

## Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2024

### **Statement von Christian Günster,**

Leiter der Abteilung Qualitäts- und Versorgungsforschung im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO)

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,  
die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat letzte Woche in einer Pressemitteilung von der Qualität als Totschlagargument gesprochen, mit dem der Gesundheitsminister die Öffentlichkeit über die Ziele seiner Krankenhausreform täuschen wolle. Das klingt danach, als wären die Qualitätsprobleme in den deutschen Krankenhausstrukturen nur scheinbar und nicht real. Dabei sind die Patientinnen und Patienten tagtäglich mit Qualitätsdefiziten in der Krankenhausversorgung in Deutschland konfrontiert. Diese Erkenntnis ist nicht neu und Maßnahmen zur Behebung dieses Missstands gab es viele. Bereits vor rund zehn Jahren legte eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Eckpunkte für ein Krankenhausstrukturgesetz vor, das Qualität zu einem zentralen Kriterium der Krankenhausplanung machen wollte. Demgegenüber hat sich die strukturelle Fehlversorgung als sehr beharrlich erwiesen und Unterschiede zwischen den Bundesländern und Regionen haben sich seitdem eher noch verschärft.

Lassen Sie mich klarstellen: In vielen Kliniken werden die Patientinnen und Patienten hervorragend behandelt. Engagiertes ärztliches und pflegerisches Personal arbeitet dort nach neuester medizinischer Evidenz in Kliniken, die über die notwendige Ausstattung verfügen. Daneben leisten wir uns in Deutschland aber auch Behandlungen in Kliniken, die für den Behandlungsanlass nur wenig Erfahrung haben oder denen die notwendigen Geräte fehlen. Das schadet den Patientinnen und Patienten und im Wettbewerb um die finanziellen Mittel den besser geeigneten, spezialisierten Kliniken.

Zwei besonders eklatante Beispiele für Fehlversorgung bei häufigen Behandlungsanlässen sollen nun vorgestellt werden: Die Behandlung des akuten Herzinfarkts und die Operationen an der Brust bei Mammakarzinom. Dazu haben wir uns den Versorgungsalltag auf der Grundlage von Daten angesehen, die die Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten selbst vorlegen. Die aktuellsten Berichte betreffen das Jahr 2022. Wir haben zusätzlich den Trend über fünf Jahre analysiert und die Ergebnisse nach Bundesländern gegenübergestellt.

### Beispiel Herzinfarkt-Behandlungen

Der Herzinfarkt ist mit bundesweit jährlich rund 200.000 Krankenhausfällen ein häufiger und gleichzeitig lebensbedrohlicher Behandlungsanlass. In 2022 verstarben knapp 19.000 Menschen wegen eines Herzinfarkts; der Infarkt stellt damit erneut eine der häufigsten Todesursachen dar (**Folie 2**). Bei einem Drittel der Infarkte handelt es sich um die besonders schweren sogenannten ST-Streckenhebungs-Infarkte (STEMI). Die Leitlinie der europäischen kardiologischen Gesellschaft empfiehlt beim STEMI den unverzüglichen Einsatz eines therapeutischen Herzkatheters. Mit dem Eingriff können Gefäßverschlüsse in den Herzkranzgefäßen wiedereröffnet werden. Bei weniger schweren Infarktformen kann der Eingriff auch später erfolgen. In der Notfallsituation ist die Unterscheidung aber im Regelfall nicht sicher möglich. Immer ist die Möglichkeit zur Linksherzkatheteruntersuchung empfohlen.

Im Jahr 2022 wurden in Deutschland in 1.228 Kliniken insgesamt rund 191.000 akute Herzinfarkt-Patienten behandelt (**Folie 3**). Kliniken, die sich auf die Nachsorge von Herzinfarktpatienten spezialisiert haben, wurden dabei ausgeschlossen. Die jährliche Fallzahl je Klinik lag zwischen einem und über 1.900 Fällen. In 368 Kliniken wurden im Jahresverlauf höchstens 24 Patienten je Klinik behandelt. Das entspricht im Mittel höchstens zwei Herzinfarktbehandlungen pro Monat. Demgegenüber gab es 324 Kliniken, die im Monatsmittel 20 oder mehr Patienten behandelten.

Eine Herzkatheteruntersuchung oder ein Herzkathetereingriff findet in einem Herzkatheterlabor statt. 82,5 Prozent aller Fälle wurden in Kliniken behandelt, die nach eigenen Angaben ein Herzkatheterlabor in 24/7-Bereitschaft betreiben (**Folie 4**). Bei weiteren 12,6 Prozent der Fälle ist aufgrund der Daten davon auszugehen, dass ein Katheterlabor vorhanden ist, das aber gegebenenfalls nicht rund um die Uhr betrieben wird. 4,9 Prozent der Fälle waren in einer Klinik ohne Herzkatheterlabor. Das betrifft rund 9.400 Herzinfarkt-Fälle (**Folie 5**). Der Anteil der Kliniken ohne Herzkatheter an allen Herzinfarktbehandlungen durchführenden Kliniken betrug 36,6 Prozent. Besonders ausgeprägt war dieses Problem in Kliniken mit höchstens 24 Fällen: Hier verfügten 80,4 Prozent der Kliniken nicht über die optimale Ausstattung für die Behandlung eines akuten Herzinfarkts.

Positiv hervorzuheben ist, dass der Anteil der Herzinfarktbehandlungen in Kliniken ohne Katheterlabor seit 2018 deutlich gesunken ist. War 2018 noch jeder elfte Herzinfarktpatient in einer ungeeigneten Klinik, war es 2022 nur noch jeder 22. Klare Vorgaben im Krankenhausplan zeigen Wirkung, wie die Freie und Hansestadt Hamburg belegt (**Folie 6**). Dort darf der Rettungsdienst bei akutem Herzinfarkt ausschließlich Kliniken mit einem rund um die Uhr einsatzbereiten Linksherzka-

thetermessplatz anfahren. Auch in einzelnen Flächenstaaten gelingt überwiegend die Zuweisung. Aber die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind gravierend. Seit Jahren bildet das Saarland das Schlusslicht in diesem Vergleich. In 2022 wurde immer noch jeder neunte Herzinfarktpatient in einer Klinik ohne Katheterlabor behandelt. Auffällig ist weiterhin, dass es in 80 Städten ein Nebeneinander von Herzinfarktversorgung in Kliniken mit und ohne Katheterlabor gibt.

Die Versorgung von Herzinfarktpatienten muss verbessert werden durch die Konzentration auf Kliniken mit der erforderlichen Ausstattung und Erfahrung. Diese Maßnahme ist möglich, wie die Verbesserung in den letzten Jahren und insbesondere die Best-Practice-Beispiele unter den Bundesländern zeigen.

### **Beispiel Brustkrebs-OPs**

Das zweite Beispiel aus dem Qualitätsmonitor bezieht sich auf Operationen bei Brustkrebs. 2022 wurden in Deutschland rund 71.000 Operationen bei Patientinnen mit Brustkrebs durchgeführt (**Folie 7**). Etwa eine von acht Frauen erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Die Sterblichkeit in den ersten fünf Jahren nach Diagnosestellung ist rückläufig, 2022 verstarben aber noch rund 19.000 Frauen an Brustkrebs.

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. Ein wichtiges Qualitätskriterium für eine optimale Brustkrebsbehandlung ist die Zertifizierung als Brustkrebszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft beziehungsweise durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe in Nordrhein-Westfalen. In einer groß angelegten Studie konnte für Deutschland nachgewiesen werden, dass durch die Behandlung in einem zertifizierten Zentrum die Sterblichkeit um rund 20 Prozent gesenkt werden kann. Die Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft empfiehlt eine Mindestzahl von 100. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat für Brustkrebsoperationen ab 2025 eine Mindestmenge in gleicher Höhe festgelegt.

In der Versorgungswirklichkeit zeigt sich, dass 44 Prozent der deutschen Kliniken 2022 weniger als 100 Brustkrebsoperationen durchgeführt haben, 18 Prozent sogar weniger als 25 Operationen. Insgesamt gab es 529 Kliniken, in denen solche Operationen erfolgten, mit einer maximalen Fallzahl von 1.090 Operationen pro Jahr (**Folie 8**). 40 Prozent dieser Kliniken waren nicht als Brustkrebszentrum zertifiziert, keine einzige der Kliniken, die die OP nur gelegentlich durchführen.

Insgesamt 12,7 Prozent aller Operationen (9.067 Fälle) fanden in nicht-zertifizierten Kliniken statt (**Folie 9**). Das ist jede achte Brust-OP bei Brustkrebs. Der Anteil der Patientinnen, die nicht in zertifizierten Krankenhäusern operiert wird, ist leicht rückläufig (**Folie 10**). Würde man den Trend der letzten fünf Jahre fortschreiben, würde es allerdings noch 20 Jahre dauern, bis jede Frau in einem zertifizierten Zentrum operiert würde.

Der Qualitätsmonitor zeigt auch hier wieder große Unterschiede unter den Bundesländern auf (**Folie 11**). Während in Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Schleswig-Holstein mehr als jede Fünfte Frau in einer nicht-zertifizierten Kliniken operiert wurde, fanden solche Operationen in Berlin, Bremen und Hamburg fast ausschließlich in Brustkrebszentren statt. Es ist zu begrüßen, wenn sich weitere Kliniken zertifizieren, bei geringen Fallzahlen ist das aber nicht möglich. Auch hier konnten wir feststellen, dass in 41 Städten Brustkrebsoperationen in nicht-zertifizierten Kliniken stattfanden, obwohl es am gleichen Ort ein Brustkrebszentrum gab.

Die Evidenzlage für die überlegene Versorgung bei Zertifizierung ist eindeutig. Frauen würden von der besseren Behandlung profitieren. Die Operation bei Brustkrebs ist kein Notfalleingriff. Daher ist eine Konzentration auch in ländlichen Bereichen zu erreichen.

Die beiden Beispiele für eine Notfallerkkrankung und für einen planbaren Eingriff zeigen, dass es in Deutschland trotz positiver Trends weiterhin Handlungsbedarf hinsichtlich einer besseren Leistungssteuerung im Sinne einer Leistungskonzentration in für die jeweilige Behandlung entsprechend ausgestatteten Kliniken gibt. Weitere Analysen zu anderen Behandlungen sind im Krankenhaus-Report und auf der Qualitätsmonitor-Website zu finden.

Kontakt und Information

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