



A. Larena-Avellaneda

Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Universitäres Herzzentrum Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Der Aortenbogen – die letzte Bastion für den Gefäßchirurgen?

Liebe Leserinnen und Leser,

ich habe Gefäßchirurgie (in Kombination mit Viszeralchirurgie) in einer Klinik gelernt, in der die Behandlung der Aorta am Zwerchfell endete – von kaudal her. Die thorakale Aorta oder gar der Aortenbogen war etwas für die Spezialisten, damals die Herzchirurgen. Da es keine Herzchirurgie in unserer Klinik gab, haben wir die Patienten weiterverlegt. Und ich glaube, mit Ausnahme derjenigen Kolleginnen/Kollegen, die auch die Thoraxchirurgie und/oder Herzchirurgie mit beherrschten, galt das für die Mehrheit der Gefäßchirurgen. Mit dem Aufkommen der Stentgrafts und der Möglichkeit der endovaskulären Versorgung dieser Gefäße hat sich dies grundlegend geändert. Da heutzutage jeder Gefäßchirurg die Implantation einer EVAR beherrscht, ist der Schritt zur TEVAR nicht weit. – Bei der Implantation einer Rohrprothese in die Aorta descendens stellen sich meist die Zugangsgefäße als größtes Hindernis dar.

Im Gegensatz zur „einfachen“ TEVAR handelt es sich beim Aortenbogen jedoch um eine ungleich größere Herausforderung. Dies ist auch nicht mit einer fenestrierten Endoprothese für den suprenalen Abschnitt zu vergleichen, wo alle Gefäße praktisch von innen aufgefädelt und mit der Prothese verbunden werden. Im schlimmsten Fall kann man immer noch umsteigen. Eine Komplikation während eines endovaskulären Eingriffs am Aortenbogen mit Abrutschen des Stentgrafts stellt jedoch ein kaum lösbares Problem dar, da eine Korrektur innerhalb der Ischämietoleranz des Hirns praktisch unmöglich ist. Wer einmal eine solche Situation miterlebt hat,

wird den Respekt vor diesen Eingriffen sicher niemals verlieren. Auch die Komplikationsrate durch Embolien oder Verletzungen der Zugangsgefäße konfrontieren den Gefäßchirurgen in diesen Fällen mit Situationen, die ihm sonst eher unbekannt sind. Die technischen Anforderungen sind sehr hoch, und der Aortenbogen ist sicher keine Spielwiese für Anfänger. Eine enge Absprache mit den Kollegen der Herzchirurgie, deren primäre Domäne dieses Gefäß bis auf Weiteres darstellt, ist unabdingbar.

» Beim Aortenbogen ist eine enge Absprache mit der Herzchirurgie unabdingbar

Neben den rein endovaskulären Rekonstruktionen, bestehen auch weitere Möglichkeiten in Form von Hybridoperationen als Alternative zu offenen Rekonstruktionen mit der Herz-Lungen-Maschine. Der Artikel von *F. Heidemann* gibt hierzu einen Überblick. Die Arbeit von *M. Hakimi* aus der renommierten Heidelberger Klinik geht mehr ins Detail und gibt wertvolle Hinweise, wie man die oben angedeuteten Komplikationen vermeiden oder zumindest reduzieren kann.

Eine weitere Herausforderung stellen die Pathologien dar, die den Aortenbogen und die Aorta descendens betreffen. Mit der Entwicklung des „frozen elephant trunk“ (FET) hat eine Technik Einzug gehalten, die in idealer Weise offene und endovaskuläre Verfahren kombiniert. Hierzu hat *M. Luehr* aus der Arbeitsgruppe um *M. Pichlmaier*, einem Pionier auf diesem Gebiet, einen sehr umfassenden Artikel verfasst. Während die Hybridoperationen für den Aorten-

bogen durch Veränderung der Landezonen durch „Debranching“ schon länger durchgeführt werden, stellt meines Erachtens die endovaskuläre Therapie der Aorta ascendens die ultimative Herausforderung dar. Hier gelten wiederum andere Gesetze, das Gefäß verhält sich anders, die Spitze des Einführsystems liegt im Herzen, und mit den Koronararterien nähern sich hier die Gefäße, um die sich ganze Kardiokliniken kümmern. Dazu passend, widmet sich der CME-Artikel dieser Ausgabe von *M. Czerny* der Aortendissektion vom Typ Stanford A.

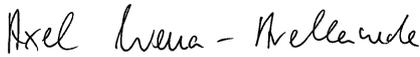
Während es für unser „Brot-und-Butter-Gefäß“, die Aorta abdominalis, aufgrund der internationalen Screening-Studien recht valide Daten zum Vorkommen von Pathologien gibt, fehlen solche Informationen für die thorakale Aorta fast vollkommen. Daher freue ich mich umso mehr, dass *S. Cheng* aus Hong Kong hierzu einen Übersichtsartikel für unsere Zeitschrift verfasst hat und hierzu auch eigene Daten präsentiert.

Neben dieser umfassenden Darstellung zum Aortenbogen finden Sie in dieser Ausgabe einen Fallbericht, der sehr schön noch einmal die Artikel von Heft 3 in Erinnerung ruft und eine wichtige Arbeit zur Ultraschalldiagnostik bei Verdacht auf Reizidivthrombose.

Ich denke, nicht jeder Gefäßchirurg kann und muss den Aortenbogen behandeln – aufgrund der Komplexität sollte dies (derzeit?) spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben. Dennoch halte ich die Artikel dieser Ausgabe für sehr relevant und interessant, gerade weil diese Behandlung nicht zu den Routine-Eingriffen einer klassischen gefäßchirurgischen Klinik zählt.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Freude mit dieser Ausgabe.

Herzlichst,
Ihr



Prof. Dr. A. Larena-Avellaneda

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. A. Larena-Avellaneda

Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Universitäres Herzzentrum Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, Gebäude Ost 70, 20246 Hamburg, Deutschland
larena@uke.de

Interessenkonflikt. A. Larena-Avellaneda gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Aktuelle Studie untersucht Patientenportale

Mit dem E-Health-Gesetz soll in Deutschland eine sektorübergreifende Patientenakte etabliert werden über die auch die Patienten Zugriff auf Gesundheitsdaten haben sollen und eigene Werte bereitstellen können. Starttermin ist 2019. Dass so eine Akte – vor allem der Teil, der die Patienten aktiv einbezieht – kein Selbstläufer ist und mehr als eines bloßen Paragraphen in einem Gesetz bedarf, zeigt eine Studie aus den USA. In den Vereinigten Staaten müssen Leistungserbringer – insbesondere Gesundheitszentren und Kliniken – seit 2015 über ein Patientenportal mit ihren Patienten kommunizieren. Mindestens 5% der Patienten müssen Zugang zu einem solchen Portal erhalten, sonst gibt es Abzüge bei der Vergütung.

Da es bislang jedoch keine Auswertungen zu der Frage gab, ob solche Portale überhaupt einen Mehrwert bringen, haben US-Forscher noch vor Beginn der Portal-Pflicht eine qualitative Studie aufgelegt – und dies in Kliniken und Praxen, die überwiegend Patienten mit niedrigeren Einkommen betreuen. An der qualitativen Umfrage zwischen Oktober 2013 und Juni 2014 beteiligten sich 20 Gesundheitszentren und Kliniken in vier unterschiedlichen Bezirken in Nord Carolina – überwiegend Ärzte und Krankenschwestern, aber auch IT-Verantwortliche. Fest steht, ohne äußeren Druck hätten die Einrichtungen in der Regel kein Patientenportal aufgelegt. Dennoch gaben sie an, dass ein solches Portal für effizientere Verwaltungsprozesse sorgen und dem Team so Zeit sparen könne. Ganz einfach, indem viele Standardfragen wie die Terminvermittlung oder organisatorische und unkritische medizinische Fragen über den Online-Weg geklärt werden könnten. Damit sinke das Telefonaufkommen. Außerdem gingen die Befragten davon aus, dass ein Telefongespräch samt Vorbereitung länger als das Tippen einer Nachricht über ein Patientenportal dauert. Auch normale Laborbefunde könnten so schneller übermittelt werden.

Die Forscher haben sich aber ebenso der Frage gewidmet, was die zusätzliche direkte Kommunikation der Leistungserbringer untereinander bringt: Hierbei stellte sich

heraus, dass vor allem die Ärzte weniger Doppeluntersuchungen und Behandlungsfehler – insbesondere bei der Medikation – sahen. Trotz aller Vorteile zeigten sich die Befragten insgesamt jedoch sehr skeptisch gegenüber den Patientenportalen. Denn die Arbeitserleichterung auf der einen Seite könne zu Mehrarbeit auf der anderen führen, etwa weil viele Portale nicht selbsterklärend sind. Hier befürchten die Teams, dass sie vor allem weniger gebildete oder ältere Patienten schulen müssen. Oder aber, dass Patienten sie mit Anfragen überschütten, weil sie das Portal als Flatline zum Arzt betrachten.

Wichtig sei zugleich, so die befragten Ärzte und Schwestern, dass die Haftungsfrage geklärt ist. Wie weit geht die Infopflicht hier? Dafür müssen vorab eindeutige Spielregeln festgelegt werden. Ebenfalls kritisch ist es laut der Studienteilnehmer, wenn Patienten mit zu vielen Daten, die sie vielleicht nicht richtig einordnen können, allein gelassen werden.

Die Studie macht deutlich, dass Patientenportale oder Gesundheitsakten nur funktionieren, wenn die Patienten vor der Einführung umfassend über Möglichkeiten und Grenzen dieses Kommunikationsangebotes aufgeklärt werden – und zwar zielgruppengerecht.

Literatur: Miller DP, Latulipe C, Melius KA et al (2016) Primary care providers' views of patient portals: interview study of perceived benefits and consequences. Med Internet Res 18:e8

Quelle: *Ärzte Zeitung*, www.aerztezeitung.de