

---

**Pressekonferenz Qualitätsmonitor 2017**  
**29. November 2016, Berlin**

## **Inhalt der Pressemappe**

- **Übersicht der Gesprächspartner**
- **Pressemitteilung**
- **Statement Ulf Fink**  
Senator a. D., Vorstandsvorsitzender von Gesundheitsstadt Berlin e. V.
- **Statement Prof. Dr. Thomas Mansky**  
Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin
- **Folien zum Statement Prof. Dr. Thomas Mansky**
- **Statement Martin Litsch**  
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes
- **Grafiken zum Qualitätsmonitor 2017**

Das Material der Pressemappe sowie Auszüge aus dem Qualitätsmonitor 2017 zum Download finden Sie unter: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

ANSPRECHPARTNER

**Dr. Kai Behrens** | Pressesprecher | 030 34646-23 09 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)

---

**Pressekonferenz Qualitätsmonitor 2017**  
**29. November 2016, Berlin**

## Ihre Gesprächspartner



**Ulf Fink**

Senator a. D.,  
Vorstandsvorsitzender von Gesundheitsstadt Berlin e. V.



**Prof. Dr. Thomas Mansky**

Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im  
Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin



**Martin Litsch**

Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

Pressemitteilung vom 29. November 2016

## **Viele Herzinfarkt-Patienten in Deutschland nicht optimal versorgt**

### **Qualitätsmonitor 2017 von WIdO und Gesundheitsstadt Berlin liefert Daten zur Krankenhaus-Qualität für sechs Indikationen und 1.645 Kliniken**

**Berlin.** Viele Herzinfarkt-Patienten werden in Deutschland nicht optimal versorgt. Das zeigt der „Qualitätsmonitor 2017“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und des Vereins Gesundheitsstadt Berlin, der heute in Berlin vorgestellt wird. Laut einer eigens für den Qualitätsmonitor durchgeführten Befragung der Kliniken verfügten etwa 40 Prozent der Krankenhäuser, die 2014 Herzinfarkte behandelten, nicht über ein Herzkatheterlabor, das für die Versorgung von akuten Infarkten der Standard sein sollte. „Diese Kliniken behandeln zwar relativ wenige Fälle, nämlich etwa zehn Prozent aller Herzinfarkte. Aber das sind hochgerechnet knapp 22.000 Patienten pro Jahr, die keine optimale Versorgung bekommen, obwohl es in Deutschland sicher keinen Mangel an Herzkatheterlaboren gibt“, sagt Prof. Thomas Mansky, Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Technischen Universität (TU) Berlin und einer der Autoren des Qualitätsmonitors.

### **Litsch: Rettungskette besser organisieren**

Besonders ausgeprägt war das Problem in dem Viertel der Kliniken mit den wenigsten Behandlungsfällen: 82 Prozent dieser Krankenhäuser, die 2014 weniger als 34 Herzinfarkt-Patienten pro Jahr versorgten, verfügten nicht über die optimale Ausstattung mit einem Herzkatheterlabor. Aus Sicht der AOK zeigen diese Ergebnisse, dass in der Krankenhausplanung eine stärkere Konzentration auf Kliniken mit guter Behandlungsqualität und guter Ausstattung nötig ist. „Außerdem brauchen wir eine besser gesteuerte Einweisung der Patienten in die richtigen Kliniken“, betont Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Eine vernünftig organisierte Rettungskette mit Einbindung der Rettungsdienste sei notwendig: „Der Rettungswagen sollte nicht das nächste, sondern das am besten geeignete Krankenhaus ansteuern, das den Patienten optimal versorgen kann. Meist würden sich dadurch noch nicht einmal die Transportwege verlängern.“ Litsch fordert einen neuen Anlauf für ein sektorenübergreifendes Konzept zur Notfallversorgung, das die Notaufnahmen der Kliniken, den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst einbezieht.

## Ein Viertel der Kliniken mit weniger als acht Brustkrebs-OPs pro Jahr

Der Qualitätsmonitor 2017 liefert detaillierte Daten zur Strukturqualität der deutschen Krankenhäuser. In einer Klinikliste werden für sechs ausgewählte und häufig vorkommende Krankheitsbilder die Strukturmerkmale und Qualitätsergebnisse von insgesamt 1.645 Krankenhäusern bundesweit dargestellt. Neben Herzinfarkt-Behandlungen gehören Brustkrebs-OPs zu den betrachteten Eingriffen. „Auch hier zeigen sich strukturelle Mängel“, berichtet Thomas Mansky. „So wurden in dem Viertel der Kliniken mit den geringsten Fallzahlen weniger als acht Fälle pro Jahr operiert – und das, obwohl es sich hier um einen planbaren und damit leicht zentralisierbaren Eingriff handelt.“ Zum Vergleich: Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft fordert eine Mindestzahl von 50 Operationen pro Operateur und Jahr. Die Auswertungen des Qualitätsmonitors zeigen ergänzend, dass Kliniken mit wenigen Brustkrebs-OPs die Ziele der gesetzlichen Qualitätssicherung häufiger verfehlen. Ein Ziel ist, dass bei mindestens 90 Prozent der Patientinnen vor der OP die Diagnose durch eine Stanz- oder Vakuumbiopsie abgesichert wird. Während im bundesweiten Durchschnitt aller Kliniken 16 Prozent der Krankenhäuser dieses Qualitätsziel verfehlten, waren es im Viertel der Kliniken mit den wenigsten Fällen 42 Prozent.

## Qualitätsmonitor als „Instrumentenkasten“ für Krankenhausplaner

„Der Qualitätsmonitor macht transparent, dass erhebliche Teile der an der Versorgung in Deutschland beteiligten Kliniken qualitätsrelevante Auffälligkeiten zeigen“, sagt Ulf Fink, ehemaliger Berliner Gesundheitssenator und Vorstandsvorsitzender von Gesundheitsstadt Berlin. „Das Buch soll ganz konkrete Hinweise für die Umsetzung der Qualitätsagenda geben“, betont Fink. AOK-Vorstand Litsch ruft die Planungsbehörden der Länder auf, den Qualitätsmonitor aktiv als „Instrumentenkasten“ für ihre Arbeit zu nutzen: „Das Buch liefert ihnen wertvolle Hinweise, wo sie ansetzen und umsteuern sollten, denn es ermöglicht auch einen Vergleich mit anderen Bundesländern.“ So gibt es beispielsweise in Nordrhein-Westfalen 73 von insgesamt 333 Kliniken, die weniger als 34 Herzinfarkte pro Jahr behandeln, während in Thüringen nur zwei von insgesamt 37 Kliniken so niedrige Fallzahlen haben. Viele der Kliniken, die nicht optimal ausgestattet sind, befinden sich in Ballungsgebieten, so Litsch. „Dort ist die Dichte der Krankenhäuser besonders hoch, und eine bessere Steuerung der Patienten ließe sich schnell umsetzen, ohne die wohnortnahe Versorgung zu gefährden.“

Der Qualitätsmonitor 2017 bildet den Auftakt einer neuen Reihe von WIdO und Gesundheitsstadt Berlin. Neben der Klinikliste mit den Eckdaten zur Versorgungsstruktur enthält das Buch auch Artikel zu den Themen Qualitätssicherung und -management im Gesundheitswesen, zur Messung von Qualität und zur qualitätsorientierten Vergütung von niedergelassenen Ärzten und Kliniken.

IHR ANSPRECHPARTNER IN DER PRESSESTELLE

**Dr. Kai Behrens** | Pressesprecher | 030 34646-23 09 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)

## Pressekonferenz Qualitätsmonitor 2017 29. November 2016, Berlin

### Statement von Ulf Fink

Senator a.D., Vorstandsvorsitzender Gesundheitsstadt Berlin

Es gilt das gesprochene Wort.

Gesundheitsstadt Berlin, das Hauptstadtnetzwerk mit 220 Mitgliedern, beschäftigt sich seit mehr als zehn Jahren intensiv mit Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen. Mehrfach hat der gemeinnützige Verein – in Zusammenarbeit mit dem „Tagesspiegel“ – detaillierte Klinikvergleiche unter Qualitätsgesichtspunkten für Berlin erstellt; ebenso Qualitätsvergleiche zur stationären Pflege, zur Rehabilitation und zu ausgewählten ambulanten medizinischen Leistungen. Mit dieser Qualitätsoffensive und dem jährlich durchgeführten Nationalen Qualitätskongress Gesundheit, der übermorgen startet, wollen wir die Politik in Berlin und im Bund sowie die maßgeblichen Akteure im Gesundheitssystem ermuntern, Qualität in den Fokus zu nehmen und die richtigen Rahmenbedingungen für eine Qualitätsausrichtung im Gesundheitssystem zu setzen.

Diese strategische Weichenstellung von Gesundheitsstadt Berlin resultierte aus der Überlegung, dass im deutschen Gesundheitssystem ein Paradigmenwechsel zur Steuerung nach Qualität dringend erforderlich ist. Viele Jahre hieß es immer: „Wir haben in Deutschland das beste Gesundheitswesen der Welt, aber es ist zu teuer.“ Daraus wurde abgeleitet, dass die Kostendämpfung die zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik sei und man sich um Qualität nicht kümmern müsse. Dies ist grundfalsch.

Zahlreiche Studien der letzten Jahre haben gezeigt, dass Deutschland in einigen Bereichen des Gesundheitssystems im internationalen Vergleich gut, in anderen Bereichen aber weniger gut abschneidet. Wenn man die Gesundheits-Outcomes in Deutschland mit denen anderer Länder vergleicht, die ähnlich viel Geld für ihr Gesundheitswesen ausgeben, dann steht Deutschland in vielen Fällen schlechter da. So liegt Deutschland bei der medizinisch beeinflussbaren Mortalität (bei Männern) im Jahre 2014 nur auf Platz 14 von 28 EU-Staaten.

Zwar ist bei einigen Krebserkrankungen, etwa bei Darm- und Lungenkrebs, die Fünf-Jahres-Überlebensrate in Deutschland laut CONCORD-2-Studie angestiegen. Dies gilt aber auch für andere Industrienationen. Auffällig ist beispielsweise nach wie vor die Krankenhausletalität beim akuten Herzinfarkt. 2013 lag die Sterberate von Patienten über 45 Jahren in Deutschland deutlich über der in Schweden. Deutschland lag bei diesem Thema laut OECD nur auf Platz 25 von insgesamt 32 Ländern.

Die Kostendämpfungspolitik und die Finanzierung der medizinischen Leistungen über die DRGs unterstellen, dass die Qualität überall gleich gut ist. Ob nun in Hamburg oder München operiert wird

– überall wird das gleiche Entgelt für den Eingriff bezahlt. Eine Differenzierung nach Qualität findet nicht statt. Dabei sagen nicht nur die Studien, sondern auch alle Erfahrungen und Einschätzungen von Patienten, dass die Qualität der Medizin Unterschiede aufweist.

Das grundlegende Ziel einer modernen Gesundheitspolitik muss daher die Steuerung der Leistungserstellung nach Qualität sein. Dies ist ökonomisch effizient und ethisch geboten. Der Gesetzgeber hat besonders mit dem Krankenhausstrukturgesetz einen Einstieg in diesen Paradigmenwechsel vorgenommen. Dies kann aber nur der Anfang sein! Zum Beispiel müssen für chronisch Kranke intersektorale Versorgungspfade qualitätsgesichert aufgebaut werden, um die immer wieder beschriebenen Koordinations- und Zugangsprobleme in Deutschland abzubauen.

Aktuell steht die Festlegung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung der Länder an. Im Dezember erwarten wir hierzu einen Beschluss des GBA, nachdem das IQTIG entsprechende Vorarbeiten geleistet hat. Der heute erstmals vorgestellte Qualitätsmonitor von Gesundheitsstadt Berlin und dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) zeigt exemplarisch, dass es viele Kennzahlen gibt, die für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung herangezogen werden können. Der Qualitätsmonitor 2017 macht transparent, dass erhebliche Teile der jeweils an der Versorgung in Deutschland teilhabenden Kliniken qualitätsrelevante Auffälligkeiten zeigen. Wenn der politische Wille vorhanden ist, kann auf Basis differenzierter Ergebnisse eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung erfolgen. Qualitätsmessung und -vergleiche sind anspruchsvolle Aufgaben; diese Aufgaben müssen aber gelöst werden. Diesem Ziel dient der vorgelegte Qualitätsmonitor.

Mit dem jährlich zu erarbeitenden Qualitätsmonitor beabsichtigen wir, den beschriebenen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen zu unterstützen. Das gemeinsam mit dem WIdO herausgegebene Werk soll die politische Qualitätsagenda begleiten, nationale und internationale Ansätze für die Qualitätssicherungsdebatte aufzeigen, Fragen der qualitätsorientierten Vergütung, der Qualitätsmessung und der öffentlichen Qualitätsberichterstattung aufgreifen und sich schließlich auch mit Fragen des Qualitätsmanagements befassen. Die nun vorliegende erste Ausgabe, der „Qualitätsmonitor 2017“, enthält dazu eine ganze Reihe sehr interessanter Fachbeiträge. Vor allem aber soll der Monitor mit der schon angesprochenen Analyse von Eckdaten der stationären Versorgung ganz konkret Hinweise für die Umsetzung der Qualitätsagenda geben.

Letztlich wird viel zu lange in Deutschland über notwendige Qualitätsverbesserungen im Gesundheitssystem diskutiert. Wir brauchen einen Einstieg in die verbindliche Umsteuerung. Hierzu gehören neben der qualitätsorientierten Verbesserung der Krankenhausstrukturen vor allem auch eine Verknüpfung von Entgelt und Qualität sowie ein breiter Einstieg in qualitätsgesicherte intersektorale Versorgungskonzepte.

#### ANSPRECHPARTNER

**Dr. Kai Behrens** | Pressesprecher | 030 34646-23 09 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)

**Pressekonferenz Qualitätsmonitor 2017**  
**29. November 2016, Berlin**

**Statement von Prof. Dr. Thomas Mansky**  
**Leiter des Fachgebietes Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement**  
**im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin**

Es gilt das gesprochene Wort.

Mit dem Qualitätsmonitor wollen wir mehr Transparenz über die Versorgungssituation in den deutschen Kliniken schaffen. Dazu haben wir die vorhandenen Datenquellen genutzt, aber auch eine eigene Befragung zur Ausstattung der Kliniken durchgeführt. Für sechs ausgewählte Krankheitsbilder und Eingriffe haben wir die Ergebnisse im zweiten Teil des Buches aufbereitet – und zwar aggregiert auf Landesebene, aber auch für jede einzelne Klinik.

Für die Beurteilung der Versorgung werden Fallzahlen, das Vorhandensein bestimmter, für die Qualität der Versorgung wichtiger Strukturmerkmale und ausgewählte Qualitätsindikatoren herangezogen. Die Fallzahlen sind generell von Interesse. Patienten sowie auch einweisende Ärzte können hieraus Rückschlüsse auf die „Erfahrung“ einer Klinik in der Behandlung des jeweiligen Krankheitsbildes ziehen. Ferner wurden Zusammenhänge zwischen Fallzahlen und Ergebnissen in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen nachgewiesen. Im ersten Beitrag wird für die einzelnen Krankheitsbilder dargestellt, inwieweit solche Zusammenhänge jeweils gefunden wurden. Darüber hinaus können die Fallzahlen von Bedeutung dafür sein, ob das Krankenhaus notwendige spezialisierte Diagnose- und Behandlungsverfahren überhaupt vorhalten kann.

Die Fallzahlen lassen sich nur im Vergleich beurteilen. Für jedes Krankheitsbild wurden daher Fallzahlquartile ermittelt, das heißt, es werden jeweils das Viertel der Krankenhäuser mit der niedrigsten und höchsten Fallzahl ermittelt sowie die Hälfte beziehungsweise die beiden Viertel dazwischen. Damit lässt sich die „Erfahrung“ im Vergleich zueinander einordnen.

Wichtige Ergebnisse werden hier anhand zweier Beispiele, der Versorgung des akuten Herzinfarktes und der Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs, dargestellt.

## Herzinfarkt

Der Herzinfarkt ist mit bundesweit rund 230.000 Behandlungsfällen und einer Sterblichkeit im Krankenhaus von 8,6 Prozent ein wichtiges Krankheitsbild.

Für die Versorgung des akuten Infarktes ist die Möglichkeit zur Durchführung einer Linksherzkatheteruntersuchung mit eventueller Wiederherstellung der Durchblutungsfunktion sehr wichtig. Bei den schwereren Infarkten – sogenannte STEMI, ST-Hebungsinfarkte – sollte diese Untersuchung innerhalb von 60 Minuten nach Erreichen der Klinik stattfinden. Bei weniger schweren Infarktformen – sogenannte NSTEMI – kann diese Untersuchung auch später erfolgen. In der Notfallsituation ist die Unterscheidung aber im Regelfall nicht sicher möglich.

Ein Viertel der Kliniken in Deutschland behandelte 2014 weniger als 34 Patienten pro Jahr. Zum Vergleich: Das obere Viertel behandelt mehr als 231 Fälle pro Jahr.

Um zu ermitteln, wie die Versorgung mit Linksherzkatheterplätzen aussieht, haben wir für den Qualitätsmonitor eigens eine Befragung durchgeführt. Befragt wurden alle Kliniken, die 2014 Herzinfarkt-Patienten behandelt haben. Etwa zwei Drittel der Krankenhäuser haben uns eine Rückmeldung geschickt. Das Ergebnis: Etwas mehr als die Hälfte aller Kliniken, die Herzinfarkte versorgen und sich an der Befragung beteiligt haben, hat einen Linksherzkatheterplatz mit Bereitschaft über 24 Stunden an sieben Wochentagen, weitere sieben Prozent haben einen Linksherzkatheterplatz ohne 24-Stunden-Bereitschaft.

Das heißt umgekehrt: Etwa 40 Prozent der Kliniken, die Herzinfarktpatienten versorgen, hatten keinen Linksherzkatheterplatz. Diese Kliniken behandeln zwar relativ wenige Fälle, nämlich ca. zehn Prozent aller Herzinfarkte. Aber das sind hochgerechnet knapp 22.000 Patienten pro Jahr, die keine optimale Versorgung bekommen, obwohl es in Deutschland keinen Mangel an Linksherzkatheterplätzen gibt.

Besonders ausgeprägt war dieses Problem im Viertel der Kliniken mit den geringsten Fallzahlen: Hier verfügten 82 Prozent der Kliniken nicht über die optimale Ausstattung für die Behandlung eines akuten Herzinfarkts. Gerade Kliniken mit wenigen Behandlungsfällen haben also oft nicht die optimale Ausstattung. In Nordrhein-Westfalen gibt es beispielsweise 73 Kliniken, die vergleichsweise selten – das heißt weniger als 34 Mal pro Jahr – Patienten mit akutem Herzinfarkt behandelt haben. Der geringste Anteil solcher Kliniken findet sich unter den Flächenstaaten mit zwei von insgesamt 37 Kliniken in Thüringen.

Schlussfolgerung: Die Versorgung von Herzinfarkt-Patienten kann optimiert werden, wenn sie in Kliniken mit optimaler Versorgung zentralisiert wird. Diese Maßnahme könnte in Ballungsgebieten sofort umgesetzt werden, zumal nur ein kleinerer Teil der Fälle auf andere, besser ausgestattete Kliniken umgeleitet werden müsste. Dies hätte eine unmittelbar qualitätsverbessernde Wirkung. Auch in ländlicheren Bereichen lassen sich in der Regel die Versorgungsstrukturen im Rahmen vorhandener Einrichtungen verbessern. Hier sind aber differenziertere Planungen erforderlich.



## Versorgung von Brustkrebs

Das zweite Beispiel aus dem Qualitätsmonitor bezieht sich auf die Brustkrebs-OPs. 2014 wurden in Deutschland rund 75.000 Operationen bei Patientinnen mit Brustkrebs durchgeführt.

Die optimale Versorgung dieser Patientinnen erfordert heute differenzierte Vorgehensweisen in interdisziplinären Teams. Von der richtigen Versorgung hängt ab, welcher Anteil der Patientinnen beispielsweise nach fünf Jahren überlebt.

Um eine ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Brustkrebs sicherzustellen, empfiehlt die European Society of Breast Cancer Specialists, dass ein behandelndes Krankenhaus mindestens 150 Patientinnen pro Jahr (erst-)versorgen sollte. Im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen wurde diese Zahl übernommen, allerdings wurden kooperative Versorgungsformen zugelassen. Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft, OnkoZert, empfiehlt eine Mindestzahl von 100.

In der Versorgungswirklichkeit zeigt sich, dass das untere Fallzahlviertel der deutschen Kliniken 2014 weniger als acht Fälle pro Jahr versorgt. Selbst die fallzahlmäßig untere Hälfte der Krankenhäuser versorgt noch weniger als 49 Fälle pro Jahr. Der höchste Anteil an Kliniken mit einer Fallzahl unter acht findet sich in Berlin (38,1 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (38,1 Prozent) und Sachsen-Anhalt (34,4 Prozent). Der Anteil ist am niedrigsten im Saarland (16,7 Prozent), in Baden-Württemberg (14,5 Prozent), und in Sachsen (12,5 Prozent).

Auch bei einem wichtigen Qualitätsindikator, der präoperativen Sicherung der histologischen Diagnose, zeigen sich Unterschiede zwischen den Kliniken. Für diesen Indikator ist in der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung bei der chirurgischen Behandlung von Brustkrebs-Fällen vorgesehen, dass bei mindestens 90 Prozent der betroffenen Patientinnen eine Diagnosesicherung durch eine Stanz- oder Vakuumbiopsie vor der OP durchgeführt wird. Dadurch soll soweit wie möglich vermieden werden, dass diese für die Patientinnen äußerst belastenden Eingriffe ungerechtfertigt durchgeführt werden.

In knapp 16 Prozent der Kliniken, die Brust-OPs durchführten, ist dieses Qualitätsziel nicht erreicht worden. Das zeigen die Angaben der Kliniken in ihren strukturierten Qualitätsberichten. In dem Viertel der Kliniken, die acht oder weniger Fälle behandelten, war das Problem deutlich größer: Hier erreichten etwa 42 Prozent der Kliniken das Qualitätsziel bei der prätherapeutischen histologischen Qualitätssicherung nicht. Auch bei diesem Thema gibt es eine erhebliche regionale Streuung: In Bremen erreichten alle Kliniken das 90-Prozent-Ziel, in Sachsen-Anhalt dagegen nur 63 Prozent.

Schlussfolgerung: Der Konsens in den Fachgesellschaften einerseits und der Blick auf die Daten zur Versorgungswirklichkeit in Deutschland andererseits verdeutlichen, dass es in Deutschland einen erheblichen Handlungsbedarf hinsichtlich einer Leistungskonzentration gibt. Dies gilt nicht nur für die Ballungsgebiete. Die Versorgung von Frauen mit Brustkrebs ist kein Notfalleingriff. Daher ist auch eine Konzentration in ländlichen Bereichen zu erreichen.

## Fazit

Die beiden Beispiele für eine Notfallerkrankung und für einen planbaren Eingriff zeigen anhand der Gegenüberstellung der derzeit fachlich konsentierten Anforderungen an eine adäquate Behandlung und der Versorgungswirklichkeit, dass es in Deutschland einen erheblichen Handlungsbedarf hinsichtlich einer besseren Leistungssteuerung im Sinne einer Leistungskonzentration in für die jeweilige Behandlung entsprechend ausgestatteten Kliniken gibt. Die Publikation enthält faktenbasiert Anregungen für mögliche Aktivitäten in der Krankenhausplanung, die sofort qualitätsverbessernd wirken würden und die auch umsetzbar wären. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern verdeutlichen, dass die Handlungsspielräume nicht hinreichend ausgeschöpft sind.

Letztlich wird viel zu lange in Deutschland über notwendige Qualitätsverbesserungen im Gesundheitssystem diskutiert. Wir brauchen einen Einstieg in die verbindliche Umsteuerung. Hierzu gehören neben der qualitätsorientierten Verbesserung der Krankenhausstrukturen vor allem auch eine Verknüpfung von Entgelt und Qualität sowie ein breiter Einstieg in qualitätsgesicherte intersektorale Versorgungskonzepte.

## ANSPRECHPARTNER

**Dr. Kai Behrens** | Pressesprecher | 030 34646-23 09 | presse@bv.aok.de



# Qualitätsmonitor 2017

## Stationäre Versorgungsstruktur ausgewählter Krankheitsbilder in Deutschland

Prof. Thomas Mansky, TU Berlin

Dr. Dagmar Drogan, WIdO

Ulrike Nimptsch, TU Berlin

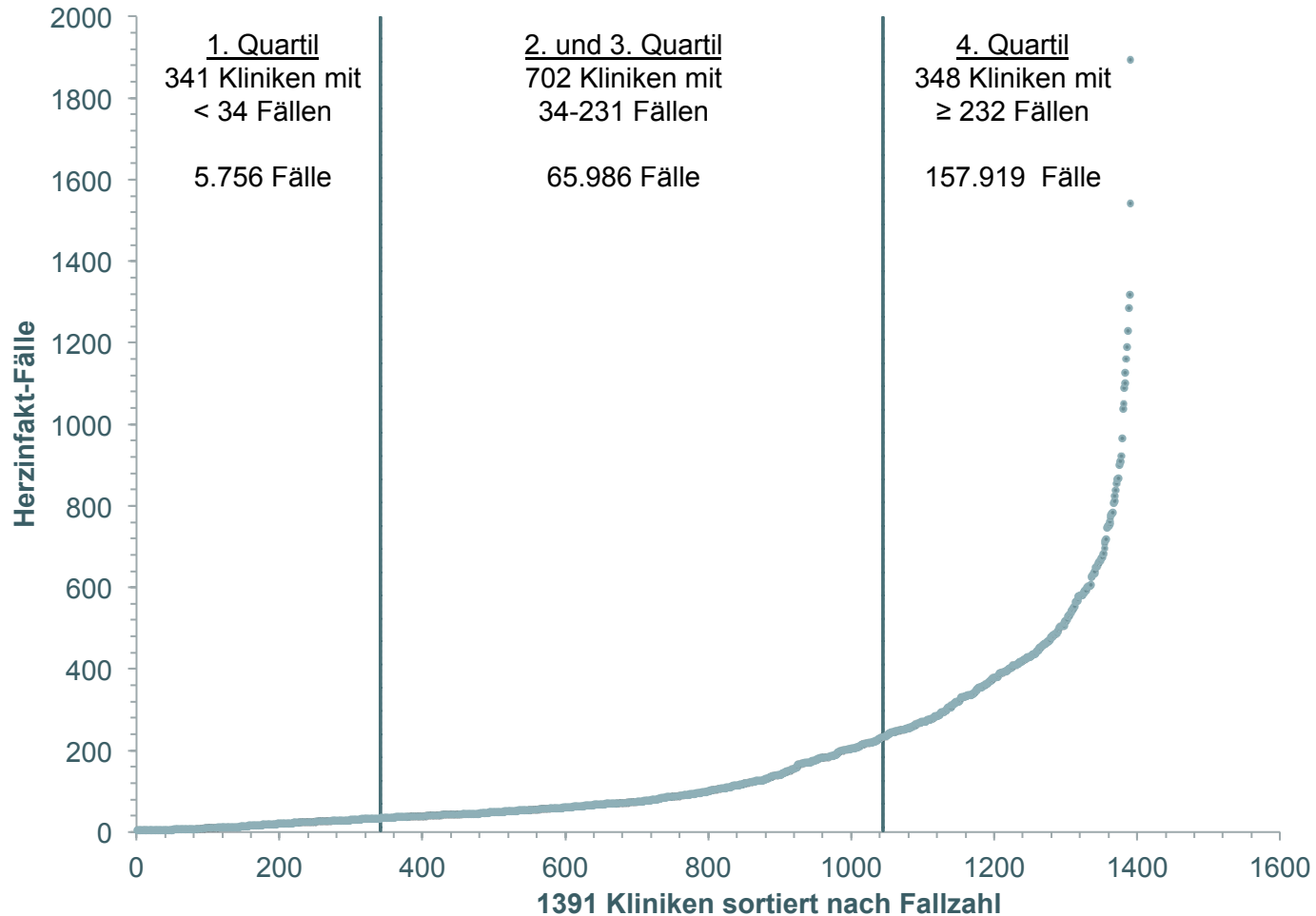
Christian Günster, WIdO

# Fallzahlen und Qualitätsindikatoren für 6 ausgewählte Leistungsbereiche

Indikation	Fallzahl	Kennzahl / Indikator	
	Datenquelle	Name	Datenquelle
<b>Herzinfarkt</b>	Strukturierter Qualitätsbericht	Vorhandensein eines Herzkatheterlabors	Abfrage bei Kliniken
<b>Schlaganfall</b>	Strukturierter Qualitätsbericht	Vorhandensein der Strukturen für neurologische Komplexbehandlung	Strukturierter Qualitätsbericht
<b>Cholezystektomie</b>	Strukturierter Qualitätsbericht	QSR-Gesamtindikator	AOK-Krankenhausnavigator
<b>Operation bei hüftgelenknaher Femurfraktur</b>	Strukturierter Qualitätsbericht	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach KH-Aufnahme (ID 2266)	Strukturierter Qualitätsbericht
		Postoperative Wundinfektion (ID 50889)	Strukturierter Qualitätsbericht
<b>Mammachirurgie</b>	Strukturierter Qualitätsbericht	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (ID 51846)	Strukturierter Qualitätsbericht
<b>Ovarektomie</b>	Strukturierter Qualitätsbericht	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund (ID 10211)	Strukturierter Qualitätsbericht

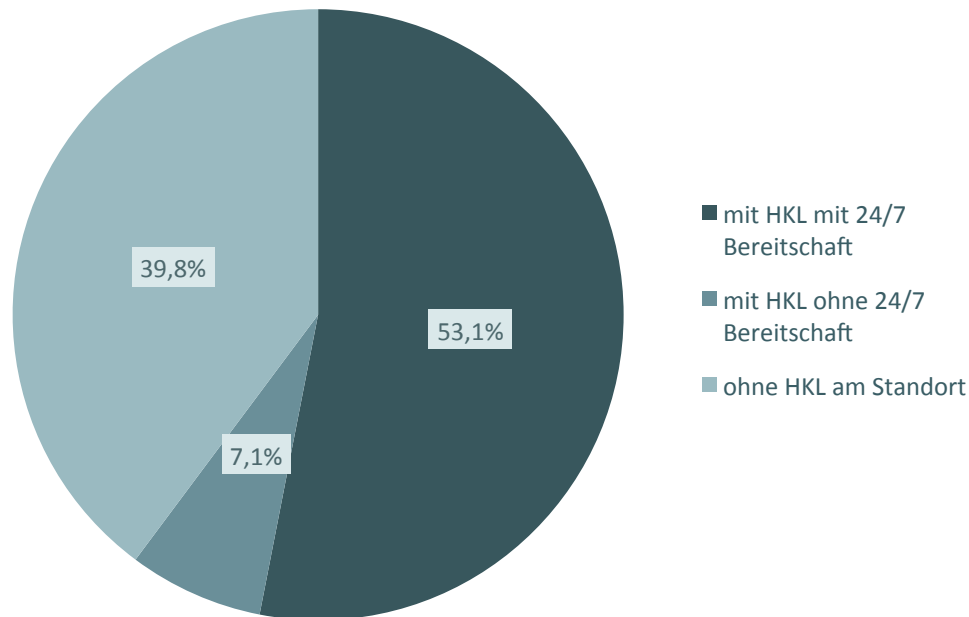
# Herzinfarkt – Fallverteilung über behandelnde Kliniken

Ein Viertel aller Herzinfarkt-versorgenden Kliniken behandelte im Jahr 2014 weniger als 34 Herzinfarkt-Fälle.



# Herzinfarkt – Verfügbarkeit eines Herzkatheterlabors in behandelnden Kliniken

**Etwas mehr als die Hälfte aller Kliniken, die Herzinfarktpatienten versorgten, hatten am Standort ein Herzkatheterlabor mit 24/7-Bereitschaft.**

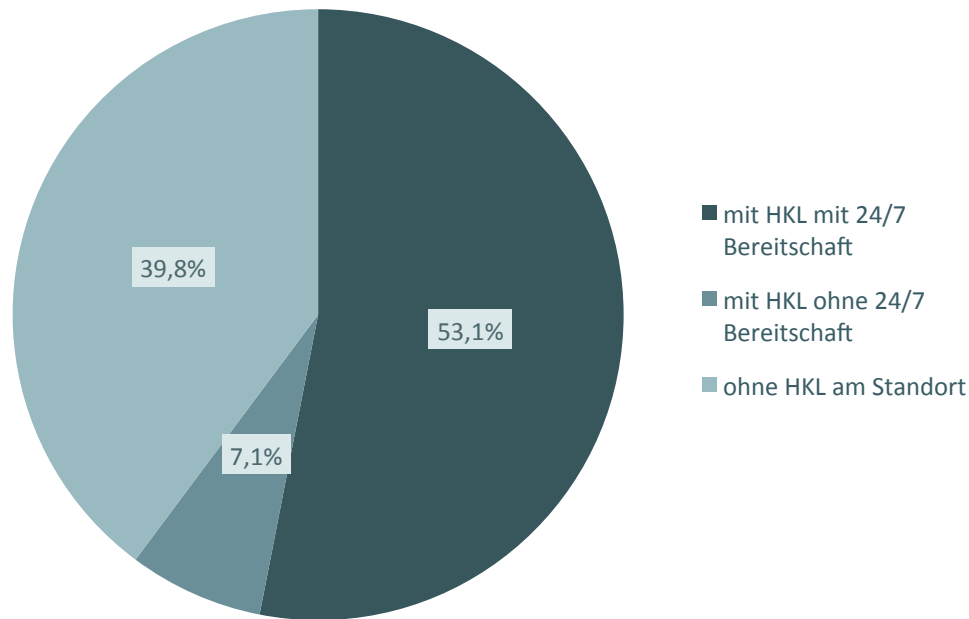


## Klinik-Ebene

- Kliniken mit Behandlungsfällen: 1.391
- Rückmeldende Kliniken: 912  
(d.h. Rücklaufquote 66%)

# Herzinfarkt – Verfügbarkeit eines Herzkatheterlabors in behandelnden Kliniken und über Behandlungsfälle

In Kliniken ohne Herzkatheterlabor wurden im Jahr 2014 hochgerechnet knapp 22.000 Herzinfarkte behandelt.\*



## Klinik-Ebene

- Kliniken mit Behandlungsfällen: 1.391
- Rückmeldende Kliniken: 912 (d.h. Rücklaufquote 66%)

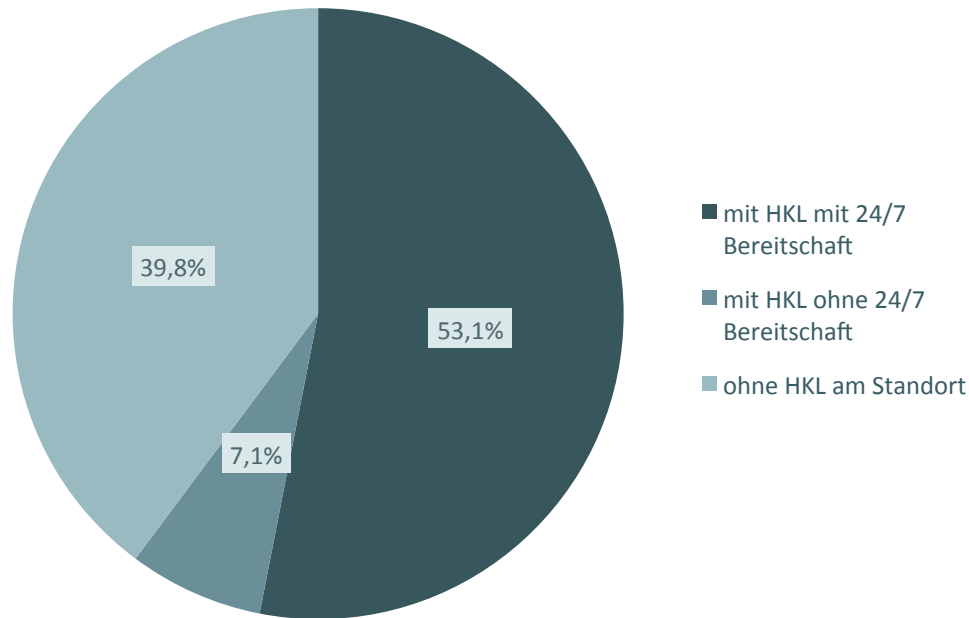
## Fall-Ebene

- Anzahl Behandlungsfälle: 229.661
- Fälle in rückmeldenden Kliniken: 183.203

\* Fallzahl auf Basis der Rücklaufquote; hochgerechnet auf alle Behandlungsfälle

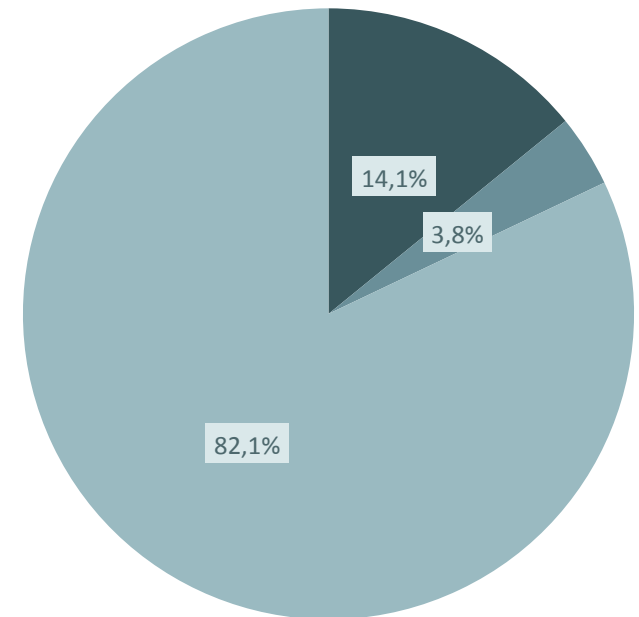
# Herzinfarkt – Verfügbarkeit eines Herzkatheterlabors in behandelnden Kliniken

Bei Standorten mit geringer Behandlungszahl war der Anteil der Kliniken mit verfügbarem 24/7-Herzkatheterlabor sehr niedrig (14%).



## Klinik-Ebene

- Kliniken mit Behandlungsfällen: 1.391
- Rückmeldende Kliniken: 912  
(d.h. Rücklaufquote 66%)

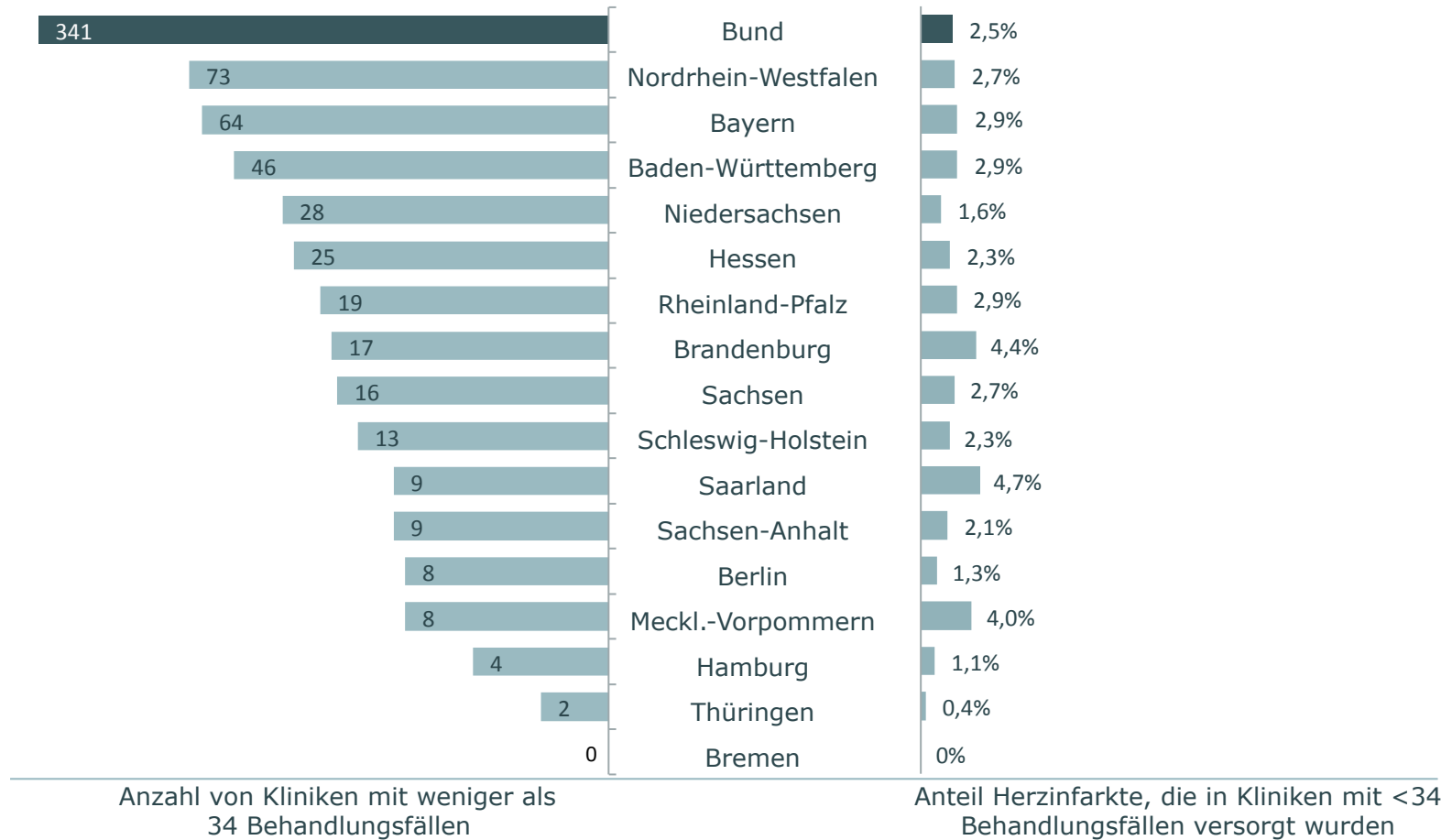


## Kliniken mit <34 Fällen

- Anzahl Kliniken: 341
- Rückmeldende Kliniken: 184



# Kliniken mit <34 Behandlungsfällen und deren Fallzahl-Anteile

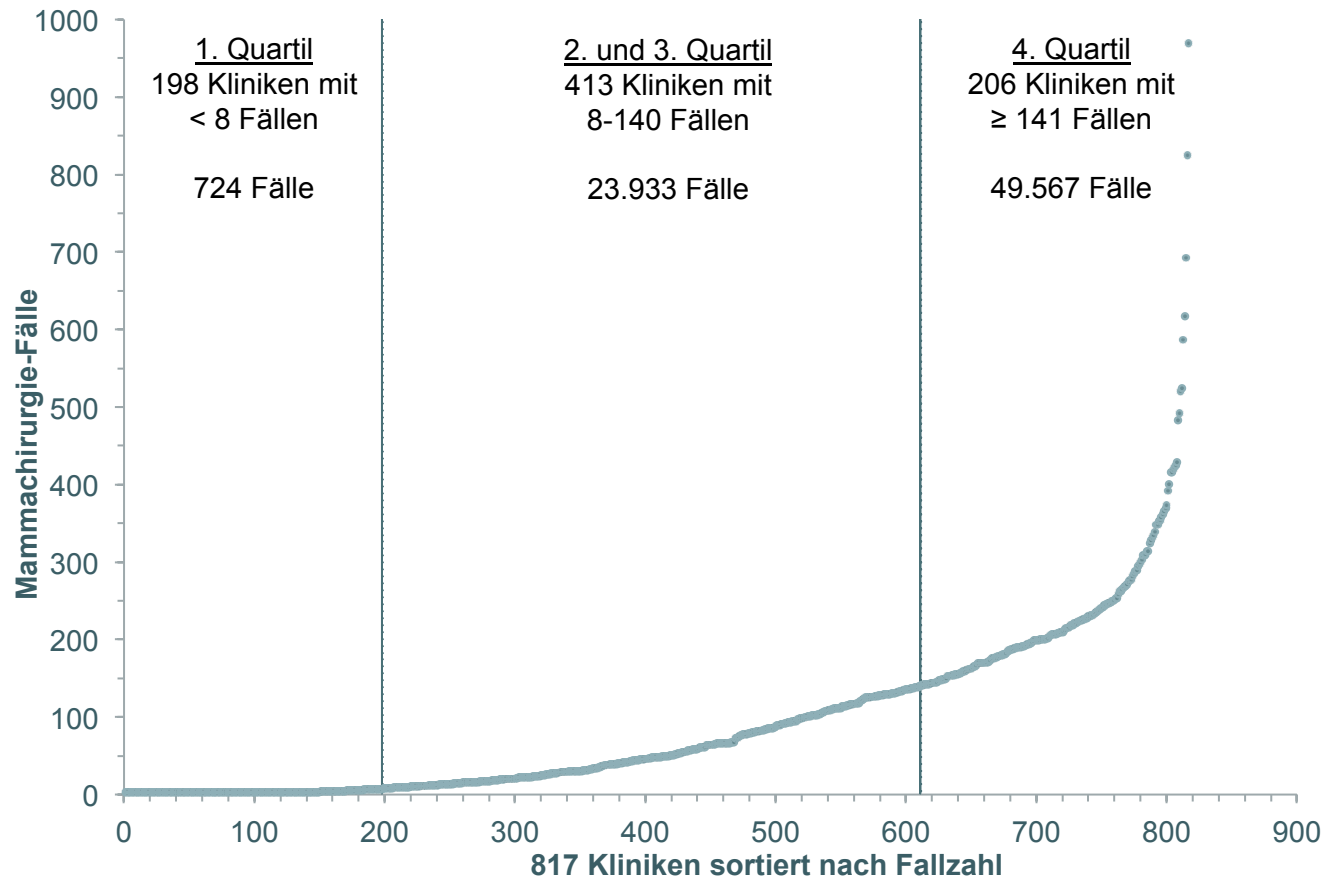


# Fallzahlen und Qualitätsindikatoren für 6 ausgewählte Leistungsbereiche

Indikation	Fallzahl	Kennzahl / Indikator	
	Datenquelle	Name	Datenquelle
Herzinfarkt	Strukturierter Qualitätsbericht	Vorhandensein eines Herzkatheterlabors	Abfrage bei Kliniken
Schlaganfall	Strukturierter Qualitätsbericht	Vorhandensein der Strukturen für neurologische Komplexbehandlung	Strukturierter Qualitätsbericht
Cholezystektomie	Strukturierter Qualitätsbericht	QSR-Gesamtindikator	AOK-Krankenhausnavigator
Operation bei hüftgelenknaher Femurfraktur	Strukturierter Qualitätsbericht	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach KH-Aufnahme (ID 2266)	Strukturierter Qualitätsbericht
		Postoperative Wundinfektion (ID 50889)	Strukturierter Qualitätsbericht
<b>Mammachirurgie</b>	Strukturierter Qualitätsbericht	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (ID 51846)	Strukturierter Qualitätsbericht
Ovarektomie	Strukturierter Qualitätsbericht	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund (ID 10211)	Strukturierter Qualitätsbericht

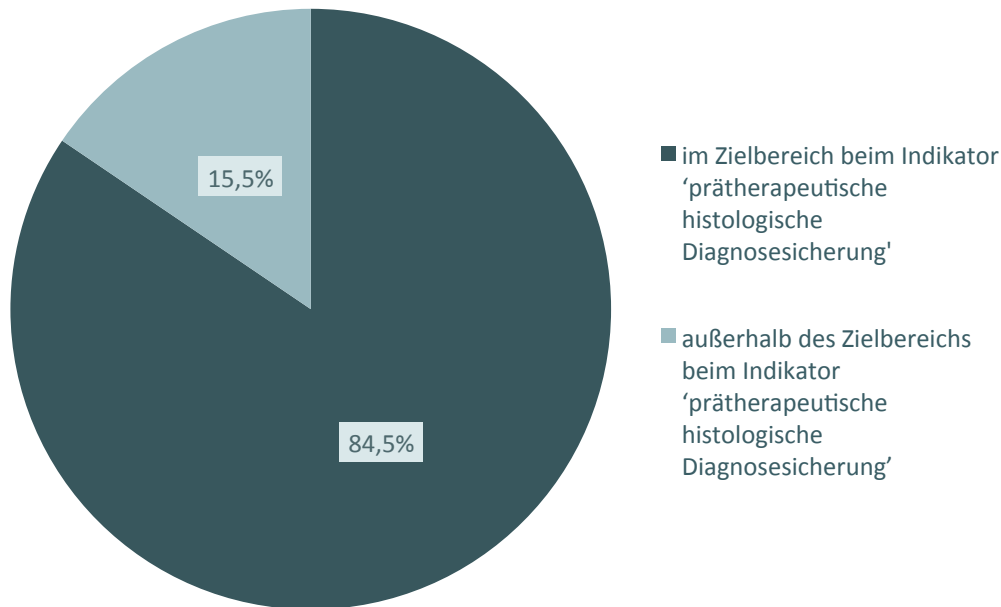
# Mammachirurgie – Fallverteilung über behandelnde Kliniken

Ein Viertel aller Kliniken, die im Jahr 2014 mammachirurgische Eingriffe durchführten, behandelten weniger als 8 Fälle.



# Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung bei Mammachirurgie

Etwa 16% aller Kliniken, die mammachirurgische Eingriffe durchführten, wiesen auffällige Ergebnisse beim Qualitätsindikator ‚prätherapeutische histologische Diagnosesicherung‘ auf.\*



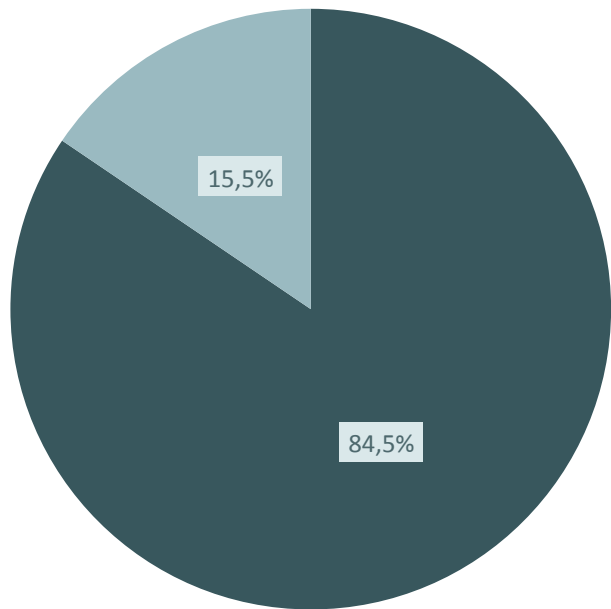
## Kliniken in der Gesamtpopulation

- Kliniken mit Behandlungsfällen: 817
- Kliniken mit Indikator-Information: 683

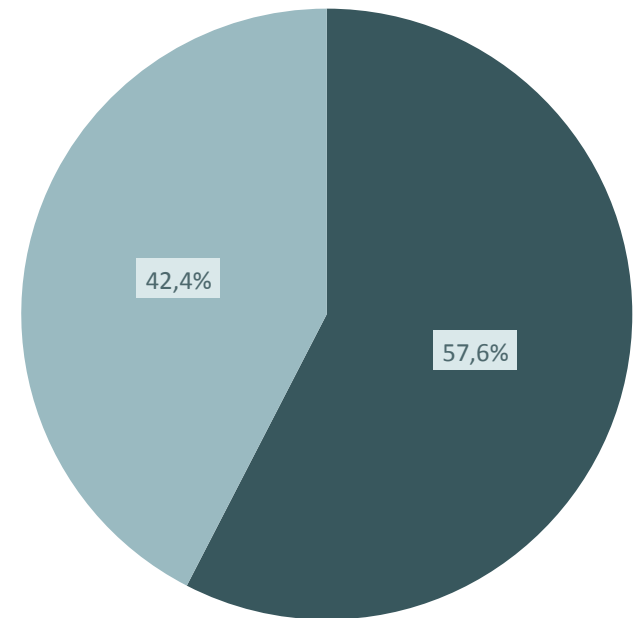
\* Eine histol. Diagnosesicherung mittels Stanz- oder Vakuumbiopsie sollte präoperativ bei mindestens 90% aller Eingriffe erfolgen.

# Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung bei Mammachirurgie

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



- im Zielbereich beim Indikator 'prätherapeutische histologische Diagnosesicherung'
- außerhalb des Zielbereichs beim Indikator 'prätherapeutische histologische Diagnosesicherung'



## Kliniken in der Gesamtpopulation

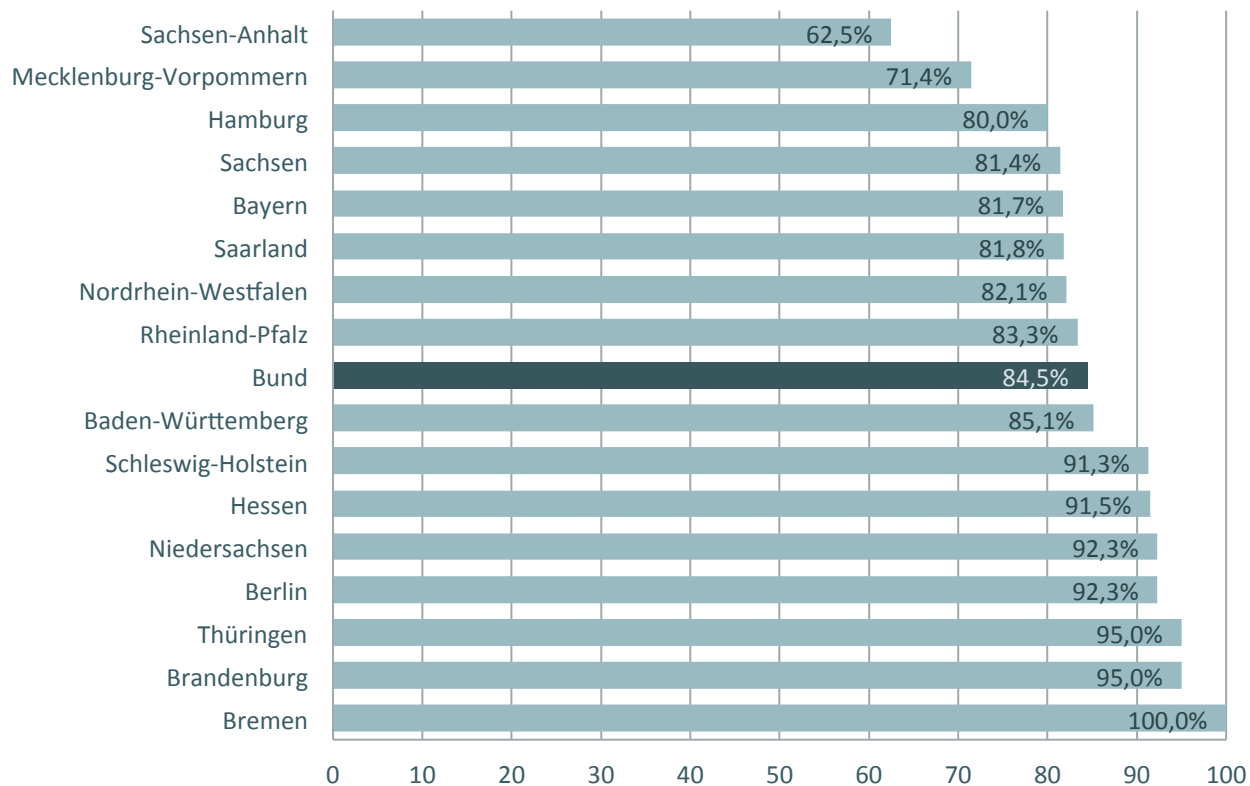
- Kliniken mit Behandlungsfällen: 817
- Kliniken mit Indikator-Information: 683

## Kliniken mit <8 Fällen

- Anzahl Kliniken: 198
- Kliniken mit Indikator-Information: 66

# Regionale Unterschiede bei der prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung bei Mammachirurgie

Es existieren regionale Unterschiede, die auf einen unterschiedlichen Erfüllungsgrad der leitliniengerechten diagnostischen Sicherung hinweisen.



Anteil Kliniken, die eine prätherap. histol. Diagnosesicherung bei  $\geq 90\%$  der Patientinnen gewährleisten

## Fazit

- Vorgelegt wurden hier zwei Beispiele für eine Notfallerkrankung und einen planbaren Eingriff
- In beiden Fällen besteht eine erhebliche Differenz zwischen fachlich konsentierten Anforderungen an eine adäquate Behandlung und der Versorgungswirklichkeit
- Es besteht erheblicher Handlungsbedarf hinsichtlich einer besseren Leistungssteuerung im Sinne einer Leistungskonzentration in für die jeweilige Behandlung entsprechend ausgestatteten Kliniken
- Die Publikation enthält faktenbasiert Anregungen für mögliche Aktivitäten in der Krankenhausplanung, die sofort qualitätsverbessernd wirken würden und die auch rasch umsetzbar wären.
- Die Unterschiede zwischen den Bundesländern verdeutlichen, dass die Handlungsspielräume nicht hinreichend ausgeschöpft sind.
- Analoge Informationen und Anregungen zu vielen weiteren Krankheitsbildern finden sich in der Publikation

## Pressekonferenz Qualitätsmonitor 2017 29. November 2016, Berlin

### **Statement von Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes**

Es gilt das gesprochene Wort.

Vor ungefähr einem Monat hat ein Thesenpapier der Nationalen Akademie der Wissenschaften für großen Wirbel gesorgt. Die Forscher haben beschrieben, was sie mit Blick auf eine gute und zugleich wirtschaftliche Versorgung der Patienten für notwendig halten. Die Botschaft, dass 330 Klinikzentren bundesweit reichen würden, um eine effizientere und zugleich bessere Versorgung zu organisieren, hat besonders viel Aufregung verursacht.

Diese These klingt sehr radikal. Die Ergebnisse des Qualitätsmonitors 2017 bestätigen aber grundsätzlich die Forderungen der Nationalen Akademie der Wissenschaften: Wir brauchen in der stationären Versorgung mehr Zentralisierung und Spezialisierung, um die Behandlungsqualität für die Patienten zu verbessern. Am Beispiel der Herzinfarkte, das Herr Prof. Mansky dargestellt hat, wird das Problem sehr deutlich: Viele Häuser mit schlechter Ausstattung behandeln nur ganz wenige Infarktpatienten pro Jahr, obwohl optimal ausgestattete Kliniken mit erfahrenen Spezialisten und hohen Fallzahlen in der Nähe wären.

Doch was ist konkret zu tun, um die Situation zu verbessern? Die Forscher der Leopoldina haben es auf einer abstrakten Ebene beschrieben. Aber mit dem Qualitätsmonitor 2017 wird es greifbar. Denn das Buch gibt mit seinen Datenauswertungen Antworten auf ganz konkrete Fragen: Wie schneiden die Kliniken in meiner Region bei der Qualitätsmessung über Indikatoren ab? Wie viele Fälle haben sie im bundesweiten Vergleich behandelt? Und wie sieht es bei der Ausstattung mit Herzkatheterlaboren oder speziellen Behandlungseinheiten für Schlaganfall-Patienten aus? All diese Fragen beantwortet der Krankenhausmonitor im Anhang des Buches – für jede einzelne Klinik in Deutschland.

### **Planungsbehörden der Länder sollten Klinikliste aktiv nutzen**

Anhand von sechs ausgewählten Indikationen, die sehr häufig vorkommen, zeigt die Klinikliste also, welche Kliniken gut abschneiden und welche schlecht. Die Planungsbehörden der Länder sollten diesen Krankenhausmonitor aktiv nutzen. Denn er liefert ihnen wertvolle Anhaltspunkte, wo sie ansetzen und umsteuern sollten. Aus der großen Palette von Qualitätsdaten haben WIdO und Gesundheitsstadt Berlin sozusagen einen Instrumentenkasten für die Krankenhaus-Planer zusammengestellt, mit dem sie die Strukturen vor Ort überprüfen und verbessern können.



Dringend notwendig ist das vor allem bei der Versorgung von akuten Erkrankungen wie Herzinfarkten oder Schlaganfällen. Hier sollten sich die Patienten eigentlich darauf verlassen können, im Notfall eine optimale Versorgung zu erhalten – doch der Qualitätsmonitor zeigt, dass das ganz und gar nicht der Fall ist.

Dazu ein Beispiel aus dem Ruhrgebiet: Wenn man sich die Krankenhausliste im Qualitätsmonitor anschaut, sieht man, dass es allein in Dortmund zehn Kliniken gibt, die im Jahr 2014 Herzinfarkt-Patienten behandelt haben. Von vier dieser Dortmunder Kliniken wissen wir aus unserer Befragung, dass dort kein Herzkatheterlabor am Standort verfügbar ist. Dennoch wurden in diesen vier Kliniken zwischen 32 und 59 Herzinfarkte versorgt – insgesamt 169 Fälle. Zum Vergleich: In der Dortmunder Klinik mit der höchsten Fallzahl waren es 1.039 Herzinfarkte.

## **Vernünftig organisierte Rettungskette ist entscheidend**

Eine optimale Versorgung von Notfällen kann man nur mit einer vernünftig organisierten Rettungskette erreichen. Die Einbindung der Rettungsdienste spielt dabei eine entscheidende Rolle: Bei Verdacht auf einen Herzinfarkt oder Schlaganfall sollten die Patienten schon im Rettungswagen vor-diagnostiziert werden. Und dann sollte der Rettungswagen nicht das nächste, sondern das am besten geeignete Krankenhaus ansteuern, das den Patienten optimal versorgen kann. Meist würden sich dadurch noch nicht einmal die Transportwege verlängern. Wir brauchen also einerseits in der Krankenhausplanung mehr Konzentration auf Kliniken mit guter Behandlungsqualität und guter Ausstattung, aber andererseits auch eine besser gesteuerte Einweisung der Patienten in die richtigen Kliniken.

Hier gibt es durchaus Regionen in Deutschland, wo das schon gut funktioniert: So wissen wir zum Beispiel von den Kollegen der AOK Hessen, dass in der Region Frankfurt genau diese Steuerung der Infarktpatienten in die geeigneten Kliniken sehr gut geregelt ist. Hier landet kaum ein Patient in Krankenhäusern ohne Herzkatheterlabor – auch weil die Rettungsdienste dort eingebunden und entsprechend instruiert sind.

Auch unsere europäischen Nachbarn machen uns vor, wie es geht: So wurde in London die Versorgung auf acht Herzinfarktzentren konzentriert. Die Patienten werden nach der Diagnostik durch den Rettungsdienst direkt in eines der Zentren gebracht. Und in Wien, das – nebenbei bemerkt – drei Mal so viele Einwohner hat wie Dortmund, werden Herzinfarkt-Fälle tagsüber nur in sechs hochspezialisierten Kliniken behandelt.

## **Übergreifendes Konzept zur Notfallversorgung fehlt**

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform ist 2014 mit dem erklärten Ziel angetreten, die Notfallversorgung zu stärken. Leider wurde die Chance nicht genutzt. Mit dem KHSG hat der Gemeinsame Bundesausschuss lediglich den Auftrag bekommen, ein gestuftes System der Notfallversor-

gung zu erarbeiten, das die Grundlage für Zu- und Abschlüsse bilden soll. Das wird uns nicht wirklich weiterbringen. Die unverbundenen Regelungen des KHSG – ein paar Zuschläge für Krankenhäuser hier, ein paar Portalpraxen dort – reichen nicht aus, um eine bundesweit hochwertige Notfallversorgung zu schaffen. Was wir brauchen, ist ein übergreifendes Konzept zur Notfallversorgung, das die Notaufnahmen der Kliniken, den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst einbezieht.

Mit dem PsychVVG hat der Gesetzgeber die Frist zur Umsetzung des gestuften Notfallsystems durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gerade um ein Jahr verlängert – bis Ende 2017. Normalerweise finden wir es ja nicht gut, wenn sich die Umsetzung von Gesetzen so verzögert. Aber in diesem Falle steckt darin eine Chance – nämlich die Chance, das KHSG nachzubessern. Die sogenannte „Folgenabschätzung“, mit der der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt ist, bietet die Möglichkeit, doch noch eine sektorenübergreifende Reform der Notfallversorgung hinzubekommen. Gelingen kann das allerdings nur, wenn die Länder dann auch zur verbindlichen Durchsetzung einer solchen Reform verpflichtet werden. Nur so lässt sich die Notfallversorgung für die Patienten tatsächlich verbessern – und der Qualitätsmonitor zeigt, dass hier eine Menge zu tun ist.

Immerhin hat das IQTIG im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses inzwischen 233 Indikatoren der Qualitätssicherung vorgelegt. Sie bilden die Basis für die strukturierten Qualitätsberichte der Kliniken. Nach den Vorgaben des KHSG sollen sie aber auch zur Grundlage für die Krankenhausplanung der Länder werden, die sich stärker an der Qualität orientieren soll.

Der Qualitätsmonitor 2017 zeigt auch über die IQTIG-Indikatoren hinausgehend hochrelevante Eckdaten auf, die für die Krankenhausplanung herangezogen werden können. Das sind Strukturmerkmale wie das Vorliegen eines Herzkatheterlabors, aber auch Langzeitindikatoren aus dem Verfahren der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR). Entscheidend kommt es jetzt aber auf den Umsetzungsprozess an.

## **Mindestmengen helfen, die Qualität zu verbessern**

Auch die Festlegung von rechtssicher ausgestalteten Mindestmengen für bestimmte komplexe Operationen ist im KHSG vorgesehen. Mindestmengen sind ein guter Weg, um die Qualität zu verbessern. Der Zusammenhang von Leistungsmenge und Ergebnissen ist ja für viele Leistungsbereiche bekannt und gut belegt. Daher stellen wir im Qualitätsmonitor 2017 auch die Fallzahlen für die einzelnen Indikationen und Eingriffe dar. In einem bundesweiten Vergleich wird transparent gemacht, ob eine Klinik bei bestimmten Krankheitsbildern vergleichsweise viele oder wenige Fälle behandelt. Die Datenauswertungen des Qualitätsmonitors zeigen außerdem, dass es sinnvoll ist, die bestehenden Mindestmengen-Regelungen zu erweitern – zum Beispiel auf den Bereich der Brustkrebs-OPs.

Wie wir von Herrn Prof. Mansky gehört haben, gilt für die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren eine Mindestmenge von 100 Brustkrebs-Erstbehandlungen. Außerdem werden für die Brust-OPs pro Operateur mindestens 50 Eingriffe gefordert. Davon sind wir weit entfernt,

wenn in einem Viertel der Kliniken insgesamt weniger als acht Fälle pro Jahr operiert werden. Und außerdem sind es ja vor allem die Kliniken mit den kleinen Fallzahlen, die Probleme bei der prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung haben.

## **Bessere Steuerung der Patienten in Ballungsgebieten schnell umsetzbar**

Viele der Kliniken, die nicht optimal ausgestattet sind, stehen in Ballungsgebieten. Dort ist die Dichte der Krankenhäuser besonders hoch – und eine bessere Steuerung der Patienten ließe sich schnell umsetzen, ohne die wohnortnahe Versorgung zu gefährden.

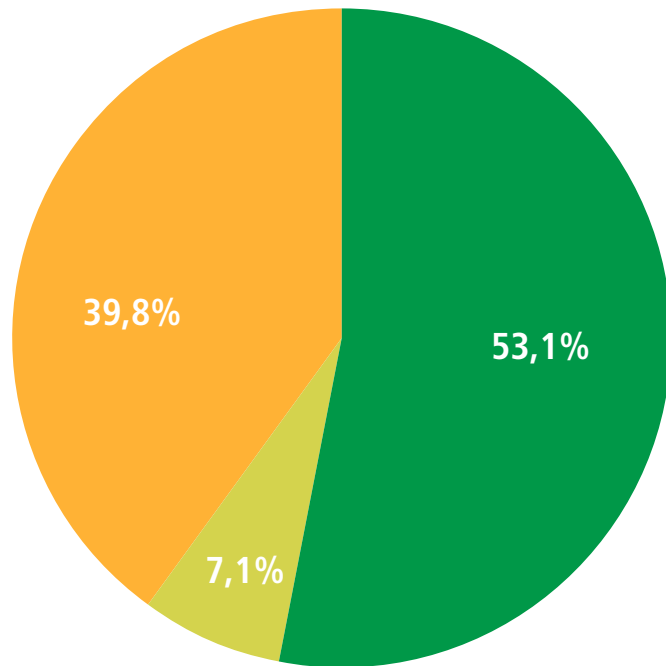
Es gibt also viel zu tun. Mit dem Qualitätsmonitor liefern WIdO und Gesundheitsstadt Berlin den Krankenhausplanern in den Ländern das nötige Handwerkszeug, um Kliniken und Abteilungen mit schlechten Ergebnissen zu identifizieren und die regionalen Versorgungsstrukturen zu verbessern. Sie sollten diese Chance nutzen.

### **ANSPRECHPARTNER**

**Dr. Kai Behrens** | Pressesprecher | 030 34646-23 09 | [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)

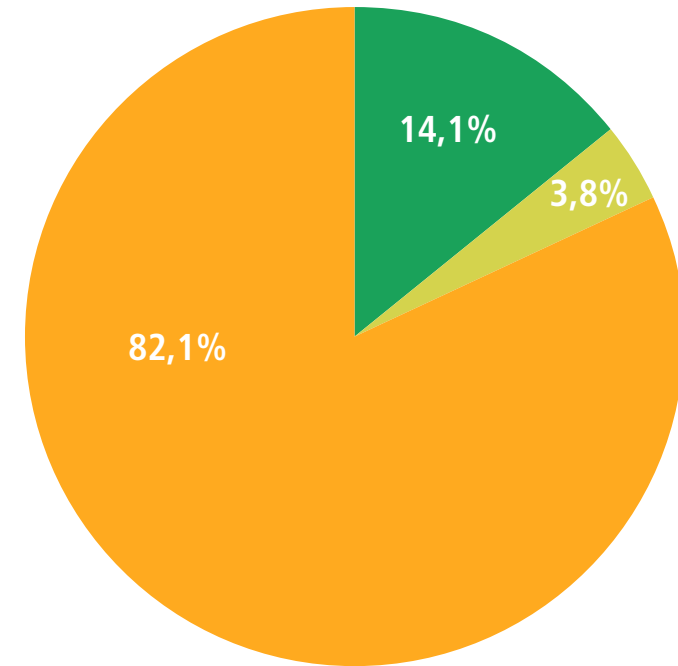
## Herzinfarkt-Behandlung: Kliniken oft ohne Herzkatheterlabor

### Alle Kliniken mit Herzinfarkt-Fällen



- Kliniken mit Behandlungsfällen: 1.391
- Rückmeldende Kliniken: 912

### Kliniken mit <34 Herzinfarkt-Fällen pro Jahr



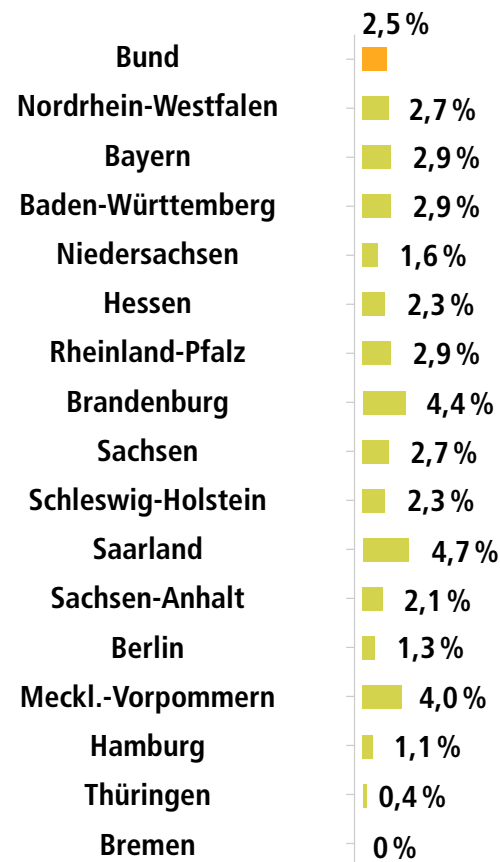
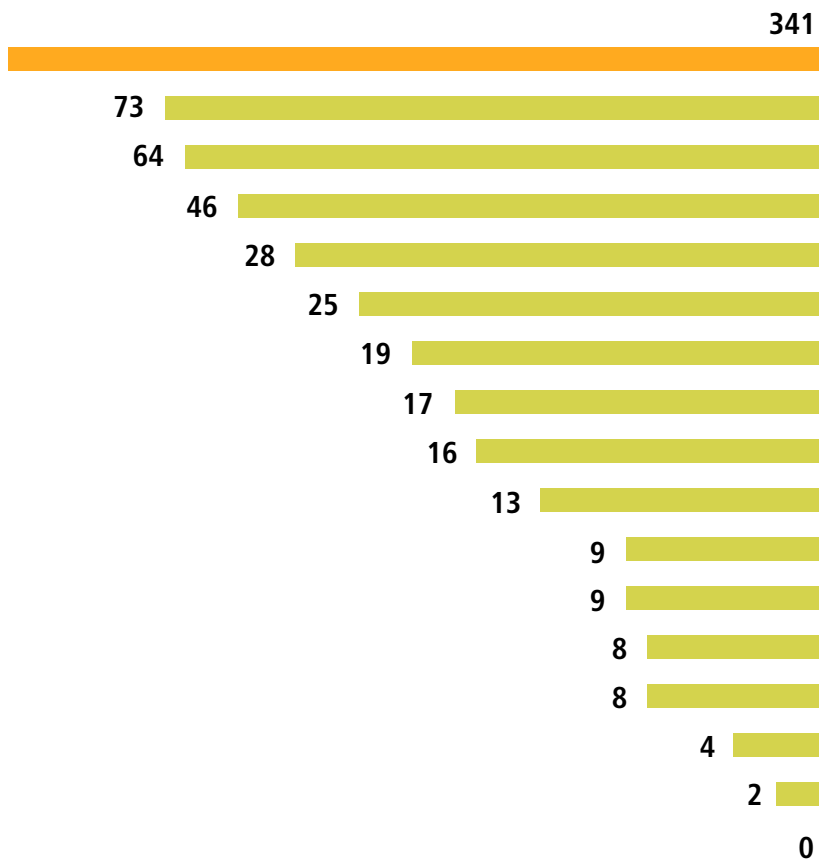
- Anzahl der Kliniken: 341
- Rückmeldende Kliniken: 184

Etwa 40% der Kliniken, die Herzinfarkt-Patienten behandelten und sich an der Befragung des Qualitätsmonitors beteiligten, hatten kein Herzkatheterlabor.

## Kliniken mit <34 Behandlungsfällen und deren Fallzahl-Anteile

› Anzahl von Kliniken  
mit weniger als  
34 Behandlungsfällen

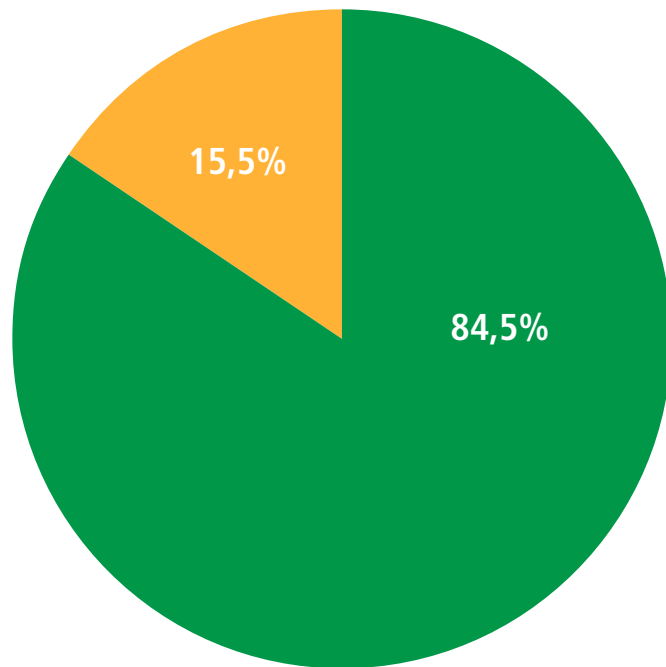
› Anteil Herzinfarkte,  
die in Kliniken mit weniger als 34  
Behandlungsfällen versorgt wurden



In NRW ist die Zahl der Kliniken, die weniger als 34 Herzinfarkte pro Jahr behandeln, am höchsten. Bundesweit werden etwa 2,5 Prozent der Herzinfarkte in den 341 Kliniken mit weniger als 34 Behandlungsfällen pro Jahr versorgt.

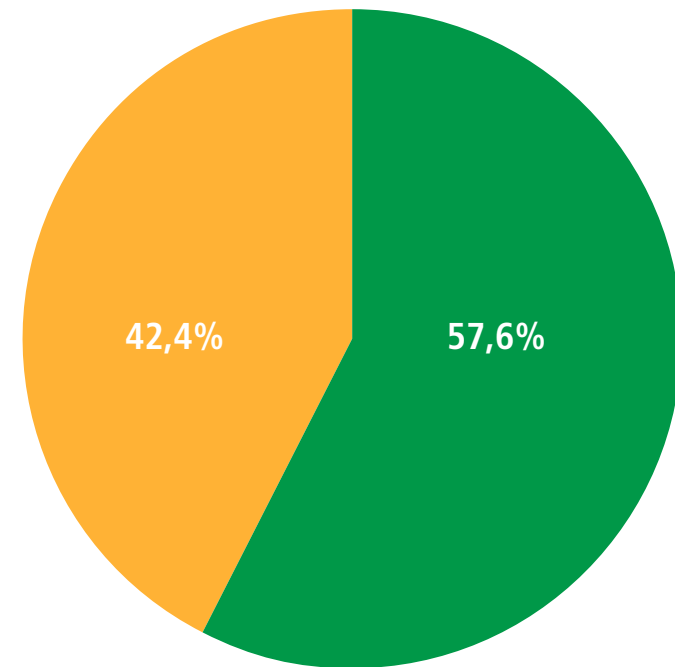
## Kliniken mit niedrigen Fallzahlen erreichen Qualitätsziel seltener

### Alle Kliniken mit Brustkrebs-OPs



- Kliniken mit Behandlungsfällen: 817
- Kliniken mit Indikator-Information: 683

### Kliniken mit < 8 Brustkrebs-OPs pro Jahr

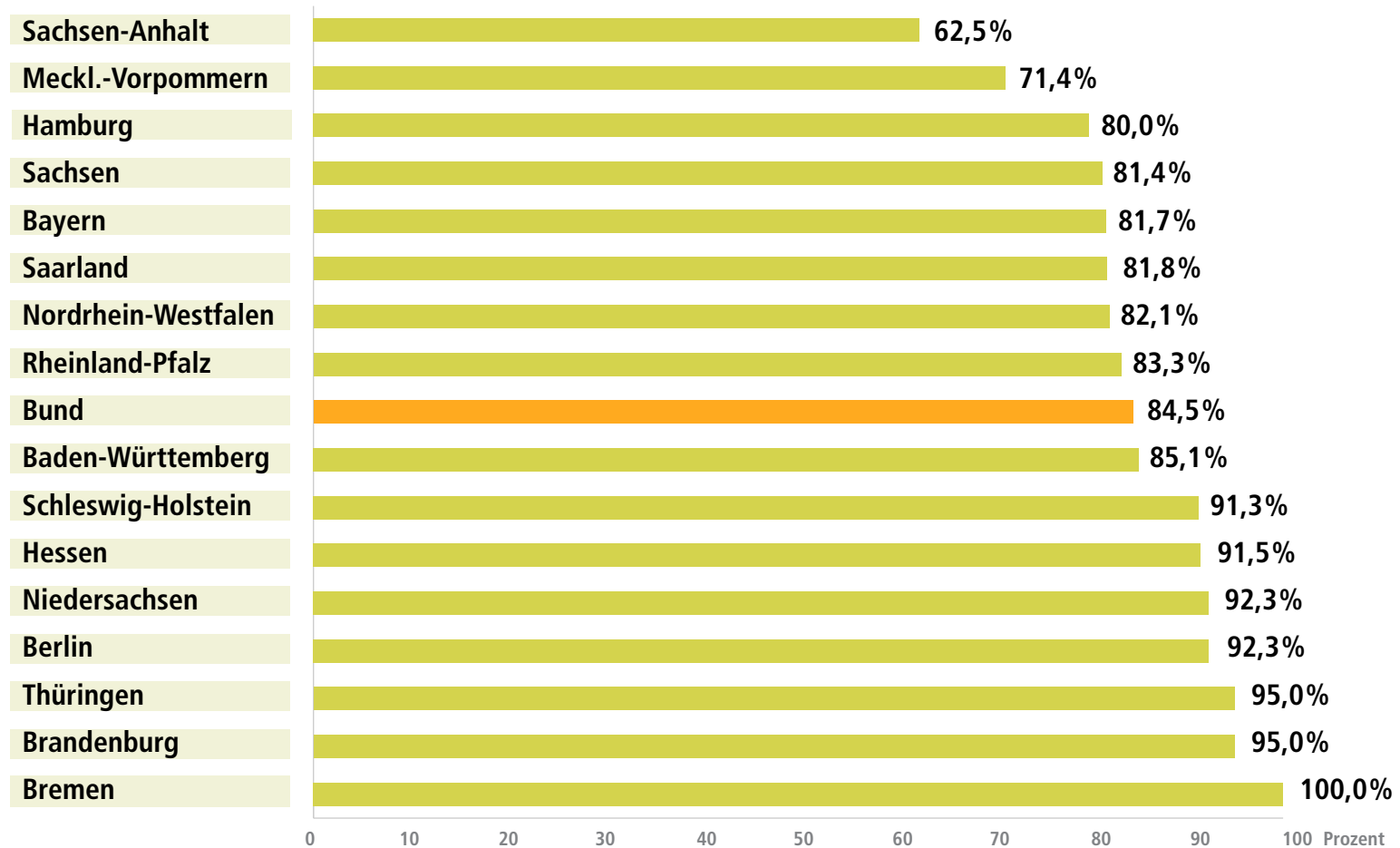


- Anzahl der Kliniken: 198
- Kliniken mit Indikator-Information: 66

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

## Brustkrebs-OPs: Regionale Unterschiede bei Diagnosesicherung

Anteil der Kliniken, die vor Brustkrebs-OPs eine histologische Diagnosesicherung bei mehr als 90% der Patienten gewährleisten.



Die Sicherung der Diagnose durch eine Stanz- oder Vakuumbiopsie sollte vor Brustkrebs-OPs laut Leitlinie bei mindestens 90% der betroffenen Frauen durchgeführt werden. Bei der Erreichung dieses Ziels durch die Kliniken zeigen sich große Unterschiede zwischen den Ländern.