



---

## Pressekonferenz zur Vorstellung des Qualitätsmonitors 2018 am 23.11.2017, Berlin

### Inhalt der Pressemappe

- **Übersicht der Gesprächspartner**
- **Pressemitteilung**
- **Statement Prof. Dr. med. Thomas Mansky**  
Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin
- **Folien zum Statement Prof. Dr. med. Thomas Mansky**
- **Statement Dr. med. Simone Wesselmann**  
Bereichsleiterin Zertifizierung bei der Deutschen Krebsgesellschaft
- **Folien zum Statement Dr. med. Simone Wesselmann**
- **Statement Martin Litsch**  
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes
- **Statement Prof. Dr. med. Ralf Kuhlen**  
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM)
- **Statement Ulf Fink**  
Senator a. D., Vorstandsvorsitzender von Gesundheitsstadt Berlin e. V.
- **Grafiken zum Qualitätsmonitor 2018**

Das Material der Pressemappe steht Ihnen  
auch online zur Verfügung: [aok-presse.de](http://aok-presse.de)

#### KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 23 09 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)



Pressekonferenz zur Vorstellung  
des Qualitätsmonitors 2018  
am 23.11.2017, Berlin

## Ihre Gesprächspartner:



**Prof. Dr. med. Thomas Mansky**

Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und  
Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der  
Technischen Universität Berlin



**Dr. med. Simone Wesselmann**

Bereichsleiterin Zertifizierung bei der Deutschen  
Krebsgesellschaft



**Martin Litsch**

Vorstandsvorsitzender  
des AOK-Bundesverbandes



**Prof. Dr. med. Ralf Kuhlen**

Vorsitzender des Wissenschaftlichen  
Beirats der Initiative Qualitätsmedizin  
e.V. (IQM)



**Ulf Fink**

Senator a.D., Vorstandsvorsitzender  
von Gesundheitsstadt Berlin



Pressekonferenz zur Vorstellung  
des Qualitätsmonitors 2018  
am 23.11.2017, Berlin

## Qualitätsmonitor: Viele vermeidbare Todesfälle durch „Gelegenheitschirurgie“ bei Krebs-OPs

Berlin. Viele Patienten in Deutschland sterben zu früh, weil sie in Kliniken operiert werden, die zu wenig Erfahrung mit komplizierten Krebs-OPs haben. So könnte allein die Zahl der Todesfälle infolge von Lungenkrebs-Operationen durch die Einführung einer rein rechnerisch ermittelten Mindestmenge von 108 Eingriffen pro Jahr um etwa ein Fünftel sinken – von 361 auf 287 Todesfälle pro Jahr. Das zeigt eine Analyse auf Basis der Krankenhaus-Abrechnungsdaten für den Qualitätsmonitor 2018 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), des Vereins Gesundheitsstadt Berlin und der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei anderen Krebs-Indikationen wie Speiseröhren-Krebs, Bauchspeicheldrüsen-Krebs sowie Blasen- und Darmkrebs.

„In Deutschland gibt es immer noch viel zu viele Kliniken, die nur hin und wieder mal eine komplizierte Krebs-Operation durchführen“, sagt Prof. Thomas Mansky, Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Technischen Universität (TU) Berlin und einer der Autoren des Qualitätsmonitors. Als Beispiel nennt Mansky die Operationen zur teilweisen Entfernung der Lunge, die bei Lungenkrebs-Patienten in vielen Fällen erforderlich ist: Ein Fünftel der Patienten wird nach den Untersuchungen einer TU-Arbeitsgruppe in insgesamt 260 Kliniken behandelt, die im Durchschnitt nur fünf dieser OPs pro Jahr durchführen. „Es ist sehr wahrscheinlich, dass in diesen Kliniken die nötige Operationsroutine und die für eine adäquate Gesamtbetreuung notwendige Spezialisierung nicht vorhanden sein können“, so Mansky.

### AOK fordert neue Mindestmengen für Krebs-OPs

Diese „Gelegenheitschirurgie“ sei nicht akzeptabel, kritisiert Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. „Das Problem lässt sich nur durch die Einführung und konsequente Durchsetzung von OP-Mindestmengen in den Griff bekommen“, so Litsch. Die AOK werde daher die Forderung nach Einführung von Mindestmengen für komplizierte OPs bei Lungenkrebs und Brustkrebs in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einbringen. Im Falle von Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsen-Krebs setze man sich für eine Erhöhung der bestehenden Mindestmen-

gen ein. Außerdem erhöht die AOK den Druck auf die Kliniken zur konsequenten Umsetzung der bestehenden Mindestmengen: „Krankenhäuser, die die Vorgaben nicht einhalten und bei denen kein Ausnahmetatbestand vorliegt, erhalten von der AOK im Sinne der Patientensicherheit keine Vergütung mehr für diese Eingriffe“, so Litsch.

Die Einführung einer neuen Mindestmenge für Lungenkrebs-OPs unterstützt Simone Wesselmann, Bereichsleiterin Zertifizierung bei der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und Autorin des Qualitätsmonitors: „Mit den 49 von der DKG zertifizierten Lungenkrebszentren haben wir nahezu alle Kliniken erfasst, die die Vorgaben für unsere Zertifizierung erfüllen können“, betont Wesselmann. Das Problem seien die vielen Kliniken am anderen Ende des Spektrums: „Das sind in der Regel allgemeinchirurgische Abteilungen, die nur gelegentlich Thoraxchirurgie betreiben.“ Die Lungenkrebszentren der DKG müssten dagegen eine Mindestzahl von 75 Lungenkrebs-OPs pro Jahr durchführen und darüber hinaus eine Reihe von Qualitätskriterien erfüllen, die jährlich überprüft würden.

In diesen Lungenkrebszentren sind die Sterblichkeitsraten der Patienten deutlich niedriger als in Krankenhäusern, die den Eingriff seltener durchführen: Eine Auswertung auf Basis der Krankenhaus-Abrechnungsdaten von 2015 zeigt in Kliniken mit mehr als 75 Lungenkrebs-Operationen pro Jahr eine Sterblichkeitsrate von nur 2,5 Prozent, während sie in den Kliniken mit weniger OPs pro Jahr bei 4,1 Prozent liegt.

## **Regionale Unterschiede bei Zentralisierung**

Der Qualitätsmonitor zeigt bei der Zentralisierung der Lungenchirurgie deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern: Nach einer Auswertung der Qualitätsberichte 2015 der deutschen Krankenhäuser ist der Anteil von Patienten, die in Kliniken mit weniger als 75 anatomischen Lungenresektionen pro Jahr behandelt werden, in Mecklenburg-Vorpommern mit 75 Prozent besonders hoch. Am niedrigsten ist er dagegen in Berlin mit drei Prozent. Besonders viele Kliniken mit unter 75 OPs pro Jahr gibt es in Nordrhein-Westfalen (90 Kliniken) und Bayern (60 Kliniken). „Offenbar gibt es bei diesem Thema in vielen Ländern noch erheblichen Handlungsbedarf“, sagt Thomas Mansky.

Die Durchsetzung von Mindestmengen und Zentralisierung von Leistungen sei für Kliniken nicht einfach und ein „schmerzhafter Prozess“, der aber angesichts der eindeutigen Datenlage „absolut folgerichtig“ sei, betont Prof. Ralf Kuhlen, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Viele der 410 IQM-Kliniken, die sich freiwillig für mehr Versorgungsqualität engagieren, seien die Themen Mindestmengen und Zentrenbildung schon lange vor der Ankündigung regulatorischer Eingriffe angegangen. Bei der Weiterentwicklung der IQM-Qualitätsindikatoren habe man Informationen über Mindestfallzahlen, die Breite des Leistungsangebotes und die Leistungsmengen berücksichtigt.

### **Qualitätsmonitor als „Werkzeugkasten“ für Planer**

Der Qualitätsmonitor 2018 liefert für sechs ausgewählte Krankheitsbilder und Behandlungen detaillierte Daten zu Fallzahlen und Qualitätskennzahlen der deutschen Krankenhäuser. Neben den Lungenkrebs-OPs stehen in diesem Jahr die Versorgung von Frühgeborenen, die Geburtshilfe sowie die Implantation von Knie- und Hüftgelenks-Endoprothesen im Fokus. „In einer Klinikliste werden die Ergebnisse von insgesamt 1.352 Krankenhäusern bundesweit dargestellt, in denen 2014 und 2015 eine dieser Behandlungen dokumentiert worden ist“, sagt Ulf Fink, ehemaliger Berliner Gesundheitssenator und Vorstandsvorsitzender von Gesundheitsstadt Berlin. „Die Krankenhausplaner der Länder bekommen mit dem Qualitätsmonitor einen hilfreichen Werkzeugkasten in die Hand.“ Neben Ländervergleichen und der Liste mit den Klinikergebnissen enthält das Buch auch eine Reihe von Fachbeiträgen zu einzelnen Krankheitsbildern aus der Liste, zur Umsetzung der Qualitätsziele des Krankenhausstrukturgesetzes sowie zu weiteren Themen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements im Krankenhaus.

#### **KONTAKT UND INFORMATION**

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 23 09 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)



Pressekonferenz zur Vorstellung  
des Qualitätsmonitors 2018  
am 23.11.2017, Berlin

## **Statement von Prof. Dr. med. Thomas Mansky**

### **Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin**

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Qualitätsmonitor wollen wir auch in diesem Jahr wieder ausgewählte Themen zur aktuellen Versorgungssituation in den deutschen Kliniken beleuchten. Dazu haben wir die vorhandenen Datenquellen ausgewertet und die Ergebnisse aufbereitet – aggregiert auf der Landesebene, aber auch in einer Liste für jede einzelne Klinik.

Die krankenhausbezogene Liste mit dem Titel „Krankenhausmonitor“ am Ende des Buches enthält unter anderem die Fallzahlen, aus denen Patienten und einweisende Ärzte ablesen können, wie viel Erfahrung eine Klinik mit einem Eingriff hat. Damit der Leser die Fallzahl beurteilen kann, werden die Fallzahlbereiche (niedrig, mittel, hoch) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt farblich markiert. Der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit bestimmter OPs in einem Krankenhaus und dem Ergebnis der Behandlung ist mittlerweile in vielen internationalen Studien beschrieben worden.

Unser Fokus soll hier in diesem Jahr auf der Versorgung von Krebspatienten liegen. Lassen Sie mich daher zu Beginn ganz kurz zum Qualitätsmonitor 2017 zurückspringen, den wir im vergangenen Jahr vorgestellt haben: Wir haben dort einen Schwerpunkt auf die Brustkrebs-OPs gelegt und konnten unter anderem zeigen, dass in dem Viertel der Kliniken mit den geringsten Fallzahlen weniger als acht Fälle pro Jahr operiert werden – und das, obwohl es sich hier um einen planbaren und damit leicht zentralisierbaren Eingriff handelt, für den die Fachgesellschaften weit höhere Mindestfallzahlen fordern (Folie 2). Außerdem konnten wir belegen, dass Kliniken mit wenigen Brustkrebs-Operationen die Ziele der gesetzlichen Qualitätssicherung häufiger verfehlen. In diesem Jahr wollen wir Operationen bei weiteren Krebserkrankungen beleuchten: Darmkrebs, Blasenkrebs, Speiseröhrenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs und Lungenkrebs.

## Methodisches Vorgehen

Zunächst haben wir uns anhand einer unabhängig durchgeführten Studie unseres Fachgebiets an der TU Berlin in Bezug auf diese fünf Krebs-Operationen die Fallzahlverteilung angeschaut. Eine Darstellung wesentlicher Ergebnisse dieser Studie ist auch im Qualitätsmonitor enthalten. Wir haben die Gesamtzahl der Patienten nach Behandlungshäufigkeit der Kliniken auf fünf Gruppen mit annähernd gleicher Fallzahl verteilt. Dabei zeigt die untere Gruppe die Behandlungsergebnisse des Fünftels der Patienten, die in den Kliniken mit der niedrigsten Fallzahl behandelt wurden. Die obere zeigt entsprechend die Ergebnisse des Fünftels, das in den Kliniken mit der höchsten Fallzahl behandelt wurde.

Für die Ergebnisanalyse haben wir auf Basis der vollständigen deutschen Krankenhausabrechnungen von 2009 bis 2014 für insgesamt 25 Behandlungen ausgewertet, ob ein Zusammenhang zwischen Fallzahl und Krankenhaussterblichkeit festzustellen ist. Die Sterblichkeit wurde herangezogen, weil sie sozusagen das „härteste Ergebnis“ zur Feststellung der Qualität ist. Der Anteil der Todesfälle nach einer OP bildet quasi die „Spitze des Eisbergs“ der möglichen Komplikationen und negativen Folgen einer OP. Für 20 Eingriffsarten, darunter die fünf hier gezeigten Krebs-Operationen, konnten wir einen Zusammenhang von Fallzahl und Sterblichkeit der Patienten nachweisen.

In einem weiteren Schritt haben wir berechnet, welche Fallzahl die Krankenhäuser für diese Behandlungen mindestens erreichen müssten, damit das Sterblichkeitsrisiko für die Patienten geringer ausfällt als im bundesweiten Durchschnitt aller deutschen Kliniken. Diesen Schwellenwert haben wir genutzt um zu schätzen, wie viele Todesfälle pro Jahr vermieden werden könnten, wenn entsprechende Mindestmengen eingeführt würden. Es handelt sich also um rein rechnerisch ermittelte Mindestmengen, die die Effekte einer moderaten Zentralisierung transparent machen.

## Ergebnisse: Fallzahlverteilung und potenziell vermeidbare Todesfälle

Die Verteilung der Fälle über die Kliniken ist bei allen betrachteten Krebs-OPs ähnlich ernüchternd wie bei der Indikation Brustkrebs: Es zeigt sich, dass es in Deutschland immer noch viel zu viele Kliniken gibt, die nur hin und wieder eine dieser komplizierten Krebs-OPs durchführen. Beispiel Darmkrebs: Hier wurde ein Fünftel der Patienten in insgesamt 492 Kliniken behandelt, die im Durchschnitt nur 23 dieser OPs pro Jahr durchführen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass in diesen Kliniken die nötige Operationsroutine und die für eine adäquate Gesamtbetreuung notwendige Spezialisierung nicht vorhanden sein können (Folie 5).

Dies hat Konsequenzen für die Patienten: In den bundesweit insgesamt 492 Kliniken, die die wenigsten Darmkrebs-Fälle pro Jahr operieren (im Durchschnitt – genauer Median – 23 Fälle pro Jahr), lag das Risiko, infolge einer solchen OP zu sterben, um 59 Prozent höher als in den 71 Kliniken mit den meisten OPs (durchschnittliche Fallzahl hier: 141). Wenn man für Darmkrebs-OPs die rechnerisch ermittelte Mindestmenge von 82 OPs einführen würde, könnte man die mittlere Sterblichkeit in Deutschland (relativ) um 8,6 Prozent verringern. Das entspräche im statistischen Mittel 280 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei anderen Krebs-Indikationen (Folien 6 bis 9). Hier liegen die Fallzahlen allerdings deutlich niedriger als beim Darmkrebs, weil diese Eingriffe seltener vorkommen. Bei Bauchspeicheldrüsenkrebs und Speiseröhrenkrebs ist der relative Anteil der vermeidbaren Todesfälle, die auf Basis der „rechnerischen Mindestmenge“ ermittelt wurde, mit etwa 25 Prozent besonders hoch. So ließen sich durch eine Mindestmenge von 22 OPs pro Jahr zum Beispiel beim Speiseröhrenkrebs 25,4 Prozent der Todesfälle infolge der OP vermeiden. Das entspräche 65 Patienten pro Jahr (Folie 7). Und ebenfalls knapp ein Viertel (24,5 Prozent) ergibt sich beim Bauchspeicheldrüsenkrebs. Hier hätten im statistischen Mittel 124 Todesfälle pro Jahr vermieden werden können, wenn alle Patienten in einer Klinik mit mindestens 29 OPs pro Jahr behandelt worden wären (Folie 8).

## **Ergebnisse zu Lungenkrebs-Operationen**

Einen genaueren Blick haben wir auf die Lungenkrebs-Operationen geworfen (Folie 9). Hier zeigt sich bei der Fallverteilung das gleiche Bild wie bei den anderen Krebs-OPs: Ein Fünftel der Patienten wird in insgesamt 260 Kliniken behandelt, die im Durchschnitt nur fünf dieser OPs pro Jahr durchführen. Zum Vergleich: Die Deutsche Krebsgesellschaft fordert als Voraussetzung für die Zertifizierung von Lungenkrebszentren eine Mindestzahl von 75 Operationen pro Jahr. Der Anteil der deutschen Kliniken, die diese OP-Zahl bei den anatomischen Lungenresektionen erreichen, liegt bei unter 20 Prozent.

Welche Auswirkungen eine Zentralisierung dieser Eingriffe hätte, zeigt die Auswertung auf Basis unserer rechnerisch ermittelten Mindestmenge, die bei 108 Eingriffen pro Jahr liegt: Bei Einführung einer solchen Mindestmenge könnte die Zahl der Todesfälle um etwa ein Fünftel sinken – von 361 auf 287 Todesfälle pro Jahr.

Wir haben uns zusätzlich auch die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern bei einer möglichen Zentralisierung der Thoraxchirurgie angeschaut (Folie 11). Basis für diese Auswertung waren die Qualitätsberichte 2015 der deutschen Krankenhäuser. Es zeigt sich, dass der Anteil der Patienten, die in Kliniken mit mehr als 75 anatomischen Lungenresektionen pro Jahr behandelt werden, in Berlin mit 97 Prozent besonders hoch ist. In Mecklenburg-Vorpommern wird dagegen nur ein Viertel der Patienten (25 Prozent) in solchen Krankenhäusern behandelt. Besonders viele Kliniken mit unter 75 anatomischen Lungenresektionen pro Jahr gibt es in Nordrhein-Westfalen (90 Kliniken) und Bayern (60 Kliniken). Offenbar gibt es bei diesem Thema in vielen Ländern noch erheblichen Handlungsbedarf.

## **Fazit**

Die Auswertungen des Qualitätsmonitors zeigen: In Deutschland werden zu viele komplizierte Krebs-Operationen in Kliniken durchgeführt, die dafür in der Regel aufgrund zu niedriger Fallzahlen keine ausreichende Qualifikation haben können. Die Auswirkungen für die Patienten zeigen sich in den Unterschieden bei den Sterblichkeitsraten. Hier sind strukturpolitische Maßnahmen wie Mindestmengen erforderlich, um Krankenhaus-Abteilungen, die solche Fälle nur gelegentlich operieren, im Interesse der Patientensicherheit aus der Versorgung auszuschließen. Schließlich handelt es sich hier um planbare Eingriffe und nicht um Notfälle.

Für OPs wegen Speiseröhrenkrebs und Bauchspeicheldrüsenkrebs gibt es bereits Mindestmengen – aber sie liegen mit 10 Eingriffen pro Jahr auch im internationalen Vergleich sehr niedrig und sollten erhöht werden. Dies legen auch die von uns errechneten Schwellenwerte nahe.

Die regionale Auswertung zu den Lungenkrebs-OPs zeigt, dass die Unterschiede zwischen den Bundesländern erheblich sind. Hier sind die Krankenhausplaner in den Ländern gefordert, eine Verbesserung ihrer Versorgungsstrukturen sicherzustellen. Der Qualitätsmonitor 2018 enthält eine Reihe von Anregungen, bei welchen Themen man hier ansetzen und die Behandlungsqualität für die Patienten unmittelbar verbessern könnte.

## KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 23 09 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)



# Qualitätsmonitor 2018

## Stationäre Versorgungsstruktur ausgewählter Behandlungsanlässe in Deutschland

Prof. Dr. Thomas Mansky, TU Berlin

Dr. Dagmar Drogan, WIdO

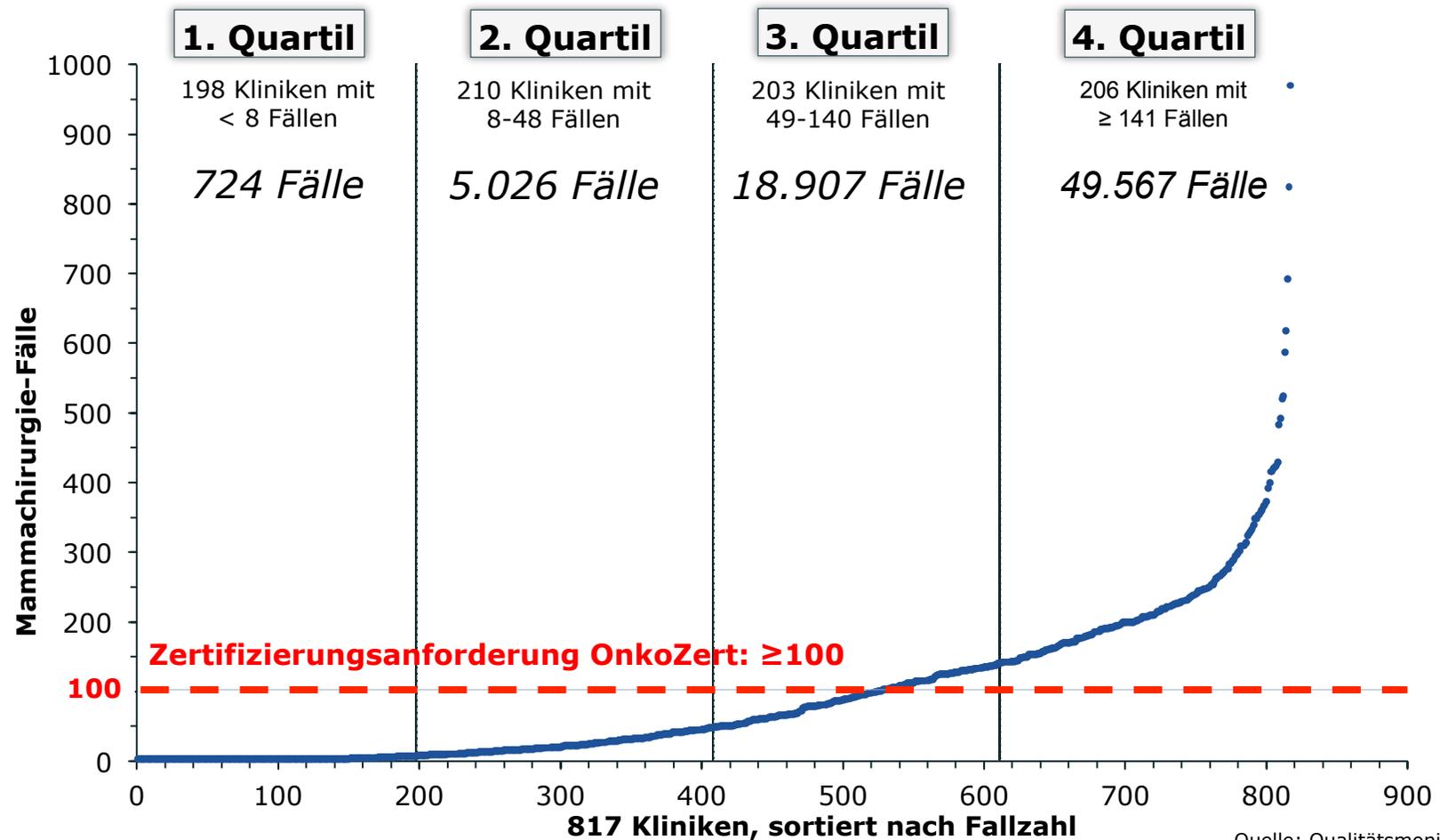
Ulrike Nimptsch, TU Berlin

Christian Günster, WIdO

Pressekonferenz am 23. November 2017

# Mammachirurgie – Fallverteilung über behandelnde Kliniken

Ein Viertel aller Kliniken, die im Jahr 2014 Brustkrebs-OPs durchführten, behandelten weniger als 8 Fälle.



Quelle: Qualitätsmonitor 2017

## Studie: Methodisches Vorgehen

- **Empirische Bewertung des Volume-Outcome-Zusammenhanges für 25 Behandlungsanlässe (signifikanter Zusammenhang bei 20 Behandlungsanlässen)**
- **Basis: Auswertung der Krankenhaus-Abrechnungsdaten (DRG-Statistik) für die Jahre 2009-2014**
- **Annahme: Es verbleiben nur Kliniken, deren erwartete Sterblichkeit unter der Sterblichkeit im Bund liegt (keine Bestwerte)**
- **Der berechnete Schwellenwert („rechnerische Mindestmenge“) zeigt somit die Effekte einer moderaten Zentralisierung**

Quelle: Nimptsch & Mansky, BMJ Open 2017. Qualitätsmonitor 2018

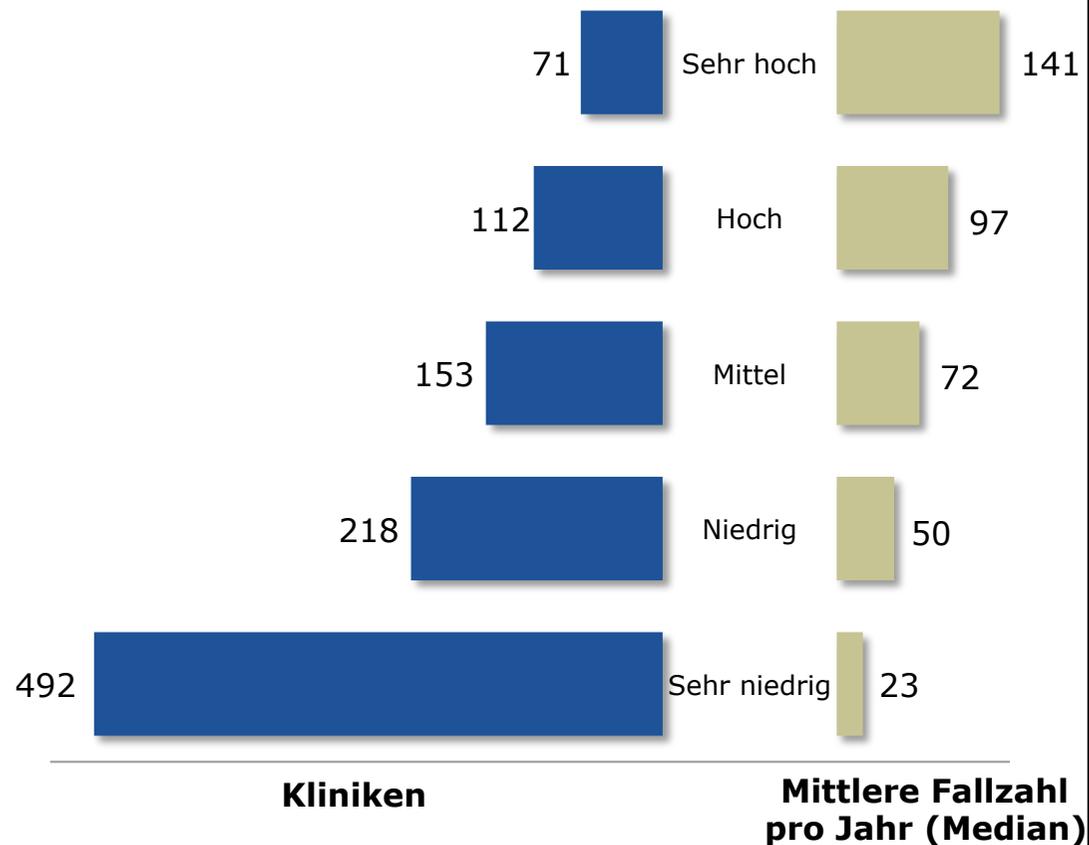
## Fall- und Krankenhauszahlen in der onkologischen Chirurgie (2009-2014)

Operation \ Fallzahl		Sehr niedrig	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch
<b>Darmkrebs</b>	Patienten	66.058	66.089	66.119	66.185	66.451
	Kliniken	492	218	153	112	71
<b>Blasenkrebs</b>	Patienten	8.706	8.702	8.761	8.734	8.832
	Kliniken	177	78	56	39	24
<b>Krebs der Bauchspeicheldrüse</b>	Patienten	6.886	6.915	6.880	6.854	7.020
	Kliniken	322	117	71	41	17
<b>Krebs der Speiseröhre</b>	Patienten	3.625	3.625	3.639	3.550	3.769
	Kliniken	228	71	43	23	10
<b>Lungenkrebs</b>	Patienten	14.655	14.766	14.626	14.872	15.064
	Kliniken	260	48	27	17	9

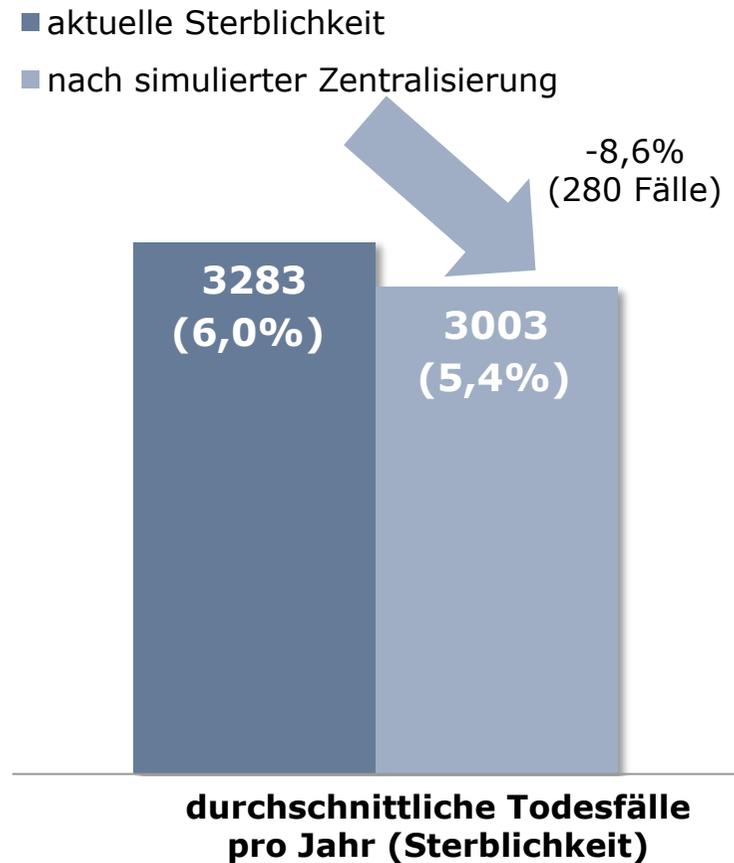
# Darmkrebs-Operationen (2009-2014)

## Kliniken und jährliche Fallzahl

(Ø 55.150 Fälle pro Jahr)



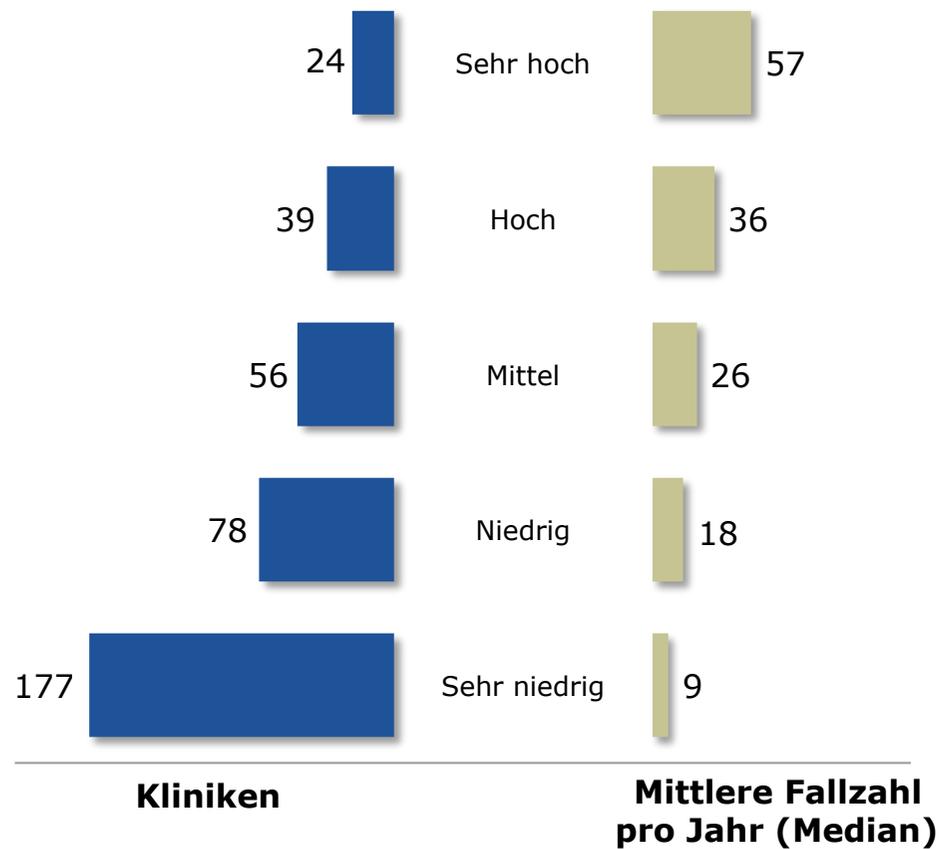
## Sterblichkeitsrückgang bei rechnerischer Mindestmenge von 82 OPs



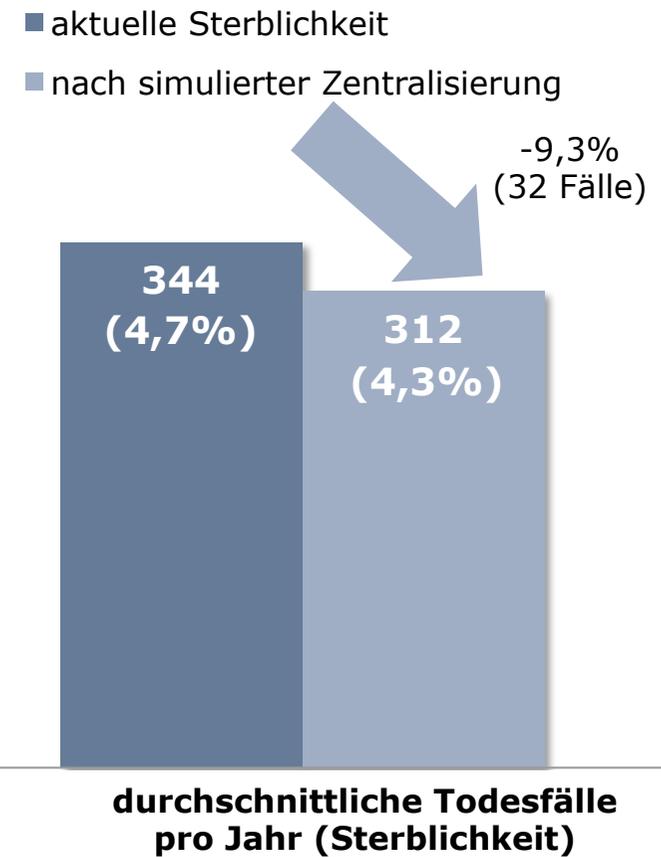
# Blasenkrebs-Operationen (2009-2014)

## Kliniken und jährliche Fallzahl

(Ø 7.289 Fälle pro Jahr)



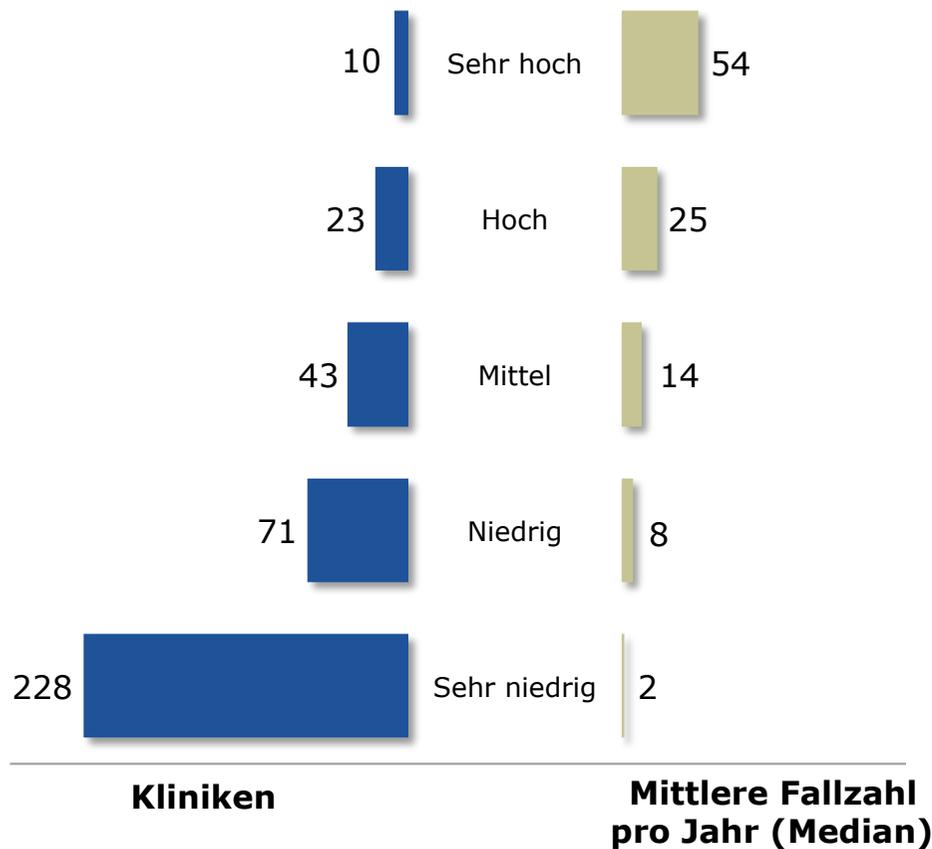
## Sterblichkeitsrückgang bei rechnerischer Mindestmenge von 31 OPs



# Speiseröhrenkrebs-Operationen (2009-2014)

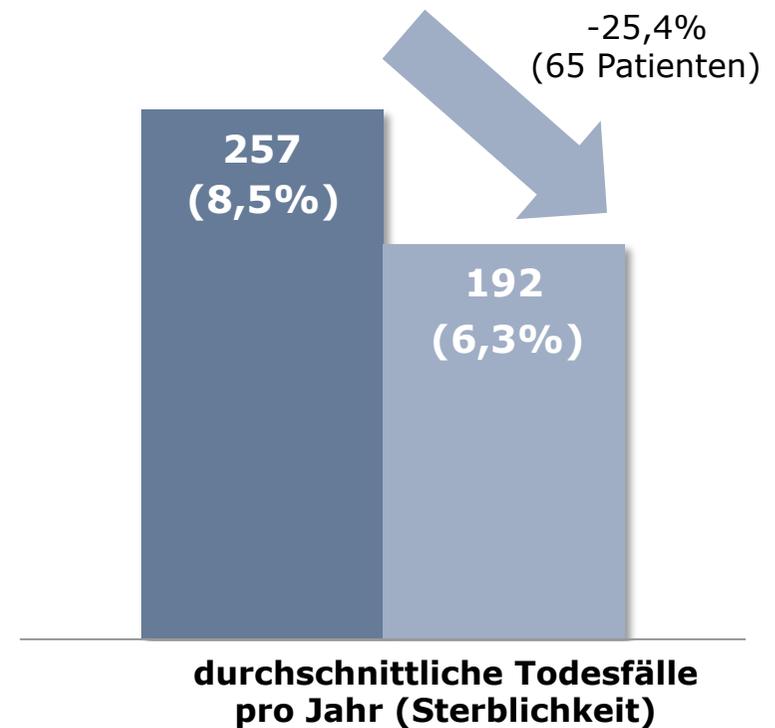
## Kliniken und jährliche Fallzahl

(Ø 3.035 Fälle pro Jahr)



## Sterblichkeitsrückgang bei rechnerischer Mindestmenge von 22 OPs

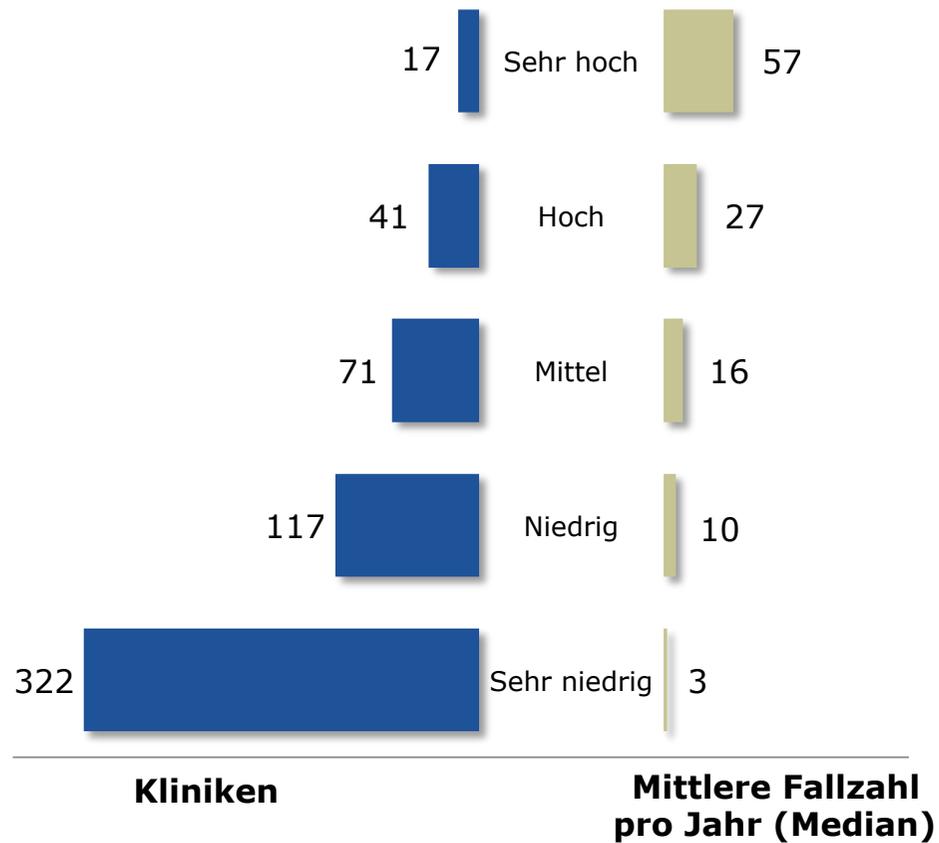
- aktuelle Sterblichkeit
- nach simulierter Zentralisierung



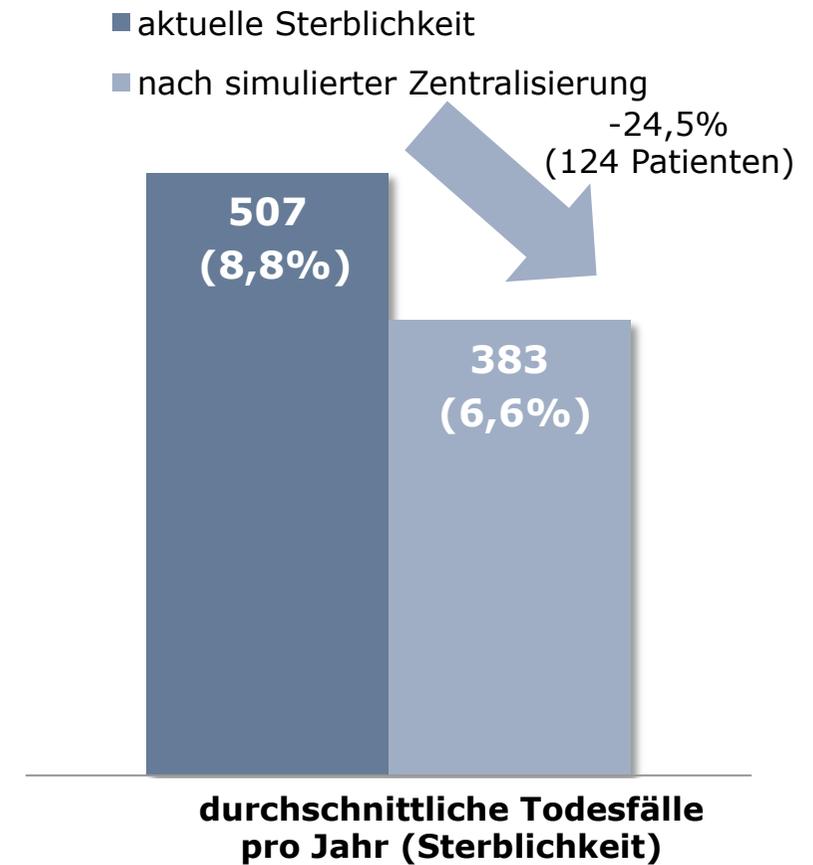
# Bauchspeicheldrüsenkrebs-Operationen (2009-2014)

## Kliniken und jährliche Fallzahl

(Ø 5.759 Fälle pro Jahr)



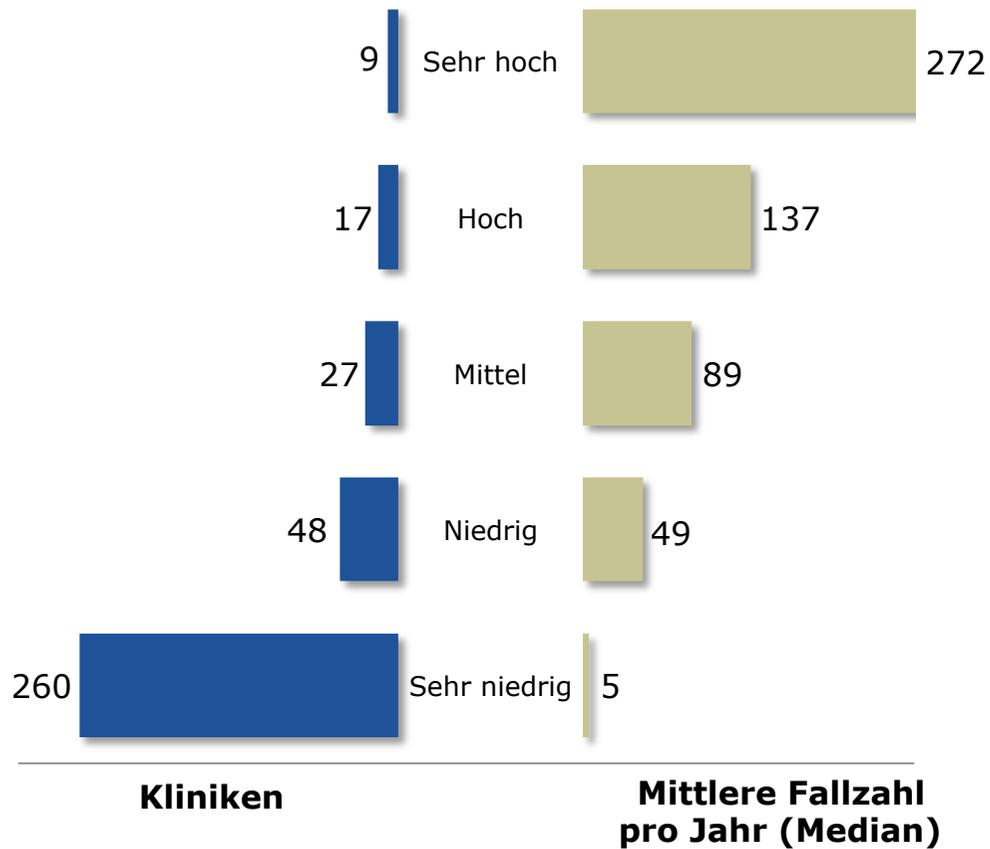
## Sterblichkeitsrückgang bei rechnerischer Mindestmenge von 29 OPs



# Lungenkrebs-Operationen (2009-2014)

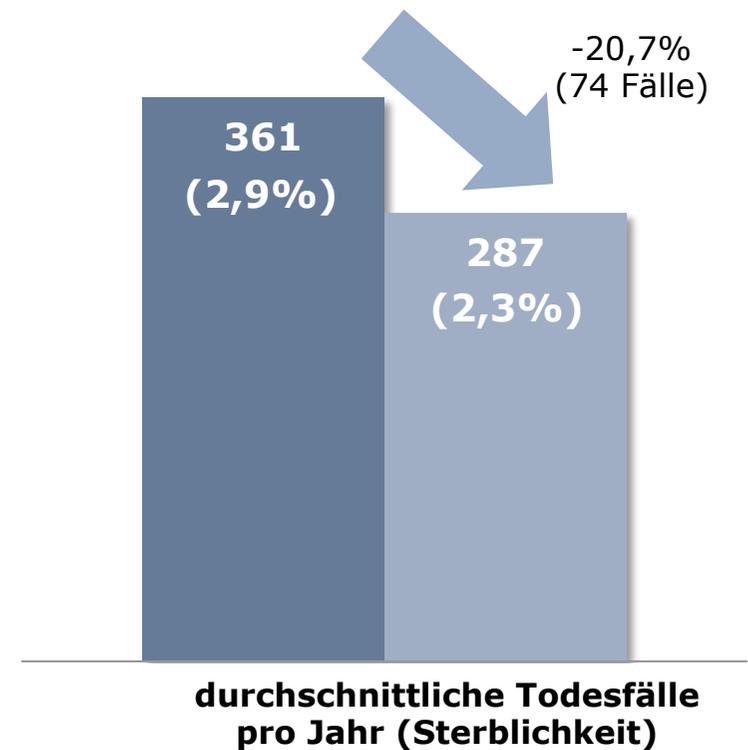
## Kliniken und jährliche Fallzahl

(Ø 12.331 Fälle pro Jahr)



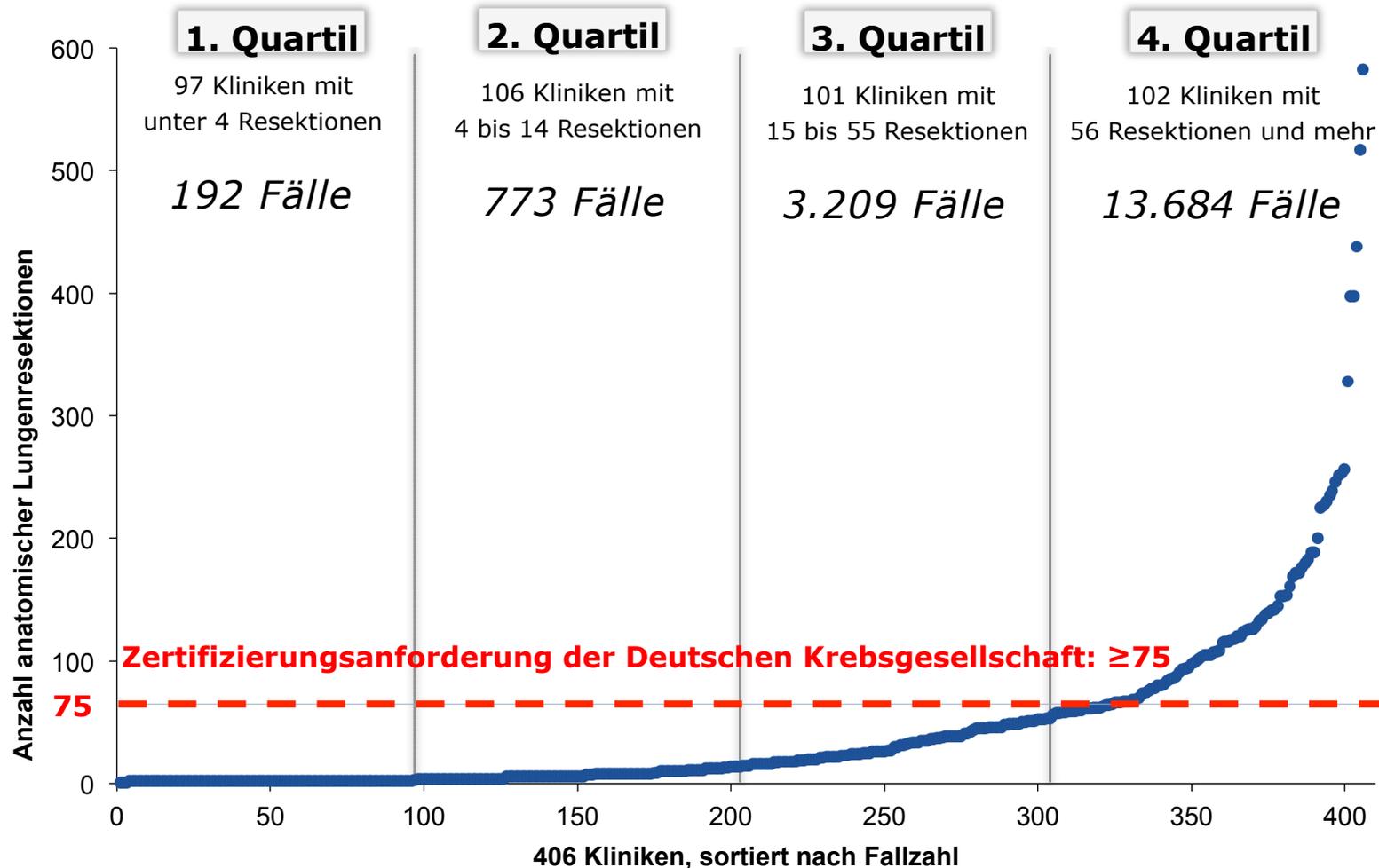
## Sterblichkeitsrückgang bei rechnerischer Mindestmenge von 108 OPs

- aktuelle Sterblichkeit
- nach simulierter Zentralisierung

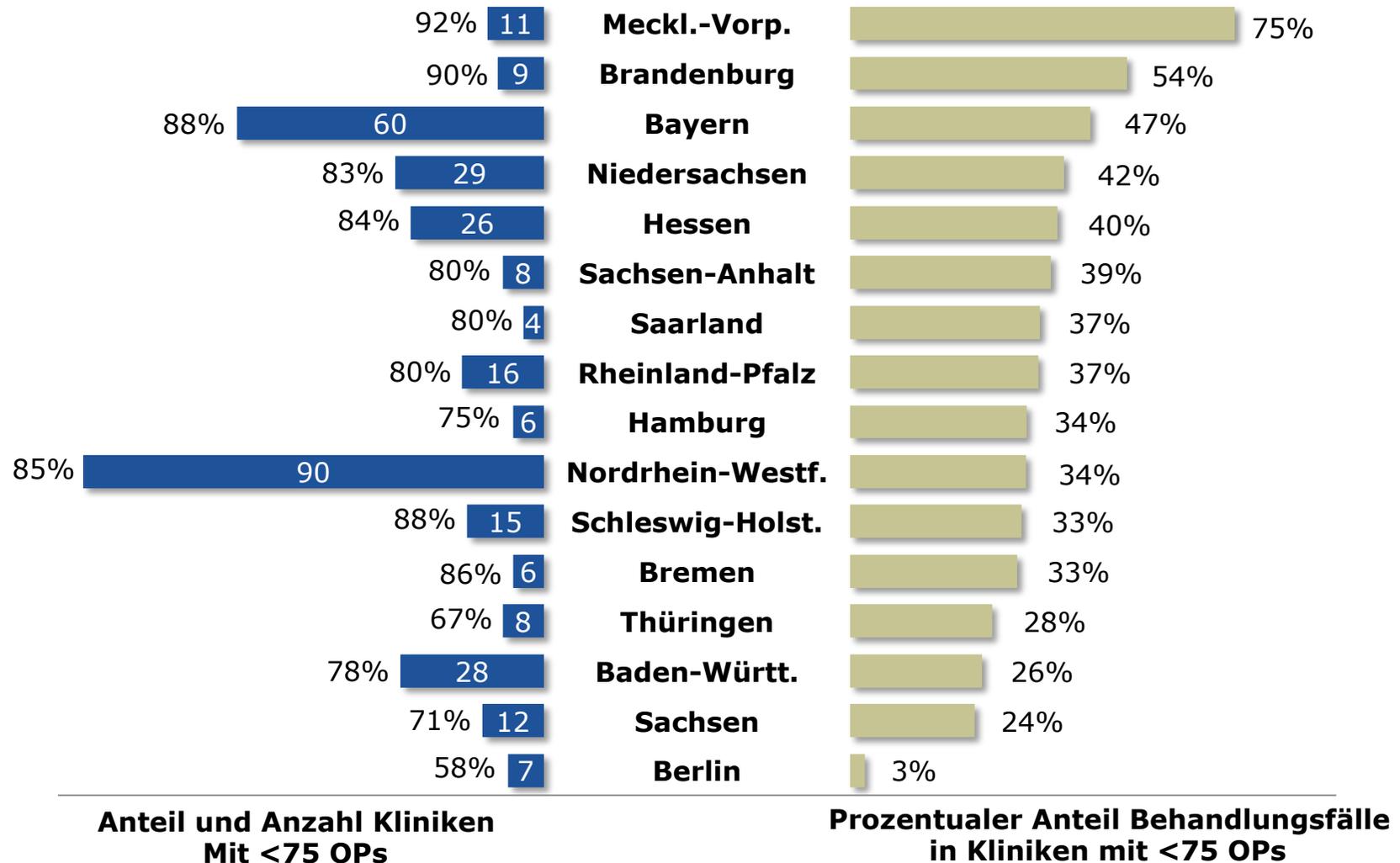


# Verteilung anatomischer Lungenresektionen über behandelnde Kliniken

Der Anteil der Kliniken mit  $\geq 75$  Resektionen lag 2015 unter 20 Prozent.



## Kliniken mit <75 anatomischen Lungenresektionen pro Jahr und deren Behandlungsfälle



## Fazit

- **Es gibt in Deutschland immer noch viel zu viele Kliniken, die komplizierte Krebs-OPs nur hin und wieder durchführen.**
- **Dies hat Auswirkungen für die Patienten, insbesondere in Form von zu hohen Sterblichkeitsraten.**
- **Eine stärkere Zentralisierung der Versorgung ist notwendig.**
- **Die berechneten Schwellenwerte sowie internationale Erfahrungen legen nahe, dass die bisherigen OP-Mindestmengen bei Speiseröhrenkrebs und Bauchspeicheldrüsenkrebs erhöht werden sollten.**
- **Ferner sind neue Mindestmengen für weitere Tumorarten und andere Behandlungen erforderlich.**
- **Die regionale Auswertung zu den Lungenkrebs-OPs zeigt, dass die Unterschiede zwischen den Ländern erheblich sind. Hier sind die Krankenhausplaner in den Bundesländern gefordert.**

## Verwendete Materialien

- **Nimptsch & Mansky, Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. BMJ Open 2017**  
<http://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e016184.long>
- **OnkoZert:** <http://www.onkozert.de/index.htm>
- **Qualitätsmonitor 2017:** <http://www.wido.de/qualitaetsmonitor.html>
- **Qualitätsmonitor 2018:** <http://www.wido.de/qualitaetsmonitor.html>



Pressekonferenz zur Vorstellung  
des Qualitätsmonitors 2018  
am 23.11.2017, Berlin

## **Statement von Dr. med. Simone Wesselmann** **Bereichsleiterin Zertifizierung bei der Deutschen Krebsgesellschaft**

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft haben das Ziel, für die betroffenen Patienten eine qualitätsgesicherte Behandlung zu gewährleisten, die alle Phasen und alle Bereiche der onkologischen Erkrankung umfasst. Die Qualität der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit der Behandlungspartner wird jährlich in Audits vor Ort überprüft und in Jahresberichten veröffentlicht [1]. Neben dem Erfüllen von Mindestanforderungen wie zum Beispiel an die Anzahl der durchgeführten Behandlungen, ist ein weiteres wichtiges Element der Zertifizierung die Durchführung von Tumorkonferenzen. In diesen werden Behandlungspläne für die Patienten erstellt, in die die umfassende Expertise aller Beteiligten und die aktuellsten Leitlinien einfließen. Die Zertifizierung eines Zentrums durch die Deutsche Krebsgesellschaft stellt somit ein Vertrauen gebendes Qualitätssiegel dar, das den Patienten eine Orientierungshilfe bietet und ihnen die Sicherheit gibt, dass in dem entsprechenden Zentrum hohe Qualitätsmaßstäbe erfüllt werden. Die positiven Effekte für das längere Überleben der Patienten, die in Zentren behandelt wurden, sind unter anderem für Brust- und Darmkrebszentren veröffentlicht [2,3].

Für den Qualitätsmonitor 2018 wurde nun auch für die Patienten mit Lungenkrebs auf Basis des DRG-Datensatzes nach § 21 KHEntgG eine umfassende Analyse erstellt, die den bereits durch zahlreiche internationale Publikationen belegten, signifikanten Zusammenhang zwischen höherer Fallzahl und niedrigerer postoperativer Sterblichkeit – als Surrogatparameter für die Ergebnisqualität – untersucht. Die Datenauswertung zeigt, dass im Jahr 2015 in Deutschland an 318 Kliniken 11.614 Patienten mit Lungenkrebs in kurativer Absicht operiert wurden. Die Verteilung der Operationen auf die Krankenhäuser war dabei jedoch sehr unterschiedlich: 271 Kliniken haben jeweils weniger als 76 dieser Operationen pro Jahr durchgeführt und insgesamt lediglich 4.984 der 11.614 Eingriffe. Der größte Anteil der Operationen, nämlich 6.630, wurde durch lediglich 47 Kliniken erbracht, die mehr als 75

kurative Eingriffe pro Jahr bei Lungenkrebs durchführen. Die Krankenhaussterblichkeit in den 318 Kliniken zeigte hingegen ein umgekehrtes Bild: Die Kliniken mit wenigen Operationen ( $\leq 75$  Eingriffe/Jahr) hatten eine deutlich höhere Rate an postoperativ verstorbenen Patienten mit Lungenkarzinom (4,1%). Dagegen war die Rate in Krankenhäusern mit hoher Fallzahl ( $>75$ ) um 39% geringer, nämlich bei 2,5%.

Bei schwierigen Operationen eignet sich die Krankenhaussterblichkeit sehr gut, um die chirurgische Ergebnisqualität sicher abzubilden. Die operative Therapie ist jedoch nur ein, wenn auch sehr wichtiger Teil der onkologischen Behandlung von Patienten mit Lungenkrebs. Gegenwärtig entwickeln sich die diagnostischen Verfahren für eine frühe Diagnose des Lungenkarzinoms schnell weiter und damit auch die Möglichkeiten für eine frühere und damit eher kurativ durchgeführte Operation. Darüber hinaus ermöglichen die neuen Systemtherapien längere Lebenszeiten nach der Diagnose, was vor einiger Zeit nicht vorauszusehen war. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass nicht nur die Qualität der operativen Therapie kritisch betrachtet wird, sondern auch jeder andere Schritt in der diagnostischen und therapeutischen Behandlungskette. In den aktuell 49 zertifizierten Lungenkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft wird diese Anforderung umgesetzt, indem die Qualität der gesamten Behandlungskette jährlich überprüft wird.

Die Auswertungen der DRG-Daten über den Zusammenhang zwischen Anzahl der Operationen und Krankenhaussterblichkeit bei Lungenkrebs machen ein Problem offensichtlich, das allein mit der Qualitätssicherung durch Zertifizierung nicht gelöst werden kann. 2015 waren bereits 42 der 47 Kliniken, die mehr als 75 kurative Resektionen pro Jahr durchgeführt und damit gleichzeitig deutlich niedrigere Krankenhaussterblichkeitsraten hatten, zertifiziert. Die Kliniken mit kleinen OP-Aufkommen haben jedoch eine schlechtere Ergebnisqualität, bezogen auf die Krankenhaussterblichkeit. Diese Kliniken können nicht zertifiziert werden, weil sie die Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft nicht erfüllen, und damit wird auch die Qualität der weiteren diagnostischen und therapeutischen Behandlungsschritte nicht überprüft.

Aus den vorliegenden Ergebnissen der DRG-Auswertung ergibt sich, dass wir für die kurativen Eingriffe bei Patienten mit Lungenkrebs, die keine Notfalloperationen sind, eine Mindestmenge an durchgeführten Eingriffen pro Jahr fordern sollten, um den Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen.

[1] Jahresberichte der zertifizierten Zentren: <https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html>

[2] Beckmann MW, Brucker C, Hanf V, Rauh C et al. Quality Assured Health Care in Certified Breast Centers and Improvement of the Prognosis of Breast Cancer Patients. *Onkologie* 2011; 34:362–367

[3] Schmitt J, Reißfelder C, Trautmann F. Wirksamkeit operativer Behandlungen von Patienten mit Kolonkarzinom in zertifizierten Krebszentren. 16. Kongress für Versorgungsforschung 2017

## KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 23 09 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)



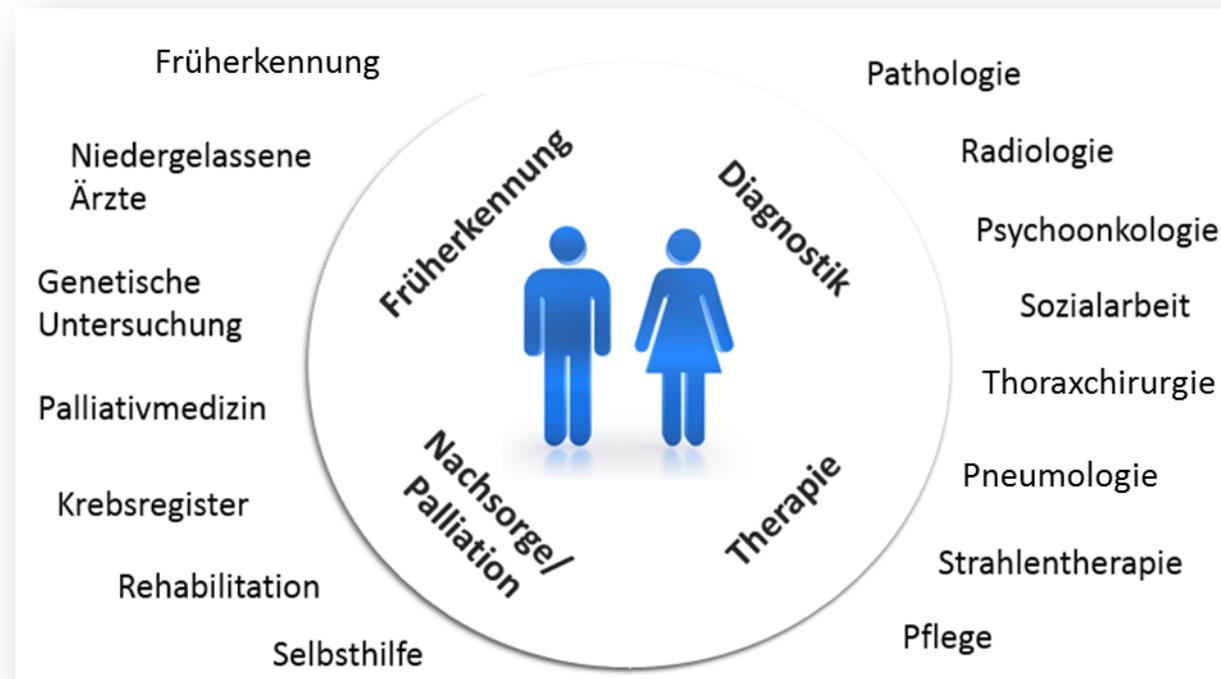
# Bessere Versorgungsqualität durch Zentrenbildung

Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin

# Zertifizierte Zentren: Qualitätsgesicherte Netzwerke in der Onkologie

= überprüfte Qualität für alle Behandlungspartner und Behandlungsschritte:

Beispiel Lungenkrebszentrum



- Zusammenarbeit aller Behandlungspartner
- interdisziplinär
- interprofessionell
- ambulant und stationär verbindend
- transparente Qualität<sup>1</sup>
- jährliche Überprüfung der Qualität

# Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft

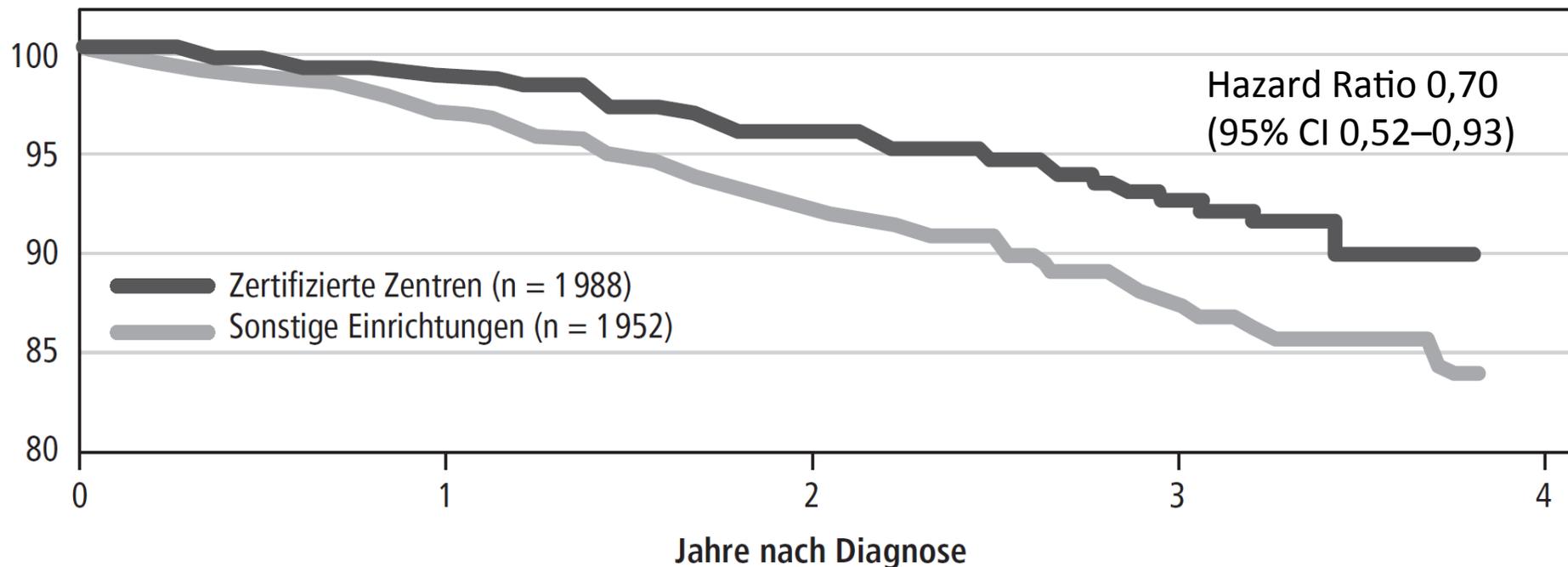
---



- ....ist eine Orientierungshilfe für Patienten und Angehörige
- ....gibt Sicherheit und Vertrauen, dass in dem Zentrum Qualität erreicht wird

## Zertifizierte Brustkrebszentren

Gesamtüberleben bei Patientinnen mit Brustkrebs:

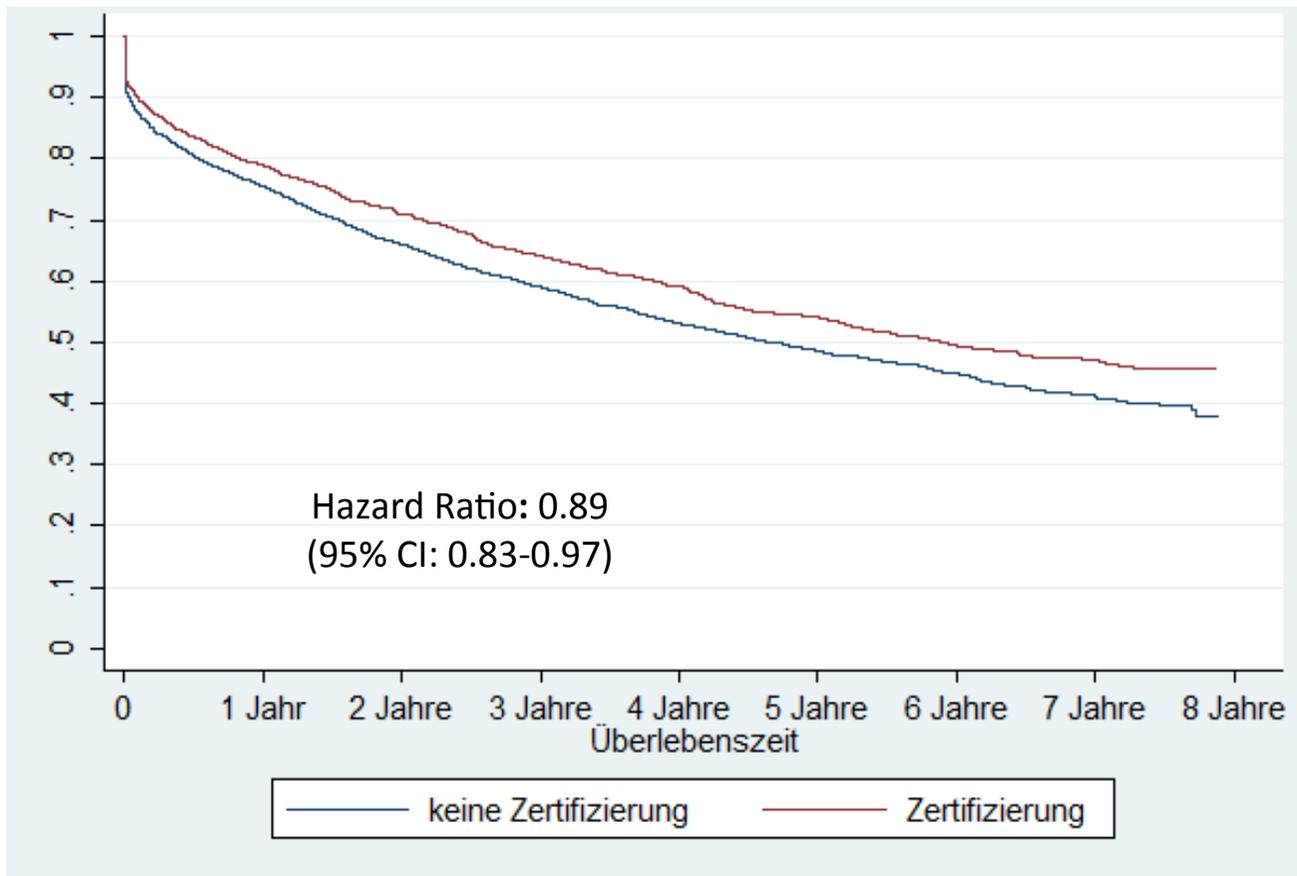


=> Auswertung: 3.940 Patientinnen mit nicht-metastasiertem Brustkrebs

=> „Die Versorgung in einem zertifizierten Brustzentrum zeigte in einem adjustierten Cox-Modell einen **signifikanten positiven Einfluss auf das Gesamtüberleben**“

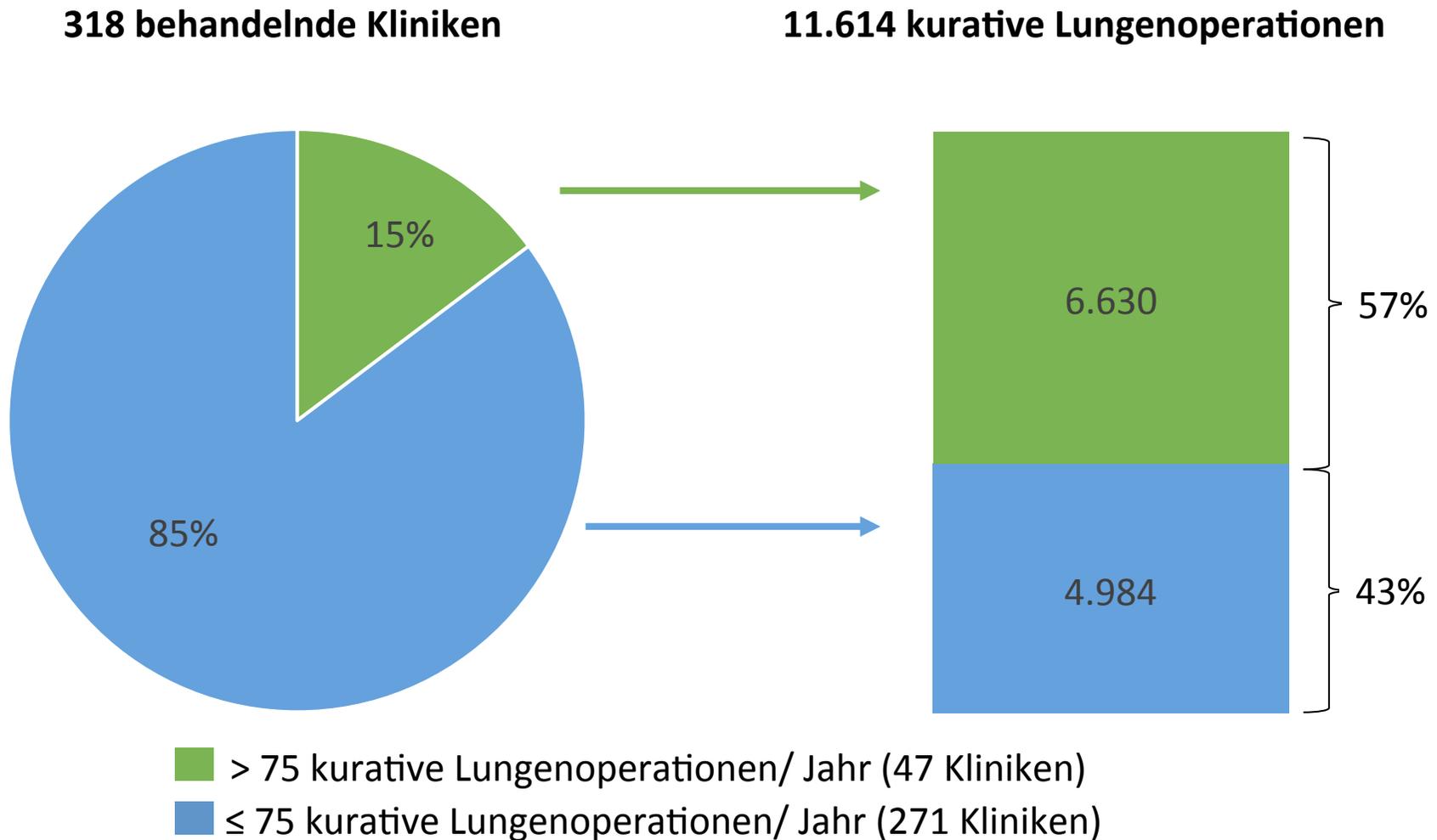
# Zertifizierte Darmkrebszentren

Gesamtüberleben bei Patienten mit Darmkrebs:

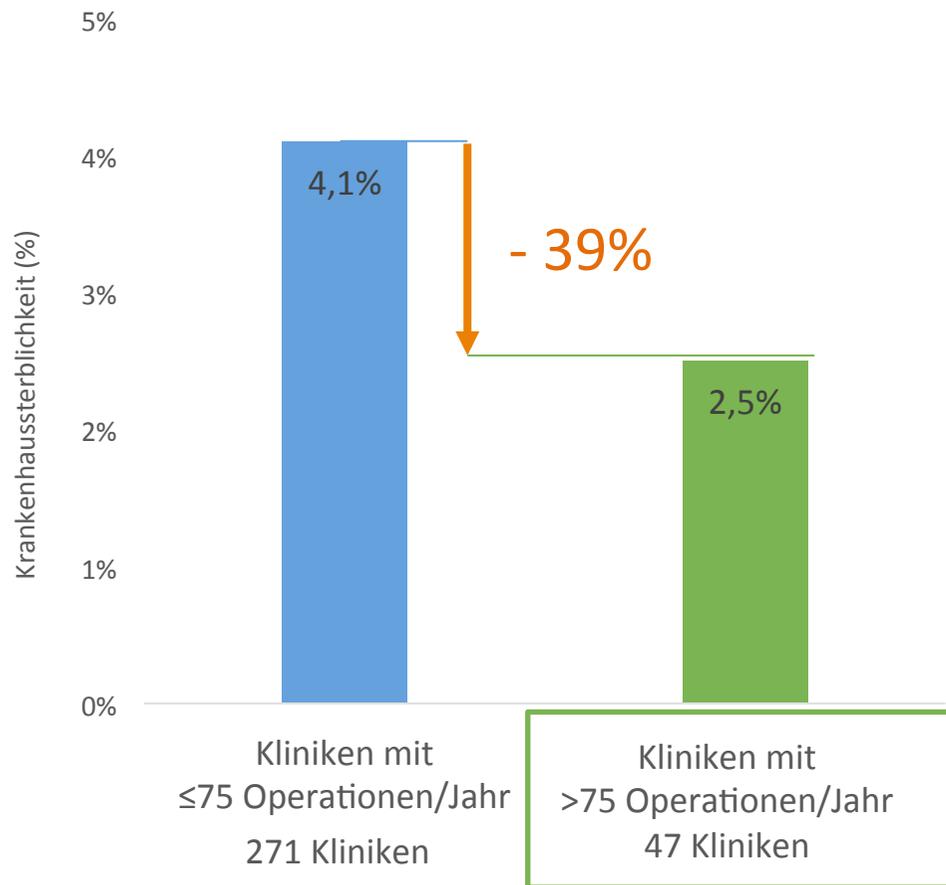


=> Auswertung: 6.186 Patienten mit operiertem Darmkrebs  
=> Das Risiko zu versterben ist mit Behandlung in zertifizierten Darmkrebszentren 11% geringer als in nicht zertifizierten Kliniken

# Und was sehen wir bei der Behandlung von Lungenkrebs? Kurative Lungenoperationen bei Lungenkrebs, 2015



# Krankenhaussterblichkeit nach kurativen Lungenoperationen bei Lungenkrebs, 2015

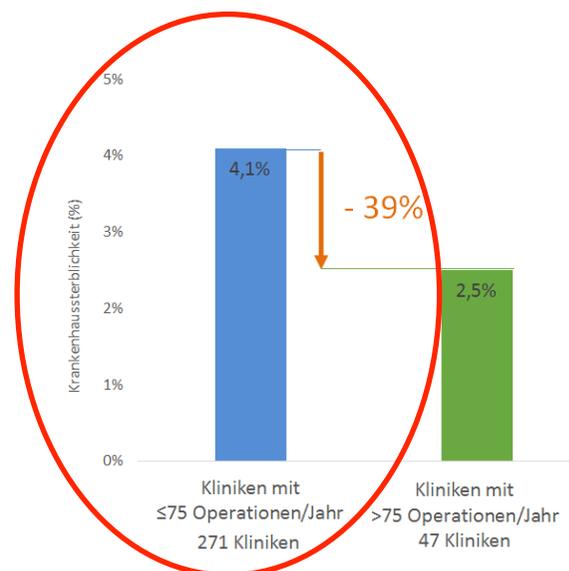


- **2015** waren 42 der 47 Kliniken bereits zertifiziert.
- **2017** gibt es 49 zertifizierte Lungenkrebszentren

## ....die Herausforderung:

---

- mit den aktuell 49 zertifizierten Lungenkrebszentren sind annähernd alle Kliniken zertifiziert, die sich zertifizieren lassen können, weil sie die Vorgaben erreichen
- was passiert mit den Kliniken, die eine hohe Krankenhaussterblichkeit haben und bei denen zudem die Qualität der umfassenden Behandlung der Patienten mit Lungenkrebs nicht transparent ist?



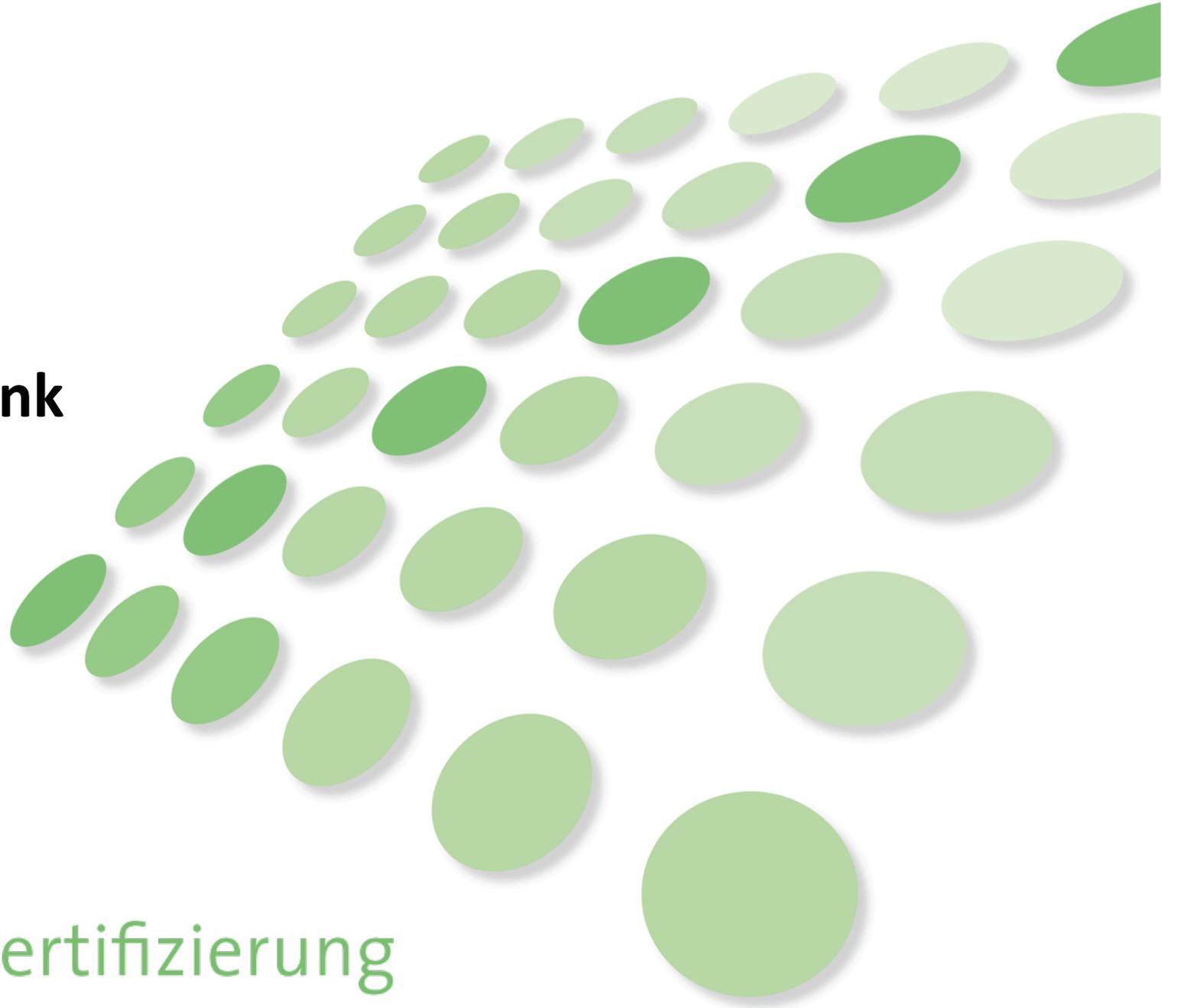
## Fazit

---

- Zertifizierte Zentren gewährleisten Qualität für alle Diagnostik- und Behandlungsschritte einer onkologischen Erkrankung
- In den zertifizierten Zentren ist das Überleben der betroffenen Patienten verbessert (Brust- und Darmkrebszentren) und die Krankenhaussterblichkeit nach Operation verringert (Lungenkrebszentren)
- Die DRG-Daten 2015 zeigen einen deutlichen Unterschied in der Krankenhaussterblichkeit in Abhängigkeit von der Anzahl der durchgeführten kurativen Lungenoperationen
- Die nicht zertifizierten Kliniken mit einer kleinen Zahl an durchgeführten Operationen, haben eine höhere Krankenhaussterblichkeit und die Qualität der Gesamtbehandlung der Patienten mit Lungenkrebs ist nicht transparent

=> Um die Qualität der Behandlung onkologischer Patienten zu sichern, brauchen wir Mindestmengen für operative Eingriffe pro Krankenhaus.

**Vielen Dank**





Pressekonferenz zur Vorstellung  
des Qualitätsmonitors 2018  
am 23.11.2017, Berlin

## **Statement von Martin Litsch**

### **Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes**

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Problem ist mit den beiden Vorträgen von Herrn Prof. Mansky und Frau Dr. Wesselmann sehr deutlich geworden: Auf der einen Seite haben wir hervorragende und von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Zentren, die in der Krebsmedizin täglich Spitzenleistungen erbringen. Sie tun alles dafür, dass Krebspatienten von erfahrenen Operateuren versorgt und auch im Anschluss an die OP optimal nachbehandelt werden.

Und auf der anderen Seite gibt es – in Großstädten und Ballungsräumen oft nur wenige Kilometer entfernt – allgemeinchirurgische Klinik-Abteilungen, in denen nicht ausreichend spezialisierte und zu wenig erfahrene Operateure alle paar Wochen mal eine Lungenkrebs-OP durchführen. Keine Notfälle wohlgedacht, sondern im Regelfall planbare Eingriffe. Hier fehlt nicht nur die Erfahrung, hier fehlen auch die Strukturen für die optimale Nachbehandlung. Hier gibt es keine spezialisierten Thoraxchirurgen, kein routiniertes OP-Team, keine spezialisierte Intensivmedizin im Anschluss.

Diese „Gelegenheitschirurgie“ ist nicht akzeptabel. Die Unterschiede in den Sterblichkeitsraten zwischen Zentren und „Gelegenheitsversorgern“ machen sehr plastisch deutlich, dass es hier tatsächlich um Menschenleben geht. Jeder Krebspatient, der diese Infos bekommt, wird sich ganz sicher für eine spezialisierte Klinik mit Erfahrung entscheiden – auch wenn er und seine Angehörigen dafür vielleicht weitere Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen.

Was also ist zu tun? Das Problem lässt sich aus Sicht der AOK nur durch die Einführung und konsequente Durchsetzung von OP-Mindestmengen in den Griff bekommen. Krankenhaus-Abteilungen, die diese

Mindestmengen nicht erfüllen, dürfen diese Eingriffe nicht mehr durchführen. Wir haben dieses Thema bereits mit dem letzten Qualitätsmonitor und mit dem Krankenhaus-Report 2017 aufgegriffen. Und wir werden hier auch weiter am Ball bleiben.

Die Analysen des Qualitätsmonitors 2018 zeigen, dass bei den Krebs-Indikationen dringend etwas passieren muss. Daher wird die AOK die Forderung nach Einführung neuer Mindestmengen für komplizierte OPs bei Lungenkrebs und Brustkrebs über den Spitzenverband der Krankenkassen in den Gemeinsamen Bundesausschuss einbringen. Und im Falle von Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsen-Krebs setzen wir uns für eine Erhöhung der bestehenden Mindestmengen ein.

Die Krebs-Erkrankungen stehen hier heute besonders im Fokus. Aber es gibt weitere Indikationen, bei denen wir uns im G-BA für neue Mindestmengen stark machen werden, weil zahlreiche Studien den Zusammenhang von Fallzahlen und Ergebnissen belegen. So fordern wir zusätzliche Mindestmengen zum Einsatz von künstlichen Hüftgelenken und bei Schilddrüsen-OPs. Eine Erhöhung der Mindestmenge halten wir außerdem bei der Versorgung von Frühgeborenen für notwendig.

Damit sich die Situation für die Patienten tatsächlich schnell verbessert, ist aber auch die verbindliche Umsetzung der schon bestehenden Mindestmengen entscheidend. Das war ein erklärtes Ziel des Krankenhaus-Strukturgesetzes. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 2016 den Auftrag bekommen, die näheren Einzelheiten zu Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen für die Kliniken festzulegen. Das ist knapp zwei Jahre her. Und was ist inzwischen passiert? Die Regelung konnte erst letzte Woche im Plenum beschlossen werden. Die Vertreter der Krankenhäuser im Gemeinsamen Bundesausschuss bremsen, wo sie können. Das ist nicht akzeptabel.

Wir werden den Druck auf die Kliniken zur konsequenten Umsetzung der bestehenden Mindestmengen erhöhen: Krankenhäuser, die die Vorgaben nicht einhalten und bei denen kein Ausnahmetatbestand vorliegt, erhalten von der AOK im Sinne der Patientensicherheit keine Vergütung mehr für diese Eingriffe. So, wie es auch im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehen ist.

Insgesamt läuft die Umsetzung der Qualitätsvorgaben aus dem KHSG viel zu schleppend. Die Fristen, die hier gesetzt wurden, werden von den Akteuren im Gemeinsamen Bundesausschuss bis zuletzt ausgereizt. Wo man auch hinschaut, nirgendwo geht es voran. Ein Beispiel sind die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Die erste Generation der Indikatoren ist aus Sicht der Länder nicht anwendbar und die nächste kann frühestens 2020 zu realen Konsequenzen für eine bessere Versorgung führen.

Alle diese Probleme haben auch damit zu tun, dass uns ein klares Ziel fehlt, wie es mit der Krankenhauslandschaft in Deutschland weitergehen soll. Die Politik im Bund und in den Ländern ist gefordert, gemeinsam mit den verantwortlichen Akteuren ein solches Zielbild zu entwickeln.

Um es an einem Beispiel konkreter zu machen: In Deutschland haben nicht einmal 20 Prozent der Kliniken mehr als 500 Betten. Wie viele sollen es denn 2025 sein? Das müsste man im Rahmen eines

solchen Zielbildes endlich mal definieren. Bessere Versorgungsqualität für Patienten erfordert zentralisierte Strukturen. Auch mit Blick auf die Personalressourcen bei Ärzten und Pflegekräften können wir die Versorgung in Zukunft nur sicherstellen, wenn eine massive Zentralisierung von Leistungen stattfindet. Außerdem wird die Behandlung vieler Krankheiten immer komplexer – wie es sich zum Beispiel in der Krebstherapie zeigt. Viele Fachdisziplinen müssen vernetzt zusammenwirken, um im Sinne einer modernen Medizin eine optimale Behandlung sicherzustellen. Auch der Stand der Medizin gebietet also mehr Spezialisierung und Zentralisierung.

Wenn man ein Zielbild für die Krankenhauslandschaft entwickelt, muss man auch den Strukturfonds im Blick behalten, der mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz eingeführt worden ist. Er ist zwar vom Ansatz her richtig. Um mehr Zentralisierung und Spezialisierung hinzubekommen, sind aber ganz andere Summen nötig als die Mittel, die der Strukturfonds bisher vorsieht. Unabhängig davon müssen Bund und Länder im Sinne einer modernen Patientenversorgung in Deutschland gemeinsam anpacken und die seit Jahren bestehende Investitionslücke schließen, ohne dabei ständig auf den möglichen Gewinn oder Verlust von Einfluss zu schauen.

Herr Prof. Mansky hat ja eben auch regionale Unterschiede in der Versorgung dargestellt, die der aktuelle Qualitätsmonitor mit seiner Klinikliste sehr schön zu Tage fördert. Die Informationen liegen also auf dem Tisch. Wir erwarten von den Ländern, dass sie ihre Verantwortung wahrnehmen und in einen Wettbewerb um die beste Qualität der Versorgung einsteigen. Sie sollten mutig vorangehen und den Ehrgeiz haben, die Qualitätsintention des Krankenhausstrukturgesetzes in der Krankenhausplanung zügig umzusetzen. Dabei sollten sie ihre Möglichkeiten zur Gestaltung der Strukturen ausschöpfen. Aus einer Krankenhausplanung, die nur die bundesweiten Vorgaben nachvollzieht, sollte eine echte Versorgungsplanung werden.

Dazu gehört nicht zuletzt die konsequente Umsetzung der Mindestmengen: Ich erwarte von den Planungsbehörden der Länder, dass sie in jeder Planungsrunde prüfen, ob Krankenhaus-Abteilungen bei bestimmten Eingriffen deutlich unter den vorgegebenen Mindestmengen bleiben. Sie müssen dann dafür sorgen, dass diese Abteilungen die jeweiligen OPs nicht mehr vornehmen – im Sinne der Patientensicherheit.

Das Festhalten an unserer jetzigen Krankenhausstruktur ist damit verbunden, dass wir vermeidbare Todesfälle in Kauf nehmen. Patienten können zwar bei planbaren Eingriffen mitentscheiden, in welches Krankenhaus sie gehen, um eine komplizierte OP durchführen zu lassen. Die AOK hilft dabei mit dem Krankenhausnavigator. Hier können sich Patienten informieren, ob eine Krankenhaus-Abteilung bei einer bestimmten OP überdurchschnittliche, durchschnittliche oder unterdurchschnittliche Fallzahlen vorzuweisen hat. Aber nicht alle Patienten wollen und können sich mit diesen Informationen auseinandersetzen – zumal, wenn sie schwer erkrankt sind.

Letztlich sollte sich jeder Patient in Deutschland darauf verlassen können, dass er in einer Klinik behandelt wird, in der er eine bestmögliche Versorgung bekommt. Das ist heute noch nicht der Fall – und daran müssen wir gemeinsam arbeiten.

## KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 23 09 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)



Pressekonferenz zur Vorstellung  
des Qualitätsmonitors 2018  
am 23.11.2017, Berlin

## **Statement von Prof. Dr. med. Ralf Kuhlen**

### **Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Initiative für Qualitätsmedizin e.V (IQM)**

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, dass ich den Qualitätsmonitor im Namen der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) als Mitherausgeber unterstützen darf.

Die Initiative Qualitätsmedizin, der mittlerweile mehr als 410 Kliniken freiwillig angehören, ist seit Jahren der Qualität in besonderem Maße verpflichtet: IQM misst anhand von klar definierten Qualitätsindikatoren die Ergebnisse der Behandlungsqualität in Krankenhäusern und stellt diese transparent und webbasiert dar. IQM nutzt hierzu Daten, die in jeder Klinik zur Abrechnungszwecken erhoben werden, die vielfach überprüft wurden und deshalb eine hohe Reliabilität besitzen. Auch der Qualitätsmonitor oder die Arbeit im QSR-Projekt zeigen, wie wertvoll die Analyse von Routinedaten in der Qualitätsdiskussion sind, zumal keine zusätzliche Dokumentation in den Kliniken notwendig ist. Das halten wir für absolut essentiell, weil wir unsere Pflegenden und Ärzte lieber am Patienten als zur Dokumentation am Rechner sitzen sehen.

IQM geht aber über die reine Messung und Darstellung von Ergebnissen hinaus, denn bei Auffälligkeiten in den Qualitätsergebnissen setzen wir Peer Reviews ein: Besuche von „Peers“, also Ärzten oder Fachleuten anderer Kliniken, die darauf abzielen, im kollegialen Dialog miteinander Verbesserungspotentiale zu eruieren, mögliche Fehler im Behandlungsablauf zu finden und gezielte Maßnahmen zu initiieren, um solche Fehler abzustellen, Prozesse zu verändern, um damit Ergebnisse zu verbessern. Wir können nachweisen, dass Kliniken durch diese freiwillige Initiative eines aktiven Qualitätsmanagements ihre Qualität verbessern.

Schon seit der IQM-Gründung 2008 stehen Indikatoren – unter anderem zum heute hier behandelten Thema der onkologischen Chirurgie – im Fokus dieser Methode.

Die Peer Reviews sind ein unschätzbar wertvolles Werkzeug im Qualitätsmanagement, aber auch Peer Reviews stoßen bei unangemessenen Versorgungsstrukturen an ihre Grenzen. Insofern kennen alle qualitätsbewussten Träger die hier geführte Diskussion um Fallzahlen und Qualität sehr gut. Die Themen Volume Outcome, Mindestmengen und Zentrenbildung wurden bei uns schon lange vor der Ankündigung regulatorischer Eingriffe angegangen. Von den Helios Kliniken, die ich auch vertrete, kann ich berichten, dass wir für die heute diskutierten komplexen Behandlungen Mindestmengen und Zentralisierung der Leistungen verabschiedet haben, die über den regulatorisch vorgeschriebenen Rahmen hinausgehen. Auch bei uns war und ist das ein schmerzhafter Prozess, der nicht einfach umzusetzen, in Anbetracht der eindeutigen Datenlage aber absolut folgerichtig ist.

Bei der Weiterentwicklung der IQM-Qualitätsindikatoren wurde auf genau diese Themen eingegangen, indem Informationen über Mindestfallzahlen, über die Breite des Leistungsangebots und der Leistungsmengen in der neuen Version der Indikatoren enthalten sind. Wir freuen uns umso mehr, dass es mit dem Qualitätsmonitor nun möglich ist, derlei Daten über die Sektorengrenzen hinweg zu analysieren. Damit ist die Basis geschaffen für eine qualitätsorientierte Umstrukturierung von Behandlungsabläufen, die aus unserer Sicht zukunftsweisenden Charakter hat.

Uns ist sehr bewusst, dass Spezialisierung, Zentrenbildung und klinik-, träger-, und sektorenübergreifende Kooperation in der deutschen Krankenhauslandschaft von der Gesundheitspolitik straff gesteuert werden müssen. Gleichzeitig ist es für uns aber ein hervorragendes Signal, dass bei IQM viele der Akteure im Gesundheitswesen konkrete Maßnahmen zur Qualitätsorientierung auch auf freiwilliger Basis sehr aktiv gestalten und sich an der Diskussion beteiligen. Da der Qualitätsmonitor einen wesentlichen Anteil daran trägt, unterstützen wir dieses Projekt mit großer Überzeugung und Freude!

## KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 23 09 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)



Pressekonferenz zur Vorstellung  
des Qualitätsmonitors 2018  
am 23.11.2017, Berlin

## **Statement von Ulf Fink**

**Senator a.D., Vorstandsvorsitzender von Gesundheitsstadt Berlin**

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,

Gesundheitsstadt Berlin, das Hauptstadtnetzwerk mit 200 Mitgliedern, beschäftigt sich seit 2005 intensiv mit Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen. Mehrfach hat der gemeinnützige Verein – in Zusammenarbeit mit dem Tagesspiegel – detaillierte Klinikvergleiche unter Qualitätsgesichtspunkten für Berlin erstellt; ebenso Qualitätsvergleiche zur stationären Pflege, zur Rehabilitation und zu ausgewählten ambulanten medizinischen Leistungen. Mit diesen Projekten zur Qualitätstransparenz und dem jährlich durchgeführten Nationalen Qualitätskongress Gesundheit leistet der Verein einen Beitrag zum Paradigmenwechsel zur Steuerung des Gesundheitssystems unter Qualitätsgesichtspunkten.

Wenn man die Gesundheits-Outcomes in Deutschland mit denen anderer Länder vergleicht, die ähnlich viel Geld für ihr Gesundheitswesen ausgeben, dann steht Deutschland in vielen Fällen schlechter da. Ernüchternd sind beispielsweise die Ergebnisse zur Behandlung von Brustkrebs, die wir im Qualitätsmonitor 2017 berichtet haben. Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft empfiehlt hier eine Mindestzahl von 100 OPs pro Jahr. Doch die Realität sieht anders aus – Herr Prof. Mansky hat das eben auch noch mal kurz angerissen: In dem Viertel der Kliniken mit den geringsten Fallzahlen werden weniger als acht Fälle pro Jahr operiert – und das, obwohl es sich hier um einen planbaren und damit leicht zentralisierbaren Eingriff handelt. Außerdem konnte gezeigt werden, dass Kliniken mit wenigen Brustkrebs-OPs die Ziele der gesetzlichen Qualitätssicherung häufiger verfehlen. Ein Ziel ist, dass bei mindestens 90 Prozent der Patientinnen vor der OP die Diagnose durch eine Stanz- oder Vakuumbiopsie abgesichert wird. Dadurch soll soweit wie möglich vermieden werden, dass diese für die Patientinnen äußerst belastenden Eingriffe ungerechtfertigt durchgeführt werden. Während im bundesweiten Durchschnitt aller Kliniken 16 Prozent der Krankenhäuser dieses Qualitätsziel verfehlen, waren es im Viertel der Kliniken mit den wenigsten Fällen 42 Prozent.

Mit der Buchreihe „Qualitätsmonitor“ wollen wir den Fokus auf diese und weitere zentrale Qualitätszusammenhänge lenken. Die Verantwortlichen in Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung sowie die Entscheider in den Krankenhäusern haben die Möglichkeit, die Ergebnisse des „Qualitätsmonitors“ für ihre Planungsentscheidungen zu nutzen. Sie bekommen mit dem Buch einen hilfreichen Instrumentenkasten an die Hand. Beispielsweise können Bundesländer im Rahmen der Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung sicherstellen, dass Brustkrebs-Patientinnen nur in Zentren mit entsprechender Fallzahl behandelt werden. Auch der „Qualitätsmonitor 2018“ liefert eine Reihe von konkreten Hinweisen, wie die stationäre Versorgung qualitativ besser strukturiert werden kann. Für die anstehende Umsetzung der Qualitätsagenda liefert die Buchreihe wichtige Daten, wie die Planungsbehörden eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung umsetzen können. Dem kann sich keine Planungsbehörde entziehen, wenn sie Patientensicherheit und eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Menschen sicherstellen will.

## KONTAKT UND INFORMATION

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 23 09 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)

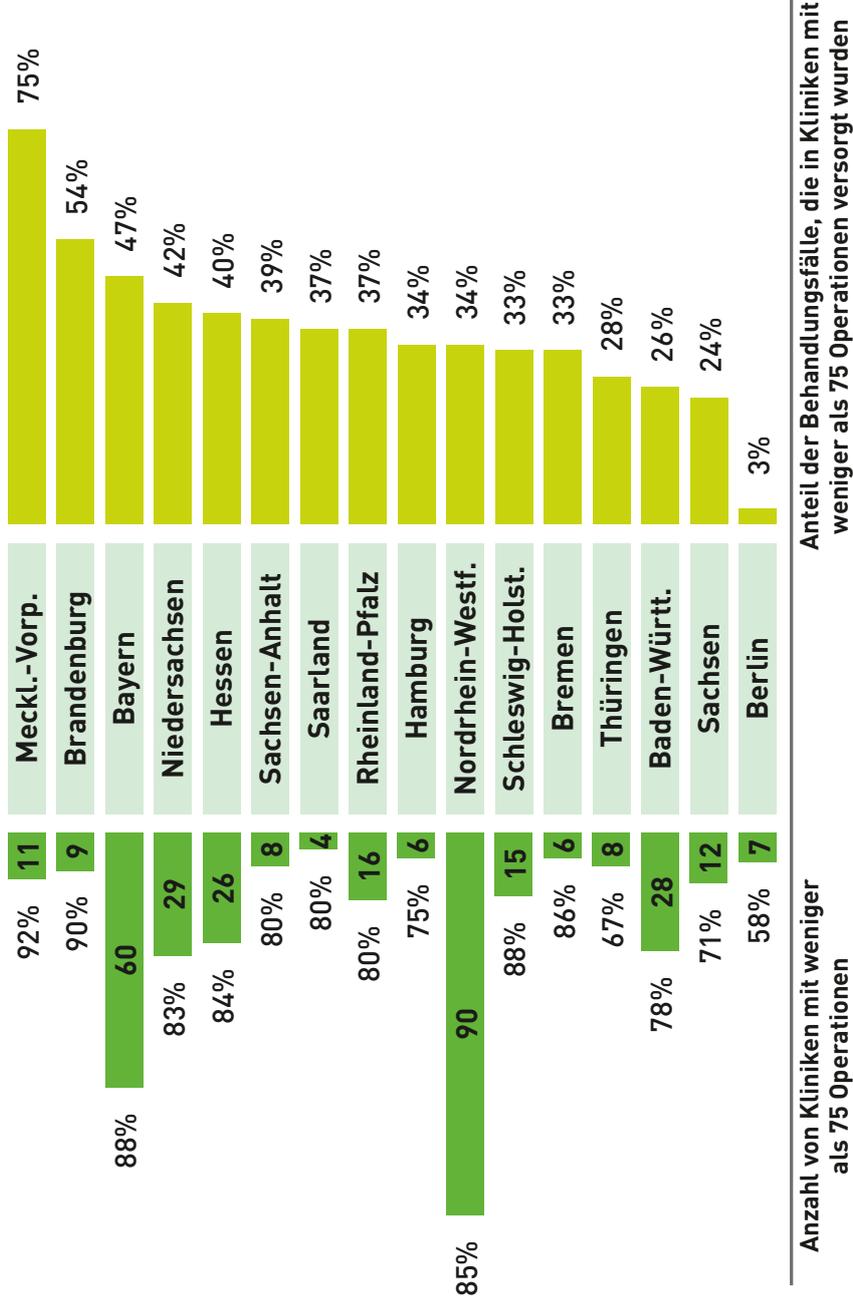
## Sterblichkeit nach Lungenkrebs-Operationen: Erfahrung führt zu besseren Ergebnissen



Patienten mit Lungenkrebs, die in Kliniken mit mehr als 75 kurativen Lungenoperationen pro Jahr operiert werden, haben eine höhere Überlebenschance als Patienten, die in Häusern mit wenigen Eingriffen pro Jahr behandelt werden. Die Sterblichkeitsrate lag 2015 in den Zentren knapp 40 Prozent niedriger.

Quelle: DRG-Statistik 2015

## Lungen-Operationen: Große regionale Unterschiede bei der Zentralisierung



Der Anteil von Patienten, die in Kliniken mit weniger als 75 anatomischen Lungenresektionen pro Jahr behandelt werden, war 2015 in Mecklenburg-Vorpommern mit 92 Prozent besonders hoch. Besonders viele Kliniken mit unter 75 OPs pro Jahr gab es in Nordrhein-Westfalen (90 Kliniken) und Bayern (60 Kliniken).