

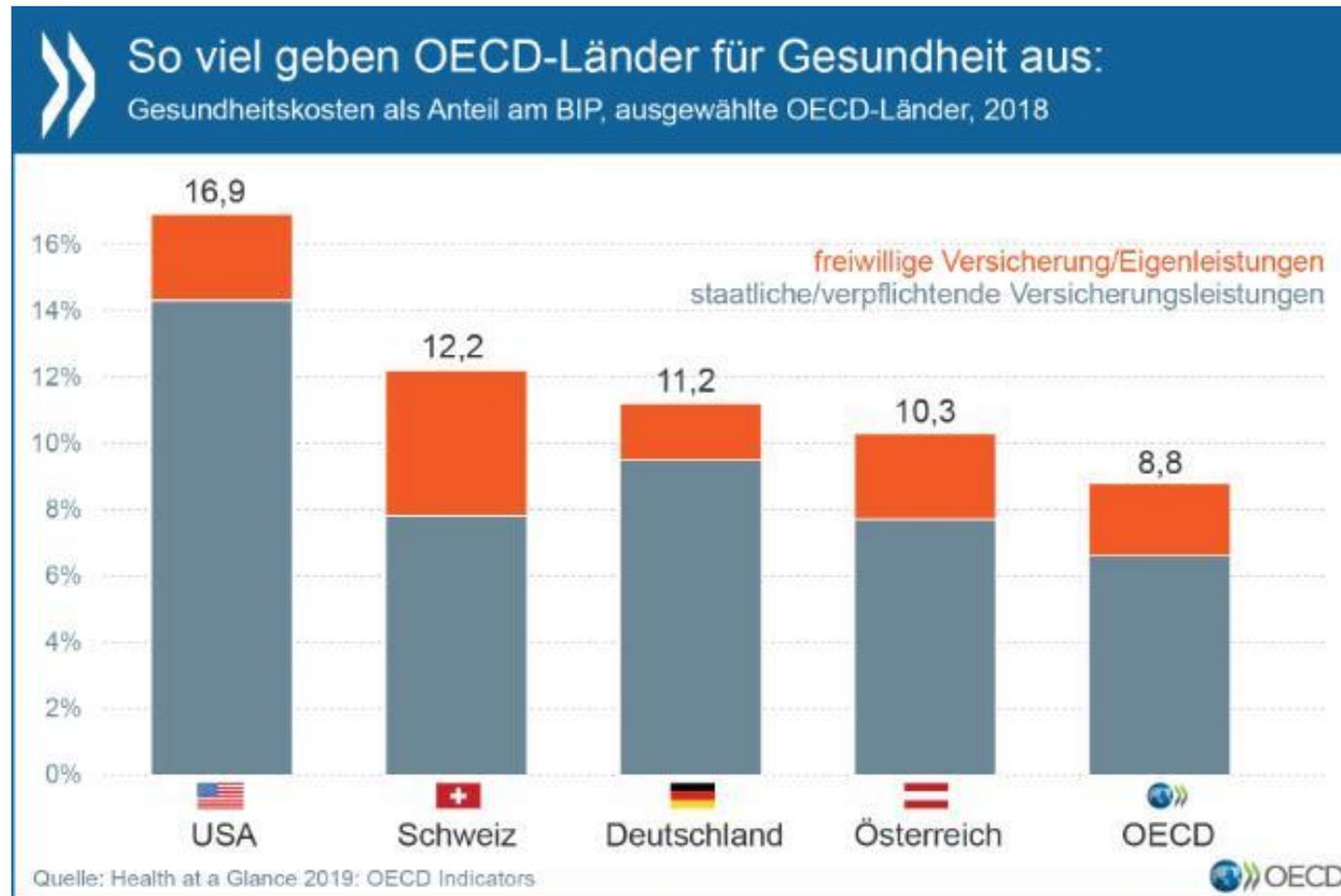


Neue Krankenhausplanung in Deutschland: Mehr Qualität mit weniger Institutionen?

Th. Mansky, ehem. TU Berlin // 9. Tagung der Plattform Qualitätsmedizin Schweiz, 02.12.2020

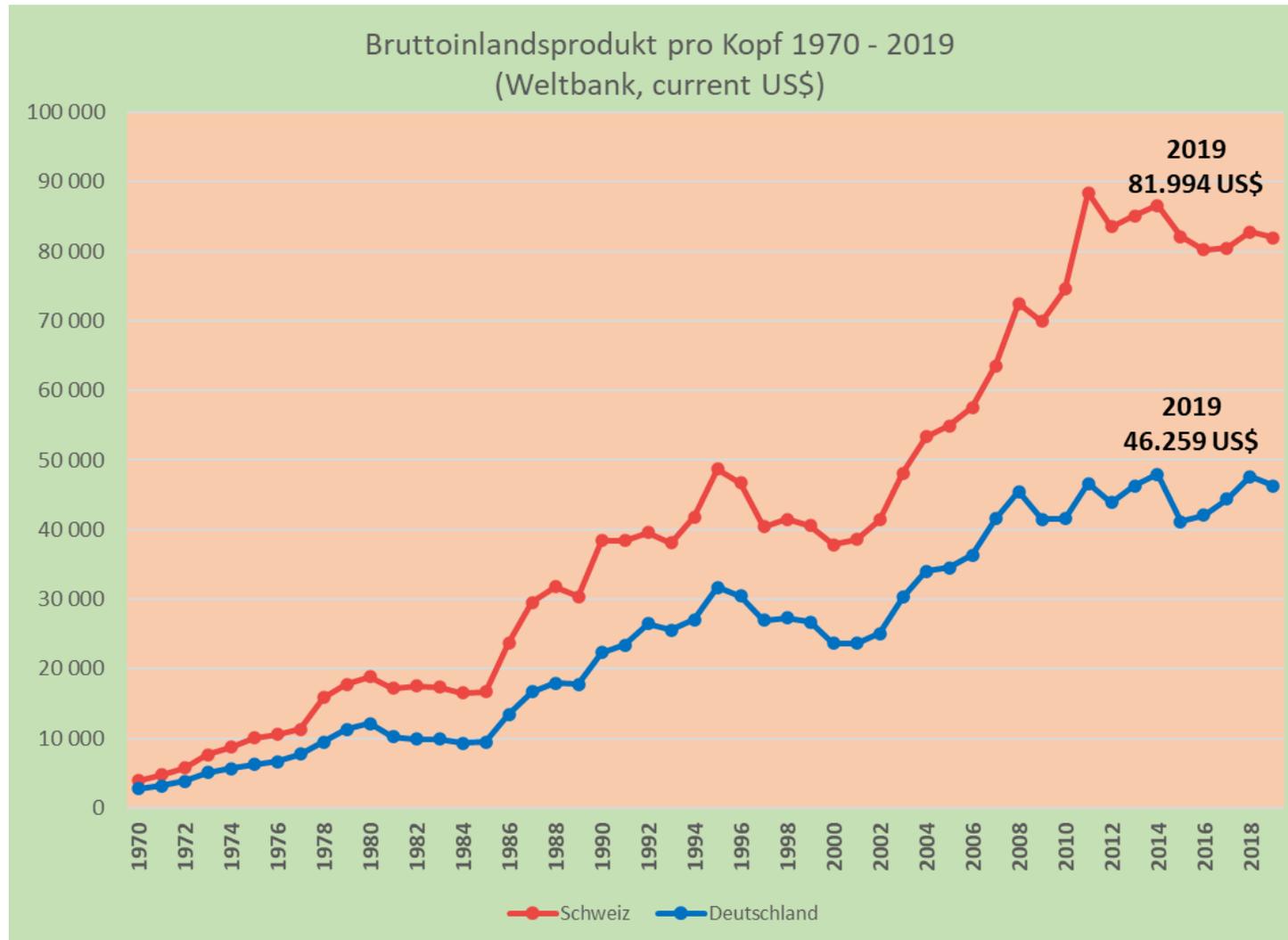
Eine Bemerkung vorab

- Es sieht so aus, als ob die Schweiz und Deutschland nicht weit auseinander lägen:



Aber ...

Fast gleicher Prozentsatz bei 77% höherem BIP:
bedeutet wesentlich mehr Geld im Gesundheitssystem



Bessere Ausstattung

	D	CH
Ärzte (pro 1.000 EW)	4.31	4.34
Krankenpflege (pro 1000 EW)	13.22	17.59
Krankenhausbetten (pro 100.000 EW)	800	465
Durchschnittsbezahlung Knie-TEP (Euro)	7 918	17 311
Betten ohne Reha	602	
OECD 2017 bzw. 2018, Ärzte / Pflege gesamt		

Insgesamt in der Schweiz:

**mehr Ärzte
und mehr Pflegekräfte**

pro Bett und pro Fall

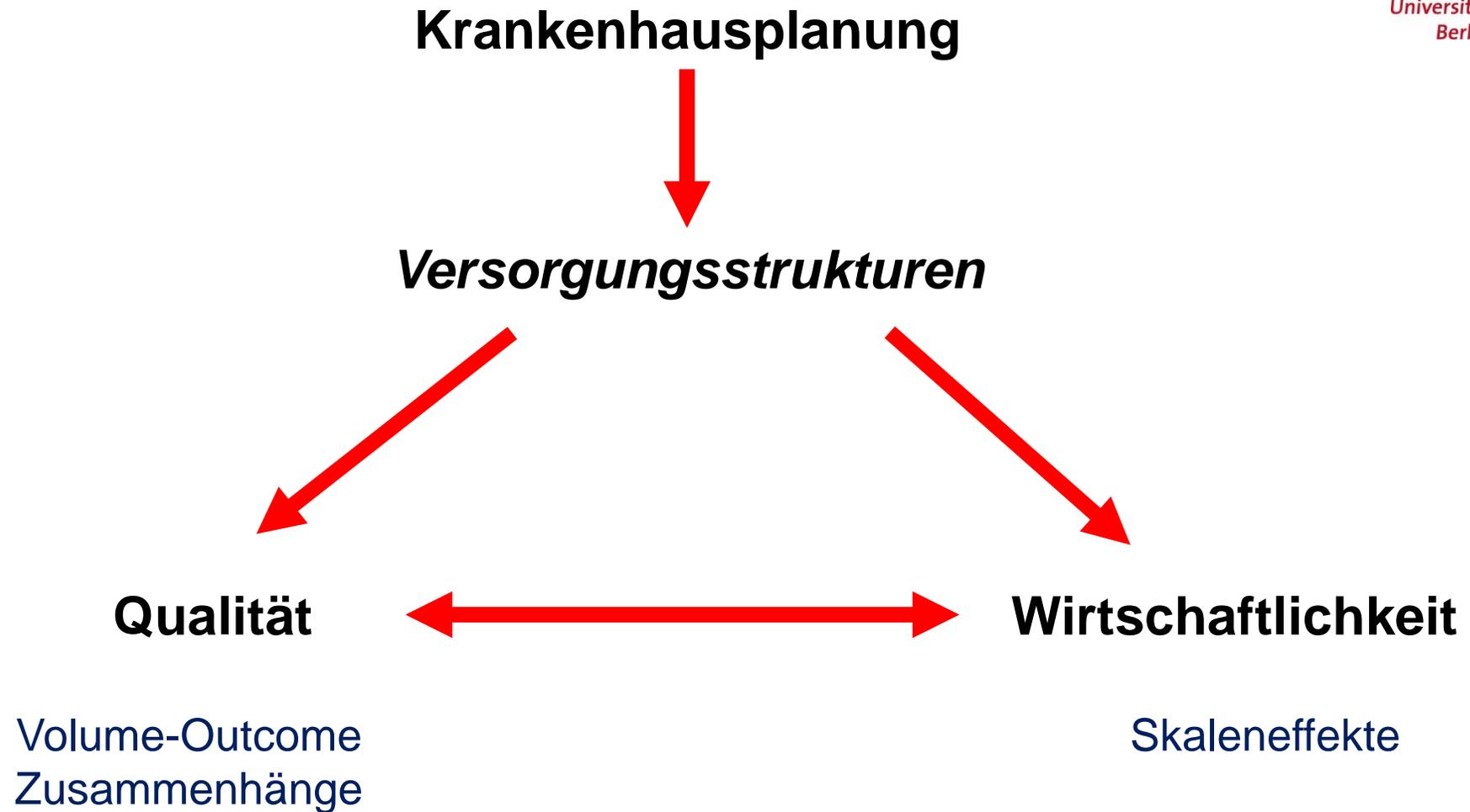
mit höherer Vergütung pro Fall

Was ist beim Vergleich insbesondere bezüglich Qualität zu beachten ?

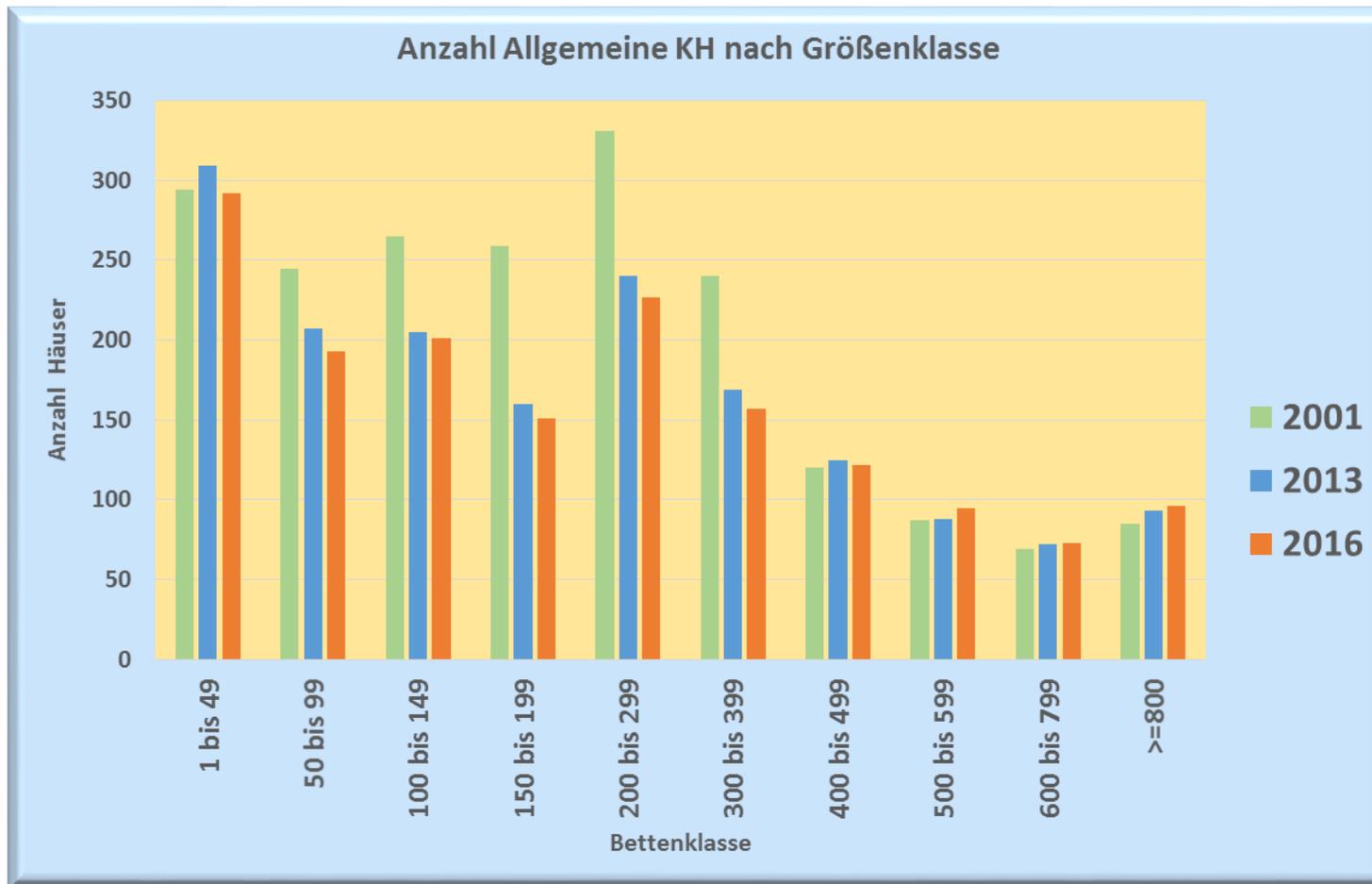
- Auch die kleineren Spitäler in der Schweiz können sich angesichts der hohen Vergütung mehr Personal und eine insgesamt bessere Ausstattung „leisten“
- Die Schweiz ist auch attraktiv und kann Personal im Wettbewerb gewinnen
- Der Druck, höhere Skaleneffekte zu realisieren, ist unter diesen Bedingungen geringer als in Deutschland
- Großgeräte können sich beispielsweise auch noch bei Auslastungsgraden amortisieren, bei denen sie in Deutschland unwirtschaftlich wären
- Eine qualitativ hochwertige Behandlung ist damit auch noch in einem Umfeld zu gewährleisten, in dem sie in Deutschland kaum noch möglich wäre
- Dennoch gibt es Grenzen, unterhalb derer ausreichende Teamerfahrung und medizinische Qualität nicht mehr zu gewährleisten sind – diese Grenzen sind möglicherweise in der Schweiz im Vergleich zu D etwas verschoben, aber im Prinzip auch gegeben

Disclaimer

- Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich explizit auf Deutschland



Große Strukturreform wäre nötig



unter 200 Betten: 837 Häuser, 77.705 Betten
unter 300 Betten: 1.064 Häuser, 134.455 Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, 2016

Neue Medizin in alten Krankenhausstrukturen ?

- Wir haben zu viele kleine, nicht spezialisierte Kliniken, die um die Behandlungsfälle kämpfen und die oft wissen, dass sie „auf verlorenem Posten“ kämpfen (<300 Betten)
- Wenn sich Experten und Politiker ohne Kenntnis der bestehenden Strukturen hinsetzen würden, um die Krankenhausstruktur neu zu planen, würde NIEMALS die jetzt existierende Krankenhauslandschaft herauskommen

Die Welt ändert sich, die Krankenhäuser bleiben gleich ?

- Die Medizin hat sich verändert und wird komplexer. In vielen Bereichen brauchen wir Personalvorhaltungen (d.h. Spezialisten) und Medizintechnik, die vor 40 Jahren so noch gar nicht nötig gewesen wären
- Die Vorhaltung solcher Strukturen in Kliniken mit zu niedriger Fallzahl ist weder wirtschaftlich sinnvoll (Skaleneffekte gelten auch für die Medizin), noch ist das Personal dafür auffindbar
- Auch die medizinische Qualität stimmt hier nicht und kann auch nicht stimmen !
- Die Zeiten von Prof. Sauerbruch sind vorbei und die Idylle von „Prof. Brinkmann“ gab es nie – beides scheint aber noch das Medizinbild vieler Krankenhausplaner, Journalisten und Bürger zu bestimmen
- Wenn wir eine hochwertige medizinische Versorgung wollen, müssen wir endlich umdenken
- **Es dreht sich bei der notwendigen Strukturreform nicht um Sozialabbau, sondern um Qualitätsverbesserung und um die Zukunftsfähigkeit der Kliniken!**

Vorsicht Falle !

Keine falschen Diskussionen !

- In der Planung muss zwischen Ballungsgebieten und ländlichen Bereichen unterschieden werden
- Das kleine versorgungsnotwendige Krankenhaus auf Helgoland oder im Hochsauerland begründet logisch nicht die Existenz entsprechend kleiner Grundversorger in Berlin, Hamburg, Essen, München usw.
- Solche Scheindiskussionen sind zu beenden
- In Ballungsräumen kann und muss sofort gehandelt werden

Beispiel: Herzinfarkt

- Nach Leitlinie müssen STEMI innerhalb von 30 Minuten, NSTEMI zumindest rasch mit Linksherzkatheter und ggf. Stent versorgt werden
- Die Entscheidung STEMI/NSTEMI ist im Krankenwagen nicht möglich, alle Infarkte müssen in entsprechend ausgestattete Kliniken eingeliefert werden
- Für eine 24-Stunden-Bereitschaft (möglichst Anwesenheit!) werden abgesehen vom Gerät entsprechende Spezialisten benötigt
- mindestens ca. 1000 Infarkte pro Jahr wären sinnvoll = im Mittel 3 pro Tag
- In Ballungsräumen ist das umsetzbar

Realität der Herzinfarktversorgung (Daten 2016)

- 223.811 Herzinfarkte in 1.367 Kliniken
 - Das untere Viertel der Kliniken behandelt weniger als 28 Infarkte / Jahr
 - Die Hälfte der Kliniken weniger als 72 Infarkte / Jahr
 - Oberes Viertel: 334 Kliniken mit >239 Infarkte / Jahr
-
- Anmerkung: Volume/Outcome Analysen würden eine Mindestmenge von rund 300 Fälle nahelegen, was die Sterblichkeit senken würde
-
- Quelle: WIdO, Qualitätsmonitor 2019

Verfügbarkeit Linksherzkatheter und Herzinfarktbehandlung: Warum werde ich als Patient in Deutschland nicht adäquat versorgt?

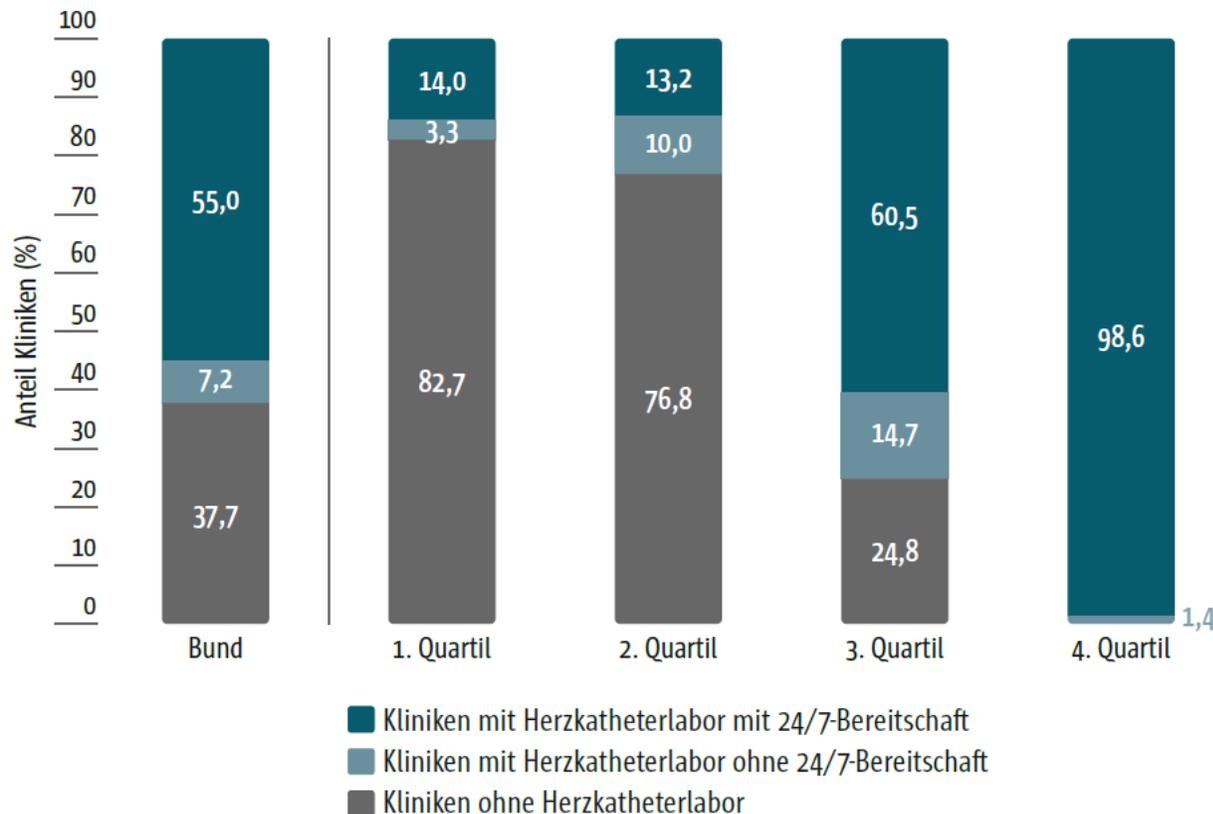


Abb. 7 Verfügbarkeit eines Herzkatheterlabors in Abhängigkeit von der Anzahl behandelter Herzinfarkt-Fälle, 2016

WIdO Qualitätsmonitor 2019:

In knapp der Hälfte der Kliniken in D, die Infarkte behandeln, kann aus Sicht der Patienten keine adäquate Infarktversorgung erfolgen

2-Klassen-Medizin gibt es, aber anders als die SPD meint

Das betrifft alle Versicherten!

<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/qualitaetsmonitor/2019/>

Herzinfarktversorgung Essen

- 2.237 Herzinfarkte **in 15 Kliniken** (Standorten)
- 2 Kliniken behandeln um die 600 Infarkte
- alle anderen behandeln weniger als 265 / Jahr = weniger als 1 / Tag !!
- Dafür findet man nur schwer die Spezialisten, ein 24/7-Dienst ist kaum finanzierbar, die Qualität ist nicht optimal und – das ist hier aber sekundär! – das „rechnet sich“ auch nicht (weder operativ noch investiv)
- **nur 2 Kliniken werden für die Versorgung des Herzinfarktes benötigt!**

Quelle: WIdO, Qualitätsmonitor 2019

Das war nur ein Beispiel!

- Die Beispiele ließen sich für viele andere Krankheitsbilder beliebig vermehren, aber die Zeit reicht nicht
- **Ist mit COVID-19 alles anders?**

COVID-19: Nicht die Masse der Krankenhäuser bzw. Betten ist entscheidend - Viel hilft auch hier nicht unbedingt viel

- In Deutschland laut GBE:
- 1.942 Krankenhäuser
- 782 **ohne** Intensivbetten
- 1.160 **mit** Intensivbetten
- 920 haben COVID-19 Patienten behandelt (AOK)
- Die 782 Krankenhäuser ohne Intensivbetten hätten in der COVID-19 Behandlung nicht helfen können
- **Auch in dieser Situation benötigte man die für die Behandlung tatsächlich geeigneten Kliniken**
- In Berlin wurden beispielsweise auf Anweisung des Senats nur 17 von 50 Plankrankenhäusern für die Versorgung von COVID-19 vorgesehen („SAVE-Berlin“)
- Es wäre nicht nötig gewesen, die elektiven Eingriffe in den anderen Kliniken abzusagen

COVID-19: Kapazitäten in Deutschland

- 497.182 Krankenhausbetten 2017
- rund 32.500 Intensivbetten (DIVI)

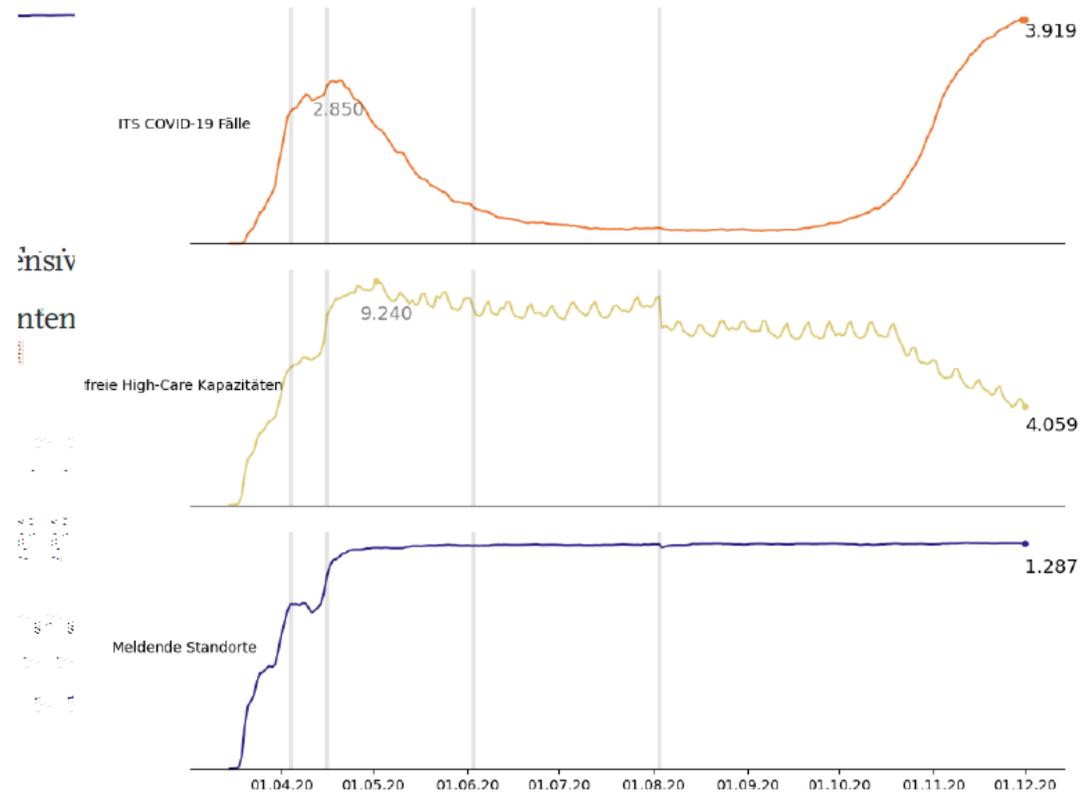
im Frühjahr:

- davon rund 14.000 verfügbar nach Absage elektive OPs (andere durch Notfälle belegt)
- davon wurden bis ca. 3.000 für Corona benötigt

aktuell (1.12.20):

- 3.919 COVID-Intensivfälle, 4.059 High-care Betten frei
- theoretisch wären weitere Beatmungskapazitäten möglich (z.B. Nutzung von OP-Sälen mit Beatmungsmöglichkeit u.a.)
- Auch diese würde man aber in Kliniken mit Beatmungserfahrung schaffen

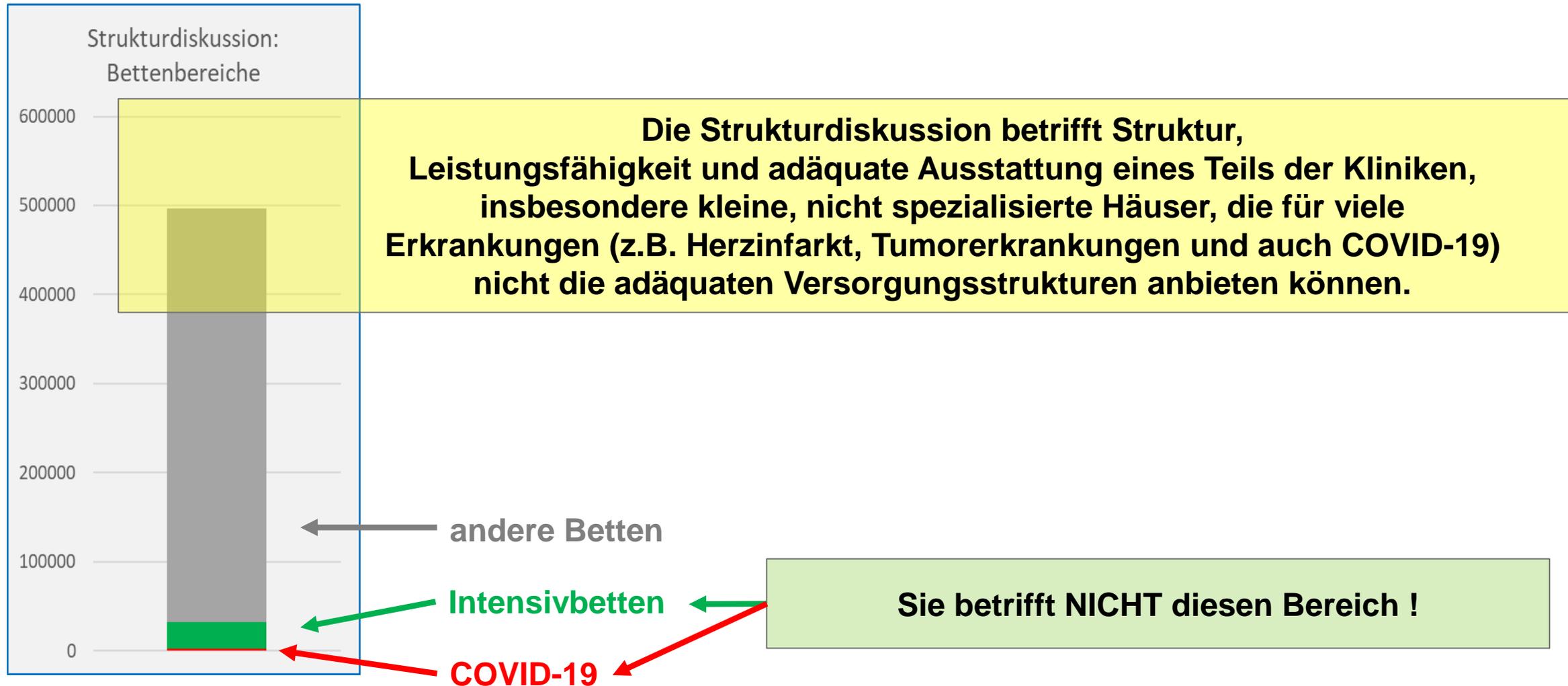
COVID aktuell 1.12.



Kontakt: intensivregister@rki.de

Zitierweise: DIVI-Intensivregister Tagesreport vom 01.12.2020

Die Strukturdiskussion bleibt



- Die Krankenhausstrukturen folgen nicht der medizinischen Entwicklung: Wir versuchen die Mercedes S-Klasse auf den Fließbändern des Ford T-Modells zu bauen
- Für viele Krankheitsbilder können kleine, nicht spezialisierte Häuser weder die Spezialisten noch die erforderlichen Versorgungsangebote vorhalten – dieses Problem wird sich weiter verschärfen
- Dies beeinträchtigt nachweislich die medizinische Qualität
- Es besteht ein erhebliches Investitionsdefizit (>4 Mrd. Euro pro Jahr fehlen), aber Investitionen in viele der bestehenden Strukturen sind nicht sinnvoll
- Eine Strukturbereinigung ist vor allem im Interesse der Patienten überfällig

Was passiert politisch

DRG-System ?

- Ursprünglich war vorgesehen, dass unwirtschaftliche Krankenhäuser in Konkurs gehen können
- Dies wurde überwiegend politisch verhindert (Defizitfinanzierung, Privatisierung u.a.)
- Das liegt nicht an einem Versagen des DRG-Systems, sondern am Versagen der Politik!

Bremen unterstützt Klinikverbund
mit 205 Millionen Euro

Bibliomed 16.5.18

**Und warum keine
Strukturveränderungen ?**

2012: Städtische Kliniken München -125 Millionen

Land übernimmt UKSH-Schulden
Das Land Schleswig-Holstein will sein Universitätsklinikum (UKSH) beim Abbau der Altschulden stärker entlasten. Die Landesregierung hat deshalb beschlossen, dem Klinikum ein zinsloses Darlehen in Höhe von mehr als 40 Millionen Euro zu gewähren, teilte das Finanzministerium

Bibliomed 18.1.18

Klares Signal

Donaukurier 15.10.19

Landkreis übernimmt Defizit der Kliniken - Geschäftsführer Schimmer geht in den Ruhestand

Eichstätt (EK) Millionendefizit hin oder her - der Kreistag steht geschlossen zu seinen Kliniken. **10,5 Mio.**

Strukturvorgaben

- Krankenhausplan und Strukturvorgaben des G-BA, OPS-Komplexleistungen, Zertifizierungen u.a. enthalten zum Teil Struktur- und Mengenvorgaben, die dazu führen könnten, dass kleinere Grundversorger aus der Versorgung ausscheiden
- Diese werden aber oft aufgeweicht und unterlaufen:
 1. Nicht sinnvolle, unwirtschaftliche Investitionen, um die Strukturen auch in Kliniken vorhalten zu können, in denen diese Leistungen nicht sinnvoll erbracht werden können (Folge: „DRG-Vergütung reicht nicht“) (kontraproduktive Anreize)
 2. Aufweichen der Regelungen, Bereitstellung der Strukturen über Kooperationen
 3. Ausweitung der Leistungen, insbesondere bei zu niedrigen Mengenvorgaben
 4.

Aktueller Trend

- Es wird derzeit in Deutschland überlegt, stärker in das Leistungsgeschehen einzugreifen, um die Leistungsausweitungen, vor allem in dafür ungeeigneten Strukturen, in den Griff zu bekommen
- Dazu wird das Züricher Model der Spitalleistungsgruppen erörtert
- Solange aber die Bereitschaft zur Strukturbereinigung fehlt, dürfte auch dieser Ansatz ins Leere laufen

- Weitere Idee: Vergütung eines Teils des Budgets als Vorhaltefinanzierung, Rest DRG
- Dies dürfte zur Vertagung der Strukturreform auf den St. Nimmerleinstag führen

Bisherige Ansätze zur Änderung sind unwirksam

- Das deutsche Krankenhaussystem erweist sich als extrem strukturkonservativ
- Es wird an Symptomen herumgedoktert, die Grundprobleme werden nicht angepackt, die Beteiligten schrecken vor echten Reformen zurück
- Folgen:
- Die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland ist noch gut, fällt aber hinter internationale Standards zurück und wird sich weiter verschlechtern
- Das System wird unwirtschaftlicher, weil immer mehr Kliniken unwirtschaftliche und medizinisch nicht ausreichend leistungsfähige Strukturen aufbauen, um scheinbar adäquate Leistungsstrukturen anbieten zu können (z.B. Linksherzkatheter im 150-Betten-Grundversorger)
- Das benötigte Personal für solche Strukturen steht nicht zur Verfügung

Das Problem in der Praxis: Herzinfarktversorgung Berlin

- Im Jahr 2016 haben 43 Kliniken in Berlin 8.670 Herzinfarkte versorgt
 - Unter 20 Infarkte: 5 Kliniken (mögliche Fehleinweisungen)
 - 20 bis 99 Infarkte: 16 Kliniken
 - 100 bis 299 Infarkte: 11 Kliniken
 - 300 bis 1388 Infarkte: 10 Kliniken (bzw. 12 wg Charité)
- Quelle: WIdO, Qualitätsmonitor 2019
- 1.200 Infarkte pro Zentrum = 4 pro Tag wären medizinisch und wirtschaftlich sinnvoll
 - tatsächlich benötigt würden daher maximal 8 Zentren
 - 35 teilnehmende Krankenhäuser werden für die Versorgung dieses Krankheitsbildes nicht benötigt bzw. verschlechtern sogar die Ergebnisqualität
 - **Für welche 8 Zentren entscheidet sich die Politik?**

Beispiel Rheinland Pfalz

- Mammachirurgie
- 3.778 Fälle in 51 Kliniken (2014) **51 >> 25**
- Bedarf: Maximal 25 Zentren = 151 pro Zentrum (EUSOMA !)
- **Für welche 25 Zentren entscheidet sich die Politik?**

- Lungenresektionen
- 627 in 20 Kliniken (2015) **20 >> 6**
- Bedarf: Maximal 6 Zentren = 105 pro Zentrum
- **Für welche 6 Zentren entscheidet sich die Politik?**

Quelle: WIdO, Qualitätsmonitor

- Aus medizinischen Gründen ist eine Strukturreform im Krankenhausbereich überfällig
- Auch für die Investitionsfinanzierung ist sie dringend nötig, da Investitionen in nicht benötigte und nicht zukunftsfähige Strukturen unsinnig sind
- Auch die Personalsituation und Anforderungen der medizinischen Weiterbildung könnten eine Strukturreform unumgänglich machen
- Der „Weiße Elefant“ steht im Raum aber (fast) keiner traut sich, das Problem anzupacken

Warten oder handeln?

An die Krankenhäuser: Was wäre zu tun?

- THINK BIG!
- Nicht von kleiner Scheinlösung zu kleiner Scheinlösung hangeln!
- Orientieren Sie sich nicht an Wunschdenken (100 Pankreasoperationen für mein Haus!), sondern am realen Bedarf (schon 4 sind kaum realisierbar!)
- Kooperationen sind zwar gut, lösen aber das grundsätzliche Strukturproblem nicht
- Tun Sie sich zusammen und überlegen Sie, wie Sie aus zwei oder drei Standorten EINEN zukunftsfähigen neuen Standort machen könnten
- Seien Sie proaktiv: selbst handeln bevor der Zwang von außen kommt!
- Kein Angst vor „großen“ Konzepten, Politik und Krankenkassen sind froh, wenn Sie mit einem solchen Vorschlag kommen!
- Es lohnt sich dann, über Finanzierungsfragen zu diskutieren: Fördermittel, Strukturfonds, Entgegenkommen der Kassen usw.

Flensburg: Neues, ökumenisches Krankenhaus kommt

Das Bundeskartellamt hat am Mittwoch den Zusammenschluss der beiden Flensburger Krankenhäuser genehmigt. Da beide Kliniken bereits seit Jahren kooperierten, werde der Zusammenschluss zu keiner wesentlichen Beschränkung des Wettbewerbs und der Ausweichmöglichkeiten für die Patienten führen, sagte ein Sprecher der Behörde. Eine Befragung der niedergelassenen Ärzte in Flensburg habe ergeben, dass hauptsächlich die Krankenhäuser anderer Träger außerhalb von Flensburg eine Alternative für die Patienten darstellten, so der Sprecher weiter.

Damit können die Träger Malteser und Diako wie geplant ein neues Zentralklinikum für den Norden Schleswig-Holsteins aufbauen. Schleswig-Holsteins Sozialminister Heiner Garg (FDP) sagte, die Entscheidung zur Fusion sei ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einem neuen Krankenhaus, das nach den UKSH-Standorten Kiel und Lübeck die größte Klinik in Schleswig-Holstein sein werde.

<https://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Flensburg-Neues-oekumenisches-Krankenhaus-kommt,zentralklinik122.html>

Modernste medizinische Versorgung unter einem Dach

Dass die beiden Kliniken jetzt gemeinsame Sache machen, hat zwei Gründe: Beide waren bislang auf unterschiedliche Fachgebiete spezialisiert. Außerdem sind beide Kliniken renovierungsbedürftig. Das Land hatte deshalb entschieden, nur Geld zu zahlen, wenn sich die Kliniken zusammenschließen. Für Patienten im Norden des Landes bedeutet die Fusion modernste medizinische Versorgung unter einem Dach. Nach aktuellem Stand haben die beiden Flensburger Krankenhäuser zusammen mehr als 850 Betten. Laut einem Sprecher werden es nach der Fusion rund 1.000 Betten sein. Das neue Zentralkrankenhaus wird voraussichtlich 2027 in Betrieb gehen. Im Jahr sollen dann künftig mehr als 100.000 Patienten im Jahr ambulant und stationär versorgt werden.

Erste Klinik Deutschlands, die beide Kirchen tragen

Bislang führten Diakonie und Malteser in Flensburg jeweils eigene Kliniken. Das Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital und das Diakonissen-Krankenhaus sind mehr als 130 Jahre alt - und beiden hatte das Land Schleswig-Holstein ursprünglich getrennt voneinander Fördergelder für Um- und Neubauten zugesprochen.



Investieren, aber richtig!

z.B. The First Affiliated Hospital of Suzhou University



Suzhou (Jiangsu)

3 Jahre alt

ca. 3000 Betten

Investieren, aber richtig!

z.B. Jinhua Municipal Central Hospital



Investieren, aber richtig!

z.B. Jinhua Zentrale Notaufnahme



Chest Pain Center
Advanced Stroke Center
Trauma Center
Emergency Medicine Center

Nicht abwarten bis es zu spät ist:

Aktiv und mutig neue Strukturen gestalten und nicht gestaltet werden!