

Medienmitteilung

Bern, 04. Oktober 2016

Gefässchirurgie: Optimal ist besser als maximal

Wie findet man die beste Behandlung für den Patienten, das richtige Mass, kurz „das Optimum“? Diese Frage steht im Zentrum der diesjährigen Dreiländertagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Gefässchirurgie in Bern. Denn es ist kurzfristig, das Optimum für den Patienten in Richtung Maximum zu schieben, etwa im Sinne einer Gewinnmaximierung für das Spital.

Optimale und maximale Leistung im Spital im Spannungsfeld von Technik, Ethik und Ökonomie ist ein hochaktuelles Thema: Es geht auch um Fragen der Einflussnahme Dritter (Kostenträger, Industrie, Politik) auf die unmittelbare ärztliche Tätigkeit. Dies wird in Bern diskutiert anhand der klassischen gefässchirurgischen Krankheitsbilder Aneurysma der Hauptschlagader, Schaufensterkrankheit (pAVK), Krampfadern und anderen.

Gemäss dem Krankenversicherungsgesetz soll eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung zu möglichst niedrigen Kosten angepeilt werden. Seit Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (SwissDRG) rücken Kostensenkungen und Effizienzsteigerungen in den Fokus und beeinflussen den klinischen Alltag. Gerade in der Herz-Kreislauf-Medizin lässt der rapide Fortschritt selbst das heutige Optimum morgen bereits als suboptimal oder gar veraltet erscheinen. Damit geht eine Aufwands- und Kostenspirale einher. Sie ist nicht nur getrieben von Forschung, Demografie und Profiten, sondern auch von steigenden Ansprüchen der informierten Patienten. Der mündige Patient stellt immer häufiger die Frage nach dem alternativen Behandlungsweg und fordert heute mehr als früher, dass er in die Entscheidungsfindung einbezogen wird. Wenn der Spezialist jedoch nur jene Behandlung empfiehlt, die er selbst durchführen kann, werden in der Sprechstunde mögliche alternative Behandlungen gar nicht mehr erwähnt. Eine Zweitmeinung kann dem Patienten in solchen Fällen eine wertvolle Hilfe sein. Zweitmeinungen einzuholen, ist im Trend. Viele Krankenversicherungen weisen ihre Kunden darauf hin und übernehmen die Kosten.

Ein Maximum an Aufwand garantiert keineswegs optimale medizinische Ergebnisqualität. Sozialmediziner erkennen hier ein neues Problem: Überdiagnose (Diagnose von Zuständen, die niemals symptomatisch werden) und Überbehandlung (Behandlung überdiagnostizierter Zustände und Therapien mit minimalem Nutzen oder ohne Nutzen).

Unterstützung durch Ethiker

Der klinische Ethiker moderiert und ermöglicht z. B. Entscheidungsprozesse in Behandlungsteams, gerade wenn die Situation auch moralisch-ethische Wertekonflikte aufweist. Das Optimum muss nicht das Maximum sein. Das Optimum könnte sogar im Einzelfall bedeuten, dass keine medizinische Intervention erfolgt, wenn die Patienten es in ihrer jeweiligen Lebenssituation nicht wünschen. Damit Patienten solche Entscheidungen treffen können, müssen ihnen die behandelnden Ärzte vorher detailliert erklären, um welche Art von Krankheit und Therapie es überhaupt geht. Das setzt voraus, dass das Behandlungsteam seinerseits eine Entscheidung über die optimale medizinische Vorgehensweise getroffen hat – vor dem Gespräch mit den Patienten. Gerade bei komplexen Entscheidungen ist das Team aber selbst oft unsicher, was der sinnvollste Weg ist. Es ist nicht die Aufgabe des Ethikers, diese Entscheidungen zu treffen, sondern den Weg zur Entscheidung zu unterstützen indem neben den medizinischen Gegebenheiten auch juristische und ethische Begründungen und Unsicherheiten ausdrücklich bedacht und formuliert werden.

Wer bestimmt das Optimum?

Wenn ein Kanton einer bestimmten Disziplin eine minimale Fallzahl für operative Eingriffe vorgibt, kann das sinnvoll sein. Aber wenn sich die Zahlen im kritischen Bereich befinden, wird dadurch der Anreiz geschaffen, die Fallzahlen durch eine grosszügige Auslegung der Diagnose zu erhöhen. Besser wäre es, wenn die Behandlungsqualität und nicht die Quantität ausschlaggebend für die Durchführung von Eingriffen wäre. Wo liegt das richtige Mass an medizinischen Leistungen, die sinnvollerweise in einer Bevölkerung erbracht werden können? 51 Prozent der grundversorgenden Ärzte in der Schweiz meinen heute, es würden zu viele Leistungen erbracht. Drei Jahre zuvor waren es noch 38 Prozent. Allerdings wird sich die Menge der erbrachten Leistungen innerhalb von drei Jahren kaum in diesem Ausmass verändert haben. Die veränderte Einschätzung zeugt wohl eher davon, wie stark das Bewusstsein für dieses Thema in der Ärzteschaft gewachsen ist.

Gleich mehrere Fachdisziplinen konkurrieren heute um den gefässchirurgischen Patienten. So bieten Diagnose und Eingriff bei der Schaufensterkrankheit (pAVK) heute alle an: Gefässchirurgen, Angiologen, interventionelle Radiologen und Kardiologen. Wohin also geht der Patient mit seiner Schaufensterkrankheit? Würden dem Patienten alle Behandlungswege in einer einzigen Sprechstunde vollumfänglich präsentiert, würde dies sein Vertrauen und seine Mitarbeit stärken. Dies setzt voraus, dass die beteiligten Fachdisziplinen zumindest eine gemeinsame Sprechstunde betreiben. Tatsächlich wurden an einigen Orten Modelle der Zusammenarbeit entwickelt, indem sich Gefässchirurgen, Angiologen und Radiologen gemeinsam Budget, Personal und Einrichtung teilen.

Problematische Rehospitalisationen

Wiedereintritte kurz nach der Entlassung sind für Spitäler ein zentrales Problem. Betroffene Patienten im Voraus zu identifizieren, galt bis vor Kurzem als Hellseherei. Nun wurde kürzlich eine Studie publiziert, in der anhand eines Scores potenziell vermeidbare Wiederzuweisungen innerhalb von 30 Tagen bei internistischen Patienten vorausgesagt werden konnten. Die Studie untersuchte knapp 120.000 Patienten, von denen 14,5 Prozent innerhalb von 30 Tagen erneut einem Spital zugewiesen wurden. Zwei Drittel dieser teuren Wiedereintritte wären potenziell vermeidbar gewesen, so die Autoren.

Gefässchirurgische Patienten sind oft von zahlreichen Begleiterkrankungen an Herz und Hirn, Diabetes mellitus, Nierenschwäche, etc., betroffen. So gehören gefässchirurgische Eingriffe nach wie vor zu Operationen mit erhöhtem Risiko. Das **geplatzte Aneurysma der Bauchschiader** hat ohne rasche Hilfe eine extrem hohe Sterblichkeitsrate. Sofern die Patienten nicht vor Ort versterben, werden sie in unseren gut ausgebauten Notfallsystemen meist innerhalb der ersten Stunde untersucht und erstversorgt.

Die Fachtagung findet in Bern statt, dem Geburtsort von Einsteins Relativitätstheorie. Albert Einstein, 1879 in Ulm geboren, nahm später die Schweizer Staatsbürgerschaft an und legte grossen Wert darauf, Schweizer zu sein. Er verstarb an einem **geplatzten Aneurysma der Bauchschiader**.

Medienauskünfte:

*Tagungspräsident Prof. Dr. med. Jürg Schmidli; Stv. Klinikdirektor und Chefarzt, Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Mail: juerg.schmidli@insel.ch
Tel. 031 632 79 25*