Operieren wir zu viel – oder operieren zu viele?

Das in der Öffentlichkeit heiß diskutierte Thema zum Anstieg der Operationszahlen in Deutschland (z. B. in der SZ am 24. Mai 2014 unter der griffigen Überschrift: „Die Aufschneider“ oder im ZDF unter <http://www.zdf.de/volle-kanne/unnoetige-operationen-26542248.html>) wurde auf dem diesjährigen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie aus Sicht verschiedener operativer Fachrichtungen aufgegriffen. Die Frage ist berechtigt, nicht nur aufgrund internationaler Vergleichsdaten, sondern aufgrund des evidenten Anstiegs der beim Statistischen Bundesamt dokumentierten Operationsziffern (OPS-Ziffern Gruppe 5). Diese Gruppe ist im Zeitraum von 2005 bis 2012 von etwa 12 Mio. auf >15 Mio. (+30%) angestiegen! Betrifft dies in gleichem Umfang auch die Gefäßchirurgie? Und wenn ja, gibt es jenseits der Krankenhausökonomie auch epidemiologische und medizinische Gründe für diese Zunahme?

Tatsächlich ist die Anzahl aller peripheren endovaskulären Prozeduren im oben genannten Zeitraum von 72.000 auf 131.000 (+80%) und die Anzahl der peripheren TEAs und Bypass-Operationen von 75.000 auf 93.000 (+24%) angestiegen. Im gleichen Zeitraum ist es aber auch zu einer Zunahme der peripheren arteriellen Hauptdiagnosen von 199 auf 226/100.000 Einwohner bei der PAVK und von 22 auf 27 Fälle/100.000 Einwohner bei der akuten Extremitätenischämie gekommen. Diese Zunahme ist weitestgehend durch den wachsenden Anteil >80-jähriger Patient(inn)en erklärt. Somit scheinen die steigende Lebenserwartung und die immer besseren Behandlungsmöglichkeiten den Anstieg der peripheren Revaskularisationen zu erklären. Im-

merhin – und das ist das Wichtigste – hat die Anzahl der Majoramputationen seit 2005 von ca. 29.800 auf 19.500 (-32%) abgenommen. Vermehrt revaskularisierende Maßnahmen zahlen sich also aus, trotz immer älterer Patient(inn)en und trotz einer Zunahme der PAVK! Eine, wie ich finde, überaus erfreuliche Entwicklung.

» Die Anzahl der Majoramputationen ist von 2005 bis heute um 32% gesunken

Beim abdominalen Aortenaneurysma (AAA) zeigt sich ein ähnlicher Trend. Auch hier lässt sich ein Anstieg der Hauptdiagnosen I71.4 (nicht rupturiertes AAA) auf zuletzt beinahe 14.000 in 2012 (+19% seit 2005) vermerken, aber auch hier wird dieser Zuwachs nahezu ausschließlich über die deutlich angestiegene Anzahl >80-jähriger Patient(inn)en erklärt. Das Durchschnittsalter der stationär behandelten AAA-Patient(inn)en hat seit 2005 von 69 auf 72 Jahre (Männer) und 73 auf 75 Jahre (Frauen) zugenommen. Gleichzeitig werden mittlerweile >60% aller elektiven AAAs endovaskulär versorgt. Hierdurch wird eine vergleichsweise sichere Therapie auch älteren Patient(inn)en erst ermöglicht [2]. Dies sollten wir als Fortschritt verbuchen, solange eine seriöse Operationsaufklärung über die Erkrankung an sich und die Behandlungsverfahren erfolgt ist. Immerhin bestätigt das AAA-Register der DGG, dass 80% aller AAAs einen Durchmesser von mindestens 5 cm hatten. Wir können also davon ausgehen, dass es sich bei den restlichen 20% um kleinere AAAs (< 5cm) bei Frauen gehandelt hat oder aber das mor-

phologische Bild eines sakkiformen AAA bzw. eines penetrierenden Aortenulkus (PAU) vorlag. Natürlich können wir derzeit nicht beweisen, dass die AAA-Therapie bei >80-jährigen Patient(inn)en in jedem Fall zwingend notwendig war, eine Medizin, die älteren Menschen aber den eigenen Fortschritt vorenthält, wäre inhuman.

Bei der Karotisstenose bewegen wir uns seit einigen Jahren laut den Berichten des AQUA-Instituts bei etwa 27.000 offenen Operationen und ca. 6000 Karotisstenosen. Trotz einer Zunahme des Anteils der >80-jährigen Patienten von 13% in 2005 auf 16% in 2012 ist allenfalls eine sehr geringe Zunahme der CEAs zu verzeichnen. Dies kann man auch als eine zunehmend kritische Indikationsstellung gerade auch bei älteren Patient(inn)en interpretieren. Wir wissen alle, dass vermutlich zu viele symptomfreie Karotisstenosen operiert werden, aber hier fehlt es ganz einfach an guten Studien, die uns helfen, die schlaganfallgefährdende Karotisstenose von einer weniger gefährlichen Stenose zu unterscheiden. In jedem Fall erweist sich das gern gepflegte und in manchen Fachkreisen verbreitete Vorurteil, in der Gefäßchirurgie würde jede Karotisstenose kritiklos operiert werden, als vermutlich gegenstandslos.

Wir dürfen also festhalten, dass die Diskussion um „zu viele Operationen“ aus gefäßchirurgischer Sicht berechtigt erscheint, aber der unzweifelhaft bestehende Zuwachs epidemiologisch und auch aufgrund besserer Behandlungsmöglichkeiten erklärt ist. Allerdings verfügen wir derzeit – mit Ausnahme der Karotisstenose – über viel zu wenige belastbare Daten zur Ergebnisqualität der verschiedenen

Behandlungsregime auf nationaler Ebene. Hier würde ein nationales Gefäß-Register (German-VASC) natürlich enorm helfen. Ob wir allerdings dem Beispiel der Engländer und Amerikaner folgen sollten, auch arztbezogene Fallzahlen und Komplikationen zu erfassen (und zu publizieren) sei dahingestellt. Lassen wir doch unsere Kollegen in UK und USA erst einmal ihre Erfahrungen mit dieser Art der „schönen neuen Welt“ machen.

Der Titel dieses Editorials lässt erahnen, dass es dennoch schwierige Baustellen gibt. Dies betrifft die erwähnte auf Bundes- und Fachebene intransparente Ergebnisqualität und zum anderen die Tatsache, dass vermutlich zu viele Kliniken (und Belegpraxen) komplexe und im Einzelfall auch komplikationsträchtige arterielle Eingriffe vornehmen. Eine Anfrage beim Statistischen Bundesamt zur Karotisstenose und zum AAA verdeutlicht das Problem: So wurden in 2012 insgesamt > 30.000 offene oder endovaskuläre Eingriffe im Bereich der extrakraniellen A. carotis (OP-Ziffern 5-381.02 oder 8-840.0k/m oder 8-840.1k/m) in 595 deutschen Krankenhäusern erbracht, darunter CEAs in 549 und CAS-Prozeduren in 277 Kliniken (im Durchschnitt 43 bzw. 19 Prozeduren/Jahr). Noch „eindrucksvoller“ sind die Zahlen zu den ca. 14.000 operativ behandelten AAAs mit insgesamt 516 Krankenhäusern. Die offene Therapie des AAA erfolgte in 486 Krankenhäusern, EVAR in 430 Kliniken (im Durchschnitt 10 bzw. 19 Prozeduren/Jahr). Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass häufig mehrere Fachabteilungen im identischen Krankenhaus aktiv sind (insbesondere bei mehreren Standorten). Und noch ein Fakt: Die Bundesauswertung 2012 zur Karotisrevaskularisation des AQUA-Instituts belegt, dass in 33% der operierenden Kliniken maximal 19 CEAs/Jahr durchgeführt worden sind. Beim CAS waren es sogar >70% aller Abteilungen, die eine Fallzahl von maximal 19 CAS-Prozeduren/Jahr aufweisen konnten.

Warum müssen uns diese Zahlen interessieren, schließlich haben wir doch jahrelang für eine breite Implementierung der Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin in der medizinischen Versorgungslandschaft gekämpft? Ich denke aus zwei Gründen:

1. Es ist weitgehend akzeptiert, dass insbesondere die Versorgung des AAA in High-volume-Kliniken mit geringeren Komplikationsraten durchgeführt werden kann.

Die Literatur ist ziemlich eindeutig, und auch für Deutschland liegen entsprechende Daten (zumindest für das AAA) vor. Basierend auf Daten aus zahlreichen Studien wurde deshalb auch in Großbritannien die gefäßchirurgische Versorgung besonders in den Ballungsräumen radikal zentralisiert mit z. B. gerade noch 5 bis 6 gefäßchirurgischen Kliniken für London und Umgebung, also für 8-12 Mio. Einwohner! Und auch in Dänemark wird die gefäßchirurgische Versorgung durch nur 7 Kliniken für 5,5 Millionen Einwohner mit guten Ergebnissen gewährleistet.

2. Es stellt sich die kaum minder wichtige Frage, ob wir im Rahmen einer derart dezentralisierten gefäßchirurgischen/gefäßmedizinischen Versorgung auch in der Breite eine qualitativ hochwertige Weiterbildung für unsere jungen Assistent(inn)en garantieren können?

Gleichzeitig werden an die Qualifikationen der Weiterbildenden in anderen Ländern hohe Ansprüche gestellt. Eine kürzlich publizierte Umfrage bei den Landesärztekammern erbrachte eine Anzahl von 414 (!) weiterbildungsberechtigten (WB) Gefäßchirurg(inn)en (davon 222 mit voller WB-Ermächtigung [1]) in Deutschland. In keinem anderen europäischen Land – auch nicht in Nordamerika – gibt es vergleichbar viele Weiterbildungsstätten. So wird z. B. in den USA durch die jährlich tagende Association of Program Directors in Vascular Surgery (APDVS) das gesamte gefäßchirurgische Training regelmäßig analysiert und akademisch begleitet. Weiterbildungsprogramme müssen curricular strukturiert sein und enthalten z. T. deutlich höhere Operationszahlen als in Deutschland üblich, Weiterbildungsermächtigungen werden an die jeweilige Institution und immer nur auf Zeit vergeben.

Ich denke, so schwierig das Thema auch sein mag, wir alle müssen uns der zugegebenermaßen schwierigen Diskussion um Ergebnisqualität auf nationaler Ebene, Fallzahlen, Zentralisierung, Weiterbildungskonzepten etc. stellen. Es ist immer besser, wenn wir als DGG eigene Vorstellungen entwickeln, als dass Andere (Politik, Kassen) uns strukturelle Vorgaben machen, die so keiner haben wollte.

Mit diesen Gedanken wünsche ich allen Leser(inn)en der *Gefäßchirurgie* eine erkenntnisreiche und kollegial geprägte 30. DGG-Jahrestagung in Hamburg. Mein Glückwunsch richtet sich an den diesjährigen Tagungspräsidenten und aktuellen Präsidenten der DGG, der uns mit einem exzellenten und endlich auch wieder international geprägten Tagungsprogramm die ganze Breite der heutigen Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin anbieten wird.

Mit den besten Grüßen
Ihr

Prof. Eckstein

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H.-H. Eckstein
Klinik und Poliklinik für
Vaskuläre und Endovaskuläre
Chirurgie,
Klinikum rechts der Isar der
Technischen Universität München
Ismaninger Str. 22,
81675 München
hheckstein@web.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Kühnl A, Sollner H, Flessenkamper J, Eckstein HH (2013) Status quo der Gefäßchirurgie in Deutschland. *Gefäßchirurgie* 18: 355–364
2. Trenner M, Haller B, Sollner H et al. (2013) 12 Jahre „Qualitätssicherung BAA“ der DGG Teil 1: Trends in Therapie und Outcome des nicht rupturierten abdominalen Aortenaneurysmas in Deutschland zwischen 1999 und 2010. *Gefäßchirurgie* 18: 206–213