

Mindestmengenregelung

Ein Kommentar des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

Für die heute gebräuchlichen PCI-Verfahren gibt es keine durch wissenschaftliche Untersuchungen begründbare Mindestmenge. Dies zeigt die vorliegende umfassende und sorgfältige Analyse der Literatur durch die von Prof. Dr. Albrecht Vogt geleitete Projektgruppe.

Die Analyse lässt jedoch auch die Schwächen und Defizite der zu diesem Thema verfügbaren Daten deutlich werden. Eine Einschränkung besteht schon insofern, als nur elektive sowie Notfall-Prozeduren wie zum Beispiel beim ACS ausgewertet wurden. Ein besonderer Schwachpunkt liegt in der retrospektiven Natur der Datenaufarbeitung. Diese macht es unmöglich, verschiedene Patientengruppen miteinander vergleichen zu können. Das heißt, dass – gewollt oder ungewollt – eine Selektion von Patienten mit niedrigem und hohem Risiko nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Jeder erfahrene interventionell tätige Kardiologe weiß, dass Patienten mit höherem Risiko eher in größeren Zentren behandelt werden.

Diese ungleiche Verteilung von Risikopatienten kann so dominant und retrospektiv nicht korrigierbar sein, dass sie alle anderen Einflüsse auf die Ergebnisqualität maskiert. Und die Daten aus der klinischen Praxis belegen, dass ernsthafte Komplikationen bei der PCI heutzutage sehr selten sind und lediglich in einer Größenordnung von ein bis drei Prozent auftreten. Die Häufigkeit steht in engem Zusammenhang mit den Risikocharakteristika des Patienten. Ein Mehr an Risiko in einer Patientengruppe kann es unmöglich machen, einen Einfluss der Untersucherfrequenz auf das Risiko und die Ergebnisqualität nachzuweisen. Problematisch erscheint auch die weitgehende Gleichsetzung von niedriger Komplikationsrate und Behandlungsqualität, zu der nicht nur die Überprüfung des Akutergebnisses, sondern auch des Langzeiterfolges einschließlich eines konsequent durchgeführten Audits gehören. Andererseits lässt sich die Frage nach Mindestmengen bei realistischer Einschätzung in Bezug auf die Durchführbarkeit einer solchen Studie nicht prospektiv untersuchen. Aus praktischen Gründen kann man keinen Patienten auf ein Katheterlabor mit niedrigem beziehungsweise großem Patientenvolumen randomisieren. Letztlich lässt sich daher die Frage wissenschaftlich nicht sauber klären.

Das Einzige, was weiterhilft, ist daher der gesunde Menschenverstand: Jeder weiß, dass ein Arzt mit lediglich zehn PCI-Prozeduren pro Jahr eine schwierige Situation weniger gut beherrschen wird als ein Operateur, der im Jahr über 100 Eingriffe durchführt – ganz unabhängig von seiner ansonsten vergleichbaren Qualifikation und Geschicklichkeit. Schließlich ist die PCI wie jede Operation ein Handwerk, das man mit zunehmender Praxis und Erfahrung besser im Griff hat.

Trotz der Unmöglichkeit, valide wissenschaftliche Daten zum Thema Mindestmengen zu gewinnen, darf man nicht die falsche Konsequenz ziehen und Mindestmengen grundsätzlich ablehnen. Eine solche Regelung ist eindeutig sinnvoll und notwendig. Die entsprechenden Grenzwerte für die Mindestmengen sind jedoch willkürlich und aus wissenschaftlichen Daten nicht ableitbar. Der gesunde Menschenverstand empfiehlt hier eine PCI-Mindestmenge von 75 Prozeduren pro Untersucher und Jahr und für jedes Herzkatheterlabor eine Mindestmenge von 200 Prozeduren pro Jahr.