen.

Für die Umsetzung entsprechender Strategien sind i.d.R. sektor übergreifende Systemlösungen erforderlich, bei denen unterschiedliche Anbieter und Zulieferer kooperieren. Derartige Systemlösungen zu organisieren ist eine Herausforderung für ein Versorgungsdesign, das auf die Bildung von Netzwerken setzt. Diese bieten einerseits erhebliche Marktchancen, können aber durch die Verbesserung der Versorgung, die Vermeidung von Rezidiven, Hospitalisierungen und Pflegebedürftigkeit auch zur Reduzierung der Gesamtkosten des Gesundheitssystems beitragen. Zielsetzung von Versorgungsforschung und Versorgungsdesign ist damit eine gleichzeitige Optimierung der Versorgung, der Erschließung von Marktchancen und der Reduzierung von Gesamtkosten. Diese sind anhand detaillierter empirischer Analysen zur Versorgung sowie der darauf aufbauenden Gestaltung des Versorgungsdesigns möglich.