

Regionale Unterschiede von Krankenhaus- häufigkeiten bei ambulant-sensitiven Konditionen

Dr. Martin Albrecht, IGES Institut

14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung
Berlin, 9. Oktober 2015

1. Gesundheitspolitischer Kontext
2. Ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ASK):
Abgrenzung, methodisches Vorgehen, Datengrundlage
3. ASK in Deutschland: Ausmaß, Diagnosestruktur,
Leistungen
4. Regionale Unterschiede der ASK-Häufigkeiten und
mögliche Ursachen
5. Fazit

1. Gesundheitspolitischer Kontext

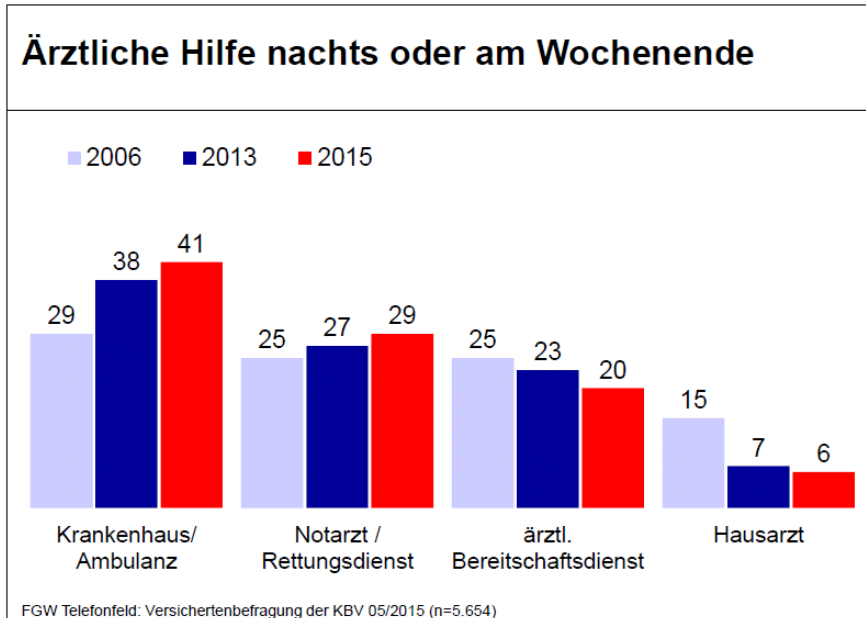
Führen Lücken in der ambulanten Versorgung zu vermeidbaren Ausgaben für Krankenhausbehandlung?

- Fokus: geringere Arztdichte in ländlichen Regionen

Ambulante ärztliche Versorgung außerhalb Sprechstunden zunehmend durch Klinik-Notaufnahmen

- Schätzung: über 10 Mio. ambulante Notfallbehandlungen jährlich (DGINA 2015)
 - entspricht 52% aller Notaufnahmen, davon 80% gegenüber KVen abgerechnet
 - Ca. 1/3 der Fälle „allgemeine Notfallbehandlungen“ (prinzipiell vertragsärztliche Versorgung möglich)
 - Zunahme ambulanter Notfallbehandlungen von GKV-Patienten (2013: +9%)

Anteil Vertragsärzte an Bereitschafts-/ Notdienst gesunken



GVK-VSG

- Kooperationsverpflichtung KVen und Krankenhäuser
- Abbau von Doppelstrukturen
- Entlastung Bereitschaftsdienste

Diskussion über Gründe

- Jüngere umgehen (Termin-)Wartezeiten bei Fachärzten
- (Finanzielle) Anreize von Kliniken, Notfälle stationär aufzunehmen

➔ **ambulantes Potential**

Quelle: KBV (2015)

2. Ambulant-sensitive Krankenhausfälle Abgrenzung, methodisches Vorgehen, Datengrundlage

Diagnosen, bei denen Krankenhausaufenthalte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung verhindert werden können.

- akute Erkrankungen, die durch Impfungen oder andere präventive Maßnahmen zu verhindern gewesen wären,
- akute Erkrankungen, die im ambulanten Bereich kontrolliert werden könnten (z. B. bakterielle Pneumonie),
- chronische Erkrankungen, die bei qualitativer und adäquater Versorgung weniger akute Episoden bzw. Verschlechterungen aufweisen würden (z. B. bei Diabetes Mellitus).

Diagnosen-Auswahl für ASK

Erkrankung	ICD10-Code
Asthma	J45, J46
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I10, I11.9 I50. I11.0
Diabetes	E10.1-E10.8, E11.0-E11.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8
Chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	J41-J44, J47
Angina Pectoris	I20, I24.0, I24.8, I24.9
Dehydration	E86
Hals-, Nasen-, Ohreninfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J31.2
Pneumonie (Lungenentzündung)	J12-J18
Akute Bronchitis	J20
Depression	F32
Chronische ischämische Herzkrankheit	I25
Demenz	F00, F01, F02, F03

Quelle: Albrecht/Schliwen/Loos 2014



Filterkriterien

- ASK, Notfälle und Kurzlieger
- Krankenhausfälle ohne Kleinkinder (bis 4 Jahre)

Datengrundlage

- Sonderauswertungen der DRG-Statistik (§21-Daten) durch Statist. Bundesamt
- Untererfassung bei Depression und Demenz
- Zeitraum: 2011-2013

3. **ASK in Deutschland**

Ausmaß, Diagnosestruktur, Leistungen

Ca. 2 Mio. ASK-Fälle (2013)

vor allem wegen Herz-/Lungenbeschwerden

ASK-Fälle insgesamt	2.030.132
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	20,1%
Pneumonie (Lungenentzündung)	13,3%
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	13,1%
Angina Pectoris	11,8%
Chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	11,8%
Chronisch Ischämische Herzkrankheit	9,1%
Diabetes	7,5%
Dehydration	4,9%
Akute Bronchitis	3,6%
Hals-, Nasen-, Ohreninfektion	2,3%
Asthma	1,3%
Depression	0,6%
Demenz	0,6%

Quelle: IGES (2015) auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Zunahme der ASK-Fälle durch Grippewelle 2012/2013

	2011	2012	2013
ASK-Fälle insg.	1.899.474	1.954.599	2.030.132
Zuwachs abs.		55.125	75.533
Zuwachs %		+2,9%	+3,9%
darunter:			
Pneumonie (Lungenentzündung)	243.958	248.937	269.791
Akute Bronchitis	53.187	57.983	73.679
Hals-, Nasen-, Ohreninfektion	39.685	40.418	46.254
Summe Diagnosegruppen	336.830	347.338	389.724
Zuwachs Diagnosegruppen		+10.508	+42.386

→ **RKI** (2013): Influenza-Saison 2012/2013: **32.000** Exzess-Hospitalisierungen

Quelle: IGES (2015) auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

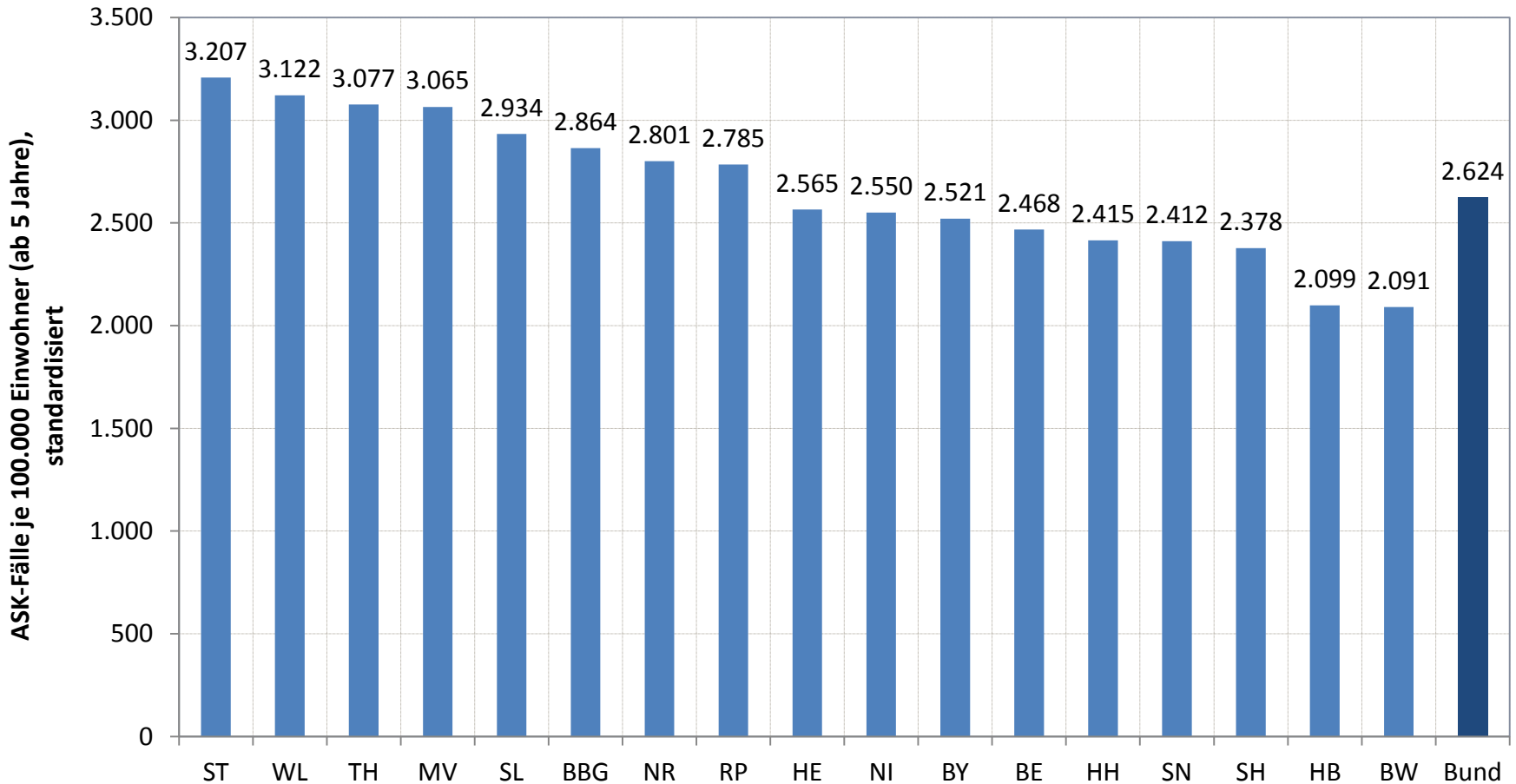
ASK-Behandlungen: überwiegend Diagnostik, selten Operationen

Erkrankung	Anzahl Prozeduren (in Tsd.)	davon Anteil			
		diagnostische Maßnahmen	bildgebende Diagnostik	Operationen	nicht-operative Maßnahmen
hypertensive Herzkrankheit (mit kong. HI)	817,9	30,5 %	21,1 %	4,8 %	41,0 %
Angina Pectoris	738,2	32,3 %	11,0 %	4,5 %	51,5 %
chronisch ischämische Herzkrankheit	702,2	27,8 %	9,3 %	9,6 %	52,6 %
chronische Bronchitis, COPD u.a.	540,8	48,6 %	17,6 %	3,0 %	29,1 %
Diabetes	392,0	11,1 %	22,5 %	26,9 %	33,2 %

Quelle: IGES (2015) auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

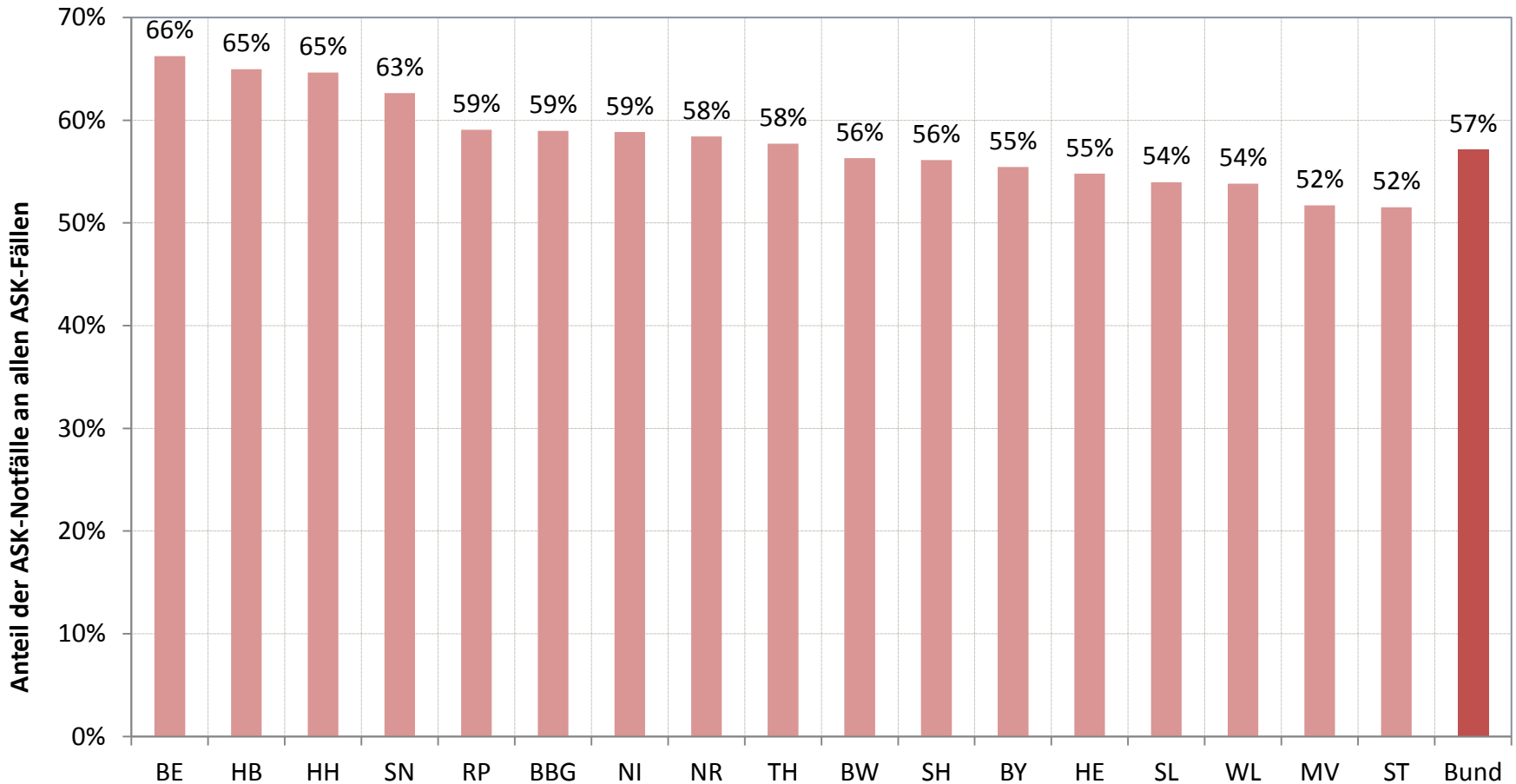
4. Regionale Unterschiede der ASK-Häufigkeiten und mögliche Ursachen

ASK-Häufigkeit schwankt regional um rd. +/- 20% um Bundesdurchschnitt (2013)



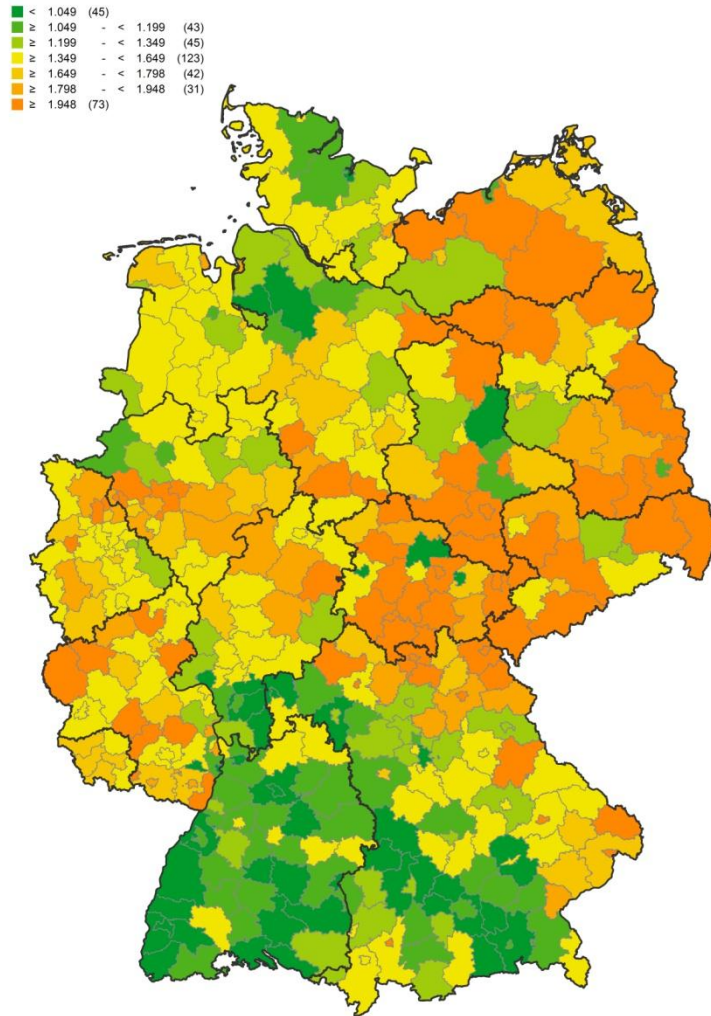
Quelle: IGES (2015) auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Hoher Notfall-Anteil an ASK-Fällen in Stadtstaaten (2013)



Quelle: IGES (2015) auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Häufigkeiten von ASK-Fällen mit Notfallaufnahme auf Kreisebene (2013)

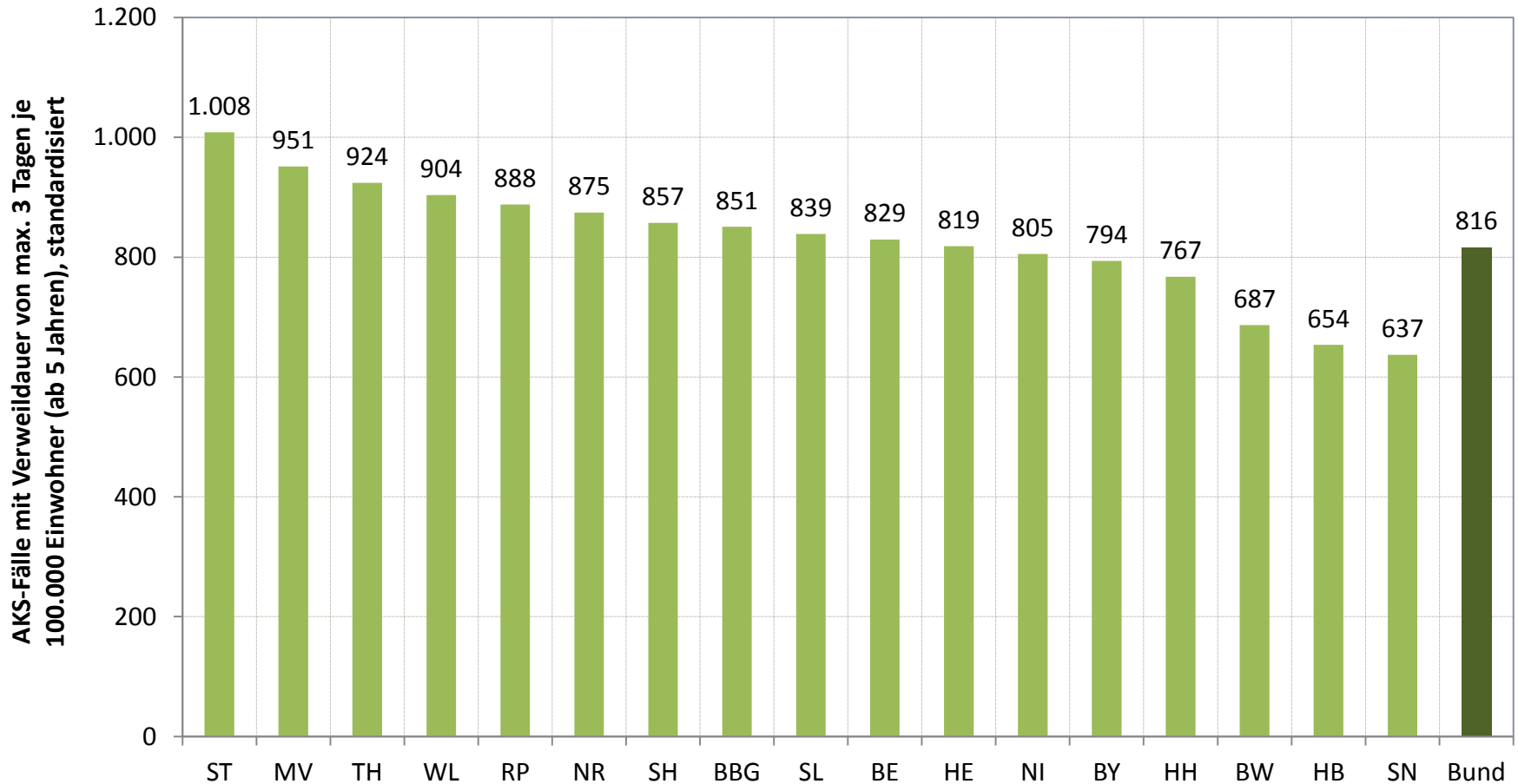


größere Heterogenität innerhalb der KV-Regionen

- Variation der ASK-Häufigkeit auf Kreisebene zwischen -43% und +72% bzw. um Faktor 3,0

Quelle: IGES (2015) auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Regionale Abweichungen ASK-Kurzlieger-Rate zwischen +24% und -22%



Quelle: IGES (2015) auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

ASK-Häufigkeiten in ländlichen Regionen deutlich höher (2013)

Regions-/ Kreistyp	ASK insg.	ASK-Notfall	ASK- Kurzlieger	ASK-Notfall & Kurzlieger
	je 100.000 Einwohner (ab 5 Jahre)			
Großstadt- zentrum	2.257	1.406	723	382
nahes Nebenzentrum	2.406	1.317	777	384
nahe Umgebung einer Großstadt	2.382	1.354	801	414
weitere Umgebung einer Großstadt	2.765	1.542	842	419
außerhalb Großstadt- Umgebung	2.894	1.595	868	438
Ruhrgebiet	3.373	1.939	991	490

Quelle: IGES (2015) auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Welche Faktoren können regionale ASK-Unterschiede erklären?

Regionale ASK-Häufigkeit

- Kreisebene



Regionale Unterschiede

- Hausarztichte
- Facharztichte
- Krankenhaus-Bettendichte
- Morbidität (Lebenserwartung)
- sozioökonomisch (Arbeitslosenquote)
- Infrastruktur (Pkw-Erreichbarkeit des nächsten Oberzentrums)

Negativer Einfluss der Arztdichte auf ASK, Morbidity hat stärksten Einfluss

(stand. Häufigkeit aller ASK-Fälle) unabhängige Variable	Koeffizient
Hausarztdichte	-0.00211*
Facharztdichte	-0.00167***
Krankenhaus-Bettendichte	0.00154***
Lebenserwartung	-0.06571***
Arbeitslosenquote	0.01218***
Pkw-Erreichbarkeit nächstes Oberzentrum	0.00667
Konstante	13.40***
Anzahl der Beobachtungen	402
erklärte Varianz	0,4050

Quelle: IGES (2015) auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes
Signifikanz: *** ≤ 1%, ** ≤ 5%, * ≤ 10%

5. Fazit

ASK kennzeichnen ein Potential vermeidbarer Hospitalisierung.

Regionale ASK-Unterschiede sind ausgeprägt:

- zwischen, stärker noch innerhalb von KV-Bezirken;
- auch nach Berücksichtigung von Unterschieden der Alters- und Geschlechtsstruktur;
- in ländlichen Regionen ASK häufiger als in städtischen;
- Unterschiede der Vertragsarztdichte und vor allem der Morbidität erklären ASK-Unterschiede.

Einsparpotenziale bei stationären Ausgaben

- Rd. 450 Mio. €, wenn überall ASK-Häufigkeit höchstens dem Durchschnitt im Ausgangspunkt entspräche (2011).

Quelle: Albrecht/Sander (2015)

IGES Institut
Dr. Martin Albrecht

www.iges.com