

Monopolisierung des Herzens?

Kardiologie an Zentrumsspitalern der Schweiz

F. Follath

Das kürzlich veröffentlichte Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie über «Prozessorganisation und Struktur der Kardiologie an Zentrumsspitalern der Schweiz» [1] verlangt imperativ eine «Direkte und integrale Verantwortung für hospitalisierten Patienten mit dominanten kardiologischen Problemen [...], insbesondere mit stabiler und instabiler koronarer Herzkrankheit, einschliesslich Myokardinfarkt und mit Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Kardiomyopathien und anderen hauptsächlich kardiovaskulären Hospitalisationsgründen». Diese direkte Verantwortung soll auch auf den Notfallstationen und Intensivstationen wahrgenommen werden. Als Begründung für diesen Anspruch werden die «vorliegende wissenschaftliche Evidenz» sowie sechs weitere Argumente (Ausgangslage) aufgeführt. Verschiedene Punkte in diesem Positionspapier sind durchaus nachvollziehbar, aber die aufgeführten Begründungen sind teilweise einseitig dargestellt und können deshalb nicht unwidersprochen bleiben. Als Internist (mit einer kardiologischen Spezialausbildung) und Chefarzt einer Medizinischen Klinik an einem Zentrumsspital möchte ich deshalb eine andere Sicht über die Betreuung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen präsentieren und zu einer ausgewogeneren Diskussion der kontroversen Punkte beitragen. Die Hauptargumente des Positionspapiers sollen deshalb nochmals aufgegriffen werden:

1. Epidemiologie der kardiovaskulären Erkrankungen

Es ist unbestritten, dass die kardiovaskulären Erkrankungen eine dominante Todesursache und die häufigsten Gründe für eine Hospitalisation bleiben. Alle Voraussagen über die Zunahme der älteren Bevölkerung in den industrialisierten Ländern weisen darauf hin, dass die Prävalenz der Herz-Kreislauf-Probleme in den nächsten Jahren und Jahrzehnten noch weiter ansteigen wird. Gerade diese Entwick-

lung spricht jedoch eindeutig gegen eine ausschliesslich spezialistisch organisierte Versorgung in diesem Bereich, da mehr als 60% der älteren Patienten mit Herz-Kreislauf-Krankheiten zusätzliche, klinisch relevante Erkrankungen aus anderen internistischen Fachgebieten aufweisen, weshalb ihre umfassende ganzheitliche Behandlung selbst in einem Zentrumsspital weiterhin erforderlich ist [2, 3]. Ein gutes Beispiel für die Häufigkeit der Polymorbidität sind epidemiologische Daten bei Patienten mit Herzinsuffizienz: Ihr Durchschnittsalter beträgt mehr als 70 Jahre, zusätzliche klinische Probleme (Lungenerkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, Diabetes, Anämie) sind bei mehr als $\frac{3}{4}$ der Patienten vorhanden [4].

Das hochgradig selektionierte Krankengut in grossen internationalen Studien entspricht nicht der üblichen Patientenpopulation weder im Spital noch in der ambulanten Praxis. Die Häufigkeit der kardiovaskulären Krankheiten allein ist als Begründung für eine exklusiv kardiologische Betreuung kein überzeugendes Argument.

2. Ist die wissenschaftliche Evidenz für eine direkte Verantwortung bei der Patientenbetreuung durch Kardiologen wirklich so unumstösslich wie im Positionspapier dargestellt?

Es wird betont, dass die Verantwortung bei den Kompetentesten, in diesem Fall bei den Kardiologen, liegen sollte, da die Langzeitergebnisse signifikant besser seien. Falls man die veröffentlichten Arbeiten der letzten Jahre unvoreingenommen analysiert, scheint die zitierte Überlegenheit keineswegs erwiesen zu sein. Grosse Kohortenanalysen in den USA zeigten viel eher, dass die therapeutischen Resultate, inklusive Überlebensrate, bei akutem Myokardinfarkt weniger von der Spezialität der verantwortlichen Ärzte als vom Alter und von der Komorbidität der Patienten abhängig sind [5, 6]). Das Ausbleiben eines klaren Überlebensvorteiles war in diesen Studien um so augenfälliger, als primär kardiologisch betreute Patienten 2- bis 4mal häufiger revaskularisierende Interventionen hatten. Weitere vergleichende Analysen bei Patienten mit instabiler Angina und nicht transmuralen Infarkt zeigten keine signifikanten Vorteile eines aggressiveren Vorgehens in Zentren mit häufigen Koronarinterventionen [7, 8]). Auch bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz sind die Vorteile unter einer direkten kardiologischen Betreuung im Vergleich zu Internisten nicht nachweisbar, wenn bei der statistischen Analyse die prognostisch relevanten zusätzlichen Faktoren, wiederum Alter und Komorbidität, berücksichtigt werden [9]. Kürzliche Erhebungen in der Schweiz im Rahmen einer multizentrischen europäischen Studie [10] zeigten, dass die modernen Medikamente bei Herzinsuffizienz auch durch niedergelassene Internisten und Allgemeinmediziner in einem hohen Prozentsatz eingesetzt werden. Die oft kritisierte niedrige Dosierung von ACE-Hemmern durch Hausärzte kann fachlich durchaus richtig sein,

Korrespondenz:

F. Follath

Universitätsspital Zürich

Departemente für Innere Medizin

Medizinische Klinik A

Rämistrasse 100

CH-8091 Zürich

da die meistbenutzten Präparate, wie Lisinopril und Enalapril, in aktiver Form durch die Niere ausgeschieden werden und hohe Dosen bei älteren Patienten mit Nierenfunktionsstörungen eine Kumulation und vermehrt Nebenwirkungen verursachen.

Häufige kardiovaskuläre Erkrankungen, wie Herzinsuffizienz, Hypertonie, Angina pectoris, sollten auch zukünftig durch Generalisten im Rahmen der Grundversorgung, auch bei Hospitalisation, betreut werden können. Die optimale Behandlung erfordert allerdings auch den Beizug von Spezialisten, um den richtigen Zeitpunkt für notwendige Abklärungen bzw. Therapieänderungen nicht zu verpassen.

3. Einsatz von aufwendigen diagnostischen und interventionellen Therapien

Das Positionspapier betont, dass «der Kardiologe am besten die Angemessenheit, die Notwendigkeit und den optimalen Zeitpunkt beurteilen kann». Niemand wird bestreiten, dass die Durchführung einer Koronarographie mit PTCA und Stent-Einlage oder die Katheterablation eines akzessorischen Bündels bei WPW durch hochspezialisierte Kardiologen erfolgen sollte. Bei der Indikationsstellung und Dringlichkeit von Interventionen bestehen allerdings selbst unter Kardiologen beträchtliche Unterschiede [11, 12], die u.a. auch durch den Versicherungsstatus der Patienten beeinflusst werden [13]. Um die Angemessenheit von aufwendigen und kostenintensiven diagnostischen und therapeutischen Methoden ausgewogen zu beurteilen, sind deshalb interdisziplinär besetzte Fachgruppen am zuverlässigsten und objektivsten [14]. Es wäre deshalb sehr fragwürdig, wenn die kardiovaskulären Interventionen zukünftig ohne jegliche kritische kollegiale Mitbeurteilung erfolgen würden. Da die Ressourcenallokation auch in Zentrumsspitälern vermehrt aus rein ökonomischen Gesichtspunkten gesteuert wird, besteht die Gefahr einer weiteren Mengenausweitung, wenn Indikationsstellung, Durchführung und Ergebniskontrolle allein durch die interessierte Spezialistengruppe beherrscht werden.

4. Rolle der Kardiologie bei der Weiter- und Fortbildung von Grundversorgern

Die Weiter- und Fortbildungsinhalte von Grundversorgern müssen sämtliche Probleme ihrer Patientenspopulation integrativ und ausgewogen umfassen. Die Prioritätensetzung müsste deshalb durch entsprechend ausgebildete Fachvertreter solcher Gruppierungen erfolgen. Selbstverständlich ist der Beitrag der Spezialisten notwendig, um die neuesten Entwicklungen in einem Fachgebiet, so auch in der Kardiologie, zu vermitteln. Wie bereits betont, sollen die häufigen, im klinischen Alltag von den Grundversorgern angetroffenen Probleme erlernt werden können. Dazu gehört auch die Durchführung von wichtigen Screeninguntersuchungen, wie Ruhe- und

Belastungs-EKG, 24-Stunden-Blutdruckmessung usw. Versuche, solche einfachen Untersuchungsmethoden unter dem Vorwand einer Qualitätssicherung zu monopolisieren, sind abzulehnen. Bei ihrer fachärztlichen Weiterbildung sind auch die Kardiologen auf die Internisten angewiesen. Um einen kardialen Patienten kompetent betreuen zu können, sind die differentialdiagnostischen Grundkenntnisse in innerer Medizin auch zukünftig erforderlich. Die Verkürzung der internistischen Grundweiterbildung für Kardiologen auf 2 Jahre ist diesbezüglich bedauerlich, da die breiten klinischen Kenntnisse durch das Erlernen von immer neueren apparativen Techniken nicht ersetzt werden können. Dies trifft insbesondere auf die Versorgung von Notfällen und Intensivpatienten zu. Gerade in der Kardiologie besteht die Gefahr einer weiteren Fragmentierung in invasive und nicht-invasive Spezialisten, Elektrophysiologen, Herzinsuffizienzspezialisten usw. Auch der Doyen der internationalen Kardiologie, E. Braunwald, war deshalb gegen die vollständige Abtrennung der Kardiologie von der Inneren Medizin [15].

5. Die fehlende Selbständigkeit der Kardiologie in Zentrumsspitälern wird als eine Behinderung einer problemorientierten Arbeit in Netzwerken dargestellt

Diese Aussage ist überraschend, denn die geforderte Segregation bildet kaum eine gut funktionierende Grundlage für die breite Kooperation. Ein Netzwerk kann nur dann entstehen, wenn alle Beteiligten, Kardiologen, Spitalinternisten und praktizierende Grundversorger nach ausgewogenen Prinzipien unter Berücksichtigung der realen Bedürfnisse ihre Patienten betreuen.

6. Die zweifellos exzellente kardiovaskuläre Forschung in der Schweiz soll durch die gegenwärtige Prozess- und Strukturorganisation an den Zentrumsspitälern behindert sein

Was fehlt den kardiologischen Abteilungen in den Zentrumsspitälern? Sie haben bereits eigene Herzkatheterlaboratorien, die modernsten elektrophysiologischen Anlagen, Spezialsprechstunden, Zugang zu Betten auf Abklärungsstationen und sie werden auf Intensivstationen beigezogen. Nach meiner langjährigen Erfahrung mit kardiovaskulären Studien und in Kenntnis der Situation in anderen europäischen Ländern finde ich, dass die Produktivität der kardiologischen Forschung in der Schweiz eher durch die mangelnde Kooperation und durch die Konkurrenzsituation unter den existierenden kardiologischen Zentren behindert wird. In Anbetracht des ausgezeichneten fachlichen Niveaus bestünden gute Möglichkeiten für grosse schweizerische Studien (Swiss Trials), die genauso erfolgreich sein könnten, wie die bekannten Beispiele aus Skandinavien.

Fazit

Die vollumfängliche Übernahme aller kardiovaskulären Erkrankungen durch Spezialkliniken wäre selbst in den grossen Zentrumsspitalern nicht akzeptabel. Die Bedürfnisse der überwiegend mehrfachkranken älteren Patienten sprechen auch zukünftig für eine umfassende ganzheitliche Versorgung. Der kritische und ökonomische Einsatz der modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ist am besten durch eine enge Kooperation zwischen Spezialisten und Generalisten gewährleistet. Selbstverständlich müssen die Tätigkeiten der Spezialitäten im kardiovaskulären Bereich so optimiert werden, dass keinem Patienten die notwendige Behandlung versagt bleibt oder dass diese unnötig verzögert wird. Dieses Ziel kann eher in einem gut integrierten System der internistischen Fachgebiete erreicht werden. Die Lösungen können von Zentrum zu Zentrum variieren, eine einseitige Monopolisierung der kardiovaskulären Erkrankungen wäre allerdings eine bedauerliche Fehlentwicklung.

Literatur

- Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie, Vorsteher der kardiologischen Einheiten der Schweizer Zentrumsspitaler. Prozessorganisation und Struktur der Kardiologie an Zentrumsspitalern der Schweiz. Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(25):1396-9.
- Boland B, Beguin C, Hunter J et al. Inpatient diagnoses, case-complexity and mortality rate in an academic division of general internal medicine. Eur J Int Med 1996;6:13-8.
- Bucheli B, Martina B, Bucher HC, Gick C, Gyr N. Komorbidität und Kodierungsqualität in der Inneren Medizin am Kantonsspital Basel. Schweiz Med Wochenschr 1999; 129(Suppl 105/I):11S.
- Gehrig C. Epidemiologie der Herzinsuffizienz bei hospitalisierten Patienten: Eine prospektive Evaluation im Universitäts-spital Zürich. Inaugural-Dissertation. Zürich 2000.
- Chen J, Radford MJ, Wang Y, Krumholz HM. Care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction by physician specialty: the effects of comorbidity and functional limitations. Am J Med 2000;108(6):460-9.
- Frances CD, Go AS, Dautermann KW, Deosaransingh K, Jung DL, Gettner S, et al. Outcome following acute myocardial infarction: are differences among physician specialties the result of quality of care or case mix? Arch Intern Med 1999;159(13):1429-36.
- Tu JV, Pashos CL, Naylor CD, Chen E, Normand SL, Newhouse JP, et al. Use of cardiac procedures and outcomes in elderly patients with myocardial infarction in the United States and Canada. N Engl J Med 1997;336:1500-5.
- Every NR, Parsons LS, Fihn SD, Larson EB, Maynard C, Hallstrom AP, et al. Long-term outcome in acute myocardial infarction patients admitted to hospitals with and without on-site cardiac catheterization facilities. Circulation 1997; 96:1770-5.
- Philbin EF, Jenkins PL. Differences between patients with heart failure treated by cardiologists, internists, family physicians, and other physicians: analysis of a large, state-wide database. Am Heart J 2000;139:491-6.
- Muntwyler J, Follath F. Medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz: eine Analyse der aktuellen Behandlungspraxis bei ambulanten Patienten in der Schweiz. Schweiz Med Wochenschr 2000;130:1192-9.
- Graboy TB, Biegelsen B, Lampert S, Blatt CM, Lown B. Results of a second-opinion trial among patients recommended for coronary angiography. JAMA 1992;268:2537-40.
- McDonnell J, Meijler AP, Kahan JP, Rigter H, Bernstein SJ. Effect of physician specialty on treatment recommendation to patients with coronary artery disease. Int J Technol Assess Health Care 2000;16(1):190-8.
- Canto JG, Rogers WJ, French WJ, Gore JM, Chandra NC, Barron HV. Payer status and the utilization of hospital resources in acute myocardial infarction: a report from the National Registry of Myocardial Infarction 2. Arch Intern Med 2000;160(6):817-23.
- Brook RH, Kamberg CJ. Appropriateness of the use of cardiovascular procedures: a method and results of this application. Schweiz Med Wochenschr 1993;123:249-53.
- Braunwald E. Cardiology - division or department? N Engl J Med 1993;329:1887-90.