

Die Shuntchirurgie gewinnt an Bedeutung

Zum Inhalt

Im Jahre 2007 wurde in der *Gefäßchirurgie* die Rubrik „Shuntchirurgie“ eingeführt und im März des gleichen Jahres ein Schwerpunktheft zu diesem Thema gestaltet. Mit dieser Ausgabe wollen wir die Zugangschirurgie wieder in den Fokus der Gefäßchirurgen rücken, weil,

wie W. Meichelboeck in seinem Artikel aufzeigt, die Zahl der Patienten, die eine Hämodialyse und damit einen funktionierenden Gefäßzugang brauchen, stetig steigt. Nicht nur die Anzahl der Patienten nimmt zu, wie er eindrucksvoll aus aktuellen Statistiken belegt, sondern auch ihr Alter und die Anzahl relevanter Begleiterkrankungen (Diabe-

tes mellitus, KHK, pAVK etc.) und damit vorhersehbar auch die zukünftige Beanspruchung derjenigen, die mit dem Gefäßzugang befasst sind. Seine Schlussfolgerung, sich zukünftigen Herausforderungen durch stärkere Betonung der Shuntchirurgie im gefäßchirurgischen Curriculum und durch intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stellen, können wir nur unterstreichen.

Der präoperativen Duplexsonographie vor Shunteranlage kommt gemäß M. Hollenbeck et al. große Bedeutung zu. Ob vom Nephrologen, vom Radiologen oder vom Gefäßchirurgen selbst durchgeführt, erbringt sie vielfach wichtige Zusatzinformationen, die die Entscheidung über Art und Ort des anzulegenden Gefäßzugangs maßgeblich beeinflussen können und die Ergebnisqualität signifikant verbessern helfen. Auch er betont die wachsende Bedeutung des interdisziplinären Dialogs zur Bearbeitung der vielfältigen Probleme unserer immer älteren und kränkeren Dialysepatienten.

Trotz der Strategie, arteriovenöse Fisteln als Gefäßzugänge der Wahl zu betrachten und anzulegen, gibt es Situationen, wo Fremdmaterial notwendig wird. Die im Vergleich zur nativen Fistel immer noch deutlich höheren Komplikationsraten von Prothesenshunts waren in den vergangenen Jahren immer wieder Anlass zu mehr oder weniger erfolgreichen Neuentwicklungen. U. Klee et al. stellen Innovationen bei Kunststoffprothesen vor und bewerten kritisch die jeweils relevanten Publikationen.

Im nachfolgenden Artikel geben U. Derungs et al. einen ausgezeichneten Überblick über die Klassifikation und Be-

Tab. 1 Vorschläge zur Terminologie in der Shuntchirurgie

Abkürzung	Begriffe	Synonym
HD	Hämodialyse	
HDZ	Hämodialysezugang	
AVF	arteriovenöse Fistel	autologe, native Fistel
AVG	arteriovenöser Graft	Prothesenshunt
TAVF	Tabatière-AV-Fistel	
RCAVF	radiozephale (arteriovenöse) Fistel	Cimino-Brescia-Fistel
UCAVF	ulnozephale (arteriovenöse) Fistel	
BCAVF	brachiozephale (arteriovenöse) Fistel	
BBAVF	brachiobasiläre (arteriovenöse) Fistel	Basilica-Fistel
DRIL	distale Revaskularisation und Intervall-Ligatur	
RUDI	Revision unter Verwendung des distalen Inflows	
PRAL	proximale Radialarterienligatur	
DRAL	distale Radialarterienligatur	
PAI	Proximalisierung des arteriellen Inflows	Krückstock-Shunt
PAVA	Proximalisierung der arteriovenösen Anastomose	
FKDS	farbkodierte Duplexsonographie	
GFR	glomeruläre Filtrationsrate	
DBI	digitobrachialer Index	
MIH	myointimale Hyperplasie	
ntZVK	nicht tunnelierter zentralvenöser Katheter	
tZVK	tunnelierter zentralvenöser Katheter	
PD	Peritonealdialyse	
IPD	intermittierende Peritonealdialyse	
CAPD	kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse	
CCPD	kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse	

handlung von Aneurysmen und Pseudoaneurysmen bei arteriovenösen Fisteln und Prothesenshunts. Ziel soll der zumindest teilweise Erhalt des Gefäßzugs und seiner Stichstrecke sein, um auch nach komplexen Rekonstruktionen die vorübergehende Implantation eines Dialysekatheters zu vermeiden. Dessen Komplikationen sind ja bestens bekannt: Infektion, Bakteriämie und zentralvenöse Obstruktion. Mit letzterer beschäftigen sich H. Görtz u. J. Tessarek im abschließenden Beitrag dieses Schwerpunkthefts. Mit dem Einsatz eines neuartigen Atherektomie-systems gelingt es möglicherweise leichter und mittelfristig wirksamer, zentralvenöse Stenosen bei Dialysepatienten zu behandeln.

Terminologie

Die redaktionelle Bearbeitung der eingegangenen Artikel hat uns gezeigt, dass es immer wichtiger wird, in der Shuntchirurgie eine einheitlichere Terminologie und systematische Abkürzungen zu verwenden. Wir möchten daher unsere Leser aufrufen, durch Zuschriften an die Redaktion kundzutun, ob Konsens besteht, dass wir das Wort Hämodialysezugänge als Oberbegriff für jegliche Art von Konstruktionen verwenden, um eine Hämodialyse zu ermöglichen, beinhaltend nicht tunnelierte und tunnelierte zentralvenöse Katheter, aber auch Shunts mit den zwei Hauptkonstruktionen arteriovenöse Fistel (AVF; synonym: native oder autologe Fistel) und arteriovenöser Graft (AVG; synonym: Prothesenshunt) aus allogenen, xenogenem oder alloplastischem Material.

Die in **Tab. 1** gemachten Vorschläge zu einer einheitlichen Verwendung von Abkürzungen und Begriffen stellen wir gerne zur Diskussion und freuen uns auf ihre Meinung, Kritikpunkte und Vorschläge. In einem späteren Schwerpunkt- heft möchten wir dann anhand Ihrer und unserer Vorschläge und Ideen einen umfassenderen Katalog zur Terminologie in der Shuntchirurgie publizieren.

Entscheidungsfindung

Mehr noch als von der Technik hängen Erfolg und Misserfolg in der Shuntchirur-

gie von der korrekten Indikationsstellung und einer adäquaten präoperativen Planung ab. Gerne würden wir künftig klinische Fälle in dieser Zeitschrift zur Diskussion stellen und in einer Folge- nummer eingegangene Therapievorschläge von Lesern und Experten veröffentlichen. Wir freuen uns auf Ihre kasuistischen Beiträge, die Sie uns gern per E-Mail zuschicken können.



PD Dr. med. M.K. Widmer



Dr. med. V. Mickley

Korrespondenzadressen



PD Dr. M.K. Widmer
Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie, Inselspital
3010 Bern
Schweiz
matthias.widmer@insel.ch



Dr. V. Mickley
Kreiskrankenhaus Rastatt
Engelstr. 39, 76437 Rastatt
v.mickley@
klinikum-mittelbaden.de

K. Kubella

Patientenrechtegesetz

Heidelberg: Springer 2011, 275 S., 106 Abb., (ISBN 978-3-642-22740-0), 89,00 EUR



Ein „Patientenrechtegesetz“ gibt es in Deutschland nicht, ein Vorschlag zur Kodifikation des Behandlungsvertrages im BGB wird hier vorgelegt. Dem ca. 4-seitigen „Entwurf eines

Patientenrechtegesetzes“ folgt eine nahezu 100-seitige Begründung. Auf insgesamt 260 Seiten der fundierten Arbeit werden die Gesetze in den Niederlanden, Finnland und Frankreich berücksichtigt. Der Entwurf fixiert die richterrechtlich begründete Rechtslage in entscheidenden Fragen: Behandlungsvertrag, Krankenhausaufnahmevertrag, sachgemäße Behandlung, Aufklärung, Einwilligung, Information und Mitwirkung des Patienten, Dokumentation, Befundsicherung, Einsichtnahme in Krankenunterlagen, Schweigepflicht, Beweislast im Schadensfall, Anwendung des Werkrechts. Dazu Formulierungsvorschläge zu unzulässigen abweichenden Vereinbarungen. Einzelne Vorgaben können kritisch gesehen werden, so wenn festgelegt werden soll, ein Kind sei vor Vollendung des 14. Lebensjahres generell einwilligungsunfähig. Der Textvorschlag wird die Diskussion um ein Patientenrechtegesetz befördern, insofern ist die Arbeit durchaus verdienstvoll. Ein Gesetz, welches ohnehin geltendes Recht festschreibt, wird man aber kaum als dringlich bezeichnen können. Befürworter mögen auf eine Verbesserung durch die Wirkung gesetzlicher Regelungen setzen, eigentlich neue Regelungen oder gar Verschärfungen zu Lasten der Ärzte brächte der Gesetzentwurf nicht, vielleicht etwas mehr gefühlte Rechtssicherheit.

R. Dettmeyer (Gießen)