

Zertifizierung von Gefäßzentren Aktueller Stand

Walter Gross-Fengels
Asklepios-Klinik Harburg
Gefäßzentrum Hamburg (GCH)



Gefäßzentren

Historie

Aufgabenverteilung

Antragsstellung

Ausblick



Gefäßzentren aus der Sicht des Radiologen

Historie

- 1968 Aggertalklinik
Gefäßchirurgie - Giessler
Angiologie - Schoop
Radiologie - Zeitler
- 1990 Vascular Centers in den USA
- 1991 R.Günther Editorial RöFo 155 (1991) 1:
„Kooperative Zukunft von Radiologen + Chirurgen
- 1998 Gründung von interdisziplinären Zentren in Deutschland
- 2001 W.Gross-Fengels Editorial RöFo 173 (2001) 387:
„Interdisziplinäre Gefäßcentren als Instrument der
Prozessoptimierung“
- 2002 DGG definiert Kriterien und führt erste Zertifizierung
durch

Gefäßzentren aus der Sicht des Radiologen

Historie

- 2005 DRG verabschiedet Zert.-Kriterien und führt Audits gemeinsam mit der DGG durch
- 2005 DGA entwickelt eigene Kriterien und führt Zertifizierungen eigenständig durch
- 2007 Erste gemeinsame Zertifizierung durch DRG, DGG und DGA

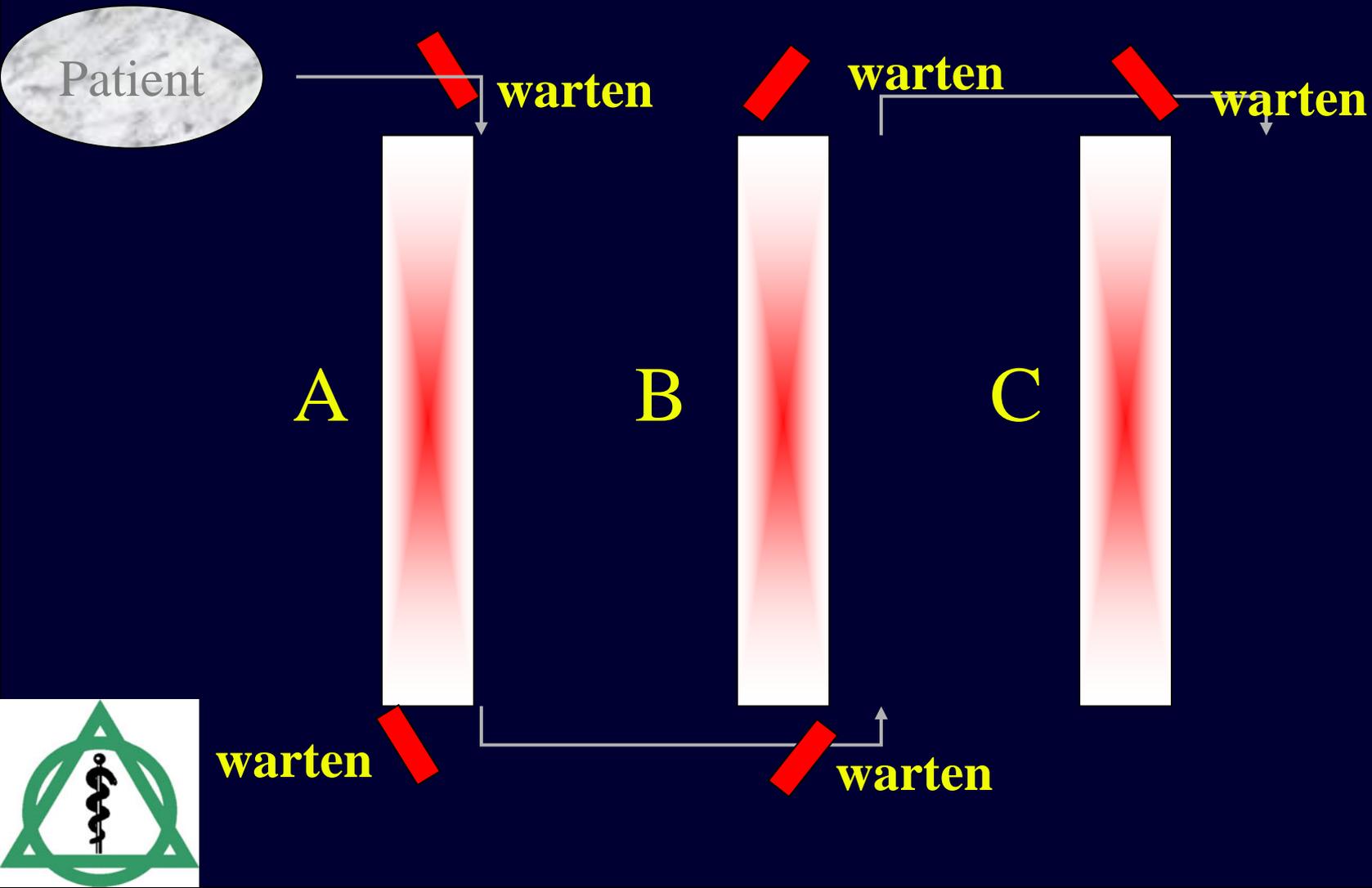
1.9.2009

Anzahl gültiger
Zertifizierungen

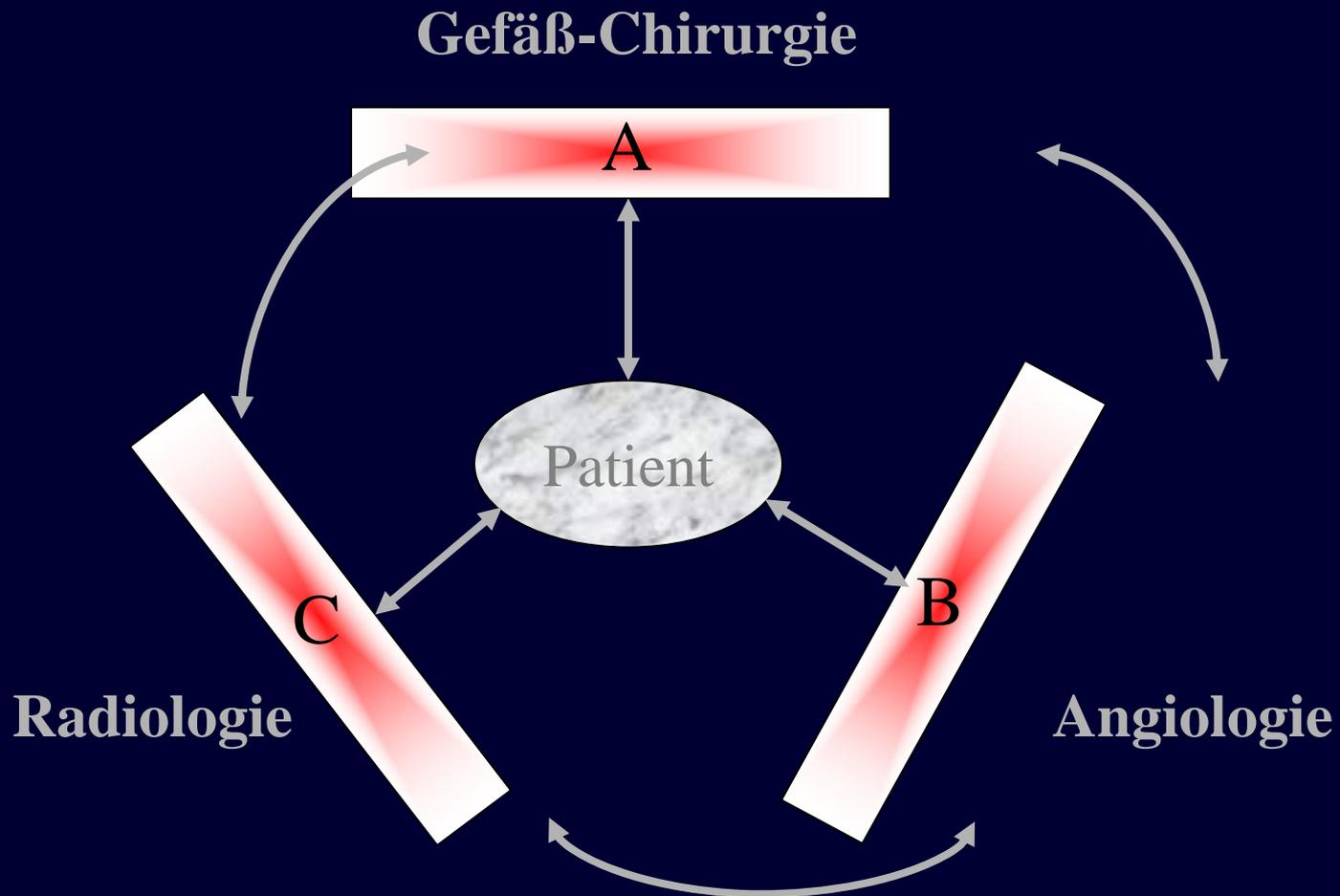
DGG	94
DGA	41
DRG	28



Klassisch: Nebeneinander angeordnete, vertikale Abteilungsorganisation



Neu: Horizontal angeordnete, vernetzte Abteilungsorganisation



Wozu brauche ich Partner?

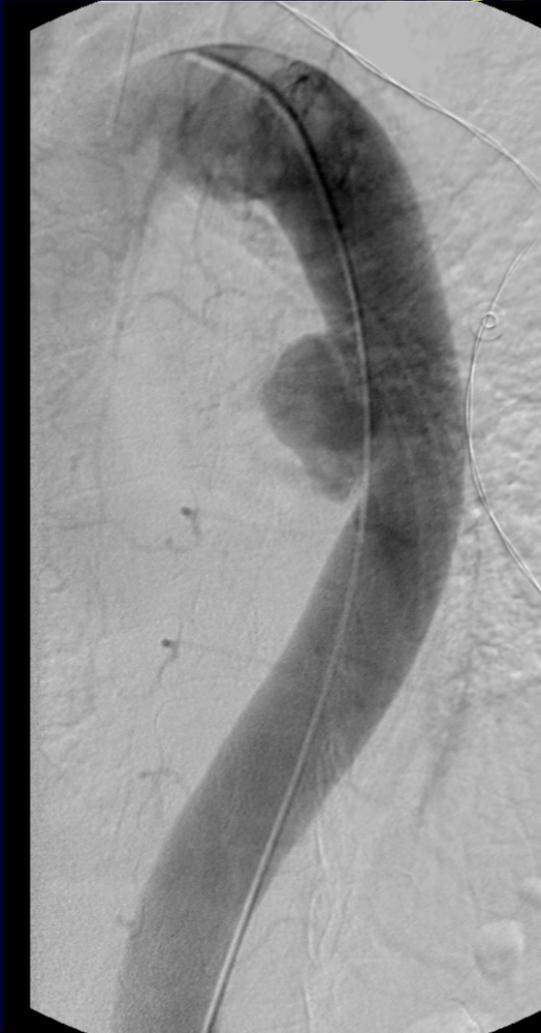
- Komplikationsmanagement
- Prozessoptimierung
- Wissenschaftliche Projekte
- Koalition im Krankenhaus
(Wettstreit um die Ressourcen,
Auseinandersetzung mit dem Management)
- Zertifizierung
- Image / Außendarstellung/ Marketing
(Patienten, Hausärzte, Fachärzte)
- Klinische Expertise + Ausbildung

Komplikationsmanagement Perforation mit Terumo-Draht



Interdisziplinarität

Gedeckt perforiertes Aneurysma der Aorta thorakalis



GCH

Gedeckt perforiertes Aneurysma der Aorta thorakalis mit aorto-oesophagealer Fistel

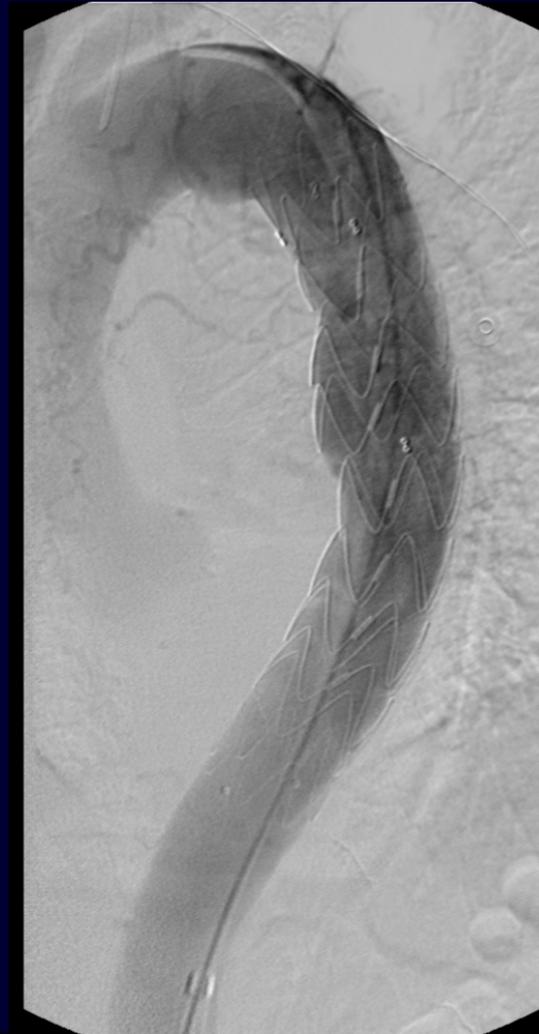
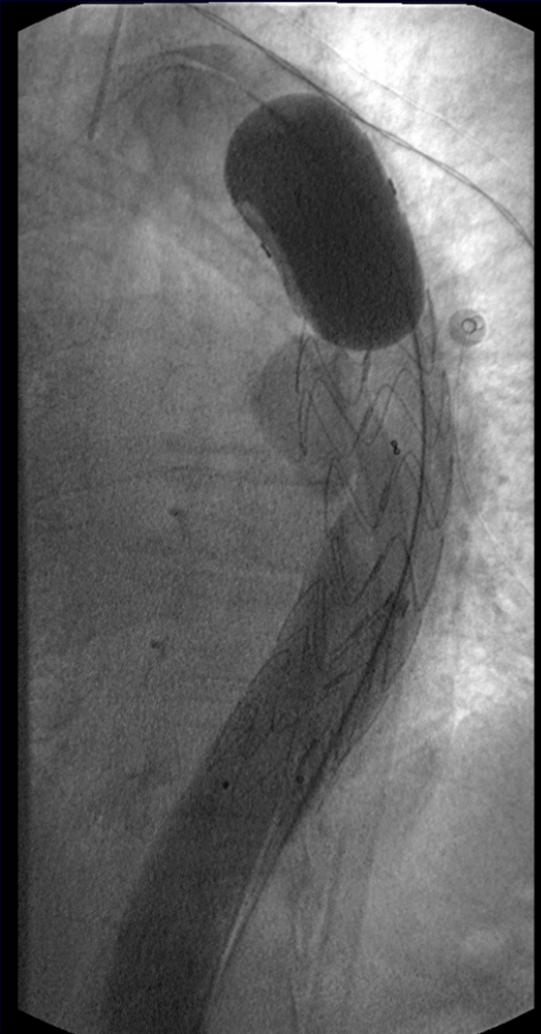


Gedeckt perforiertes Aneurysma der Aorta thorakalis



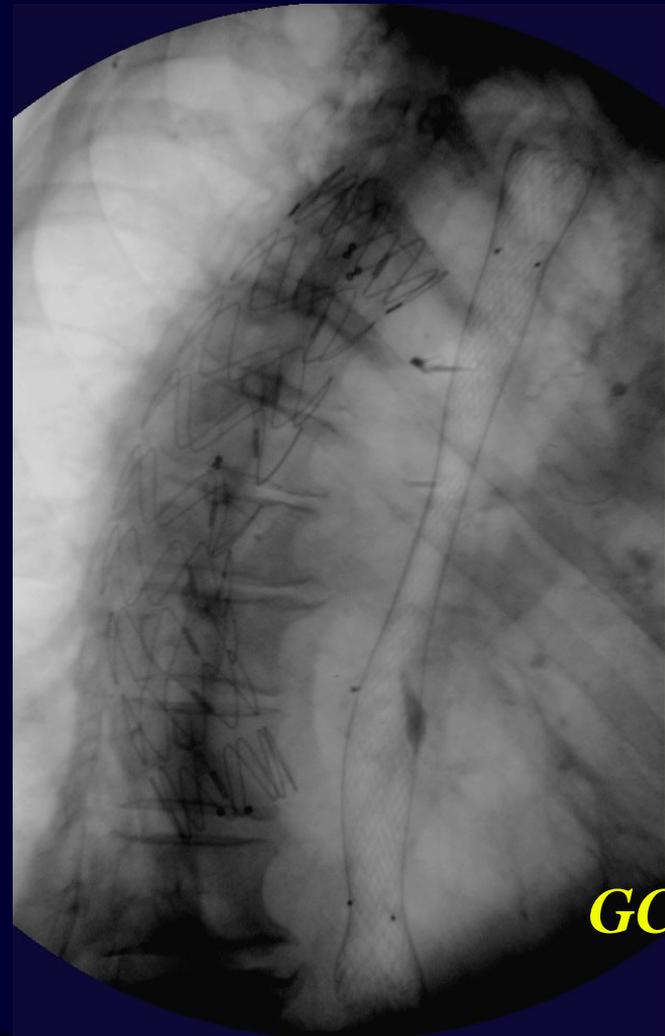
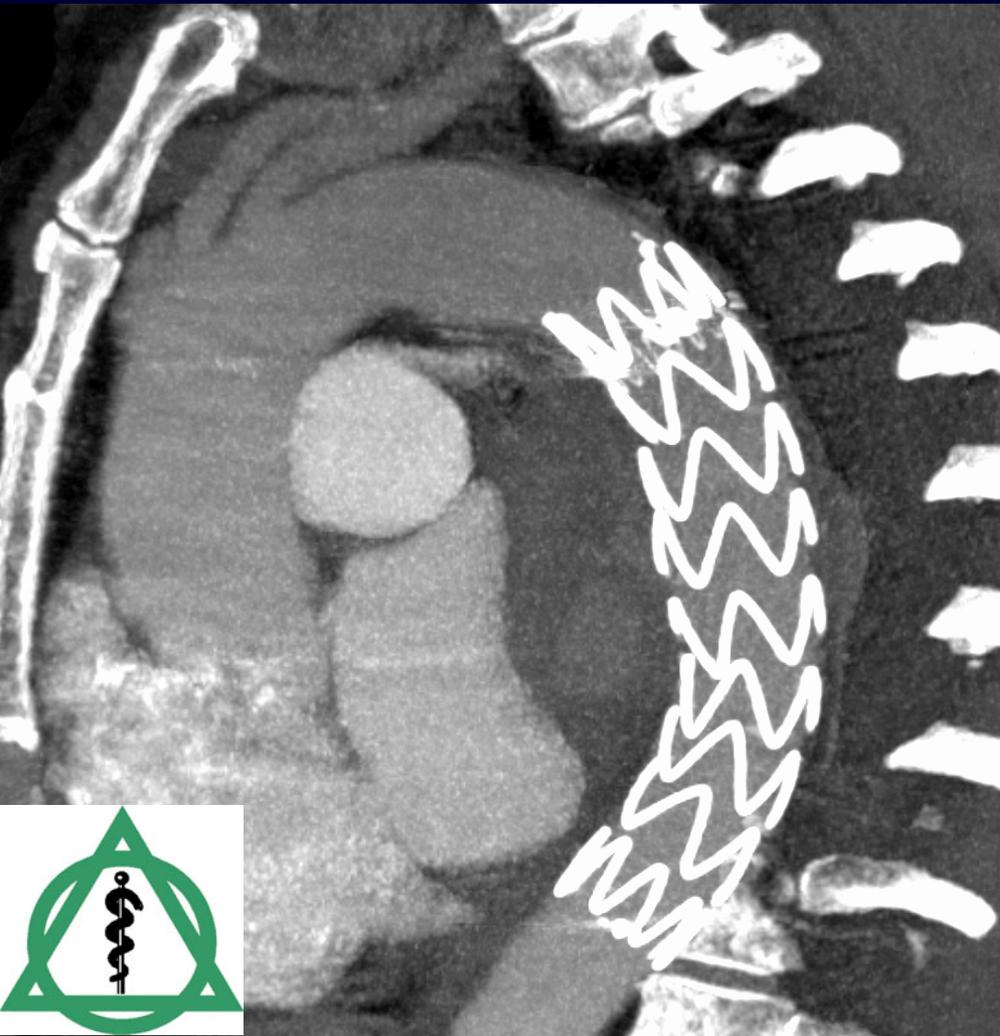
GCH

Gedeckt perforiertes Aneurysma der Aorta thorakalis



GCH

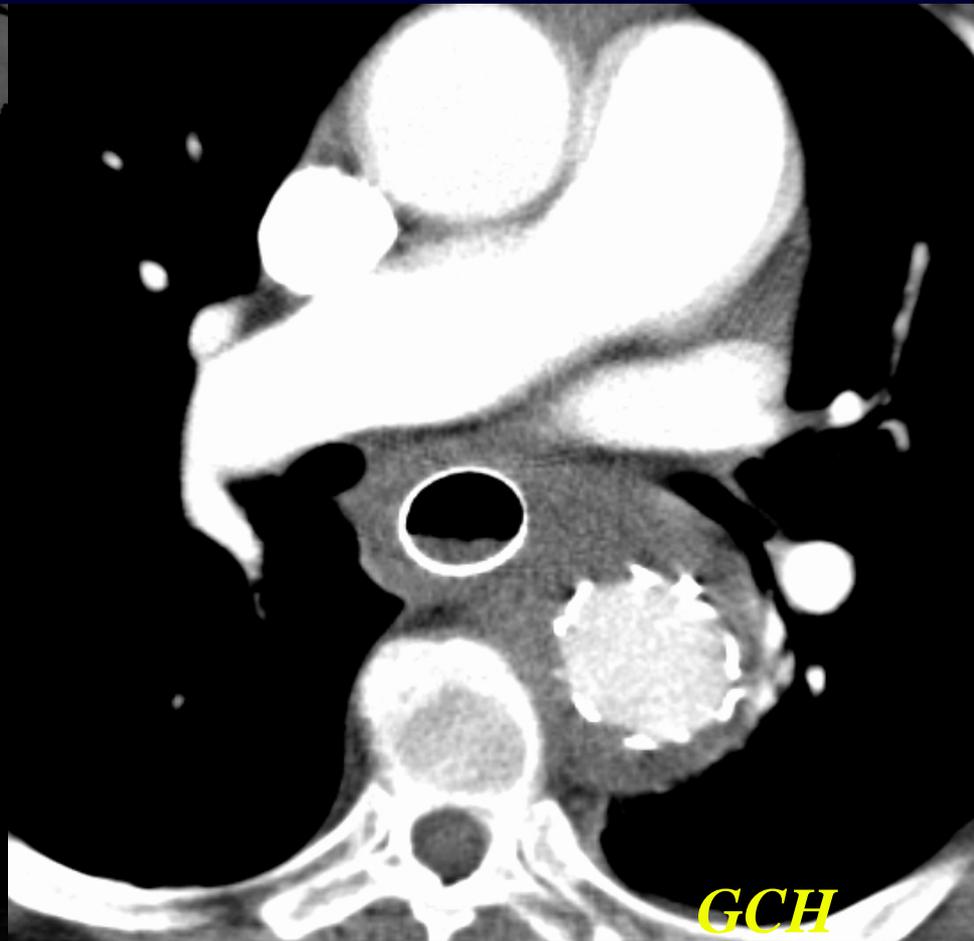
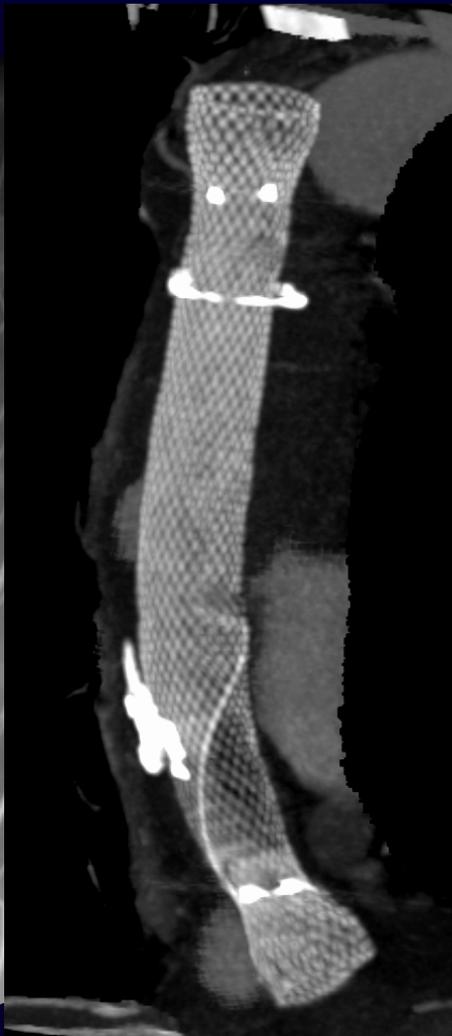
Gedeckt perforiertes Aneurysma der Aorta thorakalis



GCH



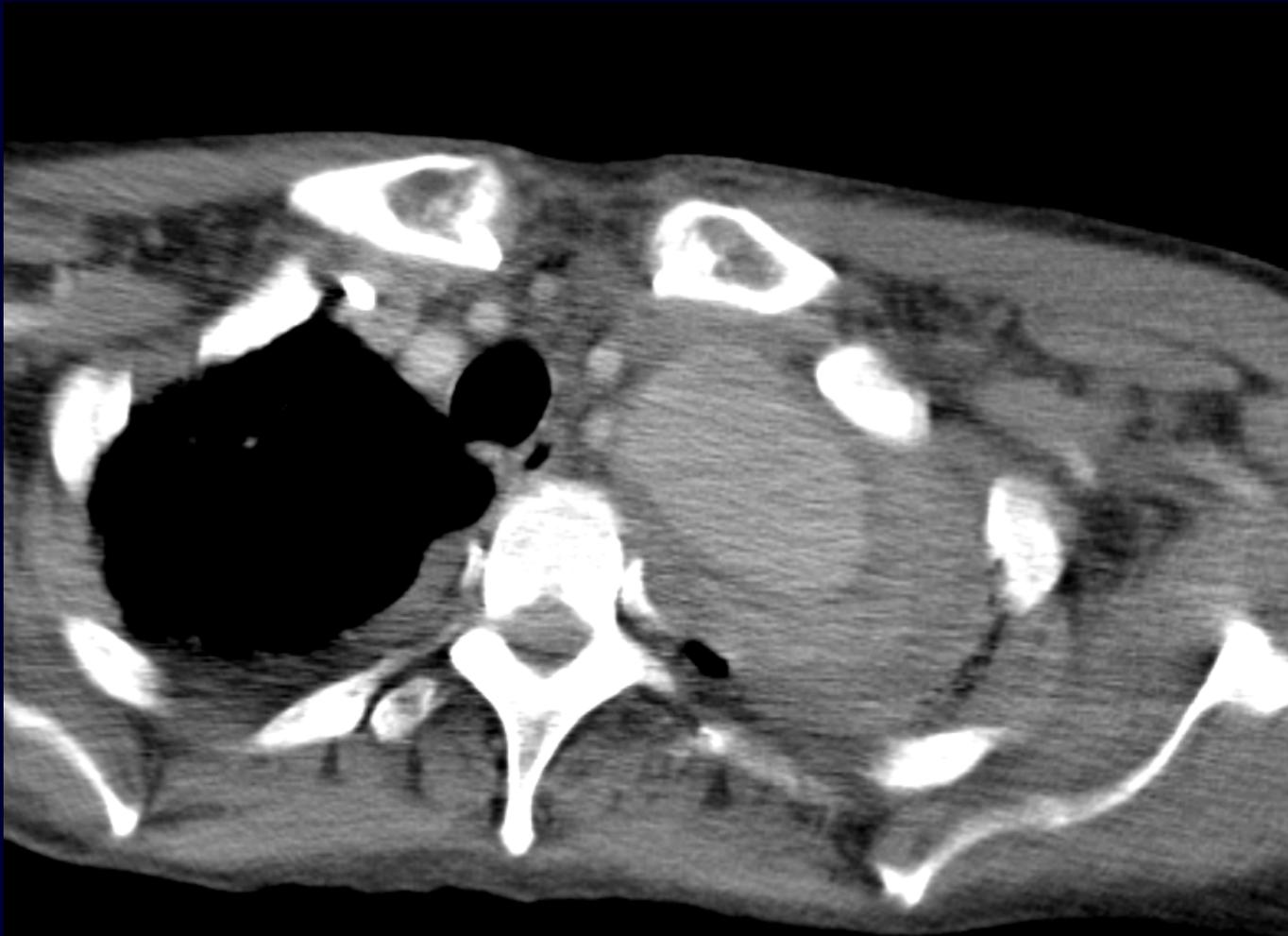
Gedeckt perforiertes Aneurysma der Aorta thorakalis



GCH



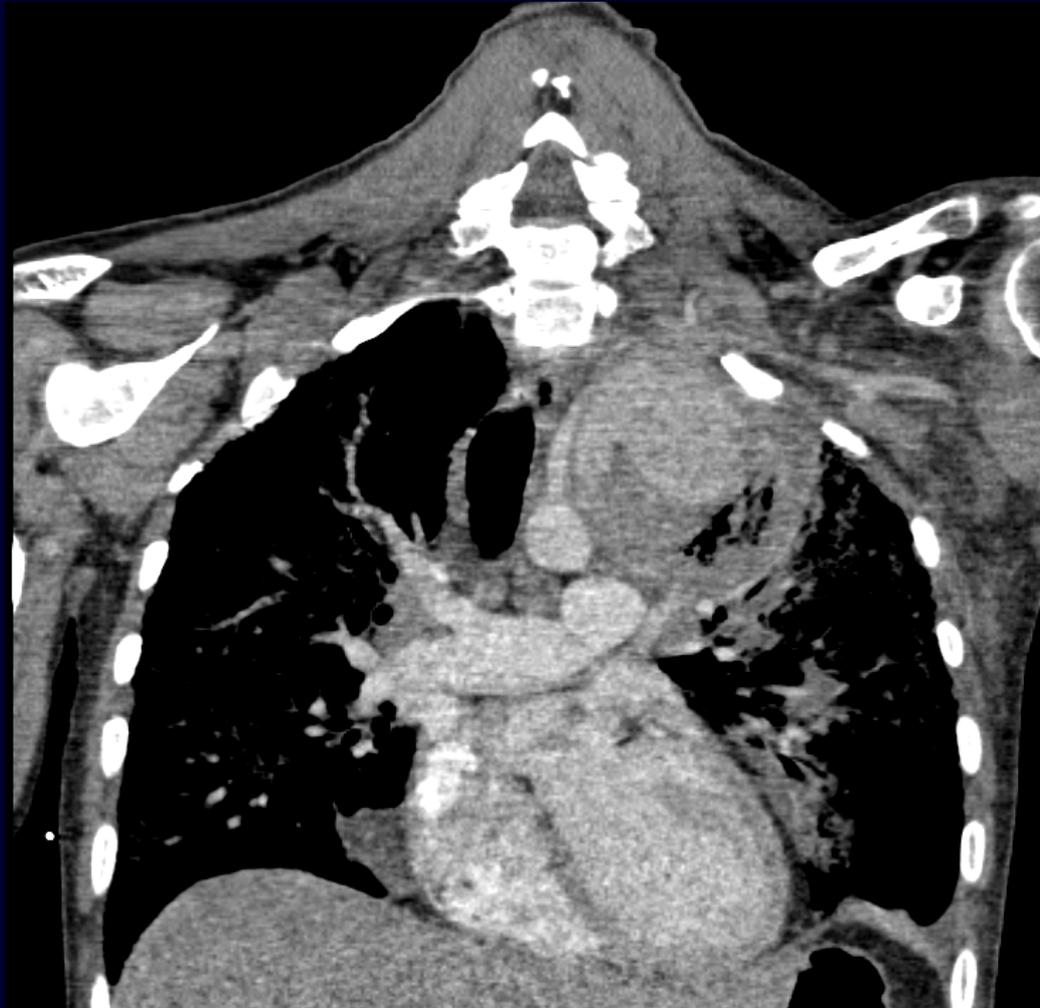
Aneurysma der A. subclavia



GCH



Aneurysma spurium der li. A. subclavia (i.v. Drogenabusus)



GCH

Aneurysma der A. subclavia



GCH

Aneurysma der A. subclavia nach Ausschaltung durch Stent-Graft (Bridging)



Wozu brauche ich Partner ?

- Erhöhte Attraktivität für andere Einrichtungen z.B. Krankenkassen, Ministerien, DFG
- Zur Vervollständigung des Leistungsspektrums (GCH: alles aus einem Haus, „Zuweiser ist das Problem los“)
- Zur objektiven, neutralen Absicherung der Indikation
- Zur Absicherung von komplexen Interventionen
- Erhöhte Zufriedenheit der beteiligten Ärzte
 - ständige Konflikte werden durch klare Absprachen vermieden (Geschäftsordnung verabschieden)
„freundliches“ oder „feindliches“ Arbeitsumfeld

Wozu brauche ich Partner ?

- Kooperative Fort- und Weiterbildungsmodelle
 - der Gefäßchirurg erwirbt Grundkenntnisse in der interventionellen Radiologie
 - der interventionelle Radiologe erwirbt Grundkenntnisse in der Gefäßchirurgie (s. UCLA)

- Team – Work

T ogether

E verybody

A chieves

M ore

=> **TEAM**



Wozu brauche ich Partner ?

- Team – Work

T error

E goism

A gression

M obbing

=> TEAM



Gemeinsame Kooperationen sichern Zukunftsfelder

- MR - Navigation
- Radionuklid - Stents (Strahlenschutz)
- Vorgaben des Gesetzgebers werden erfüllt
 - integrierte Versorgung bedeutet auch Interdisziplinarität
- Budget
 - Kostenträger erkennen erhöhten Aufwand der Zentren an (z.B. zertifizierte Mammazentren)
 - 2009: GCH-HH Forderung: 330.000€pro Jahr

Drittmittelakquisition

- Investoren, Sponsoren wählen nicht für ein Fachgebiet sondern vielmehr einen Themenkomplex



Kooperation führt zu hohen Fallzahlen

- Mindestmengen werden erreicht
- Hohe Fallzahlen sichern Auslastung + Qualität + Vergütung
- Hohe Fallzahlen im operativen Bereich mindern für die Gefäßchirurgen die Notwendigkeit radiologisch-interventionelle Techniken aufzugreifen
- Hohe Fallzahlen erlauben eine kritische Indikationsstellung
- Hohe Fallzahlen ermöglichen eine spezialisierte Arbeitsteilung

Wozu brauche ich die Partner nicht ?

- Abrechnung im DRG - System
 - Abteilungspflegesatz entfällt zugunsten eines Krankenhausentgeltes, das unabhängig von der Abteilung ist
- Bettenmanagement
 - Betten waren gestern, Fälle sind heute
 - Betten- und Aufnahmemanagement wird in den Krankenhäusern zunehmend interdisziplinär organisiert mit dem Ziel einer optimalen Gesamtauslastung



Wozu brauche ich die Partner nicht ?

- Zugang zu Intensivkapazitäten
 - Zunehmende Verbreitung von Intermediate Care-Einheiten (z.B. für lokale Lysetherapie)
 - Management der Intensivkapazitäten über Anästhesie, Innere Medizin, Chirurgie und andere Fachgebiete
- Exclusive Patientenakquisition
 - Kooperation mit anderen Kliniken, Praxisnetzwerken und einzelnen niedergelassenen Ärzten



Zertifizierung

Wie gehe ich vor?

Voraussetzungen prüfen

aktuelle Mindestanforderungen s. www.drg.de

Kooperationspartner finden und überzeugen

Krankenhausleitung und Qualitätsmanagement einbeziehen

Antrag DRG-Geschäftsstelle Hr. Lewerich

Gebühr bezahlen 7500 € (3-Zertifizierung)

Projektgruppe gründen (2er oder 3er Zertifizierung !?)

Antragsunterlagen bearbeiten und vollständig einreichen

Lokale Auditierung strukturieren

Votum der Zertifizierungskommission geht an die FG

Schriftliche Mitteilung der Ergebnisse und bei pos. Bescheid

Übergabe der Urkunden



Rollenverteilung im Gefäßzentrum

Beispielhafte Zuordnung

- Gefäßchirurgie
 - Offene OPs
 - Notfallmanagement z.B. BAA-Ruptur
 - Intraoperative endovaskuläre Maßnahmen + intraop. Angio
- Radiologie
 - CT, MRT, Angiographie incl. DSA
 - Perkutane Interventionen
 - Mitwirkung bei Hybrid-Eingriffen
- Angiologie
 - Konservative Diagnostik und Therapie von Gefäßerkrankungen (Duplex)
 - Mitwirkung bei Interventionen
 - Ambulantes Patientenmanagement



Rollenverteilung im Gefäßzentrum Allgemeiner Konsens !!?

- Stierli 2007 : „Endlich haben wir es in der Schweiz geschafft, die PTA für den Radiologen als fachfremd zu definieren und die Weiterbildungsordnung entsprechend zu ändern“
- Bosiers 2007: „Nehmt den Radiologen die Angiographieräume weg“
- Sunder-Plassmann 2007: „Die Radiologen waren freundlich genug uns die Kathetertechniken beizubringen- jetzt brauchen wir sie nicht mehr im OP“



Rollenverteilung im Gefäßzentrum Allgemeiner Konsens !!?

- DGA 2008: Umfrage zu Angiographien + PTA ;
Änderung der Gebietsdefinition !?
- DGG 2009: „Chirurg soll das perkutane
Carotis-Stenting erlernen“
- Bosiers 2009: „Führe 90% meiner Eingriffe
endovaskulär durch“
- Industrie 2009: Anteil der Radiologie am Umsatz
mit Stents etc. sinkt, deutliche Zunahme in der GC



Rollenverteilung im Gefäßzentrum

Was sagt die neue Weiterbildungsordnung ?

- Gefäßchirurgie: Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten... Der Erhebung einer intraoperativen radiologischen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes
- Intraoperative angiographische Untersuchungen n = 50
- Endovaskuläre Eingriffe n = 25

Ärztekammer Hamburg i.d.F. vom 30.10.2006



Rollenverteilung im Gefäßzentrum

Was sagt die neue Weiterbildungsordnung ?

- Angiologie: Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten... In *Mitwirkung* und Beurteilung therapeutischer Katheterinterventionen z.B. PTA, Stent, intraarterielle Lysetherapie...
- Die *Beurteilung* von Röntgenbefunden bei Angiographien
- Bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden keine Nennung der Angiographie oder PTA- somit auch keine Richtzahlen

Ärztekammer Hamburg i.d.F. vom 30.10.2006

Rollenverteilung im Gefäßzentrum

Was sagt die neue Weiterbildungsordnung ?

- Radiologie: Gebietsdefinition: ..Erkennung von Krankheiten mit Hilfe ionisierender Strahlen, kernphysikalischer und sonographischer Verfahren und die Anwendung interventioneller, minimal-invasiver radiologischer Verfahren

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten...in den interventionell-radiologischen Verfahren auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

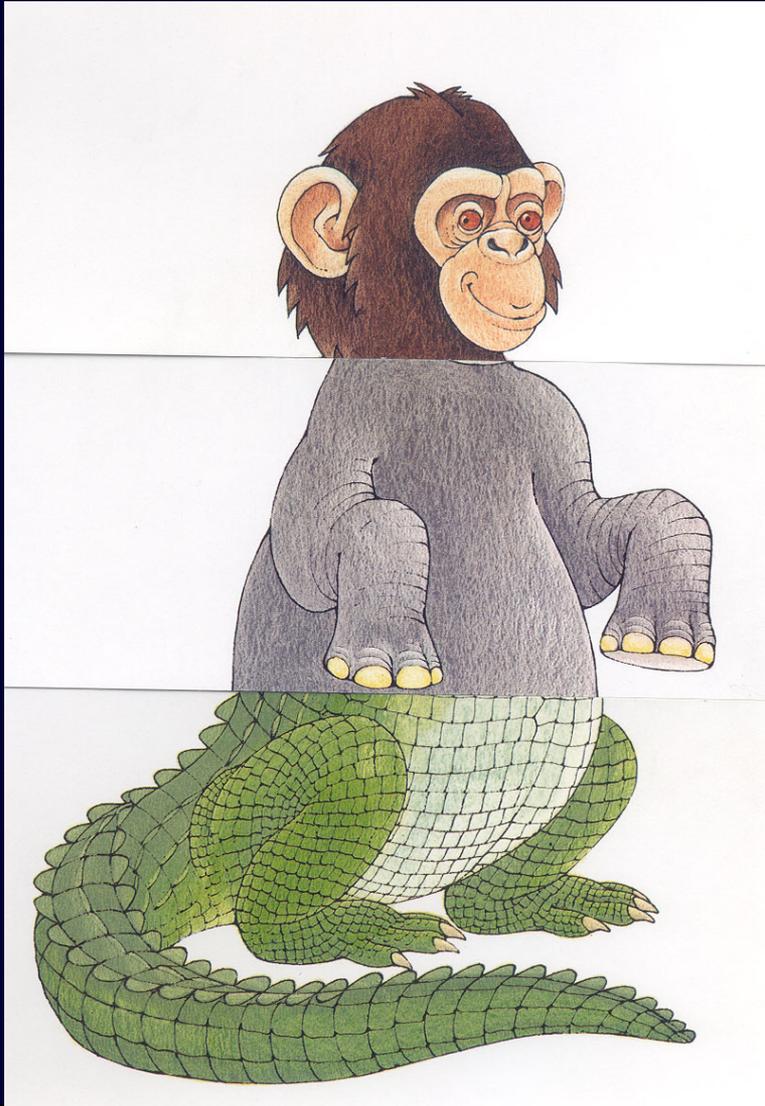
rekanalisierende Verfahren z.B. PTA, Lyse, Stent	n=25
perkutane Einbringung von Implantaten	n=10
gefäßverschießende Verfahren z.B. Embolisation	n=25
Radiologische Diagnostik (inkl. CT) an Gefäßen	n=300
Gefäßpunktionen, -zugänge und –katheterisierungen	bes. K.

Lösungsansätze

..der omnipotente Alleskönner im neuen Cross-Over-Design...

Der gefäßchirurgische Endovasculartherapeut und „Gefäß-Allrounder“

Der interventionelle „Angiogefäßradiochurg“



Eine zukunftssträchtige
Spezies ?!

Lösungsansätze

...oder TEAM-Ansatz mit intelligenter Arbeitsteilung unter Wahrung, Ausbau und Respektierung der jeweiligen Kernkompetenzen mit ökonomischer Nutzung gemeinsamer Ressourcen...

... Oder neue WBO – s. England „vascular specialist“ nach chirurgischer oder radiologischer Grundausbildung ?

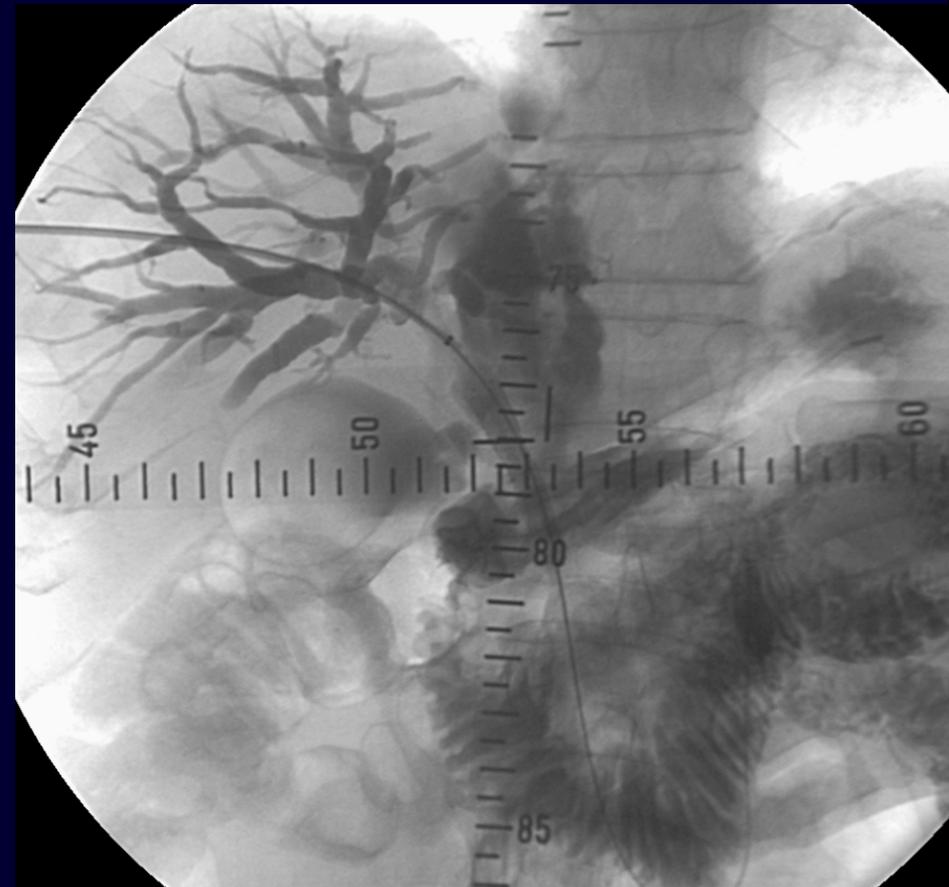
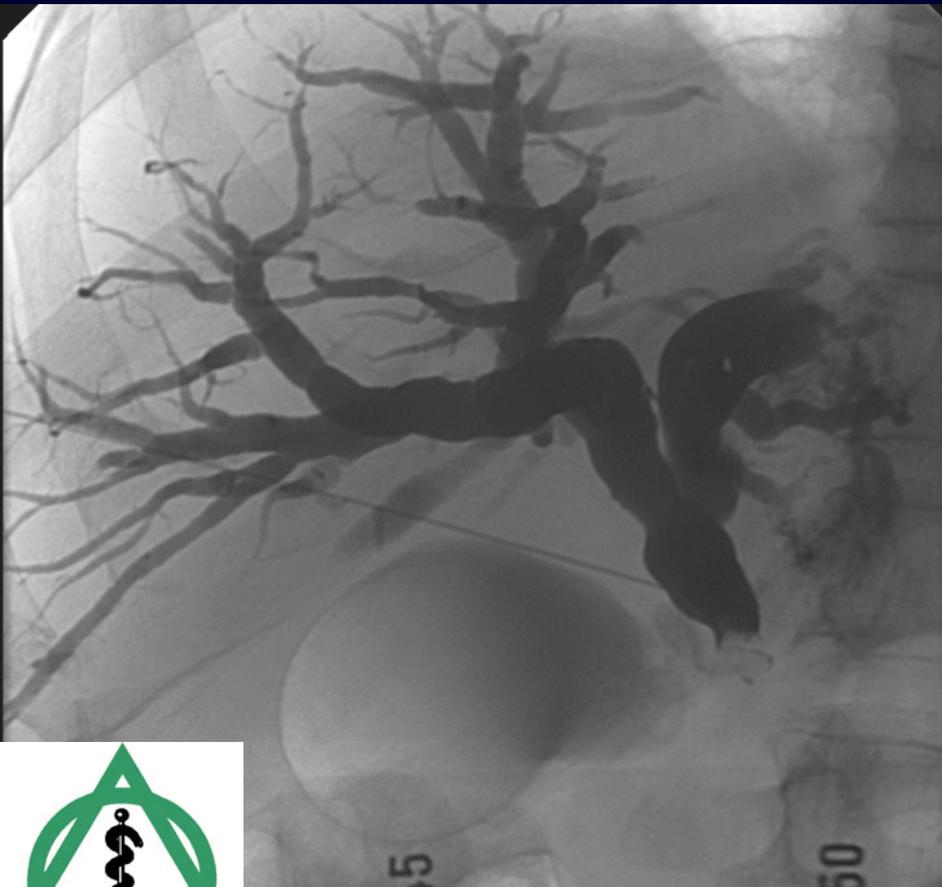
Rollenverständnis der IR

Kann der Angiologe oder der Gefäßchirurg den Interv. Radiologen ersetzen?

- Nicht alle Interventionen betreffen den vasculären Bereich, dennoch Nutzung der selben technischen Einrichtungen, des Personals wie der Materialien erforderlich
- Die interventionelle Radiologie ist auch für andere Fachgebiete ein wichtiger Kooperationspartner und nutzt dazu verschiedenste bildgebende Verfahren
- Der interventionelle Radiologe ist es gewohnt als Dienstleister Serviceleistungen für andere Fachgebiete zu erbringen, d.h. kein Kampf um Verlegungen

Analogie angiographischer und anderer interventioneller Techniken

PTCD nach frustraner ERCP mit Perforation



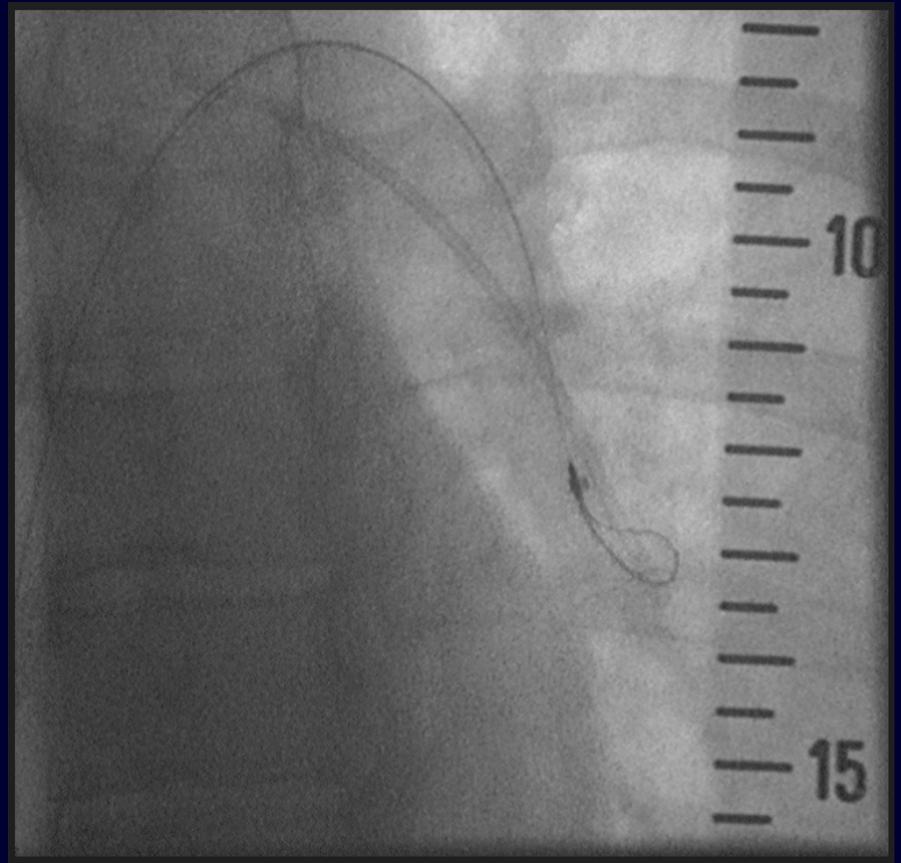
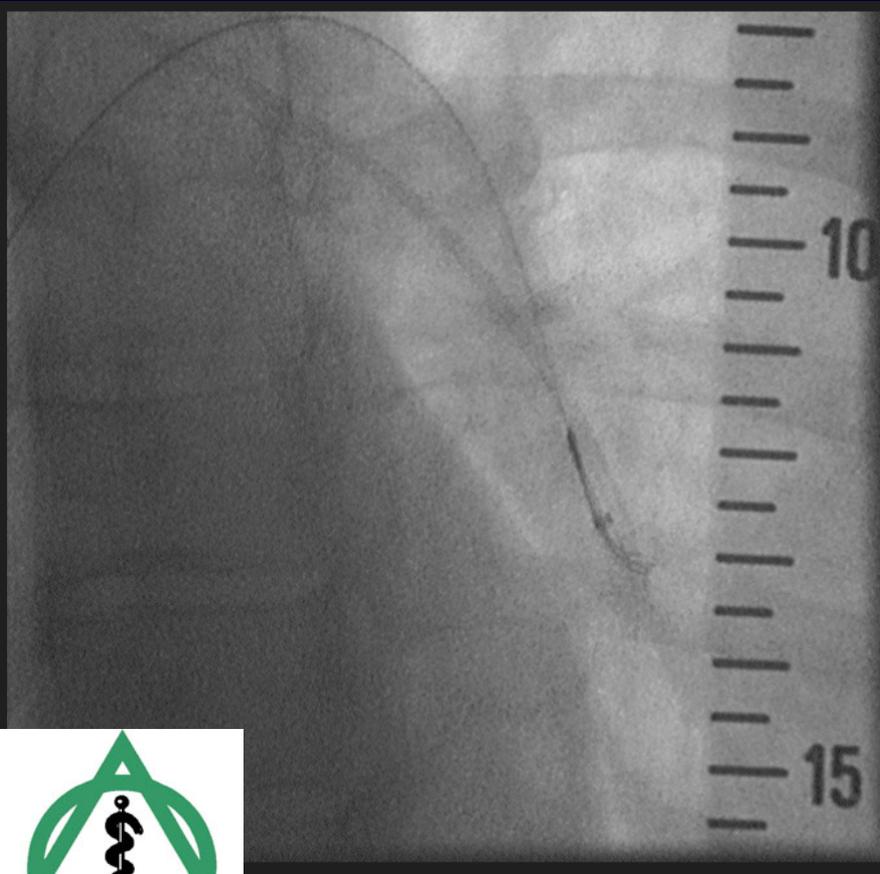
Intensivmedizin :

FK-Bergung (abgerissener ZVK)



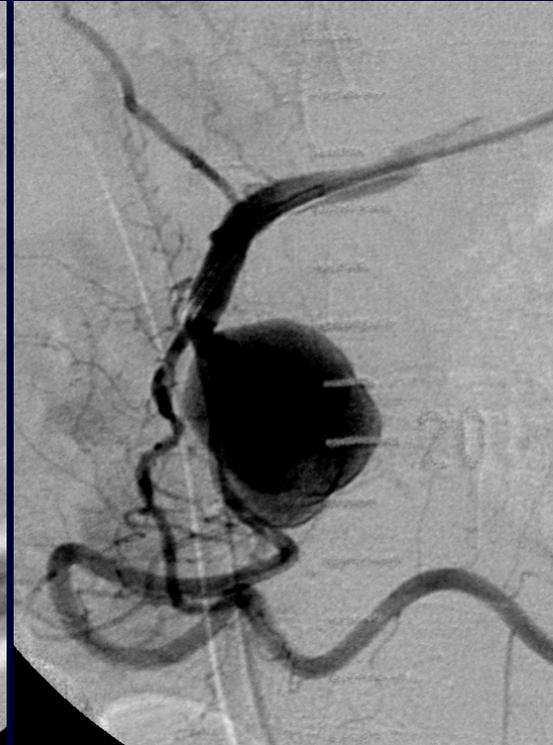
Intensivmedizin :

FK-Bergung (abgerissener ZVK)



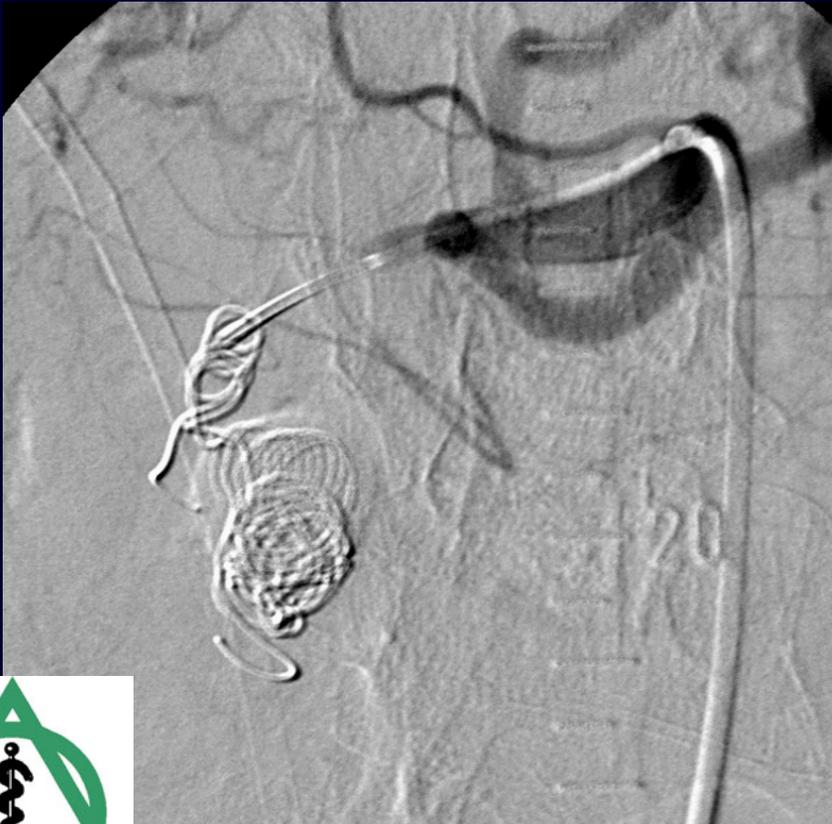
Viszeralchirurgie :

Embolisation GI-Blutung bei Aneurysma der A. gastrodudenalis



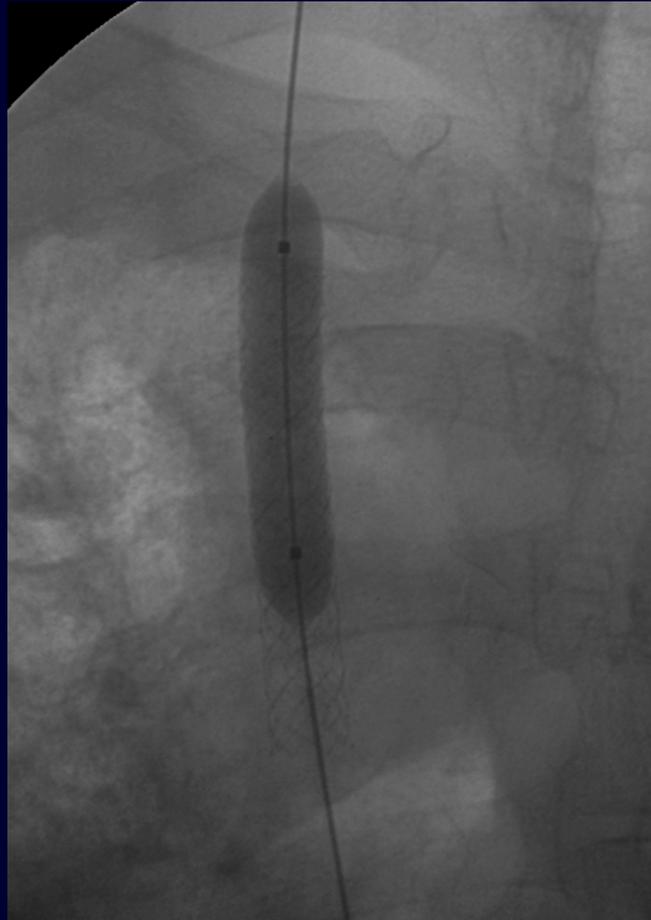
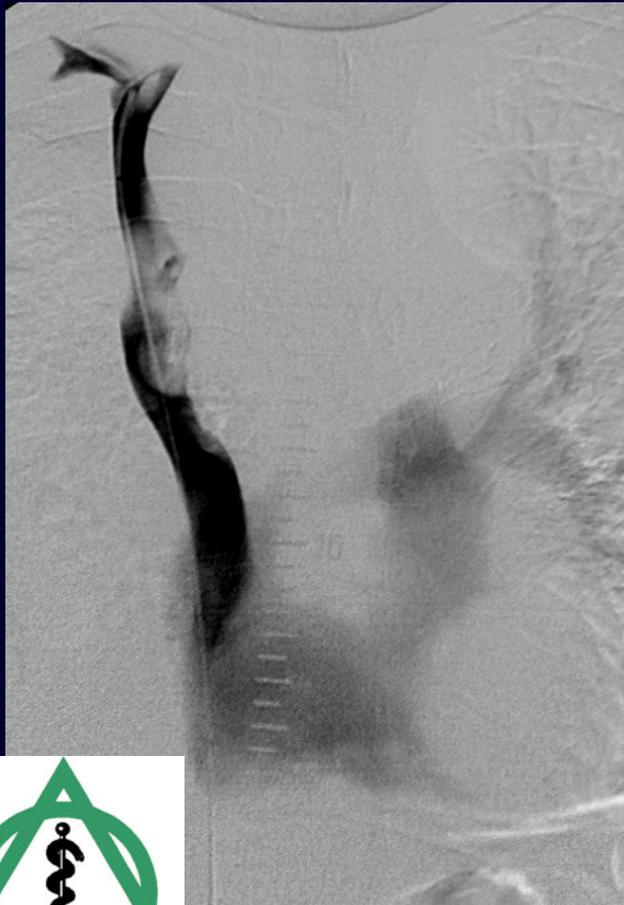
Viszeralchirurgie :

Embolisation GI-Blutung bei Aneurysma der A. gastroduodenalis



Onkologie :

Cava-Sup. - Stent bei BC und Einflußstauung



Ausblick / Szenarien

... Zertifizierte Zentren könnten den Nachweis führen, dass die Behandlungsergebnisse dort besser sind

... Krankenkassen könnten mit Zentren Sonderverträge abschließen und Patientenströme beeinflussen

... Zertifizierte Zentren könnten einen finanziellen Bonus erhalten

... Der Gesetzgeber könnte die elektive Behandlung gewisser Erkrankungen auf zertifizierte Zentren begrenzen

Interventionelle Radiologie

Ausblick

Spezialisierung – und Subspezialisierung in der
Radiologie fördern DEGIR / IROS

Kompetenz sichern und ausbauen

Präsenz über 24 h am Tag sicherstellen

Stärkere Eigenständigkeit + Profilierung der IR

z.B. §116 b CT und MR Interventionen =
primary patient care

Aussendarstellung optimieren: von den Kardiologen
lernen

Attraktivität + Ausbildungsangebot für junge Ärzte
verbessern

Gründung von Gefäß-Zentren aktiv unterstützen



91. Deutscher Röntgenkongress

Berlin

Messe-Süd

12.–15. Mai 2010

KONGRESSPRÄSIDENT
Prof. Dr. med.
Walter Gross-Fengels
Hamburg

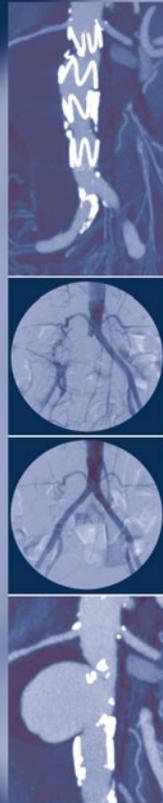
SCHWERPUNKTTHEMEN

Interventionelle Radiologie

in Kooperation
mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie
Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA)
der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG)
und der Cardiovascular and Interventional
Radiological Society of Europe (CIRSE)

Thorax und Gefäße

- Forschung
- Weiterbildung
- Fortbildung
- MTRA-Kurse
- Strahlenschutz
- Industrieforum
- Patiententag



Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
Straße des 17. Juni 114
10623 Berlin
Telefon 030 916 070-0
Fax 030 916 070-22
www.drg.de



www.roentgenkongress.de

