Entwicklung des Gesundheitssystems: Bedeutung für die Universitätsmedizin

Krankenhausstrukturreform – worum geht es?

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

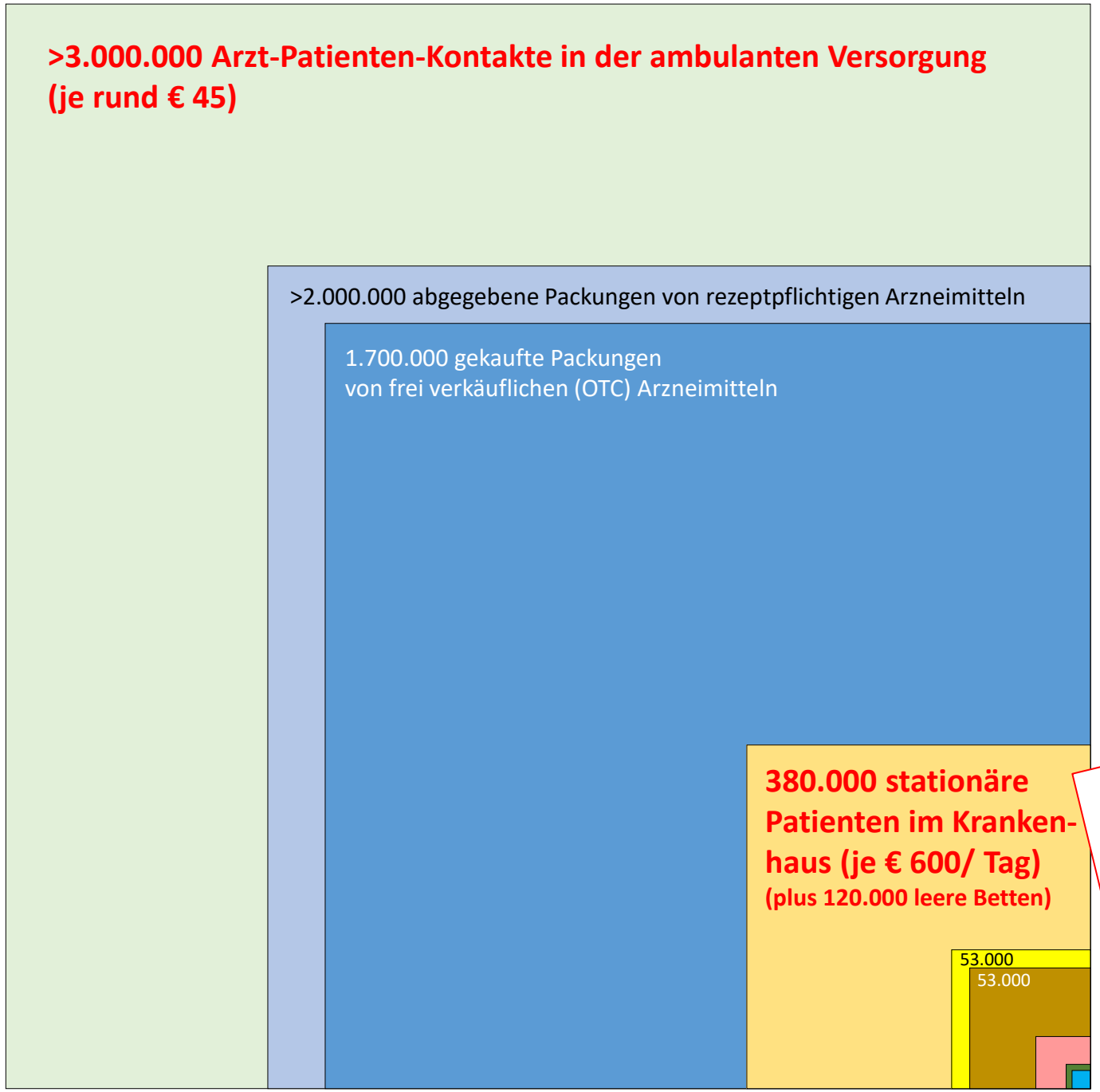
FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management),
European Observatory on Health Systems and Policies
&
Berlin School of Public Health

Vorweg: Wie viele Krankenhäuser gibt es eigentlich? Schon das ist nicht so einfach …

- Laut Stat. Bundesamt „offiziell“ genau 1903 (2020) – und deutlich rückläufig;
- nach Abzug rein psychiatrischer Häuser und reinen Tages- und Nachtkliniken verbleiben 1558 „allgemeine“ Krankenhäuser,
- von denen knapp über 1400 DRG-Leistungen mit GKV abrechnen.
  Leistungsdaten (InEK, Krankenkassen) zumeist auf dieser Basis
- Aber: manche Krankenhäuser haben mehrere Standorte (bestes Beispiel: Vivantes in Berlin) → insgesamt ca. 1730 Standorte lt. GKV-SV
  Stat. Bundesamt gibt sogar >2000 Standorte für allgemeine Krankenhäuser an
- Einteilung nach Notfallstufen beruht auf Standorten
  → 425 gut ausgestattete Krankenhaus-Standorte der Stufen 3 und 2, 650 mit Stufe 1 und 660 andere (darunter reine Fachkrankenhäuser);
- d.h. ca. 1350 Standorte mit Innerer Medizin und Chirurgie
  versorgen rechnerisch jeweils einen Kreis mit Radius von 9 km und 60.000 Einwohnern

Sehr viel Aktivität an einem durchschnittlichen Tag im deutschen Gesundheitssystem

(Zahlen von vor Corona)



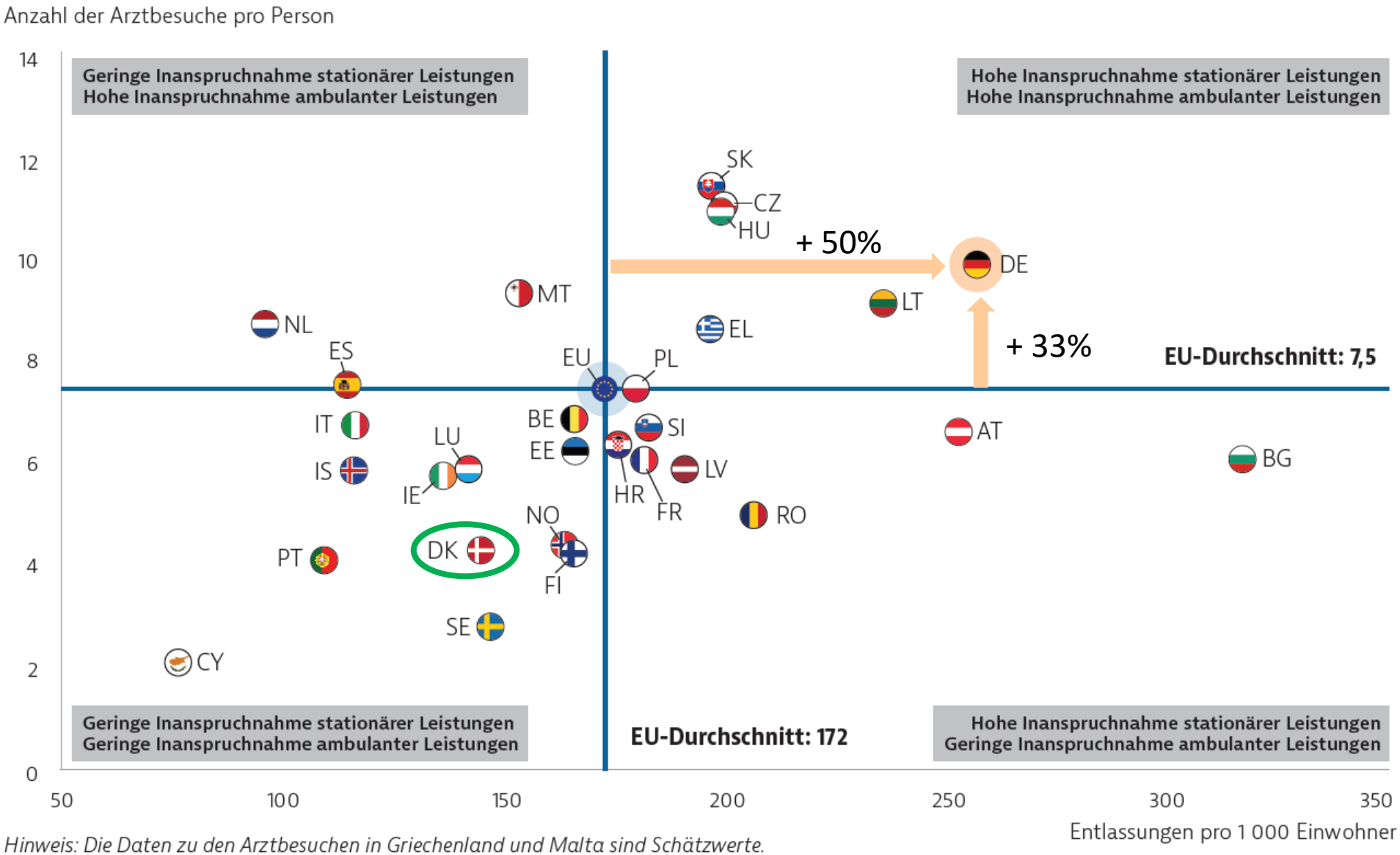
Mit dänischen Verhältnissen wären es 160.000 (und im Schnitt unserer Nachbarländer 230.000)!

53.000 Notaufnahme-Besuche (davon 45% stationär aufgenommen)
53.000 Stationäre Krankenhausaufnahmen

5.600 stat. Aufnahmen mit Krebs (bei Inzidenz von 1.400)
700 stationär aufgenommene Schlaganfallpatienten
500 stationär aufgenommene Herzinfarkt-Patienten

aktualisiert/ modifiziert nach Busse et al. (2017): Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. Lancet 390(10097): 882-897

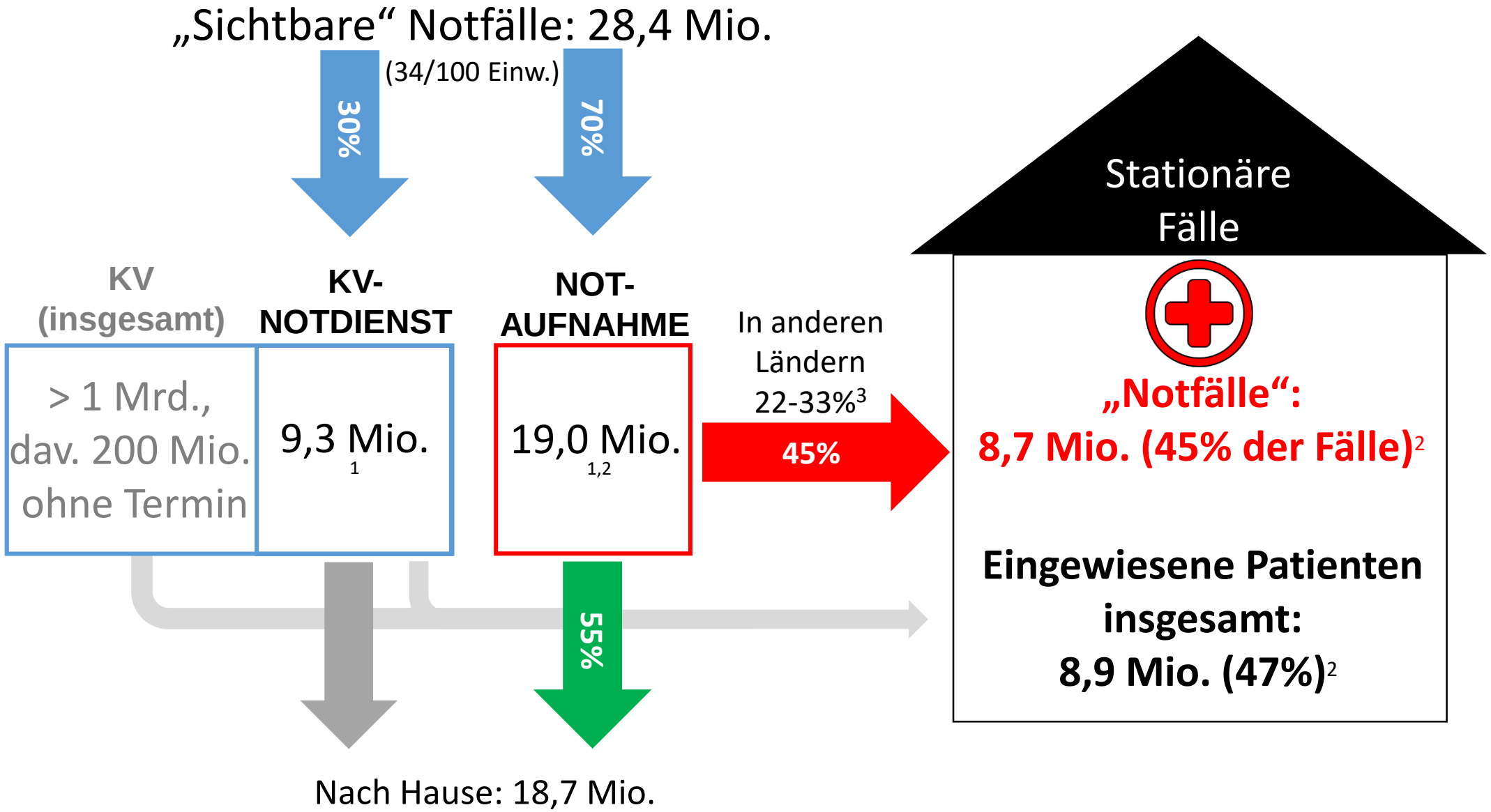
Deutschland bei ambulanten & stationären Leistungen deutlich über dem EU-Schnitt



Hinweis: Die Daten zu den Arztbesuchen in Griechenland und Malta sind Schätzwerte.
Quelle: Eurostat-Datenbank; OECD-Gesundheitsstatistik (die Daten beziehen sich auf 2016 oder das nächstgelegene Jahr).

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Aber wie schaffen es die Krankenhäuser, die vielen stationären Patienten zu rekrutieren? Primär über die Notaufnahmen (2019)

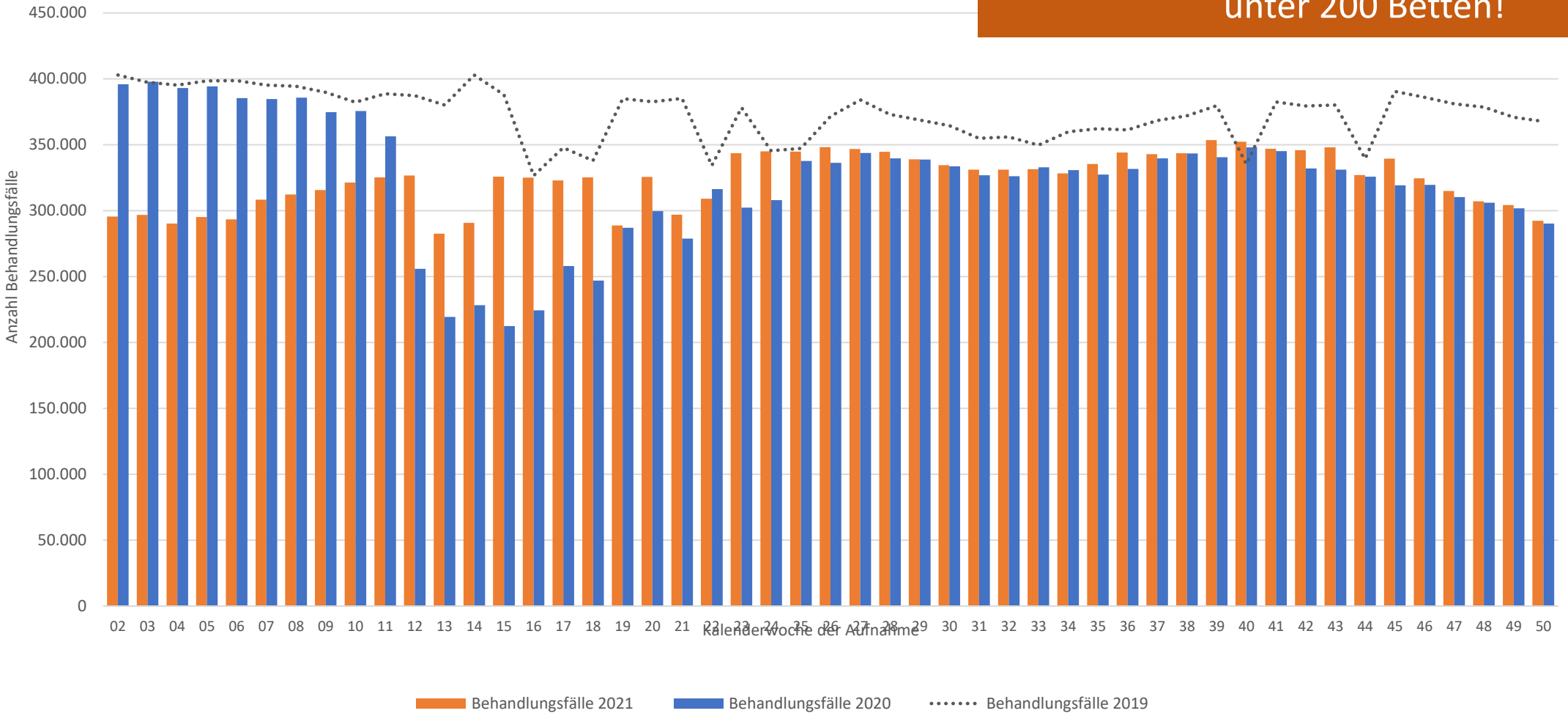


Datenquellen: 1 Zi (2019): Zahlen zur ambulanten Notfallversorgung in Deutschland; 2 Statistisches Bundesamt 2020; 3 Geissler A, Quentin W, Busse R (2017): Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.) Krankenhausreport 2017: Schwerpunkt Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer, S. 41-59

Hat sich das geändert? Ja …

2021 (wie 2020) ggü. 2019: -13% (Unikliniken -8%, andere -14%)

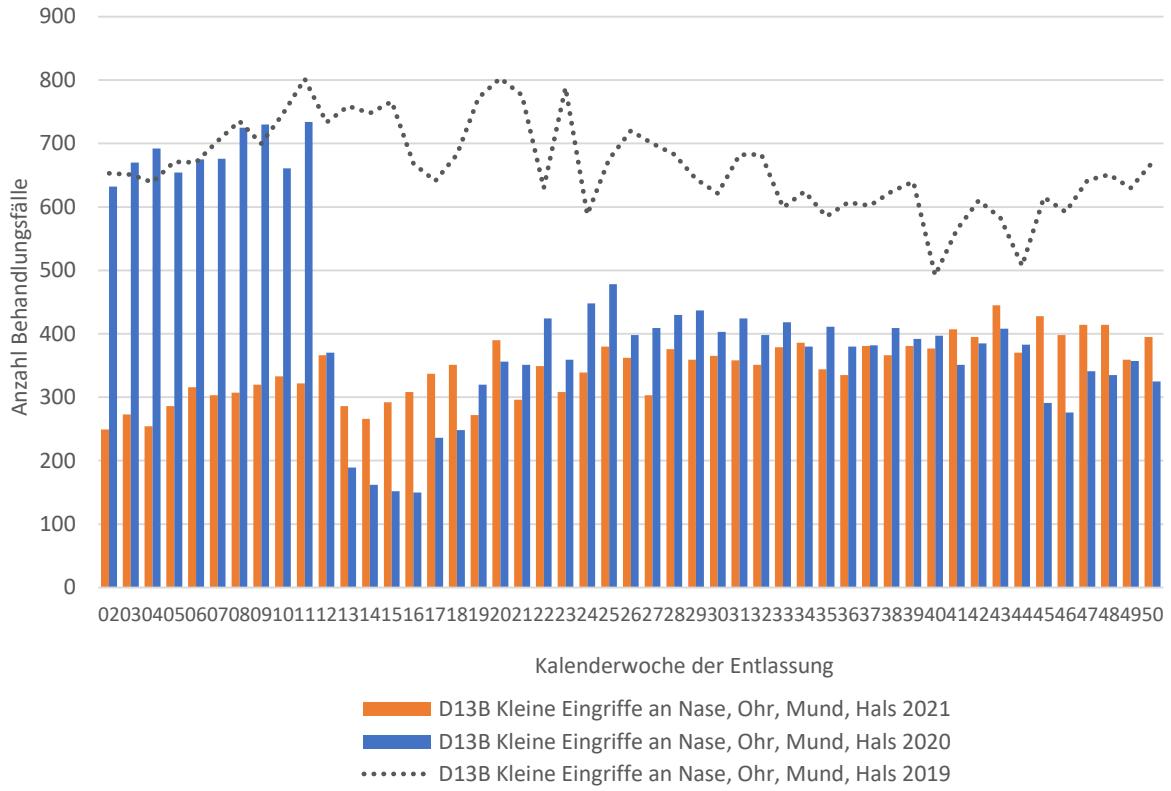
Das entspricht dem 2019er Patientenvolumen von 200 durchschnittlichen Krankenhäusern – oder den 700 kleinen Krankenhäusern unter 200 Betten!

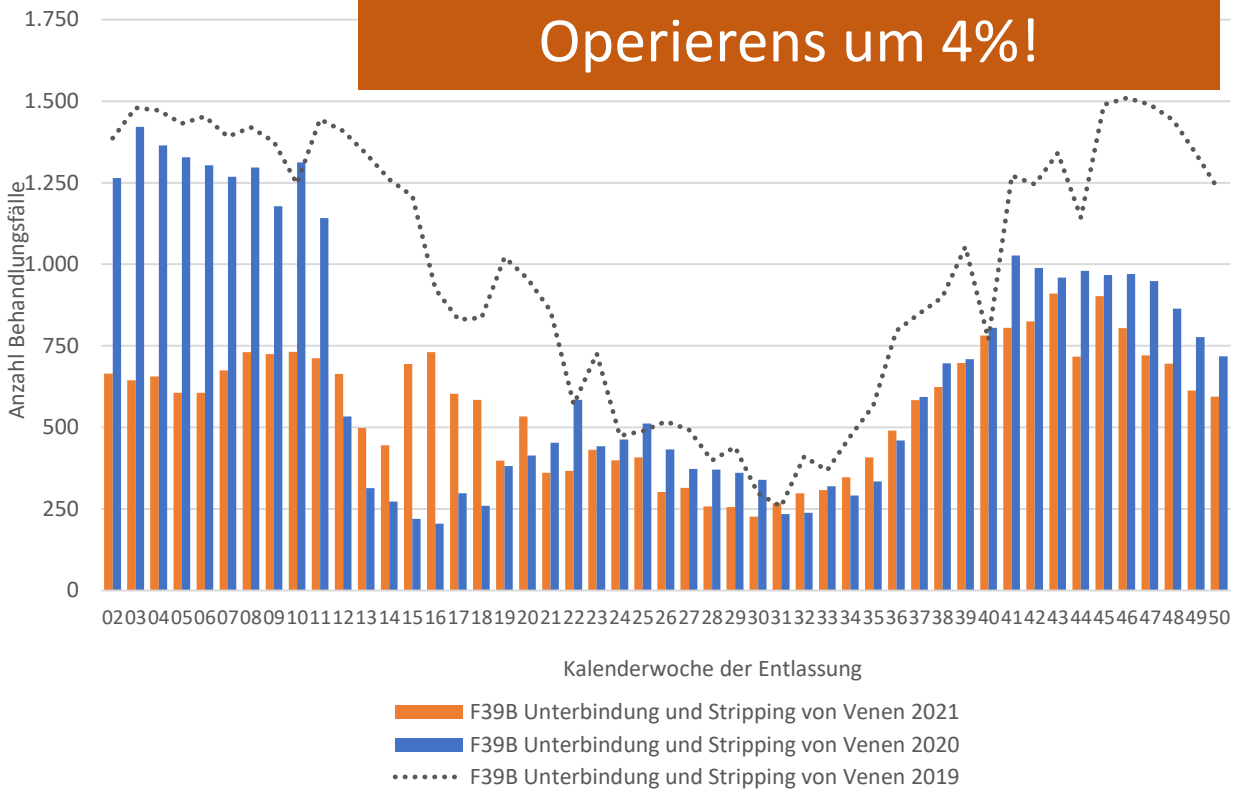


Eigene Auswertungen mit Daten des InEK (Entlassung bis einschl. 31.12.2021)

Werden die Fallzahlen niedriger bleiben? Ja, weil:
(1) Viele ambulantisierbare Operationen werden deutlich seltener stationär durchgeführt …

Dagegen im ambulanten Sektor Zunahme des ambulanten Operierens um 4%!





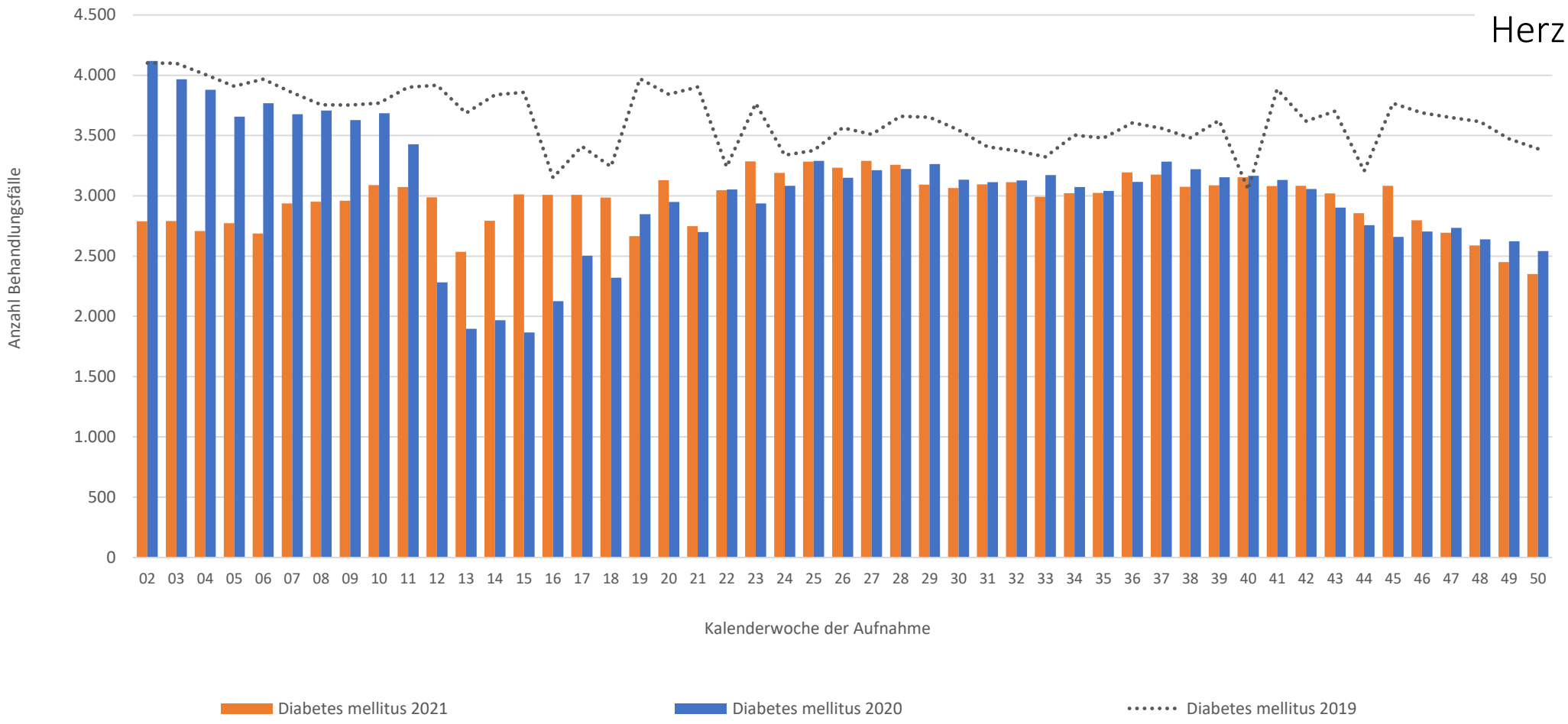
Eigene Auswertungen mit Daten des InEK (Entlassung bis einschl. 31.12.2021)

2021 vs. 19: -48%

2021 vs. 19: -44%

(2) Bei „Ambulant-sensitiven Krankenhausfällen“ (hier: Diabetes) überdurchschnittlich starker, anhaltender Rückgang (2021 vs. 19: -18%) → „patientengetrieben“

COPD -34%;
Bluthochdruck -24%;
Herzinsuffizienz -10%



Eigene Auswertungen mit Daten des InEK (Entlassung bis einschl. 31.12.2021)

Unsere derzeitige Situation mit ihren 2 Kernproblemen

Mit dem Ziel von „Wohnortnähe“ viele (im Schnitt kleine) Krankenhäuser mit sehr vielen Betten (150% des EU-Schnitts)

Problem 1 (häufiger im Fokus, auch bei NRW-Krankenhausplanung)

Problem 2 (genauso wichtig)

Notwendige Fälle verteilen sich auf viele, oftmals nicht adäquat ausgestattete Krankenhäuser

Unnötige Krankenhausnutzung (unangemessene Fälle, zu viele Fälle, zu lange Verweildauer)

Fachärzte außerhalb von Kernarbeitszeiten haben 30 min. Zeit

Unnötig schlechte Qualität

Binden eigentlich genug vorhandenes (Pflege-) Personal (zweithöchste Zahl in EU nach FIN)

Gefährdung durch Krankenhauskeime, unnötige Kosten, Ineffizienz

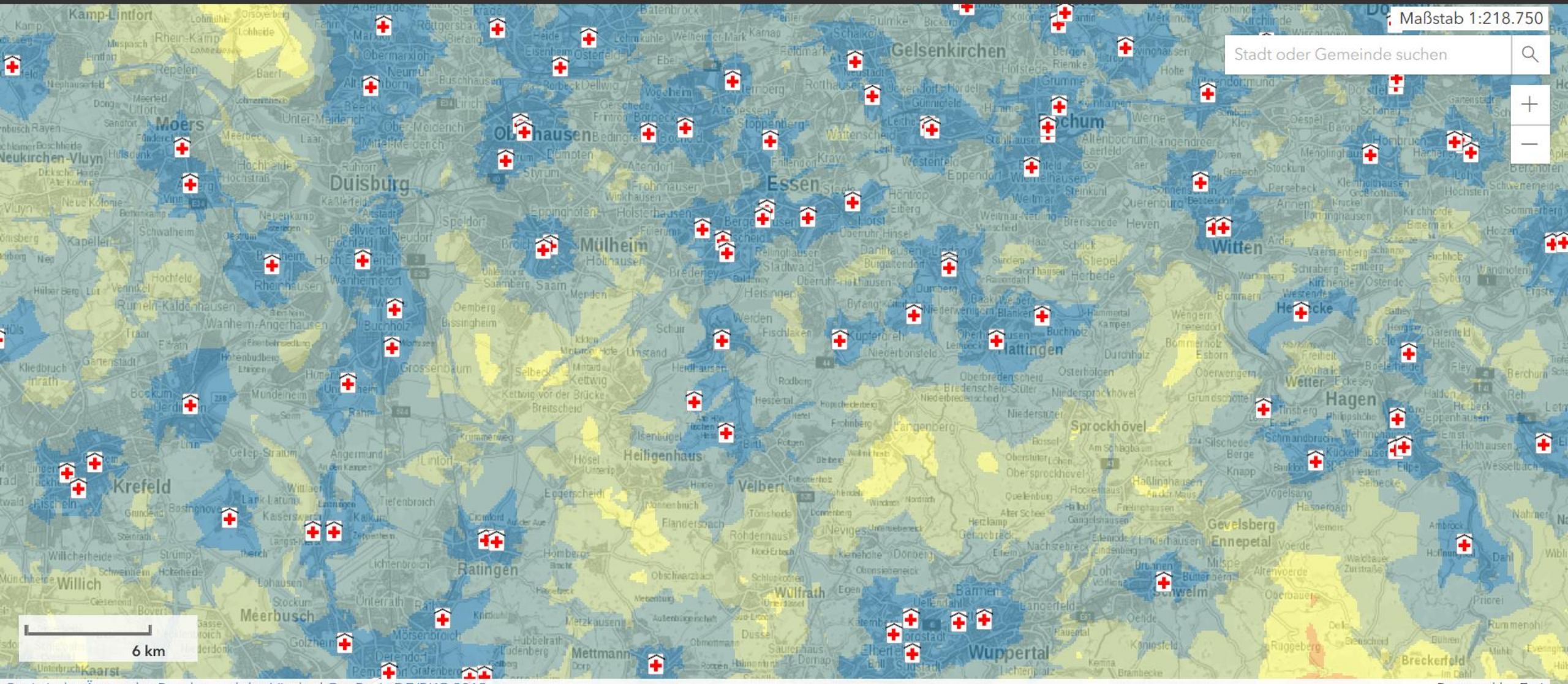
Mit dem Ziel von „Wohnortnähe“ viele (im Schnitt kleine) Krankenhäuser mit sehr vielen Betten (150% des EU-Schnitts)

MiG Technische Universität Berlin

Krankenhausatlas 2016

95 Krankenhäuser …

STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER

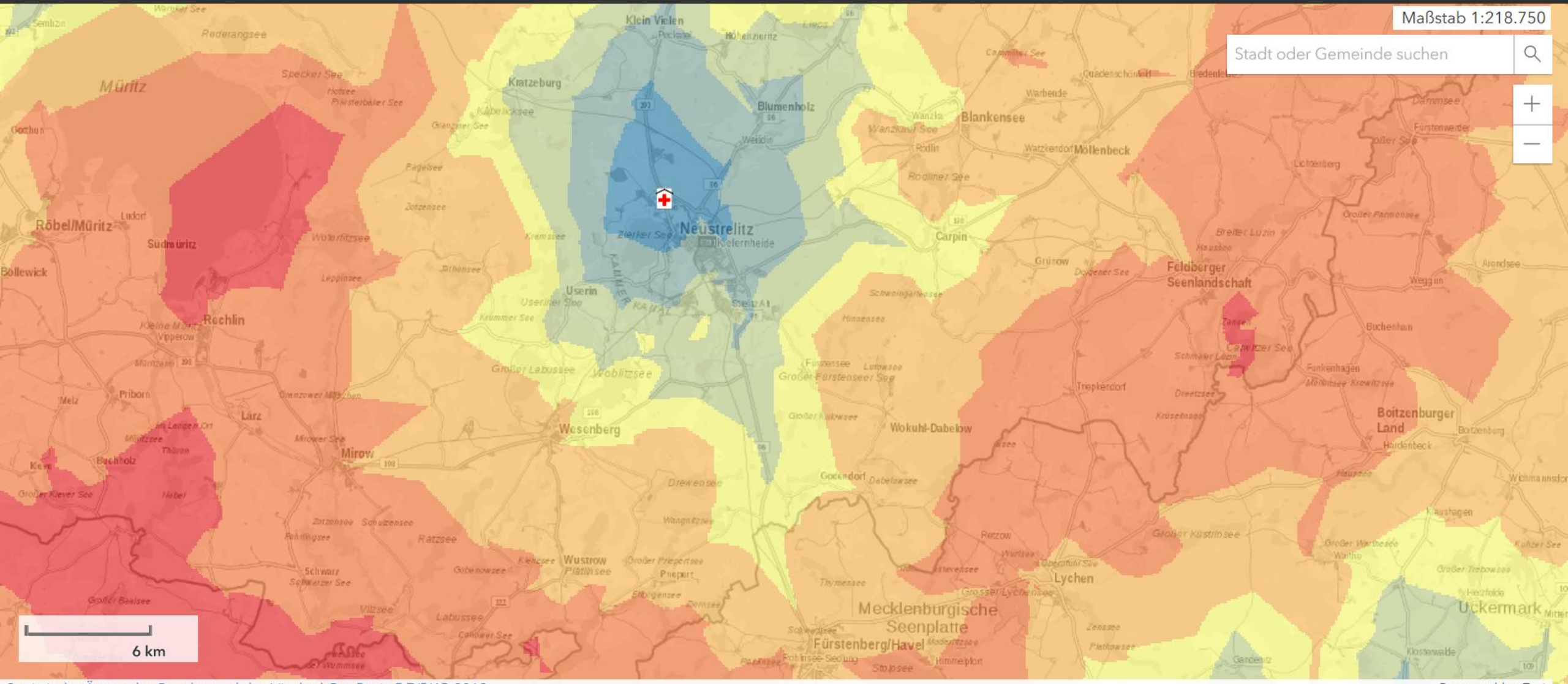


Mit dem Ziel von „Wohnortnähe“ viele (im Schnitt kleine) Krankenhäuser mit sehr vielen Betten (150% des EU-Schnitts)

Krankenhausatlas 2016

… vs. 1 Krankenhaus

STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER



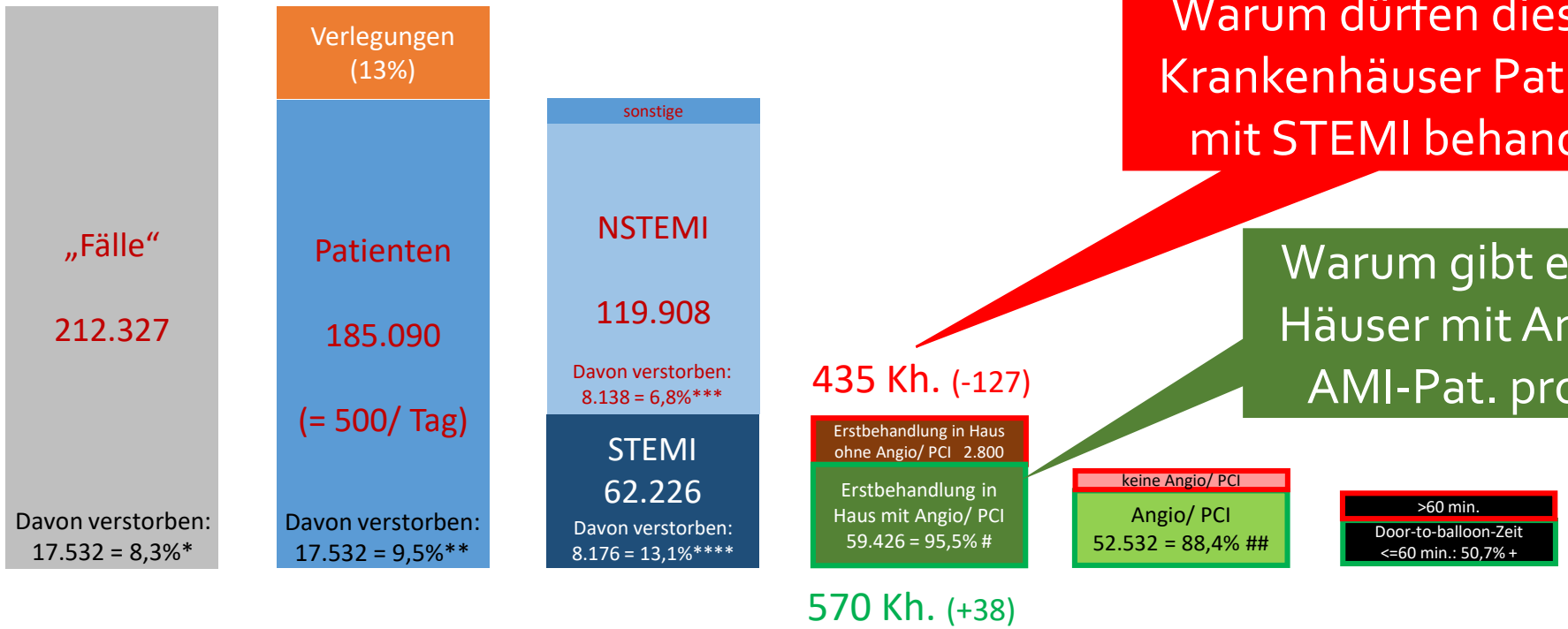
Statistische Ämter des Bundes und der Länder | GeoBasis-DE/BKG 2019

Powered by Esri

Notwendige Fälle verteilen sich auf viele, oftmals nicht adäquat ausgestattete Krankenhäuser

Unnötig schlechte Qualität

Herzinfarkt (2018) – behandelnde Krankenhäuser & Anteil mit leitliniengerechter Koronarangiographie innerhalb von 60 min.



Warum dürfen diese 435 Krankenhäuser Patienten mit STEMI behandeln?

Warum gibt es mehr Häuser mit Angio als AMI-Pat. pro Tag?

Koronarangiographie innerhalb 60 min.

0,955 x 0,884 x 0,507 = **43%** *(+2%/Jahr)*

(2014: 0,912 x 0,860 x 0,452 = 35%)

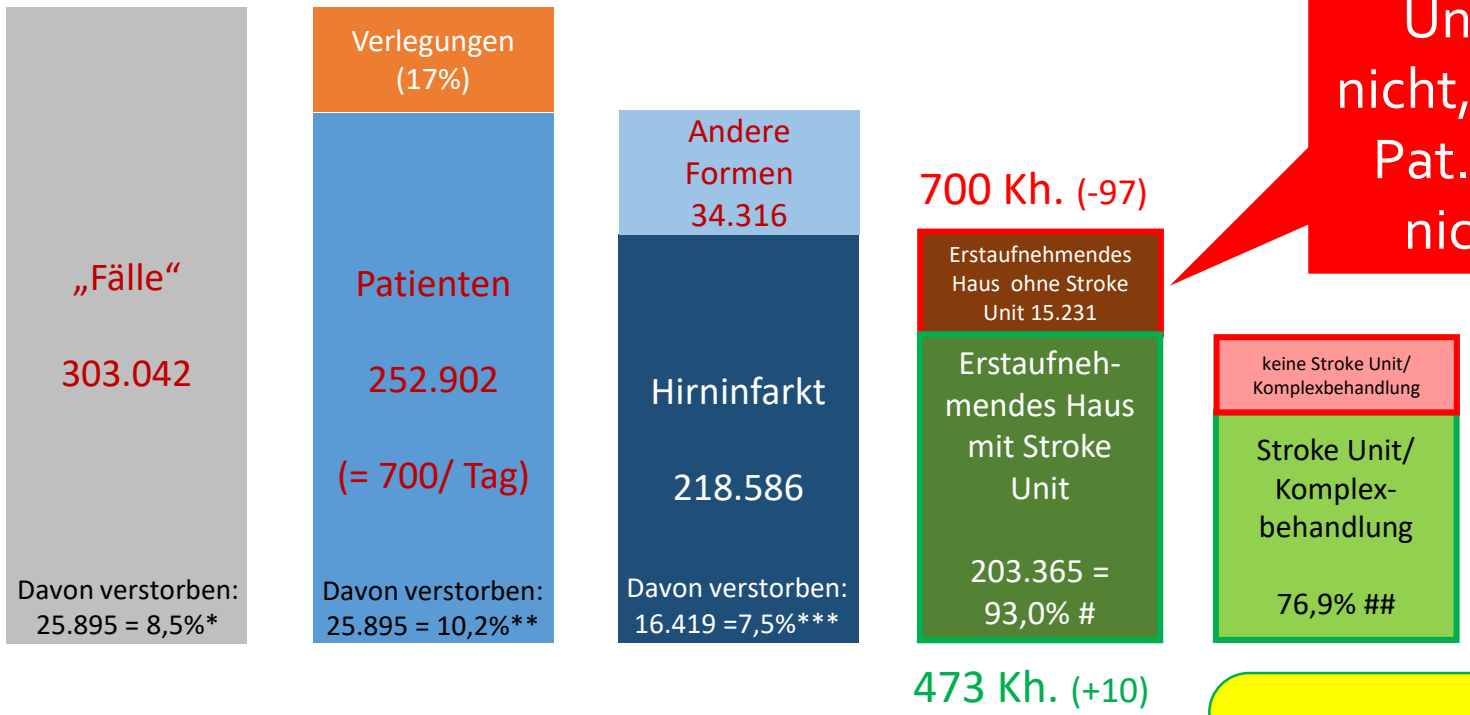
2014: *8,8%, **10,0%, ***7,2%, ****13,0%, # 91,2%, ## 86,0%, + 45,2%

Eigene Auswertung mit FDZ-Daten

Notwendige Fälle verteilen sich auf viele, oftmals nicht adäquat ausgestattete Krankenhäuser

Unnötig schlechte Qualität

Schlaganfall (2018) – Sterblichkeit & Anteil mit leitliniengerechter Stroke Unit/ Komplexbehandlung bei Hirninfarkt



Und bitte, erzählen Sie nicht, dies wären alles ältere Pat., die von Stroke Units nicht mehr profitieren!

Stroke Unit-Behandlung bei Hirninfarkt

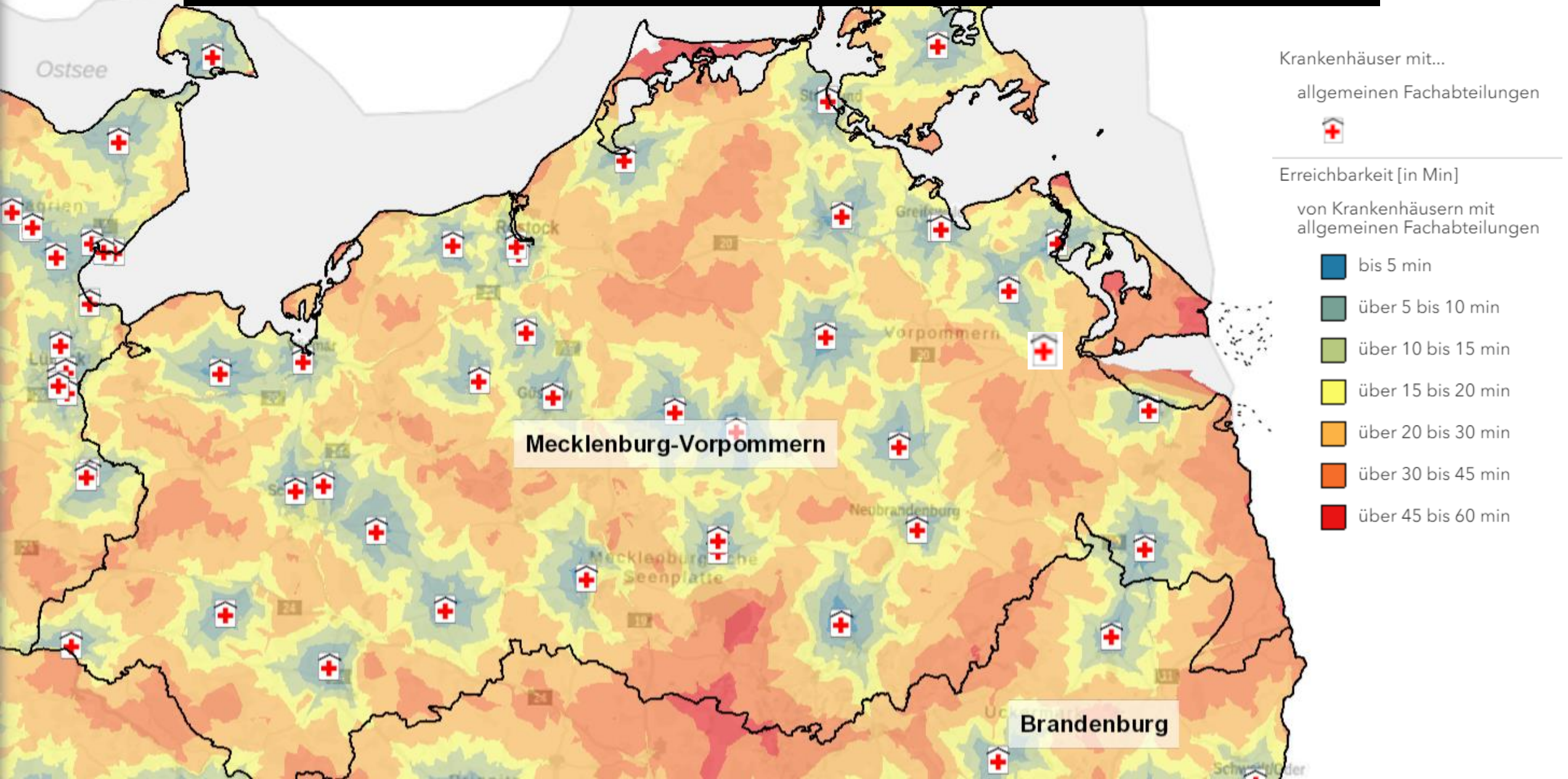
0,930 x 0,769 = **72%** *(+1%/ Jahr)*

(2014: 0,884 x 0,766 = 68%)

2014: *8,5%, **10,0%, ***7,3%, # 88,4%, ## 76,6%

Eigene Auswertung mit FDZ-Daten

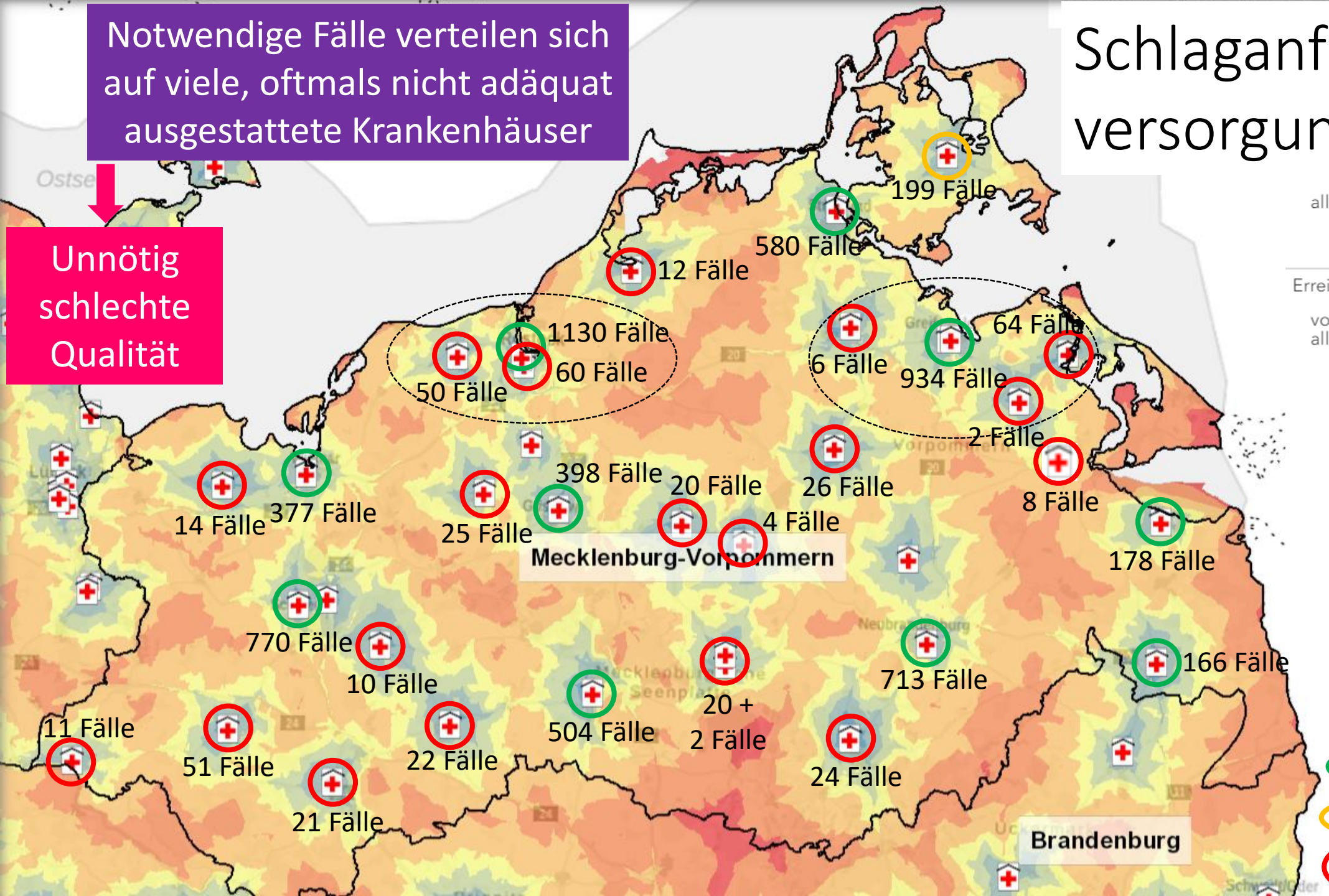
Mit dem Ziel von „Wohnortnähe“ viele (im Schnitt kleine) Krankenhäuser mit sehr vielen Betten (150% des EU-Schnitts)



Schlaganfall-versorgung in M-V

Notwendige Fälle verteilen sich auf viele, oftmals nicht adäquat ausgestattete Krankenhäuser

Unnötig schlechte Qualität



allgemeinen Fachabteilungen

Erreichbarkeit [in Min]

von Krankenhäusern mit allgemeinen Fachabteilungen

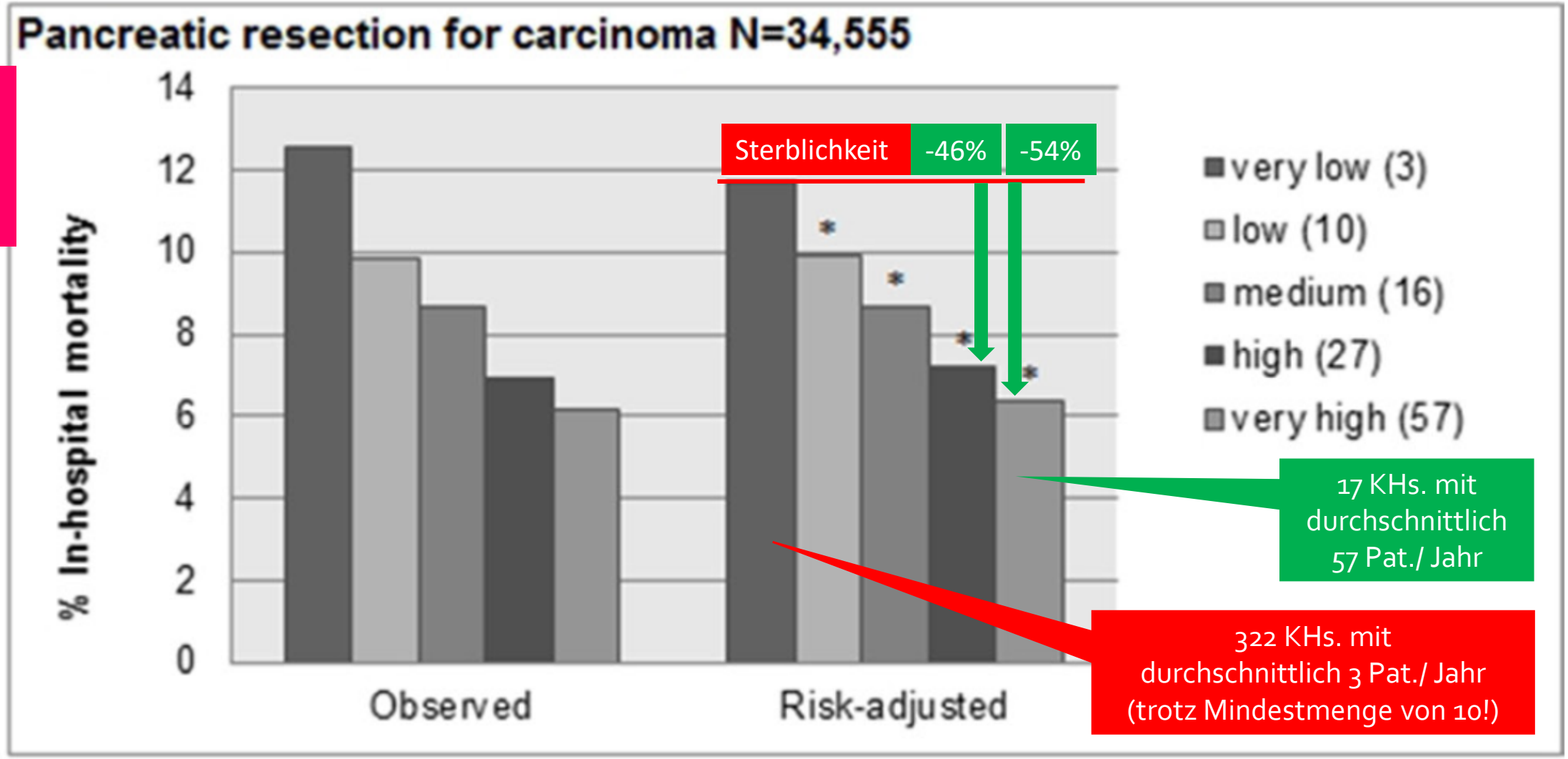
- bis 5 min
- über 5 bis 10 min
- über 10 bis 15 min
- über 15 bis 20 min
- über 20 bis 30 min
- über 30 bis 45 min
- über 45 bis 60 min

Hat 2018 Patienten mit Schlaganfall versorgt:

- mit Stroke Unit
- Komplexhandlung
- ohne

Notwendige Fälle verteilen sich auf viele, oftmals nicht adäquat ausgestattete Krankenhäuser

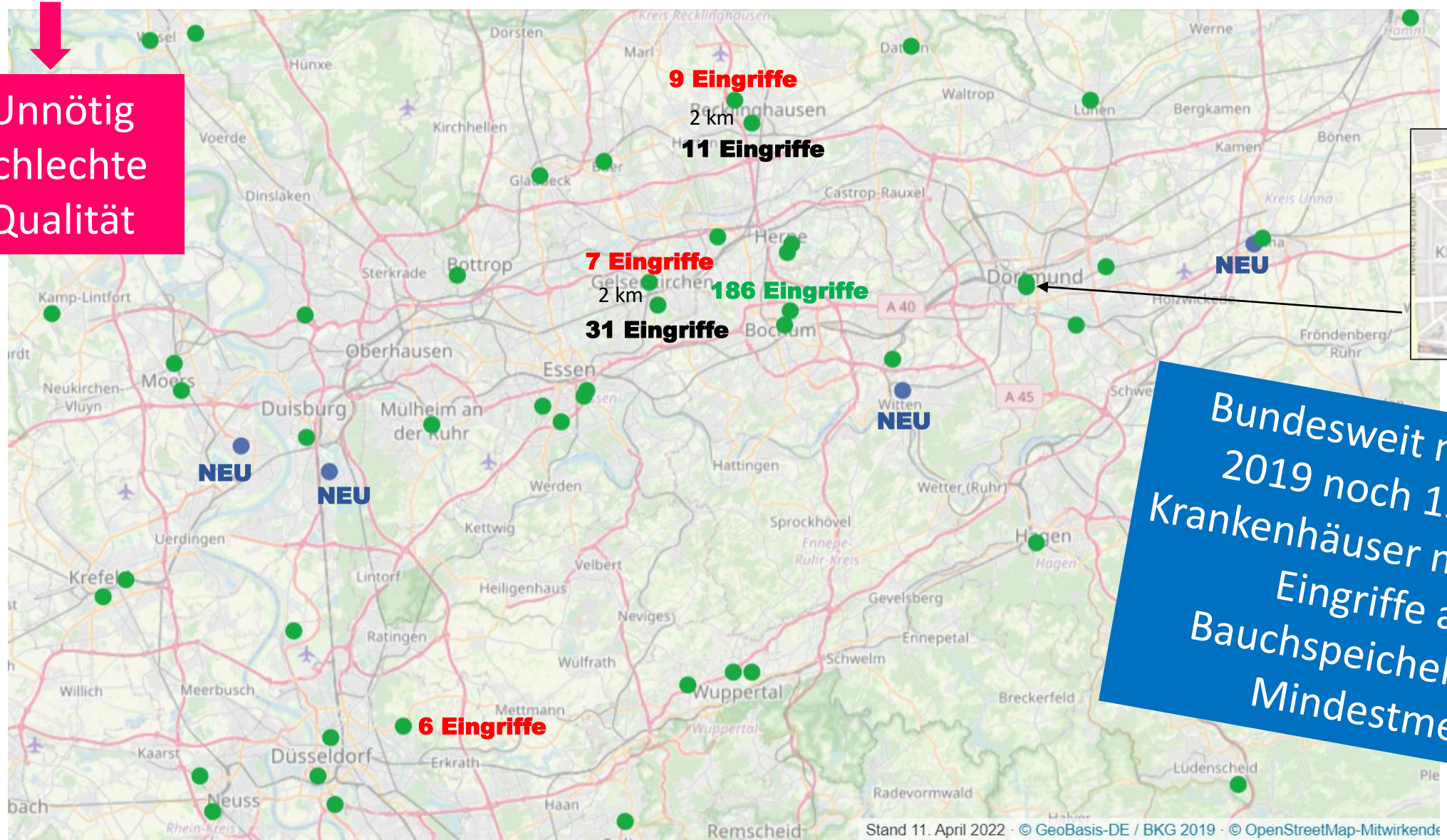
Unnötig schlechte Qualität



Nimptsch U, Mansky T (2017): Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. BMJ Open 2017;7:e016184. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016184

Mindestmengen bei Pankreaseingriffen: für NRW werden 96 Krankenhäuser ausgewiesen (davon 8 <MM), plus 9 Genehmigungen für erstmalige/ erneute Durchführung = 105 Standorte (2022)

Unnötig schlechte Qualität



Bundesweit missachteten 2019 noch 199 von 547 Krankenhäuser mit komplexen Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse die Mindestmenge!

… aber nur 23 Krankenhäuser haben zertifiziertes Bauchspeichel-drüsenkrebs-Zentrum (und inzidente Fälle gibt es nur rund 11/ Tag!) – was brauchen wir da die anderen 82 Standorte mit Mindestmengen?

Unnötig schlechte Qualität

Bauchspeicheldrüsenkrebs wird derzeit bei 69% (!) aller Patienten <u>außerhalb</u> von Krebszentren behandelt werden (2019) – über alle Krebsarten hinweg immerhin 55% (in absoluten Zahlen: 260.000 von 475.000 inzidenten Krebsfällen)!

Und hier die Liste für M-V

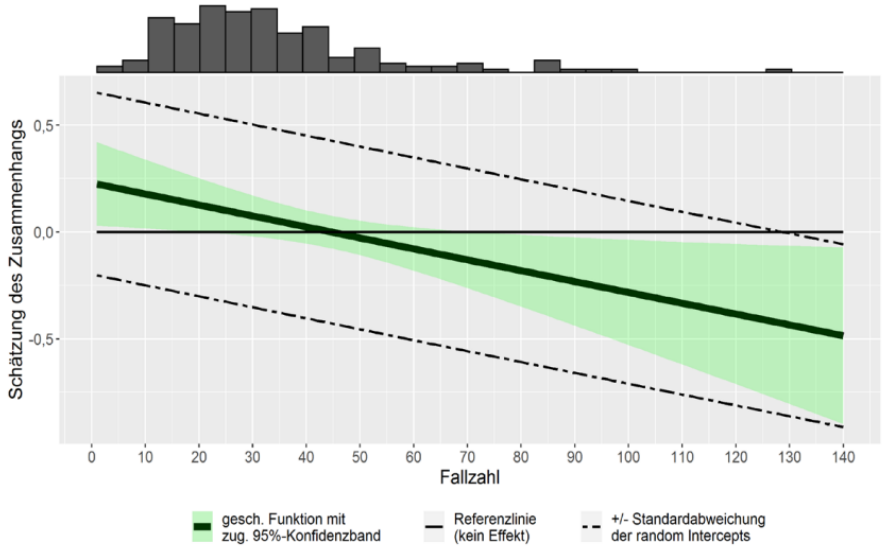
Unnötig schlechte Qualität

	Eingriffe/ Jahr	Pankreaskrebszentrum
Greifswald	56	J
Güstrow	20	N
Neubrandenburg	33	J
Parchim	11	N
Ribnitz-Damgarten	7	N
Rostock Uni	51	J
Rostock-Süd	65	J
Schwerin	34	J
Stralsund	25	N
Wismar	12	N

Aber warum 2 Zentren bei ca. 2 inzidenten Fällen/ Woche in HRO und LRO zusammen?

Problem: Politik behindert Umsetzung Evidenz-basierter Politik

G-BA hat Mindestmenge für Frühgeborene <1250g von 14/ Jahr auf 20 (2023) bzw. 25 (ab 2024) erhöht.



Bonhoeffer-Klinikum in Neubrandenburg hatte zuletzt 7 Fälle/ Jahr und soll jetzt Status als Perinatalzentrum Level I verlieren; Kinderklinik-Chef Armbrust behauptet im Nordkurier, seine Qualität sei „überdurchschnittlich“. Qualitätsbericht 2020 zeigt aber:

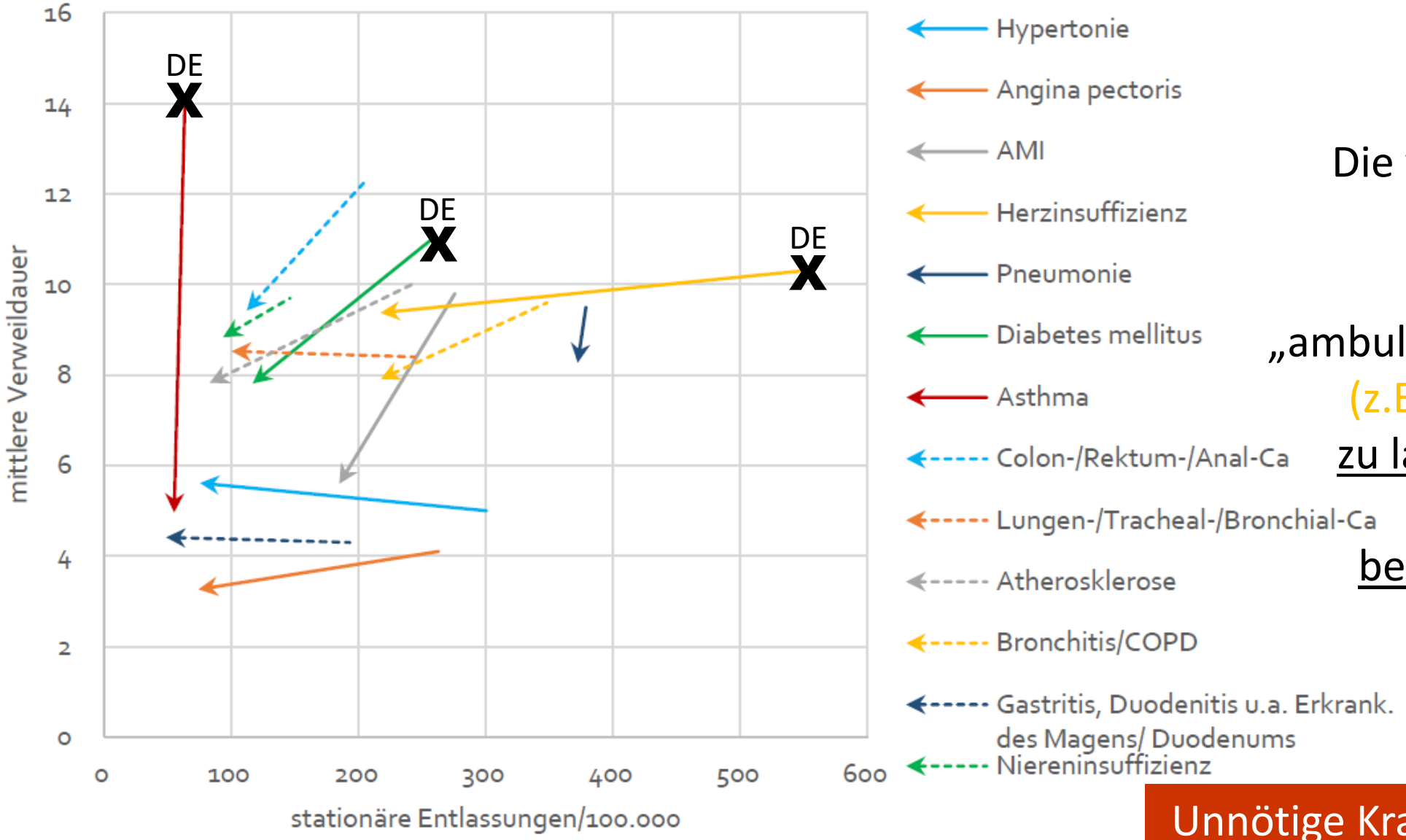
Frühgeborenensterblichkeit nicht risiko-adjustiert

10,53% [1,02-32,89] vs. Bund 4,26%

Verhältnis tatsächlich zu erwartet (risiko-adjustiert)

4,61 [1,29-13,74] vs. Bund 1,08

twitter.com/ManuelaSchwesig/status/1573271330987835396



Die vielen „Grund- und Regelversorger“ behandeln zu viele „ambulant-sensitive Fälle“ (z.B. Herzinsuffizienz), zu lange (z.B. Asthma), oder beides (z.B. Diabetes)

Unnötige Krankenhausnutzung (unangemessene Fälle, zu viele Fälle, zu lange Verweildauer)

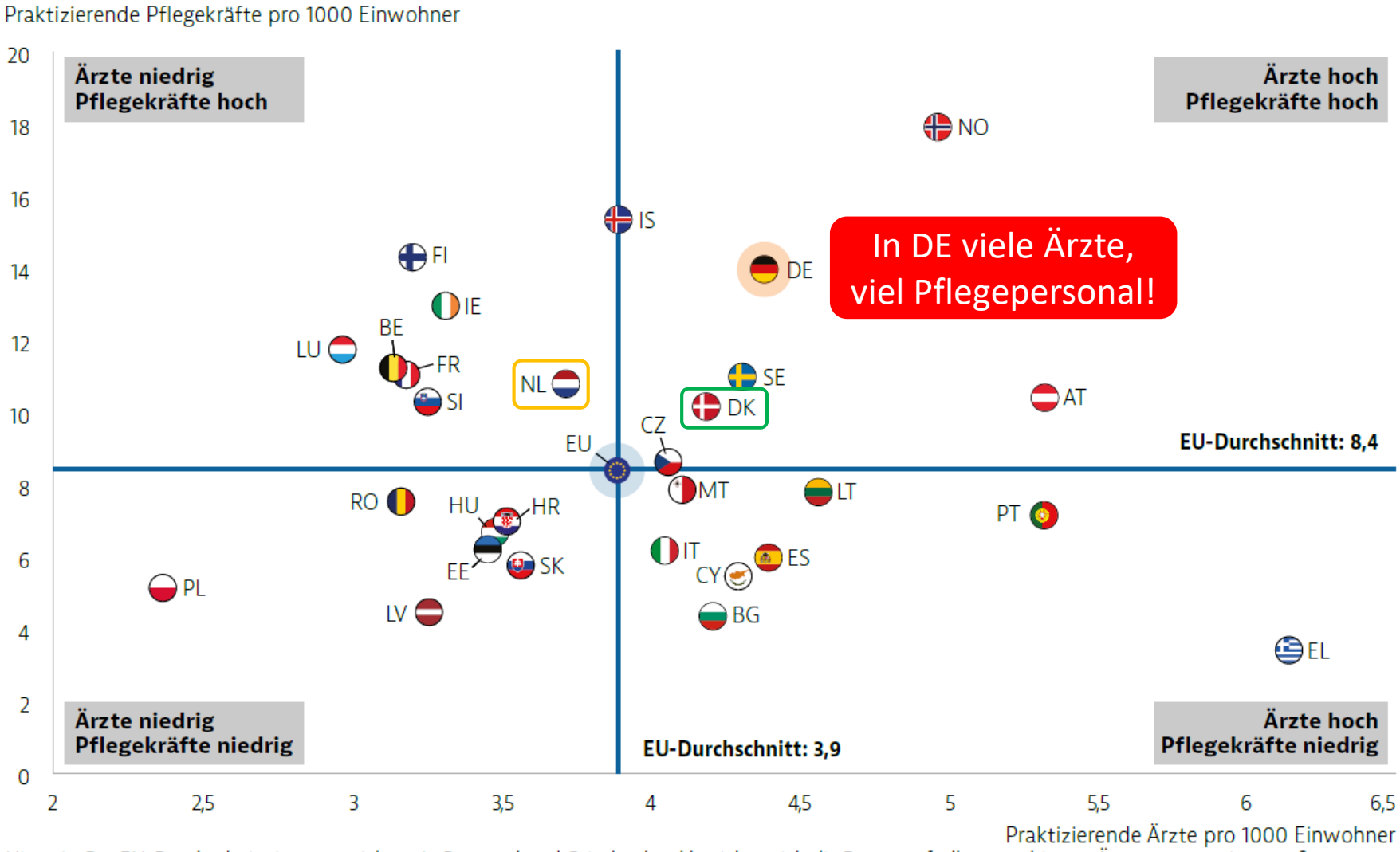
Abb. 5-2 *Unterschiede in mittlerer Verweildauer und den Entlassungen pro 100.000 Einw internistische Krankheitsbilder zwischen Deutschland (Ausgangspunkt) und dem Vergleich (Pfeilende), 2018 bzw. 2016 (DK, UK) (Eurostat: [hlth_co_inpst], [hlth_co_disch2])*

Hinweis: inkl. Tagesfälle, ohne interne Verlegungen (Details s. Text)

Datenquelle: unser noch unveröffentlichtes Gutachten für die DGIM, 2022

Binden eigentlich genug vorhandenes (Pflege-) Personal

(zweithöchste Zahl in EU nach FIN)



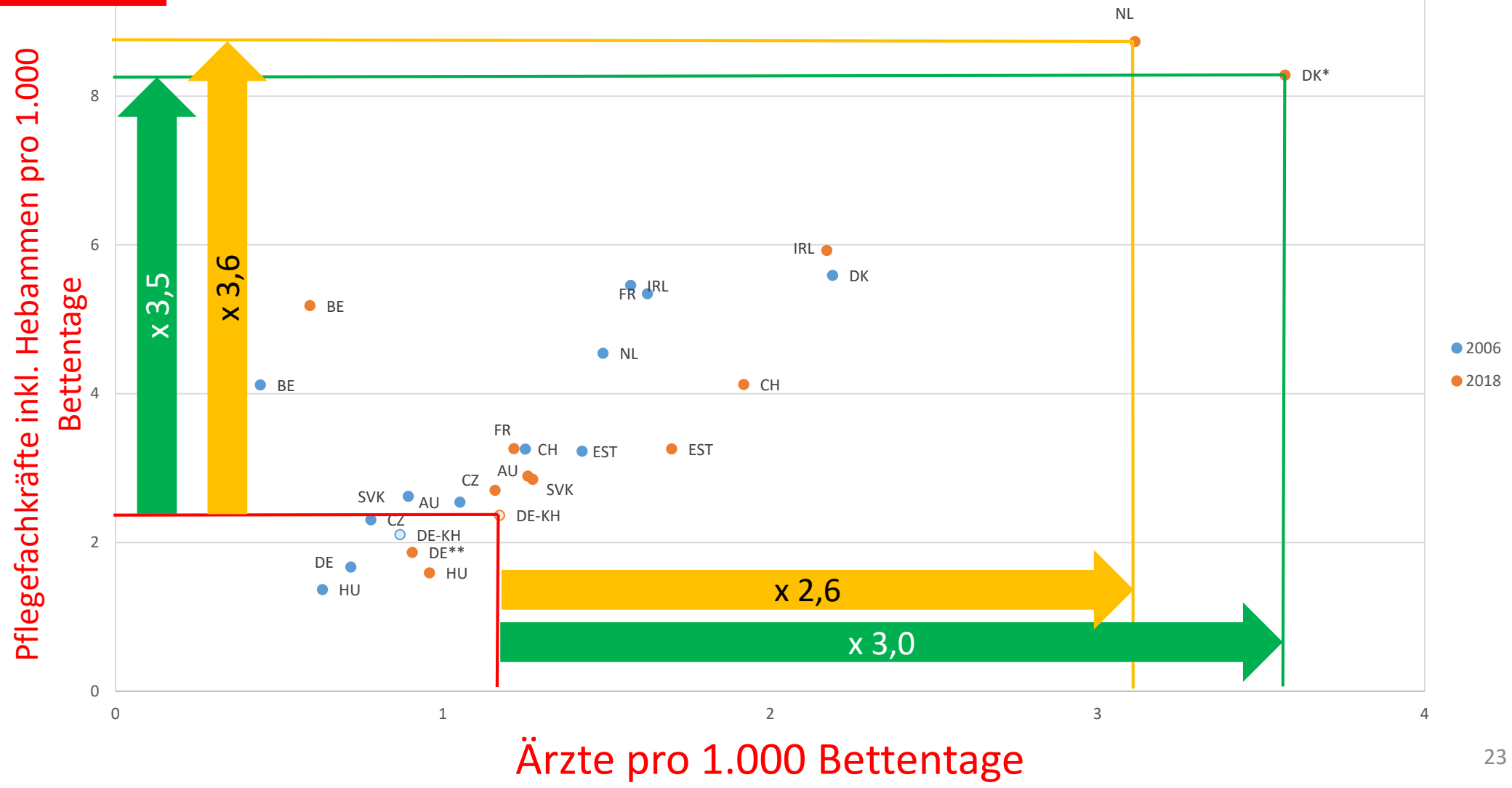
In DE viele Ärzte, viel Pflegepersonal!

Hinweis: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet. In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle approbierten Ärzte, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzte führt (z. B. etwa 30 % in Portugal). In Griechenland wird die Zahl der Pflegekräfte unterschätzt, da nur in Krankenhäusern tätige Pflegekräfte berücksichtigt werden.
Quelle: Eurostat-Datenbank (die Daten beziehen sich auf 2019 oder das nächstgelegene Jahr).

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Germany: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

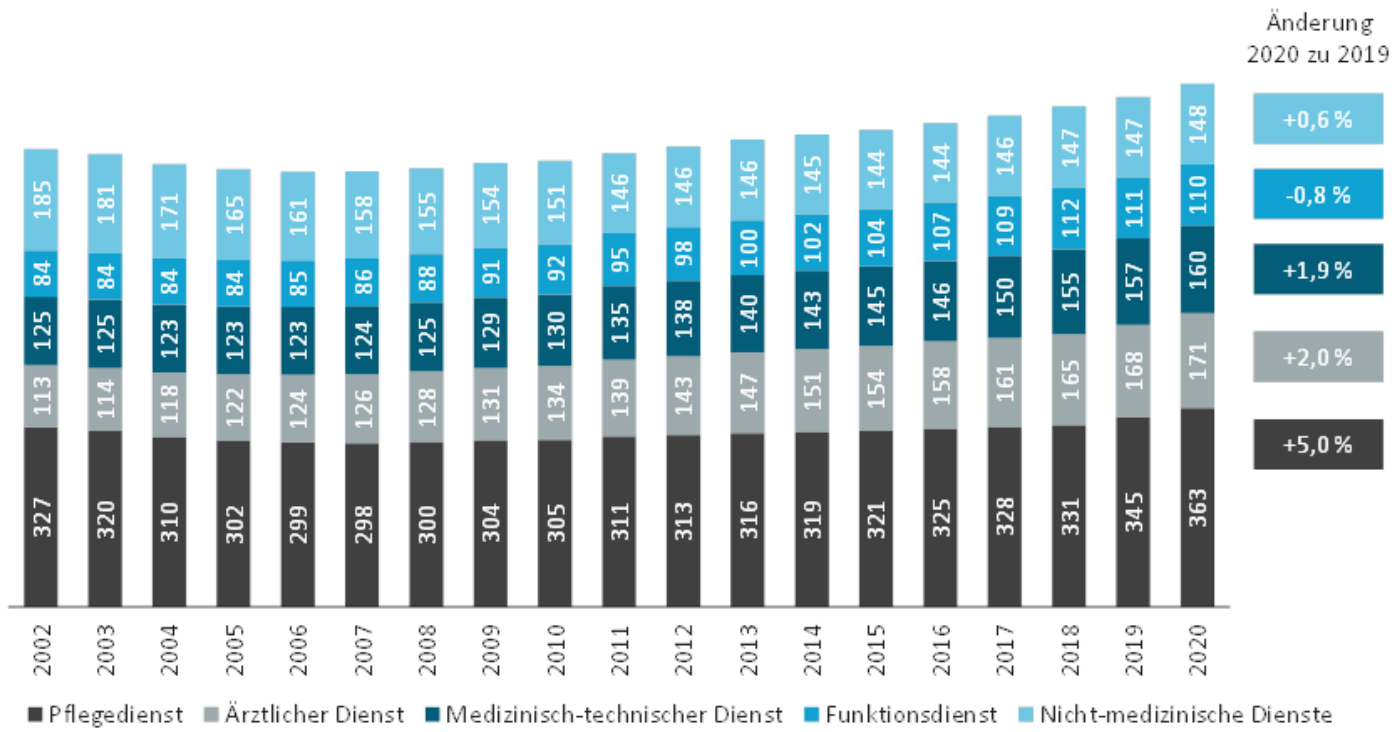
Binden eigentlich genug vorhandenes (Pflege-) Personal
(zweithöchste Zahl in EU nach FIN)

… was aber (wegen sehr vieler Fälle und langer Verweildauer) pro belegtem Bett und Tag sich in großen Unterschieden niederschlägt

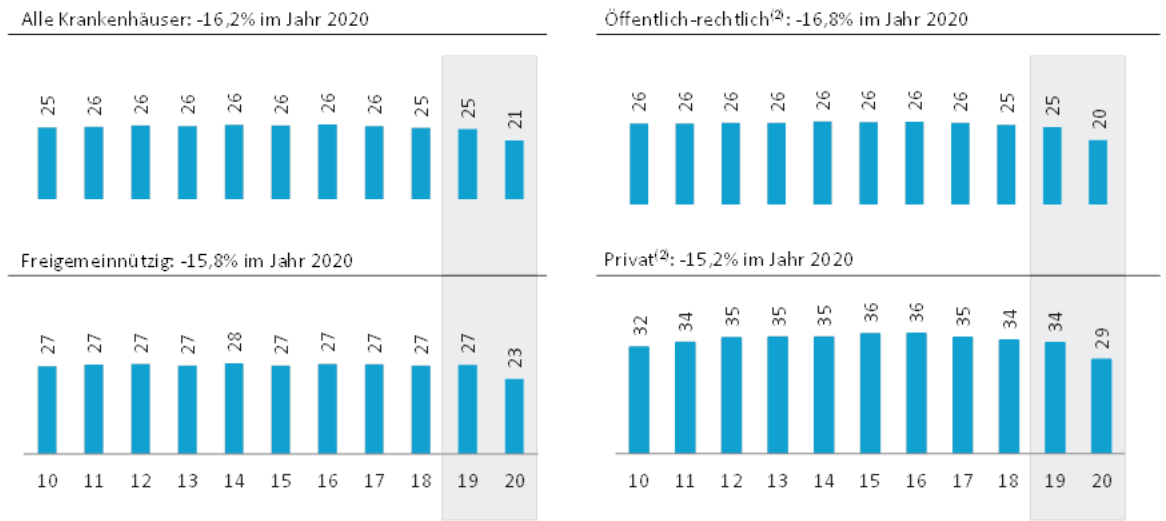


Eigene Auswertung mit OECD Health statistics

Anzahl Vollkräfte



Casemix[1] je Vollkraft (Allgemeinkrankenhäuser)



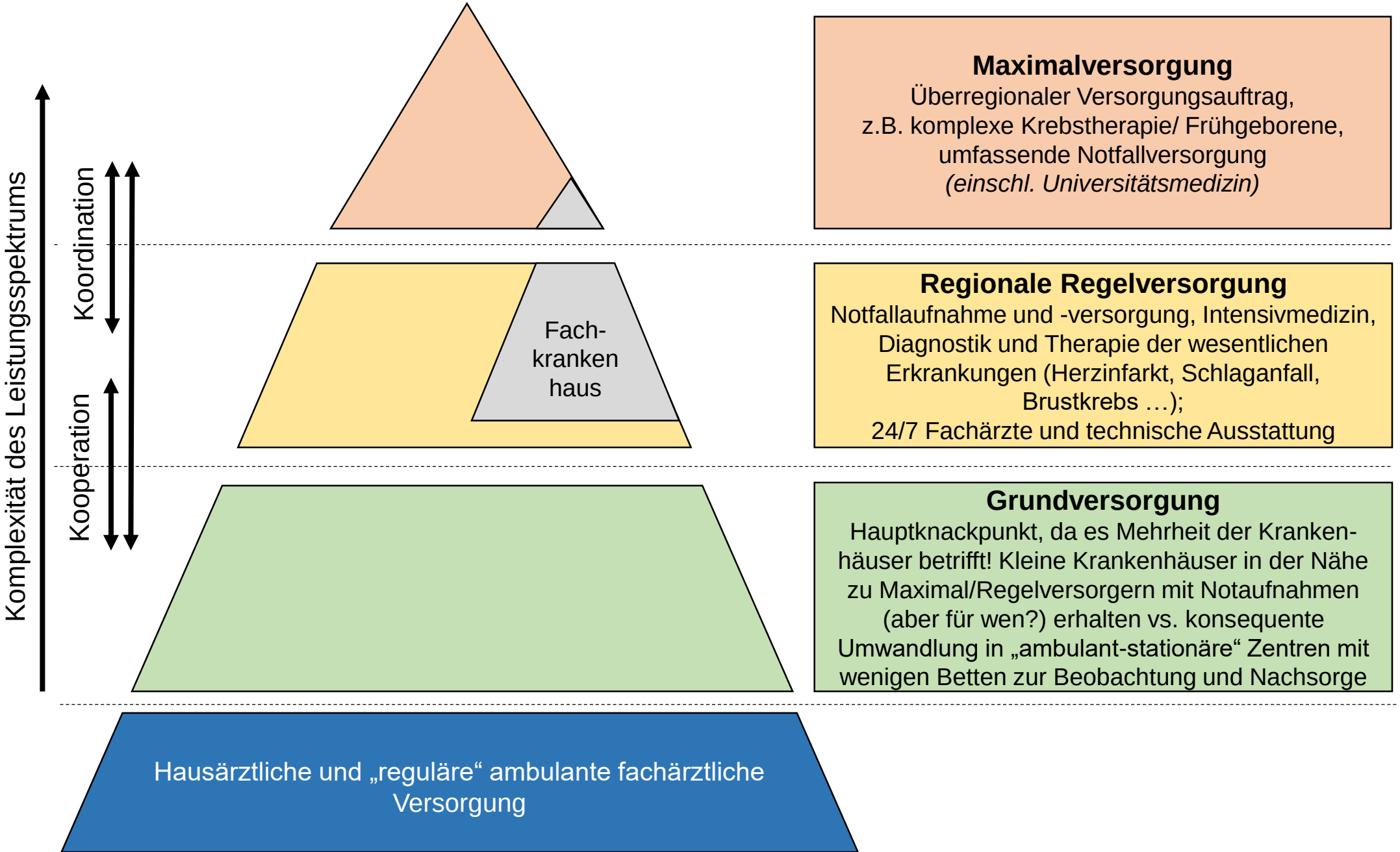
2020 gab es einen deutlichen Aufwuchs insbesondere beim Pflegepersonal, wodurch sich bessere Personal-Patienten bzw. Personal-CMI-Verhältnisse ergeben

→ Diskrepanz zur kommunizierten Verstärkung des Pflegemangels

Was muss sich in der stationären Versorgung jetzt (wirklich) ändern?

1. Anerkennen, dass unser System zu hochtourig läuft: viel Kapazität ist nicht „besser“, insbesondere wenn es *zu unnötigen Fällen/ Behandlungen* führt und durch mangelnde Ausstattung und „verwässertem“ Personal *zu unnötig schlechter Qualität* führt
   → wie in Dänemark muss gelten: **„Qualität vor Nähe“**
2. Kapazitäten an **Behandlungsbedarf** anpassen: es gibt pro Tag „nur“ 500 Herzinfarkte und 50 inzidente Fälle an Bauchspeicheldrüsenkrebs
   → da braucht es nicht 1000 bzw. 550 Krankenhäuser, die diese behandeln
3. *Jedes Krankenhaus sollte nur die Leistungen erbringen dürfen, für die es personell (24/7) und technisch adäquat ausgestattet ist!* Planung und Finanzierung müssen nach dieser Maxime ausgerichtet werden; das gilt auch für Notfälle.
4. Zeitnahe **Leistungstransparenz** *(kontinuierliches „DIVI-Register“ nicht nur für Intensivstationen)* ist notwendig und sollte selbstverständlich sein.

Was brauchen wir tatsächlich? Klare Definition von Stufen …



Maximalversorgung
Überregionaler Versorgungsauftrag,
z.B. komplexe Krebstherapie/ Frühgeborene,
umfassende Notfallversorgung
(einschl. Universitätsmedizin)

Regionale Regelversorgung
Notfallaufnahme und -versorgung, Intensivmedizin,
Diagnostik und Therapie der wesentlichen
Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall,
Brustkrebs …);
24/7 Fachärzte und technische Ausstattung

Grundversorgung
Hauptknackpunkt, da es Mehrheit der Kranken-
häuser betrifft! Kleine Krankenhäuser in der Nähe
zu Maximal/Regelversorgern mit Notaufnahmen
(aber für wen?) erhalten vs. konsequente
Umwandlung in „ambulant-stationäre“ Zentren mit
wenigen Betten zur Beobachtung und Nachsorge

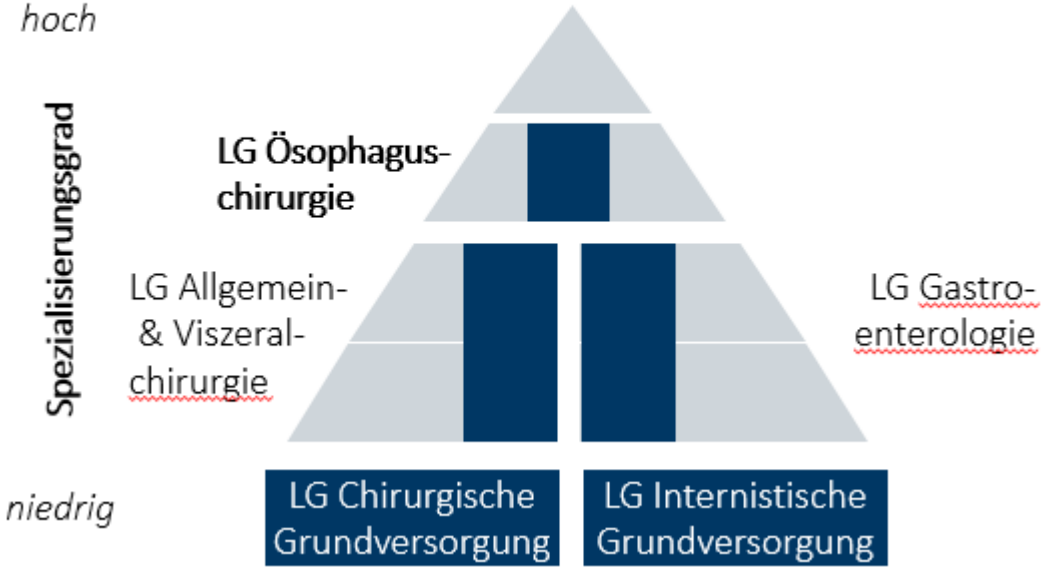
Modifiziert nach Augurszky/ Busse/ Gerlach/ Meyer (2020): Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020 – Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren

… und darauf aufbauend von Leistungsbereichen bzw. –gruppen

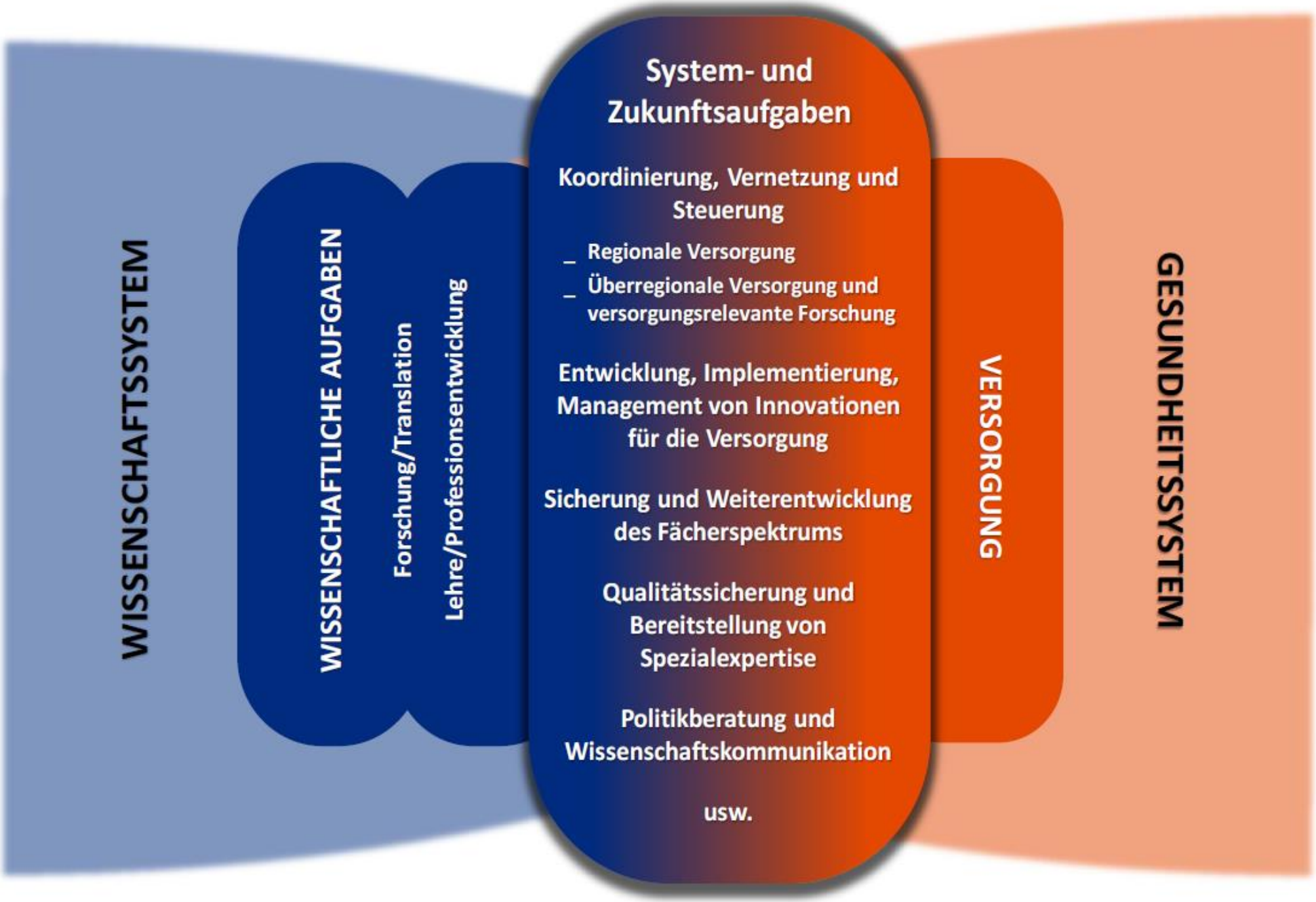
(d.h. Krankenhausplanung definiert Qualitätskriterien, die wiederum determinieren, welche Patienten behandelt werden dürfen)

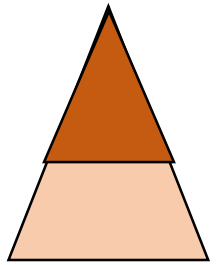
Abschied vom Bett: Neuer Krankenhausplan in NRW vorgestellt

Beispiel LG Ösophaguschirurgie



Name	Leistungsgruppe	FZ [Tsd.]	CMI	durch-schn. VWD	Belegungs-Tage	FZ-Anteil in LB	FZ-Anteil Ges.	rechn. Betten	Anz. DRGs	Anzahl B.DRGs
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Grundversorgung	internistische Grundversorgung	1.456	0,58	5,0	7.222.185	77%	32,3%	24.734	102	69
Grundversorgung	chirurgische Grundversorgung	426,7	0,66	3,5	1.490.918	23%	9,5%	5.106	53	38
Herz	erweiterte Kardiologie	25,0	1,99	12,7	317.779	10%	0,6%	1.088	23	14
Herz	kardiale Devices	34,5	2,09	6,6	229.485	13%	0,8%	786	25	6
Herz	interventionelle Kardiologie	165,0	1,04	5,1	834.539	63%	3,7%	2.858	25	11
Herz	EPU / Ablation	18,5	2,16	4,2	76.970	7%	0,4%	264	5	2
Herz	Herzchirurgie	15,5	5,80	14,7	228.232	6%	0,3%	782	23	8
Herz	interventioneller Herzklappenersatz (TAVI)	3,9	9,37	13,3	51.291	1%	0,1%	176	2	1





Besondere Rolle der Universitäts-medizin innerhalb der Maximal-versorgung

Was bedeutet das für die Universitätsmedizin?

- Stationäre Fallzahlen in Universitätsmedizin weniger gefallen als im Krankenhaussektor insgesamt (→ relative Zunahme)
- Fallzahlen auf 2019er Niveau werden nur wieder erreicht, wenn echte Krankenhausstrukturreform mit Stufen & Leistungsgruppen kommt (aber auch hier wird es, etwa in Onkologie, Ambulantisierung geben)
- Weitergehende Aufgaben (und Finanzierung) der Universitätsmedizin (jenseits der „normalen“ Maximalversorgung) sind abhängig von guter Kooperation mit anderen Krankenhäusern, nicht primär Wettbewerb um Patienten