

Editorial

Es ist üblich, uns Ärzten eine Hauptschuld an der Explosion der Gesundheitskosten anzulasten. Diese Anschuldigungen aus dem gesamten politischen Spektrum zeugen von einem eklatanten Mangel an Sachverstand und reden einem Staat das Wort, der mit allen Mitteln ein zentral kontrolliertes, konkurrenzfreies und damit teures Gesundheitssystem anstrebt. Wenn zum Beispiel Westschweizer Gesundheitsbehörden künftig auch privaten Institutionen vorschreiben wollen, welche Geräte sie anschaffen dürfen, stört das offenbar niemanden. Das falsch eingesetzte Schlagwort «Kosteneinsparung» sanktioniert so staatlich verordnete Hemmschuhe für die private Konkurrenz.

Zugegeben: Die moderne Medizin hat ihren Preis, doch bringt sie dank neuartiger Geräte und Medikamente auch einen erheblichen Gewinn an Geld und Lebensqualität. Sie verkürzt nicht nur Spital- und Rehabilitationsaufenthalte oder macht sie gar überflüssig, vermindert Invaliditäten, reduziert Arbeitsausfälle und Taggeldforderungen, sondern verhindert auch unnötiges Leiden. Dass z.B. hypophyseninsuffiziente Erwachsene, die ohne Behandlung dem Staat zur Last fallen würden, dank einer Wachstumshormonsubstitution wieder in den Arbeitsprozess eingliedert werden können, wollen unsere Behörden, im Gegensatz zu denjenigen der EU, nicht wahrhaben.

Wenn bei uns die verantwortlichen Politiker immer nur die Ausgabenseite der Medizin ins Visier nehmen, ohne ihren volkswirtschaftlichen Nutzen zu berücksichtigen, beweist das nur ihre Engstirnigkeit. Es ist höchste Zeit, dass dieser Nutzen endlich auch vom Staat erfasst und anerkannt wird. Bisher überlässt man bei uns Kosten-Nutzen-Analysen privaten Initiativen; so z.B. auch bei einer internationalen geplanten Studie, in der man bei Hirnmetastasen den Gesamtnutzen der chirurgischen Exstirpation einerseits und der Gamma-Knife-Behandlung andererseits vergleicht. In England Behandlung bei der Registrierung von Medikamenten Kosten-Nutzen-Berechnungen angestellt. Mit solchen Analysen liesse sich auch die Effizienz von Spitälern vergleichen und damit eine Entscheidungsgrundlage für die Vergabe von Leistungsaufträgen gewinnen. Analysen dieser Art würden zu einer echten Konkurrenz und zu effektiven Kosteneinsparungen führen.

A.M. Landolt

Hornhauttransplantation

- Erfolgsrate über 90 Prozent
- Komplikationen fast immer beherrschbar
- Ambulante oder kurzstationäre Behandlung möglich

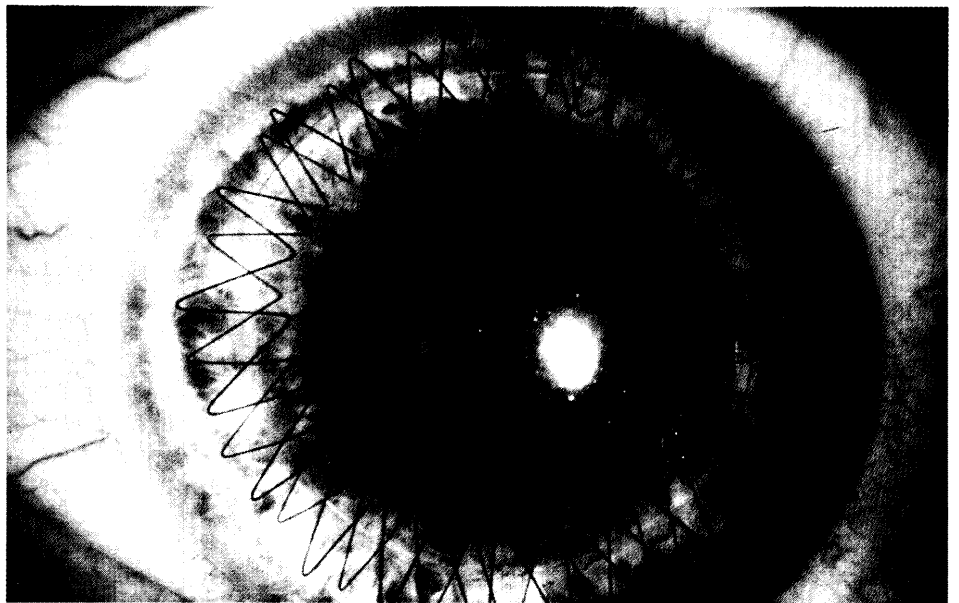


Abb. 1 Status nach vollendeter Hornhauttransplantation (Doppelnah)

Schon vor über 5000 Jahren versuchten die alten Ägypter, die Funktion der erkrankten menschlichen Kornea wiederherzustellen, indem sie sie durch eine gesunde Antilopenhornhaut ersetzten. Routinemässige Korneatransplantationen mit menschlichem Spendermaterial werden jedoch erst seit Mitte der 60er-Jahre unseres Jahrhunderts durchgeführt. Ausschlaggebend für den klinischen Durchbruch und den wachsenden Erfolg des Verfahrens war nicht zuletzt die Verfügbarkeit geeigneten Nahtmaterials (Abb. 1). Die Operation erfolgt als Wahleingriff bei getrübter oder stark deformierter Kornea (Abb. 2 u. 3) oder als Noteingriff nach einer Unberührung (Abb. 4). Da diese Zustände unbehandelt zur praktischen Erblindung des betroffenen Auges führen, bietet der Austausch der funktionsgestörten Hornhaut durch ein klares, regulär gekrümmtes Transplantat die einzige Möglichkeit, die anatomische und optische Integrität des Auges wiederherzustellen.

Operationstechnik

Die Übertragung des Gewebes erfolgt in Allgemeinnarkose unter einem Operationsmikroskop. Zunächst wird mittels Trepanation aus der Spenderkornea ein kreisrundes Transplantat mit einem Durchmesser von 7,0–8,5 mm gewonnen (Abb. 5) und am Empfängerauge das pathologische Gewebe in korrespondierender Grösse herausgestanzt (Abb. 6). Danach wird das Transplan-

Inhalt

Hornhauttransplantation 1

Computerassistierte Navigation in der Neurochirurgie 4

Mikrochirurgische Vasovasostomie 6

Tissue Engineering 8

Z.B.
1057
138, 14, 2000
ZB MED