



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