

Fachgespräch
KRANKENHAUSPLANUNG NEU DENKEN

*Impulse für eine qualitätsorientierte
Krankenhausplanung in Bayern*

Dr. Alexander Geissler, Dipl.-Ing.

Department of Health Care Management (MiG)

Berlin University of Technology

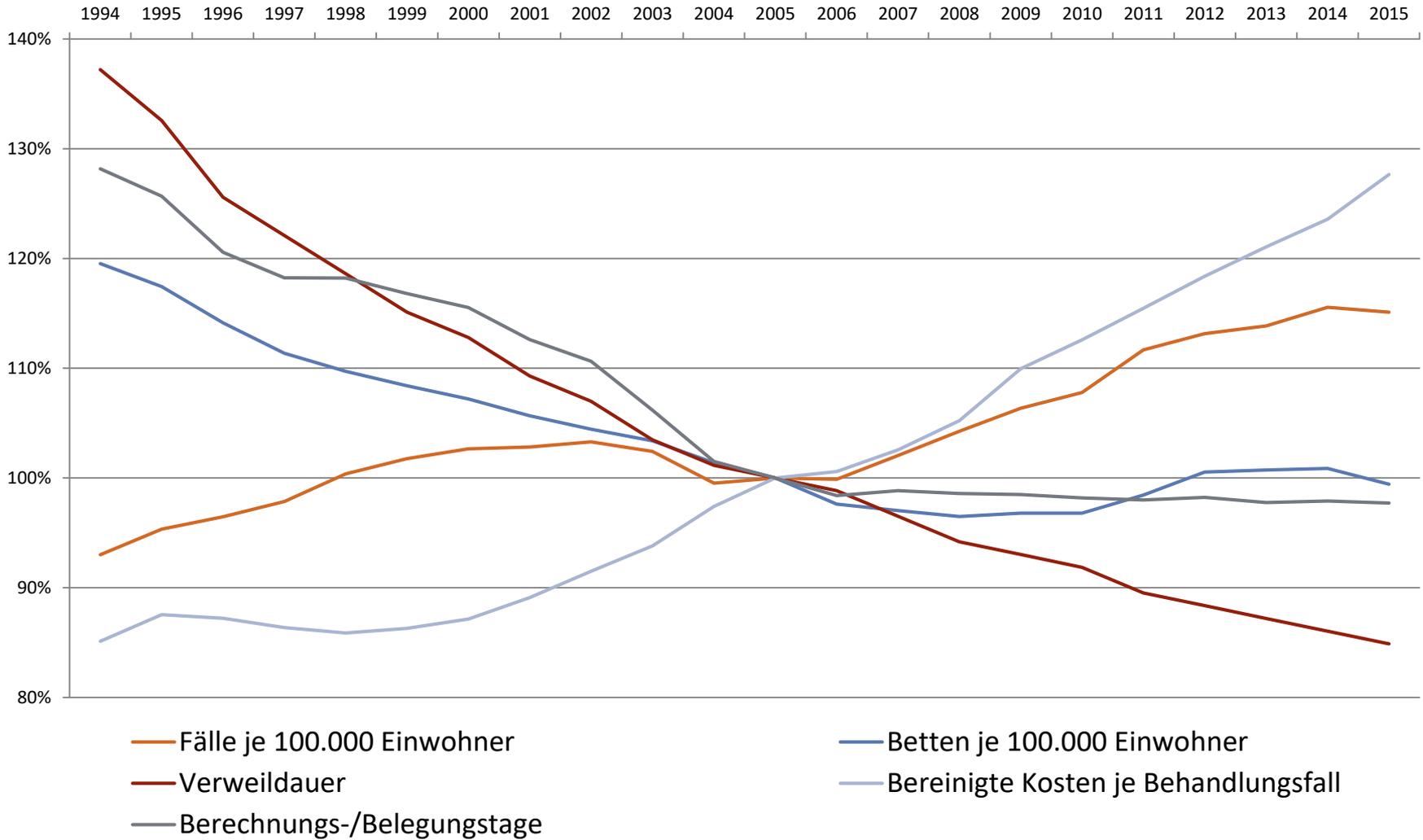
European Observatory on Health Systems and Policies

WHO Collaborating Centre for Health Systems, Research and Management

Agenda

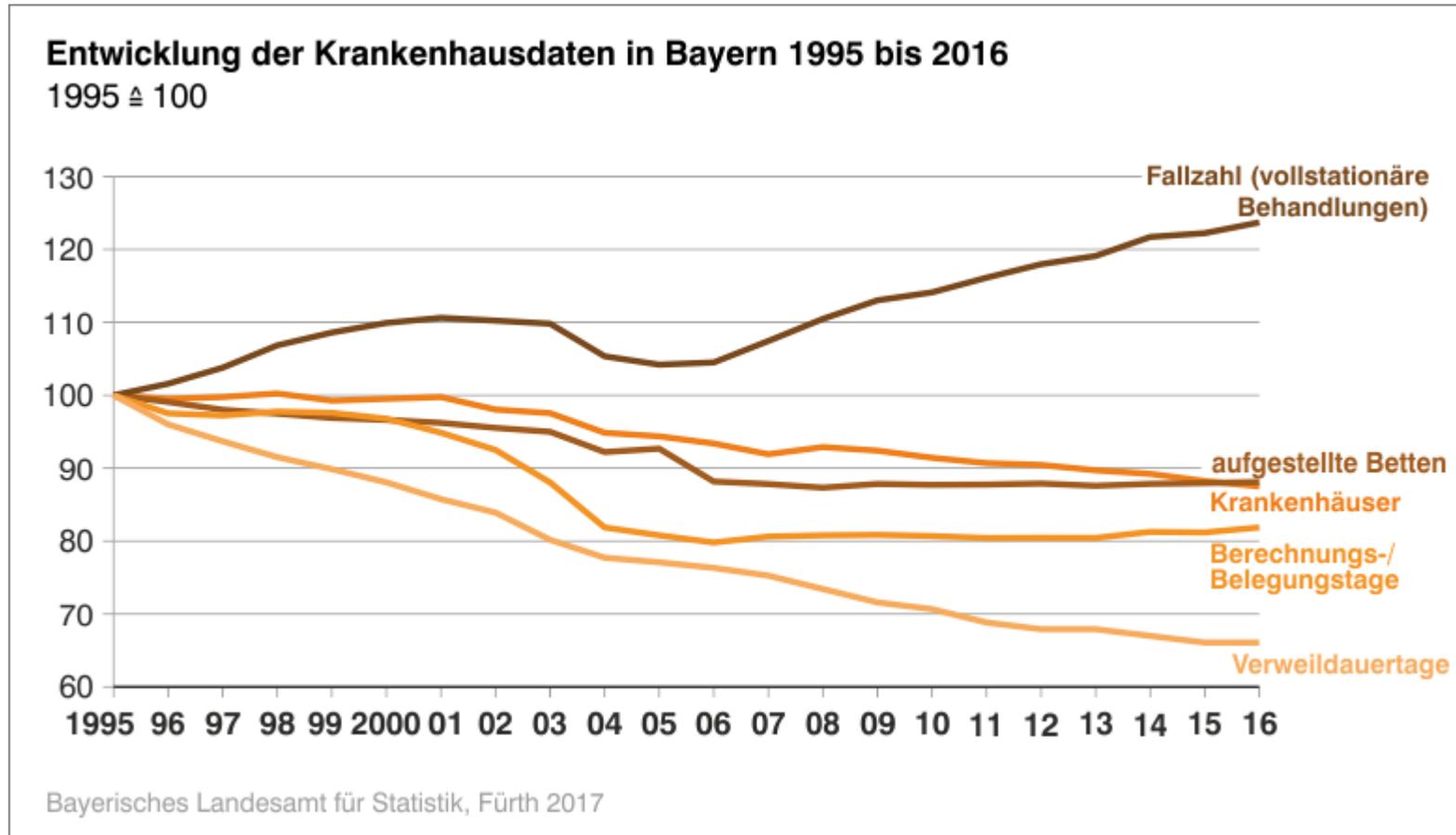
- Herausforderungen (Fallzahlen, Qualität)
- Krankenhausplanung in Bayern – status quo
- Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung
- Patientenperspektive

Krankenhauskennzahlen Deutschland

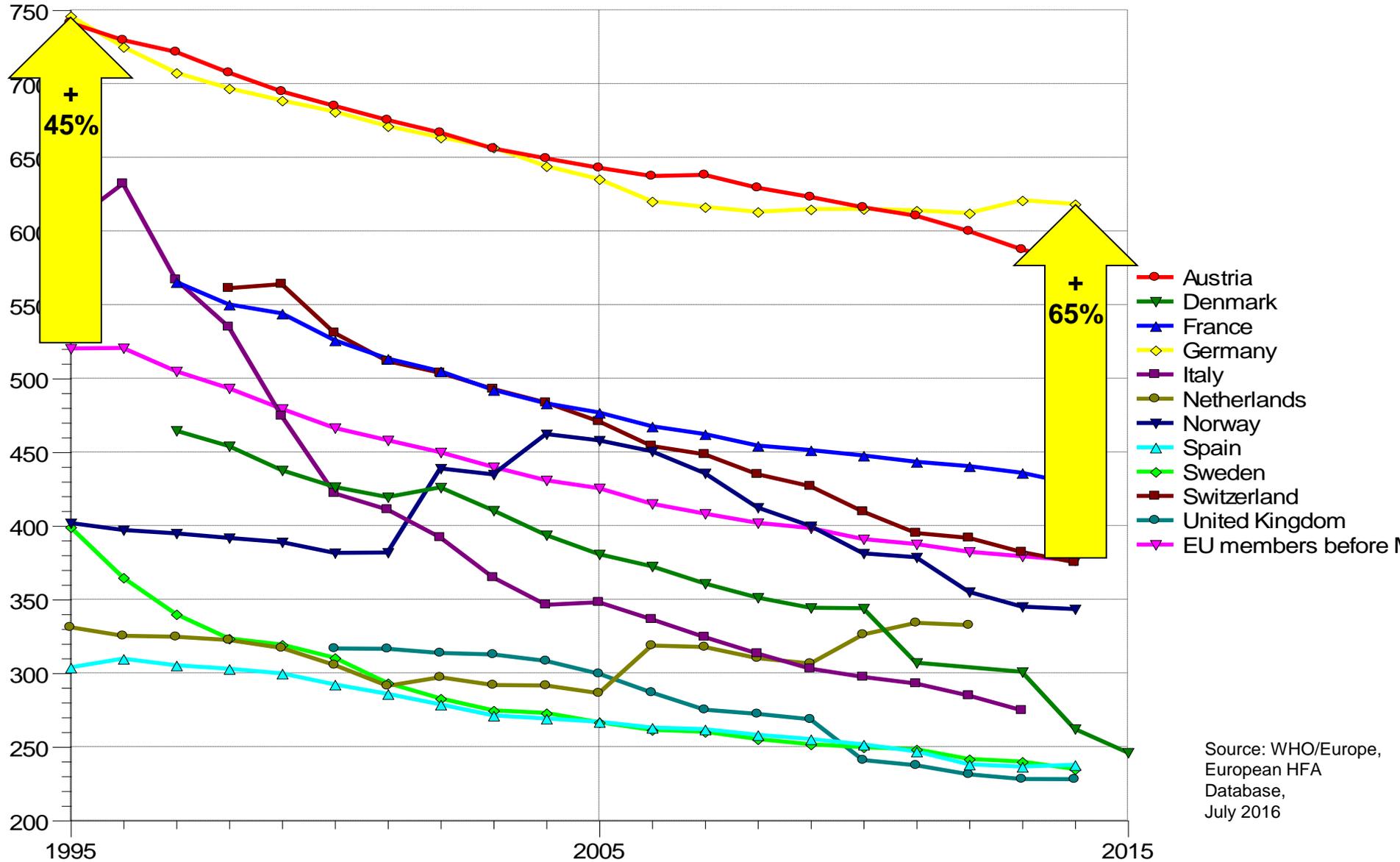


Busse R, Geissler A (2017): Ziele des Gesundheitssystems, Strategien der Gesundheitspolitik und Herausforderungen für Krankenhäuser. Eine kurze Einführung. In: Debatin JF, Ekkernkamp A, Schulte B, Tecklenburg A (Hrsg.) Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. 3. Aufl. Berlin: MWV, S. 3-8

Krankenhauskennzahlen Bayern

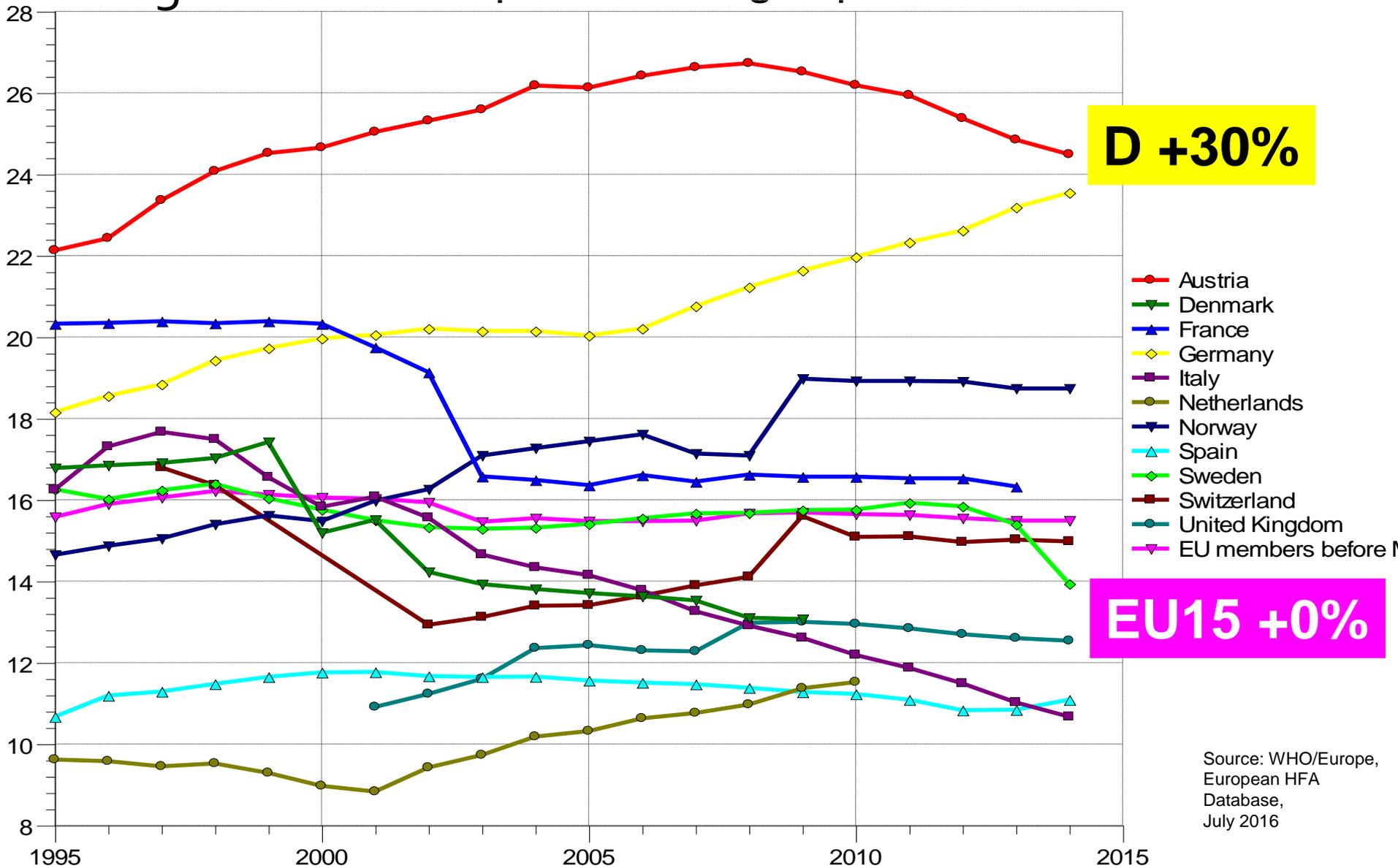


Im internationalen Vergleich zunehmende stationäre Überkapazitäten ...

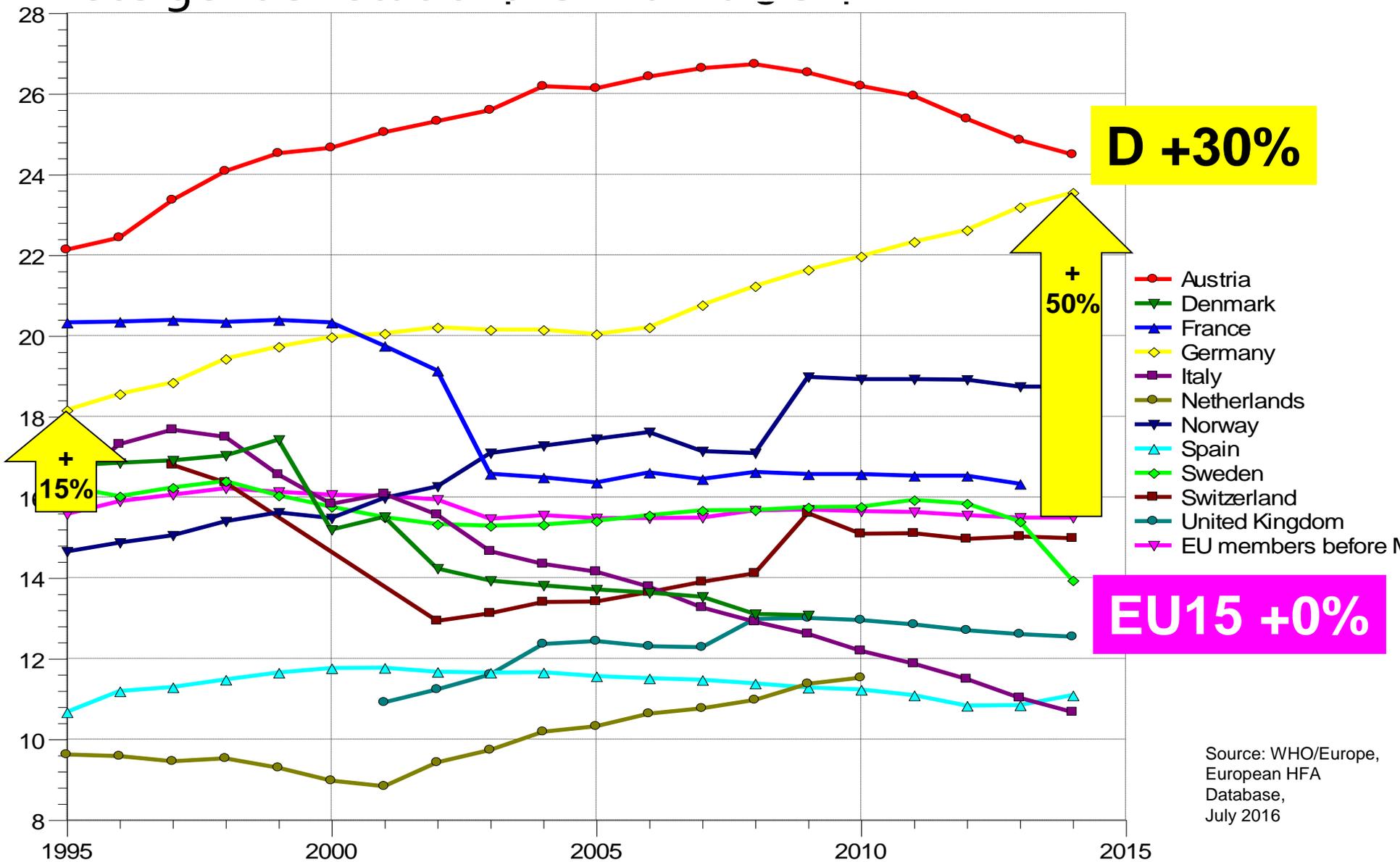


Source: WHO/Europe,
European HFA
Database,
July 2016

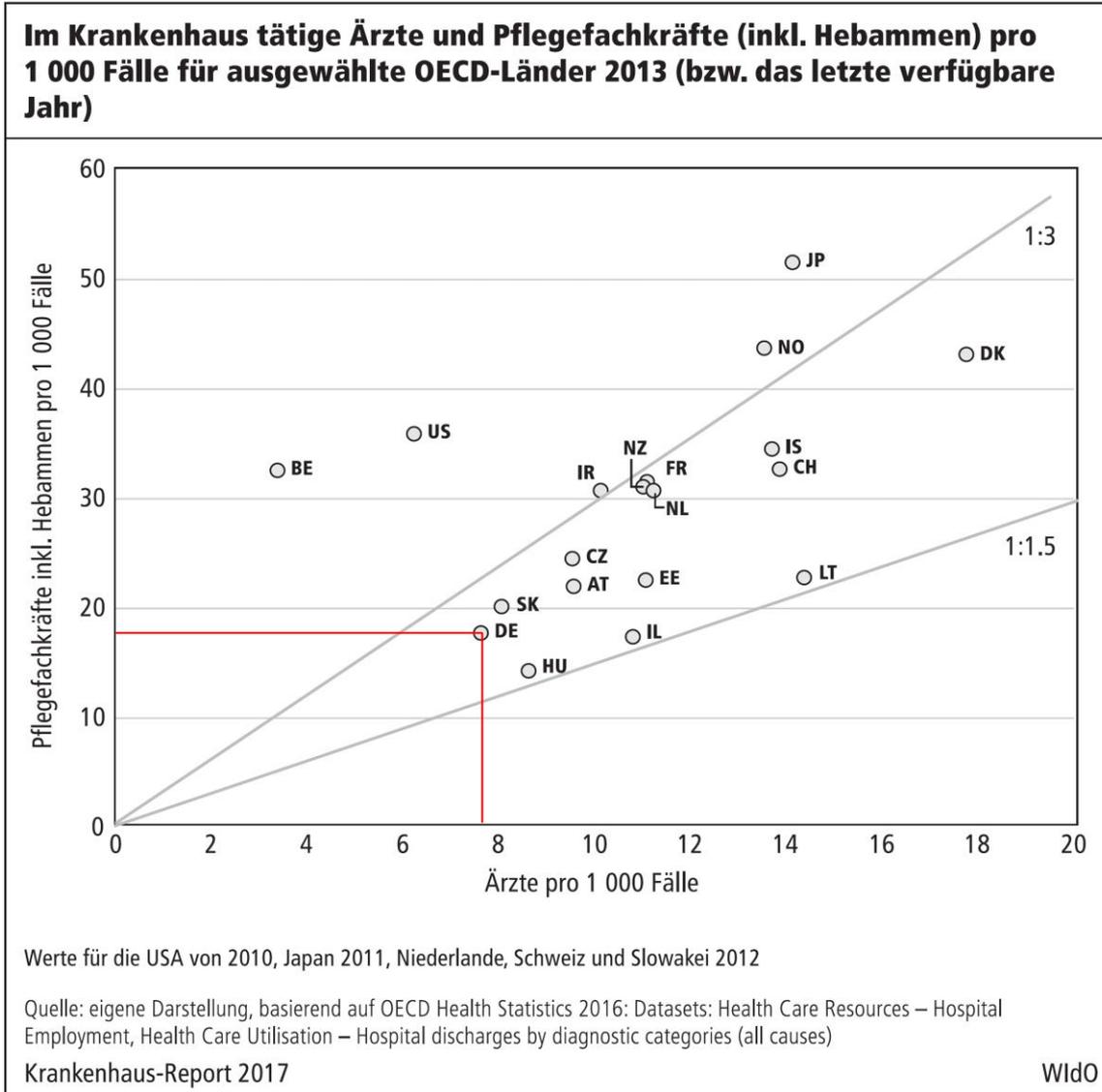
...führen zu hohen und steigenden stationären Fallzahlen.



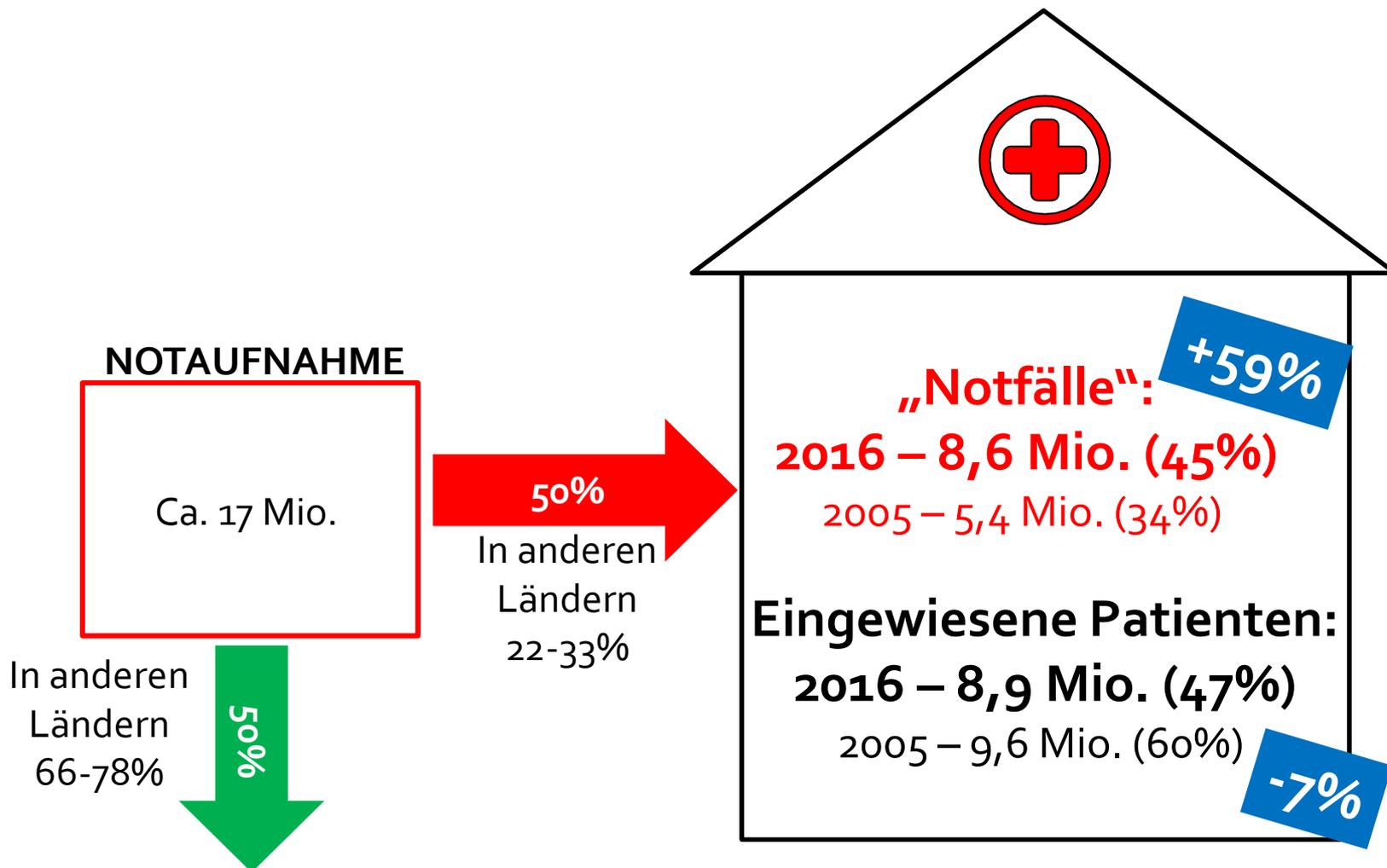
...führen zu hohen und steigenden stationären Fallzahlen.



Internationale Kennzahlen: Personal

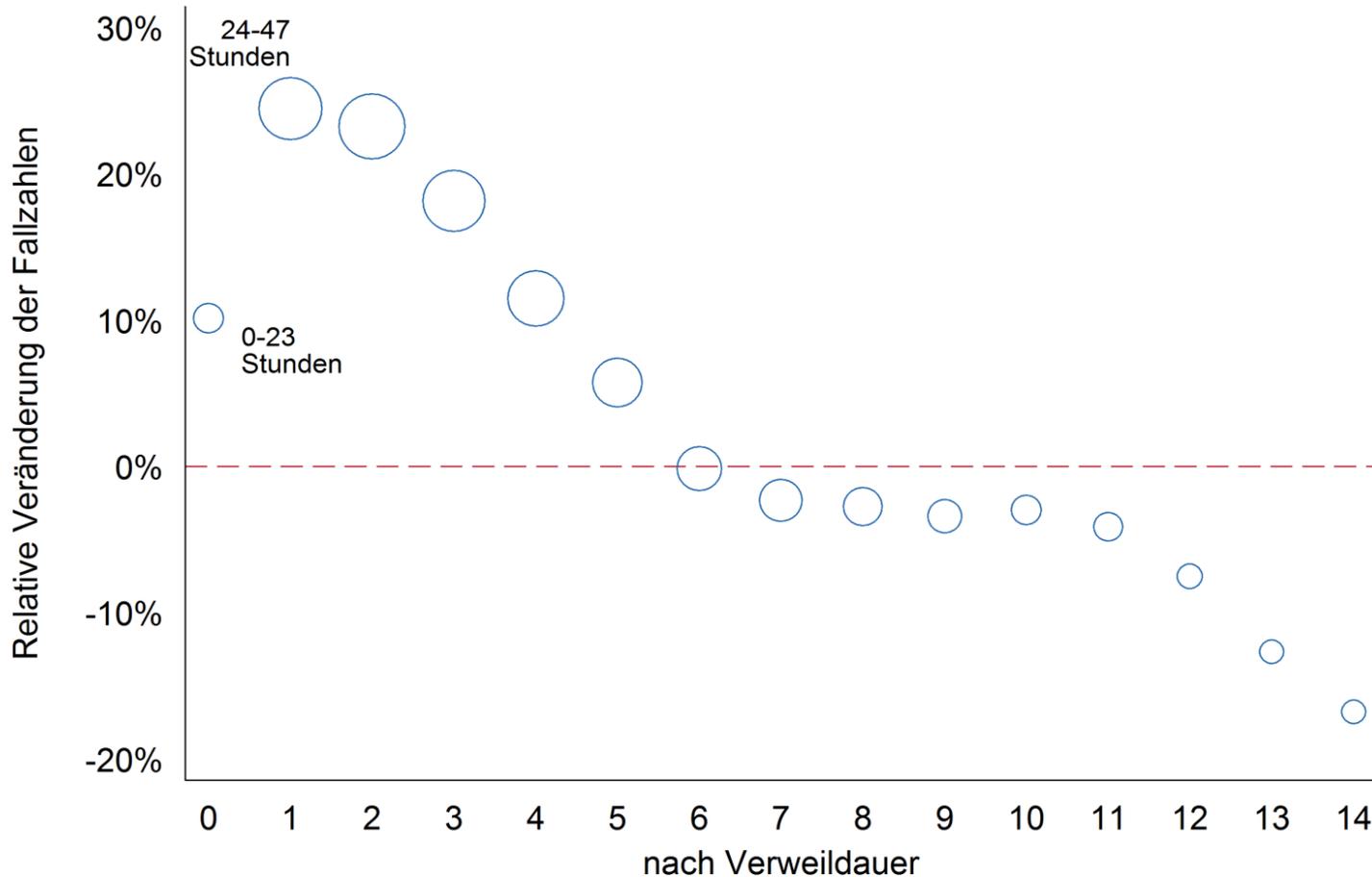


Quellen des Fallwachstums



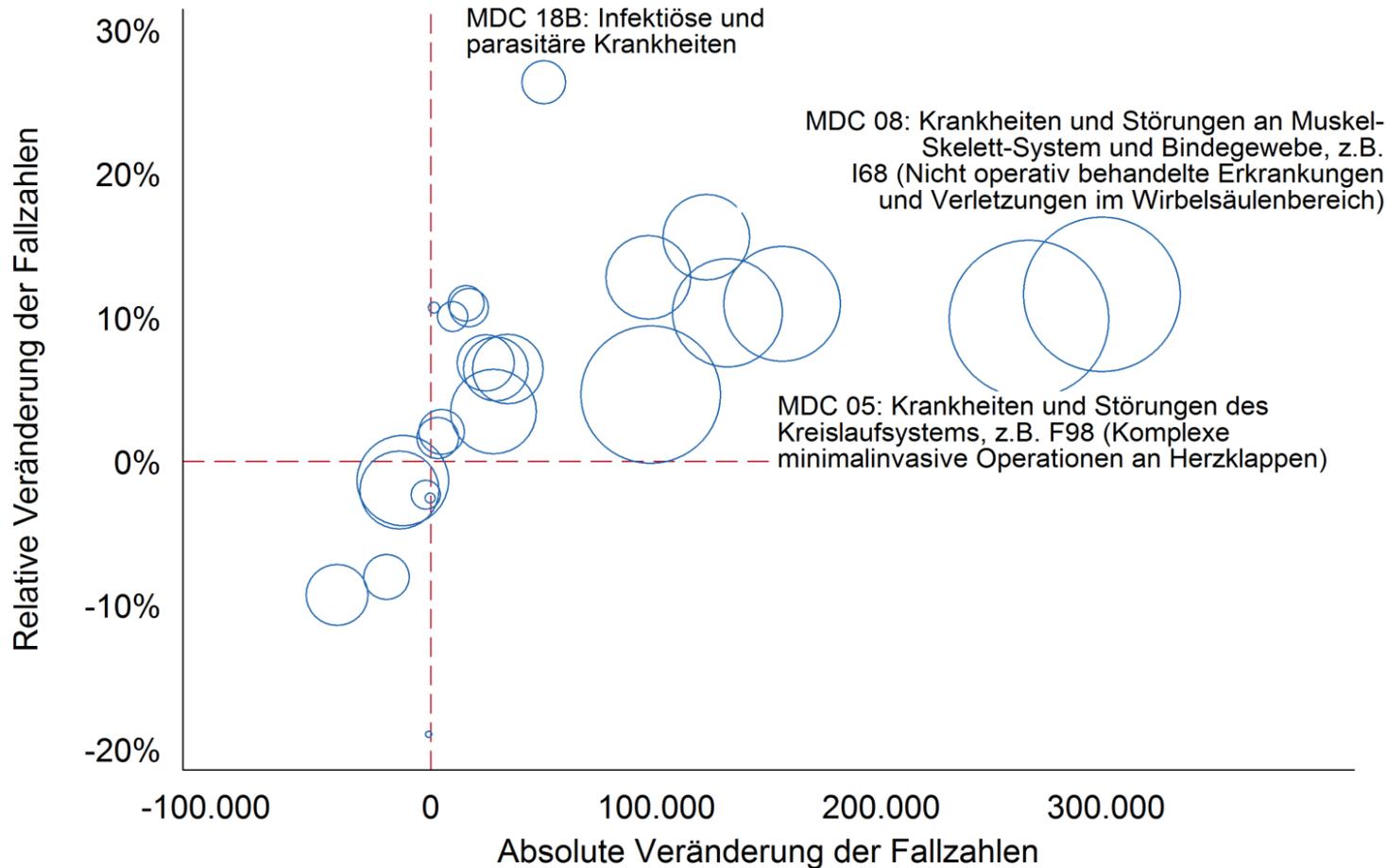
Geissler A, Quentin W, Busse R (2017): Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.) Krankenhaus-report 2017: Schwerpunkt Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer, S. 41-59

Art der Fälle -> Verweildauer



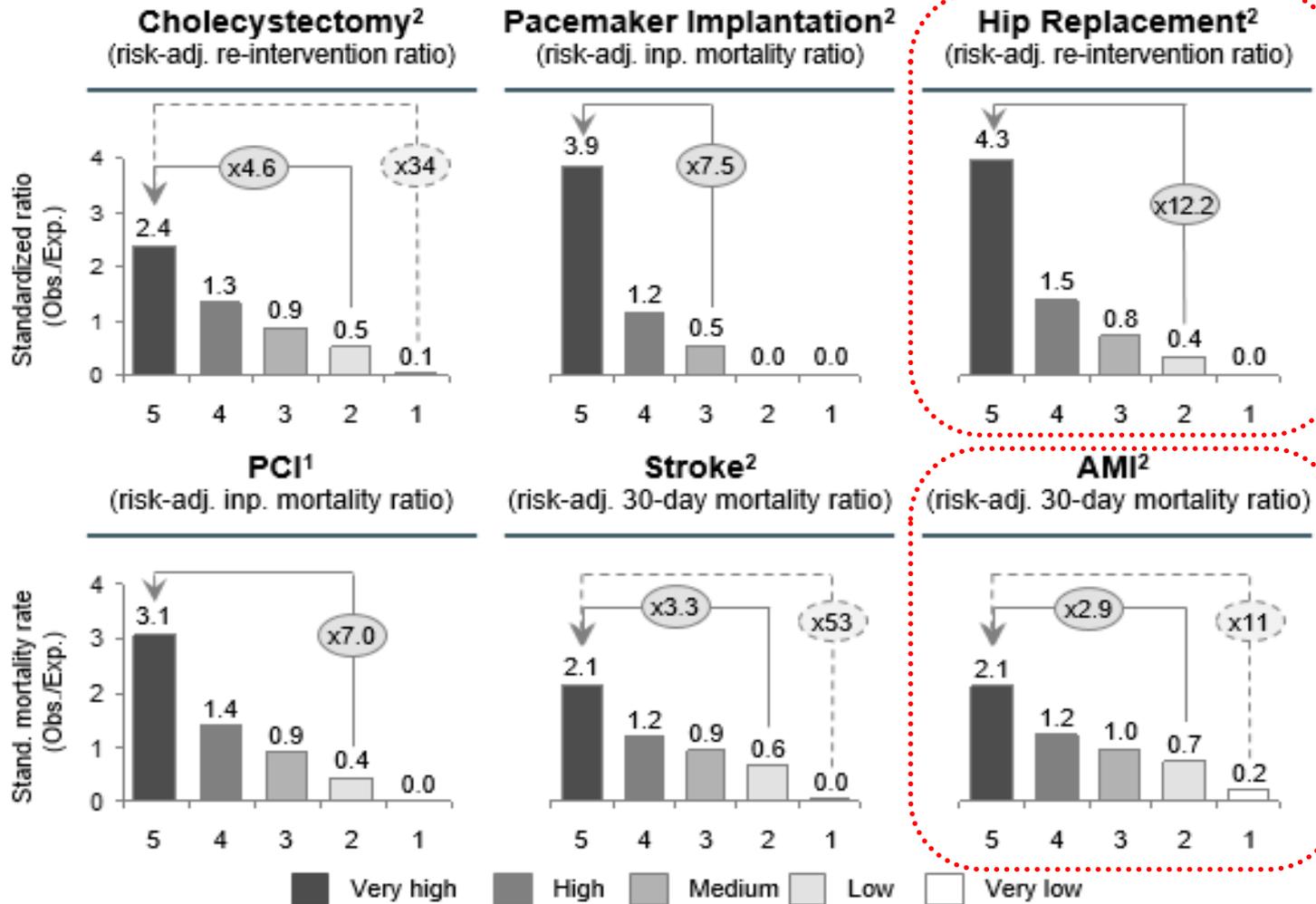
Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. Hamburg Center for Health Economics (HCHE).

Art der Fälle -> Leistungsbereiche



Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. Hamburg Center for Health Economics (HCHE).

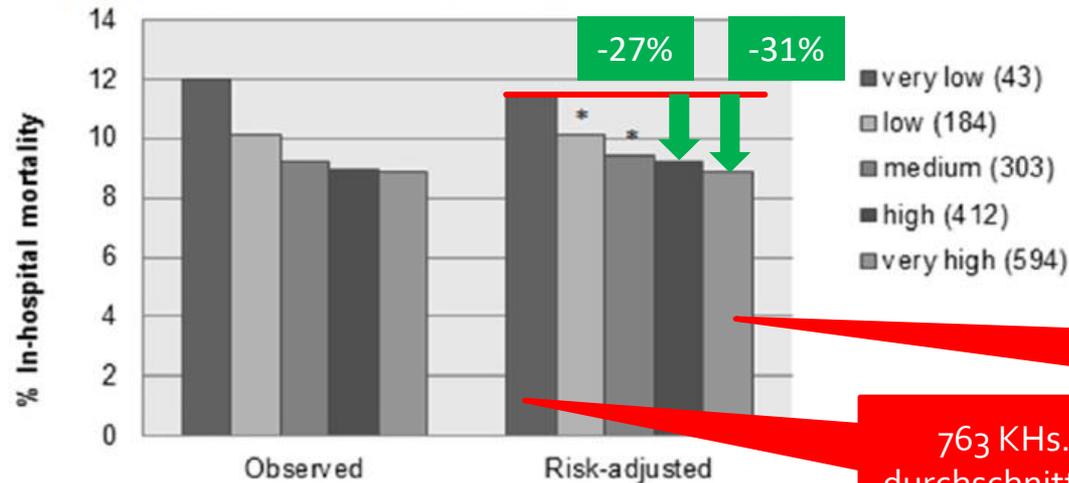
Qualitätsvariation



Pross C, Busse R, Geissler A (2017): Hospital quality variation matters - a time-trend and cross-section analysis of outcomes in German hospitals from 2006-2014. Health Policy 121(8): 842-852

Qualitätsvariation

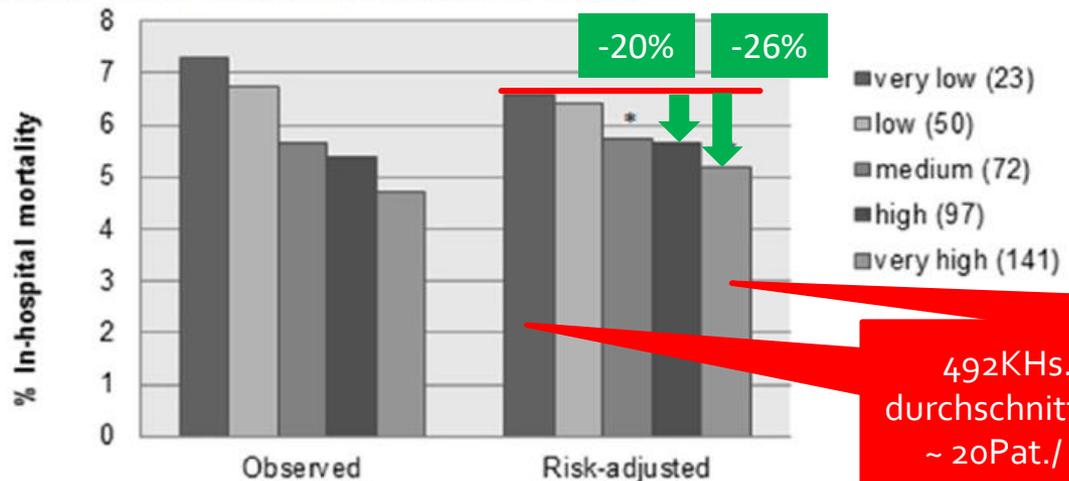
Acute myocardial infarction N=1,098,241



763 KHs. mit durchschnittlich ~ 50 Pat./ Jahr

54 KHs. mit durchschnittlich ~ 600 Pat./ Jahr

Colorectal resection for carcinoma N=330,902



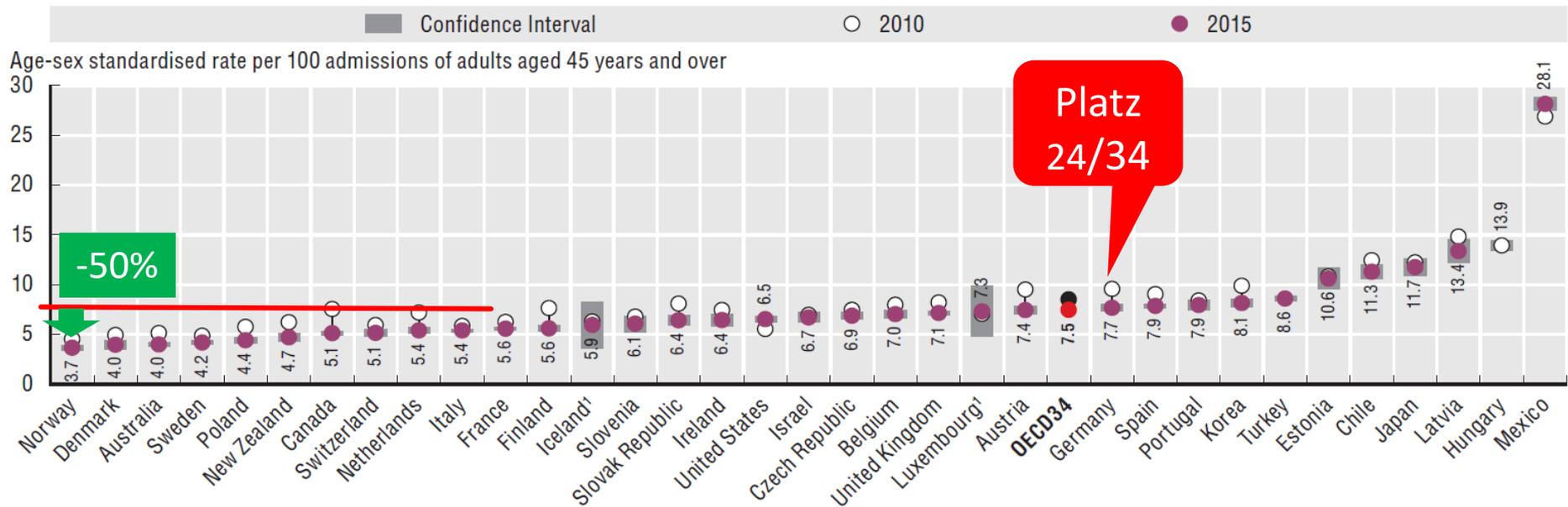
492 KHs. mit durchschnittlich ~ 20 Pat./ Jahr

71 KHs. mit durchschnittlich ~ 140 Pat./ Jahr

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

Mortality following acute myocardial infarction (AMI)

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



Note: 95% confidence intervals have been calculated for all countries, represented by grey areas.

1. Three-year average.

Source: OECD Health Statistics 2017.

- Zentrale Planungsgrundlage „das Bett“, keine Vorgaben auf FA-Ebene
- Fortschreibung der derzeitigen Kapazitäten
- Bettenbedarf = $\frac{E \times KH \times VD \times 100}{1000 \times 365 \times BN}$
 - Einwohnerzahl (E)
 - Krankenhaushäufigkeit (KH)
 - Verweildauer (VD)
 - Bettennutzung (BN)
- Keine durchgängige Leistungssteuerung
- Keine gesonderten Vorgaben für die Notfallversorgung
- Qualitätskriterien über Vorgaben zu Fachprogrammen
 - Stationäre Versorgung von Risiko-Neugeborenen in Bayern
 - Palliativversorgung in Krankenhäusern
 - Akutgeriatrie
 - Zentren und Schwerpunkte in der stationären Versorgung

Quelle: Krankenhausplan des Freistaates Bayern (01/2018), DKG - Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (03/2017)

Überblick über die eingesetzten Qualitätsindikatoren

	Frankreich	Italien	Niederlande	Österreich	Schweiz
Strukturqualität	A/P/L	A/P/L	P (spez. Leistungen) L	P	P
Mindestmengen	L	P (spez. Leistungen)	P (spez. Leistungen) L	P	P
Prozessqualität	A/P/L	A/P/L	P (spez. Leistungen) L	P	P
Ergebnisqualität	Zertifizierung (HAS)	A (regional)	–	–	–
Patientenerfahrungen	–	A (regional)	–	–	–

A= Autorisierung, Akkreditierung; P= Planung; L = Leistungsvergabe/-einkauf

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

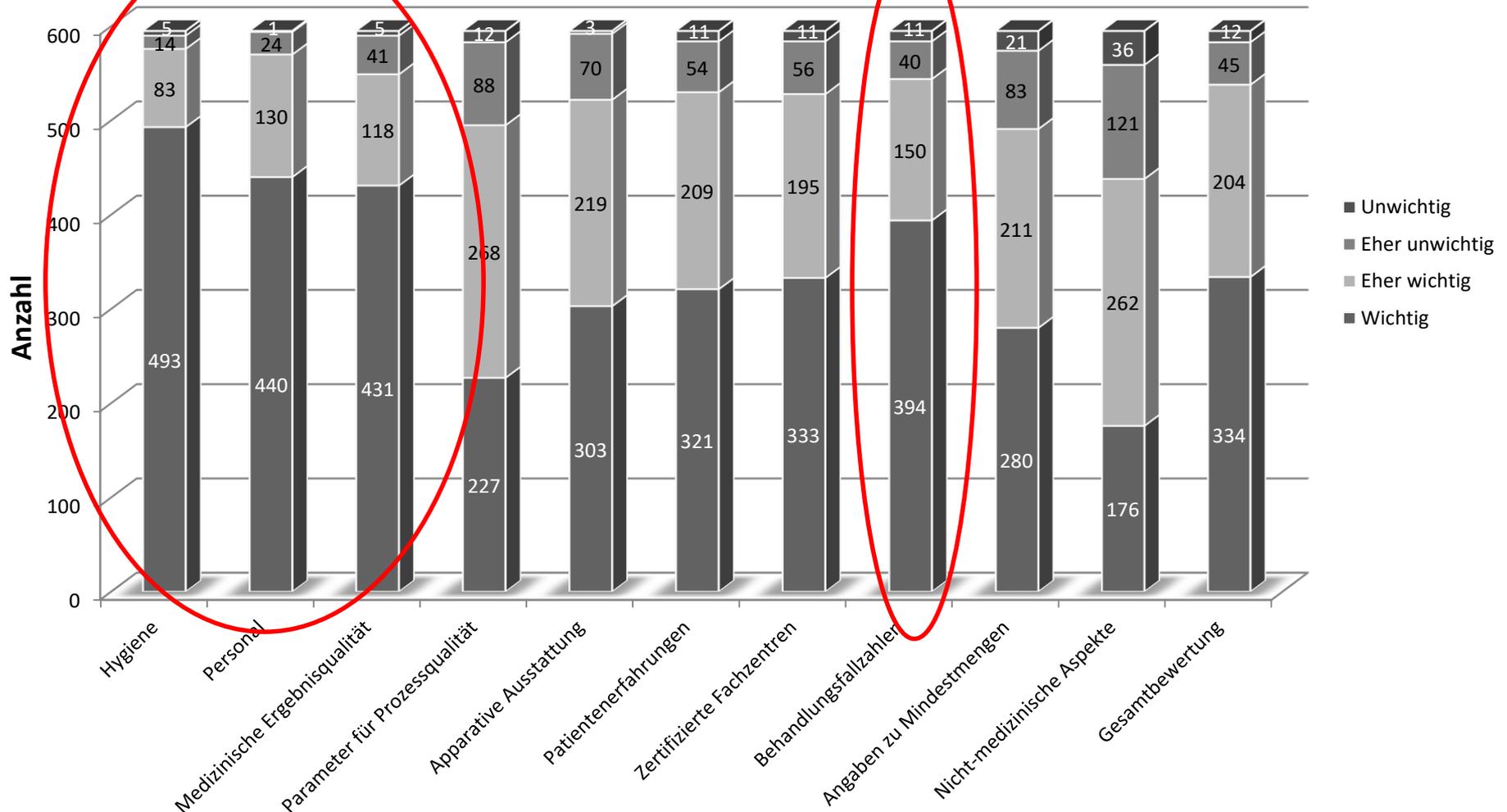
Geissler A, Lee S, Quentin W (2018): Der Einsatz von Qualitätsinformationen für Krankenhausplanung und Leistungseinkauf in Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Schweiz. In: Klauber J, Geraedts M, Friederich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, 53–68.

Beispiel Schweiz -> Akutversorgung

- Kantone müssen seit 2007 eine nach Leistungsaufträgen gegliederte Spitalliste aufstellen -> Kriterien: Qualität, Effizienz und Erreichbarkeit
- Ca. 140 Leistungsgruppen definiert mittels Schweizer Prozeduren Katalog (CHOP), Internationalen Diagnoseklassifikation (ICD) und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen (*insb. zur Personalqualifikation und -Verfügbarkeit, technischen Ausstattung und Mindestmengen*)
 - z.B. Urologie eingeteilt in 10 Leistungsgruppen von der Behandlung von Steinen bis zur Harnblasenentfernung (Zystektomie)
- Personalverfügbarkeit: Fachärzte sind je nach Fachgebiet in unterschiedlichem Umfang vorzuhalten - je nach Komplexität:
 - Facharzt unter 1 Std. erreichbar oder Patient unter 1 Std. verlegt,
 - Facharzt jederzeit erreichbar und Intervention unter 1 Std.,
 - Facharzt jederzeit erreichbar und Intervention unter 30 min.,
 - Facharzt Geburtshilfe unter 10 min. im Krankenhaus bzw. Facharzt Neonatologie oder Facharzt Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie unter 15 min. vor Ort
- Um in die Spitalliste aufgenommen zu werden, müssen sich die Krankenhäuser gemäß den vom Kanton aufgestellten Kriterien für Leistungsbereiche bewerben.

- Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) wurde einem interkantonalen Beschlussorgan übertragen
 - > Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)
- Organ definiert die Bereiche der hochspezialisierten Medizin und gibt Planung- und Zuteilungsentscheide
- Im Ergebnis: Zentralisierung von Leistungen über die interkantonale Spitalliste
- Derzeit werden 39 hochspezialisierte Leistungen kantonsübergreifend geplant
 - Nierentransplantationen an 6 von 189 Standorten
 - Versorgung schwerer Verbrennungen an 2 von 189 Standorten

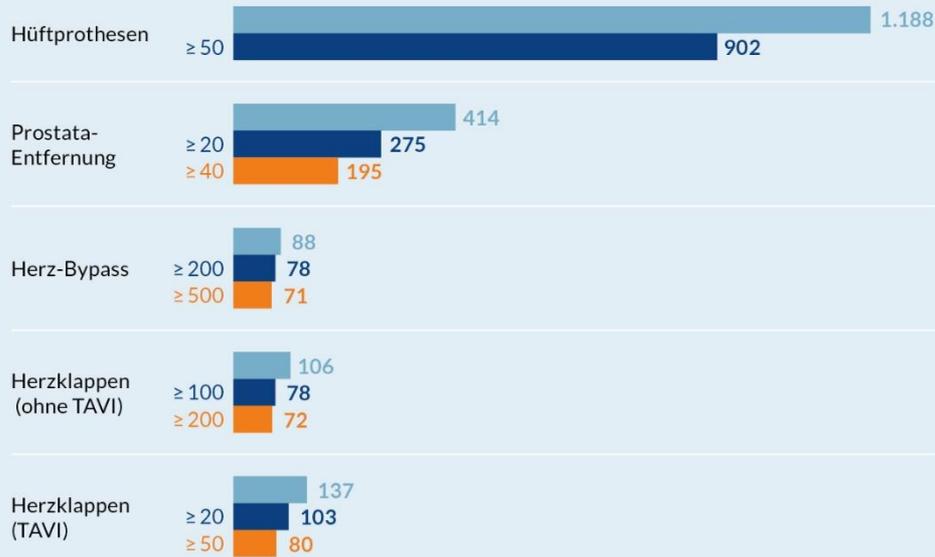
Bewertung der Kriterien nach Relevanz für den Nutzer (n=595)



Geissler A, Zömisch C, Pross C (2018): Does public reporting support patient choice? Identifying patient needs and tracking user behavior. Unpublished manuscript

Leistungssteuerung durch Mindestmengen

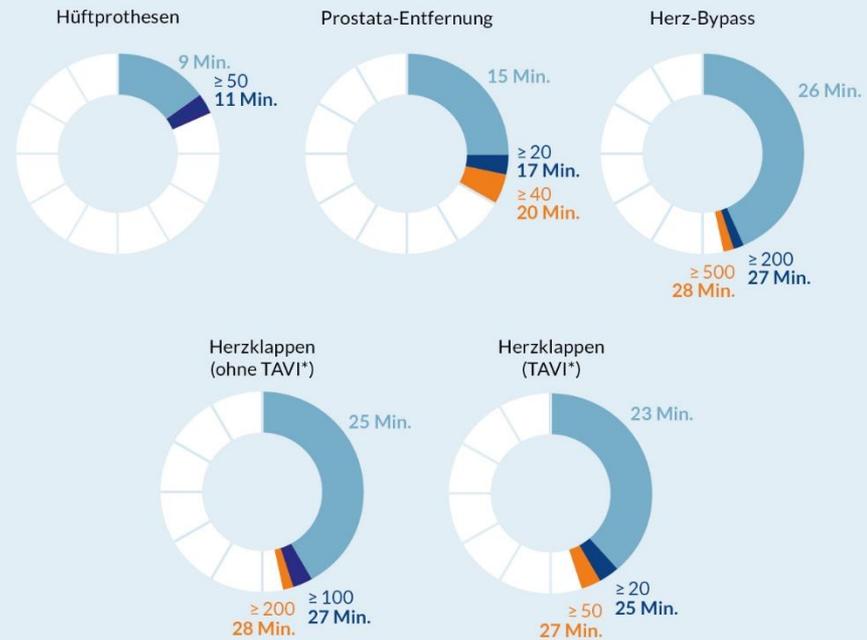
Simulation: Wie wirken sich Mindestmengen auf die Zahl der leistungsberechtigten Kliniken aus?



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Strukturierten Qualitätsberichte (SQB)

BertelsmannStiftung

Simulation: Wie wirken sich Mindestmengen auf die durchschnittlichen Fahrzeiten zur nächstgelegenen Klinik aus?



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Strukturierten Qualitätsberichte (SQB)

BertelsmannStiftung

Frage: Haben sie nur in der Region gesucht?

Antwortmöglichkeiten	Jüngere Nutzer (15 bis unter 45)	Mittelalte Nutzer (45 bis unter 65)	Ältere Nutzer (65 und älter)	Gesamt
Ja	67,1 % (106)	46,0 % (139)	50,8 % (65)	52,7 % (310)
Nein	32,9 % (52)	54,0 % (163)	49,2 % (63)	47,3 % (278)
Gesamt	100 % (158)	100 % (302)	100 % (128)	100 % (588)

Frage: Welche Fahrzeit würden sie für ein gutes Krankenhaus in kauf nehmen?

Antwortmöglichkeiten	Jüngere Nutzer (15 bis unter 45)	Mittelalte Nutzer (45 bis unter 65)	Ältere Nutzer (65 und älter)	Gesamt
Bis zu 30 min	22,2 % (26)	6,7 % (17)	9,8 % (12)	11,2 % (55)
Bis zu 60 min	32,5 % (38)	29,2 % (74)	34,4 % (42)	31,3 % (154)
Bis zu 120 min	17,9 % (21)	21,3 % (54)	19,7 % (24)	20,1 % (99)
Längere Reise, evtl. mit Hotel	27,4 % (32)	42,7 % (108)	36,1 % (44)	37,4 % (184)
Gesamt	100 % (117)	100 % (253)	100 % (122)	100 % (492)

Top 20 diagnosis based on number of search requests weighted by incidence, 2014

Medical condition	ICD code	number searches	Weigh. Score ¹	diagnoses, in 2014	ranking (searches)	quality indicators available
Osteoarthritis of hip	M16	52,575	0.31	167,500	1	✓
Osteoarthritis of knee	M17	49,460	0.27	185,399	2	✓
Malignant neoplasm of prostate	C61	15,720	0.23	68,522	5	✗
Full-term uncomplicated delivery	O80	19,769	0.22	91,860	3	✓
Cervical disc disorders	M50	5,953	0.20	29,894	26	✗
Internal derangement of knee	M23	17,525	0.18	97,990	4	✗
Benign prostatic hyperplasia	N40	9,349	0.16	57,947	12	✗
Malignant neoplasm of esophagus	C15	3,661	0.12	29,504	41	✗
Aortic aneurysm and dissection	I71	3,639	0.12	29,451	42	✗
Malignant neoplasm of breast	C50	15,091	0.11	132,926	7	✓
Malignant neoplasm of kidney	C64	2,416	0.10	23,140	59	✗
Malignant neoplasm of colon	C18	8,206	0.10	81,421	15	✗
Other intervertebral disc disorders	M51	15,118	0.10	156,893	6	✗
Acquired deformities of fingers, toes	M20	5,512	0.10	57,542	28	✗
Malignant melanoma of skin	C43	2,307	0.10	24,148	64	✗
Malignant neoplasm of rectum	C20	5,828	0.09	61,420	27	✗
Malignant neoplasm of ovary	C56	2,501	0.09	26,605	58	✓
Malignant neoplasm of pancreas	C25	4,566	0.09	48,645	36	✗
Malignant neoplasm of liver	C22	2,630	0.09	29,218	53	✗
Major depressive disorder, 1 episode	F32	11,234	0.09	125,623	10	✗

Note: 1. Number of searches weighted by diagnosis incidence in 2014

orthopedics cancer

Pross C, Averdunk LH, Stjepanovic J, Busse R, Geissler A (2017): Health care public reporting utilization - user clusters, web trails, and usage barriers on Germany's public reporting portal Weisse-Liste.de. BMC Medical Informatics and Decision Making, 17:48. doi 10.1186/s12911-017-0440-6

Potentielle Ziele und Umsetzung einer reformierten Krankenhausplanung in Bayern

Ziele:

- a) Paradigmenwechsel hin zu einer Leistungsplanung
- b) Mehrfachvorhaltungen, Fehlversorgung und Gelegenheitseingriffe aufdecken und reduzieren
- c) Leistungen und Standorte vorrangig nach Qualitätsaspekten konzentrieren
- d) Regionale (partielle) Unterversorgung aufdecken und beheben

Umsetzung:

- 1) Derzeitiges Leistungsgeschehen sektorenübergreifend analysieren
- 2) Leistungsbereiche und Qualitätsvorgaben definieren
- 3) Leistungen aktiv steuern (ambulant <-> stationär)
- 4) Standorte für Einschnitte kompensieren

Vielen Dank!

Kontakt:

a.geissler@tu-berlin.de

+49 30 314 21020