

UNABHÄNGIGE EXPERTISE ÜBER DIE HOCHSPEZIALISIERTE VISZERALMEDIZIN IM SPITAL SITTEN – GNW¹ – WALLIS: In Auftrag gegeben von Staatsrätin Esther Waeber-Kalbermatten, Vorsteherin des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur. Zusammenfassung zuhanden des Walliser Staatsrates

Gegenstand:

Das Mandat bestand zusammenfassend darin, die Kasuistik (Fallbeschreibung der Krankheitsverläufe) von Patienten zu erfassen, die 2011 und 2012 im Rahmen der HSM² operiert wurden, die Eingriffe bezüglich Qualität, Morbidität und Mortalität zu überprüfen, die klinischen Behandlungspfade der betroffenen Patienten zu analysieren, die allgemeine Organisation der medizinischen Versorgung zu analysieren sowie Empfehlungen für die Zukunft der HSM in Sitten abzugeben.

Methodologie:

Die Methodologie baut auf einer retrospektiven Fallanalyse auf – ein wissenschaftlicher Ansatz, der auch in Zentren für klinische Forschung oder bei Qualitätsanalysen verfolgt wird. Bis auf einige Ausnahmen wurden die Ärzte von ihrer Schweige- und Geheimhaltungspflicht entbunden. Die freigegebenen Dossiers wurden sogleich anonymisiert und mit einem Zahlencode versehen, der nur dem Experten bekannt ist. Als Qualitätsindikatoren und Indikatoren für die Rückverfolgbarkeit der klinischen Behandlungspfade wurden eine Reihe klinischer und radiobiologischer Parameter bestimmt.

Im Rahmen dieser Expertise wurden **277 Dossiers** geprüft. Es wurden über **8200 Daten** kodiert. 42 klinische Akteure wurden angehört und fast 750 Stunden für die Informationsverarbeitung aufgewandt.

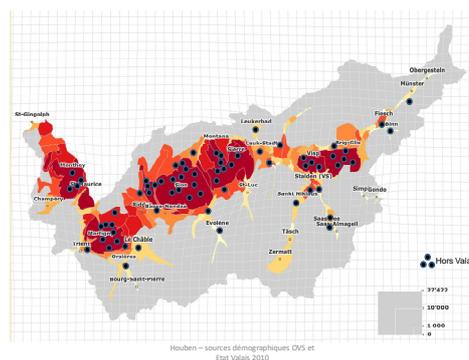
Das Benchmarking wurde auf der Grundlage von vergleichbaren wissenschaftlichen Studien, die in Medline Pubmed veröffentlicht und erfasst sind, erstellt. Bei der Behandlung der veröffentlichten Gesundheitsdaten und der Befragung von unabhängigen Ärzten wurden die regionalen Besonderheiten (Wallis und Schweiz) berücksichtigt.

Aktueller Kontext 2014:

Der Kontext ist sehr speziell und die Expertise wurde vor einem angespannten Hintergrund durchgeführt: Spannungen auf Ebene der Spitäler, der Medien, der Politik, ...und Herausforderungen auf Ebene des Gesundheitswesens, welche Rolle das GNW als kantonales Referenzspital zu spielen hat.

Die epidemiologischen Daten auf der nebenstehenden geostrategischen Karte sind selbstredend. Die Walliser Bevölkerung braucht eine starke Spitalmedizin, die für neuste Technologien, Weiterbildung und seltene Krankheitsbilder auf universitäre Partnerschaften ausgerichtet sein muss. Das Spital Wallis muss sich den wichtigsten Herausforderungen des Gesundheitswesens stellen: Krebs, traumatische Notfälle, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas usw.

Diese Karte zeigt Bevölkerungsdichte und Herkunft der Patienten des GNW (HSM).



Das Spital Sitten bietet sich als natürliches geographisches Zentrum für die gesamte Walliser Bevölkerung und insbesondere für den Wiederaufbau des Projekts der hochspezialisierten Viszeralmedizin im Wallis an.

¹ GNW: Gesundheitsnetz Wallis

² HSM: Hochspezialisierte Medizin

In diesem Rahmen darf der Verwaltungs- und Managementkontext nicht ausser Acht gelassen werden. Die neue HSM-Planung in der Schweiz ist von grundlegender Bedeutung.

Der erste Teil der Expertise bestand in der medizinisch-wissenschaftlichen Analyse der chirurgischen Tätigkeit in den vier dem GNW zugewiesenen HSM-Bereichen.

In Sachen **Hepatobiliäre Chirurgie** (Leber und Gallenwege) geht Folgendes hervor:

- Die Zahl der operierten gutartigen Erkrankungen ist klar angestiegen.
- Die onkologische Strategie bei Lebermetastasen ist nur schwach dokumentiert.
- Im Vergleich zu den erwarteten Standards gibt es sehr viele Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität), nämlich 57% verglichen mit den 32% in der Literatur.
- Das GNW hat eine postoperative Mortalität von 13,5 % zu verzeichnen (Standards: 1 bis 5%).
- Die aggressiven Pathologien (Gallenblasenkrebs, Gallengangskarzinome usw.) wurden ohne Nachweis eines therapeutischen Nutzens operiert.
- Das medizinisch-gastroenterologische Umfeld ist für die HSM-Pathologien schwach und nicht einheitlich, sei es nun auf Ebene von Diagnostik, Therapie oder klinischen Folgen.
- Im Operationstrakt scheint es Schwachstellen bei der Organisation der Anästhesie zu geben und vor allem fehlt hier eine Departementalisierung. Es werden mangelnde Kommunikation und eine offensichtlich konfliktgeladene Stimmung zwischen Anästhesisten und Chirurgen festgestellt.

Die wichtigsten Empfehlungen aus der Expertise sind: sofortige Verstärkung der medizinischen Hepatologie, interdisziplinärer Ansatz bei den OP-Indikationen, Departementalisierung der Anästhesie, systematische Fallbesprechungen.

In der **Ösophaguschirurgie** (Speiseröhre) verhält sich die Situation ganz anders. In der HSM gab es 2011-2012 insgesamt 11 onkologisch-chirurgische Eingriffe zu verzeichnen. Die geringe Anzahl Fälle lässt kein Benchmarking zu. Allerdings liegen auf Ebene der Krebsbehandlung die Richtzahlen gut. Die Frage beschränkt sich daher auf die ungenügende Rekrutierung und auf die Alternativbehandlungen von Speiseröhrenkrebs, welche die Fortführung dieser Tätigkeit in Sitten gefährden.

Die Studie zeigt, dass die Patientenzahl in der **Pankreaschirurgie** (Bauchspeicheldrüse) unter Vorbehalt der Validierung der OP-Indikationen zufriedenstellend ist. Hier werden mehrere Schwachstellen analog zur hepatobiliären Chirurgie aufgezeigt: unvollständige medizinisch-chirurgische Befunde und fragwürdige OP-Indikationen, überschätzte Operabilität und Resezierbarkeit, mutige operationstechnische Entscheidungen und schwere vaskuläre Komplikationen, mangelnde supportive Ernährungstherapie. Als objektives Ergebnis lässt sich eine Mortalität von über 20% feststellen, während alle anderen Spitäler für Duodenopankreatektomien (totale oder teilweise Entfernung der Bauchspeicheldrüse mitsamt Zwölffingerdarm) eine Mortalität von 2 bis 10% aufweisen.

Es wird eine Zusammenarbeit mit einem universitären Zentrum, die Aneignung spezifischer gastroenterologischer Kenntnisse und eine Systematisierung der Verfahren empfohlen. *Primum non nocere!*

Die **Kolorektale Chirurgie** (Dickdarm/Mastdarm) wurde in zwei Teilen überprüft: Rektumkarzinome sowie funktionale Pathologien des rektosigmoidalen Übergangs.

Die Behandlung entspricht in etwa den Standards und in gewissen Bereichen gibt es auch Stärken zu verzeichnen: interdisziplinäre Behandlung, Versorgung komplexer Fälle, Notfälle usw. Allerdings führt die Expertise zwei Dankanstösse bzw. verbesserungswürdige Punkte auf: Der Anteil an Fisteln bei Anastomosen ist sehr hoch und die Erhaltung der Schliessmuskelfunktion scheint nicht oberste Priorität zu haben. Es wird empfohlen, das Ober- und Mittelwallis miteinzubeziehen sowie die Anastomosentechniken und die Techniken zur funktionellen Erhaltung zu revidieren.

Der zweite Teil der Expertise bestand darin, das Departement Viszeralchirurgie genauer zu überprüfen, Fachpersonen zu treffen und Empfehlungen auszuarbeiten, die auf den festgestellten Stärken und Schwächen aufbauen.

Die Schlussfolgerungen der Expertise über die hochspezialisierte Viszeralchirurgie werden in Form von zwei «SWOT»-Tabellen dargestellt:

A. Klinische Behandlungspfade

HSM-BEREICH	STÄRKEN	SCHWÄCHEN
Rekrutierung	Das Walliser Einzugsgebiet ist von schweren onkologischen Pathologien und beträchtlichen Morbiditäten betroffen. Das Traumazentrum ist effizient und unverzichtbar.	Das Vertrauen der Allgemeinmediziner und der Gastroenterologen ist ins Wanken geraten: Arbeit am Image und an der Sicherheit ist nötig.
Medizinische Gastroenterologie	Das GNW rekrutiert und sucht erfahrene Gastroenterologen, die bereit sind, sich in diesem Bereich einzubringen. Genf, Bern und Lausanne verfügen über potenzielle Fachberater. Zwei Neuzuänge sind «eingespart».	Es gibt keine Abteilung für Gastroenterologie. Keine einheitliche Hospitalisierung. Alle Gastroenterologen arbeiten Teilzeit und gehen einer spitalexternen Tätigkeit nach, meist zentrifugal. Es gibt keine Pankreatologie, keine pH-Metrie, keine Echo-Endoskopie, keine Elastometrie, keine Manometrie...
Bildgebende Diagnostik	Leistungsfähige technische Ausrüstung. Bestätigte klinische Kompetenzen. Verfügbarkeit.	Grosse Konkurrenz der privaten Zentren. Ärzte schöpfen neue Möglichkeiten zu wenig aus.
Klinische Biologie	Zuverlässigkeit und Reaktionsfähigkeit.	Informatisierung der Labors veraltet und nicht integer. Konfuse Präsentation der Befunde.
Onkologie	Sehr leistungsfähige Abteilung. Grossartiges Image gegen aussen. Es wird angefangen, systematisch Fallbesprechungen durchzuführen.	Bemerkbare klinische Überlastung.
Präoperativer Befund	Zugänglichkeit der Abteilungen und gute Erfahrung in den meisten Bereichen.	Mangelnde Systematisierung. Unstrukturierte Behandlungspfade. Fehlende klinische Ernährung. Keine Onkogeriatric.
Interdisziplinarität der Entscheidungen	Bereitschaft zur Transversalität.	Fallbesprechungen zu wenig systematisch. Medizinisch-chirurgisches Ungleichgewicht.
Anästhesie und Operationstrakt	Grosse aber verstreute klinische Erfahrung. Bereitschaft zur Departmentalisierung. Zufriedenstellende unterstützende Ausrüstung. Starkes und verfügbares Pfltegeam.	Konflikte unter dem Personal. Unterschiedliches klinisches Engagement. Kein HSM-Geist.
Chirurgische Technik	Gutes Know-how aller Chirurgen einschl. Notfall Expertise über die kolorektale Chirurgie am SZO.	Häufige Anastomosenleck in Sitten. Wenig erhaltende Resektionen. Manchmal gewagte technische Entscheidungen.
Intensivpflege und Nachfolgebehandlung	Ausgezeichnete Leistungen. Sehr gut organisierte Abteilung. Integration in den Notfall.	Bei einem abdominalen Problem: stark «chirurgische» Ausrichtung.
Postoperative Versorgung	Im Grossen und Ganzen zufriedenstellend.	Problematisch bei Abwesenheiten. Mangelnde Zusammenarbeit.
Pathologisch-anatomische Abteilung	Flexibilität, Leistungsfähigkeit, Offenheit für Spitzentechniken, klinische Integration. Grosse Erfahrung.	Spezifische technische Anforderungen.
Nursing	Gute für die HSM flexible Organisation. Effiziente Operationsinstrumentierung.	
Führung des medizinischen Dossiers	Allgemein ausgezeichnet. Fernzugriff und bildgebende Verfahren online.	Nicht digitalisierte Dokumente. Rückverfolgbarkeit der Anästhesieblätter? Dezentralisierte Konsultationen...!

B. Organisatorischer Rahmen

Leitung	Stärken	Schwächen
Auf Ebene des Departements Viszeralchirurgisch	Verfahrenskontrolle. Glaubwürdigkeit gegenüber gewissen Partnern. Klinische Qualitäten des Teams.	Exzessive Autorität und unangemessene Verteilung der Operationsprogramme. Mangelndes Charisma. Mangelnder Miteinbezug der Mitarbeitenden.
Auf Ebene der Direktion des Standorts	Empathie für HSM. Gute Kenntnis der Akteure.	Mangelnde Involvierung. Schwache Autorität. Geringe Verfügbarkeit und mangelnde Reaktionsfähigkeit.
Auf Ebene der Direktion des Spital Wallis	Gesamtüberblick. Vertrauen in das Netzwerk. Glaubwürdigkeit.	Mangelnde Autonomie. Schwache Autorität.
Auf Ebene des Verwaltungsrates	Beachtliche Erfahrung in Sachen Spitalwesen. Bereitschaft zur Förderung der HSM. Unterschiedliche Kompetenzen und Sensibilitäten.	Einmischung in die Rolle der Leitung. Hinterfragung notwendig. Mangelnde Kenntnisse der medizinischen Verfahren und der internen Konflikte. Übermässige externe Kommunikation und unangemessene interne Kommunikation.

Die HSM ist ein Pfeiler der Gesundheitsversorgung der Walliser Bevölkerung. Empfehlungen, um sie im Wallis fortzuführen:

Viszerale Chirurgie:

Die Ärzte in einen transversalen, d.h. interdisziplinären Steuerungsausschuss involvieren.
Mit dem CHUV³, bevorzugter Partner, einen Zeitplan und die gemeinsamen Zielsetzungen festlegen.
Sofort in der Schweiz und auch im Ausland die nötigen Fachkräfte anwerben, um die Behandlungskette zu verstärken.

Anästhesie

Sofortige Departementalisierung aller Sektoren.
Aufteilung der Verantwortlichkeiten.
Evaluation der medizinischen Bedürfnisse pro Operationstrakt des GNW.
Bedarfsabhängige Revision des definitiven und vorübergehenden Rahmens sowie des Pflegerahmens.
Umsetzung einer guten Berufsethik.

Gastroenterologie

Think Tank mit sämtlichen Gastroenterologen des Kantons.
Ausarbeitung eines kompatiblen gastroenterologischen HSM-Projekts.
In schwächeren Sektoren nationale und internationale Anwerbung.
Autonomisierung der Gastroenterologie gegenüber der Inneren Medizin.
Machbarkeitsstudie einer transversalen stationären HSM-Abteilung (Onkologie, Gastroenterologie, Chirurgie usw.).

Onkologie

Involvierung beibehalten und GNW-Partnerschaft festigen.

³ CHUV: Waadtländer Universitätsspital

Der Anstoss zu einer echten klinischen Fusion des GNW könnte von den medizinischen Onkologen kommen.

Zusammenarbeit mit den Universitätsspitalern

Das CHUV ist der erste ideale Partner. Bern und Genf müssen auch eine Rolle spielen. Man kann die Energie und Zusammenarbeit nicht in alle Richtungen verzetteln. Der bevorzugte Partner muss bestätigt und respektiert werden, es muss aber auch ihm ein gewisser Rahmen vorgegeben werden. Die Vereinbarung zur Zusammenarbeit muss auf das Win-Win-Prinzip ausgerichtet sein. Die grösste Aufmerksamkeit gilt der Festigung der HSM im Wallis.

Leitung des GNW bezüglich HSM

Es werden Vorschläge gemacht, um den Zusammenhalt zwischen dem Verwaltungsrat, der Direktion des GNW und den Ärzten zu verbessern. Die Rollen der jeweiligen Strukturen sind nicht klar. In der Expertise wurde eine nicht optimale Kommunikation, mangelnde Führung und eine nicht angepasste Autorität festgestellt, um das klinische HSM-Programm umsetzen zu können. Ein Gefühl von Unantastbarkeit bzw. Straffreiheit zieht ein schwindendes Verantwortungsbewusstsein gewisser Akteure nach sich. Definition der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des Departementsleiters. Ernennung eines HSM-Koordinators und Bereitstellung von Steuerungsinstrumenten für alle medizinischen Verantwortlichen.