

Eine Idee davon, wie es funktionieren könnte, hat Herzchirurg Ernst Wolner, der intensiv in die Neuregelung von Bereichen der Spitzenmedizin in der Schweiz eingebunden ist. Schon 2009 wurde dort beschlossen, hochspezialisierte medizinische Verfahren, zum Beispiel in der Neurochirurgie, Onkologie oder Transplantationsmedizin, auf wenige Zentren zu konzentrieren (siehe Kasten „Das Schweizer Modell“). „In der Schweiz hat man 2009 eine sogenannte interkantonale Vereinbarung getroffen, die Spitzenmedizin aller 26 Kantone zu konzentrieren. Dafür wurde ein Fachgremium von zwölf Personen eingerichtet, darunter acht Schweizer und vier ausländische Experten, das der Politik Vorschläge unterbreitet. Von bisher 28 vorgeschlagenen Konzentrationen wurden 25 angenommen, die erste bereits nach einem halben Jahr.“ Wolner, der in der Schweizer Kommission seine Expertise speziell für den Bereich der Thorax- und Gefäßchirurgie einbringt, begrüßt vor allem die Entscheidungsfreudigkeit des Schweizer Modells. „Die Politiker können die Vorschläge entweder annehmen oder ablehnen. Das heißt, es gibt nicht die Möglichkeit einer Modifikation, weil das sonst wieder zu Endlos-Diskussionen führen würde. Natürlich kann ein Krankenhaus eine Konzentration auch ablehnen und weiter Fälle behandeln, die aufgrund der Konzentration dort nicht mehr behandelt werden sollten. Dies muss dann aber auf eigene Rechnung und ohne Zahlung der Krankenkasse geschehen.“

In Österreich eine Sensation

Die Klarheit dieses Prinzips ist an sich schon bemerkenswert, auch für Schweizer Verhältnisse. In Österreich wäre eine ähnliche Vorgangsweise – etwa im Rahmen einer Artikel-15a-Vereinbarung

Das Schweizer Modell

Die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin IVHSM hat bisher im Rahmen der Umsetzung die Leistungszuteilungen in den folgenden Teilbereichen verbindlich geregelt:

- ☼ Hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie
- ☼ Neurochirurgie
- ☼ Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen
- ☼ Behandlung von Schwerverletzten
- ☼ Behandlung von schweren Verbrennungen beim Erwachsenen
- ☼ Organtransplantationen beim Erwachsenen
- ☼ Cochlea Implantate
- ☼ Protonentherapie
- ☼ Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen

Peter Suter von der Schweizerischen Akademie der Wissenschaft, der im Vorjahr auf Einladung des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment das Modell vorstellte, fasste seine Erfahrungen als Präsident des Organs Hochspezialisierte Medizin so zusammen: „Die wichtigsten Störfaktoren beim politischen Beschlussorgan sind die lieben Kollegen mit ihren Schlössern und Gärten, weniger die Kantone.“

– wohl durchaus als Sensation zu bezeichnen. Wolner würde sich für die Alpenrepublik, deren Krankenhausstreuung bekanntlich nach wie vor den historischen Postkutschendistanzen entspricht, mehr Konzentration wünschen: „Es muss wirklich vor allem in den kleineren Bundesländern nicht alles gemacht werden. Schließlich kommt es ja sogar in Uni-Kliniken vor, dass es zu wenige Fälle gibt. Am besten wäre dieses Problem mit rotierenden Ausbildungen in den Griff zu kriegen.“

Selbst in Uni-Kliniken ist die Fallzahl manchmal zu gering.

Allerdings sei die Ausgangslage in Österreich vergleichsweise gut. Mit nur drei öffentlichen Medizin-Universitäten und dem AKH als nahezu alle Bereiche abdeckenden Spitalsstandort sei die Medizin bereits jetzt ungleich konzentrierter als in der Schweiz. Als die eigentlich nachahmenswerte Innovation des Schweizer Modells empfindet Wolner daher vor allem das Überschreiten der Kantons-grenzen. „Auch dazu gibt es hierzulande erste Ansätze, etwa wenn die Bundesländer Burgenland und Steiermark über eine gemeinsame Herzkatheterversorgung verhandeln.“ Speziell in Bereichen mit großen Vorhaltekosten, etwa Transplant-Zentren, könne man künftig auf die Vernunft der Länder setzen. „Zu hoffen wäre, dass die Gesundheitsreform durch den neuen Sparzwang hier einiges in Gang setzt.“

In der Schweiz hingegen geht es indessen bereits um die Überprüfung und Nachjustierung der Versorgungskonzentrationen. Alle drei Jahre evaluiert die Fachkommission, der Wolner angehört, die Zentren neu. „Medizinkundige Beamte berichten uns dafür und legen Daten und Ergebnisse auf den Tisch. Auch die wissenschaftliche Tätigkeit einer Abteilung ist dabei ein Kriterium.“ Gerade vor Kurzem sei der Auftrag ergangen, die ökonomischen Auswirkungen zu einigen Fällen zu überprüfen. „Es muss natürlich dann auch untersucht werden, ob etwas durch die Konzentration wirklich billiger geworden ist als vorher“, sagt Wolner.

Das Etikett „Kompetenzzentrum/Exzellenzzentrum/Referenzzentrum“ sei derzeit jedenfalls kein Kriterium für die Zusage einer Konzentration im Schweizer Spitalssystem, sagt Wolner. Wie sich Gütesiegel auf die Krankenhausaufteilung kommender Jahrzehnte in Österreich auswirken, ist eines der vielen Fragezeichen, auf die eine Spitalsreform Antworten liefern sollte. ☼

Literatur:

- ¹ <http://www.eshonline.org>
- ² Akute und chronische unspezifische Kreuzschmerzen, 2011
- ³ www.ceops.at
- ⁴ Die Kriterien für Referenzzentren sind in Kapitel 2.5 des ÖSG 2012 (S. 73 ff) enthalten. Die den Zentren jeweils zugeordneten medizinischen Leistungen sind der Leistungsmatrix des ÖSG zu entnehmen: http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012
Die gesetzliche Verankerung der Referenzzentren erfolgte in der Novelle zum Bundeskrankenanstaltengesetz Ende 2011 (§ 2c KAKuG i.d.g.F.).



Dr. Erika Pichler ist freie Journalistin in Salzburg. e.pichler@aon.at