



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

Statement von Prof. Dr. Hartwig Bauer Ehemaliger Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Es gilt das gesprochene Wort!

Mindestmengen in der Chirurgie – Wir wissen, was zu tun ist und müssen tun, was wir wissen

Volume-Outcome-Zusammenhänge sind durch zahlreiche internationale Studien und Meta-Analysen seit vielen Jahren wissenschaftlich umfänglich belegt, wobei für die komplexen Eingriffe in der Viszeralchirurgie die überzeugendsten Daten vorliegen. In vielen Fällen, wie bei Pankreas- und Ösophagusresektionen, zeigt sich: Je mehr Fälle eine Klinik hat, desto geringer die Sterblichkeit. Dies ist auch im letzten Jahrzehnt bei allen Bemühungen um eine Verbesserung der Patientensicherheit konstant geblieben. Für Deutschland gilt wie dargelegt, dass in Kliniken mit Fallzahlen unterhalb der festgelegten Mindestmengen die Sterblichkeit signifikant höher ist, wobei diese Mindestmengen von einem Großteil der Kliniken nicht erreicht werden. Über die schon genannten Mindestmengen für Pankreas- und Ösophagusoperationen hinaus gibt es weitere Beispiele für Volume-Outcome-Zusammenhänge, für die Mindestmengen auch in Deutschland sinnvoll sein dürften. Dazu zählen zum Beispiel das Rektumkarzinom, das Magenkarzinom, die Strumachirurgie, die bariatrische Chirurgie, die Chirurgie des Lungenkrebses sowie komplexe kardiovaskuläre Operationen. Bemerkenswert ist, dass amerikanische Klinikgruppen hier mit Mindestmengen arbeiten, wo in Deutschland bisher keine Mindestmengenfestlegung existiert bzw. diese, da wo vorhanden, in den USA eher höher ausfallen.

Volume-Outcome-Zusammenhänge gelten nicht nur für die angesprochene Klinikebene, sondern auch auf Arztebene und mit Blick auf die Spezialisierung des Chirurgen innerhalb seines Gebietes. Es besteht kein Zweifel, dass in einem Fach wie der Chirurgie handwerkliche Geschicklichkeit mit dem hier besonders relevanten „Übung-macht-den-Meister-Prinzip“ gefragt ist. Die nötige „Lernkurve“ ist allerdings nicht im Rahmen von Richtzahlen während der Weiterbildung zu erreichen. Deshalb



ist eine häufig vorgeschobene Argumentation, auf eine Leistungserbringung auch unterhalb der Mindestmengen könne aus Weiterbildungsgründen nicht verzichtet werden, nicht zu akzeptieren. In dem Bemühen, die Qualität chirurgischer Arbeit quantitativ zu messen, wurde das sogenannte „eingriffsspezifische Volumen“ definiert. Es wird kalkuliert als Quotient aus der Anzahl der von einem Chirurgen vorgenommenen definierten Eingriffe und der Zahl aller seiner Operationen. Der Spezialisierungsgrad im Sinne des eingriffsspezifischen Volumens schwankt bei verschiedenen Indikatoroperationen zum Teil erheblich. Das Sterberisiko wird durch die Spezialisierung stärker gesenkt als durch das Operationsvolumen des Chirurgen. Die Erfahrung des Chirurgen zeigt sich in kürzeren Operationszeiten und geringeren Komplikationsraten.

Die Reduktion der Mortalität über mehr Eingriffe bei planbaren Leistungen wird vor allem durch ein verbessertes Komplikationsmanagement erreicht. Das bedeutet, wichtiger als die alleinige Krankenhausfallzahl ist neben korrekter Indikation und Verfahrenswahl, der Einhaltung von Standards (Leitlinien) und der Expertise des Chirurgen vor allem die Organisationsstruktur des Krankenhauses (Tumorboard, interdisziplinäre Teams, Notfallversorgung mit leistungsstarker Intensivstation, Möglichkeit zu interventionellen Maßnahmen rund um die Uhr). Der Begriff „Failure to rescue“ versucht diesem Umstand Rechnung zu tragen und verweist auf die Bedeutung zentralisierter Strukturen und einer abgestimmten und eingeübten Prozesskette, wie sie naturgemäß mit höheren Mengen einhergehen.

Eine solche Infrastruktur kann nicht von jeder Klinik vorgehalten werden. Berichte aus den Ländern, in denen die Zentralisierung von komplexen Operationen bereits stattgefunden hat, unterstützen diese kaum mehr in Frage zu stellende Tatsache. In den Niederlanden hat eine Zentralisierung der Ösophaguschirurgie mit Vorgabe einer Mindestmenge von 20 Resektionen/Zentrum/Jahr die Morbidität und Mortalität um ein Viertel reduziert und beim Magen-Karzinom seit 2011 praktisch halbiert. Mit den Daten der von der Krebsgesellschaft zunehmend zertifizierten Organkrebszentren lässt sich ein günstiger Effekt bei der Behandlung dieser Tumoren belegen. Es gibt beispielsweise von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) oder auch der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) weitere gute Ansätze für Mindestmengen und Zentralisierung mit abgestuften Strukturvorgaben. Die Zertifizierung entsprechender Zentren schreitet voran.

Aber es fehlt nach wie vor in Deutschland an einem umfassenden Konzept, wie es zum Beispiel in der Schweiz mit der Planung der hochspezialisierten Medizin geschaffen wurde. Eine Verschlechterung der Erreichbarkeit der Krankenhäuser und damit des Zugangs zur Versorgung wird häufig als zentrales Argument gegen eine stärkere räumliche Konzentration vorgebracht. Dieser Einfluss ist jedoch für die planbaren Eingriffe, und nur um diese geht es, vernachlässigbar, was aktuelle Studien eindeutig bestätigt haben.



Mindestfallzahlen, Spezialisierung und Zentralisierung tragen dazu bei, die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität sicherzustellen bzw. zu erhöhen. Die Festlegung von Mindestmengen bleibt dabei ein normativer Akt, der sich nicht nur an Referenzwerten aus der externen Qualitätssicherung, sondern auch an einer dadurch ausgelösten und gewollten Versorgungssteuerung zu orientieren hat. Was im Sinne einer effektiven Versorgungssteuerung fehlt, ist die Vorgabe eines Ordnungsrahmens durch die gemeinsame Selbstverwaltung für die Strukturierung derartiger Zentren und ihre Zertifizierung, der strikter als bisher zu kontrollieren und auch zu sanktionieren ist.

Weiter geführte puristische Methodendiskussionen sind für den Fortschritt nicht hilfreich. Kein Chirurg würde für sich oder seine Angehörigen im Bedarfsfall eine Low- oder gar Ultra-Low-Volume-Klinik wählen. Wir wären längst weiter, wenn endlich kluge Selbsteinschätzung und verantwortungsvolle Selbstbeschränkung an die Stelle endloser Diskussionen über nicht geklärte Evidenzgrundlagen von Schwellenwerten treten würden und nicht vordergründig regionale Besitzstandswahrung dominieren. Spezialisierung und Arbeitsteilung waren in der Menschheitsentwicklung immer schon Grundlage des Erfolgs. Wir wissen längst, was zu tun ist, nur müssen wir auch tun, was wir wissen.

ANSPRECHPARTNER

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