

Per Mail

HSM Fachorgan
Frau Christine Friedli (E-Mail: christine.friedli@gdk-cds.ch)

Zürich, 19. August 2013

Interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin (IVHSM) Eröffnung der Anhörungsverfahren zur Reevaluation der HSM-Bereiche:

- **Behandlung schwerer Verbrennungen beim Erwachsenen**
- **Protonentherapie**
- **Organtransplantationen beim Erwachsenen**
- **Allogene Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen**
- **Cochlea-Implantate**

Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA

Sehr geehrter Herr Präsident Suter, sehr geehrte Damen und Herren

Wir erlauben uns, Ihnen anbei unsere grundsätzlichen Überlegungen zur interkantonalen Planung der hochspezialisierten Medizin aus Sicht und den Überlegungen der freipraktizierenden Ärzteschaft darzulegen.

Diese hohe Spezialisierung mit wenigen Fällen, die sehr hohe Kosten auslösen, ist für die Ärzteschaft unabdingbar an Zentren gebunden, die sicherstellen können, dass auch die Forschung auf diesen Gebieten auf einem sehr hohen Niveau intensiv betrieben wird. Ebenso muss die internationale Zusammenarbeit und das Anbinden an übernationale Netzwerke integraler Teil dieser Medizin sein. Dies verbessert im gleichen Zug die Qualität, deren Controlling und Reporting ohne Einschränkung gefordert werden darf. In der ambulanten Praxis wird Qualitätsmanagement verlangt und auch immer mehr geboten, für universitäre Betriebe, die hochspezialisierte Medizin betreiben, muss dies selbstverständlich sein.

Fehlende objektive Vergleichbarkeit und keine einheitlichen Auflagen in den 5 zu reevaluierenden Bereichen

Trotz der seit 2010 laufenden Konzentrationsprozesse wird in allen 5 zu reevaluierenden Bereichen festgehalten, dass der Austausch und gemeinsam festgelegte Evaluationsmodalitäten und Risikostratifizierungen fehlen. Dies verunmöglicht eine objektive Vergleichbarkeit und erlaubt es auch heute noch nicht, Unterschiede in der Behandlungsqualität zu erklären. Das „Überleben einer Behandlung“ kann wohl kaum ein alleiniges Qualitätskriterium sein.

Es wäre also prioritär angezeigt, Qualitätsstandards- und Indikatoren zu definieren, bevor man den Konzentrationsprozess HSM weiterführen will.

Aussagekraft der Fallzahlen mangelhaft, fehlender Qualitätsnachweis

Die dokumentierten Fallzahlen divergieren je nach Bereich und Zentrum beträchtlich. Es wird nirgends festgehalten, wie diese Zustände kamen (ist bsp. eine Minimalinterventionszahl pro Operateur gefordert und dokumentiert?)Wie verhält es sich mit der Stabilität der Team-Zusammensetzungen und dem Erfahrungsaustausch sowie Wissenstransfer zwischen den Zentren?

Die alleinige Reduktion auf die Fallzahlenanalyse ohne Begleitkontext ist zu hinterfragen, da dies zu Verzerrungen in der Beurteilung führt. Insbesondere, wo kleine Fallzahlen auftreten, die evtl. durch kleinere aber konstantere Teams durchgeführt werden.

Es scheint inakzeptabel, dass man die Qualitätsvergleiche in so komplexen Bereichen einzig auf eine ‚Fallzahldokumentation‘ pro Zentrum ohne Kontexteinbezug der bestehenden Vernetzungen mit evtl. externen Spezialisten und der Teambildungsphilosophie begrenzt.

Ebenso inakzeptabel ist, dass die Qualität einzig über risikostratifizierte Mortalitätsanalysen beurteilt wird und das bei erwiesener statistischer Zuverlässigkeit zu kleinen vergleichbaren Kollektiven. Es braucht in jedem Fall eine ausführliche kommentierende Diskussion der jeweiligen Analyse, die von den Betroffenen selber verfasst werden muss und integraler Bestandteil der Dokumentation sein muss. Die Daten dürfen nicht losgelöst von den Erklärungen und ohne Kontext interpretiert werden, birgt dies doch das Risiko, dass pseudowissenschaftliche Fehlschlüsse gezogen werden.

Bemerkungen zur Reevaluation der HSM Bereiche

Im Bereich der schweren Verbrennungen scheint ein ‚Forcing‘ eingeleitet zu sein, welches die Normierungsprozesse innert eines Jahres erzwingen will (notfalls aufgezwungen über die HSM-Kommission) und jeweils fundierte Daten per Jahresende verlangt – wobei diesbezüglich in den anderen Bereichen (Stammzell-TX) die Daten sinniger Weise im Juni des Folgejahres geliefert werden sollen – dagegen jedoch diese für Stammzell-TX-Bereich an alle Instanzen (OFSP/GDK) in ‚Qualitäts-Vergleich-ermöglichender‘ Form auszuhändigen seien in Bezug auf Mortalität und Folgetumoren. Es erstaunt, wenn sich zwei Zentren nicht auf einen minimalen Datensatz einigen können, und innert dreier Jahre nicht in der Lage sind, sich zertifizieren zu lassen. Aus diesem Grund ist die Option zur Verlängerung des Auftrags für ein Jahr zu bevorzugen. Wenn der Datensatz steht und die europäische Zertifizierung erfüllt ist, kann die Bewilligung wieder auf drei Jahre erteilt werden. Falls ein Normierungsprozess via HSM-Kommission implementiert werden müsste, scheint es uns wichtig, dass darin die Bedürfnisse der verschiedenen Zuweisungspartner und auch deren spezifischen Kompetenzen berücksichtigt werden und auch gerade bei diesen hochspezialisierten Bereichen sichergestellt wird, dass die Behandlungskonzepte auch eine adäquate Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten zumindest in den offiziellen Landessprachen garantieren.

Dagegen wird dem Paul Scherer-Institut nun das Mandat für 5 Jahre verlängert, obschon die geforderte Zusammenarbeit mit den Universitätszentren suboptimal zu laufen scheint und

auf eine neue ärztliche Leitung Hoffnung gesetzt wird . Konsequenterweise ist deshalb zu fordern, dass die Zusammenarbeit mit universitären Zentren gefördert wird und dass der Zugang zu diesen Therapien offen steht. Die Monopolstellung des PSI darf nicht missbraucht werden, sondern muss im Gegenteil dazu verwendet werden, interdisziplinäre Forschung und Zusammenarbeit zu fördern. Es schiene in Anbetracht der rasanten Entwicklungen in der Medizin und aus Gleichberechtigung zu den anderen hochspezialisierten Bereichen korrekt, das Mandat vorläufig auf 3 Jahre zu beschränken, da gewisse Auflagen noch zu erfüllen sind.

Bei den Stammzellen ist die Forderung nach detaillierten Angaben zu unterstützen, bei den geringen Fallzahlen sollte dies eigentlich problemlos erfüllbar sein. Gerade die Frage nach den Diagnosen, den Verläufen und insbesondere nach malignen Neuerkrankungen nach allogener HSZT gehören zur Beurteilung dieses Therapieverfahrens. Des Weiteren unabdingbar sind das Einhalten internationaler Standards und die Forschungsarbeit.

Bei den Cochlea-Implantaten unterstützen wir die Forderung nach einheitlichen Ergebnisindikatoren, und möchten beliebt machen, die Fallzahlen in Basel zu beobachten, da sie doch deutlich geringer sind. In anderen interventionellen Sparten genügen 10 Eingriffe nicht, um sie weiter durchführen zu dürfen.

Forderungen für die Zukunft

Die IVHSM legt fest, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, dass eine Dienstleistung überhaupt zugeteilt werden kann und prüft diese unter Berücksichtigung der Wirksamkeit, des Nutzens, der technologischökonomischen Lebensdauer und der Kosten der Leistung. Für den letzten Schritt, die Zuteilung an einzelne Leistungserbringer oder Institutionen, sind Qualität, Verfügbarkeit von hochqualifiziertem Personal und Teambildung, Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen, Wirtschaftlichkeit und Weiterentwicklungspotential zu berücksichtigen. Diese Entscheidungs- und Evaluationskriterien, die für die HSM etabliert wurden, dürften wohl in baldiger Zukunft analog auf weniger hochspezialisierte Bereiche angewandt werden.

Vorab müssen diese Kriterien zukünftig den Anforderungen nach Transparenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit Genüge tun. Um dies zu erreichen, muss der gemeinsame Austausch und die Zusammenarbeit konsequent gefördert werden. Beispielsweise mit gemeinsamen Forschungsprojekten und deren Publikation sowie mit spezifischen gemeinsamen Personal-Weiterbildungsprogrammen und Falldiskussionsforen.

Eine ‚Uniformisierung‘ aller Prozesse ist aber nicht zielführend und ein gewisses Mass an Entscheidungsspielräumen ist für die ärztliche Tätigkeit unabdingbar, damit die Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse eines Patienten angepasst werden kann. Nicht nur die Diagnose, sondern Co-Morbiditäten, das psychosoziale und kulturelle Umfeld und besonders die Präferenzen des Patienten müssen dabei berücksichtigt werden. Es kann nicht sein, dass durch die Bildung von Zentren der hohe Standardisierungsgrad als oberstes zu verfolgendes Ziel definiert wird. Hierzu muss man sich überlegen, was das Ziel der Standardisierung in der

Medizin ist: Mit der Befolgung von medizinischen Standards soll erreicht werden, dass etabliertes, aktuelles Wissen möglichst für jeden Patienten angewandt wird.

Im Gegensatz dazu, versucht das heutige Gesundheitssystem für den Patienten höchste Qualität anzubieten. Hier kommen – nebst der Anwendung von aktuellem Wissen und Standards – die individualisierten Anpassungen lokal zum Zuge. Erst die Kombination von Standards und individualisierten Anpassungen führt zur höchsten Qualität. Die nun angestrebte starke Zentralisierung erschwert die individualisierte lokale Anpassung massiv und führt damit letztlich auch zu einer verschlechterten Behandlungsqualität für den individuellen Patienten.

Die Medizin ist keine rein mechanistische Wissenschaft. Es ist nicht möglich, in allen Bereichen wirklich allgemein gültige, befriedigenden Risikostratifizierungskriterien etablieren zu können, die das Outcome des Einzelnen vorhersagen. Medizin ist nicht ‚nur‘ exakte Wissenschaft – es ist auch eine ‚Heilkunst‘ – die von Faktoren abhängt, die wir zum Teil nicht messen können oder die wir nicht kennen. Diese Unsicherheit müssen wir akzeptieren und korrekt deklarieren. Wir müssen kontrollieren und garantieren, dass wir vermeidbare Fehler mit vitalen Konsequenzen minimieren.

Ein grundlegendes Problem bei der weiteren geplanten Zentralisierung der Behandlung verschiedener Krankheiten ist, dass diese heute zu einem grossen Teil nicht stationär, sondern ambulant behandelt werden. In der Schweiz werden heute beispielsweise je stationär behandelten Patienten in der Onkologie ca. neun Patienten ambulant behandelt. Hinsichtlich der geplanten fortschreitenden Zentralisierung halten wir aus Sicht der freipraktizierenden Ärzteschaft klar fest, dass eine Zentralisierung nur im hochspezialisierten stationären Bereich erfolgen kann und nicht im ambulanten. Die IVHSM spricht nicht ausdrücklich von stationären Leistungen, jedoch ergibt sich aus dem Kontext ohne weiteres, dass mit der IVHSM nur die Kompetenz der Kantone zum Erlass von Spitallisten an das Beschlussorgan übertragen werden sollte. Dies bedeutet, dass der gesamte spitalambulante Bereich von der IVHSM bzw. von Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG nicht erfasst wird. Damit ergibt sich ohne weiteres, dass eine Einschränkung der ambulanten Tätigkeit durch die ISHSM nicht möglich ist.

Wir wünschen, dass unsere oben dargelegten Überlegungen und Argumente bei der weiteren interkantonalen Planung der hochspezialisierten Medizin miteinbezogen werden und danken Ihnen für Ihr Interesse.

Freundliche, kollegiale Grüsse
Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Fiorenzo Caranzano, co-président CCM

