Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie, Leiter der kardiologischen Einheiten der Schweizer Zentrumsspitäler

Prozessorganisation und Struktur der Kardiologie an Zentrumsspitälern der Schweiz[1]

Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie

Einleitung

Die raschen Veränderungen im schweizerischen Gesundheitswesen und das Krankenversicherungsgesetz verpflichten zu einer optimalen Patientenbetreuung bei beschränkten Ressourcen. Grundlegende Fortschritte in der Betreuung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und begonnene oder anstehende strukturelle Reorganisationen an vielen Zentrumsspitälern sind für die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie der Anlass zu einer grundsätzlichen Stellungnahme zur Prozess- und Strukturorganisation.

Oberste Ziele dabei sind die medizinische und gesundheitsökonomische Optimierung der Betreuung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen, die Optimierung der Weiter- und Fortbildung von Kardiologen und Grundversorgern und die Optimierung der klinischen Forschungsmöglichkeiten.
Ausführungen zu der sich ebenfalls wandelnden Rolle der Kardiologen in Regionalspitälern, Privatkliniken und Praxen sind zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen.

Ausgangslage

1. Kardiovaskuläre Erkrankungen sind [1] und bleiben für die nächsten zwei Jahrzehnte Hauptursachen für die Gesamtmortalität, die vorzeitige Mortalität und die Morbidität gemäss Schätzungen der WHO (www.who.int/aboutwho/en/preventing/heart.htm) und der Schweizerischen Institute für Sozial- und Präventivmedizin [2].
2. Medizinischer Fortschritt und klar definierte Qualitätskriterien haben in den letzten Jahren zu grundlegenden Veränderungen in der Betreuung von Patienten mit kardiovaskulären Diagnosen geführt. Wichtige Beispiele dafür sind akutes koronares Syndrom (insbesondere der akute Myokardinfarkt), Herzinsuffizienz und Rhythmusstörungen. Unter den Gesichtspunkten der medizinischen Qualität (Outcome), der Patientenzufriedenheit und der Kostenoptimierung (Hospitalisationsdauer, Ressourceneinsatz, indirekte Kostenfolgen) leitet sich aus der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz die Forderung ab nach umfassender Verantwortung für die Patientenbetreuung durch die Kompetentesten, in diesem Fall die Kardiologen [3–6]. Diese muss ab erstem Kontakt erfolgen und sich über die gesamte Hospitalisationszeit sowie die Organisation der Nachsorge erstrecken. Demgegenüber führt eine vielerorts noch übliche delegierte bzw. konsiliarische kardiologische Betreuung – selbst bei optimaler Organisation – zu Zeitverlust mit nachteiligen Auswirkungen auf medizinische Betreuung und Kosten. Zur verminderten Betreuungsqualität und zum schlechteren Resultat (ungenügende Compliance mit Behandlungsstandards) gesellt sich die personelle Diskontinuität in der Patientenbetreuung im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich.
3. Im kardiovaskulären Bereich haben in den letzten Jahren die zum Teil aufwändigen dia-

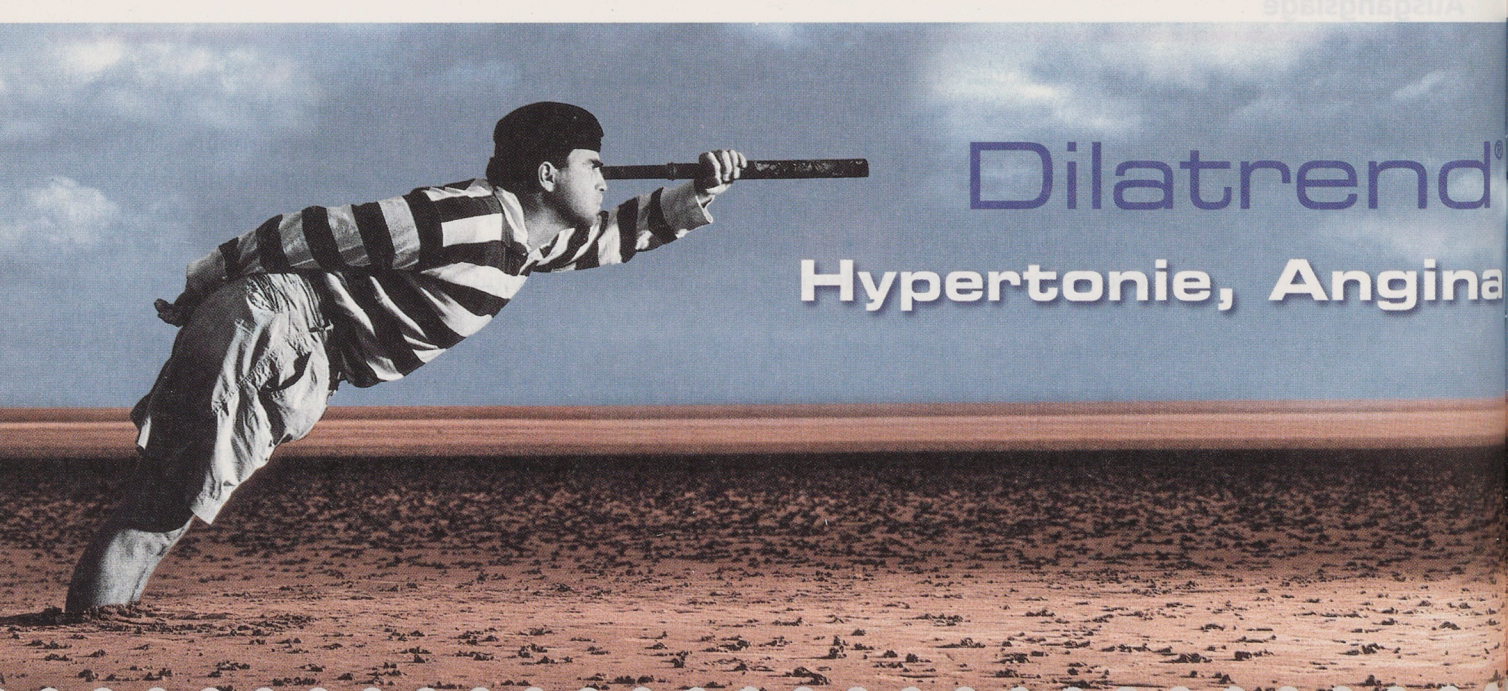
Korrespondenz:
Prof. Dr. Bernhard Meier
Departement Herz und Gefässe
Universitätsklinik Inselspital
CH-3010 Bern

[1] Nachdruck aus: Schweizerische Ärztezeitung 2000;81:1396–9.

Kardiovaskuläre Medizin 2001;4: Nr 2

gnostischen und interventionellen Möglichkeiten markant zugenommen. Der Hauptanteil liegt im Bereich der Kardiologie. Dies betrifft vorab die Echokardiographie und die invasiven kardiologischen Abklärungsmöglichkeiten unter Einschluss von Herzkatheteruntersuchung und Elektrophysiologie. Die interventionelle Kardiologie, welche neben der Koronarangioplastie auch Eingriffe an Herzklappen und bei Shuntproblemen, Kardiomyopathien und Perikardleiden umfasst, ist eine der bedeutendsten Disziplinen der modernen Medizin geworden. Die medikamentöse Behandlung mit auch kostenmässig aufwändigen Behandlungsplänen, die Vor- und Nachsorge bei herzchirurgischen Therapien und die Implantation von Schrittmachern und Antitachykardiesystemen gehören ebenfalls zum Aufgabenbereich der Kardiologie. Der Kardiologe kann am besten die Angemessenheit, die Notwendigkeit und den optimalen Zeitpunkt des Einsatzes dieser Methoden beurteilen. Die Entscheidung darüber ist Teil der integralen Verantwortlichkeit für die Patientenbetreuung. Dies ist besonders evident für invasive Eingriffe, für die die Verantwortung analog zu chirurgischen Eingriffen nicht teilbar ist.

4. Der medizinische Fortschritt mit zunehmender Spezialisierung, die Optimierung der Patientenbetreuung unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten und die Forderung nach einer integralen und kontinuierlichen Patientenbetreuung haben unmittelbare Folgen für die Struktur der Weiter- und Fortbildung von Kardiologen und Grundversorgern. Die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie sieht sich nicht nur verantwortlich für die Optimierung der Qualität und der Zahl der Weiterbildungsstellen für Kardiologie, sondern auch in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachgesellschaften für die Optimierung der Weiter- und Fortbildung im kardiovaskulären Bereich von Grundversorgern.
5. Die Schaffung des Facharzttitels FMH für Kardiologie durch den Beschluss der Schweizerischen Ärztekammer im September 1998 trägt der wachsenden medizinischen und organisatorischen Bedeutung der Kardiologie



CARDIO VASCULAR

Roche

Roche Pharma (Schweiz) AG
4153 Reinach

Cardiovascular, Tel. 061-715 41 11, Fax 061-715 41 12
www.roche-pharma.ch, pharma.schweiz@roche.com

Rechnung. Wie in praktisch allen europäischen Ländern ist damit auch in der Schweiz die Kardiologie als selbständige medizinische Disziplin anerkannt. Während die Entwicklung eigenständiger Disziplinen in vergleichbaren Bereichen der Medizin (Neurologie, Dermatologie) historisch gesehen rasch gefolgt war von der Reorganisation der Prozesse und Strukturen an den grossen Spitälern, ist dies bisher für die Kardiologie, zum Unterschied von der Entwicklung im europäischen Ausland, vielerorts ausgeblieben. Dies erschwert entscheidend ein problemorientiertes Arbeiten in Netzwerken. Dies betrifft die spitalinterne horizontale Vernetzung besonders mit den Abteilungen für Herz- und Gefässchirurgie, aber auch die Vernetzung mit Peripheriespitälern, praktizierenden Spezialisten und Grundversorgern.

6. Die unzureichend entwickelte Struktur der Kardiologie an den meisten Zentrumsspitälern der Schweiz erschwert die gemeinsame Bildung von Schwerpunkten, die Formulierung verbindlicher Behandlungspfade unter medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten, die regionale und überregionale Zusammenarbeit in der Patientenbetreuung und die gemeinsame Forschung, z. B. im Rahmen multizentrischer Studien.
7. Die Aufgabe einer exzellenten kardiovaskulären Forschung in der Schweiz, besonders dort wo sie im nationalen und internationalen Verbund erfolgen soll, wird durch die gegenwärtige Prozess- und Strukturorganisation an den Schweizer Zentrumsspitälern behindert.

Aufgrund dieser Feststellungen unterstützt die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie eine grundlegende Reorganisation der Prozesse im Bereich der Betreuung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen an Schweizer Zentrumsspitälern, der Weiter- und Fortbildung für Kardiologen und Grundversorger, der Prozesse zur kontinuierlichen Qualitätsförderung und der Voraussetzungen für die klinische Forschung. Sie misst der Anpassung der Strukturen der Kardiologie an den Zentrumsspitälern hohe Dringlichkeit zu.



1 Packer, M. et al.: The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. N Engl J Med 334: 1329–1355 (1996)
2 ANZ Study Group, Lancet 1997

Zusammensetzung: Carvedilol. Indikationen: Essentielle Hypertonie, chronische Angina pectoris, Herzinsuffizienz ischämischer oder kardiomyopathischer Genese (NYHA Klasse II/III). Anwendung: Essentielle Hypertonie: Tag 1+2 je 12,5 mg 1x täglich, dann 1x täglich 25 mg, max. Dosis 50 mg; Angina pectoris: Tag 1+2 je 12,5 mg 2x täglich, dann 2x täglich 25 mg, max. Dosis 100 mg; Herzinsuffizienz: stabile Basistherapie mit Digitalis, Diuretika und ACE-Hemmern: Titration in 2-wöchigen Intervallen bis zur höchsten verträglichen Dosis, beginnend bei 3,125 mg 2x täglich, dann 6,25 mg 2x täglich, 12,5 mg 2x täglich bis 25 mg 2x täglich (= max. empfohlene Dosierung bei Patienten bis zu 85 kg KG; 50 mg 2x täglich bei > 85 kg KG). Kontraindikationen: Überempfindlichkeit gegenüber Carvedilol, dekompensierte Herzinsuffizienz der NYHA Klasse IV, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Asthma bronchiale, allergische Rhinitis, Glottisödem, Cor pulmonale, Sinusknotensyndrom, AV-Block II + III Grades, schwere Bradykardie, kardiogener Schock, Herzinfarkt mit Komplikationen, klinisch manifeste Leberinsuffizienz, metabolische Azidose, Schwangerschaft, Stillzeit. Vorsichtsmassnahmen: Bei labiler Hypertonie, instabiler Angina pectoris, frischem Herzinfarkt, arteriellen Durchblutungsstörungen, Patienten mit Niereninsuffizienz. Unerwünschte Wirkungen: Schwindel, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Bradykardie, Orthostase, Übelkeit, Diarrhoe. Packungen: Tabletten mit Bruchrille zu 6,25 mg: 14*; Tabletten zu 12,5 mg: 30*, 100*; Tabletten zu 25 mg: 30*, 100*. Liste B. *kassenzulässig. Weitere Angaben entnehmen Sie bitte dem *Arzneimittel-Kompendium der Schweiz* inklusive Supplementum.

Kardiovaskuläre Medizin 2001;4: Nr 2

Prozess- und Outcome-Optimierung

Patienten-Outcome

Die Optimierung der Mortalität, der Morbidität und der Lebensqualität nach Spitalentlassung wird bei zahlreichen kardiovaskulären Erkrankungen am besten und kostengünstigsten durch die direkte und rasche («fast track») Betreuung durch das ärztliche und nichtärztliche Fachpersonal der Kardiologie gewährleistet [3–7]. Dies ist am Beispiel des akuten koronaren Syndroms (z.B. Myokardinfarkt) der Herzinsuffizienz und der Rhythmusstörungen einfach nachzuvollziehen. Voraussetzung dafür ist die Verantwortung für diese Patienten auf den betroffenen Stationen im Spital und in der ambulanten Betreuung. Integraler Teil dieser Verantwortung ist zu jedem Zeitpunkt die Optimierung des Einsatzes von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nach Angemessenheits- und Notwendigkeitsgesichtspunkten (Evidence-based Medicine). Dazu gehört aber auch die Organisation des Betreuungsnetzwerkes zusammen mit der Herzchirurgie, der Intensiv- und Notfallmedizin und den nichtärztlichen Diensten des Spitals (Sozialdienst, Diätberatung, Physiotherapie etc.). Ein weiterer Teil dieser Verantwortung ist die Organisation der angemessenen Nachbetreuung nach Spitalaustritt.

Patientenzufriedenheit

Neben dem medizinischen Ergebnis wird die Patientenzufriedenheit in hohem Ausmass von der Kontinuität der ärztlichen und nichtärztlichen Betreuung bestimmt. Jeder Wechsel besonders in der ärztlichen Verantwortung der Betreuung (z.B. Verlegung Notfallstation – Intensivstation – Abteilung) ist diesem Ziel abträglich. Optimal ist die Betreuung durch ein einheitliches Team in konzentrierten Betteneinheiten, wobei die Zahl der Betten im Sinne einer optimalen Bewirtschaftung flexibel sein kann. In einem solchen Rahmen werden auch selbstverständliche Forderungen nach optimaler Patienteninformation, Aufklärung im Hinblick auf Eingriffe und psychosoziale Betreuung am besten erfüllt.

Ökonomische Prozessoptimierung

Die oben angeführte Aufwandoptimierung, insbesondere der kritische Einsatz von aufwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen sowie die Verkürzung der Hospitalisationszeit auf das angemessene Minimum setzen notwendigerweise die Prozesssteuerung durch den Kardiologen voraus (Beispiel: akutes koronares Syndrom [Myokardinfarkt], Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen).

Kontinuierliches Qualitätsmanagement

Instrumente wie Eingriffs- und Komplikationsstatistiken, Patientenbefragungen, Schnittstellen- und Prozessoptimierungen, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen und ähnliche Einrichtungen sind wesentlich effizienter bei einheitlicher Verantwortung beim Spezialisten und örtlicher Konzentration der Patienten sowie durchstrukturierten Abläufen als bei delegierter Verantwortung, örtlicher Zerstreuung der Patienten und variablen Abläufen.

Voraussetzungen für die klinische Forschung

Die klinische Forschung als integraler Teil der kardiologischen Tätigkeit wird erleichtert durch die Konzentration der Patienten, die ungeteilte Verantwortung der Patientenführung durch den Kardiologen und die kontinuierliche Betreuung durch geschulte, nichtärztliche Teams. Das Fehlen auch nur einer dieser Voraussetzungen wirkt behindernd.

Schnittstellenorganisation und Arbeiten im Netzwerk

Die Verantwortung des Kardiologen für Patienten- und Betten- sowie Laboratoriumsinfrastruktur sind unabdingbare Voraussetzungen für die Organisation eines regionalen bzw. überregionalen Netzwerkes mit der notwendigen raschen Übernahmefähigkeit für zentrumsbedürftige Patienten. Im Spital ist die grösstmögliche räumliche und organisatorische Einheit mit der Herz- und Gefässchirurgie sicherzustellen (gemeinsame Patientenbesprechung/Konferenzen, Disposition, gemeinsames Qualitätsmanagement, Nachbetreuungsorganisation etc.).
Besonderes Augenmerk ist der Zusammenarbeit mit andern Spezialeinheiten zu widmen, deren Aufgaben im Bereich der Betreuung akuter und polymorbider Patienten durch einen umfassenden kardiovaskulären Konsiliardienst nachhaltig zu unterstützen sind. Die Weiterbildung von Grundversorgern fordert ein speziel-

les Engagement von seiten der Kardiologie entsprechend dem hohen Anteil kardiovaskulärer Probleme in der medizinischen Grundversorgung. Ein angemessenes Mass an personeller Rotation unter der Verantwortung der jeweiligen Bereichsleitung ist erforderlich einerseits für die Basisweiterbildung der Kardiologen, andererseits für die fachspezifische Weiterbildung von Internisten und anderen Grundversorgern.

Strukturelle Optimierung

Aus diesen Überlegungen zur Prozessoptimierung und Struktur ergeben sich folgende konkrete Vorschläge für die Struktur der Kardiologie an Zentrumsspitälern.

1. Die Kardiologie ist direkt und integral verantwortlich für die Betreuung von hospitalisierten Patienten mit dominant kardialen, nichtchirurgischen Problemen, insbesondere mit stabiler und instabiler koronarer Herzkrankheit, einschliesslich Myokardinfarkt, und mit Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Kardiomyopathien, valvulärer Kardiopathie und anderen hauptsächlich kardialen Hospitalisationsgründen. Diese Verantwortung gilt auch für Patienten auf der Notfallstation und auf der Intensivstation, wo angezeigt in Zusammenarbeit mit Notfallmedizinern, Intensivmedizinern, Herzchirurgen sowie anderen Spezialisten.
2. Die Kardiologie am Zentrumsspital soll über genügend Betten verfügen, um in Eigenverantwortung die notfallmässig aufgenommenen und zugewiesenen Patienten hospitalisieren zu können. Dies entspricht einer grundsätzlichen Forderung führender Gesellschaften für Kardiologie [8].
3. Die Kardiologie soll über eine Herzüberwachungsstation oder eine «Intermediate Care»-Einheit mit entsprechender infrastruktureller und personeller Ausstattung verfügen (Betreuung nichtintubierter überwachungsbedürftiger Patienten, z. B. Myokardinfarkt und andere akute koronare Syndrome, Rhythmusstörungen etc.).
4. Die Kardiologie soll über Einrichtungen zur Telemetrie verfügen, um die teuren und beschränkten Plätze auf Intensivstationen und der Überwachungsstation entlasten zu können.
5. Eine strukturierte und enge Zusammenarbeit mit den anderen Spezialabteilungen ist zu organisieren. Dies betrifft insbesondere auch die Rotation von Assistenten anderer Fachrichtungen in der Weiterbildung. Ein umfassender und engmaschiger Konsiliardienst ist zu organisieren.
6. Die kardiologischen Laboratorien (Herzkatheterlabor, Echokardiographie, nichtinvasive kardiologische Spezialuntersuchungen, Elektrophysiologie) sind integraler Bestandteil der Kardiologie, was Infrastruktur und personelle Ausstattung angeht. Für mit anderen Spezialisten gemeinsam benutzte Geräte (Nuklearkardiologie, Magnetresonanz etc.) müssen klare Abmachungen bestehen.
7. Ein Ambulatorium ist einzurichten für von niedergelassenen Kardiologen nicht abgedeckte Bedürfnisse und zur Ausbildung der Assistenten in ambulanter Kardiologie.
8. Eine formalisierte Schnittstellenorganisation unter Einbezug der Organisation von Personalrotation ist mit der Herz- und Gefässchirurgie, der Kinderkardiologie, kardiologischen Abteilungen von Spitälern im regionalen Verbund und zwischen den Zentrumsspitälern zur gemeinsamen Schwerpunktbildung in Dienstleistung und Forschung zu organisieren.

Literatur

1 Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. Eur Heart J 1997;18:1231-48.

2 Sagmeister M, Gessner U, Oggier W, Horisberger B, Gutzwiller F. An economic analysis of ischaemic heart disease in Switzerland. Eur Heart J 1997;18:1102-9.

3 Schreiber TL, Elkhatib A, Grines CL, O'Neill WW. Cardiologist versus internist management of patients with unstable angina: treatment patterns and outcomes. J Am Coll Cardiol 1995;26:577-82.

4 Jollis JG, DeLong ER, Peterson ED, Muhlbaier LH, Fortin DF, Califf RM, Mark DB. Outcome of acute myocardial infarction according to the specialty of the admitting physician. N Engl J Med 1996;335:1880-7.

5 Nash IS, Nash DB, Fuster V. Do cardiologists do it better? J Am Coll Cardiol 1997;29:475-8.

6 Casale PN, Jones JL, Wolf FE, Pei Y, Eby LM. Patients treated by cardiologists have a lower in-hospital mortality for acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 1998;32:885-9.

7 Szucs TD, Schwenkglenks M, Rutishauser W. Economic evaluation of different treatment strategies in patients with stable angina pectoris or asymptomatic myocardial ischemia on basis of results from the Asymptomatic-Cardiac-Ischemia Pilot study (ACIP). Med Klin 2000;95:1-13.

8 Hirshfeld JW Jr, Banas JS Jr, Brundage BH, Cowley M, Dehmer GJ, Ellis SG, et al. American College of Cardiology training statement on recommendations for the structure of an optimal adult interventional cardiology training program: a report of the American College of Cardiology task force on clinical expert consensus documents. J Am Coll Cardiol 1999;34:2141-7.