

DGCH: Kliniken sollen ausweisen, wie viele Patienten nach schweren Tumoreingriffen an Komplikationen versterben

Tag der Patientensicherheit am 17. September

Berlin - Das Gelingen einer schweren Krebsoperation hängt maßgeblich von der fachgerechten Durchführung des Eingriffs ab. Nicht minder wichtig ist jedoch das Beherrschen von Komplikationen, die nach der Operation auftreten können - hier zählen Leistungsfähigkeit und Schnelligkeit des Gesamtsystems der jeweiligen Klinik. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) fordert daher die verpflichtende Angabe der Sterblichkeitsrate in Folge von Komplikationen in den Qualitätsberichten der Kliniken, die sogenannte Failure-to-Rescue-Rate (FTR). „Das ist eine faire und präzise Kennziffer für die Qualität eines Krankenhauses, an der sich Patientinnen und Patienten orientieren können“, sagt DGCH-Expertin Professorin Dr. med. Christiane Bruns anlässlich des Tags der Patientensicherheit, der am 17. September 2026 stattfindet.

In der komplexen Chirurgie – etwa bei Eingriffen an Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber oder Aorta – lassen sich Komplikationen wie undichte Nähte, Nachblutungen oder Sepsis selbst bei höchster chirurgisch-technischer Präzision nicht vollständig vermeiden. „Der entscheidende Unterschied liegt darin, ob Patientinnen und Patienten an diesen Komplikationen versterben oder ob sie gerettet werden“, sagt Bruns. Genau darüber gibt die sogenannte Failure-to-Rescue-Rate (FTR) Auskunft: Der englische Begriff steht für „Rettungsversagen“ und beschreibt die Sterblichkeit nach Komplikationen. Liegt die FTR-Rate niedrig, beweist eine Klinik die Fähigkeit, Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und zu beherrschen. Die FTR-Rate wird meist in Prozent angegeben.

Sensibler Gradmesser für die Leistungsfähigkeit des Gesamtsystems

Gelingt die Rettung nicht, beruht das Scheitern meist auf einem kritischen Zusammenspiel aus verzögertem Erkennen von Komplikationen, personellen Engpässen und fehlender Infrastruktur für Notfallinterventionen. „Damit ist die FTR-Rate ein sensibler Gradmesser für Ausstattung und Organisationsgrad einer Klinik, eine Chiffre für die Leistungsfähigkeit des Gesamtsystems“, sagt die Direktorin der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Transplantationschirurgie an der Uniklinik Köln. Eine hohe FTR kann auf Schwächen hinweisen bei Pflegebesetzung, Intensivkapazitäten, Überwachung, Eskalationsprozessen, ärztlicher Verfügbarkeit und interprofessioneller Zusammenarbeit. „Die FTR-Rate wird international als einer der wichtigsten Qualitätsindikatoren für die medizinische Versorgung in Kliniken betrachtet“, so Bruns.

Umfassende Qualitätsoffensive zugunsten der Zentrumsbildung

Die DGCH fordert daher, dass Kliniken ihre FTR-Raten für komplexe Eingriffe künftig verbindlich in den Qualitätsberichten ausweisen müssen. „Das erleichtert die Krankenhauswahl und ist ein starker Beitrag zur Patientensicherheit“, betont Professor Dr. med. Schmitz-Rixen, Generalsekretär der DGCH. Die Maßnahme würde zugleich die Konzentration komplexer chirurgischer Eingriffe in Hochleistungszentren fördern, wie von der Krankenhausstrukturreform vorgesehen. „Untersuchungen zeigen, dass spezialisierte Krebszentren signifikant niedrigere FTR-Raten haben“, erläutert DGCH-Präsident Professor Dr. med. Jens Werner. Damit einhergehend sollten im Sinne der

Qualitätssteigerung auch Mindestmengenregelungen weiter ausgebaut werden. So belegen Krankenkassendaten, dass die Anhebungen der Mindestmengen für Operationen bei Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsenkrebs zu einer messbaren Verdichtung dieser Eingriffe an High-Volume-Einrichtungen geführt haben.

Internationaler Trend zu standardisierten Alarmierungsprozessen

„Das Konzept des Failure-to-Rescue ist insgesamt ein wichtiger Schritt zum Aufbau einer resilienten Sicherheitskultur in Kliniken“, resümiert Bruns. Und gewinnt immer mehr an Bedeutung: KI-Frühwarnsysteme und Rapid-Response-Teams werden international als nächste Entwicklungsstufen gesehen, um die FTR-Rate weiter zu senken – sogar bis in die Zeit nach der Krankenhausentlassung.

Literatur:

- Silber, J. H., Williams, S. V., Krakauer, H., & Schwartz, J. S. (1992). Hospital and patient characteristics associated with death after surgery. *Medical Care*, 30(7), 615–629.
- Ghaferi, A. A., Birkmeyer, J. D., & Dimick, J. B. (2009). Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. *New England Journal of Medicine*, 361(14), 1368–1375.
- Diers, J., Baum, P., Wagner, J. C., et al. (2021). Hospital volume following major surgery for gastric cancer determines in-hospital mortality rate and failure to rescue: a nation-wide study based on German billing data (2009–2017). *Gastric Cancer*, 24(4), 959–969.
- Rosero, E. B., Romito, B. T., & Joshi, G. P. (2021). Failure to rescue: A quality indicator for postoperative care. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 35(4), 575–589.
- Varrella, C., Benzoni, C., Biondi, A., D’Ugo, D., & Lorenzon, L. (2026). Failure-to-rescue in surgical practice: a systematic review and critical appraisal of recent clinical studies. *Frontiers in Surgery*, 13, 1827601.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2026). Qualitätsmonitor 2024: Mindestmengen konzentrieren komplexe Eingriffe. WIdO-Portal / Qualitätsmonitor
- Kugler, C. M., et al. (2023 / 2025). Anticipated effects of centralising complex gastrointestinal surgery in a rural area in Germany / Effects of new minimum volume standards in visceral surgery. *BMC Health Services Research / Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*.