APA DEFACTO JUST INFORMED. JUST INFORMED. JUST INFORMED. APA DEFACTO JUST INFORMED. JUST INFORMED. JUST INFORMED. APA DEFACTO JUST INFO

2012-04-30 10:21:18

Konzentrierte Spitzenmedizin

Schweiz: Spezialisierte Zentren für ausgewählte Bereiche

"Medical Tribune" Nr. 18/2012 vom 02.05.2012 *Seite 2 Ressort: Medizin Von: TAS*
Schweiz: Spezialisierte Zentren für ausgewählte Bereiche

Konzentrierte Spitzenmedizin

BERN/WIEN - Seit 2009 finden in der Schweiz bestimmte medizinische Behandlungen nur noch in hochspezialisierten Zentren statt. Prof. Dr. Peter Suter berichtete auf einer Veranstaltung des Ludwig Boltzmann Institutes für Health Technology Assessment über die Vor-und Nachteile eines Systems, das auch immer wieder für Österreich diskutiert wird.

Im Jahr 2009 beschlossen die für das Gesundheitswesen zuständigen Regierungsmitglieder der 26 Kantone der Schweiz, Spitzenmedizin künftig stärker zu planen und auf wenige Zentren zu konzentrieren. Das Ergebnis heißt Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM). Ansporn für die Unterzeichnung der Vereinbarung war die Drohung der Regierung, diese Funktion im Notfall selbst zu übernehmen. "In unserem Krankenversicherungsgesetz gibt es einen Artikel, der besagt, die Kantone müssen sich um die Organisation gemeinsam kümmern. Sollten sie das bis 2015 nicht machen, übernimmt es der Staat", erklärte Prof. Dr. Peter Suter, Vizepräsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und Leiter des Fachgremiums zur Konzentration der Spitzenmedizin. Die Vereinbarung umfasst jene medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, ihr hohes Innovationspotenzial, einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind.

Organisation

Um den Vollzug der Vereinbarung sicherzustellen, wurde von den Mitgliedern der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren ein HSM-Beschlussorgan gewählt. Dieses setzt sich aus zehn politisch besetzten Gesundheitsdirektoren und drei nicht stimmberechtigten Beratern zusammen. Das Beschlussorgan wählte anschließend ein 15-köpfiges Fachorgan, das aus unabhängigen Experten besteht. Dem Fachorgan obliegt die Aufgabe, neue Entwicklungen zu beobachten, Anträge auf Aufnahme und Streichung in den HSM-Bereich zu bearbeiten, die Voraussetzungen festzulegen, die zur Erfüllung einer bestimmten Dienstleistung erbracht werden müssen etc. Für die Aufnahme einer Leistung in die Liste der HSM-Bereiche werden folgende Kriterien berücksichtigt: Wirksamkeit, Nutzen, technologischökonomische Lebensdauer und die Kosten der Leistung.

Insgesamt wurden bis Ende des Vorjahres 27 HSM-Bereiche zugeteilt. So finden in der Schweiz Organtransplantationen, Knochenstammzelltransplantationen, die Implantation von Cochlear-Implantaten, hochspezialisierte Therapie bei Hirnschlag, Neurochirurgie und interventionelle Neuroradiologie etc. nur noch in Kompetenzzentren statt.

Beispiel Schwerverletzte

Einer der ersten Bereiche, die in die HSM-Liste aufgenommen wurden, ist die Behandlung von Schwerverletzten. Laut Definition müssen nun Erwachsene, die an einer schweren, lebensbedrohlichen Einzel-oder Mehrfachverletzung mit einer Verletzungsschwere nach Injury Severity Score (ISS) von mindestens 20 Punkten oder Erwachsene mit einem Schädel-Hirn-Trauma in einem von zwölf Traumazentren behandelt werden, die geografisch über die ganze Schweiz verteilt sind. Die Zentren müssen bestimmte Anforderungen erfüllen, das sind unter anderem:

APA DEFACTO JUST INFORMED. JUST INFORMED. JUST INFORMED. APA DEFACTO JUST INFORMED. JUST INFORMED. JUST INFORMED. APA DEFACTO JUST INFO

> qualitative Anforderungen: mindestens 250 Patienten pro Jahr, die eine initiale Schockraumtherapie erfordern, und mindestens 1000 Traumapatienten pro Jahr

> personelle Voraussetzungen: Anästhesie , Chirurgie, Traumatologie/Orthopädie, Neurochirurgie, Notfallmedizin und Intensivmedizin im Haus

> infrastrukturelle Gegebenheiten: chirurgische oder interdisziplinäre Notfallstation mit vollamtlichem Leiter, Schockraum mit mindestens zwei Patientenplätzen, die 24 Stunden betreibbar sind, etc.

> eine 24-stündige Aufnahme und Versorgung der Patienten u Führung eines Registers

> Teilnahme an einem anerkannten Programm für die Fort-und Weiterbildung in den Bereichen Notfallmedizin und Traumatologie/Unfallchirurgie

> Durchführung klinischer Forschungsprojekte

> jährlicher Bericht an die IVHSMOrgane

Die Organisation des HSM-Modells erwies sich in der Praxis als komplex, da es viele Akteure mit divergenten Interessen gibt. "Es findet eine gewisse Verteilung statt, aber es ist noch nicht alles gelungen", zog Prof. Suter eine Zwischenbilanz. Nicht ganz einfach gestaltet sich häufig die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fachgesellschaften und den politischen Entscheidungsträgern. Der demokratische Prozess und die damit verbundene Diskussion dauern zwar lang, aber Prof. Suter betonte, dass er trotzdem das Gefühl gehabt hatte, "dass es relativ schnell gegangen ist". Die Umsetzung ging vor allem dort relativ einfach, wo die Fachgesellschaften schon Vorarbeit geleistet hatten. Kontroversen gab es laut Prof. Suter vor allem dort, wo das Prestigedenken Einzug gehalten hatte.

Vor-und Nachteile

Die Vorteile des HSM-Modells liegen für ihn klar auf der Hand: Einerseits kommt es zu einer Bildung von Kompetenzzentren, andererseits kann mit dem zunehmenden Mangel an Gesundheitspersonal besser umgegangen werden. Als Nachteile führte Prof. Suter an, dass zwischen den Patienten und ihren Angehörigen eine größere Distanz liegt, dass die Rekrutierung kompetenter Spezialisten schwierig ist und dass es im Patientenbereich zu einem Kompetenzverlust kommt.

Dennoch blickte er positiv in die Zukunft. Prof. Suter: "Es scheint möglich, dass man eine Konzentration durchführen kann, die zum Schluss von allen akzeptiert wird."

LBI-HTA: Experten diskutieren Konzentration von Spitzenmedizin; Wien, März 2012

In der Schweiz werden Schwerstverletzte nur mehr in zwölf Traumazentren behandelt. Foto. BilderBox.com

Copyright: APA-DeFacto GmbH - Seite: 2

Aus dem Inhalt

Medizin

Wissenschaft
für die Praxis 4

Praxis-Tipp
Typische Merkmale
beim Multiplen Myelom 6

Allergie (1)
Birkenpollen-Allergiker
vertragen oft keine Äpfel 8

Allergie (2)
Für den Notfall besser
gerüstet sein 10

Alkoholismus
Abstinenz nicht mehr
alleiniges Therapieziel 12

Lipidsenkung
Welche Alternativen bei
Statinunverträglichkeit? 22

Politik & Praxisführung

Arbeitsmedizin
Ziel: Menschen länger
im Beruf halten 17

KAV-Mitarbeiter
Umfrage: Klagen über
hohen Arbeitsdruck 18

ÄK-Wahl
Berichte aus OÖ
und Vorarlberg 19

Plattform Geriatrie

Aktiv Altern
Lebensqualität
hat Vorrang 25

Demenz
Selbstbestimmung
früh sicherstellen 28

Schmerztherapie
Interdisziplinäre Betreuung
durch den Hausarzt 29

Basisassessment
Prim. Sommeregger
im MT-Interview 30

Impressum 6

Schweiz: Spezialisierte Zentren für ausgewählte Bereiche

Konzentrierte Spitzenmedizin

BERN/WIEN – Seit 2009 finden in der Schweiz bestimmte medizinische Behandlungen nur noch in hochspezialisierten Zentren statt. Prof. Dr. Peter Suter berichtete auf einer Veranstaltung des Ludwig Boltzmann Institutes für Health Technology Assessment über die Vor- und Nachteile eines Systems, das auch immer wieder für Österreich diskutiert wird.

Foto: BilderBox.com

In der Schweiz werden Schwerstverletzte nur mehr in zwölf Traumazentren behandelt.

Im Jahr 2009 beschlossen die für das Gesundheitswesen zuständigen Regierungsmitglieder der 26 Kantone der Schweiz, Spitzenmedizin künftig stärker zu planen und auf wenige Zentren zu konzentrieren. Das Ergebnis heißt Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM). Ansporn für die Unterzeichnung der Vereinbarung war die Drohung der Regierung, diese Funktion im Notfall selbst zu übernehmen. „In unserem Krankenversicherungsgesetz gibt es einen Artikel, der besagt, die Kantone müssen sich um die Organisation gemeinsam kümmern. Sollten sie das bis 2015 nicht machen, übernimmt es der Staat“, erklärte Prof. Dr. Peter Suter, Vizepräsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und Leiter des Fachgremiums zur Konzentration der Spitzenmedizin. Die Vereinbarung umfasst jene medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, ihr hohes Innovationspotenzial, einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind.

Organisation

Um den Vollzug der Vereinbarung sicherzustellen, wurde von den Mitgliedern der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren ein HSM-Beschlussorgan gewählt. Dieses setzt sich aus zehn politisch besetzten Gesundheitsdirektoren und drei nicht stimmberechtigten Beratern zusammen. Das Beschlussorgan wählte anschließend ein 15-köpfiges Fachorgan, das aus unabhängigen Experten besteht. Dem Fachorgan obliegt die Aufgabe, neue Entwicklungen zu beobachten, Anträge auf Aufnahme und Streichung in den HSM-Bereich zu bearbeiten, die Voraussetzungen festzulegen, die zur Erfüllung einer bestimmten Dienstleistung erbracht werden müssen etc.

Für die Aufnahme einer Leistung in die Liste der HSM-Bereiche werden folgende Kriterien berücksichtigt: Wirksamkeit, Nutzen, technologisch-ökonomische Lebensdauer und die Kosten der Leistung.

Insgesamt wurden bis Ende des Vorjahres 27 HSM-Bereiche zugeteilt. So finden in der Schweiz Organtransplantationen, Knochenstammzelltransplantationen, die Implantation von Cochlear-Implantaten, hochspezialisierte Therapie bei Hirnschlag, Neurochirurgie und interventionelle Neuroradiologie etc. nur noch in Kompetenzzentren statt.

Beispiel Schwerverletzte

Einer der ersten Bereiche, die in die HSM-Liste aufgenommen wurden, ist die Behandlung von Schwerverletzten. Laut Definition müssen nun Erwachsene, die an einer schweren, lebensbedrohlichen Einzel- oder Mehrfachverletzung mit einer Verletzungsschwere nach Injury Severity Score (ISS) von mindestens 20 Punkten oder Erwachsene mit einem Schädel-Hirn-Trauma in einem von zwölf Traumazentren behandelt werden, die geografisch über die ganze Schweiz verteilt sind. Die Zentren müssen bestimmte Anforderungen erfüllen, das sind unter anderem:

- qualitative Anforderungen: mindestens 250 Patienten pro Jahr, die eine initiale Schockraumtherapie erfordern, und mindestens 1000 Traumapatienten pro Jahr
- personelle Voraussetzungen: Anästhesie, Chirurgie, Traumatologie/Orthopädie, Neurochirurgie, Notfallmedizin und Intensivmedizin im Haus
- infrastrukturelle Gegebenheiten: chirurgische oder interdisziplinäre Notfallstation mit vollamtlichem Leiter, Schockraum mit mindestens zwei Patientenplätzen, die 24 Stunden betreibbar sind, etc.
- eine 24-stündige Aufnahme und Versorgung der Patienten
- Führung eines Registers
- Teilnahme an einem anerkannten Programm für die Fort- und Weiterbildung in den Bereichen Notfallmedizin und Traumatologie/Unfallchirurgie
- Durchführung klinischer Forschungsprojekte
- jährlicher Bericht an die IVHSM-Organe

Die Organisation des HSM-Modells erwies sich in der Praxis als komplex, da es viele Akteure mit divergenten Interessen gibt. „Es findet eine gewisse Verteilung statt, aber es ist noch nicht alles gelungen“, zog Prof. Suter eine Zwischenbilanz. Nicht ganz einfach gestaltet sich häufig die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fachgesellschaften und den politischen Entscheidungsträgern. Der demokratische Prozess und die damit verbundene Diskussion dauern zwar lang, aber Prof. Suter betonte, dass er trotzdem das Gefühl gehabt hatte, „dass es relativ schnell gegangen ist“. Die Umsetzung ging vor allem dort relativ einfach, wo die Fachgesellschaften schon Vorarbeit geleistet hatten. Kontroversen gab es laut Prof. Suter vor allem dort, wo das Prestigedenken Einzug gehalten hatte.

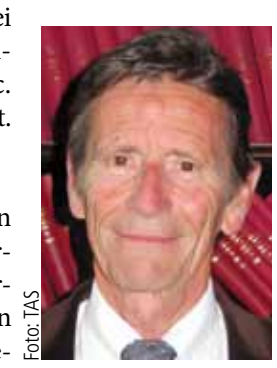

Foto: TAS

Prof. Dr. Peter Suter

Vor- und Nachteile

Die Vorteile des HSM-Modells liegen für ihn klar auf der Hand: Einerseits kommt es zu einer Bildung von Kompetenzzentren, andererseits kann mit dem zunehmenden Mangel an Gesundheitspersonal besser umgegangen werden. Als Nachteile führte Prof. Suter an, dass zwischen den Patienten und ihren Angehörigen eine größere Distanz liegt, dass die Rekrutierung kompetenter Spezialisten schwierig ist und dass es im Patientenbereich zu einem Kompetenzverlust kommt.

Dennoch blickte er positiv in die Zukunft. Prof. Suter: „Es scheint möglich, dass man eine Konzentration durchführen kann, die zum Schluss von allen akzeptiert wird.“ *TAS*

LBI-HTA: Experten diskutieren Konzentration von Spitzenmedizin; Wien, März 2012