



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

Inhalt der Pressemappe

- **Übersicht der Gesprächsteilnehmer**
- **Pressemitteilung**
- **Statement Jürgen Klauber**
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2017
- **Folien zum Statement Jürgen Klauber**
- **Statement Prof. Dr. Hartwig Bauer**
ehem. Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- **Folien zum Statement Prof. Dr. Hartwig Bauer**
- **Statement Martin Litsch**
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes
- **Fotoauswahl zum Krankenhaus-Report 2017**
- **Blickpunkt-Klinik**
Krankenhaus-Newsletter des AOK-Bundesverbandes

Das Material der Pressemappe steht Ihnen
auch online zur Verfügung: **aok-presse.de**

ANSPRECHPARTNER

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



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

Ihre Gesprächspartner:



Jürgen Klauber

Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts
der AOK (WIdO) und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports



Prof. Dr. Hartwig Bauer

Ehemaliger Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie



Martin Litsch

Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes



Presseinformation des AOK-Bundesverbandes vom 28.2.2017

Krankenhaus-Report 2017

AOK fordert schärfere Mindestmengenregelungen für mehr Qualität im Krankenhaus

Berlin. Je häufiger ein Eingriff erfolgt, desto besser sind die Behandlungsergebnisse für den Patienten. Das belegen wissenschaftliche Untersuchungen immer wieder. Neue Analysen dazu enthält auch der aktuelle Krankenhaus-Report 2017, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) und der AOK-Bundesverband vorstellen. Die AOK setzt sich seit langem dafür ein, die Mindestmengenregelungen in der stationären Versorgung auszuweiten. Sie geben vor, wie oft eine bestimmte Behandlung in einer Klinik durchgeführt werden muss. „Die Mindestmengenregelungen müssen zum Schutz der Patienten dringend auf weitere stationäre Leistungen ausgeweitet werden. Neben dem Hüftgelenkersatz sind dies beispielsweise Schilddrüsen- und Brustkrebsoperationen oder auch die Geburtshilfe“, fordert deshalb Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Nur für sieben komplexe Leistungsbereiche gibt es bislang gesetzliche Mindestmengenregelungen, darunter Nierentransplantationen, Knieendoprothesen-Operationen sowie die Versorgung von Frühchen.

Auch Wissenschaftler und Fachgesellschaften empfehlen weitergehende Mindestmengenregelungen. Sie beziehen sich beispielsweise auf den Hüftgelenkersatz bei Arthrose, für den sich der Zusammenhang zwischen der Behandlungshäufigkeit und dem Behandlungsergebnis besonders deutlich zeigt. 134.000 AOK-Patienten erhielten in den Jahren 2012 bis 2014 in 1.064 Krankenhäusern bei Arthrose ein neues Hüftgelenk. In einem Fünftel der Kliniken fanden maximal 38 Operationen pro Jahr statt. Das Risiko für eine erneute Hüftoperation binnen Jahresfrist war für Patienten dieser Häuser mehr als doppelt so hoch wie für die Patienten, die in dem Fünftel der Kliniken mit den höchsten Fallzahlen operiert wurden. In solchen Zentren fanden 211 oder mehr planbare Hüft-OPs statt.

Doch selbst wenn es Mindestmengenvorgaben gibt, werden diese in vielen Kliniken Deutschlands nicht eingehalten, wie der Report anhand von Operationen an der Speiseröhre sowie der Bauchspeicheldrüse belegt. Führten 2014 rund 700 Krankenhäuser rund 12.000 Bauchspeicheldrüsenoperationen durch, so erreichte knapp die Hälfte der Häuser die Mindestmenge von zehn nicht. Bei den Eingriffen an der Speiseröhre waren es fast drei Viertel aller Kliniken. „Wir brauchen Transparenz darüber, welche Kliniken die Mindestmengen nicht einhalten. Per Gesetz sind diese Leistungen von den Krankenkassen dann auch nicht zu bezahlen. Bei der Umsetzung dieses Weges brauchen wir deutlich mehr Mut und Willen aller Beteiligten“, so Litsch weiter.

Zu den Lücken des Systems gehört auch, dass Kleinstversorger ihre Leistungen im Rahmen von Ausnahmeregelungen weiterhin anbieten können, obwohl sie die Mindestmengen nicht einhalten. „Ob ein Haus mit Kleinstmengen im Einzelfall gute oder schlechte Arbeit geleistet hat, ist statistisch nicht bewertbar und widerspricht dem grundlegenden Prinzip von Mindestmengen. Das gefährdet die Versorgung der Patienten“, sagte Jürgen Klauber, Geschäftsführer des WIdO und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports. „Wenn eine Mindestmenge besteht, muss das die Messlatte für alle Kliniken sein, so wie auch Geschwindigkeitsbeschränkungen im Straßenverkehr keine Ausnahmen kennen.“ Temporäre Ausnahmeregelungen seien nur gerechtfertigt, wenn gute strukturelle Gründe vorliegen, beispielsweise gerade eine neue Einheit mit einem neuen Chefarzt aufgebaut wird.

Prof. Dr. Hartwig Bauer, ehemaliger Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, sieht weitere Lücken in der Mindestmengenregelung: „Den positiven Zusammenhang zwischen Behandlungshäufigkeit und -ergebnis gibt es nicht nur auf Klinikebene, sondern auch bei der Spezialisierung des Chirurgen selbst. Seine Erfahrung zeigt sich in kürzeren Operationszeiten und damit geringeren Komplikationsraten. Doch dieses Wissen wird in Deutschland nicht umgesetzt.“ Wichtig seien außerdem die Einhaltung von Leitlinien und die Organisationsstruktur des Krankenhauses. „Eine abgestimmte, eingeübte Prozesskette geht naturgemäß immer mit höheren Mengen einher“, so Bauer, der mit einem Appell schließt: „Wir wissen längst, was zu tun ist, nur müssen wir auch tun, was wir wissen.“

Diese Forderung teilt auch der AOK-Bundesverband und setzt sich dafür ein, dass sich Kliniken in Zukunft stärker auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren und in Deutschland endlich ein qualitätsorientierter Umbau der Krankenhauslandschaft stattfindet, der diesen Namen verdient.

ANSPRECHPARTNER

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



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

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

Es gilt das gesprochene Wort!

Mindestmengen in der stationären Versorgung stärken die Versorgungsqualität

„Übung macht den Meister“. Dieser Aussage würde wohl niemand ernsthaft widersprechen. Wissenschaftliche Studien zeigen immer wieder aufs Neue, dass in vielen Leistungsbereichen der stationären Versorgung ein positiver Zusammenhang zwischen der Fallzahl und dem Ergebnis der Versorgung für den Patienten besteht. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurden die Möglichkeiten der Festlegung von Mindestmengen endlich gestärkt. Auch der aktuelle Krankenhaus-Report greift die Themen Volume-Outcome-Zusammenhang und Festlegung von Mindestmengen auf.

Komplikationsrisiken nach Operationen sehr unterschiedlich

Jährlich werden in Deutschland rund 75.000 Schilddrüsenoperationen in mehr als 1.000 Krankenhäusern durchgeführt. Im Krankenhaus-Report 2017 werden die Schilddrüsenoperationen bei gutartigen (benignen) Schilddrüsenerkrankungen analysiert, die zwischen 2011 und 2013 an 57.000 AOK-Patienten vorgenommen wurden. Es zeigt sich, dass es viele Krankenhäuser gibt, die diese Operation vergleichsweise selten durchführen. Während ein Fünftel der operierten AOK-Patientinnen und Patienten in Häusern versorgt wurde, die 2013 maximal 55 Schilddrüsenoperationen vornahm, wurde ein Fünftel in Häusern mit mindestens 384 Eingriffen im Jahr behandelt. Eine der möglichen gravierenden Komplikationen ist die anhaltende Stimmbandlähmung nach der Operation. Hinsichtlich dieses Qualitätsindikators zeigt sich Folgendes. Das Fünftel der Patienten in Häusern mit den geringsten Fallzahlen hat nach Risikoadjustierung ein mehr als doppelt so hohes Risiko für eine dauerhafte Stimmbandlähmung wie das Fünftel der Patienten, das in den Kliniken mit den höchsten Fallzahlen operiert wird.



Der Volume-Outcome-Zusammenhang beim Hüftgelenkersatz bei Arthrose wurde schon früher im Krankenhaus-Report belegt. Eine aktualisierte Analyse bestätigt die damaligen Ergebnisse. 134.000 AOK-Patienten erhielten in den Jahren 2012 bis 2014 in 1.064 Krankenhäusern bei Arthrose ein neues Hüftgelenk. In einem Fünftel der Kliniken fanden maximal 38 Operationen pro Jahr statt. Das Risiko für eine erneute Hüftoperation binnen Jahresfrist war für Patienten dieser Häuser mehr als doppelt so hoch wie für die Patienten, die in dem Fünftel der Kliniken mit den höchsten Fallzahlen operiert wurden. In solchen Zentren fanden 211 oder mehr planbare Hüft-OPs statt. Im zweiten Quintil beträgt die Risikoerhöhung immer noch rund 50 Prozent. In allen vier verglichenen Quintilen ist das Risiko signifikant erhöht.

Anders als für Schilddrüsenoperationen und den Hüftgelenkersatz bei Arthrose gibt es für die komplexen Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und der Speiseröhre (Ösophagus) die klare Vorgabe von 10 Operationen pro Krankenhaus. Das beruht auch darauf, dass der Zusammenhang zwischen Operationsmenge und Sterblichkeit für diese komplexen Eingriffe seit langem besonders prägnant durch Studien belegt ist. Eine Volume-Outcome-Analyse zur Pankreaschirurgie auf Basis von AOK-Daten für Deutschland zeigte 2015, dass das Risiko, binnen Jahresfrist zu versterben (1-Jahres-Mortalität) bei dem Fünftel der Patienten, das in den Häusern mit den geringsten Fallzahlen operiert wurde, um 73 Prozent erhöht ist gegenüber dem Fünftel der Patienten, das in den Häusern mit den höchsten Fallzahlen operiert wurde. Zugleich kann man die Frage stellen, ob die in Deutschland geltende Mindestmenge von 10 ausreichend ist, denn auch das zweite Fünftel mit einem Fallzahlbereich von 13 bis 23 weist noch eine Erhöhung der 1-Jahres-Sterblichkeit um 53 Prozent auf. In diesem Sinne finden sich international wie auch von Fachgesellschaften deutlich höhere Vorgaben, so auch für die Ösophaguschirurgie.

Mindestmengen konsequent umsetzen

Doch selbst eine gesetzlich festgelegte Mindestmenge bedeutet noch keineswegs die Umsetzung in die Praxis. Im aktuellen Krankenhaus-Report zeigt eine weitere Analyse, dass selbst die eher niedrige Mindestmenge von 10 für Pankreas- und Ösophagus-OPs von vielen Krankenhäusern in der jüngsten Vergangenheit nicht erreicht wurde. Führten 2014 rund 700 Krankenhäuser rund 12.000 Pankreasoperationen durch, so erreichte knapp die Hälfte der Häuser die Mindestmenge von 10 nicht. Bei den Ösophaguseingriffen waren es fast drei Viertel aller Kliniken.

Es bleibt festzustellen, dass mit sieben existierenden Mindestmengen für komplexe Leistungen der Vereinbarungsumfang gemessen an nachgewiesenen Volume-Outcome-Zusammenhängen nicht besonders umfänglich ist. Beispielsweise gibt es keine Mindestmenge für den Hüftgelenkersatz bei Arthrose. Zugleich sind, wie am Beispiel der Pankreaschirurgie angesprochen, Mindestmengen auch ihrer Höhe nach zu hinterfragen.

Schließlich kommt es im Sinne einer besseren Versorgungsqualität für den Patienten letztlich auch darauf an, dass Mindestmengen entschlossen umgesetzt werden. Mit dem KHSG wurden die Voraussetzungen für die Festlegung von Mindestmengen verbessert. So kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)



neue Mindestmengen nun leichter festlegen. Die konkrete Festlegung von Mindestmengen ist dabei immer ein normativer Akt, denn ein konkreter Schwellenwert lässt sich nicht wissenschaftlich ableiten. Genauso wie es auch keine Evidenz für einen konkreten Wert der Geschwindigkeitsbeschränkung in geschlossenen Ortschaften gibt, um Unfälle zu vermeiden.

Wichtig ist aus wissenschaftlicher Sicht weiter der Hinweis, dass die Regelung nach der „unbillige Härten bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden sind“, nicht dazu führen darf, dass Kleinstversorger die betreffende Leistung weiter erbringen dürfen, weil eine „nachgewiesene hohe Qualität“ unterstellt wird. Das gefährdet die Versorgung der Patienten völlig ohne Not. Ob ein Haus mit Kleinstmengen im Einzelfall gute oder schlechte Arbeit geleistet hat, ist statistisch nicht bewertbar. Die höhere Sterblichkeit der Krankenhäuser mit Kleinstmengen jenseits des Einzelhauses ist aber gemäß der gezeigten Volume-Outcome-Analyse bekannt. Wenn eine Mindestmenge besteht, muss das die Messlatte für alle Häuser mit Kleinstmengen sein, so wie auch die Geschwindigkeitsbeschränkung in der geschlossenen Ortschaft keine Ausnahmen kennt. Für temporäre Ausnahmeregelungen bleiben somit nur gut begründete Strukturargumente, etwa wenn eine neue Einheit mit einem neuen Chefarzt gerade im Aufbau ist.

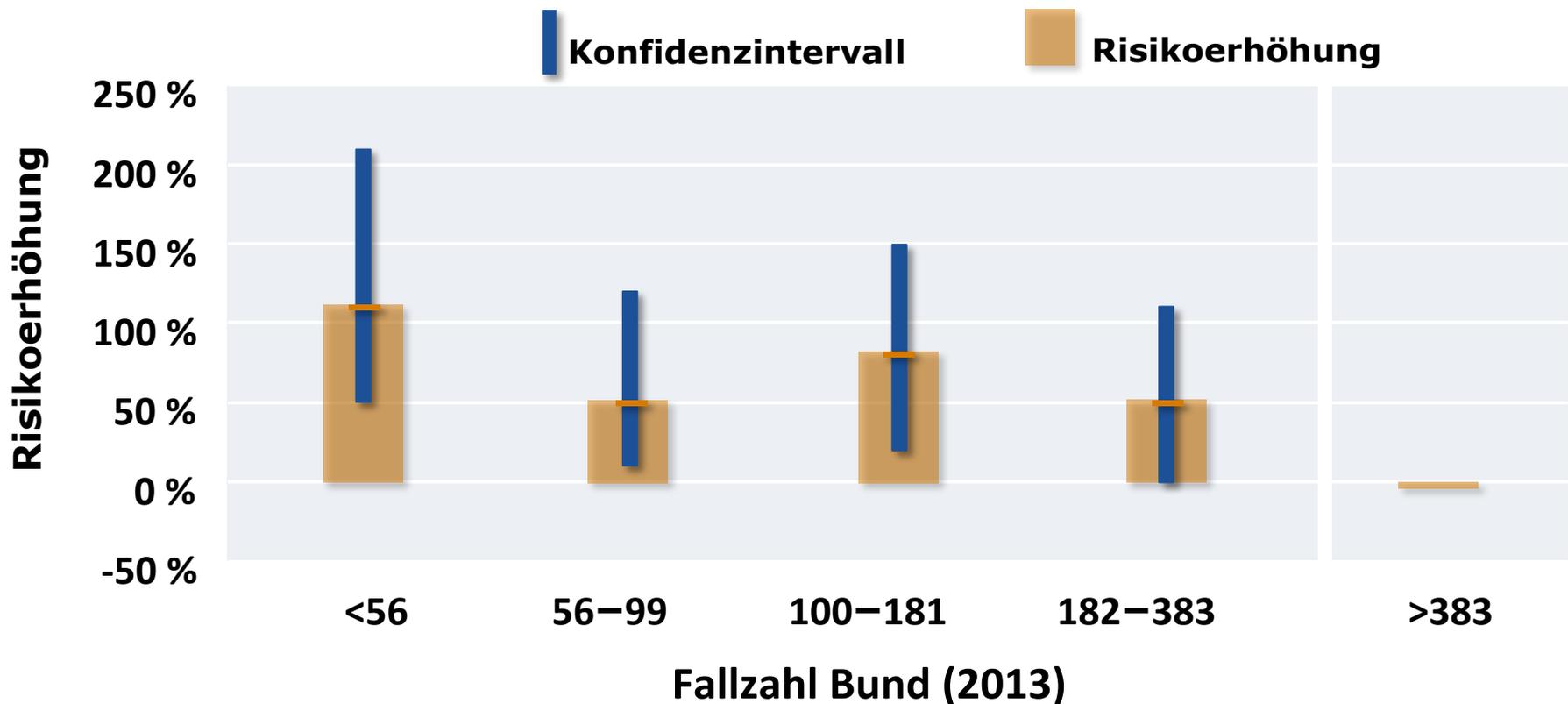
Für eine bessere Versorgungsqualität kommt es nun entscheidend darauf an, dass bestehende Mindestmengen umgesetzt und ihre Höhe überprüft wird, dass der G-BA von den erleichterten Festlegungsmöglichkeiten für weitere Mindestmengen Gebrauch macht und dass Ausnahmeregelungen nicht zur Verwässerung dieses wichtigen Instrumentes für eine gute Patientenversorgung führen.

ANSPRECHPARTNER

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

Schilddrüsenoperationen Volume-Outcome-Zusammenhang

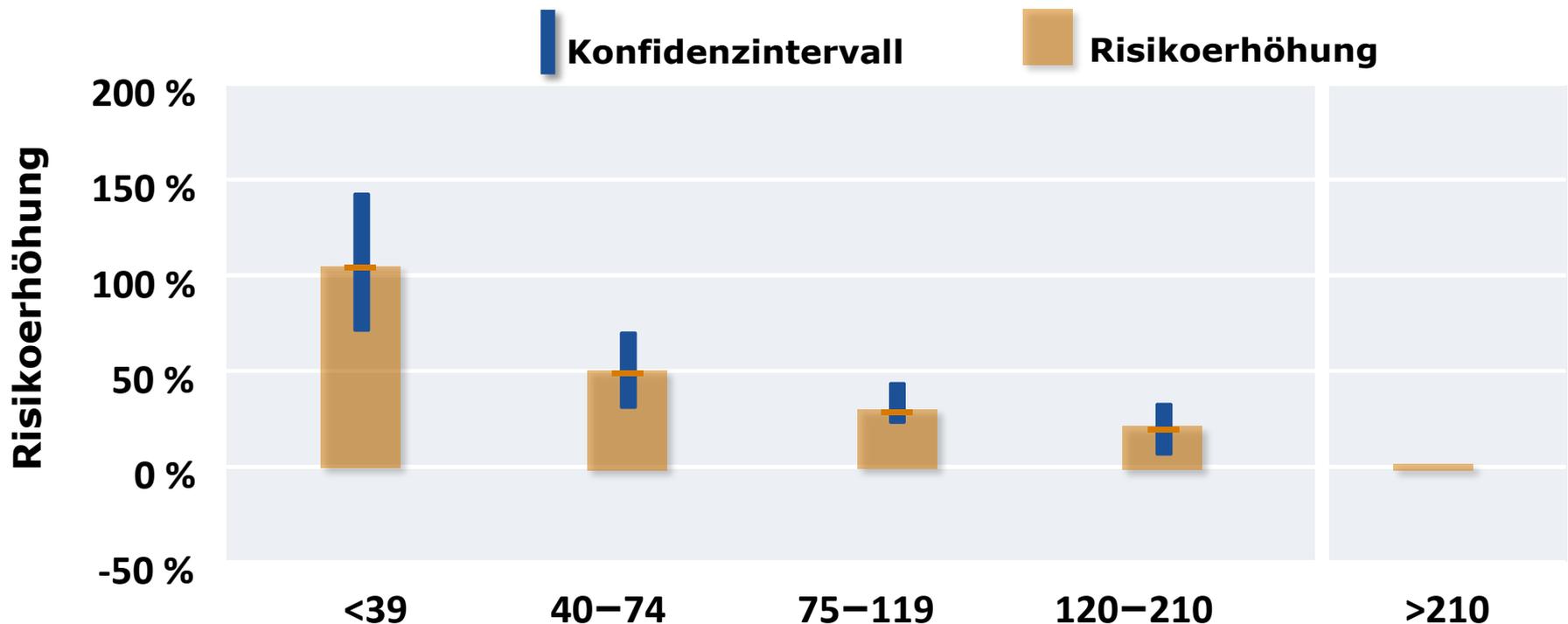
Permanente Stimmbandlähmung: Risiko nach Fallzahlquintilen im Vergleich zum höchsten Quintil, d. h. > 383 Fälle (2013)



Maneck et al. 2017. Qualitätssicherung mit Routinedaten: Volume-Outcome-Analysen zu Schilddrüsenoperationen. *Krankenhaus-Report 2017*. Stuttgart: Schattauer, S. 197–211.

Hüftgelenkersatz bei Arthrose Volume-Outcome-Zusammenhang

Revisions-OPs innerhalb eines Jahres: Risiko nach Klinikquintilen im Vergleich zum höchsten Quintil, d. h. > 210 Fälle

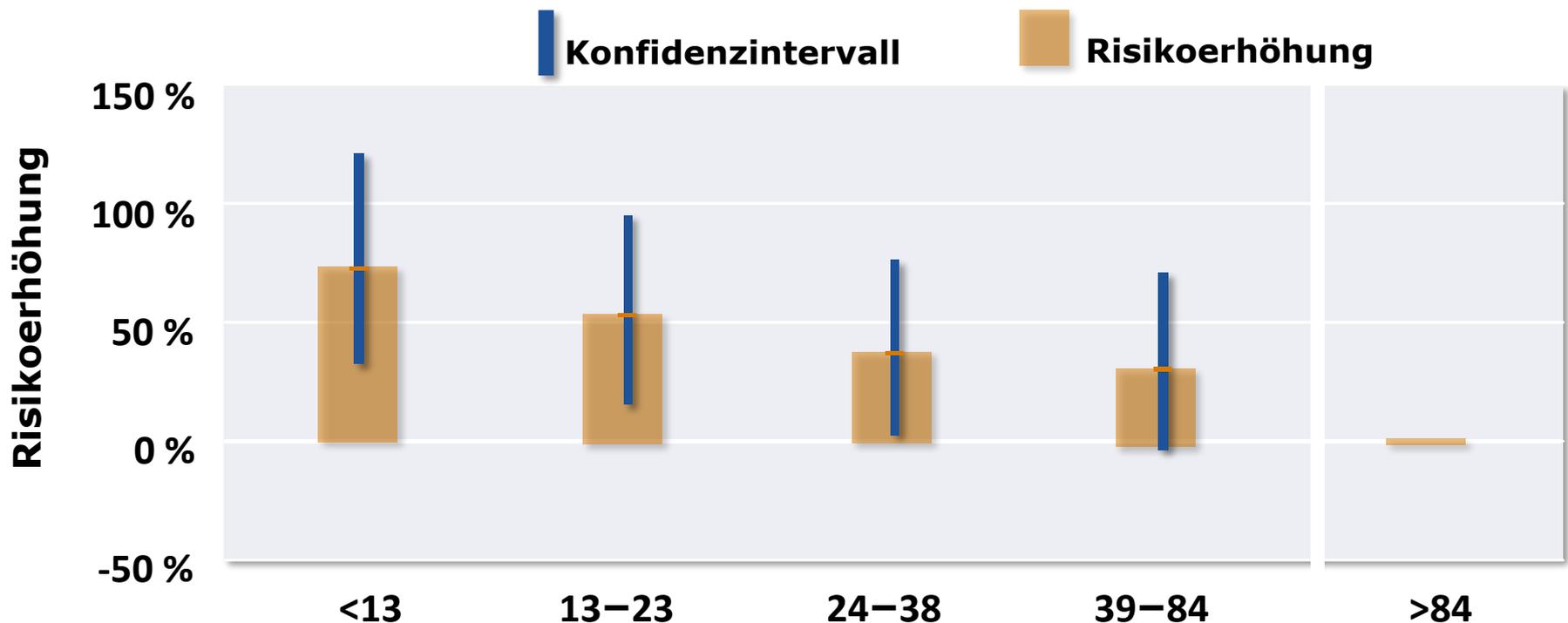


Durchschnittliche jährliche Fallzahl Bund (2012–2014)

Aktualisierte Analyse auf Basis von Jeschke et al. 2014. Zum Zusammenhang von Behandlungsqualität und -ergebnis in der Hüftendoprothetik. *Krankenhaus-Report 2014*. Stuttgart: Schattauer, S. 227–240. Fallzahl hochgerechnet

Pankreaschirurgie Volume-Outcome-Zusammenhang

1-Jahres-Mortalität: Risiko nach Fallzahlquintilen im Vergleich zum höchsten Quintil, d. h. > 84 Fälle



Durchschnittliche jährliche Fallzahl Bund (2008–2010)

Alsfasser et al. 2015. Volume–outcome relationship in pancreatic surgery. *British Journal of Surgery*; 103(1): 136-43. *Fallzahl hochgerechnet*

Eingriffshäufigkeiten von Pankreas- und Ösophagusresektionen in Deutschland

	Jahr	Anzahl Fälle	Anzahl Kliniken mit mindestens einem Fall	Klinikperzentile				
				5	25	50	75	95
Pankreasresektionen	2013	12 360	729	1	3	10	20	58
	2014	12 373	699	-	3	11	21	-
Ösophagusresektionen	2013	3 827	439	1	2	5	11	26
	2014	3 873	416	-	2	5	11	-

Datenquelle: Forschungsdatenzentren der statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2013 und 2014.

Mansky 2017. Zentrenbildung in der Pankreas- und Ösophaguschirurgie. *Krankenhaus-Report 2017*. Stuttgart: Schattauer, S. 101.

Aktuell gültiger Mindestmengenkatalog (G-BA-Mindestmengenregelungen)

Prozedur/Leistung	pro KH p.a.
Lebertransplantation	20
Nierentransplantation	25
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10
Stammzelltransplantation	25
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50
Koronarchirurgische Eingriffe (die Aufnahme in den Katalog erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge)	ohne
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (vor Beschluss vom 19.1.2012 Mindestmengen auf 30 festgelegt)	14

Krankenhaus-Report 2017

WIdO



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.

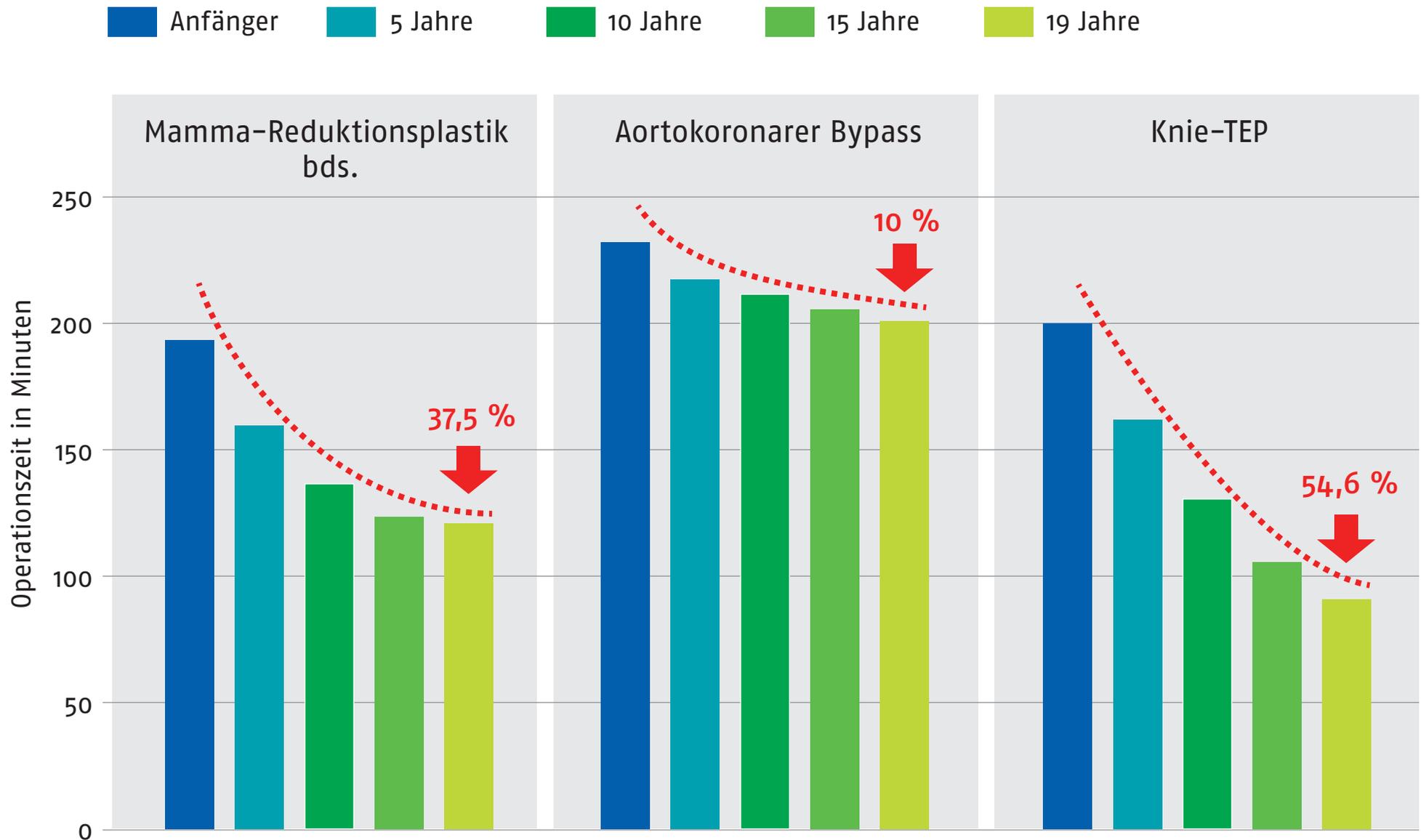
ANSPRECHPARTNER

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

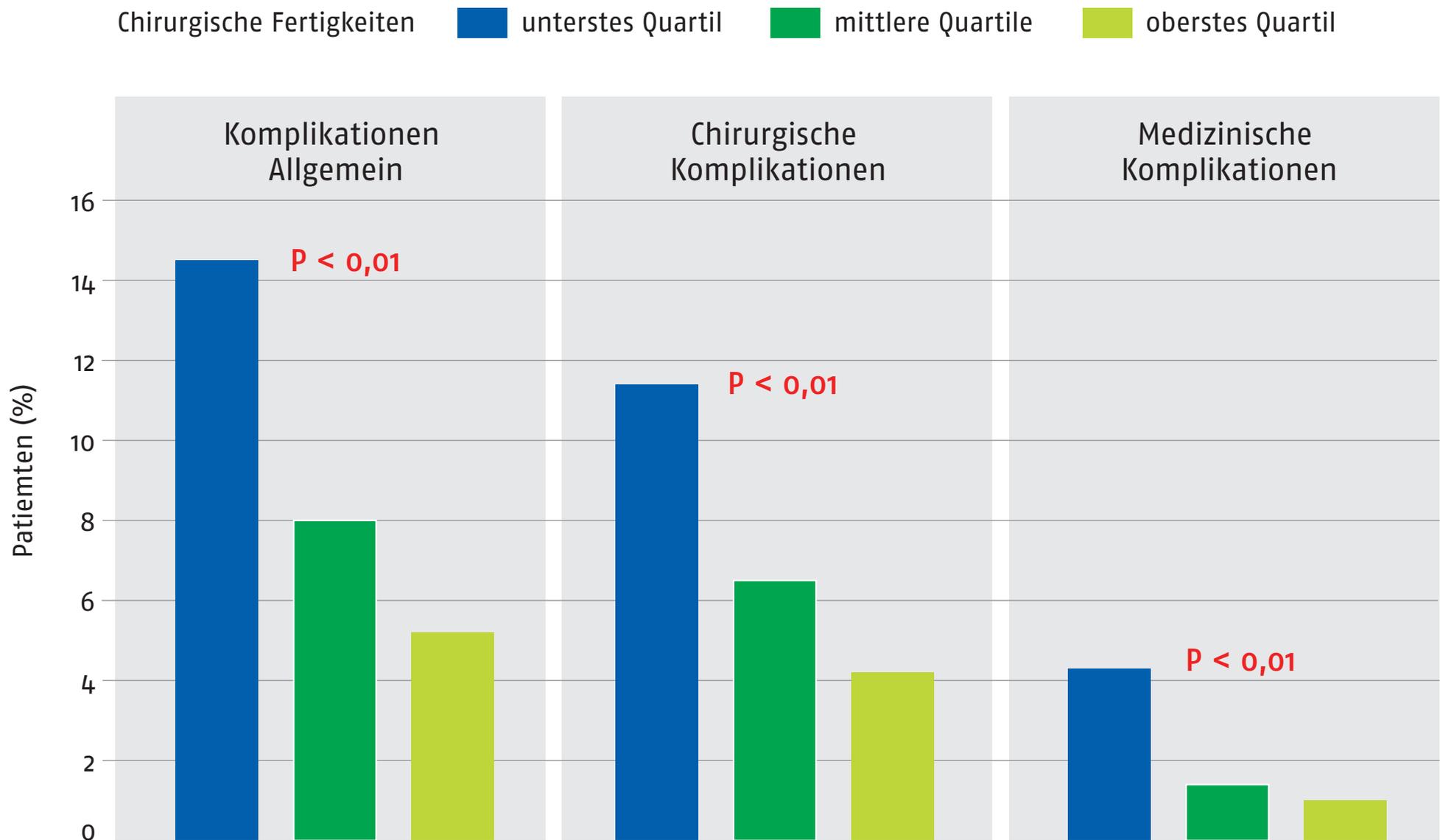
Mindestmengenvorgaben von Klinikgruppen in den USA im Vergleich zu Deutschland

Mindestmengenvorgaben von Klinikgruppen in den USA: Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Johns Hopkins Medicine, University of Michigan (Minimum/Jahr)			Korrespondierende Mindestmenge in Deutschland: G-BA
Eingriffsart/Indikation	Klinik	Chirurg	Klinik
Bariatrische Chirurgie	40	20	Keine
Speiseröhrenkrebs	20	5	10
Lungenkrebs	40	40	Keine
Bauchspeicheldrüse	20	5	10
Rektum	15	6	Keine
Karotis-Stenting	10	5	Keine
Komplexer Eingriff bei Bauchaortenaneurysma	20	8	Keine
Mitralklappenersatz	20	20	Keine
Totalendoprothese Hüfte (HEP)	50	25	Keine
Totalendoprothese Knie (KEP)	50	25	50

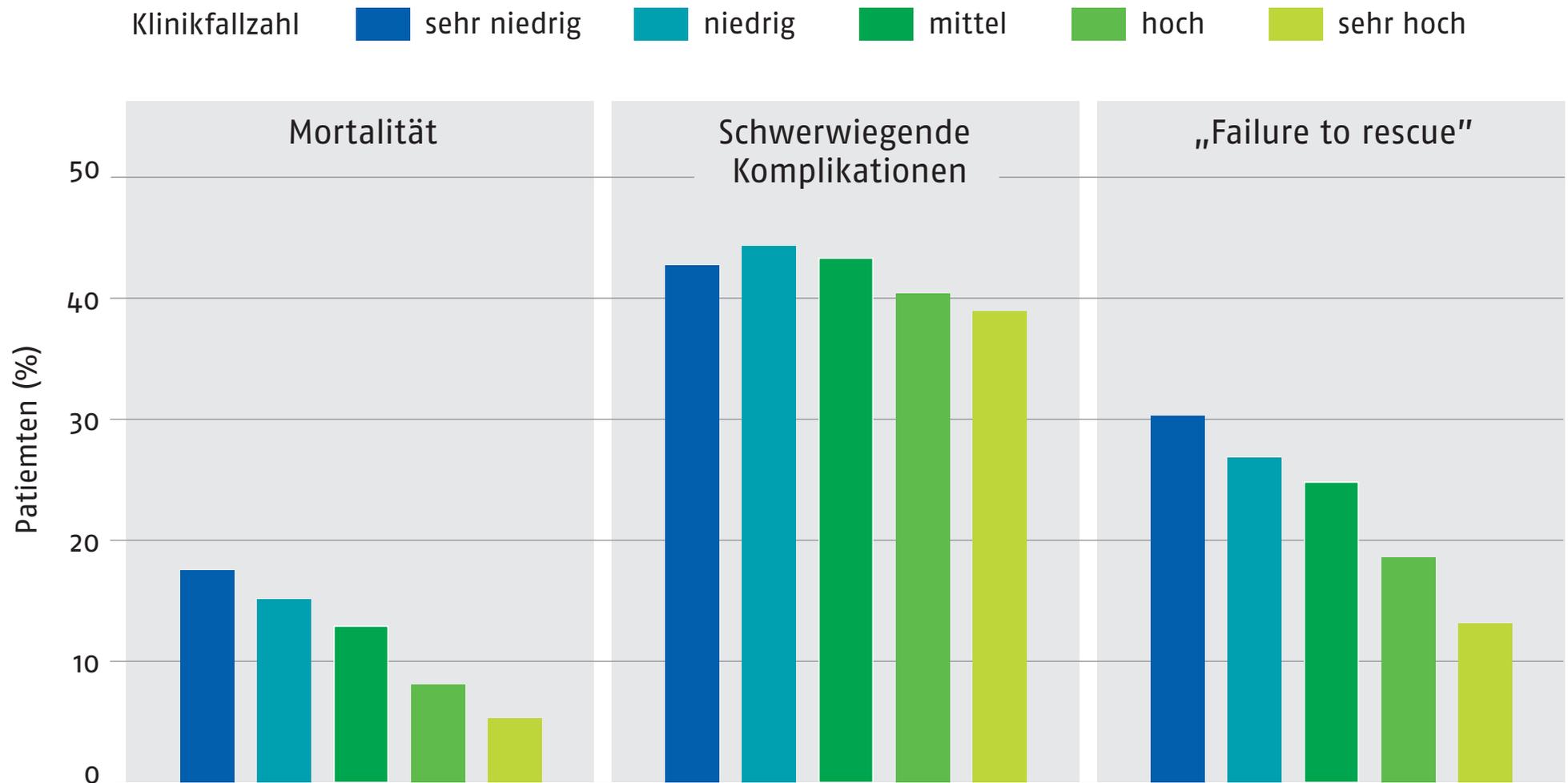
Lernkurven (Abnahme der Operationszeit in Minuten in Abhängigkeit vom Erfahrungsstand in Jahren) für drei Operationsverfahren



Zusammenhang von Verfahrensspezifischen Fertigkeiten des Chirurgen und der risikoadaptierten Komplikationsrate nach bariatrischer Chirurgie



Beziehung zwischen Klinikfallzahl, Komplikationsrate, Behandlungsversagen und Mortalität nach Hochrisikoperationen*



Failure-to-Rescue (Tod nach schweren Komplikationen, die zu spät/inadäquat entdeckt/behandelt worden sind) korreliert mit der Gesamtmortalität und der Klinikfallzahl, während die Häufigkeit schwerer Komplikationen in den Fallgruppen sich nur gering unterscheidet.

* Gastrektomie, Pankreatektomie, Ösophagektomie bei Krebs

Vorgabe von Mindestfallzahlen/Jahr

im Rahmen der Zertifizierung von Zentren der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und in der Endoprothetik (EndoCert)

Eingriffsart

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	
Chirurgische Erkrankungen des Pankreas	
Pankreaskopfresektionen, totale Pankreatektomie/slinks- und Segmentresektionen	25/5
Weitere Eingriffe am Pankreas zur Behandlung der Pankreatitis (akut nekrotisierende Pankreatitis und Pankreaspseudozysten), bei inoperablen malignen Tumoren und Enukleation von benignen Tumoren	10
Chirurgische Erkrankungen der Leber	
Anatomische Leberresektionen/davon Resektionen von 4 und mehr Segmenten	25/5
Chirurgie des Magens und der Speiseröhre	
Ösophagusresektionen bei Malignom	15
Magenresektion oder Gastroektomie bei malignem Tumor	15
Chirurgische Koloproktologie	
Colonresektionen	75
Rektumresektionen	25
Schilddrüsenchirurgie (Nachweis in 2 Referenzjahren)	
Operation bei Knotenstruma	120
Operation bei Morbus Basedow/beim Strumarezidiv/beim Schilddrüsenmalignom	10/15/15
Adipositas- und metabolische Chirurgie (Nachweis in 2 Referenzjahren)	
Gastric Banding, Magenbypass, Sleeve Gastrectomy, BilioPankreatische Diversion (BPD), Redoeingriffe, andere Eingriffe am Magen mit metabolischer Indikation (Magenschrittmacher/Gastroplikatür)	50
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	
Endoprothetik	
Endoprothetische Versorgung an Hüft und/oder Kniegelenk	100



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

Statement von Martin Litsch

Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

Es gilt das gesprochene Wort!

Mehr Mut zur Umsetzung von Mindestmengenregelungen nötig

Die Zahlen meiner Vorredner haben eindrucksvoll belegt, wie wichtig und sinnvoll Mindestmengen sind. Doch in der Praxis klaffen gravierende Lücken. So gibt es bislang nur für sieben Leistungsbereiche eine klare Mindestmengenvorgabe, obwohl die Datenlage längst viel weiter ist. Und selbst wenn es Mindestmengenvorgaben gibt, werden diese nicht überall eingehalten. Außerdem gibt es eine Fülle an Ausnahmen, wie bei den bereits erwähnten Kleinstversorgern, die dem Gedanken der Mindestmengenregelung widersprechen.

Diese Lücken müssen wir schließen, da sie zu einer Gefahr für die Patienten werden können. Dazu brauchen wir deutlich mehr Mut und Willen aller Beteiligten die Regelungen umzusetzen, die im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) festgelegt worden sind. Zumal sich die Umsetzung dieses Gesetzes als außerordentlich zäh erweist. Ich finde es völlig unverständlich, dass allein die formale Anpassung der Mindestmengenregelungen auf die neue Gesetzeslage des KHSG im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zwei Jahre dauert, ohne dass wir inhaltlich auch nur einen Millimeter vorankommen. Aus falscher Rücksichtnahme oder weil die Krankenhauslobby bzw. die Verantwortlichen vor Ort besonders laut trommeln, darf die Einführung und Einhaltung von Mindestmengen nicht auf den Sankt Nimmerleinstag verschoben werden. Die Träger der Selbstverwaltung müssen beweisen, dass sie die Zeichen der Zeit erkannt haben.

Deshalb setzt die AOK mit dieser Pressekonferenz ein Zeichen, nicht das erste zum Thema Mindestmenge. Bereits im November 2016 haben wir den Qualitätsmonitor vorgestellt, der sich ebenfalls

diesem Thema widmet. Gegenüber der Politik sowie den Leistungserbringern engagiert sich die AOK dafür, die bisher bestehenden Mindestmengenvorgaben auszuweiten. Dass das ohne weiteres möglich wäre, möchte ich anhand einiger Beispiele zeigen.

Bei der Geburtshilfe plädieren Fachgesellschaften für eine Untergrenze von 500 Geburten im Jahr pro Klinik. Diese Forderung teilen wir. Unter anderem setzt sich die AOK Hessen in Gesprächen vor Ort für die Einhaltung dieser Mindestmenge ein, was zu einer deutlichen Konzentration der derzeitigen Geburtshilfestandorte im Land führen würde. Aber nur so kann sichergestellt werden, dass 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche ein Facharzt präsent ist. Das ist wichtig, weil in der Geburtshilfe jederzeit eine komplizierte Situation auftreten kann.

Auch für Hüftendoprothesen setzen die Experten auf die Vorgabe von Mindestmengen. Die schon erwähnten amerikanischen Klinikketten arbeiten mit 50 pro Krankenhaus. In Deutschland fordert die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie im Rahmen ihres Zertifizierungsverfahrens EndoCert 100 endoprothetische Eingriffe pro Zentrum, wobei diese Vorgabe die Endoprothetik an Hüfte und Knie zusammen umfasst. Vom einzelnen Operateur werden hier 50 solcher Eingriffe pro Jahr erwartet. Mindestmengen beim Operateur anzusiedeln, ist nach der wissenschaftlichen Evidenz in der Endoprothetik besser belegt als eine Mindestmenge pro Klinik.

Bei der im Krankenhaus-Report dargestellten Schilddrüsenoperation haben wir in Deutschland vor allem das Problem, dass es sehr viele Kliniken gibt, in denen nur sehr wenige dieser Eingriffe im Jahr durchgeführt werden. Gemäß der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie sollte die Mindestmenge aber bei 120 Eingriffen pro Jahr und Klinik liegen.

Als letztes Beispiel möchte ich Operationen bei Brustkrebs nennen. Für die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren gilt eine Mindestmenge von 100 Brustkrebs-Erstbehandlungen pro Jahr. Außerdem werden pro Operateur mindestens 50 Eingriffe gefordert. Wie unser Qualitätsmonitor gezeigt hat, sind wir weit davon entfernt, diese Zahlen bundesweit einzuhalten. Immer noch werden in einem Viertel der Kliniken insgesamt weniger als acht Fälle pro Jahr operiert. Nachweisbar sind es vor allem die Kliniken mit den kleinen Fallzahlen, die Probleme bei der prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung haben.

Mut zu veränderten Strukturen

Doch bei schärferen Mindestmengenvorgaben dürfen wir nicht stehenbleiben. Die Krankenkassen sind gemeinsam mit den Aufsichten der Länder gefordert, diejenigen Krankenhäuser zu identifizieren, die die Mindestmengenvorgaben nicht einhalten. Von Gesetzes wegen sind diese Leistungen durch die Kassen dann auch nicht zu bezahlen, weil dies das einzige effektive Mittel ist, die Einhaltung der Mindestmengen durchzusetzen. Ich bin sicher, dass der Großteil der Ärzte dafür Verständnis hat. Ausnahmen für Krankenhäuser darf es nur in einem sehr engen Rahmen geben, zum Beispiel bei Umstrukturierungen der Krankenhauslandschaft. Dazu könnten sich Bund und Länder auf eine

Höchstgrenze von beispielsweise zehn Prozent der Fälle in einem Bundesland verständigen, die unter der Mindestmenge versorgt werden dürfen.

Selbstverständlich gehört es in Folge von Mindestmengenvorgaben dazu, dass sich Kliniken in Zukunft stärker auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren. Vor allem in städtischen Regionen Deutschlands gibt es heute zahlreiche Krankenhäuser in direkter Nachbarschaft, die bei den planbaren Behandlungen alle ein ähnliches Leistungsangebot haben. Davon müssen wir wegkommen. Es geht an dieser Stelle nicht darum, eine feste Zahl von Krankenhäusern vorzugeben. Es geht darum, dass wir in Deutschland endlich einen qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft brauchen, der diesen Namen verdient. Wenn beispielsweise durch die Konzentration bestimmter Eingriffe der Bauchchirurgie die Sterberate halbiert werden kann, dann müssten wir dieses Wissen doch sofort in die Praxis umsetzen. Für diesen Umbau brauchen die Krankenkassen aber auch den nötigen Freiraum bei der Vertragsgestaltung. Ein Freiraum, der uns an anderen Stellen derzeit verloren geht. Dabei ist mir bewusst, dass zu einer veränderten Krankenhausstruktur auch Begleitmaßnahmen für die Erreichbarkeit gehören, insbesondere bei der Notfallversorgung. Hier muss eine Neuausrichtung stattfinden und zwar auf der Basis eines sektorübergreifenden Konzeptes, dass die Notaufnahmen der Kliniken, den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst integriert.

Schlussendlich muss auch bei den Patienten selbst mehr Bewusstsein dafür da sein, sich bei planbaren Eingriffen über die Qualität einer Klinik zu informieren statt einfach in die nächstbeste Klinik zu gehen. Dafür müssen natürlich die entsprechenden Daten zugänglich und leicht verständlich sein. Ich werbe an dieser Stelle für unseren AOK-Krankenhausnavigator, wohlwissend, dass das nur ein erster Schritt ist. In punkto Transparenz der Behandlungserfolge ist noch sehr viel Luft nach oben. Auch hier wäre der Mut aller Beteiligten notwendig, mit offenen Karten zu spielen.

ANSPRECHPARTNER

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



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

Fotoauswahl zur Berichterstattung

Druckfähige jpg-Dateien zum kostenlosen Download im
AOK-Bilderservice unter:

www.aok-bv.de > [Presse](#) > [AOK-Bilderservice](#) > [Krankenhaus](#)



Qualitätssicherung

Mindestmengen schützen Leben

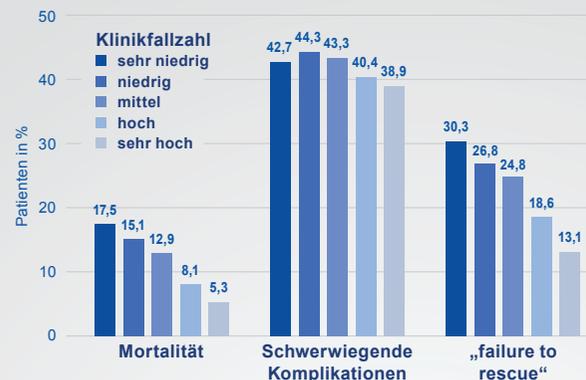
Kliniken, die bestimmte Operationen häufig durchführen, erzielen dabei auch gute Ergebnisse. Der Zusammenhang zwischen Menge und Qualität ist wissenschaftlich gut belegt. Für einige komplexe Eingriffe sind Mindestmengen in Deutschland deshalb gesetzlich verankert und höchstrichterlich bestätigt. Dennoch 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.

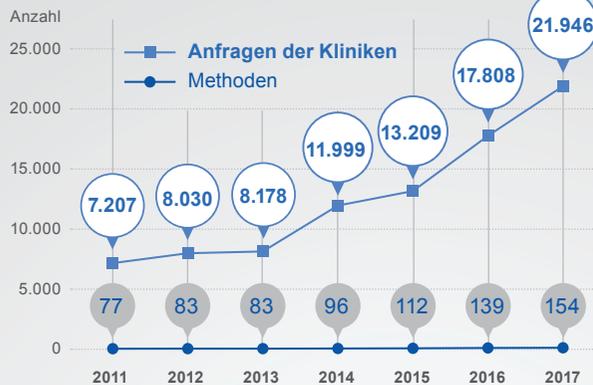
Badisches Tageblatt, 13.01.2017

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

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

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 Mengeneentwicklung 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 (WiO). Er informiert jährlich über Hintergründe und Entwicklungen im Krankenhaus-Bereich.

>> 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

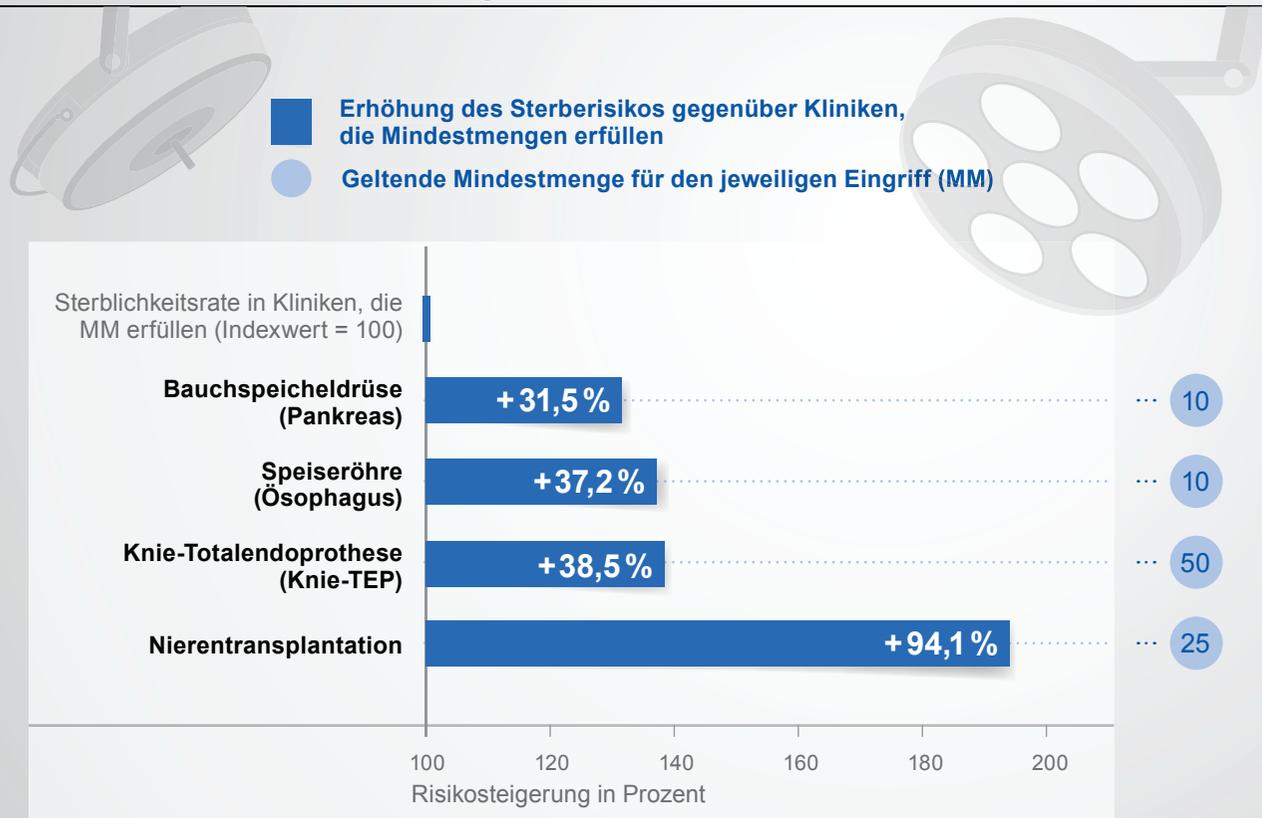
>> Klinikstrukturen

>> 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).