

Gynäkologe 2010 · 43:205–215
DOI 10.1007/s00129-009-2480-1
Online publiziert: 5. März 2010
© Springer-Verlag 2010

Redaktion

W. Jonat, Kiel
K. Diedrich, Lübeck
R. Kreienberg, Ulm

D. Wallwiener¹ · M. Bamberg² · W. Jonat³ · R. Kreienberg⁴ · S. Brucker¹

¹ Universitäts-Frauenklinik Tübingen

² Universitäts-Klinik für Radioonkologie Tübingen

³ Universitäts-Frauenklinik Kiel

⁴ Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Universitäts-Frauenklinik Ulm

Zertifizierte multidisziplinäre Brustzentren

Ein Implementierungsprojekt der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie in Partnerschaft mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Das Mammakarzinom ist nach wie vor die häufigste maligne Tumorerkrankung der Frau. Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts erkranken in der Bundesrepublik jährlich etwa 47.500 Frauen neu an Brustkrebs [30], andere Quellen gehen von etwa 55.000 Neuerkrankungen aus [7, 13, 23]. Das mittlere Lebenszeitriskobeträgt in Deutschland 9,2%; es erkrankt somit durchschnittlich jede 11. Frau im Lauf ihres Lebens an Brustkrebs [30].

Durch eine Reihe von Analysen gilt mittlerweile als gesichert, dass eine spezialisierte Teambildung und Zentralisierung in „Mammascwerpunkten“ („cancer units“) zu einer Verbesserung der Therapie – und damit des Outcome – des Mammakarzinoms führt, vorausgesetzt Qualitätssicherung und -management werden definiert und auch quantitativ überprüft (Benchmarking).

Da gerade der Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms multiple Schnittstellen zugrundeliegen, sowohl aufgrund der Notwendigkeit der multidisziplinären Diagnostik und Therapie, aber auch aufgrund der intersektoralen Versorgung besonders in Deutschland, ergab sich die

Notwendigkeit, dass zusätzlich zur Zentralisierung ein Netzwerk gebildet werden muss.

In Deutschland sind durch die vorhandene optimale Infrastruktur bereits Voraussetzungen für ein Netzwerk gegeben. Krankenhäuser der universitären Maximalversorgung, der Zentralversorgung und der Grund- und Regelversorgung können mit den Niedergelassenen ein Netzwerk bilden und damit onkologische Qualität auf höchstem Niveau bieten.

➤ In Deutschland können Krankenhäuser gemeinsam mit den Niedergelassenen onkologische Qualität auf höchstem Niveau bieten

Aber nicht nur die intersektorale Versorgung, auch die interdisziplinäre Versorgung stellt einerseits eine Herausforderung dar, andererseits aber auch ein hohes Potenzial zur Versorgungsoptimierung. Aufgrund der Tatsache, dass das Mammakarzinom den Prototyp maligner Erkrankungen darstellt, der hinsichtlich Diagnostik, Therapie und Nachsorge eine Vielzahl von Fachdisziplinen einbindet und damit die längste Prozesskette multidisziplinärer Versorgungen im-

pliziert, ergibt sich für dieses Karzinom wohl die höchste Herausforderung hinsichtlich der Versorgungsoptimierung, aber auch der Möglichkeit der Versorgungsforschung.

Vor diesem Hintergrund muss sich die moderne Onkologie, die ihre Basis einerseits in der multidisziplinären Diagnostik und Therapie bösartiger Erkrankungen sieht, andererseits die Verpflichtung zur Qualitätssicherung hat, mit der Versorgungsoptimierung und Transparenzmachung durch Qualitätssicherung auseinandersetzen. Die Durchführung der wohl größten interdisziplinär-onkologischen Studienkonzeption hinsichtlich Versorgungsforschung und Versorgungsoptimierung wurde deshalb initiiert, da Qualitätsevaluierung bzw. Qualitätsoptimierung nur auf der Basis evidenzbasierter Medizin- und Versorgungsforschung möglich ist.

Aus dieser Problemstellung hat sich deshalb die Zielvorstellung dahingehend ergeben, dass in einer Mehrschrittstudienkonzeption iterativ die Voraussetzungen geschaffen werden mussten, die Schnittstellen der Versorgungskette des Mammakarzinoms zu definieren, standardisierte Diagnose- und Therapieverfahren im Sinne von Leitlinien vorzugeben, die Bedeutung der Multidisziplina-

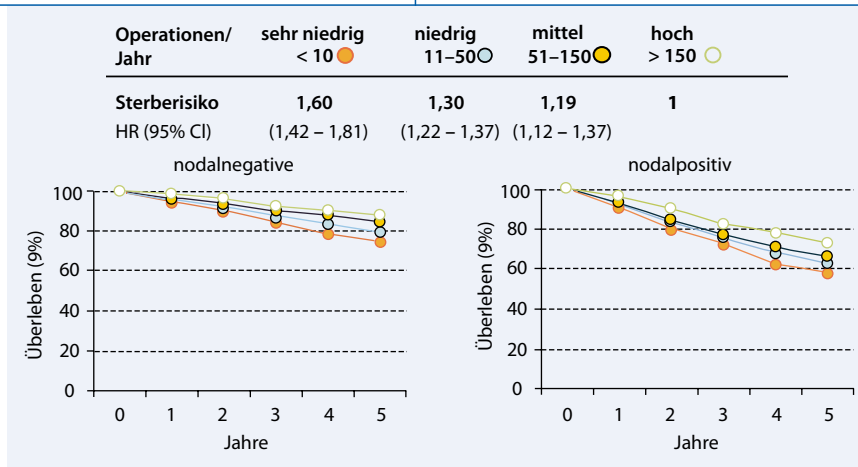


Abb. 1 ▲ Abhängigkeit der Überlebensraten von Mammakarzinompatientinnen von der Anzahl der pro Jahr in einem Krankenhaus durchgeführten Operationen. (Mod. nach [6])

rität zu analysieren und auf der Basis der evidenzbasierten Medizin eine Datenlage zu schaffen, die Standard für die Zentralisierung der Therapie von Mammakarzinompatientinnen zu ermöglichen und die Behandlungsqualität zu überprüfen und damit die Zentren zertifizieren zu können.

Im Einzelnen sollen zum Erreichen dieser Zielvorgaben die folgenden drei Kernfragen beantwortet werden:

- Welche Rationale ergibt sich für die Zentralisierung der Diagnostik und Therapie onkologischer Erkrankungen?
- Lassen sich Qualitätsindikatoren definieren und darauf ein Benchmarking aufbauen zur Erfassung der Versorgungsqualität („proof of principle“)?
- Kann durch die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems zur Optimierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität die Leitlinien-treue nachgewiesen werden und ein Netzwerk qualitätsgesicherter und damit zertifizierbarer interdisziplinärer Brustzentren auf nationaler Ebene geschaffen werden („proof of concept“)?

Rationale für eine Zentrumsbildung

Diesbezüglich haben die letzten etwa 5 Jahre gezeigt, dass anhand der Daten aus diesen Zentren vor allem die folgenden drei Kernaussagen getroffen werden können, die zu einer Verbesserung der Qualität führen:

- Verbesserung des Outcome mit steigender Zahl der therapierten Mammakarzinomfälle (Zentralisierung),
- Bedeutung der Gesamtzahl der Operationen pro Zentrum bzw. jeweilige Zahl der Operationen pro Operateur (Spezialisierung) und
- große Bedeutung der Interdisziplinarität.

Diese Kernaussagen, vor 2003 noch als offene Fragen formuliert, führen eindeutig auf eine wesentliche Qualitätsverbesserung hin, wie im Folgenden dargestellt wird.

Bedeutung der Zentrumsbildung

Die konkrete Frage, ob eine Zentralisierung der Behandlung des Mammakarzinoms auf Krankenhäuser mit einer Mindestanzahl an Fällen pro Jahr das Überleben der Patientinnen signifikant verbessern kann, wurde unter anderem in der wegweisenden Studie von Roohan et al. [28] beantwortet. Sie evaluierten die Fünfjahresüberlebensrate von 47.890 Patientinnen in einem Zeitraum von 1984 bis 1989 in 266 Krankenhäusern New Yorks im Zusammenhang mit der Fallzahl pro Jahr und Krankenhaus. Dabei zeigte sich ein signifikanter Überlebensvorteil der Frauen, die in einem Zentrum operiert worden waren, in dem mehr als 150 Brustkrebsoperationen pro Jahr durchgeführt wurden. Patientinnen, die in einem Krankenhaus mit weniger als 10 Operationen pro Jahr behandelt worden waren, hatten ein 60% höheres Mortalitätsrisiko, bei 11

bis 50 Operationen pro Jahr sank das Mortalitätsrisiko auf 30%, und bei 51 bis 150 war das Risiko nur noch 19% (■ Abb. 1).

Bedeutung der Spezialisierung

Es ist bereits seit längerem nachgewiesen, dass das Gesamtüberleben mit der Spezialisierung der Ärzte steigt, die an der Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms beteiligt sind. Zum Beispiel wurde in Schottland die Fünfjahresüberlebensrate von 3786 Frauen mit Mammakarzinom evaluiert, die zwischen 1980 und 1988 operiert und bis 1993 nachbeobachtet wurden [14]. Dabei wurde die Behandlung der Patientinnen durch einen Spezialisten mit der durch einen Nichtspezialisten verglichen. In einer multivariaten Analyse zeigte sich eine um 9% höhere Fünfjahres- bzw. eine um 8% höhere Zehnjahresüberlebensrate und eine Reduktion des Sterberisikos um 16% bei den Patientinnen, die von Spezialisten behandelt wurden, unabhängig von Alter, sozioökonomischem Status, Tumorgöße, Nodalstatus oder Grading.

Gillis et al. [15] definierten dabei den Begriff „specialist“ als Behandlung durch Ärzte, die an der Diagnostik und Therapie von Brustkrebs ein besonderes Interesse hatten. Dieses Interesse war dadurch charakterisiert, dass die Behandlung in einem interdisziplinären Brustzentrum durchgeführt wurde, in Zusammenarbeit mit dort spezialisierten Operateuren, Pathologen und Onkologen. In diesem Zentrum wurden außerdem gemeinsame Studien organisiert und durchgeführt und alle Patientinnen gesondert dokumentiert.

Rolle der Spezialisierung des Operateurs

Obwohl der Zusammenhang Spezialisierung und besseres Outcome häufiger nicht der chirurgischen Erfahrung des Operateurs zugeschrieben wird, sondern eher der optimierten, d. h. leitlinienkonformen und individualisierten adjuvanten Therapie, fanden Sainsbury et al. [29] genau diesen signifikanten Zusammenhang zwischen Operationszahl pro Operateur und Jahr und Verbesserung der Fünfjahresüberlebensrate. In einer Studie wiesen sie nach, dass es unabhängig vom

„case mix“ (Alter, Tumorstadium bei Erst-diagnose, sozioökonomischer Status) Unterschiede in der Überlebensrate gab, die entweder durch die Fallzahl pro Operateur oder durch das Therapieregime erklärt werden konnte.

Dabei lag die Signifikanzgrenze bei mehr als 30 Operationen im Vergleich zu <10 Operationen pro Operateur und Jahr. Im Vergleich dazu wurden z. B. in den EUSOMA-Richtlinien [12] 50 Mammakarzinomfälle pro Operateur und Jahr empfohlen. Allerdings bemerkten Sainsbury et al. [29] auch, dass nicht nur die Mindestfallzahl entscheidend für die Qualität ist, sondern die komplette Therapie auch in einem multidisziplinären Rahmen stattfinden sollte.

Detaillierte Informationen über das klinische und pathologische Tumorstadium und die Hormonrezeptoren sind bei spezialisierten Operateuren häufiger vorhanden [9]. So konnten auch Gollidge et al. [16] eine Verbesserung der Überlebensraten nach Einführung einer operativen Subspezialisierung für Mammakarzinomoperateure 1993 in Bedford, England nachweisen. Insgesamt wurden vor der Spezialisierung die Frauen von Ärzten gesehen, die 10–38 neue Fälle pro Jahr behandelten, danach wurde die Diagnostik und Therapie nur noch von Ärzten durchgeführt, die 65 bis 75 neue Mammakarzinompatientinnen pro Jahr sahen. Bei vergleichbaren TNM-Stadien, Patientinnenkollektiv und Operationsverfahren (gleicher prozentualer Anteil brusterhaltende Therapie vs. Mastektomie) zeigte sich ein Verbesserung des krankheitsfreien Überlebens von 87% und 70% auf 91% und 79% nach 1 bzw. 3 Jahren.

Die Verbesserung des Outcomes war ebenfalls assoziiert mit einer Steigerung der axillären Lymphonodektomie-rate und der häufigeren sowie angemesseneren systemischen Chemo- und Hormontherapie (v. a. Tamoxifen), die erst durch das genauere Staging mittels axillärer Lymphonodektomie möglich war. Gleichzeitig wurde auch mehr auf einen tumorfreien Rand bei der Operation geachtet, was u. a. einen positiven Effekt auf die Verringerung der Lokalrezidivrate hatte. Auch Cady et al. [8] wiesen darauf hin, wie wichtig es für die Lokalrezidivrate ist, dass der Operateur

Gynäkologe 2010 · 43:205–215 DOI 10.1007/s00129-009-2480-1
© Springer-Verlag 2010

D. Wallwiener · M. Bamberg · W. Jonat · R. Kreienberg · S. Brucker

Zertifizierte multidisziplinäre Brustzentren. Ein Implementierungsprojekt der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie in Partnerschaft mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Zusammenfassung

Aktuelle sowohl epidemiologische als auch gesundheitsökonomische Evaluierungen verdeutlichen die Relevanz von Zentrumsbildungen für die Qualität der Versorgung von Mammakarzinompatientinnen. Konkret deuteten Verbesserungen im Bereich von Struktur- und Prozessqualität im Sinne von Surrogat-Parameter auf eine Verbesserung bei der Ergebnisqualität hin. Auch wenn das Ziel der Etablierung eines deutschlandweiten Netzwerkes von zertifizierten Brustzentren als weitgehend erreicht bezeichnet werden kann, und die Akzeptanz des Benchmarking-Konzeptes in den teilnehmenden DKG/DGS-zertifizierten Brustzentren in Deutschland

nachgewiesen hoch ist, so besteht im Bereich des Versorgungsnetzwerks, vom Mammographie-Screening über interventionelle Diagnostik bis zur Nachsorge, nach wie vor Optimierungsbedarf. Spezialisierung, leitliniengerechtes Vorgehen und Zertifizierung bzw. Rezertifizierung sind weiterhin essenziell, um die bisher erreichte verbesserte Versorgungsqualität zu optimieren und die flächendeckende Versorgung zu stabilisieren.

Schlüsselwörter

Leitlinien · Zertifizierung · Multidisziplinarität · Versorgungsoptimierung · Qualitätssicherung

Certified multidisciplinary breast centers. An implementation project of the German Cancer Society and the German Senology Society in conjunction with the German Society for Gynecology and Obstetrics

Abstract

Current epidemiologic and economic evaluations make clear the importance of the creation of centers for breast cancer treatment quality. In concrete terms the parameters of structural and procedural improvements demonstrate these improvements. Although a nationwide German network of certified breast cancer treatment centers can already be seen for the most part as complete and acceptance of the benchmarking concept is proven high in the participating centers, there still is a need to optimize the network's

possibilities through mammographic screening and interventional diagnostics to post-operative and follow-up care. Continued specialization, procedural guidelineing, and certification resp. renewed certification are essential to stabilize the improvements already attained and to optimize breast cancer treatment throughout the whole country.

Keywords

Guidelines · Certification · Multidisciplinarity · Treatment optimization · Quality control

den dafür verantwortlichen tumorfreien Rand richtig beurteilt.

Nicht nur die Rezidivrate kann durch eine Spezialisierung der Operateure bzw. durch eine Zentralisierung [26] verändert werden, auch der Anteil der brusterhaltenden Therapien [22]. Ein Review von Grilli et al. [17] zeigte, dass es zu einem besseren operativen Management mit mehr brusterhaltenden Therapien und angepassteren Indikationen zu radikalen Operationen/Mastektomien kommt. Die Mastektomie im Vergleich zur brusterhaltenden Therapierate war in kleineren Zentren höher, obwohl es dabei in der Tumorgöße keine Unterschiede gab und in den kleineren Abteilungen sogar eher T1-Tumoren vorkamen als in den Zentren. McKee [25] und Kotwall [21] führten dies u. a. darauf zurück, dass es keine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Möglichkeit der Bestrahlung vor Ort gab.

Für die Senkung von Mortalität bzw. Erhöhung der Fünfjahresüberlebensrate ist sicher auch die adjuvante Therapie, wie Polychemotherapie oder Tamoxifen, verantwortlich, die in einem „High-volume“-Krankenhaus eher angeboten wird [28]. Bekanntlich zeigt z. B. die Metaanalyse von 133 randomisierten Studien durch die Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group eine relative Verbesserung des Gesamtüberlebens durch Polychemotherapie um 28% und durch Tamoxifen um 25% [11].

➤ Eine bessere Prognose beruht nicht nur auf der Erfahrung des Operateurs, sondern auch auf optimaler adjuvanter Therapie

Andere Studien kamen zu vergleichbaren Ergebnissen [15]. Dabei wurde betont, dass der festgestellte Überlebensvorteil durch die Behandlung in einem spezialisierten Zentrum v. a. aus der häufigeren und qualitätsgesicherten Anwendung einer adjuvanten systemischen Hormon- oder/und Chemotherapie oder/und Radiotherapie resultierte. Obwohl z. B. die axilläre Lymphonodektomie durch Spezialisten besser und häufiger durchgeführt wird, beruht die bessere Prognose nicht nur auf der Erfahrung des Operateurs, sondern auch auf der guten, interdiszi-

plinären Organisation mit einschlägigen Erfahrungen in einer optimalen adjuvanten Therapie.

Bedeutung der Interdisziplinarität

In allen Studien wurde betont, dass die Interdisziplinarität für den Überlebensvorteil eine wesentliche Rolle spielt. So wurde bereits in der bekannten Metaanalyse von Richards et al. [27] festgestellt, dass die Fünfjahresüberlebensrate besser ist, wenn in einem interdisziplinären Zentrum behandelt wurde und der Operateur mehr als 30 bis 50 neue Fälle von Brustkrebs pro Jahr therapiert.

➤ Interdisziplinarität spielt eine ganz wesentliche Rolle für den Überlebensvorteil

Richards et al. [9] gingen mit ihrer Forderung nach Interdisziplinarität noch weiter. Sie befürworteten die Implementierung der Empfehlungen im Calman-Hine-Report nach dem „Hub-and-Spoke“ (Speiche- und Mittel-/Angepunkt)-Modell und zeigten auf, dass in einer Region wie den West Midlands mit einer Brustkrebsinzidenz von 105/100.000 (etwa 5250 Neuerkrankungen pro Jahr) 16 „cancer units“ nötig sind, die an jeweils einem von vier Brustkrebszentren („cancer centers“) angeschlossen sind.

Die zentrale akademische Einheit, „hub“, ist dabei die Universität, die sowohl ein „cancer center“ bildet als auch Grundlagenforschung und Einführung neuer Therapien sowie klinische Studien entwickelt, implementiert und überwacht. Als entscheidend für dieses Modell sahen Richards et al. [27] die Einführung eines Informationsnetzwerkes als Mittel, um Zentrum und Satelliteneinheiten zusammen zu binden und herauszufinden, ob diese Strukturen zu einer Verbesserung der Mortalität und der Lebensqualität führen.

In der Literatur kristallisiert sich heraus, dass die Interdisziplinarität, aber nur wenn es um das Mammakarzinom geht, wichtiger ist als die Spezialisierung des Operateurs.

Die operative Therapie des Mammakarzinoms ist nämlich, zumindest bei der Ablatio, weniger aufwendig als Operatio-

nen beim Kolon- oder Ovarialkarzinom. Daher wird in allen Diskussionen die Hypothese aufgestellt, dass beim Kolon- und Ovarialkarzinom der „case load“ des Operateurs zählt, beim Mammakarzinom aber der „case load“ (und damit die Erfahrung) der Experten im Team (Radiologe, Pathologe, Operateur, Onkologe, Radioonkologe).

Basis der Qualitätssicherung

Die interdisziplinäre Versorgung von Patientinnen mit Mammakarzinom erfordert ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) mit fortlaufender Qualitätssicherung (QS), das eine umfassende Dokumentation und die externe Auswertung der QS-Daten beinhaltet. Dies ist auch Voraussetzung für die Zertifizierung eines Brustzentrums nach den „Fachlichen Anforderungen an Brustzentren“ (FAB) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS). Basis hierfür sind die beiden evidenzbasierten interdisziplinären nationalen Stufe-3-Leitlinien (S3-LL) zur „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau“ sowie zur „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“ der DGS, DKG und beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Die Versorgungsqualität beim Mammakarzinom steht im Fokus der Kooperationsgemeinschaft aus DGS, DKG und Deutscher Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) sowie dem Westdeutschen Brust-Centrum (WBC), einer Teilorganisation des Deutschen Onkologie Centrums (DOC).

Benchmarking als „proof of principle“

Das Benchmarking stellt einen kontinuierlichen Prozess zur systematischen Verbesserung der Versorgungsqualität dar. Aus der Wirtschaft stammend lässt sich das Prinzip grundsätzlich auch auf Kliniken und die von ihnen angebotenen Behandlungen übertragen [20]. Der Vergleich mit den besten Mitbewerbern kann Innovationspotenziale in der eigenen Einrichtung erschließen, indem erkannte und entsprechend modifizierte „best practices“ auf das eigene Krankenhaus übertragen

Hier steht eine Anzeige.



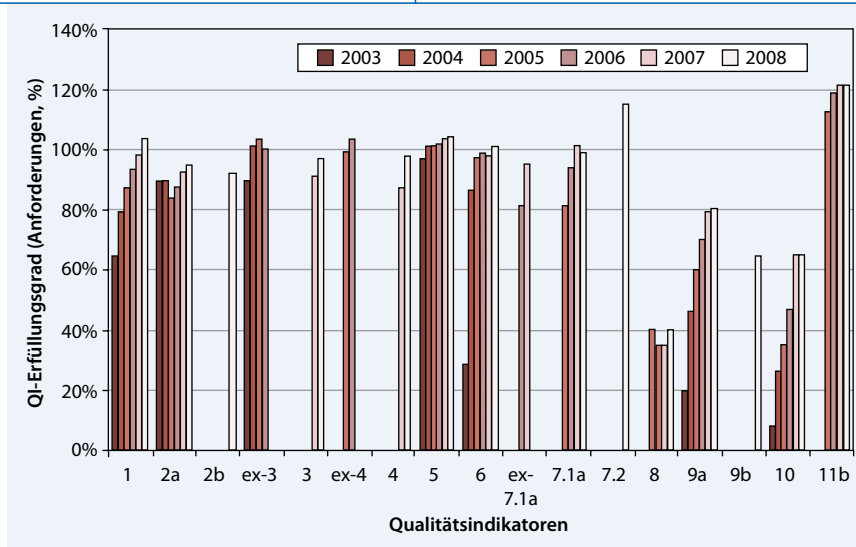


Abb. 2 ▲ Relativer Erfüllungsgrad der Qualitätsindikatoren (QIs) im Zeitraum 2003–2008 als Prozentsatz der jeweiligen Vorgabe für das dritte Jahr der Zertifizierung gemäß den fachlichen Anforderungen an Brustzentren (FAB)

werden. Da sich die einzelnen Kliniken hinsichtlich ihrer Stärken und Verbesserungspotenziale unterscheiden, kann jedes Haus von ausgeprägten Stärken anderer Benchmarking-Partner lernen und so das eigene Leistungsprofil gezielt ausbauen. Erfolgt dieser Vergleich anonymisiert, muss kein Prestigeverlust befürchtet oder in Kauf genommen werden.

► **Der Vergleich mit den besten Mitbewerbern kann Innovationspotenziale erschließen**

Voraussetzung für das Benchmarking ist jedoch der Aufbau einer Infrastruktur, um die Qualitätsindikatoren zusammenzuführen und einen Vergleich durchführen zu können. Qualitätsindikatoren sind klinische Messgrößen, die in einem definierten Beobachtungszeitraum die Qualität eines Brustzentrums widerspiegeln sollen. Sie sollen alle drei Teilqualitäten eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) umfassen [19]:

- Strukturqualität (u. a. Anzahl der Mitarbeiter und ihre Qualifikationen, Größe der Räume, apparative Ausstattung),
- Prozessqualität (z. B. Zusammenarbeit der Fachabteilungen, Kommunikationsfluss, diagnostische und therapeutische Parameter) und
- Ergebnisqualität (u. a. Komplikations- und Rezidivrate, krankheitsfreies

Überleben und Patientinnenzufriedenheit).

Langfristig sind allerdings als Indikatoren bei der Behandlung des Mammakarzinoms vor allem die Morbidität und Mortalität von zentralem Interesse, d. h. die Ergebnisqualität. Lokalrezidive bzw. Metastasierungen werden jedoch häufig erst in 5- bis 10-Jahres-Zeiträumen evident. Im Hinblick auf das im Allgemeinen über mehrere Jahre andauernde Krankheits- und Therapiegeschehen müssen somit zunächst, zumindest vorläufig, ersatzweise relativ kurzfristig messbare, relevante Surrogatparameter zur Messung von Qualitätsunterschieden und Qualitätsverbesserungen herangezogen werden [1, 2, 3, 19]. Das bedeutet, dass in den ersten Jahren des Benchmarking hauptsächlich die Leitlinien-treue überprüft wird.

Zentrumsbildungen und Zertifizierungswesen sind hinsichtlich ihrer Effekte bisher kaum fundamental wissenschaftlich untersucht worden. Um dies für die interdisziplinären Brustzentren zu tun, wurde in Deutschland erstmals eine prospektive multizentrische Studie im Zeitraum 2003–2008 durchgeführt [5].

Mit Hilfe eines von der DKG und DGS entwickelten richtlinienorientierten Anforderungssystems wurde ein Fragebogen mit 185 Einzelparametern basierend auf den beiden S3-Leitlinien erstellt. Spezialisierte Brustzentren und Krankenhäu-

ser mit „breast care units“ in Deutschland, Österreich, Schweiz und den deutschsprachigen Teilen Italiens wurden zur Teilnahme eingeladen.

Zur Durchführung dieser Studie wurde ein landesweites Kooperationsnetzwerk zwischen zertifizierten interdisziplinären Brustzentren (BZ) mit einer externen unabhängigen Datenerfassungs- und Auswertungsinstitution (Westdeutsches Brustzentrum, WBC) etabliert. Auf freiwilliger Basis beteiligten sich zertifizierte BZ an einem Benchmarking-Projekt, für das ein gesonderter Datensatz für Qualitätsindikatoren (QI) entwickelt und zur standardisierten Datenerfassung verwendet wurde. Ein Satz von ursprünglich neun aus leitlinienbasierten Qualitätszielen abgeleiteten QIs wurde jährlich überprüft und durch Modifikation bzw. auch Neueinführung von QIs weiterentwickelt. Die zeitlichen Veränderungen der QIs wurden dabei deskriptiv ausgewertet.

Im Ergebnis erhöhte sich die primäre Anzahl der teilnehmenden BZ zwischen 2003 und 2008 von 59 auf 229, die der postoperativ gesicherten primären Brustkrebs-erkrankungen von 5994 auf 36.914 (74% der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland). Bis 2008 wurden (ausgehend von 9) 15 QIs als Surrogatindikatoren für die langfristige Ergebnisqualität entwickelt. Von 2003 bis 2008 konnten starke Steigerungen für diese QIs beobachtet werden:

- für die präoperative Diagnosesicherung von 58 auf 93%,
- antihormonelle Therapie bei positiven Hormonrezeptoren von 27 auf 96%,
- adjuvante und neoadjuvante Systemtherapie (ohne Altersbegrenzung) von 32 auf 71% sowie
- Bestrahlungen nach brusterhaltender Therapie von 20 auf 80% bzw.
- Mastektomie von 8 auf 65%.

Die Entwicklung des relativen Erfüllungsgrades der Qualitätsindikatoren zeigt beispielhaft **Abb. 2**.

Die Ergebnisse sind bemerkenswert: Die Akzeptanz des Benchmarking-Konzeptes wird belegt durch die Steigerung der Behandlungsfälle in den teilnehmenden DKG/DGS-zertifizierten Brustzentren in Deutschland. Erstmals wur-

Tab. 1 Zertifizierung von Brustzentren (Stand 31.10.2009)									
		01.01.06	01.01.07	01.01.08	01.01.09	Quartal			31.10.09
						1.	2.	3.	
Laufende Verfahren		24	16	13	10	8	11	9	6
Zertifizierte Zentren		99	165	163	181	185	185	191	195
Zertifizierte Standorte		124	176	205	232	238	238	245	249
Anzahl der Standorte	1	82	102	126	135	137	137	143	147
	2	11	27	34	43	45	45	44	44
	3	4	4	1	1	1	1	2	2
	4	2	2	2	2	2	2	2	2
Primärfälle	Gesamt	20.089	27.722	33.955	41.322	42.774	44.529	45.926	46.664
	Pro Zentrum	203	205	208	225	231	241	241	239
	Pro Standort	162	158	166	178	180	187	188	187
Gesamtanteil (%)		40,2	55,4	67,9	72,2	74,7	77,8	80,3	81,5

den so valide Aussagen zur Versorgungsrealität für Deutschland möglich; die Erfassung von Longitudinalverläufen scheint gewährleistet!

Zertifizierung von Brustzentren als „proof of concept“

Von speziellem Interesse ist außerdem, inwieweit sich der Prototyp „Brustzentrum“ auf andere onkologische Zentrumsbildungen übertragen lässt. Im Hinblick auf die hohe Mammakarzinominzidenz und die anerkannte Notwendigkeit, eine adäquate multidisziplinäre Behandlung zur Verfügung zu stellen, kann das Management dieser Entität als ein prototypisches Beispiel einer ganzen interdisziplinären und intersektoralen Prozesskette betrachtet werden, ausgehend von der frühen Detektion und Diagnose bis hin zur Behandlung und Nachsorge. Dieses Konzept sollte in einer prospektiven, iterativen, interventionellen multizentrischen Studie unter Schirmherrschaft der DKG und DGS überprüft werden [4].

Die erste Pilotzertifizierung eines Brustzentrums nach ISO 9001 und den DKG/DGS-Anforderungen („Fachliche Anforderungen an Brustzentren“, FAB) konnte im Dezember 2002 erreicht werden. Das duale Zertifizierungsprozedere in der aktuellen Form war im Juli 2003 aufgestellt worden. Es beinhaltet die FAB sowie die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems im jeweiligen Zentrum.

Ein „proof of concept“ wurde durch die ersten Rezertifizierungen erreicht. En-

de 2005 konnten die ersten beiden DKG/DGS-zertifizierten Brustzentren nach der ersten Dreijahreszertifizierung erfolgreich rezertifiziert werden. Mitte 2008 hatten 79 von 80 Brustzentren die Rezertifizierung erfolgreich absolviert. Ein Zentrum hatte 2007 die Rezertifizierungs-Anforderungen nicht erfüllen können und wurde deshalb vom weiteren DKG/DGS-Zertifizierungsprogramm ausgeschlossen.

In den Jahren 2004 bis 2009 (Stand 31.10.2009) stieg die Anzahl der zertifizierten Zentren von 57 auf 195 an, davon waren 147 Zentren Einzelstandorte. Die Zahl der Zentren mit zwei Standorten blieb konstant bei 44 Zentren, wobei sich allerdings der Anteil prozentual verringerte zugunsten der Einzelstandortzentren (■ Tab. 1, ■ Abb. 3).

Innerhalb der 4,75 Jahre zwischen Januar 2005 und Oktober 2009 stieg die Anzahl der Primärerkrankungen eines Brustzentrums innerhalb des ersten Jahres nach Zertifizierung im Schnitt um 6% von 196 auf 239, während die Gesamtanzahl der behandelten primären Brustkrebs-erkrankungen an den Brustzentren, die nach dem dualen System zertifiziert waren, um das 4-fache von 11.152 auf 46.664 Fälle zunahm. Somit waren etwa 82% der in Deutschland geschätzten jährlichen 57.000 Brustkrebsneuerkrankungen in einem zertifizierten Brustzentrum diagnostiziert und behandelt worden.

Das Ergebnis dieser aktuellen deskriptiven und bisher einzigartigen Studie von Brucker et al. [4] zeigt, dass die freiwillige Zertifizierung von Brustzentren in Deutschland gut akzeptiert ist. Insgesamt

ist mittlerweile das DKG/DGS Zertifizierungsprozedere für multidisziplinäre Brustzentren in Deutschland als Modell für die Qualitätssicherung und Zentralisierung von Zentren aus anderen Krebsbereichen anerkannt.

Zusammenfassende Wertung

Die gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre verdeutlichen die erhöhte Bedeutung, die der Erkrankung Brustkrebs beigemessen wird. Das Bestreben geht primär dahin, in einem strukturierten, sektorenübergreifenden Qualitätsmanagement (QM) die Versorgung der Patientinnen optimiert zu steuern, um Fehl-, Unter- oder Überversorgung einzuschränken. Das gesundheitspolitische Umdenken basierte zunächst auf der Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP) sowie in der Förderung von Screening-Programmen zur Früherkennung. Daraus ergab sich die Konsequenz, dass das klinisch-wissenschaftliche, gesundheitspolitische und sozioökonomische Umdenken notwendigerweise zur Schwerpunktbildung bezüglich der Brustkrebstherapie führen muss und damit zur geforderten Verbesserung der Versorgungsqualität.

Übergeordnetes Ziel aller an der Behandlung des Mammakarzinoms Beteiligten bleibt die Senkung der Mortalitätsrate, die Verbesserung der Lebensqualität sowie die Verlängerung des Überlebens. Voraussetzung dafür ist die Qualitätssicherung auf der Basis eines multidisziplinären, spezialisierten Managements

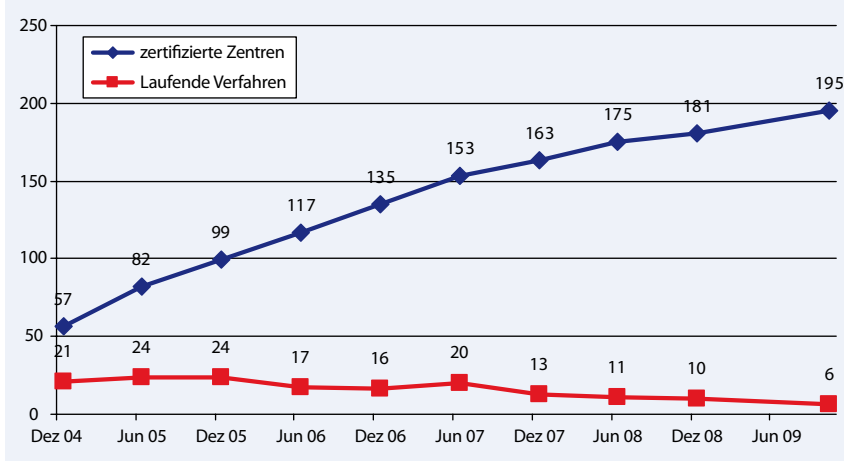


Abb. 3 ▲ DKG/DGS-zertifizierte Brustzentren. (Stand 31.10.2009)

in einem qualitätsgesicherten, zertifizierten Schwerpunkt mit einem Qualitätsmanagementsystem (QMS), das regelmäßig durch unabhängige Audits überprüft wird. Diese Brustkrebschwerpunkte müssen nun noch stärker in ein überregionales Verbundsystem eingebunden werden, indem die Versorgung nach (europäischen) Leitlinien stattfindet, Studien durchgeführt werden und deren Daten innerhalb des Verbunds einheitlich dokumentiert werden sowie ein gemeinsames Benchmarking basierend auf einheitlich definierten Qualitätsindikatoren durchgeführt wird. Der Erfolg dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen wird dann mit Hilfe einer gut strukturierten Dokumentation anhand der Ergebnisqualität und des Erfüllungsgrades für die einzelnen QIs gemessen.

Inhaltlich müssen zukünftig die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowohl in der nationalen wie in der europäischen Diskussion weiterhin auf Qualität in der Onkologie hinwirken. Vor allem eine intensive Arbeit in der Diagnostik ermöglichte, dass immer mehr Frauen in einem für die Prognose besseren Frühstadium der Primärtherapie zugeführt werden. Darüber hinaus haben Entwicklungen der interventionellen Diagnosesicherung, in Form von minimal-invasiven Verfahren dazu beigetragen, dass bei immer weniger Fällen durch Diagnoseverschleppung die Prognose verschlechtert wird. Ebenso können Tausende unnötiger offener Biopsien pro Jahr durch interventionelle ambulante Verfahren ersetzt werden [22]. Der Paradigmenwechsel [18] im therapeutischen Denken basiert auf der individua-

lisierten Reduzierung der operativen Radikalität hin zum Brusterhalt durch optimierte Operationsverfahren, z. B. Onkoplastik bzw. rekonstruktive Maßnahmen [32]. Dabei werden nicht nur bei immer mehr Patientinnen brusterhaltende Vorgehensweisen möglich, gleichermaßen wird die Lokalrezidivrate durch die histologisch kontrollierte Tumorsektion verringert [33].

Immer mehr wird auch der systemischen Tumorkontrolle sowie einer neoadjuvanten und adjuvanten Therapie [33] Rechnung getragen. So erfolgte die Integration der lokalen Tumorkontrolle in multimodale systemische Therapiekonzepte entsprechend einer differenzierten Indikationsstellung z. B. durch die Sentinel-Lymphknoten-Diagnostik [10, 24] und durch Nachweis der Tumorzell dissemination [31, 34].

Vor dem Hintergrund der immer noch bestehenden, eher noch weiter zunehmenden Emotionalisierung und Politisierung des Themas „Brustkrebs“ scheint ein gesundheitspolitisches Management qualitätssichernder Maßnahmen unabdingbar geworden zu sein. Zudem wurde erstmals zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Brustkrebspatientinnen per Gesetz eine Mindestmengenforderung formuliert. Im Sozialgesetzbuch (SGB) V § 137 wird die Festlegung von Mindestmengen für Leistungen, bei denen „die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist“, durch die Partner der Selbstverwaltung gefordert. Krankenhäuser, die diese Mindestmengen nicht erfüllen, sollten ab

2004 diese Leistungen nicht mehr erbringen. Bei Gefährdung der flächendeckenden Versorgung darf allerdings von den Mindestmengen abgewichen werden.

Zum gesetzlich geforderten Einzelnachweis einer qualitativ hochwertigen Versorgung heißt es im Sozialgesetzbuch V: „Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser, sowie die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit denen ein Vertrag nach § 111 besteht, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen ermöglicht werden.“

Inwiefern sowohl dieser ärztlich-wissenschaftliche und apparative Standard sowie die Qualitätssicherung durch Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen flächendeckend finanzierbar sind, ist letztendlich noch ungeklärt. So erscheint die Studie von Pagano et al. [26] immer noch realistisch, nach der sich die Kosten-Erlös-Rechnung für „high quality breast cancer centers“ mit der entsprechenden Spezialisierung und Multidisziplinarität sich erst ab mindestens 200 primären Mammakarzinomen pro Jahr als balanciert errechnen lässt. Dabei ist neben den geschilderten Fakten der höchste Kostenfaktor, der auch eine Flächendeckung auf diesem Niveau als sehr fraglich erscheinen lässt, der Kostenfaktor der ständigen Verfügbarkeit und Interaktion einer Multidisziplinarität.

Hinsichtlich der Wertigkeit von Zentrum- oder Schwerpunktbildung bzw. Zertifizierung lässt sich folgern, dass es zwar einen positiven Zusammenhang zwischen Fallzahl pro Jahr pro Krankenhaus bzw. Fallzahl pro Jahr pro Operateur und der Verbesserung der Überlebensraten gibt, diese Zahlen aber strengen statistischen Kriterien nicht immer unbedingt standhalten.

— Fest steht allerdings, dass Interdisziplinarität und Qualitätssicherung zur Verbesserung der onkologischen Ergebnisse entscheidend beitragen.

Durch die Einführung einer Qualitätssicherung erfolgt darüber hinaus auch

Hier steht eine Anzeige.



ein Bewusstmachen der Prozessabläufe und damit die Verbesserung von interdisziplinärer Kooperation und somit eine Verbesserung der Versorgung der Patientin.

Über die Flächendeckung hinaus muss die Implementierung von Leitlinien gefördert werden, die den gemeinsamen Datentransfer zum Benchmarking bzw. die Benchmarking-Analyse begleiten. Solche „centers of excellence“ sind vor allen Dingen für den Wissenstransfer, die Studienrekrutierung, die wissenschaftliche Auswertung und die Implementierung der Leitlinien auf neuestem Stand unabdingbare Voraussetzungen. Auf dieser Basis kann eine Harmonisierung der Qualitätsanforderungen zwischen den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der nationalen und europäischen Ebene angestrebt und auch umgesetzt werden.

Unter der Homepages von DKG (www.krebsgesellschaft.de) und DGS (www.senologie.org) stehen weitere Informationen, z. B. zu Zertifizierungsstellen, Erhebungsbögen und fachlichen Anforderungen, zur Verfügung.

Neben der Notwendigkeit der Vereinfachung der dargestellten Benchmarking-Verfahren, der Ermöglichung kostengünstiger zentraler Verfahren bzw. der Entbürokratisierung der Qualitätssicherung und Zertifizierung sollte nach wie vor das gesetzliche Mammographie-screening unter Miteinbeziehung des Netzwerkes der niedergelassenen Fachärzte direkt mit den zertifizierten Brustzentren verbunden werden. Ebenso ist vor dem Hintergrund des enormen und darüber hinaus nicht vergüteten Aufwandes der Dokumentation, des Benchmarking und der Qualitätssicherung undenkbar, dass verschiedene Sicherungssysteme nicht harmonisiert nebeneinander existieren! Dabei muss betont werden, dass eine Vereinheitlichung nationaler mit internationalen logischen Zertifizierungsverfahren auch noch nicht umgesetzt ist.

Das Mammakarzinom ist aufgrund seiner hohen Inzidenz und der Erfordernis einer interdisziplinären Versorgung besonders geeignet für eine Überprüfung, ob das diesbezüglich angewandte Instrumentarium eines natio-

nen Benchmarking als Prototyp für onkologische Zentrumsbildungen fungieren kann. Zukünftig muss das Benchmarking aber nicht nur auf der Basis des XML-Datensatzes weiter standardisiert werden, sondern auch die konkurrierenden Systeme in Deutschland DOC vs. BQS müssen gegenüberstellend evaluiert werden und ggf. harmonisiert werden. Problematisch ist auch, dass mindestens ein Drittel aller Brustzentren eigene Benchmarking-Systeme nutzen.

Fazit für die Praxis

Das angestrebte Ziel der Etablierung eines deutschlandweiten Netzwerkes von zertifizierten Brustzentren ist weitgehend erreicht. Der nächste wichtige Schritt ist die Rezertifizierung aller bereits zertifizierter Zentren, die noch höhere Standards erforderlich macht. Die Implementierung zertifizierter multidisziplinärer Brustzentren im Rahmen der onkologischen Qualitätsoptimierung stellt eine beispiellose Erfolgsgeschichte in der onkologischen Versorgungsoptimierung dar, die international hohe Beachtung findet [4, 5]. Das Versorgungsnetzwerk angefangen vom Mammographie-Screening über die interventionelle Diagnostik und die Therapie im Brustzentrum bis hin zur Nachsorge weist noch Webfehler auf, die dringend einer Reparatur bedürfen. Obwohl die eigentlichen Endpunkte in der Therapie des Mammakarzinoms, nämlich die Langzeitüberlebensrate bzw. die Rezidiv-/Metastasierungsrate, zum jetzigen Zeitpunkt nur durch die Surrogatparameter tendenzmäßig erfasst werden können, so zeigen sich für zertifizierte und nicht zertifizierte Brustzentren bei der Behandlung nach Leitlinien (sog. Leitlinientreue) schon unterschiedliche Tendenzen. Dennoch ist zu vermuten, dass durch die Bewusstmachung der Problematik in der Öffentlichkeit und die zunehmende Hinwendung zur evidenzbasierten Medizin auf der Basis der S3-LL die Unterschiede wünschenswerter Weise immer geringer werden lässt, sodass das Zitat von Kafka immer mehr in den Mittelpunkt rückt: „Der Weg ist das Ziel!“

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. D. Wallwiener
 Universitäts-Frauenklinik Tübingen
 Calwerstr. 7, 72076 Tübingen
diethelm.wallwiener@med.uni-tuebingen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Benchmarking WBC® Abschlussbericht 2003 (2004) WBC Westdeutsches Brust-Centrum, Düsseldorf
2. Benchmarking WBC® Bericht 2. Halbjahr 2004 (2005) WBC Westdeutsches Brust-Centrum, Düsseldorf
3. Benchmarking WBC® Bericht 2005 (2006) WBC Westdeutsches Brust-Centrum, Düsseldorf
4. Brucker SY, Bamberg M, Jonat W et al (2009) Certification of breast centres in Germany: proof of concept for a prototypical example of quality assurance in multidisciplinary cancer care *BMC Cancer* 9:228
5. Brucker SY, Schumacher C, Sohn C et al (2008) Benchmarking the quality of breast cancer care in a nationwide voluntary system: the first five-year results (2003–2007) from Germany as a proof of concept. *BMC Cancer* 8:358
6. Brucker SY, Schumacher C, Sohn C et al (2008) Onkologische Qualitätssicherung am Beispiel des Mammakarzinom- Benchmarkings interdisziplinärer Brustzentren. Eine Analyse der Qualitätsindikatoren 2003–2006 mit dem Deutschen Onkologie Centrum (WBC/DOC). *Geburtsh Frauenheilk* 68:629–641
7. Bundesministerium für Gesundheit (2007) Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele. Berlin
8. Cady B, Falkenberg S, Chung MA (2000) The surgeon's role in outcome in contemporary breast cancer. *Surg Oncol Clin* 9:119–132
9. Chief Medical Officers'expert advisory group on cancers (1995) A policy framework for commissioning cancer services. Department of Health and Welsh Office, London
10. Diesing D, Hönig A, Fersis N et al (2003) Sentinel node biopsy in breast cancer specifies but does not (yet) replace axillary lymphonodectomy. *Geburtsh Frauenheilk*
11. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (1992) Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy. 133 randomised trials involving 31,000 recurrences and 24,000 deaths among 75,000 women. *Lancet* 339:1–15
12. European Society of Mastology (EUSOMA) Guidelines (2000) The requirements of a specialist breast unit. *Eur J Cancer* 36:2288–2293
13. Ferlay J, Autier P, Boniol M et al (2007) Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 18:581–592
14. Giersiepen K, Heitmann C, Janhsen K, Lange C (2005) Brustkrebs. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Heft 25. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, Berlin
15. Gillis CR, Hole DJ (1996) Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3768 patients in the west of Scotland. *BMJ* 312:145–148

16. Gollidge J, Wiggins JE, Callam MJ (2000) Effect of surgical subspecialization on breast cancer outcome. *Br J Surg* 87:1420–1425
17. Grilli R, Minozzi S, Tinazzi A et al (1998) Do specialists do it better? The impact of specialization on the processes and outcomes of care for cancer patients. *Ann Oncol* 9:365–374
18. Grischke EM, Wallwiener D (2000) Das Mammakarzinom an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. *Gynäkologie* 33:757–763
19. Jahresauswertung Benchmarking Brustzentren WBC 2006 (2007) WBC Westdeutsches Brust-Centrum, Düsseldorf
20. Jakob M (2001) Benchmarking im Krankenhaus. Diplomarbeit, Katholische Fachhochschule Norddeutschland, Osnabrück
21. Kotwall CA, Covington DL, Rutledge R et al (1996) Patient, hospital, and surgeon factors associated with breast conservation surgery. *Ann Surg* 224:419–429
22. Krainick U, Meyberg-Solomayer, Majer I et al (2002) Minimal invasive Mammabiopsien: Die Vakuumbiopsie (VB) mit dem Handheld (HH) Mammotome™ unter Ultraschallsicht – Erfahrungen und Indikationsspektrum des Brustzentrums Tübingen. *Geburtsh Frauenheilk* 62:346–350
23. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. und Robert Koch-Institut (2008) Krebs in Deutschland 2003–2004. Häufigkeiten und Trends, 6. überarbeitete, aktualisierte Aufl. Saarbrücken
24. Kühn T, Ostertag H, Bauerfeind I et al (2002) Sentinel-Node-Biopsie beim Mammakarzinom. *Frauenarzt* 43:1324–1328
25. McKee MD, Cropp MD, Hyland A et al (2002) Provider case volume and outcome in the evaluation and treatment of patients with mammogram-detected breast carcinoma. *Cancer* 95:704–712
26. Pagano E, Ponti A, Gelormino E et al (2003) An economic evaluation of the optimal workload in treating surgical patients in a breast unit. *Eur J Cancer* 39:748–754
27. Richards M, Sainsbury R, Kerr D (1997) Inequalities in breast cancer care and outcome. *Br J Cancer* 76:634–638
28. Roohan PJ, Bickell NA, Baptiste MS et al (1998) Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer. *Am J Public Health* 88:454–457
29. Sainsbury R, Howard B, Rider L et al (1995) Influence of clinician workload and pattern of treatment on survival from breast cancer. *Lancet* 345:1265–1270
30. Schön D, Bertz J, Görsch B et al (2004) Die Dachdokumentation Krebs. Eine Surveillance-Einrichtung der Krebsregistrierung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 47:429–436
31. Solomayer EF, Diel IJ, Meyberg GC et al (1998) Prognostic relevance of cathepsin D detection in micrometastatic cells in the bone marrow of patients with primary breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 49:145–154
32. Wallwiener D (2000) Aktuelle Aspekte in der Behandlung des Mammakarzinoms. *Med Welt* 1:5–6
33. Wallwiener D, Diel IJ, Solomayer EF et al (1998) Neoadjuvante Chemotherapie bei lokal fortgeschrittenen Mammakarzinomen: Tumorregression und perioperative Komplikationen. *Geburtsh Frauenheilk* 58:44–50
34. Wulfschuhle J, Sgroi D, Kruztsch H (2002) Proteomics in human breast ductal carcinoma in situ (DCIS). *Cancer Res* 62:6740–6749

Julia Bellabarba, Christine Kuch Qualitätsmanagement jenseits von Checklisten

Wie Qualitätsmanagement in der
Praxis wirklich Nutzen bringt

Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft 2009, 1. Auflage, 252 S.,
(ISBN 978-3939069898), 54,95 EUR

Qualitätsmanagement (QM) hat sehr viel mit der Etablierung einer Qualitätskultur zu tun und lässt sich deshalb begreiflicher Weise nicht anordnen, sondern muss aus eigenem Antrieb gelebt werden. Aufwand und Nutzen sollten in einem sorgfältigen Verhältnis zueinander stehen, was letztlich machbar ist und tatsächlich auch zu einer Verbesserung führt.

Qualitätsmanagement ist demnach kein Selbstzweck, sondern beschreibt eine Methode, die eine Qualitätssteigerung – oder zumindest die Sicherung einer bestehenden guten Qualität – der erbrachten Leistungen zum Gegenstand hat. Hierzu werden durch das QM verschiedene Elemente und Werkzeuge angeboten, die ein standardisiertes und strukturiertes Vorgehen ermöglichen.

Der Titel des Buches ist zunächst sehr vielversprechend, wird aber den Inhalten leider nicht gerecht. Wer erwartet, eine Vielzahl neuer Anregungen und praktischer Hinweise zu erhalten – die der Praxis „wirklich Nutzen“ bringen – wird sichtlich enttäuscht sein. Einmal mehr werden die üblichen Begriffe des QM erläutert, formale und rechtliche Vorgaben aufgeführt und QM-Tools für die Praxis beschrieben – um nur einige Inhalte zu nennen. Die Einführung von QM wird auch nicht fokussiert, sondern für Arztpraxen, psychotherapeutische Praxen und Medizinische Versorgungszentren gleichermaßen beschrieben. Im Gegensatz hierzu werden dann aber die praktischen Beispiele nicht aus dem Arbeitsumfeld niedergelassener Ärzte oder Psychotherapeuten, sondern aus dem Sozialpädiatrischen Zentrum – einer großen ambulanten Einrichtung der Kinderklinik der Charité in Berlin – und der Abteilungen für Transfusionsmedizin einiger Berliner Krankenhäuser und spezialisierter Arztpraxen aufgegriffen. Das macht keinen Sinn.

Obwohl der Titel des Buches auch suggeriert, dass „Qualitätsmanagement jenseits von Checklisten“ möglich sei, gelingt es den Autoren nicht dieses zu belegen. Im Buch

selbst findet sich nicht nur eine Vielzahl von Checklisten, sondern auch die Wiederholung der bekannten QM-Tools und weiterer Instrumente des QM.

Zwar werden manche Begriffe des Qualitätsmanagements übersichtlich und präzise erläutert, andere wiederum zwar erwähnt, aber nicht näher erklärt – beispielsweise die „Balanced Scorecard“. Den Grund hierfür kann ich nicht nachvollziehen. In einem Praxisbuch möchte ich die empfohlenen Konzepte und Instrumente schon näher charakterisiert und auch beispielhaft aufgezeigt bekommen. Vor allem, wenn es ein Praxisbuch sein möchte, das – so die Autoren – die „Einführung von QM nach dem Lustprinzip“ ermöglicht.

Wer einen allgemeinen Überblick zum Thema Qualitätsmanagement möchte, erhält viele Informationen in unterschiedlichen Themenblöcken präsentiert. Es wird jeweils auf die speziellen Anforderungen unterschiedlicher Sektoren im Gesundheitswesen eingegangen, ohne jedoch erschöpfend zu sein. Auch werden die verschiedenen QM-Systeme im kurzen Überblick vergleichend dargestellt, sodass eine rasche Orientierung möglich ist. Positiv zu erwähnen und wichtig für den Praxisalltag sind die Erklärungen und Beispiele zur Verbesserung von Kommunikation, Vertrauen und Verbindlichkeit. Mit diesen Informationen vertieft der Leser nicht nur seine Fähigkeiten, sondern erhält auch einen Eindruck, wie die Kommunikation mit Patienten und Mitarbeitern verbessert werden kann.

Insgesamt reiht sich das Buch in die bereits am Markt etablierten Werke ein, besondere „Lust für QM“ bekommt hingegen auch durch dieses Buch kein Arzt und kein Psychotherapeut. Vielleicht sollte für zukünftige Auflagen ein anderer Titel gewählt und ein Stichwortverzeichnis vorgesehen werden.

M. Frank (Karlsruhe)
Matthias Frank (Karlsruhe)