

# Versorgungsforschung, Evaluation und Monitoring: Ohne Sekundärdaten nicht mehr zeitgemäß?

Enno Swart

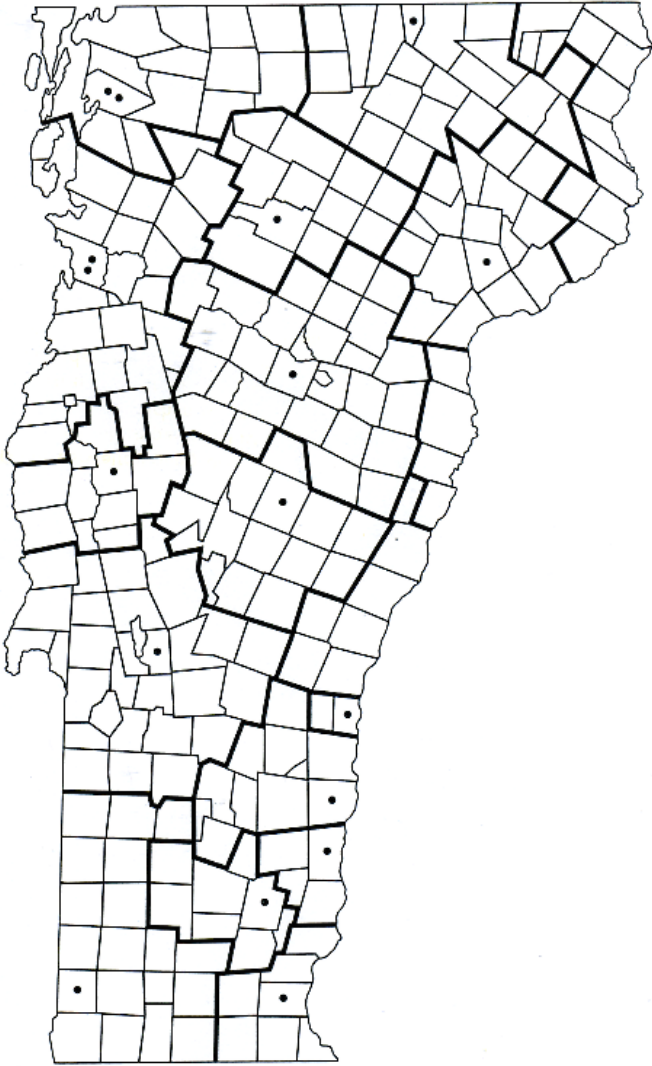
Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG)  
Medizinische Fakultät  
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
[www.med.uni-magdeburg.de](http://www.med.uni-magdeburg.de)



MEDIZINISCHE FAKULTÄT  
UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.Ö.R.

# Gliederung

- Vorbild und Leuchtturm der kleinräumigen Versorgungsforschung: John Wennberg
- Deutschland auf Wennbergs Spuren
- Welche Rolle spielen Sekundärdaten?
- Konkrete Anwendungen: Evaluation und Monitoring



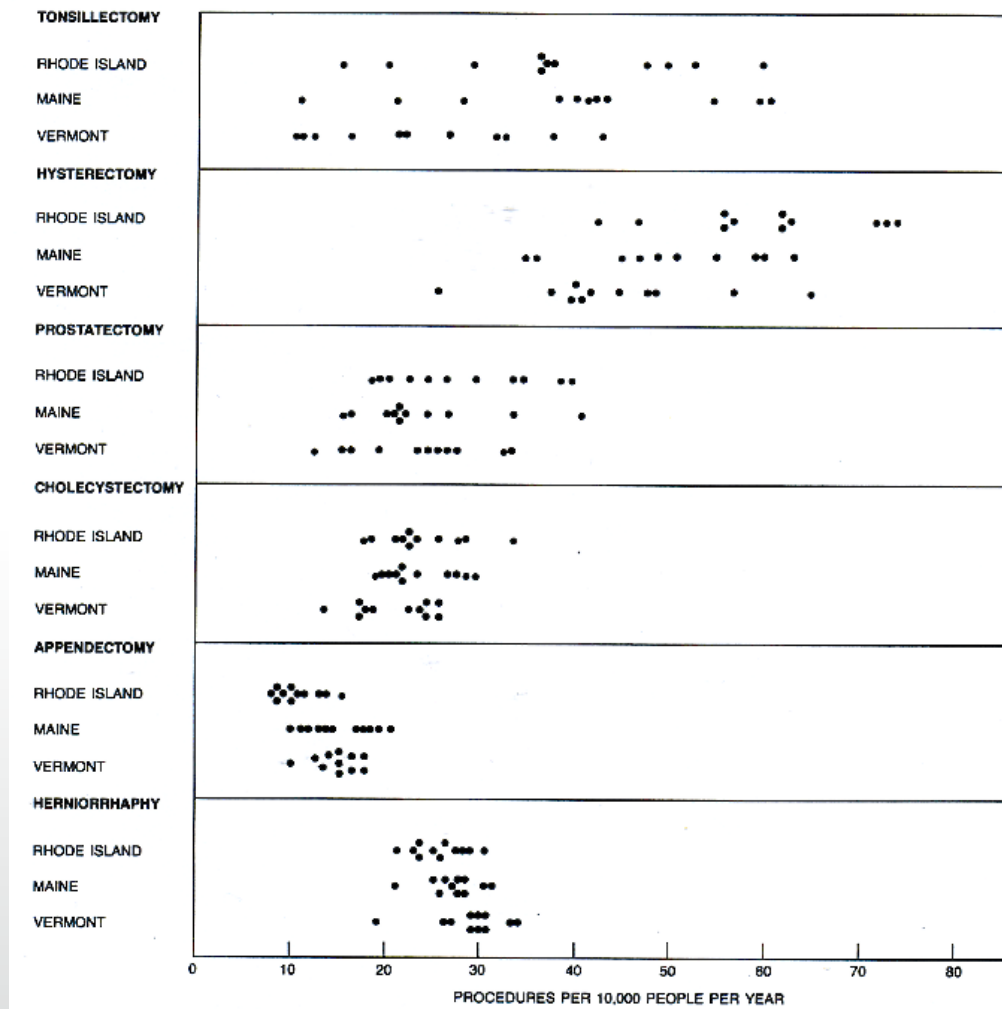
**Beginn** der kleinräumigen Versorgungsforschung vor rund 30 Jahren in den USA(Wennberg)

### **Wennbergs Ansatz:**

Eine zip-code-Region wird dem Krankenhaus zugeschlagen, das die Mehrheit der Einwohner versorgt.

Kleinräumige Untersuchung der Inanspruchnahme nach diesen sog. **hospital services areas**

Quelle: Wennberg und Gittelsohn 1982

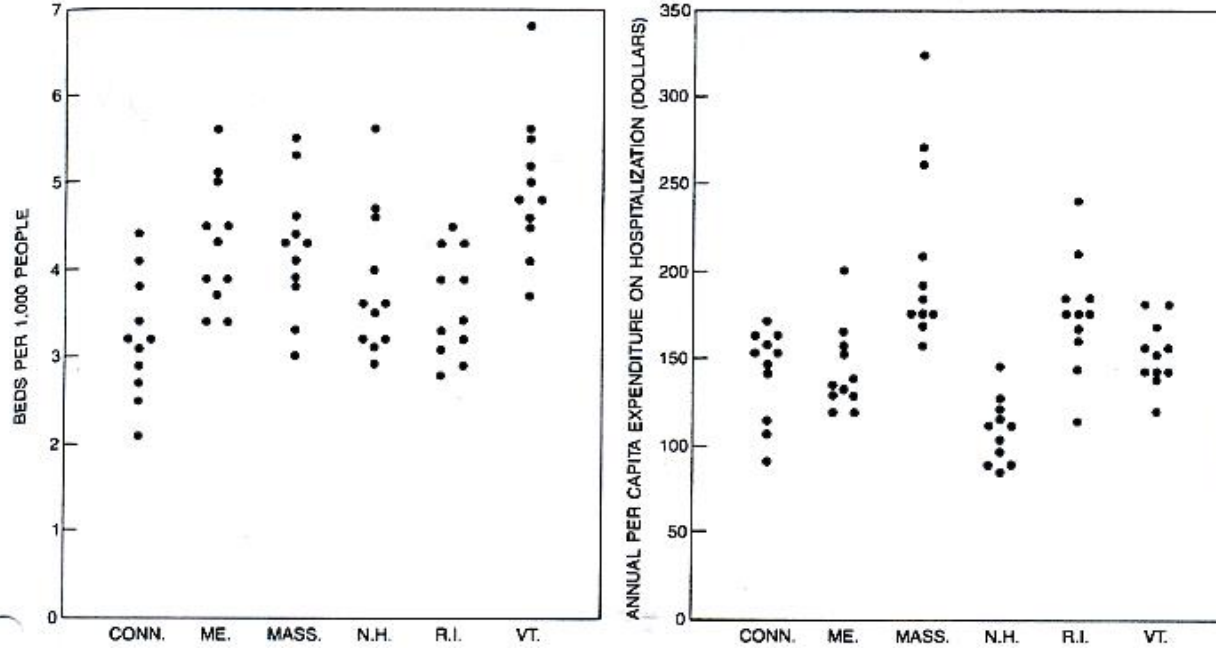


Quelle: Wennberg und Gittelsohn 1982

## Zentrales Ergebnis:

**Variabilität** in der Inanspruchnahme ist überall zu finden, aber **unterschiedlich stark ausgeprägt**.

Sie ist u.a. abhängig von der Dringlichkeit der Indikation, jedoch nur begrenzt von der Häufigkeit (**Prävalenz**) bzw. der Neuerkrankungsrate (**Inzidenz**) der Grunderkrankung.



NUMBER OF HOSPITAL BEDS per capita and the annual amount spent per capita on hospital treatment also show the influence of geographic variations in medical care. The data are for the 11 most populous hospital areas in each of the six New England states. The number of hospital beds per 1,000 people (adjusted for the number of people who leave their hospital area for treatment) ranges from about two to more than six. The ratios thus range from well below to well

above the four beds per 1,000 established by the Federal Health Planning Program as a standard. Furthermore, the variation in each state is so great that the number of beds per capita in the state or county as a whole (a measure often employed by health-planning agencies) bears little relation to the conditions prevailing in each community. The average amount spent on treatment in hospitals in 1975 ranged from less than \$100 per capita to more than \$300 in the 66 areas.

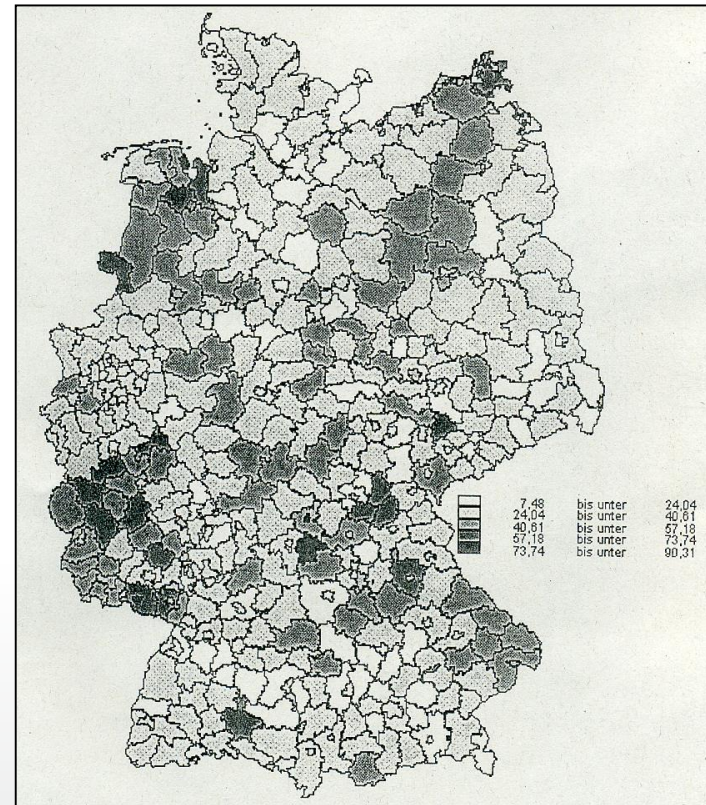
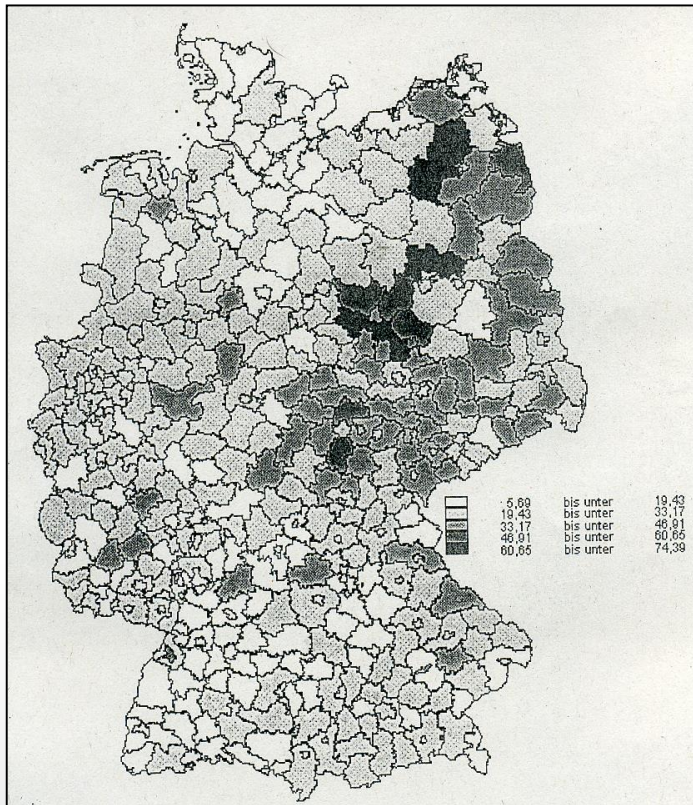
Quelle: Wennberg und Gittelsohn 1982

Variabilität zeigt sich nicht nur in der Inanspruchnahme, sondern ebenso in der **Struktur der Versorgung** (Krankenhausbetten; li) und **Krankenhausfinanzierung**; re)

## Zwischenfazit I

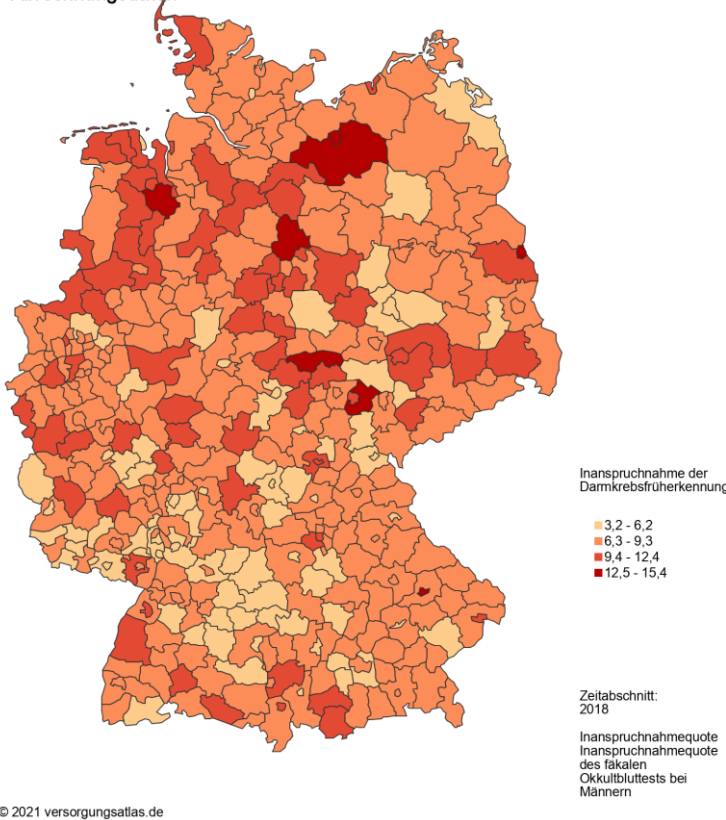
- (kleinräumige) Variabilität der Inanspruchnahme die Regel und nicht die Ausnahme
- Gründe für die Variabilität liegen nur teilweise in unterschiedlichen regionalen Bedarfen
- Maßgeblich sind strukturelle, angebots-(Leistungserbringer-)bezogene und nachfrage-(Patienten-)bezogene Faktoren
- Es stellt sich dabei die Frage nach dem angemessenen, bedarfsgerechten Niveau der Versorgung  
(Wennberg: ‚*Which rate is right*‘)



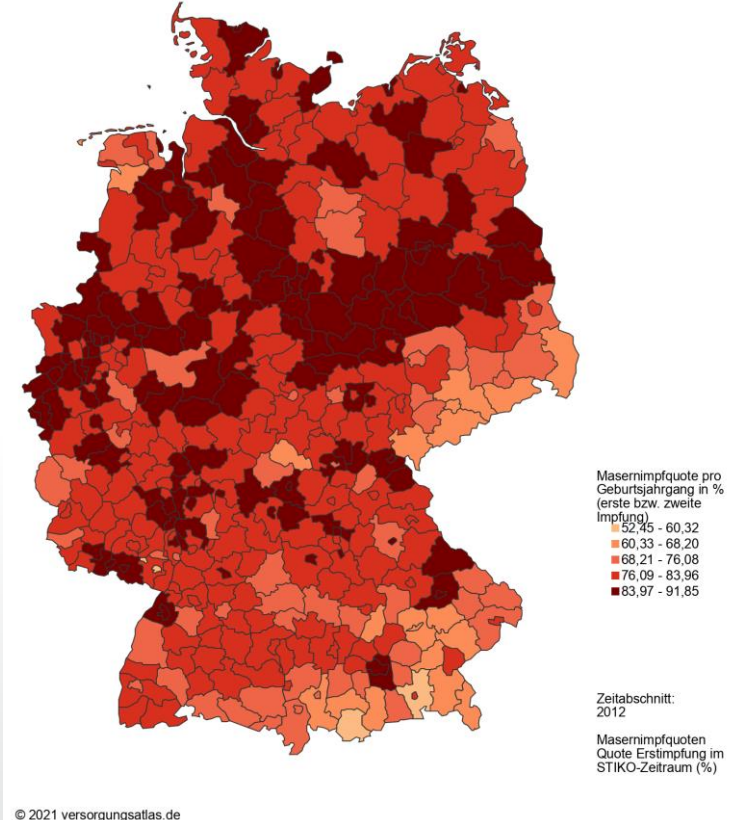


Auf der **Ebene der Landkreise** ist auch in Dtl. eine ausgeprägte Streuung bei der Inanspruchnahme stationärer Leistungen zu beobachten. Auch ohne Extremwerte streuten 1996 die Raten für **Appendizitis (li)** und für **Affektionen der Tonsillen (re)** etwa um den **Faktor 3,5**.

Inanspruchnahme der Darmkrebsfrüherkennung in den Jahren 2009 bis 2018: eine Bestandsaufnahme auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

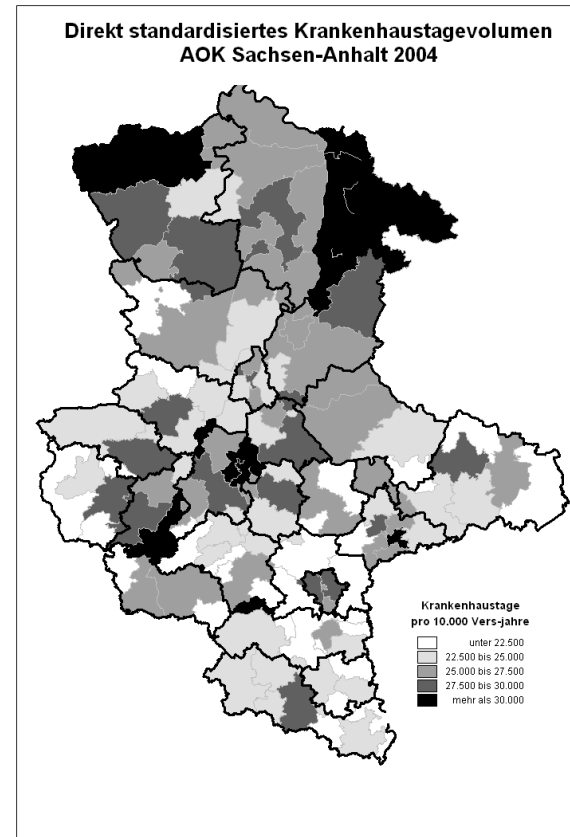
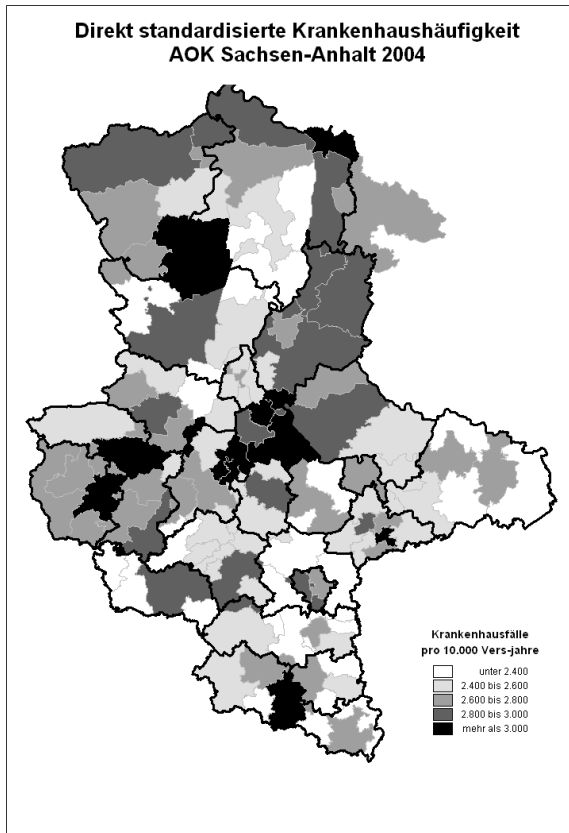


Masernimpfungen gemäß STIKO-Empfehlungen anhand vertragsärztlicher Abrechnungsdaten von 2009 bis 2014



Die Analyse der kleinräumigen Variabilität hat sich inzwischen etabliert. Sie erfolgt meist auf Ebene der Landkreise. (Hamburg ist dabei eine (große!) regionale Einheit





Quelle:  
Krankenhausfallanalysen  
der AOK Sachsen-Anhalt  
(Swart et al.)

Eine feiner aggregierte Analyse ist auf Ebene der Postleitzahlenbereiche möglich (z.B. 96 4-stellige PLZ-Bereiche anstelle von 14 Landkreisen und kreisfreien Städten)

## Zwischenfazit II

- (kleinräumige) Variabilität auch im deutschen Gesundheitssystem die Regel
- Gründe für die Variabilität ähnlich wie bei Wennberg, dabei ist das Zusammenspiel individueller und struktureller sozioökonomischer Variablen jedoch unklar
- Für die Abbildung der Versorgung bieten sich die Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen („claims data“) als natürliche Datenquelle an
- Die regionale Auflösung vieler Daten für großstädtische Ballungsgebiete üblicherweise zu grob.

## Inhalte von GKV-Sekundärdaten

- Angaben zum Versicherten (Stammdaten; u.a. Alter, Geschlecht, Wohnort, Tätigkeitsschlüssel, Pflegegrad, etc.)
- Ambulante Versorgung (u.a. Art der Inanspruchnahme, Fachgruppe des behandelnden Arztes, Diagnosen, Leistungen)
- Stationäre Versorgung (u.a. Aufnahme-, Entlassungsanlass, Verweildauer, Diagnosen, Leistungen, Fachabteilungen)
- Arzneimittelversorgung (u.a. Art und Menge der (eingelösten) Verordnungen)
- Heilmittel (Art und Menge der nicht-ärztlichen Leistungen)
- Hilfsmittel (Brillen, Hörgeräte, Gehhilfen, ...)
- Arbeitsunfähigkeit (Art und Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Diagnosen)

# Eigenschaften von Sekundärdaten

- vollständig
- unverzerrt
- sektorübergreifend
- längsschnittlich
- mit eindeutigem Versichertenbezug
- mit eindeutigem und FEINEM Regionalbezug (PLZ)

aber

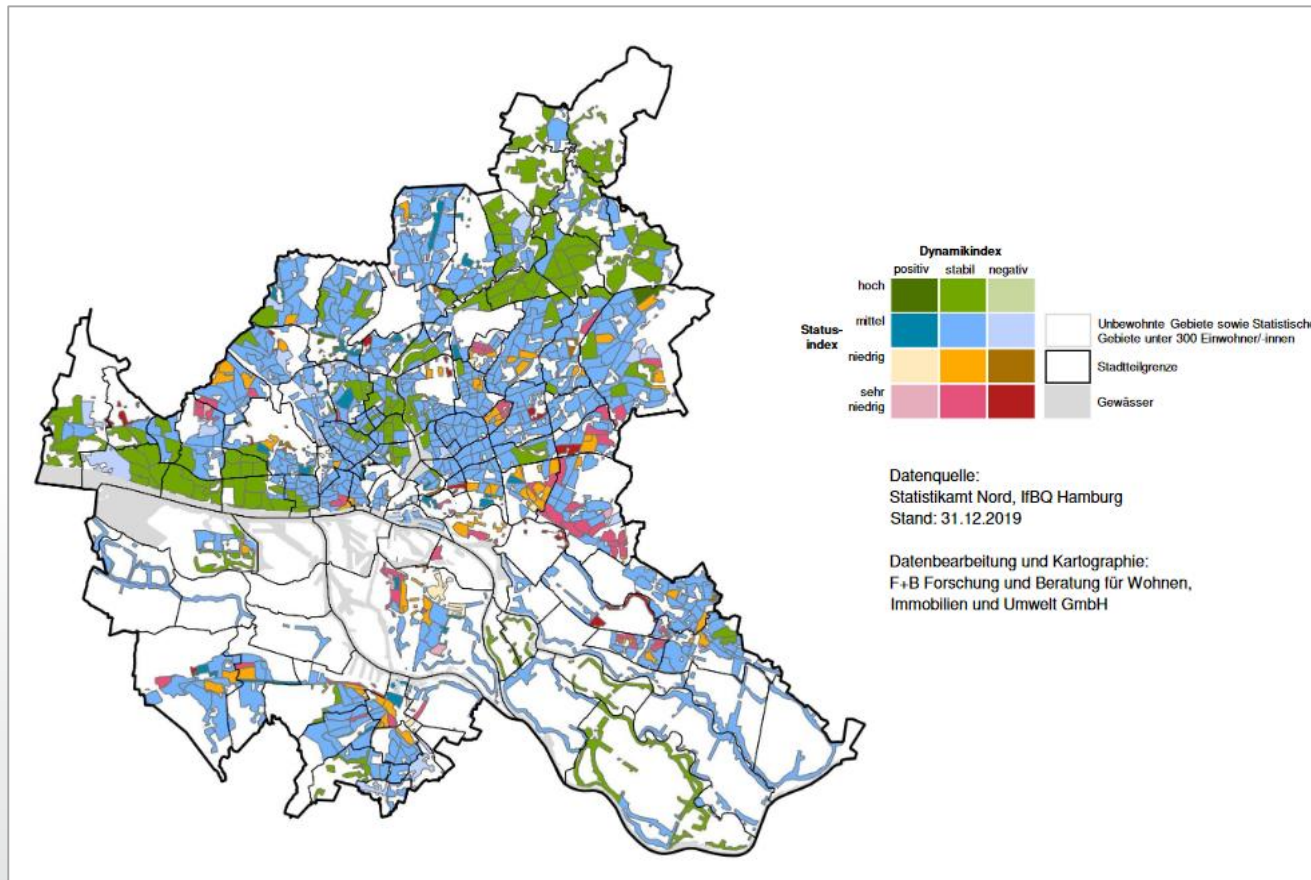
- keine klinischen Informationen (z.B. Schweregrad, Indikation)
- keine individuellen Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Adipositas)
- begrenzte soziodemographischen Informationen

## Zwischenfazit III: Was macht sie so interessant und einzigartig?

- (nahezu) alternativlos
- hohe Fallzahlen
- standardisierter Zugang (trotz datenschutzrechtlicher Auflagen)
- methodische Standards liegen vor
- potenziell verlinkbar mit Primär- und anderen Sekundärdaten
- Feine räumliche Auflösung möglich (auf der Basis der Wohnadresse)

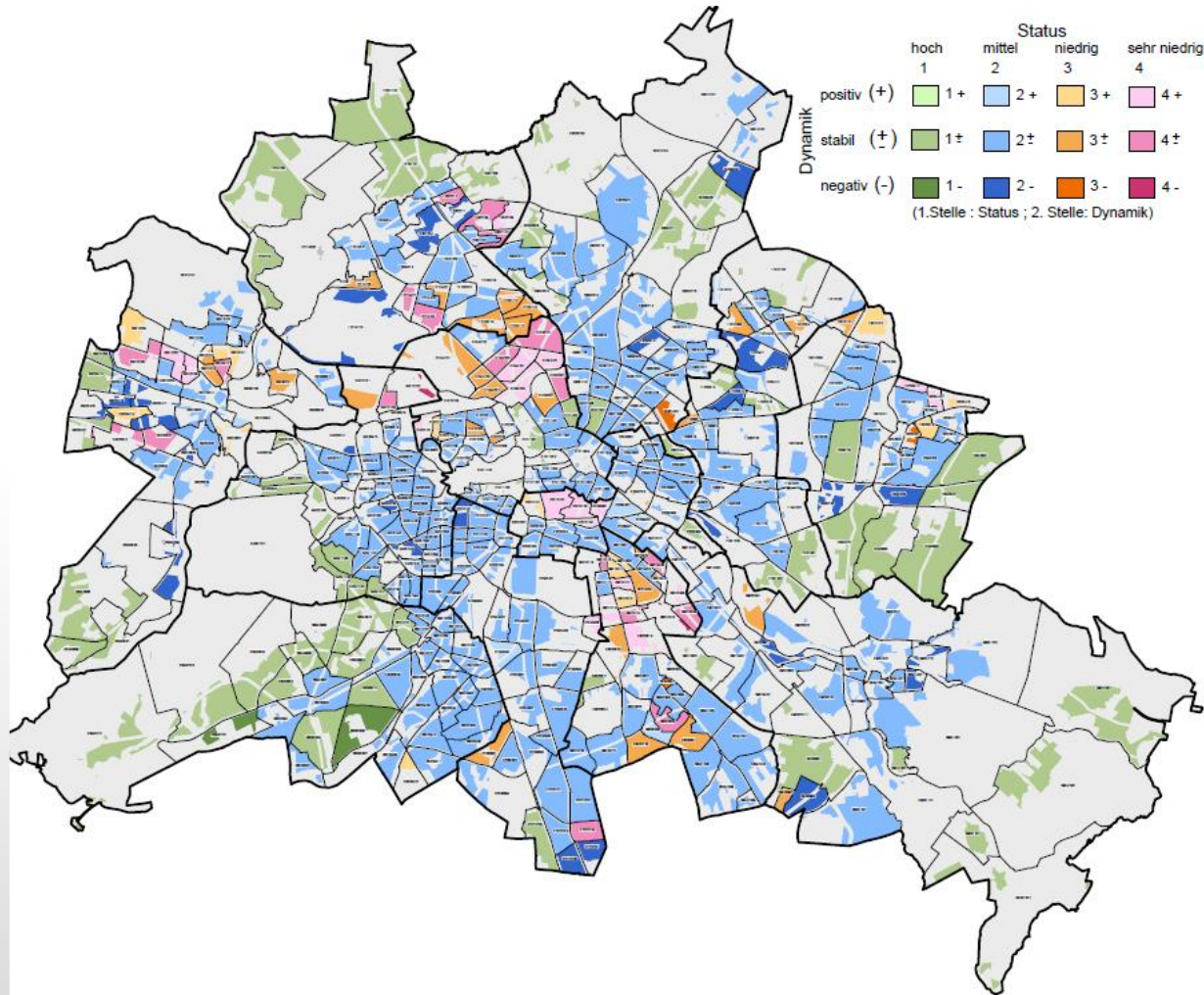


# Sozialmonitoring 2020 – Gesamtindex



Dieser Hamburger Sozialindex ist nicht regelhaft verlinkt mit Angaben zur Gesundheit.

# Gesamtindex soziale Ungleichheit Berlin 2019



Das gilt für Berlin  
ebenso.

Es gibt demnach  
Verbesserungs- und  
Handlungsbedarf.

Quelle; Senatsverwaltung für  
Stadtentwicklung und Wohnen Berlin;  
erstellt durch HCU Hamburg (Prof. Pohlan)

## Fazit IV: Bedeutung Sekundärdaten für Monitoring und Evaluation

- (potenziell) räumlich passgenau zum Sozialmonitoring
- kann dieses gezielt um gesundheitsbezogene Informationen ergänzen
- damit können assoziative (ursächliche?) Zusammenhänge zwischen Sozialstruktur und Gesundheit identifiziert und analysiert werden
- leistungsfähige Studiendesigns für Evaluation können aufgesetzt werden (z.B. von verhältnisbezogenen präventiven Maßnahmen)
- Potenzial der GKV-Sekundärdaten kann durch die synergistische Nutzung weiterer (Primär- und Sekundär-)Datenquellen erhöht werden.



**Herzlichen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

**Kontakt:**

📧: [enno.swart@med.ovgu.de](mailto:enno.swart@med.ovgu.de)