



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

## Inhalt der Pressemappe

- **Übersicht der Gesprächsteilnehmer**
- **Pressemitteilung**
- **Statement Martin Litsch**  
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes
- **Statement Jürgen Klauber**  
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)  
und Mitherausgeber des Qualitätsmonitors 2019
- **Folien zum Statement Jürgen Klauber**
- **Statement Prof. Rainer Rossi**  
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Vivantes Klinikums  
Berlin-Neukölln und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für  
Perinatale Medizin (DGPM)
- **Folien zum Statement Prof. Rainer Rossi**
- **Grafiken**
- **Fotoauswahl zur Berichterstattung im AOK-Bilderservice:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > **Presse** > **AOK-Bilderservice** > **Krankenhaus**

### ANSPRECHPARTNER

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



---

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

## Ihre Gesprächspartner:



### **Martin Litsch**

Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes



### **Jürgen Klauber**

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



### **Prof. Rainer Rossi**

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Vivantes Klinikums  
Berlin-Neukölln und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für  
Perinatale Medizin (DGPM)



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

## **Qualitätsmonitor zeigt Defizite in der Versorgung von Frühgeborenen, Frauen mit Brustkrebs und Herzpatienten**

**Litsch: „Qualitätsagenda des Krankenhaus-Strukturgesetzes droht zu scheitern“**

Berlin. Die Qualitätsvorgaben des Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG) werden viel zu langsam und halbherzig umgesetzt. Darauf hat der AOK-Bundesverband aus Anlass der Veröffentlichung des „Qualitätsmonitors 2019“ hingewiesen. „Der feste Wille zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität ist in der aktuellen Krankenhaus-Gesetzgebung der Großen Koalition, aber auch in der Krankenhausplanung der Bundesländer nicht mehr erkennbar“, kritisierte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Er verwies insbesondere auf die schleppende Umsetzung von Mindestmengen und Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung. „Die Fristen für die Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollten mit einem KHSG II deutlich verkürzt und die Prozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss beschleunigt werden“, forderte Litsch.

Es lägen genügend Informationen vor, bei denen die Länder ansetzen und die Behandlung der Patienten schnell durch entsprechende Vorgaben für ihre Kliniken verbessern könnten, betonte Litsch. So zeigt der Qualitätsmonitor Defizite bei der Versorgung von Frühgeborenen, für die derzeit eine viel zu geringe Mindestmenge von 14 Fällen pro Jahr gilt: „Jedes Jahr ohne ordentliche Mindestmenge hat in diesem sensiblen und komplexen Versorgungsbereich fatale Folgen für die betroffenen Kinder und ihre Eltern,“ sagte Litsch. Eine „Strategie der Verschleppung“ von Krankenhausvertretern und Ländern führe letztlich dazu, dass unnötig Menschenleben aufs Spiel gesetzt werden. Ein gravierendes Dauerthema sei die „Gelegenheitschirurgie“ bei Krebs-Indikationen. „Zu viele Kliniken mit geringer Erfahrung wagen sich an komplexe Therapien und gefährden damit die Patientensicherheit“, so Litsch. Neu zu beobachten seien die mit großer Dynamik zunehmenden Herzklappen-OPs, deren Qualität sich mit stärker zentralisierten Strukturen erheblich verbessern ließe.

### **Schlechtere Überlebenschancen für Frühgeborene in Kliniken mit wenigen Fällen**

„Für die kleinen Frühgeborenen ist die Studienlage eindeutig“, betonte Prof. Rainer Rossi, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Vivantes-Klinikums in Berlin-Neukölln. Internationale Untersuchungen belegten, dass in Kliniken mit höherer Fallzahl und besserer Ausstattung eine bessere

Qualität erbracht werde. „Auch für Deutschland kann ein Zusammenhang von Fallzahlen und Qualitätsergebnissen nachgewiesen werden“, so Rossi. Eine im Qualitätsmonitor veröffentlichte Analyse auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten zeige, dass Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm eine schlechtere Überlebenschance haben, wenn sie in Kliniken versorgt werden, die weniger als 34 Fälle pro Jahr vorweisen können. So liegt die Sterblichkeitsrate in diesen Krankenhäusern, in denen rund ein Fünftel aller Frühgeborenen betreut wird, etwa 50 Prozent höher als in Kliniken mit 91 oder mehr Fällen. Auffällig sei zudem der steigende Anteil von Frühgeburten in Deutschland: Die Anzahl der Frühgeburten habe zwischen 2008 und 2017 um 21 Prozent zugenommen. Besonders alarmierend sei, dass der Anteil der Frühgeburten an allen Geburten in Deutschland inzwischen mehr als doppelt so hoch liege wie in Schweden. „Es gilt nun, die Senkung der Frühgeborenen-Raten durch eine Strukturdiskussion für die Geburtshilfe ebenso anzugehen wie eine neue, höhere Mindestmenge für Frühgeborene festzulegen“, sagte Rossi, der auch Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) ist. Sinnvoll sei ein abgestuftes Versorgungskonzept: „Je komplikationsreicher eine Schwangerschaft, desto eher sollte die Versorgung im höchstqualifizierten Zentrum erfolgen“, so Rossi.

### **Mangelnde Zentralisierung bei Brustkrebs-OPs weiter ein Problem**

Auf Defizite bei der Brustkrebs-Behandlung wies Jürgen Klauber, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und Mitherausgeber des Qualitätsmonitors, hin: Ein Viertel der 781 behandelnden Kliniken hat 2016 maximal acht Brustkrebs-Operationen durchgeführt. Ein weiteres Viertel führte im Mittel 26 Operationen durch, was etwa einen Eingriff alle zwei Wochen bedeutet. In zertifizierten Zentren würden dagegen 100 Brustkrebs-OPs pro Jahr gefordert, so Klauber. „Eine eingespielte Prozesskette für solche Operationen kann es nur in Kliniken mit hohen Fallzahlen geben.“ Die Studienlage zeige, dass die Versorgung in einem Zentrum die Überlebenschancen deutlich erhöhe. Die Entwicklung der Versorgungssituation für die betroffenen Patientinnen sei „weiterhin nicht zufriedenstellend“, kritisierte Klauber. „Die Länder müssen ihre Verantwortung für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung wahrnehmen, indem sie unmittelbar die notwendigen Fallzahlen und Strukturmerkmale vorgeben.“

### **Stärkere Zentralisierung auch bei Herzklappen-Implantationen sinnvoll**

Eine stärkere Zentralisierung der Versorgung ist laut „Qualitätsmonitor 2019“ auch bei Kathetergestützten Herzklappen-Implantationen, den sogenannten TAVIs, sinnvoll: Etwa 30 Prozent der 97 Kliniken, die diese Eingriffe 2016 durchführten, versorgten weniger als 100 Fälle pro Jahr. In Krankenhäusern mit Fallzahlen unter 100 liegt die Zahl der Todesfälle im Vergleich zum erwarteten Wert um 46 Prozent höher. In den Kliniken mit mindestens 200 Eingriffen liegt die Sterblichkeitsrate dagegen um 32 Prozent niedriger. „Schon mit einer Fallzahlvorgabe von 100 könnte eine deutliche Senkung der Krankenhaussterblichkeit bei den TAVI-Patienten erreicht werden, noch besser sind Kliniken mit 200 Fällen“, sagte Klauber. Stets notwendig sei außerdem eine kombinierte kardiologische und herzchirurgische Versorgung vor Ort.

Der Qualitätsmonitor 2019 ist eine gemeinsame Publikation des Vereins Gesundheitsstadt Berlin, des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Sie liefert für ausgewählte Krankheitsbilder und Behandlungen detaillierte Daten zu Fallzahlen und Qualitätskennzahlen der deutschen Krankenhäuser. Neben den TAVIs und dem Bereich Geburtshilfe stehen in diesem Jahr Herzinfarkte, Harnblasen-Entfernungen sowie Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse und der Speiseröhre im Fokus. In einer Klinikliste werden die Ergebnisse von insgesamt 1.401 Krankenhäusern bundesweit dargestellt, in denen 2016 beziehungsweise 2015 eine dieser Behandlungen dokumentiert worden ist.

## KONTAKT UND INFORMATION

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



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

## **Statement von Martin Litsch**

**Vorstandsvorsitzender des AOK- Bundesverbandes**

Es gilt das gesprochene Wort!

# **Die Qualitätsagenda des Krankenhaus-Strukturgesetzes droht zu scheitern**

Als das Krankenhaus-Strukturgesetz Anfang 2016 in Kraft getreten ist, hatten wir große Hoffnungen, beim Thema „Qualität im Krankenhaus“ voranzukommen. Es sah so aus, dass sich die Qualität der Behandlung für die Patienten durch eine qualitätsorientierte Zentralisierung und Spezialisierung tatsächlich verbessern sollte. Inzwischen hat man beim Thema Mindestmengen, aber auch beim Thema qualitätsorientierte Krankenhausplanung und den anderen Qualitätsthemen aus dem Krankenhaus-Strukturgesetz das Gefühl: Die Luft ist raus, das Thema wird sehr halbherzig verfolgt.

Der feste Wille zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität, der bei der Verabschiedung des KHSG zu spüren war, ist in der aktuellen Krankenhaus-Gesetzgebung der Großen Koalition, aber auch in der Krankenhausplanung der Bundesländer nicht mehr erkennbar. Stattdessen hat der Gesetzgeber Anfang November gezeigt, wie schnell er agieren kann, wenn es um die finanziellen Interessen der Kliniken geht. Es wäre schön, wenn die Große Koalition beim Thema Qualität nur halb so viel Phantasie und Entschlossenheit entwickeln würde wie in diesem Falle.

Doch bei der Umsetzung des KHSG ist von Entschlossenheit nichts zu merken. Langsam wie eine Schnecke bewegt sich der Gemeinsame Bundesausschuss voran. Ein Beispiel: Mit dem Qualitätsmonitor haben wir im letzten Jahr auf die fatalen Folgen der „Gelegenheitschirurgie“ bei Krebs-OPs hingewiesen. Zu viele Kliniken mit geringer Erfahrung wagen sich an komplexe Therapien und gefährden damit die Patientensicherheit. Wohl gemerkt: Es geht hier um Behandlungen, die in der Regel planbar sind und bei denen ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität besteht. Diese Behandlungen sollten nur in Kliniken durchgeführt werden, die damit Erfahrung haben und über die nötigen Strukturen verfügen. Genau das lässt sich durch Mindestmengen steuern.

Jetzt setzt der G-BA endlich bei den Krebsindikationen an, natürlich erst auf Antrag der Krankenkassen. Er hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen damit beauftragt, die Zusammenhänge zwischen Leistungsmenge und Qualität bei der Behandlung von Lungen- und Brustkrebs sowie für Stammzelltransplantationen zu überprüfen. Bis die Mindestmengen für diese Indikationen tatsächlich greifen, werden aber noch einmal vier bis fünf Jahre vergehen. Erklären Sie das mal den betroffenen Patienten!

An dieser Stelle sei auch die Frage erlaubt, warum die Initiative für neue Mindestmengen oder die Erhöhung der bestehenden Mindestmengen eigentlich immer allein von den Krankenkassen ausgehen muss. Die Kliniken müssten doch ein originäres Interesse an einer optimalen Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten haben – zumal die heute vielfach noch betriebene „Gelegenheits-Chirurgie“ auch nicht wirtschaftlich ist. Und die Studienlage zum Nutzen der Mindestmengen ist bei zahlreichen Indikationen mehr als eindeutig. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sagt zwar immer wieder, dass sie Mindestmengen auch für sinnvoll hält, aber wir warten seit Jahren auf konstruktive Vorschläge oder Initiativen von der DKG. Wenn sich heute auf der Krankenhaus-Seite etwas bewegt beim Thema Qualität, dann oft nur durch die Initiative einzelner, engagierter Akteure wie der Initiative Qualitätsmedizin.

Schlimmer noch: Wenn es im Gemeinsamen Bundesausschuss beim Thema Mindestmengen konkret wird, sehen wir uns einer unheiligen Allianz von Krankenhausvertretern und Bundesländern gegenüber. Sie versuchen mit aller Kraft, Ausnahmen und Abweichungen für die Kliniken zu erreichen – zum Nachteil der Patienten. Aktuell fahren sie bei der Erhöhung der Mindestmengen für die Frühgeborenen-Versorgung eine Strategie der Verschleppung. Sie wollen allenfalls eine stufenweise Erhöhung der Mindestmenge innerhalb von fünf Jahren zugestehen. Doch jedes Jahr ohne ordentliche Mindestmenge hat in diesem sensiblen und komplexen Versorgungsbereich fatale Folgen für die betroffenen Kinder und ihre Eltern. Letztlich führt diese Haltung dazu, dass unnötig Menschenleben aufs Spiel gesetzt werden. Doch dazu gleich mehr von Herrn Prof. Rossi.

Die Aufgaben, die das KHSG der gemeinsamen Selbstverwaltung gegeben hat, werden viel zu langsam und ohne echten Willen zur Veränderung erledigt. Das gilt nicht nur für die Mindestmengen, sondern auch für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Von der Absichtserklärung im Koalitionsvertrag im November 2013 über die Beschlussfassung erster planungsrelevanter Qualitätsindikatoren im G-BA Ende 2016 bis zur Umsetzung im Sinne von ersten vorliegenden Ergebnissen Ende 2018 hat es sage und schreibe fünf Jahre gedauert. Und eine Neuentwicklung von zusätzlichen Indikatoren ist noch gar nicht beauftragt worden. Neue Indikatoren zu entwickeln soll bis zu zehn Jahre dauern. Sie können also vermutlich erst 2028 Wirksamkeit in der Versorgung entfalten – 15 Jahre, nachdem die Politik das Ziel formuliert hat. Das war so ganz sicher nicht gewollt.

Dass diese Prozesse so lange dauern, liegt nicht an uns. Die Krankenkassen wollen eine zügige Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, damit Kliniken für Indikationen mit schlechter Versorgungsqualität aus der Versorgung herausgenommen werden können – im Sinne der Patientensicherheit. Dass wir bei diesem Thema nicht vorankommen, liegt vor allem an den Bundesländern, die für die Krankenhausplanung verantwortlich sind. Krankenhäuser, die schlechte Qualität erbringen, haben oft keine Konsequenzen zu fürchten, weil die meisten Länder ihre schützende Hand über sie halten.

Das hat man zuletzt in Brandenburg gesehen, wo die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA durch eigene Landesgesetzgebung außer Kraft gesetzt wurde. Die Begründung der Gesundheitsministerin: Man müsse die Krankenhäuser „vor dem automatischen Aus schützen, falls sie einzelne Qualitätsvorgaben nicht erfüllen sollten.“ Erhalt aller Kliniken um jeden Preis, das ist keine verantwortungsvolle Krankenhausplanung, sondern regionale Wirtschaftsförderung. Stattdessen sollten die Länder selbst auf Qualitätsprobleme reagieren und eigene Qualitätsvorgaben für ihre Krankenhausplanung erlassen. So könnten sie zum Beispiel die „Gelegenheitschirurgie“ bei Krebserkrankungen direkt unterbinden, indem sie die entsprechenden Vorgaben auf der Landesebene ändern. Von solcher Initiative ist aber weit und breit nichts zu sehen.

Insgesamt müssen die Große Koalition und die Verantwortlichen in den Ländern dringend umsteuern. Den Lippenbekenntnissen zu mehr Qualität müssen auch Taten folgen. Mehr Qualität ist nur erreichbar, wenn die Politik endlich aufwacht, das Thema wieder auf die Agenda setzt und die Regelungen des KHSG nachbessert. Die Fristen für die Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollten mit einem „KHSG II“ deutlich verkürzt, die Prozesse im G-BA beschleunigt und die Qualitätsvorgaben für die Kliniken verbindlich gemacht werden – gegebenenfalls auch gegen den Widerstand von Krankenhausgesellschaften und Bundesländern.

Bei welchen Themen und Indikationen man da ansetzen könnte, haben wir schon in den letzten zwei Jahren mit dem Qualitätsmonitor gezeigt. Das wollen wir auch in diesem Jahr wieder tun. An dieser Stelle möchte ich ganz herzlich dem Verein Gesundheitsstadt Berlin und der Initiative Qualitätsmedizin danken, die das Buch zusammen mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK herausgeben. Es liefert viele wertvolle Hinweise, wo Qualitätsdefizite zu finden sind. Die Fakten für Krankenhausplaner und Politik liegen auf dem Tisch – aber im Moment fehlt es aus unserer Sicht am ausreichenden Willen auf Bundes- und Landesebene, die Themen ausreichend anzugehen.

#### KONTAKT UND INFORMATION

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





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.

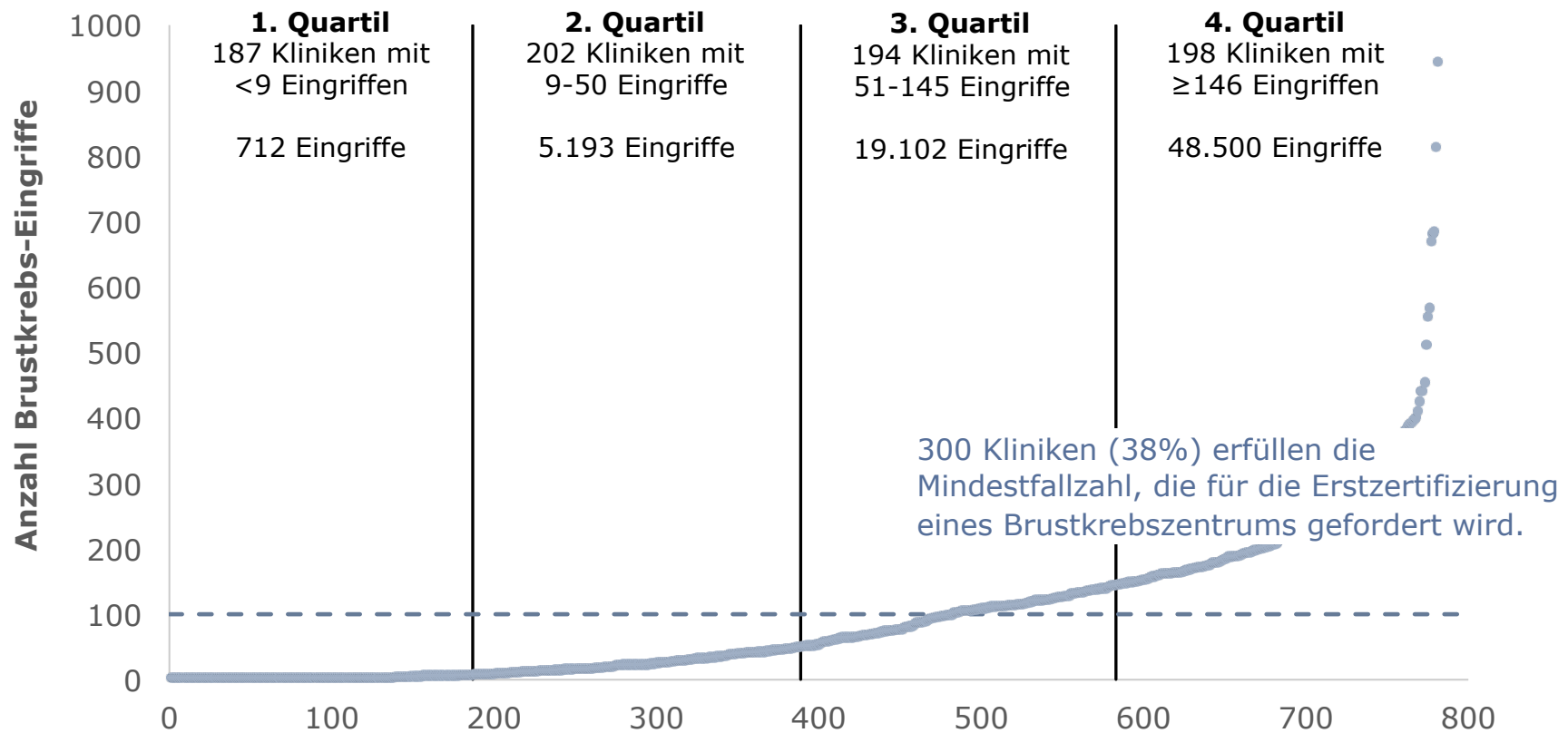
Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die eigentliche Agenda für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung angeht, sollte die Fallzahl neben Struktur- und Prozessvorgaben eine wichtige Rolle spielen. Wie wichtig das ist, zeigen die Beispiele Mammachirurgie und Aortenklappenimplantationen. Der Parameter 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)

# Brustkrebs-OPs: Fallverteilung über behandelnde Kliniken des Jahres 2016

Ein Viertel aller Kliniken, die im Jahr 2016 Brustkrebs-Patientinnen operierten, führte weniger als 9 Operationen durch.

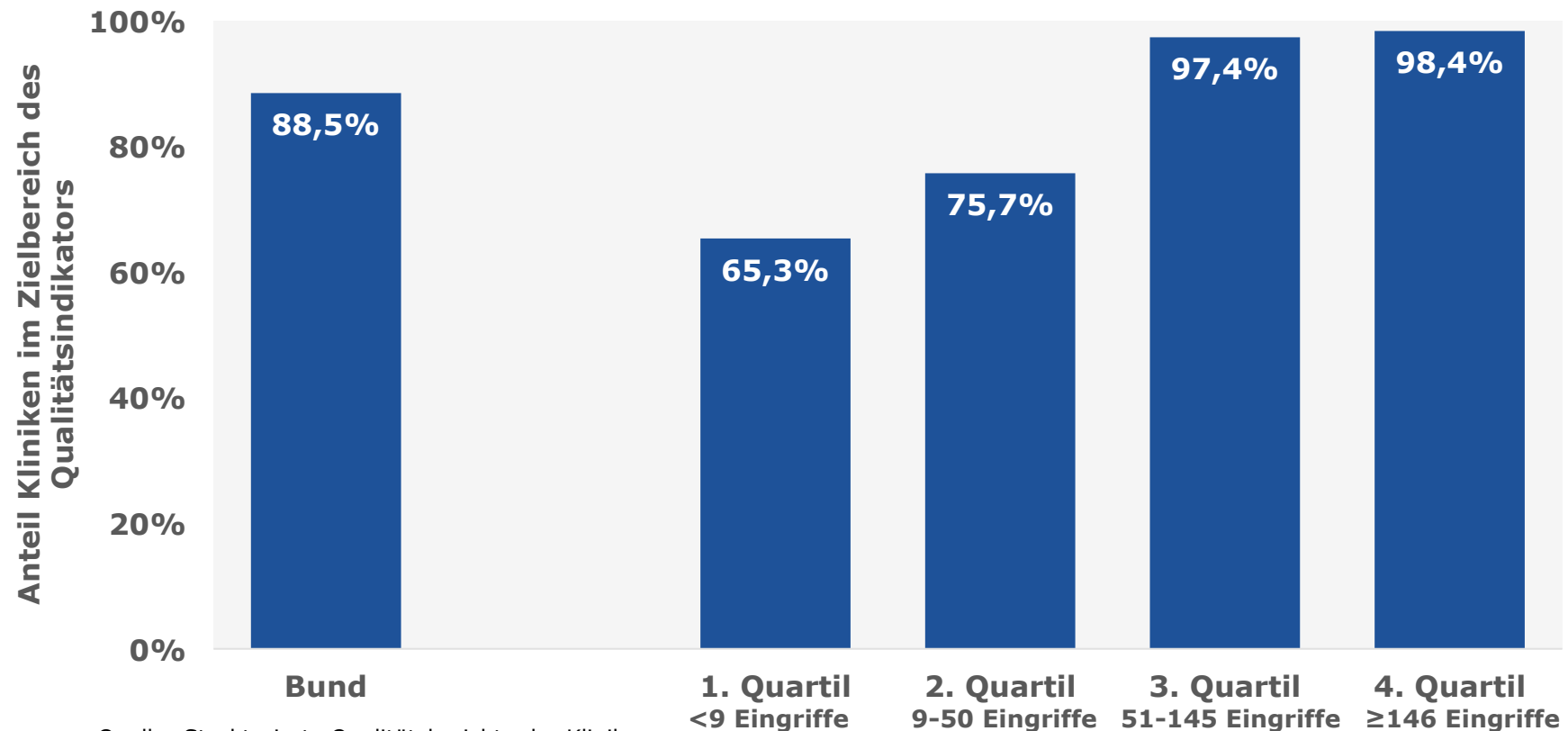


781 behandelnde Kliniken, sortiert nach Anzahl von Brustkrebs-Eingriffen

Quelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Kliniken.

## Brustkrebs-OPs: Kliniken mit niedrigen Fallzahlen erreichen Qualitätsziel bei Diagnosesicherung seltener

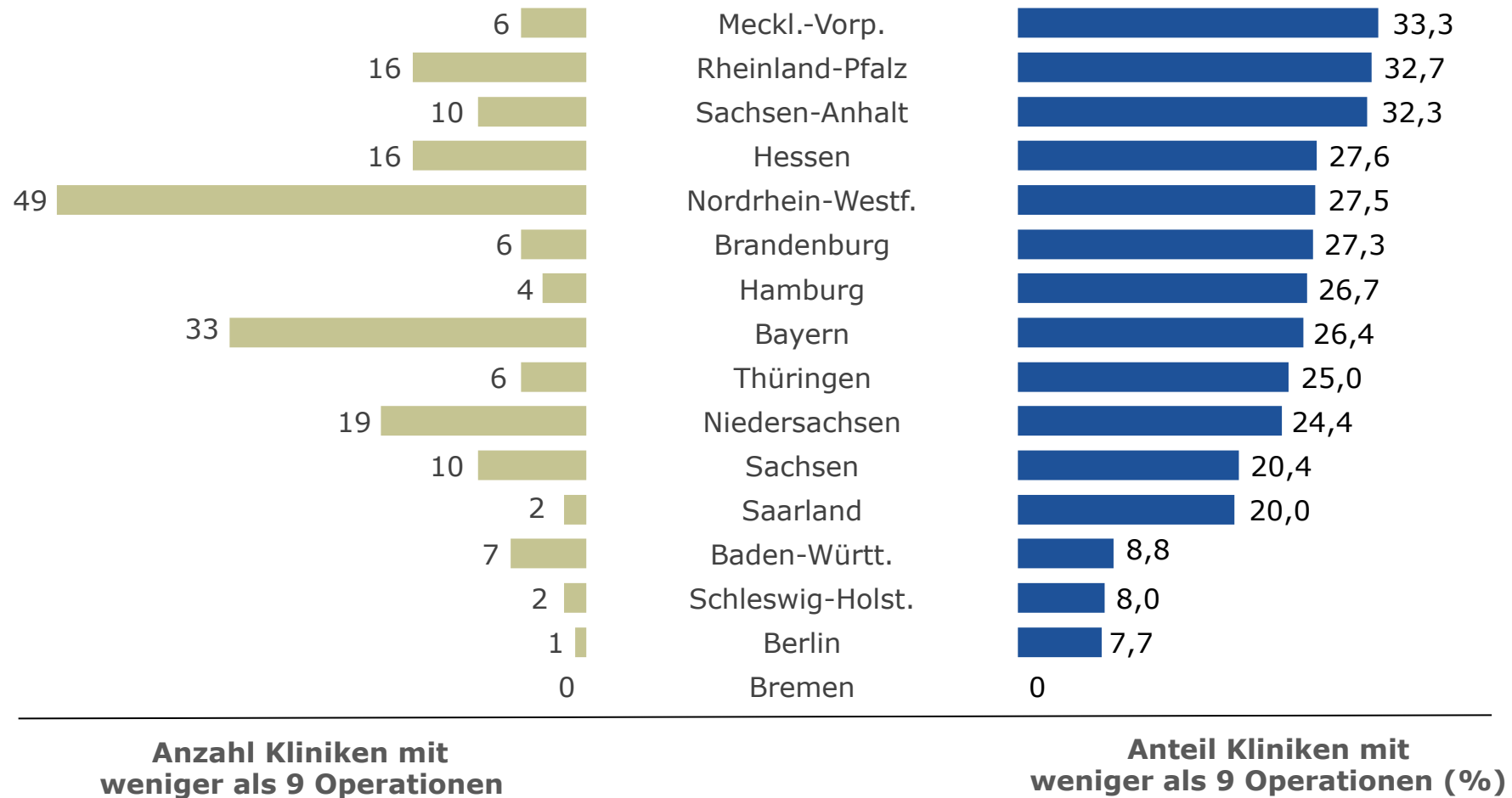
Das Ziel, bei  $\geq 90\%$  aller Brustkrebs-OPs eine prätherapeutisch histologische Diagnosesicherung durchzuführen, wird bei Kliniken mit niedrigen Behandlungszahlen 2016 deutlich seltener erreicht als im Bundesdurchschnitt.



Quelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Kliniken.

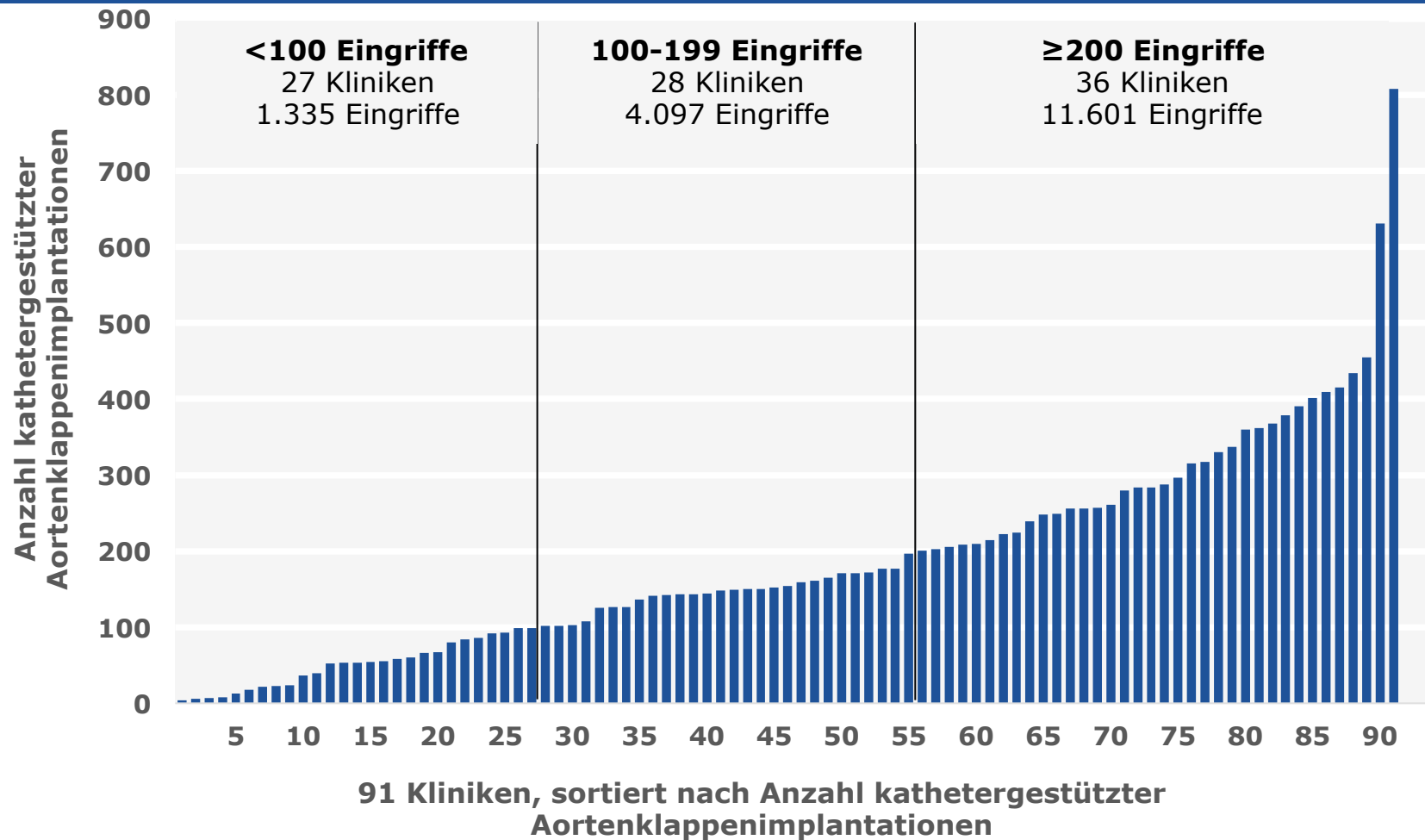
Hinweis: Für die Analysen konnten 643 Kliniken berücksichtigt werden, für die eine Information zum Qualitätsindikator vorlag.

## Brustkrebs-OPs: Regionale Unterschiede beim Anteil der Kliniken mit weniger als 9 Operationen im Jahr 2016



Quelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Kliniken.

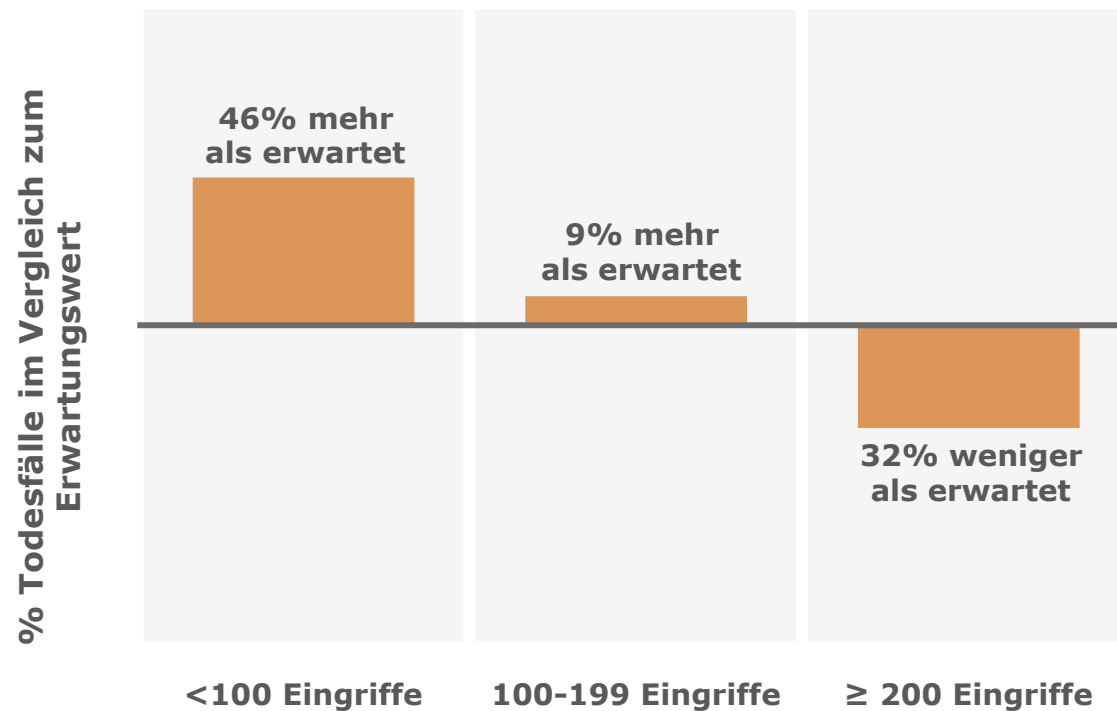
# Kathetergestützte Aortenklappenimplantationen: Große Unterschiede bei Fallzahlen im Jahr 2016



Quelle: Drogan & Günster 2019. *Qualitätsmonitor 2019*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.  
Hinweis: Ohne 6 Kliniken, für die aufgrund von Datenschutzbestimmungen keine Information zur Eingriffszahl vorlag

## Kathetergestützte Aortenklappenimplantationen: Weniger Todesfälle in Kliniken mit vielen Fällen

In Kliniken mit jährlich mindestens 200 kathetergestützten Aortenklappenimplantationen verstarben im Jahr 2016 32% weniger Patienten als erwartet.



### Kathetergestützte Aortenklappenimplantationen

Quelle: Drogan & Günster 2019. *Qualitätsmonitor 2019*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.  
Hinweis: Für die Analysen konnten 58 Kliniken berücksichtigt werden, für die eine Information zum Qualitätsindikator vorlag.





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

## **Statement von Prof. Rainer Rossi**

**Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Vivantes Klinikums Berlin-Neukölln und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)**

Es gilt das gesprochene Wort!

# **Stärkere Strukturierung und Zentralisierung von Geburtshilfe und Frühgeborenen-Versorgung verbessert die Versorgungsqualität**

Es gab in den letzten Jahren zwar Verbesserungen der perinatalmedizinischen Ergebnisse, aber im europäischen Vergleich schneiden andere Länder besser ab. Bei der Säuglingssterblichkeit liegt Deutschland mit 2,3 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten im Vergleich zu anderen europäischen Ländern nur im Mittelfeld. Länder wie Schweden (1,6), Norwegen (1,5) oder Finnland (1,2) erzielen wesentlich bessere Ergebnisse. Es handelt sich hier jeweils um Länder mit einer stärker zentralisierten Perinatalmedizin, also einer sowohl geburtshilflichen als auch neonatologischen Versorgung.

Die Situation der Geburtshilfe in Deutschland könnte verbessert werden, wenn bei jeder Geburt kinderärztliche Präsenz und Kompetenz zur Verfügung stehen würde – wie dies in Nordeuropa selbstverständlich ist. Wir brauchen insgesamt mehr Strukturqualität in der Geburtshilfe, die man durch ein abgestuftes Versorgungskonzept mit einem differenzierten Versorgungsauftrag erreichen könnte: Je komplikationsreicher eine Schwangerschaft, desto eher die Versorgung im höchstqualifizierten Zentrum. Derartige regionale Kompetenzverbände, die zwischen 7.500 und 15.000 Geburten versorgen sollten, würden zudem die Aus- und Weiterbildung der Ärzte, Pfleger und Hebammen verbessern helfen.

Das Bundesgesundheitsministerium weist zudem in seinem Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“ darauf hin, dass die Rate der Frühgeburten aller Reifegrade in Deutschland vergleichsweise hoch ist.

Von besonderer Bedeutung ist dabei die Tatsache, dass der Anteil der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm in den letzten Jahren in Deutschland auch unter Berücksichtigung der gestiegenen Geburtenzahlen absolut um 1.918 Fälle (plus 21 Prozent) und relativ auf 1,43 Prozent aller Neugeborenen gestiegen ist; damit ist diese Rate mehr als doppelt so hoch wie in Schweden. Diese Frühgeburten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm stellen mit ca. 11.000 Kindern pro Jahr in Deutschland eine kleine, aber auch besonders gefährdete Patientengruppe dar. Für deren Versorgung sind in Deutschland 211 Perinatalzentren (Stand: 31.07.2018) zuständig; allein im sogenannten Level 1 (für die Betreuung der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm) sind es 165 Perinatalzentren.

Das ist in Schweden grundsätzlich anders: Trotz großer Entfernungen befassen sich nur sechs Zentren mit der Betreuung dieser kleinsten und unreifsten Frühgeborenen. Trotzdem oder eben gerade deswegen werden die international besten Ergebnisse für die Behandlung der sehr kleinen, aber hochvulnerablen Patientengruppe der ELGANs (extremely low gestational neonates, Frühgeborene mit Gestationsalter von weniger als 28 Schwangerschaftswochen) aus Schweden berichtet.

Für die kleinen Frühgeborenen ist die Studienlage eindeutig: Drei international publizierte systematische Reviews zeigen zusammenfassend eine bessere Qualität der Versorgung in Abhängigkeit von der Fallzahl, der Ausstattung der Geburtskliniken und dem Grad der Zentralisierung in der Geburtshilfe. Aktuelle Versorgungsdaten auch aus Deutschland bestätigen diese Befunde sowohl für Kinder unter einem Geburtsgewicht von 1.500 als auch 1.250 Gramm - daran hatte es in der Frage der Erhöhung der Mindestmenge bisher gemangelt.

In einem Beitrag für den Qualitätsmonitor 2018 ist ermittelt worden, welche Bedeutung die Einführung einer höheren Mindestmenge der Frühgeborenen mit weniger als 1.500 Gramm auf die Versorgung in Deutschland hätte. Die Auswertungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten aus den Jahren 2011 bis 2015 aus dem Qualitätsmonitor belegen, dass auch für Deutschland ein Zusammenhang von Fallzahlen und Qualitätsergebnissen bei der Versorgung von Frühgeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht nachgewiesen werden kann. Die Analyse zeigt, dass die Frühgeborene eine schlechtere Überlebenschance haben, wenn sie in Perinatalzentren versorgt werden, die weniger als 34 Fälle pro Jahr vorweisen können. In Zentren mit höheren Fallzahlen (also mehr als 34 Fällen pro Jahr) ist die Sterblichkeit niedriger. In diesen Zentren wurde rund ein Fünftel aller Frühgeborenen behandelt.

Trotzdem gestaltete sich in Deutschland die Einführung einer Mindestmenge für die Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm schwierig, weil gegen die Festsetzung von Mindestmengen wie auch gegen ihre Erhöhung von 14 auf 30 für Perinatalzentren des Level 1 (zur Behandlung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm) 2010 geklagt worden ist. Das Bundessozialgericht sah im Ergebnis die Einführung von Mindestmengen als rechtmäßig, die Erhöhung der Mindestmenge für Frühgeborene als nicht ausreichend begründet an.

Bis heute gilt somit auch für die am stärksten gefährdete Patientengruppe der Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm (Perinatalzentren Level 1) nur eine Mindestmenge von jährlich 14. Für die Sicherstellung der Versorgung durch ein erfahrenes und personell gut aufgestelltes Team und für einen wirtschaftlichen Ressourceneinsatz ist diese Zahl – etwa ein Frühgeborenes pro Monat – viel zu niedrig. Außerdem kämpfen nun viel zu viele Perinatalzentren um die begehrten Pflegekräfte.

2012 hat das Bundessozialgericht erklärt, dass die Festsetzung einer neuen Mindestmenge für Früh- und Neugeborene zulässig wäre, wenn die Festlegung einer bestimmten Zahl durch neue Studienergebnissen besser belegt und begründet werden könne. Mittlerweile wurde im KHSG die Rechtslage insofern angepasst, als dass die Festlegung von Mindestmengen bei vorliegendem Volume-Outcome-Zusammenhang deutlich erleichtert ist – die durch das BSG geforderten Voraussetzungen für eine Erhöhung der Mindestmenge für kleine Frühgeborene liegen also jetzt vor!

Es gilt nun, die Senkung der Frühgeborenen-Raten durch eine Strukturdiskussion für die Geburtshilfe ebenso anzugehen wie eine neue, höhere Mindestmenge für Frühgeborene festzulegen, dabei müssen aber Fehlanreize vermieden werden. Neben der Verringerung der Frühgeborenenrate durch eine bessere Strukturierung der Geburtshilfe mit regionalen Kompetenzverbänden ist auf diesem Weg eine deutliche Reduktion der Zahl der an der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener beteiligten Kliniken durch eine Erhöhung der Mindestmenge für diese Patienten geboten.

#### KONTAKT UND INFORMATION

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

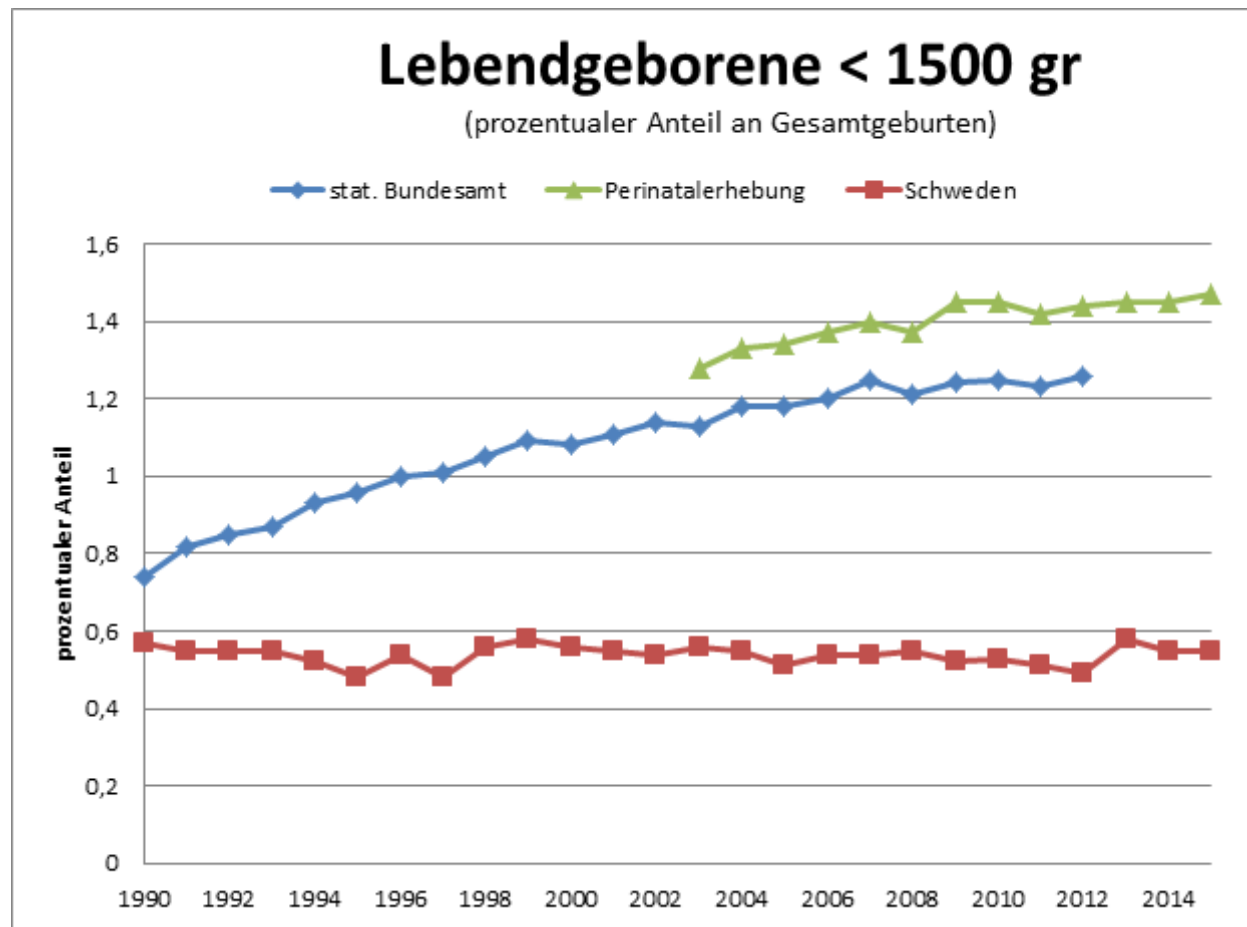
# Prävention, Diagnostik und Therapie (drohender) Frühgeburt

---

- „Die hohe Prävalenz von Frühgeburtslichkeit kann dabei nicht allein durch das zunehmende Fertilitätsalter sowie durch die Zunahme von Mehrlingsschwangerschaften durch reproduktionsmedizinische Maßnahmen begründet werden.“
- „Gesundheitspolitische Maßnahmen zielten bislang erfolgreich auf die Verbesserung der neonatologischen Versorgung und mithin der Überlebenschancen der Frühgeborenen, jedoch noch deutlich zu wenig auf die Senkung der Häufigkeit von Frühgeburten.“

Nationales Gesundheitsziel “Gesundheit rund um die Geburt”

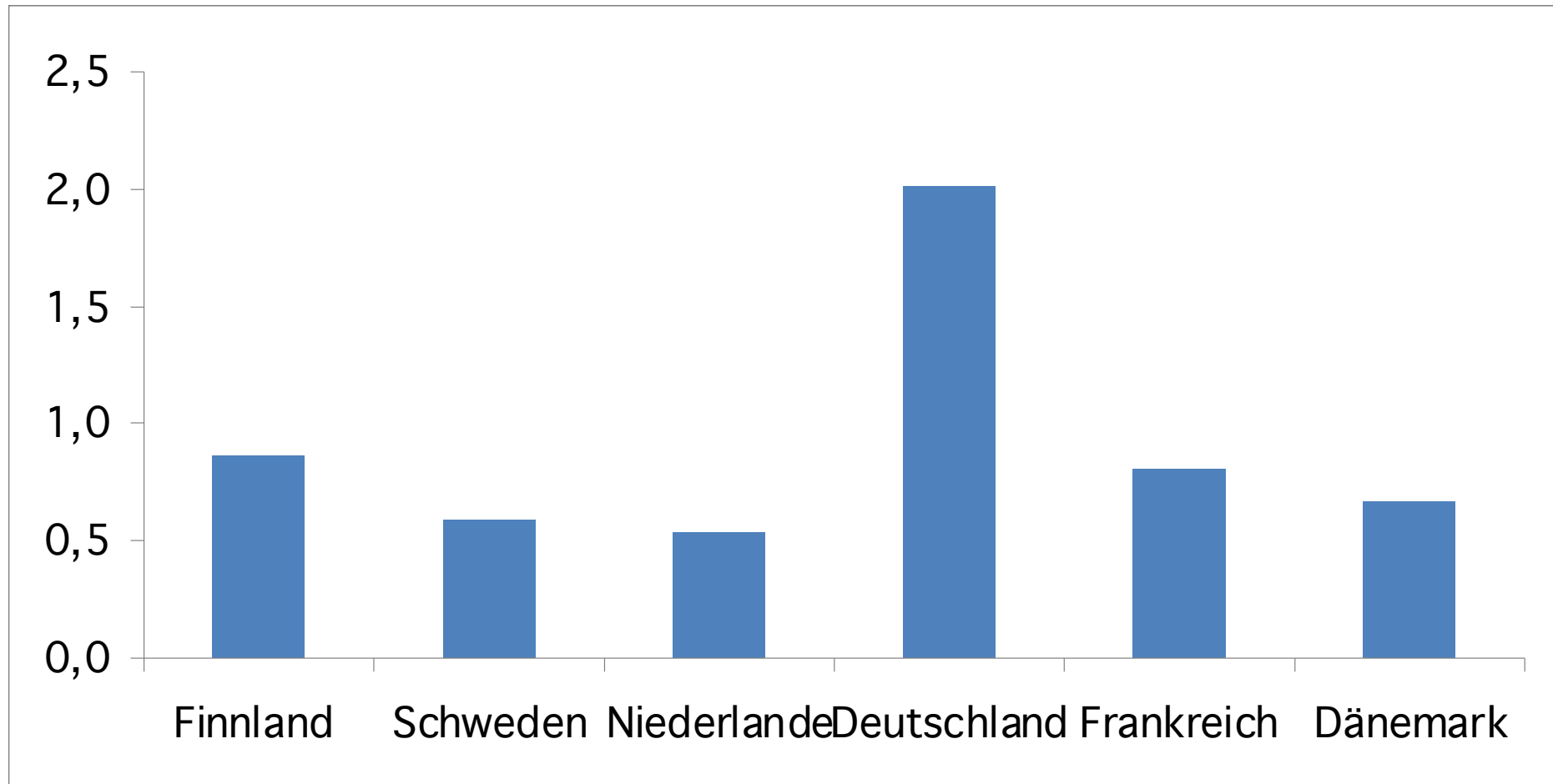
## Häufigkeit von Frühgeburten (D vs. S)



Quellen: Statistisches Bundesamt und Perinatalerhebung bzw. Socialstyreisen

***Das gilt in ähnlicher Weise für Frühgeborene aller Reifegrade!***

## Zahl der Zentren für Frühgeburten pro 1 Million Einwohner



A. Gerber, K. Lauterbach, M. Lungen  
DÄB 2008;105:A1439-A1441

# Perinatalzentren und Geburtenbasis

---

- „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“ (AWMF-LL 087-001, 2006): 5.000 – 10.000 Geburten p.a.
- Europäische Weiterbildungsleitlinie: 10.000 Geburten p.a.
- BAPM: ca. 8.000 – 10.000 Geburten p.a. pro PNZ
  - 100 VLBWs p.a. pro PNZ
- Niederlande: 200.000 Geburten, 8 PNZs: 1 : 25.000
- Schweden: 120.000 Geburten, 6 PNZs: 1 : 20.000
- Deutschland 2017: 760.000 Geburten
  - 211 PNZ L1&2: 1 : 3.600
  - 165 PNZ L 1 (< 1.250g): 1 : 4.600

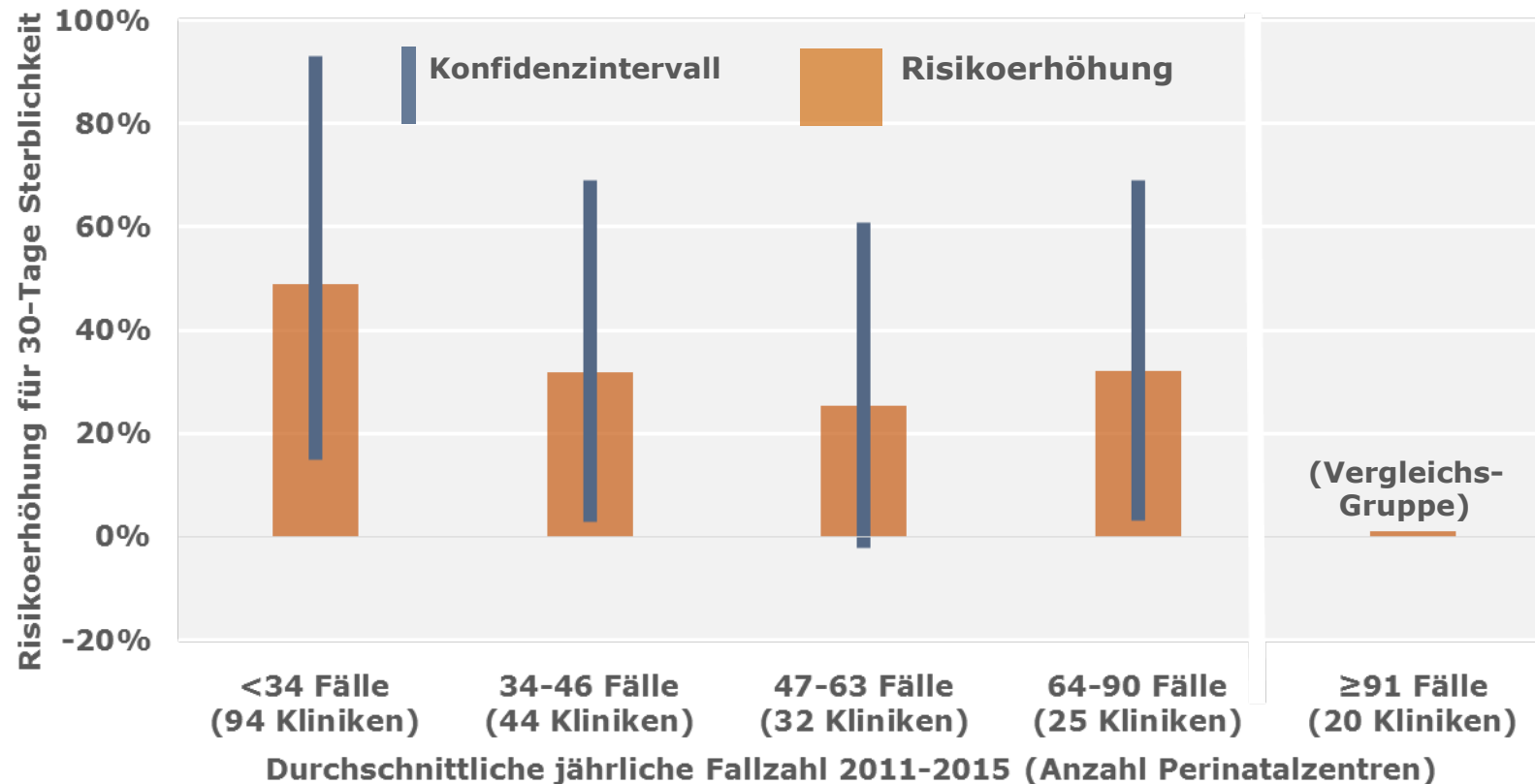
# Zusammenhang von Behandlungszahlen kleiner FG und Überlebenswahrscheinlichkeit in Deutschland

---

- Kutschmann et al., Deutsch Ärztebl 2012 (FG < 1.250g)
  - Mortalität in kleineren (< 30 Pat. p.a.) Kliniken um den Faktor 1,34 höher als in den größeren ( $\geq$  30 Pat. p.a.)
- Esser et al., Eur J Publ Health 2014 (FG < 1.250g)
  - Mortalität in kleineren (< 30 Pat. p.a.) Kliniken um den Faktor 1,74 (1,02 – 2,99) höher als in den größeren ( $\geq$  30 Pat. p.a.)
- Hentschel et al., Arch Dis Child Neonat Ed 2018 (FG < 1.500g)
  - Mortalität in kleineren (< 50 Pat. p.a.) Kliniken um den Faktor 1,49 (1,02 – 2,17) höher als in den größeren ( $\geq$  50 Pat. p.a.)



# Deutlich schlechtere Überlebenschancen für Frühgeborene in Kliniken mit wenigen Fällen



In Kliniken mit weniger als 34 Fällen liegt die Sterblichkeitsrate bei Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm knapp 50% höher als in Kliniken mit 91 oder mehr Fällen pro Jahr.

Quelle: Heller 2018. *Qualitätsmonitor 2018*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.  
Hinweis: 5 Perinatalzentren konnten für die Auswertungen nicht berücksichtigt werden

# „Patient Safety“ als Motor einer Krankenhausstrukturplanung

---

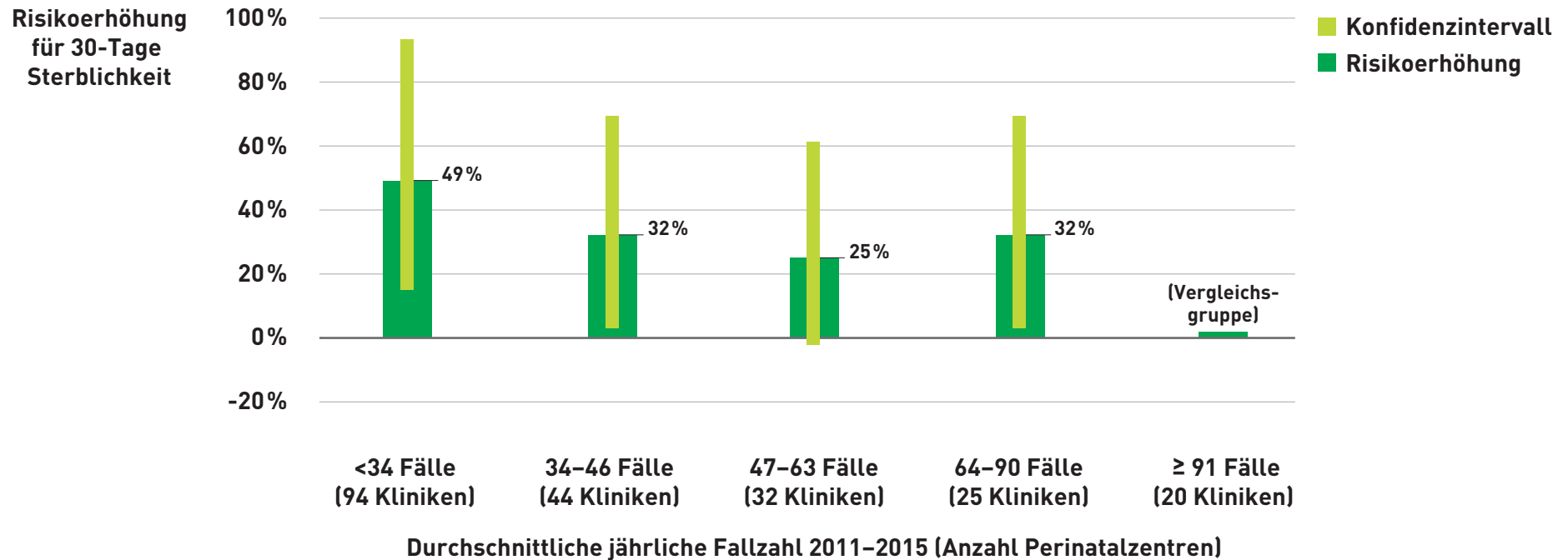
## **Ist wirklich alles für die Patientensicherheit getan, wenn**

- eine Geburt in einer Klinik ohne angeschlossene Kinderklinik geplant wird?
- wenn eine eventuell erforderliche intensivmedizinische Betreuung der Schwangeren/Mutter oder des Neugeborenen nur durch eine Verlegung sichergestellt werden kann?
- wenn keine große Erfahrung in der Betreuung von Hochrisiko-Schwangeren (auch mit dem Ziel der Verhinderung einer zu frühen Geburt!) sowie Reif- und Frühgeborenen besteht?



## Deutlich schlechtere Überlebenschancen für Frühgeborene in Kliniken mit wenigen Fällen

In Kliniken mit weniger als 34 Fällen liegt die Sterblichkeitsrate bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm knapp 50 % höher als in Kliniken mit 91 oder mehr Fällen pro Jahr.

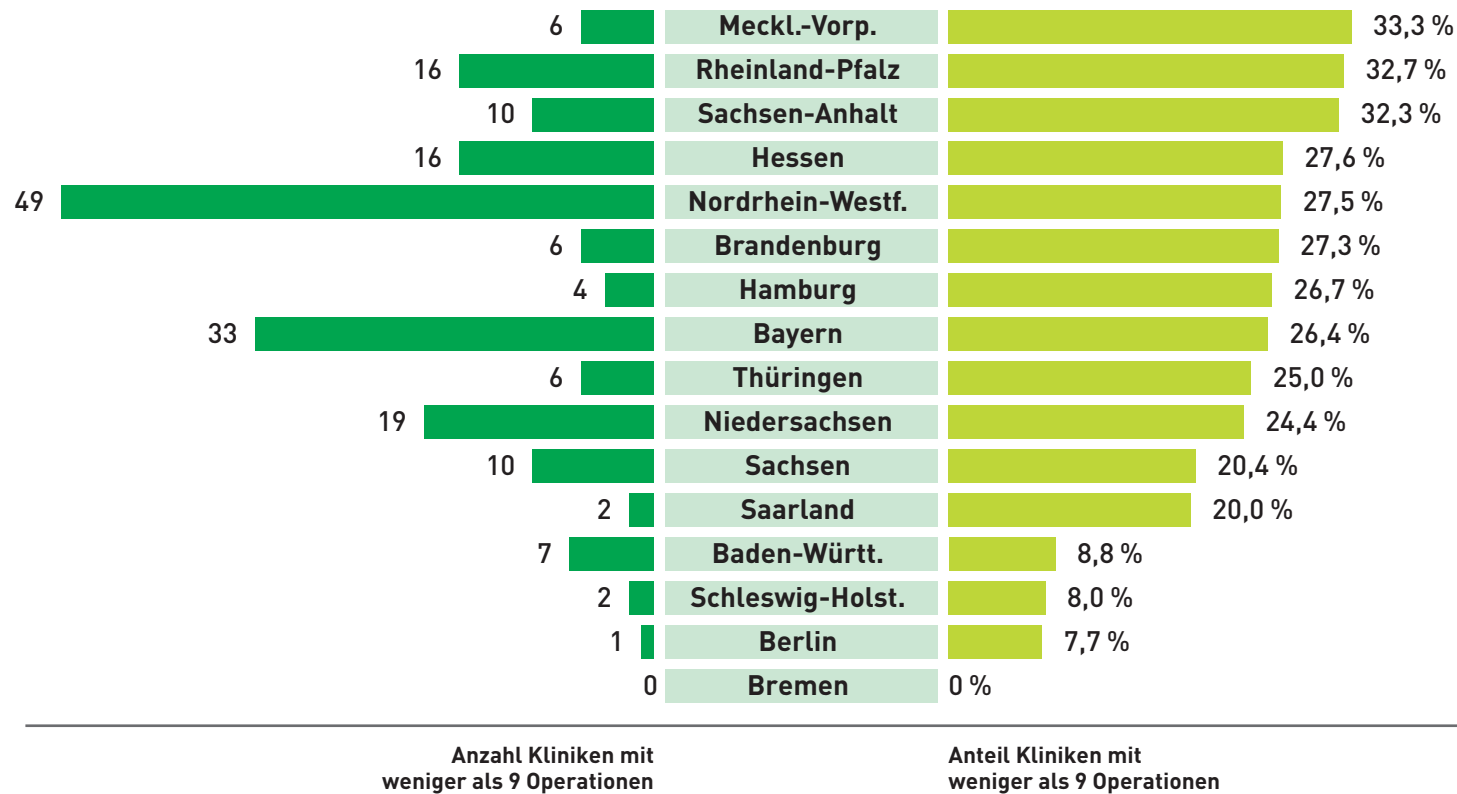


Quelle: Heller 2018. Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.  
Hinweis: 5 Perinatalzentren konnten für die Auswertungen nicht berücksichtigt werden.



## Regionale Unterschiede bei Kliniken mit weniger als 9 Brustkrebs-Operationen im Jahr 2016

Der Anteil der Kliniken, in denen 2016 weniger als 9 Brustkrebs-Operationen durchgeführt wurden, ist in Mecklenburg-Vorpommern am höchsten. Die absolute Zahl dieser Kliniken ist in Nordrhein-Westfalen und Bayern besonders hoch.



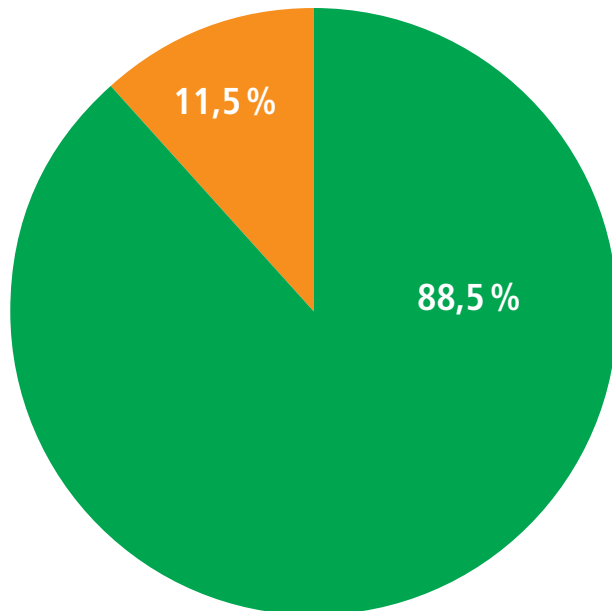
Quelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser



## Kliniken mit niedrigen Fallzahlen erreichen Qualitätsziel seltener

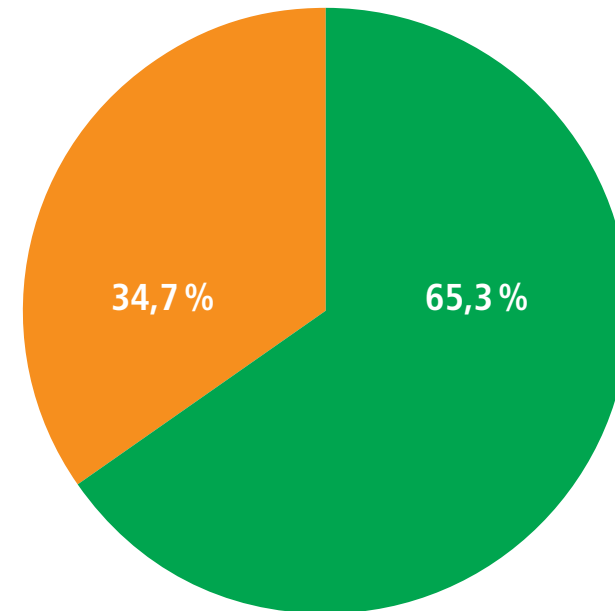
Das Ziel, bei mindestens 90 % aller Brustkrebs-Eingriffe vor der OP eine Diagnosesicherung durchzuführen, wird in Kliniken mit niedrigen Behandlungszahlen nach wie vor deutlich seltener erreicht als im Bundesdurchschnitt.

### Alle Kliniken mit Brustkrebs-OPs



- Kliniken mit Behandlungsfällen: 781
- Kliniken mit Indikator-Information: 643

### Kliniken mit < 9 Brustkrebs-OPs pro Jahr



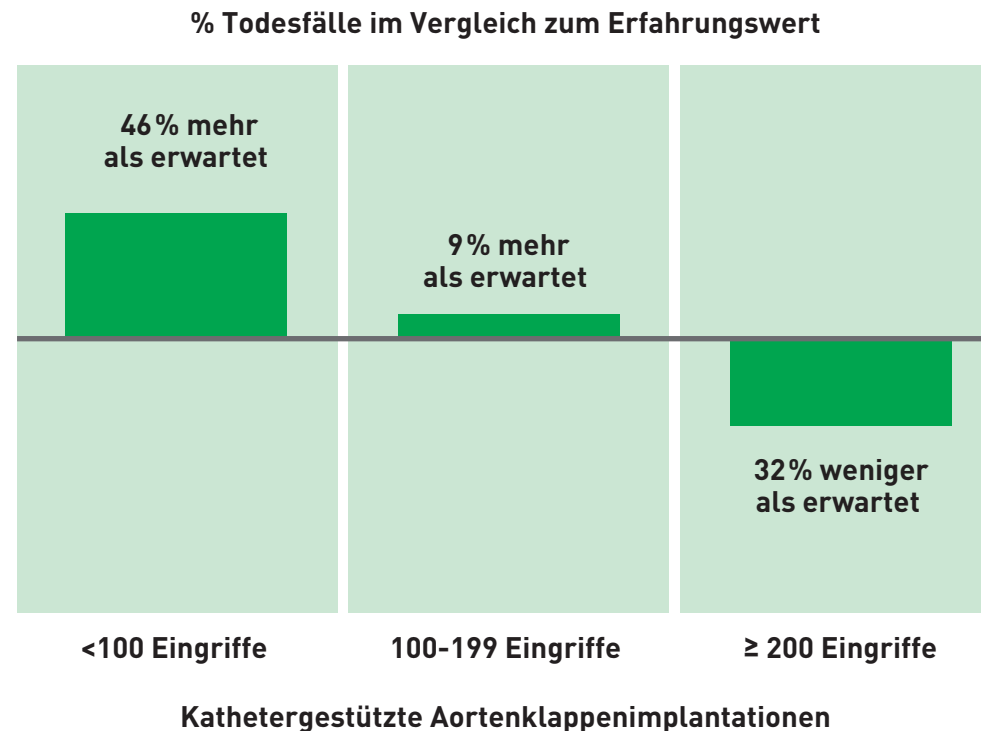
- Anzahl der Kliniken: 187
- Kliniken mit Indikator-Information: 49

Quelle: Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser



## Kathetergestützte Aortenklappenimplantationen: Weniger Todesfälle in Kliniken mit vielen Fällen

In Kliniken mit jährlich mindestens 200 kathetergestützten Aortenklappenimplantationen verstarben im Jahr 2016 32 % weniger Patienten als erwartet.



Quelle: Drogan & Günster 2019. Qualitätsmonitor 2019. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.  
Hinweis: Für die Analysen konnten 58 Kliniken berücksichtigt werden, für die eine Information zum Qualitätsindikator vorlag.