

## Qualitätssicherung

# Mindestmengen schützen Leben

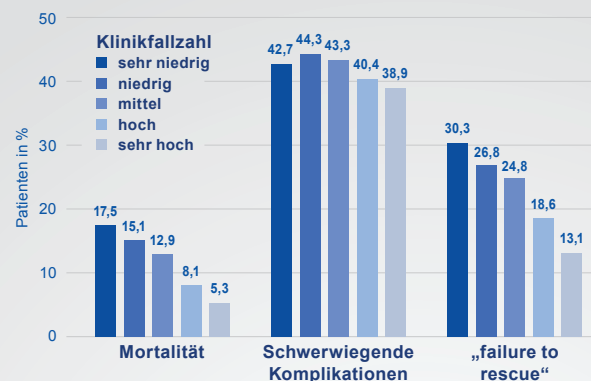
Kliniken, die bestimmte Operationen häufig durchführen, erzielen dabei auch gute Ergebnisse. Der Zusammenhang zwischen Menge und Qualität ist wissenschaftlich gut belegt. Für einige komplexe Eingriffe sind Mindestmengen in Deutschland deshalb gesetzlich verankert und höchstrichterlich bestätigt. Dennoch haben sie kaum Einfluss auf die Versorgung. Das zeigt der neue Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), der am 28. Februar erscheint.

Mindestmengen gibt es seit mehr als zehn Jahren für Leber-, Nieren- und Stammzellen-Transplantationen, für komplexe Eingriffe an Bauchspeicheldrüse und Speiseröhre ebenso wie für Knie-Totalendoprothesen. Seit 2010 gelten sie auch für die Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen. In vielen Bereichen werden sie verfehlt - und dies zumeist ohne Konsequenzen für das Leistungsspektrum der Kliniken, jedoch mit Folgen für die Patienten. Laut Krankenhaus-Report erreicht nur jede zweite Klinik (51 Prozent) bei Resektionen der Bauchspeicheldrüse die Mindestmenge von jährlich zehn Fällen pro Klinik. Bei Eingriffen an der Speiseröhre wird die Vorgabe von gut zwei Dritteln der Häuser (68 Prozent) verfehlt. Während landesweit jeweils 9,2 beziehungsweise 8,6 Prozent der Patienten den jeweiligen Eingriff oder seine Folgen nicht überleben, sterben in Kliniken mit zu geringen Fallzahlen bis zu 37 Prozent mehr Menschen (*siehe Grafik Seite 5*), sie erleiden mehr Komplikationen und werden häufiger ein weiteres Mal operiert.

Nicht alles hängt dabei von der Erfahrung der Chirurgen ab. Auch die Qualität der Diagnose, die Wahl des Verfahrens und das Erkennen kritischer Zustände entscheiden über die Ergebnisse der Behandlung. Hohe Fallzahlen gehen typischerweise mit höherer Qualität einher; die Kliniken weisen die bessere Infrastruktur auf, und Ärzte wie Pflegeteams haben mehr Routine im Umgang mit Komplikationen.

Neben vielen anderen Maßnahmen hat das Krankenhausstrukturgesetz 2016 auch die Mindestmengen-Regelung geändert und damit eine neue Situation geschaffen: Erstmals seit Jahren besteht nun eine reelle Chance zur Durchsetzung des Qualitätsindikators.

## Mortalität und Behandlungsversagen nehmen bei niedrigen Fallzahlen zu



„Failure to rescue“ (Tod nach schweren Komplikationen, die zu spät/inadäquat entdeckt/behandelt wurden) korreliert mit der Gesamtmortalität und der Klinikfallzahl, während sich die Häufigkeit schwerer Komplikationen in den Fallgruppen nur gering unterscheidet. Quelle: Ghaferi 2011; Grafik: AOK-Bundesverband

## INHALT

Hintergrund und Presse ..... Seite 2

>> Wie Europa Mindestmengen einsetzt

Markt und Meinung ..... Seite 3

>> Höchststand bei neuen Methoden (NUB)

>> Deutlich steigende Erlöse in Bayern

>> Niedersachsen investiert in Unikliniken

Versorgung und Service ..... Seite 4

>> Erste Qualitätsindikatoren stehen fest

>> Klinikreform in Dänemark

>> Blick in den Krankenhaus-Report 2017

Zahlen - Daten - Fakten ..... Seite 5

>> Erhöhtes Sterberisiko in Kliniken, die Mindestmengen nicht erreichen

„Kein Chirurg würde für sich oder seine Angehörigen eine Klinik wählen, die wenige oder sehr wenige Eingriffe einer bestimmten Art durchführt.“

Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Ehemaliger Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

**Erfahrungen im Ausland**

# Warum Europa auf Fallzahlen setzt

**Mithilfe von Mindestmengen ging in den Niederlanden die Sterblichkeit nach Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsen-Operationen drastisch zurück. In Portugal haben Frühchen dank einer reformierten Geburtshilfe erheblich bessere Überlebenschancen.**

Operationen an Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse zählen zu den komplexesten Eingriffen der Bauchchirurgie. Häufigste Indikation ist eine Krebserkrankung. Da die Fallzahlen bei Speiseröhrenkrebs in den Niederlanden schon vor Jahren deutlich angestiegen waren, galt für den Eingriff bereits 2006 die Mindestmenge von zehn, ab 2011 von 20 Operationen pro Jahr und Klinik. Im Rahmen einer Initiative des Gesundheitsministeriums, der Kostenträger und der medizinischen Fachgesellschaften des Landes wurden 2012 Mindestmengen auch für Magenresektionen eingeführt. Die Effekte registriert die „Dutch Upper GI Cancer Audit Group“ (DUCA), eine Qualitätsinitiative für die Behandlung von Ösophagus- und Magenkarzinomen. Seit 2011 wertet die DUCA anonyme Daten aller Krebspatienten mit Speiseröhren- oder Magen-Resektionen aus, stellt den chirurgischen Teams ihre Ergebnisse zur Verfügung und verändert damit die Behandlungsmuster. So werden seither mehr Eingriffe minimalinvasiv durchgeführt. Die Folge: Die Sterblichkeitsrate der Patienten, die seit 2011 wegen Magenkrebs operiert wurden, fiel von acht auf etwa vier Prozent. Bei Speiseröhren-OPs, für die bereits 2011 die Mindestmenge von 20 pro Klinik und Jahr galt, blieb sie stabil.

**Eine Halbierung der Sterblichkeitsrate ist möglich**

Auch für die riskanten Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse mit Entfernung des Zwölffingerdarms (Duodenopankreatektomie) gilt die Mindestmenge in den Niederlanden bereits seit 2006. Spezialisierte Kliniken können hierbei minimalinvasive

mit offenen OP-Techniken kombinieren und haben viel Erfahrung mit typischen Komplikationen. Durch die Vorgabe der Mindestmenge verdoppelte sich landesweit die Zahl der Kliniken mit jährlich mehr als zehn Eingriffen dieser Art, die postoperative Sterblichkeit konnte nahezu halbiert werden. In zwei Kliniken mit je mehr als 30 Fällen pro Jahr starben über sechs Jahre hinweg weniger als zwei Prozent der Patienten nach der OP; in dreien der sechs Jahre verzeichneten die Häuser nicht einen einzigen postoperativen Todesfall. Niederländischen Experten zufolge könnte die Erhöhung der Mindestmenge auf 30 die Sterblichkeitsrate auf zwei bis drei Prozent senken.

**Mehr Schutz für Mutter und Kind**

Dass die Mechanismen hoher Fallzahlen nicht nur in der Chirurgie wirken, zeigt die Reform der Geburtshilfe in Portugal. Neugeborene hatten hier in den 1980-Jahren für EU-Verhältnisse schlechte Überlebenschancen: Während 1990 in Deutschland sieben von 1.000 Säuglingen starben, waren es in Portugal elf. Das Gesundheitsministerium des Landes entschloss sich deshalb 1989 zu einem radikalen Umbau der Geburtshilfe. Im Mittelpunkt: die Einführung einer Mindestmenge von jährlich 1.500 Geburten pro Klinik. Für die übrigen Krankenhäuser wurden in Bezug auf Risikogeburten unterschiedliche Versorgungslevel definiert. Ein nationales Transportsystem bringt seither die werdenden Mütter in die passende Klinik, während die Zusammenarbeit zwischen lokalen Einrichtungen und regionalen Geburtszentren extern unterstützt wird. Nahezu alle Kinder kommen seit 1990 in Spezialkliniken zur Welt. Studien der Folgejahre zeigen einen deutlichen Rückgang der Säuglingssterblichkeit des Landes: Im Jahr 2004 lag diese bei nur noch 4,0 von 1.000. Gleichzeitig fiel die Sterberate bei Frühchen unter 1.500 Gramm von 26,9 auf 15,4 Prozent. Die Reformen wirken bis heute nach.

**PRESSEECHO**

## Wiedereröffnung in Heilbronn

Die SLK Kliniken Heilbronn haben im ersten Teil ihres Neubaus den Betrieb aufgenommen. Die Errichtung des 550-Betten-Hauses mit 16 OP-Sälen kostete 225 Millionen Euro, davon hat das Land Baden-Württemberg 93 Millionen Euro finanziert. Der Bau des zweiten Abschnitts mit einem Projektumfang von 145 Millionen Euro beginnt noch im laufenden Jahr.

*Heilbronner Stimme, 16.02.2017*

## Kliniken in Nordfriesland bleiben erhalten

Die Klinikstandorte Husum und Niebüll sollen dauerhaft erhalten werden. Dafür wollen der Bund, das Land und die Kassen zusammen mehr als 48,5 Millionen Euro in die Modernisierung beider Häuser investieren. Husum soll dabei zur Klinik der Regel- und Grundversorgung mit Schwerpunktbildung ausgebaut werden, für Niebüll sind Allgemeine Innere Medizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Notfallversorgung geplant.

*Husumer Nachrichten, 17.01.2017*

## Neubau für St. Vincentius

Baden-Württemberg fördert die geplante Zusammenlegung der bisherigen Standorte der Karlsruher St.-Vincentius-Kliniken unter einem gemeinsamen Dach mit Landesmitteln. Sozialminister Manfred Lucha überreichte Mitte Januar einen Förderbescheid über 100,85 Millionen Euro. Das neue Gebäude beherbergt 341 Betten in 192 Patientenzimmern und 13 OP-Säle.

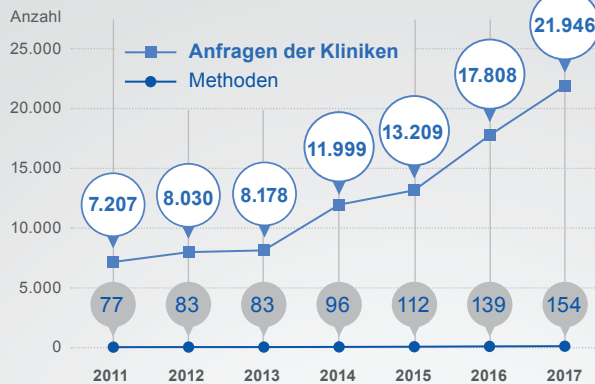
*Badisches Tageblatt, 13.01.2017*

**Innovationen**

**InEK verzeichnet erneut einen kräftigen Anstieg bei NUBs**

Die Zahl der Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) hat 2017 einen neuen Höchststand erreicht. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat bei 21.946 NUB-Anfragen von Kliniken für 154 angefragte Methoden festgestellt, dass diese den Kriterien der NUB-Vereinbarung genügen. Die Häuser können nun auf Landesebene über eine individuelle Vergütung dieser Leistungen verhandeln. Das InEK prüft NUB-Anfragen jedes Jahr auf ihre Aktualität in Bezug auf die DRG-Klassifikation und entscheidet damit, ob die Kliniken bis zur Übernahme der Leistung in das DRG-System eine Zwischenfinanzierung erhalten können.

**Kliniken im Innovationsfieber: InEK bestätigt immer mehr NUB-Anfragen**



Die Zahl der positiv bewerteten NUB-Methoden ist heute doppelt so hoch wie 2011, die Zahl der Anfragen hat sich verdreifacht.

Quelle: InEK; Grafik: AOK-Bundesverband

**Landesbasisfallwerte**

**Mehr Geld für Bayern und Berlin**

Die Erlöse der somatischen Kliniken in Bayern und Berlin steigen 2017 deutlich an. Gegenüber dem Vorjahr ergeben sich aus den Fallpauschalen Zuwächse von 5,33 Prozent für Bayern und 5,22 Prozent für Berlin. Der Landesbasisfallwert (LBFW), der zusammen mit dem Relativgewicht für die jeweilige medizinische Leistung den Fallpauschalen zugrunde liegt, beträgt in Bayern 3.365,00 Euro, in Berlin 3.350,91 Euro. In Kombination mit einem Plus beim Case-Mix-Volumen kommt das größte deutsche Bundesland auf ein Budget von knapp elf, Berlin auf 3,4 Milliarden Euro. Außer Rheinland-Pfalz liegen alle bisher genehmigten Basisfallwerte in der unteren Hälfte des Preiskorridors. Den geringsten Erlöszuwachs von 2,08 Prozent verzeichnet Sachsen bei einem LBFW von 3,341,67 Euro. Die zuständigen Landesbehörden haben bisher zehn der 16 regionalen Basisfallwerte genehmigt.

>> [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

**Niedersachsen investiert**

**Zwei Milliarden Euro für die Unikliniken des Landes**

Niedersachsen will für die Sanierung der beiden Hochschulkliniken des Landes 2,1 Milliarden Euro bereitstellen. Die Neubauten der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) sollen mithilfe eines Sondervermögens finanziert werden. Die Kliniken sind nun aufgefordert, Masterpläne vorzulegen, die bis zum Jahresende vom Land geprüft und beschlossen werden sollen. Sowohl beim Göttinger Klinikum als auch in Hannover - beide Gebäude stammen aus den 1960er- beziehungsweise 1970er-Jahren - geht die Landesregierung von einem weitgehenden Neubau aus. Die Finanzierung ist auf einen Zeitraum von 22 Jahren angelegt.

**DREI FRAGEN AN ...**

... **Hans-Jürgen Wirthl**

Erster Vorsitzender des Landesverbandes „Früh- und Risikogeborene Kinder Rheinland-Pfalz“ e. V. und Patientenvertreter im GBA



**„Die Qualitätssicherung fehlt“**

**Wie wichtig sind Mindestmengen bei der Versorgung von Frühchen?**

Erfahrung und Routine der Behandlungsteams sind überlebenswichtig. Das setzt ständige Übung voraus, die bei der Vielzahl der Perinatalzentren in Deutschland nicht immer gegeben ist. Die Fallzahlen sind zu gering. Mit einer wirksamen Mindestmenge könnten pro Jahr mehr als 100 Kinder zusätzlich überleben.

**Welche Auswirkungen hat die kleinteilige, wohnortnahe Geburtshilfe in Deutschland?**

Im EU-weiten Vergleich liegt Deutschland bei der Säuglingssterblichkeit nur im Mittelfeld. Insbesondere nordeuropäische Länder haben wesentlich bessere Ergebnisse, weil die Geburtshilfe dort konzentriert wurde. Bei uns ist das Versorgungsniveau zu unterschiedlich. Eine verlässliche Qualitätssicherung gibt es in der Geburtshilfe nicht.

**Wie können Perinatalzentren die Vorgaben zur Personalausstattung erfüllen?**

Die ursprünglichen Vorgaben zur 1:1-Betreuung wurden ja gerade ziemlich aufgeweicht. Die Zentren müssen die Fristverlängerung intensiv zur Aus- und Weiterbildung nutzen. Wer über Jahre Personal abbaut und die Arbeitsbedingungen verschlechtert, muss sich nicht wundern, wenn er niemanden mehr bekommt.

## Qualitätsorientierte Krankenhausplanung Erste Indikatoren beschlossen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat eine erste Liste von Versorgungsmerkmalen veröffentlicht, die die Länder künftig in ihrer qualitätsorientierten Krankenhausplanung berücksichtigen können („Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“). Beschlossen sind sie zunächst für gynäkologische Operationen, für die Geburtshilfe und die Mammachirurgie. Die Genehmigung des Beschlusses durch das Bundesgesundheitsministerium steht noch aus. Die Indikatoren sollen Gefährdungspotenziale für Patienten messbar abbilden. Zusätzlich bekommen die Landesbehörden Bewertungskriterien und Maßstäbe an die Hand - ein Instrumentarium, mit dem sie die Versorgungsqualität einzelner Kliniken oder Fachabteilungen als „gut“, „durchschnittlich“ oder „unzureichend“ einstufen können. Für die Berichte, die das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) erstellt, werden Daten erhoben und ausgewertet, die die Kliniken erstmals am 15. Mai 2017 liefern müssen. Eine erste Veröffentlichung der Ergebnisse ist für den 1. September 2018 geplant.

### Klinikreform

## Studienreise nach Dänemark

Weniger Standorte, mehr Qualität: Der erfolgreiche Umbau der Krankenhauslandschaft in Dänemark steht im Mittelpunkt einer Studienreise der AOK-Fachzeitschrift „Gesund-

heit und Gesellschaft“. Vom 12. bis 14. Juni 2017 besichtigen die Teilnehmer in Kopenhagen nicht nur das größte Krankenhaus des Landes, sie erfahren auch mehr darüber, welche politische Strategie hinter der Klinikreform steckt, wie sich Neu- und Umbauten von Hospitälern verlässlich finanzieren lassen, wie ein modernes Notfallmanagement Patienten an die richtige Stelle der Versorgungskette lenkt und wie E-Health Ärzte und Pflegekräfte entlastet.

>> [www.kompart.de](http://www.kompart.de)

### Krankenhaus-Report 2017

## Perspektiven des Kliniksektors



Der neue Krankenhaus-Report analysiert die stationäre Versorgung in Deutschland mit Blick auf den aktuellen Reformbedarf. Unter den Themen der neuen Ausgabe: das Krankenhausstrukturgesetz und seine Folgen, die Mengenentwicklung im stationären Sektor, die Reform des G-DRG-Systems und der Notfallversorgung, die Bedeutung von Mindestmengen und die künftige

Rolle der Telemedizin. Der Krankenhaus-Report ist eine Publikation des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Er informiert jährlich über Hintergründe und Entwicklungen im Krankenhaus-Bereich.

>> [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

## TERMINE

### 23. und 24. März in Berlin

16. Nationales DRG-Forum:  
„Die digitale Revolution – vom  
Patienten gemacht“

### 23. bis 25. März in Berlin

Deutscher Pflegetag 2017:  
„Die Pflege hat die Wahl“

### 18. und 19. Mai in Berlin

Kongress des AOK-BV und  
der SIQ! zur Umsetzung der  
Qualitätsagenda des KHSG:  
„Qualität im Krankenhaus“

## PERSONALIA

### Gerlach bleibt im Amt



Prof. Ferdinand Gerlach bleibt für weitere vier Jahre Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Die erneute Berufung des Allgemeinmediziners erfolgte auf Vorschlag des Gremiums. Ebenfalls bestätigt wurde der Gesundheitsökonom Prof. Eberhard Wille als sein Stellvertreter.

### Stabwechsel bei der GKM



Dr. Eva Quante-Brandt (SPD), Senatorin für Gesundheit, Wissenschaft und Verbraucherschutz in Bremen, ist Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz für das Jahr 2017. Die 57-jährige Pädagogin und Politikerin löst die mecklenburgische Sozialministerin Stefanie Drese ab, die das Amt im vergangenen Jahr innehatte.

### Sylvia Thun führt den neuen Verband für IT-Standards



Der Ende 2016 gegründete Spitzenverband für IT-Standards im Gesundheitswesen (SITiG) hat Prof. Sylvia Thun zu seinem ersten Vorstand gewählt. Die Medizinerin und Informatikerin lehrt Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen an der Hochschule Niederrhein und hat den Studiengang „eHealth – IT im Gesundheitswesen“ aufgebaut.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

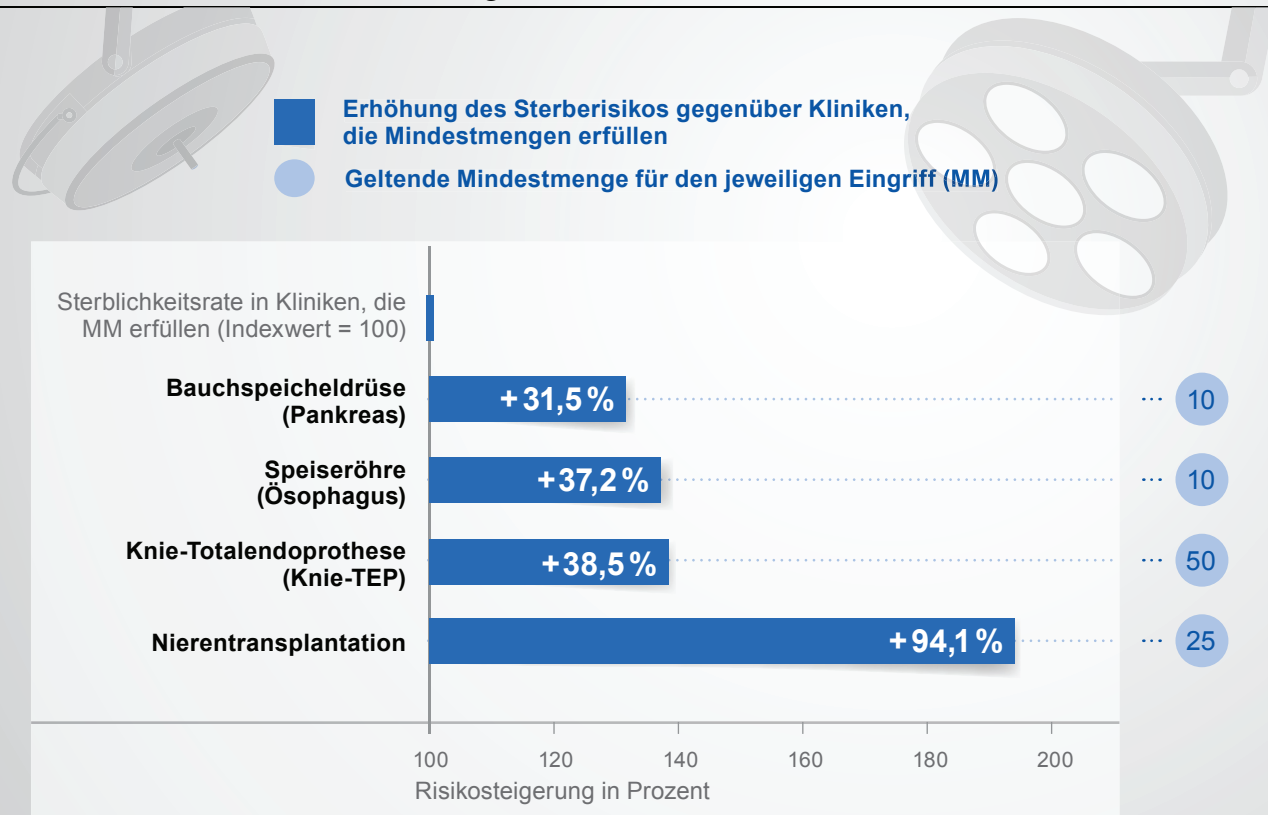
>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

>> Qualität

### In Kliniken, die Mindestmengen nicht erfüllen, sterben mehr Patienten



Quelle: „Mindestmengen und Krankenhaussterblichkeit“, U. Nimptsch, D. Pescke, T. Mansky (2016); Grafik: AOK-Bundesverband

### Bei komplexen Eingriffen zahlt sich Erfahrung aus

Über viele komplexe Eingriffe hinweg zeigt sich, dass Kliniken bessere Ergebnisse erzielen, wenn sie die jeweils vorgegebenen Mindestmengen erreichen oder übertreffen. Im Gegenzug liegt die risikobereinigte Sterblichkeitsrate der Patienten in Kliniken mit Fallzahlen unterhalb der geltenden Mindestmengen signifikant höher. Das ergab eine Auswertung von Abrechnungsdaten deutscher Kliniken aus den Jahren 2006 bis 2013, die Ulrike Nimptsch, Dr. Dirk Peschke und Prof. Thomas Mansky 2016 veröffentlichten. Demnach sterben bei Eingriffen an der Bauchspeicheldrüse in Kliniken mit Fallzahlen oberhalb der Mindestmenge 9,2 Prozent der Patienten, in Kliniken mit zu niedrigen Fallzahlen dagegen 12,1 Prozent. Das Sterberisiko für Patienten dieser Häuser ist um 31,5 Prozent erhöht. Bei OPs an der Speiseröhre steigt in diesem Vergleich die Sterblichkeitsrate von 8,6 auf 11,8 Prozent, das Sterberisiko also um 37,2 Prozent, und bei Knie-Totalendoprothesen von 0,13 auf 0,18 Prozent (Sterberisiko: plus 38,5 Prozent). Bei Nierentransplantationen liegt das Sterberisiko in Kliniken mit zu niedrigen Fallzahlen nahezu doppelt so hoch (plus 94,1 Prozent) wie in Häusern, die die Mindestmenge erfüllen (3,3 versus 1,7 Prozent).