Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Überleben zählt im Vergleich zur Fahrtzeit mehr", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/25), S. 12. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2700

bifg: Modellentwurf einer wohlfahrtsbasierten Versorgungsplanung

Überleben zählt im Vergleich zur Fahrtzeit mehr

In einem in englischer Sprache auf der Preprint-Plattform Research Square veröffentlichten Artikel mit dem Titel „Welfarebased healthcare planning: methodology and application to thoracic surgical treatment of lung cancer in Germany" (1) hat eine Autorengruppe ein Modell zur Ermittlung der optimalen Anzahl und Lokation von Behandlungsorten entwickelt. Das vorliegende Paper entwirft ein „wohlfahrtsbasiertes Versorgungsplanungsmodell" (WHPM) und zeigt am Beispiel der thoraxchirurgischen Behandlung von Lungenkrebs einen Weg auf, die bestmögliche Allokation von Behandlungsorten unter Berücksichtigung aller dieser Aspekte zu ermitteln. Dabei hatte das beste Szenario mit dem höchsten Wohlfahrtswert nur 19 Standorte!

>> Das von der Autorengruppe – unter ihnen Stefanie Deckert (ZEGV Dresden), Boris Augurzky (RWI Essen), Christian Karagiannidis (Universität Witten-Herdecke) und Jochen Schmitt (ZEGV Dresden) – entworfene wohlfahrtsbasierte Versorgungsplanungsmodell bewertet – das ist vollkommen neu im Bereich der Krankenhausplanung – die relevanten Qualitätsmerkmale und Erreichbarkeiten unter Berücksichtigung der Präferenzen von Patient:innen.

Der Ansatz: Die Autor:innen verwandten ein Discrete-Choice-Experiment (DCE), um den für alle Patient:innen bestehenden Zielkonflikt zwischen Ergebnisqualität und Erreichbarkeit zu quantifizieren. In diesem Experiment wurden die Proband:innen gebeten, eines von zwei Krankenhäusern (Alternativen) zu wählen. Jedes der Krankenhäuser wurde durch eine Reihe von Eigenschaften (Attribute) beschrieben, wie etwa die Entfernung zum Krankenhaus (in Minuten) und die Überlebenswahrscheinlichkeit nach einem Jahr. Diese hatten jeweils unterschiedliche Ausprägungen (Level).

Die entprechende Umfrage wurde von forsa (Institut für Markt- und Meinungsforschung) zwischen dem 9. Dezember 2024 und dem 21. Dezember 2024 durchgeführt. Die Zielpopulation der Befragten wurde nach Alter geschichtet, um die Demografie der Lungenkrebsoperationen widerzuspiegeln. Die Befragung umfasste 1.010 Teilnehmer:innen. 472 (46,7%) der Befragten waren männlich. Das Durchschnittsalter betrug 69 Jahre.

Der Gesamtnutzen einer Versorgungslandschaft wurde über eine soziale Wohlfahrtsfunktion bewertet. Die Wohlfahrtsfunktion aggregiert die individuellen Nutzen der Patientinnen und Patienten zu einem gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrtswert unter Berücksichtigung ungleicher Nutzenverteilungen.

In der Wohlfahrtsanalyse wurden Planungsszenarien (healthcare planning scenarios, HPS) hinsichtlich ihres Wohlfahrtswerts verglichen. Dazu wurde das Patientenaufkommen im Jahr 2035 anhand einer Bevölkerungsfortschreibung geschätzt.

Im Basisszenario boten alle 142 Krankenhäuser die thoraxchirurgische Behandlung von Lungenkrebs weiterhin an, die dies auch im Jahr 2025 tun. Davon ausgehend wurden etwa 60 Millionen Alternativszenarien simuliert, in denen unterschiedlich viele dieser Krankenhäuser weiterhin Lungenkrebsoperationen anbieten.

Ergebnisse

Die Untersuchung der Beziehung zwischen geografischer Erreichbarkeit und Krankenhauswahl im Rahmen des Discrete-Choice-Experiments ergab, dass Unterschiede in den Fahrzeiten zwischen 30 und 60 Minuten für repräsentative Entscheidungen nicht relevant waren. Die Befragungsergebnisse deuten darüber hinaus auf eine mit der Reisezeit sinkende Reisebereitschaft hin. Bei einer Ein-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von 90% und einer Fahrtzeit von 60 Minuten würde eine repräsentative Person eine zusätzliche Fahrtzeit von 66 Minuten für eine Erhöhung der Ein-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit um 1 Prozentpunkt akzeptieren.

Wenn diese Person bereits 240 Minuten unterwegs war, würde sie eine zusätzliche Fahrtzeit von nur noch 23 Minuten in Kauf nehmen. Hinsichtlich der Planungsszenarien zeigte sich, dass Versorgungslandschaften mit weniger als 142 Standorten zu erheblichen Wohlfahrtsverbesserungen führen können. Die besten 1.000 Szenarien umfassten hierbei 15 bis 22 Standorte. Das Szenario mit dem höchsten Wohlfahrtswert hatte 19 Standorte. Die durchschnittliche Fahrtzeit stieg von 40 auf 54 Minuten und die Überlebensrate stieg von 89,1% auf bis zu 93,6%.

Eine Vielzahl solcher nahezu äquivalenten Szenarien wurde im Rahmen der Analyse identifiziert. Die Ergebnisse zeigen – so die Autorengruppe – auch, dass die geografische Verteilung der Behandlungsorte im Falle einer Zentralisierung eine Schlüsselrolle für das Wohl der Patient:innen spielt. Das Modell zeigte zudem mehrere nahezu gleichwertige, wohlfahrtsoptimale Szenarien und bietet damit einen gewissen Entscheidungsspielraum.

Im Fazit (2) schrieben die Autor:innen, dass ihre Ergebnisse ein erhebliches Potenzial zur Verbesserung der Versorgung durch eine wohlfahrtsbasierte Versorgungsplanung aufweisen würden. Am Beispiel der thoraxchirurgischen Behandlung von Lungenkrebs hätte gezeigt werden können, dass eine deutliche Reduktion der Anzahl der Behandlungsorte zu einer Verbesserung der Ein-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit führen würde, während die Reisezeit größtenteils nur geringfügig zunimmt. Angesichts der hohen Bedeutung, die Menschen dem Überleben im Vergleich zur Reisezeit beimessen, könnte eine Zentralisierung zudem zu „erheblichen Wohlfahrtsgewinnen" führen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link:

1: https://www.researchsquare.com/article/rs-6169339/v1

2: https://www.bifg.de/publikationen/epaper/10.30433/ePGSF.2025.001