Ryoji Iwata / Unsplash

Hoch spezialisierte Medizin in der Schweiz

Kurswechsel ist dringend nötig

Markus Furrer[a], Hugo Keune[b], Florian Dick[c], Bruno Schmied[d]

[a] Prof. Dr., Ärztlicher Direktor und Departementsleiter Chirurgie, stv. CEO, Kantonsspital Graubünden; [b] CEO Kantonsspital Graubünden; [c] Prof. Dr., Chefarzt Gefässchirurgie, Kantonsspital St. Gallen; [d] Prof. Dr., Chefarzt Allgemein-, Viszeral-, Endokrin- und Transplantationschirurgie, Kantonsspital St. Gallen

Qualitätseinbussen, keine flächendeckende Verteilung, zu hohe Kosten – bei der Zuteilung der Leistungen der hoch spezialisierten Medizin lauern viele Gefahren. Abhilfe schaffen kann eine Umsetzungsstrategie, die fachliche Netzwerke nutzt und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Blick behält.

Für das Gesundheitswesen sind in der föderalen Schweiz die Kantone zuständig. Zur Planung der hoch spezialisierten Medizin (HSM) erfolgte aber am 14. März 2008 eine verbindliche interkantonale Vereinbarung (IVHSM, Art. 39, Abs 2 bis im KVG).

Das Bundesverwaltungsgericht hat für die konkrete Planung in der Folge ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorgeschrieben, welches zwischen der Zuordnung von Leistungen und der Zuteilung dieser definierten Leistungen an bestimmte Spitäler (Erstellung der HSM-Spitalliste) zu unterscheiden hat.

Um hoch spezialisierte Leistungen zu definieren und dann Zuteilungen vorzunehmen, hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz das HSM-Beschlussorgan gebildet. Dieses stützt sich bei seinen Entscheidungen auf die fachliche Beurteilung eines Teams aus Expertinnen und Experten, dem sogenannten HSM-Fachorgan, ab.

Qualität und Wirtschaftlichkeit gefährdet

Die IVHSM legt verschiedene Grundsätze für die Planung fest: betroffen sind nur stationäre Leistungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mitfinanziert werden (Art. 7 Abs. 4 IVHSM). Zur Erzielung von Synergien sind die HSM-Leistungen einigen wenigen multidisziplinären Zentren zuzutei-

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

len (Art. 7 Abs. 1 IVHSM). Lehre und Forschung sind ebenso miteinzubeziehen wie die Wirtschaftlichkeit, und es müssen die Abhängigkeiten zwischen verschiedenen (Fach-)Bereichen berücksichtigt werden (Art. 7 Abs. 2 und 3 IVHSM).

Widersprüche bei HSM-Vorgaben

Soweit so gut – alles scheint bei diesem fachlich-medizinisch, juristisch, ökonomisch und politisch gut abgestützten Vorgehen klar und sinnvoll geregelt zu sein. Bei der Umsetzung treten aber zunehmend relevante Widersprüchlichkeiten zu den genannten HSM-Vorgaben auf. Vor allem besteht das Risiko, dass eine flächendeckende und damit zugangsgerechte Gesundheitsversorgung in der Schweiz gefährdet wird.

Wir schlagen konkrete Alternativen bei der Zentraliserung der hoch spezialierten Leistungen vor.

Eine spürbare Qualitätseinbusse bei der regionalen Behandlung von «HSM-Patientinnen und -patienten» wird durch unterbrochene Behandlungsketten eintreten. Dies vor allem in denjenigen Institutionen, welche über ihren Leistungsauftrag zwar in die längerfristige Betreuung dieser Personen eingebunden sind, in der Akutphase den Vorgaben für die entsprechenden HSM-Eingriffe aber nicht genügen.

Es bestehen auch berechtigte Zweifel, ob die Entscheidungen tatsächlich stets mit Blick auf die Optimierung der Versorgung getroffen werden. So ist beispielsweise festzustellen, dass die Definition von Mindestfallzahlen selten zu einer Konzentration der Leistungen nur in der West- oder nur in der Deutschschweiz oder sogar ausserhalb der Schweiz führen. Zudem bleibt bei der Zuteilung die Wirtschaftlichkeit regelmässig unbeachtet, obschon dieses Kriterium nach der Qualitätsverbesserung das zweite Hauptziel der Konzentration von Leistungen darstellt.

Diese Entwicklung macht uns grosse Sorgen. Wir schlagen deshalb konkrete Vorgehens-Alternativen bei der Zentralisierung der hoch spezialisierten Leistungen vor.

Gerechte Verteilung der Zentren

Eines der ersten HSM-Projekte war die Zentralisierung der Traumaversorgung. Hier wurden primär zwölf Schweizer Traumazentren definiert. Die Zuteilung wurde auf die Spital-Infrastruktur, das Vorhandensein von 24-Stunden-Fachkompetenzen, sowie auf vertretbare Transport-Distanzen und -Zeiten abgestützt. Im weniger dicht besiedelten erweiterten Alpenraum wurden drei Zentren (Chur, Lugano und Sion) und im dicht besiedelten nord-westlichen Raum der Schweiz neun Zentren definiert.

Damit wurde in der Anfangsphase der Schweizer HSM-Regelung auch der Topografie der Schweiz Rechnung getragen und eine geografische «Zweiteilung» der medizinischen Versorgung der Schweiz vermieden (die Verbindungslinie zwischen Boden- und Genfersee droht unser Land ja ohnehin in eine gut versorgte nordwestliche und eine eher unterversorgte südöstlichen Hälfte aufzuteilen).

Nach diesem anfänglich sinnvollen und bedarfsgerechten Umgang mit der HSM-Thematik (primäre Benennung von Zentren) wurden in der Folge nur noch Einzelleistungen – meist hoch spezialisierte und seltene Operationen – einzelnen Leistungserbringern zugeteilt, mit untergeordneter Berücksichtigung von bereits zugeteilten oder für später vorgesehenen HSM-Leistungen. Obwohl es grundsätzlich sinnvoll ist, zum Beispiel seltene viszeralchirurgische Eingriffe am Oesophagus, am Pancreas oder an der Leber der HSM zuzuordnen, unterschätzt eine solch isolierte Betrachtungsweise die vielfältigen und sehr bedeutsamen Wechselwirkungen mit interdisziplinär-
-komplementären Fachkompetenzen vor Ort.

Fragmentierung der erbrachten Leistung

Verwandte HSM-Leistungen wurden zuweilen auch massiv fragmentiert. In der Urologie beispielsweise ist die «retroperitoneale Lymphadenektomie bei Patientinnen und Patienten mit Hodentumoren und erfolgter Chemotherapie» als einzeln regulierter HSM-Eingriff gesetzlich verankert. Also nicht nur der Eingriff, das Organ und die Diagnose werden definiert, sondern auch eine erfolgte Therapie fliesst hier als Einschlusskriterium ein. Bei dieser Leistung zeigt sich exemplarisch, dass nicht berücksichtigt wird, dass die retroperitoneale Tumorchirurgie auch in anderen Fachbereichen eine wesentliche Rolle spielt. Reguliert wird hier nur die Urologie, sodass ein vergleichbarer Eingriff von anderen Fachbereichen weiter durchgeführt werden darf.

Es besteht das Risiko, dass eine flächendeckende und zugangsgerechte Gesundheitsversorgung in der Schweiz gefährdet wird.

Zur Qualitätssicherung solcher Eingriffsgruppen erscheint es doch viel wichtiger, dass die Expertise aus

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Bei der Zuteilung der Leistungen der hoch spezialisierten Medizin sollte auch darauf geachtet werden, dass der Anreiseweg für die Patientinnen und Patienten nicht zu lang ist (Tamas Tuzes-Katai / Unsplash).

anderen potenziellen HSM-Bereichen, wie der Gefässchirurgie oder der interventionellen Radiologie, vor Ort abrufbar ist. Im seltenen Verlauf mit Komplikationen muss zeitnah Unterstützung angefordert werden können. Ebenso wird die fachlich-chirurgische Kompetenz am Operationstisch durch eine Teamerweiterung aus anderen Fachbereichen entsprechend erhöht, was die Sicherheit und die Ergebnisqualität verbessert.

In der Anfangsphase der Regelung der hoch spezialisierten Medizin wurde auch der Topografie der Schweiz Rechnung getragen.

Ein fehlendes interdisziplinäres Gesamtbehandlungskonzept wird nicht allein durch die hohe spezialisierte Fachkompetenz bei der Durchführung von Einzeleingriffen kompensiert. Analoge Überlegungen sind in die kantonalen Spitallisten geflossen, indem viele Leistungen nur im Verbund mit anderen Angeboten oder Strukturmerkmalen am selben Spital erbracht werden dürfen. Der Fokus auf einzelne Leistungen zerschlägt die Idee von Zentrumsspitälern als hoch integrierte Systeme, welche den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen im Einzugsgebiet die Sicherheit geben, für fast sämtliche Erkrankungen adäquate Lösungen bereit zu haben. Dabei sind die Unterscheidung in Notfall und planbare Eingriffe oft untauglich, theoretisch und irrelevant – und insbesondere ohne Empathie für die Situation der direkt Betroffenen.

Nicht nur eine minimale Fallzahl ist also zu fordern (und zu regulieren), sondern auch eine fachübergreifende *Cluster*-Kompetenz und der etablierte interdisziplinäre Erfahrungsaustausch.

Höhe der minimalen Fallzahlen

Die Zuteilung der hoch spezialisierten Leistungsaufträge für Einzeleingriffe hat dazu geführt, dass in dünner besiedelten – aber flächenmässig grossen – Gebieten die geforderten minimalen Fallzahlen kaum mehr zu erreichen sind. Natürlich bleibt im Sinne der Qualitätsoptimierung unbestritten, dass Leistungen auch fallzahlenbasiert an Institutionen und Operateurinnen und Operateure zugeteilt werden sollen. Die *Outcome*-relevante Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur fällt aber je nach Studie und Land sehr unterschiedlich aus. Dies deutet darauf hin, dass es

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

keine absolut korrekten Definitionen gibt, sondern vielmehr immer auch Rücksicht genommen wird auf die regionalen Bedürfnisse der Bevölkerung.
Bei sehr seltenen Eingriffen liegt die institutionelle Mindestfallzahl meist bei 10 bis 15 Eingriffen pro Jahr. Bei drei Operateurinnen und Operateuren wäre aber eigentlich eine Mindestfallzahl von 30 bis 45 Fällen notwendig. Ebenfalls wird der in der IVHSM explizit verlangten Weiterbildung noch nicht genügend Rechnung getragen. Gleichzeitig erscheint es bei grenzwertig als «hoch spezialisiert» zu bezeichnenden Eingriffen wie der Rektum-Resektion oder der komplexen bariatrischen Chirurgie fragwürdig, eine weitere, nicht mehr evidenzbasierte Anhebung der Minimalfallzahlen vorzunehmen, einzig mit dem Ziel einer Reduktion möglicher qualifizierender Einzelkliniken. Denn damit würden insbesondere die Bewohnerinnen und Bewohner der bevölkerungsschwächeren Regionen, vor allem eben die süd-östliche «Halb-Schweiz», benachteiligt.

Auswirkungen auf die Fachkompetenz

Nun kann durchaus argumentiert werden, dass die Patientinnen und Patienten für diese HSM-Eingriffe einen gewissen Weg auf sich nehmen können. Die Versorgung der Betroffenen beginnt und endet aber nicht mit dem Eingriff. Eine rasche Abklärung und Diagnosestellung ist bei Tumorverdacht prognostisch relevant und braucht eine Expertise und Infrastruktur vor Ort. Prä- und postoperative Konzepte bei HSM-Patientinnen und -patienten sind fast immer interdisziplinär, und diese Personen werden oft jahrelang durch verschiedene Fachrichtungen begleitet. Auch Komplikationen verlangen eine rasche Diagnosestellung und Behandlung. Lange Transportwege können dabei letal sein.

Zunächst sollten Zentrumsspitäler definiert werden, an welchen Leistungen der hoch spezialisierten Medizin angeboten werden.

Das Fehlen des Angebots an hoch spezialisierten Leistungen betrifft auch nicht hoch spezialisierte Bereiche. Ein Beispiel ist die Gefässchirurgie: Wird bei der HSM-Zuteilung von gefässchirurgischen Eingriffen einem Zentrum die Kernkompetenz, zum Beispiel im Bereich der Aorten- und Carotischirurgie entzogen, hat dies Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit vieler anderer HSM-, aber auch Nicht-HSM-Bereiche. Personalrekrutierungen von Fachspezialistinnen und -spezialisten bis hin zu Chefärztinnen und Chefärzten werden an einem solchen fachlich «dekapitierten» Zentrum unweigerlich sehr schwierig.

Zuteilung muss überarbeitet werden

Die Zuteilungen der HSM-Leistungen müssen in den Gesamtversorgungskontext passen. Eine erteilte Zuordnung, wie sie bei der Festlegung der Traumazentren erfolgt ist, zieht notwendigerweise das Vorhandensein von verschiedenen hoch spezialisierten chirurgischen Fachbereichen nach sich.
Wir empfehlen deshalb, dass im HSM-Zuteilungsprozess zunächst Zentrumsspitäler (oder Zentrumsregionen) definiert werden, an welchen HSM-Leistungen angeboten werden sollen, und zwar nach dem Muster eines schweizweiten Versorgungskonzepts wie es sich bei Trauma- oder Schlaganfall-Patientinnen und -patienten bewährt hat. Eine kompetente Anästhesie und Intensivmedizin, die permanente Verfügbarkeit der interventionellen Radiologie und die Präsenz aller diagnostischen und therapeutischen, onkologisch ausgerichteten Fachdisziplinen sind unabdingbare Eckpfeiler.

Die Leistungszuteilung würde den Zentrumsspitälern einzeln, aber vor allem auch dem definierten Chirurgennetzwerk, erteilt.

Ein entsprechendes Engagement in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung und eine Forschungsaktivität müssen vorausgesetzt werden. Damit müssten solche Zentrumsspitäler über die entsprechenden institutionell-fachlichen und strukturellen Voraussetzungen verfügen, um alle komplexen hoch spezialisierten Eingriffe durchführen zu können.

Fachspezifische Netzwerke stärken

Auf dieser Basis könnten HSM-Eingriffe durch hoch spezialisierte (Chirurgen-)Teams spitalübergreifend durchgeführt werden. Diese agieren in einem Netzwerk nach gemeinsam festgelegten Regeln der HSM. Die Leistungszuteilung würde dabei den Zentrumsspitälern einzeln, aber vor allem auch dem definierten Chirurgennetzwerk, erteilt. Die Zentrumsspitäler selber bringen die institutionelle Erfahrung aus den diversen komplexen chirurgischen Leistungserbringungen mit.
Ähnliche Konstrukte werden in der Schweiz trotz strikten HSM-Vorgaben schon heute gelebt. Ein Spitalübergreifendes und gut organisiertes hoch spezialisiertes chirurgisches Team arbeitet in einem solchen Netzwerk von beispielsweise drei bis fünf HSM-Zentrumsspitälern zusammen. Diese Fachpersonen sind vorwiegend, aber nicht ausschliesslich, an ihrer Stammklinik tätig. Sie ergänzen und vertreten sich in ihrer

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Spezialisierung im Regelbetrieb, der Notfallversorgung und dem Komplikationsmanagement gegenseitig. Durch das *Pooling* der Fälle im Netzwerk kann die Mindestfallzahl pro Operateurin respektive Operateur nicht nur garantiert, sondern erweitert werden, und die Weiterbildung zum Erhalt der Fachkompetenz wird sichergestellt. An allen beteiligten Standorten wird die Attraktivität erhöht und eine zukunftsorientierte personelle Nachrekrutierung ist sichergestellt. Das Netzwerk führt auch gemeinsame Forschungsprojekte durch. Nicht nur die Expertise und Kompetenz der Chirurgenteams erhöhen sich auf individueller Ebene, auch die Netzwerkspitäler profitieren durch den gemeinsamen institutionellen Erfahrungsaustausch. In diesem Modell werden hoch spezialisierte Eingriffe in einer Anzahl durchgeführt, die auch Forderungen europäischer Empfehlungen entsprechen. Gleichzeitig berücksichtigen sie die Gegebenheiten der Schweizerischen Gesundheitsversorgung.

Pooling ermöglicht es, dass eine garantierte Mindestfallzahl für Operateurinnen und Operateure garantiert werden kann.

Am Beispiel der Ostschweiz kann ein solches Netzwerk von zwei bis drei Zentrumsspitälern skizziert werden. Denn im Bereich der Adipositaschirurgie wurde dies bereits realisiert («Adipositas-Netzwerk Ostschweiz» der Kantonsspitäler Thurgau, St. Gallen und Graubünden). Gerade die überkantonale Spitalplanung Ost mit der Übernahme des Spitalbetriebs Walenstadt durch das Kantonsspital Graubünden zeigt, wie in Zukunft in Kantonsgrenzen überschreitenden Netzwerken gedacht werden sollte. Ein solches Vorgehen würde auch einen entfesselten Wettbewerb zwischen den Spitälern in geordnete Bahnen lenken.

Alle Perspektiven miteinbeziehen

Zusammenfassend sollten bei den anstehenden Entscheidungen der verantwortlichen Gremien nebst der Qualitätssicherung für einzelne hoch spezialisierte Leistungen und der Wirtschaftlichkeit des Leistungserbringers auch die gegenseitigen Abhängigkeiten der Leistungserbringung mit berücksichtigt werden, insbesondere sollten auch die legitimen Bedürfnisse einer flächendeckenden medizinischen Versorgungsqualität ernst genommen werden.

Das Gesundheitswesen läuft Gefahr, vom Extrem der Kantonsautonomie zum Extrem eines nationalen Zuteilungsdiktats überzugehen.

Das Schweizer Gesundheitswesen läuft hier Gefahr, vom Extrem der absoluten Kantonsautonomie zum Extrem eines nationalen Zuteilungsdiktats ohne Berücksichtigung regionaler Besonderheiten überzugehen. Dabei droht eine einseitige Interessenswahrung der grossen Leistungserbringer in dicht besiedeltem Gebiet und damit vor allem der «südöstlichen Hälfte» der Schweiz eine entsprechende medizinische Unterversorgung.

Das Wichtigste in Kürze

- Die Definition und Zuteilung von hoch spezialisierten Leistungen wird durch eine interkantonale Vereinbarung zur Regulierung der hoch spezialisierten Medizin (HSM) geregelt.
- Aus Sicht der Autoren läuft die Umsetzung der Vereinbarung Gefahr, zu einem unkoordinierten Konglomerat von Einzelzuteilungen ohne Ausrichtung auf eine flächendeckende landesweite Gesundheitsversorgung zu werden.
- Sie schlagen eine modifizierte Strategie vor, bei welcher HSM-Zentrumsspitäler und -regionen definiert werden und mit einem spitalübergreifenden Netzwerk aus Fachpersonen gearbeitet wird.
- Die Leistungszuteilung würde den Zentrumsspitälern einzeln und dem Netzwerk erteilt. So sollen Qualitätseinbussen und weite Anreisewege für Betroffene verhindert werden.

L'essentiel en bref

- La définition et l'attribution des prestations hautement spécialisées sont régies par une convention intercantonale relative à la réglementation de la médecine hautement spécialisée (MHS).
- Du point de vue des auteurs, la mise en œuvre de cette convention risque de se transformer en un conglomérat non coordonné d'attributions individuelles sans orientation vers une couverture sanitaire nationale.
- Ils proposent une stratégie modifiée, qui consiste à définir des hôpitaux et des régions de centres MHS et à travailler avec un réseau interhospitalier de spécialistes
- L'attribution des prestations serait effectuée aussi bien individuellement par les hôpitaux centraux que par le réseau. De cette manière, on éviterait des pertes de qualité et de longs trajets pour les personnes concernées.

redaktion.saez[at]emh.ch

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html