



Qualitätssicherung für die Zukunft der Pädiatrie

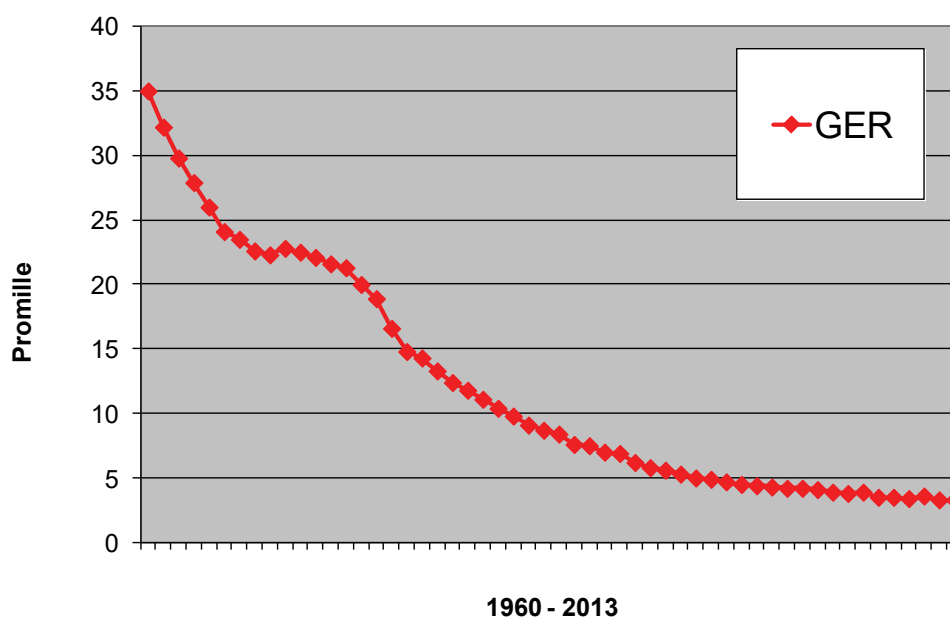
Versorgungsstrukturen und Ergebnisqualität perinataler Versorgung in Europa

R. Rossi
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Berlin-Neukölln

111. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Kinder- und Jugendmedizin

München, 4. September 2015

Entwicklung der Säuglingssterblichkeit



OECD health data 10.8.2015; Daten bis 2013

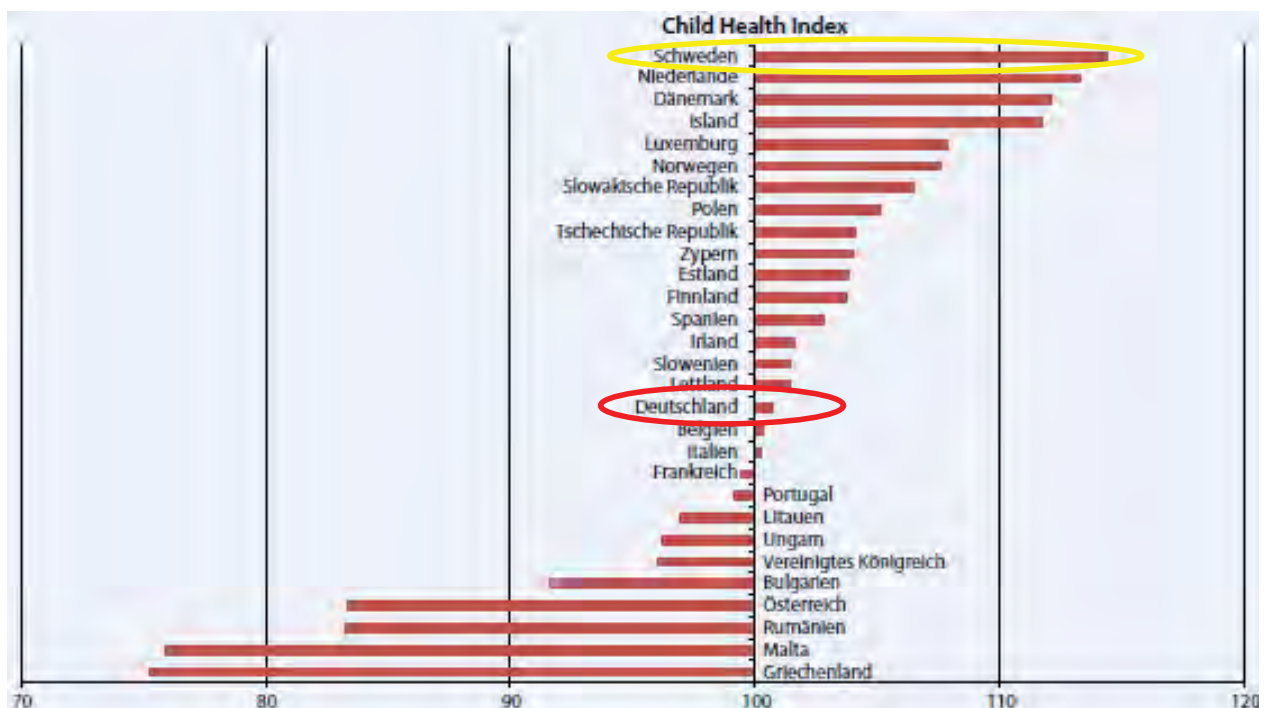
Mittelmaß für Kinder

Der **UNICEF**-Bericht zur Lage der **Kinder** in Deutschland

Herausgegeben von Prof. Dr. Hans Bertram

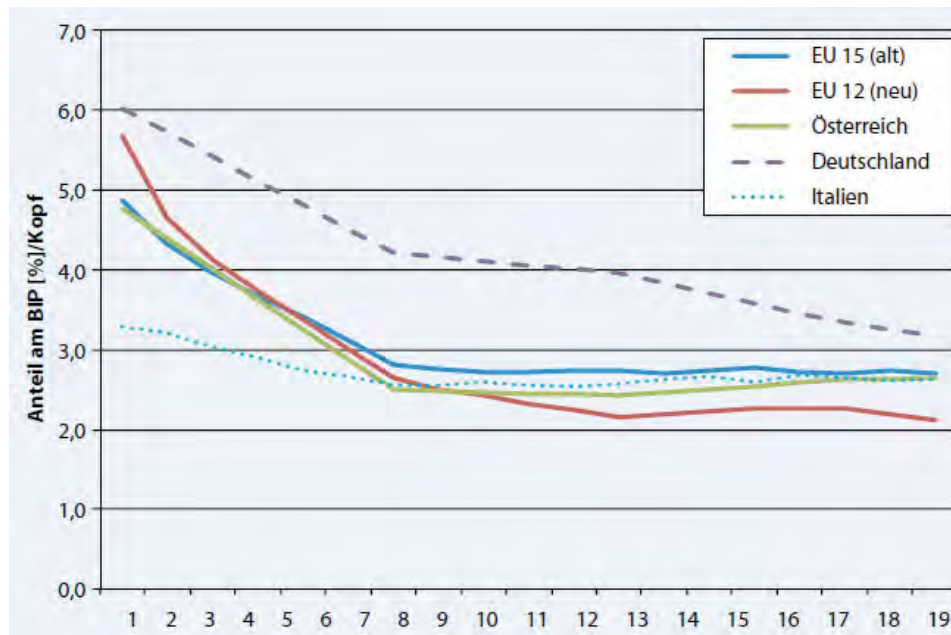
Deutsches Komitee für Unicef, 2008

Child Well-being Index



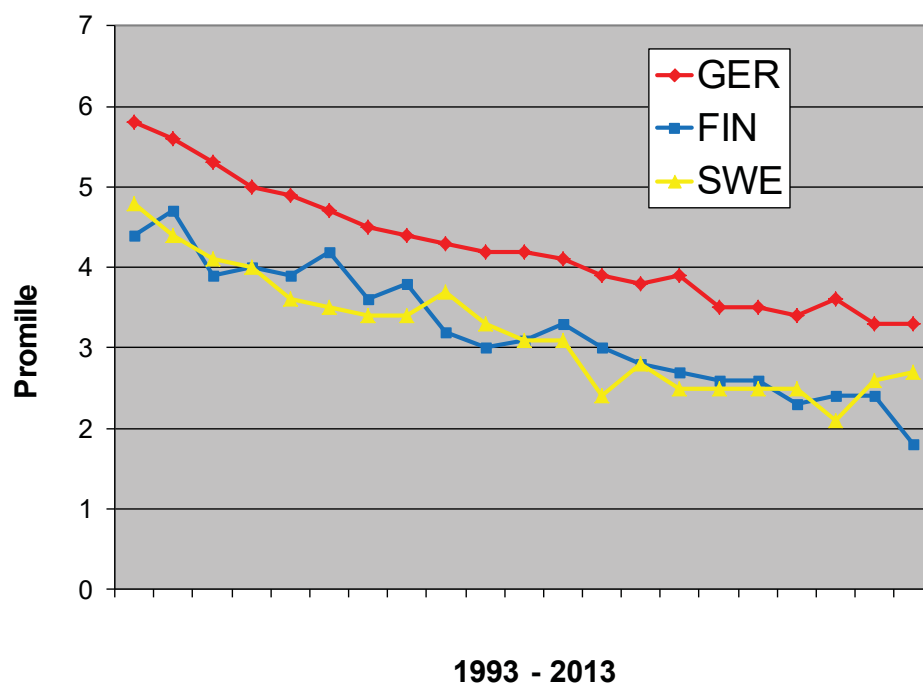
Bradshaw und Richardson, Child Indic Res 2009;2:319-351

Gesundheitsausgaben im Kindesalter



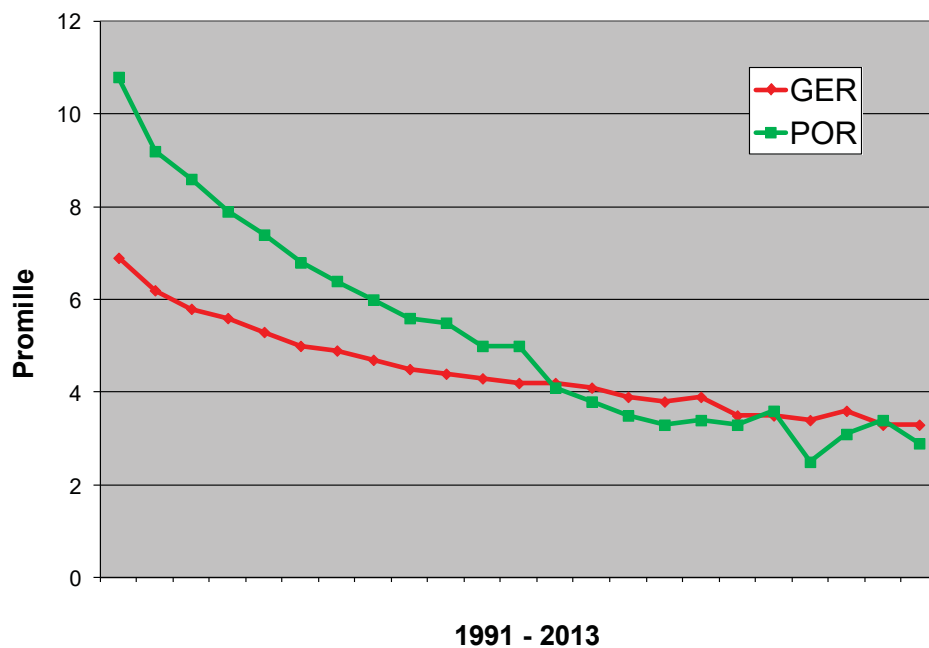
Röhrling et al., Monatsschr Kinderheilkd 2010;158:338-347
EU-Daten aus 2009

Entwicklung der Säuglingssterblichkeit



OECD health data 10.8.2015; Daten bis 2013)

Entwicklung der Säuglingssterblichkeit



OECD health data 10.8.2015; Daten bis 2013

Kindersterblichkeit (pro 1.000 Lebendgeborene)

WHO, Global Disease Burden Project

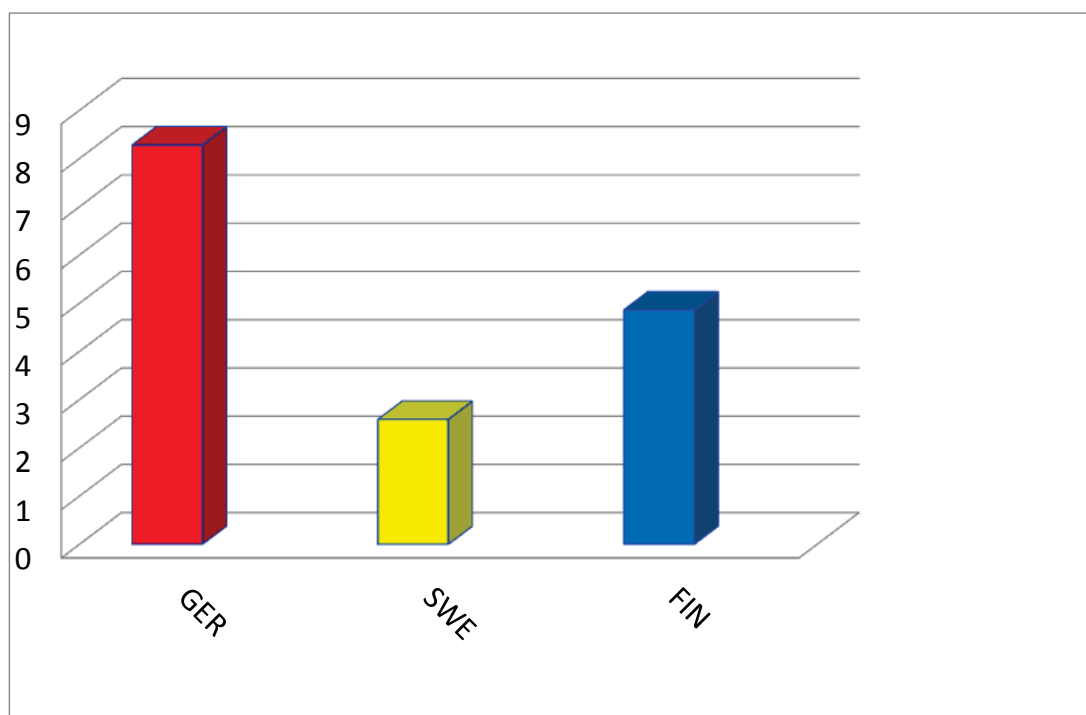
Land	0 – 6 Tage	7 – 28 Tage	29 – 365 Tage	1 – 4 Jahre	< 5 Jahre
GER	1,6	0,5	1,0	0,6	3,6
SWE	1,2	0,3	0,7	0,5	2,7
FIN	1,3	0,4	0,7	0,6	3,0

Haidong Wang et al., Lancet 2014;384:1005-1070

Fazit 1

- Der Unterschied in der Säuglingssterblichkeit zu Schweden und Finnland von etwa 1 ‰ bedeutet bei 700.000 NG p.a. 600 – 800 verstorbene Säuglinge
- Allein die Unterschiede in der Neugeborenensterblichkeit machen ca. 400 - 600 Kinder p.a. aus
- In Portugal wurde angesichts in den 90er Jahren hoher Säuglingssterblichkeit
 - die Zahl der geburtshilflichen Einrichtungen drastisch (auf ¼!) durch Schließung von Kliniken mit weniger als 1.500 Geburten p.a. reduziert
 - und den Neonatologien regionale und teilweise auch begrenzte Versorgungsaufträge zugewiesen

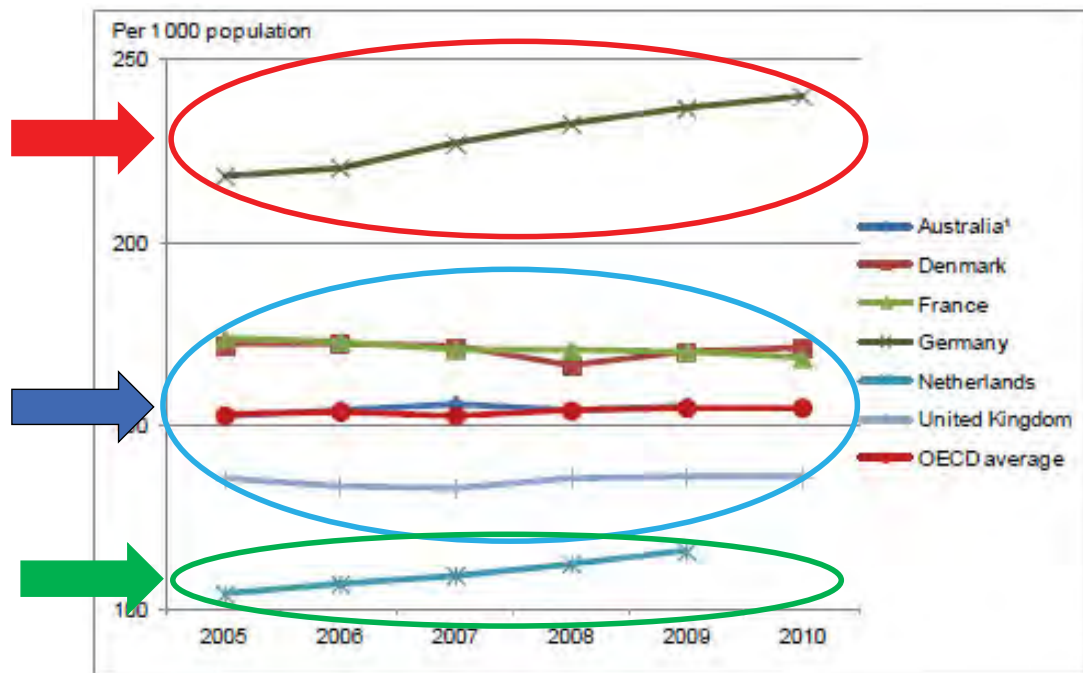
Krankenhausbetten/1.000 Einwohner



OECD health data, 10.8.2015; 2013 oder letztes verfügbares Jahr

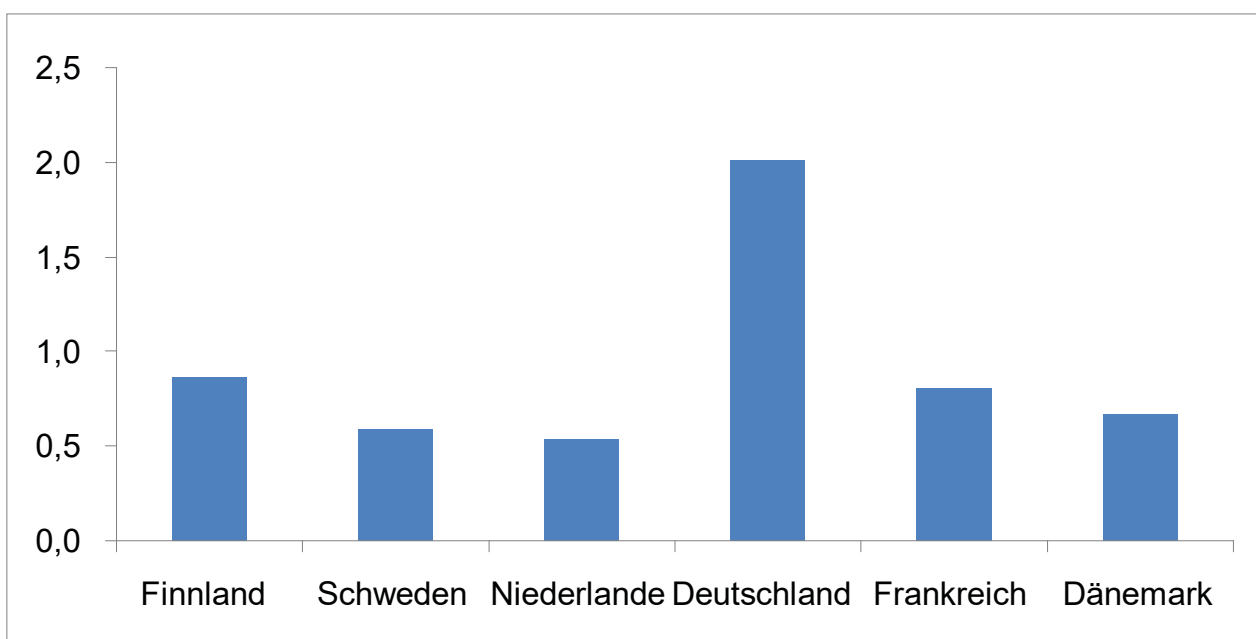
Managing Hospital Volumes

- Entwicklung der Krankenhausaufenthalte über 5 Jahre -



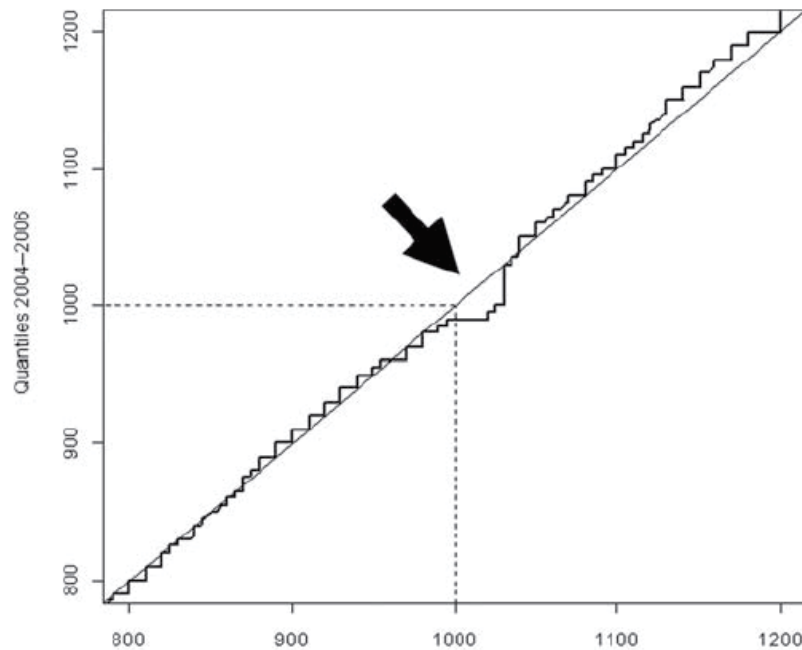
OECD-Konferenz April 2013; www.oecd.org/health

Zahl der NICUs pro 1 Million Einwohner



A. Gerber, K. Lauterbach, M. Lungen
DÄB 2008;105:A1439-A1441

Geburtsgewichte nach DRG-Einführung



Quantiles 1999-2001

Abler et al., Arch Dis Child 2011;96:F186-F189

Ganz ähnliche Ergebnisse:

Jürges und Köberlein, J Health Econ 2015;43:13-26

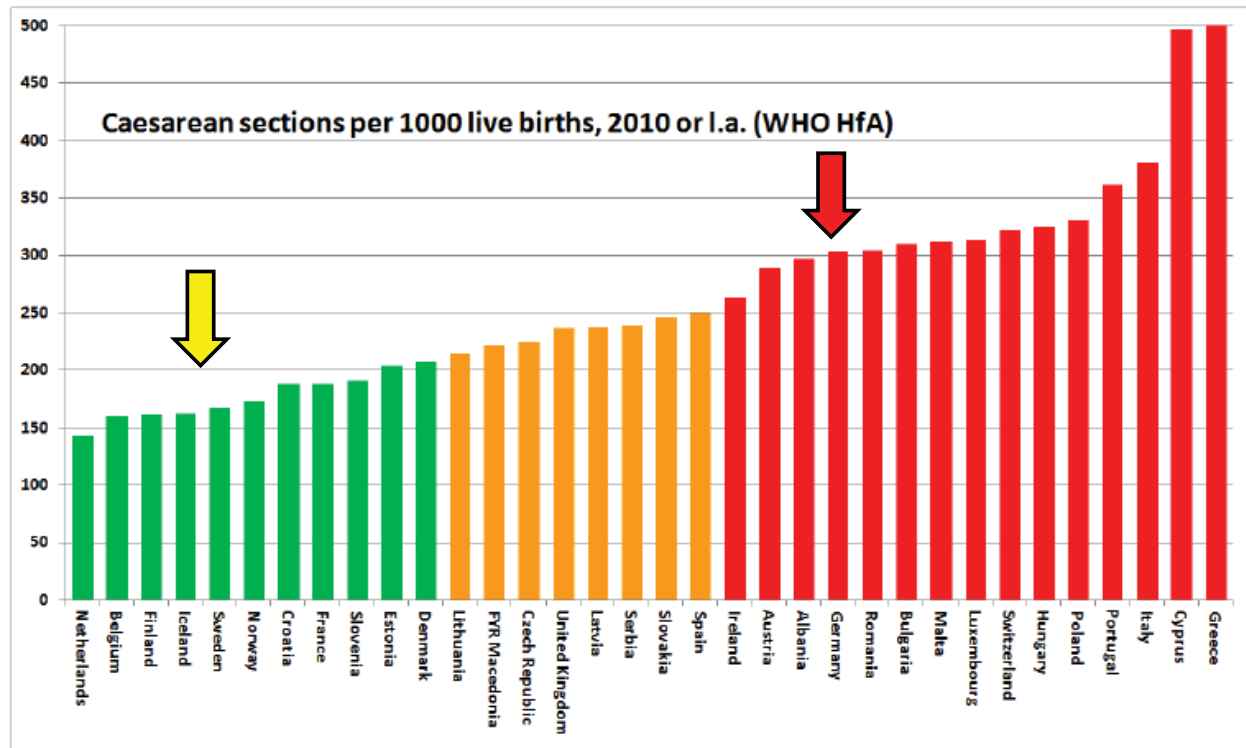
Anteil der Geburten/Geburtenzahlen der Klinik

European Perinatal Health Report 2010, S. 213

Land	< 500	500 - 999	1000 - 1499	1500 - 2999	3000 - 4999	> 5000
GER	16,1	33,7	25,0	22,9	2,3	0
SWE	0,5	5,9	6,0	36,5	21,3	29,8
Fin	4,0	14,1	11,9	35,0	34,9	0

Sectionarten

Euro Health Consumer Index 2012



Geburtsgewichte 2013 bzw. 2010

(OECD/European Perinatal Health Report)

	OECD 2013	EPHR 2010	EPHR 2010	
Land	< 2.500g (%)	< 2.500g (%)	< 1.500g (%)	Ø mat. Alter**
Fin	4,1	4,6	0,9	30,4
SWE	4,4	4,4	0,9	30,9
GER	6,9	7,5	1,5	30,6

** : Daten aus 2012:

<http://appasso.eurostat.ec.europa.eu>

Perinatalzentren 2013: Deutschland - Schweden





**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**

Umsetzung des GBA-Beschlusses kostet ca. 300 Mio. € und sei nicht umsetzbar.
(Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts 08/2014)



	KH pro 1 Mio. EW	KH-Betten pro 1.000 EW	Gesundheitsausgaben	Geburten pro PNZ1	GG < 2.500g	Säuglingssterblichkeit	Mütter-Sterblichkeit pro 100.000 Geburten
GER	47	8,3	11% BIP	4.000	6,9%	3,3‰	6,5/100.000
SWE	9	2,6	11% BIP	16.000	4,4%	2,6‰	3,7/100.000

Fazit 2

Im Vergleich zu Nordeuropa, und insbesondere zu Schweden und Finnland

- Haben wir mehr Krankenhäuser und mehr Krankenhausbetten, die auch häufiger „benutzt“ werden
- Haben wir mehr und kleinere geburtshilfliche Einrichtungen
- Haben wir mehr FG (< 37 SSW), häufiger niedrige Geburtsgewichte und mehr VLBWs
- Haben wir eine höhere Sectio-Rate
- Haben wir eine höhere Müttersterblichkeit (3,7 bzw. 3,9 vs. 6,5/100.000 Lebendgeborene) (Kassebaum et al., Lancet 2014)

Patient Safety und Perinatalmedizin

Ist wirklich alles für die Patientensicherheit getan, wenn

- eine Geburt in einer Klinik ohne angeschlossene Kinderklinik geplant wird?
- wenn eine Level 1 Klinik keine ausreichende Anzahl intensivmedizinisch ausgebildeter Pflegekräfte hat?
- wenn im Rufdienst keine Neonatologen sowie Kinderchirurgen und -kardiologen zur Verfügung stehen?
- wenn keine große Erfahrung in der Betreuung von Hochrisiko-Schwangeren sowie Reif- und Frühgeborenen besteht?
- wenn keine externe und ärztlich geleitete Krankenhaushygiene die Klinik supervidiert?

Fazit 3

- Die „Fläche“ ist – gemessen an mütterlicher und Säuglingssterblichkeit – in Nordeuropa mit nur wenigen, aber größeren Kliniken besser versorgt als bei uns mit einem dichten Netz an kleinen Kliniken
- Eine Regionalisierung in der Perinatalmedizin wird kommen. Neben der Ökonomie wird uns mittelfristig auch der Arzt- und Fachpflegemangel dazu zwingen
- Hierfür braucht es eine Träger-übergreifende politische Gesundheitsstrukturplanung
- Mögliche und notwendige Veränderungen benötigen eine breite Akzeptanz in Politik und Bevölkerung und sind unter dem Begriff der „patient safety“ auch vermittelbar

Der Alltag in Deutschen Kliniken

„Alle sind sich einig: Weniger Krankenhäuser braucht das Land. Dann endlich würde der mörderische Wettbewerb aufhören, und die Krankenhäuser könnten sich wieder auf ihre eigentlichen Aufgaben konzentrieren.“

ZeitMagazin Nr. 21, 16.5.2012

Wie könnten wir klug mit diesen Ergebnissen umgehen?

- Anerkennung der Differenzen bezüglich der Säuglings- und Müttersterblichkeit
- Die Verbesserung von Mütter- und Säuglingssterblichkeit als gemeinsames Ziel aller an der Versorgung dieser Patienten beteiligten Fachgesellschaften formulieren?



DGPM



DGKJ



GNPI



GKinD



Elternverbände



... ??