



„Es ist wichtig, dass alle an einem Strang ziehen!“

Wer kann, soll oder darf? Im Zuge von Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Thoraxchirurgie wird in den nächsten Wochen auch über die Versorgungsstruktur in Österreich diskutiert.

TEXT DR. SUSANNE SCHNEIDER-VOSS

Die derzeitige Versorgungslandschaft zu thoraxchirurgischen Eingriffen in Österreich ist aus Erhebungen im Rahmen des „Österreichischen Strukturplans Gesundheit“ (ÖSG) des österreichischen Forschungs- und Planungsinstituts für das Gesundheitswesen, „Gesundheit Österreich GmbH“ (GÖG), gut bekannt. Auffallend sei, so DI Dr. Gerhard Fülöp, GÖG, im Rahmen eines Vortrags beim Arbeitsgruppen-Treffen „Thorakale Malignome“ der ACO-ASSO Anfang Oktober 2010 in Wien, dass die thoraxchirurgische Versorgung sehr stark auf ausgewählte Standorte konzentriert sei, d.h., einige wenige Zentren erbringen sehr viele Leistungen, andere Standorte erreichen hingegen eine Mindestfrequenz von 50 Ein-



Fülöp: „Diskutiert wird eine Mindestfrequenz von z.B. 50 Eingriffen pro Krankenanstalt und Jahr“

griffen nicht. Die Versorgung von Wien aus habe eine relativ große Reichweite, meint Fülöp, in der Steiermark erfolge sie schwerpunktmäßig über zwei Standorte, und in Oberösterreich haben sich drei bis vier Zentren herausgebildet.

Die Analyse der Entwicklungen in der Thoraxchirurgie in den letzten zehn Jahren bringt folgende Ergebnisse: Unterm

Strich hat sich in Österreich die Zahl an (Additiv-)Fachärzten für Lungenkrankheiten innerhalb dieser zehn Jahre auf 90 verdoppelt (Stand 2010). Regional besteht österreichweit eine recht gleichmäßige Aufteilung auf die vier Versorgungszonen im Sinne des ÖSG, wobei aber eine Konzentration auf die Landeshauptstädte und auf Wien mit zu be-

obachten ist. Die Erfassung thoraxchirurgischer Leistungen innerhalb der Krankenanstalten zeigt einen Anstieg bei Thorakotomien und Segmentresektionen, wogegen ein Abfall bei „sonstigen Operationen“ der Bronchien, Lunge und Pleura zu verzeichnen ist. Der Rückgang lässt sich laut Fülöp darauf zurückführen, dass diese Eingriffe entweder obsolet sind oder nicht mehr erfasst werden.

Referenzzentren als höchste Stufe der Qualitätssicherung.

Welche Maßnahmen zur Struktur- und Prozessoptimierung sollen nun zu besseren Ergebnissen führen? Das Schlagwort heißt „Leistungsbündelung“. Ähnlich wie in der Herzchirurgie sollen künftig auch in der Thoraxchirurgie nur mehr bestimmte Krankenanstalten spezielle Leistungen

erbringen. Schon im ÖSG 2008 wurden – analog den Entwicklungen in der Herzchirurgie – Referenzzentren als höchste Stufe der Qualitätssicherung gefordert. Diskutiert wird eine Mindestfrequenz von z.B. 50 Eingriffen pro Krankenanstalt und Jahr, um entsprechende ärztliche Erfahrung und Routine zu gewährleisten. Dieser Wert wurde aus Angaben von Fachärzten sowie in Anlehnung an Diskussionen in Deutschland („Mindestmengenvereinbarung“ des „Gemeinsamen Bundesausschusses“) abgeleitet. „Eingriffe“ bezeichnet Einzelleistungen aus dem Leistungskatalog im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) in Summe über ein Jahr. „Dabei handelt es sich“, betont Fülöp, „um eine unverbindliche Expertenempfehlung – im Gegensatz zur Situation bei Pankreas- und Ösophaguskrebs, wo mindestens fünf respektive zehn Eingriffe pro Jahr und Krankenanstalt nunmehr als verbindliche Mindestfrequenz definiert sind.“ Krampfhaftes Versuchen, die Mindestfrequenz zu erreichen, würden aber aufgedeckt, da die Ausgangswerte bekannt seien, meint Fülöp.

Als Kriterien für solche Referenzzentren sollen gelten, dass dort (1) min-

destens zwei Fachärzte für Thoraxchirurgie vollzeitbeschäftigt sind, dass (2) ein Ausbildungsplatz für einen Thoraxchirurgen bereit steht und dass (3) das nächstgelegene Zentrum innerhalb von 90 Minuten erreichbar ist. Fülöp zeigt grundsätzlich zwei Wege zur Steuerung auf: Entweder wird eine Mindestfrequenz pro Krankenanstalt und Jahr vorgeschrieben, oder aber es werden die Referenzzentren festgelegt und zugeordnet und zur Standortvorgabe kommt ein Zeitplan zur Umsetzung, etwa bis 2015.

„Die Zusammenarbeit aller Abteilungen ist extrem wichtig“, meint Univ.-Prof. Dr. Adelheid

End, Abteilung für Thoraxchirurgie, Univ.-Klinik für Chirurgie, Wien, Leiterin der ACO-ASSO-Arbeitsgruppe „Thorakale Malignome“: „Alle sollten an einem Strang ziehen!“ <

Links

www.aco-asso.at/ag/bronchus/index.html

www.bmg.gv.at

www.goeg.at

Thoraxchirurgie in Österreich – Versorgungslandschaft und Entwicklungsperspektiven, ACO-ASSO-Arbeitsgruppe „Thorakale Malignome“, Wien, 7.10.10



End: „Die Zusammenarbeit aller Abteilungen ist sehr wichtig.“

→ Lungen- und Pleurakrebsregister offen



Lerchner: „Das Register soll auf alle Abteilungen, die Lungen- und Pleurakarzinompatienten behandeln, ausgeweitet werden.“

Ein Register soll die Ergebnisqualität bei Lungen- und Pleurakarzinomen in Abhängigkeit von Diagnose und Therapie abbilden. Nach einer Pilotphase ab 2005 wurde 2009 insofern ein Meilenstein erreicht, als das Register jetzt von der Datenschutzkommission genehmigt ist. So können – über Pseudonymisierung der Daten durch eine zentrale Meldebehörde – Patientenkarrieren verfolgt, Vergleiche angestellt und Best practice-Maßnahmen identifiziert werden. Der offizielle Start des Registers wird auf den pulmonologischen Abteilungen erfolgen. Eine Ausweitung auf alle Abteilungen, die Lungen- und Pleurakarzinompatienten behandeln, wird angestrebt. „Die Auswertungen zur Ergebnisqualität können für wissenschaftliche Publikationen verwendet werden“,

betont Mag. Martina Lerchner (GÖG), „so lange sie österreichweite Ergebnisse betreffen – Vergleichsdaten zwischen einzelnen Institutionen dürfen dagegen nicht veröffentlicht werden, da sie ausschließlich der Qualitätsverbesserung im Haus dienen.“