



Pressekonferenz zum Qualitätsmonitor 2019  
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
6. Dezember 2018, Berlin

## **Statement von Jürgen Klauber**

**Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und  
Mitherausgeber des Qualitätsmonitors 2019**

Es gilt das gesprochene Wort!

## **Viele Qualitätsprobleme warten darauf, angegangen zu werden!**

Mit dem Qualitätsmonitor beleuchten wir nun im dritten Jahr Qualitätsdefizite in der Behandlung von Erkrankungen. Ich möchte heute vor allem an zwei Beispielen verdeutlichen, warum man hier zügig aktiv werden muss.

Zunächst gehe ich auf die Krebserkrankungen und hier das Thema Brustkrebs ein. Mit 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Etwa eine von acht Frauen erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Pro Jahr sind 17.000 Todesfälle auf Brustkrebs zurückzuführen. Seit Jahren ist für viele Krankheitsbilder bekannt, dass höhere Fallzahlen mit einer geringeren Sterblichkeit einhergehen, so auch für die Mammachirurgie. Die Deutsche Krebsgesellschaft fordert in ihren Qualitätsvorgaben für die Brustkrebsversorgung neben Struktur- und Prozessvorgaben vor allem auch eine Mindest-Fallzahl von 100 pro zertifiziertem Zentrum. Patientinnen, die in zertifizierten Zentren behandelt wurden, haben nach vier Jahren eine höhere Überlebensrate als Patientinnen, die anderweitig versorgt wurden. Haben wir die Versorgungssituation bei Brustkrebs schon im ersten Qualitätsmonitor aufgezeigt, so stellt sich diese in einer aktuellen Auswertung nicht wesentlich besser dar. Nach wie vor ist für eine gute Versorgung ein deutlicher Konzentrationsprozess erforderlich. Von 781 behandelnden Kliniken in 2016 führte ein Viertel der Häuser (187) maximal acht Brustkrebsoperationen im Jahr durch. Ein weiteres Viertel operierte zwischen neun und 50 Patientinnen, im Mittel 26 Frauen – was etwa einen Eingriff alle zwei Wochen bedeutet.

Die aktuellen Auswertungen für das Jahr 2016 belegen den unveränderten Handlungsbedarf auch in der regionalen Differenzierung. Maximal acht Brustkrebsoperationen machten in Mecklenburg-Vorpommern 33 Prozent der Brustkrebs operierenden Häuser, während es in Bremen null Prozent waren. Hinsichtlich der absoluten Betroffenheit liegen Nordrhein-Westfalen mit 49 und Bayern mit 33 Krankenhäusern an der Spitze. Dabei ist mit dem Blick auf das fallzahlschwächste Viertel der 187 Häuser mit maximal acht Operationen nur die Spitze des Problems „Gelegenheitschirurgie“ angesprochen.

Es leuchtet ein, dass in Kliniken mit einer Mindest-Fallzahl von 100, in denen heute gut vier Fünftel der Patientinnen operiert werden, eher eine eingespielte Prozesskette rund um die Operation zu erwarten ist. Dies sieht man zum Beispiel auch an dem Qualitätsindikator aus der externen Qualitätssicherung, der für die Mammachirurgie erfasst, ob die Diagnose vor der Therapie durch eine Gewebeentnahme abgesichert worden ist. Die Sicherung abklärungswürdiger Befunde sollte laut Leitlinie in der Regel vor der Brustkrebs-OP durch Gewebeentnahme mittels Stanz- oder Vakuumbiopsie erfolgen. Eine der Leitlinie entsprechende Versorgung gilt bei diesem Qualitätsindikator als erfüllt, wenn bei mindestens 90 Prozent der betroffenen Patientinnen vor der OP eine Stanz- oder Vakuumbiopsie durchgeführt wird. Wenn das nicht der Fall war, gilt ein Haus als auffällig. Es zeigt sich, dass von Kliniken mit vorliegender Indikator-Information rund elf Prozent (74 Kliniken) dieses Ziel 2016 nicht erreichen. In dem Viertel der Kliniken, die acht oder weniger Fälle behandelten, war das Problem deutlich größer: Hier erreichten etwa 35 Prozent der Kliniken das Qualitätsziel bei der prätherapeutischen Qualitätssicherung nicht, im fallzahlstärksten Viertel der Häuser sind es nur zwei Prozent. Bei zertifizierten Brustkrebszentren gehört zum Beispiel dieser Qualitätsindikator neben der Fallzahlvorgabe von 100 pro Jahr zu den Qualitätsvorgaben, die beachtet werden müssen. Natürlich müssen für die Beachtung eines solchen Prozesses auch die strukturellen Voraussetzungen im betreffenden Krankenhaus gegeben sein.

Handlungsnotwendigkeiten gibt es aber natürlich nicht nur beim Thema Brustkrebs, sondern bei vielen Erkrankungen, für die der Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität nachgewiesen werden kann. Im letztjährigen Qualitätsmonitor haben wir den Zusammenhang breiter für die Krebschirurgie aufgezeigt. Hier gibt es nach wie vor in vielen Bereichen die Notwendigkeit, „Gelegenheitschirurgie“ zu verhindern. Einen solchen Fallzahleffekt findet man aber auch in vielen Leistungsbereichen jenseits der Krebsbehandlung, beispielsweise in der Endoprothetik, in der Herzinfarktbehandlung oder bei der Versorgung von Frühgeborenen.

Bevor nachfolgend Herr Prof. Rossi ausführlicher auf Letztere eingeht, möchte ich an dieser Stelle mit den Katheter-gestützten Herzklappenimplantationen, kurz TAVIs, noch auf ein Beispiel aus dem aktuellen Qualitätsmonitor zu sprechen kommen. Diese sind ein weiteres Thema für gebotene Zentralisierung der Versorgung.

Diese Eingriffe gewinnen immer mehr an Bedeutung. Sie wurden 2016 über 17.000 Mal an insgesamt 97 Kliniken durchgeführt. Dabei sind diese Aortenklappen-OPs zwar schon vergleichsweise stark zentralisiert. Bei einer durchschnittlichen Fallzahl von 176 pro Haus und einer Krankenhaussterblichkeit von 2,9 Prozent für diesen anspruchsvollen Eingriff zeigen sich aber auch deutliche Unterschiede

zwischen den Krankenhäusern. Etwa 30 Prozent der Häuser versorgen weniger als 100 Fälle pro Jahr. Zugleich zeigt sich, dass bei Häusern unter 100 Fällen die Zahl der Todesfälle im Vergleich zur erwarteten Zahl der Todesfälle um 46 Prozent erhöht ist. Die Kliniken mit mindestens 200 Eingriffen, unterschreiten die erwartete Zahl an Todesfällen um 32 Prozent. Diese aktuelle Analyse bestätigt damit den aus diversen wissenschaftlichen Studien der letzten Jahre bekannten Volume-Outcome-Zusammenhang. Der aktuelle Qualitätsmonitor bietet dazu eine gute Übersicht. Schon mit einer Fallzahlvorgabe von 100 könnte bei den TAVIs eine deutliche Senkung der Krankenhaussterblichkeit erreicht werden, noch besser sind Kliniken mit 200 Fällen. Für diese Zentralisierung spricht auch ein anderes Argument: Europäische Leitlinien zu Herzklappenerkrankungen von 2017 empfehlen die Durchführung von TAVIs nur an Zentren mit kardiologischer und herzchirurgischer Fachabteilung. Dieses Kriterium erfüllen aber nicht alle Kliniken, die den Eingriff in Deutschland durchführen.

Der Handlungsbedarf für die zügige Schaffung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung, in der Fallzahlen neben Struktur- und Prozessvorgaben eine zentrale Rolle spielen müssen, liegt mit den hier betrachteten Beispielen auf der Hand.

Die Ende Oktober veröffentlichten Klinikergebnisse für elf Indikatoren zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung sollten hier aber nicht falsch eingeordnet werden. Diese ersten Ergebnisse sind sinnvoll, aber zweifellos nur ein erster kleiner Schritt. Sie betreffen mit den erfassten wichtigen Versorgungsgebieten Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Mammachirurgie nur drei von 23 Leistungsbereichen der externen Qualitätssicherung, wobei diese 23 auch insgesamt die stationäre Versorgung nur zum Teil abbilden. Für die Mammachirurgie erfassen drei vorliegende Qualitätsindikatoren mindestens die Hälfte der Brustkrebspatientinnen per se nicht, da sie sich nicht auf sie beziehen. Für die anderen Patientinnen wird im Regelfall nur das Einhalten einer einzigen Anforderung zum Ablauf der Operation formuliert.

Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die eigentliche Agenda für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung angeht, sollte die Fallzahl neben Struktur- und Prozessvorgaben eine wichtige Rolle spielen. Wie wichtig das ist, zeigen die Beispiele Mammachirurgie und Aortenklappenimplantationen. Der Parameter Fallzahl ist gut begründet bei vielen Zertifizierungskonzepten, etwa denen der Deutschen Krebsgesellschaft, von zentraler Bedeutung. Da der Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität für viele Leistungsbereiche wissenschaftlich belegt ist, sollte es grundsätzlich kein Problem sein, zeitnah entsprechende Fallzahlvorgaben und begleitende Strukturvorgaben für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf den Weg zu bringen. Natürlich gilt es dabei auch, mit der qualitätsorientierten Krankenhausplanung das Versorgungsgeschehen zügig in der Breite aufzugreifen. Hierauf sollte man nicht viele Jahre warten müssen. Nicht vergessen darf man dabei den Blick auf die Landesebene. Generell sind vor allem auch die Länder gefordert, denn diese tragen die grundsätzliche Verantwortung für die Krankenhausplanung. Sie haben auch unabhängig von den auf der Bundesebene entstehenden Vorgaben die Möglichkeit, kurzfristig Fallzahl- und Strukturvorgaben auf der Landesebene zu machen. Sie könnten zum Beispiel unterbinden, dass Krankenhäuser Kleinstmengen in der Krebschirurgie von im Mittel unzureichender Qualität erbringen.

#### KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)