

Empfehlungen für die interventionelle Kardiologie im Kanton Wallis

2. Bericht

**Bericht von Prof. Yves Cottin,
Abteilung für Kardiologie am Universitätsspital
Bocage in Dijon**

**Im Auftrag des Departements für Gesundheit,
Soziales und Kultur des Kantons Wallis**

Dijon, 2. Februar 2016

Inhaltsverzeichnis

<i>Hintergrund und Ziel dieses Auftrags</i>	3
<i>Empfehlung 1: Innovation im interventionellen Bereich berücksichtigen</i>	3
<i>Empfehlung 2: Starke Beziehung zu einem Referenzzentrum aufrechterhalten</i>	4
<i>Empfehlung 3: Weiterbildung der interventionellen Kardiologen gewährleisten</i>	4
<i>Empfehlung 4: Notwendigkeit hoher Fallzahlen zur Deckung der Kosten der interventionellen Kardiologie</i>	4
<i>Empfehlung 5: 24-Stunden-Tätigkeit aufrechterhalten und Door-to-Needle-Time gewährleisten</i>	5
<i>Empfehlung 6: Gesamtes kardiologisches Angebot gewährleisten</i>	5
<i>Empfehlung 7: Alle Szenarien einer Zusammenarbeit in Erwägung ziehen</i>	5
<i>Empfehlung 8: Zusammenlegung der Herzkatheterlabors an einem Standort</i>	5
<i>Schlussfolgerung</i>	6

Hintergrund und Ziel dieses Auftrags

Der Staat Wallis hat mir am 25. Juli 2014 vertraglich formalisiert den Auftrag erteilt, Empfehlungen zum Thema interventionelle Kardiologie im Kanton Wallis abzugeben. Anhand der durchgeführten Analysen sollten drei Fragen beantwortet werden. Am 27. August 2014 wurde ein erster Bericht über die ersten zwei Punkte des Auftrags ausgearbeitet. Daraus ging hervor, dass die für die Spitalplanung 2015 berücksichtigten medizinischen Anforderungen mit den Empfehlungen der Fachgesellschaften übereinstimmen und dass einzig das Spital Sitten sämtliche Voraussetzungen für die stationäre Versorgung erfüllt.

In den kommenden Jahren werden wichtige Entscheide in Bezug auf die interventionelle Kardiologie zu treffen sein. In diesem Sinne werden im vorliegenden Bericht acht Empfehlungen abgegeben, um die dritte Frage des Auftrags zu beantworten, die da lautet:

«Gibt es im Rahmen des Leistungsauftrags in interventioneller Kardiologie ein Verbesserungspotenzial in der Versorgung, in Sachen Infrastruktur, Personal, Präsenz, Organisation, Betreuung des Patienten usw.?»

Empfehlung 1: Innovation im interventionellen Bereich berücksichtigen

Aufgrund der im Bericht vom 27. August 2014 genannten Punkte ist es ratsam, ein einziges Zentrum für stationäre interventionelle Kardiologie beizubehalten. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass sich der interventionelle Bereich ununterbrochen weiterentwickelt. Seit dem ersten Bericht gab es diagnostische und therapeutische Fortschritte zu verzeichnen, insbesondere in Sachen Thrombektomien bei Schlaganfällen. Es ist klar, dass die Voraussetzungen zur Durchführung von Thrombektomien und die Zugänglichkeit zu dieser Technik zu erwähnen sind. In Frankreich beispielsweise wird sie nach einer Reihe erfolgreicher Studien als Referenztechnik bei zerebrovaskulären Insulten in der Akutphase (innerhalb der ersten sechs Stunden nach dem Ereignis), ergänzend zur intravenösen Thrombolyse (innerhalb der ersten 4,5 Stunden) oder bei Kontraindikation für die Lyse sofort angewandt. Die interventionelle Neuroradiologie wird in verschiedenen Dekreten und Beschlüssen geregelt, die bereits eine qualitativ hochstehende Medizin bieten und keine grossen Entwicklungen erforderlich machen. Bis dato wurden Thrombektomien im Allgemeinen von einem geübten und erfahrenen interventionellen Neuroradiologen durchgeführt, inzwischen werden in einigen Zentren jedoch die interventionellen Kardiologen entsprechend ausgebildet und erfüllen diese neue Aufgabe. Die Daten aller jüngeren Studien zeigen aber vor allem Folgendes:

- a) eine steigende Schlaganfallinzidenz;
- b) in den industrialisierten Ländern gibt es mehr Schlaganfälle als akute Koronarsyndrome (ACS);
- c) die interventionellen Behandlungsinfrastrukturen sind ähnlich;
- d) und vor allem: auf europäischer Ebene gibt es einen bedeutenden Mangel an interventionellen Radiologen.

Empfehlung 2: Starke Beziehung zu einem Referenzzentrum aufrechterhalten

Die Optimierung der Patientenversorgung und insbesondere die Qualitätskriterien (Indikationen, Eingriffsart usw.) setzen voraus, dass starke Beziehungen zu einem Referenzzentrum mit hohen Fallzahlen und/oder hohem Fachwissen aufrechterhalten werden. Es ist zu unterstreichen, dass seit 1990 enge Beziehungen zwischen dem Spital Sitten und dem CHUV in Lausanne unterhalten werden. Dieser Punkt war ein wichtiges Element für die Beibehaltung und vor allem die Entwicklung einer qualitativ hochstehenden interventionellen Kardiologie für das Walliser Einzugsgebiet. Ebenfalls zu unterstreichen ist, dass die Anbindung an ein privates oder öffentliches Fachzentrum die Optimierung gewisser Versorgungsarten ermöglicht. Gewisse Verfahren sollten nach der Diagnose in Fachzentren durchgeführt werden, beispielsweise die Implantationen von Herzunterstützungssystemen, die Entfernung chronischer komplexer Obstruktionen usw. Dieser Punkt kann sich indes je nach Erfahrung der Ärzte an den Standorten und/oder der technischen Entwicklung bzw. aufgrund von administrativen Einschränkungen ändern.

Empfehlung 3: Weiterbildung der interventionellen Kardiologen gewährleisten

Der stationäre Standort sollte die Weiterbildung der interventionellen Kardiologen weiterhin gewährleisten. Dies ist ein wichtiger Punkt, da die Stabilität eines Zentrums auf einer ausreichenden Anzahl Ärzte mit einem Minimum von drei Operateuren basiert. Folglich ist es für die Attraktivität eines Spitals ein zentraler Punkt, eine Weiterbildungsstätte zu sein. Ein weiterer zentraler Faktor ist die Alterspyramide der aktuellen interventionellen Kardiologen. Die Nachwuchsgewinnung muss ebenfalls eine Priorität sein, um eine geregelte Tätigkeit, aber vor allem eine ausreichende Präsenz von interventionellen Kardiologen und den Bereitschaftsdienst gewährleisten zu können.

Empfehlung 4: Notwendigkeit hoher Fallzahlen zur Deckung der Kosten der interventionellen Kardiologie

Der medizinisch-wirtschaftliche Faktor ist wichtig. Es ist klar erwiesen, dass die interventionelle Kardiologie eine defizitäre Tätigkeit ist, wenn die Kosten der Krankenanstalt den Durchschnittskosten entsprechen, und dass nur sehr hohe Fallzahlen eine Gewinnerzielung ermöglichen. In Frankreich liegt das Minimum an Spitalaufenthalten, um die Rechnung ausgleichen zu können, bei rund 800 pro Jahr (doppelte Standardabweichung zusätzlich zur Durchschnittstätigkeit). Die medizinisch-wirtschaftlichen Variablen müssen vor allem die Ersetzungen in den Herzkatheterlabors und die technischen Fortschritte berücksichtigen, die je länger je mehr in Richtung «Fusionen» gehen (z.B. Angiographie und Herz-MRI). Die neuen technischen Zwänge an die Hersteller zur Verringerung der Bestrahlung der Patienten machen eine immer häufigere Wartung der Geräte nötig, was zu einem Unterbruch der Tätigkeit führt und das Herzkatheterlabor für Notfälle nicht zugänglich macht.

Empfehlung 5: 24-Stunden-Tätigkeit aufrechterhalten und Door-to-Needle-Time gewährleisten

Ein ununterbrochener Betrieb, das heisst 365 Tage im Jahr und rund um die Uhr, ist eine Voraussetzung.

Bei medizinischer Indikation muss der interventionelle Kardiologe innerhalb von 30 Minuten eine Therapieform oder diagnostische Massnahme einleiten können (Door-to-Needle-Time). Die Notfall-Versorgung des Patienten darf selbstverständlich nicht durch organisatorische Tätigkeiten verzögert werden (Anruf der Notärzte bei bestätigtem EKG, direkte Ankunft des Patienten im Herzkatheterlabor, Optimierung der Vorbereitung des Patienten usw.).

Empfehlung 6: Gesamtes kardiologisches Angebot gewährleisten

Ein vollständiges kardiologisches Angebot (Notfall, Echokardiografie, MRI, Koronar-CT, Herzchirurgie usw.) ist für die Aufrechterhaltung und die Entwicklung eines Zentrums für interventionelle Kardiologie zentral. Folglich gilt es, das aktuelle kardiologische Angebot, aber auch seine technische und personelle Zukunft zu analysieren und vor allem weiterzuverfolgen. Das globale Angebot in der Kardiologie muss vor allem auf eine optimale Patientenversorgung ausgerichtet sein. Bei einem Patienten beispielsweise, dessen koronarangiographischer Befund keine Läsion aufweist, muss ein Herz-MRI durchgeführt werden können, um nicht eine Myokarditis zu übersehen, deren Behandlung und Prognose vollkommen anders sind.

Empfehlung 7: Alle Szenarien einer Zusammenarbeit in Erwägung ziehen

Alle Szenarien einer Zusammenarbeit zwischen den Akteuren sind in Erwägung zu ziehen (Schaffung eines privaten Standorts innerhalb des Spitals, Räumlichkeiten für private Akteure), doch sind dabei die Probleme der Entlohnung, der unterschiedlichen Status, der Dienstzeiten und der Beteiligung am Bereitschaftsdienst zu berücksichtigen. Aktuell muss die langfristige Stabilität des stationären Angebots in der interventionellen Kardiologie, aber auch des globalen kardiologischen Angebots oberste und einzige Priorität sein.

Empfehlung 8: Zusammenlegung der Herzkatheterlabors an einem Standort

Eine Zusammenlegung der beiden aktuellen Herzkatheterlabors an einem einzigen Standort würde eine Optimierung der Versorgung im gesamten Kardiologiebereich ermöglichen – von der prähospitalen Phase über den Spitalaufenthalt bis hin zur Rehabilitation. Ausserdem würde sie ermöglichen, die Entwicklung des neurovaskulären Bereichs, der zahlreiche Parallelen zur Kardiologie aufweist (Echokardiografie, Holter-EKG, Gefässmedizin, vaskuläre Radiologie usw.) zu antizipieren. Die Optimierung der

Behandlungsinfrastruktur und der Operateure sowie die Organisation der Versorgungsbereiche und insbesondere der unterstützenden medizinischen Dienste (Notfall, Intensivpflege, Bildgebung, Biologie 24h/24, Reanimation usw.) müssen mit einer einzigen medizinischen aber auch einer einzigen administrativen Führungsstruktur in Verbindung stehen. Vor allem aber muss die medizinisch-administrative Führungsstruktur auf das globale Versorgungsangebot zugunsten der gesamten Bevölkerung ausgerichtet sein.

Schlussfolgerung

Die kurz-, mittel- und langfristigen strategischen Positionen müssen vollständig über die Vergangenheit der Kardiologie in Sitten und vor allem der Kardiologen untereinander hinwegsehen.

Eine Verstärkung des aktuellen Standorts für stationäre interventionelle Kardiologie ist ein Muss, damit er den Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf das gesamte moderne Kardiologieangebot, wovon die interventionellen Leistungen bloss ein Teil sind, entsprechen kann. Ausserdem sollte die Verstärkung ermöglichen, die oben genannten Empfehlungen zu befolgen:

- Den medizinischen und wirtschaftlichen Zwängen, den technischen Entwicklungen aber auch den neuen Versorgungsformen, insbesondere bei Schlaganfällen (CVA), entsprechen;
- Die beiden Katheterlabors an einem einzigen Standort zusammenlegen, wobei die ganze Palette an Versorgung und Zusatzleistungen (insbesondere postoperative Betreuung) unter einer einzigen ärztlichen und administrativen Führung angeboten wird;
- Starke Beziehungen zu einem Referenzzentrum mit hohem Fachwissen unterhalten;
- Die Tätigkeit 365 Tage im Jahr rund um die Uhr aufrechterhalten;
- Interventionelle Kardiologen ausbilden;
- Alle Szenarien einer Zusammenarbeit in Erwägung ziehen;
- Hohe Fallzahlen gewährleisten, die einen Gewinn ermöglichen (800 Fälle/Jahr);
- Das gesamte kardiologische Angebot gewährleisten.