

Auf dem Weg ins Zentrum

Aortenchirurgie in der Schweiz

Wir verdanken Herrn Meuli und Kollegen sowie den in ihrem Artikel [1] zusammengefassten Publikationen in der vorliegenden Ausgabe des Swiss Medical Forum einen spannenden Blick auf die Behandlung des Bauchaortenaneurysmas (BAA) in der Schweiz.

Während in Ländern wie Schweden oder Grossbritannien von einer reduzierten Inzidenz des BAA in den letzten Jahren die Rede ist, so scheint sie in der Schweiz keine Abnahme zu zeigen [2, 3]. Als Gründe für die sinkende Inzidenz wurden eine Verbesserung der sekundärprophylaktischen pharmakologischen Massnahmen bei Risikopatientinnen und -patienten sowie eventuell auch ein Aneurysma-Screening vermutet. Beim besagten Screening muss man leider feststellen, dass in der Schweiz auch in den letzten Jahren immer noch sehr wenig strukturierte Anstrengungen unternommen wurden.

Mehr zu diskutieren gibt hierzulande derzeit die Zentralisierung der hochspezialisierten Medizin (HSM), zu der in den nächsten Jahren auch die Gefässchirurgie dazugehören soll. Die von der Gesundheitsdirektorenkonferenz geleitete HSM zielt auf eine Qualitätsverbesserung und Kostenreduktion mithilfe von Zentralisierung und Monitorisierung ressourcenaufwendiger und eher seltener Leistungen. Dass die Behandlung eines Aortenaneurysmas zu diesen Leistungen gehört, wurde auch in der letztjährigen Vernehmlassung nur wenig angefochten. Der Ruf nach Zentralisierung ist also bereits auch von offizieller Seite erfolgt.

Wie die Autoren aus den Publikationen zitieren, soll ein Spital, das Aortenchirurgie anbietet, mindestens 15–20 Fälle von offenen Bauchaortenoperationen im Jahr durchführen. Dies ist leider in der Schweiz nicht überall der Fall. Ebenso wird gemäss den Autoren erstaunlicherweise nur in 10 von 40 der sogenannten Majorspitäler (9000–40 000 Hospitalisationen/Jahr) eine 24-Stunden-Versorgung beim

rupturierten Bauchaortenaneurysma (rBAA) angeboten. Wenig verwunderlich also, dass die Universitätsspitäler im derart angelegten Vergleich mit der heterogenen Gruppe der Majorspitäler eine reduzierte Mortalität nach Behandlung beim rBAA vorweisen können. Ein weiterer Faktor diesbezüglich scheint auch der höhere Anteil an verlegten Patientinnen und Patienten, die an Universitätsspitalern aufgrund von Aortenrupturen behandelt werden. Transferierte Patientinnen und Patienten weisen nämlich durchweg eine tiefere postoperative Mortalität auf. Die Interpretation der Daten ist weiter durch die hohe Prozentzahl palliativ Behandelte beim rBAA erschwert. Die dabei angewandten Selektionskriterien für eine Operation (oder eben nicht) sind nicht dokumentiert. Man kann daher ein Selektionsbias nicht ausschliessen. Das Fazit, dass Universitätsspitäler die Behandlung beim rBAA mit besseren Resultaten durchführen, ist meiner Meinung nach mit den vorliegenden Daten nicht vorbehaltlos nachvollziehbar.

Trotzdem möge gelten, dass wer zukünftig zur weiteren Verbesserung der Behandlungsqualität beim BAA beitragen möchte, neben klar definierten Behandlungspfaden eine Mindestfallzahl an Patientinnen und Patienten behandeln muss, einen 24-Stunden-Behandlungsservice (inklusive endovaskulärer Techniken) anbieten sollte und sich auf starke Partner im eigenen Hause verlassen können muss (allen voran Anästhesie, Intensivmedizin, Angiologie und interventionelle Radiologie).

Wo die HSM künftig die Mindestfallzahlen ansiedeln wird, sei derzeit noch offen. Wir wünschen uns aber vom Beschlussorgan eine transparente Diskussion und Kommunikation.

Zu guter Letzt möchte ich den Autoren dafür danken, nochmals an das Screening appelliert zu haben. Solange wir noch keine strukturierten Screening-Programme haben, liegt eine grosse Verantwortung bei den Hausärztinnen und -ärzten, Risikopersonen zu untersuchen und zum Ultraschall zu schicken!

Korrespondenz

Dr. med. Stephan Engelberger
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie
Kantonsspital Baden AG
Im Ergel 1
CH-5404 Baden
[stephan.engelberger\[at\]ksb.ch](mailto:stephan.engelberger[at]ksb.ch)

Conflict of Interest Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Meuli L, Lattmann T, Pietsch u, Zimmermann A. Behandlung von Bauchaortenaneurysmen in der Schweiz. Swiss Med Forum. 2024;24(9):112–115.
- 2 Hager J, Lanne T, Carlsson P, Lundgren F. Lower prevalence than expected when screening 70-year-old men for abdominal aortic aneurysm. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2013;46(4):453–9.
- 3 Anjum A, Powell JT. Is the incidence of abdominal aortic aneurysm declining in the 21st century? Mortality and hospital admissions for England & Wales and Scotland. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2012;43(2):161–6.



Dr. med. Stephan Engelberger
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefässchirurgie, Kantonsspital Baden AG, Baden