

Spezialisiert oder hochspezialisiert – wie speziell soll die Chirurgie sein?

salt and pepper

Hochspezialisierte Medizin im Setting der Viszeralchirurgie: Im Interview Daniel Candinas, Chefarzt und Klinikdirektor am Inselspital, Department Viszerale Chirurgie und Medizin, und Jürg Metzger, Chefarzt am Kantonsspital Luzern, Viszeralchirurgie. Das Gespräch führte Vanessa Banz.

Setting: Am runden Tischen in einem Büro, anfangs April 2013. Fürs leibliche Wohl stehen Nüssli und Salzgebäck, Wasser und Kaffee zur Verfügung. Stimmung: Äusserst gelassen – ich habe grösste Mühe, die beiden Kontrahenten zur Seriosität zu überzeugen! Ich habe gedacht, dass salt und pepper-Beiträge in kleinere Kämpfe ausarten können, wo Funken fliegen und sich die gegenüberstehenden Gesprächspartner ans Gurgeli wollen. Keine Spur von Kampfgeist hier! Mal schauen, wie es sich entwickelt, wenn das brisante Thema angesprochen wird.

Hochspezialisierte Medizin. Ein polarisierendes, aktuelles Thema. Grundsätzliche, ganz pauschale Frage: Was ist das wichtigste Argument dafür (oder dagegen)?

Candinas: Der Begriff „hochspezialisierte Medizin“ (HSM) ist grundsätzlich unglücklich gewählt, weil er etwas suggeriert, was er nur zu einem kleinen Teil ist. Ein Begriff, welcher die Häufigkeit (oder die eben nicht-vorhandene Häufigkeit) und die potentiellen Auswirkungen einer nicht-optimalen Behandlung reflektiert, wäre viel wichtiger. Mit dem Begriff HSM wird, m. E. das Falsche verstanden – dieser ist polarisierend, vielleicht auch, weil das ein Prozess ist, den viele nicht verstanden haben und Positionen bezogen worden sind, die viel Spielraum für eine Fehlinterpretation lassen. Wenn man es schafft, das Ganze zu de-eskalieren, dann entfällt eigentlich das „Brisante und Polarisierende“ und übrig bleibt nur noch die Aktualität des Themas.

Metzger: Einverstanden. Aber wenn du das Thema HSM Onkologie anschaut, wo einige Kantone das Referendum ergreifen wollen und sich überlegen, ob es überhaupt noch weitergeführt werden sollte, dann ist es eben schon auch ein brisantes Thema ... aber vielleicht mehr später dazu.

Ich gehe mit dir einig, dass der Begriff HSM vielleicht tatsächlich mehr Verwirrung und Unruhe als eine Lösung des Problems bietet. Wenn man den Begriff aber einfach mal so stehen lässt, ist es unbestritten, dass im Rahmen der HSM die Qualität/der Outcome von seltenen, komplexen Eingriffen an einem Kompetenzzentrum sicher besser ist als in einem kleineren Haus, so wie es noch häufig gemacht wird hier in der Schweiz. Wichtig ist ja das Konzept „Team“, welches in allen notwendigen Disziplinen im 24-Stunden-Service das Nötige auch wirklich anbieten kann. Hier muss man aber auch differenzieren. So ist es für mich ein grosser Unterschied, ob man die Ösophaguschirurgie oder die Rektumchirurgie anspricht. Die Ösophaguschirurgie

ist für mich wirklich ein gutes Beispiel, wo du ein ganzes Team brauchst, vom Chirurgen zum Anästhesisten, Gastroenterologen und interventionellen Radiologen. Bei der Rektumchirurgie sehe ich dies persönlich etwas anders. Da ist für mich das Team weniger wichtig als die Kompetenzen und die Erfahrung des Chirurgen, zumal die Morbidität und Mortalität sich hier doch in anderen Grenzen bewegen als bei der Ösophaguschirurgie.

Candinas: Ich würde aber genau dies gerne infrage stellen. Wenn wir anstelle von HSM den Begriff „spezialisierte“ Medizin wählen, impliziert dies eine gewisse Mindestfallzahl, eine gewisse Vertiefung und Vernetzung. Es gibt gute Zahlen auch aus der Schweiz, die schweizerische Fallzahlen und Outcome anschauen und eine klare Korrelation zeigen. Dies hat auch seine Gültigkeit in der vielleicht (im Vergleich zur Ösophaguschirurgie) etwas „banaleren“ Rektumchirurgie. Das Hauptproblem liegt hier ganz klar in der fehlenden Einsichtigkeit des einzelnen Chirurgen, weshalb alle diese reglementären Schritte notwendig sind.

Dann habe ich dich richtig verstanden, Daniel, dass die Rektumchirurgie zur HSM gehören sollte?

Candinas: Ich würde sie zur „spezialisierten“ Medizin zählen wollen. Ich würde mir nie ein Rektum operieren lassen von jemandem, der nicht suffizient Erfahrung hat in diesem Gebiet, genau so aber auch andere kleine Eingriffe machen lassen von jemandem, der das noch nie gemacht, geschweige denn gesehen hat.

Metzger: Prinzipiell bin ich mit deiner Aussage absolut einverstanden, allerdings möchte ich hier nochmals den Unterschied betonen, dass m. E. im Setting Rektumchirurgie die Erfahrung/Fallzahlen vom einzelnen Chirurgen sehr viel wichtiger sind als die Fallzahlen vom ganzen Team, wie sie notwendig ist für die Ösophaguschirurgie.

Candinas: Natürlich gehe ich mit dir einig, dass für jede Art von Chirurgie die Erfahrung des Operators wichtig ist, das ist unbestritten. Aber auch im Setting „Rektumchirurgie“ gibt es im Gegensatz zu vor 10-15 Jahren deutlich mehr Therapiemöglichkeiten, verschiedene Behandlungspfade, die nicht nur abhängig sind vom Können des einzelnen Chirurgen. Auch hier braucht es ein eigentliches Team.

Metzger: Viele Viszeralchirurgen, die an einem kleineren, peripheren Spital arbeiten, wurden an einem Unispital/Zentrumspital gut ausgebildet. Hier verstehe ich schon, dass das Verständnis sehr klein ist, wenn sie jetzt, aufgrund der neuen Arbeitsstelle in der Peripherie plötzlich nicht mehr die Chirurgie machen dürfen, in der sie sehr gut ausgebildet wurden. Ich habe da keine Hemmungen zu akzeptieren, dass ein solcher Chirurg an einem peripheren Spital seine gut erlernte Rektumchirurgie weiter macht. Schwieriger wird es aber tatsächlich bei der Ösophaguschirurgie, um beim gleichen Beispiel zu bleiben.

Jürg Metzger



Daniel Candinas



Candinas: Ich gehe mit dir einig, dass es hier sicherlich einen graduellen Unterschied aufgrund der relativen Häufigkeit, der Krankheitsinzidenz, gibt, die eine wichtige Rolle spielt. Das war auch der Grund, weshalb man mit der ersten Version der HSM versucht hat, Krankheitsinzidenz als Faktor mit einzubeziehen, sodass ganz seltene Erkrankungen noch mehr zentralisiert werden. Leider ist dies aber in der Vernehmlassung gescheitert. Ich glaube, um es nochmals zu betonen, dass wir als chirurgische Gemeinschaft aufgrund mangelnder Professionalität selber versagt haben. In England wäre es undenkbar, dass ein Chirurg weiterhin eine komplexe viszeralkirurgische Operation durchführen darf, die er 3-4-mal im Jahr macht. Seine Peers würden ihn gar nicht mehr ernst nehmen!

Eines der Hauptargumente für die HSM ist der Aspekt der Strukturqualität. Dies ist ohne Zweifel enorm wichtig für den Outcome. Spielt da die individuelle Erfahrung eines langjährig klinisch-chirurgisch tätigen Arztes eine Rolle? Kann das grosse Know-how eines einzelnen Individuums geringere Fallzahlen kompensieren (im Sinne von: Mindestzahl pro Klinik oder eher Mindestzahl pro Chirurg)?

Metzger: Wenn ich unsere 33 Pankreaseingriffe/Jahr anschau, weiss ich, dass diese Eingriffe auf zwei Operateure verteilt werden. Wenn ich die Zahlen von einem anderen Unispital nehme, die vielleicht 10 Eingriffe mehr umfasst, ich aber davon ausgehen darf, dass sich diese Eingriffe auf wesentlich mehr Operateure verteilen, frage ich mich schon, ob man die individuelle Erfahrung einfach ganz so ausser Acht lassen darf? Sollte man nicht einen „Mischquotienten“ haben aus Teamerfahrung und persönlicher Erfahrung?

Candinas: Sehe ich als absolut möglich ...

Metzger: Dies kommt aber in der aktuellen HSM-Diskussion gar nicht zur Diskussion vor.

Candinas: Das ist korrekt. Ich denke mir, dass man dies aber auch reglementieren könnte, obschon ich nicht glaube, dass es bereits in einem ersten Schritt notwendig ist. Als Chirurg würde ich davor warnen, die Operation selber zu sehr in den Mittelpunkt zu stellen. Unter Formel-1 Fahrern ist es auch selbstverständlich, dass alle Auto fahren können, das steht ja gar nicht zur Diskussion. Im Management- und Indikationsbereich ist die Erfahrung vom Team enorm wichtig, auch wenn selbstverständlich das Manuell-Chirurgische an den Operateur gebunden bleibt.

Sprichst du jetzt die Ösophaguschirurgie wieder an?

Candinas: Nein, ich rede hier im Allgemeinen. Es wird nur eine Frage der Zeit sein, bis man, so wie es schon länger in England üblich ist, darüber diskutieren wird, wann es auch in der Schweiz „Organspezialisten“ geben sollte, Chirurgen für „upper-GI“, „lower-GI“, „hepatobiliary“ etc. Aufgrund unseres föderalistischen Systems kommen solche Diskussionen nur mit Verzögerung bei uns an. Ich bin aber überzeugt, dass dies in einer Generation bei uns selbstverständlich sein wird. Die frühere Ausbildung zum Allgemein-Chirurgen, so wie es vielleicht Sinn gemacht hat für ein paar verlassene Bergregionen mit schlechter Verbindung im tiefen Winter, ist meines Erachtens nicht mehr gültig.

Metzger: Ist dann für dich der Allgemein- und Unfallchirurg „gestorben“? Mit unserer aktuellen Spitalstruktur können es sich kleine und mittlere Spitäler gar nicht leisten, alles doppelt und dreifach zu besetzen, drei Viszeralkirurgen und drei Unfallchirurgen gleichzeitig anzustellen.

Candinas: Tatsache ist, dass es den Allgemein- und Unfallchirurgen in der Westschweiz als solches nicht gibt, hier kommt der Orthopädie zum Zug. Die früher erschwerten Diskussionen mit unseren Kollegen der Orthopädie werden in Zukunft besser werden. Auch hier gibt es zunehmend Kollegen, die bereit sind, die Traumatologie abzudecken. Wenn man mit den jungen Chirurgen redet, zeichnet sich klar ab, dass immer mehr Chirurgen das Bedürfnis nach einer klaren Trennung in „Hardware“, also Knochen-Traumatologie, und „Software“, also Viszeralkirurgie, wünschen.

Wie müsste denn eine derartige Spezialisierung in der Schweiz konkret aussehen?

Metzger: Wenn man die amerikanischen Fallzahlen und Einzugsgebiete von mehreren Millionen anschaut, würde dies unter Umständen bedeuten, dass Bern nur noch hepatobiliäre Chirurgie, Basel nur noch kolorektale Chirurgie, Genf nur noch obere GI-Chirurgie machen würde ...?

Candinas: Es ist absolut denkbar, dass dies tatsächlich ein nächster Schritt sein wird, auch wenn wir aktuell noch weit entfernt sind von dieser möglichen Variante – auch die Chirurgie an Unikliniken verändert sich und wird sich verändern müssen. Wichtig ist m. E., die wirklich seltenen Erkrankungen (z. B. gewisse Sarkomchirurgie) und tatsächlich hochspezialisierte Therapien wie z. B. HIPEC und Protonentherapie auf ganz wenige Standorte in der Schweiz zu konzentrieren.

Gut, bleiben wir bei der Notion, dass die Chirurgie in der Schweiz (hoch) spezialisiert wird und komplexere Eingriffe auf ein paar wenige Spitäler reduziert werden. Fragt sich nun: Was bleibt in der Peripherie? Die Hernienklinik? Die Gallenblasenklinik?

Candinas: Die Frage ist falsch gestellt! Es ist nicht eine Frage von „was bleibt übrig“, sondern wo will sich der Patient operieren lassen? Der Patient will sich doch dort behandeln lassen, wo die Rahmenbedingungen stimmen und nicht in einem Spital „wo man das auch ab und zu macht“.

Metzger: Wo machst du dann persönlich den Schnitt? Sollen hochspezialisierte Eingriffe nur noch am Unispital gemacht werden? Dürfen grössere Kantonsspitäler noch mitmachen?

Candinas: Nein, das hat für mich per se nichts mit Unispital oder Nicht-Unispital, Privatspital oder Nicht-Privatspital zu tun. Wie zuvor bereits gesagt, hat das mit dem case-load und einem gut funktionierendem Team zu tun, wo vom präoperativen Abklärungsablauf bis zur onkologischen Nachbetreuung und Behandlung der möglichen postoperativen Komplikationen alles stimmt. Es muss auch ein Ort sein, wo Erneuerungen möglich sind und das passiert natürlich eher an grösseren Ballungszentren.

In Rahmen der Spezialisierung zum „upper-GI“- oder „lower-GI“-Chirurgen fragt man sich, ob es dann den Schwerpunkttitle „Viszeralchirurgie“, so wie es ihn jetzt gibt, überhaupt noch braucht?

Candinas: Auch eine solche Veränderung möchte ich nicht ausschliessen. Wenn ich mir gegenüber ehrlich bin, muss ich sagen, dass es bei den komplexeren chirurgischen Eingriffen solche gibt, wo ich mich sicherer fühle als andere. Und das nicht nur im Sinne vom technisch-manuellen Aspekt, sondern auch was die Indikationsstellung, die möglichen modernen Therapieansätze anbelangt, die so häufig wieder wechseln.

Um nochmals auf den Aspekt der Innovation zu kommen. Lehre und Forschung sind eines der weiteren wichtigen Argumente der HSM. Nur wenn Daten adäquat, das heisst zentralisiert gesammelt und überprüft werden können, ist es möglich, auch bei selteneren Eingriffen und Krankheitsbildern suffiziente Informationen/Daten zu sammeln, um entsprechende Fortschritte in der Forschung zu machen. Und aufgrund der Gegebenheiten ist Forschung häufig gebunden an ein Unizentrum, wo die entsprechenden Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Wie seht ihr das?

Metzger: Da bin ich anderer Meinung. Laborforschung ist für mich keine *conditio sine qua non* für das Mitmachen an Studien. In der kleinen Schweiz kann man sich problemlos via Networking an grösseren Studien beteiligen, die teilweise sicherlich von der Uni aus lanciert und koordiniert werden müssen. Ich glaube, du kannst auch als Kantonsspital seriöse Forschung machen, wenn die Patientendaten korrekt gesammelt und die Nachkontrollen entsprechend garantiert werden.

Candinas: Da gehe ich mit dir absolut einig. Es wird ein absolutes Muss sein, exakte Datenbanken zu führen und Patienten einzuschleusen. Es ist ja interessant, dass im Rahmen der Selbstdeklaration für die HSM dreimal mehr hochspezialisierte Eingriffe erfasst wurden, als durch die Krankenkassen je bezahlt werden mussten ...

Metzger: Das ist genau mein Punkt und eine Negativwirkung der HSM-Diskussion. Hier wird etwas manipuliert (Bsp.: bei der totalen Gastrektomie wird noch ein bisschen Ösophagus mit reseziert und dann als „Ösophaguseingriff“ deklariert), um die eigenen Zahlen zu verbessern. Oder aber es kommt zu einer „Ausweitung“ der Indikationsstellung, sodass vermehrt Patienten grössere Eingriffe erhalten, die möglicherweise absolut unnötig sind (Bsp.: die Leberresektion für das radiologisch klar abgrenzbare Hämangiom, die Whipple-OP für das seröse Zystadenom). Das kann man kaum überprüfen und das darf doch nicht sein!

Candinas: Genau aus diesem Grund wird von Anfang an im Rahmen der Selbstdeklaration verlangt werden, dass alle Patientendaten inklusive postoperativer Komplikationen etc. in einer zentralisierten Datenbank erfasst werden. Diese werden dann *Nota bene* auch im Rahmen von einem Audit überprüft werden. Es ist denkbar, dass die HSM diese Datenbank als Pflichtdatenbank übernimmt und der Fachgesellschaft übergibt. Konkret bedeutet es dann u. a. auch, stichprobenartig einzelne OP-Berichte in Detail anzuschauen und zu überprüfen.

Spitäler haben nicht nur den Auftrag, für einen Patienten zu sorgen und die beste Medizin zu gewährleisten, auch die ärztliche Weiterbildung muss garantiert sein. Beide Aspekte können nicht voneinander getrennt werden. Die Konzentrierung der hochspezialisierten Eingriffe auf ein paar wenige Spitäler der Schweiz hat potentielle Auswirkung auf die Weiterbildung zum Schwerpunkt Viszeralchirurgie. Kommt es zum „Nadelöhr Universitätsspital“?

Candinas: Man muss sich zuerst die Frage stellen: Wer bildet heutzutage Chirurgen aus im Schwerpunkt Viszeralchirurgie? Das sind die Unispitäler und ein paar grössere Kantonsspitäler. Auch bei Einführung der HSM wird sich hier nichts gross verändern. Es wird kein einziger Weiterbildungsplatz gefährdet werden, das ist m. E. reine Stimmungsmacherei.

Metzger: Da bin ich mir nicht ganz so sicher. Ich denke, dass potentiell ein paar Ausbildungsplätze gefährdet sein könnten, zumal es ein paar Kantons-spitäler gibt, die für einige HSM-Bereiche auf der provisorischen Liste stehen. Zudem muss man sich natürlich schon fragen, wie es dann aussieht mit der Weiterbildung an Privatspitälern, sollten diese die HSM-Zustimmung bekommen.

Candinas: Das würde sicher zu einem Paradigmenwechsel in den jeweiligen Privatspitälern führen, zumal sich Privatspitäler aktuell am besten von öffentlichen, Teaching-Institutionen differenzieren können, als sie ihren Kunden garantieren können, nicht von „Stiften“ operiert zu werden. Es würde hier sicherlich wesentliche Veränderungen benötigen.

Wo stehen wir in 10-15 Jahren bezüglich der HSM? Sind wir immer noch in der Diskussionsphase oder sind wir beim Gleichen geblieben?

Zum Schluss sind sich beide Herren einig: Wir werden Fortschritte machen, die Diskussionen werden teilweise abgeschlossen und umgesetzt sein. Es wird wahrscheinlich mehr Spitalverbünde geben, wo eine gemeinsame Lösung zum Thema HSM gefunden und umgesetzt werden kann. Die HSM wird unweigerlich Einzug finden in die Schweiz, bleibt nur noch abzuwarten, in welcher Form und wie schnell.

Keine Chirurgie ist eine Trivialität, egal wie banal sie erscheinen mag oder wie routinemässig sie durchgeführt wird. Und so wird es sich auch die Chirurgie vermehrt spezialisieren, wo Hernien und Proktologie genau so gruppiert und zentralisiert sein werden wie die komplexe „hochspezialisierte“ Leberchirurgie oder Ösophaguschirurgie.

Am Schluss des Gesprächs sind die meisten Nüsse gegessen, der Kaffee und das Wasser sind leer getrunken. Beide Herren sind sich weder ans Gurgeli gesprungen, noch sind die Fäuste geflogen. Fragt sich also, ob ich zu wenig polarisierende Fragen gestellt habe, die Kontrahenten zu wenig kontrahent sind oder aber der Freitagabend nicht der ideale Zeitpunkt ist, um ein solches Interview zu führen. Egal, für mich war es ein äusserst spannendes Gespräch und ich bedanke mich bei Daniel und Jürg für ihre Zeit und ihr Engagement. (Vanessa Banz)

