H.-H. Eckstein

Klinik und Poliklinik für Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie,
 Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, München, Deutschland

Akademische Gefäßchirurgie in Deutschland

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie Sie wissen, wurden im alten Griechenland und auch im Mittelalter die „Überbringer schlechter Nachrichten“ nicht selten mit dem Tode bestraft, und auch bei Konfuzius heißt es: „Ein Mann, der die Wahrheit spricht, braucht ein schnelles Pferd“. Da auch dieses letzte Editorial keine nur positiven oder gar euphorischen Neuigkeiten anbietet, bitte ich um Nachsicht und hoffe, dass mir dieses Schicksal erspart bleiben möge.

Die Rationale unserer täglichen Arbeit basiert zu relevanten Anteilen auf randomisierten Studien (RCT). Beste Beispiele sind die Therapie der Karotisstenose und die Therapie des infrarenalen Aortenaneurysmas. Diesbezüglich wurden sowohl konservative und offen-operative als auch endovaskuläre Verfahren in zahlreichen RCTs verglichen. Aber auch die endovaskuläre Therapie der Varikose ist durch RCTs zunehmend evidenzbasiert. Bei der PAVK ist die Datenlage jedoch schlechter, hier werden bevorzugt kleinere, rein endovaskuläre oder rein operative Studien initiiert. Für den eigentlich dringend notwendigen Vergleich zwischen „best surgical treatment“ mit „best endovascular treatment“ liegen eindeutig zu wenige vergleichende Studien vor. Immerhin wird mit BASIL-2 (Bypassoperation versus endovaskuläre Therapie) derzeit ein RCT zur kritischen Extremitätenischämie auf den Weg gebracht.

Obwohl wir vor dem Hintergrund ständig neuer Therapieoptionen eigentlich mehr RCTs bräuchten, ist die Bereitschaft und wohl auch die Möglichkeit zur Teilnahme an derartigen Studien rückläufig. So wurde z. B. kürzlich die weitere Rekrutierung für die SPACE-2-Studie (CEA versus CAS versus „best medical treat-

ment“) und die CABACS-Studie (koronare Bypassoperation mit/ohne simultane CEA) gestoppt (siehe hierzu den Nachdruck von Hacke et al. in diesem Heft). Aufgrund viel zu geringer Patientenzahlen mussten die DFG-geförderte ABC-Studie (Bypass versus PTA/Stent bei längerstreckigen Läsionen der AFS) und die industriegeförderte AIDA-Studie (prophylaktische Netzimplantation bei der offenen AAA-Operation) sogar komplett abgebrochen werden. Weitere Studien wie z. B. ADSORB (TEVAR versus konservativ bei Aortendissektion Typ B) und auch SPACE-1 mussten ihre initial geplanten Patientenzahlen nach unten korrigieren, um überhaupt zu einem Abschluss kommen zu können.

Das vorliegende Heft thematisiert daher den Zustand der akademischen Gefäßchirurgie in Deutschland. Mit großem Dank an alle Autoren, freue ich mich, Ihnen dieses wichtige Thema aus verschiedenen Perspektiven vorstellen zu können. Besonders dankbar bin ich Ina Kopp von der AWMF für ihr Editorial zum Leitthema und Anne Abbott aus Australien, die sich seit Jahren für eine rationale Therapie extrakranieller Karotisstenosen einsetzt, dabei aber die Rolle von RCTs eher kritisch einschätzt. Sehr wichtig sind auch die Beiträge aus Sicht der DFG (Frank Wissing) und vom deutschen Cochrane Zentrum aus Freiburg (Britta Lang, Gerd Antes). Giovanni Torsello stellt als DGG-Präsident die aktuellen Registerstudien der DGG vor und in einem eigenen Beitrag wird versucht, die leider unbefriedigende Lage der akademischen Gefäßchirurgie in Deutschland mit einigen Daten und Hintergrundinformationen zu beleuchten.

Der zweite Teil dieses Heftes befasst sich nochmals mit der Zukunft dieses

Journals. Besonders lesenswert ist dabei ein Kommentar von Christopher Baethge (Chefredakteur des *Deutschen Ärzteblatt, DÄB*) mit dem Titel „Die Interessen von Lesern und Autoren wieder vereinen“. Wie im Editorial des Hefts 7 (2014) mitgeteilt, hat das DÄB schon vor einigen Jahren den Weg des Hybrid-Journals beschritten, mit einer deutschsprachigen Printversion und einer englischsprachigen Open-access-Version (*Deutsches Ärzteblatt International*). Christopher Baethge hatte diesen, wie ich finde sehr klugen strategischen Schritt initiiert und mir im letzten Jahr wichtige Tipps für die weitere Entwicklung der *Gefäßchirurgie* (nach Aberkennung des Impact-Faktors) gegeben. Auch hier findet sich eine Analyse der alten Schriftleitung zur bisherigen Entwicklung und zur aktuellen Situation der *Gefäßchirurgie* sowie eine Stellungnahme des DGG-Vorstands.

» Mit Mehrkosten von nur ca. 25 € pro DGG-Mitglied pro Jahr könnte man sehr schnell bis zu 20 Open-access-Artikel publizieren

Nicht ganz verständlich ist mir, warum die DGG in dieser an sich klaren Situation ein volles Jahr brauchte, um die Notwendigkeit neuer Konzepte zu akzeptieren. Immerhin wird seitens der DGG nun ein Hybrid-Journal *Gefäßchirurgie* in Aussicht gestellt. Nochmals: Diese Pläne lagen schon im August 2014 vor und wurden auch vom Editorial Board der *Gefäßchirurgie* mit überwältigender Mehrheit bejaht. Nun muss man abwarten, wie verbindlich und nachhaltig die Ankündigung der DGG-Präsidententrio wirklich ist. Ich hoffe daher sehr, dass nun wenigstens mein Nachfolger Axel Larena-Avellaneda

die notwendige Unterstützung und vor allem auch finanziellen Gestaltungsspielräume erhält. Mit Mehrkosten von nur ca. 25 € pro DGG-Mitglied pro Jahr könnte man sehr schnell bis zu 20 Open-access-Artikel publizieren. Diese „kritische Masse“ ist notwendig, um möglichst rasch die internationale Wahrnehmbarkeit zu erhöhen. Gute Artikel lassen sich akquirieren, das haben die letzten Jahre deutlich gezeigt. Es mag banal klingen, aber für andere Dinge (wie z. B. die laufenden Registerdaten) wird deutlich mehr Geld ausgegeben.

Liebe Leserinnen und Leser,

zum Abschluss meiner zweieinhalb Jahre dauernden Tätigkeit als Schriftleiter der *Gefäßchirurgie* bedanke ich mich sehr herzlich bei meinen Mitarbeitern Frau Dr. Heidi Söllner, Frau Dr. Lena Deutsch und Herrn PD Dr. Andreas Kühnl, die ein extrem gut arbeitendes Redaktionsteam gebildet hatten, welches mir eine konstruktive Arbeit als Schriftleiter überhaupt erst möglich gemacht hat. Das hat richtig Spaß gemacht! Auch die Zusammenarbeit mit dem Springer Verlag (Frau Kretz, Frau Suhai, Frau Fellenberg, Frau Obel, Frau Hentschke, Frau Weseloh) war zu jeder Zeit unproblematisch und konstruktiv. Auch hierfür bedanke ich mich sehr. Ebenfalls bedanken möchte ich mich beim gesamten Editorial Board, ohne deren inhaltliche Arbeit (Leitthemen, Reviews etc.) eine wissenschaftliche Zeitschrift gar nicht existieren kann. Hervorheben möchte ich die Rubrikherausgeber, deren Tätigkeit besonders wichtig ist. Mein Dank gilt selbstverständlich auch allen Leserinnen und Lesern der *Gefäßchirurgie*. Viele positive Rückmeldungen haben mir bestätigt, dass die *Gefäßchirurgie* gern gelesen wird und inhaltlich „passt“ (wie man in Bayern sagt).

Persönlich habe ich insbesondere in den letzten Monaten sehr viel darüber gelernt, wie man eine gute Fachzeitschrift nach vorn bringen könnte. Schade, dass die fehlende Unterstützung seitens der DGG und der damit entstandene Vertrauensverlust zu nicht mehr überwindbaren Hindernissen geführt haben. Ich bin allerdings sicher, dass mit Axel Larena-Avelaneda ein überaus kompetenter Nachfol-

ger gefunden werden konnte, persönlich wünsche ich der neuen Schriftleitung eine glückliche Hand und allen Erfolg.

Als langjähriges Mitglied des DGG-Vorstands und Präsident der DGG (2009/2010) bin ich dankbar, dass es mir ermöglicht wurde, zusammen mit dem Vorstand der DGG und vielen sonstigen DGG-Mitgliedern in den letzten 10–15 Jahren einige wichtige Schritte für die DGG mitgestalten zu dürfen. Hierzu gehören z. B. die Zertifizierung von Gefäßzentren, die Professionalisierung der DGG-Geschäftsstelle, die Umbenennung der DGG in *Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin – Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin* die AAA Screening Kampagne 2009/2010 und die Erarbeitung einer S3-Leitlinie zur Karotisstenose, die wir noch in diesem Jahr aktualisieren werden.

Medizinische Fachgesellschaften müssen heutzutage eine Vielzahl von Aufgaben stemmen und sind dabei häufig Berufsverband und Wissenschaftsorganisation in einem. Für viele Dinge braucht es einen langen Atem und eine Präsidenschaft überdauernde kontinuierliche Arbeit im Vorstand und in den Kommissionen. Auch auf die DGG kommen komplexe Aufgaben zu wie z. B. die für uns alle so wichtige Umsetzung einer wirklich zukunftsweisenden neuen Weiterbildungsordnung, zu der Ingo Flessenkämper in seiner Zeit als DGG-Sekretär die entscheidenden Vorarbeiten geleistet hat. Weitere Aufgaben betreffen die hoffentlich mögliche Etablierung des AAA-Screenings in Deutschland und die Vertiefung einer akademisch geprägten Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin im ganzen Land. Hierzu gehört – an dieser Stelle wiederhole ich mich – natürlich ein über die Fachgrenzen hinaus wirkendes national und möglichst auch international wahrnehmbares eigenes Journal. Man kann es nicht oft genug betonen: Die *Gefäßchirurgie* ist das wichtigste und bei entsprechender Unterstützung aller Verantwortlichen auch nachhaltigste Medium der deutschsprachigen Fachgesellschaften und ihrer Mitglieder.

Leider toben in vielen Kliniken immer noch Grabenkämpfe und Kompetenzstreitigkeiten insbesondere um die endovaskuläre Therapie. Persönlich bin ich

davon überzeugt, dass die sehr oft (auch) wirtschaftlich motivierte Fragmentierung der Gefäßmedizin und unserer Gefäßpatienten überwunden werden muss, sei es durch budgetär zusammenhängende Abteilungsstrukturen oder durch die schrittweise Weiterentwicklung gefäßchirurgischer Kliniken in „Gefäßkliniken“ mit offenen-operativen, endovaskulären und konservativen Kompetenzen. An einigen Standorten wurde dieser Schritt ja bereits erfolgreich vollzogen und selbstverständlich sollten in derartigen Strukturen auch vaskuläre Radiologen und Angiologen mitarbeiten.

In diesem Zusammenhang wäre es wünschenswert, wenn das Deutsche Institut für Gefäßmedizinische Gesundheitsforschung DIGG (gegründet 2009) noch repräsentativere Daten zur vaskulären Versorgung liefern könnte. Auch die Daten aus den zertifizierten Gefäßzentren wären diesbezüglich relevant. Durchaus vorstellbar, dass diese Informationen die zentrale Rolle der Gefäßchirurgie bei der Behandlung gefäßkranker Menschen noch klarer belegen würden.

Ich wünsche der DGG, der ÖGG und der SGG eine glückliche Hand bei der Bewältigung der anstehenden Aufgaben und allen Leserinnen und Lesern der *Gefäßchirurgie* (unter Beachtung meiner Eingangsworte) eine informative und kurzweilige Lektüre.

Mit den allerbesten Grüßen Ihr

H.-H. Eckstein

Korrespondenzadresse

Univ.-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

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H.-H. Eckstein gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.