

Hochspezialisierte Viszeralchirurgie in regionalen Spitälern

Nicht das Kind mit dem Bade ausschütten

Radu Tutuian^a, Werner Inauen^b

^a Prof. Dr. med., Chefarzt Gastroenterologie, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Spital Tiefenau, Inselgruppe AG, Bern

^b Prof. Dr. med., Chefarzt Gastroenterologie, GastroZentrum Solothurn AG, Bürgerspital Solothurn

Die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) bereitet die Liste der Spitäler vor, welche den Leistungsauftrag in den Bereichen der hochspezialisierten Viszeralchirurgie (Ösophagusresektion, Pankreasresektion, tiefe Rektumresektion, Leberresektion und komplexe bariatrische Chirurgie) erhalten sollen. Die minimale Fallzahl wird gerne als Qualitätsgarant dargestellt, die Nichterreichung dieser Fallzahl hat dann zur Folge, dass das Spital den Leistungsauftrag in dem Bereich nicht mehr erhält. Dieser Artikel präsentiert die in der Schweiz erhobenen Daten zum Pankreaskarzinom aus einer anderen Perspektive. Einer Perspektive, welche hinterfragt, ob Minimalfallzahlen als «Killerkriterium» sinnvoll sind.

Seit Anfang dieses Jahres gab es Meinungs- und Medienartikel zur hochspezialisierten Viszeralchirurgie (HSM VISZ), in denen sich Mitglieder des Fachorgans der Interkantonalen Vereinbarung für hochspezialisierte

Medizin (IVHSM) für die Umsetzung der von ihr vorgeschlagenen Liste und der Kriterien in den fünf Bereichen der HSM VISZ vehement einsetzen. Neben grossen internationalen Studien [1] wird auch eine erste schweizerische Studie zu diesem Thema ins Argumentarium eingebracht [2]. Anstehende Gegenargumente und Kritik werden bereits vor der Formulierung der definitiven Empfehlungen des Fachorgans an das Beschlussorgan in den Medien kleingemacht: «Spitäler buhlen um Prestigeingriffe», «Es geht um gerade einmal ein Prozent aller Eingriffe in der Bauchchirurgie», «... es handelt sich um die hohe Schule der Viszeralchirurgie» [3].

Résumé

Médecine hautement spécialisée: ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain

La Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) signée en janvier 2009 par les directeurs cantonaux de la santé a pour but de régler dans le cadre d'un mandat légal la pratique d'interventions de chirurgie viscérale considérées comme rares et spécialement exigeantes (résections œsophagiennes, pancréatiques, hépatiques, rectales basses, ainsi que la chirurgie bariatrique complexe). Un comité d'experts fixe les critères et établit la liste des institutions hospitalières habilitées à pratiquer telle ou telle intervention. Certains membres de ce comité se sont récemment exprimés avec véhémence pour une mise en place sans concession de cette régulation, se basant presque exclusivement sur le *case load*, faisant état d'études internationales ainsi que d'une étude nationale concernant la chirurgie du pancréas. Les auteurs plaident pour une lecture de cette dernière étude sous un autre angle. Ils soulignent la relative minceur des différences statistiques entre les types de centres, leur faible portée en matière de survie, et mettent en doute la valeur éducative de cette extrême concentration pour les futurs chirurgiens viscéraux. Ils demandent à l'organe de décision de reconsidérer la création de réseaux de traitement axés sur grands centres plutôt que la solution choisie jusqu'ici qui exclut définitivement les hôpitaux à *case load* bas.

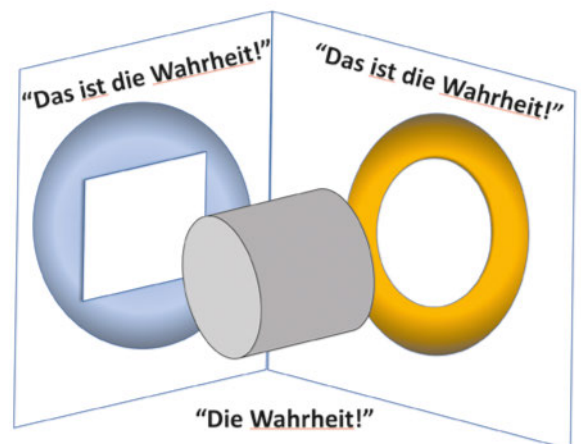


Abbildung 1: Aus ihrer Perspektive betrachtet haben beide Beobachter recht.



Abbildung 2: Relative Überlebensprognose bei Pankreaskarzinom. Daten des nordamerikanischen National Cancer Institute (NCI) (<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/pancreas.html>, letzter Zugriff 16.2.2018).

Im Januar 2018 präsentierte Prof. Martin Fey in der «Tribüne» der *Schweizerischen Ärztezeitung* seine Argumente für die Zentralisierung der HSM VISZ [4]. Da ein Zylinder je nach Sichtpunkt des Betrachters wie ein Kreis bzw. wie ein Rechteck aussehen kann (Abb. 1), finden wir es opportun, die Situation anhand der Datenlage um die Chirurgie des Pankreaskarzinoms aus einem anderen Winkel darzustellen.

Weder Prof. Fey (als Onkologe) noch wir (als Gastroenterologen) operieren am Pankreas, sind aber in der interdisziplinären Betreuung dieser Patienten involviert. Die Prognose dieser Patienten ist schlecht: Nur einer von zwölf wird in fünf Jahren am Leben sein (Abb. 2).

Nun zu den Daten aus der Schweiz, die Güller et al. aus der Datenbank des Bundesamtes für Statistik extrahiert und zusammengefasst haben [2]. In Tabelle 3 der Publikation fällt bereits in der ersten Zeile auf, dass die

«hochvolumigen» Zentren (i.e. >20 OPs pro Jahr) lediglich 7,5% (201 von 2668) der Patienten operiert haben und in statistisch hochsignifikantem Ausmass die weniger komplexen Operationen durchführten (partielle Pankreatektomie: «hochvolumige» Zentren 65% vs. «niedrigvolumige» Zentren 49%; $p < 0,001$). Dazu kommt noch, dass in dieser Gruppe nur Daten aus den letzten 5–6 Jahren der untersuchten Periode (i.e. 2007–2012) eingeschlossen wurden.

In den «niedrigvolumigen» Zentren wurden hingegen 92,5% (2467 von 2668) der eingeschlossenen Patienten operiert, und die 30-Tage-Überlebensrate betrug 95%; in den «hochvolumigen» Zentren betrug die 30-Tage-Überlebensrate 98% ($p = 0,034$). Wenn man die Mortalitätsdaten der schweizerischen und der amerikanischen Spitäler vergleicht (Abb. 3), fällt auf, dass die Mortalitätsrate der «niedrigvolumigen» Spitäler in der Schweiz ähnlich tief liegt wie in den amerikanischen Spitälern mit mehr als 16 Operationen pro Jahr.

Ein interessanter Aspekt ist auch, wie diese Zahlen zustande kommen. Eine 10%-Mortalität in einem Spital, welches 20 Operationen pro Jahr durchführt, lässt sich leicht errechnen: Zwei der 20 Patienten sind in diesem Spital nach der Operation gestorben. Die Mortalität von 4,1% bei drei Operationen pro Jahr scheint im ersten Moment verwirrend, lässt sich aber durch die Zusammenlegung der Daten von mehreren Spitälern (die nur drei Operationen pro Jahr durchgeführt haben) bzw. über mehrere Jahre erklären. Die 4,1% bedeuten, dass einer von 24 Patienten in diesem Spital / diesen Spitälern gestorben ist; d.h., wenn ein Spital pro Jahr nur drei Operationen durchgeführt hat, ist in einer Periode von acht Jahren nur ein Patient verstorben oder, wenn acht Spitäler nur drei Operationen pro Jahr durchführen, ist in einem Spital ein Patient verstorben, in den anderen sieben Spitälern keiner. Diese Daten können auch so interpretiert werden, dass sich die «niedrigvolumigen» Spitäler ihrer Einschränkungen

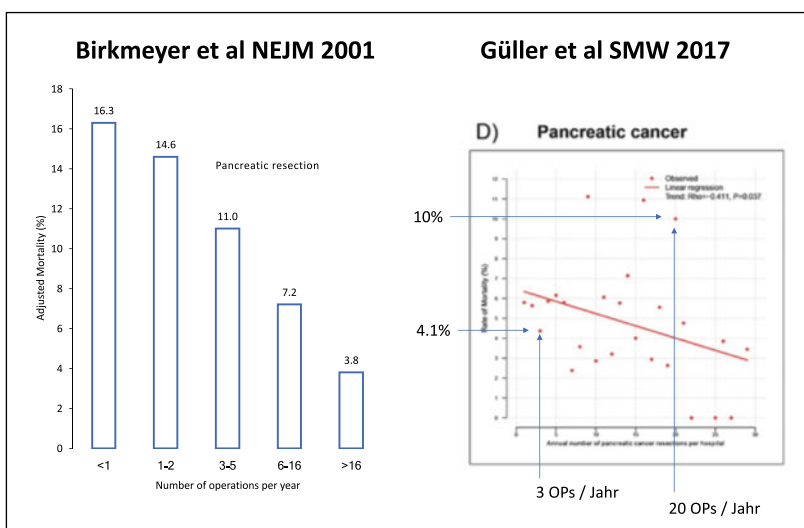


Abbildung 3: Paralleldarstellung der US- und CH-Mortalitätsdaten (angepasst aus Ref. 1 und Ref. 2).

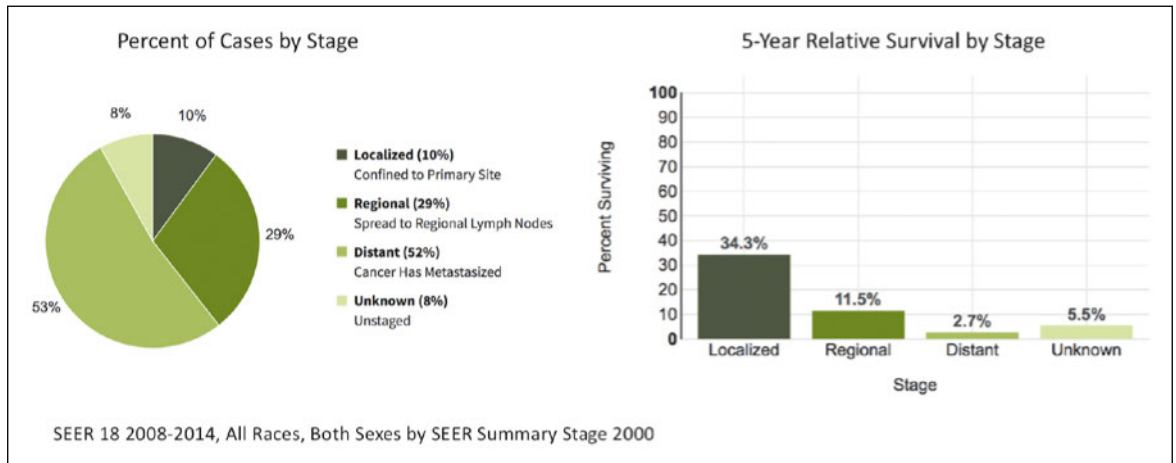


Abbildung 4: Unterschiede in den Überlebensraten bei Pankreaskarzinom nach Stadium (<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/pancreas.html>, letzter Zugriff 16.2.2018).

bewusst sind und diese Patienten besonders gut betreuen. Der Unterschied in der 30-tägigen Überlebensrate von 95% vs. 98% mag statistisch signifikant sein, die klinische Relevanz ist aber fraglich.

Beim Pankreaskarzinom geht es in den «niedrigvolumigen» Spitälern nicht um einen Prestige-Eingriff, sondern um die Möglichkeit, Patienten mit unklaren Befunden zeitnahe und präzise abzuklären bzw. Patienten mit einem fortgeschrittenen, nicht operablen Stadium eine gute, interdisziplinäre Betreuung wohnortsnah anzubieten. Mehr als die Hälfte der Patienten mit Pankreaskarzinom haben zum Zeitpunkt der Diagnose bereits Fernmetastasen (Abb. 3), was sie nicht operabel macht. Die lokale Verfügbarkeit einer chirurgischen Therapie für die 10% der Patienten mit einem lokalisierten Tumor ist wichtig, da diese Patienten eine Überlebenschance von 31% nach fünf Jahren haben (Abb. 4).

Als weiteres Argument für die Zentralisierung der Fälle wird die Effizienz der Weiterbildung für den Schwerpunkt Viszeralchirurgie aufgeführt. Der Punkt des repetitiven Erlernens ist valide, in diesem Argumentarium geht jedoch das Ziel der Weiterbildung vergessen: Wozu soll eine Operationstechnik erlernt werden, die ausserhalb eines «grossen Zentrums» nicht angewendet werden darf? Die Konzentration des Wissens und der Fähigkeiten in den Händen von ein paar Auserwählten ist eine gesellschaftlich problematische Entwicklung.

Fazit

In der Schweiz wurden zwischen 2007 und 2012 mehr als 90% der Pankreasresektionen in «niedrigvolumi-

gen» Spitälern durchgeführt. Statt die nicht bedenkenlose Zentralisierung der HSM-VISZ-Bereiche voranzutreiben und Minimalzahlen als «Killerkriterium» durchzusetzen, könnte die IVHSM von den «hochvolumigen» Zentren die Entwicklung von Versorgungsnetzwerken fordern. Dies würde den «grossen Zentren» die Chance bieten, wahre Grösse zu zeigen.

Hinweis

Der Inhalt des Artikels gibt die persönliche Meinung der Autoren wieder.

Dank

Wir danken Herrn Dr. med. Jean-Pierre Barras, Solothurn, für die französische Zusammenfassung.

Bildnachweis

- Abb. 1: Radu Tutuian
- Abb. 2: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/pancreas.html>
- Abb. 3: Radu Tutuian, Zeichnung adaptiert aus Daten des NEJM [1] und dem SMW [2]
- Abb. 4: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/pancreas.html>

Literatur

- 1 Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2002;346:1128–37.
- 2 Güller U, Warschkow R, Ackermann CJ, Schmied B, Cerny T, Ess S. Lower hospital volume is associated with higher mortality after oesophageal, gastric, pancreatic and rectal cancer resection. *Swiss Med Wkly.* 2017;147:w14473. <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14473>
- 3 Walser B. Spitäler buhlen um Prestigeeingriffe. *Der Bund* 16.2.2018 01:17; <https://www.derbund.ch/schweiz/standard/spitaelerbuhlen-um-prestigeeingriffe/story/25785970> (letzter Zugriff 16.2.2018).
- 4 Fey M. Hochspezialisierte Viszeralchirurgie: Zentralisiert oder Carte blanche? *Schweiz Ärztzeitung.* 2018;99(1-2):24–7. <https://doi.emh.ch/10.4414/saez.2018.06300>

Korrespondenz:
 Prof. Dr. med. Radu Tutuian
 Chefarzt Gastroenterologie
 Klinik für Gastroenterologie
 und Hepatologie
 Spital Tiefenau,
 Inselgruppe AG
 Tiefenaustrasse 112
 CH-3004 Bern
 Tel. 031 308 89 55
[tutuian\[at\]gmail.com](mailto:tutuian[at]gmail.com)