



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2018  
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
19. März 2018, Berlin

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

Es gilt das gesprochene Wort!

# Qualitätsorientierte Krankenhausplanung zügig angehen

Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern bei der Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder sind vielfach untersucht und belegt. Seien es Studien, die Qualitätsunterschiede in Abhängigkeit von der Fallzahl belegen, mit der naturgemäß unterschiedliche Erfahrung und Routine verbunden sind. Seien es nachweislich bessere Ergebnisse der Behandlung in zertifizierten Zentren, die neben Fallzahlvorgaben für die Zertifizierung auch weitere Anforderungen an die strukturelle und personelle Ausstattung sowie Prozesse formulieren.

Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG), das nun seit über zwei Jahren in Kraft ist, die Stärkung der Versorgungsqualität über die Krankenhausplanung adressiert. Dies gilt es nun zügig umzusetzen, was auch der aktuelle Krankenhaus-Report belegt.

Gefragt ist zum einen die Bundesebene, welche für die Krankenhausplanung Mindestmengen und Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgeben kann und sollte. Aber vor allem die für die Krankenhausplanung verantwortliche Landesebene kann die erforderlichen Vorgaben machen und im Landesplan vorsehen.

Nachfolgend soll an Beispielen illustriert werden, dass es der Landeskrankenhausplanung möglich ist, die Versorgung von Patientinnen und Patienten für viele häufige Krankheitsbilder durch Zentralisierung zu verbessern.

## Zentralisierung von Krebsoperationen

Beispielsweise beim Darmkrebs gibt es in Deutschland jährlich rund 60.000 Neuerkrankungen, wobei rund 40 Prozent der betroffenen Patienten in den ersten fünf Jahren nach der Diagnosestellung versterben.

Verschiedene Studien belegen jedoch die besseren Langzeitüberlebensraten für die Behandlung in zertifizierten Zentren im Vergleich zu Nicht-Zentren. Bei Kolonkarzinomoperationen liegt das Risiko, schon während des Krankenhausaufenthaltes zu versterben, in Nicht-Zentren um 21 Prozent höher als in Zentren, die von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert sind. Bei Rektumkarzinomoperationen unterscheidet sich das Risiko sogar um 65 Prozent.

Im Jahr 2015 sind in Deutschland rund 44.000 Darmkrebsoperationen in mehr als 1.000 Krankenhäusern vorgenommen worden. Die DKG fordert für die Zertifizierung eine Mindestmenge von 20 für die Operation des Rektumkarzinoms und von 30 für das Kolonkarzinom. Doch von allen Kliniken, die diese Operation angeboten haben, führte ein Viertel den Eingriff maximal 17 Mal im Jahr durch, ein weiteres Viertel hatte zwischen 18 und 33 Eingriffe. Offensichtlich nehmen viele der operierenden Häuser die Operation nur selten vor.

Anhand des kolorektalen Karzinoms möchte ich Ihnen im Folgenden zeigen, wie eine qualitätsorientierte Landesplanung angegangen werden kann. Für das Szenario ging das WIdO davon aus, dass nur noch zertifizierte Zentren (283 Krankenhäuser) bzw. Krankenhäuser, die mindestens 50 Darmkrebsoperationen durchführen (weitere 102 Krankenhäuser), diese Leistung erbringen dürfen.

Insgesamt nähmen damit 385 Krankenhäuser (37 Prozent) weiter an der operativen Versorgung des kolorektalen Karzinoms teil. Diese Häuser haben 2015 rund 65 Prozent der 44.000 Darmkrebseingriffe durchgeführt. 35 Prozent der Fälle (rund 15.000 Eingriffe) sind nach diesem Szenario umzuverteilen. Dadurch erhöht sich die mittlere Fallzahl der verbleibenden 385 Häuser von vorher 75 auf 115 pro Jahr. Der mittlere Anfahrtsweg verlängert sich bundesweit von acht auf 16 Kilometer. Im dicht mit Krankenhäusern versorgten Nordrhein-Westfalen (NRW) steigt der mittlere Anfahrtsweg von sechs auf lediglich zehn Kilometer. Die höchsten mittleren Fahrwege ergeben sich mit 33 Kilometern in Mecklenburg-Vorpommern.

Letztlich sind es nur wenige Regionen in Deutschland, für die bei diesem Szenario etwas längere Wege anfallen. Hatten vorher 0,03 Prozent der Bevölkerung einen Anfahrtsweg, der länger als 50 Kilometer ist, erhöht sich dieser Anteil auf 2,5 Prozent. In NRW wären auch nach einer solchen Zentralisierung nur 0,1 Prozent der Bevölkerung betroffen. Lediglich in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg würden höhere Anteile erreicht.

Mit Blick auf die Therapiequalität und die Überlebenschancen sollten diese Fahrstrecken allerdings kein Thema sein. Aus Befragungen ist bekannt, dass Patienten bereit sind, für eine bessere Versorgung längere Wege zu gehen. Die Daten zu den real gewählten Wegen ins Krankenhaus bestätigen dies erwartungsgemäß, so etwa insbesondere für Krebsindikationen oder andere planbare Leistungen.

Diese Zahlen zeigen prototypisch für andere Krebserkrankungen, wie sinnvoll und machbar eine Zentralisierung entlang den Zertifizierungsvorgaben der DKG und ihrer Mindestmengen ist. Dies gilt zum Beispiel auch für die ebenfalls häufige Versorgung von Lungen- und Brustkrebs mit rund 54.000 bzw. 63.000 Neuerkrankungen pro Jahr und hoher Sterblichkeit.

## Planbare Eingriffe in der Endoprothetik

Auch bei planbaren Eingriffen, zum Beispiel in der Endoprothetik, ist eine stärkere Zentralisierung angezeigt. So ist für den Hüftgelenkersatz bei Arthrose der positive Zusammenhang zwischen Fallzahl und Versorgungsqualität durch Studien international und national belegt. Zum Beispiel gilt: Je häufiger in einem Haus operiert wird, umso seltener muss der Patient mit dem neuen Hüftgelenk binnen Jahresfrist erneut operiert werden.

2015 lag die 1-Jahres-Revisionsrate für Hüftoperationen in Deutschland bei 1,7 Prozent. In Kliniken, in denen der Hüftgelenkersatz weniger als 50 Mal im Jahr durchgeführt wurde, lag das Risiko für eine Revisions-OP um 82 Prozent höher als in den Häusern mit mindestens 200 Operationen im Jahr. Im Vergleich zu dieser Referenz beträgt die Risikoerhöhung bei 50 bis 99 Operationen 51 Prozent, bei 100 bis 149 Operationen 34 Prozent.

Wie hoch man das Qualitätsziel stecken will, muss normativ entschieden werden, analog sonstiger Vorgaben im gesellschaftlichen Leben, zum Beispiel bei Geschwindigkeitsbeschränkungen. Das folgende Szenario bezieht sich auf eine moderate Mindestmenge von 100.

2015 gab es bundesweit rund 226.000 Hüftoperationen. Bei einer Mindestmenge von 100 würde diese Leistung nicht mehr wie bisher von 1.240 Kliniken, sondern noch von 827 Häusern (67 Prozent) erbracht. 9,5 Prozent der Fälle (21.000) sind bei diesem Szenario auf die verbleibenden Häuser umzuverteilen. Dadurch erhöht sich die mittlere Fallzahl der verbleibenden Häuser von 247 auf 273 pro Jahr. Der mittlere Anfahrtsweg verlängert sich bundesweit von acht auf zehn Kilometer. Hat im Status quo fast niemand in der Bevölkerung einen Anfahrtsweg, der länger als 50 Kilometer ist, erhöht sich dieser Anteil auf lediglich 0,1 Prozent. In NRW verlängert sich der mittlere Anfahrtsweg von sechs auf sieben Kilometer, noch kürzer sind die Routen in den Stadtstaaten. Lediglich in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg werden im Mittel 18 bzw. 19 Kilometer erreicht.

Auf Basis der Versorgungsdaten ist durchaus eine höhere Fallzahlvorgabe der Landesplanung denkbar, mit der entsprechenden Qualitätsverbesserung. Mit mindestens 150 Fällen würde man sich in etwa die bundesdurchschnittliche 1-Jahres-Revisionsrate zum Ziel setzen. Die Hüftendoprothetik würde so bundesweit auf 562 Krankenhäuser konzentriert. Sicher kämen durch Umverteilung im Markt aber noch eine Reihe weiterer Krankenhäuser in den Ländern hinzu, die im Rahmen des aufzusetzenden konkreten Planungsszenarios auch noch diese Fallzahl erreichen können. Aber auch ohne diesen Effekt läge der mittlere Fahrweg bundesweit nur bei 13 Kilometern, lediglich Mecklenburg-Vorpommern würde 27 Kilometer erreichen. In NRW läge der mittlere Fahrweg bei neun Kilometern. Lediglich 0,7 Prozent der Bundesbevölkerung müssten mehr als 50 Kilometer fahren.

Auch dieses Szenario scheint für die planbare Hüftimplantation mit Blick auf den zu erwartenden Qualitätsgewinn überall umsetzbar zu sein.

## Strukturvorgaben für die Herzinfarktversorgung

Qualitätsorientierte Zentralisierung sollte aber nicht nur in der Krebstherapie und bei elektiven Leistungen greifen, sondern ist auch in der Notfallversorgung angezeigt. Beispielsweise gilt für die Versorgung des Herzinfarktes, dass diese auf Krankenhäuser konzentriert werden sollte, die ein Herzkatheterlabor (HKL) an sieben Tagen pro Woche 24 Stunden (24/7) mit Fachärzten besetzen können.

2015 wurden 225.000 Herzinfarkte in Deutschland in knapp 1.400 Krankenhäusern behandelt. Ein größerer Teil der Häuser versorgte Herzinfarkte eher selten, ein Viertel der Häuser maximal 29 Mal im Jahr, im Mittel 1,1 Mal im Monat, und dann weitestgehend ohne den Therapiestandard.

Etwa in NRW dürfte eine Orientierung der Krankenhausplanung an den 24/7-HKL-Standorten, wenn überhaupt, nur sehr wenige regionale Erreichbarkeitsprobleme aufwerfen, die zu bewältigen wären. Natürlich ist die regionale Ausgangslage in den Bundesländern unterschiedlich zu bewerten.

Egal ob Krebstherapie, elektive Eingriffe oder Notfallversorgung, letztlich kann die Krankenhausplanung der Länder, wenn auch in unterschiedlichen regionalen Ausgangslagen, den KHSG-Auftrag einer besseren Versorgungsqualität über eine indikationsbezogene Zentralisierung angehen. Unterschiedliche regionale Ausgangslagen sollten in keinem Bundesland die Planungsbehörden davon abhalten, diesen Weg im Interesse einer patientengerechten Versorgungslandschaft zu gehen.

## KONTAKT UND INFORMATION

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