

Klaus Balzer · Michael Walter (Hrsg.)

Zukunftsperspektiven in der Gefäßchirurgie

15. Gefäßchirurgisches Symposium
Titisee/Hochschwarzwald

**Boston
Scientific**

Klaus Balzer · Michael Walter
Herausgeber

Zukunfts- perspektiven in der Gefäßchirurgie

STEINKOPFF
DARMSTADT



Dr. med. Klaus Balzer
Chefarzt der Gefäßchirurgischen Klinik
Ev. Krankenhaus Mülheim
Wertgasse 30
45466 Mülheim an der Ruhr

Prof. Dr. med. Michael Walter
Stellvertretender Direktor der Klinik für Allgemein-,
Visceral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie
Universitätsklinikum Charité
Schumannstr. 20–21
10117 Berlin

ISBN 3-7985-1354-6 Steinkopff Verlag Darmstadt

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei
Der Deutschen Bibliothek erhältlich

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Steinkopff Verlag Darmstadt
ein Unternehmen der BertelsmannSpringer Science+Business Media GmbH
<http://www.steinkopff.springer.de>

© Steinkopff Verlag Darmstadt 2002
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Redaktion: Sabine Ibkendanz – Herstellung: Heinz J. Schäfer
Umschlaggestaltung: Erich Kirchner, Heidelberg
Satz: Typoservice, Griesheim
Druck: Betz-Druck, Darmstadt – Bindearbeiten: Schaumann, Darmstadt

SPIN 10844032 85/7231 – 5 4 3 2 1 0 – Gedruckt auf säurefreiem Papier

Vorwort

Das letztjährige traditionelle Titisee-Symposium beschäftigte sich erneut mit aktuellen Themen, die über das rein Fachliche hinaus uns als Gefäßchirurgen bewegen und für das gesundheitspolitische Umfeld von entscheidender Bedeutung sind.

Im Zentrum aller Vorträge stand die Zukunft der Gefäßchirurgie in Deutschland. Jeder von uns weiß, dass, wie z. B. auch in Frankreich, etwa 70 % der Patienten an kommunalen Kliniken versorgt werden. Dies hat vor Jahren dazu geführt, dass eigenständige Abteilungen nur für die Gefäßchirurgie geschaffen wurden. Diese Entwicklung ist in den letzten Jahren deutlich rückläufig. Es geht jetzt wieder genau anders herum. Die Gefäßchirurgie wird entweder wieder in die Allgemeinchirurgie integriert oder auch in andere Disziplinen, wie z. B. die Herzchirurgie, die sie dann mehr oder weniger links liegen lassen. Es ist nicht damit getan, dass die wissenschaftliche Fachgesellschaft für Gefäßchirurgie in Deutschland ein Grundsatzpapier ins Internet stellt, in dem festgehalten wird, dass in Deutschland ein Bedarf von etwa 15 Lehrstühlen für Gefäßchirurgie bestünde, und andererseits mehr oder weniger tatenlos zusieht, wie die wenigen Lehrstühle, die bestanden, nach und nach abgebaut werden.

Man muss sich unter uns Gefäßchirurgen offensiv einig darüber sein, dass mehr Gefäßchirurgie an den Hochschulen benötigt wird, vor allem im Hinblick auf die Wissenschaft, die betrieben werden soll und muss. Dieser Vorwurf trifft gerade bei der Gefäßchirurgie den Nagel auf den Kopf, weil das meiste, was unter „Wissenschaft“ verkauft wird, mehr oder weniger Qualitätskontrolle ist. Wir berichten, wie gut oder schlecht unsere Ergebnisse sind. Die Wissenschaft kommt hierbei aber deutlich zu kurz. Und dass die Wissenschaft an einem Haus der Maximalversorgung oder der Grund- und Regelversorgung hinter der Patientenversorgung zurückstehen muss, ist sicher jedem klar. Vor allem jenen, die in diesen Krankenhäusern arbeiten. Und wenn Gefäßchirurgie von nachgeordneten Mitarbeitern einer chirurgischen Klinik durchgeführt wird, dann ist dies schon ein sicheres Zeichen dafür, wie der Stellenwert der Gefäßchirurgie in der gesamten Klinik eingeschätzt wird. Es gibt natürlich Kliniken, wo das aufgrund der Zusammenarbeit mit dem Klinikchef und der Persönlichkeit des nachgeordneten Arztes hervorragend funktioniert, z. B. die Kölner Klinik unter Pichlmayr oder jetzt an der Charité. Aber diese Beispiele sind Einzelfälle. An vielen anderen Stellen wird der Gefäß-

chirurg mehr oder weniger unselbstständig gehalten und er darf dann operieren, wenn die große Chirurgie mit ihren Operationen fertig ist. Und wenn die Intensivkapazität mit chirurgischen Fällen ausgefüllt ist, dann sind die gefäßchirurgischen Fälle die ersten, die abgesetzt werden. Die Unfallchirurgie hat es hier sehr viel besser gemacht. Wenn man bestimmte Kriterien erfüllen muss, um Unfallchirurg zu sein und kein Krankenhaus ohne Unfallchirurgie überlebensfähig ist, dann kann man schon etwas bewegen. Dies kann man von der Gefäßchirurgie nun wirklich nicht behaupten.

Wir sollten also bei den Umstrukturierungen und den Zukunftsmodellen darauf achten, dass die Gefäßchirurgie als Fach überlebensfähig bleibt. Wir sollten ihr den Stellenwert zuerkennen, den andere Schwerpunkte der Chirurgie selbstverständlich nach dem neuen Weiterbildungsmodell ausfüllen. Dies wird aber nur dann möglich sein, wenn die Gefäßchirurgie entweder kooperativ mit den anderen Disziplinen der Gefäßmedizin im Sinn eines Gefäßzentrums zusammenarbeitet oder selbst die interventionellen Methoden und die konservative Therapie beherrscht. Dies würde dann wiederum bedeuten, dass sich die Gefäßchirurgie von einer rein chirurgischen Disziplin wegentwickelt. Aber auch so kann ein Zentrum entstehen. Gerade im Zeitalter der DRG's und des zunehmenden Kostendrucks werden besondere Herausforderungen an unser Fachgebiet gestellt werden und wir sind gut beraten, wenn wir durch Information und Wissen, aber auch durch klare persönliche Perspektiven auf diesen Wandel vorbereitet sind.

Dank sei der Firma Boston Scientific an dieser Stelle für die Ausrichtung dieses traditionellen Symposiums gesagt. Die viele Arbeit bei der Organisation und Vorbereitung hat sich ganz sicher gelohnt und wir danken besonders Frau Böttcher und Frau Kälberer für ihre hervorragende Arbeit im Vorfeld zu dieser Tagung.

Mülheim a. d. Ruhr / Berlin, im Frühjahr 2002

KLAUS BALZER
MICHAEL WALTER

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
---------------	---

■ Protheseninfektion

Lokale Maßnahmen bei Protheseninfektionen R. Huber, W. Sandmann	3
Erfahrungen mit imprägnierten Prothesen in der aortoiliakalen Etage T. Bürger, J. Tautenhahn, C. C. Freytag, Z. Halloul	7
Diskussion zu den Vorträgen von R. Huber, H. Schumacher (Thema: Wann sind lokale Maßnahmen bei Protheseninfekt gerechtfertigt) und T. Bürger	13
Eine multizentrische prospektive Erhebung zum Einsatz einer silberimprägnierten Dacronprothese bei Gefäß- protheseninfektionen M. Zegelman, G. Günther	21
Das Autotransplantat zur Rekonstruktion bei Infekt R. I. Rückert, M. Walter	27
Allograft – die beste Methode? Allogene Gefäßrekonstruktion bei aortalen Protheseninfektionen M. Gawenda, J. Heckenkamp, J. Brunkwall	35
Diskussion zu den Vorträgen von G. Günther, R. I. Rückert und J. Brunkwall	42

■ Die Zukunft der Gefäßchirurgie in Deutschland

Die Zukunft der Krankenhäuser aus der Sicht der Kostenträger W. Jacobs	51
--	----

Diskussion zum Vortrag von W. Jacobs	56
Bedarf an universitärer Gefäßchirurgie	
T. Schmitz-Rixen	61
Die Gefäßchirurgie eingebettet in die Allgemeinchirurgie – eine zeitgemäße Lösung?	
D. Rühland	65
Diskussion zu den Vorträgen von T. Schmitz-Rixen, D. Rühland und H. Loeprecht (Thema: Die Situation an einem Haus der Maximalversorgung)	68
Gefäßchirurgie am Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung	
R. Schmidt, S. Jost	71
Ist die Zentrumsbildung eine Lösung? Erfahrungen nach 4 Jahren Gefäßzentrum Hamburg-Harburg (GCH)	
A. Larena-Avellaneda, W. Gross-Fengels, B. Schulenburg, H. Imig	75
Diskussion zu den Vorträgen von R. Schmidt und A. Larena-Avellaneda	78
Ist Forschung außerhalb der Universität sinnvoll machbar?	
S. Nöldeke, T. Hupp	81
Situation und Zukunft der Gefäßchirurgie in Österreich	
G. Fraedrich	83
Situation und Zukunft der Gefäßchirurgie in der Schweiz	
P. Stierli	87
Diskussion zu den Vorträgen von S. Nöldeke, G. Fraedrich und P. Stierli	92
Gedanken zu den Einflussmöglichkeiten der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG)	
T. Umscheid	95
Diskussion zum Vortrag von T. Umscheid	99

■ „Diagnosis related groups“ (DRGs)

Auswirkungen der DRGs aus der Perspektive der Gesundheitsökonomie	
G. Neubauer	105

Diskussion zum Vortrag von G. Neubauer	118
Diskussion zum Vortrag von I. Gürkan (Thema: Bedeutung der DRGs für die Klinik unter den Gesichtspunkten von Forschung und Lehre)	119
Ordnungspolitischer Rahmen und Umsetzung aus der Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit G. Baum	121
Diskussion zum Vortrag von G. Baum	123
Einführung der DRGs – Adaptionprozess der Selbstverwaltung und gesetzliche Rahmenbedingungen H. T. Riegel	125
Diskussion zum Vortrag von H. T. Riegel	128
DRGs – Auswirkungen auf innovative Medizin aus Industrieperspektive A. Kilburg	129
Abschließende Diskussion zu den Vorträgen von G. Neubauer, I. Gürkan, G. Baum, H. T. Riegel und A. Kilburg	138
Bedeutung der Dokumentation und Abrechnung von DRGs in der Gefäßchirurgie G. Ruffing	143

Zukunftsperspektiven in der Gefäßchirurgie

Balzer, K.; Walter, M. (Hrsg.)

2002, IX, 152 S., Softcover

ISBN: 978-3-7985-1354-9