Was braucht eine gesunde Gesundheitsversorgung in der Fläche?

Oder: Wie sollte die Krankenhausstruktur in M-V nach der Reform aussehen?

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

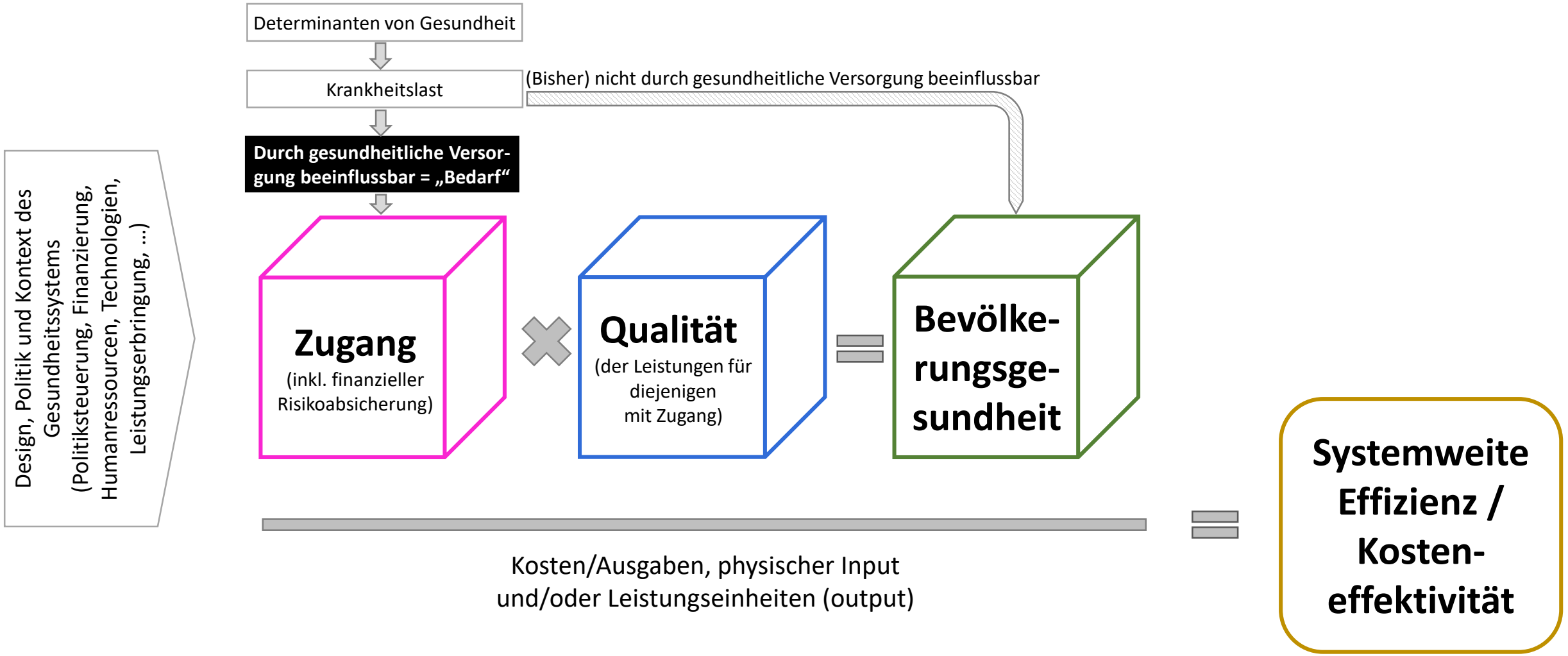
„Wohnortnähe kontra Qualität“?

SVZ von heute

oder besser „**Qualität vor Nähe**“

Lars Løkke Rasmussen, dänischer Innen- und Gesundheitsminister, später Ministerpräsident

Notwendig: Schritt 1 = Framework zur Definition von Gesundheitssystem-Zielen



Notwendig:

Schritt 2 = Daten, Daten, Daten → Transparente Darstellung und ehrliche Analyse der Ergebnisse

Schritt 3 =
Offener Dialog zwischen Politik und Bürgern über

- Ziele (Welche sind wie wichtig?),
- Performanz (Wie stehen wir derzeit dar?) und
- notwendiger Umgestaltung

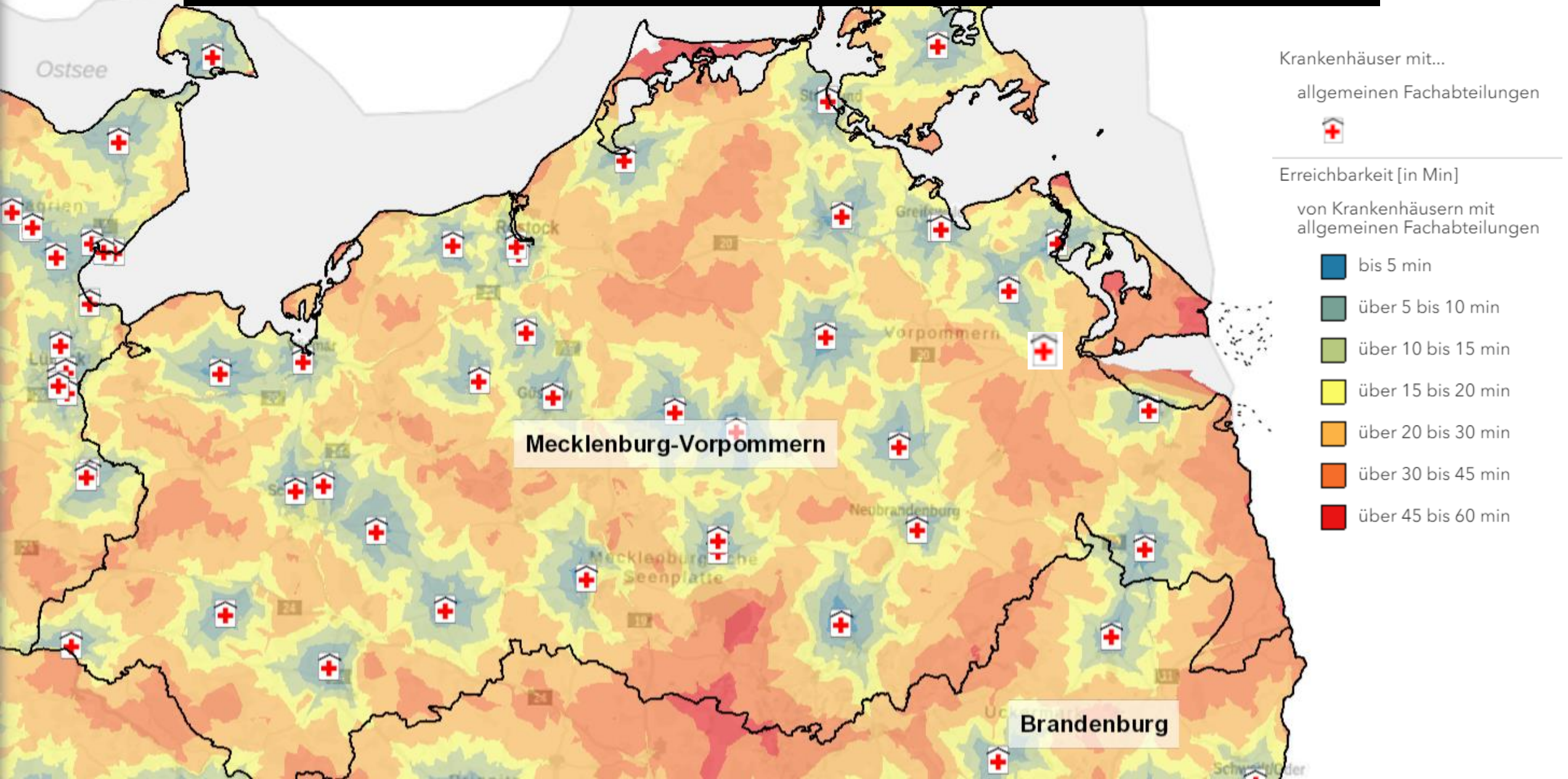
Krankenhausplanung in der Realität

- Nähe, Abteilungen, Betten
- Nähe, Abteilungen, Betten
- Nähe, Abteilungen, Betten
- Qualität
- Bevölkerungsgesundheit

Nicht berücksichtigt (bzw. falsch eingeschätzt): der Bedarf in M-V

- Schlaganfälle: 16 / Tag
- Herzinfarkte: 12 / Tag
- Brustkrebs: 4 / Tag (27 / Woche)
- Bauchspeicheldrüsenkrebs: 7 / Woche
- Frühgeborene <1250g: 2 / Woche

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



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)

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)

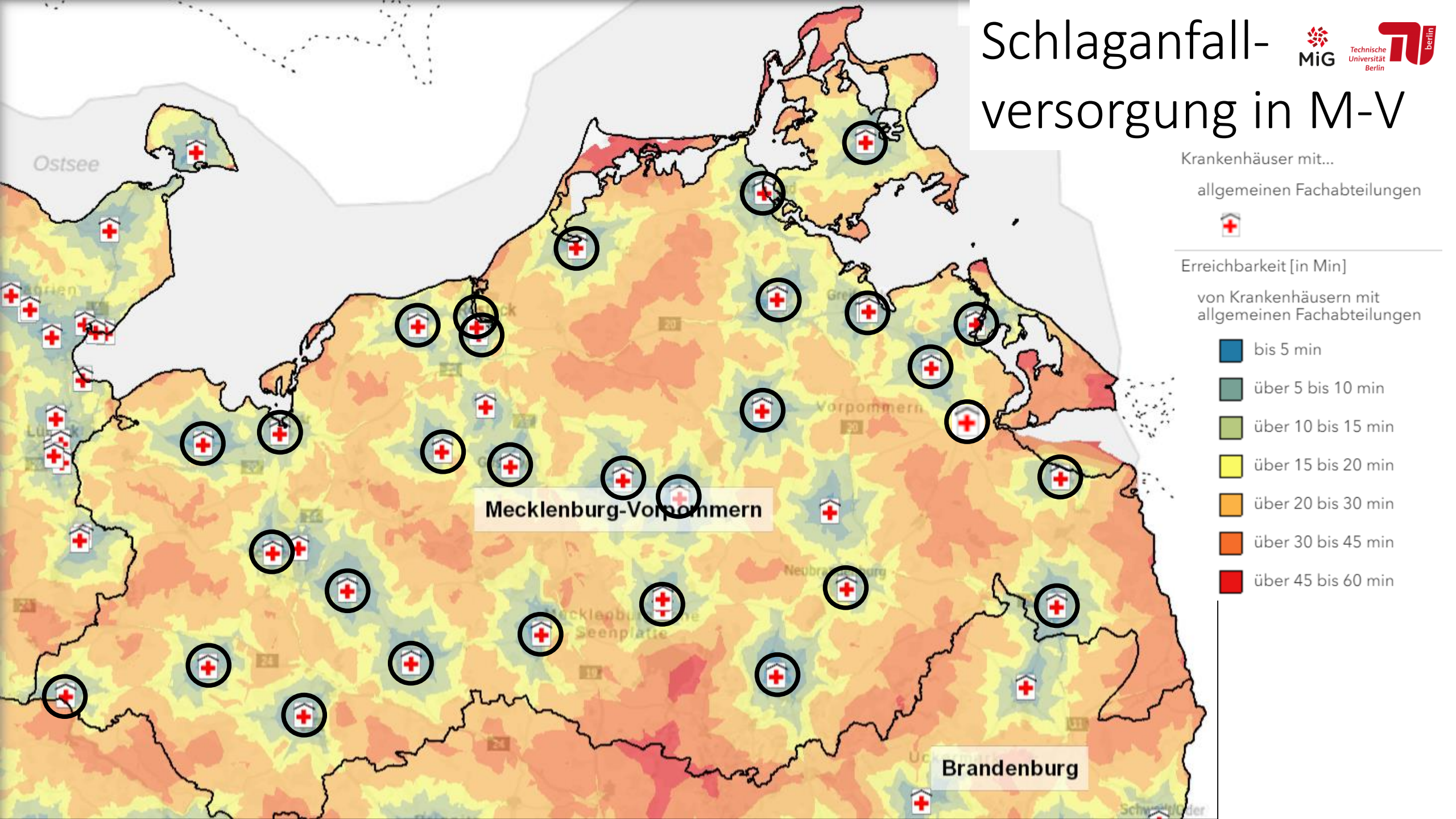
Fachärzte außerhalb von Kernarbeitszeiten haben 30 min. Zeit

Unnötig schlechte Qualität

Binden eigentlich genug vorhandenes (Pflege-) Personal (dritthöchste Zahl in EU nach FIN und IRL)

Gefährdung durch Krankenhauskeime, unnötige Kosten, Ineffizienz

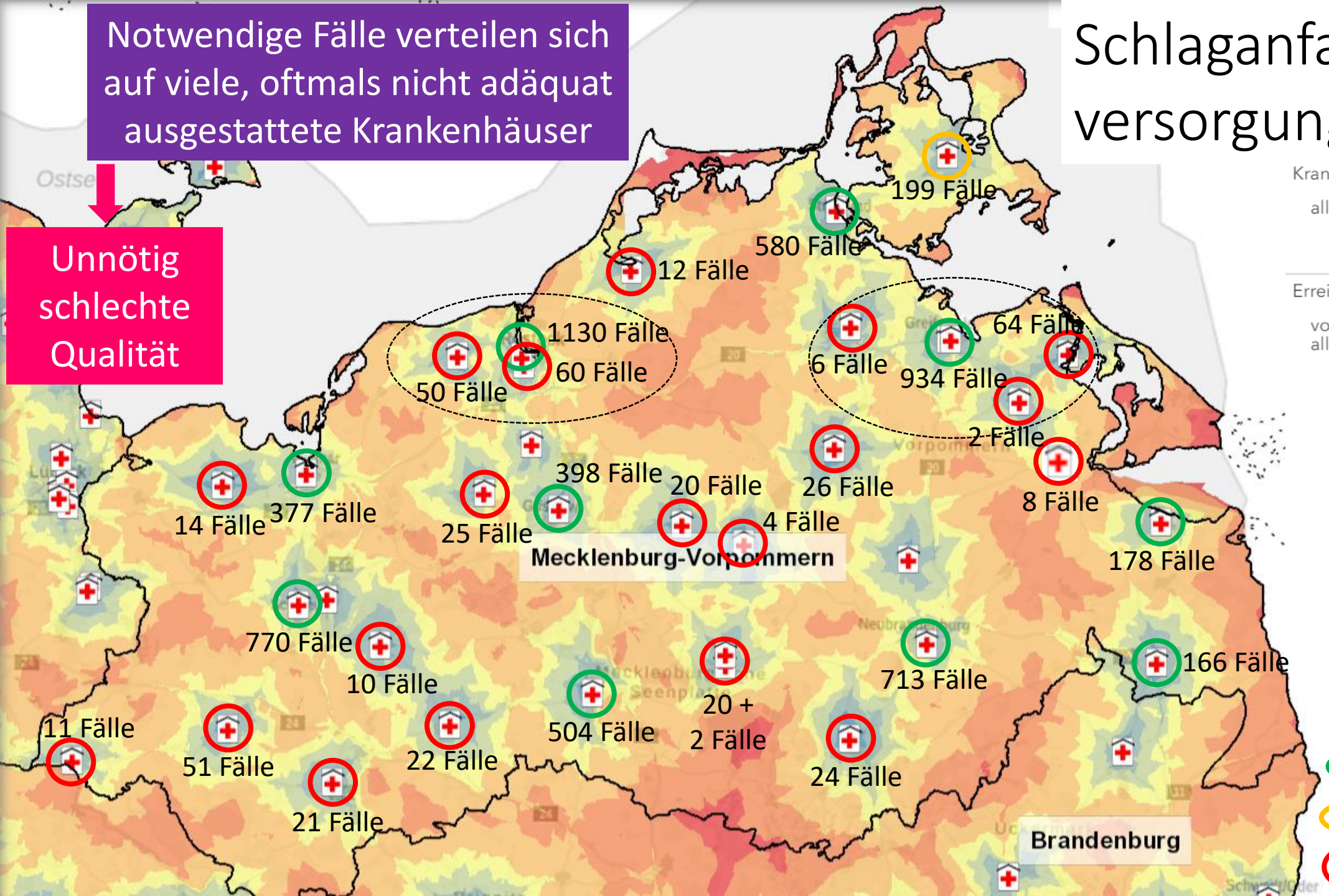
Schlaganfall-versorgung in M-V



Schlaganfall-versorgung in M-V

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

Unnötig schlechte Qualität



Krankenhäuser mit...

allgemeinen Fachabteilungen

Erreichbarkeit [in Min]

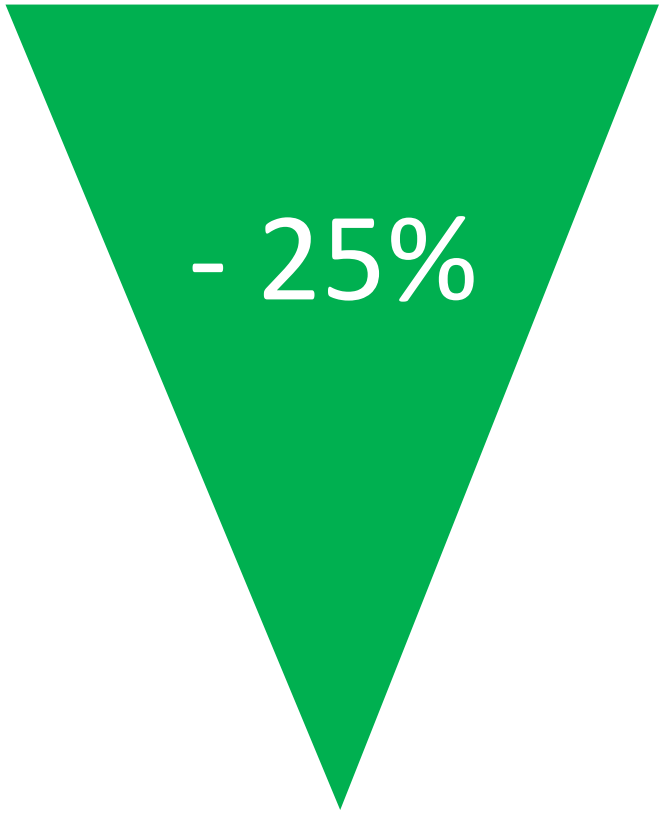
von Krankenhäusern mit allgemeinen Fachabteilungen

- 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

Warum ist das wichtig? Ergebnisse von Stroke Units ggü. „normaler“ Schlaganfall-Versorgung

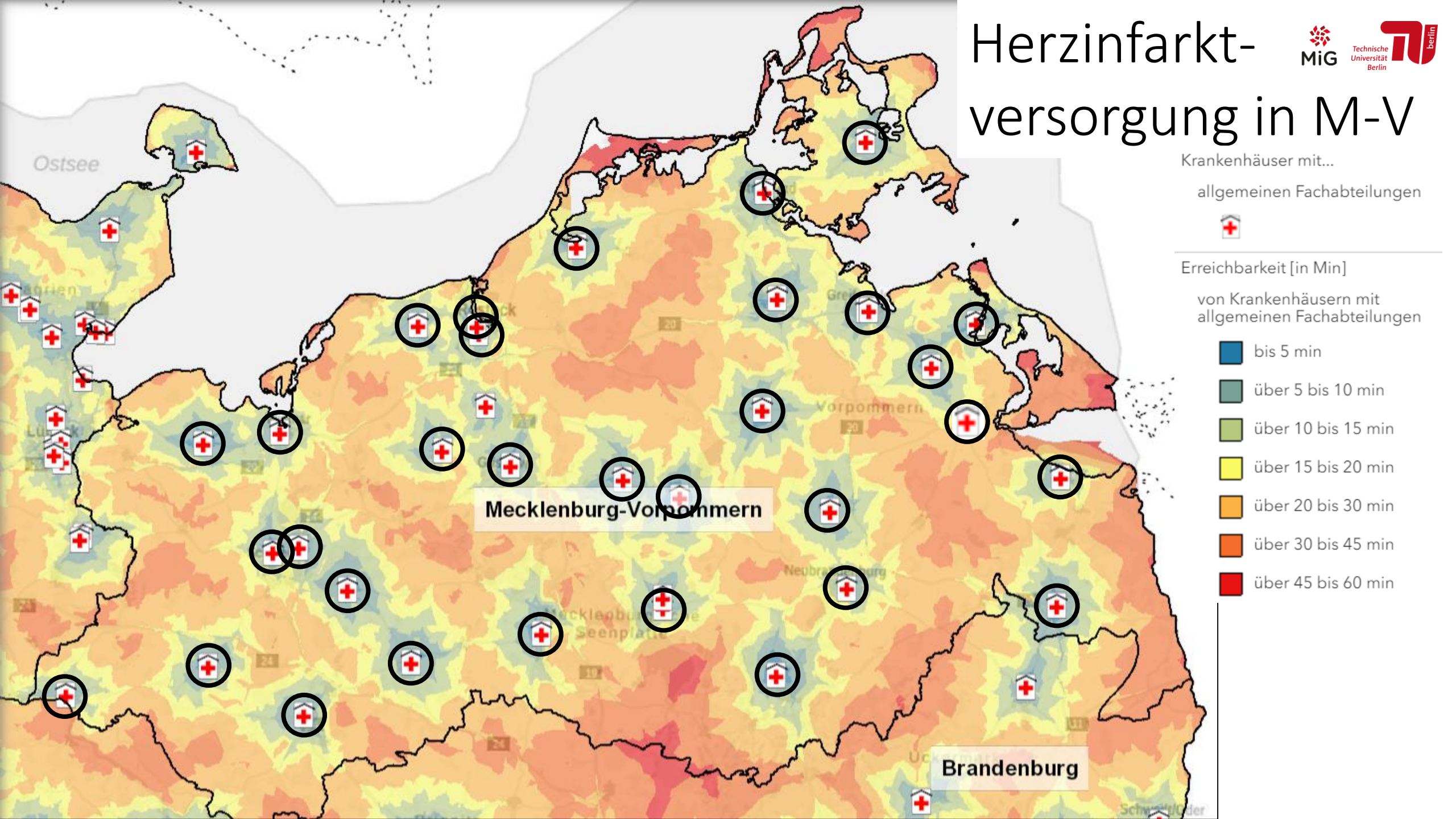


1-Jahres-Sterblichkeit:
ca. 23 von 100 Patienten statt 31 von 100
(wären für M-V bei ca. 15% in Krankenhäusern ohne Stroke Unit ca. 70 Versterbende/ Jahr weniger)

Kann nicht zuhause leben:
ca. 18 von 100 Patienten statt 24 von 100
(wären für M-V ca. 50 Personen pro Jahr mehr, die zuhause leben könnten)

Eigene Darstellung nach (oben) Geraedts M, Ebbeler D, Timmesfeld N, Kaps M, Berger K, Misselwitz B, Günster C, Dröge P, Schneider M (2021): Quality assurance measures and mortality after stroke—a retrospective cohort study. Dtsch Arztebl Int 118: 857–63 & (unten) Langhorne P, Ramachandra S, Stroke Unit Trialists' Collaboration (2020): Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000197.pub4/full

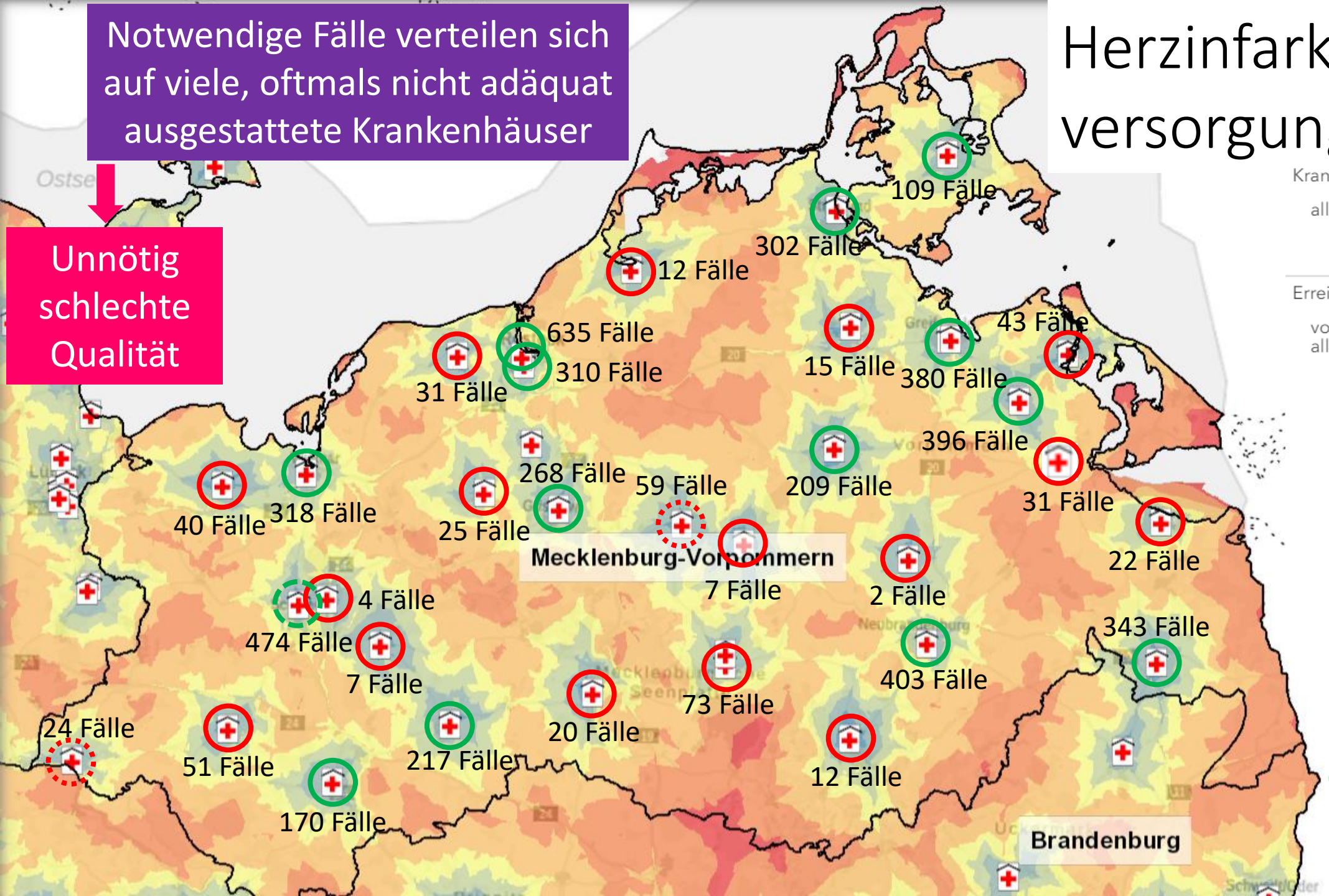
Herzinfarkt-versorgung in M-V



Herzinfarkt-versorgung in M-V

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

Unnötig schlechte Qualität



Krankenhäuser mit...

allgemeinen Fachabteilungen

Erreichbarkeit [in Min]

von Krankenhäusern mit allgemeinen Fachabteilungen

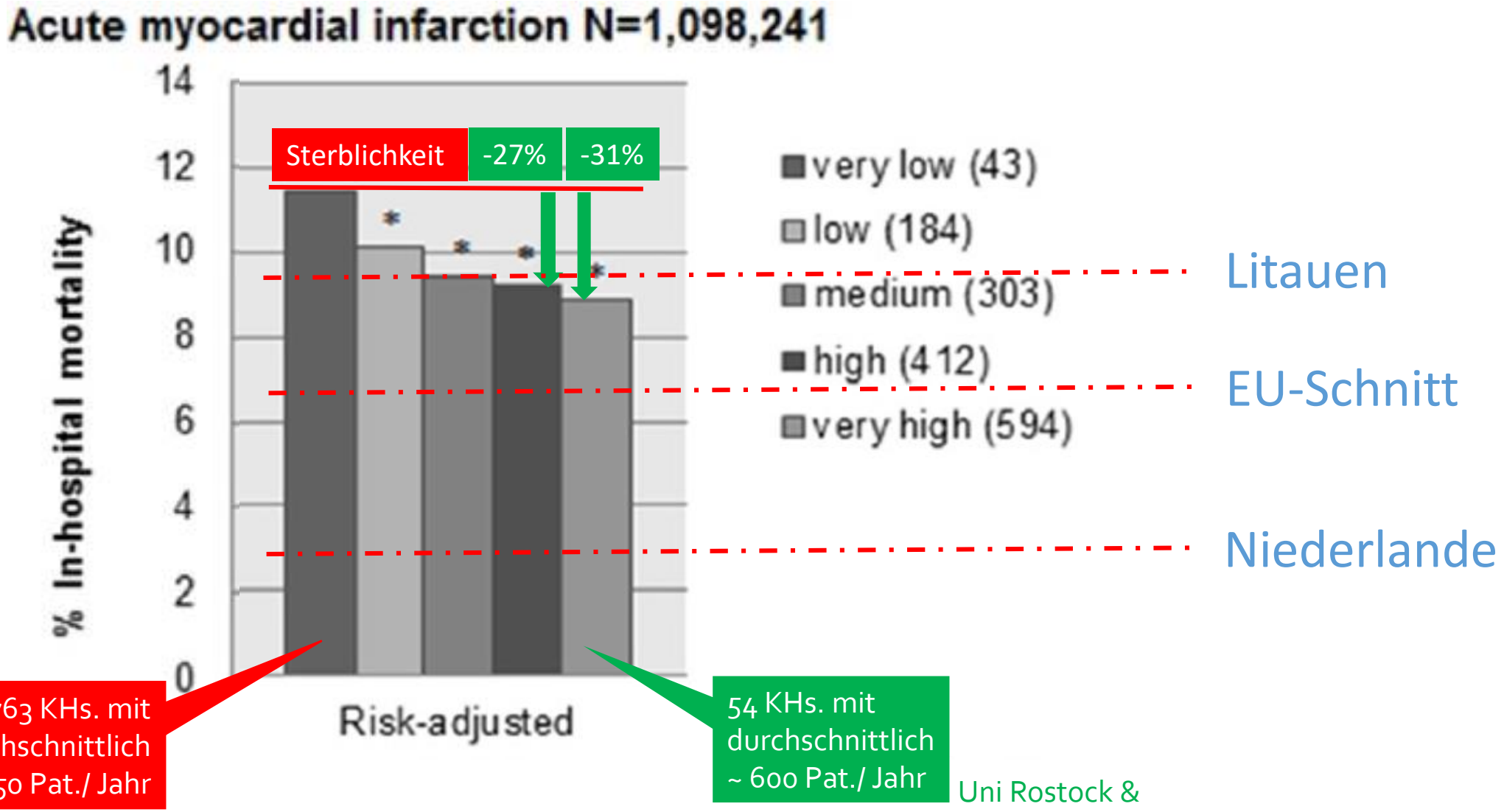
- bis 5 min
- über 5 bis 10 min
- über 10 bis 15 min
- über 15 bis 20 min
- über 20 bis 30 min
- über 30 bis 45 min
- über 45 bis 60 min

Hat 2020 Patienten mit Herzinfarkt versorgt:

mit ohne

24/7-Herzkatheter

Warum ist das wichtig? Ergebnisse in Krankenhäusern mit vielen Fällen sind deutlich besser: Herzinfarkt



Anklam,
Bad Doberan,
Boitzenburg,
Bützow,
Crivitz, …
Waren

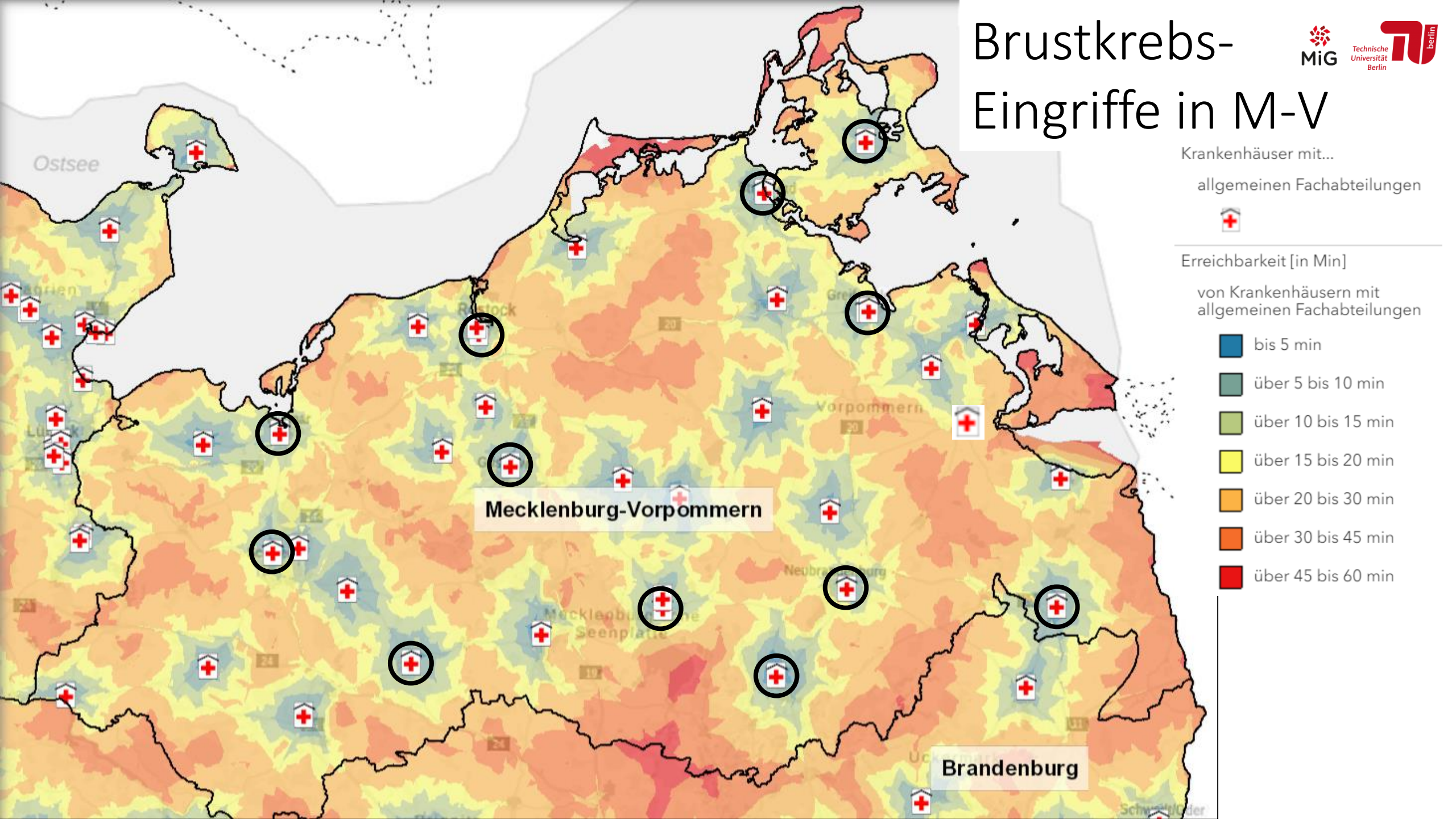
763 KHs. mit durchschnittlich <50 Pat./ Jahr

54 KHs. mit durchschnittlich ~ 600 Pat./ Jahr

Uni Rostock & Helios Schwerin

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

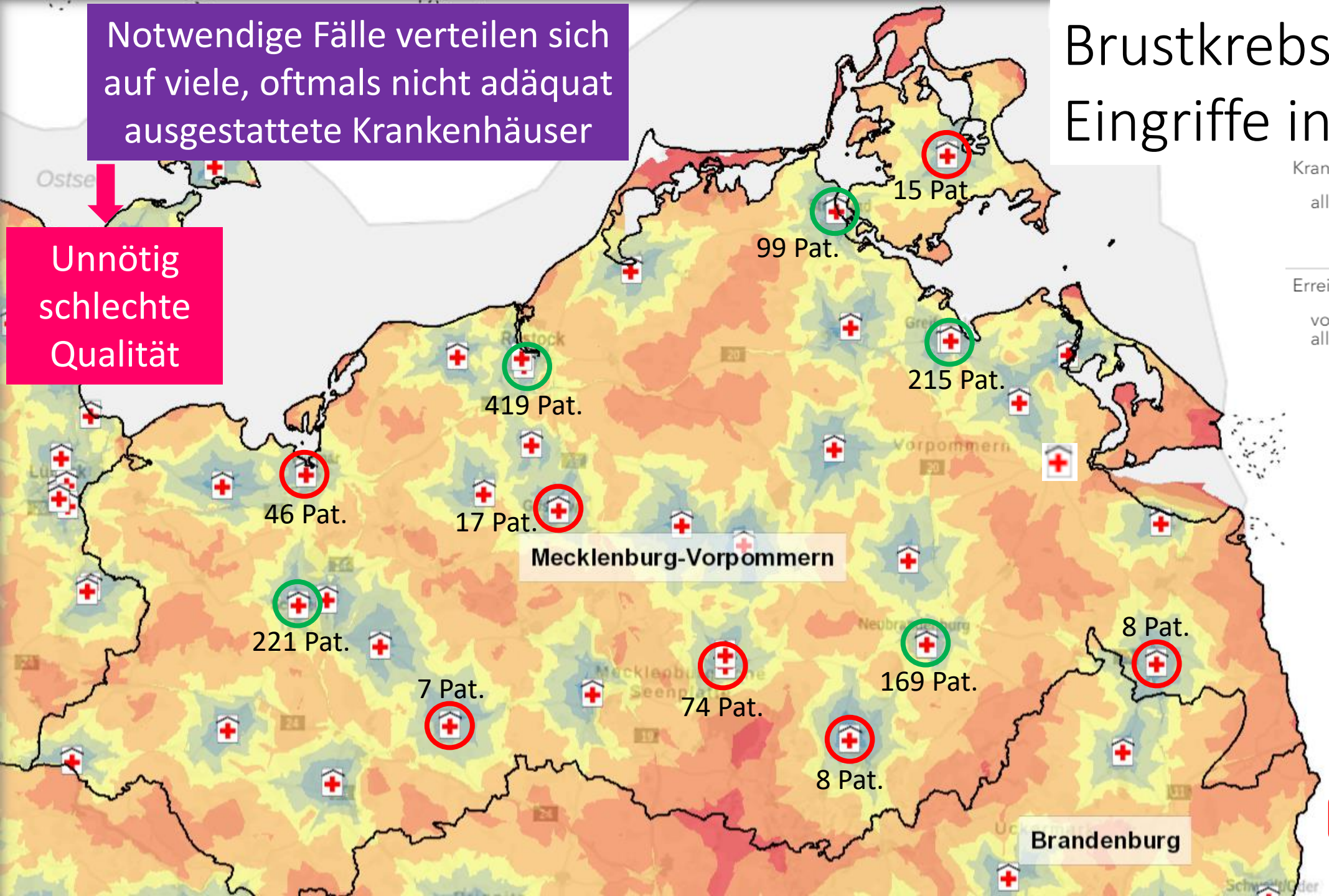
Brustkrebs-Eingriffe in M-V



Brustkrebs-Eingriffe in M-V

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

Unnötig schlechte Qualität



Krankenhäuser mit...

allgemeinen Fachabteilungen

Erreichbarkeit [in Min]

von Krankenhäusern mit allgemeinen Fachabteilungen

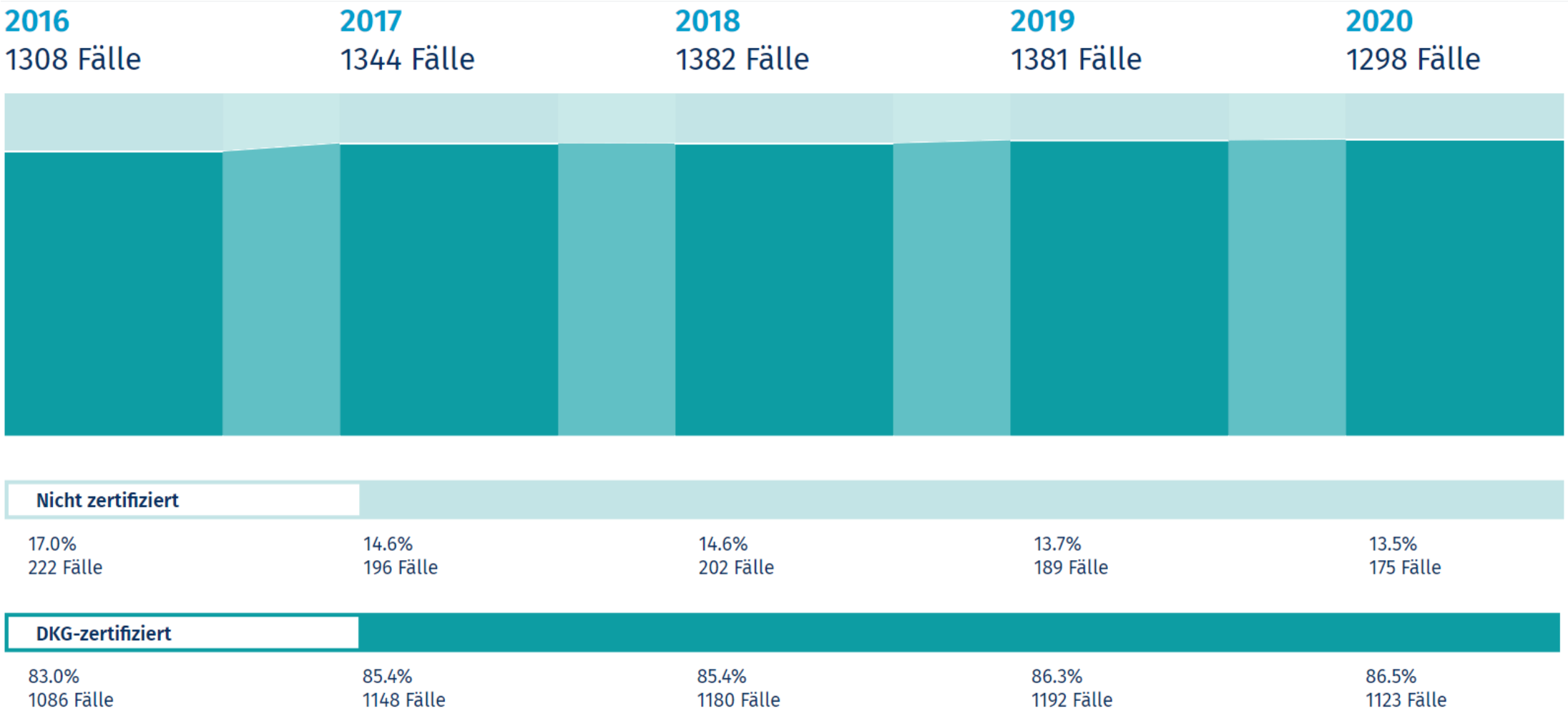
- bis 5 min
- über 5 bis 10 min
- über 10 bis 15 min
- über 15 bis 20 min
- über 20 bis 30 min
- über 30 bis 45 min
- über 45 bis 60 min

2020

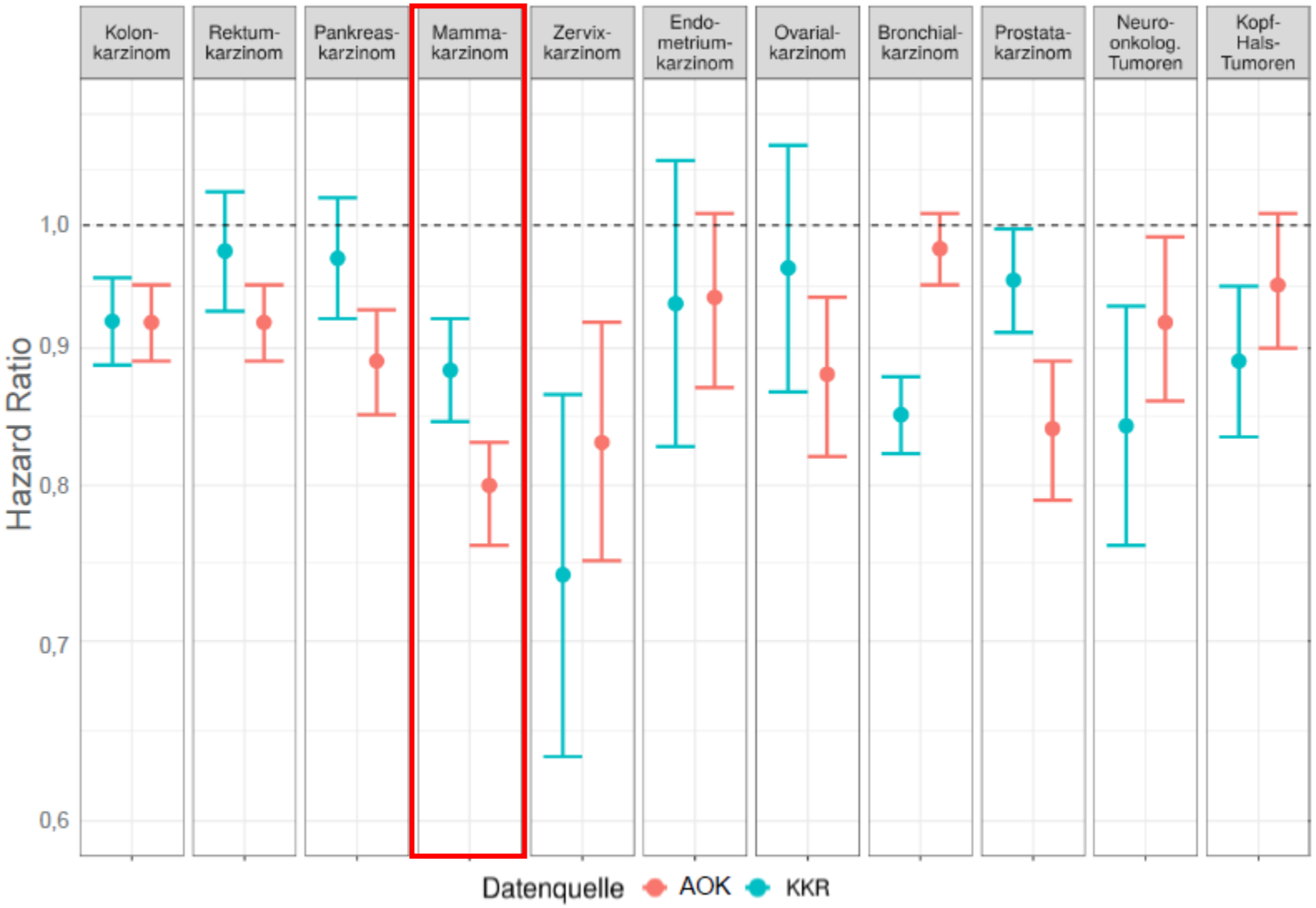
Zert. Brustkrebszentrum (n = 1123; 87%)

Andere (n = 175; 13%)

Und seit Jahren gibt es praktisch keine Veränderung zwischen Zentren und Nicht-Zentren …



… obwohl die Sterblichkeit in Zentren um 15-20% niedriger liegt



Interpretation des Hazard Ratios:

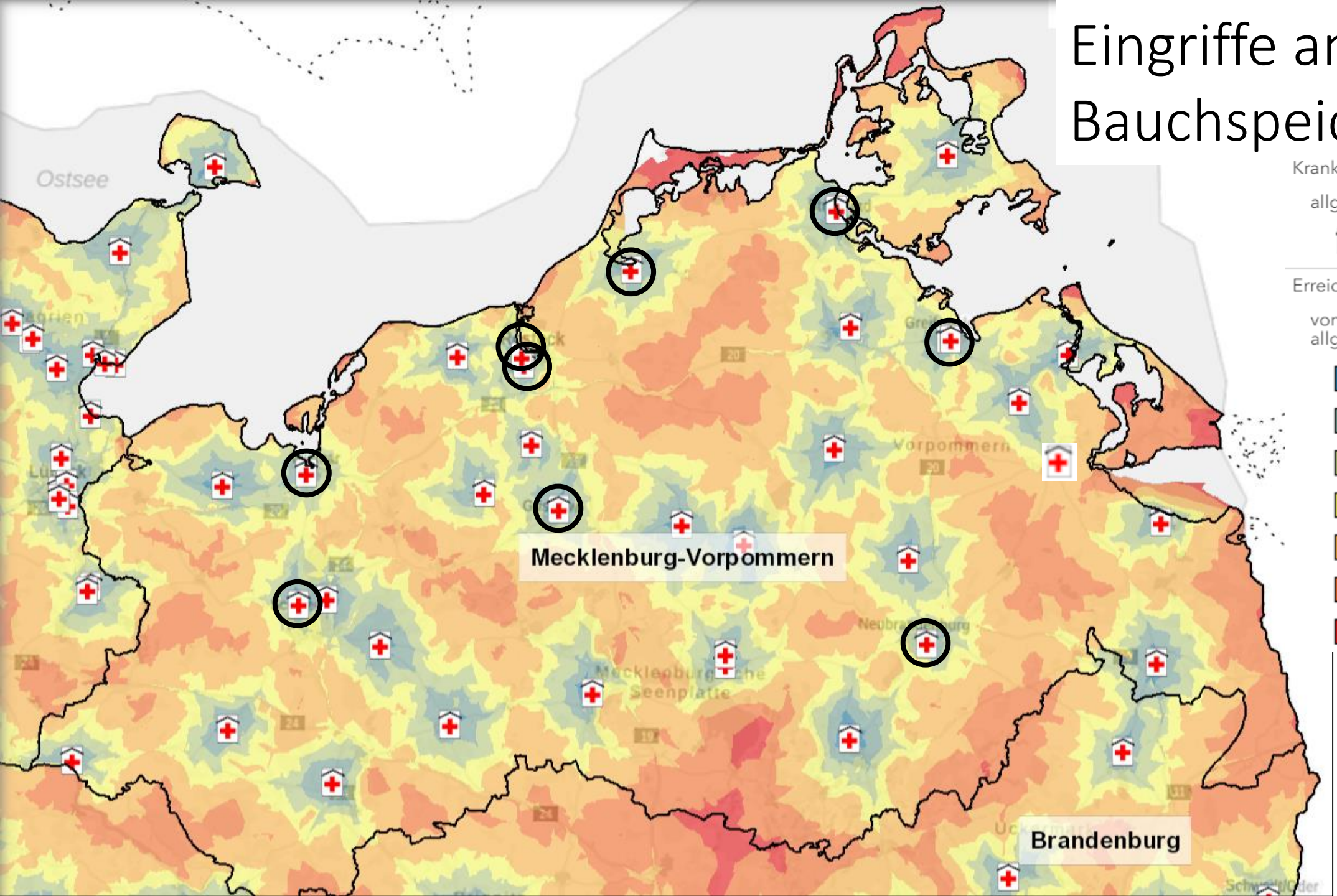
Beträgt das Hazard Ratio 0,9 für Patienten/innen mit Zentrums-behandlung im Vergleich zu Patienten/innen ohne Zentrumsbehandlung, so ist das Sterberisiko der Patienten/innen im Zentrum 0,9-mal so hoch wie das der Patienten/innen außerhalb des Zentrums. D. h. im Zentrum ist das Sterberisiko um 10 % niedriger.

Zentrumseffekt:

Die Hazard Ratios liegen unter 1,0 (mehrheitlich signifikant).
D. h. die **Behandlung im zertifizierten Zentrum** ist mit einem **Überlebensvorteil** verbunden.

Schmitt J et al. (2022): Ergebnisvorstellung WiZen-Projekt

Eingriffe an Bauchspeicheldrüse



Krankenhäuser mit...

allgemeinen Fachabteilungen

Erreichbarkeit [in Min]

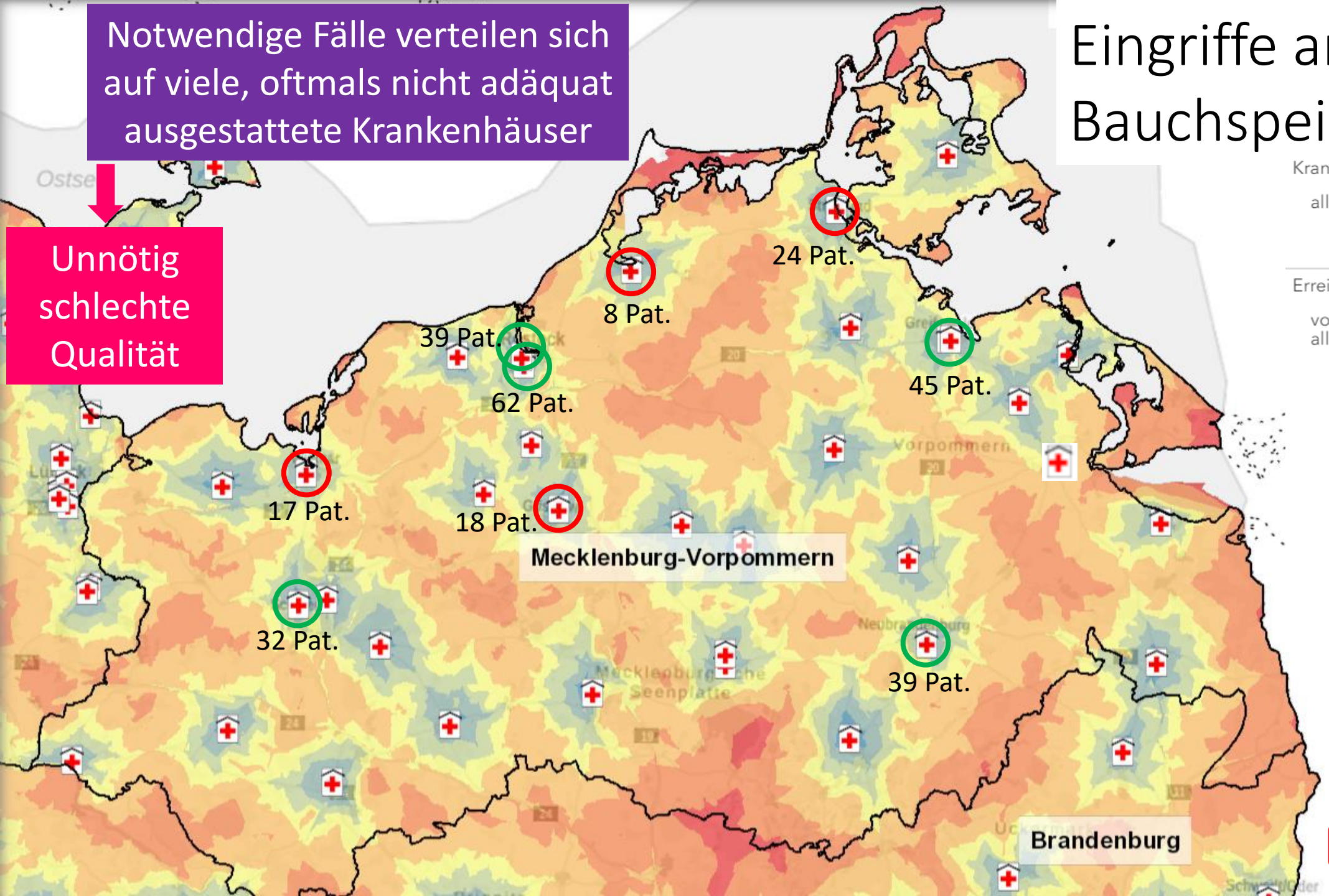
von Krankenhäusern mit allgemeinen Fachabteilungen

- 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

Eingriffe an Bauchspeicheldrüse

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

Unnötig schlechte Qualität



Krankenhäuser mit...

allgemeinen Fachabteilungen

Erreichbarkeit [in Min]

von Krankenhäusern mit allgemeinen Fachabteilungen

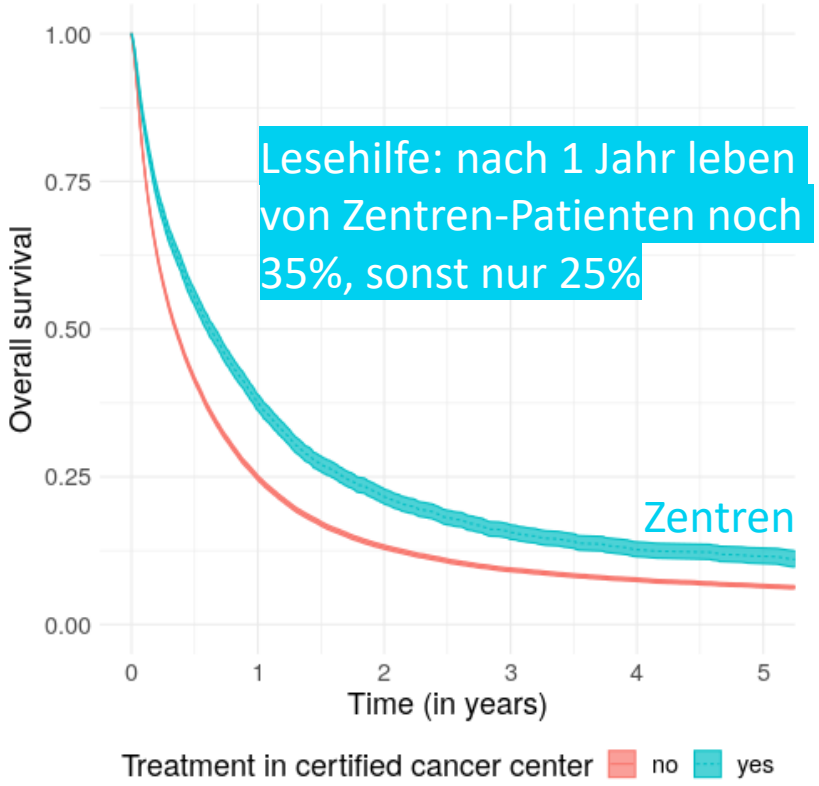
- bis 5 min
- über 5 bis 10 min
- über 10 bis 15 min
- über 15 bis 20 min
- über 20 bis 30 min
- über 30 bis 45 min
- über 45 bis 60 min

2021

Zert. Pankreaskrebszentrum (n = 217; 76%)

Andere (n = 67; 24%)

Warum ist das wichtig? Das Überleben ist in zertifizierten Zentren deutlich besser als in anderen Krankenhäusern (und zusätzlich spielt die Kh.-Größe eine wichtige Rolle)

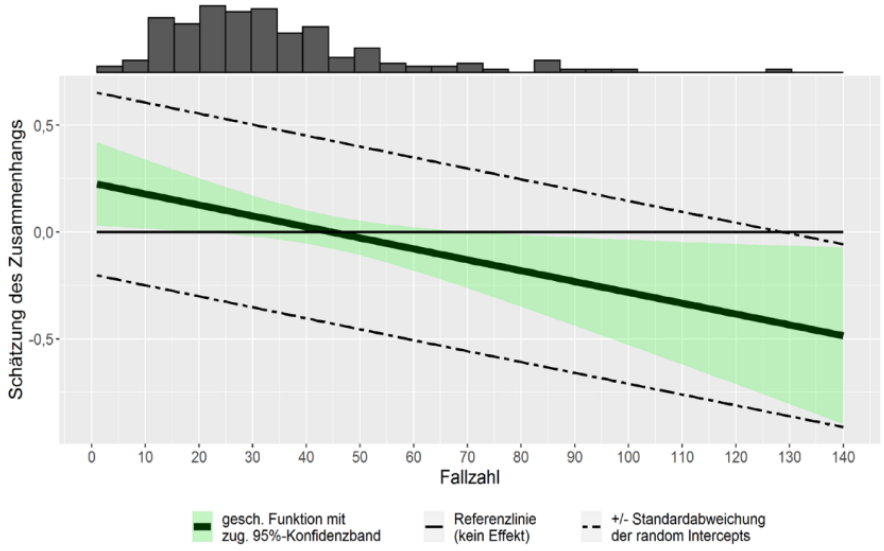


27 Variablen im Modell
(außer krankenhausbezogenen Variablen alle ähnlich in beiden Gruppen)

Confounder	HR	CI
Zertifikat (ref: nein)		
ja	0.89***	(0.85,0.93)
Alter (ref: 18-59)		
60-79	1.46***	(1.41,1.51)
80+	2.46***	(2.37,2.56)
Geschlecht (ref: W)		
M	1.04***	(1.02,1.06)
Betten (ref: 1-299)		
300-499	0.95*	(0.92,0.99)
500-999	0.88***	(0.84,0.92)
1000+	0.82***	(0.77,0.87)

Problem: Politik erschwert 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 sollte Status als Perinatalzentrum Level I verlieren;
Kinderklinik-Chef Armbrust behauptete 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

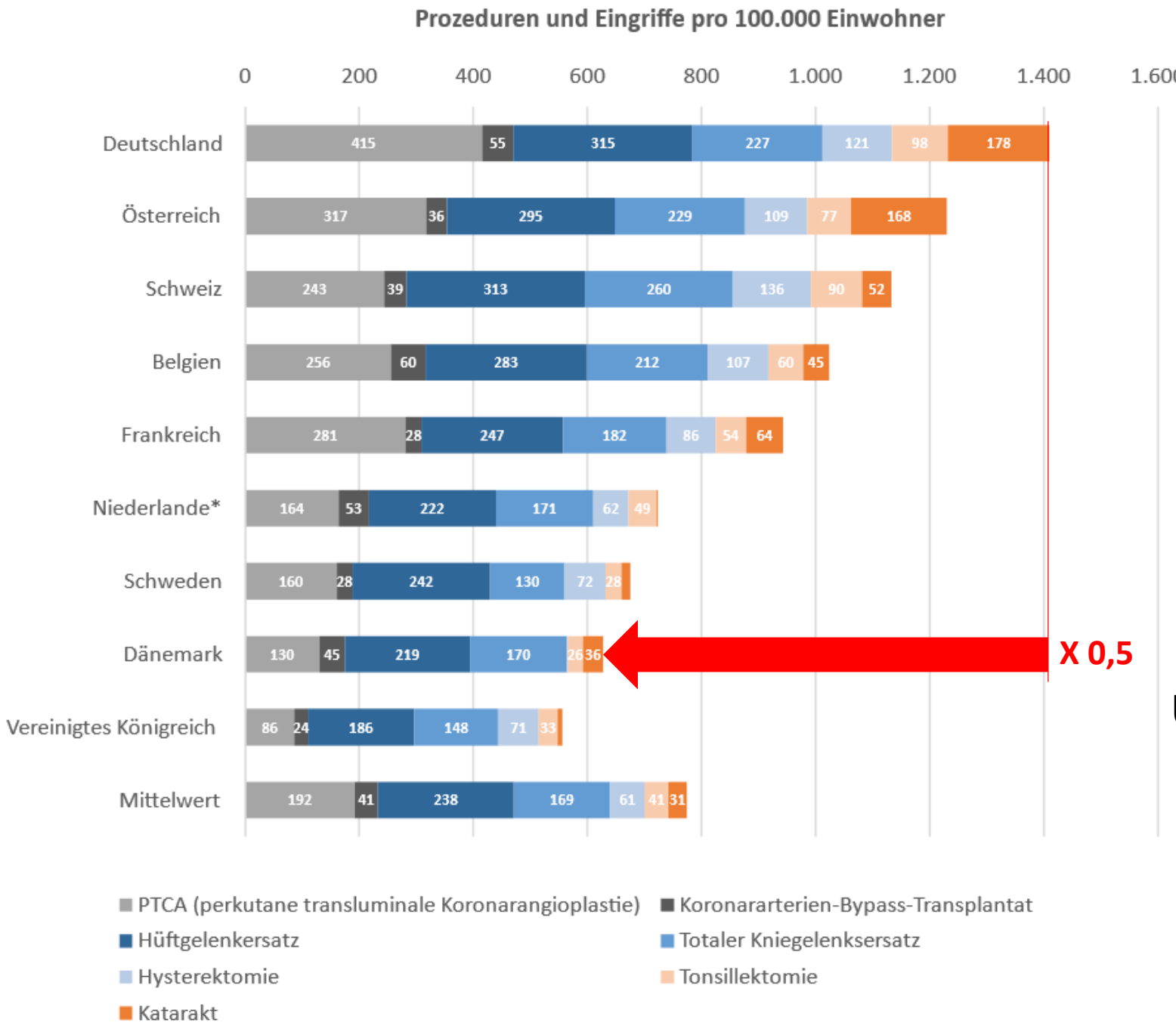
twitter.com/ManuelaSchwesig/status/1573271330987835396

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

Binden eigentlich genug vorhandenes (Pflege-) Personal
(dritthöchste Zahl in EU nach FIN und IRL)

Abb. 5-1 *Relativer Unterschied in den Entlassungen pro 100.000 Einwohner (X-Achse) und der mittleren Verweildauer (Y-Achse) der acht Vergleichsländer zu Deutschland (Koordinatenursprung) für ausgewählte internistische Krankheitsbilder, 2018 bzw. 2016 (DK, UK) (Eurostat: [hlth_co_inpst], [hlth_co_disch2])*

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



Datenquelle: Eurostat 2021e.

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

Bei diesen 7 Prozeduren geht es um eine potentielle Reduktion um 600.000 Fälle (in M-V 12.000)

Binden eigentlich genug vorhandenes (Pflege-) Personal

Der Anteil an ambulant durchgeführten Operationen kann noch deutlich zunehmen (hier Zahlen für 2019)

kind of surgery	Germany	Germany	Austria	Denmark	Switzerland	United Kingdom
	Total procedures per 100 000 population	% performed as day cases				
Cataract surgery *	1.061,8	83,2	87,9	96,2	88,2	99,1
Transluminal coronary angioplasty	419,5	1,0	2,6	22,2	21,7	31,4
Hysterectomy (females)	239,8	0,0	0,0	57,7	1,2	2,1
Laparoscopic cholecystectomy	204,6	0,0	0,7	55,3	5,1	51,0
Partial excision of mammary gland (females)	193,9	0,4	3,4	88,3	8,2	77,8
Transurethral prostatectomy (males)	182,1	0,0	0,1	25,0	0,8	9,5
Laparoscopic repair of Inguinal hernia	138,7	0,2	5,6	88,6	26,8	77,4
Laparoscopic appendectomy	121,8	0,0	0,0	12,6	0,3	2,6
Total mastectomy	65,5	0,0	0,0	45,6	4,1	21,2

Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD

Anmerkung: Die bevölkerungsbezogene Häufigkeit der Operationen weicht in den Vergleichsländern teilweise deutlich von der in Deutschland ab. Vergleichbarkeit der Tagesfall-Anteile aufgrund unterschiedlicher Zählweisen und Abgrenzungen eingeschränkt.

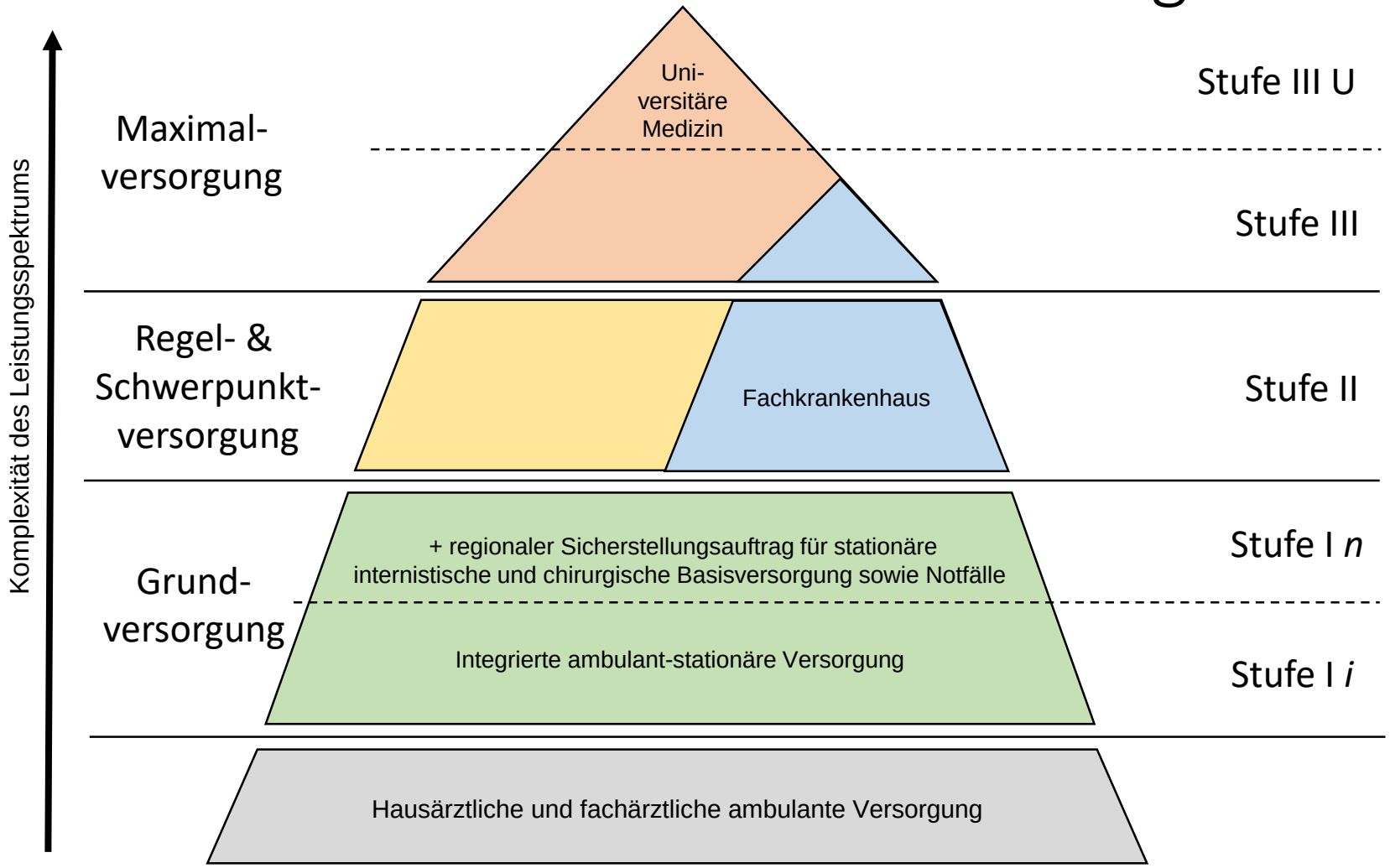
* Die Angaben zu Katarakt-Operationen enthalten auch die ambulant durchgeführten Fälle (in Deutschland: 82,8%). Ambulante Fälle gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus sind nicht enthalten.

Ops stationär statt ambulant

Binden eigentlich genug vorhandenes (Pflege-) Personal

Bei diesen 9 Eingriffe geht es um 750.000 stationäre Fälle (in M-V 15.000)

Was ist zu tun? (1) Klarheit über Ausstattung der Standorte erhalten → Stufeneinteilung



Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

Wesentliche Merkmale der Stufen

	Leistungsspektrum				Verpflichtende weitere Ausstattung	Ärztl. Anwesenheit außerhalb von Kernarbeitszeiten
	Innere Medizin/ Chirurgie	Andere Fächer (Leistungsbereiche)	Not-aufnahme	Intensivmedizin		
I i	Mind. 1; *keine* eigenen Betten; allg. Akutpflegebetten	Ggf. Allgemeinmed., allgemeinfachärztliche Versorgung	KEINE	KEINE	Labor, Ultraschall, Röntgen	Mindestens fachärztliche Rufbereitschaft
I n	Basisbehandlung Innere UND Chirurgie, eigene Betten	Ggf. weitere, auch Geriatrie oder Palliativmedizin	Basis	≥6 Betten	+ CT, telemed. Anbindung, Hubschrauberlandeplatz	Bereitschaft; FÄ Rufbereitschaft
II	Mind. je 3 Leistungsgruppen, darunter immer (interv.) Kardiologie	Mind. 5 weitere, darunter Gynäkologie & Geburten	Erweitert	≥10 Low-care- & ≥10 High-care Betten	+ MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit, Pflege-Ausbildung	Innere/ Chirurgie/ Notaufnahme/ Intensiv 24/7; FÄ Rufbereitschaft
III	Mind. je 5 Leistungsgruppen	Mind. 8 weitere	Umfassend	≥20 Low-care- & ≥20 High-care Betten	+ Studienzentren …	Innere/ Chirurgie/ Notaufnahme/ Intensiv FÄ 24/7, andere Fächer Bereitschaft

Was erwarten Bürger, wenn sie dieses Schild sehen?

	Leistungsspektrum					
	Innere Medizin/ Chirurgie	**Andere Fächer (Leistungsbereiche)**	**Not-aufnahme**	**Inte**		
I i	Mind. 1; *keine* eigenen Betten; allg. Akutpflegebetten	Ggf. Allgemeinmed., allgemeinfachärztliche Versorgung	KEINE	KEIN		
I n	Basisbehandlung Innere UND Chirurgie, eigene Betten	Ggf. weitere, auch Geriatrie oder Palliativmedizin	Basis	≥6 B	landeplatz	
II	Mind. je 3 Leistungsgruppen, darunter immer (interv.) Kardiologie	Mind. 5 weitere, darunter Gynäkologie & Geburten	Erweitert	≥10 Low-care- & ≥10 High-care Betten	+ MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit, Pflege-Ausbildung	Innere/ Chirurgie/ Notaufnahme/ Intensiv 24/7; FÄ Rufbereitschaft
III	Mind. je 5 Leistungsgruppen	Mind. 8 weitere	Umfassend	≥20 Low-care- & ≥20 High-care Betten	+ Studienzentren …	Innere/ Chirurgie/ Notaufnahme/ Intensiv FÄ 24/7, andere Fächer Bereitschaft

Wirklich wichtig: Unterteilung der Grundversorgung in Level I*n* und Level I*i*

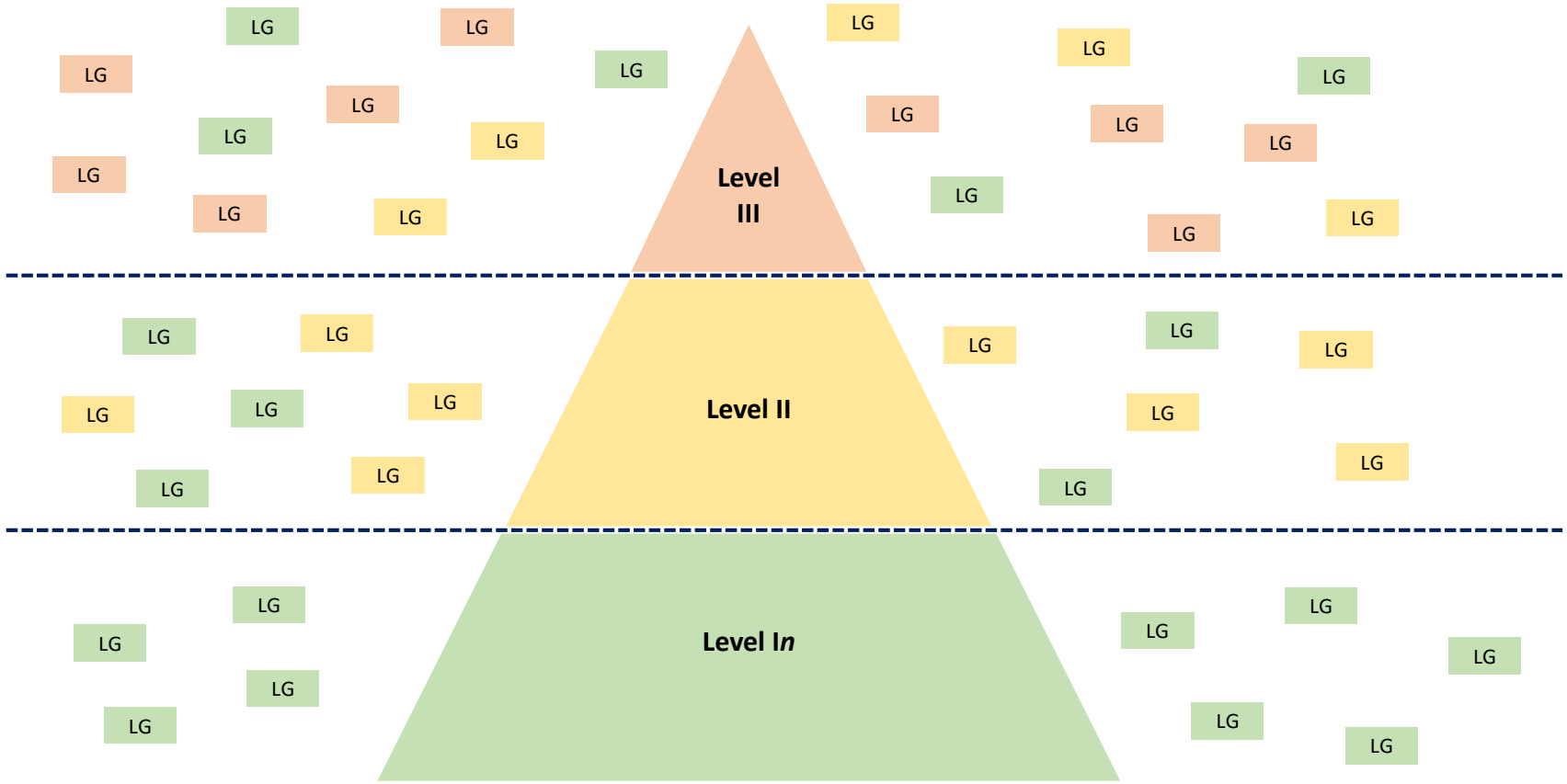
Level I*n* *„Landkranken-häuser“*

- Primär für Regionen, wo Level II bzw. III-Kh. >30 min. entfernt sind
- Versorgungsauftrag für Leistungs-gruppen (LGn), sowohl stationäre als auch ambulante Leistungserbringung
- Vor allem LGn Basisbehandlung Innere Medizin/ Chirurgie; weitere LGn möglich
- 24/7 Notaufnahme Stufe I, d.h. ärztliche Anwesenheit
- Intensivbetten
- Vergütung: Vorhaltung + DRG

Level I*i*

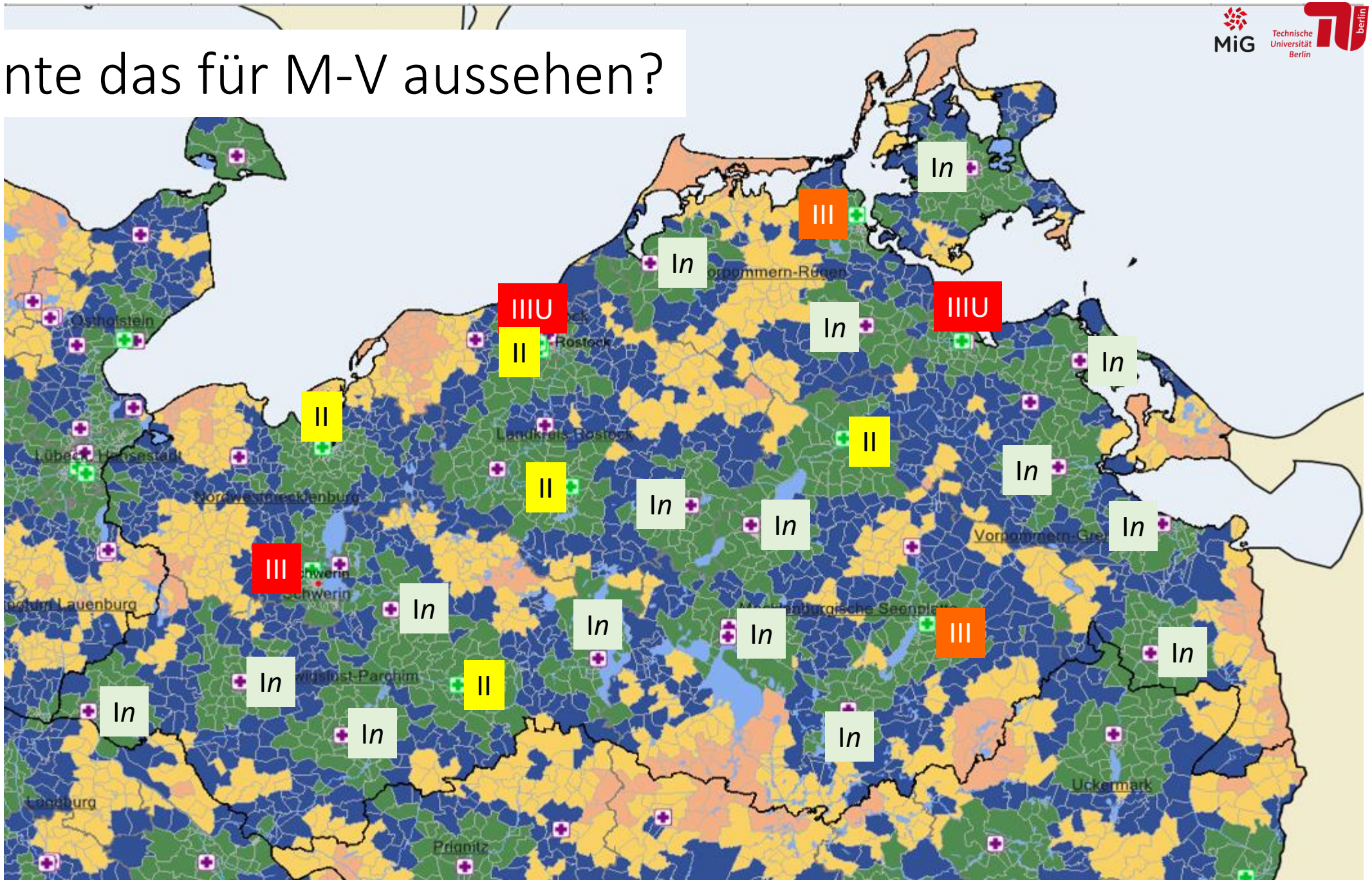
- Für andere Regionen
- Trennt Zuständigkeit von ärztlicher von akutpflegerischer Leistungserbringung
- Ärztliche Leistungen ambulant werktags tagsüber; 24/7 durch ärztliche Rufbereitschaft
- Keine Notaufnahme, aber Versorgung Notfälle möglich z.B. über KV-Praxis
- Pflegefachpersonen können den 24/7-akutpflegerischen stationären Bereich leiten
- Vergütung: sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen, erhöht wenn ärztliche Leistungen inkludiert (d.h. nicht über EBM vergütet wird)

(2) Definition von Leistungsgruppen, die mit den Krankenhausstufen verknüpft werden



Anmerkung: Fachkliniken sind in ihrem Fachgebiet dem Level II oder III zugeordnet
Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

Wie könnte das für M-V aussehen?



„Qualität vor Nähe“ muss gelten, gerade auch in der Fläche!

Natürlich kann das nicht Aufgabe nur des Krankenhaussektors sein; wir brauchen eine wirklich intersektorale Herangehensweise (Level I*i*-Standorte, Rettungsdienst …), digitale Vernetzung, attraktive Angebote für das Personal (z.B. Leitung durch Pflege in I*i*-Häusern) …