

**Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban –
Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform – egységes szerkezetben**
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) – Springer Verlag, April 2024 (532 p.)

Forrás Internet-helye:

<https://www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2024/krankenhaus-report-2024-strukturreform/> ;

e-Book letölthető: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-68792-5>

A Krankenhaus-Report 2024 kiemelt témája a strukturális reform. A jelentés a jelenlegi reformvita összefüggésében a német kórházak tartósan fennálló minőségügyi és strukturális problémáit elemzi.

A *Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)* aktuális értékelése szerint 2022-ben a mellrák-ellátásban résztvevő 95 kórházban (18,0%) kevesebb mint 25 mellrák-műtétet végeztek. Ilyen esetszámok mellett azonban nem állítható, hogy ezekben a kórházakban rutinos team, vagy bejáratott folyamatlánc állna rendelkezésre.

Ráadásul az értékelés szerint 2022-ben a mellrák-ellátásban résztvevő kórházak 40,1%-a nem rendelkezett a *Német Onkológiai Társaság (Deutsche Krebsgesellschaft – DKG)* tanúsítványával, vagy más hasonló tanúsítvánnyal. Ezekben a kórházakban végezték a mellrák-műtétek 12,7%-át. Ez azt jelenti, hogy több mint 9.000 mellrákos nőt olyan kórházban kezeltek, amelyek ehhez nem rendelkeztek optimális tapasztalattal. Az intézet értékelése szerint az egyes szövetségi tartományok között jelentős különbségek mutatkoznak: 2022-ben Sachsen-Anhalt Tartományban minden negyedik mellrák-műtetre tanúsítvánnyal nem rendelkező kórházban került sor, Berlinben ez az arány 0,2%. Az innovációs alap „Az ellátás hatékonysága az onkológiai centrumokban” („Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ – WiZen) projektje 2022-ben kimutatta, hogy a tanúsítvánnyal rendelkező centrumokban a betegek túlélési rátája 20%-kal magasabb.

Minőségügyi problémák a sürgősségi ellátásban: Egy aktuális értékelés szerint továbbra is sok szívinfarktust szenvedett beteg nem részesül optimális ellátásban, mivel szívkatéteres laborral nem rendelkező kórházba utalták be őket. 2022-ben a 191.000 szívinfarktusus eset 4,9%-át katéteres laborral nem rendelkező kórházakban kezelték. A probléma tehát 9.400 szívinfarktussal való kezelést érint. A nem adekvát kezelés különösen kritikus azoknál a kórházaknál, amelyek 2022-ben kevesebb mint 25 esetet kezeltek. Ebben a csoportban csak minden negyedik kórház rendelkezett szívkatéteres laborral. Súlyos szívinfarktus esetén azonban legkésőbb 90 percen belül szívkatéteres kezelésre van szükség.

A szívinfarktust szenvedett betegek szívkatéteres laborban való kezelése tekintetében is hatalmas regionális különbségek vannak. A Saar-vidéken (Saarland) minden kilencedik szívinfarktusos esetet szívkatéteres laborral nem rendelkező kórházban kezeltek. Hamburgban viszont csaknem minden érintett beteget szívkatéteres laborral rendelkező kórházba utalnak be. A regionális különbségek az idő folyamán nem mérséklődtek. Ebben a tekintetben Hamburg már 2018-ban az első, Saar-vidék az utolsó helyen állt. Az ország 80 városában kezeltek szívinfarktusos betegeket szívkatéteres laborral nem rendelkező kórházban, holott ugyanabban a városban létezett ilyen laborral rendelkező kórház. Ez tehát egy tartós probléma, amelyet kórháztervezési szempontból egyértelműen meg kell oldani, ill. azt a kórházügyi reform keretében is figyelembe kell venni.

Az esetszámok alakulása azt bizonyítja, hogy a reformra gazdasági okokból is szükség van. 2023-ban a német kórházakban 13,6%-kal kevesebb szomatikus esetet láttak el, mint a referenciaévben, 2019-ben. A visszaesés különösen az ún. ambuláns-szenzitív diagnózisoknál volt magas – tehát olyan betegségeknel, amelyek nem tesznek szükségessé feltétlenül kórházi kezelést. Az esetszámok ebben a tekintetben 2023-ban 20%-kal voltak alacsonyabbak mint 2019-ben. A csökkenés nagyjából akkora volt, mint 2020-ban, a pandémia évében és valamivel alacsonyabb mint 2021-ben és 2022-ben. Már a pandémia is nyilvánvalóan előmozdította a szolgáltatásoknak az ambuláns szférába való fokozott áthelyezését. Ezekből az adatokból azonban szakértői nézőpontból jól megmutatkoznak az ambuláns ellátás felé való elmozdulás jövőbeli potenciáljai.

3. Kórházügyi tervezés Svájcban

Svájcban az egészségügyi költségek folyamatos növekedése miatt már több mint egy évtizede sor került a kórházügyi tervezés átfogó reformjára, amivel az ország nemzetközi szinten is úttörő szerepet játszott. Az 1996-ban bevezetett szövetségi egészségbiztosítási törvény (*Bundesgesetz über die Krankenversicherung – KVG*) három stratégiai célkitűzéssel rendelkezik. Először: minőségi egészségügyi ellátás biztosítása a lakosság számára. Másodsor: a kiadások növekedésének megfékezése. Harmadszor: a biztosítottak közötti szolidaritás érvényesítése. A törvényt a költségek folyamatos növekedése miatt, elsősorban a fekvőbeteg ellátás vonatkozásában 2012-ben módosították. Ennek legfontosabb intézkedései: a kantonális kórházügyi tervezés, a kórházi szolgáltatások duális finanszírozása, a Swiss-DRG bevezetése, a biztosítottak kórházválasztási lehetőségeinek kiterjesztése, a kórházi szolgáltatások gazdaságosságáról és minőségéről szóló adatbázis kibővítése. Mindezen intézkedések többségét a kantonokra ruházták át.

3. 3. 1 A kantonális kórházügyi tervezés követelményei

Ahhoz, hogy a kötelező egészségbiztosítás terhére szolgáltatásokat nyújthassanak, a kórházaknak el kell nyerniük a kantonok részéről erre irányuló megbízást. Ez a kantonális kórházlistára való felvételben fejeződik ki. Ezt megelőzően a kantonok különböző követelmények szerint értékelik a pályázó kórházakat. Ezek a teljes kórházra kiterjedő általános követelményekre és a kórházügyi tervezésben előírt szolgáltatási csoportok (*Spitalplanungs-Leistungsgruppen – SPLG*) szintjén definiált szolgáltatás-specifikus követelményekre tagolódnak.

A „minőségügyre” vonatkozó általános követelmények pl. minőségügyi rendszer kötelező alkalmazására, az ANQ (a svájci kórházak minőségügyi fejlesztési egyesülete) minőségügyi méréseinek elvégzésére, a kórházi hibabejelentő rendszer (CIRS) alkalmazására terjednek ki. További szolgáltatás-specifikus minőségügyi követelmények vonatkoznak az SPLG szintjén megjelenő folyamatokra. Minden egyes SPLG szintjén további követelmények jelennek meg: pl. SPLG NEU3.1 Stroke Center vagy SPLG END1 táplálkozási vagy diabétesz-tanácsadási szolgáltatás tanúsítása.

4. A kórházügyi reform. A kórházak szintekbe sorolása

„A modern és szükségleteknek megfelelő kórházi ellátás kormánybizottsága” 2022 decemberében ismertette javaslatait: vezessék be a kórházak és szolgáltatások egységes kategorizációját, minden kórház csak olyan szolgáltatásokat nyújthasson és csak olyanokért kaphasson térítést, amelyekhez rendelkezik a szükséges technikai és személyzeti feltételekkel. A reform egyik sarkalatos eleme a kizárólagosan DRG-alapú térítésnek egy kétpillérű modellel való felváltása, amelynek keretében megjelenik egy rendelkezésre állást célzó finanszírozás (*Vorhaltefinanzierung*) és ezzel egyidejűleg csökkennek a DRG-komponensek.

4. 2. Ellátási szintek (Level)

A kormánybizottság nemcsak hogy javasolta a kórházi telephelyek szövetségi szinten három (ill. a másodlagos szintekkel: öt) ellátási szintre (*Level*) való besorolását, de ezekhez esetenként a kötelező minimális felszereltséget és a rendes munkaidőn kívüli orvosi jelenlét követelményét is előírta.

A javaslat két alszintbe (In és Ii) sorolta a szövetségi szinten nem definiált „alapellátást”. Az In szinthez a politika által gyakran az „alapellátás” körébe utalt vidéki kórházak tartoznak, amelyek kellő távolságra vannak a II és III szinthez tartozóktól. A klasszifikáció ezért a Közös Szövetségi Bizottság (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) által felállított sürgősségi ellátási fokozatok szerint „bázis-

sürgősségi ellátást” (N1) nyújtó telephelyeknek felel meg. A II szintű kórházaknak nemcsak a „kiterjesztett sürgősségi ellátás” (N2) követelményeit kell teljesíteniük, tehát szívkatéterrel és tíz lélegeztetővel ellátott intenzív ágygal, hanem stroke egységgel is rendelkezniük kell. Az állásfoglalás szerint ezekben a kórházakban a belgyógyászoknak, sebészeknek, intenzív terápiás és sürgősségi orvosoknak váltott műszakban kell dolgozniuk. A III szintű kórházaknak nemcsak az „átfogó sürgősségi ellátás” (N3) követelményeit kell teljesíteniük, hanem a felsorolt osztályokon 24/7-es szakorvosi jelenlétet kell biztosítaniuk. A kórházak besorolása a minőségügyi beszámolókon, lényegében a kórházak önbevallásán alapul. Szembetűnő körülmény, hogy ebben a tekintetben eltérések vannak a kötelező betegpénztárak ernyőszervezetének (*GKV-Spitzenverband*) adataihoz viszonyítva, amelyek a kórházak és betegpénztárak közötti szerződéseken alapulnak: A kórházak 187 N3-as telephelyről számolnak be (kb. 2,3/millió lakos), a kötelező betegbiztosítás ernyőszervezete szerint viszonyt csak 164 lenne (2,0/millió), az N2 típus esetén pedig 260 helyett 285 lenne, önbevallás szerint tehát összesen 472 (5,7/millió), azaz több mint 10%-kal több mint a szerződések szerinti 424 (5,1/millió).

11. A sürgősségi ellátás és a mentőszolgálat reformja

11.1. A status quo és a reformszükséglet a sürgősségi ellátások és mentőszolgálatok területén

A reformszükséglet témája évek óta jelen van az egészségpolitikai közbeszédben. Számos szakértői vélemény, tanulmány, állásfoglalás készült, amelyek rávilágítottak az ellátási lánc problémáira és megoldási javaslatokkal is előálltak. A sürgősségi ellátás tényleges átszervezése ennek ellenére elmaradt. Ezt a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium által a 19. törvényhozási ciklusban (2017–2021) elvetett két reformtervezet is illusztrálja.

[A Bundestag egészségügyi bizottsága 2024. nov. 11-én tűzte napirendjére az aktuális törvénytervezet vitáját. **Törvény a sürgősségi ellátás reformjáról: Gesetz zur Reform der Notfallversorgung.** – A szerk. megj. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinett.pdf]

A kórházi sürgősségi osztályokon fogadott betegek rátája: 100.000 lakosra 20 eset. Ez azt jelenti, hogy Németország nem éri el az OECD25-ök átlagát. Tehát még abban az esetben is ha a nemzetközi összehasonlíthatóság korlátozott, a problémák okát nem itt kell keresni.

Németországban kétféleképpen lehet sürgősségi ellátást igénybe venni: a Betegpénztári Orvosok Egyesületeinek készenléti orvosi szolgálatánál (az összes sürgősségi eset 25%-a) és a kórházak sürgősségi betegfelvételi osztályain (az összes sürgősségi eset 75%-a). Az a tény, hogy a lakosság mindössze egynegyedének van tudomása arról, hogy nem életveszélyes egészségi problémák esetén a betegpénztári orvosok egyesületeinek sürgősségi szolgálatát is igénybe vehetik, a betegirányítás potenciáljait bizonyítja. Még abban az esetben is, ha ebben a tekintetben a tényfeltárás nem eléggé egyértelmű, egyes vizsgálatok a sürgősségi ellátás (túlságosan is) alacsony küszöbű igénybevételének lehetőségére utalnak és ezentúl arra is, hogy a segítséget kérők nem ritkán túlértékelik a sürgősségi helyzetet, az esetek kezelésére pedig a betegpénztári orvosok egyesületeinek sürgősségi praxisa is alkalmas lenne. A sürgősségi ellátás eltorzulása – és legalábbis a pandémiáig – növekvő igénybevétele a betegirányítás hiányából származik. Az „egészségügyi és ápolási fejlődés szakértői tanácsa (*Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen und der Pflege – SVR*) 2018-ban közzétett szakértői véleménye szerint átfogó reformra van szükség és az is kritikusan kell értékelni, hogy egyáltalán mennyire célszerű fenntartani a sürgősségi ellátáshoz való hozzáférés két módozatát, ill. hogyan lehetne ezeket ésszerűen egymáshoz kapcsolni őket.

11. 2. Nemzetközi impulzusok

Az ellátáshoz való hozzáférés és az optimalizált betegirányítás tekintetében különösen érdekes a dán példa. a hozzáférés Dániában is két hívószámon keresztül történik: a *Medical Helpline* (1813) és a mentőszolgálat (112) számán. Az egészségügyi dolgozók által működtetett *Medical Helpline* 16.00 és 8.00 óra között, valamint hétvégén és ünnepnapokon nyújt segítséget és koordinált első állapotfelmérést. Dániában e két hívószám közös digitalizált központhoz tartozik, a hívások pedig egyikről a másikra irányíthatók. A dán kórházügyi reform keretében korlátozták a sürgősségi felvevőhelyekhez való hozzáférést, a sürgősségi szolgálat igénybevételét megelőzően minden sürgősségi betegnek előbb telefonon be kell jelentkeznie, hogy a megfelelő ellátási formához irányítható. E rendszer bevezetését nyilvános kampány előzte meg, amelynek keretében minden polgárt levélben tájékoztattak a részletekről. Az átállás eredményeként a sürgősségi osztályok látogatottsága öt régió közül háromban 10 és 27% közötti arányban csökkent.

A telefonos triázs tekintetében figyelemreméltó tényező, hogy ehhez Dániában a mesterséges intelligenciát is alkalmazzák, pl. a szívleállás felismerésénél. Egy tanulmány keretében elemezték, hogy a telefonos triázs mennyiben különbözik a fogadó személyzettől függően. A hívásokat a callcenter orvosokhoz vagy ápolókhoz irányította. Ez a várakozási idő csökkentését célozta: Ha az orvosra való várakozási

idő meghaladta az egy percet, akkor az irányítóközpont mellfájdalmak miatt indított hívást orvos helyett ápolóhoz irányította. 11.315 orvos által fogadott hívás ugyanannyi ápoló által fogadott hívással való összehasonlításából azt mutatta, hogy az orvosok által fogadott hívások rövidebbek voltak, kevesebb sürgősségi felvételi helyre irányítást eredményeztek, a segítséget kérők pedig jobban tartották magukat az orvos ajánlásaihoz. A hét nap utáni halálozási ráta mind az orvos, mind az ápoló által fogadott hívásoknál mindkét esetben alacsony, 0,1% volt. Az eredmény összességében, hogy a telefonos triázs a sürgősségi esetek biztonságos és hatékony ellátását biztosítja.

**J. Klauber/J. Wasem/A. Beivers/C. Mostert/D. Scheller-Kreinsen (Hrsg.)
Krankenhaus-Report 2024. Schwerpunkt: Strukturreform. Springer, Berlin
Heidelberg. 525 Seiten; kart.; 42,79 €. ISBN 978-3-662-68791-8**

[*Lásd még: Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – Krankenhaus-Report: 2006. 48. sz.; 2009. 17. sz., 2010. 11. sz., 2012. 6. sz.; 2014. 5. sz.; 2016. 8. sz.; 2018. 8-9. sz., 2019. 9., 11., 14., 17-18., 21., 2020. 1. sz.; és Archivum; 2021. 12. sz., 14-15-16. sz., 18-19-20-21-22. sz.; 2022. 2. sz. és Archivum; 2022. 11-12-13. (IV.1.) sz. és Archivum; 2023. III.1-2. sz., IV. 1-2. sz. és Archivum.*]