



Klinikqualität: Prostatakrebs-Op unter der Lupe

Die aktuelle Auswertung des AOK-Verfahrens zur Qualitätssicherung mit Routinedaten zeigt: Bei Operationen zur Entfernung der Prostata liegen die Komplikationsraten zwischen 6 und 23 Prozent.

Von Frank Brunner

Die neuen QSR-Ergebnisse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) zeigen, wie stark die Behandlungsqualität in der Urologie schwankt – und wie viele Komplikationen durch gezielte Steuerung vermeidbar wären. Das WiDO hat im Herbst 2025 neue Ergebnisse seines Programms „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) veröffentlicht. Besonders bei der radikalen Prostatektomie, also der vollständigen Entfernung der Prostata bei Krebs, offenbaren sich große Unterschiede in der Versorgungsqualität. Die Analyse beruht auf rund 17.600 Operationen von AOK-Versicherten aus den Jahren 2021 bis 2023 in 189 Kliniken. Ein Jahr lang wurden Patienten nachverfolgt, um auch spätere Komplikationen zu erfassen. Die Spannweite der Ergebnisse ist deutlich: In den 20 Prozent der Kliniken mit überdurchschnittlicher Qualität lag die Komplikationsrate bei 6,4 Prozent, in den schwächsten Häusern bei 23 Prozent. Bewertet wurden unter anderem Bluttransfusi-

onen innerhalb von 30 Tagen nach der Operation als Hinweis auf stärkere Nachblutungen (2,9 Prozent der Fälle), ungeplante Folgeoperationen innerhalb eines Jahres (6,8 Prozent) sowie sonstige schwere Komplikationen wie Sepsis oder Nierenversagen (5,6 Prozent). Bei der radikalen Prostatektomie handelt es sich um einen der häufigsten onkologischen Eingriffe bei Männern. Rund 34.700 solcher Operationen wurden allein im Jahr 2024 bundesweit durchgeführt. Der Eingriff gilt als Standardtherapie, wenn der Tumor auf die Prostata begrenzt ist. Trotz technischer Fortschritte – etwa bei roboterassistierten Verfahren – bleibt die Operation mit Risiken verbunden. Nachblutungen, Infektionen und Komplikationen an den Harnwegen zählen zu den häufigsten Problemen. Umso wichtiger ist es, dass Krankenhäuser ihre Ergebnisse kontinuierlich überprüfen und offenlegen. Eine WiDO-Modellrechnung zeigt zudem: Wenn alle rund 3.200 Eingriffe, die in Kliniken mit unterdurchschnittli-

© horizon21 / stockadobe.com

cher Qualität durchgeführt wurden, in überdurchschnittlich abschneidenden Häusern erfolgt wären, hätten rund 480 Komplikationsfälle vermieden werden können. „Diese Berechnung zeigt, wie viel Leid und Folgekosten sich durch eine gezielte Steuerung der Patienten in die besten Kliniken vermeiden ließen“, sagte AOK-Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann. „Gerade bei planbaren Eingriffen wie der Prostatektomie können sich Patienten im Vorfeld informieren, welche Häuser die besten Ergebnisse erzielen.“ Für Patienten werden die Resultate im AOK-Gesundheitsnavigator veröffentlicht. Kliniken erhalten je nach Ergebnis ein bis drei grüne „Lebensbäume“. Drei Lebensbäume

Fallzahlstärkste Kliniken mit überdurchschnittlicher QSR-Bewertung

Krankenhaus	Anzahl der Fälle (AOK-Versicherte 2021–2023)
St. Antonius-Hospital Gronau	666
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	648
Universitätsklinikum Leipzig	438
Campus Großhadern, München	251
Universitätsmedizin Göttingen	249
Klinikum Fürth	232
Sana Kliniken Leipziger Land Klinikum Borna	232
Marien Hospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum	229
Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin	212
Universitätsklinikum Mannheim	210
Universitätsklinikum Ulm	190
Vinzenzkrankenhaus Hannover	174
Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz	171
Siloah St. Trudpert Klinikum, Pforzheim	156
Städtisches Klinikum Karlsruhe	148
SLK-Kliniken Heilbronn - Klinikum am Gesundbrunnen	144
Diakonie Klinikum Jung-Stilling, Siegen	126
Klinikum Dortmund Nord	120
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen	118
Charité - Universitätsmedizin Berlin	115

Die 20 fallzahlstärksten Klinikstandorte mit einer überdurchschnittlichen QSR-Bewertung. Die Ergebnisse aller an der Versorgung beteiligten Kliniken finden sich unter www.aok.de/gesundheitsnavigator

stehen für überdurchschnittliche, einer für unterdurchschnittliche Qualität. Grundlage sind anonymisierte Abrechnungsdaten, die Alter, Begleiterkrankungen und andere Risikofaktoren berücksichtigen, um faire Vergleiche zu ermöglichen. „Derart valide Informationen zur Behandlungsqualität bietet aktuell weder der Bundes-Klinik-Atlas, geschweige denn das Deutsche Krankenhausverzeichnis“, so Reimann. Der AOK-Bundesverband will das Verfahren künftig weiter ausbauen, um auch weitere chirurgische und internistische Behandlungsfelder einzubeziehen. Die QSR-Methode nutzt die Abrechnungsdaten der Krankenkassen, um Behandlungsverläufe über den stationären Aufenthalt hinaus zu beobachten. Damit wird sichtbar, ob Patienten auch Wochen oder Monate nach einer Operation erneut behandelt werden müssen – ein Aspekt, der in klassischen Qualitätsberichten fehlt. Das Verfahren wurde in enger Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten entwickelt und ist inzwischen ein zentraler Bestandteil des deutschen Qualitätsdiskurses im Gesundheitswesen. Aussagen zu funktionellen Ergebnissen wie Kontinenz oder Potenz lassen sich allerdings mangels verlässlicher Daten nicht treffen. Ein weiteres Qualitätsmerkmal, das im Gesundheitsnavigator der AOK angezeigt wird, ist die Zertifizierung als Prostatakrebszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG). Frühere Studien wie „WiZen“ zeigen, dass Patienten in DKG-zertifizierten Zentren bessere Überlebenschancen haben. Neben der Prostatektomie wurden QSR-Daten zu zwölf weiteren Eingriffen freigeschaltet, darunter Hüft- und Knieendoprothetik, Gallenblasen- und Leistenbruchoperationen, Herzkatheter- und Aortenklappen-Implantationen.



DIE PRAXIS-SERIE

Lesen Sie am 20. November:

Die Mindestmengen-Transparenzkarte der AOK ermöglicht einen bundesweiten Überblick über alle Kliniken, die mindestmengen-relevante Operationen mit besonders hohen Risiken für Patienten durchführen dürfen. Wir berichten über aktuelle Veränderungen im Vergleich zu den Vorjahren.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.



Roboterassistierte Chirurgie senkt Komplikationsraten

Die aktuelle QSR-Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zeigt: Bei der radikalen Prostatektomie werden Patienten heute deutlich komplikationsärmer behandelt als in den vergangenen Jahren. PD Dr. Christian Gilfrich erläutert, wie technischer Fortschritt zu besseren Ergebnissen beiträgt – und wo die Grenzen der Datenerhebung liegen.

Das Interview führte Frank Brunner

Herr Dr. Gilfrich, wie beurteilen Sie die aktuelle QSR-Auswertung zur radikalen Prostatektomie im Vergleich zu früheren Jahren?

Dr. Gilfrich: Insgesamt zeigen die aktuellen Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK eine erfreuliche Entwicklung. Die Komplikationsraten nach radikaler Prostatektomie sind in den vergangenen Jahren weiter gesunken – insbesondere bei Bluttransfusionen und Re-Operationen. Das hängt vor allem damit zusammen, dass der Anteil roboterassistierter Eingriffe stetig zunimmt. Diese minimal-invasive Technik führt zu weniger Blutverlust, kleineren Schnitten und insgesamt schonenderen Verläufen.

Welche Vorteile bringen roboterassistierte Eingriffe im Vergleich zu offenen oder rein laparoskopischen Operationen?

Der Roboter ist technisch gesehen eine Weiterentwicklung der Laparoskopie.

Während der Operateur bei der klassischen „Schlüssellochchirurgie“ durch starre Instrumente und eingeschränkte Beweglichkeit limitiert ist, kann er mit dem Da-Vinci-System wesentlich präziser arbeiten. Das System bietet eine dreidimensionale, vergrößerte Sicht und Instrumente, die sich wie eine menschliche Hand bewegen lassen – nur feiner und ruhiger. Dadurch lassen sich empfindliche Strukturen wie die Nerven für die Potenz und die Schließmuskelfunktion besser schonen.

Wie muss man sich Ihren Arbeitsplatz am Roboter vorstellen?

Ich sitze an einer Konsole, schaue in ein 3-D-Bildfeld und bediene die Instrumente über zwei handgeführte Steuerungen, die eher wie Pinzetten als wie Joysticks funktionieren. Im Gegensatz zur Laparoskopie arbeite ich dort, wo ich hinschaue – das Gehirn muss also keine Bild-Hand-Koordination über eine Entfernung leisten.

Zudem bewegt der Operateur die Kamera selbst, das Bild ist dadurch ruhiger und präziser.

Welche Rolle spielen Erfahrung und Routine für das Operationsergebnis?

Weiterhin eine sehr große Rolle. Auch mit roboterassistierter Technik können Komplikationen auftreten, wenn die Erfahrung fehlt. Die Technik unterstützt den Operateur, ersetzt aber nicht operatives Können.

Musste sich Ihre Klinik für die Roboterchirurgie organisatorisch umstellen?

Nicht wesentlich. Der Ablauf ist der einer normalen Operation. Durch die geringere Belastung der Patienten können sie jedoch meist früher entlassen werden – das verkürzt die Liegezeit und verbessert die Bettenauslastung. Auch der Bedarf an Intensivkapazität ist geringer geworden.

© Jim Varney / Science Photo Library

© Johannes Lehnert



PD Dr. Christian Gilfrich ist Chefarzt der Klinik für Urologie am Klinikum St. Elisabeth Straubing und Mitglied im QSR-Expertenpanel Urologie.

Warum setzen trotz dieser Vorteile nicht alle Kliniken auf roboterassistierte Chirurgie?

Der Hauptgrund sind die Kosten. Das Da-Vinci-System kostet rund 1,2 Millionen Euro in der Anschaffung, die Wartung etwa 200.000 Euro pro Jahr. Zudem dürfen die Instrumente nur zehn- bis fünfzehnmal verwendet werden. Dennoch hat sich das System weitgehend durchgesetzt, weil die klinischen Vorteile – geringere Komplikationen, schnellere Rekonvaleszenz – überzeugen.

Wie lange arbeiten Sie mit dem System?

Ich habe bereits 2004 an der Universität Heidelberg mit dem Da-Vinci-System operiert und war damit einer der ersten in Deutschland.

Die aktuelle QSR-Auswertung zeigt eine Komplikationsspanne zwischen 6 und 23 Prozent. Wie können solche Qualitätsunterschiede zustande kommen?

QSR misst Komplikationen wie Transfusionen oder Re-Operationen, die sehr verlässlich dokumentiert sind, auch wenn sie in anderen Krankenhäusern auftreten, weil die Daten ein Jahr lang nachverfolgt werden. Die Erfahrung des Operateurs und der Einsatz von minimalinvasiver Technik, wie dem Da-Vinci-System, können beispielsweise Blutungskomplikationen erheblich reduzieren.

Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, QSR-Daten in Zertifizierungsverfahren einzubeziehen?

Ja, das wäre ein sinnvoller Schritt. Die Daten sind objektiv und umfassend erhoben. Würden sie mit onkologischen oder funktionellen Ergebnissen aus Krebsregistern kombiniert, ließe sich die Versorgungsqualität noch besser bewerten.

Nutzen Sie die QSR-Ergebnisse in Ihrer Klinik als internes Benchmarking?

Unbedingt. Wir schauen uns den jährlichen AOK-Bericht genau an: Wie liegen wir bei Transfusions- oder Re-Operationsraten im Vergleich zu anderen Kliniken? Wo können wir besser werden? Diese Daten helfen uns, mögliche Schwachstellen zu erkennen – sei es in der Auswahl der Patienten, der OP-Vorbereitung oder der Supervision von Ausbildungseingriffen.

Welche Weiterentwicklungen erwarten Sie für die nächste QSR-Runde?

Im Expertenpanel versuchen wir, neue Entwicklungen zeitnah zu berücksichtigen – etwa neue Techniken oder Kodierungen. Wünschenswert wäre, funktionelle und onkologische Ergebnisse künftig stärker in die QSR-Auswertung einzubeziehen. So ließe sich Qualität noch umfassender abbilden.

Vielen Dank für das Gespräch.

So misst QSR Versorgung

Das QSR-Verfahren bewertet die Ergebnisqualität stationärer Behandlungen anhand anonymisierter Routinedaten. Grundlage sind Komplikationen, Wieder-aufnahmen und je nach Leistungsbereich die Sterblichkeit – also patientenrelevante Endpunkte. Für jeden Eingriff werden mehrere Qualitätsindikatoren definiert und zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Kern der Berechnung ist die standardisierte Mortalitäts- bzw. Morbiditätsratio (SMR): Sie vergleicht die beobachtete Zahl von Komplikationen mit der statistisch zu erwartenden Zahl unter Risikoadjustierung mit Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Begleiterkrankungen. Ein SMR-Wert von 1 steht für durchschnittliche, Werte unter 1 für bessere, Werte über 1 für schlechtere Behandlungsergebnisse. Damit werden Unterschiede in der Patientenstruktur zwischen Kliniken ausgeglichen. So entsteht ein valides Bild der tatsächlichen Versorgungsqualität jenseits des stationären Aufenthalts.