



## DGG-Podcast „Gefäße im Fokus“ – Transkript

### Basisdaten

**Folge:** 10

**Titel:** Vaskuläre Altersmedizin: Zwischen Machbarkeit, Lebensqualität und Therapieziel

**Gäste:** Prof. Dr. med. Markus Steinbauer, Dr. med. Hartmut Görtz

**Moderation:** Prof. Dr. med. Farzin Adili

**Veröffentlichung:**

**Länge:** 31:58 min

**Adili:** Herzlich Willkommen zu einer neuen Folge von Gefäße im Fokus, dem Podcast der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin. Mein Name ist Farzin Adili, ich bin Gefäßchirurg am Klinikum in Darmstadt und amtierender Präsident der DGG. Dieser Podcast soll für Sie eine Plattform bieten, um tief in die Themen der Gefäßmedizin einzutauchen. Gemeinsam mit unseren Gästen beleuchten wir die neuesten Entwicklungen in der operativen, endovaskulären und konservativen Gefäßmedizin und diskutieren aktuelle Themen aus Wissenschaft, Lehre, Klinik und Praxis, ganz nach dem Motto: Wir denken Gefäße weiter.

Für die heutige Podcastfolge habe ich mir diesmal zwei Gäste eingeladen. Professor Markus Steinbauer, Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg und Past-Präsident der DGG, und Dr. Hartmut Görtz, langjähriger Chefarzt der Abteilung Gefäßchirurgie am Bonifatius Krankenhaus in Lingen und amtierender Schatzmeister unserer Fachgesellschaft. Herzlich willkommen, ihr beiden.

**Görtz:** Vielen Dank für die Einladung, Farzin.

**Steinbauer:** Dankeschön, ist ein großes Vergnügen.

**Adili:** Heute soll es um das Thema Vaskuläre Altersmedizin gehen. Gefäßerkrankungen sind ja vor allem Erkrankungen des höheren Lebensalters und nach Angaben des Statistischen Bundesamtes leben in Deutschland circa 19 Millionen Menschen im Alter von 65 Jahren und älter. Das sind rund ein Viertel der Gesamtbevölkerung, und das ist ein Anteil, der auch stetig zunimmt. Gleichzeitig haben wir in Deutschland derzeit circa 1,8 Millionen Menschen mit einer Demenzdiagnose und pro Jahr werden es rund 400.000 mehr. Gleichzeitig haben wir eine Vielzahl von Patientinnen mit Gefäßerkrankungen allein, beispielsweise an der pAVK leiden 2 Millionen Menschen.

Unsere Therapiemaßnahmen, ob das Interventionen oder Operationen sind, werden immer schonender und immer technisch perfekter, aber nur weil wir etwas können, heißt das ja nicht automatisch, dass wir es auch tun sollten. Und genau darüber möchte ich gerne heute mit euch beiden sprechen.

Markus, Du hast dich intensiv mit Palliativversorgung in der Gefäßchirurgie beschäftigt und Du, Hartmut, hast sehr viel über endovaskuläre Techniken gearbeitet und auch mitentwickelt und ausgebildet. Ihr steht also beide für hohe technische Kompetenz, aber auch Verantwortung.

Deshalb meine erste Frage, was ist heute bei hochbetagten Patientinnen und Patienten die größere Herausforderung, die Technik oder die Entscheidung? Willst du vielleicht beginnen, Markus?





**Steinbauer:** Gerne. Ich denke zunehmend aber, es ist ein Thema, was wir schon seit langem haben, ist die patientenorientierte Behandlung entscheidend und insofern ist Technik und die bestmögliche Technik Voraussetzung. Aber grundsätzlich ist die größte Herausforderung natürlich die Entscheidung, was kann, sollte man oder möchte man den Patienten anbieten. Und das zweite ist, was ist auch aus der Sicht des Patienten am sinnvollsten.

**Görtz:** Also ich sehe das im Grunde genauso. Natürlich ist die schonende minimalinvasive Technik schon oft eine handwerkliche Herausforderung. Ohne Frage, aber das ist ja eine Herausforderung, die wir als Chirurgen ganz bewusst gewählt haben. Deswegen sind wir ja auch Chirurgen geworden.

Aber auch für mich ist eigentlich die Indikationsstellung die Königsdisziplin. Also inwieweit profitiert der Patient, wo sind seine, wo sind die Vorteile, die Nachteile des Eingriffes, welche Auswirkungen hat das auf sein Leben? Und das ist natürlich ganz besonders wichtig in der in der Gruppe der Hochbetagten. Also diese Gruppe der mit der mit der potenziellen Wissen Vulnerabilität. OP-Techniken sind oft standardisiert, aber die Indikationsstellung, da bin ich ganz bei Markus, die muss immer individuell sein und das ist ja eigentlich die große Herausforderung.

**Adili:** Ja, sonst haben wir das „Operation gelungen, Patient tot“, um es auf eine kurze Formel zu bringen. Heikel.

Wir sprechen ja oft vom biologischen Alter. Aber was heißt das konkret? Markus, wenn ein 88-Jähriger vor dir sitzt, was schaust du dir zuerst an, reicht klinische Erfahrung oder brauchen wir strukturierte geriatrische Assessments?

**Steinbauer:** Letztendlich schauen wir den Patienten nicht erst an, wenn er sitzt. Er kommt in den Behandlungsraum, allein die Mobilität des Patienten, dann aber auch die Gesprächsführung, das heißt durchaus ein Wahrnehmen der Fähigkeiten, der kognitiven Fähigkeiten und der sprachlichen Fähigkeit des Patienten sind wichtig und letztendlich ist diese Zusammenschau schon sehr wegweisend.

Nichtsdestotrotz ist es auch gelegentlich sinnvoll, bei Patienten, die Einschränkungen haben, auch das Umfeld, Angehörige oder ein Umfeld mit einzubinden und obwohl man doch klinische Erfahrung haben kann oder auch haben wird mit dem Alter, ist es doch so, dass um strukturelles geriatrisches Assessment bei Patienten, die doch ne Einschränkung sowohl der Mobilität, der Kognition, aber auch der sozusagen Gebrechlichkeit haben, meiner nach zwingend notwendig.

**Görtz:** Tja, also ich sehe das auch so. Der klinische Blick ist sicherlich richtig und das ist ja etwas, was ja auch die klinische Erfahrung ausdrückt, aber wir sehen natürlich auch beim einem Herzinsuffizienten mit einem klinischen Blick, was dieser Patient offensichtlich herzinsuffizient ist. Aber dennoch machen wir uns natürlich die Mühe und versuchen das zu quantifizieren. Das ist ja auch Teil moderner Wissenschaft, also wir müssen natürlich die Ejektionsfraktion zum Beispiel machen, eine Ultraschalluntersuchung des Herzens oder wir müssen die die Niereninsuffizienz durch Bestimmung des Kreatinins und des Harnstoffes. Aber wenn man sich jetzt mit den Älteren über die älteren Patienten Gedanken macht, dann sind natürlich die funktionellen Einschränkungen ganz entscheidend und da haben wir natürlich die Assessment Tools, die die Geriater entwickelt haben und das sollte man unbedingt auch nutzen, denn das ist doch entscheidend für das weitere Vorgehen. Denn je nachdem, was dabei rauskommt, kann es natürlich sein, dass wir unter Umständen auf einen Eingriff verzichten, dass wir aber auch unter Umständen einen Eingriff downgraden, also anstatt der eigentlich





erforderlichen oder geplanten Zwei-Etagenrekonstruktion nur eine Ein-Etagenrekonstruktion durchführen.

Es kann aber auch genauso gut sein, dass ein älterer Mensch da sitzt und sagt, ich möchte eigentlich gar nicht operiert werden und wir aufgrund unserer Assessments zu dem umgekehrten Ergebnis kommen und sagen: Sie sind nach all dem, was wir wissen und was wir geprüft haben, eigentlich in dem Stadium eines eher 70-jährigen. Wir können Ihnen die Operation gut zumuten, also das ist ja eine Richtung, es ist ja etwas in beide Richtungen gehend. Sowohl, dass es zu einem Verzicht führen kann, aber auch zum Zuraten einer Operation. Insofern ist das Assessment meines Erachtens wichtig.

**Adili:** Ist das kalendarische Alter für dich, Hartmut, jemals ein Ausschlusskriterium?

**Görtz:** Das kalendarische Alter ist...nicht von vornherein. Es ist ein wichtiges Kriterium, aber das eigentliche wichtige Kriterium ist das biologische Alter. Und da ist eben entscheidend zu wissen, dass altern halt bedeutet, dass es sich hier um einen kumulativen Niedergang multipler physiologischer Systeme handelt, also ein Zustand herabgesetzter Reserve, herabgesetzten Widerstandes gegenüber Stressoren. Das zu wissen ist ganz entscheidend, denn wenn wir wissen, dass hier das funktionelle Alter, die Funktionalität im Alter herabgesetzt sind, dann können wir daraus die entsprechenden Konsequenzen ziehen, denn es gibt ja die fitten Alten, wir nennen sie manchmal Go-gos, die erkennen wir relativ schnell in unserer Sprechstunde, also dass der Patient mit 80 Jahren, der dasitzt und sagt: Oh, ich bin vor zwei Wochen noch einen Zweitausender hochgestiegen.

Aber wir kennen natürlich auch die, die die No-Gos, die dann schon im Liegendtransport gebracht werden, weil sie nicht mehr in der Lage sind zu laufen, weil sie bettlägerig sind. Aber die schwierige Gruppe ist die dazwischen, und da ist es schon ganz entscheidend zu wissen, wie ist dieses biologische Alter oder wie ist das funktionelle Alter. Und das korreliert maßgeblich in den Studien mit dem Outcome unserer Eingriffe.

**Adili:** Lasst uns mal konkret werden. Markus, folgendes Szenario: 88-jähriger Mann 5,8-Zentimeter infrarenal Aneurysma, der Herr ist mit Rollator mobil, hat leichte kognitive Einschränkungen, sonst keine Beschwerden. Würdest du hier endovaskulär versorgen?

**Steinbauer:** Ich würde wahrscheinlich weder endovaskulären noch operativ versorgen, sondern wahrscheinlich eine weitere Beobachtung des Patienten machen, weil die Wahrscheinlichkeit, dass er eine Ruptur erleidet, ist deutlich geringer als auch das endovaskuläre Risiko und insofern ist gerade bei Patienten mit etwas eingeschränkter Lebenserwartung bei präventiven Eingriffen die Hauptdiskussion: Ist es eigentlich sinnvoll, überhaupt eine Intervention / Operation zu machen.

Wenn wir hier ne klare Entscheidung haben, dann ist es weiterhin sozusagen wichtig, zu sagen, wo ist das Risiko und wo ist der Benefit für den Patienten?

**Adili:** Das heißt, man muss sich eigentlich Gedanken darüber machen, was ist das eigentliche Therapieziel?

**Steinbauer:** Das ist neben sozusagen der Indikationsstellung des Entscheidende, gerade bei älteren oder geriatrischen Patienten, die individuelle Therapiezieldefinition.

**Adili:** Hartmut, würde was für dich gegen eine Intervention sprechen?

**Görtz:** Also ich würde genauso mich verhalten wie Markus. Ich würde erst eine abwartende Haltung bei diesem Patienten haben, wobei natürlich die Lebenserwartung ein ganz wichtiges Argument ist. Aber ein wichtiges Argument ist auch, dass die





Komplikationsrate der endovaskulären Eingriffe bei den hochaltrigen Patienten, die einen Gebrechlichkeitsstatus haben, ja den Studien nach ungefähr zwei bis dreimal höher ist als in der Normalpopulation. Und da natürlich die Indikation mit der Komplikationsrate auch zusammenhängt, muss man natürlich sich dann darüber Gedanken machen, ob die 5,5 oder 5,0 Zentimeter beim Bauchaortenaneurysma dann auch die richtige Größe sind. Also die Arbeitsgruppe aus Düsseldorf hat das jetzt auch publiziert oder wird es jetzt in Kürze publizieren.

Über diese Gruppe würde man eher vielleicht irgend sich Richtung 7 Zentimeter bewegen als Richtung 5,5 Zentimeter. Also das ist, ich würde unbedingt erstmal abwarten, den Patienten weiter monitoren, natürlich mit Statin behandeln und dann schauen, wie es weitergeht.

**Adili:** Für den Fall, dass ihr euch jetzt tatsächlich wir beide gegen eine invasive Therapie entscheiden würdet. Würdet ihr in so einer Situation auch mit den Patientinnen und Angehörigen dann tatsächlich offen über die begrenzte Lebenserwartung sprechen oder wie, wie geht ihr, wie geht ihr das an?

**Steinbauer:** Es ist weniger ein Gespräch über die begrenzte Lebenserwartung. So ist es eher ein Gespräch, was würde man tun, wenn eine Ruptur eintrete, würde man dann ein noch höheres Risiko überhaupt in Anspruch nehmen als Patient und würde man möglicherweise in die Notfallmaschinerie sich eines Krankenhaus begeben oder bereitet man das gesamte Umfeld, den Patienten, die Angehörigen und die hausärztliche Versorgung darauf vor, dass der Patient möglicherweise nicht den Wunsch hat, dann operiert zu werden.

**Adili:** Wie würdest du das konkret organisieren? Weil da gibts ja einiges zu bedenken ganz konkret, denn wenn der Patient oder die Patientin akute Beschwerden hat, dann finden sich ja viele so n bisschen im Tunnel und dann wird gleich die 112 gewählt und dann nimmt nicht selten das Unvermeidliche seinen Lauf. Wie wie bereitest du das vor, woran ist dabei zu denken?

**Steinbauer:** Also wir machen es in der Regel mit einem Gespräch mit dem Patienten, mit den Angehörigen und binden dann den Hausarzt ein, der in der Regel der Ansprechpartner ist, der dann auch in der häuslichen Situation festlegen kann. Wird überhaupt ein Notarzt gerufen?

Und zum zweiten, wenn es gewünscht wird, werden auch durchaus palliative Strukturen wie eine SAPV informiert, die entsprechend dort Unterstützung geben kann und entsprechend mit diesen Gesprächen, die zwar etwas aufwendig sind, kann man dann durchaus nach Wunsch des Patienten die Situation hoffentlich gut strukturieren.

**Görtz:** Also mein Vorgehen würde sie in keiner Weise da unterscheiden, so hab ich das in der Vergangenheit auch immer gemacht. Nicht nur beim Bauchaortenaneurysma, sondern auch bei Endstage-pAVK-Patienten. Das Entscheidende ist das Gespräch mit den Angehörigen, mit dem Patienten und dem Hausarzt.

**Adili:** Wann kippt für euch die Situation von kurativ zu palliativ? Wo ist Neuhochdeutsch der Inflection Point?

**Steinbauer:** Und da ist es, in der Gefäßmedizin haben wir wirklich zwei fast diametrale Situationen. Das eine ist zum Beispiel, wie gerade angesprochen bei dem Aneurysma, da haben wir durchaus bei einer Ruptur dann plötzlich aus einer normalen kurativen Situation plötzlich eine möglicherweise palliative Situation und das passiert innerhalb von





ein paar Minuten und das ist natürlich deutlich schwieriger zu kommunizieren und bedarf auch einer sehr akuten Intervention.

Und umgekehrt haben wir dann aber Situationen zum Beispiel mit Patienten mit chronischen Wunden, mit starker internistischer Einschränkung pAVK-Patienten, wo wir eine langsamen, schleichende Veränderung haben, wo wir aus dem kurativen Setting sinnvollerweise rausgehen und eher symptomorientiert, patientenorientiert entscheidet und diese Wechsel der Perspektive und das ist eher die Perspektive dann des Patienten, die wir dann sehen sollten, die bedeutet dann einen langsamen Wandel von der kurativen zur palliativen Medizin.

Und mit dieser Situation müssen wir genauso umgehen und müssen sie auch lernen, sozusagen nahezubringen den Patienten und den Angehörigen, wie die erste Situation, die wir einen Notfall haben.

**Görtz:** Also ich sehe die Palliativmedizin insgesamt im wissenschaftlichen Diskurs, in den gefäßmedizinischen Fachgesellschaften eher ziemlich unterrepräsentiert. Ich habe in letzter Zeit oder in den letzten Jahren immer häufiger erlebt, dass wir uns dazu entschlossen haben, Patienten palliativ zu führen. Da sind wir normalerweise im Augenblick nicht mitgewohnt umzugehen, da gibt es sicherlich für uns alle noch Lernbedarf. Auch, dass wir uns überhaupt diese Frage stellen.

Aber es gibt auch ein Problem in der Öffentlichkeit. In der Öffentlichkeit ist Palliativmedizin oft immer gleichgesetzt mit Tumorerkrankungen. Dass allerdings kardiovaskuläre Erkrankungen teilweise Mortalitätsraten haben, die die von Tumorerkrankung weit überschreiten, das ist weitestgehend unbekannt und ich glaube, da könnten auch wir als Fachgesellschaft noch aufklärend wirken. Also wir müssen letzten Endes darüber reden und das Ziel der Palliativmedizin ist ja letzten Endes, dass man den verbleibenden Monaten mehr Leben geben kann und nicht im Leben noch weitere Monate, also die Lebensqualität in den letzten Monaten zu steigern und weitgehend selbstbestimmtes Leben zu führen.

**Adili:** Was bedeutet das im Detail dann also, was ist, worauf kommt es an bei der Palliation in der Gefäßmedizin, Hartmut?

**Görtz:** Also es kommt natürlich darauf an, dass man die Schmerztherapie in den Vordergrund stellt. Man muss aber auch sonst sehen, dass die Lebensqualität halbwegs aufrechterhalten bleibt. Das kann unter Umständen auch mal eine kleine Reintervention beinhalten, wenn es also gelingt oder man absehen kann, dass man mit einem endovaskulären Eingriff das Problem, das CIDI lösen kann, dann ist das auch mal gerechtfertigt. Aber ich glaube, die Schmerzfreiheit, saubere Verbände, Blutverbandstechnik, schmerzfreie Verbände durchzuführen, ist einer der Schlüsselpunkte. Aber Markus, Du hast dich da auch intensiv mal mit beschäftigt.

**Steinbauer:** Letztendlich geht es schon mit dem Wording los. Ja, das war immer das Problem, dass häufig sowohl Patienten als auch Angehörige überhaupt palliative Therapie als Ziel gar nicht wollten. Hier ist glaube ich schon auch möglich zu sagen, wir machen eine symptomorientierte Therapie und genau aus diesem Blick ist es dann wichtig, so wie du es schon gesagt hast, die Ziele zu definieren: Geht es darum, eine Wunde zu stabilisieren, um eine Amputation zu vermeiden? Geht es darum, die Pflege zu erleichtern durch eine entsprechende Schmerztherapie/Wundtherapie? Und gleichzeitig: Was kann man zur Verbesserung der Lebensqualität noch in dem Setting, entweder zu Hause oder in den Kliniken, beitragen? Und da, glaube ich, ist unser Hauptangriffspunkt, dass wir sowohl die Kompetenzen bei uns in den Ambulanzen und Stationen durch Mitarbeiter in der Gefäßchirurgie mit palliativen Kompetenzen aufbauen, dass wir kooperieren mit Strukturen in Krankenhäusern, wie zum Beispiel Palliativstationen, aber





auch eben ambulanten Strukturen wie SAPV-Einheiten oder Hospizen. Und da ist bei uns in der Gefäßmedizin und Gefäßchirurgie glaub ich noch ein sehr großer Handlungsbedarf. Wir haben durchaus vereinzelte Kompetenzen, wir nutzen es aber zu wenig und wir denken zu wenig weit, sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor.

**Adili:** Ja ihr wisst ja beide, Aus-/Fort-/Weiterbildung ist auch so n Steckenpferd von mir: Markus, wie teachest Du das - deine Weiterbildungsassistentin und Assistenten, wie lernen die das? Diese Grenze zu erkennen von kurativ nach palliativ?

**Steinbauer:** Am meisten hat uns gebracht, die Weiterbildung einer Mitarbeiterin, die das wollte und sozusagen dann regelmäßig die Diskussionen auf der Station vor allem geführt hat. Und dieses Einbringen dieser Kompetenz hat dazu geführt, dass zwei weitere Mitarbeiter das gemacht haben. Und diese Kompetenz und die reghafte Diskussion dann bei Besprechungen bezüglich der Indikation, bei der Visite, aber auch bei Komplikationsbesprechungen, bringt uns dann letztendlich weiter. Und eine dritte Ebene ist letztendlich Publikationen schreiben, Buchprojekte machen und dort hervorragende Kollegen, die wegweisend sind in diesem Fach, an der Hand zu haben, die man auch immer um Rat fragen kann.

**Adili:** Bleiben wir doch mal kurz bei der Fersen-Nekrose - das ist ja ein schwerwiegender Befund. Stellen wir uns vor, hochbetagter Patient, sagen wir mal 92 Jahre alt, Ruheschmerzen: Was ist da Palliation? Ist das die Frage: Revaskularisieren - Ja oder Nein? Amputieren - Ja oder Nein? Der Verzicht auf eine Antibiotikatherapie im palliativen Fall? Wie sieht da eure Herangehensweise aus und woran denkt ihr da, Hartmut?

**Görtz:** Also ich würde da in aller erster Linie zuerst einmal nach einem entsprechenden Assessment das individuelle Therapieziel mit dem Patienten, und falls möglich oder idealerweise natürlich auch mit den Angehörigen sprechen. Es kommt natürlich auf den Zustand der Patientin an. Wenn diese Patientin zum Beispiel kognitiv stark eingeschränkt ist nach drei Apoplexien, wie du sagtest, bettlägerig ist, dann muss man natürlich wirklich überlegen, ob die palliative Schiene nicht hier das Richtige ist. Das heißt also, die Schmerzfreiheit sicherzustellen, aber dann auch durch Gespräche mit dem Haushalt sicherzustellen, dass eben nicht die Antibiotika-Gabe im Falle einer Sepsis erfolgt, wenn dann die trockene Nekrose irgendwann feucht wird. Wenn die Patientin allerdings noch am Leben teilnimmt, wenn die Kognition, sagen wir mal, gut ist, wenn sie sich über Dinge freut und also wirklich, wirklich lebt in dem Sinne, dann sollte man schon darüber nachdenken, dass man doch eine Amputation, eine primäre Amputation in Erwägung zieht. Denn wenn sie aus anderen Gründen nicht mehr gehfähig ist, wäre das möglicherweise der leichtere Weg. Also ich finde auch, die primäre Amputation hat einen Stellenwert in der Therapie dann, auch insbesondere beim älteren Menschen.

**Steinbauer:** Ich kann Hartmut nur uneingeschränkt zustimmen. Es gibt aber noch ein paar banale Hilfsmittel, die sehr wichtig sind: Wenn wir zum Beispiel Druckulcera in der Ferse haben, aufgrund von Kontrakturen, und das Risiko des Patienten für jedweden Eingriff zu hoch ist, dann ist es durchaus sinnvoll, mal entsprechende Entlastungsschuhe, die diesen Druck verhindern - das sind jetzt Kunststoff-Schuhe - ich nenn jetzt keine Namen aus, sozusagen wettbewerbstechnischen Gründen, die aber durchaus den Erhalt der Gliedmaße, eine Erleichterung der Beschwerden und eine bessere Pflegemaßnahme erleichtern. Und allein solche einfachen Hilfsmittel müssen mitgedacht werden und können häufig mehr bringen als eine Amputation oder chirurgisch-interventionelle Behandlung.





**Adili:** Im Diskurs, insbesondere so auf Kongressen, nimmt ja die Leistungsschau der Revaskularisationen einen immer breiteren Raum ein, und da natürlich insbesondere die minimalinvasiven Verfahren. Also die, wo man eben nicht schneiden muss, auf den Bypass verzichten kann und durch eine Punktion, durch eine Ballondilatation, durch einen Stent oder durch abladierende Verfahren zu einer Revaskularisation kommt - es ist minimalinvasiver.

Sind diese Verfahren wirklich minimalinvasiver so wie es den Anschein hat? Und habt ihr das Gefühl, dass vielleicht dieser Verzicht auf den Schritt dazu geführt hat, dass tatsächlich die Schwelle zur Therapie, auch dann, wenn man vielleicht vom Langzeitergebnis, vom Outcome nicht so überzeugt ist, wie ihr es eben gerade auch schön dargelegt habt, dass diese Schwelle abgesunken ist?

**Görtz:** Zunächst muss man sagen, ja, diese Verfahren gelten als minimalinvasiver. Das ist in einer großen Gruppe der Patienten vielleicht richtig. Es gibt aber mittlerweile sehr gute Daten, auch Registerstudien mit einer fünfstelligen Anzahl von Patienten, die zeigen, dass eben das endovaskuläre Verfahren dem Patienten nicht geringer belastet als das offene operative Verfahren. Also die Komplikationsraten und das Outcome ist vergleichbar endovaskulär wie offen, also da muss man sich keiner falschen Hoffnung hingeben. Ansonsten zu deiner zweiten Frage muss ich dir sagen: Ich sehe schon ein gewisses Spannungsfeld, in dem wir uns da bewegen. Und die Hemmschwelle ist natürlich bei den endovaskulären Verfahren deutlich geringer als die Hemmschwelle durch eine Punktion etwas zu bewirken. Ein vermeintlich einfaches, wenig belastendes Verfahren durchzuführen, ist geringer, als wenn man jemanden zum Beispiel mit einer Inzision versorgen muss und eine Bypass-Operation oder einen retroperitonealen Zugang benötigt, um die Prozedur durchzuführen. Und wie gesagt, wir befinden uns in einem Spannungsfeld: Es gibt natürlich Anreize in unserem Gesundheitssystem, Eingriffe durchzuführen, die die Indikationsschwelle senken. Das hängt natürlich damit zusammen, dass die Leistungen bezahlt werden und für die Geschäftsführer sind gute Chirurgen diejenigen, die viel Leistungen erbringen und das gibt Fehlanreize.

**Steinbauer:** Und leider zeigt uns der Vergleich mit internationalen Partnern, dass Deutschland dort eine zu große Anzahl von Prozeduren durchführt und da müssen wir uns schon nicht hinterfragen. Ich muss leider gestehen, auch wir haben gerade auf der Station Patienten liegen, wo wir wirklich Komplikationen der Indikation, Komplikationen einer Intervention, letztendlich haben. Und da müssen wir uns schon Gedanken machen. Ich glaube auch, je älter und je kränker der Patient ist, umso mehr ist die Grunderkrankung entscheidend für die Komplikationsrate und das Outcome, und gar nicht mal der Eingriff. Ich glaube, man muss dann die Intervention fast genauso wie einen operativen Eingriff betrachten, und auch das ist etwas, was wir in den Köpfen ändern müssen. Die Vulnerabilität der Patienten nimmt mit der Schwere der Erkrankung im Alter zu und dann muss die Indikation und das Ziel der Behandlung noch sorgfältiger definiert werden. Und das betrifft im großen Maße vor allem die Interventionen.

**Adili:** Also das heißt, wenn ich das mal so zusammenfassen darf: Die gute Gefäßmedizin im Alter oder invasive Gefäßmedizin, ist weniger eine Frage der Machbarkeit, sondern der Entscheidungsqualität.

Markus, Was wäre dein wichtigstes, nicht-routinemäßiges-Tun bei sehr alten Patienten mit pAVK zum Beispiel?

**Görtz:** Letztendlich zu sehen, was schränkt den Patienten am meisten ein? Ist er wirklich durch eine Gehstrecke eingeschränkt? Ist die Wunde, die er hat, nicht doch vielleicht stabil und ist man gar nicht so unter Druck, wie wir es meinen?





Und letztendlich ist es wirklich dann eine Beschäftigung mit dem Patienten, und da ist genau das geriatrische Assessment und die Evaluation aus seinem Umfeld sehr wichtig, um genau diese Fragen zu beantworten und nicht nach einem Standard zu sagen: Wir machen entweder A, B oder C.

**Adili:** Was wäre dein typischer Denkfehler Hartmut, vor dem du jede Kollegin, jeden Kollegen warnen würdest, im Zusammenhang mit der Therapie von betagten Menschen mit Gefäßerkrankungen?

**Görtz:** Das ist wahrscheinlich die Empfehlung, eine Leitlinie nicht umzusetzen, sondern eine Leitlinie als Leitlinie wahrzunehmen, die uns Hilfestellungen gibt bei den Entscheidungen, die aber keine Richtlinie ist.

Es gibt viele Beispiele: Das eine Beispiel war das, was wir eben schon mal hatten bei der endovaskulären Rekonstruktion von Aortenaneurysmen. In den Leitlinien steht drin: 5,5 Zentimetern bei Männern - beim hochbetagten Patienten, aufgrund der geringeren Lebenserwartung, der höheren Komplikationsrate, muss diese Schwelle der Operation höher liegen natürlich.

Ein anderes gutes Beispiel ist eigentlich das Beispiel eines bettlägerigen Patienten, der vier Schlaganfälle hatte, am Leben nicht mehr teilnimmt. Die Frage ist: Gibt man ihm weiterhin Antikoagulanzen um Schlaganfälle zu vermeiden? Die Leitlinie sagt ja, aber die Realität wird sagt: Nein, das tue ich nicht.

**Steinbauer:** Vielleicht kann ich hier noch was anmerken, und zwar nicht einen typischen Denkfehler, sondern einen Denkanstoß: Ich gebe gelegentlich jungen Kollegen mit, die nicht wissen, was am sinnvollsten ist, indem ich ihnen sage: Was würden sie eigentlich ihrer Großmutter und ihrem Großvater anbieten? - Und plötzlich merkt man einen gewissen Umschwung bei den Entscheidungsbäumen.

**Adili:** Ja, das ist ein guter Gedanke, der mich auch in meinem täglichen Tun tatsächlich immer begleitet. Ich stell mir vor, würde ich das jetzt mal deinem Vater oder meiner Mutter auch so anbieten wie diesem Patienten? Das ist glaube ich, auch sehr sehr hilfreich.

**Görtz:** Wichtig dabei wäre auch die Frage zu bedenken, was wollen die alten Menschen eigentlich? Ein alter Mensch hat sich, da gibt es auch schöne Untersuchungen dazu, in der Regel mit dem Tod beschäftigt - das ist nicht seine große Angst. Die größte Angst ist eigentlich die Angst vor Alleinsein und Pflegebedürftigkeit - und das muss man im Hinterkopf haben, und daran sollten sich auch unsere Entscheidungen mit ausrichten.

**Adili:** Ich würde zum Schluss noch auf ein Thema gerne abheben, dass ich persönlich auch für sehr wichtig halte, nämlich das Thema: Interdisziplinarität in der Altersmedizin. Wir sind ja da jetzt auch aufgebrochen mit den Geriatern gemeinsam Initiativen auf den Weg zu bringen und Hilfestellungen zu leisten. Meine Frage an euch: Arbeitet ihr strukturiert mit Geriatern? Seid ihr der Meinung, dass ein geriatrisches Assessment in der Gefäßmedizin Standard sein sollte? Und brauchen wir möglicherweise tatsächlich auch organisatorisch und infrastrukturell mehr palliative Infrastruktur-Logistik, als das, was wir so im klinischen Alltag im Moment so erleben? Es waren jetzt drei Punkte.

**Steinbauer:** Zum Thema Strukturiert mit Geriatern: Wir haben das Glück, dass wir diese starke Geriatrie haben und Notfallpatienten werden, zum Beispiel, in einer Notaufnahme mit Basis-Tools des Assessments gescreent. Sollte dann eine Einschränkung festgestellt werden, holen wir dann auch die Geriater. Und ich glaube, das ist durchaus etwas, was uns schon weiter bringt. Zumal wir auch selber damit sehr viel lernen.





Und bezüglich der Palliativmedizin, hab ich ja schon gesagt, am meisten hat uns gebracht, einmal die Kontakte mit unseren Palliativmedizinerinnen, aber auch dieses Einbringen der Expertise in unsere eigene Klinik. Weil dort ist sie dann immer vor Ort und das sind letztendlich Möglichkeiten wie man Entsprechendes einführen kann. Es gibt aber viele Wege nach Rom und ich glaube am besten, wir tun es mit den anderen Fächern zusammen.

**Görtz:** Kann ich mich im Grunde nur anschließen. Während meiner klinischen Zeit, die jetzt schon seit zwei Jahren vorbei ist, habe ich einen sehr intensiven Kontakt zu den Geriatern gepflegt. Das ging aber im Wesentlichen dann in der bereits stationären Betreuung über die geriatrische Frühkomplexbehandlung – ein Tool was sehr hilfreich ist. Dazu ist es nicht erforderlich, dass der Patient eben in einer gefäßchirurgischen oder geriatrischen Abteilung liegt, sondern er kann hier sowohl da als auch da liegen. Man muss halt eben diese Patienten nur gemeinschaftlich betreuen und dann anschließend im Bereich der Geriatrischen Reha haben.

Das präoperative Assessment habe ich versucht einzuführen, ist zunächst etwas schwierig gewesen und danach habe ich halt eben meine klinische Laufbahn beendet - aber ich halte es für absolut wegweisend, nach all dem, was wir darüber wissen und darüber gelernt haben, ist es ein absolutes Muss. Es wird nur nicht leicht es umzusetzen.

**Adili:** Dem kann ich mich auch nur voll und ganz anschließen, also zusammengefasst: Unsere Aufgabe ist nicht immer die maximale Intervention, es ist die maximale Entscheidungsqualität. Es ist tatsächlich ein adäquates Zielbild, und vielleicht zeigt sich die Reife gerade unseres Fachs als Gefäßmediziner genau dort, nämlich Menschen, die hochbetagt in schwieriges Fahrwasser geraten, so zu beraten, wie wir es uns wünschen würden, wir es mit unseren Angehörigen tun - nämlich mit Sachverstand, aber auch mit Ethik und Empathie.

Ja, lieber Markus, lieber Hartmut, das ging jetzt sehr, sehr schnell vorbei. Also mir kam diese halbe Stunde jetzt wirklich sehr kurz vor. Ich möchte Euch ganz herzlich danken für Euren Input. Ich hoffe es hat euch genauso Spaß gemacht wie mir. Noch ein letzter Satz, den ihr unseren Zuhörerinnen und Zuhörern mitgeben wollt: Altersmedizin Markus.

**Steinbauer:** Altersmedizin ist eigentlich unser wichtigster Fokus und wir müssen möglicherweise unseren Blickwinkel diesbezüglich etwas ändern, auch wenn die Exzellenz unserer sozusagen gefäßchirurgischen Tätigkeit weiterhin zwingend notwendig ist.

**Görtz:** Also für mich ist gute Gefäßchirurgie oder Gefäßmedizin im hohen Alter: Sorgfältig Evaluation, nicht nach dem technisch Machbaren, sondern es geht darum das medizinisch Sinnvolle zu tun - und das ist der Erhalt von Lebensqualität, bei möglichst geringem Risiko durch die Therapie Lebensqualität zu verlieren.

**Adili:** Wunderbar. Vielen Lieben dank euch beiden.

Auch ihnen, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer, vielen Dank, dass sie wieder dabei waren, wenn sie fragen haben oder ihr Feedback mit uns teilen möchten schreiben sie uns gerne unter [podcasts@medizinkommunikation.org](mailto:podcasts@medizinkommunikation.org). Wenn Sie uns auf Spotify hören, können Sie uns auch eine Bewertung hinterlassen.

Ich freue mich schon jetzt auf eine neue Folge von „Gefäße im Fokus“ und wünsche Ihnen alles Gute. Bleiben Sie interessiert und vor allem bleiben Sie alle gesund.

