

Hochspezialisierte Medizin (HSM) und die Neurochirurgie Schweiz

Hans Landolt^a, Adrian Merlo^b

^a Präsident der Weiterbildungs- und Prüfungskommission der SGN, Neurochirurgische Klinik, Kantonsspital, Aarau

^b Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie



Hochspezialisierte Neurochirurgie

Nach ersten Misserfolgen, die Transplantationsmedizin in der Schweiz zu konzentrieren, rückte aus politischem Erfolgszwang die ganze Neurochirurgie in den Blickwinkel des nationalen Projektes «Hochspezialisierte Medizin» (HSM). 2004 waren vom BAG die Hypophysenoperationen sowie die Behandlung der zerebralen Aneurysmen wegen der Seltenheit oder Komplexität der Behandlung für eine Konzentration vorgesehen. Heute ist eine neue fachliche Definition der HSM geboten, weil sich unterdessen die gesamte Neurochirurgie zu einem sehr spezialisierten, interdisziplinär und interkantonal vernetzten Fachgebiet entwickelt hat. Die Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie (SGN) hat 2005 mit der Kommission (CICOMS) der GDK beschlossen, proaktiv einen ersten Schritt durchzuführen und die vorhandenen operativen Leistungen in der Schweiz anonymisiert zu erfassen, und zwar bezüglich Art, Anzahl, Verteilung und Beteiligung der Akteure von 2004 bis 2006. Die SGN hat die erhobenen Daten zusammen mit der GDK kritisch evaluiert und von einem Sounding Board in anonymisierter Form publizieren lassen. Es bestand Konsens, dass es keine Versorgungslücken gibt und dass nur wenige, nicht dringende Teilgebiete gemäss damaliger HSM-Definition zu monitorisieren sind.

Der gesetzliche Rahmen

Am 1. Januar 2009 wurde nach einer Denkpause die neue interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) von den Schweizerischen Gesundheitsdirektoren verabschiedet. Damit delegierten die Kantone die Kompetenz, den Bereich der hochspezialisierten Medizin zu definieren und zu planen, an das HSM-Beschlussorgan (BO), das sich aus folgenden Mitgliedern der GDK-Plenarversammlung zusammensetzt: aus je 5 Mitgliedern mit (ZH, BE, BS, VD, GE) bzw. ohne (AG, GR, LU, SG, TI) Universitätsspital, wobei letztere mindestens zwei Mitglieder mit grossem interkantonalen Zentrumsstatus enthalten müssen. Dazu wurde ein Fachorgan HSM als Berater für die IVHSM gebildet, worin auch ein Neurochirurg gewählt wurde. Damit realisierte die IVHSM unseren Vorschlag, die fachspezifischen Ansichten möglichst direkt in die politischen Entscheidungen einzubringen. Auf diese Weise werden auch die Fachgesellschaften als Partner akzeptiert. Die Mission des BO wird wie folgt umschrieben: «Die Kantone vereinbaren im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaft-

lich erbrachten medizinischen Versorgung die Sicherstellung der Koordination der Konzentration der hochspezialisierten Medizin. Diese umfasst diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotenzial, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind. Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sein, wobei immer aber das der Seltenheit vorliegen muss» (IVHSM, 14.3.2008). Damit soll nicht zuletzt der medizinische Wirtschaftsstandort Schweiz gestärkt werden. Dem HSM-BO wurden erste 10 Leistungsbereiche für eine vertiefte Analyse vorgeschlagen, welche in der Sitzung vom 10. September 2009 genehmigt wurden und unter anderen die ganze Neurochirurgie und die interventionelle Neuroradiologie beinhalten wie auch die Hirnschlag-Behandlung und spinale Traumen.

HSM-Versorgungskonzepte der SGN

Die meisten neurochirurgischen Leistungen sind zwar innovativ, technisch und personell aufwendig, komplex, aber nicht selten (unter 20 Fällen pro Akteur und pro Jahr), und erfüllen damit die Definition für HSM nicht. Einige Diagnose- und Operationsgruppen zeigten aber kritische Fallzahlen für die Erhaltung und Förderung der fachlichen Kompetenz. Die SGN beschloss 2010, zusammen mit einer Delegation des Fachorgans HSM, aus den früher erhobenen Daten Teilaspekte der Aneurysmaversorgung, nämlich die extra-intrakranielle Bypass-Operation, die funktionelle Neurochirurgie inkl. Epilepsiechirurgie, und die pädiatrische Neurochirurgie als prioritäre Themen zu bearbeiten. Dazu schlug die SGN eine Aktualisierung der Leistungsdaten 2007–2009 analog der Erhebung 2004–2006 vor, um den Trend der Fallzahlen zu erfassen. Wie aber soll die Schweizer Bevölkerung aus Sicht des Spezialfachs mit hochspezialisierten neurochirurgischen Leistungen versorgt werden? Dies sei an zwei Beispielen gezeigt, welche sich fundamental in der Behandlungsdringlichkeit unterscheiden. Einerseits diskutieren wir hochspezialisierte Aspekte in der akuten Behandlung der Subarachnoidalblutung (SAB) – die SAB ist aufgrund der Häufigkeit per definitionem kein HSM-Thema –, andererseits wird unter der Rubrik «planbare Wahleingriffe» die funktionelle Neurochirurgie analysiert, und zwar Epilepsiechirurgie und Tiefenhirnstimulation.



Hans Landolt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

Beispiel für komplexe und aufwendige HSM-Leistung: Subarachnoidalblutung bei zerebralen Aneurysmen (SAB)

Patienten mit akuter SAB werden entweder direkt in ein neurochirurgisches Tertiärzentrum eingewiesen oder nach Primärversorgung in ein Sekundärzentrum, je nach klinischen (Bewusstlosigkeit) und klimatischen (Nacht und Nebel) Umständen, gefolgt von der Verlegung in ein Tertiärzentrum für SAB/Aneurysmen. Diese fachlich gewachsene Organisationsform ist charakterisiert durch eine Vernetzung von Akteuren mit verschiedenen Kompetenzstufen an verschiedenen Orten (*multi-site*) und widerspiegelt die in diverse Regionen und Talschaften unterteilte Versorgungslage der Schweiz. Die Primär- und Sekundärversorgung vor Ort ermöglicht z.B. nach einer schweren SAB eine rasche Hirndruckbehandlung bei akutem Liquoraufstau durch einen Neurochirurgen mittels einer offenen Ventrikeldrainage, was weitere Hirnschädigungen durch den erhöhten Hirndruck verhindern kann. *Erst danach* wird, falls eine hochspezialisierte Weiterbehandlung indiziert ist (nach bestehenden Kriterien der fachlichen Evidenz), eine Verlegung in ein aufnahmeberechtigtes Tertiärzentrum zum allfälligen Aneurysmaverschluss und zur Entfernung von relevanten Hämatomen erfolgen.

Am Tertiärzentrum bestehen hohe Anforderungen an die Infrastruktur und an die Verfügbarkeit und Kompetenz der hochspezialisierten Akteure, ohne die nichts läuft! Hier arbeiten hochspezialisierte Teams rund um die Uhr für die operative (Clipping, Wrapping, Trapping) und/oder endovaskuläre (Coiling bzw. Stenting) Aneurysmaversorgung, die darauf abzielt, die Blutungsursache vom Kreislauf auszuschalten. In den letzten 10 Jahren ist durch die steigende Nachfrage (zunehmende Bevölkerung mit längerer Lebensdauer) an die akute Behandlung der SAB evolutiv aus fachlicher Evidenz heraus eine flexible Organisationsform entstanden, welche eine synergistische Kooperation zwischen interventionellen Neuroradiologen und vaskulären Neurochirurgen in bestimmten Tertiärzentren darstellt. Die Zuweisung von geeigneten Fällen mit fachgerechter Vorbehandlung rund um die Uhr funktioniert aber nur dank der Vernetzung und Arbeitsteilung zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärzentren. Braucht es überhaupt eine HSM-Regelung der akuten SAB, welche per se aufgrund der Häufigkeit das Kriterium «Seltenheit» nicht erfüllt? Die neuen hochspezialisierten Behandlungsmöglichkeiten (endovaskuläres Coiling, mikrochirurgisches Clipping) werden durch mehrere hochspezialisierte Akteure vollzogen, die im interdisziplinären Dialog den besten Behandlungspfad festlegen. Beide Behandlungsmodalitäten müssen rund um die Uhr angeboten werden. Arbeitsgesetzlich ist eine solche Dienstleistung nur mit mehreren Akteuren möglich, welche für die Kompetenzerhaltung und Fortbildung genügend Fälle bekommen müssen. Obwohl die SAB selbst nicht selten ist (ca. 800 bis 1000 Fälle schweizweit pro Jahr), kann die Anzahl von Aneurysmaverschluss-Prozeduren pro Akteur zu tief werden. Deswegen wurden geeignete Fälle auf 8 Tertiärzentren konzentriert, womit die *case loads* pro Akteur und Zentrum optimal geblieben sind.

Beispiel für seltene HSM-Leistung: funktionelle Neurochirurgie

Der HSM-Charakter der planbaren Epilepsiechirurgie und Tiefenhirnstimulation ergibt sich aufgrund der Komplexität von Diagnostik und Therapie, des technischen Aufwands und der Seltenheit von Krankheit und demzufolge der Anzahl Eingriffe pro Akteur. Hier besteht gemäss unserer gemeinsamen Analyse Konzentrationsbedarf, nämlich die niedrigen Fallzahlen auf die vorhandenen hochspezialisierten Akteure zu konzentrieren. In dieser Subspezialität ist aber keine Verfügbarkeit der Leistung rund um die Uhr erforderlich. Die zunehmende Lebensdauer der stetig zunehmenden Bevölkerung wird höhere Fallzahlen speziell für die Tiefenhirnstimulation verursachen. Die jetzigen zwei Schweizer Tertiärzentren sind bereits jetzt überlastet, und ein drittes Tertiärzentrum ist im Aufbau begriffen. Ist dies für die einzelnen Fallzahlen pro Akteur kontraproduktiv? Es wird hier Aufgabe der Akteure innerhalb der SGN sein, die Entwicklung der Fallzahlen pro Zentrum und Akteure zu monitorisieren.

Fazit

Die Schweiz verfügt bereits über ein hervorragendes, interkantonal vernetztes neurochirurgisches Versorgungskonzept, wie am Beispiel der SAB und der funktionellen Neurochirurgie demonstriert. Für einige Teilgebiete lässt sich anhand der anonym erhobenen Behandlungszahlen 2004–2006 Handlungsbedarf erkennen. Ein *Update* der Fallzahlen ist aber nötig. Es drängen sich nur dort Änderungen am *Status praesens* auf, wo eine echte fachliche Verbesserung erzielt werden kann. Zukünftiger Bedarf ist fachlich wie politisch frühzeitig zu erkennen! Die Definition und Organisation von hochspezialisierten Leistungen in der Neurochirurgie erfordern grosse Fachkenntnisse und *Insider*-Wissen über die aktuelle komplexe Versorgungssituation der Schweiz. Für jede spezifische Fragestellung muss die angemessene individuelle Lösung gefunden werden, wenn dadurch die Versorgung verbessert werden kann. Einfache *Top-down*-Lösungen bergen die Gefahr des Scheiterns in sich und können sogar die jetzige Versorgungssicherheit innerhalb der Schweiz wie auch die Ausbildung eines eigenen Nachwuchses gefährden. Die politischen und administrativen Delegierten des nationalen HSM-Projekts können die fachliche Verantwortung dafür kaum tragen!

Die SGN schlägt deshalb vor, organisch gewachsene fachliche Organisationen im Rahmen des nationalen HSM-Projektes, und darüber hinaus (Beispiel SAB!), strukturell zu definieren und damit politisch sichtbar zu machen:

- Akteure und deren Institutionen bilden innerhalb ihrer Regionen Versorgungsnetze, inklusive Primär- und Sekundärzentren, je nach Bedarf.
- Akteure und deren Institutionen legen fest, wie viele Tertiärzentren mit gegenseitiger Vertretung und Aushilfe bei Überlastung nötig sind,
- Damit werden innerhalb der Schweiz autarke Regionen mit einem Einzugsgebiet von ca. 2–3 Millionen

Einwohnern entstehen, welche auf Grund der Vorschläge der SGN im Konsens der Akteure in Zukunft nach aussen gemeinsam auftreten können.

Diese Organisationsformen können auch für weitere Subspezialitäten mit ähnlichen Problemen geeignet sein. Bei einer solchen Lösung wird auch ein fachlicher Wettbewerb innerhalb und zwischen den Akteuren entstehen, was die Versorgungsqualität durch fachspezifische Vergleiche steigern wird.

Neurochirurgische Forschung und Innovation

Generell fehlt der akademische Aspekt der Forschung und Innovation bei den HSM-Konzepten. Die neurochirurgischen Universitätskliniken sind von ihrer Mission her prädestiniert, neue Verfahren zu entwickeln, zu testen, einzuführen, zu verfeinern und zu verbreiten. Innovative HSM-Themen wachsen idealerweise aus international erfolgreicher Forschungsaktivität heraus. Hier besteht in der Schweiz grosser Handlungsbedarf. Die Universitätskliniken müssen ihre Rolle reflektieren und wahrnehmen.

Strategische Vorgaben und fachliche Lösungen anstelle von Fallzahlenmystik

Als Fachgesellschaft verstehen wir das nationale HSM-Projekt so, dass die Politik den strategischen Rahmen der interkantonalen Zusammenarbeit definiert, beispielsweise autarke interkantonale Versorgungszonen mit 2–3 Mio. Einwohnern implementiert. Innerhalb dieses Rahmens organisieren sich dann die Kantone und Spitäler gemäss vorhandenen Kompetenzen (sprich Akteuren), Infrastruktur und Wachstumspotential. Bei

diesem Modell überlässt die GDK die fachliche Detailarbeit den einzelnen Players und setzt allein die Rahmenbedingungen fest. Wir fordern, dass dies in enger Zusammenarbeit mit den Akteuren und den Fachgesellschaften geschieht, dass den Akteuren und insbesondere der SGN eine entscheidende fachliche Rolle zugestanden wird, nämlich im Sammeln, Monitorisieren und Analysieren der Behandlungsdaten zur Sicherstellung der Behandlungssicherheit und Qualität im Rahmen unserer Verantwortung für die Versorgung, Weiter- und Fortbildung. Der Vergleich der Behandlungsergebnisse soll durch die Akteure und die Fachgesellschaften selbst wahrgenommen werden, und nicht durch politisch dominierte Gremien, welche die fachliche Verantwortung gar nicht zu tragen vermögen.

Die SGN und ihre Akteure sind bestrebt, die Behandlungsqualität auf international kompetitivem Niveau zu halten. Die Schaffung von autarken Zonen, in denen die HSM-Projekte monitorisiert und so auch verglichen werden können, ist eine Grundvoraussetzung für einen gesunden Wettbewerb, welcher am ehesten die Leistungen auf internationalem Niveau konsolidieren lässt. Die SGN bietet Hand zu einer partnerschaftlichen Kooperation mit dem BO der GDK und dem BAG.

Korrespondenz:

Prof. Hans Landolt
Chefarzt
Neurochirurgische Klinik
Kantonsspital
CH-5001 Aarau
hans.landolt@ksa.ch