

# Die Konzentration der Spitzenmedizin ist schädlich

Transplantationen sollen in der Schweiz künftig in zwei statt in sechs Zentren gemacht werden. Ein solcher Kahlschlag bringt keine Vorteile und schadet den Patienten, *schreibt Gilbert Thiel*

**A**uch im Gesundheitswesen ist das Personal der grösste Kostenfaktor, ein Personalabbau führt folgerichtig zu spürbarer Kostenreduktion. Kann in der Schweiz also durch die Konzentration der Transplantationsmedizin von bis anhin sechs auf neu zwei Zentren Personal in den vier aufgehobenen Zentren abgebaut werden? Die Frage ist leicht zu beantworten.

Transplantationschirurgen, um diese Berufsgruppe herauszugreifen, sind lediglich zwischen 5 und 20 Prozent ihrer Zeit mit Transplantationen beschäftigt. Es sind die besten Chirurgen eines Spitals, und sie werden je nach ihrer Spezialisierung dringend benötigt in der Gefässchirurgie, der Viszeralchirurgie, der Herz- und Thoraxchirurgie und als Urologen. Dass sie zum Transplantationssteam gehören, ist eine Auszeichnung, keine Beschränkung ihres beruflichen Spektrums auf die Transplantation.

Bei den Transplantationsinternisten ist das ähnlich. Es sind dies je nach Organ die Nephrologen, Gastroenterologen, Pneumologen, Kardiologen usw. Sie sind für die Betreuung der transplantierten Patienten vor und nach der Transplantation zuständig. Daneben erledigen sie die anderen Aufgaben ihrer Spezialität.

In der Transplantation ist der chirurgische Akt die kürzeste Phase, die internistische Betreuung danach die längste. Ein Nierentransplantierte wird in der Regel nach zehn Tagen aus dem Spital entlassen, spätestens dann beginnt die ambulante Langzeitbetreuung durch Nephrologen, die Jahrzehnte dauern kann.

Wenn als Objekt der Zentralisierungswünsche lediglich die operative Phase von Transplantationen zur Diskussion steht, ist die Rechnung also zu einfach. Mit grösster Wahrscheinlichkeit würde es dabei bleiben, dass die Langzeitbetreuung den bisherigen Zentren anvertraut würde und damit auch der Arbeitsaufwand gleich bliebe. Nur: Wo bleibt dann das Sparpotenzial?

Das neue Schweizer Transplantationszentrum müsste zusätzliche chirurgische Stellen schaffen, in mehr Operationsräume investieren, ohne dass die anderen Spitäler real Stellen und Operationstische abbauen könnten. An den peripheren Transplanta-

tions-Ambulatorien liessen sich keine Stellen streichen, da diese ohnehin nicht in der Frühphase eingesetzt werden und in der ambulanten Langzeitbetreuung alles beim Alten bliebe.

Werden die Kosten auf gesamtschweizerischer Ebene betrachtet, so dürften die Investitionen in neue Operationssäle und die Zunahme bei dem dafür benötigten Personal die marginalen Einsparungen in den früheren Zentren bei weitem übertreffen: Also ein finanzieller Flop.

«Eine grössere Anzahl Transplantationen pro Jahr verbessert die medizinischen Ergebnisse», lautet ein weiteres Argument für eine Konzentration. Diese Annahme ist leider nur sehr bedingt richtig. Unbestritten ist, dass eine minimale kritische Zahl an Eingriffen stattfinden muss, damit genügend Übung im Team erhalten bleibt. Nach unten (minimale kritische Zahl) stimmt das, nach oben aber – je mehr, desto besser – nur begrenzt. Irgendwann beginnt nämlich der Übergang zur Massenabfertigung, wo zu viel Arbeit anfällt, um die Patienten noch die Atmosphäre persönlicher Betreuung spüren zu lassen. Sorgfältige Arbeit mit einer mittleren Zahl an Transplantationen ist wahrscheinlich punkto Ergebnisse das Beste.

In der Schweiz herrscht akuter Organmangel. Die Motivation der Universitätskliniken, hirntote Organspende zu identifizieren und zu melden, dürfte eher abnehmen, wenn eigene Transplantationsaktivitäten abgegeben werden müssten. Holt man die zentrale Planungsvision auf den Boden der Realität zurück, bleibt wenig übrig von der Hoffnung auf bessere Ergebnisse.

Auch der Idee, die Kunst der Transplantationschirurgen besser zu nutzen, indem sie ausschliesslich zu Transplantationen an einem Grosszentrum eingesetzt werden, ist nicht viel abzugewinnen. Ein talentierter junger Chirurg würde sich gut überlegen, ob er sich für diese Tätigkeit entscheiden sollte und damit seine Karriere von diesem einen Zentrum und einem einzigen Vorgesetzten abhängig machen würde. Seine Chancen, als chirurgischer Chefarzt an eine andere Universitätsklinik oder an ein Kantonsspital ohne Transplantationen gewählt zu werden, wären gering, denn dort braucht man Chirurgen mit breitem Erfahrungsspektrum neben

der Transplantation.

Würde die Reduktion der Transplantation auf ein Zentrum zu mehr wissenschaftlichen Erkenntnissen führen? Die vielen Impulse, welche die klinische Transplantation der Schweiz in den ersten 40 Jahren ihrer Existenz beflügelt haben, kamen beileibe nicht nur aus einem Zentrum. Es gibt Beispiele dafür, wie sich Fortschritte, die von kleineren Zentren ausgingen, gegen den Widerstand eines grossen durchsetzen mussten, bevor auch das grosse Zentrum die Verbesserung erkannte und übernahm. Seien wir stolz darauf, vergleichbar mit Schweden mehrere Universitäten mit ausgezeichneten Transplantationszentren zu besitzen.

So wie die Herztransplantation durch Ake Senning und die Pankreastransplantation durch Felix Largiadèr in Zürich aufgebaut worden sind, hat für die Nierentransplantation insbesondere die Nierenlebenspende, die Knochenmarks- und Stammzelltransplantation die Basler Universität eine führende Rolle inne. Wollte man die historisch gewachsenen Arbeitsgruppen mit einem politischen Schwertstich umlegen, wie dies kürzlich für die Zürcher Herztransplantation versucht wurde, gibt es letztlich nur Verlierer – die Patienten.

Wir stehen nicht vor einem Notfall: Der Ist-Zustand ist gut. Es steht genügend Zeit zur Verfügung, notwendige Korrekturen gemeinsam zu erarbeiten und umzusetzen.