22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und die Causa „WiZen“

Wenn die Versorgungsforschung bedeutsam wird

„Liebe Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforscher, endlich sind wir da, wofür wir gearbeitet haben.“ Mit diesen begeisterten Worten eröffnete Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Vorsitzender des Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF), den 22. DKVF, der Anfang Oktober in der Berliner Urania stattfand. Grund seiner Freude war der Fakt, dass – so Hoffmann weiter – der Innovationsausschuss für 17 Projekte aus der ersten und zweiten Förderwelle der neuen Versorgungsformen die Überführung in die Regelversorgung empfiehlt, aber vor allem, dass Ergebnisse der Versorgungsforschung – unter anderen die des Innovationsfondsprojekts „WiZen“, das die Überlegenheit der Initialtherapie bei der Primärbehandlung von an Krebs Erkrankten in zertifizierten Zentren aufzeigen konnte – eine Evidenzgrundlage der Empfehlungen der Regierungskommission für die Krankenhausreform bilden. Genau das ist aber auch das, was den DNVF-Vorsitzenden die auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung versammelte Forschungscommunity mahnen ließ. Da Versorgungsforschung nun systemrelevant sei, bringe das nicht nur eine wachsende Verantwortung mit sich, sondern habe auch ernsthafte Folgen: „Die Versorgungsforschung hat jetzt Kritiker:innen.“ Denn, so Hoffmann: „Unsere Ergebnisse, Empfehlungen und Prioritäten haben nun mit höherer Wahrscheinlichkeit Konsequenzen, sie betreffen Versorgerinnen, verschieben Gewichte, ändern Machtverhältnisse und Finanzflüsse.“

>> Auch Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach ging in seiner per Video eingespielten Grußbotschaft auf die Rolle der Versorgungsforschung und auch auf das „WiZen“-Projekt ein. Um die Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln, so der Gesundheitsminister, sei die Politik auf wissenschaftliche Orientierung angewiesen, wofür „gerade die Versorgungsforschung eine immense Leistung“ vollbringe. Insbesondere sei diese Fachrichtung dort gefragt, „wo wir in der Medizin noch nicht evidenzbasiert arbeiten können, weil wir Neuland betreten“.

Innovatives und in seinen Folgen unbekanntes Neuland betrat – voller gutem Willen mit mehr Evidenz zu einer besseren Versorgung beizutragen – auch das durch den Innovationsfonds mit 1,6 Millionen Euro geförderte Projekt „**Wi**rksamkeit der Versorgung in onkologischen **Zen**tren“ mit dem Förderkennzeichen 01VSF17020. Lauterbach zu dessen Kernaussage, dass die Erstbehandlung in einem zertifizierten – verglichen mit einem nichtzertifizierten – Krankenhaus mit einem längeren Gesamtüberleben von Patient:innen mit inzidenter Krebserkrankung assoziiert ist: „Wer an Krebs erkrankt ist und in einem zertifizierten onkologischen Zentrum behandelt wird, dessen Überlebenschancen steigen. Das ist ein großer Ansporn und für uns eine politisch sehr relevante Information.“ Seine Forderung, die er jedoch selbst erfüllen müsste, weil das einzig und alleine die Politik selbst kann: „Wir müssen die Qualitätsanforderungen für die spezielle Primärbehandlung bei Krebs flächendeckend auf ein Niveau heben, das mit zertifizierten Zentren vergleichbar ist.“

Genau hier tut sich vermintes Terrain auf, in das nun die Versorgungsforschung unvermutet hineingeraten ist – und damit ebenso nicht nur zwischen viele Fronten, sondern auch komplexe Kontexte und Agenden der in der Selbstverwaltung agierenden und den G-BA maßgeblich bestimmenden Bänke.

Dabei zeigte sich der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss in seinem Beschluss (1) überzeugt davon, dass vor dem Hintergrund der hohen Relevanz der erzielten Erkenntnisse zu Behandlungserfolgen in zertifizierten onkologischen Behandlungseinrichtungen und aufgrund des weiteren Forschungsbedarfs „eine gezielte Dissemination der Projektergebnisse“ sinnvoll sei. Das Projekt, so der Beschlusstext vom 17. Oktober 2022 weiter, habe erfolgreich die Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung von Krebspatient:innen untersucht und dabei „wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung in zertifizierten Behandlungseinrichtungen im Vergleich zur Versorgung in nichtzertifizierten Einrichtungen“ geliefert. Folglich seien die Projektergebnisse weitergeleitet worden mit der „Bitte um Prüfung einer möglichen Verwendung im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten“ an:

- den G-BA-Unterausschuss Qualitätssicherung sowie
- das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

Zudem werde der Unterausschuss Qualitätssicherung gebeten, die Ergebnisse für die „Möglichkeiten zur Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und für die Entwicklung von datengestützten Qualitätssicherungsverfahren“ einzubeziehen sowie auch deren „Berücksichtigung in der einrichtungsvergleichenden Berichterstattung des G-BA zur Unterstützung von Auswahlentscheidungen von Patienten nach § 136a Absatz 6 SGB V“ zu prüfen.“ So weit so gut.

Transfer? Noch Fehlanzeige

Doch bislang ist kein sichtbarer Fortschritt bei der Implementierung und beim Transfer feststellbar, wie Prof. Dr. Jochen Schmitt vom Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung der Medizinischen Fakultät an der TU Dresden, Leiter der Projektkonsortialführung und gemeinsam mit Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. und Leiterin des Zentrums für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg Hauptautoren der dazu gehörenden und bereits im „Deutschen Ärzteblatt“ erschienenen Originalarbeit, anlässlich eines auf dem DKVF von der Krebsgesellschaft verantworteten Symposiums zu Protokoll gab.

Drei der vier Vortragenden dieses Tracks mit dem passenden Titel samt dem so wichtigen Fragezeichen „Trägt der Innovationsfonds zur Verbesserung der Versorgung bei?“ berichteten von ihren Erfahrungen nach Projektende. So beleuchtete Ursula Marschall von der BARMER das Projekt „TRANSLATE-NAMSE“ und den nur eingeschränkt möglichen „Transfer in die Versorgung durch Selektivverträge“. Prof Dr. Martin Lambert vom Hamburger UKE stellte das Projekt „RECOVER“ in den Fokus seines Vortrags, das zwar gute Ergebnisse hätte zeitigen können, die positive Empfehlungaber dennoch ausgeblieben sei. Schmitt sprach über den trotz positiver Empfehlung bislang ausgebliebenen Transfer in die Regelversorgung des von ihm

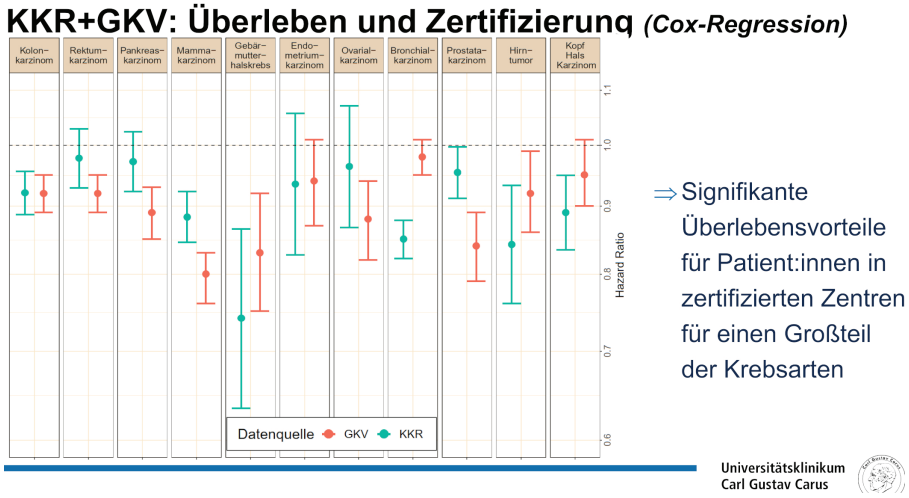


Abb. 1: Ein zentrales Ergebnis von „WiZen" zur Mammakarzinomversorgung. Quelle: „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen) – Erkenntnisse zur Ergebnisqualität und Erfolg des Datenlinkage", von Prof. Dr. J. Schmitt (1), Dr. O. Schoffer (1), Prof. Dr. M. Klinkhammer-Schalke (2, 3),C. Bobeth (1), Dr. M. Roessler (1), Dr. V. Bierbaum (1), Dr. M. Gerken (2), K. Kleihues van Tol (3), P. Dröge (4), C. Günster (4). 1 = ZEGV, 2 = TZR, 3 = ADT, 4 = WIdO.

maßgeblich mitinitiierten Projekts „WiZen".

Dabei kümmern sich Klinkhammer-Schalke, Schmitt und das hinter „WiZen" versammelte Forschungsteam aus eigenem Antrieb und aus der selbstgesetzten Verpflichtung und dem Eigenauftrag der Versorgungsforschung heraus, mit ihrer Arbeit die Versorgung wirklich verbessern zu wollen, um den wichtigen Schritt, den „WiZen"-Ergebnissen weiterführende Taten folgen zu lassen. Bisher vergebens.

Der G-BA-Unterausschuss Qualitätssicherung, der vom Innovationsausschuss um eine „gezielte Dissemination" – also Aussaat – gebeten wurde, reagierte bislang nicht. Anscheinend, weil dieser nach Ansicht von Insidern die Meinung vertritt, warum er sich die Arbeit machen solle, Mindestvoraussetzungen für Strukturprozess und Ergebnisqualität festzulegen, wenn das das Bundesgesundheitsministerium im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform sowieso tue.

Das macht das BMG aber momentan auch nicht. Hier kommt der nächste Komplex, in dem sich die Versorgungsforschung derzeit bewegt: die Bundeskrankenhausreform, in die natürlicherweise die Ergebnisse der „WiZen"-Studie einfließen müssten – bewusst im Konjunktiv formuliert.

Das liegt wiederum daran, dass sich Bund und Länder von Januar bis Juli 2023 im Rahmen einer „Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform" gemeinsam mit den Ländern und Koalitionsfraktionen beraten und ein umfassendes Eckpunktepapier entwickelt haben. Darin haben sich nun Bund und Länder darauf geeinigt, als Ausgangspunkt für die Definition der Leistungsgruppen 60 somatische Leistungsgruppen nach dem Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2022 sowie fünf zusätzliche Leistungsgruppen zu nehmen, die aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vorgeschlagen wurden. In diesen jedoch gibt es bislang keine Leistungsgruppe Onkologie und schon gar keine interdisziplinäre, die es bräuchte, um die onkologische Versorgung nachhaltig zu verbessern.

„Welche Konsequenzen werden die Bundesregierung sowie – nach Kenntnis der Bundesregierung – der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gegebenenfalls aus den im Projekt „WiZen – Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren" gewonnenen Erkenntnissen ziehen, und wie sollen diese konkret umgesetzt werden? Mit dieser Frage wandte sich im Juli dieses Jahres der CDU/CSU-Bundestagsabgeordnete Sepp Müller an den Deutschen Bundestag (2). Aus der schriftlichen Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Dr. Edgar Franke geht hervor, dass die „künftige Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen unter Beteiligung insbesondere der AWMF" erfolgen soll. Zudem sollen zu den Leistungsgruppen auf Grundlage medizinischer Evidenz „Mindeststrukturvoraussetzungen für eine qualitätsorientierte Leistungserbringung" festgelegt werden. Dazu habe, so Franke in seiner Antwort weiter, die AWMF eine Ad-hoc-Kommission „Versorgungsstrukturen" eingerichtet, in die u. a. die Deutsche Krebsgesellschaft als Trägerin des Zertifizierungssystems „OnkoZert" für onkologische Einrichtungen eingebunden sei. Auch könnten für Anforderungen an onkologische Leistungsgruppen „insoweit Vorschläge für nachvollziehbare und leitliniengerechte Kriterien eingebracht" werden, die auch die Ergebnisse des Projekts „WiZen" berücksichtigten.

Das zumindest stimmt hoffnungsvoll, auch wenn damit viel mehr Zeit ins Land gehen wird, als sich die Versorgungsforschung im Sinne des Patientenwohls wünscht. Schmitt, von den bisherigen Transfererfolgen des G-BA und der Politik noch enttäuscht: „Obwohl alle das Projekt loben, bekommen wir eine Implementierung bisher nicht umgesetzt, doch bringt das Schulterklopfen nicht viel – am wenigsten den Patient:innen." Dabei könnte der G-BA – erneut ein Konjunktiv – am Beispiel „WiZen" eindrücklich seine Handlungsfähigkeit unter Beweis stellen.

Grund für den Transfer in die Regelversorgung: verlorene Lebensjahre

Vor allem hilft der bislang nicht stattgefundene Transfer in die Regelversorgung nicht den in nichtzertifizierten Zentren behandelten und viel zu früh versterbenden Patient:innen. Unter anderem, um die statistischen Überlebenszahlen der nicht immer jedem eingängigen Hazard Ratios verständlicher zu machen, hat die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, in der wiederum Schmitt mitarbeitet, eine Potenzialanalyse erstellt. Mit der 5. Stellungnahme mit dem Titel „Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung – Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen" (3) wollte die Regierungskommission (RK) zur Versachlichung der Diskussion beitragen. Der Anlass: Die Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte bereits die im Rahmen der 3. Stellungnahme der RK, die eine Konzentration der Versorgung auf Kliniken mit hoher Strukturqualität empfahl, argumentiert, dass dies dazu beitragen könnte, dass Krankenhäuser geschlossen würden und ebenso, dass Qualität gleich Erreichbarkeit sei, was nun laut Schmitt gewiss keine haltbare Aussage ist.

Die Potenzialanalyse ist als 5. Stellungnahme der RK mit aktuellen Behandlungszahlen aus 2021 neu gerechnet worden. Zudem ist die Methodik zur Abschätzung eines bundesweiten, absoluten Effekts des Patientenbenefits durch die Zentralisierung aus den in der „WiZen"-Studie ermittelten relativen Effektmaßen (Hazard Ratios) als Originalarbeit im zum DKVF erstmals aufgelegten und in die Zeitschrift „Gesundheitswesen" integrierten DNVF-Journal „Health Care Research

& Implementation“ (4) publiziert worden.

Auch die Ergebnisse der Potenzialanalyse der Regierungskommission haben es in sich.

Hier wurde für Krebs, Schlaganfall und Endoprothetik das deutschlandweite Potenzial zur Vermeidung verlorener Lebensjahre (Life Years lost, YLL) bzw. verhinderbarer Todesfälle bei Stroke und Endoprothetik berechnet.

Bei Krebs konnte wiederum auf das „WiZen“-Projekt rekurriert und gezeigt werden, wie hoch das jährliche Potenzial der Konzentration der Erstbehandlung von Krebs auf DKG-zertifizierte Krankenhäuser (in geretteten Lebensjahren) wirklich ist. Das deutschlandweite Potenzial der Konzentration der Erstbehandlung auf DKG-zertifizierte Krankenhäuser ergibt sich dabei aus dem Produkt des Qualitätspotenzials je Patient:in und der Anzahl der im Status quo in nichtzertifizierten Krankenhäusern erstbehandelten Patient:innen.

Dabei zeigen sich für jede der 11 untersuchten Krebsentitäten – von Endometrium- über Mamma- bis zum Zervixkarzinom – relevante Qualitätspotenziale. Pro Jahr könnten für die einzelnen Krebsarten zwischen 665 (Zervixkarzinom) und 4.873 (Kolonkarzinom) Lebensjahre durch die Konzentration der Erstbehandlung ausschließlich auf zertifizierte Kliniken gerettet werden. Bezüglich des Mammakarzinoms zeigt sich ein besonders hohes Potenzial, da hier nach Aussagen der 5. Stellungnahme die Fallzahlen und der Vorteil einer Behandlung in einem zertifizierten Zentrum besonders hoch sind. Insgesamt beträgt das Qualitätspotenzial für alle Entitäten für die Erstbehandlung von Krebsdiagnosen pro Jahr 20.404 Lebensjahre.

Nach den aktuelleren Hochrechnungen auf der Basis der Zahlen von 2021 summiert sich laut Schmitt über alle elf Krebsarten hinweg das Potenzial immerhin noch auf über 20.000 vermeidbare verlorene Lebensjahre –wohlgemerkt jährlich! Der Rückgang könnte nun einerseits darauf zurückzuführen sein, dass sich in der Zwischenzeit mehr Kliniken als noch 2017 zertifizieren haben lassen oder dass sich andererseits Patient:innen von sich aus in zertifizierten Häusern operieren lassen. Wie auch immer, sagen Klinkhammer-Schalke und Schmitt unisono: „Auch die 20.000 verlorenen Lebensjahre sind noch zu viel.“

Die Schätzung der verlorenen Lebensjahre sollten ebenso wie das geschätzte Potenzial zur Vermeidung von Todesfällen fünf Jahre nach der Diagnose (4.729 Fälle pro Jahr) einer Fehlinterpretation der in der Überlebensanalyse üblicherweise verwendeten Hazard Ratios vorbeugen. Die Darstellung, so steht

GKV: Survivalanalysen *(Beispiel Mammakarzinom)*

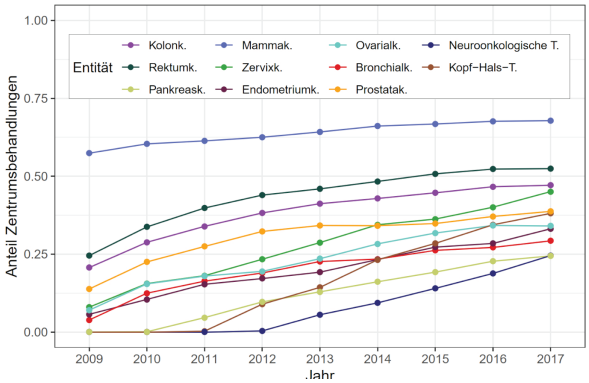
– Ist es relevant, wie lange ein Zertifikat gehalten wurde?

Confounder	HR	CI
Zertifikat: <1 Jahr (Ref: kein Zertifikat)	0.83	(0.76;0.90)
Zertifikat: 1-<2 Jahre (Ref: kein Zertifikat)	0.79	(0.73;0.85)
Zertifikat: 2-<5 Jahre (Ref: kein Zertifikat)	0.80	(0.76;0.84)
Zertifikat: 5+ Jahre (Ref: kein Zertifikat)	0.77	(0.73;0.81)

Confounder	HR	CI
Zertifikat (ref: nein)		
ja	0.80***	(0.76,0.83)
Alter (ref: 18-59)		
60-79	1.79***	(1.72,1.86)
80+	4.42***	(4.24,4.61)
Geschlecht (ref: W)		
M	1.39***	(1.27,1.52)
Betten (ref: 1-299)		
300-499	0.98	(0.93,1.03)
500-999	0.95	(0.90,1.01)
1000+	0.89**	(0.81,0.97)

+ weitere Confounder Fernmetastasen, onkologische Zweiterkrankung und ausgewählte Elixhauser-Gruppen (separat), Krankenhauseigenschaften („Lehrkrankenhaus

Anteil Zentrumsbehandlungen, GKV-Daten



⇒ Zertifizierung nimmt im Zeitverlauf zu

⇒ Anteil der Behandlungen in zertifizierten Zentren variiert zwischen Entitäten

Abb. 2: Weitere Ergebnisse von „WiZen“ zur Mammakarzinomversorgung zum Effekt der Zeitdauer einer Zertifizierung und zur Anzahl der zertifizierten Häuser nach Krebsentität. Quelle: „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen)“.

es in der Originalarbeit, könnte dazu beitragen, eine „Ergebnisdarstellung für wichtige Akteure im Gesundheitswesen ohne spezielles Hintergrundwissen in Statistik zu erreichen“.

Um auch das immer gern bemühte Narrativ der dann gefährdeten wohnortnahen Versorgung zu entkräften, hat die Kommission gleich auch noch die Auswirkungen beispielshaft für das Kolon-, Mamma- und Prostatakarzinom und für Hirntumore analysiert. Demnach erreicht über die Hälfte der Bevölkerung ein zertifiziertes Darm- oder Brustkrebszentrum vom eigenen Wohnort in deutlich unter 20 Minuten. Bei Prostata- und Hirntumoren liegt die mediane Erreichbarkeit für die bundesdeutsche Bevölkerung bei etwas über 20 bzw. 30 Minuten. Anfahrtszeiten zu einem zertifizierten Krebszentrum von über 40 Minuten bestehen für etwa 11% der Bevölkerung beim Darm- und Brustkrebs, für 20% beim Prostatakrebs und rund 40% bei Hirntumoren.

Die Interpretation der Regierungskommission bezüglich der Konzentration der Krebsversorgung auf zertifizierte Kliniken: „Die Potenzialanalyse zeigt ein hohes Potenzial der Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Konzentration der Erstbehandlung von Patient:innen mit einer Krebserkrankung in zertifizierten Zentren bei unverändert flächendeckender Versorgung und guter Erreichbarkeit für die Bevölkerung.“ Die Erstbehandlung einer Krebserkrankung stelle zudem keinen Notfall dar, bei dem die Fahrzeit eine medizinische Relevanz hätte. Und weiter: „Die Strukturvoraussetzungen für Leistungsgruppen, die für die Erstbehandlung von Menschen mit Krebs zugelassen werden, sollten sich möglichst eng an den Zertifizierungskriterien der DKG orientieren. Dazu gehören Anforderungen, die die notwendige interdisziplinäre und -professionelle Kooperation sowie die Expertise der Behandlungspartner sicherstellen.“

Wichtig sei zudem, dass die vorliegende Auswirkungsanalyse wie auch die „WiZen“-Studie die Erstbehandlung im Zentrum und damit in der Regel die operative Versorgung der untersuchten Krebsarten adressiert hat. Die Weiterbehandlung könne im Anschluss in Abstimmung mit der erstbehandelnden Klinik wohnortnah durch kooperierende Krankenhäuser und/oder ambulante Leistungserbringer erfolgen – eine Vernet-

zung der regionalen Leistungserbringer sei hier zu fördern.

Warum dann der Zeitverzug von über einem Jahr? Es ist mit der höchst möglichen Evidenz belegt, dass die – so die Regierungskommission in ihrer 5. Stellungnahme – „Spezialisierung und Konzentration der Gesundheitsversorgung durch evidenzbasierte Mindestvoraussetzungen der Strukturqualität für die Bevölkerung erhebliche Potenziale zur Verbesserung der Ergebnisse und Qualität bieten, ohne zu nennenswerten Einschränkungen der Erreichbarkeit zu führen".

Deshalb ist es um so enttäuschender, dass bisher keine konkreten Schritte unternommen wurden, um verlorene Lebensjahre zu retten, aber auch um unnötigen Schmerz und Leid für Betroffene wie Angehörende zu mindern. Anders kann man den gefühlten Stillstand des dringend gebotenen Transfers der „WiZen"-Ergebnisse in die Regelversorgung nach Projektende vor gut einem Jahr nicht verstehen.

Eine Suche nach dem Warum

Man kann indes versuchen, die Hintergründe zu beleuchten und dabei die hier agierenden Bänke mit ihren eigenen jeweiligen Agenden zu benennen. Einen tiefen Einblick in die hier im Hintergrund lauernde Gemengelage lieferte ein spannendes AOK-Symposium im April diesen Jahres, auf dem die „WiZen"-Ergebnisse einer breiten Öffentlichkeit per Stream (5) präsentiert wurden. Nach einleitenden Vorträgen zu den Ergebnisse der Studie diskutierten unter der Moderation von Klinkhammer-Schalke (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V und Vertreterin der „WiZen"-Forschungsgruppe) Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbands, Prof. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA, Dr. Gerald Gaß, Hauptgeschäftsführer der DKG e. V., Markus Algermissen, Leiter der Unterabteilung Medizin- und Berufsrecht im BMG, und als Patientenvertreterin Hedy Kerek-Bodden, Vorstandsvorsitzende Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V. in Bonn.

Die Patientenvertreterin wird ob der hier vorgebrachten Argumente, warum eine sinnvolle, weil bessere Krebsversorgung in zertifizierten Zentren nicht so einfach umzusetzen ist, ihren Ohren nicht getraut haben.

Theoretisch habe, so Hecken, der G-BA natürlich die Möglichkeit, im § 136 SGB V bestimmte Strukturanforderungen zu definieren, wie das etwa nötige Mindestmengen zur Behandlung onkologischer Erkrankungen wären. Ebenso könnte der Bundesausschuss eine Zertifizierung, wie sie die Regierungskommission fordert, als Voraussetzung in einer Richtlinie definieren. Hecken: „Das können wir sehr schnell machen, jedoch mit der Folge, dass die Länder in ihrer Krankenhausplanung gehemmt wären."

Mindestmengen haben laut Hecken zudem eine weitere Auswirkung – und zwar auf die Anzahl der operieren dürfenden Kliniken. Von den derzeit 564 Krankenhäusern, die Frauen (selten auch Männer) mit Mammakarzinomen operieren, führen nach den von Hecken vorgelegten Zahlen 220 weniger als 10 Operationen durch. Und das nicht mal pro Jahr, weil die Mindestmengen vom G-BA über zwei Jahre gestreckt worden seien. Dafür würde die Mindestmenge dann auch schrittweise über 50 auf 100 angehoben – das aber auch erst ab dem Jahr 2024 bzw. 2025.

Bei einer Mindestmenge von 100 würden hierzulande statt bisher 732 dann nur noch 355 Häuser Mammakarzinome operieren dürfen. Damit würden sich diese OPs bei den verbliebenen Häusern allokieren, die diese dann – weil eben viel häufiger – mit einer besseren Ausstattung und höheren Erfahrung des Behandlungsteams und mehr Routine in den Prozessen erfolgreicher durchführen können.

Wenn es durch die Veränderung der Mindestmenge bei diesen 355 Kliniken bliebe, würde sich auch die Wegstrecke verlängern, was im Spannungsfeld zwischen wohnortnaher und spezialisierter Versorgung naturgemäß so sei. Laut den Ausführungen des G-BA-Vorsitzenden stiege dann im Durchschnitt die Wegezeit in der Mammakarzinomversorgung von derzeit 15 auf 18 Minuten. Hecken: „Wenn ich, was bei Männern ja recht selten vorkommt, ein Mammakarzinom hätte, würde ich die 18 Minuten Fahrstrecke gerne in Kauf nehmen." Wohlgemerkt: im Schnitt. Ihm sei natürlich bewusst, dass die Wegezeit im ländlichen Raum etwas anders aussehe, aber auch nicht länger als 35 bis 40 Minuten betragen werde.

Dabei sperrt sich, wie DKG-Geschäftsführer Gaß in der Diskussion betonte, die Krankenhausgesellschaft gar nicht gegen Mindestmengen. So habe die DKG den Vorschlag gemacht, die Mindestmenge auf 50 statt auf 100 anzuheben, was auch schon eine deutliche Erhöhung (zu derzeit 10) gewesen wäre. Da aber Mindestmengen ein Steuerungsinstrument sind, weil alle jene Krankenhäuser, die unter dem festgelegten OP-Level bleiben, diese Operationen dann gar nicht mehr anbieten dürfen, kommt das einem Eingriff in den von Krankenhäusern ausgeübten Gewerbebetrieb gleich.

Gaß hatte auch gleich Zahlen dazu: Die Anhebung der Mindestmenge auf 50 würden eine deutliche Reduktion der Häuser bedeuten, die heute Mammakarzinome operieren dürfen: auf nur mehr 428, also knapp die Hälfte. Hier zeigt sich das „Spannungsfeld zwischen, wie Gaß es „ganz bewusst provokativ formulierte, „optimaler Behandlung des einzelnen Patienten und der Frage einer wohnortnahen Versorgung". Dabei ist die schiere Größe oder auch Fallzahl eines Krankenhauses zwar assoziiert korreliert, doch sei viel wichtiger die von diesem abgelieferte Behandlungsqualität, wofür auch die Zertifizierung steht, wie Gaß betonte. Die durch die Deutsche Krebsgesellschaft durchgeführte Zertifizierung, der sich viele Krankenhäuser bisher freiwillig unterzögen (Anm.: je nach Krebsentität sind das 25 bis 60% – Abb. 2) definiere einen idealen Behandlungsprozess, sodass zertifizierte Häuser auch mit einer Mindestmenge unter 100 „gute Behandlungsergebnisse im Sinne dieser Studie erbringen" können. Gaß' Anregung an die Versorgungsforschung: „Dieser Fakt müsste noch weiter ausgewertet werden."

Bislang gibt die „WiZen"-Studie dazu einen wichtigen und zusätzlichen Hinweis darauf, dass sich der Überlebenseffekt verstärkt, wenn ein Krankenhaus eine längere Zeit zertifiziert ist. So ändert sich beim Mammakarzinom der Überlebensvorteil je nachdem, wie lange ein Haus zertifiziert ist: von 17%, wenn ein Haus seit weniger als einem Jahr eine Zertifizierung durchlaufen hat, steigend auf stattliche 23% bei einem mehr als 5 Jahre gehaltenen Zertifikat (Abb. 2).

Stellt sich angesichts dieser Zahlen wirklich noch die Frage, wo sich an Brustkrebs erkrankte Frauen oder generell an Krebs Erkrankte erstbehandeln lassen sollen? <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur
1: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/267/2022-10-17_WiZen.pdf
2: https://dserver.bundestag.de/btd/20/079/2007945.pdf
3: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/5_Stellungnahme_Potenzialanalyse_bf_Version_1.1.pdf
4: https://dnvf.de/ver%C3%B6ffentlichungen/dnvf-journal.html
5: https://t1p.de/nex8a

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wenn die Versorgungsforschung bedeutsam wird", in „Monitor Versorgungsfor-schung" (06/23), S. 12–15. http://doi.org/10.24945/MVF.06.23.1866-0533.2552