Zur Qualität der Versorgung

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH, TU Dresden

Tagung der Forschungsstelle für Sozialrecht und Sozialpolitik der Universität Hamburg
„Revolution im Krankenhaus – Was bringt Lauterbachs Reform?“

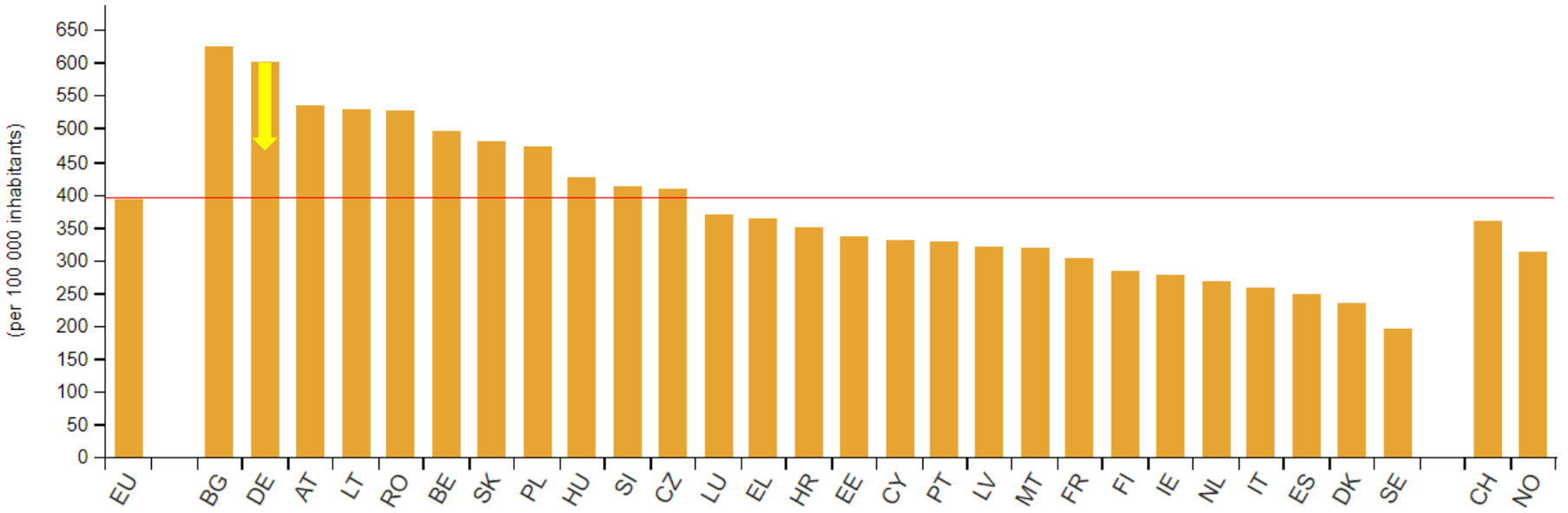
Hamburg, 22.0.2023

Aktuelle Herausforderungen im Gesundheitssystem

- Personalmangel
- Geringe Effizienz
- Sektorengrenzen = Designfehler
  - Betrifft Sektoren: ambulant – stationär – Reha (inklusive Planung)
  - Betrifft im ambulanten Sektor Primär – Sekundär – Tertiärversorgung
  - Betrifft in allen Sektoren berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit
- Unzureichende Steuerung und Netzwerkbildung
- Vergütung primär nach Menge, nicht nach Qualität
- Sehr große regionale Unterschiede mit Mix aus Über- und Unterversorgung (Strukturen und Prozesse)
- Unzureichende Datenverfügbarkeit und Digitalisierung
- Fehlende Evidenz für Interventionen auf Systemebene
- Keine ausreichende Resilienz
- Drohende/Laufende kalte Strukturbereinigung

Anzahl stationärer Betten in Deutschland stark überdurchschnittlich

Curative care beds in hospitals, 2018



EU-27 and Lithuania: estimate. Spain and the Netherlands: provisional.

Germany and North Macedonia: 2017.

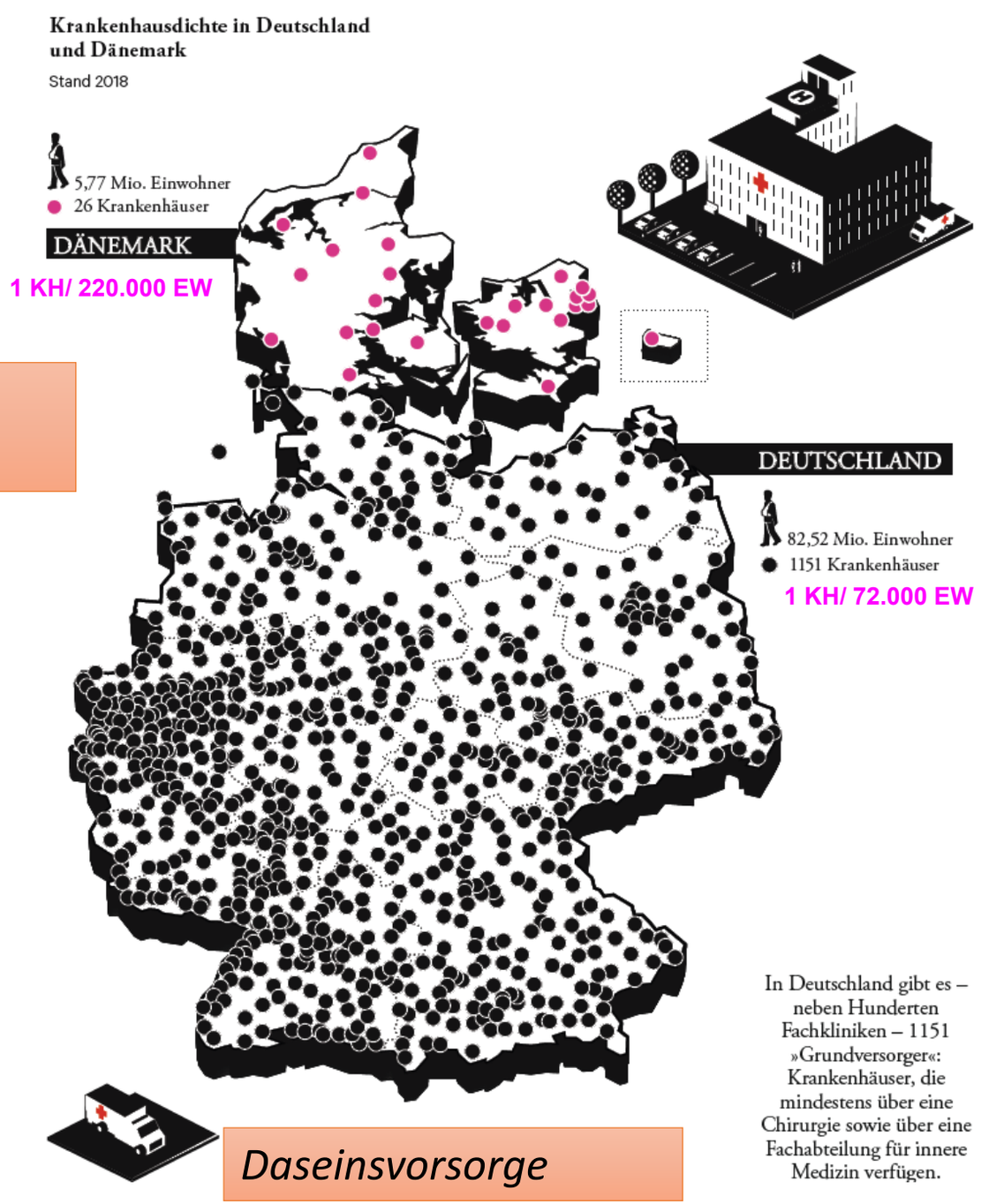
Belgium, Slovenia, Sweden, Norway and Serbia: includes all beds for psychiatric care.

Ireland: other than psychiatric care beds, excludes beds in the private health sector.

Serbia: excludes beds in the private health sector.

Source: Eurostat (online data code: hlth_rs_bds)

Qualität und Wirtschaftlichkeit



Daseinsvorsorge

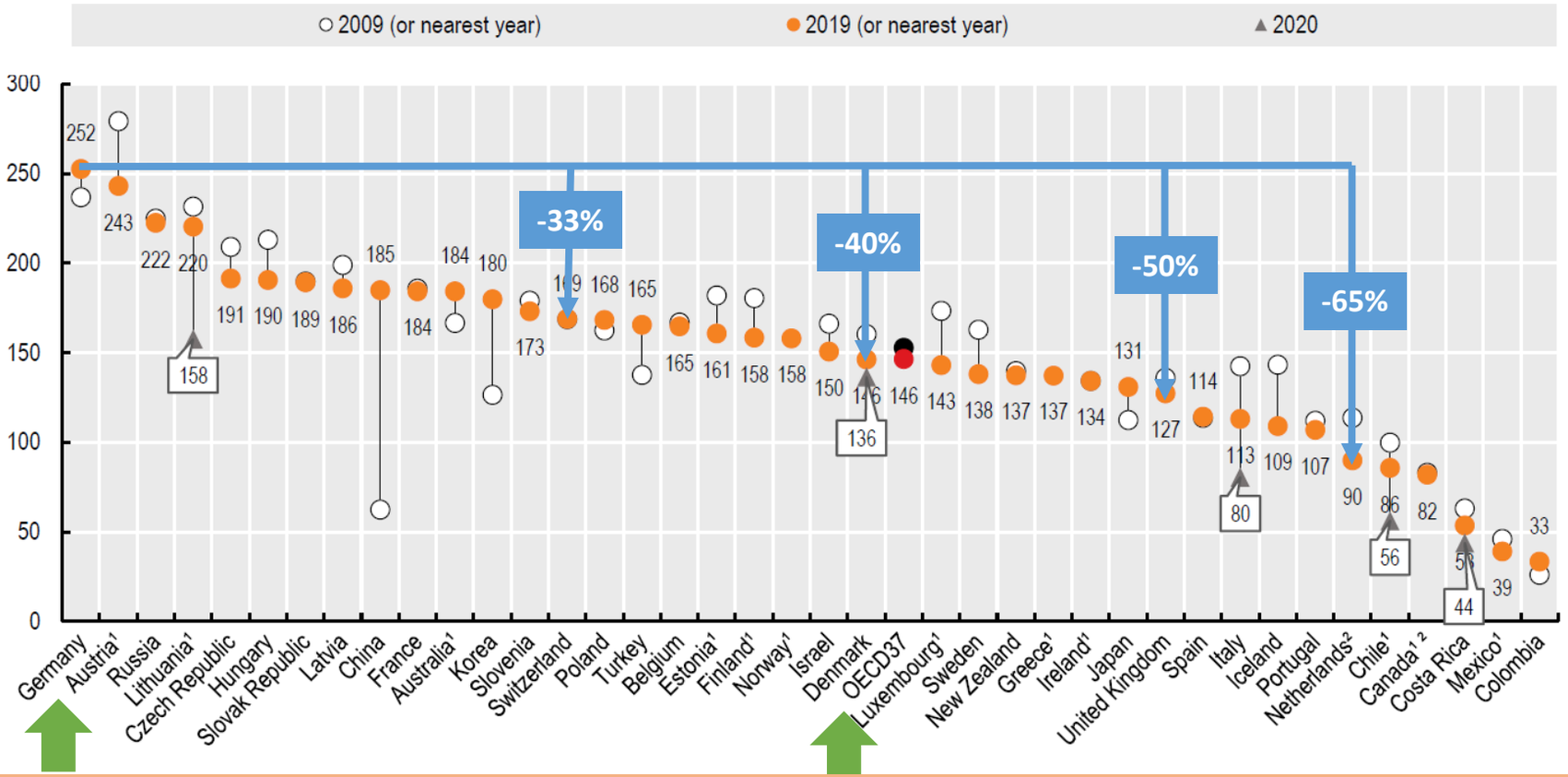
Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse

Status Quo: Finanzierung nach DRG

- Keine Unterscheidung nach Versorgungsstufen
- Daher starke Ausdifferenzierung der Fallpauschalen → Anstieg der DRGs zwischen 2003 und 2018 von 664 auf 1.292
- Gefahr der Überkomplexität und Einzelleistungsvergütung
- Schafft Anreize für Fallzahlerhöhung
- SVR für das Gesundheitswesen 2018: *„Eine **Differenzierung nach Versorgungsstufen** im DRG-System würde sowohl für versorgungsrelevante Kliniken der Grund- und Regelversorgung „Landkrankenhäuser“ als auch für hochspezialisierte Maximalversorger und Universitätskliniken eine angemessenere Betriebskostenfinanzierung ermöglichen und auch eine Rückkehr von einer prozedurenbezogenen zu einer diagnosebezogenen Ausgestaltung der DRGs befördern.“*

Stationäre Fallzahl in Deutschland sehr hoch

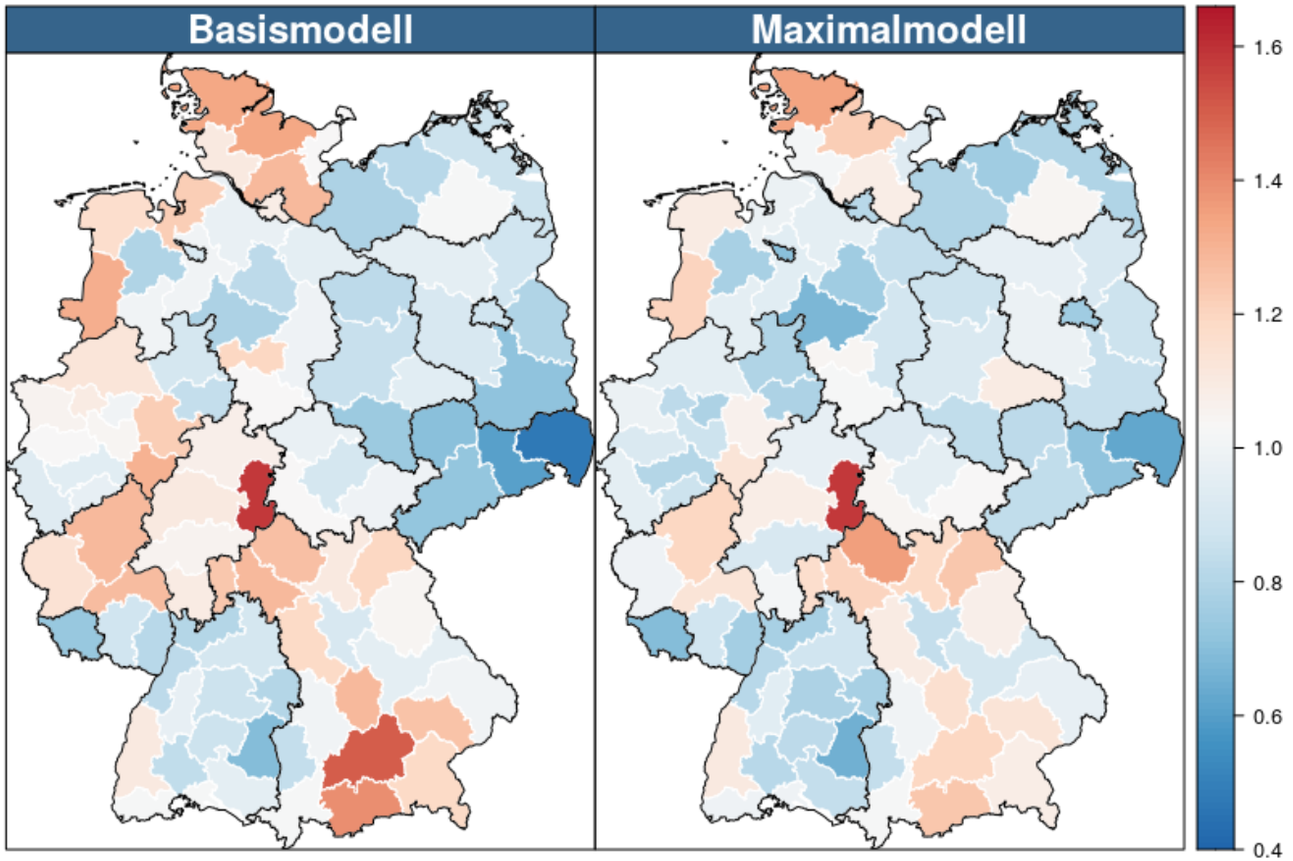
Krankenhausentlassungen je 1.000 Einwohner



Wir leisten uns eines der weltweit teuersten Gesundheitssysteme, sind bzgl. Ergebnisqualität aber allenfalls mittelmäßig

Innovationsfondsprojekt DEWI:

Einflussfaktoren für Wirbelsäulenoperationen; 18,4 Mio AOK Versicherte, 2006-16



Morans I 0,384 0,293

Anmerkungen:

- Referenzregion mit 1 bildet Augsburg
- Basismodell adjustiert für Altersgruppen
- Maximalmodel adjustiert für
  - **Patientenseitige Faktoren** (Soziodemographie, Morbidität, Sozialstatus),
  - **Versorgungsseitige Faktoren** (Bildgebende Diagnostik, medikamentöse und nicht-medikamentöse konservative Therapien, Arztkontakte)

→ Durch die Adjustierung lässt sich die räumliche Heterogenität gemessen am Morans I um ein Viertel senken.

2020: 1.558 allgemeine Krankenhäuser mit 1.730 Standorten

Darmoperationen (OPS 5-45 bis 49)	1207 Kliniken (Spanne 7080 – 2 Fälle)

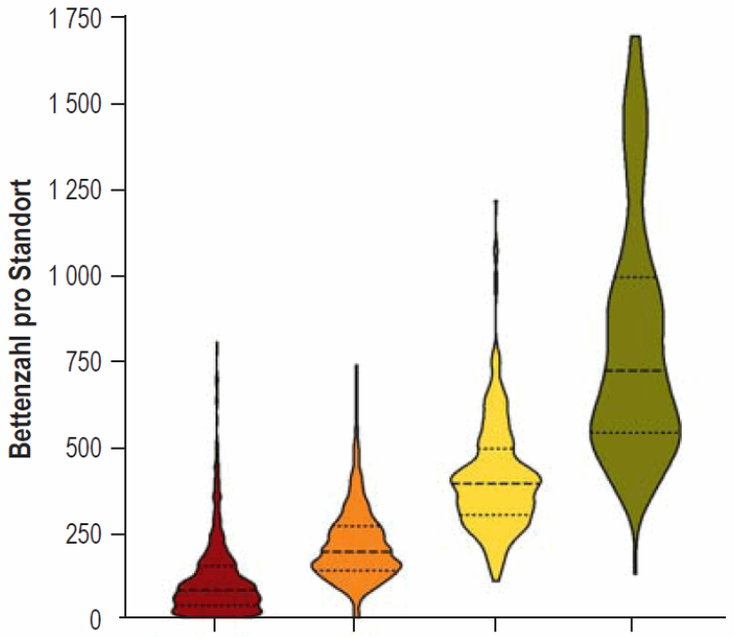
Motto: Jeder darf fast alles machen (und abrechnen).

Appendektomie (OPS 5-470/471)	1052 Kliniken (Spanne 435 – 2 Fälle)
Dickdarmkrebs (ICD C18/D12.2 bis .6)	994 Kliniken (Spanne 1050 – 4 Fälle)
davon zertifiziertes Darmkrebszenrum	295 Kliniken
Kniegelenksimplantation (OPS 5-822)	983 Kliniken (Spanne 1973 – 2 Fälle)
Wirbelsäulenchirurgie (OPS 5-03/5-83)	950 Kliniken (Spanne 21.949 – 2 Fälle)
davon WS-Versteifung (OPS 5-836)	707 Kliniken (Spanne 1049 – 2 Fälle)
Bauchspeicheldrüsenkrebs (ICD C25)	847 Kliniken (Spanne 1308 – 4 Fälle)
davon zertifizierten Pankreaskrebszentrum	133 Kliniken
Brustkrebs (ICD C50/D05)	754 Kliniken (Spanne 1382 – 4 Fälle)
davon Mastektomie (OPS 5-872/874/877)	562 Kliniken (Spanne 499 – 2 Fälle)
davon zertifiziertes Brustkrebszentrum	325 Kliniken

Bereits gewisse Zentralisierung vorhanden

GRAFIK 1

Bettenzahl pro Standort laut Qualitätsbericht



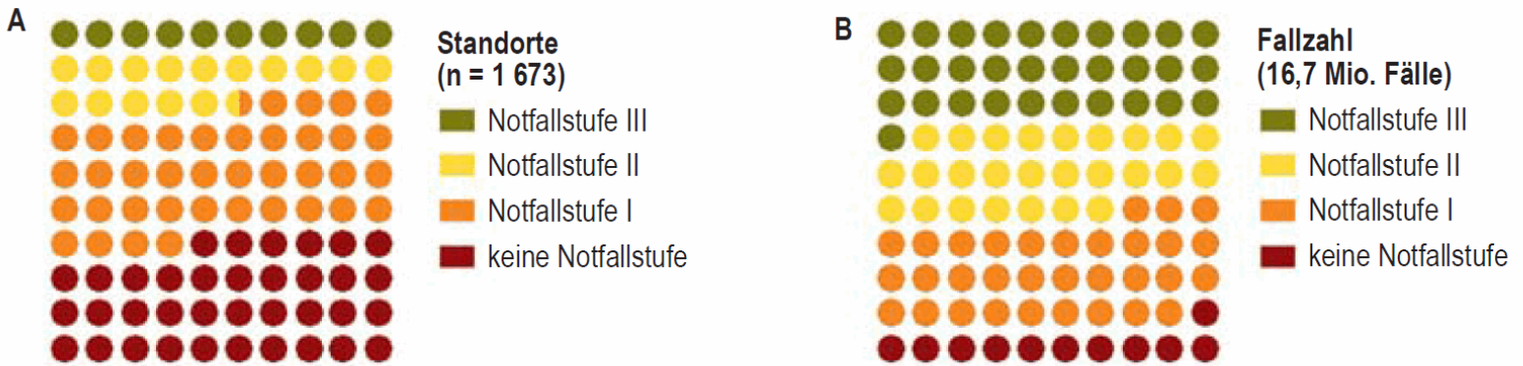
Notfallstufe	keine	I	II	III
Standorte	602	647	260	164
Mittelwert	122	223	416	816
SD	118	111	163	350

Quelle: Eigene Berechnungen

Verteilung der Krankenhausbetten auf die deutschen Krankenhäuser nach Notfallstufen; die Standardabweichung (SD) bezeichnet die Entfernung aller gemessenen Werte vom Durchschnitt.

GRAFIK 3

Vergleich der Anzahl der Standorte und Fallzahlen in Krankenhäusern der Notfallstufe I–III und ohne Notfallstufe



Quelle: Eigene Berechnungen

Krankenhäuser der Notfallstufe 3 versorgen deutlich mehr Patientinnen und Patienten als Krankenhäuser ohne Notfallstufe.

36% KH ohne Notfallstufe versorgen 11% der Fälle
10% KH mit Notfallstufe III versorgen 31% der Fälle

Dtsch Arztebl 2023; 120(12): A-506

Fehlende Konzentration und Steuerung führt zu schlechteren Outcomes

Über 1.000 Krankenhäuser behandeln Patienten mit transmuralem **Herzinfarkt**, davon haben nur 578 einen Linksherzkatheter(1)

Über 1.100 Krankenhäuser behandeln Patienten mit **Hirninfarkt**, davon haben nur 475 eine Stroke Unit(1)

Ca 50% aller **Krebspatienten** werden außerhalb von Krebszentren behandelt(2)

(1) Im Jahr 2019; Eigene Berechnungen (R. Busse) mit DRG-Daten der Forschungsdatenzentren, jeweils für erstbehandelnde Krankenhäuser, d.h. ohne Zuverlegungen
(2) Im Jahre 2019; beim Pankreaskarzinom sogar über 70% außerhalb der 117 Pankreaskrebszentren; Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft, Jahresbericht 202

Regierungskommission

für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Regierungskommission
c/o Bundesministerium
für Gesundheit
Mauerstraße 29, 10117 Berlin
Postanschrift: 11055 Berlin
krankenhauskommission@bmg.bund.de
www.bundesgesundheits-ministerium.de

Öffentliches Fachsymposium

Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch die Krankenhausreform

Ergebnisse einer systematischen Potentialanalyse

Donnerstag, 22. Juni 2023, 13 bis 15 Uhr

Unfallkrankenhaus Berlin

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Potenzialanalyse

Ziel: Gegenüberstellung von Potenzialen der Konzentration der Gesundheitsversorgung auf Basis wissenschaftlicher Evidenz mit dem Einfluss der Konzentration auf die Erreichbarkeit für die Bürgerinnen und Bürger

Methodisches Vorgehen bei Potenzialanalyse

Kriterien für Auswahl der Fallbeispiele:

- Publizierte Evidenz für Qualitätspotenzial in Deutschland
- Relevanz für Definition von Leistungsgruppen
- Relevanz für Bevölkerung
- Zugang zu versorgungsnahen Daten zur Ermittlung der tatsächlichen Versorgungsrealität

→ Fallbeispiele sind: Krebs, Schlaganfall und Endoprothetik (künstlicher Gelenkersatz)

Arbeitsschritte

1. Darstellung der zugrundeliegenden Studienevidenz
2. Darstellung der Versorgungsrealität im Jahr 2021
3. Berechnung des Potenzials der Konzentration der Versorgung auf Kliniken mit hoher Strukturqualität
4. Auswirkungen der Konzentration der Versorgung auf Kliniken mit entsprechender Strukturqualität auf die Erreichbarkeit für die Bürgerinnen und Bürgern

Fallbeispiel Krebs

Krebserkrankungen

- sind häufig und haben lange Verläufe
- sind die zweithäufigste Todesursache in Deutschland
- benötigen **IMMER** eine langfristige Zusammenarbeit von mehreren medizinischen Fachdisziplinen und weiteren Berufsgruppen, sektorenübergreifend
- haben eine sehr dynamische Entwicklung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten
- haben kostenintensive diagnostische und therapeutische Möglichkeiten

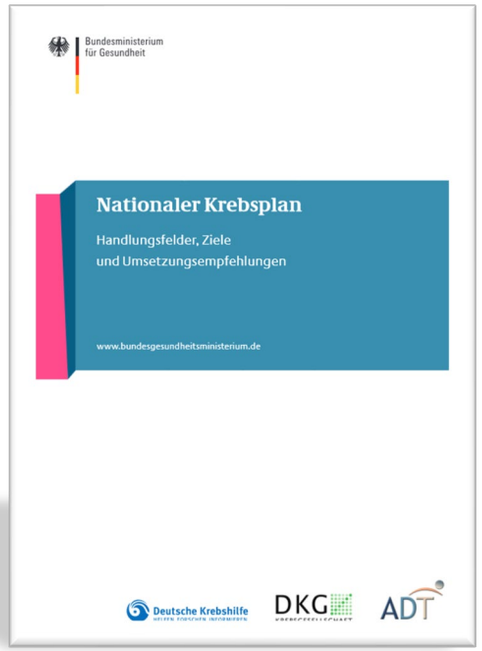
=> Wir brauchen Konzepte, die eine hohe Qualität der Behandlung ermöglichen und gleichzeitig die Komplexizität der Erkrankung und ihrer Versorgung berücksichtigen

Und aus diesen Gründen:

DKG KREBSGESELLSCHAFT
Zertifiziertes Brustkrebszentrum

2003

Zertifizierung von Brustkrebszentren



2008

Nationaler Krebsplan*

3- Stufen-Modell der onkologischen Versorgung in Zentren*

*https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan.html

Was müssen die Zentren für die Zertifizierung erfüllen?

DKG KREBSGESELLSCHAFT

Erhebungsbogen für Darmkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

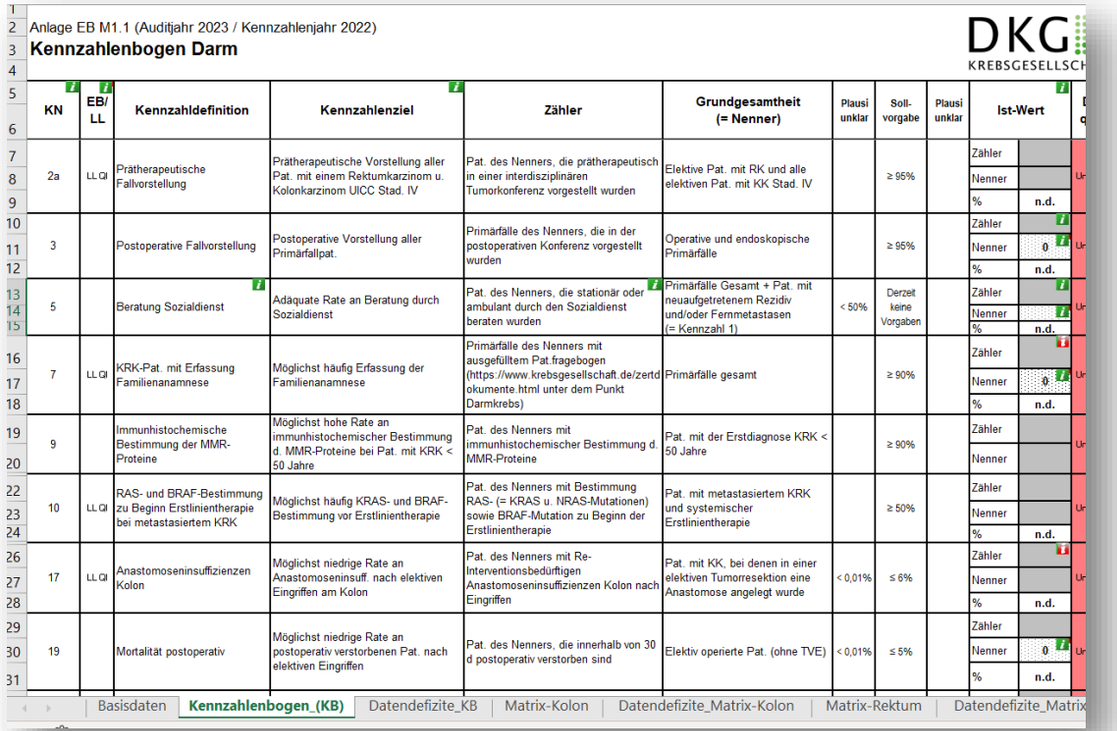
Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Darmkrebszentren der DKG

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. J. Mayerle, Prof. Dr. C. Reißfelder

Mitglieder (in alphabetischer Reihenfolge):
Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)
Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Onkologie (ACO)
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft DKG-zertifizierter Darmkrebszentren e.V. (ADDZ)
Arbeitsgemeinschaft erblicher Tumorerkrankungen (AET)
Arbeitsgemeinschaft für Onkologische Pharmazie (OPH)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation u. Sozialmedizin (AGORS)
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO)
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)
Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschland (BNG)
Berufsverband Oecotrophologie e.V./ Verband der Diätassistenten (VDOE/VDD)
Bundesverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP)
Bundesverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Bundesverband Gastroenterologie Deutschland (BVGD)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
Deutsche Gesellschaft der plastischen, rekonstruktiven und ästhetischen Chirurgen (DGPRAC)
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)
Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie e.V. (DGK)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche ILCO
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Verbundprojekt Familiärer Darmkrebs
Vertreter S3-Leitlinie Analkarzinom
Vertreter S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom

Eingearbeitet wurde:
- S3-Leitlinie „Diagnose und Therapie des Kolorektalen Karzinoms"
- S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Analkanal- und Analrandkarzinomen"

eb_dz-M1_221202 © DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. M1; 31.08.2022) Seite 1 von 42



Anlage EB M1.1 (Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022)

Kennzahlenbogen Darm

DKG KREBSGESELLSCH

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll-vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	
2a	LL QI	Prätherapeutische Fallvorstellung	Prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit einem Rektumkarzinom u. Kolonkarzinom UICC Stad. IV	Pat. des Nenners, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Elektive Pat. mit RK und alle elektiven Pat. mit KK Stad. IV		≥ 95%		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.
3		Postoperative Fallvorstellung	Postoperative Vorstellung aller Primärfallpat.	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	Operative und endoskopische Primärfälle		≥ 95%		Zähler	
									Nenner	0
									%	n.d.
5		Beratung Sozialdienst	Adäquate Rate an Beratung durch Sozialdienst	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	Primärfälle Gesamt + Pat. mit neuaufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	< 50%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.
7	LL QI	KRK-Pat. mit Erfassung Familienanamnese	Möglichst häufig Erfassung der Familienanamnese	Primärfälle des Nenners mit ausgefülltem Pat.fragebogen (https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html unter dem Punkt Darmkrebs)	Primärfälle gesamt		≥ 90%		Zähler	
									Nenner	0
									%	n.d.
9		Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	Möglichst hohe Rate an immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine bei Pat. mit KRK < 50 Jahre	Pat. des Nenners mit immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine	Pat. mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre		≥ 90%		Zähler	
									Nenner	
10	LL QI	RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK	Möglichst häufig KRAS- und BRAF-Bestimmung vor Erstlinientherapie	Pat. des Nenners mit Bestimmung RAS- (= KRAS u. NRAS-Mutationen) sowie BRAF-Mutation zu Beginn der Erstlinientherapie	Pat. mit metastasiertem KRK und systemischer Erstlinientherapie		≥ 50%		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.
17	LL QI	Anastomoseninsuffizienzen Kolon	Möglichst niedrige Rate an Anastomoseninsuff. nach elektiven Eingriffen am Kolon	Pat. des Nenners mit Re-Interventionsbedürftigen Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach Eingriffen	Pat. mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	< 0,01%	≤ 6%		Zähler	
									Nenner	
									%	n.d.
19		Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Pat. nach elektiven Eingriffen	Pat. des Nenners, die innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	Elektiv operierte Pat. (ohne TVE)	< 0,01%	≤ 5%		Zähler	
									Nenner	0
									%	n.d.

Basisdaten | Kennzahlenbogen_(KB) | Datendefizite_KB | Matrix-Kolon | Datendefizite_Matrix-Kolon | Matrix-Rektum | Datendefizite_Matrix

Anforderungen an:
- die Qualifikation/Expertise der Behandelnden
- die Strukturen/Prozesse innerhalb des Netzwerks
- die Art/Qualität der Behandlung

Qualitätsindikatoren/Kennzahlen
für/aus:
- Evidenzbasierte Leitlinien
- Expertise der Behandelnden
- Zusammenarbeit im Netzwerk

https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Erhebungs-und-Kennzahlenboegen/eb_dz-

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Fallbeispiel Krebs: 1. Zugrundeliegende Studienevidenz

Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen) -

Prof. Dr. J. Schmitt[1], Dr. O. Schoffer[1], Prof. Dr. M. Klinkhammer-Schalke[2,3]
C. Bobeth[1], Dr. M. Roessler[1], Dr. V. Bierbaum[1], Dr. M. Gerken[2], K. Kleihues van Tol[3], P. Dröge[4], C. Günster[4]

UniversitätsCentrum Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung

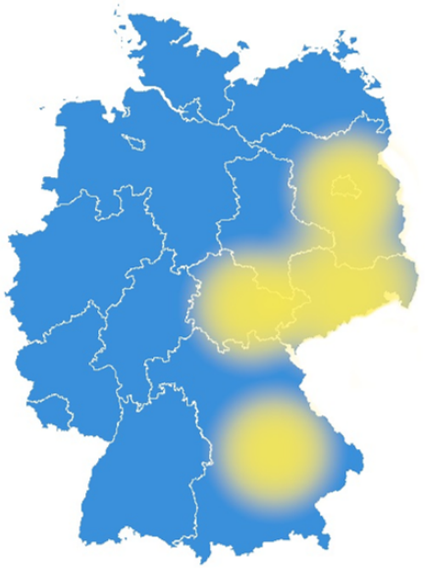
ADT Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren

Tumorzentrum Regensburg
Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

Datengrundlage

- AOK-Routinedaten (≥ 20 Mio. Versicherte ab 18 J.)
- Daten regionaler klinischer Krebsregister Erfurt, Dresden, Regensburg, Berlin/Brandenburg (KKR)
- Gelinkte Daten AOK und KKR



- Ergänzt durch Daten der DKG zur Zertifizierung
- Ergänzt durch Daten strukturierter Qualitätsberichte nach §137 SGB

DKG KREBSGESELLSCHAFT

Gemeinsamer Bundesausschuss

- Daten über 9 Jahre: 2009-2017

Gefördert durch

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Förderkennzeichen:
01VSF17020

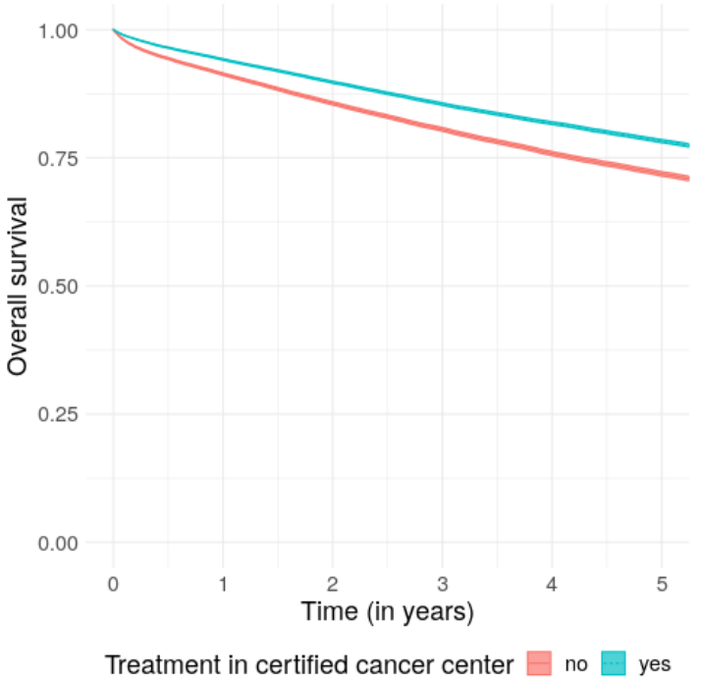
Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Fallbeispiel Krebs: 1. Zugrundeliegende Studienevidenz

Fragestellung der WiZen-Studie: Patientenoutcome bei Erstbehandlung von Krebs in einem zertifizierten Zentrum verglichen mit Erstbehandlung in einem nicht zertifizierten Krankenhaus

→ Kohortenstudien zu 11 Krebsarten
→ Hauptzielgröße: Überlebenszeit
→ Berücksichtigung von patientenseitigen Risikofaktoren und Strukturmerkmalen der Kliniken in Analyse
→ Survivalanalysen

Beispiel Brustkrebs

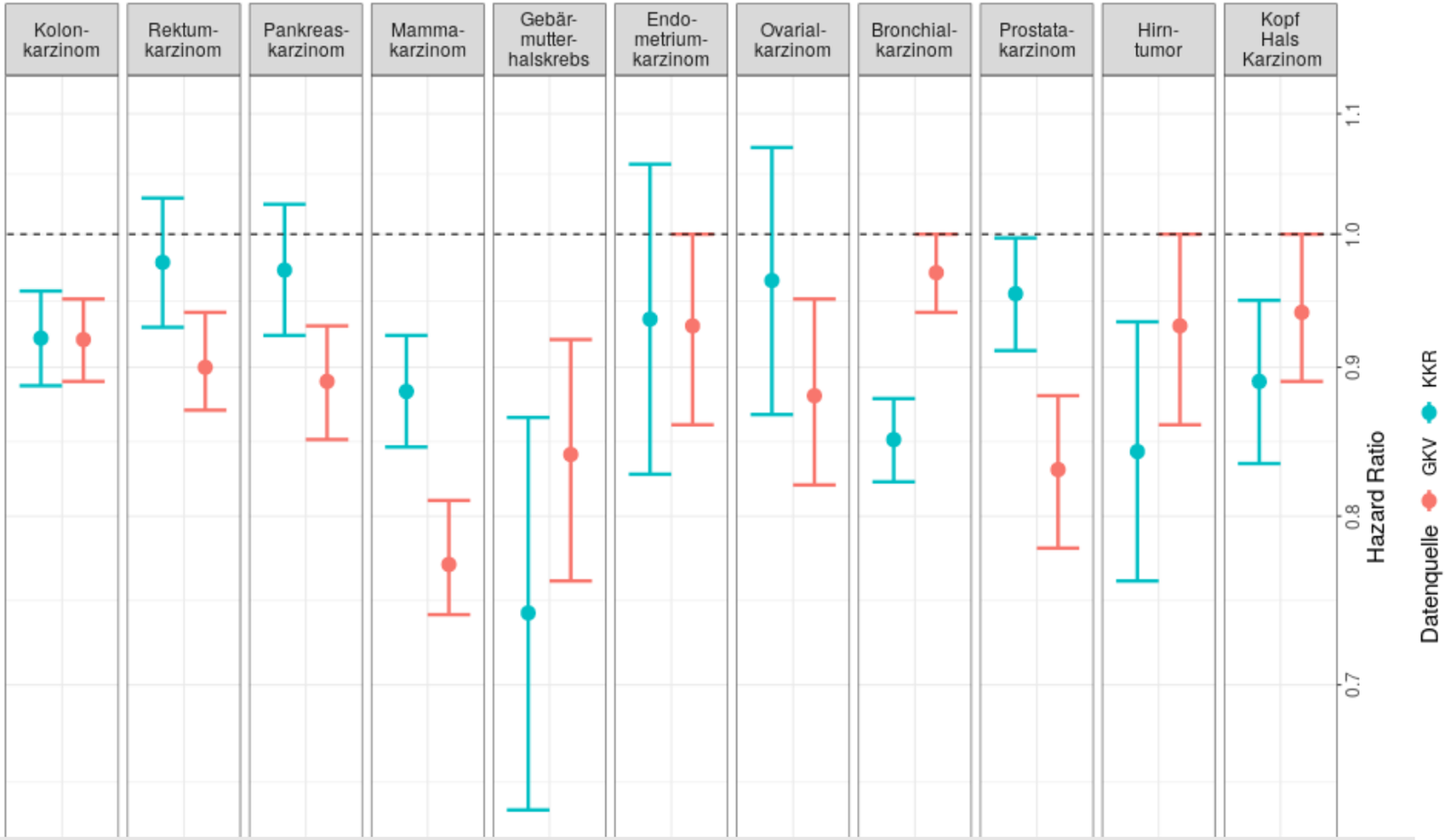


Confounder	HR	CI
Zertifikat (ref: nein)		
ja	0.77***	(0.74,0.81)
Alter (ref: 18-59)		
60-79	1.80***	(1.74,1.87)
80+	4.55***	(4.37,4.74)
Geschlecht (ref: W)		
M	1.34***	(1.23,1.46)
Betten (ref: 1-299)		
300-499	1.00	(0.95,1.06)
500-999	0.99	(0.93,1.05)
1000+	0.93	(0.84,1.02)

+ weitere Confounder Fernmetastasen, onkologische Zweiterkrankung und Begleiterkrankungen (Elixhauser-Gruppen), Krankenhauseigenschaften („Lehrkrankenhaus“)

Fallbeispiel Krebs: 1. Zugrundeliegende Studienevidenz

WiZen-Ergebnisse bei unterschiedlichen Krebsarten einheitlich und robust



Die Überlebensvorteile von in DKG-zertifizierten Zentren behandelten Patientinnen und Patienten betrugen in den GKV-Daten zwischen 23% und 3%

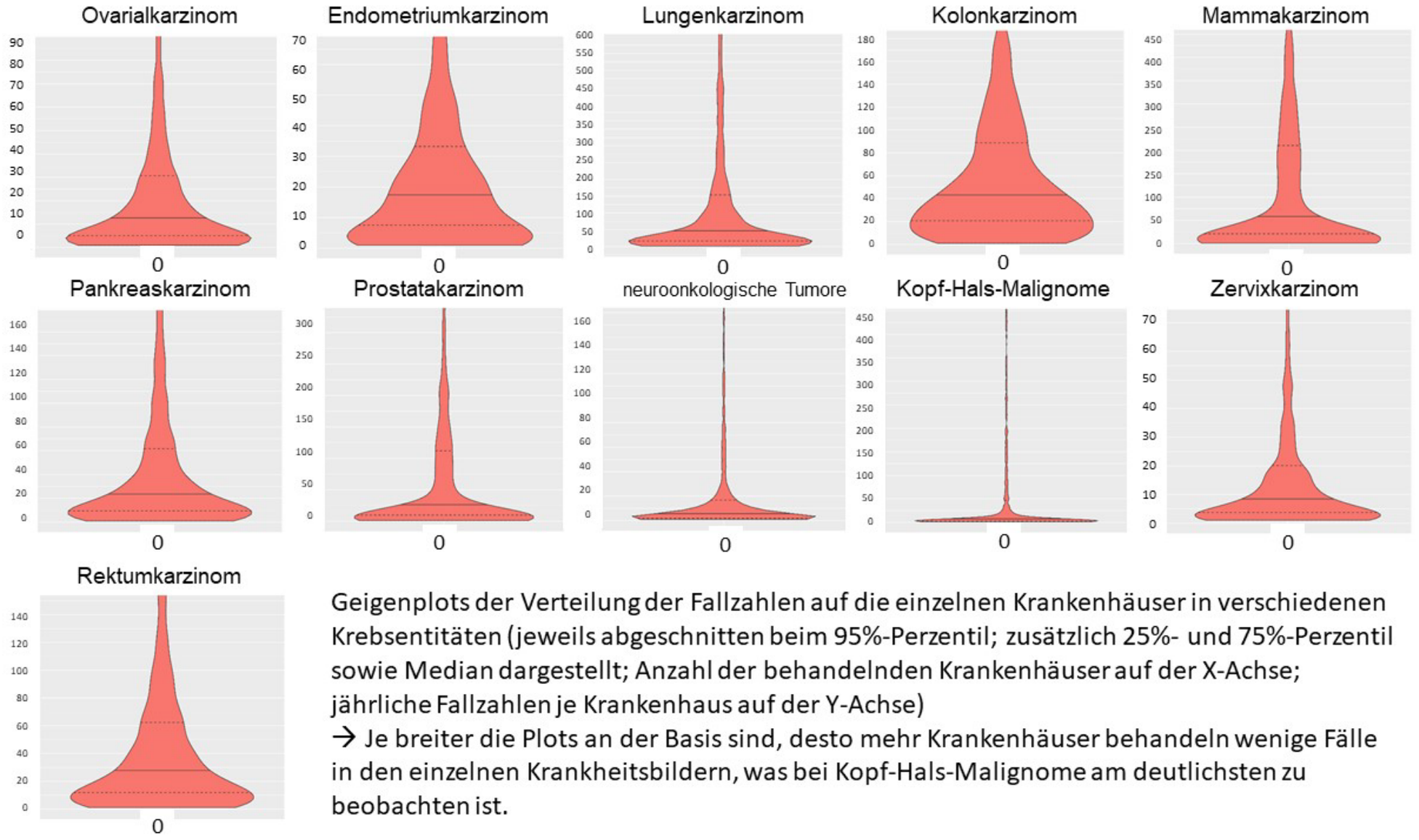
Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Fallbeispiel Krebs: 2. Versorgungsrealität 2021

Krebsart	Relativer Vorteil im Gesamt-überleben bei Erstbehandlung in zertifiziertem Zentrum (%)	Inzidenz	Anzahl zertifizierte Standorte Deutschland	Anzahl an der Versorgung beteiligter Klinikstandorte insgesamt	Anteil Erstbehandlungen in zertifizierten Zentren 2021#&
	GKV-Daten, WiZen	RKI-Daten (GKV-Daten bei Hirntm)	DKG-Daten	GKV-Daten	DKG-Daten
Kolonkarzinom	8 %	39.939	**295**	**1.280**	**42 %**
Rektumkarzinom	10 %	17.895	**295**	**1.229**	**50 %**
Pankreaskarzinom	11 %	19.685	**125**	**1.223**	**35 %**
Mammakarzinom	23 %	78.135	**263**	**1.238**	**84 %**
Zervixkarzinom	16 %	4.575	**168**	**804**	**62 %**
Endometriumkarzinom	7 %	11.266	**168**	**924**	**47 %**
Ovarialkarzinom	12 %	7.319	**168**	**1.084**	**61 %**
Lungenkarzinom	3 %	59.151	**79**	**1.306**	**39 %**
Prostatakarzinom	17 %	27.619	**131**	**1.188**	**81%**
Hirntumore	8 %	14.721	**49**	**1.145**	**73 %**
Kopf-Hals Tumore	6 %	18.628	**65**	**1.027**	**54 %**

→ Gelegenheitsversorgung findet zum Nachteil von Patient:innen bei allen untersuchten Krebsarten statt
→ Relative Konzentration der Erstbehandlung in zertifizierten Krankenhäusern bei Brustkrebs, Prostatakrebs, Hirntumoren

Fallbeispiel Krebs: 2. Darstellung der Versorgungsrealität 2021

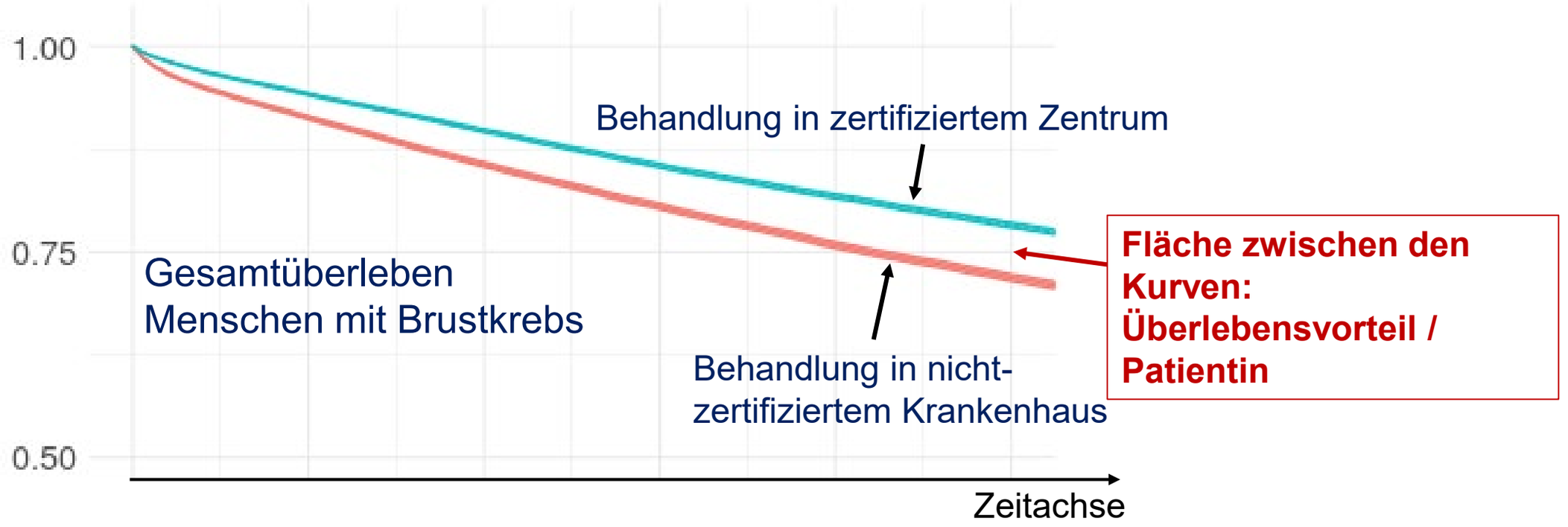


Geigenplots der Verteilung der Fallzahlen auf die einzelnen Krankenhäuser in verschiedenen Krebsentitäten (jeweils abgeschnitten beim 95%-Perzentil; zusätzlich 25%- und 75%-Perzentil sowie Median dargestellt; Anzahl der behandelnden Krankenhäuser auf der X-Achse; jährliche Fallzahlen je Krankenhaus auf der Y-Achse)

→ Je breiter die Plots an der Basis sind, desto mehr Krankenhäuser behandeln wenige Fälle in den einzelnen Krankheitsbildern, was bei Kopf-Hals-Malignome am deutlichsten zu beobachten ist.

Fallbeispiel Krebs: 3. Berechnung des Potenzials der Konzentration der Erstbehandlung von Krebs in zertifizierten Zentren

Das Potenzial wird anhand geretteter Lebensjahre (YLL) bei Erstbehandlung aller Erkrankter mit den untersuchten Krebsarten in zertifizierten Kliniken berechnet.



Das Potenzial geretteter Lebensjahre (YLL) entspricht der Differenz der Fläche unter den adjustierten Überlebensfunktionen. Es konnten aufgrund der Beobachtungszeit in der WiZen-Studie nur die ersten acht Jahre nach Erstbehandlung betrachtet werden → wahres Potenzial wird somit *unter*schätzt.

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Fallbeispiel Krebs: 3. Berechnung des Potenzials der Konzentration der Erstbehandlung von Krebs in zertifizierten Zentren

Gesamtes Qualitätspotenzial für alle Krebsarten:

20.404 Lebensjahre / Jahr

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Fallbeispiel Krebs: 4. Auswirkungen auf Erreichbarkeit

Beispielhafte Analyse für

- Brustkrebs: Häufig, bereits relative Konzentration, Effekt stark
- Kolonkarzinom: Häufig, keine Konzentration, relativ viele zertifizierte Zentren
- Prostatakarzinom: Häufig, bereits relative Konzentration, weniger zertifizierte Zentren
- Hirntumore Seltener, bereits relative Konzentration, 49 zertifizierte Zentren

→ Berechnung der Erreichbarkeit des vom Wohnort nächstgelegenen DKG-zertifizierten Zentrums bezogen auf Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Krebsart	Mediane Erreichbarkeit (Minuten)	Anteil der Bevölkerung in Erreichbarkeitskategorie				
		≤ 10 Minuten	11 bis 20 Minuten	21 bis 30 Minuten	31 bis 40 Minuten	>40 Minuten
Kolonkarzinom	16,4	29,1%	30,3%	18,5%	11,2%	11,0%
Mammakarzinom	17,5	25,2%	31,6%	19,5%	12,1%	11,6%
Prostatakarzinom	22,3	18,4%	26,8%	19,5%	14,9%	20,5%
Hirntumore	32,0	9,5%	21,0%	16,9%	13,1%	39,4%

Bevölkerungsbezogene Fahrzeiten zu DKG-zertifizierten Krebszentren

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

Fallbeispiel Krebs: Zusammenfassung

- Konzentration der Erstbehandlung auf zertifizierte Krankenhausstandorte birgt ein sehr hohes Potenzial für die Verbesserung der Prognose und des Behandlungsergebnisses für Menschen mit Krebs

- Innerhalb eines Jahres könnten durch die Krankenhausreform über 20.000 Lebensjahre gerettet werden

- Schätzung ist konservativ und es besteht wissenschaftliche Evidenz für weiteren Patientennutzen, zum Beispiel:
  - Prostatakarzinom: seltener Inkontinenz, weniger unvollständige (R1) Operationen
  - Darmkrebs: weniger Anastomoseninsuffizienzen und 5-Jahres Rezidive
  - Kopf-Hals Tumore: kürzere Intensivbehandlung, weniger Bluttransfusionen
  - Entitätsübergreifend: längeres Rezidiv-freies Überleben

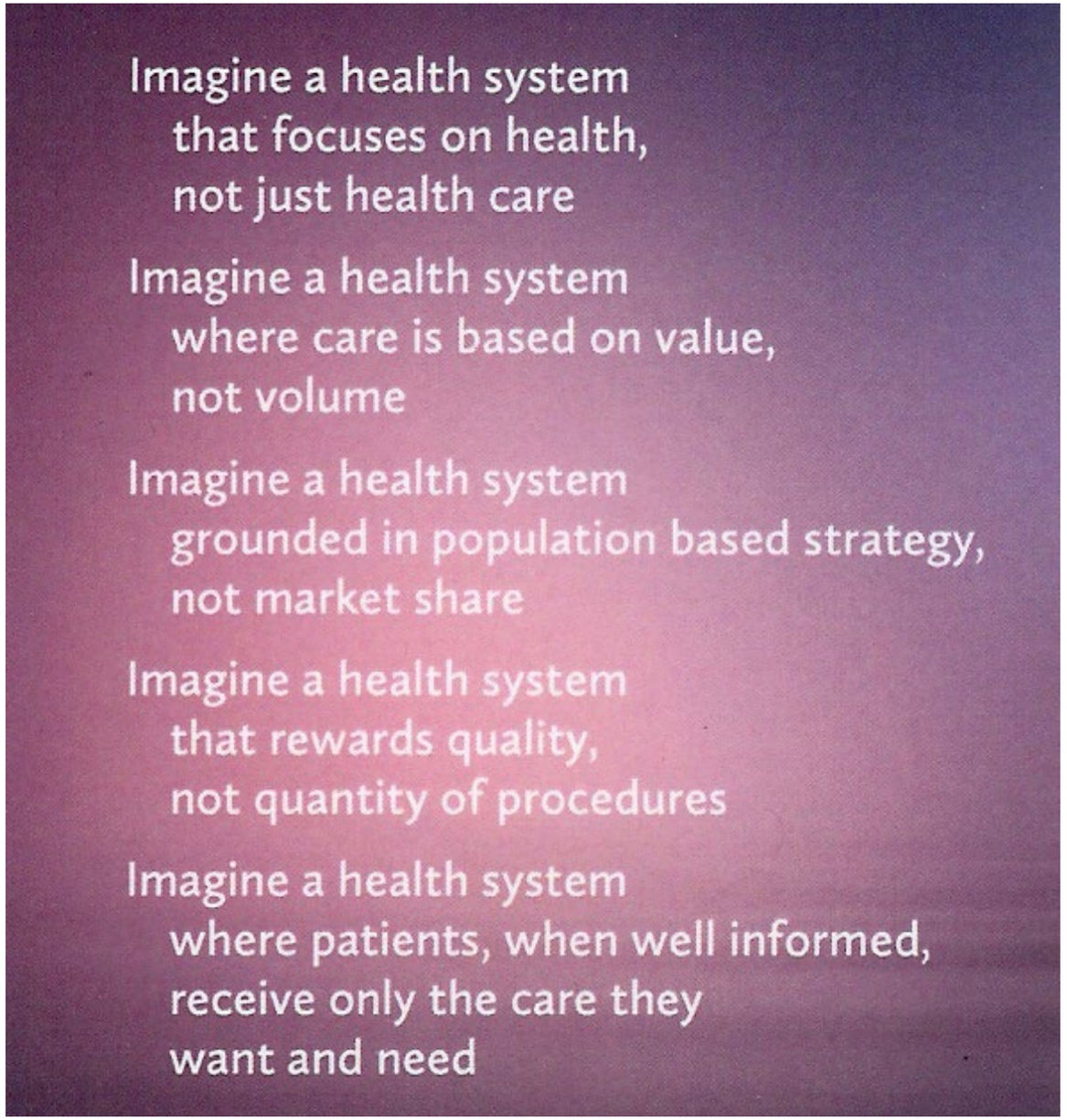
Fallbeispiel Krebs: Zusammenfassung

- Erreichbarkeit von zertifizierten Krankenhausstandorten für die Bevölkerung ist sehr gut

- Strukturvoraussetzungen für Leistungsgruppen, die für die Erstbehandlung von Menschen mit Krebs zugelassen werden, sollten sich möglichst eng an den Zertifizierungskriterien der DKG orientieren.

- Nach Erstbehandlung in zertifiziertem Zentrum ist wohnortnahe ambulante und stationäre Mitbehandlung in Abstimmung mit dem Tumorboard durch kooperierende Praxen und Kliniken möglich und gewünscht → Förderung von Netzwerkbildung

Imagine …



Prof. J. Weinstein,
© Dartmouth-Hitschcock, 2013

Value-based Healthcare

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective

DECEMBER 23, 2010

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

In any field, improving performance and accountability depends on having a shared goal that unites the interests and activities of all stakeholders. In health care, however, stakeholders have myriad, often conflicting goals, including access to services, profitability, high quality, cost con-

Value — neither an abstract ideal nor a code word for cost reduction — should define the value is a central challenge. Nor is value measured by the process of care used; process measurement and improvement are important tactics but are no substitutes for measuring outcomes and costs.

Since value is defined as outcomes relative to costs, it encom-

Gemeinsame Ziele
Sektorenübergreifende Steuerung
Datentransparenz
Gemeinsame (Budget)-Verantwortung

Corona-Pandemie machte zumindest teilweise Umsetzung von Value-based healthcare unausweichlich

März 2020:

- In mehreren europäischen Ländern: regional verheerende **Überlastung** der medizinischen Versorgung
- **Verunsicherung** der Politik, Bevölkerung und vieler Leistungserbringer

→ Beherrschung der Pandemie erfordert **regionale Abstimmung**

1. in der Patienten- und **Versorgungssteuerung** und
2. in der Personal-, Ressourcen- und **Versorgungsplanung**
3. Zwischen **ÖGD und GKV-System**

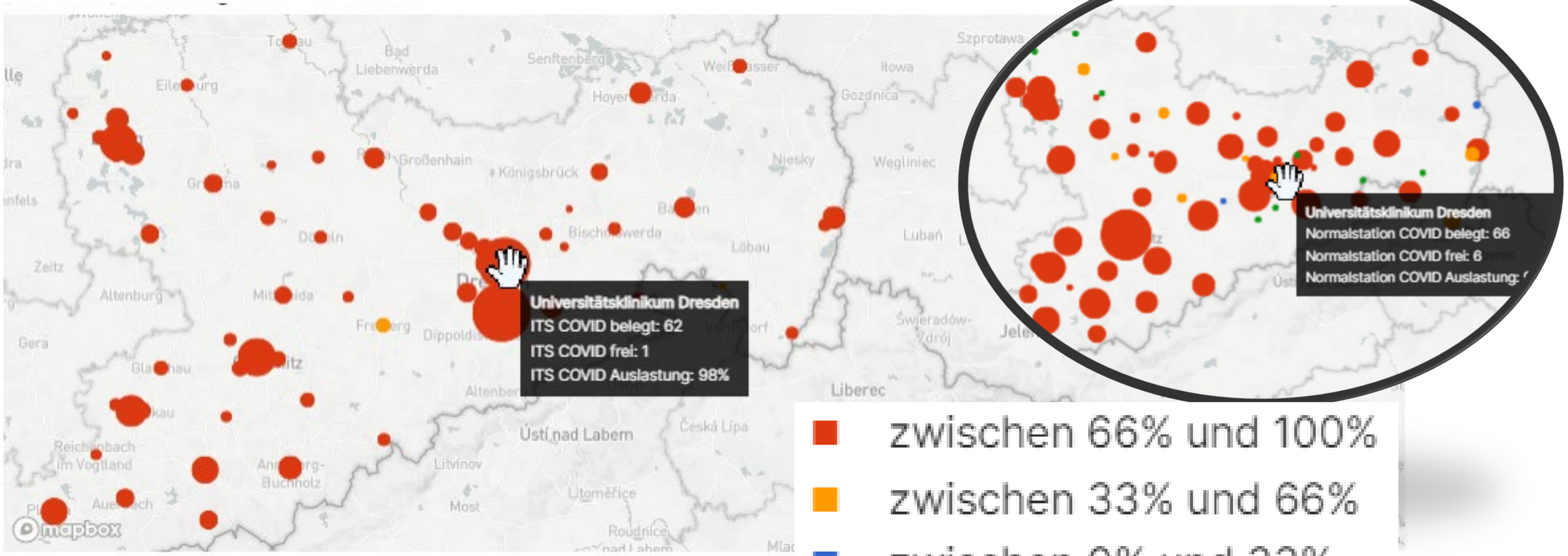
Das sächsische Vorgehen (im März 2020 !)

- Einrichtung von drei **Leitstellen zur Steuerung** für drei sächsische Versorgungscluster
- Schaffung einer Datentransparenz und eines Datenflusses (inkl. ÖGD)
- Prognostische Modellierung der notwendigen betreibbaren Betten (DISPENSE)

DISPENSE

Beispiel: 3. Dezember 2021

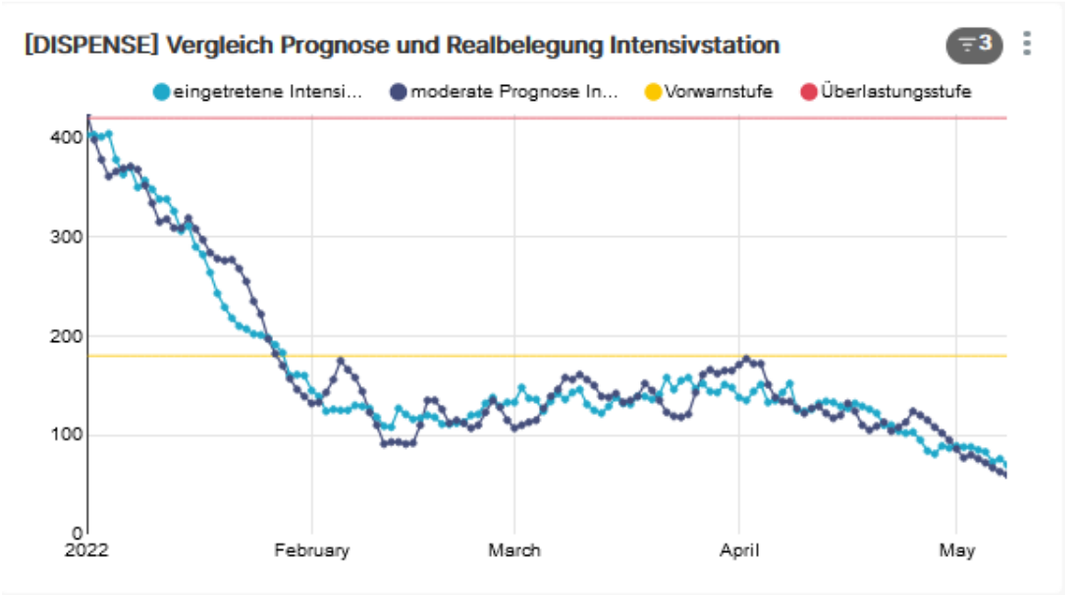
COVID-19 Auslastung Intensivstation je Haus

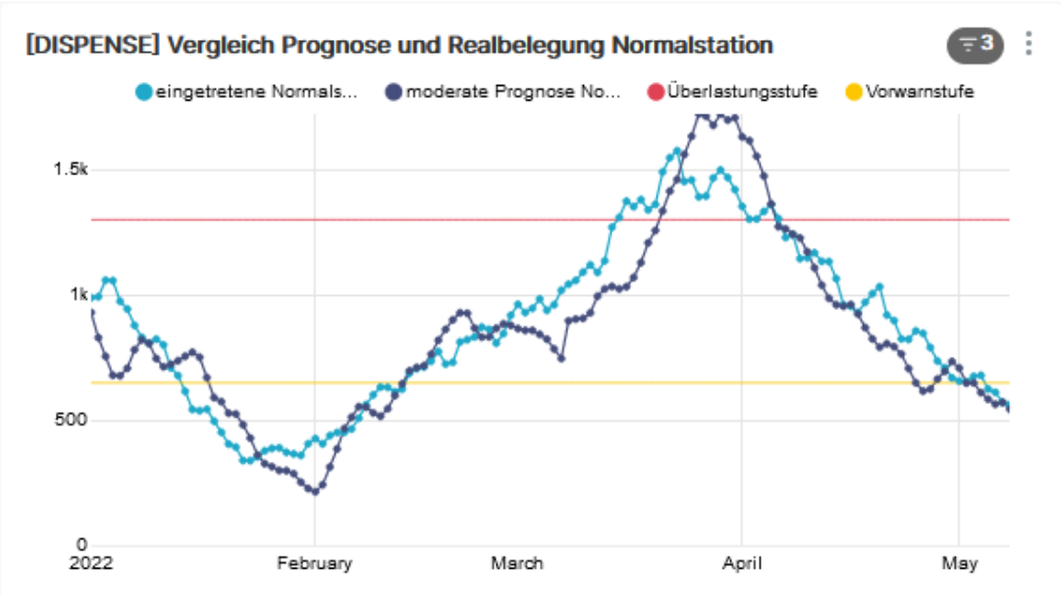


COVID-19 Auslastung Normalstation je Haus

DISPENSE

- Prognosen erweisen sich als valide und Leitstellen und Kliniken vertrauen auf Prognosen und planen auf dieser Basis
- Disposition von ca. 10.000 Patient:innen zwischen März 2020 und März 2021 durch die Leitstelle Ostsachsen





[DISPENSE] Prognose Intensivstation (mittlerer relativer Fehler und Standard Abweichung über ausgewählte Zeitpunkte)

cluster	Mittlerer Fehler (vorzeichenbehaftet)	mit Standardabweichung (mit VZ)	Mittlerer Fehler (ohne Vorzeichen)	mit Standardabweichung (ohne VZ)
Sachsen	1.5%	14.2%	11.2%	8.7%

[DISPENSE] Prognose Normalstation (mittlerer relativer Fehler und Standard Abweichung über ausgewählte Zeitpunkte)

cluster	Mittlerer Fehler (vorzeichenbehaftet)	mit Standardabweichung (mit VZ)	Mittlerer Fehler (ohne Vorzeichen)	mit Standardabweichung (ohne VZ)
Sachsen	-3.4%	17.4%	14.0%	10.7%

- Coronavirus in Sachsen
- Infektionsfälle in Sachsen
- Faktencheck zum Coronavirus
- Amtliche Bekanntmachungen
  - FAQ – Häufige Fragen zu den Bekanntmachungen
  - Leichte Sprache
  - Gebärdensprache
  - Archiv der abgelaufenen amtlichen Bekanntmachungen

Amtliche Bekanntmachungen

Schnelleinstieg: Übersicht der aktuellen Bekanntmachungen des Freistaates Sachsen

Corona-Schutz-Verordnung

Bekanntmachung	Gültigkeit
NEU: Sächsische Corona-Schutz-Verordnung vom 21. September 2021 Download der Verordnung | Nähere Informationen | Bußgeldkatalog | Leichte Sprache Regelungsübersicht Einrichtungen und Angebote | Regelungsübersicht Großveranstaltungen	23.09.2021 bis 20.10.2021

Value-based Healthcare

Breite Unterstützung durch Haupt-Akteure (Positionspapiere 2021)

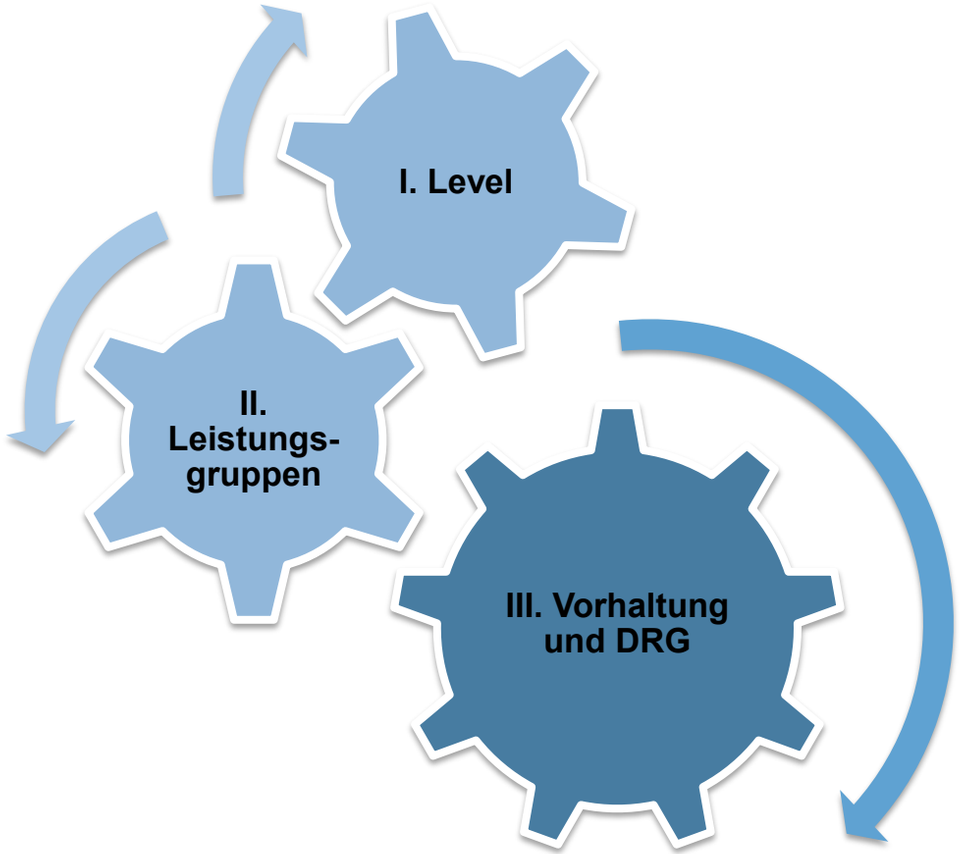
BKK Dachverband | Verband der Universitätsklinika Deutschlands | vdek Die Ersatzkassen [1]

Diakoneo | Helios | bezirkskliniken mittelfranken | AOK Bundesverband [2]

AOK Nordost [3] | WR Wissenschaftsrat [4] | KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung [5]

- Sektorübergreifende Planung und Koordinierung der Versorgung unter Aufsicht der Länder
- Etablierung regionaler Versorgungsnetze
- Bedarfsgerechte Abstimmung stationärer Leistungen
- Stärkung und Ausweitung der ambulanten Versorgung
- Sektorübergreifende Finanzierung mit passgenauen Vergütungsvarianten
- Digitalisierung und Vernetzung von Expertise (ePA, Telemedizin)

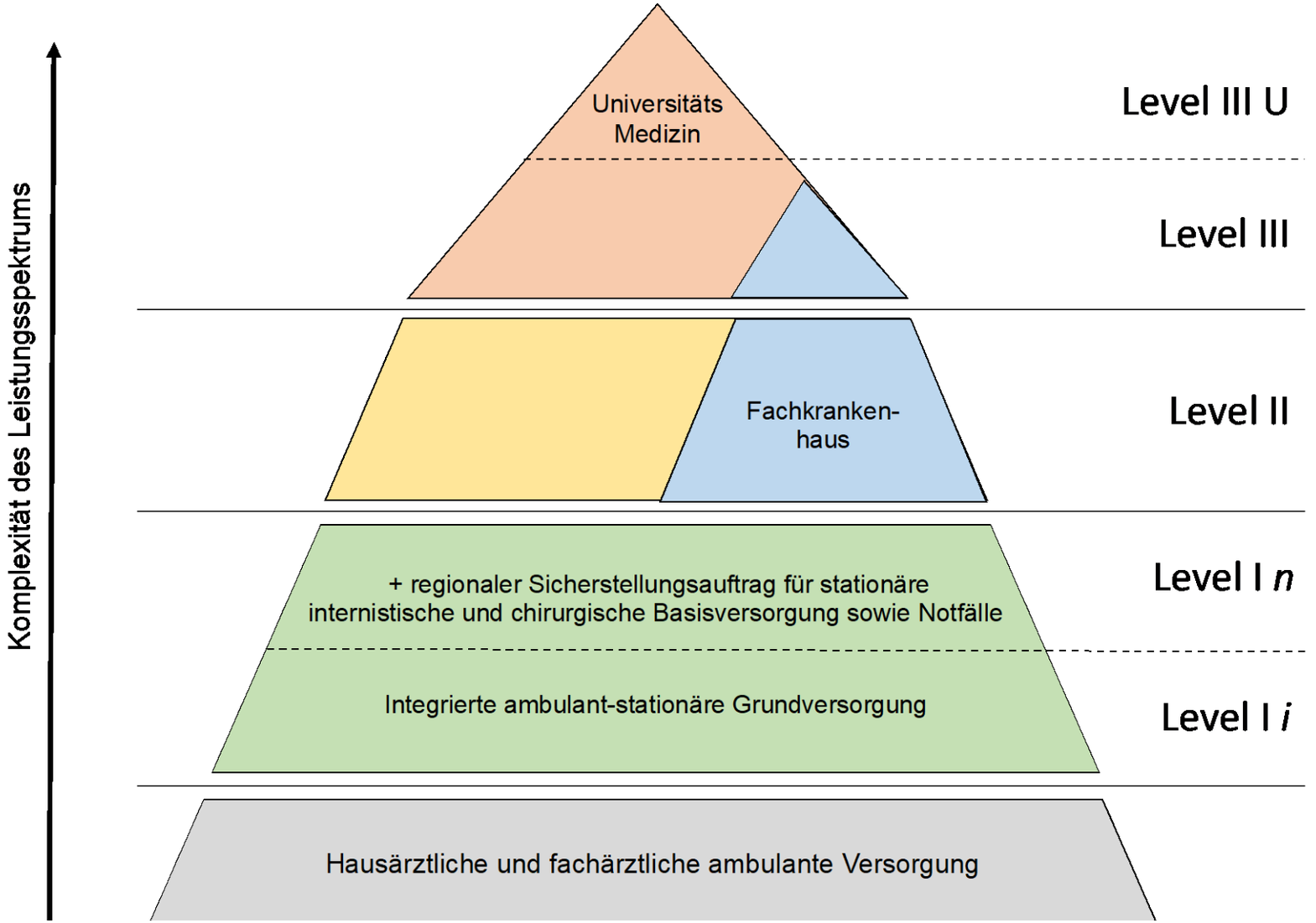
[1] Zukunft der Krankenhausversorgung – Neue Impulse für eine zielgerichtete Weiterentwicklung, ***BKK Dachverband, Verband der Universitätsklinika Deutschlands, vdek Die Ersatzkassen****, 2021*
[2] Veränderung ermöglichen – Gesundheitsversorgung regional und patientenorientiert weiterentwickeln: Forderungen zum notwendigen Strukturwandel im Gesundheitssystem / Leitplanken zur Entwicklung einer sektorenunabhängigen Versorgung, ***Diakoneo, Helios, Bezirkskliniken Mittelfranken, AOK Bundesverband***
[3] Gesundheitsversorgung der Zukunft, 202110 Vorschläge für eine regionale Versorgung, ***AOK Nordost****, 2021*
[4] Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem, ***Wissenschaftsrat****, 2021*
[5] Versorgung gemeinsam gestalten #GesundheitBrauchtPraxis, ***Kassenärztliche Bundesvereinigung****, 2021*



Grundprinzipien des Reformvorschlags

- *Strukturqualität* im Vordergrund stehend (Level und Leistungsgruppen)
- Jeder *Leistungsgruppe* wird ein *Versorgungslevel* zugeordnet (Wesentliche Vorarbeiten: G-BA mit Notfallstufen Level I-III)
- Interdisziplinarität und Steuerung durch Kombination bestimmter notwendiger Leistungsgruppen für *Level*
- *Leistungsgruppen* mit dezidierter Definition des Leistungsspektrums *lösen Fachabteilungen ab*.
- Für jede Leistungsgruppe ein *Vorhalteanteil* in der Vergütung festgelegt → Vergütung soll aus einer Vorhalte- und einer Mengenkomponente bestehen.
- *Level 1i: integrierte ambulant-stationäre Grundversorgung* (ohne Notfallstufe)
- Konvergenzphase

Die Einführung von Krankenhausleveln

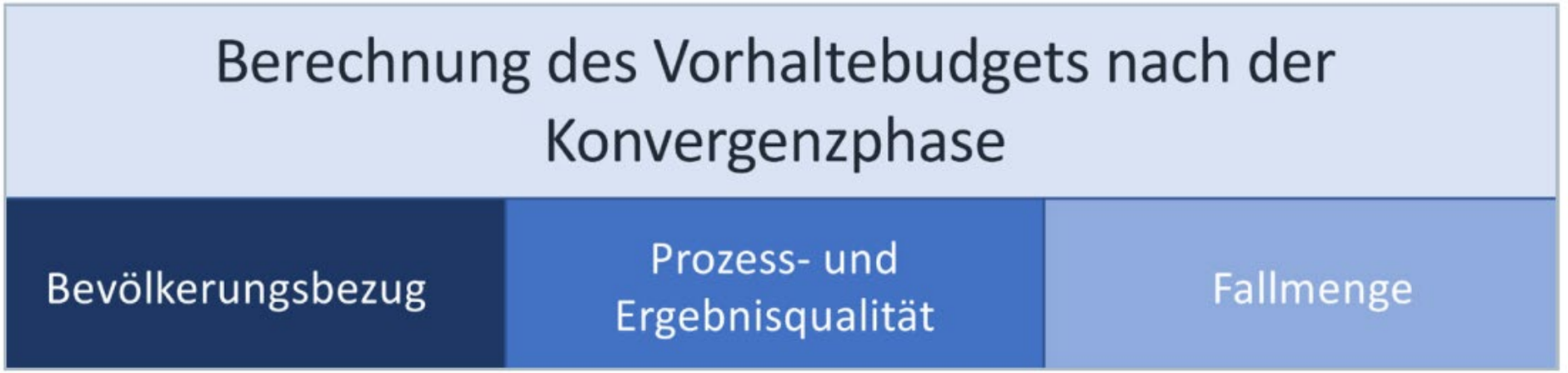


Empfehlungen zur Steigerung der Qualität und Patientensicherheit aus 3. Stellungnahme der Regierungskommission

- Strukturqualität: Berücksichtigung in Kriterien für Leistungsgruppen und Level

→ Keine Leistungserbringung ohne erforderliche Strukturqualität

(Qualitativ unzureichende Versorgung = Fehlversorgung!)



Empfehlungen zur Steigerung der Qualität und Patientensicherheit aus 3. Stellungnahme der Regierungskommission

- Zusätzlich zu krankenhausbezogenen Qualitätsauswertungen auf Patientenebene sollte eine umfassende *Transparenz des Versorgungsgeschehens auf regionaler Ebene* geschaffen werden.
- *Sektorengleich zu gestaltende datengestützte Qualitätssicherung* umsetzen mit Rückriff auf versorgungsnahe Daten, um Dokumentationsaufwände zu minimieren
- Ergänzend: *patientenberichtete Erfahrungen (PREMs) und gesundheitliche Ergebnisse (PROMs)* abbilden
- Basis von Prozessindikatoren bilden *S3-Leitlinien* der Fachgesellschaften.
- Indikatoren und Zielwerte der Ergebnisqualität sollten sich an *bundesweit konsentierten und transparent kommunizierten Qualitätszielen* orientieren, die je nach regionalen Gegebenheiten durch die Länder weiter spezifiziert werden können.
- Der Zielerreichungsgrad sollte auf Leistungserbringerebene und auf regionaler Ebene transparent kommuniziert werden.

Revolutionärster Teil: Level I*i*-Kliniken mit sektorübergreifender Planung

Level I*i* kann auch als regionales Gesundheitszentrum mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten geplant werden, jedoch zwingend mit Akutpflegebetten ohne Fachabteilungszuordnung.

Mit der Schaffung von Kliniken des Level I*i* wachsen der stationäre und ambulante Sektor **inhaltlich** zunehmend zusammen.

Daher ist insbesondere für die Angebote dieser Kliniken eine Harmonisierung der stationären und ambulanten Planungsinstrumente, insbesondere der Planungsebenen, anzustreben.

Weitere zu adressierende Lösungskomponenten*

- Sektorenübergreifende Planung
- Sektorenunabhängige Versorgung
- Personalschonende Versorgung durch Ambulantisierungsquoten (Top 30 Kurzlieger Diagnosen alle im AOP-Katalog enthalten → Potenzial 5 Mio Fälle/Jahr) → ambulante OP-Zentren an Level 1i Kliniken)
- Niederschwellige Versorgungsangebote insb. für ältere Menschen in Level 1i Kliniken (steuert auch echte Notfälle in INZs)
- Telemedizinische Vernetzung → regionale kooperative Leistungserbringung
- Investitionen in digitale Infrastruktur
- Möglichkeiten Delegation / Substitution erweitern
- Versorgungstransparenz / Versorgungsmonitoring
- Experimentierklauseln / Modellparagraphen
- Wissenschaftliche Begleitung → „lernendes Gesundheitssystem“

*Persönliche Einschätzung des Referenten

Diskussion und Fazit

- Bundesweite Gesundheitsreform ist überfällig
- Hohe Einigkeit aller Akteure im Vorfeld → Jetzt muss auch echte Reform kommen

- Ausgangssituation ist in einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich
- Konsolidierung hat in ostdeutschen BL in 1990er Jahren stattgefunden
  →Sektorenunabgängige, regional adaptive Gestaltungsmöglichkeiten

- Ziel: Gestufte Versorgung mit wohnortnaher Basisversorgung und bedarfsgerechtem Zugang zu hoch spezialisierter Versorgung
- Dazu notwendig Steuerung und Netzwerkbildung mit „partnerschaftlicher Zentralisierung“

- Digitalisierung und Versorgungstransparenz sind wesentliche Schlüssel