



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN e.V.

Gesellschaft für operative, endovaskuläre
und präventive Gefäßmedizin

**Online-Presskonferenz anlässlich der 39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG)**

„Holistic Vascular Care“

Termin: Mittwoch, 27. September 2023, 12.00 Uhr bis 13.00 Uhr

Teilnahmelink: <https://attendee.gotowebinar.com/register/8117205497727323225>

Themen und Referierende:

Holistische Ansätze in der Therapie von gefäßkranken Patienten und weitere Highlights der Jahrestagung

Professor Dr. med. Jörg Heckenkamp

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG) und
Kongresspräsident DGG 2023

Klimawandel: Welche Auswirkungen wird die zunehmende Hitze auf unsere Gefäße haben – und was können wir dagegen tun?

Privatdozent Dr. med. Rolf Weidenhagen

Chefarzt Klinik für Gefäßchirurgie, vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie am Klinikum Neuperlach
München Klinik; Leiter der Kommission Klima und Gefäßgesundheit der DGG e.V.

Wenn die Wunde nicht heilt: Was bringen Fischhaut, antibakterielle Schäume oder Vakuumtherapie?

Dr. med. Thomas Karl

Leiter der Kommission Hygiene, Wunde und Septische Gefäßchirurgie der Deutschen Gesellschaft für
Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG)

Schonende Therapieverfahren bei der Schaufensterkrankheit: Können Gehtraining, best medical treatment und minimalinvasive Verfahren Amputationen verhindern?

Privatdozentin Dr. med. Barbara Rantner

Vertreterin der Ärztinnen und Ärzte in abhängiger dienstlicher Stellung im Vorstand der Deutschen
Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG)

Krankenhausreform: Zentrenbildung und Ambulantisierung – ist eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung möglich oder droht der Engpass?

Professor Dr. med. Markus Steinbauer

Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG); Leiter
der Zertifizierungskommission der DGG

Moderation: Kerstin Ullrich, DGG-Pressestelle

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Stella Muthorst

Pressestelle

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 89 31 – 330 530

Fax: 0711 89 31 - 167

E-Mail: muthorst@medizinkommunikation.org

www.gefaesschirurgie.de



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN e.V.

Gesellschaft für operative, endovaskuläre
und präventive Gefäßmedizin

PRESSEMITTEILUNG

Schaufensterkrankheit und chronische Wunden: Holistische Verfahren zur Behandlung von Gefäßerkrankungen individuell prüfen

Gefäß-Expert*innen berichten über aktuelle Evidenz zu verschiedenen Verfahren

Osnabrück, 27. September 2023 – Die wachsenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung verlangen nach einem ganzheitlichen Ansatz in der Behandlung von Gefäßerkrankungen. So raten Mediziner*innen etwa, zunächst schonende Verfahren wie das Gehtraining und best medical treatment zur Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit vor invasiven Verfahren in Betracht zu ziehen. Es gilt jedoch, jedes neue Therapieverfahren sorgfältig zu prüfen: So fehlt bei vielen neuen Produkten zur Behandlung von nicht heilenden Wunden der Wirksamkeitsnachweis. Welche Empfehlungen bei holistischen Behandlungsansätzen verschiedener Gefäßerkrankungen gelten, diskutieren Expert*innen bei der heutigen Online-Presskonferenz anlässlich der 39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e. V. (DGG). Das Motto der Veranstaltung lautet „Holistic Vascular Care“.

Die komplexe Natur vaskulärer Erkrankungen erfordert eine interdisziplinäre Herangehensweise, die zudem die verschiedenen Versorgungsstrukturen miteinander verknüpft. Professor Dr. med. Jörg Heckenkamp, Präsident der DGG und Kongresspräsident 2023, rechnet mit maßgeblichen Veränderungen in Medizin und Forschung durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse, sich wandelnde sozio-ökonomische Rahmenbedingungen wie den Fachkräftemangel, aber auch durch die digitale Transformation. „Wir erleben, dass Robotik, Künstliche Intelligenz und virtuelle Realität im Gesundheitswesen immer mehr Einzug halten. Das Thema Patient*innensicherheit bleibt dabei aber im Fokus“, sagt Heckenkamp.

Chronischen Wunden liegt häufig Gefäßerkrankung zugrunde

Patient*innensicherheit und die Frage des jeweiligen Nutzens stehen auch bei Empfehlungen zu neuen Behandlungsformen von chronischen Wunden im Mittelpunkt. Jährlich befinden sich in Deutschland über eine Million Menschen mit dieser Erkrankung in Behandlung. Volkskrankheiten wie der Diabetes mellitus oder Adipositas begünstigen die Entstehung einer chronischen Wunde, besonders häufig sind daher ältere Menschen betroffen. „In mehr als zwei Dritteln der Fälle liegt einer chronischen Wunde jedoch eine Erkrankung des venösen, arteriellen oder lymphatischen Gefäßsystems zugrunde, das wird häufig unterschätzt. Den



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN e.V.

Gesellschaft für operative, endovaskuläre
und präventive Gefäßmedizin

Gefäßmediziner*innen kommt hier also eine entscheidende Rolle in der Behandlung zu“, sagt Dr. med. Thomas Karl, Direktor des Zentrums für Gefäß- und Endovascularchirurgie der SLK Kliniken Heilbronn.

Häufig werde die ursächliche Erkrankung bei einer chronischen Wunde jedoch nicht erkannt, was das Leiden der Patient*innen verlängere. Wesentlich sei die Therapie der Grunderkrankungen, wie eine Revaskularisation bei der Schaufensterkrankheit (periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)), eine Kompression bei dem Ulcus cruris venosum (UCV) oder eine Druckentlastung beim diabetischen Fußsyndrom. Die Wirksamkeit dieser Therapien beruht auf ausreichender wissenschaftlicher Evidenz, im Gegensatz zu Methoden der Lokaltherapie wie Fischhaut, Kaltplasma, Wachstumsfaktoren oder Hämoglobinspray. „Diese Methoden werden häufig eingesetzt, um die Wundheilung zu unterstützen“, so Dr. Karl. „Die Wirksamkeit hinsichtlich einer beschleunigten Wundheilung ist bei den meisten jedoch nicht bewiesen.“

Weiter und länger laufen mit Gehtraining

„Gute Evidenz gibt es hingegen bei schonenden, holistischen Therapieverfahren der Schaufensterkrankheit, wie dem Gehtraining“, erklärt Privatdozentin Dr. med. Barbara Rantner, Leitende Oberärztin der Abteilung für Gefäßchirurgie des LMU Klinikums. Mit weltweit etwa 200 Millionen Betroffenen handelt es sich dabei um eine der weitverbreitetsten Erkrankungen der Arterien. Sie verläuft in verschiedenen Stadien und wird meist im Stadium belastungsabhängiger Schmerzen in der Beinmuskulatur diagnostiziert, in der sie sich durch wiederkehrende krampfartige Schmerzen äußert. Die Therapie erfolgt medikamentös durch eine leitliniengerechte Einstellung des Bluthochdrucks und der erhöhten Blutfette (best medical treatment, BMT).

„Für den Erfolg der medikamentösen Behandlung entscheidend sind auch Änderungen in der Lebensstilführung“, betont die Oberärztin. „Für Betroffene empfiehlt sich eine Nikotinentwöhnung sowie ein angeleitetes Gehtraining.“ Dass das Training die Mobilität der Patient*innen verbessert, sei durch groß angelegte Studien belegt. Patient*innen könnten so länger und weiter laufen, ohne dass Schmerzen auftreten. Lässt sich die Mobilität der Erkrankten durch das Gehtraining nicht verbessern, stünden noch invasive Verfahren wie eine Katheter-gestützte Gefäßdehnung oder offen-chirurgische Methoden zur Verfügung.

****Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.****



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN e.V.

Gesellschaft für operative, endovaskuläre
und präventive Gefäßmedizin

PRESSEMITTEILUNG

Klimawandel trifft Menschen mit Gefäßerkrankungen besonders schwer DGG empfiehlt Hitzeschutzpläne, Ernährungsumstellung und nachhaltige medizinische Praktiken

Osnabrück, 27. September 2023 – Durch die steigenden Temperaturen in Folge des Klimawandels werden Gefäßerkrankungen in Zukunft wahrscheinlich häufiger auftreten und einen schwereren Verlauf nehmen. Besonders älteren Gefäßpatient*innen drohen infolgedessen Beeinträchtigungen des Bewusstseins, Herzrhythmusstörungen, Krämpfe oder ein Kollaps. Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e. V. (DGG) ruft daher die Verantwortlichen in Kliniken und Praxen dazu auf, sich mit Hitzeschutzplänen auf diese Herausforderungen vorzubereiten. Warum auch eine Anpassung der Ernährung und die Wahl der Operationswerkzeuge dabei wichtige Präventionsmaßnahmen darstellen, berichtet Privatdozent Dr. med. Rolf Weidenhagen auf der heutigen Online-Pressekonferenz. Diese findet anlässlich der 39. Jahrestagung der DGG unter dem Motto „Holistic Vascular Care“ statt.

Laut WHO ist der Klimawandel eine der größten Gesundheitsbedrohungen für die Menschheit. Die steigenden Temperaturen und veränderten Wetterbedingungen haben direkte und indirekte Effekte auf die Gesundheit, insbesondere auf vulnerable Patient*innengruppen. Privatdozent Dr. med. Rolf Weidenhagen, Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Klinikum Neuperlach München und Leiter der DGG-Kommission für Klima und Gefäßgesundheit, erläutert: „Die Hitze beeinträchtigt besonders unsere Gefäßpatient*innen, denn Temperaturschwankungen und eine Verschlechterung der Luftqualität sind mit einer erhöhten kardiovaskulären Erkrankungsschwere und Sterblichkeit verbunden.“ Zudem hätten viele dieser Patient*innen bereits Vorerkrankungen, die ihre Wärmeregulation beeinträchtigen. Medikamente, geringere Mobilität und fortgeschrittenes Alter könnten diese Effekte noch verstärken. Die Folgen sind oft schwerwiegend, von Herzrhythmusstörungen bis hin zu Bewusstseins Einschränkungen und Kollaps. Zudem werden Gefäß- und Bypassverschlüsse bei Betroffenen wahrscheinlicher.

Krankenhausreform trifft Klimawandel: Weichenstellung für eine zukunftsfähige medizinische Versorgung in der Gefäßmedizin

Angesichts dieser Herausforderungen sind jetzt vor allem die Verantwortlichen der geplanten Krankenhausreform gefragt, die Versorgungsstrukturen anzupassen. „Die Reform bietet eine Chance, unsere medizinische Infrastruktur so zu gestalten, dass sie den Anforderungen des Klimawandels und den daraus resultierenden gesundheitlichen Risiken gerecht wird“, so



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN e.V.

Gesellschaft für operative, endovaskuläre
und präventive Gefäßmedizin

Weidenhagen. Er betont die Notwendigkeit, Hitzeschutzpläne mit Handlungsempfehlungen zu etablieren. Dazu zählen das sichere Erkennen von Risikopatient*innen, Überwachung von Trinkmengen und kontrollierte Flüssigkeitszufuhr, Anpassung der Medikation, Schaffung von Abkühlmöglichkeiten und die Aufklärung von Patient*innen und Angehörigen über die Risiken der Hitze. Die meisten Kliniken und Praxen müssten sich hierauf erst noch vorbereiten und beispielsweise bauliche Maßnahmen treffen.

Eine wichtige Stellschraube in der Prophylaxe ist die Ernährung: „Eine Diät, die reich an Zucker, Fett, Fleisch und industriell verarbeiteten Lebensmitteln ist, schädigt die Gefäße und trägt gleichzeitig erheblich zur globalen Klimakrise bei“, sagt der Chefarzt. Im Gegensatz dazu verbinde die „Planetary Health Diet“ der EAT-Lancet-Kommission individuelle Gesundheit mit Umwelt- und Klimaschutz. Sie empfiehlt eine pflanzenbasierte Ernährung, ergänzt durch Fisch, Fleisch und Milchprodukte, und fördert gleichzeitig die Gefäßgesundheit. „Es ist eine gängige Herausforderung, Ernährungsempfehlungen umzusetzen. Aber die Möglichkeit, durch bewusste Ernährungsentscheidungen direkt gegen den Klimawandel vorzugehen, könnte eine zusätzliche Motivation bieten“, betont der Gefäßexperte. Auch in dieser Hinsicht bestünde in vielen Krankenhäusern noch Handlungsbedarf, wobei grundsätzlich aber ein Wille zur Veränderung vorhanden sei. Aktuell ist das deutsche Gesundheitswesen für 5,2 Prozent der bundesweiten Treibhausgasemissionen verantwortlich.

Telemedizin als ressourcensparender Ansatz

Neben der Patient*innenkost trägt auch das Verhalten von Patient*innen und Personal in medizinischen Einrichtungen zur negativen CO₂-Bilanz vieler Kliniken bei. Darunter fällt etwa die Wahl des Verkehrsmittels oder die Nutzung von telemedizinischen Methoden. So konnte in Einrichtungen mit einem Videosprechstunden-Angebot die Anzahl der Autofahrten deutlich reduziert werden. Auch die Nutzung von wieder verwendbaren Produkten in der Gefäßchirurgie wirkt sich positiv auf den ökologischen Fußabdruck aus.

In Zusammenarbeit mit anderen wissenschaftlichen Einrichtungen und Verbänden versucht die DGG, Strategien zu entwickeln, die sowohl den Umweltauswirkungen entgegenwirken als auch hohe Gesundheitsstandards gewährleisten. „Die Schlüsselherausforderungen liegen dabei in der Anpassung an klimatische Veränderungen, der Reduzierung von CO₂-Emissionen und dem Aufbau nachhaltigerer Klinikprozesse“, sagt Weidenhagen.

****Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.****



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN e.V.

Gesellschaft für operative, endovaskuläre
und präventive Gefäßmedizin

PRESSEMITTEILUNG

Krankenhausreform in Deutschland – ein Spagat zwischen Qualität und Flächendeckung

DGG-Experten: Gefäßmedizin kann von Reform profitieren, wenn Fallstricke in Finanzierung und Nachsorge umgangen werden

Osnabrück, 27. September 2023 – Die vorgesehene Zentralisierung, Zentrenbildung und verstärkte Ambulantisierung im Rahmen der geplanten Krankenhausreform ist laut Expert*innen der Gefäßmedizin sinnvoll und zwingend notwendig. Bis die Reformen greifen, müssen allerdings Fragen der Finanzierung besonders in der Nachsorge der Patient*innen in der ambulanten Versorgung beantwortet sein. Diese jederzeit zu gewährleisten, stellt jedoch noch eine Herausforderung dar. Dies gilt besonders für ältere Betroffene, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG) diskutiert deshalb auf ihrer heutigen Online-Presskonferenz, wie Qualität der Patient*innenversorgung in der Gefäßmedizin aufrechterhalten werden kann. Die virtuelle Presskonferenz findet im Rahmen der 39. Jahrestagung der DGG in Osnabrück statt, die in diesem Jahr unter dem Motto: „Holistic Vascular Care“ steht.

„Das Gesundheitssystem in Deutschland steht an einem entscheidenden Punkt. Nach über 20 Jahren ohne umfassende Reformen ist der Handlungsbedarf offensichtlich“, so Professor Dr. med. Markus Steinbauer, Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Krankenhaus Regensburg und Past-Präsident der DGG. Die geplante Krankenhausreform beinhaltet im Wesentlichen drei Kernpunkte: die Etablierung von spezialisierten Zentren mit Zuweisung von Leistungsgruppen, eine Reduktion der Anzahl von Krankenhausbetten und Krankenhäusern zur Umverteilung der freiwerdenden finanziellen Mittel und eine Förderung der ambulanten Versorgung mit dem Ziel Kosten zu reduzieren bei flächendeckender Versorgung. Im Zusammenspiel haben diese Maßnahmen der Krankenhausreform laut Steinbauer das Potenzial, die Versorgung grundlegend zu verbessern. Dabei seien jedoch einige Herausforderungen zu bewältigen.

Die Zentrenbildung zielt auf eine höhere Spezialisierung und Qualität in der Versorgung spezifischer Krankheitsbilder ab. In bereits etablierten Zentren zeigt sich das zum Beispiel in einer verringerten Amputationsrate bei kritischen Durchblutungsstörungen in den Beinen. Dies lässt sich auch außerhalb Deutschlands beobachten: Ergebnisse der Versorgungsforschungsregister zeigen für zentralisierte Gesundheitssysteme wie in Schweden



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN e.V.

Gesellschaft für operative, endovaskuläre
und präventive Gefäßmedizin

oder Dänemark ähnliche oder sogar höhere Qualität als in Deutschland. Voraussetzung für die qualitativ bessere Versorgung sei jedoch, die Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen in der Gefäßmedizin genau zu analysieren. „Wir müssen bei der Zentrenbildung sicherstellen, dass dies nicht zu Lasten einer flächendeckenden Versorgung geht. Spezialisierte Zentren müssen auch für Patient*innen in ländlichen Gebieten erreichbar sein“, so der Gefäßexperte. Eine der Herausforderungen bestünde dabei im Transport. Ein zentralisiertes Krankenhaussystem benötigt ein gut entwickeltes und finanziertes Transportsystem. „Das derzeitige Transportsystem in Deutschland ist noch nicht für diese Herausforderungen ausgelegt und bedarf eines weiteren Ausbaus“, sagt Steinbauer.

Parallel zur Zentrenbildung soll die ambulante Versorgung gestärkt werden. Steinbauer zufolge gäbe es zwar Chancen, durch diese Ambulantisierung stationäre Behandlungen für einfache Eingriffe zu vermeiden. Aber es stelle sich die Frage nach der Patient*innensicherheit, insbesondere bei Gefäßpatienten mit hohem Risiko. Hier müsste besonderes Augenmerk auf den gesamtgesundheitlichen Zustand der einzelnen Patient*innen gelegt und überprüft werden, ob eine häusliche Betreuung nach der Operation gewährleistet ist.

Die Reformpläne könnten zudem zu einer hohen Belastung des Personals in strukturstarken Kliniken führen. Denn die Notfallversorgung fände vorwiegend dort statt, das habe auch die Corona-Pandemie gezeigt. Häufig sind dort jedoch viele Mitarbeitende aus dem pflegerischen und medizinischen Bereich beschäftigt, die kaum relevant an der Notfallversorgung beteiligt sind. „Das führt zu einer hohen Belastung des Personals in den strukturstarken Kliniken durch die Notfallversorgung und womöglich zu einem Verlust von Mitarbeitenden“, so Steinbauer. Dies werde durch neue Personalquotenvorgaben und steigende Kosten für Personal, Energie und Einkauf bei hohen Inflationsraten noch verschärft. „Eine ‚kalte‘ Sanierung der Krankenhäuser wird die Situation nicht verbessern, sondern eher die flächendeckende Versorgung und Notfallversorgung gefährden. Hier ist eine finanzielle Unterstützung der für die Zukunft notwendigen Kliniken zwingend notwendig, bis die Effekte der Reform in den kommenden Jahren greifen“, appelliert der Gefäßmediziner. Dennoch sei die Krankenhausreform trotz ihrer Schwachstellen eine Chance für eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen.

****Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.****

Mehr Informationen zur Jahrestagung siehe: <https://www.gefaesschirurgie.de/>

STATEMENT

Holistische Ansätze in der Therapie von gefäßkranken Patienten und weitere Highlights der Jahrestagung

Professor Dr. med. Jörg Heckenkamp

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG) und
Kongresspräsident DGG 2023

Die Zeiten in der Medizin und somit auch in der Gefäßchirurgie ändern sich, in den vergangenen Jahren besonders. Holistische Therapieansätze rücken immer mehr in den Mittelpunkt.

Die Therapie vaskulär kranker Patientinnen und Patienten wird sich rasch wandeln aufgrund neuer sozio-ökonomischer Rahmenbedingungen, aufgrund des technischen Fortschritts und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Ganz sicher wird die Behandlung unserer Patientinnen und Patienten mit komplexen vaskulären Erkrankungen immer mehr in interdisziplinäre und intersektorale Strukturen integriert werden. Das Thema Patientensicherheit bleibt dabei im Fokus. Wir erleben, dass digitale Systeme, Robotik, Anwendung von KI und die Arbeit in virtuellen Realitäten nicht nur in unserem gesellschaftlichen Leben, sondern auch in der Medizin und Wissenschaft immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Diese wichtigen Aspekte werden neben vielen weiteren aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen bei den verschiedensten Gefäßerkrankungen im Programm des Kongresses ausführlich beleuchtet.

Momentan wird mit erheblichen finanziellen Mitteln an einer Verbesserung der medizinischen Infrastruktur gearbeitet. Die Krankenhauslandschaft wird sich erheblich verändern: Ambulante Strukturen und die Entwicklung von Zentren mit der Prämisse einer Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit stehen hier momentan im planerischen Mittelpunkt. Wir erleben bereits jetzt erste wesentliche politisch gesteuerte Einschnitte und Veränderungen. Auf dem Kongress werden diese Aspekte ebenfalls diskutiert.

Die COVID-Pandemie war für uns alle ein sehr einschneidendes Erlebnis, sowohl was die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten angeht als auch privat. Vieles hat sich normalisiert, wobei jetzt erneut vor einem COVID-Herbst gewarnt wird. Klinisch sehen wir Patientinnen und Patienten nach einer COVID-Infektion mit unklaren chronischen Gefäßerkrankungen häufig vergesellschaftet mit anderen Long-COVID-Symptomen. Auf dem Kongress werden wir auf diese Erkrankungen eingehen, wissenschaftlich sind bisher viele Fragen noch nicht abschließend geklärt.

Die Gefäßgesundheit bei Klimaveränderungen und die daraus folgenden Aspekte der Verbesserung der Nachhaltigkeit in der Medizin sind weitere Themen, die wir im Rahmen des Mottos dieser Jahrestagung diskutieren und auch gestalten möchten. Die DGG geht hier voran und hat bereits im vergangenen Jahr ein erstes Programm zur Nachhaltigkeit in unserer Fachgesellschaft veröffentlicht.

Der Kern der DGG ist die Wissenschaft. Wir beleuchten daher auf diesem Kongress auch die moderne vaskuläre Registerforschung. Das Feld dieser Forschung hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verändert und entwickelt. Immer mehr Datenquellen stehen für vielfältige Projekte der Qualitätsentwicklung zur Verfügung sowie neue Möglichkeiten, diese auszuwerten. In diesem Rahmen werden auch klinische Studien diskutiert und die Ergebnisse von vaskulärer Grundlagenforschung vorgestellt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Osnabrück, September 2023

STATEMENT

Klimawandel: Welche Auswirkungen hat die zunehmende Hitze auf unsere Gefäße – und was können wir dagegen tun?

Privatdozent Dr. med. Rolf Weidenhagen

Chefarzt Klinik für Gefäßchirurgie, vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie am Klinikum Neuperlach München Klinik; Leiter der Kommission Klima und Gefäßgesundheit der DGG e.V.

Laut WHO ist der Klimawandel die größte Gesundheitsbedrohung der Menschheit und auch in Deutschland haben wir schon jetzt Probleme durch Hitzewellen, Starkregen und Naturereignisse.

Werden keine sehr zeitnahen wirksamen Maßnahmen zur Eindämmung des Klimawandels ergriffen, treffen leider auch die Prognosen ein, nach denen sich die gesundheitlichen Folgen weiter verschlechtern. Was bedeutet das für die Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin?

Auswirkungen der Hitze

Unsere Gefäßpatientinnen und -patienten zählen zu den vulnerablen Gruppen. Wir müssen sie schützen und ihre Hitzekompetenz stärken, denn für Patienten mit Gefäßerkrankungen sind Temperaturschwankungen und eine Verschlechterung der Luftqualität mit einer erhöhten kardiovaskulären Erkrankungsschwere und Sterblichkeit verbunden. Bedingt durch ihre Vorerkrankungen ist ihre Wärmeregulation und damit die Anpassung an Hitze erschwert. Verstärkt wird dies durch eine geringere Mobilität (man kann sich nicht so leicht an einen kühleren Ort begeben) oder auch die Einnahme bestimmter Medikamente. Je älter und kränker der Patient ist, umso anfälliger ist er für Hitze. In der Folge kann er einen schweren Flüssigkeitsmangel erleiden, Herzrhythmusstörungen, Bewusstseins Einschränkungen, Krämpfe oder gar einen Kollaps. Als Gefäßchirurginnen und -chirurgen sehen wir in der Folge vermehrt Gefäß- und Bypassverschlüsse bei unseren Patienten.

Die Auswirkungen des Klimawandels haben somit zusammen mit der Zunahme anderer Erkrankungen wie Diabetes das Potenzial, die **Erkrankungshäufigkeit und Erkrankungsschwere von Gefäßkrankheiten weiter zu erhöhen.** Dies ist sowohl bei der Behandlung unserer Patienten in der Klinik als auch in ihrem häuslichen Umfeld zu berücksichtigen.

Was können wir dagegen tun?

Beratung und Fürsorge für unsere Patientinnen und Patienten

In unseren Kliniken und Praxen ist die **Etablierung von Hitzeschutzplänen** mit Handlungsempfehlungen für Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal und Verwaltung ein wesentlicher Schritt in der Anpassung an die klimatischen Veränderungen. Eine Vielzahl von Maßnahmen muss eingeführt, umgesetzt und eingeübt werden:

Beispiele sind das Erkennen von Risikopatienten, das Überwachen der Trinkmengen, eine kontrollierte Flüssigkeitszufuhr, die regelmäßige Anpassung der Medikation, die Schaffung von Abkühlmöglichkeiten sowie die Beratung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen.

Viele Kliniken sind nur in Teilbereichen klimatisiert, die Patientenzimmer oftmals nicht. Häufig sind die Klimaanlage für dauerhaft hohe Temperaturen nicht ausgelegt. Notwendige bauliche Veränderungen zur Abkühlung der Klinikräume bedürfen einer längerfristigen Planung und müssen dringend in Vorbereitung auf den Klimawandel angegangen werden. Synergismen von Gebäudeverschattung, Photovoltaik, modernen Heizsystemen mit Kühlmöglichkeit und Begrünung sollten gesucht werden. Vor allem bei der Renovierung und dem Neubau von Klinikgebäuden muss dies dringend einbezogen werden.

Gesunde Ernährung und Planetary Health Diet

Viele Erkrankungen gerade in unserem Fachgebiet, aber auch in vielen anderen gehen auf falsche Ernährung zurück. Falsche Ernährung (viel Zucker, fettreich, fleischlastig und industriell verarbeitet) schädigt unsere Gefäße und ist gleichzeitig nicht gut für das Weltklima.

Oftmals stehen die Interessen beim Umweltschutz den persönlichen Interessen entgegen: Flugreisen zum Beispiel, die Zeit ersparen auf Dienstreisen und Fernreisen überhaupt erst ermöglichen, aber einen unseligen CO₂-Abdruck pro Reisenden hinterlassen. Mit der richtigen Ernährung hingegen treffen sich die Interessen: Man tut sich und seiner Gesundheit Gutes und dem Klima. Gefäßgesunde Ernährung ist auch gut für unseren Planeten.

Planetary Health Diet ist der EAT-Lancet-Kommission als weltweit anwendbare Ernährungsform entwickelt worden, die die individuelle Gesundheit fördert und mit Umwelt- und Klimaschutz verträglich ist (CO₂-Ausstoße, Land- und Wasserverbrauch)¹. Die Empfehlungen gehen beispielhaft von einem täglichen Energiebedarf von 2500 kcal aus. Er soll weit überwiegend durch pflanzliche Lebensmittel gedeckt werden, mit kleinen Ergänzungen von Fisch, Fleisch und Milchprodukten. Eine Zusammenstellung, die auch den Gefäßen guttut.

Ernährungsempfehlungen umzusetzen, fällt vielen schwer, das kennt fast jede und jeder von sich selbst. Mit der Wahl im Supermarkt direkt etwas gegen den Klimawandel unternehmen zu können, kann vielleicht eine weitere Motivation sein, zu gesünderen Lebensmitteln zu greifen.

Bei vielen Mitarbeitenden in den Krankenhäusern jedenfalls gibt es eine große Motivation, Gesundheit und Nachhaltigkeit auch beim Essen zu thematisieren. Doch aus verschiedenen Gründen kommt aus

¹ [EAT-Lancet Commission Summary Report.pdf \(eatforum.org\)](https://eatforum.org/eat-lancet-commission-summary-report.pdf)

der Klinikküche und Kantine nur allzu oft noch eine andere Kost für Patientinnen, Patienten und Mitarbeitende.

Jeden Tag lecker und gesund essen zu können, kann aber ein Wettbewerbsvorteil für Kliniken sein.

Gesunde Ernährung in der Klinik nach dem Prinzip der Planetary Health Diet könnte unseren Patienten in der Klinik einen Weg zu gesunder Ernährung für sich selbst und unseren Planeten zeigen. Personal und Patienten sollten das immer wieder thematisieren.

Unser Verhalten

Das deutsche Gesundheitswesen verursacht 5,2 Prozent der bundesweiten Treibgasemissionen. Dabei beeinflusst auch das Verhalten von Patientinnen, Patienten und Personal den CO₂-Fußabdruck von Kliniken, beispielsweise durch ihre Form der Mobilität zu den Einrichtungen und die täglich genutzten Ressourcen und Methoden. Die Chirurgie hat in den Kliniken mit bis zu 25 Prozent einen relevanten Anteil am Ressourcenverbrauch.

Welche Möglichkeiten haben wir als Gefäßchirurgen und Gefäßmediziner eine klimaneutrale Versorgung unserer Patienten zu ermöglichen?

Gesundheitsvorsorge und effektive Prophylaxe von kardiovaskulären Erkrankungen stellt einen ersten und wesentlichen Schritt hierbei dar, wenn dadurch aufwendige Interventionen und Operationen vermieden werden können. Großbritannien konnte zeigen, dass durch die Einrichtung von sogenannten „One-Stop“ Kliniken, in denen Diagnostik und Therapie während eines Aufenthalts in der Klinik durchgeführt werden, die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit gesteigert werden konnten, die Anfahrtswege aber reduziert. Zusätzlich konnten durch die Einrichtung von Videosprechstunden mehrfache Fahrten zur Klinik deutlich reduziert werden. Dass das funktioniert, hat uns die Covid-19-Pandemie auch in Deutschland gezeigt. Leider wird unter dem ökonomischen Druck und der weiteren Tendenz zur Reduktion von Liegezeiten in den Kliniken solchen One-Stop-Aufhalten in den Kliniken entgegengearbeitet.

Der gezielte und bewusste Einsatz von Produkten in den OPs kann ebenfalls helfen, den Ressourcenverbrauch zu reduzieren. Kleine OP-Sets für kleine Eingriffe und eine Reduktion von Einmalprodukten, wo die Verwendung von wieder verwendbaren Produkten in der Gesamtbilanz sinnvoll ist. Auch das sollte das Personal immer wieder ansprechen. Durch Müllreduktion und konsequente Trennung können allen Kliniken ohne wesentlichen Mehraufwand einen einfachen Beitrag zur CO₂-Reduktion leisten.

Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin arbeitet mit anderen wissenschaftlichen Einrichtungen und Verbänden* zusammen, um herauszuarbeiten, wie die

Gefäßchirurgie die Auswirkungen auf die Umwelt möglichst effizient verringern und gleichzeitig bestmögliche Gesundheitsstandards aufrechterhalten kann.

Die notwendigen gesundheitspolitischen Maßnahmen sind also weitreichend. Für uns Gefäßchirurginnen und Gefäßchirurgen lassen sie sich zu drei großen Herausforderungen zusammenfassen: (1) Vorbereitung, Anleitung und Begleitung unserer Patientinnen und Patienten zum Umgang mit den klimatischen Veränderungen; (2) Fordern und Fördern von Maßnahmen, die sowohl die CO₂-Emissionen reduzieren als auch die Gesundheit verbessern; (3) Fördern und Fordern des Aufbaus klimaresistenterer und ressourcenschonenderer Kliniken und Prozesse.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Osnabrück, September 2023

Literatur:

1. <https://hitze.info/infomaterialien/>
2. <https://www.klimawandel-gesundheit.de>
3. <https://www.klimawandel-gesundheit.de/planetary-health/ernaehrung/>
4. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/201358/Planetary-Health-Ein-umfassendes-Gesundheitskonzept>

* KLUG – die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit ist ein Netzwerk von Einzelpersonen, Organisationen und Verbänden aus dem gesamten Gesundheitsbereich. Wie viele andere medizinische Fachgesellschaften, der Deutschen Ärztetag, der Deutschen Pflegetag sowie Forschungsinstitute und NGOs will auch die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie KLUG unterstützen.

STATEMENT

Wenn die Wunde nicht heilt: Was bringen Fischhaut, antibakterielle Schäume oder Vakuumtherapie?

Dr. med. Thomas Karl

Leiter der Kommission Hygiene, Wunde und Septische Gefäßchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG)

Chronische Wunden sind in der Mehrzahl durch Erkrankungen der Blutgefäße verursacht

In Deutschland wird jedes Jahr mehr als 1 Million Menschen wegen einer chronischen Wunde behandelt. Aufgrund der demografischen Entwicklung und der steten Zunahme von Lifestyle-Erkrankungen, insbesondere dem Diabetes mellitus und der Adipositas, ist von einer steigenden Prävalenz auszugehen. Denn es sind überwiegend ältere Menschen von den Krankheiten betroffen, die die Entwicklung einer chronischen Wunde begünstigen. In mehr als zwei Dritteln der Fälle liegt einer chronischen Wunde eine Erkrankung des venösen, arteriellen oder lymphatischen Gefäßsystems zugrunde, sodass Gefäßmedizinern eine entscheidende Rolle in der Behandlung dieser Patienten zukommt.

Lang dauernde und kostenintensive Behandlung

Chronische Wunden sind häufig mit einem langen, komplizierten und belastenden, die Lebensqualität der Betroffenen und Angehörigen erheblich beeinträchtigenden Krankheitsverlauf verbunden. Die Behandlung ist komplex, zeitaufwendig und erfordert einen hohen Pflege- und Medizinaufwand.

Die jährlichen Kosten liegen durchschnittlich in einem fünfstelligen Bereich pro Patient und wären bei rechtzeitiger Intervention und leitliniengerechter, koordinierter Versorgung zu weiten Teilen vermeidbar. Bereits heute stellen die finanziellen Aufwendungen für die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden mit circa 8 Milliarden Euro die höchsten singulären Gesundheitsausgaben in Deutschland dar. Trotz der immensen finanziellen Anstrengungen sind diese Patienten oftmals unterversorgt.

Fehlende oder verzögerte Ursachenbehandlung

Ganz wesentlich für die hohe Zahl an nicht heilenden Wunden und die hohen Kosten ist der Umstand, dass die zugrunde liegende Ursache oftmals gar nicht oder erst nach monate- oder jahrelangen Behandlungsversuchen geklärt und viel zu spät behandelt wird. Für die Behandlung der Grunderkrankungen durch Revaskularisation (pAVK), Kompression (UCV) und Druckentlastung (diabetisches Fußsyndrom) gibt es eine starke Empfehlung, die auf einer sehr guten wissenschaftlichen Evidenz beruht.

Für einen Großteil der auf dem Markt befindlichen Produkte gibt es keinen innerhalb von RCTs (randomised controlled trials) erbrachten Wirksamkeitsnachweis

Neben der Kausaltherapie stellt die an die verschiedenen Phasen der Wundheilung angepasste Lokalthherapie die zweite Säule der Behandlung chronischer Wunden dar. Die wissenschaftliche Datenbasis für die lokale Wundbehandlung ist überwiegend unzureichend. Trotz fehlendem Wirksamkeitsnachweis oder Nachweis einer Überlegenheit gegenüber einer anderen Wundauflage ist eine Vielzahl von „modernen“ Wundprodukten, zum Beispiel Alginaten, Wundgelen, PU-Schaumverbänden, Wundgazen oder Unterdruckverbänden, zur Lokalthherapie chronischer Wunden unentbehrlich. Wundauflagen dienen dabei nicht nur der eigentlichen Funktion, eine Wunde zu bedecken, vor äußeren Einflüssen zu schützen und Wundsekret aufzunehmen, sondern unterstützen verzögert ablaufende Wundheilungsprozesse, regulieren den Feuchtigkeitsspiegel, verringern Wundgeruch, binden Krankheitserreger oder wirken antiinfektiös. Qualitativ hochwertige, randomisierte, multizentrische Studien mit einer ausreichenden Patientenzahl liegen für die überwiegende Zahl an zugelassenen Wundprodukten nicht vor, sodass sich auch die vorhandenen Leitlinien, unter anderem auch die vor Kurzem überarbeitete, aber noch nicht publizierte **S3-Leitlinie zur Lokalthherapie chronischer Wunden**, mit klaren Empfehlungen zurückhalten müssen.

Zu den Produkten, für die keine RCTs vorliegen oder keine signifikante Überlegenheit hinsichtlich des Endpunktes Wundheilung kongruent nachgewiesen werden konnte, gehören unter anderem:

- keratinhaltige Wundauflagen
- Hämoglobinspray
- Wachstumsfaktoren
- naturheilkundliche Verfahren
- plättchen- und thrombozytenreiches Plasma
- silberhaltige Wundauflagen
- polihexanid-, biguanid- oder octenidinhaltige Wundauflagen
- Kryotherapie
- Fischhaut
- Kaltplasma

Das Fehlen von Evidenz bedeutet allerdings nicht automatisch, dass Produkte unwirksam sind, es gibt nur keinen (statistisch) ausreichenden Beweis hierfür, der in einer vergleichenden Interventionsstudie nachgewiesen werden konnte.

Der Gesetzgeber hat durch die am 30.06.2023 in Kraft getretene **Arzneimittel-Richtlinie** die Erstattungsfähigkeit von Produkten zur Wundbehandlung neu geregelt. Produkte, die über die ursprüngliche Bestimmung eines Verbandstoffes hinausgehende Eigenschaften haben, sind teilweise von der Erstattungsfähigkeit ausgeschlossen. Inwieweit dies Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung haben wird, bleibt abzuwarten.

Anwendung von Lokalthapeutika ohne ausreichenden Nutznachweis in Studien oder nach Ausschöpfen anderer etablierter Verfahren

Bei sogenannten „Hard-to-Heal“-Wunden, die auch nach Ausschöpfen etablierter Mittel und Methoden sowie einer adäquaten Kausaltherapie keine Heilungstendenz zeigen, kann der Einsatz nicht evaluierter Verfahren erwogen werden, so zum Beispiel Wundbehandlung mit Kaltplasma, Bakteriophagen oder mit Fischhaut. Dies sollte aber dem begründeten Einzelfall vorbehalten bleiben oder aber im Rahmen von Studien erfolgen, um den potenziellen Nutzen auch zukünftig sichtbar zu machen.

Die Idee, die Haut des Atlantischen Kabeljaus oder Dorschs medizinisch zu nutzen, stammt von einer isländischen Firma. Die **Fischhaut** wird so aufbereitet, dass nur die zellfreie Stützstruktur bestehen bleibt. Erste Erfahrungen zeigen, dass sich damit in manchen Fällen auch hartnäckige Wunden verschließen. Ob dies tatsächlich der Fischhaut zu verdanken ist oder der Tatsache, dass diese Patienten in einer spezialisierten Einrichtung behandelt wurden oder die Wunde über den gleichen Zeitraum letztlich auch mit einem anderen Verfahren abgeheilt wäre, bleibt bis dato unklar. Die Ergebnisse einer großen internationalen Multicenterstudie liegen noch nicht vor, insofern kann über den tatsächlichen Nutzen noch keine abschließende Aussage getroffen werden.

Bakteriophagen werden seit über 100 Jahren klinisch eingesetzt, die verfügbaren Daten zur Wirksamkeit sind begrenzt. Die wenigen Publikationen zum Einsatz von Bakteriophagen sind qualitativ minderwertige Fallserien ohne Kontrollgruppe, die aber darauf hindeuten, dass die Behandlung bei bestimmten Wunden wirksam sein kann. Gewerbliche Produkte sind in vielen Ländern, unter anderem auch in Deutschland, nur sehr begrenzt oder gar nicht verfügbar.

Der Einsatz der seit über 20 Jahren weltweit etablierten **Unterdruck- oder Vakuumtherapie** ist sowohl bei akuten, traumatischen und auch chronischen Wunden nicht mehr wegzudenken. Viele der über 6000 publizierten Studien haben trotz teilweise geringer Studienqualität die Sicherheit und Wirksamkeit bei der Wundheilung belegt. Die Kosten der Therapie werden sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen erstattet.

***Behandlung der oftmals ursächlichen Gefäßerkrankung von entscheidender Bedeutung für
Behandlungserfolg***

Entscheidend für den Behandlungserfolg – den vollständigen und rezidivfreien Wundverschluss – ist und bleibt die frühzeitige und suffiziente Therapie der Ursache. Um eine oftmals zugrunde liegende Gefäßerkrankung auszuschließen, sollte jede chronische Wunde daher spätestens nach 6 Wochen einem Gefäßchirurgen vorgestellt werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Osnabrück, September 2023

STATEMENT

Schonende Therapieverfahren bei der Schaufensterkrankheit: Können Gehtraining, best medical treatment und minimalinvasive Verfahren Amputationen verhindern?

Privatdozentin Dr. med. Barbara Rantner

Vertreterin der Ärztinnen und Ärzte in abhängiger dienstlicher Stellung im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG)

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) ist eine weitverbreitete Erkrankung der Arterien der Beine und betrifft weltweit etwa 200 Millionen Menschen. Bei klarer Altersabhängigkeit spricht man von einer Prävalenz der pAVK von etwa 13 Prozent unter den über 50-Jährigen. Da die Erkrankung dem arteriosklerotischen Formenkreis zugeordnet wird, zählen klassische Risikofaktoren wie Rauchen, hoher Blutdruck, Diabetes mellitus und hohe Blutfette auch hier zu den relevanten Einfluss-Parametern.

Die Erkrankung tritt in unterschiedlichen Stadien auf, zumeist wird die Diagnose im Stadium belastungsabhängiger Schmerzen in der Beinmuskulatur gestellt. Hier klagen Betroffene über intermittierende, krampfartige Schmerzen in den Waden, die durch eine Sauerstoffminderversorgung der Muskulatur hervorgerufen werden. Verantwortlich für diesen Mismatch zwischen Sauerstoffbedarf aktiver Muskulatur und eingeschränkter Sauerstoffzufuhr aus den Arterien sind arteriosklerotische Veränderungen an den Beinschlagadern. In Ruhe verschwinden die Schmerzen innerhalb weniger Minuten, daher der Name Claudicatio intermittens, zu Deutsch auch Schaufensterkrankheit.

Weil die pAVK als ein Surrogat für das kardiovaskuläre Risiko eines Individuums angesehen werden muss, erleiden Betroffene deutlich häufiger Herzinfarkte und Schlaganfälle als gesunde Vergleichspersonen gleichen Alters. Aus diesem Grund sind eine adäquate Kontrolle vorhandener Risikofaktoren und die Einleitung einer passenden medikamentösen Therapie (best medical treatment, BMT) unerlässlich. Zumeist ist eine komplexe medikamentöse Behandlung bei diesen Patienten indiziert. Eine leitliniengerechte Einstellung des Bluthochdrucks (die Zielwerte sind hierbei von Alter und weiteren Komorbiditäten abhängig) und erhöhter Blutfette mittels Statinen (gegebenenfalls in Ergänzung mit Ezetimib oder PCSK9-Enzym-Inhibitoren) stellen dabei die Basis dar. Dazu gibt es eine klare Empfehlung zur thrombozytenaggregationshemmenden Therapie bei Patienten mit pAVK, um einerseits einen Krankheitsprogress zu verhindern und gleichzeitig die Rate an kardiovaskulären Komplikationen zu minimieren. Sollte zusätzlich ein Diabetes mellitus vorliegen, sind auch hier leitliniengerechte Glucose-Zielwerte anzustreben.

Für den Erfolg der medikamentösen Behandlung entscheidend sind auch Änderungen in der Lebensstilführung. Auf eine Nikotinkarenz ist dabei genauso zu achten wie auf ein am besten angeleitetes Gehtraining. Dies soll nicht nur natürliche Kollateralkreisläufe aktivieren, sondern auch zur Lebensqualität und Eigenständigkeit der Patientinnen und Patienten beitragen. Es stehen

mittlerweile große Studien zur Verfügung, die den Effekt eines strukturierten und angeleiteten Gehtrainings zur Mobilitätssteigerung von Claudicanten belegen. Diese Ergebnisse sind in einem kürzlich erschienenen Cochrane Review zusammengefasst und bestätigen den positiven und auch nachhaltigen Einfluss des supervidierten Gehtrainings sowohl auf die schmerzfreie als auch auf die maximale Gehstrecke. Und so findet sich mittlerweile in unterschiedlichen Leitlinien (etwa in der 2018 erschienenen gemeinsamen Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie und der Europäischen Gesellschaft für vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie) die klare und starke Empfehlung zum supervidierten Gehtraining bei Patientinnen und Patienten mit Claudicatio intermittens. Im Gegensatz dazu gibt es bislang noch keine ausreichende Evidenz für Medikamente, die die schmerzfreie Gehstrecke bei Betroffenen mit pAVK verbessern sollen.

Bei unzureichender Besserung der Gehstrecke über alleiniges Gehtraining, welches zumindest über einen Zeitraum von drei Monaten durchgeführt werden sollte, stehen je nach betroffener Gefäßloge unterschiedliche invasive Behandlungsvarianten zur Verfügung. Man unterscheidet zwischen Katheter-gestützten Prozeduren (endovaskulären Verfahren), bei denen die Gefäßläsion nach Punktion eines zu-/abführenden Gefäßes mit Ballons und wenn angezeigt Stents gedehnt und der ursprüngliche Gefäßdurchmesser wiederhergestellt wird. Ergänzend dazu gibt es zahlreiche offen-chirurgische Verfahren, welche entweder eine lokale Versorgung bei kurzstreckigen Gefäßläsionen oder Umgehungen mittels Bypassanlage bei langstreckigen Verschlüssen beinhalten. Aufgrund der eingeschränkten Haltbarkeit sowohl endovaskulärer als auch offen-chirurgischer Verfahren und bei gleichzeitig bestehendem Morbiditäts- und sogar Mortalitätsrisiko müssen alle Interventionen wohl überlegt und sinnvoll eingesetzt werden. Prinzipiell gilt heutzutage die Empfehlung, kurzstreckige Engstellen mit endovaskulären Methoden zu behandeln und langstreckige oder komplexe Pathologien immer noch offen-chirurgisch zu versorgen.

Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Stellenwert konservativer Maßnahmen wie BMT und Gehtraining im Vergleich zu invasiven Therapieschritten in diversen Studien untersucht und belegt werden konnte. Im CLEVER (The Claudication: Exercise Versus Endoluminal Revascularization) Trial etwa wurden 111 Patienten mit Claudicatio intermittens und Aorto-iliakaler Läsion (Engstellen im Bereich der Bauchschlagader oder der Beckengefäße) zu gleichen Teilen entweder mittels BMT allein oder in Kombination mit supervidiertem Gehtraining oder Stent-Behandlung therapiert. Nach 6 Monaten war die Zunahme der maximalen Gehstrecke in der Patientengruppe mit Gehtraining am höchsten, wohingegen eine Stentbehandlung die größte Verbesserung der maximalen Gehzeit im Vergleich zu alleiniger medikamentöser Behandlung ermöglichte. Nach 18 Monaten konnten keine Unterschiede in den erwähnten Endpunkten mehr zwischen Gehtraining und Stentbehandlung festgestellt werden. Gerade für Engstellen im Bereich der Bauchschlagader oder Beckengefäße stellen endovaskuläre Verfahren (zumeist Stent-gestützte perkutane Dilatation) die invasiven Verfahren der

ersten Wahl dar und werden dementsprechend in Leitlinien mit hoher Evidenz und Behandlungsvorteilen gegenüber offen-operativen Verfahren empfohlen.

Wie bereits erwähnt spielt die Länge der Engstelle/des Verschlusses in der Therapieentscheidung zwischen endovaskulär und offen-chirurgisch eine relevante Rolle. Im Bereich der Oberschenkelschlagadern gilt mittlerweile die Empfehlung, Engstellen bis 25 cm zunächst mit Katheterverfahren zu therapieren. Angelehnt an die Behandlung koronarer Läsionen kommen auch im Bereich des Ober- und Unterschenkels medikamentenbeschichtete Ballons mit guten Ergebnissen (bessere Offenheitsraten im Vergleich zur alleinigen Ballon-Angioplastie) zum Einsatz. Bei langstreckigen Stenosen/Verschlüssen und Patienten mit akzeptablem Operationsrisiko findet sich immer noch die klare Empfehlung zur Bypassanlage mit autologer Vene (zumeist Vena saphena magna).

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Osnabrück, September 2023

STATEMENT

Krankenhausreform: Zentrenbildung und Ambulantisierung – ist eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung möglich oder droht der Engpass?

Professor Dr. med. Markus Steinbauer

Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG); Leiter der Zertifizierungskommission der DGG

Nach mehr als 20 Jahren ohne wirkliche Reformen ist das Gesundheitswesen in Deutschland an einem Punkt angelangt, an dem sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung und deren sektorübergreifende Zusammenarbeit relevante Veränderungen notwendig sind. Nur dann ist die Versorgung unserer Patienten – und hier vor allem die Notfallversorgung – hochwertig und flächendeckend gewährleistet.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Zusammenarbeit mit den Ländern geplante Krankenhausreform hat sich zum Ziel gesetzt:

- über eine Zentralisierung – mit Zuweisung von Leistungsgruppen – eine Spezialisierung zur Erhöhung der „Qualität“ zu erreichen,
- die Anzahl von Krankenhausbetten und Krankenhäusern in Deutschland zu reduzieren, um mit den freiwerdenden Einsparungen „kostenneutral“ die spezialisierten Versorger zu finanzieren und
- mit einer Förderung der ambulanten, operativen/interventionellen Behandlungen Kosten zu reduzieren und trotzdem die flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Es stellt sich berechtigt die Frage, ob mit einer Zentralisierung und Ambulantisierung eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung möglich ist.

Eine Zentralisierung und im besten Falle Zentrumsbildung mit interdisziplinärer Zusammenarbeit kann, wie dies für die Gefäßzentren nach DGG/DGA/DRG bereits evidenzbasiert nachgewiesen werden konnte, durch eine Überprüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten zu einer Verbesserung der „Qualität“ führen. So führt die Behandlung in Gefäßzentren zu einer verringerten Mortalität bei einer Versorgung von Bauchortenaneurysmen (1) und zu einer Reduktion der Amputationsrate bei einer kritischen Durchblutungsstörung der Beine (2). Dies deckt sich auch mit Ergebnissen aus Versorgungsforschungsregistern, die für zentralisierte Gesundheitssysteme wie Schweden und Dänemark eine höhere oder zumindest vergleichbare Qualität wie in Deutschland zeigen.

Bei einem zentral geplanten und gut abgestuften zentralisierten Krankenhaussystem mit guten Transportkapazitäten kann auch in Flächenländern mit dünner Besiedelung (zum Beispiel Schweden) eine gute Ergebnisqualität erzielt werden. Dies bedingt jedoch ein gut entwickeltes und finanziertes Transportsystem mit ausreichenden Kapazitäten, das in Deutschland derzeit noch nicht für diese Herausforderungen ausgelegt ist und eines weiteren Ausbaus bedarf.

Eine erfolgreiche Zentralisierung und gleichzeitige Reduktion der Krankhausbetten/Krankenhäuser können nur dann gelingen, wenn diese sinnvoll geplant und konsequent und strukturiert erfolgen.

Im Grundsatz sind eine Zentralisierung und gleichzeitige Umstellung der Krankenhausfinanzierung mit einer weitreichenderen Finanzierung der Vorhaltekosten richtig und müssen zwingend durchgeführt werden. Dabei sind die Vorhaltekosten bedingt durch die bereitgestellten Strukturen für eine zentralisierte Qualitätsversorgung und für die Notfallversorgung. Die vergangenen Jahre und die Coronapandemie haben gezeigt, dass die Hauptlast der Notfallversorgung – auch in der Fläche – von den größeren, strukturstarken Krankenhäusern getragen wurde. Es sind jedoch häufig personelle Ressourcen aus dem pflegerischen und medizinischen Bereich in Krankenhäusern gebunden, die kaum relevant an der Notfallversorgung beteiligt sind. Die daraus resultierende hohe Belastung des Personals in „strukturstarken“ Kliniken durch die Notfallversorgung und der damit verbundene Verlust von Mitarbeitern führt auch zu relevanten Schwierigkeiten, Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (wie zum Beispiel die 50-Prozent-Fachweiterbildungsquote für Pflegenden auf Intensivstationen bei der Versorgung von Bauchortenaneurysmen) oder Pflegepersonaluntergrenzen zu erfüllen.

Eine „kalte Sanierung“ mit einem Ausbluten der strukturstarken Krankenhäuser über steigende Kosten (Personal-, Energie- und Einkaufskosten bei hohen Inflationsraten) und weitere Personalvorgaben ohne Refinanzierung über das DRG-System oder Ausgleichzahlungen in den nächsten Jahren wird **nicht** zu einer verbesserten Struktur der Gesundheitsversorgung mit höherer Qualität führen. Es besteht eher die Gefahr einer Einschränkung der flächendeckenden Versorgung und von Engpässen vor allem in der Notfallversorgung. Somit ist eine finanzielle Unterstützung der für die Zukunft notwendigen Kliniken unabdingbar, bis die Effekte der Reform (über eine Finanzierung der Vorhaltekosten und Erhöhung der Anzahl von Behandlungen pro Klinik) in den nächsten Jahren wirksam werden können.

Um eine flächendeckende und effiziente Versorgung anbieten zu können, ist auch eine Ausweitung der ambulant durchgeführten Operationen/Interventionen notwendig und sinnvoll.

Hiermit können für Patienten, die für eine ambulante Behandlung geeignet sind, stationäre Behandlungen vermieden werden und die stationären Kapazitäten für größere Eingriffe und schwerer

kranke Patienten geschont werden. Es muss jedoch die Sicherheit der Patienten vor allem in der postoperativen/-interventionellen Nachbetreuung an erster Stelle stehen. Dies gilt im besonderen Maße für Gefäßpatienten mit einem relevant hohen Eingriffsrisiko, ausgeprägten Komorbiditäten und einer fehlenden postoperativen häuslichen Betreuung. Leider wurden die im IGES-Gutachten geforderten Kontextfaktoren, die eine stationäre Behandlung bei Patienten begründen, die eigentlich ambulant durchführbar sind, aus Zeitgründen nicht definiert. Es ist daher derzeit schwierig, zum Beispiel ältere, immobile Patienten mit einer kritischen Durchblutungsstörung der Beine mit einer interventionellen Ballondilatation stationär zu behandeln. Eine klare und rechtssichere Festlegung dieser Faktoren ist somit für die sichere Behandlung der älteren Gefäßpatienten zwingend notwendig.

Darüber hinaus sind zumindest für die Gefäßmedizin in Deutschland weder im ambulanten Sektor noch in Kliniken ausreichend ambulante Strukturen vorhanden, die zeitnah diese nun ambulant durchzuführenden Eingriffe anbieten könnten. Es bedarf daher neuer Kooperationen und Netzwerke in der Gefäßmedizin ohne Berührungsängste und Denkverbote zwischen niedergelassenen Gefäßspezialisten und ambulant tätigen Kliniken. Sie können diesen Bedarf sowohl strukturell als auch fachlich abdecken. Die aufzubauenden Ambulanzstrukturen in den gefäßchirurgischen Kliniken, die für eine flächendeckende Versorgung von Gefäßpatienten notwendig sind, müssen schlank und effizient strukturiert werden. Zwingend notwendig ist aber auch der rechtliche Zugang zu ambulanten Interventionen. Er wird derzeit entsprechend der Qualitätssicherungsrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nur Fachärzten der Radiologie zugesprochen. Sollten ambulante Leistungen in der Gefäßmedizin trotz einer Effizienzsteigerung in den neuen ambulanten Strukturen nicht kostendeckend vergütet werden, ist damit zu rechnen, dass zum Beispiel neue interventionelle Techniken nicht ambulant durchgeführt werden können. Doch gerade diese erlauben es, Patienten weniger invasiv zu behandeln.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine Krankenhausreform mit den zentralen Elementen der Zentralisierung/Zentrenbildung und Ausweitung der Ambulantisierung sinnvoll und zwingend notwendig ist. Damit sollte auch mit weniger Krankenhausbetten und Krankenhäusern durch eine Konzentration der personellen Ressourcen und die Finanzierung der Vorhaltekosten eine hochwertige, flächendeckende Versorgung auch in der Notfallsituation erbracht werden können.

Gerade die Patienten in der Gefäßmedizin werden im besonderen Maße von der Zentralisierung/Zentrenbildung profitieren. Denn interdisziplinäre Strukturen mit weniger belastenden Therapien führen gerade bei älteren Patienten mit vielen Komorbiditäten und komplexeren Gefäßerkrankungen zu einer besseren Ergebnisqualität. Die Vorteile der Ambulantisierung werden für die Gefäßmedizin aufgrund der hohen Zahl älterer Patienten mit hohen Komorbiditäten weniger häufig zum Tragen kommen. Sie sollten aber trotzdem unter der Prämisse der Patientensicherheit

weiterentwickelt und angestrebt werden. Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG e.V.) ist jederzeit bereit, die notwendigen Veränderungen in den Fachgremien als Partner mitzugestalten und ihre fachliche Kompetenz für eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung von Gefäßpatienten mit einzubringen.

Aufgrund der alarmierenden Finanzsituation der deutschen Kliniken ist es jedoch zwingend notwendig, diese bis zum Wirksamwerden der Krankenhausreform zu unterstützen und zu refinanzieren. Sonst werden nur noch wenige funktionsfähige, strukturstarke Krankenhäuser für die notwendige Zentralisierung/Zentrenbildung in den nächsten Jahren zur Verfügung stehen. Auch neue, effiziente ambulante Strukturen, die zum Beispiel für die Gefäßmedizin noch aufzubauen sind, brauchen eine realistische finanzielle Perspektive. Es wäre ein großer Fehler zu glauben, dass die sinnvolle und notwendige Krankenhausreform sich selbst finanziert. Große Reformen brauchen einen gemeinsamen politischen Willen, Sachverstand und klare, ausreichend finanzierte Strukturen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Osnabrück, September 2023

Literatur:

1. Barmer Krankenhausreport 2018
2. Dtsch Ärzteblatt Int 2022; 119: 611-8