

# Bessere Qualität durch zentralisierte Versorgung?

*Konzentration auf wenige Brustzentren in Nordrhein-Westfalen kann auch Nachteile haben – Landeshauptversammlung des Marburger Bundes befürchtet Chaos durch „Falschpauschalen“ bei überhasteter DRG-Einführung*

von **Horst Schumacher**

**D**ie in Nordrhein-Westfalen geplante Konzentration der Brustkrebsbehandlung an rund 50 anerkannten Brustzentren kann auch Nachteile haben, die nicht vernachlässigt werden dürfen. Der Ausschluss von bis zu 200 Kliniken aus der Versorgung wegen zu geringer Fallzahlen könnte eine „Verschlechterung des Zugangs“ für die Patientinnen bedeuten, befürchtet Professor Dr. Max Geraedts von der Universität Düsseldorf. „Ein verschlechterter Zugang macht vielleicht mehr an Negativem aus, als wir an Positivem zu erwarten haben“, warnte der Wissenschaftler kürzlich in Koblenz bei der Hauptversammlung des Marburger Bundes, Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz.

Eine Anerkennung als Brustzentrum im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes setzt mindestens 150 Erstoperationen bei Neuerkrankungen pro Jahr und mindestens 50 Operationen je Operateur voraus (siehe auch Seite 15 und RhÄ Oktober 2002, Seite 13). Diese können in begründeten Fällen auf mehrere Standorte verteilt werden, wenn dort jeweils mindestens 100 und je Operateur mindestens 50 Operationen erbracht werden.

Der Mediziner Geraedts, der am Düsseldorfer Zusatzstudiengang Public Health lehrt, bezeichnete diese „seltsamen Mindestmengenwerte“ als „nicht evidenzbasiert“. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand spreche lediglich dafür, eine Reduktion der Brustkrebsoperationen in Krankenhäusern mit sehr niedrigen

Eingriffsfrequenzen zu propagieren – etwa die zehn Prozent oder 25 Prozent der Kliniken mit den niedrigsten Eingriffsfrequenzen.

Ansonsten seien Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung in allen Krankenhäusern nötig. So könne zum Beispiel eine bessere Organisation in Häusern mit niedrigerer Leistungsfrequenz zu günstigeren Ergebnissen führen. Geraedts warnte davor, die Qualität der Versorgung allein als Resultat der Operationshäufigkeit zu sehen. Wo immer möglich sollten bessere Qualitätsindikatoren als die Leistungsfrequenz genutzt werden, meint er.

Nach den Worten von Geraedts, bewegt sich eine Politik, die zu einseitig auf hohe Frequenzen setzt, auf unsicherem Boden. Die Folgen seien unklar – beispielsweise auf die „Indikationsstellung in Krankenhäusern mit Grenzwertfrequenz“. Breit angelegten Politikänderungen müssten stets Evaluationsprojekte vorausgehen, verlangte Geraedts.

## Verstärkte Forschung

Verstärkte Forschung hält auch Rudolf Henke MdL für erforderlich, der Vorsitzende des mb-Landesverbandes. „Dass es in Europa nur sehr wenige Studien über den Zusammenhang zwischen Häufigkeit und Ergebnissen ärztlicher Interventionen gibt, ist eine Anklage an die europäische Forschungspolitik“, sagte er. Henke sieht es als Erfolg der Ärztekammer an, dass die Einführung der Brustzentren in NRW wissenschaftlich begleitet werden

soll. Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, sieht wie Geraedts „unerwünschte Nebenwirkungen“ der geplanten Zentralisierung der Brustkrebsbehandlung auf Ärzte und Patienten zukommen. Nach seinen Worten ist vor allem darauf zu achten, dass eine umfassende ärztliche Weiterbildung möglich bleibt.

## Turbulenzen durch DRG

Der mb-Landesverband appellierte in Koblenz an alle Parteien, die rechtsverbindlichen Einführung der pauschalierten Krankenhausfinanzierung über Diagnosis Related Groups zu verschieben. „Derzeit sind weder medizinisch noch technisch oder kalkulatorisch die Voraussetzungen für eine verantwortungsbewusste Umsetzung des gesetzlichen angestrebten Optionsmodells 2003 erfüllt“, heißt es in einer Entschließung.

Vielmehr solle die Abrechnung nach dem DRG-System im kommenden Jahr lediglich auf freiwilliger Basis simuliert, intern ausgewertet und auf deutscher Basis validiert werden, so der Landesverbandsvorsitzende Henke. Die unter größtem Zeitdruck und unter Ausschluss der Ärzteschaft und der Pflege entstandene Übersetzung des als Grundlage für die neuen Fallpauschalen gewählten australischen DRG-Systems enthalte grobe Mängel, kritisieren die Delegierten. Sie warnen eindringlich vor einem solchen „Falsch“-Pauschalensystem, das in vielen Krankenhäusern ein Chaos anrichten werde.