DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN

Online-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG) anlässlich der 11. Dreiländertagung der D-A-CH Gesellschaften für Gefäßchirurgie
Termin: Donnerstag, 16. Oktober 2025, 12-13 Uhr
Teilnahmelink: https://attendee.gotowebinar.com/register/9179202904228009055

Themen und Referierende

Kongressausblick, Kongresshighlights: Das Puzzle zusammenfügen – Integrierte Patientenversorgung
Dr. med. Arno Stellmes
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und des gemeinsamen Kongresses der D-A-CH-Gesellschaften für Gefäßchirurgie und der Union der Schweizerischen Gesellschaften für Gefäßkrankheiten, Leitender Arzt Gefäßchirurgie, Luzerner Kantonsspital

Prävention voranbringen: Die Halsschlagader im Fokus - wie sich Schlaganfälle vermeiden lassen
Prof. Dr. med. Farzin Adili
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG), Direktor der Klinik für Gefäßmedizin, Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie am Klinikum Darmstadt

Dialysezugänge – Komplikationen vermeiden durch Qualitätsstandards in der Shunt-Versorgung bei Nierenleiden
Prof. Dr. med. Wilma Schierling, M.A.
Leiterin Hochschulambulanz, Geschäftsführende Oberärztin der Abteilung für Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Regensburg

Das „dicke Bein" – was hab' ich? Wie man die Ursache findet
Dr. med. Hans-Walter Fiedler
Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie, Lymphologie und Gründungsmitglied der International Lipoedema Association, Gefäßmedizinisches Versorgungszentrum Kreis Soest

Wehrmedizin: Im Kriegsfall ist die Gefäßchirurgie besonders gefordert – sind wir vorbereitet?
Prof. Dr. med. Tomislav Stojanovic
Klinik für vaskuläre und endovaskuläre Gefäßchirurgie, Klinikum Wolfsburg

Moderation: Stephanie Priester, DGG-Pressestelle

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Stephanie Priester, Heinke Schöffmann
Pressestelle
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 89 31 – 605/ - 442
Fax: 0711 89 31 – 167
E-Mail: priester@medizinkommunikation.org, schoeffmann@medizinkommunikation.org
www.gefaesschirurgie.de

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN

PRESSEMITTEILUNG

Prävention voranbringen: Die Halsschlagader im Fokus
Wie sich Schlaganfälle vermeiden lassen

Berlin, 16. Oktober 2025 – Schlaganfälle zählen zu den häufigsten und folgenschwersten Volkskrankheiten in Deutschland. Rund 248.000 Menschen wurden im Jahr 2023 hierzulande wegen eines akuten Schlaganfalls stationär behandelt, mehr als 37.000 starben an den Folgen 2022. Ein erheblicher Anteil dieser tragischen Ereignisse ließe sich durch bessere Prävention und rechtzeitige Behandlung von Verengungen der Halsschlagader vermeiden. „Wir können heute durch gezielte Vorsorge und schnelle Intervention viele Schlaganfälle verhindern", betonte Professor Dr. med. Farzin Adili, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e. V. (DGG) auf der heutigen Pressekonferenz.

Verengungen der Halsschlagader, sogenannte Karotisstenosen, entstehen durch Ablagerungen an den Gefäßwänden. Lösen sich daraus kleine Partikel oder Blutgerinnsel, können sie Hirngefäße verstopfen und einen Schlaganfall auslösen. Besonders gefährdet sind ältere Menschen sowie Personen mit Bluthochdruck, Diabetes, erhöhten Blutfettwerten, Bewegungsmangel oder Nikotinkonsum. „Prävention bedeutet, diese Risikofaktoren konsequent zu behandeln", erklärt Adili. Die aktuelle europäische Leitlinie empfiehlt dafür die sogenannte „beste medikamentöse Therapie" – mit gezielter Senkung des LDL-Cholesterins, Blutdruck- und Blutzuckerkontrolle, Rauchstopp, regelmäßiger Bewegung und ausgewogener Ernährung. Diese Maßnahmen senken das Schlaganfallrisiko messbar und bilden die Grundlage jeder Behandlung, unabhängig davon, ob die Karotisstenose operiert werden muss oder nicht.

Zeit zählt bei Durchblutungsstörungen in Hirn und Halsschlagader
Treten Warnzeichen auf, ist sofortiges Handeln entscheidend: Plötzliche Sehstörungen, Sprachprobleme, Taubheitsgefühle oder Lähmungen einer Körperseite sind Alarmsignale, die auf eine akute Durchblutungsstörung im Gehirn hinweisen. „Zeit ist Hirn", betont Adili. Betroffene sollten umgehend den Notruf 112 wählen und sich in ein Krankenhaus mit Schlaganfall-Einheit bringen lassen. Dort kann rasch festgestellt werden, ob eine relevante Verengung der Halsschlagader als Ursache für die Minderdurchblutung des Gehirns vorliegt. In diesen Fällen sollte die Operation – eine sogenannte Karotisendarteriektomie, bei der die Ablagerung entfernt wird – möglichst innerhalb von 14 Tagen nach dem ersten Schlaganfall-Ereignis erfolgen. Studien zeigen, dass frühe Eingriffe das Risiko eines erneuten und schwereren Schlaganfalls deutlich reduzieren.

Nicht jede Verengung der Halsschlagader muss operiert werden
Bei beschwerdefreien, zufällig entdeckten Verengungen gilt dagegen: Nicht jede Stenose muss operiert werden. Entscheidend sind der Schweregrad, die Beschaffenheit der Plaques und das individuelle Risiko der Patientin oder des Patienten. „Mit dem Alter werden Ablagerungen in der Halsschlagader häufiger, aber nicht jede Verengung ist gefährlich", so Adili. Moderne Studien belegen, dass eine optimale medikamentöse Behandlung bei vielen Betroffenen ebenso wirksam ist wie ein Eingriff. Operationen oder Stentimplantationen sollten deshalb nur nach sorgfältiger Abwägung im interdisziplinären Gefäßboard erfolgen.

Gezielte Früherkennung statt Massenscreening
Auch bei der Früherkennung setzt die DGG auf Augenmaß. Ein flächendeckendes Screening der Bevölkerung ist weder sinnvoll noch empfohlen. Die US-Taskforce Preventive Services stufte es 2021 sogar als schädlich ein, weil die Risiken von Überdiagnosen und unnötigen Eingriffen überwiegen. Stattdessen sollten gezielte Ultraschalluntersuchungen erfolgen, wenn Risikofaktoren vorliegen oder Warnsymptome aufgetreten sind. So lässt sich verhindern, dass kritische Engstellen unentdeckt bleiben – ohne gesunde Menschen zu verunsichern.

DGG fordert Qualität und Prävention
Um das Schlaganfallrisiko in Deutschland nachhaltig zu senken, fordert die DGG klare Qualitätsstandards in der Versorgung. „Operationen an der Halsschlagader sollten ausschließlich in zertifizierten Zentren mit ausgewiesener Expertise und enger Zusammenarbeit zwischen Gefäßchirurgie und Neurologie durchgeführt werden", betont der DGG-Präsident. Zudem müsse die Vorgabe umgesetzt werden, dass Eingriffe bei Stenosen, die Beschwerden auslösen, innerhalb von 14 Tagen nach einem leichten Schlaganfall oder einer transitorischen ischämischen Attacke erfolgen. Ebenso wichtig sei, Programme zur Raucherentwöhnung, zur Blutfett- und Blutdruckkontrolle sowie zur Bewegungsförderung konsequent zu finanzieren, denn Prävention *(sowohl primär als auch sekundär*) ist kosteneffektiv und rettet Leben. „Prävention ist die wirksamste Form der Schlaganfalltherapie", fasst Adili zusammen. „Ohne konsequente Behandlung der Risikofaktoren kann keine Operation langfristig erfolgreich sein. Die optimale medikamentöse Begleitung und Lebensstilkontrolle sind sowohl vor als auch nach einem Eingriff an der Halsschlagader essenziell, um einen Schlaganfall zu verhindern."

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Quellen:
Naylor R et al., European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023 Clinical Practice Guidelines on the Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease, European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2022.04.011

Barnett HJ, Taylor DW, Eliasziw M, et al., Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. N Engl J Med. 1998 Nov 12;339(20):1415-25. doi: 10.1056/NEJM199811123392002. PMID: 9811916.

Halliday A, Harrison M, Hayter E, et al., Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST) Collaborative Group. 10-year stroke prevention after successful carotid endarterectomy for asymptomatic stenosis (ACST-1): a multicentre randomised trial. Lancet. 2010 Sep 25;376(9746):1074-84. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61197-X. PMID: 20870099; PMCID: PMC2956884.

Mantese VA, Timaran CH, Chiu D, et al., CREST Investigators. The Carotid Revascularization Endarterectomy versus Stenting Trial (CREST): stenting versus carotid endarterectomy for carotid disease. Stroke. 2010 Oct;41(10 Suppl):S31-4. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.595330. PMID: 20876500; PMCID: PMC3058352.

Donners, Simone J A et al., Optimised medical therapy alone versus optimised medical therapy plus revascularisation for asymptomatic or low-to-intermediate risk symptomatic carotid stenosis (ECST-2):

2-year interim results of a multicentre randomised trial, The Lancet Neurology, Volume 24, Issue 5, 389 – 399

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF): Asymptomatic Carotid Artery Stenosis: Screening, February 02, 2021 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/carotid-artery-stenosis-screening?

Hirsch S, Kostev K, Tanislav C, et al., Ischemic Stroke Treatment in Germany (2015-2023): Nationwide Trends in Thrombolysis and Thrombectomy by Age and Sex. Brain Sci. 2025 Aug 2;15(8):832. doi: 10.3390/brainsci15080832. PMID: 40867164; PMCID: PMC12384785.

Ungerer, M.N., Bartig, D., Richter, D. et al. The evolution of acute stroke care in Germany from 2019 to 2021: analysis of nation-wide administrative datasets. Neurol. Res. Pract. 6, 4 (2024). https://doi.org/10.1186/s42466-023-00297-x

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN

PRESSEMITTEILUNG

Dialyse-Shunts als gefäßmedizinische Herausforderung
DGG fordert Qualitätsstandards für Dialyse-Zugänge bei Nierenleiden

Berlin, 16. Oktober 2025 – Einen Zugang für die Blutwäsche (Dialyse) zu schaffen und zu erhalten ist eine anspruchsvolle gefäßchirurgische Aufgabe. Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG) setzt sich dafür ein, dass dieser lebensnotwendige Eingriff und das weitere Shunt-Management in spezialisierten und zertifizierten Zentren erfolgen. Nur dort sei eine bestmögliche Behandlung rund um die Uhr und auf hohem fachlichen Niveau möglich. Über Qualitätsstandards, das neue Shunt-Register sowie die notwendigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen spricht eine Expertin auf der heutigen Online-Pressekonferenz der DGG.

Mehr als 100.000 Menschen sind laut deutschen Kassendaten derzeit dialysepflichtig, mit steigender Tendenz. Weil ihre Nieren die wichtige Aufgabe der Blutreinigung und Entwässerung nicht mehr erfüllen, hängt ihr Überleben davon ab, dass ihr Blut auf anderem Wege gereinigt wird. „In Deutschland erfolgt dies zu gut 95 Prozent durch die sogenannte Hämodialyse, bei der das Blut aus dem Körper heraus, durch eine künstliche Niere hindurch und anschließend wieder in den Körper zurückgeleitet wird", sagt Professor Dr. med. Wilma Schierling, Leiterin Hochschulambulanz und Geschäftsführende Oberärztin der Abteilung für Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg. „Hierfür muss ein spezieller Gefäßzugang geschaffen werden. Im optimalen Fall ist dies ein so genannter Shunt, bei dem eine Schlagader im Arm direkt mit einer Vene kurzgeschlossen wird, um ausreichend Blut für die Dialyse abzugreifen und wieder zurückzuführen."

Komplikationen und Risiken der Shunt-Anlage
Wie gut und wie lange ein solcher Shunt funktioniert, hängt wesentlich von der Expertise des ausführenden Zentrums ab. Häufige Komplikationen sind eine Verengung oder der Verschluss des Shunts, durch den dann zu wenig oder kein Blut mehr fließt, oder aber ein zu hoher Blutfluss, der das Herz belastet und zu einer Minderdurchblutung der Hand führt. Eine gefürchtete Komplikation sind auch Infektionen, die bis zur Sepsis reichen können. Diese sind bei einem aus Eigengewebe geformten Shunt recht selten, bei künstlichen Prothesenshunts dagegen häufiger; bei diesen wird auch eine höhere Verschlussrate beobachtet. Das höchste Infektionsrisiko besteht bei einem Dialysekatheter, der mit seiner Spitze im rechten Vorhof des Herzens platziert und durch die Haut

nach außen geführt wird. „Ein Katheter gilt deshalb als letzte Option in der Dialyseversorgung, wenn die Anlage eines Shunts nicht möglich ist", erläutert Schierling.

Das Deutsche Shuntregister: ein Werkzeug für mehr Sicherheit
Schon allein, von der der Dialyse abhängig zu sein, belastet die Betroffenen körperlich und zeitlich erheblich. Jede Komplikation, allen voran der Shuntverschluss, bedeutet eine zusätzliche Belastung und geht oft mit einer notfallmäßigen stationären Behandlung einher. „Unser Ziel ist es daher, die Komplikationsrate so gering wie möglich zu halten", betont DGG-Expertin Schierling. Ein wichtiges Werkzeug zur Qualitätssicherung hat die DGG dieses Jahr zusammen mit anderen Fachgesellschaften an den Start gebracht: das Deutsche Shuntregister, in dem jeder neue Dialysezugang erfasst wird. Künftig werden so auch wissenschaftliche Analysen zur Ergebnisqualität möglich. Bereits seit einigen Jahren arbeitet die DGG außerdem mit den Fachgesellschaften für Angiologie, Nephrologie und Radiologie zusammen und zertifiziert „Interdisziplinäre Zentren für Dialysezugänge". Bislang haben bundesweit 39 Einrichtungen dieses Zertifikat erhalten – bei Weitem nicht genug, denn von einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung ist Deutschland damit weit entfernt.

Politische Unterstützung und faire Vergütung gefordert
Damit das Netz ausgebaut werden kann und nicht im Gegenteil Mitglieder verliert, wünscht sich die DGG auch politische Unterstützung. „Was die Krankenhausreform für die Shuntversorgung bringen wird, bleibt abzuwarten", sagt DGG-Präsident Professor Dr. med. Farzin Adili, Darmstadt. Die Tendenz gehe jedoch dahin, dass Eingriffe am Dialysezugang nur noch ambulant vorgesehen seien – was in der Praxis nicht realistisch sei. „Einheitliche Kriterien, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen, fehlen jedoch." Insgesamt müsse die Vergütung der hochkomplexen Eingriffe dringend verbessert werden. Erste Zentren, die sich auf die Behandlung von Dialysezugängen spezialisiert hätten, würden aufgrund mangelnder Rentabilität bereits schließen – ein Trend, den umzukehren es hoffentlich noch nicht zu spät sei.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Quellen:
Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, Patienteninformation zur Nierenersatztherapie (https://www.dgfn.eu/nierenerkrankungen-und-therapien.html)

Häckl D et al. Prävalenz, Kosten der Versorgung … Gesundheitswesen 2021; 83(10): 818–828 | © 2021 (https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1330-7152)

Boedecker-Lips SC et al. Grüne Nephrologie –… Dtsch Med Wochenschr 2024; 149: 825–831 | © 2024 (https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2151-8968.pdf?cooperation=2wRiHz5JuDzKa9kw3NSwjfCVIKKRwuoySCZtwJwr)

Dialysezugänge: Gute Chirurgie allein reicht nicht. Dt. Ärzteblatt 46/2019 (https://www.aerzteblatt.de/archiv/dialysezugaenge-gute-chirurgie-allein-reicht-nicht-70eeacd0-8ca7-4664-83a0-93098d55f730)

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
GEFÄSSCHIRURGIE UND GEFÄSSMEDIZIN

PRESSEMITTEILUNG

Gefäßexperte zum Phänomen des „dicken Beins"
Harmlos oder gefährlich – was tun, wenn das Bein anschwillt?

Berlin, 16. Oktober 2025 – Schwellungen an einem oder beiden Beinen sind eines der häufigsten Symptome, die Patientinnen und Patienten in die gefäßmedizinische Praxis führen. Dahinter kann eine Vielzahl unterschiedlicher Ursachen stehen, von harmlosen Hormonschwankungen über Nieren- oder Herzprobleme bis hin zu potenziell lebensgefährlichen Thrombosen. Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e. V. (DGG) klärt im Rahmen der heutigen Online-Pressekonferenz darüber auf, wann ein Arztbesuch angeraten ist, wie die Diagnose gestellt wird und was Betroffene selbst tun können.

Ein „dickes Bein" ist keine eigenständige Erkrankung, sondern ein Symptom, das auf viele gesundheitliche Probleme hindeuten kann. „Um die ganze Bandbreite möglicher Ursachen zu verstehen, hilft ein Blick auf die Entstehungsmechanismen der Schwellung", sagt DGG-Experte Dr. med. Hans-Walter Fiedler vom Gefäßmedizinischen Versorgungszentrum Kreis Soest. Meist ist die Schwellung Folge eines Ödems, einer Ansammlung von Gewebsflüssigkeit (Lymphe), die durch ein Ungleichgewicht zwischen deren Bildung und Abfluss entsteht.

Auslöser: Von Allergie bis Verletzung
Zu viel Lymphe wird etwa dann gebildet, wenn die Venenklappen geschwächt sind, das Blut also in die Beine zurücksackt und den Druck in den Kapillaren erhöht. „Eine große Risikogruppe sind daher Menschen mit Venenschwäche und Krampfadern, die fast 16 Prozent der Bevölkerung ausmachen", erläutert Fiedler das Ausmaß des Problems. Darüber hinaus können Beinschwellungen bei Herz- oder Nierenschwäche auftreten, bei starkem Eiweißmangel oder als Nebenwirkung mancher Medikamente. Zu Ödembildungen kommt es ebenfalls, wenn die Durchlässigkeit der Gefäßwände zunimmt, was unter anderem bei Entzündungen, Allergien oder hormonell bedingt der Fall sein kann. Letztlich kann der Abtransport der Lymphe auch mechanisch blockiert sein – etwa nach Operationen, Verletzungen oder bei Adipositas.

Notfälle mit Ultraschall abklären
Ein echter Notfall liegt vor, wenn die Schwellung auf eine tiefe Beinvenenthrombose zurückgeht. „Diese Möglichkeit muss bei jeder neu auftretenden, einseitigen Beinschwellung bedacht und sofort abgeklärt werden", betont Fiedler. Schnelle Gewissheit bringe eine Ultraschalluntersuchung der Beingefäße. Bei einer akuten Schwellung

beider Beine müsse auch an eine höherliegende Thrombose im Bauchraum („Vena-cava-Thrombose") gedacht werden.

Der Ursache auf den Grund gehen
Sind diese lebensbedrohlichen Erkrankungen ausgeschlossen, beginnt die Suche nach anderen Ursachen. Wichtige Hinweise geben der zeitliche Verlauf der Schwellungen – wann treten sie auf, wie lange bestehen sie schon? – sowie das Schwellungsmuster – ein- oder beidseitig, sind auch andere Körperteile betroffen? Bei der körperlichen Untersuchung achten Gefäßmediziner*innen auch auf Hautveränderungen, auf mögliche Schmerzpunkte und darauf, ob die Schwellung sich eindrücken lässt oder nicht. Bei Bedarf können sich Laboruntersuchungen, eine Bildgebung per CT oder MRT oder ein Herz-Ultraschall anschließen.

Aktivität hilft gegen Schwellung
So vielfältig wie die Ursachen sind auch die möglichen Therapieansätze. Gegen die Schwellung selbst sind in der Regel konservative Verfahren wie das Tragen von Kompressionsstrümpfen, Lymphdrainage und Gewichtsreduktion hilfreich. „Hier können und müssen Betroffene auch selbst aktiv werden: Beine hochlagern, sich regelmäßig bewegen, nicht zu lange sitzen und stehen sind einfache, aber wirksame Maßnahmen", so Fiedler. Je nach Grunderkrankung könne zudem die Einnahme entwässernder Medikamente sinnvoll sein, unter Umständen auch eine Thromboseprophylaxe.

Verschiedene operative Verfahren
Nicht zuletzt stehen auch operative Verfahren zur Verfügung wie etwa die Entfernung kranker Venen oder Gefäßrekonstruktionen bei Abflussstörungen. Auch beim Lipödem, der krankhaften Vermehrung von Fettgewebe, die medizinisch betrachtet kein wirkliches Ödem ist, kann eine Operation sinnvoll sein. „Bei jeder Schwellung der Beine sollte frühzeitig ärztlicher Rat eingeholt werden", resümiert Gefäßspezialist Fiedler. „Denn mit einer adäquaten Therapie lassen sich viele Komplikationen vermeiden und die Lebensqualität erhalten."

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Quellen:

B. Linnemann, W. Blank, T. Doenst, C. Erbel, P. Isfort, U. Janssens, C. Kalka, R. Klamroth, J. Kotzerke, S. Ley, J. (Stand: 2023.): Diagnostik und Therapie der tiefen Venenthrombose und Lungenembolie – AWMF-S2k-Leitlinie. Online verfügbar unter https:/register.awmf.org/de/leitlinien/detail/065-002.

Brauer, Wolfgang Justus (2023): Klinische Diagnostik des Lymphödems. Eine Einführung für Ärzte. Berlin, Heidelberg: Springer (essentials). Online verfügbar unter https://link.springer.com/978-3-662-67169-6.

Faerber, Gabriele; Cornely, Manuel; Daubert, Constance; Erbacher, Gabriele; Fink, Jodok; Hirsch, Tobias et al. (2024): S2k-Leitlinie Lipödem. In: J Deutsche Derma Gesell 22 (9), S. 1303–1316. DOI: 10.1111/ddg.15513_g.

Fiedler, Hans-Walter (2025): Das „dicke Bein" in der gefäßchirurgischen Sprechstunde. In: Gefässchirurgie 30 (3), S. 183–194. DOI: 10.1007/s00772-025-01194-0.

Rabe E, Pannier F, Ko A (2003): Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie: Epidemiologische Untersuchung zur Häufigkeit und Ausprägung von Venenerkrankungen. In: Phlebologie 32, 2003 (1), S. 1–14.

Deutscher Herzbericht - Update 2024. Unter Mitarbeit von T. Voigtländer, H. Schunkert und M. Vestweber. Hg. v. Deutsche Herzstiftung e.V. Online verfügbar unter https://epaper.herzstiftung.de/#0

STATEMENT

Kongressausblick, Kongresshighlights: das Puzzle zusammenfügen – integrierte Patientenversorgung

Dr. med. Arno Stellmes
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und des gemeinsamen Kongresses der D-A-CH Gesellschaften für Gefäßchirurgie und der Union der Schweizerischen Gesellschaften für Gefäßkrankheiten, Leitender Arzt Gefäßchirurgie, Luzerner Kantonsspital

Zwischen Anspruch, Umsetzung und Perspektive

Chronische Gefäßerkrankungen zählen zu den großen medizinischen Herausforderungen unserer Zeit. Ihre Behandlung erfordert das Zusammenspiel zahlreicher Disziplinen. Mit dem gemeinsamen Kongress der deutschsprachigen Gesellschaften für Gefäßchirurgie und der Union der Schweizerischen Gesellschaften für Gefäßkrankheiten bietet sich die Gelegenheit, die verschiedenen Facetten der Gefäßmedizin – von Prävention über Diagnostik bis hin zu Therapie und Nachsorge – zu beleuchten.

Was bedeutet integrierte Versorgung?

Integrierte Versorgung bezeichnet die bereichsübergreifende, koordinierte und interdisziplinäre Betreuung von Patientinnen und Patienten – vom niedergelassenen Arzt über die Akutbehandlung bis zur Rehabilitation. Ziel ist eine durchgängige Versorgungskette, die Mehrfachuntersuchungen vermeidet, Informationsverluste reduziert und damit Versorgungsqualität wie auch Patientensicherheit nachhaltig erhöht.

Gerade in der Gefäßmedizin ist dieser Ansatz entscheidend: Die Krankheitsbilder sind oft chronisch, komplex und betreffen mehrere Fachrichtungen gleichzeitig. Nur wenn alle Beteiligten eng zusammenarbeiten, lassen sich Komplikationen vermeiden, Lebensqualität steigern und Gesundheitskosten senken.

Direkte Vorteile für Patientinnen und Patienten

Eine koordinierte Behandlung bedeutet für Betroffene:

- weniger Mehrfachuntersuchungen und kürzere Wartezeiten
- schnelleren Zugang zu Spezialist*innen
- eine Therapie, die konsequent leitliniengerecht und interdisziplinär abgestimmt ist
- bessere Nachsorge und geringeres Risiko für Folgekomplikationen

Inhalte und Innovationen auf dem Kongress

Der Kongress bringt Expert*innen der verschiedenen Fachgesellschaften zusammen, um Lösungen für integrierte Versorgungskonzepte zu entwickeln. Diskutiert werden unter anderem:

- interdisziplinäre Behandlungsansätze für Patientengruppen mit komplexen Erkrankungen wie pAVK, Dialysepflichtigkeit oder diabetischem Fuß
- Präventionsstrategien, um teure Spätfolgen chronischer Erkrankungen zu vermeiden
- strukturierte Nachsorgekonzepte und innovative digitale Instrumente zur Verbesserung der Versorgungskette

Umsetzung trotz Fachkräftemangel

Angesichts steigender Belastungen und Personalknappheit sind integrierte Versorgungslösungen nicht nur möglich, sondern notwendig:

- Effizienzsteigerung durch klare Patientenpfade spart Zeit und Ressourcen.
- Digitalisierung verbessert Kommunikation und Datenfluss zwischen allen Beteiligten.
- Neue Berufsprofile wie Clinical Assistants übernehmen standardisierte Aufgaben und entlasten Ärzt*innen.

Herausforderungen für die Umsetzung integrierter Versorgung

- *Digitale Infrastruktur:* Ein fehlendes durchgängiges Patientendossier und fragmentierte Krankenhaus-Informationssysteme verhindern bislang einen nahtlosen Datenaustausch zwischen Praxen, Kliniken und Rehabilitation.
- *Koordination und Schnittstellen:* Unterschiedliche Herangehensweisen einzelner Fachrichtungen und fehlende strukturierte Behandlungspfade führen zu Doppeluntersuchungen und Reibungsverlusten.
- *Fachkräftemangel:* Personelle Engpässe erschweren die Umsetzung neuer Versorgungsmodelle und verstärken den Druck auf das bestehende Personal.
- *Vergütungsstrukturen:* Das derzeitige Honorarsystem belohnt Einzelleistungen statt interdisziplinärer Koordination – integrierte Versorgung wird dadurch finanziell nicht ausreichend gefördert.
- *Politische Rahmenbedingungen:* Föderale Strukturen und uneinheitliche Regelungen in D/A/CH erschweren die flächendeckende Einführung erfolgreicher Modelle, die häufig auf Pilotprojekte beschränkt bleiben.

- *Akzeptanz und Patientenkompetenz:* Sowohl Skepsis bei medizinischem Personal als auch mangelnde Nutzung elektronischer Gesundheitsakten durch Patient*innen bremsen die Umsetzung.

Leitlinien

Die Notwendigkeit einer koordinierten, evidenzgestützten Behandlung spiegelt sich auch in den aktuellen Leitlinien wider. So haben verschiedene Fachgesellschaften gemeinsam die S3-Leitlinie zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) erarbeitet – ein Beispiel dafür, wie interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxis gelebt und in verbindliche Empfehlungen überführt werden kann.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Luzern, Oktober 2025

STATEMENT

Prävention voranbringen: Die Halsschlagader im Fokus – wie sich Schlaganfälle vermeiden lassen

Prof. Dr. med. Farzin Adili
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG),
Direktor der Klinik für Gefäßmedizin, Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie am Klinikum Darmstadt

1. Warum es jetzt um Prävention gehen muss

Schlaganfälle zählen zu den schwerwiegendsten Volkskrankheiten in Deutschland mit hoher Sterblichkeit und enormen Folgekosten. 2023 wurden bundesweit rund 248 000 akute ischämische Schlaganfälle stationär behandelt. Im Jahr 2022 starben 37 292 Menschen an einem Schlaganfall. [7]

Ein relevanter Teil dieser Ereignisse geht auf Verengungen (Stenosen) der Halsschlagader (A. carotis) zurück. Von Ablagerungen, insbesondere im Abgangsbereich der hirnversorgenden A. carotis interna, lösen sich kleinere Blutgerinnsel oder Partikel und verursachen Embolien in den nachgeschalteten Hirngefäßen. Die Folge sind Durchblutungsstörungen des Hirngewebes mit temporären oder dauerhaften neurologischen Ausfällen (Schlaganfall).

Präventive Maßnahmen vermeiden daher erstens Erstereignisse und zweitens Rezidive nach Transitorischer ischämische Attacke (TIA)/Schlaganfall. Die aktuelle europäische Leitlinie (ESVS, 2023) fasst Evidenz und Indikationen zusammen und betont: beste medikamentöse Therapie (BMT) für alle, frühzeitige Operation (Karotisendarteriektomie CEA) bei symptomatischen Stenosen, selektive Eingriffe bei asymptomatischen Stenosen. [1]

2. Wie häufig sind asymptomatische Karotisstenosen?

Die Häufigkeit von asymptomatischen Verengungen der Halsschlagader – Asymptomatische Karotisstenose – nimmt mit dem Alter deutlich zu. Gute Orientierungswerte liefert eine große Meta-Analyse von vier bevölkerungsbasierten Studien mit mehr als 23 000 Teilnehmenden (Duplex-Ultraschall in der Allgemeinbevölkerung):

Moderate Stenose (≥ 50 %)
Männer: von 0,2 % (< 50 Jahre) bis ≈ 7,5 % (≥ 80 Jahre).
Frauen: von ≈ 0 % (< 50 Jahre) bis ≈ 5,0 % (≥ 80 Jahre).

Schwere Stenose (≥ 70 %)
Männer: von ≈ 0,1 % (< 50 Jahre) bis ≈ 3,1 % (≥ 80 Jahre).
Frauen: von ≈ 0 % (< 50 Jahre) bis ≈ 0,9 % (≥ 80 Jahre).

Das heißt: In jüngeren Altersgruppen sind hochgradige, beschwerdefreie Verengungen selten.
Im hohen Alter findet man häufiger moderate Verengungen. Hochgradige Verengungen bleiben deutlich seltener, sind aber klinisch besonders relevant, weil hier – bei richtiger Auswahl – ein Eingriff zusätzlichen Schutz vor Schlaganfällen bieten kann.
Die ESVS-Leitlinie 2023 nutzt diese Daten als epidemiologische Basis und leitet daraus ab: Medikamentöse Prävention konsequent für alle, frühe Operation bei symptomatischen Stenosen, selektive Eingriffe bei asymptomatischen Stenosen. (Details und Alterskurven in ESVS 2023, Kap. Epidemiologie.) [1]

3. Wer ist besonders gefährdet?

- Alter, männliches Geschlecht
- Atherosklerose-Risikofaktoren: Nikotin, Hypertonie, Diabetes, Dyslipidämie, körperliche Inaktivität
- Generalisierte Gefäßerkrankung (zum Beispiel Koronare Herzkrankheit (KHK), Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)
  Warnsymptome: TIA, Amaurosis fugax (vorübergehende Blindheit), neu aufgetretene fokal-neurologische Ausfälle (zum Beispiel Halbseitenlähmungen oder Sprachstörungen). Hier gilt „Zeit ist Hirn" und eine sofortige Abklärung mit Duplex-Ultraschall, CT-Angiografie, MR-Angiografie ist erforderlich. (Leitlinie ESVS 2023) [1]

4. Was verhindert Schlaganfälle? – Die drei Säulen

I Beste medikamentöse Therapie (BMT) für Betroffene mit hohem Risiko:

- LDL-Senkung (Zielwert < 55mg/dl), Blutdruck- und Diabetes-Kontrolle, Plättchenhemmung, Rauchstopp, Bewegung, Ernährung: Diese Maßnahmen senken Ereignisse messbar und sind Grundlage jeder Prävention. ESVS 2023 empfiehlt klare Zielbereiche (unter anderem BP-Ziele nach ESC/ESH). [1]

II **Primär** Operation – Stent kann erwogen werden

- Symptomatische Karotisstenose (50 bis 99 Prozent):
  Die Karotisendarteriektomie (CEA) reduziert Rezidiv-Schlaganfälle signifikant, am deutlichsten bei hochgradigen Stenosen und früher Intervention (innerhalb von 14 Tagen nach Ereignis). [2]
- Asymptomatische Karotisstenose (≥ 60 bis70 Prozent): Selektion ist entscheidend (niedriges perioperatives Risiko, längere Lebenserwartung, Hochrisikomerkmale der Plaque). ACST-1 zeigt Langzeitnutzen über 10

Jahre nach CEA in ausgewählten Kollektiven – der heutige Nettoeffekt ist aufgrund besserer BMT individuell abzuwägen. [3]

- CEA versus CAS (Stenting): Langzeit-Outcomes sind insgesamt ähnlich; periprozedural ist das Schlaganfallrisiko bei CAS und Myokardinfarktrisiko bei CEA etwas höher. Entscheidung: patienten-, plaque- und zentrumsbezogen in einem multidisziplinären Gefäßboard unter Einbeziehung der Neurologie. (CREST) [4]
- Neue Evidenz (ECST-2, Interimsanalyse 2025): Bei ausgewählten (niedrigrisikobewerteten) stenotischen Patient*innen zeigte die Kombination Revaskularisation + BMT keinen Zusatznutzen gegenüber BMT allein nach 2 Jahren. Das unterstreicht die Notwendigkeit präziser Risikoselektion außerhalb akuter Symptomatik. [5]

III Früherkennung – gezielt statt „Gießkanne"

- Kein Bevölkerungsscreening auf asymptomatische Karotisstenose (USPSTF „D"-Empfehlung). Stattdessen anlassbezogene Duplex-Diagnostik bei Risikokonstellation oder Symptomen. [6]

5. Versorgungspfad – was wir konkret empfehlen

1. Bei Warnzeichen sofort handeln („Zeit ist Hirn")

Was sind Warnzeichen? Plötzliche Sehstörung (zum Beispiel „Vorhang" vor einem Auge), Sprachstörung, Lähmungs- oder Taubheitsgefühl einer Körperseite, starker Schwindel mit Gangunsicherheit.

Was tun? Unverzüglich 112 anrufen und in ein Krankenhaus mit Schlaganfall-Notfallversorgungseinheit (Stroke-Unit) bringen lassen. Dort wird die Halsschlagader rasch mit Ultraschall (Duplex) oder Computertomografie-Angiographie (CT-A) oder Kernspinangiografie (MR-A) untersucht.

Wenn eine relevante Verengung (Stenose) der Halsschlagader als Ursache vorliegt: Operation an der Halsschlagader – medizinisch Carotisendarteriektomie (CEA) – sollte möglichst innerhalb von 14 Tagen nach dem ersten Warnereignis erfolgen, weil frühe Eingriffe das Wiederholungs-Schlaganfallrisiko am stärksten senken.

2. Die Basistherapie für alle – Medikamente und Lebensstil

Blutfette (LDL-Cholesterin) konsequent senken – in der Regel mit Statinen (bei Unverträglichkeit gegebenenfalls Ezetimib oder PCSK9-Hemmer).

Blutdruck gut einstellen, Diabetes behandeln.

Blutplättchenhemmer (zum Beispiel Aspirin; bei Unverträglichkeit Clopidogrel) nach ärztlicher Vorgabe einnehmen.

Rauchstopp, Bewegung, gesunde Ernährung – diese Maßnahmen reduzieren das Schlaganfallrisiko messbar und sind Grundlage jeder Prävention, unabhängig davon, ob operiert oder nicht. (Empfehlungen gemäß ESVS-Leitlinie 2023.)

3. Operation oder Stent – aber gezielt und zum richtigen Zeitpunkt
Bei symptomatischer Stenose (also nach TIA, vorübergehender Sehstörung oder leichtem Schlaganfall):
CEA (Ausschälen der Plaque in der Halsschlagader) ist in der Regel Therapie der Wahl und senkt das Risiko für erneute Schlaganfälle deutlich, besonders bei hochgradigen Verengungen.
Karotisstent (CAS) ist eine Alternative in ausgewählten Situationen (zum Beispiel ungünstige Hals-Anatomie für eine Operation, vorbestehende Stimmbandlähmung, hohes OP-Risiko).
Wichtig: Die Zeit bis zur Behandlung entscheidet mit über den Nutzen – je früher (≤ 14 Tage), desto besser.

Bei asymptomatischer Stenose (Zufallsbefund ohne Beschwerden):
Zuerst optimale Basistherapie (siehe oben).
Ein Eingriff (CEA oder CAS) kommt nur bei sorgfältiger Auswahl in Frage: sehr hochgradige Verengung, ungünstige Plaque-Eigenschaften im Ultraschall, niedriges Eingriffsrisiko, ausreichende Lebenserwartung.
Langzeitstudien (ACST-1) zeigen Nutzen der CEA in selektierten Patientengruppen; moderne Daten (ECST-2, Interimsanalyse) unterstreichen, dass ohne Hochrisikokonstellation die optimale Medikamententherapie allein oft gleichwertig sein kann. Entscheidung daher individuell im interdisziplinären Gefäß-Board.

4. Früherkennung mit Augenmaß – kein „Gießkannen-Screening"
Für gesunde Menschen ohne Beschwerden empfiehlt die US-Präventionsleitlinie (USPSTF) kein allgemeines Screening auf Karotisstenosen (Empfehlungsgrad D). Sinnvoll ist eine gezielte Ultraschall-Abklärung, wenn Risikofaktoren vorliegen (Alter, Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes, bekannte Gefäßerkrankung) oder wenn es Warnzeichen gab (siehe oben). [6]

6. Was bedeutet das für Deutschland?

- Mehr als 215 000 bis 248 000 stationäre ischämische Schlaganfälle/Jahr (2019 bis 2023-Spanne); Mortalität weiterhin hoch. [8]
- Präventionspotenzial: Ein substanzieller Anteil (15 bis 25 Prozent) ist Karotis-assoziiert und vermeidbar – durch BMT-Konsequenz, rasche CEA bei Symptomen und kluge Selektion bei Asymptomatischen. (Leitlinie/Evidenz siehe oben.) [1]

7. DGG-Forderungen (Policy & Praxis)

- Strukturqualität sichern: Versorgung in zertifizierten Zentren mit belegbarer CEA/CAS-Expertise, Rund-um-die-Uhr-Diagnostik und Gefäß-/Neuro-Board. (Leitlinienkonsens) [1]
- Zeitziele umsetzen: CEA innerhalb von 14 Tagen nach TIA/leichtem Schlaganfall – diese Kennzahl gehört in Qualitätsberichte. [1]
- Prävention finanzieren: Programme zu Raucherentwöhnung, Lipid-/ Hypertoniemanagement und Bewegungstherapie konsequent fördern. Sie sind kosteneffektiv und die Basis jedes Eingriffs. [1]
- Gezielte Früherkennung: Kein Massenscreening; risikoadaptiertes Duplex bei klinischem Verdacht und in Hochrisikogruppen. [6]
- Daten & Register stärken: Einheitliche Outcomes-Erfassung (perioperative Ereignisse, 1-/5-Jahres-Outcomes) zur kontinuierlichen Qualitätssicherung.

Kernbotschaften

- „Zeit ist Hirn – und Halsschlagader." Symptomatische Stenosen brauchen rasche CEA; so lassen sich Rezidive effektiv verhindern.
- BMT rettet Leben. Ohne konsequente Risikofaktorkontrolle kein nachhaltiger Präventionserfolg, egal ob operiert oder nicht.
- Selektion statt Zufall. Bei asymptomatischen Stenosen entscheiden Plaque-Biologie, Patientenrisiko und Lebenserwartung, nicht allein der Stenosegrad.
- Kein Massenscreening. Zielgerichtete Diagnostik ist wirksam, breitflächiges Screening schadet mehr als es nutzt.
- Mit dem Alter werden Ablagerungen in der Halsschlagader häufiger. Aber nicht jede Verengung muss operiert werden. Entscheidend sind Beschwerden, der Schweregrad, die Beschaffenheit der Plaque und das persönliche Risiko.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Darmstadt, Oktober 2025

Literatur/Quellen:

1. Naylor R et al., European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023 Clinical Practice Guidelines on the Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease, European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2022.04.011

2. Barnett HJ, Taylor DW, Eliasziw M, et al., Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. N Engl J Med. 1998 Nov 12;339(20):1415-25. doi: 10.1056/NEJM199811123392002. PMID: 9811916.

3. Halliday A, Harrison M, Hayter E, et al., Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST) Collaborative Group. 10-year stroke prevention after successful carotid endarterectomy for asymptomatic stenosis (ACST-1): a multicentre randomised trial. Lancet. 2010 Sep 25;376(9746):1074-84. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61197-X. PMID: 20870099; PMCID: PMC2956884.

4. Mantese VA, Timaran CH, Chiu D, et al., CREST Investigators. The Carotid Revascularization Endarterectomy versus Stenting Trial (CREST): stenting versus carotid endarterectomy for carotid disease. Stroke. 2010 Oct;41(10 Suppl):S31-4. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.595330. PMID: 20876500; PMCID: PMC3058352.
5. Donners, Simone J A et al., Optimised medical therapy alone versus optimised medical therapy plus revascularisation for asymptomatic or low-to-intermediate risk symptomatic carotid stenosis (ECST-2): 2-year interim results of a multicentre randomised trial, The Lancet Neurology, Volume 24, Issue 5, 389 – 399

6. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF): Asymptomatic Carotid Artery Stenosis: Screening, February 02, 2021

7. Hirsch S, Kostev K, Tanislav C, et al., Ischemic Stroke Treatment in Germany (2015-2023): Nationwide Trends in Thrombolysis and Thrombectomy by Age and Sex. Brain Sci. 2025 Aug 2;15(8):832. doi: 10.3390/brainsci15080832. PMID: 40867164; PMCID: PMC12384785.

8. Ungerer, M.N., Bartig, D., Richter, D. et al. The evolution of acute stroke care in Germany from 2019 to 2021: analysis of nation-wide administrative datasets. Neurol. Res. Pract. 6, 4 (2024). https://doi.org/10.1186/s42466-023-00297-x

Glossar

TIA (Transitorische ischämische Attacke): Vorübergehende Durchblutungsstörung im Gehirn – Warnzeichen für einen Schlaganfall

CEA (Karotisendarteriektomie): Operation an der Halsschlagader – die Verkalkung („Plaque") wird entfernt, das Gefäß gegebenenfalls mit einem Flicken (Patch) erweitert

CAS (Karotisstent): Stentimplantation in die Halsschlagader über einen Katheter (meist Leistenarterie)

BMT (Beste medikamentöse Therapie): Statin/Ezetimib/PCSK9-Hemmer für LDL-Senkung, Blutdruck-/Diabetes-Therapie, Blutplättchenhemmer, Rauchstopp, Bewegung, Ernährung

STATEMENT

Dialysezugänge – Komplikationen vermeiden durch Qualitätsstandards in der Shunt-Versorgung bei Nierenleiden

Prof. Dr. med. Wilma Schierling, M.A.
Leiterin Hochschulambulanz, Geschäftsführende Oberärztin der Abteilung für Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Regensburg

Was bedeutet Dialyse?

Die Nieren reinigen den Körper von „Giftstoffen", produzieren Hormone, die zum Beispiel die Bildung roter Blutkörperchen anregen, und regulieren den Salz- und Wasserhaushalt. Sind die Nieren nicht mehr ausreichend funktionstüchtig, folgt daraus eine lebensbedrohliche schleichende Vergiftung oder Überwässerung. Dieser kann nur durch eine dauerhafte Nierenersatztherapie (Dialyse oder Nierentransplantation) begegnet werden. Die Dialyse (Blutwäsche) kann extern an einer Maschine (Hämodialyse) oder intern im Bauchraum (Peritonealdialyse) erfolgen.

Deutschland verfügt nicht über ein nationales Register für Nierenerkrankungen. Für 2017 wurden anhand von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen 100 202 Dialysepflichtige ermittelt. Dabei macht die Hämodialyse mit 94,8 Prozent den größten Anteil aus. Die durchschnittlichen jährlichen Versorgungskosten betrugen pro Versichertem 54 223 Euro. Damit ergaben sich für die GKV für 2017 Kosten von rund 4,73 Milliarden Euro. Bis 2040 ist mit einem weiteren Anstieg Dialysepflichtiger zu rechnen.

Die Hämodialyse ist dabei besonders ressourcenintensiv. Nach einer 2022 publizierten Erhebung für Dialysezentren in Ohio ergab sich ein Wasserverbrauch von 600 l, ein Energieverbrauch von 25,0 kWh sowie ein Anfall von 14,6 kg Müll pro einzelner Dialysebehandlung und damit unter Einbeziehung des Transports zum Dialysezentrum ein CO_2-Fußabdruck von 58 kg CO_2 pro Dialyse.

Was ist ein Dialysezugang (Shunt)?

Bei der Hämodialyse wird Blut außerhalb des Körpers gereinigt, das heißt, es wird mithilfe einer Maschine aus dem Körper entnommen, durch einen Filter gepumpt und dann wieder zurückgegeben. Während einer Standarddialyse werden circa 72 l Blut gereinigt. Hierfür ist ein sogenannter Dialyseshunt oder ein spezieller Dialysekatheter (Vorhofkatheter) erforderlich. Bei einem Dialyseshunt handelt es sich um eine Kurzschlussverbindung zwischen zwei normalerweise getrennten Blutgefäßen. Hierbei wird meist eine Vene am Arm, über die auch sonst Blut abgenommen wird, mit einer benachbarten Schlagader (Arterie) verbunden. Dadurch wird Blut direkt von der Schlagader in die Vene umgeleitet, sodass sich der Blutfluss in der Vene deutlich erhöht und dadurch der Venendurchmesser zunimmt und sich die Venenwand verdickt. Wenn die

Vene dann einen Durchmesser von circa 6 mm aufweist, nicht mehr als circa 6 mm unter der Haut liegt und der Shuntfluss circa 600 ml/min beträgt, kann der Shunt für die Dialyse mit zwei Nadeln (eine für die Blutentnahme und eine für die Blutrückgabe) punktiert werden. Diese sogenannte Shuntreifung oder Maturation kann je nach Qualität und Durchmesser der Gefäße zwischen 4 und 12 Wochen, bei älteren Menschen auch länger, dauern. Sind keine geeigneten körpereigenen (nativen) Gefäße vorhanden, können künstliche Shunts, sogenannte Prothesenshunts, implantiert werden. Bei diesen ist das Komplikationsrisiko, zum Beispiel für einen Shuntverschluss oder eine Infektion, im Vergleich zum nativen Shunt erhöht. Dialysekatheter als letzte Option sind Kunststoffkatheter, die mit der Spitze im rechten Vorhof des Herzens liegen und durch die Haut nach außen ausgeleitet werden. Sie haben ein deutlich erhöhtes Risiko für lokale und Blutstrominfektionen und verkürzen hierdurch die Lebenszeit. Ferner ist das Risiko für die Ausbildung von Engstellen im Bereich der großen Venen der oberen Extremität erhöht, was dazu führen kann, dass die Anlage eines Dialyseshunts auch zu einem späteren Zeitpunkt unmöglich wird. Sie sollten deshalb möglichst vermieden werden. Theoretisches Ziel wäre es, dass alle Patienten mit einer fortgeschrittenen Nierenfunktionseinschränkung einen funktionstüchtigen Shunt zu Dialysebeginn haben. Zumindest aber sollten die Zeiten der Dialyse über einen Katheter möglichst kurz gehalten werden.

Warum ist die Qualität des Dialysezugangs so entscheidend?

Ohne einen funktionsfähigen Dialysezugang ist auch keine Hämodialyse möglich, das heißt, das Leben und auch die Überlebenszeit der Dialysepatient*innen hängen maßgeblich von deren Dialysezugang ab. Insgesamt werden die Patient*innen bei Beginn der Dialysebehandlung immer älter (medianes Alter: 71 Jahre) und weisen immer mehr Begleiterkrankungen auf, zum Beispiel koronare Herzkrankheit, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus. Damit werden auch die Anforderungen an die Schaffung und den Erhalt eines funktionstüchtigen Dialysezugangs immer höher. Ziel ist es, einerseits den Gefäßzugang für die Dialyse möglichst lange zu erhalten, andererseits die Lebensqualität für die Betroffenen nicht zu stark zu beeinträchtigen.

Welche typischen Komplikationen treten bei Dialysezugängen auf und welche Folgen haben sie für Patient*innen?

Die künstlich erzeugte Kurzschlussverbindung zwischen dem arteriellen und venösen System und der dadurch erhöhte Blutfluss führen zu einem prinzipiell gewünschten Umbau der Gefäße, der sowohl die Arterie als auch die Vene betrifft und damit aber auch immer wieder zu Komplikationen führt. Hierzu gehören vor allem die Ausbildung von Engstellen, die je nach Shuntart am Unter- oder Oberarm an typischer Stelle auftreten, die Dialysequalität verschlechtern und unbehandelt bis zum Verschluss des Dialyseshunts führen können. Ferner können, auch abhängig von der Punktionstechnik, Aussackungen

im Bereich des Dialyseshunts auftreten, der Shunt kann einen zu hohen Blutfluss entwickeln, der langfristig das Herz belasten kann, und die Hand kann schlecht durchblutet werden, da der Shunt zu viel Blut abzieht, bis dahin, dass Teile der Finger absterben können. Ein weiteres Risiko sind Infektionen im Bereich des Dialysezugangs bis hin zur Blutstrominfektion und Sepsis. Hierfür ist das Risiko am höchsten bei den Dialysekathetern, gefolgt von den Prothesenshunts und eher selten bei den nativen Shunts. Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen Infektionen die zweithäufigste Todesursache bei Dialysepflichtigen dar.

Für die Patient*innen, die in der Regel bereits dreimal pro Woche einen halben Tag an der Dialyse verbringen, bedeutet jede Komplikation eine erneute stationäre Behandlung. Besonders beim Shuntverschluss, der meist im Rahmen einer anstehenden Dialysebehandlung auffällt, können die eigentlich erforderliche Reinigung von den „Giftstoffen" und der Wasserentzug vorerst nicht stattfinden, und es erfolgt die notfallmäßige Krankenhauseinweisung. Hier sollte dann möglichst zeitnah die operative oder interventionelle Wiedereröffnung des Dialyseshunts erfolgen, wobei diese Patient*innen mit allen anderen elektiven und Notfalleingriffen um die inzwischen knappen Ressourcen konkurrieren. Besonders bei hohen Kaliumwerten im Blut mit dem Risiko potenziell lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen kann aber zunächst die Dialyse über einen zentralvenösen Katheter erforderlich werden, der langfristig durch die Risiken wie Infektion und die Ausbildung von zentralvenösen Engstellen das Gesamtüberleben der Dialysepflichtigen verschlechtern kann.

Wie können einheitliche Qualitätsstandards in der Shuntversorgung dazu beitragen, Komplikationen zu vermeiden?

Der arteriovenöse Shunt folgt als künstlich angelegte Kurzschlussverbindung zwischen dem arteriellen und venösen System ganz eigenen Gesetzen, sodass sich weder in der Diagnostik noch in der Therapie die Standards arterieller oder venöser Erkrankungen einfach übertragen lassen. Die DGG bietet deshalb im Rahmen ihrer Sommerakademie für junge Kolleg*innen auch einen Basiskurs Shuntchirurgie sowie einen Spezialkurs Shunt an. Ferner ist der Dialyseshunt Teil des Kompaktkurses für Facharztanwärter*innen.

Eine Behandlung und Qualitätsverbesserung im Bereich der Dialysezugänge sind nur interdisziplinär möglich. Aus diesem Grund haben in Deutschland 2015/2016 die beteiligten Fachgesellschaften (Angiologie, DGA, Gefäßchirurgie, DGG, Nephrologie, DGfN, und Radiologie, DRG/DeGIR) beschlossen, interdisziplinäre Zentren für Dialysezugänge zu unterstützen und zu zertifizieren. Ziel ist es, von Anfang an die Anlage eines optimalen Gefäßzugangs für die Dialyse zu gewährleisten und die Behandlung von Komplikationen auf hohem fachlichem Niveau und gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft und rund um die Uhr zu ermöglichen, um so die Überlebenszeit von

Patient*innen an der Dialyse zu verlängern, die Lebensqualität zu verbessern und die Anzahl an notwendigen Krankenhausbehandlungen zu reduzieren. Ab dem Jahr 2025 werden im neu gegründeten „Deutschen Shuntregister" alle Neuanlagen von Shunts und Dialysekathetern erfasst, um so neben der Struktur- und Prozessqualität auch die Ergebnisqualität zu erfassen und zu zertifizieren und für Deutschland erstmalig wissenschaftliche Analysen zu ermöglichen.

Die Administration der Zertifizierungsverfahren wird im Auftrag der GbR von ClarCert übernommen (https://www.clarcert.com/systeme/interdisziplinare-zentren-fur-dialysezugange/system.html).

Was muss sich verbessern?

Die Dialysezugangschirurgie und Behandlung von Komplikationen beinhalten eine hochkomplexe Chirurgie/interventionelle Behandlung bei schwer kranken Patient*innen. Es gibt keine besondere Vergütung für spezialisierte Zentren. Die Berücksichtigung im Rahmen der Krankenhausreform bleibt abzuwarten. Die Tendenz geht aber eher dahin, dass Eingriffe am Dialysezugang nur noch ambulant durchzuführen sind, mit allerdings eher schlechter Vergütung. Einheitliche Kontextfaktoren, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen sind nicht definiert. Neben Zentren, die kein ambulantes OP-Zentrum haben, besteht auch die Gefahr, dass gerade Zentren, die sich nur auf die Behandlung von Dialysezugängen spezialisiert haben, aus der Versorgung ausscheiden, da diese dann nicht mehr rentabel sind. Dies hätte gravierende Folgen für die zahlreichen Dialysepatient*innen in Deutschland. Als Beispiel sei hier die Ankündigung der Helios DKD Wiesbaden, den operativen Betrieb der Shuntchirurgie einzustellen, angeführt:

- https://www.spektrum-dialyse.de/pressearbeit/helios-dkd-wiesbaden-ende-der-shuntchirurgie-stellt-versorgung-schwerkranker-dialysepatienten-in-frage/
- https://dialysezugang.de/aktuelles: IAD „Schließung Fachbereich Shuntchirurgie DKD Helios Klinik Wiesbaden"

Weiteres wichtiges Ziel ist die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung von Dialysepatient*innen. Während dies in Großstädten und Ballungsräumen meist kein Problem darstellt, gibt es Regionen mit weiten Anfahrtszeiten zum nächsten Zentrum. Dies kann zu einer erhöhten Rate an Dialysekathetern, vermehrten Komplikationen und damit einer Verschlechterung des Gesamtüberlebens führen.

Zur Veranschaulichung gibt die Clarmap eine Übersicht über die bisher zertifizierten 39 Zentren für Dialysezugänge (https://www.clarcert.com/systeme/interdisziplinare-zentren-fur-dialysezugange/system.html: „Zert. Einrichtungen").

Gibt es Leitlinien?

Aus Deutschland gibt es interdisziplinäre Leitlinienempfehlungen zuletzt aus dem Jahr 2008. Bekanntermaßen ist die Evidenzlage in der Shuntchirurgie eher schwach und basiert oft auf Expertenmeinungen. Es gibt aber durchaus diverse europäische und internationale Leitlinien, die in der Regel von nephrologischen, chirurgischen und interventionellen Exert*innen erarbeitet und aktualisiert werden und wurden. Auch in der Shuntchirurgie geht der Trend dabei immer mehr zu einer individualisierten und möglichst minimalinvasiven Behandlung. Gerade im letzten Jahrzehnt gab es bei der Anlage und Behandlung von Dialysezugangsproblemen zahlreiche Entwicklungen wie neue Dilatationsballons, Stents und Stentgrafts, Shuntprothesen und Dialysekatheter sowie neue Techniken der Shuntanlage, die auch in Studien untersucht und validiert sind:

- Becker D, Issak A, Schmidli J, Widmer MK. Leitlinien-Check für die Shuntchirurgie 2021. Gefässchirurgie. 2021; 26:536-543
- Hollenbeck M, Mickley V, Brunkwall J, Daum H, Haage P, Ranft J, Schindler R, Thon P, Vorwerk D (2008). Interdisziplinäre Empfehlungen deutscher Fachgesellschaften zum Gefäßzugang zur Hämodialyse, Bd.12
- Schmidli J, Widmer MK, Basile C et al. (2018). Vascular Access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg 55(6):757-818
- Ibeas J, Roca-Tey R, Vallespín J, Moreno T, Moñux G, Martí-Monrós A, Del Pozo JL, Gruss E, Ramírez de Arellano M, Fontseré N, Arenas MD, Merino JL, García-Revillo J, Caro P, López-Espada C, Giménez-Gaibar A, Fernández-Lucas M, Valdés P, Fernández-Quesada F, de la Fuente N, Hernán D, Arribas P, Sánchez de la Nieta MD, Martínez MT, Barba Á; por el Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV). Spanish Clinical Guidelines on Vascular Access for Haemodialysis. Nefrologia. 2017 Nov;37 Suppl 1:1-191. English, Spanish
- Lok CE, Huber TS, Lee T, Shenoy S, Yevzlin AS, Abreo K, Allon M, Asif A, Astor BC, Glickman MH, Graham J, Moist LM, Rajan DK, Roberts C, Vachharajani TJ, Valentini RP; National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. Am J Kidney Dis. 2020 Apr;75(4 Suppl 2):S1-S164
- Gallieni M, Hollenbeck M, Inston N et al. (2019). Clinical practice guideline on peri- and postoperative care of arteriovenous fistulas and grafts for haemodialysis in adults. Nephrol Dial Transplant, 34:ii1-ii42
- UK Kindey Association Clinical Practice Guideline – Vascular Access for Haemodialysis 2023 https://www.ukkidney.org/sites/default/files/FINAL%20FORMATTED%20Vascular%20access%20for%20haemodialysis%20April%202023.pdf

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Regensburg, Oktober 2025

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, Patienteninformation zur Nierenersatztherapie (https://www.dgfn.eu/nierenerkrankungen-und-therapien.html)

Häckl D et al. Prävalenz, Kosten der Versorgung … Gesundheitswesen 2021; 83(10): 818–828 | © 2021 (https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1330-7152)

Boedecker-Lips SC et al. Grüne Nephrologie –… Dtsch Med Wochenschr 2024; 149: 825–831 | © 2024 (https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2151-8968.pdf?cooperation=2wRiHz5JuDzKa9kw3NSwjfCVIKKRwuoySCZtwJwr)

Dialysezugänge: Gute Chirurgie allein reicht nicht. Dt. Ärzteblatt 46/2019 (https://www.aerzteblatt.de/archiv/dialysezugaenge-gute-chirurgie-allein-reicht-nicht-70eeacd0-8ca7-4664-83a0-93098d55f730)

STATEMENT

Das „dicke Bein" – was hab ich? Wie man die Ursache findet

Dr. med. Hans-Walter Fiedler
Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie, Lymphologie und Gründungsmitglied der International Lipoedema Association, Gefäßmedizinisches Versorgungszentrum Kreis Soest

Das dicke Bein – ein Symptom mit vielen Gesichtern

Ein geschwollenes Bein – im Volksmund oft als „dickes Bein" bezeichnet – ist mehr als eine lästige Begleiterscheinung des Alltags. Aus medizinischer Sicht handelt es sich meist um ein Beinödem, also die Ansammlung von Flüssigkeit im Gewebe. Es ist eines der häufigsten Symptome in der gefäßchirurgischen Sprechstunde – und zugleich ein Leitsymptom für sehr unterschiedliche Erkrankungen, von harmlos bis akut lebensgefährlich. [4]

Was bedeutet „dickes Bein"?

Der Begriff beschreibt eine sichtbare oder tastbare Umfangsvermehrung des Beins, die ein- oder beidseitig auftreten kann. Ärztlich wird unterschieden zwischen eindrückbaren Ödemen (zum Beispiel bei Venen- oder Herzerkrankungen) und nicht eindrückbaren Ödemen (typisch für fortgeschrittene Lymphödeme) sowie Umfangsvermehrungen ohne Ödembildung (zum Beispiel Lipödem-Syndrom). Entscheidend ist, dass das Ödem selbst nicht als Krankheit, sondern als Signal verstanden wird, das auf eine zugrunde liegende Ursache verweist.

Häufige Ursachen – ein breites Spektrum

- Venöse Erkrankungen (zum Beispiel Krampfadern, chronisch-venöse Insuffizienz) betreffen laut der Bonner Venenstudie rund 16 Prozent der Bevölkerung [5]; Schwellungen oft beidseitig, im Tagesverlauf zunehmend, gebessert durch Hochlagerung.
- Tiefe Venenthrombosen zeigen oft plötzliche, einseitige Schwellungen, Spannungsgefühl, Schmerzen und sind ein akuter Notfall, da sie zu einer tödlichen Lungenarterienembolie führen können. In Deutschland treten altersabhängig jährlich etwa 80 bis 160 tiefe Beinvenenthrombosen pro 100 000 Einwohner auf. [1]
- Lymphödem – chronische, meist einseitige Schwellung, nicht eindrückbar, positives Stemmer-Zeichen. Prävalenz circa 1 bis 2 Prozent in der Bevölkerung. [2]

- Lipödem-Syndrom ist eine symmetrische, schmerzhafte Vermehrung des Fettgewebes an den Beinen und Armen bei Frauen. Rumpf, Hände und Füße sind ausgespart. Schätzungen zufolge sind 5 bis 18 Prozent aller Frauen betroffen. [3]
- Systemische Erkrankungen (Herz-, Nieren-, Leberinsuffizienz) zeigen typischerweise beidseitige Schwellungen, oft kombiniert mit weiteren Symptomen wie Atemnot oder Leistungsminderung. In Deutschland leiden rund 2 bis 3 Prozent der Erwachsenen an Herzinsuffizienz. [6]

Differenzialdiagnostik – sorgfältiges Vorgehen ist entscheidend
Das „dicke Bein" ist daher kein eindeutiges Krankheitsbild, sondern erfordert eine strukturierte Abklärung. [4] Diese umfasst:

Anamnese: Wann treten die Schwellungen auf? Ein- oder beidseitig? Gibt es Risikofaktoren wie Operationen, Reisen, Gerinnungsstörungen?

Körperliche Untersuchung: Hautveränderungen, Eindrückbarkeit des Ödems, Temperatur, Schmerzpunkte.

Bildgebung: Ultraschall (Duplexsonografie) der Venen und gegebenenfalls Arterien zur Abklärung von Thrombosen oder Abflussstörungen [1]

Erweiterte Diagnostik: bei Bedarf CT- oder MRT-Bildgebung, MRT/CTA-Phlebografie, Laboruntersuchungen, Echokardiografie, MRT-Lymphangiografie.

Ablauf in der gefäßchirurgischen Praxis
Patientinnen und Patienten erwartet in der Praxis ein stufenweises Vorgehen: Nach Anamnese und Untersuchung erfolgt die Eingrenzung der möglichen Ursachen. Nachdem eine akute Thrombose ausgeschlossen ist, wird eine gezielte Diagnostik angeschlossen, um venöse, lymphatische oder systemische Ursachen zu differenzieren. Ziel ist, die zugrunde liegende Erkrankung so genau wie möglich zu bestimmen und individuell zu behandeln.

Therapie – von Kompression bis Operation
Die Behandlung richtet sich nach der Ursache:

- konservativ: Kompressionsstrümpfe, Bewegung, Gewichtsreduktion, Lymphdrainagen
- medikamentös: Thromboseprophylaxe- oder therapie, entwässernde Medikamente (bei systemischen Erkrankungen)
- operativ: Entfernung oder Ausschaltung kranker Venen, Rekonstruktionen bei Abflussbehinderungen, operative Ansätze beim Lipödem und Lymphödem

Was Betroffene selbst tun können

Auch Patienten können aktiv beitragen: Regelmäßige Bewegung, das Hochlagern der Beine, konsequentes Tragen von Kompressionsstrümpfen und das Vermeiden langen Sitzens oder Stehens sind einfache, aber wirksame Maßnahmen. Eine ausgewogene Ernährung und genügend Flüssigkeit unterstützen zusätzlich.

Fazit

Das dicke Bein ist ein vieldeutiges Symptom, das nicht unterschätzt werden darf. Es ist Aufgabe der Gefäßmedizin, die Ursache sorgfältig zu klären und eine zielgerichtete Therapie einzuleiten. Wer Schwellungen der Beine bemerkt, sollte frühzeitig ärztliche Hilfe suchen, um mögliche Komplikationen zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Werl, Oktober 2025

Literatur:

1. B. Linnemann, W. Blank, T. Doenst et al. (Stand: 2023): Diagnostik und Therapie der tiefen Venenthrombose und Lungenembolie – AWMF-S2k-Leitlinie. Online verfügbar unter https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/065-002, zuletzt geprüft am 24.08.2025.

2. W. J. Brauer (2023): Klinische Diagnostik des Lymphödems. Eine Einführung für Ärzte. Berlin, Heidelberg: Springer (essentials). Online verfügbar unter https://link.springer.com/978-3-662-67169-6

3. G. Faerber, M. Cornely, C. Daubert et al. (2024): S2k-Leitlinie Lipödem. In: J Deutsche Derma Gesell 22 (9), S. 1303–1316. DOI: 10.1111/ddg.15513_g.

4. H.-W. Fiedler (2025): Das „dicke Bein" in der gefäßchirurgischen Sprechstunde. In: Gefässchirurgie 30 (3), S. 183–194. DOI: 10.1007/s00772-025-01194-0.

5. E. Rabe, F. Pannier-Fischer, K. Bromen et al. (2003): Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie: Epidemiologische Untersuchung zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenerkrankungen. In: Phlebologie 32, 2003 (1), S. 1–14.

6. Deutscher Herzbericht – Update 2024. Unter Mitarbeit von T. Voigtländer, H. Schunkert und M. Vestweber. Hg. v. Deutsche Herzstiftung e.V. Online verfügbar unter https://epaper.herzstiftung.de/#0, zuletzt geprüft am 24.08.2025.

STATEMENT

Wehrmedizin: Im Kriegsfall ist die Gefäßchirurgie besonders gefordert – sind wir vorbereitet?

Prof. Dr. med. Tomislav Stojanovic
Klinik für vaskuläre und endovaskuläre Gefäßchirurgie, Klinikum Wolfsburg

Die moderne Gefäßchirurgie ist ein hochspezialisiertes Fachgebiet, dessen Ärztinnen und Ärzte sowohl in offenen Operationstechniken als auch in interventionellen Verfahren umfassend ausgebildet sind. Im klinischen Alltag dominieren Erkrankungen des zivilen Settings, etwa Arteriosklerose oder Aneurysmen. Gefäßverletzungen entstehen überwiegend als Folge von Traumata, insbesondere durch Verkehrsunfälle. Immer wieder treten jedoch auch Verletzungen größerer Gefäße im Rahmen von Auseinandersetzungen mit Stichwaffen auf – meist in urbanen Brennpunktregionen. Schusswaffenverletzungen spielen hingegen in Deutschland derzeit eine untergeordnete Rolle.

Verletzungsmuster im militärischen Kontext

Kommt es zu militärischen Konflikten, etwa im Rahmen von NATO-Einsätzen, sind vor allem Extremitätenverletzungen zu erwarten. Schwere Verletzungen von Thorax und Abdomen sind im unmittelbaren Kampfgebiet meist nicht überlebbar und nur selten transportfähig. Patienten mit solchen Verletzungen erreichen Deutschland daher voraussichtlich nicht. Dagegen können Extremitätenverletzungen, die nicht unmittelbar lebensbedrohlich sind, zur sekundären Versorgung in den rückwärtigen Raum verlegt werden. Hierzu zählen unter anderem sekundäre Amputationen, Nachamputationen oder Rekonstruktionen zur Wiederherstellung der Durchblutung, ergänzt durch unfallchirurgische, orthopädische und plastisch-chirurgische Maßnahmen.

Für diese Verletzungsmuster sind Gefäßchirurginnen und Gefäßchirurgen in Deutschland gut vorbereitet: Die Versorgung peripherer Gefäßpathologien zählt zu ihrem täglichen Spektrum und macht zahlenmäßig einen erheblichen Teil der Tätigkeit aus.

Herausforderung im Inland

Ein besonderes Risiko bestünde, sollten Kampfhandlungen, Sabotageakte oder terroristische Anschläge Deutschland selbst betreffen. In diesem Szenario ist mit einer größeren Zahl schwerer Gefäßverletzungen zu rechnen. Die Versorgung größerer Gefäßverletzungen erfordert ein breiteres Kompetenzlevel als Extremitätenverletzungen. Neben der erforderlichen Infrastruktur der Kliniken ist die Ausbildung im Notfallmanagement und Notfalloperation von herausragender Bedeutung angesichts der hohen Letalität, die diese Verletzungen haben. Der hierfür speziell geschulte Gefäßchirurg verfügt über alle notwendigen Kompetenzen im Management und Therapie dieser

Verletzungen. Hier zeigt sich eine Lücke: Die flächendeckende Kompetenz in der Notfallversorgung größerer Gefäßtraumata ist derzeit nicht ausreichend gesichert.

Zwar existieren hochwertige Fortbildungskurse in der Gefäßtraumatologie, doch sind diese kostenintensiv und werden bislang nicht in ausreichender Breite wahrgenommen. Der Bedarf erscheint im zivilen Alltag nicht unmittelbar evident – im Ernstfall jedoch könnte diese Versorgungslücke schwerwiegende Folgen haben.

Notwendige Maßnahmen

Aus Gründen der Vorsorge ist es dringend geboten, die Kompetenzen in der Akutversorgung von Gefäßverletzungen systematisch auszubauen:

- **Ausbau und Finanzierung spezialisierter Kurse** in Gefäßtraumatologie.
- **Strukturelle Vorgaben**, etwa eine Mindestanzahl fortgebildeter Gefäßchirurginnen und -chirurgen pro Klinik.
- **Interdisziplinäre Versorgungsteams** aus Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie und Gefäßchirurgie, die gemeinsam überregionale Traumazentren und Maximalversorger verstärken.
- **Einbindung der Bundeswehrkrankenhäuser**, soweit deren Kapazitäten nicht anderweitig in Einsatzgebieten gebunden sind.

Eine bundesweite Stärkung der gefäßchirurgischen Notfallkompetenz ist unverzichtbar, um auf mögliche Großschadensereignisse im militärischen oder terroristischen Kontext vorbereitet zu sein. Nur durch eine konsequente Aus- und Weiterbildung, eine klare Strukturierung der Versorgungszentren und die enge Zusammenarbeit verschiedener chirurgischer Disziplinen lässt sich sicherstellen, dass Deutschland auch in Extremszenarien über eine adäquate Behandlungsinfrastruktur verfügt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wolfsburg, Oktober 2025