

Krankenhausversorgung: Neue Strukturen braucht das Land *(Bayern und der Bund!)*

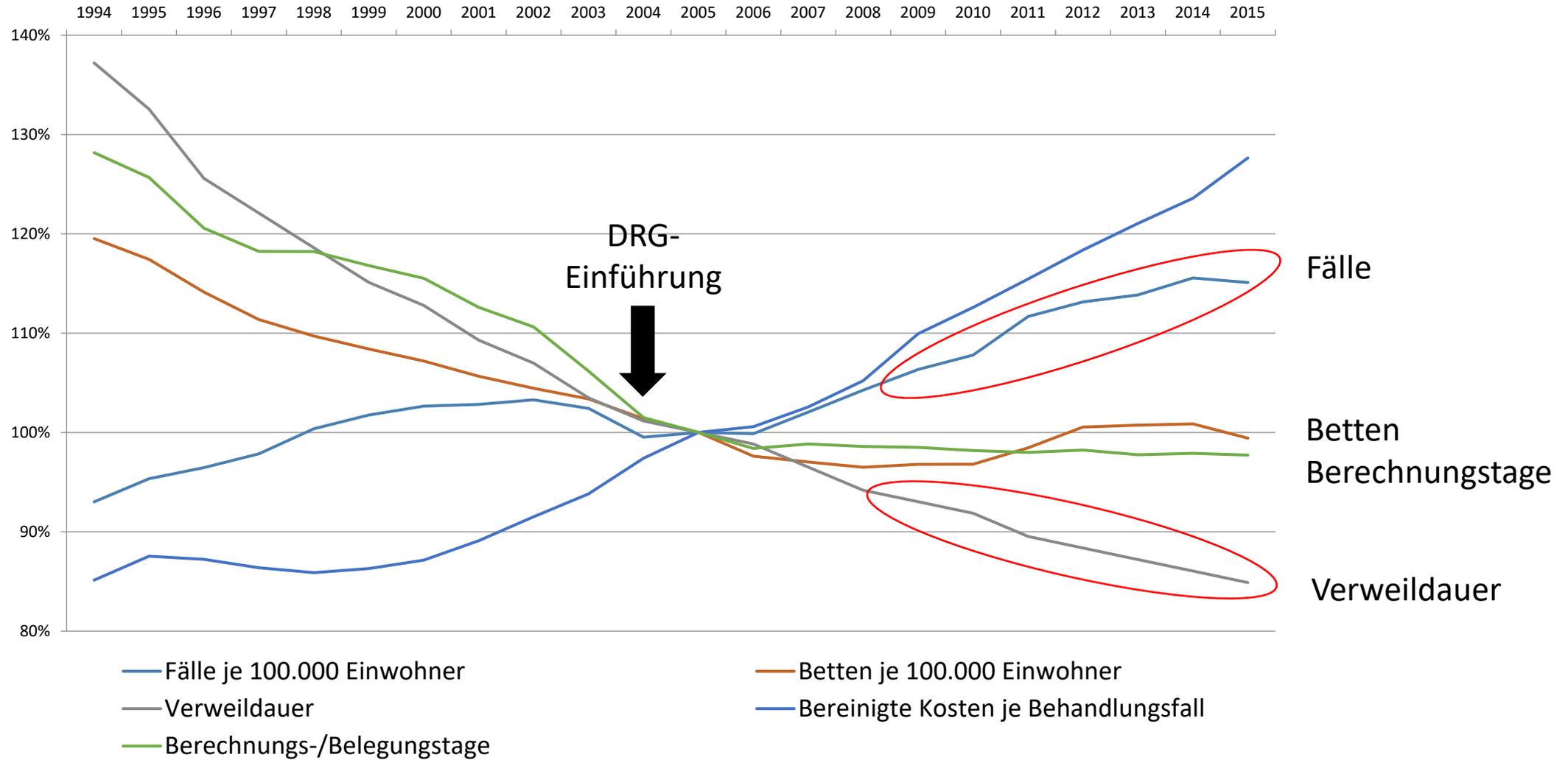
Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

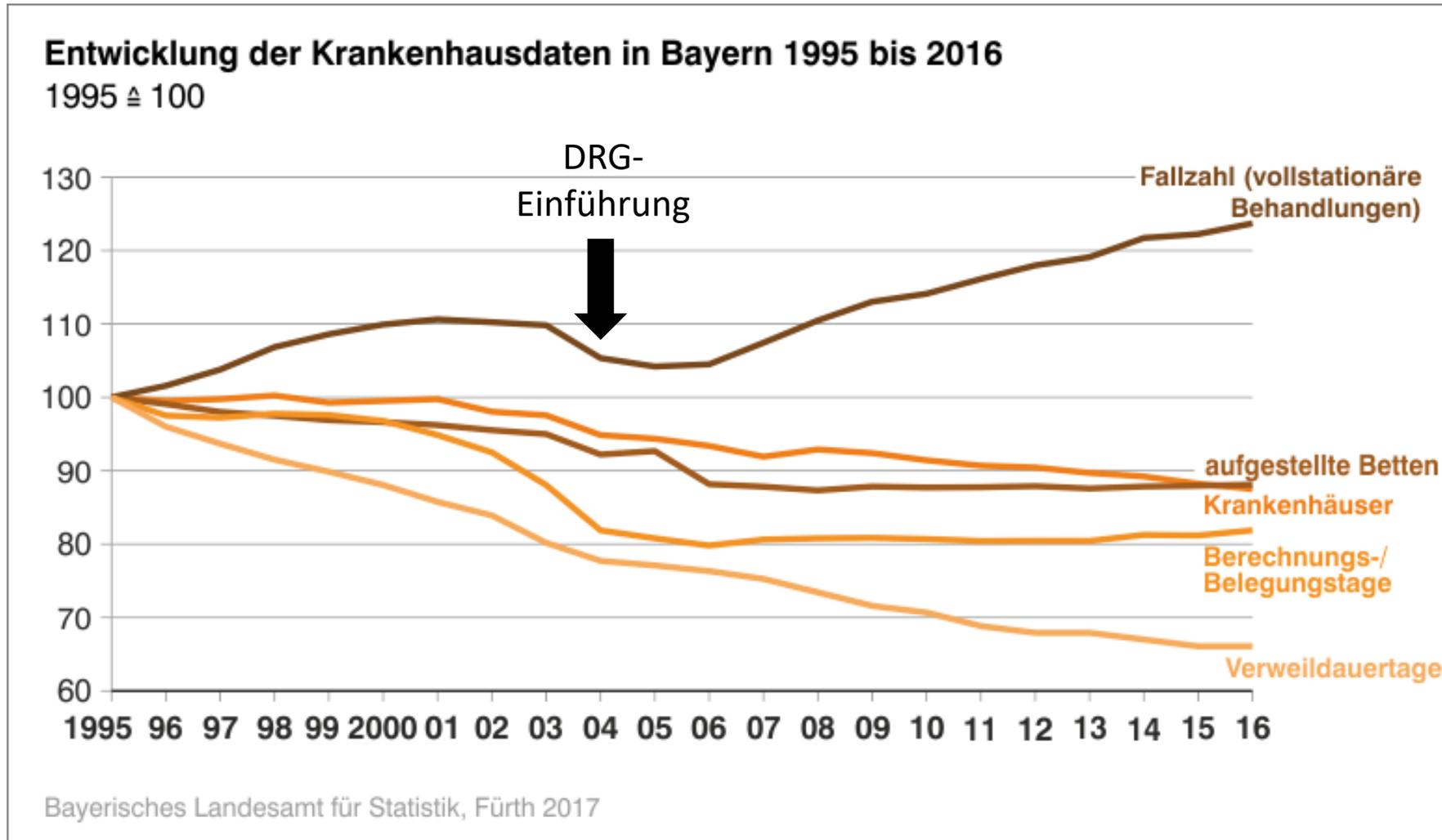
&

European Observatory on Health Systems and Policies

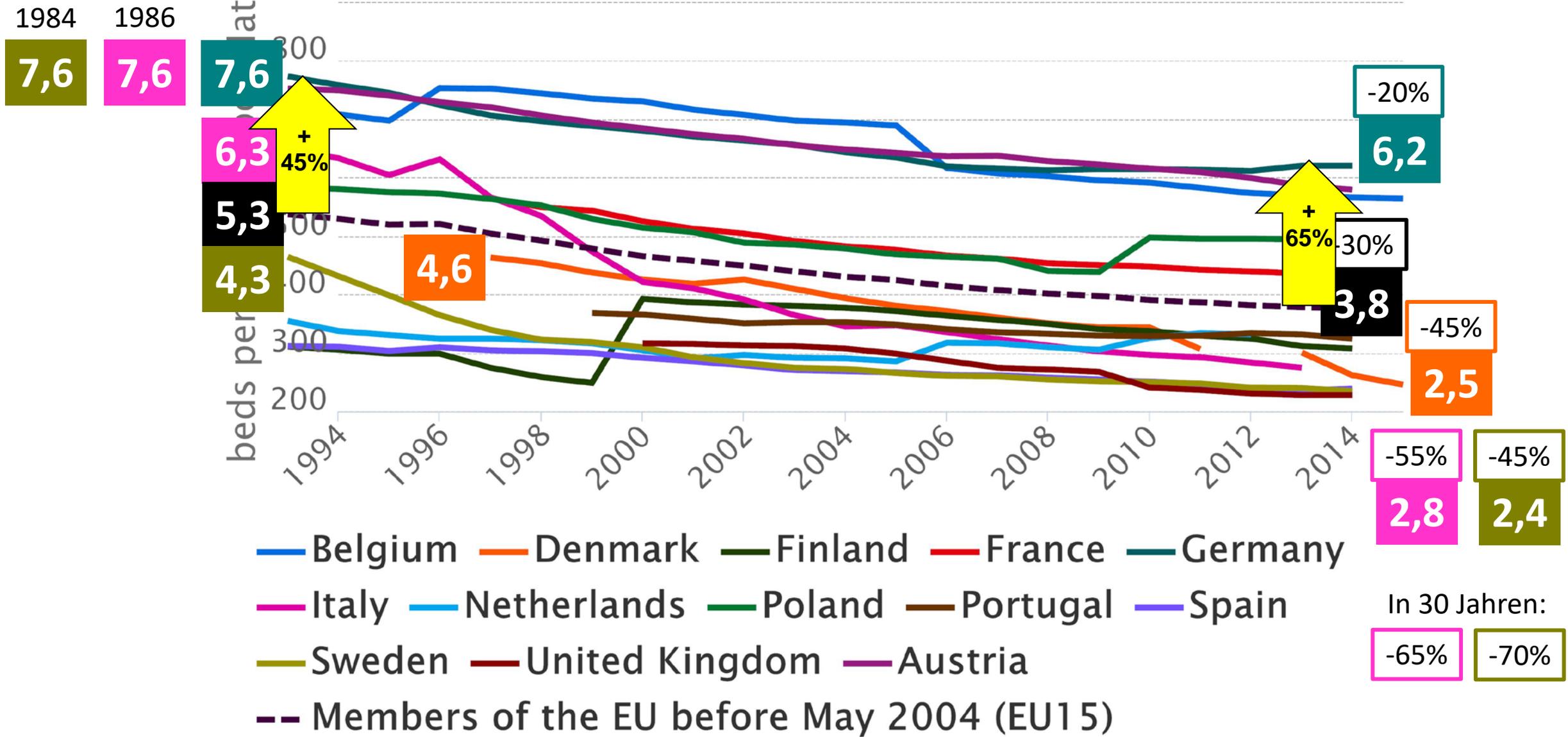
Deutschland: immer mehr und kürzere Fälle; gleichbleibende Bettenzahlen und Berechnungstage



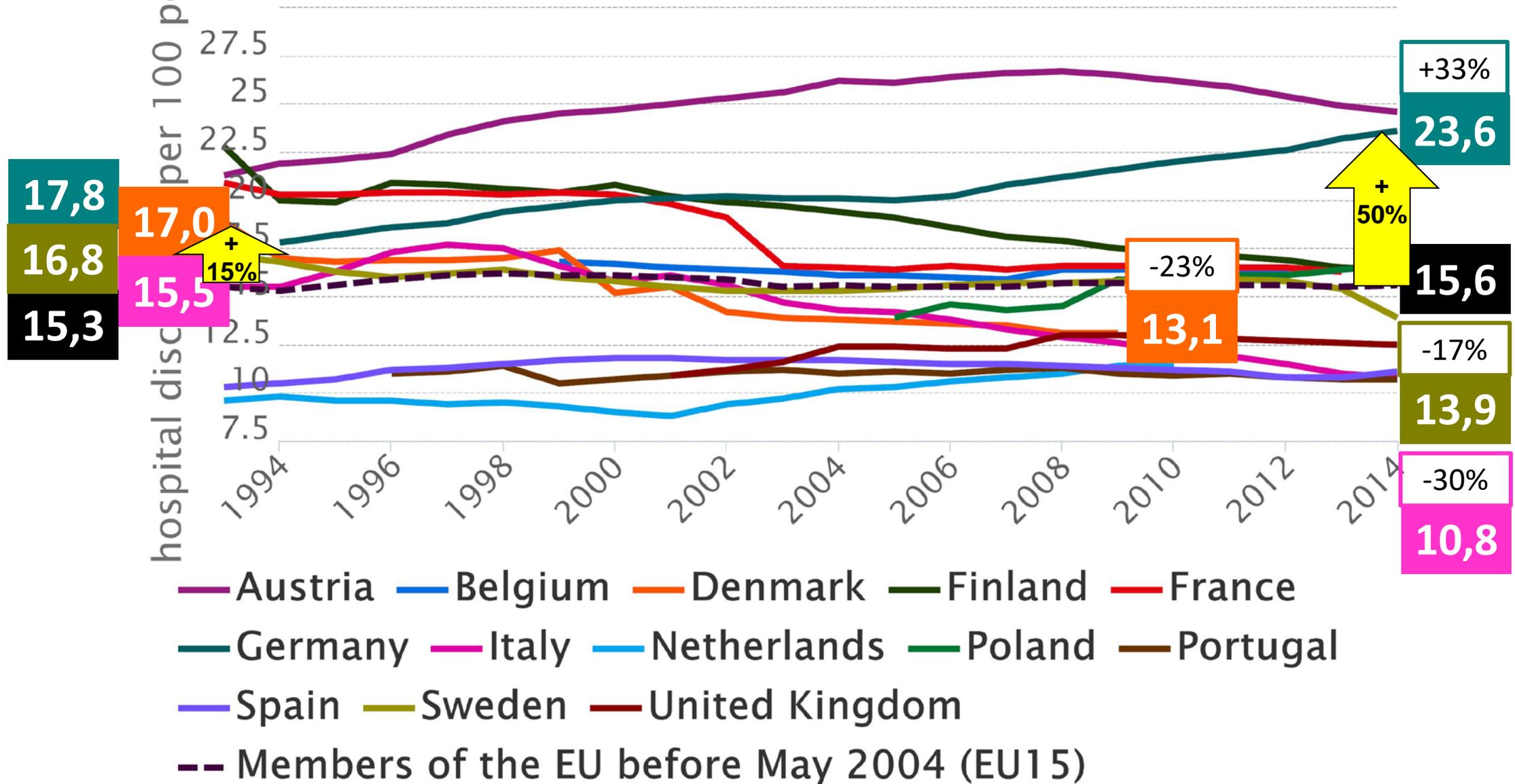
Bayern: das gleiche Bild



Die im internationalen Vergleich hohe und steigende Bettendichte ...



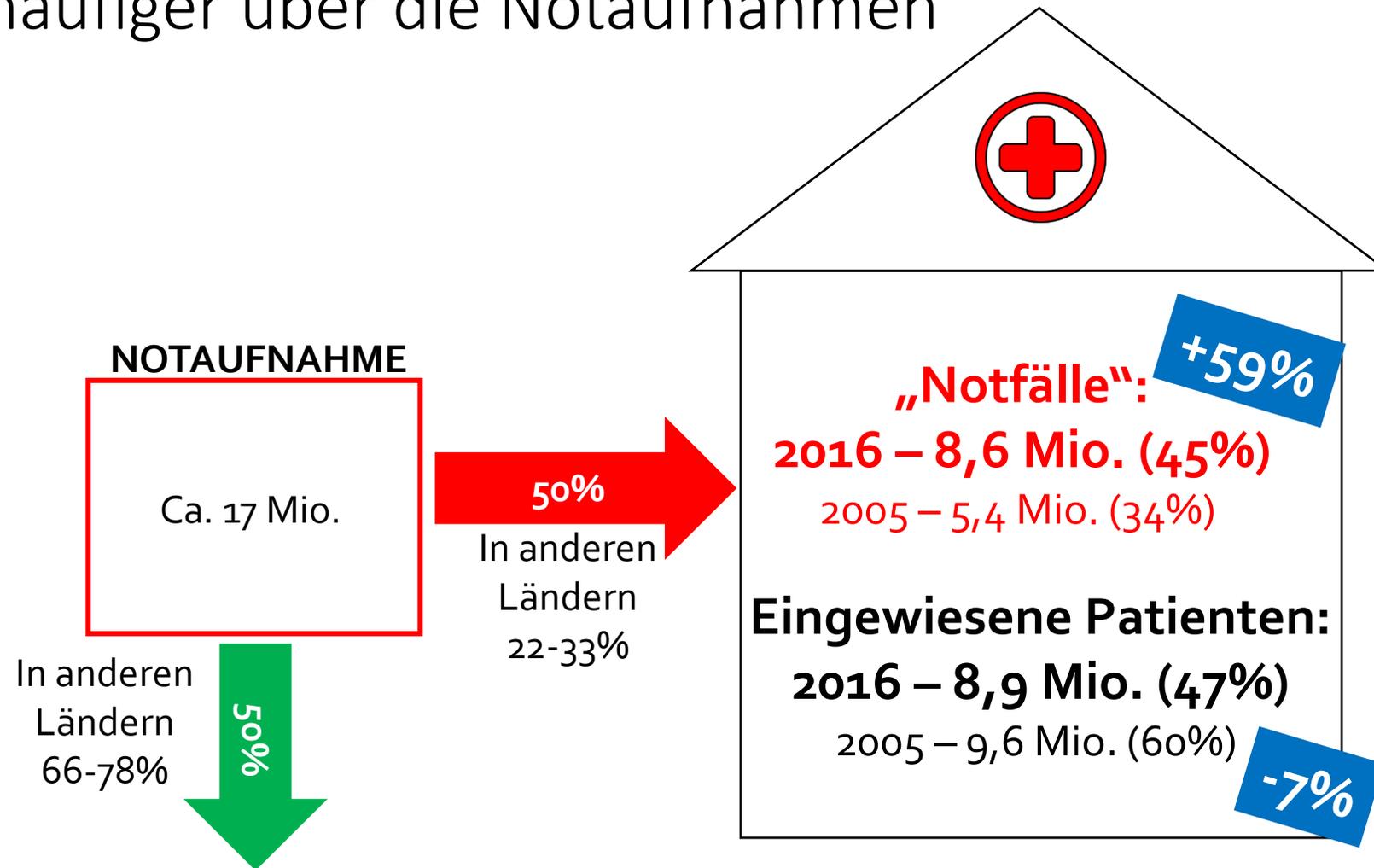
... führt zu hohen und steigenden Fallzahlen ...



... und drei, miteinander verzahnten
Problemen:

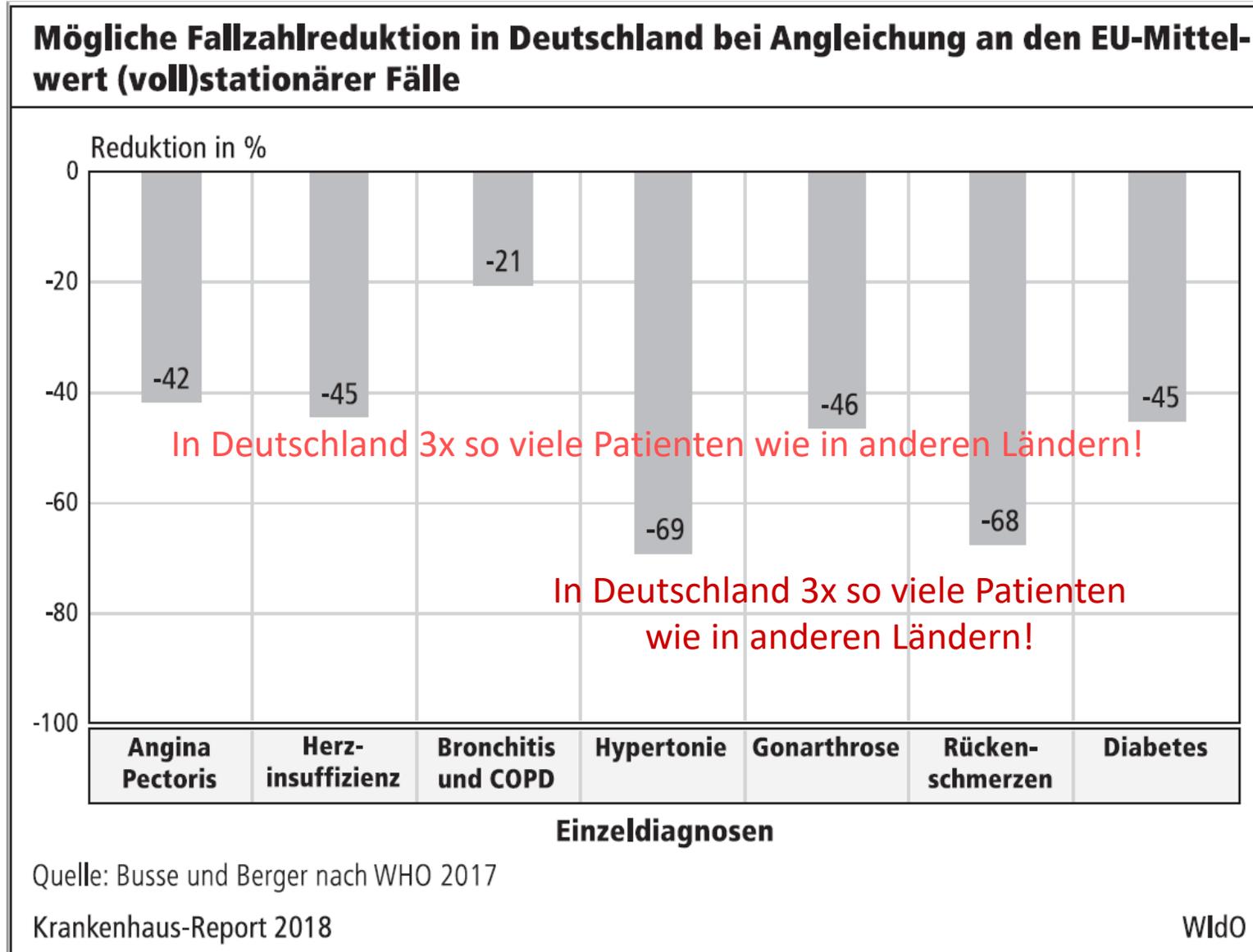
- (1) unangemessen vielen Patienten,
- (2) die in personell und technisch nicht
adäquat ausgestatteten Krankenhäusern
behandelt werden, wobei
- (3) das Betreuungsverhältnis Personal pro
Patient sehr niedrig ist

(1) Woher kommen die vielen Patienten? Immer häufiger über die Notaufnahmen



Und was für Diagnosen haben sie? Insbesondere ambulant behandelbare Diagnosen

(EU15-Schnitt im Vergleich zu Deutschland)



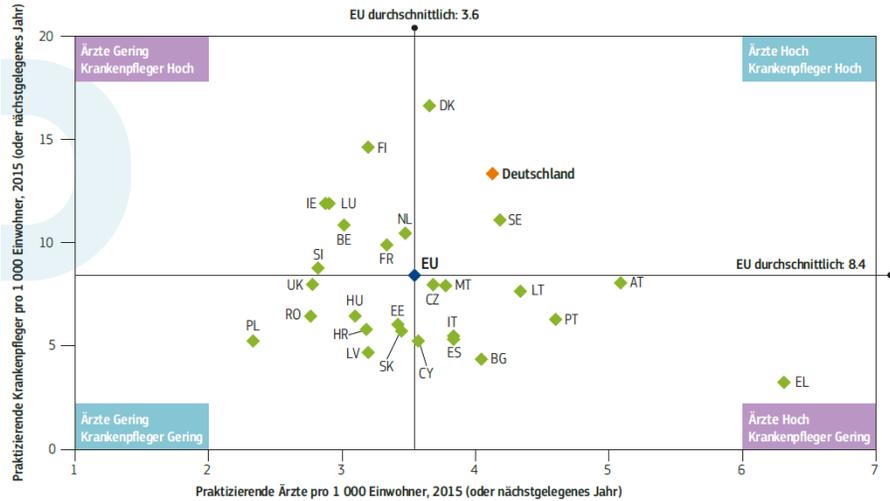
(2) Viele Krankenhäuser sind strukturell ungeeignet (Basis: 1329 Allg. Plan-Krankenhäuser 2017)

**Kein
Computer-
Tomograph:
449 (34%)**

**Keine
Koronar-
angiographie:
805 (61%)**



(3) Trotz überdurchschnittlicher Personalzahlen pro 1.000 Einwohner: viele Fälle = zu wenig Personal am Krankenbett

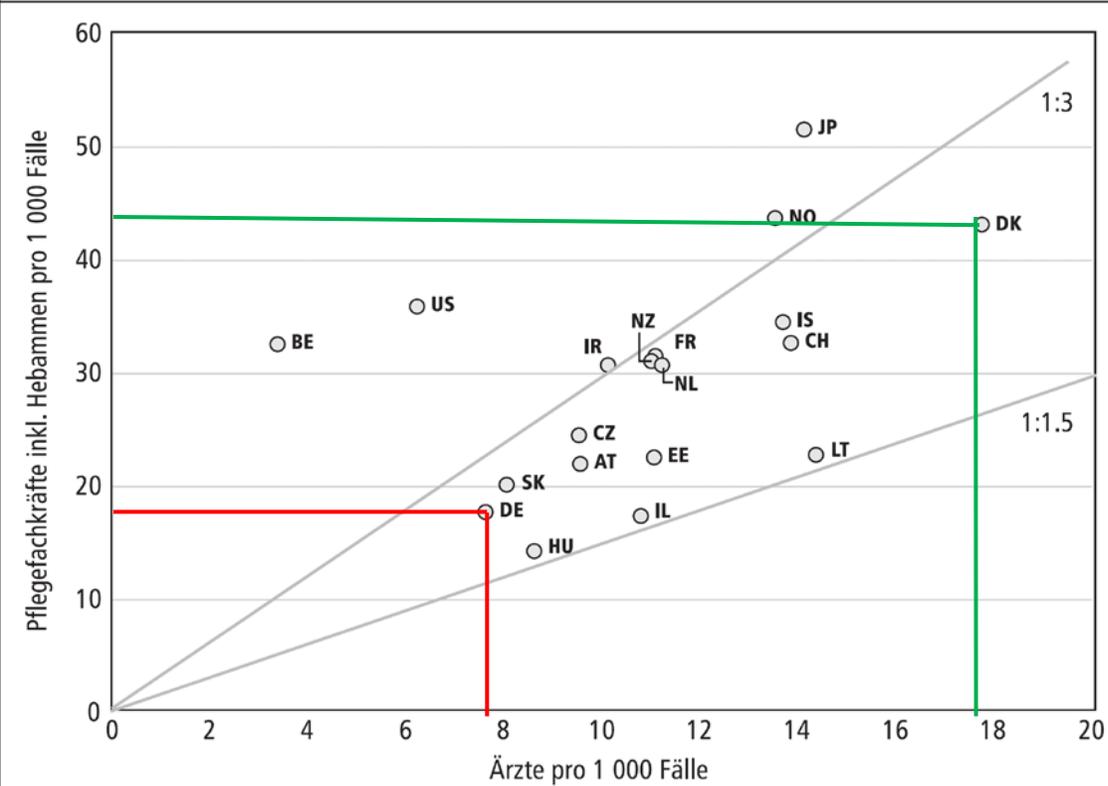


Anmerkung: In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle Ärzte, die eine Zulassung haben, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzte führt (z. B. ungefähr 30 % in Portugal). In Österreich und Griechenland wird die Anzahl der Krankenschwäger unterschätzt, da nur im Krankenhaus tätige Pfleger berücksichtigt werden.

Quelle: Eurostat-Datenbank.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017*, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Im Krankenhaus tätige Ärzte und Pflegefachkräfte (inkl. Hebammen) pro 1 000 Fälle für ausgewählte OECD-Länder 2013 (bzw. das letzte verfügbare Jahr)



Werte für die USA von 2010, Japan 2011, Niederlande, Schweiz und Slowakei 2012

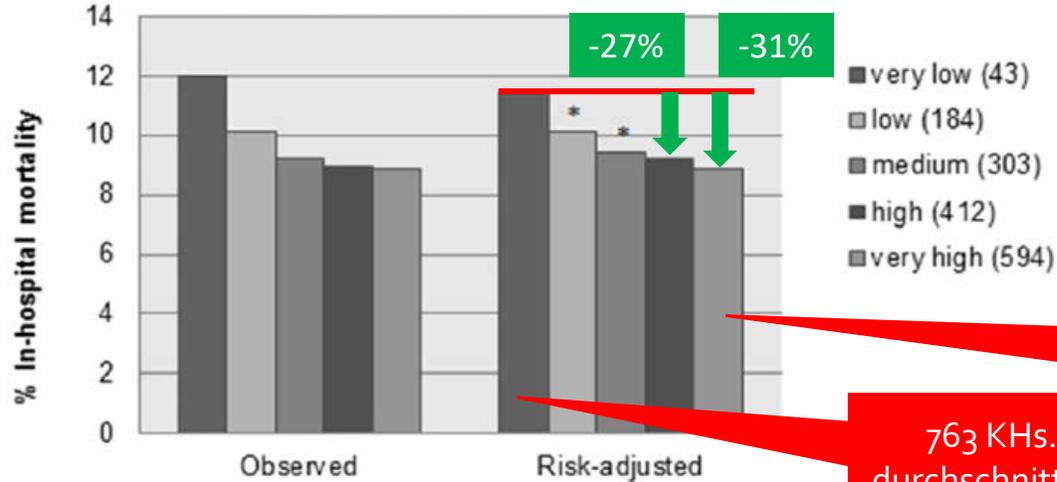
Quelle: eigene Darstellung, basierend auf OECD Health Statistics 2016: Datasets: Health Care Resources – Hospital Employment, Health Care Utilisation – Hospital discharges by diagnostic categories (all causes)

Krankenhaus-Report 2017

WidO

RESULTAT: Auch bei unumstrittenen Fällen gibt es große Qualitätsunterschiede im Abhängigkeit von den Fallzahlen

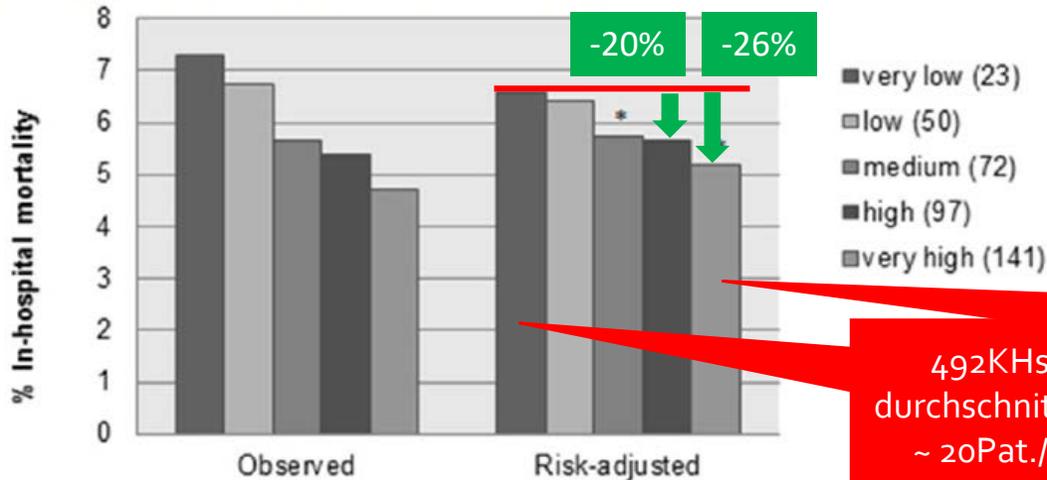
Acute myocardial infarction N=1,098,241



763 KHs. mit durchschnittlich ~ 50 Pat./ Jahr

54 KHs. mit durchschnittlich ~ 600 Pat./ Jahr

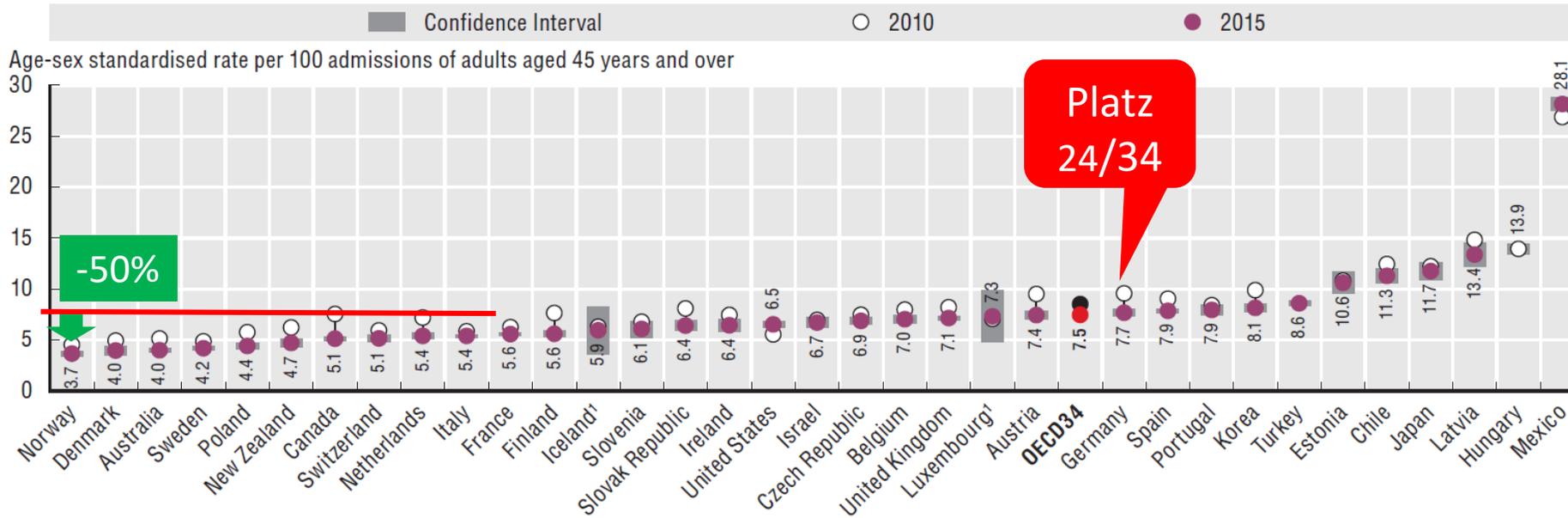
Colorectal resection for carcinoma N=330,902



492KHs. mit durchschnittlich ~ 20Pat./ Jahr

71 KHs. mit durchschnittlich ~ 140Pat./ Jahr

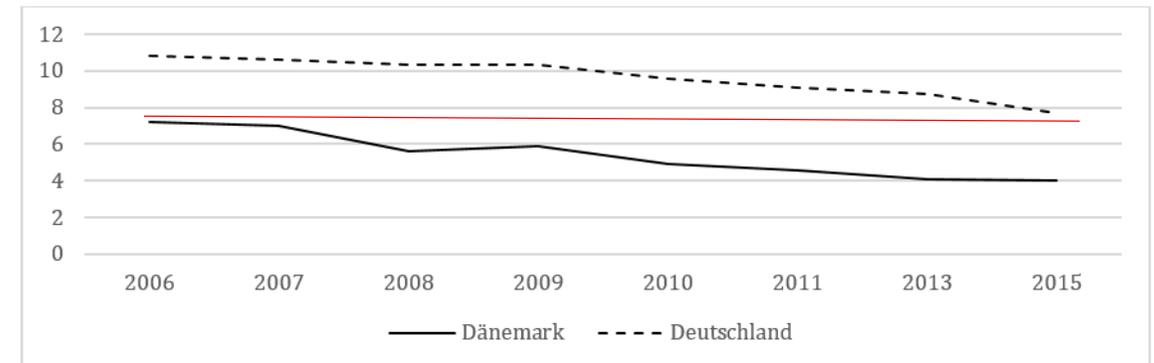
6.17. Thirty-day mortality after admission to hospital for AMI based on unlinked data, 2010 and 2015 (or nearest years)



Ggü. etwa Dänemark hängen wir 10 Jahre hinterher (und 4%-Punkte sind 7.000 Tote)!

Note: 95% confidence intervals have been calculated for all countries, represented by grey areas.
 1. Three-year average.
 Source: OECD Health Statistics 2017.

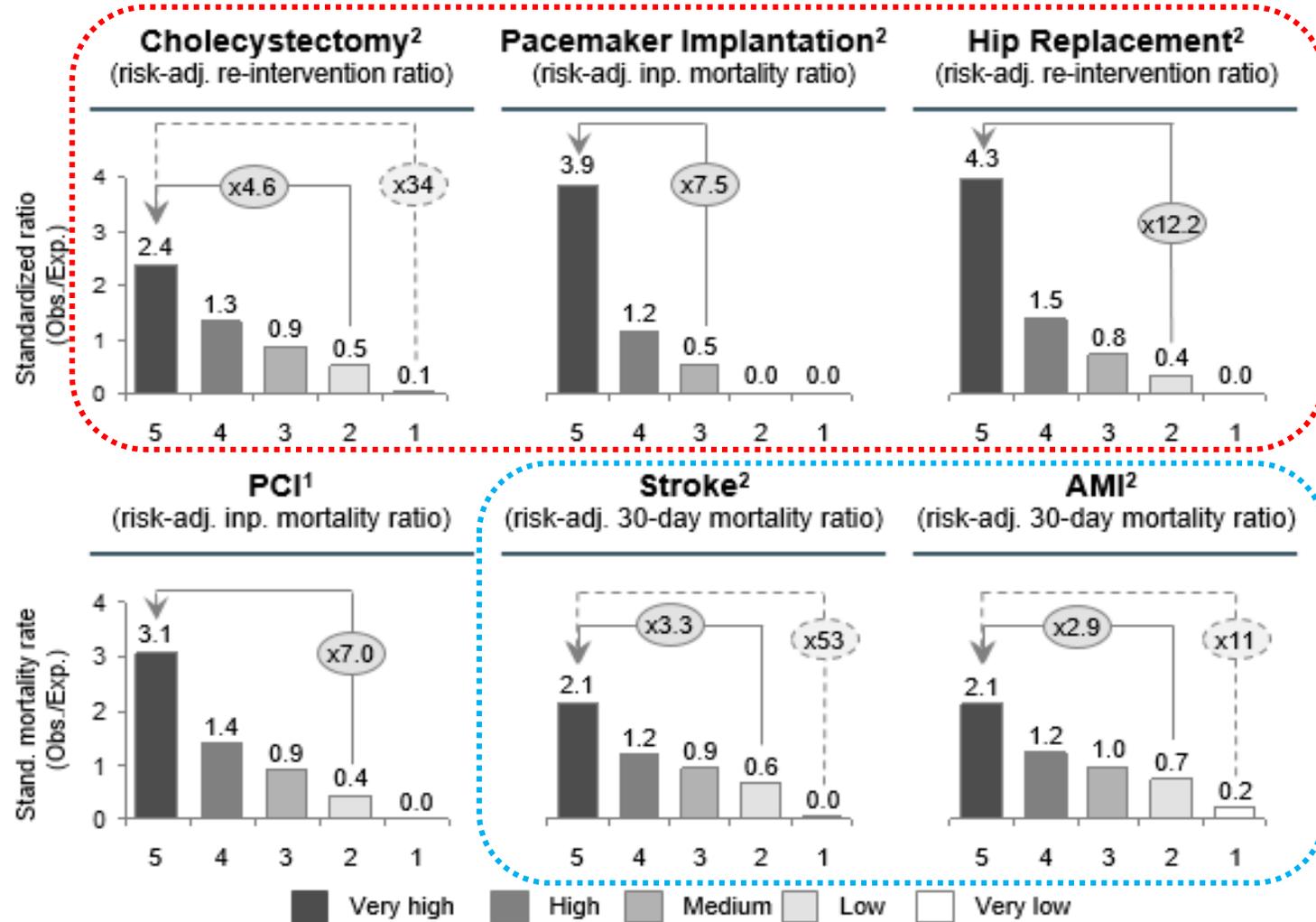
Abbildung 1: 30-Tage Sterblichkeit nach Aufnahme bei AMI (je 100 Patienten, verfügbare Datenjahre)



Quelle: Berger et al. 2018, Darstellung nach OECD 2018; Anmerkungen: alters- und geschlechtsstandardisierte Rate, ab 45 Jahre

Das dürfte auch unsere schlechte Position im internationalen Vergleich erklären!

Qualitätsvariation: bei relevanten Outcomes (z.B. Re-Ops, 30-Tage-Mortalität) steigen die Unterschiede

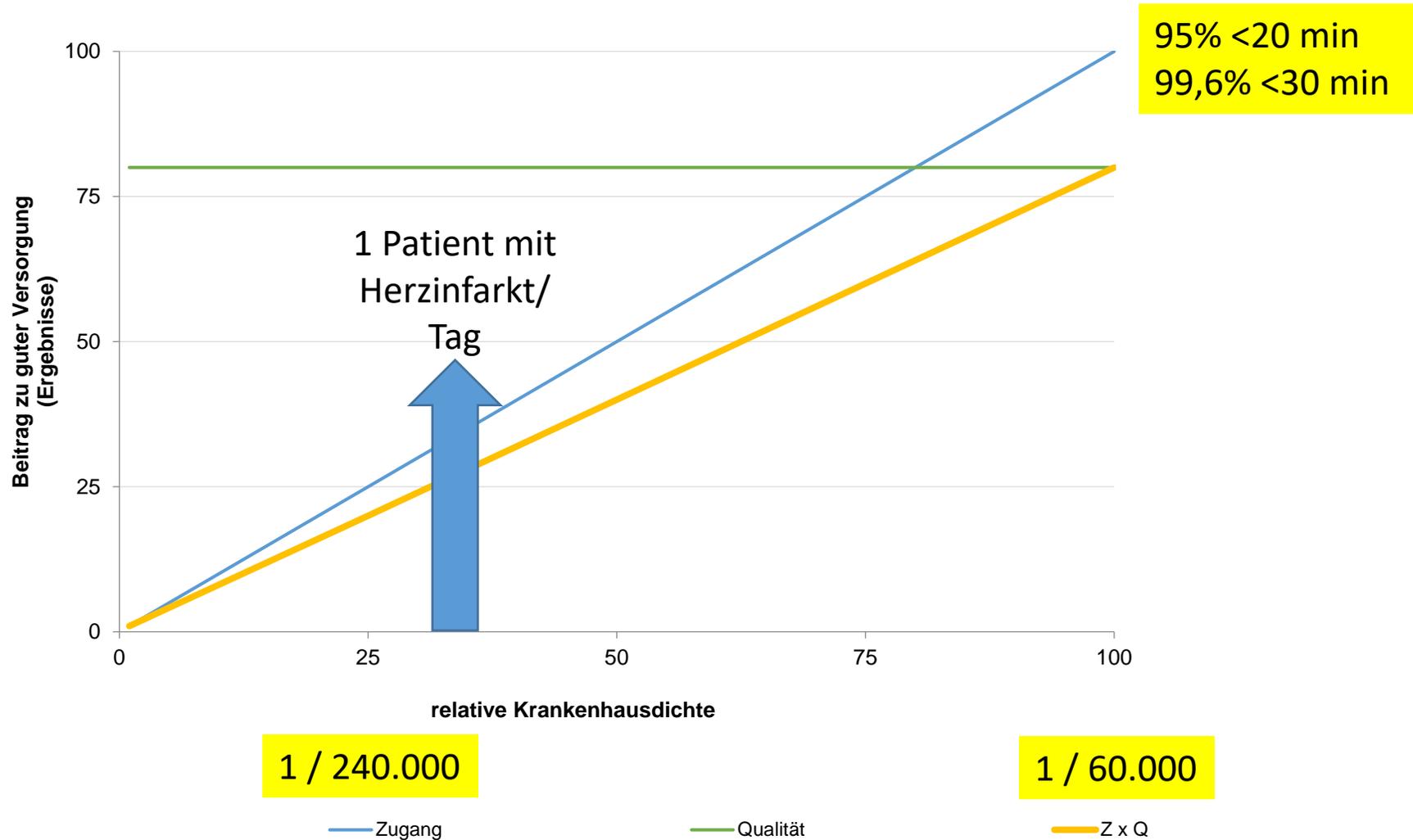


Wir haben die Wahl (hier am Beispiel der Herzinfarktversorgung):
Kleine, schlechte Krankenhäuser „um die Ecke“ oder größere mit
höherer Qualität ein paar Minuten weiter weg!

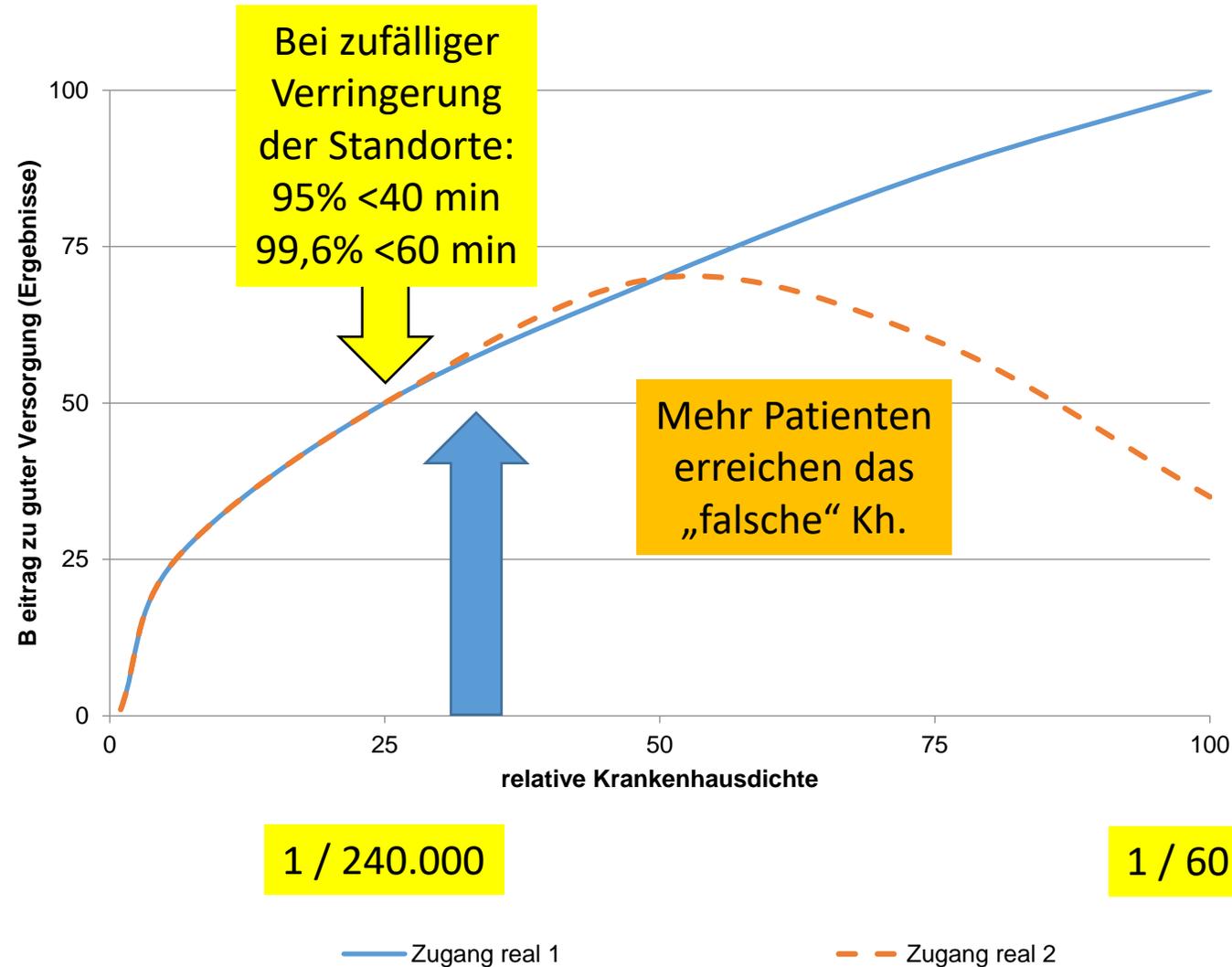
Grundlage: ca. 500 Patienten mit Herzinfarkt in Deutschland
(+ 100 Verlegungen) = 1 Patient/ 160.000 Einwohner

Wir haben fast 1400 Krankenhäuser, in denen Patienten mit Herzinfarkt
behandelt werden, d.h. im Schnitt 0,3/ Tag → dafür lohnt sich keine
Kardiologie oder keine Koronarangiographie

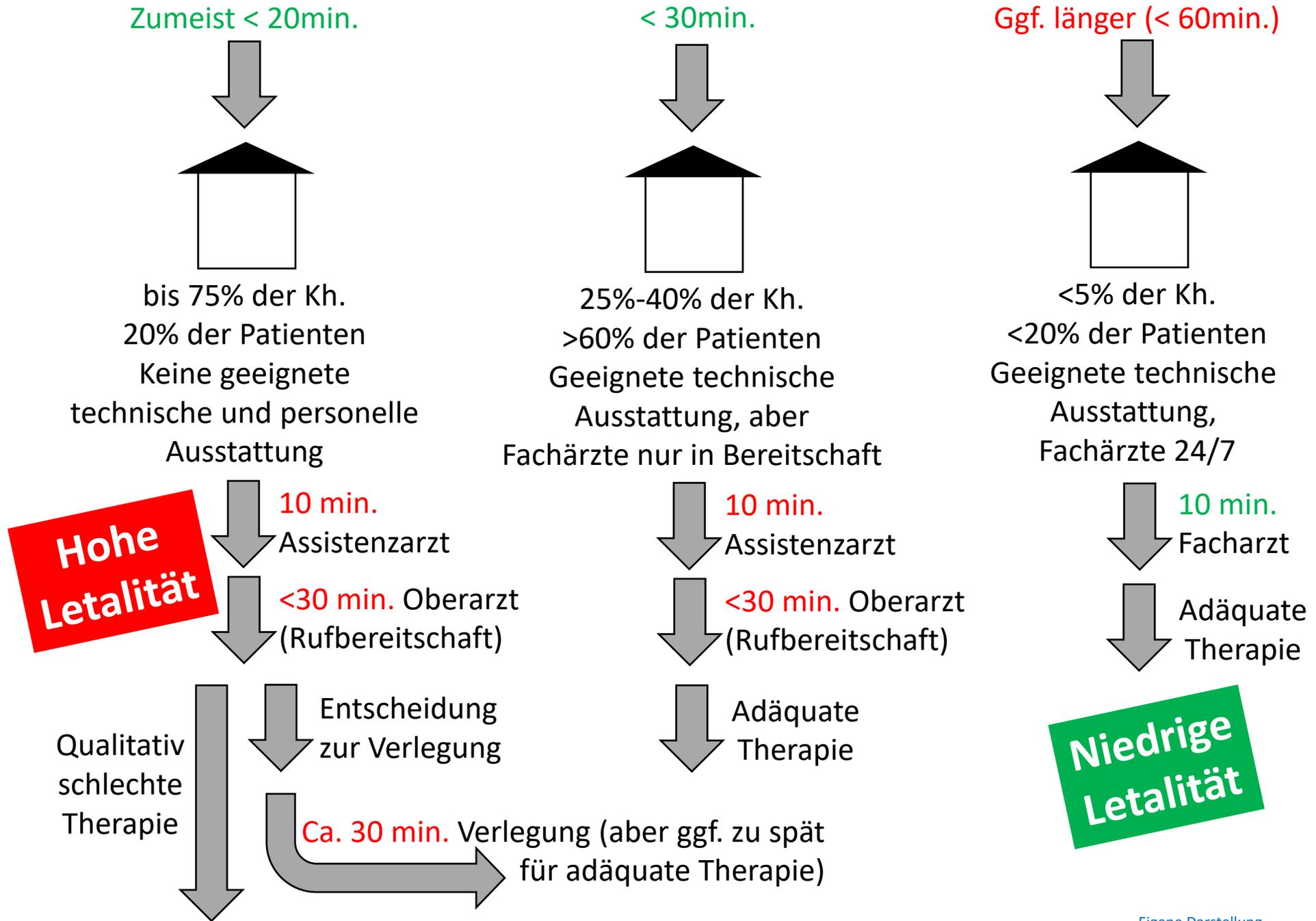
Grundüberlegung: je mehr Patienten in technisch und personell gut
ausgestatteten Krankenhäuser, desto besser!



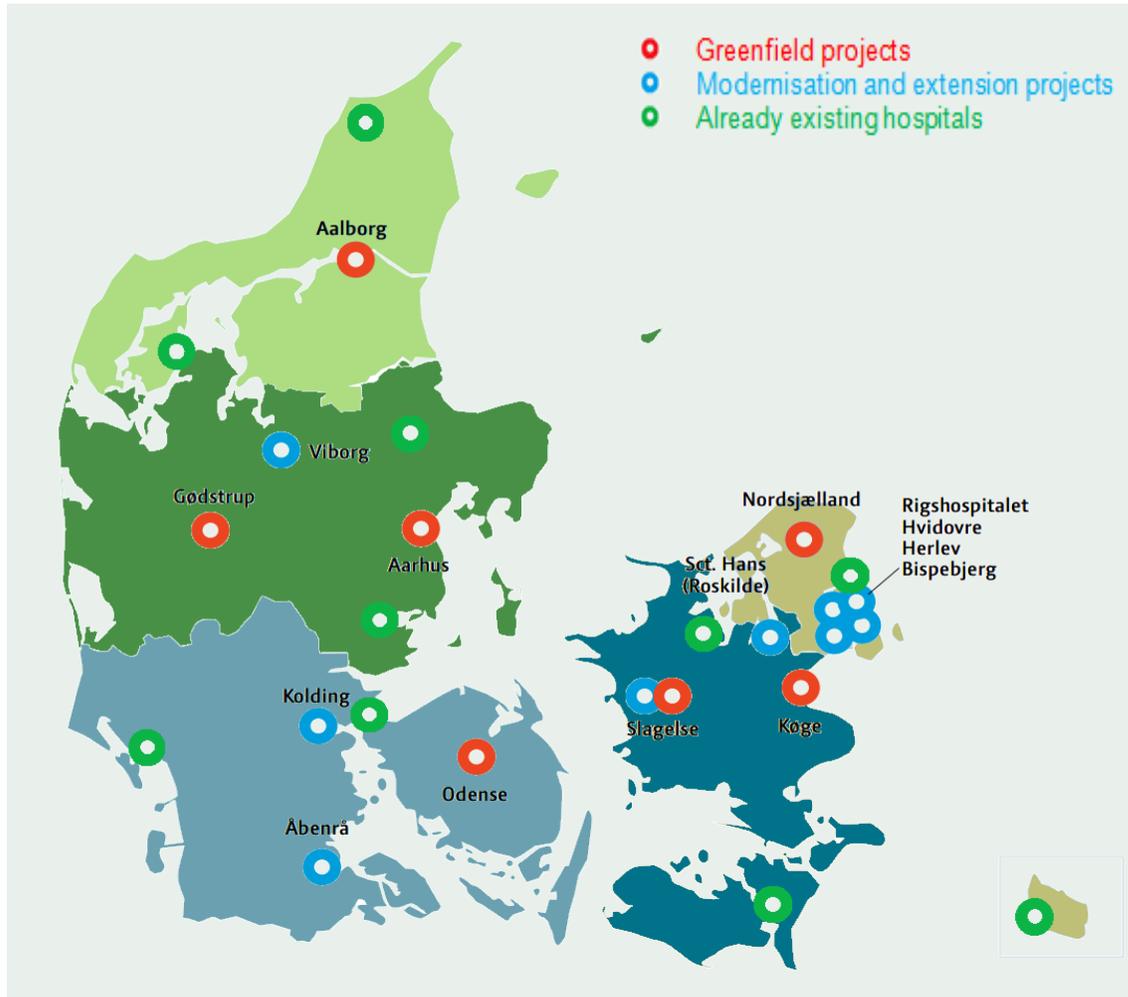
Die „naive“ Sichtweise des Zusammenhangs der Anzahl von Krankenhäusern mit Zugang, Qualität und Ergebnis aus Zugang x Qualität erklärt unseren Hang zu vielen kleinen Krankenhäusern



Eine realistische Sichtweise des Zusammenhangs der Anzahl von Krankenhäusern mit dem Zugang



Ist eine solche Reform möglich? Ja, wie Dänemark zeigt



Dänemark
43.000 km², 5,6 Mio. Einw. = 130/ km²

Bayern
70.500 km², 13,0 Mio. Einw. = 185/ km²

Im Jahr 2000 noch 56 Akutkrankenhäuser (1/ 100.000), bis 2006 Reduktion auf 27, derzeit noch 22 – Ziel: 21 Akutkrankenhäuser, d.h. 1 pro 265.000 Einw.
→ für Bayern wären dies 50 (statt 240), für ganz Deutschland ca. 325!