



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2017
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
28. Februar 2017, Berlin

Statement von Jürgen Klauber Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Es gilt das gesprochene Wort!

Mindestmengen in der stationären Versorgung stärken die Versorgungsqualität

„Übung macht den Meister“. Dieser Aussage würde wohl niemand ernsthaft widersprechen. Wissenschaftliche Studien zeigen immer wieder aufs Neue, dass in vielen Leistungsbereichen der stationären Versorgung ein positiver Zusammenhang zwischen der Fallzahl und dem Ergebnis der Versorgung für den Patienten besteht. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurden die Möglichkeiten der Festlegung von Mindestmengen endlich gestärkt. Auch der aktuelle Krankenhaus-Report greift die Themen Volume-Outcome-Zusammenhang und Festlegung von Mindestmengen auf.

Komplikationsrisiken nach Operationen sehr unterschiedlich

Jährlich werden in Deutschland rund 75.000 Schilddrüsenoperationen in mehr als 1.000 Krankenhäusern durchgeführt. Im Krankenhaus-Report 2017 werden die Schilddrüsenoperationen bei gutartigen (benignen) Schilddrüsenerkrankungen analysiert, die zwischen 2011 und 2013 an 57.000 AOK-Patienten vorgenommen wurden. Es zeigt sich, dass es viele Krankenhäuser gibt, die diese Operation vergleichsweise selten durchführen. Während ein Fünftel der operierten AOK-Patientinnen und Patienten in Häusern versorgt wurde, die 2013 maximal 55 Schilddrüsenoperationen vornahmen, wurde ein Fünftel in Häusern mit mindestens 384 Eingriffen im Jahr behandelt. Eine der möglichen gravierenden Komplikationen ist die anhaltende Stimmbandlähmung nach der Operation. Hinsichtlich dieses Qualitätsindikators zeigt sich Folgendes. Das Fünftel der Patienten in Häusern mit den geringsten Fallzahlen hat nach Risikoadjustierung ein mehr als doppelt so hohes Risiko für eine dauerhafte Stimmbandlähmung wie das Fünftel der Patienten, das in den Kliniken mit den höchsten Fallzahlen operiert wird.



Der Volume-Outcome-Zusammenhang beim Hüftgelenkersatz bei Arthrose wurde schon früher im Krankenhaus-Report belegt. Eine aktualisierte Analyse bestätigt die damaligen Ergebnisse. 134.000 AOK-Patienten erhielten in den Jahren 2012 bis 2014 in 1.064 Krankenhäusern bei Arthrose ein neues Hüftgelenk. In einem Fünftel der Kliniken fanden maximal 38 Operationen pro Jahr statt. Das Risiko für eine erneute Hüftoperation binnen Jahresfrist war für Patienten dieser Häuser mehr als doppelt so hoch wie für die Patienten, die in dem Fünftel der Kliniken mit den höchsten Fallzahlen operiert wurden. In solchen Zentren fanden 211 oder mehr planbare Hüft-OPs statt. Im zweiten Quintil beträgt die Risikoerhöhung immer noch rund 50 Prozent. In allen vier verglichenen Quintilen ist das Risiko signifikant erhöht.

Anders als für Schilddrüsenoperationen und den Hüftgelenkersatz bei Arthrose gibt es für die komplexen Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und der Speiseröhre (Ösophagus) die klare Vorgabe von 10 Operationen pro Krankenhaus. Das beruht auch darauf, dass der Zusammenhang zwischen Operationsmenge und Sterblichkeit für diese komplexen Eingriffe seit langem besonders prägnant durch Studien belegt ist. Eine Volume-Outcome-Analyse zur Pankreaschirurgie auf Basis von AOK-Daten für Deutschland zeigte 2015, dass das Risiko, binnen Jahresfrist zu versterben (1-Jahres-Mortalität) bei dem Fünftel der Patienten, das in den Häusern mit den geringsten Fallzahlen operiert wurde, um 73 Prozent erhöht ist gegenüber dem Fünftel der Patienten, das in den Häusern mit den höchsten Fallzahlen operiert wurde. Zugleich kann man die Frage stellen, ob die in Deutschland geltende Mindestmenge von 10 ausreichend ist, denn auch das zweite Fünftel mit einem Fallzahlbereich von 13 bis 23 weist noch eine Erhöhung der 1-Jahres-Sterblichkeit um 53 Prozent auf. In diesem Sinne finden sich international wie auch von Fachgesellschaften deutlich höhere Vorgaben, so auch für die Ösophaguschirurgie.

Mindestmengen konsequent umsetzen

Doch selbst eine gesetzlich festgelegte Mindestmenge bedeutet noch keineswegs die Umsetzung in die Praxis. Im aktuellen Krankenhaus-Report zeigt eine weitere Analyse, dass selbst die eher niedrige Mindestmenge von 10 für Pankreas- und Ösophagus-OPs von vielen Krankenhäusern in der jüngsten Vergangenheit nicht erreicht wurde. Führten 2014 rund 700 Krankenhäuser rund 12.000 Pankreasoperationen durch, so erreichte knapp die Hälfte der Häuser die Mindestmenge von 10 nicht. Bei den Ösophaguseingriffen waren es fast drei Viertel aller Kliniken.

Es bleibt festzustellen, dass mit sieben existierenden Mindestmengen für komplexe Leistungen der Vereinbarungsumfang gemessen an nachgewiesenen Volume-Outcome-Zusammenhängen nicht besonders umfänglich ist. Beispielsweise gibt es keine Mindestmenge für den Hüftgelenkersatz bei Arthrose. Zugleich sind, wie am Beispiel der Pankreaschirurgie angesprochen, Mindestmengen auch ihrer Höhe nach zu hinterfragen.

Schließlich kommt es im Sinne einer besseren Versorgungsqualität für den Patienten letztlich auch darauf an, dass Mindestmengen entschlossen umgesetzt werden. Mit dem KHSG wurden die Voraussetzungen für die Festlegung von Mindestmengen verbessert. So kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)



neue Mindestmengen nun leichter festlegen. Die konkrete Festlegung von Mindestmengen ist dabei immer ein normativer Akt, denn ein konkreter Schwellenwert lässt sich nicht wissenschaftlich ableiten. Genauso wie es auch keine Evidenz für einen konkreten Wert der Geschwindigkeitsbeschränkung in geschlossenen Ortschaften gibt, um Unfälle zu vermeiden.

Wichtig ist aus wissenschaftlicher Sicht weiter der Hinweis, dass die Regelung nach der „unbillige Härten bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden sind“, nicht dazu führen darf, dass Kleinstversorger die betreffende Leistung weiter erbringen dürfen, weil eine „nachgewiesene hohe Qualität“ unterstellt wird. Das gefährdet die Versorgung der Patienten völlig ohne Not. Ob ein Haus mit Kleinstmengen im Einzelfall gute oder schlechte Arbeit geleistet hat, ist statistisch nicht bewertbar. Die höhere Sterblichkeit der Krankenhäuser mit Kleinstmengen jenseits des Einzelhauses ist aber gemäß der gezeigten Volume-Outcome-Analyse bekannt. Wenn eine Mindestmenge besteht, muss das die Messlatte für alle Häuser mit Kleinstmengen sein, so wie auch die Geschwindigkeitsbeschränkung in der geschlossenen Ortschaft keine Ausnahmen kennt. Für temporäre Ausnahmeregelungen bleiben somit nur gut begründete Strukturargumente, etwa wenn eine neue Einheit mit einem neuen Chefarzt gerade im Aufbau ist.

Für eine bessere Versorgungsqualität kommt es nun entscheidend darauf an, dass bestehende Mindestmengen umgesetzt und ihre Höhe überprüft wird, dass der G-BA von den erleichterten Festlegungsmöglichkeiten für weitere Mindestmengen Gebrauch macht und dass Ausnahmeregelungen nicht zur Verwässerung dieses wichtigen Instrumentes für eine gute Patientenversorgung führen.

ANSPRECHPARTNER

Dr. Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de