

Brustzentren – ein neues Konzept der Klinikplanung

Spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Brustkrebsdiagnostik und -therapie sind zu belegen – Schwierige Diskussionen um die Festsetzung quantitativer Voraussetzungen

von **Rudolf Henke**

Seit dem Frühjahr 2001 gibt es in Nordrhein-Westfalen eine Konzertierte Aktion, an der sich auf Anregung der Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit viele Organisationen im Kampf gegen Brustkrebs zusammenfinden. Vier Bereiche stehen im Mittelpunkt dieser Initiative:

1. Früherkennung,
2. Behandlungsprozess und Dokumentation des Behandlungsprozesses,
3. Definition von Merkmalen für und Anerkennung von Brustzentren und
4. Begleitung und Information der Patientinnen, ihre psychosoziale Beratung.

Vertreten in der Konzertierten Aktion sind Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser, Freie Wohlfahrtspflege, Selbsthilfeorganisationen, Landesverbände der Krankenkassen, Landeskrebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Krebszentren wie das Westdeutsche Brustzentrum in Düsseldorf und weitere Expertinnen und Experten.

Wahrnehmung von Mängeln

Ausgangspunkt für die Initiative ist die Wahrnehmung einer Vielzahl von Mängeln, die die Staatssekretärin Cornelia Prüfer-Storcks im Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit folgendermaßen zusammenfasst:

„Es gab, als wir diese Aktion starteten, keine qualitativ abgesicherten Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von Brustkrebs.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurden bei weitem nicht in zufriedenstellendem Umfang wahrgenommen. Entsprechendes gilt für die Selbstuntersuchung der Frauen. Graue Mammographien sind nicht qualitätsgesichert, werden aber in großem Umfang gemacht. Es gibt keine einheitliche, systematische Dokumentation der Krankheitsverläufe. Es gibt keine Transparenz der erbrachten Leistungen und ihres Erfolgs, schon gar nicht sektorenübergreifend. Die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte und auch anderer Fachkräfte in den verschiedenen Sektoren lässt sehr zu wünschen übrig. Man weiß nicht, nach welchen Kriterien die selbsternannten Brustzentren arbeiten. Es gibt bisher keine einheitlichen Kriterien, kein Zertifizierungsverfahren oder ein anderes Verfahren zur Anerkennung von Brustzentren. Information und Begleitung der Brustkrebspatientinnen müssten intensiviert werden. Bei der Fünfjahres-Überlebensrate liegen wir im internationalen Vergleich nicht an der Spitze, sondern lediglich im Mittelfeld hinter Ländern wie Schweden, Frankreich, der Schweiz, Island, Italien und den Niederlanden.“



*Rudolf Henke MdL ist Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Kommission für Krankenhausplanung der Ärztekammer Nordrhein.
Foto: Erdmenger/ÄkNo*

Im Zusammenhang mit der hier zu diskutierenden Frage der künftigen Krankenhausplanung ist die Entwicklung von Kriterien für Brustzentren von besonderer Bedeutung. Nach einer Diskussion in der 38. Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 4. Juli 2002 hat das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen Voraussetzungen für eine Anerkennung zum Brustzentrum festgesetzt und in einem Erlass vom 31. Juli 2002 folgende Kriterien bei der Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan als Brustzentrum angekündigt:

- Die Anerkennungsverfahren werden nach § 16 KHG NRW durchgeführt.
- Ausweisungen im Krankenhausplan erfolgen im Feststellungsbescheid unter „Bemerkungen“ als Behandlungsbereich „Senologie“ in Anlehnung an das Fachgebiet Frauenheilkunde. Bei den im Krankenhausplan anerkannten Kooperationspartnern werden im Feststellungsbescheid zu den jeweiligen Abteilungen (diagnostische Radiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Onkologie und Strahlentherapie) Hinweise auf die Kooperation aufgenommen.
- Bei Auswahlentscheidungen im Rahmen von Konkurrenzsituationen werden grundsätzlich die Krankenhäuser bevorzugt berücksichtigt, die dieselbe Anzahl operativer Leistungen an einem Standort erbringen können.
- Der Einzugsbereich eines Brustzentrums soll mindestens 360.000

bis 450.000 Einwohner umfassen. Bei diesbezüglichen Auswahlentscheidungen erhält das Krankenhaus den Zuschlag, das bei sonst gleichen Gegebenheiten im Hinblick auf das Vorliegen eines vollständigen Leistungsangebotes bereits in den vergangenen drei Jahren die durchschnittlich höchste Zahl an Neuerkrankungen behandelt hat.

Für die in den Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum angesprochenen Vereinbarungen ist zu berücksichtigen, dass entsprechende formelle Verträge erst nach dem endgültigen Zustandekommen der Zusammenschlüsse und der Zusammenarbeit im Netzwerk bei Anerkennung zum Brustzentrum vorliegen müssen.

Die Landesregierung hat die Bezirksregierungen inzwischen angewiesen, bei den interessierten Krankenhäusern im Land entsprechende Anträge auf Anerkennung als Brustzentrum im Krankenhausplan auf der Grundlage der mehrfach angesprochenen Rahmenbedingungen und der oben genannten Verfahrensgrundsätze anzuregen und interessierte Krankenhäuser zur Aufnahme von Verhandlungen über ein entsprechendes regionales Planungskonzept mit den Verbänden der Krankenkassen aufzufordern. Verhandelte Anträge dieser Art sollen mit Priorität vorgelegt werden.

Breites Leistungsspektrum

Mit der Beschreibung der Leistung, Struktur und Zusammenarbeit der Brustzentren folgt die Landesregierung den Anregungen, die die entsprechende Arbeitsgruppe der Konzierten Aktion gegen den Brustkrebs vorbereitet hatte. In dieser Projektgruppe war vereinbart worden, dass ein Brustzentrum sämtliche notwendigen Leistungen in einer Einrichtung erbringt. Es kann die Leistungen auch im Zusammenschluss mit mehreren Einrichtungen/Leistungserbringern erbringen. Die Kernleistungen eines Brustzentrums umfassen operative

Leistungen, bildgebende diagnostische Verfahren, histologische Untersuchungen, Bestrahlung und Chemotherapie.

In einem kooperativen Brustzentrum werden Kernleistungen konzentriert von einer Einrichtung/einem Leistungserbringer vorgehalten. Lediglich unter ganz bestimmten Voraussetzungen ist vorgesehen, dass für die operativen Leistungen hiervon abgewichen werden kann. Soweit mehrere Leistungserbringer, d. h. Krankenhäuser, niedergelassene Onkologinnen und Onkologen, Radiologinnen und Radiologen, Pathologinnen und Pathologen, sich zu einem Brustzentrum zusammenschließen, werden hierüber schriftliche Vereinbarungen getroffen. Mit niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen ist ein regionales Netzwerk zu bilden.

Dabei fungieren die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte als Koordinatorinnen und Koordinatoren. In die Zusammenarbeit sollen auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einbezogen werden, so dass sektorenübergreifende Versorgungsabläufe einschließlich der Nachsorge entstehen. Bestandteil dieses Netzwerkes sind ebenso Einrichtungen der Palliativversorgung wie z. B. Hospize sowie zugelassene Sanitätshäuser, zugelassene Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und so weiter. Über die Zusammenarbeit im Netzwerk treffen die Partner Vereinbarungen. Auf diese Weise soll sich die Bildung von Brustzentren als ein Baustein für das gemeinsame Ziel erweisen, in der Versorgung von Brustkrebspatientinnen vorhandene Verbesserungsmöglichkeiten in allen Versorgungssegmenten auszuschöpfen.

Spezielle Kenntnisse und Erfahrungen

Alle in einem Brustzentrum vertretenen Disziplinen müssen über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Brustkrebsdiagnostik und -therapie verfügen und diese belegen können. Die Zentren

führen ein internes Qualitätsmanagement durch, das auf der Basis einheitlicher Kriterien erarbeitet wird. Ferner wird eine einheitliche, sektorenübergreifende Patientendokumentation zur internen und externen Qualitätssicherung eingesetzt. Die Patientenbeteiligung erfolgt zum einen durch Einschaltung der Selbsthilfe, die Organisation einer psychosozialen Begleitung und Beratung und die bedarfsgerechte Weiterversorgung am Wohnort, die die Brustzentren sicherstellen.

Welche Bedeutung dieser untergesetzliche Sicherstellungsauftrag angesichts der sozialrechtlich normierten Sicherstellung ambulanter Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelt, lässt sich derzeit noch nicht absehen.

Brustzentren praktizieren eine systematische und umfassende Patienteninformation und entwickeln Verfahren, um die Patientinnen in die Therapieentscheidungen einzubeziehen. Eine regelmäßige Überprüfung der Patientenzufriedenheit ist ebenfalls vorgeschrieben. In Studien z. B. für Therapiemodalitäten kooperieren Brustzentren. Außerdem bieten sie insbesondere spezifische Fortbildungen für die beteiligten Berufsgruppen an.

Quantitative Voraussetzungen

Während die vorgenannten Punkte unter den beteiligten Partnern im Wesentlichen im Konsens festgesetzt wurden, gab es schwierige Diskussionen um die Festsetzung quantitativer Voraussetzungen für die operativen Eingriffe bei Neuerkrankungen. Noch im Mai war das Ministerium davon ausgegangen, dass man 150 Erstoperationen bei Neuerkrankungen pro Jahr als eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Anerkennung als Brustzentrum definieren müsse. Staatssekretärin Prüfer-Storcks hatte es für dringend notwendig gehalten, dass nur in denjenigen Häusern solche Operationen durchgeführt werden, die über die entsprechende Erfahrung verfügen. 150 Erstoperationen

schiene ihr dafür die Voraussetzung zu sein.

Zurzeit operieren nach der Diagnose Mammakarzinom Ärztinnen und Ärzte in 250 Krankenhäusern. Da in Nordrhein-Westfalen von jährlich rund 10.000 Neuerkrankungsfällen von Brustkrebs ausgegangen wird, wären zur flächendeckenden Versorgung 40 bis maximal 50 Zentren anzuerkennen. Würden sämtliche Ersterkrankungen in Zentren versorgt, dann würde dies bei 40 Zentren im Durchschnitt 250 Neuerkrankungen pro Jahr, bei 50 Zentren im Durchschnitt 200 bedeuten.

Nach Diskussionen im Landesausschuss für Krankenhausplanung ist das Ministerium inzwischen von der ursprünglichen Festlegung auf 150 Erstoperationen insoweit abgerückt, als in begründeten Fällen die operativen Leistungen auch auf mehrere Standorte verteilt werden können, wenn in den Standorten mindestens 100 Operationen und je Operateur mindestens 50 Operationen erbracht werden. Die Infrastruktur ist im Übrigen auch dann kooperativ zu erbringen. Auch bei mindestens 150 Erstoperationen in einem Brustzentrum werden mindestens 50 Operationen je Operateur vorgeschrieben.

Die Festlegung auf 150 Erstoperationen stützt sich auf ein Positionspapier über die Anforderungen an ein spezialisiertes Brustzentrum, wie sie die European Society of Mastology (EUSOMA) im Mai 2000 im *European Journal of Cancer* veröffentlicht hat. Eine im Oktober 1998 etablierte Arbeitsgruppe unter Vorsitz des britischen Chirurgen Professor Roger Blamey und unter Mitwirkung des EUSOMA-Präsidenten Professor Luigi Cataliotti aus Florenz, ebenfalls Chirurg, hatte sich auf Standards verständigt, die allen Frauen in Europa einen spezialisierten Brustdienst von hoher Qualität verfügbar machen sollen. Hintergrund ist eine vom britischen Gesundheitsministerium publizierte Empfehlung einer Beratergruppe, wonach die in spezialisierten

Brustzentren tätigen Kliniker und anderen Berufe sich auf das einzelne anatomische Gebiet der Brustkrankung spezialisieren sollten. Aus Deutschland war der Frankfurter Gynäkologe Professor Manfred Kaufmann Mitglied der EUSOMA-Arbeitsgruppe.

Kritische Kommentare

Die Nachricht, wonach Brustkrebs künftig nur noch in 50 spezialisierten Zentren in NRW operiert werden soll, hat in Deutschland insgesamt Aufsehen erregt und zu kritischen Kommentierungen führender Krebsexperten geführt. Der bis vor kurzem als Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft tätige Gynäkologie-Professor Rolf Kreienberg aus Ulm wird mit dem Satz zitiert, da werde der zweite Schritt vor dem ersten gemacht. Nach seiner Ansicht ist die Spezialisierung von Kliniken im Prinzip zu begrüßen, aber eine vernünftige Auswahl könne man erst treffen, wenn Krankenhäuser zuerst ihre Qualität nachgewiesen hätten.

Dass 150 Erstoperationen im Jahr an sich schon ein Gütezeichen sein sollen, leuchtet Professor Kreienberg nicht ein: „Es gibt keinen direkten Zusammenhang zwischen Qualität und der Zahl der Eingriffe.“ Belegt sei, dass auch kleine Krankenhäuser sehr gute Behandlungsergebnisse erzielen könnten. Kreienberg gegenüber der *Berliner Zeitung* Anfang August: „In einer guten Klinik werden mindestens 60 Prozent der Frauen brusterhaltend operiert, mehr als 95 Prozent von ihnen erhalten eine Nachbestrahlung, und zu einer Wiedererkrankung in der erhaltenen Brust darf es in höchstens 15 Prozent der Fälle kommen.“ Diesen Forderungen müssten Kliniken nachkommen, die das Zertifikat für Brustzentren der Deutschen Krebsgesellschaft und anderer medizinischer Fachgesellschaften erwerben wollen, das schon lange im Gespräch sei. Mit der Publikation der Bedingungen dieses Zertifikates soll im Oktober 2002 zu rechnen sein.

Als ein drittes Kriterien-System werden im Zusammenhang mit Brustzentren die Kriterien der ISO 9001:2000 ins Feld geführt. Am 6. August 2002 meldete die *Aachener Zeitung*, dass ein Verbund von Ärzten mit den vier örtlichen Krankenhäusern (St. Marien-Hospital Düren-Birkesdorf, Krankenhaus Düren, Bethlehem-Krankenhaus Stolberg und St.-Antonius-Hospital Eschweiler) das erste Brustzentrum in Nordrhein-Westfalen sei, das die streng angelegten Kriterien dieses Zertifizierungsverfahrens erfüllt habe. Zur Übergabe des Zertifikates reiste eigens die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, nach Eschweiler.

In der Ärztekammer Nordrhein hat sich insbesondere die Kommission für Krankenhausplanung intensiv mit der im Rahmen der konzertierten Aktion gegen Brustkrebs entstandenen Strategie des Landes auseinandergesetzt. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang eine von Lungen und Lauterbach vom Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität zu Köln zitierte Studie von Sainsbury et al. aus dem Jahr 1995, in der in einem Fünf-Jahres-Follow-Up die Mortalität bei 12.861 Brustkrebsoperationen durch 180 Ärzte nach der Anzahl der Fälle mit invasiv behandeltem Brustkrebs pro Arzt und Jahr analysiert wurde. Das Ergebnis dieser im laufenden Jahr im Zentralblatt für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung erwähnten Arbeit: Bei Operateuren mit einer hohen Arztfallzahl von über 29 Fällen pro Jahr zeigt sich eine signifikant bessere Fünf-Jahres-Mortalität als bei einer niedrigen Arztfallzahl von weniger als 10 Fällen.

Kommission für Krankenhausplanung

Vor diesem Hintergrund ist die Kommission für Krankenhausplanung der Ärztekammer Nordrhein zu folgender Auffassung gelangt:

1. Wenn es um Leben und Tod geht, muss es möglich sein, dass quali-

tative Aspekte der Leistungsgüte bei der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden können. Das Mammakarzinom ist eine Erkrankung, bei der es um Leben und Tod geht.

2. Bei der Berücksichtigung qualitativer Aspekte der Leistungsgüte bzw. der Ergebnisqualität in der Krankenhausplanung müssen verlässliche Erkenntnisse auf der Basis wissenschaftlicher Daten die Grundlage darstellen.
3. Wenn wissenschaftlich erlangte Daten nicht zur Verfügung stehen, sind sie im Rahmen der Versorgungsforschung zu erarbeiten, ehe eine Entscheidung auf entsprechende Daten gestützt werden kann.
4. Ein wissenschaftlicher Beleg für die Zahl 150 fehlt. Auch die Evidenz für andere Zahlen in der Li-

teratur ist eher schwach. In Übereinstimmung mit plausibler Intuition stützen die vorhandenen Erkenntnisse vor allem die Aussage, dass die Behandlungsergebnisse bei weniger als 10 Eingriffen pro Operateur schlechter sind als ab 30 Eingriffen pro Operateur. Vor diesem Hintergrund dürfte es eine vertretbare Strategie sein, zunächst die 10 Prozent und sodann die 25 Prozent der Institutionen mit den niedrigsten Eingriffsfrequenzen aus dem Behandlungsgeschehen herauszunehmen und zugleich den Wissenstransfer von solchen Institutionen mit guten Ergebnissen in verbesserungsfähige Institutionen voranzutreiben. Immerhin scheint klar, dass derzeit nicht einmal die Universitätskliniken die vorgegebenen 150 Erstoperationen erreichen.

Davon abgesehen stellt sich die Frage, ob die Verwendung des Begriffes Brustzentrum nicht auf eine reduktionistische, entwertende und grob vereinfachende Sicht hinausläuft. Die eigentliche Herausforderung im Kampf gegen den Brustkrebs liegt in der Erkennung des nicht tastbaren Mammakarzinoms. Hier sind weitere Forschungsanstrengungen unbedingt erforderlich, insbesondere zu den Wirkungen und Nebenwirkungen der eingesetzten diagnostischen Methoden.

Zahlenmäßige Vorgaben für die Anerkennung und Propagierung von Brustzentren lassen sich nach dem jetzigen Kenntnisstand nur vertreten, wenn ihre Anwendung von Evaluationen und aktiver Forschung zumindest im Sinne von Benchmarking-Prozessen begleitet wird.

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN)

Ärzttekammer Nordrhein

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Fortbildungsveranstaltung des IQN in Zusammenarbeit mit der Bezirksstelle Düsseldorf der Ärztekammer Nordrhein „Schlaganfallversorgung im Bezirk Düsseldorf“

Datum: Donnerstag, 10. Oktober 2002
19.00 Uhr – 21.15 Uhr

Ort: Nordrheinische Akademie für Fort- und Weiterbildung
Am Bonnehof 6, 40474 Düsseldorf

Begrüßung: Dr. med. Jürgen Krömer
Vorsitzender der Bezirksstelle Düsseldorf der Ärztekammer Nordrhein

Einführung: Dr. med. Martina Levartz, Geschäftsführerin des IQN

Moderation: Prof. Dr. med. Wolfgang Steinke
Chefarzt der neurologischen Abteilung, Marienhospital Düsseldorf
Dr. med. Jürgen Kroemer, Düsseldorf

Präklinisches Management des akuten Schlaganfalls – Probleme/Strategien

Dr. med. Frank Sensen, Ärztlicher Leiter
des Rettungsdienstes der Stadt Düsseldorf – Gesundheitsamt

**Zuweisung des Patienten
Diagnostik und Therapiemanagement
in der Stroke Unit**

Prof. Dr. med. Mario Siebler
Leiter der Stroke Unit an der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

**Zuweisung des Patienten
Postakute Schlaganfallversorgung**

PD Dr. med. Johannes Netz, Neurologisches Therapiezentrum
an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Düsseldorfer Initiative Schlaganfall

Wilhelm Pöllen, Leiter der Abteilung Gesundheitshilfe und
Rehabilitation im Gesundheitsamt Düsseldorf

**Möglichkeiten zur Verbesserung der Kooperation
und Koordination in der Versorgung von
Schlaganfallpatienten im Bezirk Düsseldorf**

Prof. Dr. med. Wolfgang Steinke
Marienhospital Düsseldorf Diskussion

Schlusswort Prof. Dr. med. Wolfgang Steinke

Hinweis Anmeldung nicht erforderlich

Sonstiges AiP-anerkannt

Zertifiziert 3 Punkte

Rückfragen unter Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein, Geschäftsführerin: Frau Dr. med. M. Levartz
Tersteegenstraße 31, 40474 Düsseldorf, Tel.: (49) 0211/43 02-557, FAX: (49) 0211/43 02-558,
E-Mail: IQN@ae.kno.de