

Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung der neonatologischen Versorgung in Deutschland

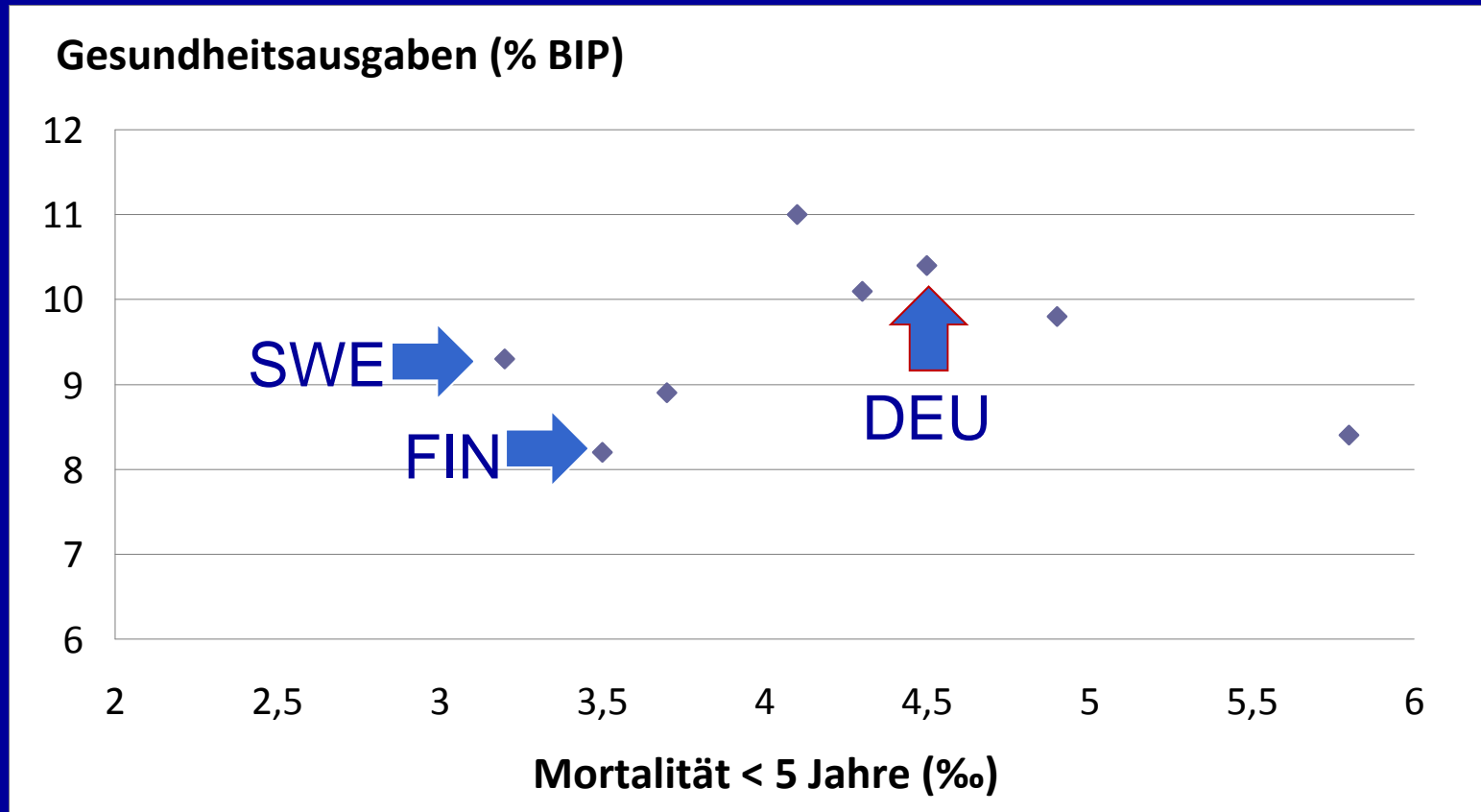
Christian Poets
Abt. f. Neonatologie
Universitätsklinikum Tübingen

Prognostizierte Entwicklung der Geburtenzahlen in Deutschland: 2005-2025

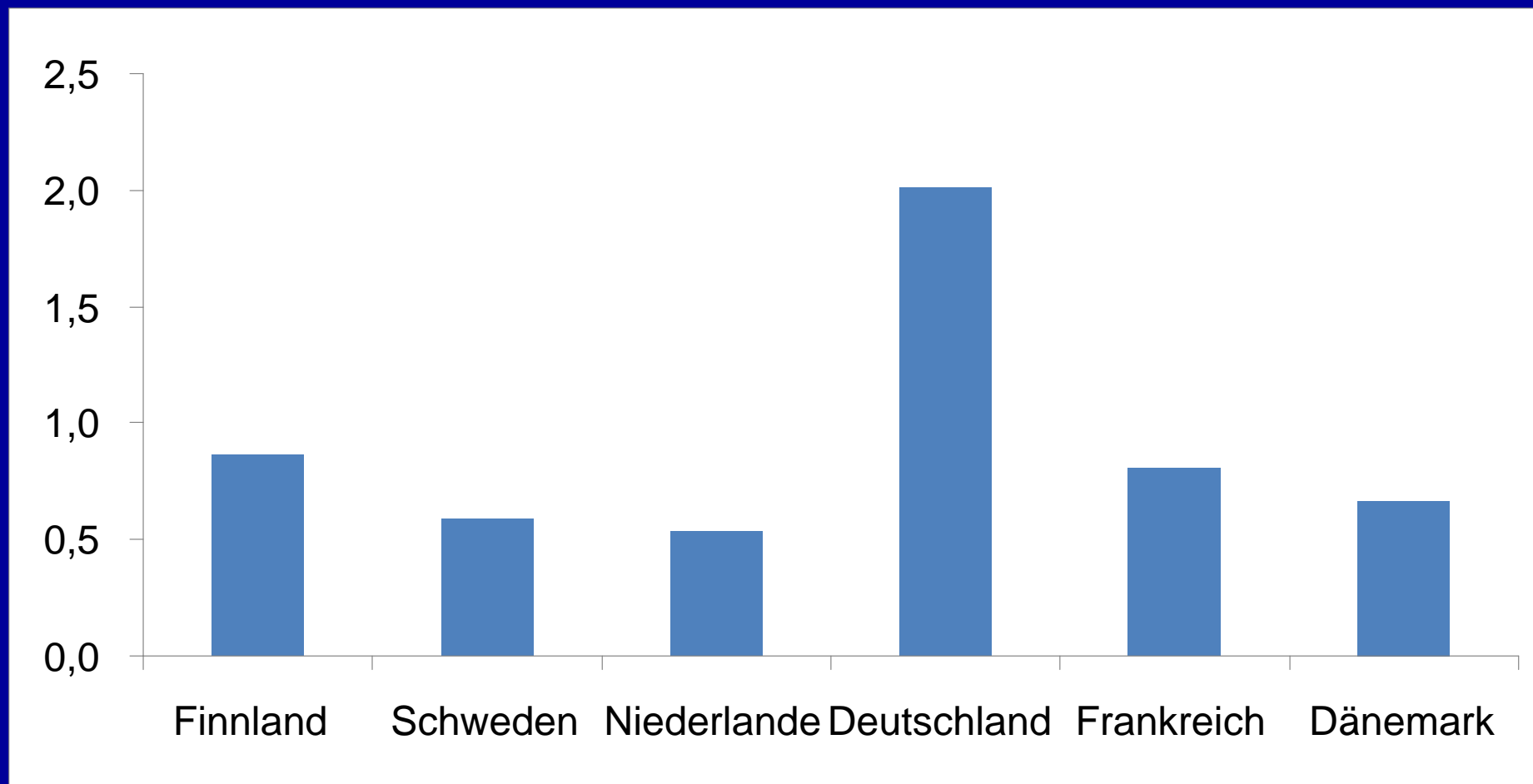
Rate - Geb.-zahl

- 2005 - 1,36 - 650.000
- 2015 - 1,44 - 650.000
- 2025 - 1,54 - 500.000 (-23%)

Kindersterblichkeit vs. Gesundheitsausgaben 2007



Zahl der NICUs pro 1 Million Einwohner



Mortalitätsrisiko in Klinik mit \leq vs. >35 VLBW nach Unreife

Gestationsalter (Wochen)	adjustiertes OR	95 % Konfidenzintervall
24	3,58	1,6 – 8,0
25	2,43	1,3 – 4,4
26	1,57	0,7 – 3,4
27	2,58	1,4 – 5,0
28	2,23	1,1 – 4,6
29	0,87	0,5 – 1,6
30	0,93	0,4 – 2,0

„Level of Care“, Fallzahl/Jahr und Sterberisiko in Kalifornien 1991-2000

Level II	11-25	1,88 (1,56-2,26)
	>25	1,22 (0,98-1,52)
Level III	≤25	1,51 (1,17-1,95)
	26-50	1,30 (1,12-1,50)
	51-100	1,19 (1,04-1,37)
	>100	1,00

„21% der VLBW-Todesfälle könnten bei besserer
Regionalisierung verhindert werden“

Phibbs, NEJM 2007;356:2165-
Chung, Med Care 2010;48:635-

Dezentralisierung in der Neonatologie - von den USA lernen?

„Managed care organisations and hospital chains often **build NICUs** that are relatively **underutilized** because of the desire to **capture critical market share.**“

Von Stockholm lernen?

	Stockholm	Berlin
Neugeborene (2008)	27.370	33.476
Geburtshilfliche Abteilungen	4	22
Geburten pro Abteilung	6.843	1.522
Beatmungsgeräte	12	65
Neugeborene pro Beatmungsgerät	2.280	515
Gesundheitskosten/Kopf (\$)	SWE: 3.323	D: 3.588
Säuglingssterblichkeit	SWE: 2,8‰	D: 3,8 ‰

Abb. 5/3: Standorte und Leistungsstruktur der Kinderherzzentren



Eigene Darstellung auf der Grundlage von Daten des Kinderherzführers 2005

Kinderherzzentren - Strukturvorbild für Neonatologie?

- 6000 Kinder/Jahr mit angeborenem Herzfehler in Deutschland
- 35 Zentren
- 6000 FG <1250 g/J:
152 Level I Zentren:
Wirklich notwendig?

Ein Blick nach England

- 600.000 Geb./Jahr, rel. hohe Ngb.-sterblichkeit, bis 2005 fehlende Strukturierung der Ngb.-versorgung
- 2003: Experten-Hearing des Dept. of Health
- Für FG <27 SSW 30 PNZ als ausreichend erachtet
- Jedes Level-3 PNZ arbeitet m. umliegenden Level-2 PNZ zusammen

Wieviel FG braucht Klinik zur Ausbildung?

- WBO: „Die für die Weiterbildung typischen Krankheiten müssen regelmässig und häufig genug vorkommen“
- Im Schichtdienst ist 1 WB-Assi bei 50 VLBW/Jahr nur 7x/Jahr bei Erstversorgung dabei
- 50er Mindestmenge in europ. Weiterbildungsordnung (Deutsche Muster-WBO: 40)
- Lässt sich hoher Personalbedarf der vielen kl. PNZ angesichts rückläufiger Ärztezahlen decken?

Vorschlag für Deutschland

- 60-80 PNZ Level I in regionalen Verbänden mit umliegenden Level-2 PNZ
- Gemeinsame Behandlungsstandards („continuity of care“)
- Landesweit koordinierte Zuweisung Schwangerer mit drohender Geburt <29 SSW in PNZ Level-1, heimatnahe Rückverlegung ab ≥ 29 SSW
- Senkung Strukturanforderungen Level-2

Neonatologische Versorgung: Die Fallzahlregelung – Einfluss auf Qualität und Finanzierung pädiatrischer Einrichtungen

„Abschließend ist festzuhalten, dass es abgesehen vom Für und Wider einer Mindestmenge gilt, die Versorgung national zu verbessern. Wettbewerb im Sinne, dass Eltern sich ihr Haus aussuchen können und umgekehrt Krankenhäuser gegenseitig in Konkurrenz um diese Patienten [und die spezialisierten Ärzte] stehen, ist für die Versorgung dieser Patientenkielentel wenig sinnvoll und kontraproduktiv. Vielmehr muss sichergestellt werden, dass die personell und infrastrukturell „teure“ Ressource Perinatalzentrum ökonomisch sinnvoll, also mit jeweils größeren Patientenzahlen genutzt wird. Letztlich und inhaltlich muss die Annäherung an nordeuropäische Ergebniszahlen das Ziel sein.“