

Wesentliche Textpassagen zu den Folien:

Folie 3:

Einleitend muss ich Ihnen kurz die postulierten Ziele der Zentrenbildung in Erinnerung rufen da so deutlich wird, warum sich im Krankenhaussektor zunehmend ein Spannungsfeld um die Thematik entwickelt.

Folie 5:

Die Notwendigkeit von Zentrenbildung wird mit der scheinbar nur durchschnittlichen Versorgung krebskranker Pat. in unserem Land insbesondere anhand der Ergebnisse der CONCORD Studie begründet.

Folie 8:

Es wird behauptet, dass nur eine Zertifizierung eine adäquate Behandlung sicherstellt und von den geforderten Leistungsanforderungen keine Abstriche bei Re-Zertifizierungen geduldet werden.

Folie 9:

Nach den Vorgaben des SGB V und der Rechtsprechung ist lediglich gefordert: das Notwendige ausreichend zu behandeln und der BGH fordert dafür nur die Kenntnis und das Können eines durchschnittlichen, erfahrenen Facharztes ein.

Folie 11:

Auch Nichtzentren können gute Qualität erbringen. Die eigene Datensammlung soll verdeutlichen, auf welche Weise bisher die Diskussion geführt wird. Anhand einzelner, nicht risikoadjustierter Datensätze und statistisch unerlaubter Vergleiche wird enormer Handlungsbedarf suggeriert.

Folie 12:

Die vom An – Institute aus Magdeburg erhobenen Ergebnisse spiegeln eine gute chirurgische Versorgung in Deutschland wider. So sind bei Colonresektionen durchschnittlich 3 % Anastomosen - Insuffizienzen erreicht worden, der Wert, der folgerichtig von Onkozeit als Sollvorgabe für Darmkrebszentren gefordert wird.

Folie 13:

Völlig unklar ist, ob das Ziel einer optimalen Behandlung bzw. einer Qualitätssteigerung durch Zentrenbildung überhaupt erreicht werden kann.
Denn die Leistungsfähigkeit von Chirurgen unterliegt einer Vielzahl von Faktoren.
Eine wie auch immer verlaufende Gaus'sche Kurve resultiert. Diese veranschaulicht einige zu beachtende Punkte:
Erstens sind Spitzenleistungen nur von ganz wenigen Chirurgen zu erwarten.
Zweitens sei die Frage diskutiert, wer denn diejenigen Patienten versorgen soll, wenn die unterdurchschnittliche Hälfte der Chirurgen von der weiteren Versorgung ausgeschlossen werden würde! Ein schlechter „Darmchirurg“ muss ja nicht unbedingt ein hervorragender „Schilddrüsenchirurg“ sein, um die so zwangsläufig entstehenden Kapazitätsprobleme ausgleichen zu können.
Drittens weiß niemand sicher, wie sich der Erfolgsdruck auswirken wird, der durch die Offenlegung von Komplikationsraten entsteht, zumal ja erhebliche Sanktionen angedroht werden.

Folie 18:

Schwedische Kollegen haben den Erfolg eines solchen Teaching-Programms für die TME publiziert. Dreizehn Fortbildungen der behandelnden Ärzte reichten aus, um die Rektumamputationsrate sowie die lokale Rezidivrate signifikant zu halbieren und die Überlebensrate zu verbessern.

Folie 21:

Etwa 10 % der Zentren erreichten nicht die verlangte gute TME Qualität bei ja lediglich nur 70 % ihrer Patienten. Zukünftig soll sogar der Mercury Grad 2 eine gute TME Qualität bescheinigen!

Folie 22:

2/3 der Zentren erreichten nicht den geforderten Sollwert von kleiner gleich 3 % Anastomosensuffizienzen bei elektiven Colonresektionen. Hier soll zukünftig nur noch die reinterventionspflichtige Insuffizienz gezählt werden und der Sollwert wird von 3 auf 6 % angehoben, pardon verändert. Verantwortungsbewusst müsste man fordern: Stoppt das Projekt! Die DKG hält sich nicht an ihre eigenen Vorgaben! Wo bitte bleibt denn da die Verbesserung, wo die Ethik?

Folie 24:

Erinnern wir uns: die Daten des An - Institute zeigen: durchschnittlich 3 % Insuffizienzen sind am Colon in Deutschland erreichbar. Von Zentren sollte man im Schnitt einen besseren als durchschnittlichen Wert, also eher 2 % erwarten können.

Folie 25:

Bzgl. der Schilddrüsenzentren erschließt sich mir die angestrebte Qualitätssteigerung anhand des definierten Referenzwertes für postoperative Stimmbandnervenlähmungen auch nicht wirklich.

Folie 26:

Unklar ist auch, anhand welcher konkreter Parameter denn letztlich der Ausschluss von Kollegen erfolgen soll. Bei Zentren mit kleinen Fallzahlen würde man ein komplettes Berufsleben eines Chefarztes benötigen, um justifiable Daten erheben zu können. Ein Effekt ist so nicht zu erzielen!

Folie 32:

Obwohl also bisher ein sicherer Nachweis fehlt, dass die Zertifizierung von Zentren überhaupt messbar die Versorgungsqualität verbessert, haben schon ein „Zentren-Ranking“ geschaffen - ebenso ohne jede fundierte ergebnisorientierte Grundlage.

Folie 34:

Festzuhalten bleibt, dass wir Ressourcen verschwenden, wenn kein positiver Effekt durch Zentren nachgewiesen werden kann, und das ist gesetzeswidrig!