



Österreichische Röntgengesellschaft

Neutorgasse 9/2a; 1010 Wien

Tel.: +43 1 532 05 07; Fax: +43 1 532 05 07 448; Email: office@oerg.at & presse@oerg.at

Prim. Univ. Prof. Dr. W. Schima – Präsident

Prof. PD Dr. H. Prosch – Sekretär

Letter to the Editor:

Interventionelle Gefäßtherapie: Quo vadis?

Unter „Themen der Zeit“ beleuchtet A. Assadian die „Interventionelle Gefäßtherapie“ aus seinem persönlichen Blickwinkel und fragt: quo vadis? (1). Dabei bedient sich der Autor einer Vielzahl von fehlerhaften, inkorrekten und unsachlichen Argumenten, um die Radiologie im Allgemeinen und die Interventionelle Radiologie im Besonderen abzuwerten. Was die Struktur der Interventionellen Radiologie betrifft, hat die äußerst innovative und moderne Entwicklung der endovaskulären Interventionen zu einer hohen Organisationsform und Expertise in Österreich geführt, was sich in einer abgestuften, flächendeckenden Versorgung der PatientInnen mit interventionell-radiologischen Leistungen im stationären Bereich niederschlägt. Es seien daher an dieser Stelle die Fakten zu interventionell-radiologischer Ausbildung und Versorgung sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich Gefäßchirurgie-Radiologie dargelegt.

Versorgungsrealität und Ausbildung:

Während sich der Autor Sorgen um die neuen Realitäten des Arbeitszeitgesetzes, der Ausbildungsordnung, sowie der Ausbildung im Gesamten macht, haben die Interventionellen Radiologen (IRs) längst Strukturen geschaffen, die diesen Anforderungen entsprechen.

In der Interventionellen Radiologie konnten in den letzten Jahren eine Vielzahl von jungen engagierten Kollegen nicht nur für das Fach begeistert, sondern auch aktiv ausgebildet werden. Hierfür wurde etwa innerhalb des Krankenanstaltenverbundes der Gemeinde Wien (KAV) erstmalig eine Situation geschaffen, bei der von einer eigens definierten und mit höchst erfahrenen Führungskraft (F.K.), die Ausbildung aller Interventionalisten in einem Pool zusammenfasst wurde.

Dieses Projekt ist hausübergreifend organisiert, strukturiert, und vor allem sehr erfolgreich und das trotz - oder sagen wir lieber - bei voller Erfüllung des Arbeitszeitgesetzes. Es gibt auch in den Bundesländern keinen Mangel an Nachwuchs in der Interventionellen Radiologie. Wir können daher die Klagen und Sorgen des Autors über einen Ausbildungs- oder Nachwuchsnotstand gut verstehen, aber für die (Interventionelle) Radiologie keineswegs teilen!

Bankverbindung:

BIC: BKAUATWW, IBAN AT45 1200 0004 6603 7900

ZVR 20922686

Ausbildungsordnung neu:

In sehr schräges Licht rückt der Autor die neue Ausbildungsordnung: möglicherweise ist ihm aber entgangen, dass diese u.a. von seiner eigenen Fachvertretung in mühevollen, langwierigen jedoch stets von gegenseitigem Respekt getragenen Verhandlungen in der ÖÄK erarbeitet wurden. Die gefassten Beschlüsse bezüglich der Ausbildungsordnungen sind naturgemäß Kompromisse, die aber im Blick auf eine zukünftige Entwicklung allen Fächern die notwendigen Strukturen und Entwicklungspotentiale einräumen.

Wenn der Autor aber die Österreichische Ausbildungsordnung selektiv bis falsch zitiert, so kann dies nicht unwidersprochen bleiben. Im Sonderfach Radiologie sind in der Basisausbildung 80 interventionelle und minimal-invasive radiologische Eingriffe vorgesehen. Wenn der Autor schreibt, „darin enthalten sind überwiegend Ultraschall- und CT-gezielte Punktionen sowie Probe-Gewinnungen“, so ist dies reines Wunschdenken. Natürlich sind hier endovaskuläre Verfahren inkludiert. Faktum ist weiters, dass in der Sonderfach-Schwerpunktausbildung Radiologie im Modul 3 insgesamt 65 arterielle und venöse Interventionen (Abb. 1) **verpflichtend** gefordert sind (2).

Im Sonderfach Gefäßchirurgie sind in der Sonderfach-Schwerpunktausbildung laut Autor „zumindest 145 arterielle und venöse, Katheter-basierte Eingriffe zur Erlangung des Facharztstitels zu erbringen.“. Dies ist bei Durchsicht der Ausbildungsordnung Gefäßchirurgie nicht korrekt (Abb. 2). So rechnet offenbar der Autor auch arterielle Angiographien als intraoperative Befundkontrolle zu endovaskulären Interventionen. Die einzigen „endovaskulären“ Eingriffe sind Embolektomien/Thrombektomien an Extremitäten und Gefäßen (insgesamt 30). Die in der Ausbildung angeführten Stent-Implantationen oder Lyse-Therapien sind mit „**allfällig**“ bezeichnet und daher **nicht verpflichtend** in der Ausbildung zu absolvieren (3). Dies bedeutet, dass lediglich in der Sonderfach-Schwerpunktausbildung Radiologie die verpflichtende Durchführung von endovaskulären Eingriffen enthalten ist.

Klinische Verantwortung

Dass eine umfassende Präsenz und Versorgung die einzige Antwort auf die klinische Verantwortung für Patienten darstellt, ist wohl klar. Und damit zur klinischen Verantwortung, welche der Autor bei Interventionellen Radiologen bemängelt: Wir gehen völlig konform mit der Anforderung, dass Interventionelle Radiologen klinische Verantwortung zu leisten haben und klinisches Wissen und Anwendung stets die Grundlage allen medizinischen Handelns darstellt.

Historisch gesehen ist dies auch sicherlich ein Punkt, in welchem die Radiologie in der Tat aufzuholen hatte, mit dem Prozess der Entwicklung von einem rein diagnostischen zu einem behandelnden Fach. Die Radiologie hat diese Kritik von Beginn an sehr ernst genommen, mit dem Ergebnis, dass zur Zeit bereits Interventionelle Radiologen Praxen führen, dass es Betten-belegende IRs gibt, und IRs Visiten und Patientenbesuche durchführen. Diesen Kollegen ist wohl schwer klinische Unerfahrenheit und Patientenferne vorzuwerfen. Auch wenn es die Entwicklung und einige Zeit gebraucht hat: der klinische Radiologe kann es - nämlich Diagnostik und Therapie, personalisiert und patientenorientiert klinisch umsetzen.

„Die Zukunft der endovaskulären Therapie – ohne Radiologie?“

Zugleich können wir auf dieser Basis dann auch gleich jenen absurden Überlegungen begegnen, welche in der Aufsplitterung der diversen Interventionellen Leistungen auf die einzelnen Fachgebiete bestehen. Die Idee der „Teilbereichsinterventionen“ ist ebenfalls nicht gerade neu, sondern eher ein Relikt aus der Steinzeit der Intervention, mit der Vorstellung des „interventionellen Schrebergärtchens“ für jedermann, das man so nebenbei betreiben könnte. Niemand Ernstzunehmender kann dies heute mehr fordern. Wer sollte denn die Transarteriellen Chemoembolisationen, Radioembolisationen, Gallengangsdrainagen, TIPSS, Cavafilterimplantationen, etc. übernehmen? Diese Eingriffe zu beherrschen bedarf jahrelanger Erfahrung und permanenter Übung. Die Idee, komplexe Eingriffe, wie etwa die Embolisation eines blutenden Gastrointestinalgefäßes (und mögliche Komplikationen) so nebenbei meistern zu können, ist schlichtweg abwegig und würde die in Österreich gut funktionierende (und durch die Radiologie gewährleistete) Versorgung der PatientInnen mit diesen Leistungen signifikant verschlechtern.

Die Zukunft:

Wir sollten den bisherigen, oft von kritischen Diskussionen begleiteten gemeinsamen Weg von Gefäßchirurgie und Interventioneller Radiologie auch weiterhin beschreiten.

Wir sollten nicht zulassen, dass die in der überwiegenden Mehrzahl der Institutionen sehr gut funktionierende und von gegenseitiger Wertschätzung getragene interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gefäßchirurgie und Interventioneller Radiologie durch Einzelmeinungen abgewertet wird. Die Versorgung der immer zahlreicher werdenden Gefäßpatienten in Österreich wird große Anstrengungen unserer Fächer erfordern, die wir nur gemeinsam schaffen werden!

Thomas Rand

Christian Loewe

Wolfgang Schima
Präsident, Österreichische Röntgengesellschaft

Reto Bale
Präsident, Österreichische Gesellschaft für Interventionelle Radiologie & minimal-invasive Therapie

Literatur:

1. Assadian A. Interventionell Gefäßtherapie: Quo vadis? Chirurg 2016; 2: 24-25
2. Ausbildungsinhalte zum Sonderfach Gefäßchirurgie,
<http://www.aerztekammer.at/fachaerzte2015#Anl6>
3. Ausbildungsinhalte zum Sonderfach Radiologie,
<http://www.aerztekammer.at/fachaerzte2015#Anl29>

Abbildungen:

C) Fertigkeiten (Zahlen aus Grundfachausbildung anrechenbar)	Richtzahl
1. Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Rechtfertigung sowie Postprocessing-Aufgaben von:	100
• diagnostischen Angiographien und endovaskulären Behandlungen	50
• venösen Interventionen	5
• Embolisationsverfahren	10
• diagnostischen Punktionen, Drainagen, Schmerztherapie, Radiofrequenzablation	35
• nicht-invasiver vaskulärer Diagnostik	150

Abb. 1: Sonderfach-Schwerpunktausbildung Radiologie Modul 3: zu erwerbende Fertigkeiten (Auszug)

C) Fertigkeiten	Richtzahl
1. Allfällige interdisziplinäre Indikationsstellung, Entwicklung eines Therapiekonzeptes, Klinische und fachspezifische apparative Diagnostik einschließlich Risiko- und Nutzenabwägung, fachspezifische konservative und operative Therapie bei Gefäßerkrankungen ⋮	
4. Punktions- und Katheterisierungstechniken inkl. zentralvenöse Zugänge	25
5. Arterielle Angiografien als intraoperative Befundkontrollen inkl. Interpretation	50
6. Embolektomie/Thrombektomie (+/- Patch) an Extremitätengefäßen	30
7. Venenentnahme für einen Patch oder einen Bypass	20
8. Varizenoperation	50
9. Gefäßligatur Arteriennaht	20
10. Minor Amputationen	30
11. Allfällige Therapieplanungen für endovaskuläre Eingriffe	50
12. Allfällige Stentimplantation im Rahmen operativer gefäßchirurgischer Eingriffe und Hybridverfahren	30
13. Allfällige Lysetherapie akuter Extremitätenarterienverschlüsse	10

Abb. 2: Sonderfach-Schwerpunktausbildung Gefäßchirurgie: zu erwerbende Fertigkeiten (Auszug)

Korrespondenz:

Prim. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Schima, MSc
 Präsident der Österr. Röntgengesellschaft
 Email: office@oerg.at