

Sitzung vom 8. Februar 1995

432. Anfrage (Situation der herzkranken Kinder im Kinderspital bzw. Universitätsspital Zürich)

Kantonsrätin Crista D. Weisshaupt Niedermann, Uster, und Kantonsrat Roland Brunner, Rheinau, haben am 28. November 1994 folgende Anfrage eingereicht:

Unter dem gleichen Titel wurde bereits eine Anfrage (KR-Nr. 118/1994) eingereicht. Die Antwort des Regierungsrates genügt uns nicht, da sie zu wenig differenziert ist und zu wenig auf die Problematik der herzkranken Kinder eingeht.

Aus diesem Grunde bitten wir den Regierungsrat, folgende Fragen zu beantworten:

1. In der Antwort auf die obenerwähnte Anfrage werden als Basis für den Betrieb einer Kinderherzchirurgie 300 Operationen am offenen Herzen genannt. Wer in welchem Land und unter welchen detaillierten Voraussetzungen definiert die Grösse von 300 Operationen am offenen Herzen als Betriebsgrösse? Wieviel Operationen sind gesamthaft erforderlich (am offenen und geschlossenen Herzen), damit sich personell und materiell ein eigener spezialisierter Klinikbetrieb aus ökonomischen Überlegungen rechtfertigen würde?
2. Welche staatlichen und privaten Spitäler operieren in der Schweiz Kinder am offenen und geschlossenen Herzen sowie an den grossen Gefässen?
3. Wie wird die Sicherheit der Patientinnen und Patienten definiert in bezug auf das erhöhte Risiko (Definition) schwerstkranker, künstlich beatmeter und kreislaufunterstützter Kinder auf dem Transport von der Intensivstation Kinderspital in die Intensivstation Unispital bzw. retour? Inwieweit sind die vorgeschlagenen Massnahmen aus der Literatur in der Praxis realisiert? Lehrbücher und unzählige wissenschaftliche Publikationen geben zu dieser Problematik konkrete Empfehlungen ab.
4. Da die obgenannten Transporte hochqualifiziertes Begleitpersonal (1 Oberarzt, 1 Intensivpflegeschwester für beatmete Patientinnen und Patienten, 1 Intensivpflegeschwester für nichtbeatmete Patientinnen und Patienten) benötigen, stellt sich im weiteren die Frage, ob das eingesetzte Personal für einen sicheren und qualitativ guten Transport ausreicht. Genügt die vorhandene Equipe zur Bewältigung einer akuten Situation (z.B. während des Transportes)?
Das Begleitpersonal ist für rund 1-2 Stunden von der Intensivstation des Kinderspitals absorbiert, steht also dort nicht zur Verfügung. Ist dies vom medizinischen Standpunkt aus sowie vom pflegerischen Aspekt her verantwortbar?
5. Welche einzelnen Massnahmen müssen nach Ansicht des Regierungsrates ergriffen werden, um die entsprechenden augenblicklichen Probleme (gemäss Problemdefinition) der Kinderherzchirurgie Kinderspital/Unispital zu eliminieren?
6. Welche Massnahmen sind im Konzept «Kinderspital 2000» vorgesehen, die der obgenannten Problematik entgegenzutreten könnten?
7. Wieso muss das Konzept herzkranker Kinder als unglücklich bezeichnet werden, wie dies Prof. Dr. S. Fanconi moderat ausgedrückt hat? Wo sind die Probleme in diesem Konzept zu orten und wie werden sie von Prof. Fanconi definiert?

Es ist bedauerlich, dass der Regierungsrat in der beantworteten Anfrage KR-Nr. 118/1994 einen allfälligen Ausweg nur in einer Lösung im Ausland sieht. Diese Antwort steht im Widerspruch zum Bericht der Geschäftsprüfungskommission zum regierungsrätlichen Geschäftsbericht 1993, in welchem unter der Direktion des Gesundheitswesens folgendes nachzulesen ist:

«Der Gesundheitsdirektor habe der Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) eine Rahmenvereinbarung, genannt «Interkantonale Krankenhausvereinbarung», vorgeschlagen. Sie habe den Entwurf positiv aufgenommen. Dieser geht davon aus, «dass zahlreiche medizinische Einrichtungen aufgrund ihres Spezialisierungsgrades lediglich in einem oder wenigen Kantonen angeboten werden, aber auch Patienten aus anderen Kantonen zur Verfügung stehen sollten; dass die Zentrierung von Spezialbehandlungen aus ökonomischen und technologischen Gründen zu fördern ist; dass eine solche Entwicklung nur möglich ist, wenn ein Lastenausgleich zwischen den Kantonen erfolgt.»

Wie lautet die konkrete Antwort der SDK bezüglich der «Interkantonalen Krankenhausvereinbarung» in hochspezialisierten Fachgebieten?

Entsprechend dem GPK-Bericht auf Seite 27 muss angenommen werden, dass die Antwort negativ lautet. Was gedenkt der Regierungsrat zur Förderung eben dieser interkantonalen Zusammenarbeit zu unternehmen?

Für die Beantwortung unserer Fragen danken wir dem Regierungsrat im voraus bestens.

Auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Crista D. Weisshaupt, Uster, und Roland Brunner, Rheinau, wird wie folgt beantwortet:

In der Schweiz gibt es keine selbständigen pädiatrischen Herzchirurgien. Offene Herzoperationen bei Kindern werden an den Universitätskliniken von Genf, Lausanne, Bern und Zürich sowie an einer Privatklinik in Genolier durchgeführt. Gemäss einem Bericht der Kommission für Intensiv-Medizin der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie, welche sich auf die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie abstützt, soll die kleinste optimale herzchirurgische Einheit pro Jahr 800 Operationen mit Hilfe der Herz-Lungen-Maschine sowie 400-600 weitere fach- und schwerpunktbezogene Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine durchführen. Die Berichte, welche detaillierte Angaben über Personal-, Raum- und Gerätebedarf sowie die weiteren Rahmenbedingungen enthalten, sind abgedruckt in Thorac. cardiovasc. Surgeon 42 (1994) XVIIIff., bzw. Thorac. cardiovasc. Surgeon 41 (1993) VIIff., Georg Thieme Verlag Stuttgart/New York. Die amerikanische Gesellschaft für Kardiologie und das American College of Cardiology fordern auf Grund einer Ist-Analyse für eine selbständige Institution eine Zahl von 200-300 offenen Herzoperationen pro Jahr. Die von der Klinik für Herz- und Gefässchirurgie des Universitätsspitals Zürich vertretene Auffassung, für eine effiziente herzchirurgische Einheit müsste eine Mindestzahl von 300 Eingriffen am offenen Herzen vorausgesetzt werden, liegt damit im internationalen Rahmen. Diese Anzahl Eingriffe ist nicht nur aus ökonomischen Überlegungen nötig, sie ist auch eine Voraussetzung, um eine hohe fachliche Kompetenz des Personals zu gewährleisten.

Der Regierungsrat hat bereits in seiner Antwort auf die Anfrage KR-Nr. 118/1994 das gegenwärtige Konzept als nicht optimal bezeichnet. Der Transport herzoperierter Kinder von der Intensivstation des Universitätsspitals Zürich in die Intensivabteilung des Kinderspitals bedeutet wie jede Abweichung vom Idealfall ein zusätzliches Risiko. Das Risiko wird aber durch die Organisation des Transports durch die Fachleute des Kinderspitals kleinstmöglich gehalten. So werden die postoperativen Patienten von einem Intensiv-Oberarzt und einer erfahrenen Schwester begleitet. Sie werden zudem kontinuierlich mit Elektrokardiogramm, Blutdruckmessung und Pulsoximetrie überwacht und mit einem Transportrespirator

beatmet. Im Stellenplan des Kinderspitals ist die Auslastung durch diese Transporte berücksichtigt.

Das gegenwärtige Konzept der medizinischen Versorgung herzkranker Kinder ist zwar nicht optimal, muss aber deswegen nicht als unglücklich bezeichnet werden. Es gewährleistet - unter Ausnützung der zur Verfügung stehenden personellen, räumlichen und apparativen Ressourcen - eine gute Versorgung dieser Kinder. Richtig ist, dass eine grössere Patientenzahl die Möglichkeit einer selbständigen pädiatrischen Herzchirurgie mit den Vorteilen einer Optimierung der Behandlungsabläufe und insbesondere dem Verzicht auf Transporte zwischen Operations- und Nachbetreuungsspitalern öffnen könnte. Im Entwurf der Gesamtplanung des zukünftigen Kinderspitals ist die Wünschbarkeit eines Einbezuges der Kinderherzchirurgie enthalten. Seine Verwirklichung wird wesentlich davon abhängen, ob durch eine Aufgabenteilung unter den Universitätskinderspitälern der Schweiz die Zahl der Patienten auf die erforderliche Grösse gehoben werden kann und ob es möglich sein wird, die anderen Kantone, welche in diesem Bereich bereits heute durchschnittlich 55% der Patienten stellen (weitere 3% stammen aus dem Ausland), zu einer kostengerechten Mitfinanzierung beizuziehen. Mittel zu diesem Ziel ist unter anderem die von der Gesundheitsdirektion initiierte Interkantonale Krankenhausvereinbarung, deren Entwurf von der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz einer Arbeitsgruppe zur weiteren Prüfung zugewiesen worden ist. Es muss bei dieser Gelegenheit leider festgestellt werden, dass weite Kreise immer noch von der selbstverständlichen Annahme ausgehen, es sei Sache der Universitätskantone mit Medizinischen Fakultäten, für die hochspezialisierte medizinische Infrastruktur grosser Teile der Schweiz besorgt zu sein. Solange diese Auffassung selbst auch innerkantonale vertreten wird, erscheint den anderen Kantonen die Notwendigkeit der finanziellen Beteiligung nicht als offensichtlich. Mit einer schnellen finanziellen und planerischen Einbindung einer genügenden Zahl anderer Kantone darf aber nicht gerechnet werden.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Direktion des Gesundheitswesens.

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:
Roggwiller