Medizinischer Jahresbericht 2004

Herzzentrum Lahr / Baden

Medizinischer Jahresbericht 2004

Herzzentrum
Lahr / Baden

Inhaltsverzeichnis

Vorwort Seite 4

Teil 1: Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie

Vorwort Seite 8
Statistiken Seite 10
Transparenz medizinischer Leistungen Seite 18
Bypasschirurgie Seite 19
Therapie der Mitralklappenerkrankungen Seite 20
Thorakale Aortenchirurgie Seite 21
Intensivstation Seite 22
Personalentwicklung Herzchirurgie Seite 23
Hygienemaßnahmen Seite 24
Diabetes mellitus Seite 25
Studien Kardiochirurgie Seite 26

Teil 2: Klinik für Innere Medizin und Kardiologie

Vorwort Seite 30
Interventionelle Kardiologie Seite 31
Elektrophysiologie Seite 32
Schrittmacher- und ICD-Implantationen Seite 33
Sportmedizinisches Institut Seite 35
Kardiologische Leistungszahlen Seite 36

Teil 3: Klinik für Anästhesiologie

Vorwort Seite 40
Airway Management Seite 41
Narkoseängste Seite 42
Schmerz Seite 43

Teil 4: Pflege

Es geht um den Menschen Seite 46
Personalentwicklung Pflege Seite 47
Kardiochirurgische Intensivpflege Seite 48
Projekte im Pflegedienst Seite 49

Teil 5: Einblicke und Berichte

Klinikseelsorge Seite 52
Gerinnungs-Selbstmanagement Seite 54
Präventive Mikromedizin Seite 56
Medizincontrolling Seite 58
Qualitätsmanagement Seite 60

Teil 6: Organisation

Ansprechpartner Seite 64
Öffentlichkeitsarbeit Seite 69
Fachliteratur Seite 78
Rotationsplan Seite 82
Kontakt & Anfahrt Seite 83
Impressum Seite 85

Vorwort zum medizinischen Jahresbericht 2004

Dipl.-Volkswirt Bernd Sieber, Vorstand Kraichgau-Klinik AG
Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor und Chefarzt Herzzentrum Lahr/Baden

Die Erfolgsgeschichte des Herzzentrums Lahr/Baden hat sich auch im zehnten Jahr seines Bestehens fortgesetzt. Was Ende 1994 durch knapp 40 ehemalige MitarbeiterInnen des Deutschen Herzzentrums Berlin, verstärkt durch sorgfältig ausgewählte MitarbeiterInnen aus der Region und dem gesamten Bundesgebiet „auf der grünen Wiese" begonnen wurde, hat sich zu einem anerkannten und hochspezialisierten Zentrum für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie sowie für Kardiologie und Anästhesie entwickelt.

Mittlerweile konnten über 20.000 Operationen, davon über 17.000 am offenen Herzen und über 22.500 Katheteruntersuchungen im Bereich der kardiologischen Diagnostik und Therapie durchgeführt werden sowie rund 3.500 Herzschrittmacher und Defibrillatoren implantiert werden. Das Herzzentrum Lahr/Baden hat sich dabei jedes Jahr weit über die durchschnittlichen Wachstumsraten anderer stationärer Einrichtungen entwickelt.

Die Leistungen des Herzzentrum Lahr/Baden werden dabei nicht nur in der Region geschätzt. Auch in 2004 kamen rund 40 % unserer Patienten aus Regionen außerhalb Baden-Württembergs – für uns ein Zeichen der hohen Wertschätzung unseres Bestrebens, den Patienten nicht nur eine moderne, sondern auch eine nachweisbar qualitativ hochwertige Medizin zu bieten und dabei die persönliche Zuwendung und Ansprache der Patienten nicht zu vergessen.

Bereits seit 1996 dokumentieren wir unsere Leistungen in dem nun vorliegenden medizinischen Jahresbericht, in dem wir nicht nur sämtliche Ergebnisparameter unseres Hauses offen und transparent darlegen, sondern uns auch internationalen Vergleichen stellen. Mittlerweile zum neunten Mal können sich die interessierten Leser ein umfassendes Bild von der Leistung des Herzzentrums Lahr/Baden und insbesondere vom herausragenden Engagement seiner MitarbeiterInnen machen.

Im Herzzentrum Lahr/Baden haben wie bereits sehr frühzeitig die Möglichkeiten gesucht, die Qualität unserer Einrichtung zu dokumentieren und dies auch durch eine Zertifizierung zu belegen. So ist das Herzzentrum Lahr/Baden in 1999 als bundesweit erstes Herzzentrum über die gesamte Einrichtung nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert worden. In 2002 wurde die Rezertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 ausgesprochen, was uns motiviert hat, den eingeschlagenen Weg weiter zu beschreiten und das Qualitätsmanagement weiter auszubauen. Die Erfolge lassen sich aufgrund eindeutig messbarer Erfolgskomponenten, wie z. B. in nachhaltig niedrigen Komplikationsraten nachweisen. So beträgt die Hospitalsterblichkeit

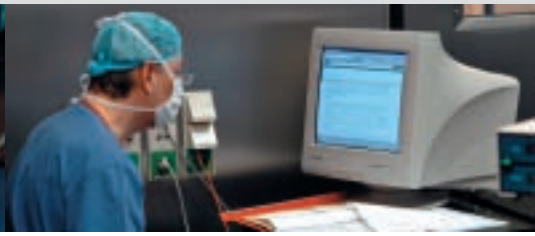
im Bereich der isolierten Koronarchirurgie im Herzzentrum Lahr/Baden im Jahr 2004 nur 1,2 % im Vergleich zu 2,8 % im Bundesdurchschnitt. Konsequente Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme sichern diesen Erfolg langfristig ab.

Zehn Jahre Herzzentrum Lahr/Baden sind Grund und Anlass, auf die vergangenen Jahre zurück zu blicken. Den Mitarbeitern „der ersten Stunden" sind wir zu hoher Anerkennung und Dank verpflichtet. Was in 1994 durch eine Gruppe mutiger und hoch engagierter MitarbeiterInnen aufgebaut wurde, ist heute aus der kardiologischen und kardiochirurgischen Versorgung der Region und weit darüber hinaus nicht mehr wegzudenken. Dass dabei noch über fünfzig MitarbeiterInnen aus der „Gründungsmannschaft" im Herzzentrum Lahr/Baden tätig sind, spricht sicher auch für eine hohe Identifikation der MitarbeiterInnen mit dem Herzzentrum Lahr/Baden. Gemeinsam arbeiten wir daran, auch weiterhin kompetente medizinische Leistungen für unsere Patienten zu erbringen. Trotz der enormen Umbrüche im Gesundheitswesen, die auch das Herzzentrum Lahr/Baden nachhaltig betreffen, sind wir sicher, zukünftig ein Premiumanbieter im Bereich der Herz-Kreislauferkrankungen zu bleiben.

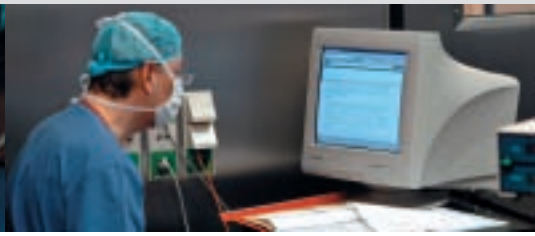
Unser Dank geht in erster Linie an die MitarbeiterInnen des Herzzentrums Lahr/Baden, die sich täglich mit hohem Einsatz für unsere Patienten engagieren. Einen genauso großen Dank richten wir an unsere Einweiser, die uns in den vergangenen Jahren ihr Vertrauen entgegengebracht haben. Auch den Kostenträgern sind wir für die jahrelange Begleitung – trotz aller restriktiver Rahmenbedingungen – dankbar für die kollegiale Zusammenarbeit. Nicht zuletzt danken wir allen Beteiligten, die durch ihre Mitarbeit und mit Begeisterung das Erscheinen dieses Jahresberichtes möglich gemacht haben.

Bernd Sieber *Jürgen Ennker*

Herz-, Thorax- & Gefäßchirurgie
Vorwort
Statistiken
Transparenz medizinischer Leistungen
Bypasschirurgie
Therapie Mitralklappenerkrankungen
Thorakale Aortenchirurgie
Intensivstation
Personalentwicklung Herzchirurgie
Hygienemaßnahmen
Diabetes mellitus
Studien Kardiochirurgie



Herz-, Thorax- & Gefäßchirurgie



Vorwort

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor

Mit dem hier vorgelegten Jahresbericht verfolgen wir weiterhin kontinuierlich unser Ziel, durch Transparenz unserer Handlungen die Akzeptanz für die modernen Therapieverfahren der neuzeitlichen Herzchirurgie zu erhöhen.

Aufgrund der Behandlungserfolge der modernen interventionellen Kardiologie kommt der Chirurg z. B. auf dem Gebiet der koronaren Bypasschirurgie nur noch als letzte therapeutische Instanz zum Zuge. Die Risikostruktur der uns anvertrauten Patienten hat sich jedoch in den letzten Jahren erheblich erweitert, nicht zuletzt eine Konsequenz auch der zunehmenden Lebenserwartung. Hier gilt es umso mehr zu vermitteln, dass standardisierte herzchirurgische Eingriffe mittlerweile ein geringeres Risiko haben als z. B. große bauchchirurgische Operationen.

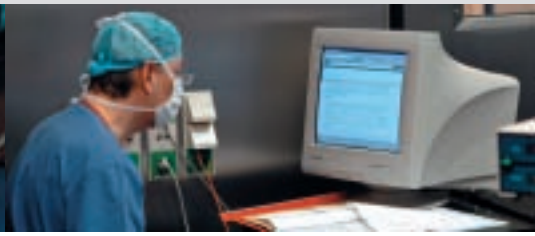
Die in 10 Jahren klinischer Tätigkeit gewachsene „institutional experience“ und das überdurchschnittliche Engagement der MitarbeiterInnen unserer Klinik wirkt sich hier besonders fördernd aus. Letzteres wird mitgetragen von den mittlerweile 16 Fachärzten aus den Fachbereichen Herzchirurgie, Anästhesiologie und Innere Medizin die unmittelbar zum Wohle unserer herzchirurgischen Patienten aktiv sind.

Mit Hilfe unserer MitarbeiterInnen war es uns möglich, innovative Verfahren im Operationssaal und auf der Intensivstation für einen überdurchschnittlichen Behandlungserfolg unserer Patienten einzubringen. Ich denke hier an moderne Verfahren der Myokard- und Hirnprotektion, minimalinvasive OP-Techniken im Bereich von Herzklappen- und Bypasschirurgie, Aortenklappenrekonstruktion bzw. Implantation gerüstloser Bioprothesen im Operationssaal oder nichtinvasive Beatmungsverfahren und neuzeitliche Dialysetechniken auf der Intensivstation. Unterstützt durch die dankbar zu erwähnende Zusammenarbeit mit unseren

einweisenden und konsiliarisch tätigen Kollegen werden wir konsequent auf diesem Weg fortfahren wobei es stets unser Ziel ist, die besten Ergebnisse für die uns anvertrauten Patienten zu sichern.

Unser Dank gilt allen Patienten und einweisenden Kollegen für das gezeigte Vertrauen in unsere Klinik, aber auch unseren Mitarbeitern für die gezeigten überdurchschnittlichen Leistungen. Wir werden uns auch in der zweiten Dekade unserer Tätigkeit hier in Lahr bemühen, überdurchschnittliche Ergebnisse zu erreichen.

Herz-, thorax- & Gefäßchirurgie
Vorwort
Statistiken
Transparenz medizinischer Leistungen
Bypasschirurgie
Therapie Mitralklappenerkrankungen
Thorakale Aortenchirurgie
Intensivstation
Personalentwicklung Herzchirurgie
Hygienemaßnahmen
Diabetes mellitus
Studien Kardiochirurgie

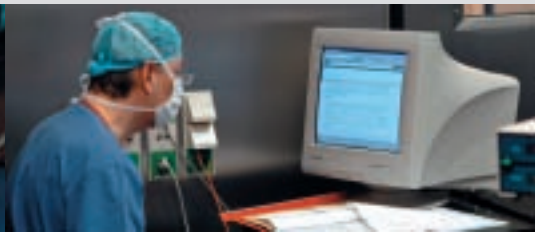


Statistiken

Übersicht der operativen Eingriffe 2004

	Elektive Eingriffe						
Altersgruppe (Jahre)	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	>=80	Gesamt
ACVB Letalität % (n)	1 0.0 (0)	27 0.0 (0)	85 0.0 (0)	185 0.0 (0)	149 2.0 (3)	15 0.0 (0)	462 0.6 (3)
OPCAB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	1 0.0 (0)	3 0.0 (0)	14 0.0 (0)	11 0.0 (0)	1 0.0 (0)	30 0.0 (0)
AKE Letalität % (n)	0 0.0 (0)	5 0.0 (0)	11 0.0 (0)	42 0.0 (0)	56 1.8 (1)	20 0.0 (0)	134 0.7 (1)
AKE+ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	2 0.0 (0)	4 0.0 (0)	12 0.0 (0)	36 2.8 (1)	21 4.8 (1)	75 2.7 (2)
MKE Letalität % (n)	1 0.0 (0)	3 0.0 (0)	2 0.0 (0)	7 0.0 (0)	2 0.0 (0)	1 0.0 (0)	16 0.0 (0)
MKE+ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	3 0.0 (0)	4 0.0 (0)	7 0.0 (0)	1 0.0 (0)	15 0.0 (0)
MKR Letalität % (n)	0 0.0 (0)	1 0.0 (0)	5 0.0 (0)	5 0.0 (0)	6 0.0 (0)	2 0.0 (0)	19 0.0 (0)
MKR+ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	2 0.0 (0)	3 0.0 (0)	3 0.0 (0)	0 0.0 (0)	8 0.0 (0)
AKE+(MKE oder MKR) Letalität % (n)	2 50.0 (1)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	2 0.0 (0)	2 0.0 (0)	0 0.0 (0)	6 16.7 (1)
Re-ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	1 0.0 (0)	2 0.0 (0)	10 0.0 (0)	14 0.0 (0)	0 0.0 (0)	27 0.0 (0)
Re-Klappen Letalität % (n)	1 0.0 (0)	3 0.0 (0)	2 0.0 (0)	4 25.0 (1)	7 0.0 (0)	1 0.0 (0)	18 5.6 (1)
Ventrikelaneurysma Letalität % (n)	0 0.0 (0)	1 0.0 (0)	3 0.0 (0)	4 0.0 (0)	2 0.0 (0)	0 0.0 (0)	10 0.0 (0)
Aortenchirurgie Letalität % (n)	3 0.0 (0)	3 0.0 (0)	9 0.0 (0)	10 0.0 (0)	10 10.0 (1)	5 20.0 (1)	40 5.0 (2)
Sonstiges Letalität % (n)	3 0.0 (0)	2 0.0 (0)	2 0.0 (0)	5 0.0 (0)	9 11.1 (1)	2 0.0 (0)	23 4.3 (1)
Gesamt Letalität % (n)	11 9.1 (1)	49 0.0 (0)	133 0.0 (0)	307 0.3 (1)	314 2.2 (7)	69 2.9 (2)	883 1.2 (11)

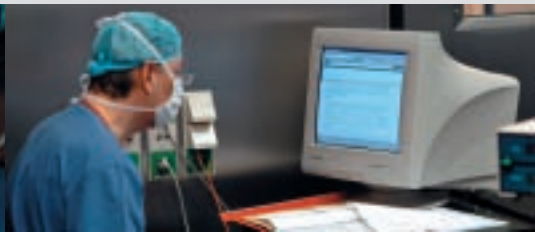
	Dringliche und Notfall-Eingriffe						
Altersgruppe (Jahre)	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	>=80	Gesamt
ACVB Letalität % (n)	2 0.0 (0)	25 0.0 (0)	39 0.0 (0)	105 1.9 (2)	110 2.7 (3)	17 5.9 (1)	298 2.0 (6)
OPCAB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	2 0.0 (0)	3 0.0 (0)	3 0.0 (0)	0 0.0 (0)	2 0.0 (0)	10 0.0 (0)
AKE Letalität % (n)	0 0.0 (0)	3 0.0 (0)	5 0.0 (0)	17 0.0 (0)	28 0.0 (0)	9 22.2 (2)	62 3.2 (2)
AKE+ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	3 0.0 (0)	10 0.0 (0)	28 3.6 (1)	5 0.0 (0)	46 2.2 (1)
MKE Letalität % (n)	1 0.0 (0)	1 0.0 (0)	1 0.0 (0)	2 0.0 (0)	3 0.0 (0)	2 0.0 (0)	10 0.0 (0)
MKE+ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	1 100.0 (1)	0 0.0 (0)	4 25.0 (1)	1 0.0 (0)	6 33.3 (2)
MKR Letalität % (n)	0 0.0 (0)	1 0.0 (0)	2 0.0 (0)	1 0.0 (0)	1 0.0 (0)	2 0.0 (0)	7 0.0 (0)
MKR+ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	2 0.0 (0)	3 0.0 (0)	0 0.0 (0)	5 0.0 (0)
AKE+(MKE oder MKR) Letalität % (n)	0 0.0 (0)	1 0.0 (0)	0 0.0 (0)	1 0.0 (0)	4 0.0 (0)	1 0.0 (0)	7 0.0 (0)
Re-ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	3 0.0 (0)	9 0.0 (0)	9 11.1 (1)	2 0.0 (0)	23 4.3 (1)
Re-Klappen Letalität % (n)	0 0.0 (0)	1 0.0 (0)	2 0.0 (0)	10 30.0 (3)	12 8.3 (1)	3 0.0 (0)	28 14.3 (4)
Ventrikelaneurysma Letalität % (n)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	1 0.0 (0)	2 0.0 (0)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	3 0.0 (0)
Aortenchirurgie Letalität % (n)	1 0.0 (0)	1 0.0 (0)	3 33.3 (1)	2 0.0 (0)	1 0.0 (0)	2 0.0 (0)	10 10.0 (1)
Sonstiges Letalität % (n)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	3 0.0 (0)	8 12.5 (1)	9 11.1 (1)	2 0.0 (0)	22 9.1 (2)
Gesamt Letalität % (n)	4 0.0 (0)	35 0.0 (0)	66 3.0 (2)	172 3.5 (6)	212 3.8 (8)	48 6.2 (3)	537 3.5 (19)



	Alle Eingriffe						
Altersgruppe (Jahre)	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	>=80	Gesamt
ACVB Letalität % (n)	3 0.0 (0)	52 0.0 (0)	124 0.0 (0)	290 0.7 (2)	259 2.3 (6)	32 3.1 (1)	760 1.2 (9)
OPCAB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	3 0.0 (0)	6 0.0 (0)	17 0.0 (0)	11 0.0 (0)	3 0.0 (0)	40 0.0 (0)
AKE Letalität % (n)	0 0.0 (0)	8 0.0 (0)	16 0.0 (0)	59 0.0 (0)	84 1.2 (1)	29 6.9 (2)	196 1.5 (3)
AKE+ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	2 0.0 (0)	7 0.0 (0)	22 0.0 (0)	64 3.1 (2)	26 3.8 (1)	121 2.5 (3)
MKE Letalität % (n)	2 0.0 (0)	4 0.0 (0)	3 0.0 (0)	9 0.0 (0)	5 0.0 (0)	3 0.0 (0)	26 0.0 (0)
MKE+ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	4 25.0 (1)	4 0.0 (0)	11 9.1 (1)	2 0.0 (0)	21 9.5 (2)
MKR Letalität % (n)	0 0.0 (0)	2 0.0 (0)	7 0.0 (0)	6 0.0 (0)	7 0.0 (0)	4 0.0 (0)	26 0.0 (0)
MKR+ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	0 0.0 (0)	2 0.0 (0)	5 0.0 (0)	6 0.0 (0)	0 0.0 (0)	13 0.0 (0)
AKE+(MKE oder MKR) Letalität % (n)	2 50.0 (1)	1 0.0 (0)	0 0.0 (0)	3 0.0 (0)	6 0.0 (0)	1 0.0 (0)	13 7.7 (1)
Re-ACVB Letalität % (n)	0 0.0 (0)	1 0.0 (0)	5 0.0 (0)	19 0.0 (0)	23 4.3 (1)	2 0.0 (0)	50 2.0 (1)
Re-Klappen Letalität % (n)	1 0.0 (0)	4 0.0 (0)	4 0.0 (0)	14 28.6 (4)	19 5.3 (1)	4 0.0 (0)	46 10.9 (5)
Ventrikelaneurysma Letalität % (n)	0 0.0 (0)	1 0.0 (0)	4 0.0 (0)	6 0.0 (0)	2 0.0 (0)	0 0.0 (0)	13 0.0 (0)
Aortenchirurgie Letalität % (n)	4 0.0 (0)	4 0.0 (0)	12 8.3(1)	12 0.0 (0)	11 9.1 (1)	7 14.3 (1)	50 6.0 (3)
Sonstiges Letalität % (n)	3 0.0 (0)	2 0.0 (0)	5 0.0 (0)	13 7.7 (1)	18 11.1 (2)	4 0.0 (0)	45 6.7 (3)
Gesamt Letalität % (n)	15 6.7 (1)	84 0.0 (0)	199 1.0 (2)	479 1.5 (7)	526 2.9 (15)	117 4.3 (5)	1420 2.1 (30)

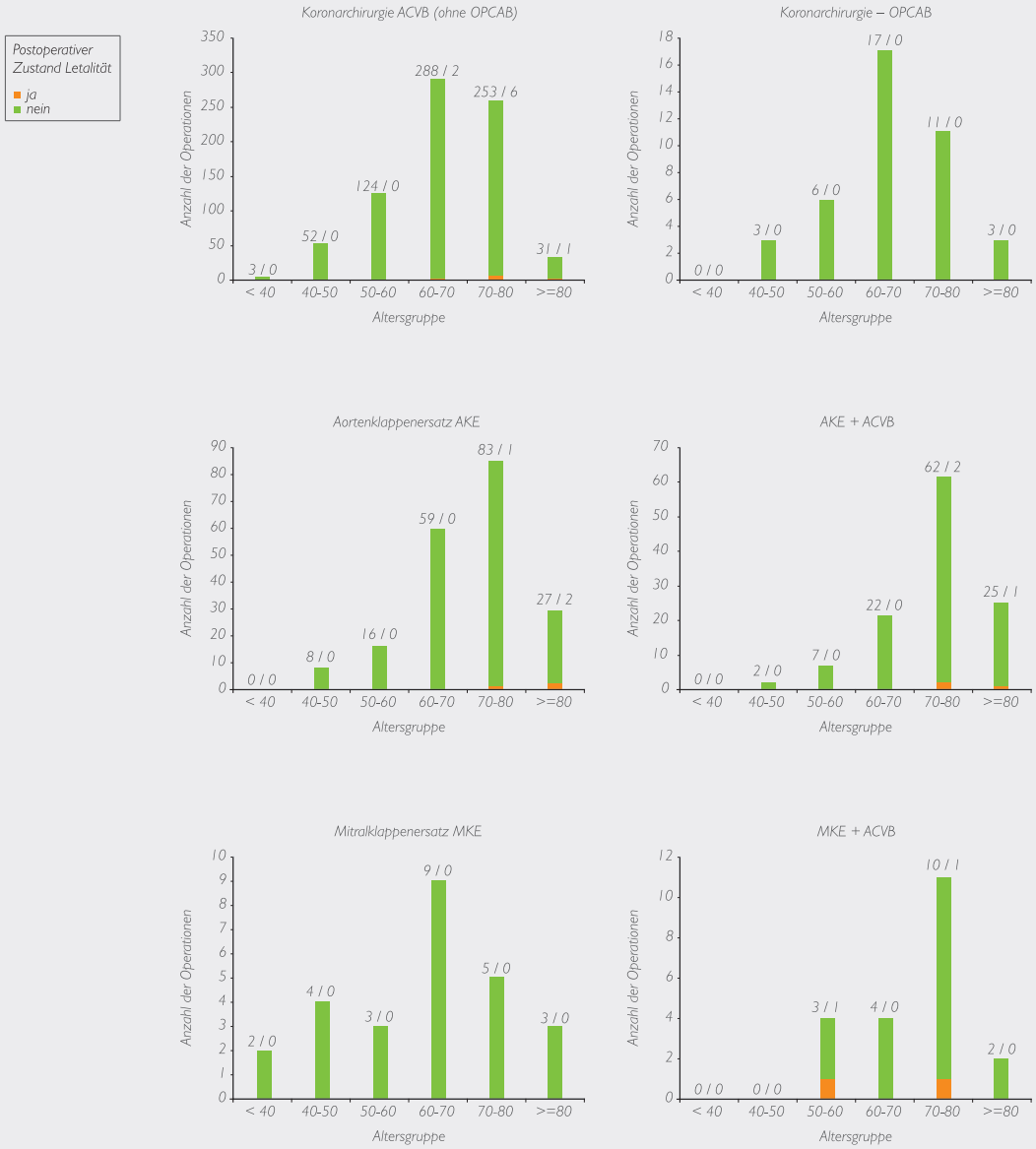
Definitionen:

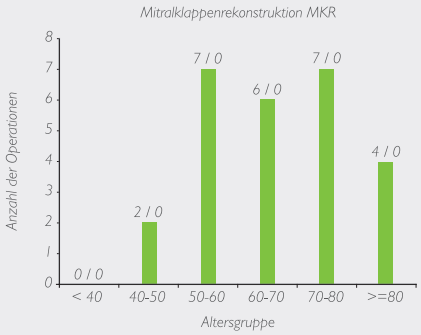
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass
OPCAB	Off Pump Coronary Artery Bypass
	(Operation ohne Herz-Lungen-Maschine)
AKE	Aortenklappenersatz
MKE	Mitralklappenersatz
MKR	Mitralklappenrekonstruktion
Re-ACVB	Erneuter Aortokoronarer Venenbypass
Re-Klappe	Erneute Herzklappenoperation
Ventrikelaneurysma	Operation von Aussackungen der Herzkammer
Aortenchirurgie	Eingriffe im Bereich der großen Körperschlagader
Notfalleingriff	Eingriff innerhalb von 24 Stunden nach Herzkatheter
Dringlicher Eingriff	Eingriff innerhalb von 14 Tagen
Elektiv-Eingriff	Spätere Eingriffe
Letalität	Sterblichkeit

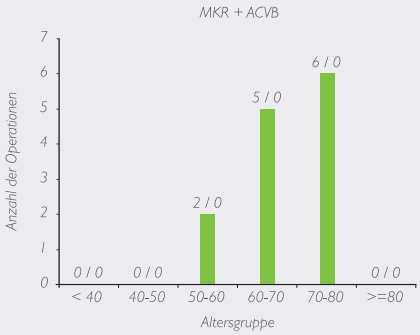


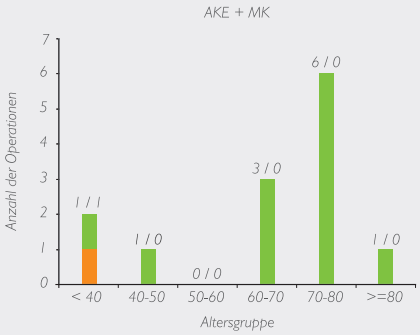
Statistiken

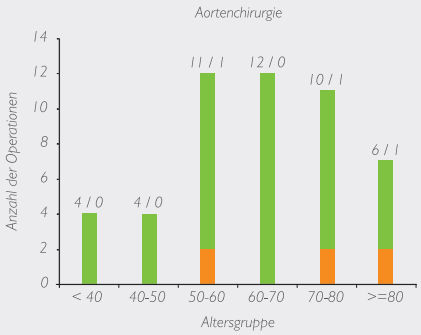
30 Tage Letalität in Abhängigkeit von Altersgruppen und nach Operations-Typ

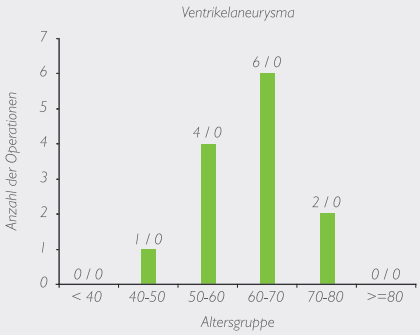


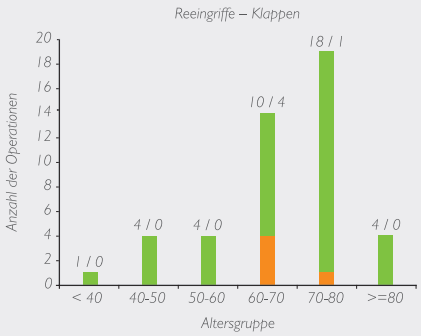

Mitralklappenrekonstruktion MKR
Anzahl der Operationen
0 / 0
2 / 0
7 / 0
6 / 0
7 / 0
4 / 0
< 40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

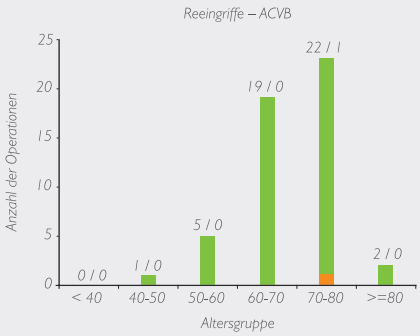

MKR + ACVB
Anzahl der Operationen
0 / 0
0 / 0
2 / 0
5 / 0
6 / 0
0 / 0
< 40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

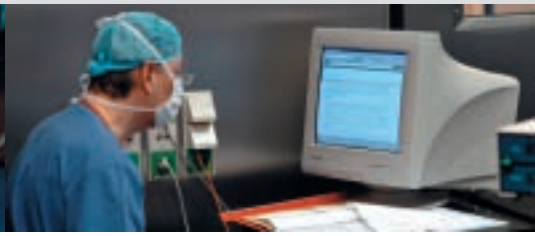

AKE + MK
Anzahl der Operationen
1 / 1
1 / 0
0 / 0
3 / 0
6 / 0
1 / 0
< 40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe


Aortenchirurgie
Anzahl der Operationen
4 / 0
4 / 0
11 / 1
12 / 0
10 / 1
6 / 1
< 40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe


Ventrikelaneurysma
Anzahl der Operationen
0 / 0
1 / 0
4 / 0
6 / 0
2 / 0
0 / 0
< 40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

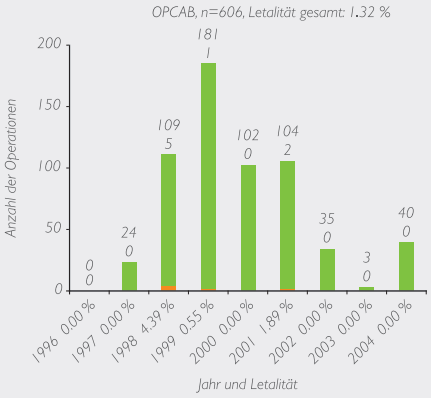

Reeingriffe – Klappen
Anzahl der Operationen
1 / 0
4 / 0
4 / 0
10 / 4
18 / 1
4 / 0
< 40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

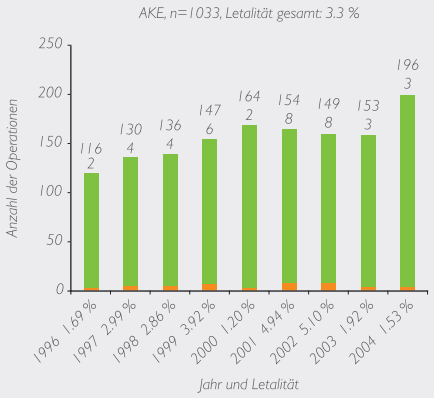

Reeingriffe – ACVB
Anzahl der Operationen
0 / 0
1 / 0
5 / 0
19 / 0
22 / 1
2 / 0
< 40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

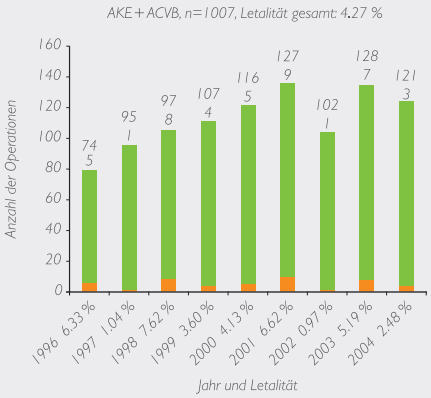


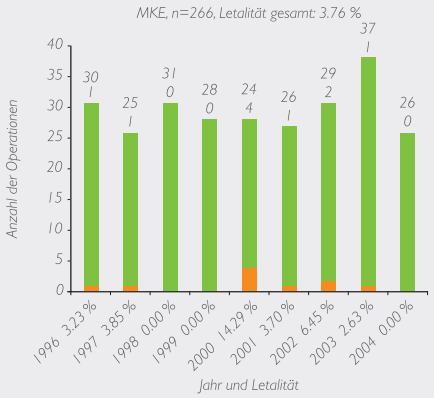
Statistiken

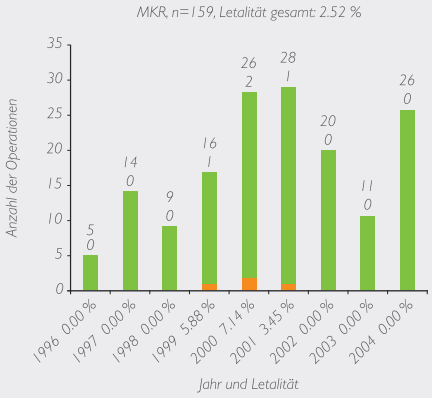
Operationen nach Jahr und Typ



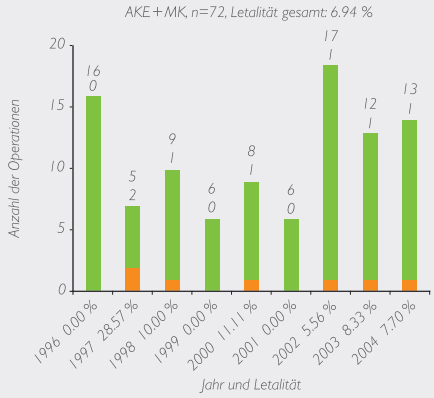


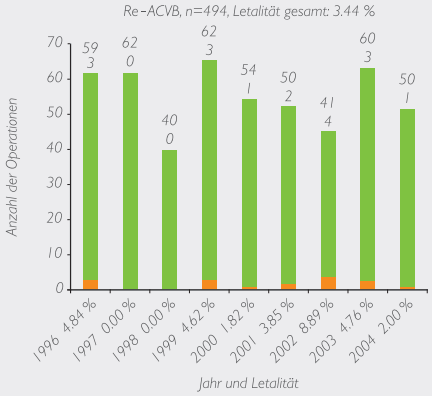


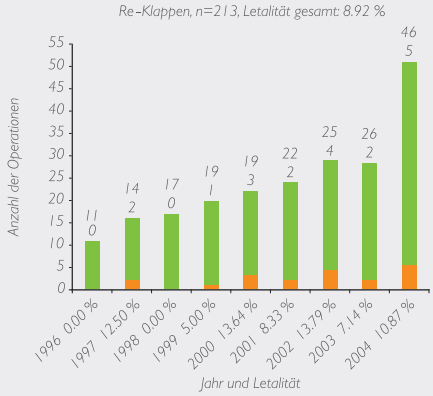


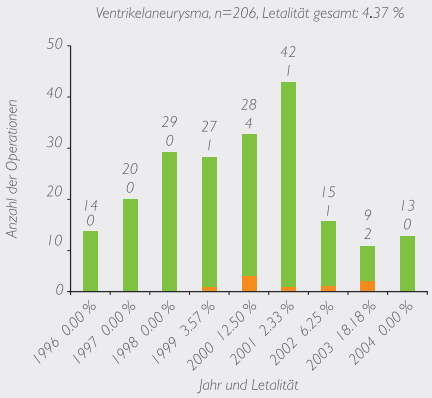

MKR, n=159, Letalität gesamt: 2.52 %
Anzahl der Operationen
Jahr und Letalität
1996 0.00 % 5 0
1997 0.00 % 14 0
1998 0.00 % 9 0
1999 5.88 % 16 1
2000 7.14 % 26 2
2001 3.45 % 28 1
2002 0.00 % 20 0
2003 0.00 % 11 0
2004 0.00 % 26 0

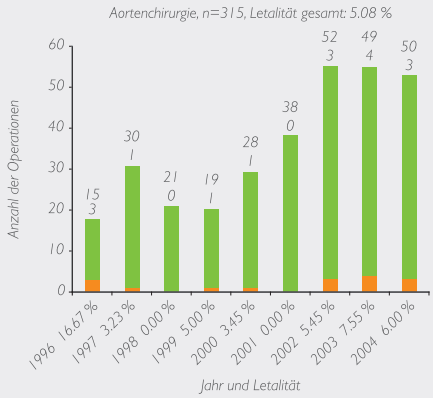
MKR+ACVB, n=116, Letalität gesamt: 4.31 %
Anzahl der Operationen
Jahr und Letalität
1996 25.00 % 3 1
1997 0.00 % 12 0
1998 9.09 % 10 1
1999 0.00 % 6 0
2000 0.00 % 12 0
2001 0.00 % 28 0
2002 14.29 % 12 2
2003 6.25 % 15 1
2004 0.00 % 13 0

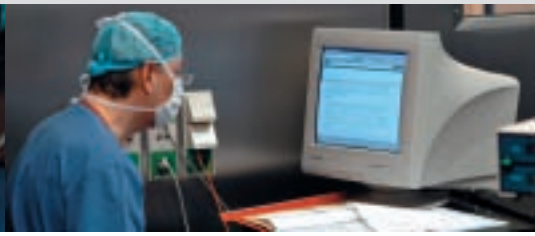

AKE+MK, n=72, Letalität gesamt: 6.94 %
Anzahl der Operationen
Jahr und Letalität
1996 0.00 % 16 0
1997 28.57 % 5 2
1998 10.00 % 9 1
1999 0.00 % 6 0
2000 11.11 % 8 1
2001 0.00 % 6 0
2002 5.56 % 17 1
2003 8.33 % 12 1
2004 7.70 % 13 1


Re-ACVB, n=494, Letalität gesamt: 3.44 %
Anzahl der Operationen
Jahr und Letalität
1996 4.84 % 59 3
1997 0.00 % 62 0
1998 0.00 % 40 0
1999 4.62 % 62 3
2000 1.82 % 54 1
2001 3.85 % 50 2
2002 8.89 % 41 4
2003 4.76 % 60 3
2004 2.00 % 50 1


Re-Klappen, n=213, Letalität gesamt: 8.92 %
Anzahl der Operationen
Jahr und Letalität
1996 0.00 % 11 0
1997 12.50 % 14 2
1998 0.00 % 17 0
1999 5.00 % 19 1
2000 13.64 % 19 3
2001 8.33 % 22 2
2002 13.79 % 25 4
2003 7.14 % 26 2
2004 10.87 % 46 5


Ventrikelaneurysma, n=206, Letalität gesamt: 4.37 %
Anzahl der Operationen
Jahr und Letalität
1996 0.00 % 14 0
1997 0.00 % 20 0
1998 0.00 % 29 0
1999 3.57 % 27 1
2000 12.50 % 28 4
2001 2.33 % 42 1
2002 6.25 % 15 1
2003 18.18 % 9 2
2004 0.00 % 13 0


Aortenchirurgie, n=315, Letalität gesamt: 5.08 %
Anzahl der Operationen
Jahr und Letalität
1996 16.67 % 15 3
1997 3.23 % 30 1
1998 0.00 % 21 0
1999 5.00 % 19 1
2000 3.45 % 28 1
2001 0.00 % 38 0
2002 5.45 % 52 3
2003 7.55 % 49 4
2004 6.00 % 50 3



Transparenz medizinischer Leistungen

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor

Transparenz medizinischer Leistungen stellt eine Bringschuld des Krankenhauses dar. Ärztliche Behandlungsergebnisse, Operationsbericht sowie Entlassbrief müssen zur Erhaltung der Patientenversorgungqualität rasch erstellt sein. Diverse Patientenratgeber, Patientenclub, Jahresbericht und Homepage liefern wichtige Informationen sowie Einblick in die kontinuierlich erbrachte Qualität unserer medizinischer Leistungen.

Bei rund 100.000 akuten, kardial bedingten Todesfällen in Deutschland pro Jahr ist es von entscheidender Bedeutung, die erreichte Qualität abzubilden und transparent zu machen. Die Politik hat dieses Thema ebenso gesehen und fordert im Jahr 2005 erstmals von allen Kliniken einen Qualitätsbericht für das Jahr 2004.
Nicht gefordert worden sind jedoch Ergebnisse der einzelnen jeweiligen im Krankenhaus vorgenommenen Eingriffsarten, von einer Risikoadjustierung der herausgegebenen Daten ganz zu schweigen.

Früher unüblich, haben wir vom ersten Tag an begonnen, allen Patienten bei Entlassung einen fertigen Arztbrief mitzugeben. Der Operationsbericht wurde noch am OP-Tag an den einweisenden Kollegen und die Familie des Patienten versandt. Unseren einweisenden Kardiologen haben wir seit Januar 1996 eine jährliche Ergebnisliste zur direkten Erfolgskontrolle zugeschickt. Um Schwellenangst vor herzchirurgischen Eingriffen und Desinformation bei unseren Patienten zu mindern haben wir eine Vielzahl von Buchpublikationen, insbesondere auch in Form von Patientenratgebern zum Thema Herzklappenoperationen, Herzkranzgefäße, Aortenchirurgie sowie Schrittmacher und Defibrillatoren herausgebracht. Weiterhin wurde ein eigener Patientenclub gegründet sowie eine quartalsweise erscheinende Patientenzeitschrift „(Herzlich(t))“ publiziert. Die juristischen Grundlagen haben wir für unsere MitarbeiterInnen durch das Opus Herzchirurgie und Recht und die fachliche Basis durch die Checkliste XXL Herzchirurgie vertieft.

Die Schaffung einer eigenen Homepage (www.heart-lahr.com) spiegelte nur die Entwicklung der Zeit wider. Der Ihnen hier vorgelegte Jahresbericht war 1996 in dieser Form, mit der Wiedergabe der entsprechenden herzchirurgischen Ergebniszahlen, ein absolutes Novum in der Krankenhauslandschaft, welches bis heute nur wenige Nachahmer gefunden hat.

Die beschriebenen Maßnahmen zeigen, dass das Herzzentrum Lahr/Baden Transparenz medizinischer Leistungen als hohe Selbstverpflichtung auffasst.

Bypasschirurgie

Dr. Alexander Albert, Oberarzt

Bypassoperationen sind sehr häufig durchgeführte Operationen und weisen niedrige Komplikationsraten auf. Dennoch können diese Eingriffe unter verschiedenen Gesichtspunkten optimiert werden:

1. Die Haltbarkeit der Bypässe wird erhöht wenn anstatt Venen körpereigene Arterien, vornehmlich beide Brustwandarterien, verwendet werden (TAR-Total Arterielle Revaskularisation).
2. Manipulationen der Hauptschlagader mit Gefahr der Schädigung des Gehirns und andere Organe können durch spezielle Techniken (s. u.) vermieden werden: „No Touch Technik".
3. Der Kontakt des Blutes mit Fremdmaterial und die Stilllegung des Herzens während der Operation können durch einen Verzicht auf die Herz-Lungen-Maschine vermieden werden, abgekürzt OPCAB – Off Pump Coronary Artery Bypass Surgery.

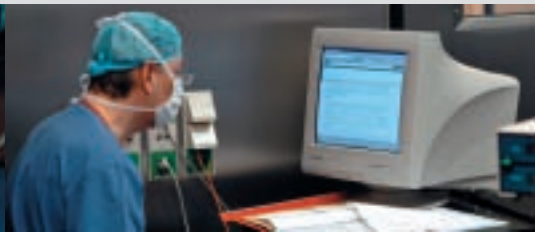
Der Verzicht auf den Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bietet eine Chance qualitativ hochwertige Bypass-Operationen, schonend und mit geringerer Komplikationsrate durchzuführen. Wir bieten diese Operationen unseren Patienten nun in zunehmendem Umfang an.

Jede dieser Techniken hat, für sich alleine, Vorteile für die Patienten. Idealer Weise lassen sie sich in der OPCAB-Chirurgie kombinieren. So kann die schonendere Technik ohne Klemmung der Aorta nur verwirklicht werden, wenn:

1. Ohne Herz-Lungen-Maschine operiert wird, d. h. die Hauptschlagader weder abgeklemmt noch die Kanüle der Herz-Lungen-Maschine dort angebracht wird.
2. Keine Bypass-Verbindungen in die Hauptschlagader gemacht werden. Dazu wird die linke Brustwandarterie (abgekürzt „LIMA" – Left Internal Mammaria Artery) in ihrem natürlichen Ursprung belassen und als Bypass zum Herzen geleitet. Dann werden Bypässe mit rechter Brustwandarterie (abgekürzt „RIMA" – Right Internal Mammaria Artery) oder einer Beinvene angefertigt und diese mit der LIMA verbunden.

Wir möchten diese Operationen unseren Patienten nun in zunehmendem Umfang anbieten. Dabei lehnen wir uns an die von Prof. Sergeant & Prof. Wouters (Universität Leuven / Belgien) entwickelten Prinzipien an: Systematisierung des Operationsablaufes, gezieltes Training des Personals, und ausführliche Dokumentation der Abläufe, um so höchste Qualität und Sicherheit der Operationen zu gewährleisten.

Herz-, Thorax- & Gefäßchirurgie
Vorwort
Statistiken
Transparenz medizinischer Leistungen
Bypasschirurgie
Therapie Mitralklappenerkrankungen
Thorakale Aortenchirurgie
Intensivstation
Personalentwicklung Herzchirurgie
Hygienemaßnahmen
Diabetes mellitus
Studien Kardiochirurgie



Chirurgische Therapie der Mitralklappenerkrankungen

Dr. Ulrich Rosendahl, Oberarzt

Während im Jahr 2001 der Anteil an Mitralrekonstruktionen in deutschen herzchirurgischen Kliniken noch bei 36 % lag, wurden im Herzzentrum Lahr/Baden zu diesem Zeitpunkt bereits 61 % aller mitralchirurgischen Eingriffe klappenerhaltend operiert. Seither konnte der Anteil an Mitraltrekonstruktionen bei Mitralinsuffizienz auf über 75 % gesteigert werden.

In den entwickelten Staaten ist die Mitralinsuffizienz die zweithäufigste Klappenerkrankung nach der Aortenstenose. Durch die verbesserte Präventivmedizin hat der Anteil an rheumatisch bedingten Mitralklappenerkrankungen abgenommen und als Resultat der höheren Lebenserwartung der Anteil der degenerativen Erkrankungen zugenommen. Die Framingham Studie konnte zeigen, dass bei unter 1 % der unter 50-jährigen Bevölkerung eine mittelschwere Mitralinsuffizienz nachzuweisen war, bei 2 % der 60- bis 70-jährigen, bei der über 70-jährigen Bevölkerung jedoch bereits über 11 % eine mindestens mittelschwere Mitralinsuffizienz hatten.

Die zunehmende echokardiographische Diagnostik hat gerade in den vergangenen Jahren zu einer steigenden Zahl an Patienten geführt die eine echokardiographisch und auch klinisch relevante Mitralklappeninsuffizienz haben, im Alltag jedoch noch weitgehend asymptomatisch sind. Während die Indikation zum chirurgischen Eingriff beim symptomatischen Patienten eindeutig ist, ist die chirurgische Behandlung der „asymptomatischen" Patienten zur Zeit noch einer kontroversen Diskussion unterworfen.

Aufgrund der in unserer Klinik vorliegenden langjährigen Erfahrung, insbesondere auf dem Gebiet der rekonstruktiven Mitralklappenchirurgie, ist es möglich, Klappenfehler auch ohne prothetischen Ersatz zu beheben bevor die Herzfunktion schlechter wird oder Vorhofflimmern eintritt.

Am Herzzentrum Lahr/Baden wird das Gebiet der rekonstruktiven Chirurgie der Mitralklappe seit der Eröffnung 1994 als ein Schwerpunkt betrieben. Über 10 Jahre konnte der prozentuale Anteil an klappenerhaltenden Engriffen bei Mitralinsuffizienzen gegenüber den Klappenersätzen kontinuierlich gesteigert werden.

Die Indikation zum mitralchirurgischen Eingriff sollte heutzutage in Kooperation zwischen Kardiologen und Kardiochirurgen auch beim asymptomatischen Patienten gestellt werden, wenn der Chirurg sich in der Lage sieht einen klappenerhaltenden Eingriff durchzuführen.

Thorakale Aortenchirurgie

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor

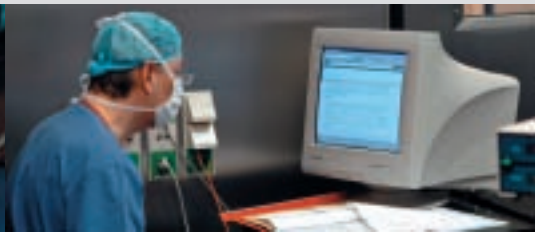
Thorakale Aortenaneurysmen und -dissektionen stellen im herzchirurgischen OP-Spektrum seltene Eingriffe dar. Sie erfordern jedoch aufgrund ihrer lebensbedrohlichen Komplikationen ein komplexes operatives Vorgehen. Im Rahmen der letzten 10 Jahre wurden weit über 400 thorakale Aorteneingriffe inklusive der Operationen mit komplettem Aortenwurzelersatz in unserer Klinik durchgeführt. Angesichts der somit erarbeiteten „institutional experience" liegt umfangreiches herzchirurgisches Wissen in unserer Klinik auch auf diesem Gebiet vor.

Unser spezielles Interesse auf dem Gebiet der thorakalen Aortenchirurgie haben wir durch ein internationales Symposium zum Thema „Hirnprotektion bei Aortenchirurgie" dokumentiert, ebenso durch den Patientenratgeber „Aortenchirurgie". 2002 wurde durch unsere Klinik in Lahr der deutsche Marfan-Tag organisiert.

Durch die frühzeitige Etablierung der antegraden selektiven Hirnperfusion konnten neurologische Komplikationen im Rahmen der Aortenbogenchirurgie signifikant gesenkt werden. Angesichts der günstigen Operationsergebnisse wird die Indikation zum operativen Vorgehen im Bereich der aufsteigenden Körperschlagader immer frühzeitiger gestellt. Während früher noch ein Durchmesser von 60 mm gefordert wurde, so geht man heute von 48 bis 50 mm aus. Auch im Rahmen der Aortenklappenchirurgie werden spätere Komplikationen wie Ruptur und Dissektion durch Ersatz der aufsteigenden Aorta simultan vermieden.

Rekonstruktive Verfahren im Bereich der Aortenklappe (z. B. OP nach David) werden in unserer Klinik seit mehreren Jahren ebenso angewandt wie der Ersatz der erweiterten Aortenbasis bei zerstörter Klappenfunktion durch die moderne Freestyleprothese, oft auch mit nachgeschaltetem prothetischem Ersatz der aufsteigenden Körperschlagader. Durch regelmäßige Nachkontrolle mittels nicht invasiven Verfahren ist es möglich, Folgeerscheinungen und Zweiterkrankungen im Bereich der thorakalen Aorta frühzeitig festzustellen und therapeutisch anzugehen.

Erkrankungen der thorakalen Aorta, früher aufgrund eines hohen perioperativen Risikos von zweifelhafter Prognose, werden heutzutage in spezialisierten Zentren in der Hand des Erfahrenen mit vergleichsweise günstigem Ausgang operativ versorgt. Die alternative Behandlung durch Aortenstents ist derzeit in der klinischen Evalution und kann noch nicht für abschließend beurteilt werden.



Intensivstation

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor

Die modernst ausgestatteten Intensivstationen stehen mit einer Bettenkapazität von 25 Plätzen 24 Stunden zur Verfügung. Es kann so eine Komplettversorgung von prä- und perioperativen Herzpatienten auf höchstem Niveau durch interdisziplinäre Betreuung unter der medizinischen Leitung des Ärztlichen Direktors garantiert werden.

Die Herzchirurgie verfügt über 25 Intensivtherapieplätze mit Beatmungsmöglichkeit und komplettem Monitoring. Zusätzlich hält die Klinik 10 Betten auf der Intermediärstation vor.

Das Behandlungspektrum umfasst sämtliche Störungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie Schockzustände unterschiedlicher Art. Die Klinik setzt die intraaortalen Ballonpumpen sowie „Assist Devicesysteme" zur extrakorporalen Kreislaufunterstützung ein. Die differenzierte Elektrotherapie des Herzens – Kardioversion und Defibrillation – gehört zu den angewendeten Standardverfahren.

Weiterhin werden Patienten mit akutem Lungenversagen differenziert beatmet und die unterschiedlichsten Infektionen behandelt.

Patienten mit akutem chronischen Nierenversagen können mittels Dialysesystemen behandelt werden. Abdominale Folgeerscheinungen nach Herzoperation werden gemeinsam mit den Visceralchirurgen des Klinikum Lahr behandelt.

Patienten mit Sepsis, Multiorganversagen, akuten Störungen der Blutgerinnung oder des Zentralnervensystems werden interdisziplinär versorgt. Es stehen sämtliche moderne intensivmedizinischen Diagnosemittel (Echokardiographie, Pulmonalarterienkatheter, PICCO-Monitoring, Bronchoskopie, Gastroskopie, nicht invasive Beatmungsformen, Blutgasanalyse usw.) zur Verfügung. Invasive Maßnahmen wie Thoraxdrainagen, Pleurapunktionen, Perikardpunktionen, Tracheotomien und extrakorporale Ersatzverfahren werden routinemäßig durchgeführt. Differenzierte parenterale und enterale Ernährungsstrategien wie auch moderne Immunonutrition sind eine Selbstverständlichkeit. Krankengymnastische Therapieverfahren werden täglich angewendet.

Alle zur Zeit üblichen Diagnose- und Therapieverfahren werden jederzeit zur Verfügung gestellt und interdisziplinär mit sehr guten Ergebnissen eingesetzt.

Personalentwicklung Herzchirurgie

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor

Dank konsequenter Fort- und Weiterbildung unserer MitarbeiterInnen kann unsere Klinik derzeit 13 Fachärzte für Herzchirurgie, 3 Fachärzte für Anästhesiologie sowie 2 Fachärzte für Innere Medizin hinsichtlich der Versorgung unserer Patienten einsetzen. Erfreulich ist, dass wir mit vier Fachärztinnen für Herzchirurgie bzw. Thorax- und Kardiovaskularchirurgie die höchste Zahl an Herzchirurginnen soweit uns bekannt ist operativ einsetzen können.

Einzigartig in der Herzchirurgie in Deutschland ist die direkte Zusammenarbeit in der Abteilung mit einem Nephrologen als Oberarzt. Zusätzlich verfügt eine weitere Oberärztin neben der Facharztbezeichnung für Chirurgie auch die Zusatzbezeichnungen „Thorax- und Kardio-Vascularchirurgie und Gefäßchirurgie". Auf diese Weise kann ein breites Spektrum von Begleiterkrankungen in unserer Klinik fachärztlich behandelt werden.

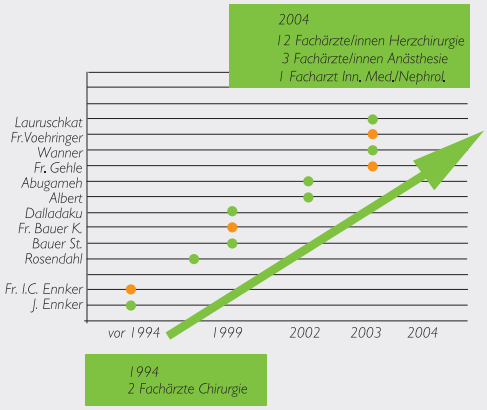
Die unter herzchirurgischer Leitung stehende Intensivstation unserer Klinik wird interdisziplinär betreut. So verfügen wir neben den intensivmedizinisch aktiven Herzchirurgen über drei Fachärzte für Anästhesiologie.

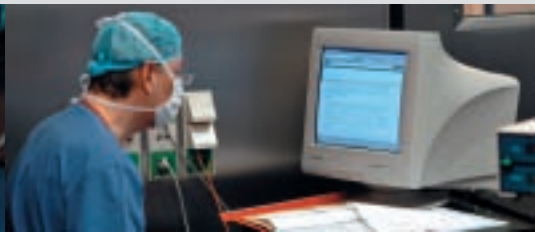
Wichtig ist auch der fachliche Austausch mit anderen Kliniken. Auf diese Weise, sowie durch zahlreiche externe Klinikbesuche, haben wir ständig Know-how auch von Extern in die Klinik einbringen und evaluieren können.

Erfreulich und bezeichnend für unsere Bemühungen um die Förderung unserer MitarbeiterInnen ist auch die Tatsache, dass im Rahmen der letzten 10 Jahre alle Kollegen, die mit uns initial von Berlin nach Lahr gekommen sind, heute noch vor Ort aktiv sind.

Die komplette Weiterbildungsermächtigung für Herzchirurgie, die spezielle herzchirurgische Intensivmedizin sowie ein Jahr Weiterbildungsermächtigung für das Fach Chirurgie liegt vor.

Wir profitieren durch kontinuierliche Fortbildung von einer hohen Anzahl an Fachärztinnen und Fachärzten sowie einem breit abgedeckten Spektrum an Fachwissen. Interdisziplinäre Versorgung der Intensivstation garantiert höchstes Maß an Kompetenz. Umfassende Weiterbildungsermächtigungen, reger Wissensaustausch mit anderen Häusern dienen der klinischen Attraktivität.





Hygienemaßnahmen

Dr. Ina Carolin Ennker, Oberärztin

Unabdingbare Voraussetzung für optimale Operationsergebnisse ist eine gute und innovative Krankenhaushygiene. Durch beständige Fortbildung, Infektionsmanagement, Einhaltung und Weiterentwicklung von Standards können seit Jahren äußerst niedrige Infektionsraten erreicht werden, trotz kontinuierlichem Anstieg von Alter und Komorbidität unserer uns anvertrauten Patienten.

	A 3 Infektionen %
1998	1,2
1999	1,3
2000	1,0
2001	0,39
2002	0,37
2003	0,38
2004	0,61

Die Notwendigkeit von Hygienemaßnahmen im Krankenhaus mögen folgende Zahlen und Daten belegen:
10 % aller Krankenhauspatienten entwickeln eine nosokomiale Infektion, d. h. eine im Krankenhaus erworbene Infektion. Die häufigsten sind Harnwegsinfekte, Wundinfektionen und Atemwegsinfekte. Etwa 5 % der Krankenhausinfektionen verlaufen als Sepsis. In Deutschland muß man mit jährlich 30.000 Todesfällen durch nosokomiale Infektionen rechnen.

Perioperative Infektionen lassen sich nicht gänzlich ausschließen. Treten sie auf, stellen sie für den Patienten sowie für das behandelnde Personal eine große Herausforderung dar. Für die Herzchirurgie relevant sind die nach dem Robert-Koch-Institut definierten Organ-Raum bzw. Körperhöhleninfektionen (A 3), sprich Mediastinitiden. Für die Herzchirurgie ist also die Mediastinitis die relevante Infektion. Für den Patienten bedeutet dies neben dem Risiko weiterer Eingriffe ein mehrwöchiger stationärer Aufenthalt.

In der internationalen Literatur finden sich Angaben zur Häufigkeit von A 3 Infektionen von 2 %. Im eigenen Krankengut zeigten sich folgende Infektionsraten (siehe Tabelle links).

Diese Infektionsrate liegt deutlich unter den Angaben der internationalen Literatur.

Um diese Ergebnisse kontinuierlich zu verbessern, erfolgt eine permanente Kontrolle der Einhaltung von im Hygienemanagement festgelegten Standards.

Alle Patienten erhalten zusätzlich zur perioperativen antibiotischen iv-Prophylaxe seit 2000 eine perioperative prophylaktische Behandlung zur Keimminimierung des Nasen-Rachen-Raumes. Der Erfolg zeigt sich in deutlich niedrigeren Infektionsstufen in den folgenden Jahren. Unterstützung zum optimalen Hygienemanagement finden wir im regen Dialog mit dem uns beratenden Mikrobiologen.

Diabetes mellitus

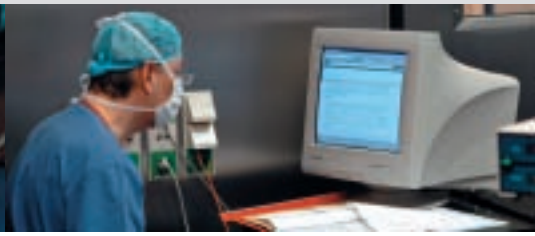
Dr. Achim Lauruschkat, Herzchirurg

Diabetes mellitus – eine besondere Herausforderung in der Koronarchirurgie: Im Vergleich zur Normalbevölkerung leiden Diabetiker zwei- bis dreimal häufiger an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Dabei kommt es bei Diabetikern häufig zu einer rapiden Progredienz der Atherosklerose mit ausgeprägten koronaren Herzerkrankungen. Die kardiovaskuläre Mortalität ist bei Diabetikern dreifach höher als in der Normalbevölkerung. Unter den koronaren Bypass-Patienten liegt der Anteil an Diabetikern bei 20-30 %. In der Herzchirurgie stellen Diabetiker daher eine bedeutende und – aus vielerlei Gründen – besonders herausfordernde Patientengruppe dar.

Diabetische Koronarpatienten weisen ein komplexes eigenständiges Risikoprofil auf. Das Herzzentrum Lahr/Baden hat sich besonders für die umfassende Versorgung diabetischer Herzpatienten engagiert und kann auf langjährige Erfahrungen mit diesen Risikopatienten zurückblicken.

Bei Diabetes-Patienten können Infarkte aufgrund autonomer Neuropathie häufiger schmerzlos oder atypisch verlaufen, sich als Herzinsuffizienz, als kardialer Schock, Arrhythmie oder plötzlicher Herztod äußern. Hierdurch wird die Diagnose erschwert und häufig eine adäquate Therapie erst verzögert eingeleitet. In der Herzchirurgie unterscheiden sich Diabetiker in vielfacher Hinsicht von nicht-diabetischen Patienten. So ist z. B. die Hospital-Letalität bei Diabetikern signifikant erhöht, Diabetes mellitus-Patienten erleiden postoperativ häufiger Schlaganfälle und verbringen durchschnittlich mehr Tage im Krankenhaus. Bei Diabetikern kommt es häufiger zum erneuten Auftreten von Angina pectoris-Beschwerden und im Langzeitverlauf finden wir deutlich verminderte Überlebensraten im Vergleich zu nicht-diabetischen Koronar-Patienten.

Zahlreiche Studien zeigen jedoch, dass diabetische Patienten mit koronaren Mehrgefäßerkrankungen, die initial einer operativen Revaskularisation zugeführt wurden, im Langzeitverlauf eine niedrigere Mortalität aufweisen als jene Patienten, die mit den bekannten Verfahren der interventionellen Kardiologie behandelt wurden. Insbesondere insulinpflichtige Diabetiker profitierten nachweislich von der Koronarchirurgie als initiale Revaskularisierungsmaßnahme. Der bekannte prognostische Vorteil der Verwendung arterieller Grafts scheint bei Diabetes-mellitus-Patienten besonders groß zu sein.



10 Jahre klinische Studien in der Kardiochirurgie

Dr. Jochen Bories, Oberarzt

Optimale Patientenversorgung nach dem jeweiligen „state of the art" setzt eine kritische Auseinandersetzung mit den angewandten Methoden voraus, sowie ständige aufmerksame Begleitung von Innovationen. Ein wichtiges Instrument stellt die Durchführung von klinischen Studien dar, selbstinitiiert oder im internationalen Verbund vieler Zentren.

Oberstes Gebot ist die Patientensicherheit. So werden nur Studien durchgeführt, die den Regeln der sog. Helsinki-Deklaration des Weltärztebundes und GCP-(good clinical practise) Kriterien entsprechen. Darüber hinaus wird vor jeder Studie genauestens das Risiko / Nutzen-Profil für unsere Patienten geprüft und das Protokoll einer unabhängigen Ethik-Kommission zur Bewertung medizinischer und juristischer Unbedenklichkeit vorgelegt.

Ebenso ist sichergestellt, dass kein Patient Nachteile erfährt durch Nichtteilnahme an Studien. Kein Mitglied des Studien-Teams zieht Vorteile aus der persönlichen Entscheidung des Patienten. Das Studien-Team ist in den klinischen Behandlungsablauf integriert und begleitet den Patienten in gegenseitigem Vertrauen. Die Klinik profitiert hinsichtlich des Erkenntnisgewinnes, der Patient von potenziell positiven Auswirkungen der geprüften Therapie und von der erhöhten Beobachtungsintensität, teils über Jahre.

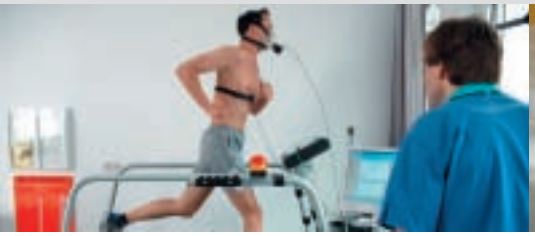
Die ESCAT-Studien untersuchen die optimale Antikoagulations-Strategie bei Patienten nach mechanischem Herzklappenersatz in Abhängigkeit vom implantierten Klappentyp und bietet dem Patienten das Erlernen des Selbstmanagements.

Die EXPEDITION-Studie untersuchte den Einfluss eines neuen Medikamentes auf die perioperative Myocardinfarkt-Rate ohne positives Ergebnis. Hier belegte das Herzzentrum Lahr / Baden den 5. Platz weltweit beim Patientenbeitrag.

In den PRIMO-Studien I + II wird der monoklonale Antikörper Pexulizimab vs. Placebo getestet zur Reduktion der perioperativen Infarkte. Hier führt das Herzzentrum Lahr/Baden die Rekrutierungs-Liste europaweit an.

TELEQUIN testet die Möglichkeit, telemedizinisch frühzeitig Klappen-Prothesen-Probleme zu erfassen.

Für Patienten und Klinik sind diese Aktivitäten essenziell, die medizinische Versorgung im internationalen Austausch auf höchstem Niveau zu halten und zu optimieren – eine typische „win-win“ Situation.



Innere Medizin & Kardiologie

Vorwort

Prof. Dr. Eberhard v. Hodenberg, Chefarzt

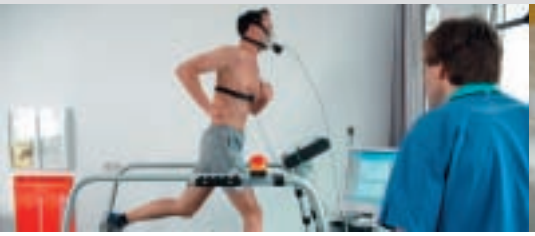
Mit hohem medizinischem Standard möchten wir weiterhin optimale Behandlungsergebnisse der uns anvertrauten Patienten erzielen. Diese sollen vom schnellen Fortschritt der Kardiologie profitieren, aber auch eine Behandlung mit persönlicher Zuwendung erfahren. Dabei verstehen wir uns als Team von Spezialisten, die einen engen Austausch mit unseren Zuweisern zum Wohle der gemeinsamen Patienten suchen.

Dank des großen Einsatzes und Engagements aller MitarbeiterInnen hat sich die Klinik für Innere Medizin / Kardiologie in den letzten 10 Jahren als anerkannte und renommierte Klinik etablieren können.

Die stete Bereitschaft des Teams, sich fortzubilden und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand zu sein, die Fähigkeit, medizinische Fortschritte schnell in die Praxis umzusetzen, die Pflege eines Forums offener und kritischer Diskussionen, waren und sind Voraussetzung, den hohen Standard zu erreichen, den wir uns zum Ziel gesetzt haben.

Unter Berücksichtigung neuester medizinischer Leitlinien steht dabei der einzelne Patient als Individuum bei uns im Mittelpunkt des Handelns. So bemühen wir uns, in enger Absprache mit den uns zuweisenden Kollegen, sinnvolle Behandlungskonzepte für unsere gemeinsamen Patienten zu erarbeiten. Die enormen Weiterentwicklungen auf dem Gebiet der interventionellen Kardiologie und Elektrophysiologie erleichtern dabei unser Bemühen. Hierzu gehören die Akutintervention beim Herzinfarkt, Einsatz beschichteter Stents zur Behandlung von Koronarstenosen, Anwendung von Schirmchensystemen zum Verschluss eines offenen Foramen ovale oder Vorhofseptumdefekts, neue Ablations-Techniken und Schrittmacher / Defibrillator-Systeme bei der Behandlung komplexer Herz-Rhythmus-Störungen, um nur einzelne Bereiche zu nennen.

Den Erfolg des Herzzentrums Lahr / Baden verstehe ich als Erfolg des ganzen Teams, das heißt der engen Zusammenarbeit von Kardiologie, Herzchirurgie und Anästhesie, der Pflege, sowie der Verwaltung. Stellvertretend für alle MitarbeiterInnen möchte ich daher meinen Kollegen Priv. Doz. Dr. Ennker, Dr. Dr. Alexander, Herrn Korn und Dr. Goepfert danken.



Interventionelle Kardiologie

Dr. Thomas Breidenbach, Leitender Oberarzt

Die interventionelle Kardiologie unterliegt einem stetigen Wandel und Fortschritt seit dem Bestehen des Herzzentrums Lahr / Baden. Neben der Herzkatheterdiagnostik hat die interventionelle Therapie (perkutane Koronar-Intervention = PCI) von Koronarstenosen auch bei der Behandlung des akuten Herzinfarktes einen besonderen Stellenwert.

Nach einigen Irrungen und Wirrungen der Kardiologen-Szene – es wurde zwischenzeitlich in den Koronarien gehobelt, gefräst und gebohrt (auch mittels Laserenergie) – setzte sich die Stent-Technologie qualitativ und quantitativ durch. Komplexe Stenosen auch in mehreren Herzkranzgefäßen können risikoarm mit gutem Erfolg behandelt werden. Die mit diesen komplizierteren Prozeduren einhergehende erhöhte Wiederverengungsrate (Stenose-Rezidiv im Stentbereich) liegt heute durch den Einsatz medikamentenbeschichteter Stents extrem niedrig. Logischerweise folgt daraus ein Rückgang der Indikation zur Bypass-Chirurgie, so auch in unserem Herzzentrum.

Die Konkurrenz der kardiologisch / kardiochirurgischen Methoden ist der Motor des Fortschritts beider Disziplinen für den herzkranken Patienten. Diesbezüglich haben Zentren mit beiden Fachabteilungen einen besonderen Vorteil für eine optimale Patientenversorgung.

Trotzdem muss für jeden einzelnen Koronarpatienten sorgfältig abgewogen werden, welche Behandlungsmethode speziell für ihn die überlegene Behandlungsstrategie (ACB-OP versus PCI) bezüglich Prognose und möglichst dauerhafter Beschwerdefreiheit darstellt. In einer Klinik mit beiden Therapie-Optionen entwickelt sich daraus eine äußerst effektive Diskussions-Kultur zum Vorteil des Patienten.

Darüber hinaus gibt es auch neue Möglichkeiten zur interventionellen Therapie angeborener oder erworbener Herzfehler. Unkomplizierte Defekte der Vorhofscheidewand können mittlerweile problemlos mittels Schirmchen-Systemen verschlossen werden. Die interventionelle Erweiterung verengter Mitralklappen (Valvuloplastie) mittels Ballonkatheter ist unter bestimmten Voraussetzungen eine sinnvolle Alternative zur Operation. Der interventionelle kathetergestützte Ersatz erkrankter Aortenklappen befindet sich in einer ermutigenden (aber noch experimentellen) Erprobungsphase wie auch die Raffung undichter Mitralklappen (Ring im Koronarvenensinus oder gestützt auf die Alfieri-Methode als Segel-Clip).

Elektrophysiologie

Dr. Juraij Melichercik, Leitender Oberarzt Elektrophysiologie

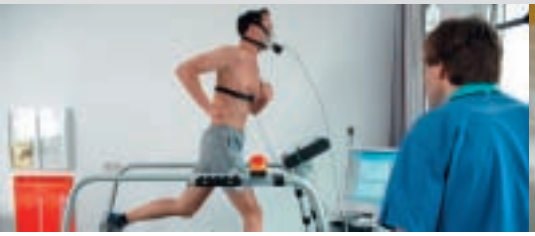
Zur Diagnostik und Therapie komplexer Herz-Rhythmus-Störungen hat die invasive elektrophysiologishe Untersuchung im Herzzentrum Lahr/Baden einen besonderen Stellenwert. Besonders durch Entwicklungen der Hochfrequenz-Ablation ist möglich, tachykarde Rhythmus-Störungen kurativ zu heilen. Hiervon konnten in den letzten Jahren mehr als tausend Patienten in unserer Klinik profitieren.

Zur Behandlung komplexer Herz-Rhythmus-Störungen ist es oft notwendig, durch eine invasive elektrophysiologische Untersuchung (EPU) eine genaue Abklärung der Leitungseigenschaften, des Entstehungsmechanismus und der Lokalisation von Herz-Rhythmus-Störungen zu erzielen, um einerseits die Diagnose, anderseits die Prognose und eventuelle spezifische Therapiemöglichkeiten zu definieren.

Aufgrund der Invasivität der Untersuchung muss die Notwendigkeit einer EPU für die verschiedenen Rhythmus-Störungen differenziert betrachtet werden. Auch im Herzzentrum Lahr/Baden hat die EPU, besonders für die Untersuchung der tachykarden Rhythmus-Störungen, durch die Einführung der Ablationstechniken an Bedeutung gewonnen. So hat in unserer Klinik in der Therapie von tachykarden Herz-Rhythmus-Störungen die Hochfrequenzstrom-Katheterablation einen wichtigen Stellenwert. Mittlerweile ist bei folgenden Herz-Rhythmus-Störungen eine Katheterablation grundsätzlich möglich: WPW-Syndrom, AV-Knoten-Reentry-Tachykardie, Vorhofflattern, Vorhoftachykardie, Kammertachykardie, Vorhofflimmern.

In den letzten Jahren ist bei klinisch symptomatischen Patienten die Therapie des Vorhofflimmern in den Vordergrund des Interesses gerückt. Obgleich die pharmakologische Therapie mit Antiarrhythmika nach wie vor die Therapie der Wahl ist, wird heute bei ausgewählten Patienten mit therapierefraktärem paroxysmalem Vorhofflimmern auch die kurative Ablation, eine sog. Pulmonalvenenisolation durchgeführt. Dieses Verfahren ist konzeptionell ausgesprochen interessant und zukunftsweisend, gilt derzeit jedoch noch eher als experimentell und kommt nur für eine kleine Gruppe von Patienten mit Vorhofflimmern in Frage.

Als akzeptable Alternative wird bei uns die sog. Hybridtherapie erfolgreich eingesetzt. Dabei wird versucht, medikamentös die vielen kleinen kreisenden Impulse im Herzen in einen großen kreisenden Impuls (Vorhofflattern) umzuwandeln, der dann mittels Katheterablation (Isthmusablation im rechten Vorhof) unterbunden werden kann.



10 Jahre Schrittmacher- und ICD-Implantationen

Dr. Stefan Edte, Kardiologe; Dr. Juraij Melichercik, Oberarzt
Dr. Ulrich Rosendahl, Oberarzt

10 Jahre Schrittmacher- und ICD-Implantationen am Herzzentrum Lahr/Baden. Seit Bestehen des Herzzentrums Lahr/Baden entwickelte sich die Zahl der Schrittmacherimplantationen kontinuierlich nach oben. So wurden im Jahr 2004 insgesamt 186 Herzschrittmacher, 65 ICD (Interne Cardio-Defibrillator)-Systeme, davon 14 sogenannte CRT (Cardio-Resynchronisations Therapie)-ICD-Systeme, implantiert.

Gerätetechnisch zeigte sich in den letzten 10 Jahren ein enormer Fortschritt, sowohl im Bereich der Miniaturisierung der Geräte als auch in deren technischer Weiterentwicklung. Heute werden multiprogrammierbare ICD-Schrittmacher-Systeme implantiert, die über zahlreiche hochdifferenzierte individuelle Einstellmöglichkeiten verfügen. Die Indikation zur Implantation von Defibrillator-Systemen hat sich aufgrund der neueren Studiendaten (MADIT) deutlich erweitert. Seit einigen Jahren bereits werden am Herzzentrum Lahr/Baden biventrikuläre Schrittmacher zur kardialen Resynchronisation bei herzinsuffizienten Patienten mit Linksschenkelblock implantiert. Betroffene Patienten profitieren klinisch eindeutig von diesen Systemen.

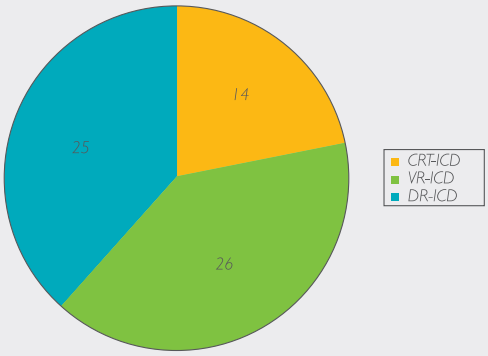
Zwischenzeitlich wurden viele Schrittmacher mit der Möglichkeit präventiver Stimulationsalgorithmen zur Verhinderung des Entstehens von Vorhofflimmern implantiert. Die initial hoffnungsvolle Studienlage hat sich im täglichen Alltag leider nicht im gewünschten Maße bestätigt, trotzdem haben ca. 1/3 der Patienten von diesen Möglichkeiten einen Nutzen.

Die neuesten technologischen Errungenschaften stellen digitale Schrittmachersysteme dar, mit dem Vorteil eines deutlich schnelleren Datentransfers zum Abfragegerät. Die nächste Stufe wird der Schrittmacher sein, der eine komplette digitale intrakardiale EKG-Signalverarbeitung erlaubt.

Enorme technische Weiterentwicklungen antitachykarder- und antibradykarder Schrittmachersysteme haben zu einer deutlichen Besserung der Behandlungsoptionen von Patienten mit Herz-Rhythmus-Störungen geführt. Durch neuere Studienergebnisse hat sich besonders das Indikationsspektrum für interne Defibrillator-Systeme (einschließlich biventrikukärer Systeme) erweitert. Im Herzzentrum Lahr/Baden besteht eine große Erfahrung auf diesem Gebiet.

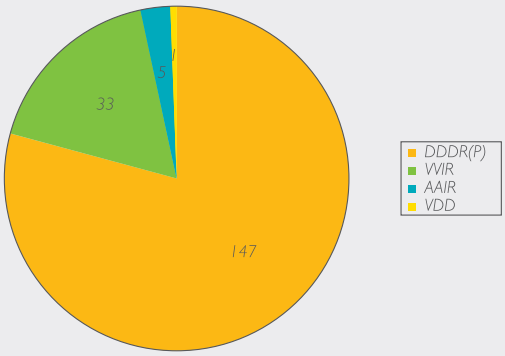
ICD-Systeme

Gesamt: 65



Schrittmacher-Systeme

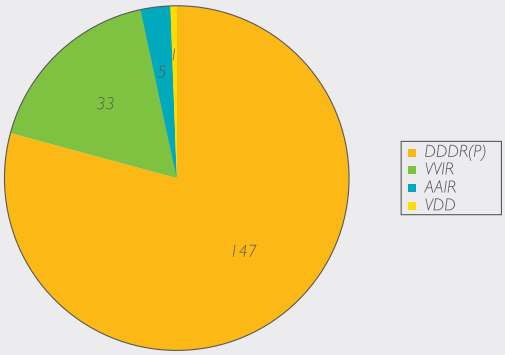
Gesamt: 186



Schrittmacher-Systeme

Gesamt: 186

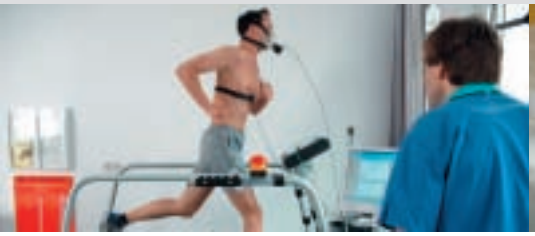
Indikationen



Schrittmacher-ICD-Implantationen

Komplikationen 2004

Sondendislokationen:	*1,6 %*
Nachblutungen:	*1,2 %*
Infektionen:	*0,4 %*
Pneumothorax:	*0,4 %*



Sportmedizinisches Institut

Dr. Nikolaus Selzer, Kardiologe und Sportmediziner

Das Sportmedizinische Institut am Herzzentrum Lahr/Baden erfreut sich regem Zuspruch.
Seit Beginn 2004 werden am Institut für Sportmedizin regelmäßig sportmedizinische Untersuchungen/Leistungsdiagnostik durchgeführt. Das ursprüngliche Konzept eines sehr eingehenden Gesundheitchecks (medizinische Anamnese, Trainingsanamnese, körperliche Untersuchung, EKG, Echo (Herzultraschall), Spiroergometrie (Messung der Atemgase in Ruhe und Belastung)) in Verbindung mit der Erstellung einer Laktatleistungskurve, ausschließlich begleitet von Fachärzten, hat sich bewährt und entspricht gleichzeitig den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP).

Unser Angebot richtet sich nicht nur an ambitionierte Freizeitsportler oder Leistungssportler, die die Ergebnisse der hier vorgenommenen Leistungsdiagnostik auch zur Trainingssteuerung benötigen, sondern auch an Sportler, die ein erhöhtes Risiko für Herzkreislauferkrankungen (Hypertoniker, Diabetiker, Raucher) haben. Zunehmend Bedeutung gewinnt ein individuell zu dosierendes körperliches Training auch bei Patienten mit manifester organischer Herzerkrankung, z. B. Patienten mit koronarer Herzerkrankung oder Herzinsuffizienz. Hier gilt es, ein Trainingsmaß zu finden, welches die Symptomatik der Patienten und die Prognose der Herzerkrankung verbessert.

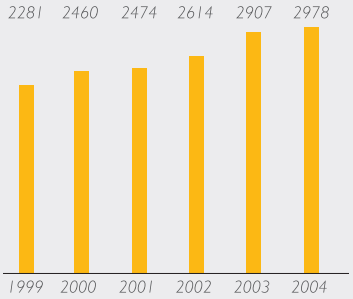
Unter den sogenannten „Sportlern", die sich im Jahr 2004 in unserem Institut vorstellten, mussten wir auch in einigen Fällen eine ernsthafte Herzerkrankung erstdiagnostizieren, so dass in enger Kooperation mit der kardiologischen Klinik des Hauses eine stationäre Weiterbehandlung sich anschloss.
In 2005 werden wir zunehmend auch wissenschaftliche Arbeiten starten. Ein geplanter Schwerpunkt bearbeitet die Trainingssteuerung unter Höhenbedingungen (Höhentraining).

Das Institut für Sportmedizin erweitert das Spektrum der Kardiologie am Herzzentrum Lahr/Baden. Für Leistungssportler, Hobbysportler, aber auch für Herzkranke können mittels optimaler Leistungsdiagnostik individuelle Trainingspläne erarbeitet werden.

Kardiologische Leistungszahlen

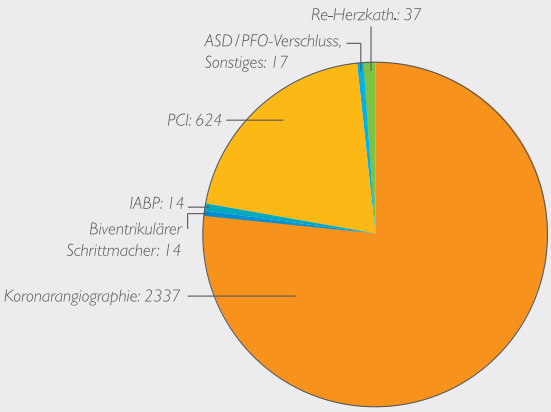
1999	2281
2000	2460
2001	2474
2002	2614
2003	2907
2004	2978

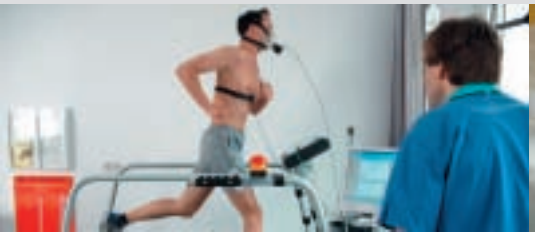
Anzahl invasive / interventionelle Untersuchungen im Herzkatheterlabor von 1999-2004
Diagnostik und PCI



Koronarangiographie	2337
PCI	624
IABP	14
ASD / PFO-Verschluss, Sonstiges	17
Re-Herzka.	37
biv. SM	14

Invasive / interventionelle Untersuchungen im Herzkatheterlabor 2004

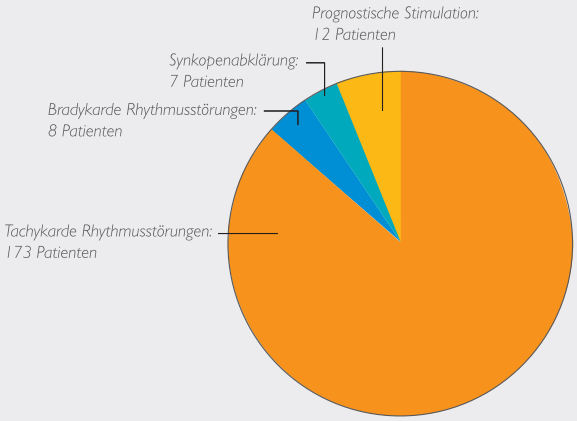




Im Jahr 2004 wurden im Herzzentrum Lahr/Baden insgesamt 317 elektrophysiologische Untersuchungen und Hochfrequenzstromablationen durchgeführt. Die Ergebnisse sind den Diagrammen zu entnehmen. Insgesamt lag die Erfolgsrate der ablativen Eingriffe bei 94,1 %.

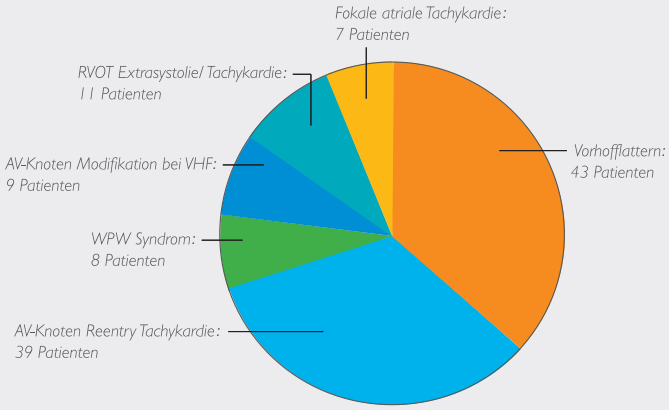
Indikation zur EPU

Gesamt: 200 Patienten



Diagnose

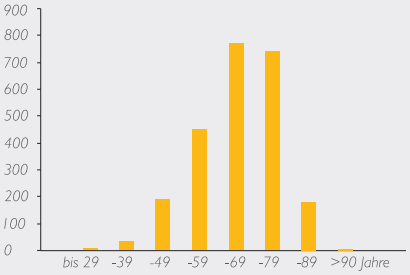
Gesamt: 117 Patienten



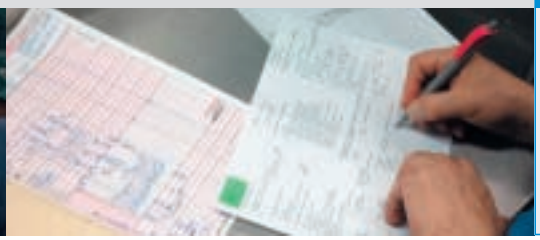
Akutkomplikationen bei Herzkatheteruntersuchungen 2004

Fragliche Kontrastmittelreaktion	2
Vorhofflimmern	2
AV-Block II	2
AV-Block III	2
Kammerflimmern mit anschl. erfolgreicher Defibrillation	9
Leichte Kontrastmittelreaktion	1
Gefäßverschluss nach Intervention	4
Not-ACVB-Operation	1
Reperfusionsarrhythmie	2
Dissektion der punktierten A. femoralis	1
Reanimation bei kardiogenem Schock	4
Vorübergehende vagale Reaktion während der Untersuchung	23

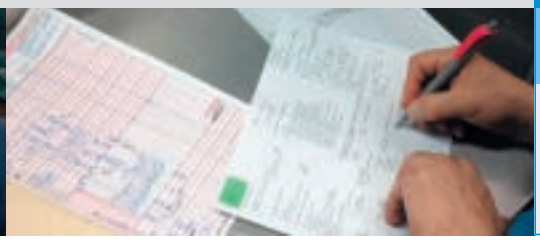
Altersverteilung der invasiven Untersuchung



bis 29 Jahre	5
30-39 Jahre	31
40-49 Jahre	187
50-59 Jahre	450
60-69 Jahre	769
70-79 Jahre	740
80-89 Jahre	179
> 90 Jahre	4
	2365



Anästhesiologie



Vorwort

Dr. Dr. Tejas Alexander, Chefarzt

„Wenn der Wind notwendiger Veränderungen weht, bauen die einen Mauern, die anderen Windmühlen."
(Chinesisches Sprichwort)

Mit dem 21. Jahrhundert kamen auf die Anästhesie mannigfaltige Herausforderungen zu. Die Gesundheitsreform brachte eine Leistungsstraffung mit restriktivem Etat, Qualitätskontrolle gemäß der den neuen Anforderungen angepassten Leitlinien, Richtlinien und Standards. Zudem erfordert die Einführung der DRG's unsere volle Aufmerksamkeit, um die Anästhesie adäquat zu vertreten.

Als moderner Dienstleistungsbetrieb muss sich ein Krankenhaus in der heutigen Zeit in die modernen Marketingkonzepte integrieren, um Patienten werben, und sich bestmöglich „verkaufen". Die Anästhesie kann daher als Qualtitäsprodukt angesehen werden, in welches unsere Patienten und operativen Kollegen großes Vertrauen haben dürfen. Zur optimalen anästhesiologischen Patientenbetreuung gehört daher auch die kontinuierliche medizinische Weiterbildung, um dem Patienten die beste Qualität bieten zu können. Man darf nicht stagnieren. Vielmehr ist es unsere Pflicht, unseren Partnern, vor allem aber den Patienten, diese Qualität im persönlichen Kontakt zu vermitteln. Viele Patienten wissen auch in der heutigen Zeit erschreckend wenig über die Anästhesie und über die Arbeit der Anästhesisten. Daher ist eine eingehende Aufklärung während der Prämedikationsvisite unabdingbar. Es ist unser Ziel, mit dem persönlichen Kontakt und der eingehenden Aufklärung unser Fach „in den Köpfen, vor allem aber in den Herzen unserer Patienten sicher zu verankern".

„Bauen wir also dort, wo es sinnvoll ist, Windmühlen und schützen wir das, was wir für unverzichtbar halten mit Mauern". (Zitat Prof. Dr. B. Landauer)

Ich möchte an dieser Stelle meinen Mitarbeitern, Ärzte sowie Pflegepersonal, der Anästhesie, für ihre geleistete Arbeit, für ihr Engagement und ihren Einsatz für die optimale anästhesiologische Patientenbetreuung danken. Ich freue mich ebenfalls, die jungen Assistenten, die sich bei mir in Ausbildung befanden, mit fundiertem Wissen und fachlichen Können zur Weiterbildung in die anästhesiologische Berufswelt entlassen zu können. Mein Dank gilt auch dem gesamten OP-Team für die hervorragend geleistete Arbeit.

Airway Management

Dr. Dr. Tejas Alexander, Chefarzt

Die unerwartet schwierige Intubation in der Cardioanaesthesie.
Obwohl dem Anästhesisten eine Auswahl an verschiedenen Intubationshilfen zur Verfügung steht und ein allgemein akzeptierter Algorithmus eine Ablaufstruktur gewährleistet, besteht die Notwendigkeit, unerwartet schwierige Intubationen auf eine schonende, sichere und schnelle Weise zu beherrschen. Zu den verschiedenen Intubationshilfen gehören z. B. der McCoy-Spatel, die Larynxmaske, die Transilluminationstechnik und als Standard das fiberoptische Bronchoskop.

Die Transilluminationstechnik wurde in den 50er Jahren als blinde Intubationsmethode entwickelt unter Zuhilfenahme der Transillumination der Halsweichteile. HUNG et al. griffen diesen methodischen Ansatz erneut auf, so dass seine Arbeitsgruppe mit dem Einsatz eines Mandrin mit leuchtender Spitze (Trachlight®, Laerdale Medical Inc., USA) überzeugende Ergebnisse publizieren konnte, die von anderen Anästhesisten bestätigt wurden.

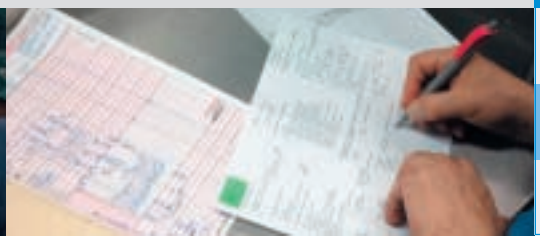
Die Bestrebungen des anästhesiologischen Airway Managements liegen darin, möglichst viele „schwierige Intubationen" in einfache Intubationen umzuändern. Bei koronar herzkranken und/oder herzklappeninkompetenten Patienten ist es gerade bei schwieriger Intubation unabdingbar, dass bei der Narkoseeinleitung die myokardiale Sauerstoffbilanz nicht aus dem Gleichgewicht gebracht wird.

Nach der Vorstellung der Transilluminationstechnik habe ich im Herbst 1997 diese Methode in meiner Klinik eingeführt und seit Beginn des Jahres 1998 wurde schon ein Algorithmus vorgesehen.

Im vergangenen Jahr 2004 haben alle Patienten von dieser Art der Sicherung der Atemwege profitiert, so dass 8,3 % (168 von 2002 Narkosen) aller Intubationen mit der Trachlight-Unterstützung ausgeführt wurden.

Seit Dezember 2004 verfügt meine Abteilung über das „videoassistierte" Intubationsverfahren, dem Nachfolger der licht-gestützten Intubation.

Das patientengerechte Airway Management ist ein besonderer Schwerpunkt der Narkoseführung der anästhesiologischen Abteilung. Ein unkompliziertes schonendes Umgehen mit unseren Patienten ist für uns oberstes Gebot. Daher haben wir eine spezielle Intubationsmethode, die Transilluminationstechnik mittels Trachlight, als Standardprocedere aufgenommen und sind ein Referenzzentrum in Deutschland für diese Methode.



Narkoseängste – wie gehen wir damit um

Dr. Martin Lutz, Oberarzt

„Da ließ Gott der HERR einen tiefen Schlaf fallen auf den Menschen, und er schlief ein. Und er nahm eine seiner Rippen und schloss die Stelle mit Fleisch.“ 1. Mose 2

Schon im Alten Testament wurde der Mensch in einen tiefen Schlaf versetzt, damit er keine Schmerzen verspürt. Dieses Prinzip wird auch heute noch in der modernen Anästhesie angewendet.

Wer in der heutigen Zeit zu einer Operation ins Krankenhaus geht, erwartet und bekommt ein Höchstmaß an Sicherheit sowohl beim operativen Eingriff als auch bei der Narkose. Trotzdem haben nahezu alle Patienten Angst davor.

Realistisch betrachtet ist die Todesgefahr aufgrund der Narkose minimal. In Deutschland werden jährlich ungefähr acht Millionen Narkosen durchgeführt, wobei das Risiko anästhesiebedingter Todesfälle etwa bei 1:100.000 liegt. Wenn man diese Zahl mit den unzähligen Toten im Straßenverkehr in Relation setzt, ist sie vergleichsweise klein.

Die schwierigsten Phasen einer Narkose, die Einleitung und der Abgang von der Herz-Lungen-Maschine sind vergleichbar mit dem Start und der Landung eines Flugzeugs. Wer beim Flugzeugstart die Gesichter der Fluggäste betrachtet, sieht eine gewisse Angespanntheit, die oft erst beseitigt ist, wenn das Flugzeug die Reiseflughöhe erreicht hat. Während des Fluges herrscht eine lockere Atmosphäre, aber beim Landeanflug entsteht eine erneute Spannung, die sich nach der geglückten Landung wieder löst.

Auch der Narkosearzt hat wie der Pilot Instrumente zur Verfügung, um diese schwierigen Phasen zu steuern. So kann z. B. durch die Messung der Hirnströme die Narkosetiefe gesteuert werden. Der Computer ermittelt die exakte Schlaftiefe und ermöglicht so eine bedarfsorientierte Gabe der Narkosemittel. Die Patienten können sicher sein, dass sie nicht plötzlich wach werden.

Am meisten Sicherheit und Vertrauen gibt dem Patienten jedoch die Tatsache, dass er hier von gut ausgebildetem Personal während der Narkose betreut wird.

Unbehagen vor der Narkose dürfen die Patienten ruhig haben, denn das ist normal.

Schmerz

Dr. Erika Schmidt, Oberärztin

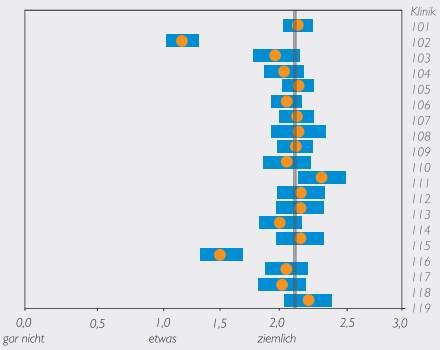
„Divinum est sedare dolorem.“ (Galen)
Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit den Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.

Schmerz ist die Wahrnehmung von Reizen aus der Umwelt, die die Unversehrtheit des Körpers eines Individuums bedrohen können. Es soll den Organismus rechtzeitig auf diese schädlichen Einwirkungen von außen aufmerksam machen, um sich davor zu schützen. Die Wahrnehmung des Schmerzes ist ein Bewusstseinsvorgang. Der Schmerz hat eine sehr wichtige biologische Schutzfunktion, kann sich jedoch nachteilig auf den Organismus auswirken, wenn er über einen längeren Zeitraum anhält.

Es ist unabdingbar, dass Schmerzen während und nach einer Operation wirksam bekämpft werden. Wenn dies nicht geschieht, kommt es zu einem verzögerten Heilungsverlauf, vermehrten Komplikationen und damit zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität. Dies trifft auch für chronische Schmerzen zu, die einen erheblichen Leidensdruck ausüben und die Lebensqualität der Betroffenen deutlich einschränken, sie betreffen alle Organsysteme und die Psyche des menschlichen Körpers. Für die Psyche des Menschen bedeuten unzureichend behandelte Schmerzen Leiden, Angst und Schlaflosigkeit, der Schmerz nimmt Einfluss auf die gesamten Lebensumstände.

Die heutige Pharmazie macht es möglich, dass kein Patient mehr während und nach seiner operativen Behandlung Schmerzen erdulden muss. Deshalb unternimmt unsere Klinik alle Anstrengungen, ein schmerzfreies Haus zu werden und sich dafür auch ISO-zertifizieren zu lassen. Wir engagieren uns, geeignete Behandlungsschemata zu erarbeiten und in unseren Klinikablauf zum Wohle der Patienten zu integrieren.

Nachfolgend zeigen wir die Analyse einer in 19 Herzzentren, einschließlich des Herzzentrums Lahr/Baden, durchgeführten Patientenbefragung über deren Zufriedenheit hinsichtlich ihrer Genesung:



Zufriedenheit mit Genesungsverlauf (N=1688)
Mittelwert und 95% - Konfidenzintervall

Pflege

Es geht immer um den Menschen

Michael Korn, Pflegedirektor

Für uns ist ein Patient kein „Fall", sondern immer ein individuell erkrankter Mensch. Er hat das Recht auf eine ganzheitliche Pflege. Das heißt, dem Vertrauen unserer Patienten begegnen wir mit unserer selbstverständlichen Pflicht, ihn mit bester fachlicher Kompetenz zu pflegen und sozial zu betreuen.

Ein Krankenhaus ist niemals ein beliebiger Bestandteil einer Gesellschaft. Ein Krankenhaus ist immer etwas Besonderes – ein Ort, wo sich verantwortungsvolle Wissenschaft, gewissenhafte Praxis, Humanismus und soziale Verantwortung am Patienten konkretisiert. Diese Aspekte bestimmen die gesamte Atmosphäre unseres Herzzentrums und letztlich ist es diese Gesamtheit, die die Genesung des Patienten positiv beeinflusst.

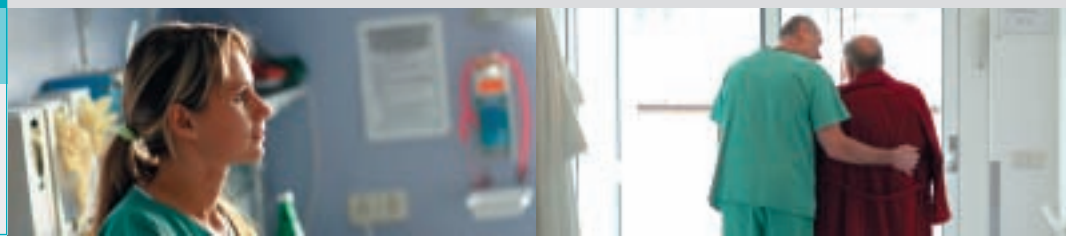
Berufsspezifische Ideale können nicht mehr isoliert umgesetzt werden, sondern stehen in Relation zu wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Das heißt, unsere Professionalität muss sich daran messen, wie unter verstärkten ökonomischen Vorgaben dennoch ein hohes Niveau von Qualität und Patientenzufriedenheit erreicht wird.

Es geht immer um Menschen, die sich in einer Ausnahmesituation ihres Lebens der Institution Krankenhaus anvertrauen. Hierbei vertrauen die Patienten zu recht auf Fach- und Sozialkompetenz. Gleichzeitig erwarten sie maximale Qualität und selbstverständlich, dass nach neuesten Standards behandelt und gepflegt wird.

Deshalb heißt unsere Formel:
Qualifizierte MitarbeiterInnen + patientenorientierte Arbeitsprozesse = Qualitätsarbeit + Patientenzufriedenheit!

Wir vergleichen unsere Krankenpflege bewusst nicht mit anderen Berufen, die extrem arbeitsteilig strukturiert sind. Denn das Ziel ist immer: Den Patienten ganzheitlich wahrzunehmen und zu pflegen. Deshalb gilt für uns das „Gesetz": Direkt am Patienten pflegt nur examiniertes Personal!

Umgeben von fachlicher Kompetenz und gut abgestimmter interdisziplinärer Zusammenarbeit verliert der Patient Unsicherheit und Angst und kann das wahrnehmen, was für seinen Genesungsprozess mit entscheidend ist – Vertrauen. Vertrauen in die MitarbeiterInnen des Pflegedienstes des Herzzentrums Lahr / Baden.



Personalentwicklung im Pflegedienst

Hanjo Bolanz, Personalentwicklung

Qualität durch qualifizierte MitarbeiterInnen – Personalentwicklung:
Die Pflege von herzkranken Menschen erfordert spezielles Wissen. Um gezielt den krankheitsbedingten Bedürfnissen unserer Patienten gerecht zu werden, haben wir innerhalb des Pflegedienstes die Abteilung Personalentwicklung etabliert. In enger Zusammenarbeit mit unseren Fachärzten, unseren Pflegeexperten und externen Dozenten entwickeln wir kontinuierlich unser Personal. Ziel hierbei ist: Ein sehr hohes Niveau von Fach- und Sozialkompetenz bei allen unseren Mitarbeitern.

Im vergangenen Jahr haben mehr als 96 % aller Pflegenden in unserem Herzzentrum an einer Aus-, Fort- oder Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen. Besonders wichtig hierbei sind die zweijährigen Fachweiterbildungen im Bereich Intensivpflege, Anästhesie und OP.

Um auch Wissen und Erfahrungen aus anderen Fachbereichen in unsere Pflege zu integrieren, kooperieren wir seit Jahren mit anderen Kliniken: Charité – Campus Benjamin Franklin in Berlin, Klinikum Lahr und Klinikum Offenburg.

Spezialwissen und Erfahrung haben für uns nur dann Wert, wenn es sich in der Praxis bewährt. Entscheidend ist das, was der Patient braucht! Aus diesem praxisorientierten Ansatz hat sich unser eigener „Herz-Qualifikationskurs“ entwickelt. Es ist ein einjähriger berufsbegleitender Fortbildungskurs, der praxisorientiert kardiologische und herzchirurgische Schwerpunkte behandelt. Über theoretische und praktische Übungen und Prüfungen führt er unsere MitarbeiterInnen zu einem hausinternen Zertifikat.

Unsere Stationsleitungen verfügen über anerkannte Managementausbildungen. Die Einarbeitung unserer neuen Kollegen/innen übernehmen ausgebildete Mentoren und Praxisanleiter.

Im Rahmen unseres Qualitätsmanagements stellt die Personalentwicklung ein herausragendes Element dar. Wichtiger ist jedoch die Bedeutung für den Patienten: Er hat die Gewissheit durch qualifiziertes Pflegepersonal gepflegt und betreut zu werden.

Der Grundsatz Qualität durch Qualifikation trifft mitten ins Herz unserer Pflege. Aus Erfahrung wissen wir: Der herzkranke Patient braucht nicht nur mehr, sondern seine ganz spezielle Pflege. Durch unsere systematische Personalentwicklung gewährleisten wir mit unserem Personal ein hohes Niveau von Fachwissen und gewissenhafter Fürsorge.

Kardiochirurgische Intensivpflege

Jochen Solf, Stationsleitung

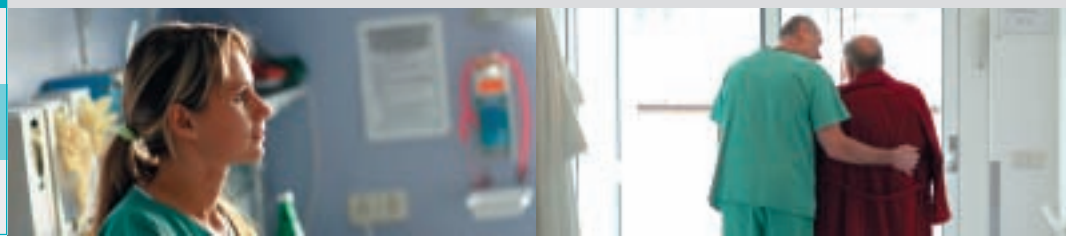
Kardiochirurgische Intensivpflege ist etwas Besonderes: Aktueller Wissensstand, Sorgfalt und technisches Verständnis verbinden sich mit ausgeprägter Fürsorge und sozialer Verantwortung. Nur die gezielte und sorgfältige Vernetzung von Mensch und Technik garantiert den besten Erfolg für unsere Patienten.

Mit Herz und Verstand – Kardiochirurgische Intensivpflege:
Herzchirurgische Intensivpflege war immer schon etwas Besonderes. Hier zeigt sich unmittelbar und mit aller Deutlichkeit die rasante Entwicklung von Medizintechnik, OP- Verfahren und Pharmazie. Hautnah erleben wir das Zusammenspiel von Mensch und Maschine an der Grenze zwischen Leben und Tod. High-Tech-Apparaturen und EDV gehören heute zur selbstverständlichen Ausstattung. Der gezielte Einsatz von Technik am Patienten rettet nicht nur Menschenleben, sondern verkürzt den Aufenthalt im Krankenhaus enorm.

Die Folgerung, Intensivpflege ist gleich Medizintechnik, ist allerdings nicht zutreffend. Der Patient wird allumfassend und individuell wahrgenommen und das Pflegepersonal ist vielschichtig gefordert. Aktueller Wissensstand, Sorgfalt und technisches Verständnis verbinden sich mit ausgeprägter Fürsorge und sozialer Verantwortung. Denn in der Intensivpflege geht es immer um das Überleben eines Menschens. Dieses können unsere Pflegekräfte nur gewährleisten, wenn sie sich voll und ganz einbringen.

Die Arbeitsprozesse in der schwierigen postoperativen Phase sind genau aufeinander abgestimmt. Es gibt bei uns keine gleichen, sondern nur ähnliche Fälle – Herzinfarkt ist eben nicht gleich Herzinfarkt. Wir pflegen immer und konkret den einzelnen Menschen. Nur mit dieser Grundhaltung und einer sich ständig neu einstellenden Aufmerksamkeit können wir den vielfältigen Anforderungen unserer Patienten gerecht werden.

Intensivpflege bedeutet also nicht nur Fachkompetenz, sondern im besonderen Maße Sozialkompetenz. Ganz entscheidend ist unser Teamgeist, aus dem unsere fein abgestimmte Zusammenarbeit resultiert. Nur die gezielte Vernetzung aller Komponenten garantiert den besten Erfolg für unsere Patienten.



Projekte im Pflegedienst – Pflegestandards

Hildegard Ritsert, Projektassistentin

Effektives Qualitätsmanagement lebt vom kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Das heißt, Bestehendes wird hinterfragt und bezogen auf eine neue Zielsetzung angepasst. Hierbei treten oftmals einzelne Fragestellungen auf, die in Form eines abgegrenzten Projektes bearbeitet werden. Die Durchführung eines Projektes erfordert ein sorgfältiges Management, welches die Planung, die praxisgerechte Umsetzung und die Auswertung umfasst.

Ein Beispiel für ein umfangreiches Projekt in unserem Pflegedienst ist die Entwicklung unserer Pflegestandards. Hierbei war die übergeordnete Definition der WHO richtungsweisend: „Ein Pflegestandard ist ein allgemein zu erreichendes Leistungsniveau, welches durch ein oder mehrere Kriterien umschrieben wird".

Wichtig für uns war, die Standards nicht nur nach neuesten pflegewissenschaftlichen und medizinischen Kenntnissen auszurichten, sondern sie so zu gestalten, dass sie reibungslos in die Pflegepraxis integriert werden können.

Die MitarbeiterInnen unseres Pflegedienstes kommen nicht nur aus verschiedenen Bundesländern, sondern auch aus dem Ausland. Unterschiedliche Basisausbildungen und Erfahrungen resultieren in verschiedene Einschätzungen zu ein und demselben Pflegeproblem. Hier dient der Pflegestandard als gemeinsame Durchführungsrichtlinie.

Grundsätzlich geben Pflegestandards eine Sollqualität vor, an der die tatsächliche erbrachte Pflegequalität gemessen werden kann. Bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter bilden Pflegestandards eine solide Grundlage für eine einheitliche Anleitung. Da alle Pflegemaßnahmen sorgfältig dokumentiert werden, ist die gesamte pflegerische Leistung transparent und nachvollziehbar. Gleichzeitig wird damit der rechtlichen Forderung nach einer genauen Dokumentation entsprochen.

Qualität, die nur postuliert wird, bleibt wirkungslos. Notwendig sind konkrete „Qualitätstools", die Messbarkeit, Überprüfung und Verbesserung garantieren. Pflegestandards, die die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen, sind ein wichtiges Element der Qualitätssicherung.

Einblicke & Berichte

10 Jahre Klinikseelsorge

Martin Renner, Andreas Wilhelm, Krankenhaus-Seelsorger

„Compassion" – 10 Jahre Klinikseelsorge im Herzzentrum Lahr/Baden. Es war ein sprechendes Symbol, welches über den Jahreswechsel 2004/2005 im Herzzentrum Lahr/Baden als Kunstobjekt auf dem Flur stand. Ein mächtiger Eichenbalken umwunden mit einem Stacheldraht.

Klinikseelsorge hilft, Emotionen, Gedanken und Gefühle in Einklang zu bringen.

Viele Passanten, Patientinnen und Patienten oder auch Angehörige nutzten die Möglichkeit ihre Einfälle dazu auf einem bereitgelegten Karton festzuhalten. Die Kommentare berührten uns Klinikseelsorger nachhaltig: wie gab doch dieses Objekt Anlass einmal, auch wenn nur für ganz kurz und nur im Vorbeigehen die Worte zu finden für erlebte Verletzung, für radikale Schicksalsschläge, für Erschütterungen der eigenen Person, ja der ganzen damaligen Welt – aber auch mit dem Weiterleben damit.

Für einige Betrachtende war der geneigte Balken zu einem Sinnbild geworden für die Beschwerlichkeit von manchen Erlebnissen oder Lebensphasen. In den Schrunden und den Rissen des alten Eichenbalkens entdeckten die Betrachter Schürfungen der schweren Zeit. Der Stacheldraht ließ Leid- und Kriegserfahrungen wieder in den Blick kommen – aber auch deren Bewältigung.

Hier wird nun der besondere Beitrag der Klinikseelsorge deutlich im Vergleich zu den anderen Fachabteilungen in der Klinik. Das Objekt bringt durch die Beschaffenheit des Holzes, durch den Stacheldraht und den Ziegel in Herzform in aller Schärfe und Unverblümtheit zum Ausdruck, welche Emotionen, Gedanken und Gefühle ein „Eingriff am Herzen" eben auch auszulösen vermag. Beinahe jedem Patienten geht in der Phase der Operationsvorbereitung gleichsam wie im Zeitrafferfilm das Erlebte, Gelungene wie Misslungene durch den Kopf. In Träumen wird das Unsagbare durchwandert, findet der Dialog über den eigenen roten Faden des Lebens statt: „War es das, auf was darf ich hoffen?" Dabei vermitteln alle Mitarbeitenden im Herzzentrum Mut und Hoffnung. Schließlich ist man auf-

gebrochen zur Verbesserung der Lebensqualität. Der Seelsorge kommt eine weitere Seite der Begleitung zu, eine nicht-medizinische, die Lebenszusammenhänge zu „Verstehen-Suchende“ und „Verweisende“, je nach dem Maß, wie der Patient, die Patientin, sich darin öffnet und einlässt. Es geht dabei um mehr als um Mitleid: gemeint ist „Com-passion“, ein Sich-Mit-Einlassen. Ich lasse mich wirklich ein, setze mich aus, lasse mich verändern. Andernfalls ist die Gefahr sehr groß, dass ich vorschnell tröste, um nicht selbst durch das Leid belastet zu werden.

Es gehört zur Qualität der Klinikseelsorge, auch das sichtbar zu machen und zur Sprache zu bringen, was sonst eher umgangen wird auf dem Genesungsweg der Patientinnen und Patienten. Es begegnet auch Widerständiges, was sogar Aggressionen auslösen kann. Dabei leitet uns die Erfahrung, wie gut es ist, wenn Ängste, Enttäuschungen und Wut geäußert werden können. Diese Gefühle beziehen sich oft auf Konflikte, welche dem Krankenhausaufenthalt lange voraus liegen. Vielleicht haben sie die Krankheit sogar mit ausgelöst. Wenn diese Seiten verschwiegen werden, können sie einen Heilungsprozess blockieren. Umgekehrt: wenn sie ins Wort gebracht werden, unterstützen sie den Heilungsprozess. Klinikseelsorge hat also unter anderem die Aufgabe, solche sonst unausgesprochenen Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Dabei ist es wichtig, Patientinnen und Patienten ebenso wie ihre Angehörigen mit diesen Gefühlen nicht alleine zu lassen. Sondern Seelsorge versucht in diesen schweren Prozessen zu begleiten – ohne besser zu wissen, ohne schnelle Lösungen anzubieten. Es geht darum, Ungewissheit und Schmerz mit auszuhalten. So ist „Compassion“ eine wesentliche Form der Klinikseelsorge.

Gerinnungs-Selbstmanagement

Aneta Spitzmüller, Studienassistentin

Ein wesentliches Anliegen unserer Klinik ist, die Lebensqualität der Patienten durch unsere Behandlung zu erhalten oder wieder zu verbessern. Unter Patienten-Selbstmanagement versteht man die aktive Einbindung des Patienten in einer Therapie.

Nach einem mechanischen Herzklappenersatz oder verschiedenen anderen Indikationen wie z. B. Vorhofflimmern, Thrombophilie müssen Patienten lebenslang ein gerinnungshemmendes Medikament einnehmen. Die Gerinnung dieser Patienten sollte im Abstand von 14 Tagen überwacht werden. Viele Patienten sind dadurch in ihrer Lebensweise eingeschränkt und empfinden dies als Minderung ihrer Lebensqualität.

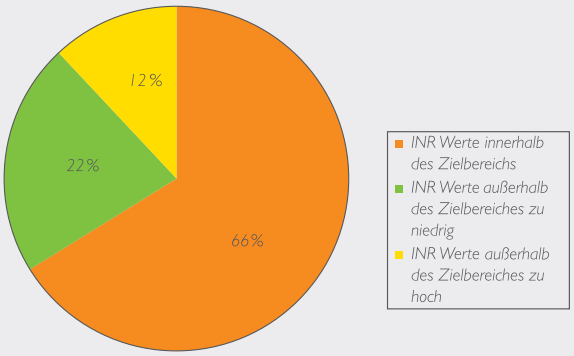
Der Patient übernimmt nach entsprechender Schulung sowohl die Überwachung der Intensität der gerinnungshemmenden Behandlung als auch die Dosisanpassung des Antikoagulans je nach Messwert. Dieses Verfahren hat sich in Deutschland durchgesetzt und wird durch die Studien ESCAT I und II (Teilnahme des Herzzentrum Lahr/Baden) untermauert.

Für interessierte Patienten sind 5 Termine im Jahr vorgesehen. Die Schulungen unterliegen einer Qualitätssicherung und schließen die personellen und räumlichen Bedingungen (Strukturqualität) und das Schulungsprogramm (Prozessqualität) ein. Die Messung der Zufriedenheit der Patienten mit der durchgeführten Schulung und deren Rahmenbedingungen wird nach der Schulung und nach einem Jahr durchgeführt.

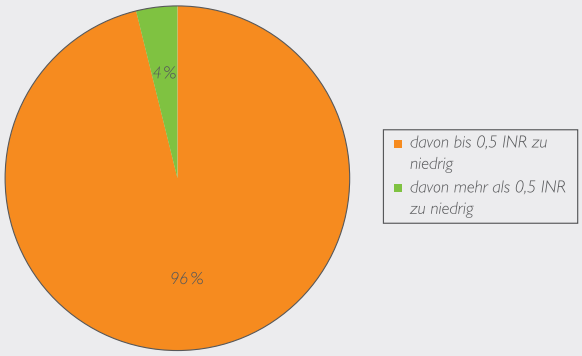
Parallel zur Patientenbefragung wird eine Befragung der weiterbehandelnden Ärzte dieser Patienten durchgeführt. Da von diesen Ärzten vor allem eine Beurteilung der Umsetzungsfähigkeit und der Fähigkeit des Patienten in der Alltagssituation erwartet wird, wird diese Befragung drei bis sechs Monate nach der Patientenschulung durchgeführt.

Qualität beginnt damit, die Zufriedenheit des Patienten in das Zentrum des Denkens zu stellen.

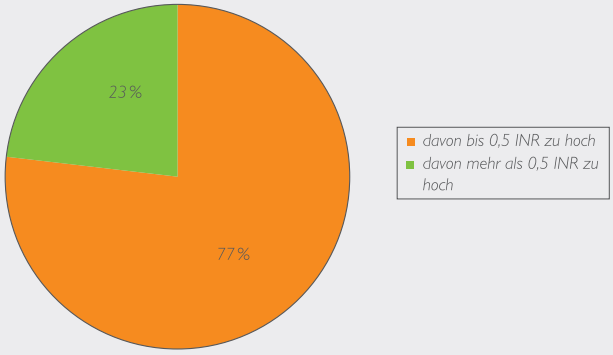
Selbstgemessene INR Werte



Davon zu niedrige INR Werte



Davon zu hohe INR Werte



Projekt präventive Mikromedizin

Dr. Stefan Bauer, Oberarzt

Prävention und Monitoring chronischer Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sind eine zentrale Aufgabe für die Gesundheitssysteme. Kardiovaskuläre Krankheiten sind die führende Todesursache und verursachen die meisten stationären und ambulanten Behandlungsfälle. Herz-Kreislauf-Erkrankungen entfalten eine schädliche Wirkung auf nahezu jedes andere Organsystem, so dass sie bei zu später Erkennung oder nicht ausreichender Überwachung und Behandlung erhebliche Schäden verursachen, sowohl aus individual- als auch aus volksgesundheitlicher Perspektive.

Mit ca. 550.000 Patienten steht die koronare Herzkrankheit an erster Stelle der Entlassungsdiagnosen. Unter Hinzunahme von Herzinfarkten und Herzinsuffizienz wird die Grenze von 1.000.000 Patienten mit kardiovaskulärem Anlass für den Krankenhausaufenthalt übertroffen. Die vier wichtigsten Todesursachen in Deutschland, die koronare Herzkrankheit einschließlich Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Schlaganfall, sind für über 30 % aller Todesfälle verantwortlich. Frühzeitiges Erkennen und Behandeln kardiovaskulärer Erkrankungen durch verbesserte Monitoring- und Präventionssysteme kann einen erheblichen Einfluss auf die Reduzierung von Morbidität und Mortalität kardiovaskulärer Erkrankungen haben.

Das Herzzentrum Lahr/Baden nimmt als Projektpartner an dem Projekt „Präventive Mikromedizin" des BMBF/VDE teil. Vorarbeiten auf dem Gebiet „Bypassflussmessungen" wurde bereits geleistet. Die Mikrosystemtechnik (MST) kann aufgrund ihres Miniaturisierungspotentials und ihrer hohen Funktionsdichte einen wesentlichen Beitrag leisten, neue Produkte für Prävention und Monitoring von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu entwickeln und darüber hinaus die Integration von Therapie und Therapieüberwachung dramatisch verbessern. Für eine Reihe von Schwerpunktindikationen, z. B. den Bluthochdruck oder Herz-Rhythmus-

Störungen können Mikrosysteme, z. B. in implantierbaren oder extrakorporalen Sensorsystemen eine kontinuierliche Verlaufsüberwachung möglich machen.

Ein kontinuierliches Monitoring von Krankheitsparametern sowohl für die Einstellung der Therapie als auch für die Erkennung einer Zustandsverschlechterung ist bei chronischen Erkrankungen eine wichtige Voraussetzung. Die zu erschließende volksgesundheitliche Dimension ist erheblich. So ist z. B. unter den Bluthochdruckpatienten in Deutschland nur ca. ein Viertel richtig medikamentös eingestellt. MST-Produkte für die Blutdruckmessung könnten daher einen Schlüsselbeitrag für die Optimierung der Patientenversorgung leisten.

Medizincontrolling

Dr. Peter Kraemer, Medizincontroller

Das Medizincontrolling am Herzzentrum Lahr/Baden unterstützt das Krankenhausmanagement bei der zielorientierten Planung und Steuerung. Es agiert dabei im betriebswirtschaftlichen und medizinischen Bereich und überwacht die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungserstellungsprozesse im Krankenhaus. Die konsequente Umsetzung der Prozessoptimierung sorgt für Kostenoptimierung, Synergismen für strategische Planungen, langfristige Sicherstellung der ökonomischen Ressourcen und trägt damit zur höheren Wirtschaftlichkeit bei.

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 weitreichende Änderungen im Krankenhausbereich eingeleitet. G-DRGs (German Diagnosis Related Groups) und andere Änderungen im Gesundheitssystem bringen die Krankenhäuser unter enormen Anpassungsdruck, weil sie nachhaltig die wirtschaftliche Lage beeinflussen werden. Die Probleme der Krankenhäuser sind dabei vielschichtig. Kurzfristig stehen dabei die Erlössituation und die Kalkulationsschwierigkeiten im Vordergrund, aber schon mittelfristig wird der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern steigen.

Im November 2003 wurde die Stelle des Medizincontrollings neu eingesetzt. Sie ist als Stabsstelle in Erweiterung dem Qualitätsmanagement zugeordnet und dem Vorstand des Herzzentrums Lahr/Baden unterstellt.

Für die Arbeit des Medzincontrollings wurde ein hochqualifizierter langjähriger Oberarzt des Hauses von seiner bisherigen Tätigkeit freigestellt. Er wird in seiner Arbeit von den DRG-Beauftragten der beiden Hauptabteilungen und in der herzchirurgischen Abteilung von Kodierhelferinnen unterstützt. Übergeordnetes Ziel ist eine enge inhaltliche Kooperation mit dem Unternehmens-Controlling, so dass die gewonnenen Synergismen in strategische Planungen einfließen können.

Der Medizincontroller ist zuständig für:

- Überwachung von Quantität- und Qualitätsschwankungen bei der Kodierung
- Monatliches DRG Berichtswesen
- Vorbereitung der Budgetverhandlung
- Leistungserfassung (interner Qualitätsbericht)
- Durchführung notwendiger Schulungen für alle beteiligten Abteilungen im Haus

- Sensibilisierung für neue Parameter wie Case-Mix-Index, PCC-Level und Schweregrade
- Umsetzung neuer gesetzlicher Anforderungen (wie z. B.: ICD 10, OPS, Fallpauschalenkatalog)
- Bearbeitung aller Kassen- / MDK-Nachfragen
- Kontrolle der Abschlusskodierung im Rahmen der Abrechnungsfreigabe zur Rechnungsstellung bei den Krankenkassen für alle stationären Patienten
- Kontrolle und Überwachung von Sachkosten und Arzneimittelkosten anhand der monatlichen Auswertungen
- Kontrolle und Überwachung aller Krankentransportabrechnungen
- Hilfestellungen beim Verweildauermanagement

Die durchschnittlichen Fallerlöse können niemals die tatsächlichen Kosten eines speziellen Behandlungsfalles abbilden. Somit stellt das Medizincontrolling am Herzzentrum Lahr / Baden einen entscheidenden Faktor zur langfristigen Sicherstellung ökonomischer Ressourcen dar.

Qualitätsmanagement

Dr. Andreas Goepfert, Kaufmännischer Leiter

Vision des Herzzentrum Lahr/Baden: Das Herzzentrum Lahr/Baden wird weiterhin seine Stellung als bedeutende medizinische Institution ausbauen, indem wir unsere Qualitätsführerschaft sichern und das Angebotsspektrum erweitern. Dies wird durch Kompetenz und Motivation der MitarbeiterInnen erreicht. Hierzu werden wir Versorgungsnetze aufbauen, sowie als Anlaufpunkt für regionale und überregionale Patienten dienen. Ethische Maßstäbe, wissenschaftliche Erkenntnisse und solide wirtschaftliche Verhältnisse bilden dafür die Grundlage.

„Wer nicht weiß wohin er will, darf sich auch nicht wundern wenn er nicht ankommt."

Warum sollte ein Qualitätsmanagementsystem bestehen?
Die Grundlange allen Handelns im Qualitätsmanagement ist der Zielbegriff. Die Summe aller Ziele stellt im Endeffekt die Qualitätspolitik dar. Diese Ziele sollten im Einzelnen messbar, realistisch und terminiert sein. Danach müssen für die Messung der Zielerreichung Kennzahlen gefunden werden, um für diese Messgrößen danach Vorgaben zu definieren. Um die Zielerreichungskette abzuschließen ist es dann wichtig, für diese Ziele, die man mittels Kennzahlen messbar gemacht hat Maßnahmen zu definieren, um diese Zielerreichung auch umsetzen zu können. Hieraus wird ersichtlich, dass es um weit mehr als nur um eine ökonomische Betrachtungsweise geht.

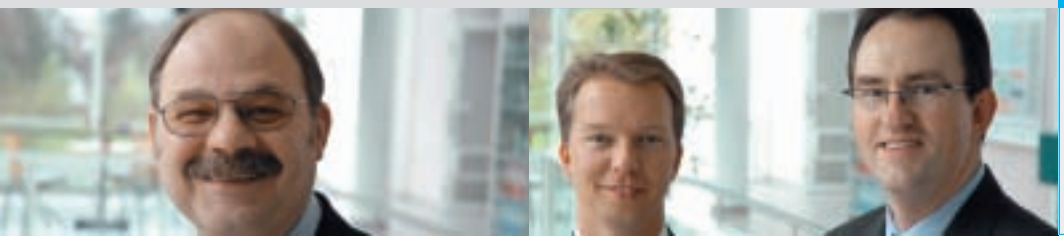
Die Besonderheit der Dienstleistung gerade im Gesundheitswesen besteht darin, dass das Produkt (Dienstleistung) immateriell ist. Weiterhin ist diese Dienstleistung durch das sogenannte „uno acto Prinzip" gekennzeichnet, bei dem der Leistungsempfänger (Kunde / Patient) bei der Dienstleistungserbringung (Handlung) immer in diese Abläufe integriert ist. Insofern ist es entscheidend, dass Prävention und Management systematisch eingesetzt werden, um ein „Nachbessern" zu vermeiden. Qualitätsmanagementsysteme sind hierbei eine systematische seit Jahrzehnten weltweit bewährte Hilfe.

Im Herzzentrum Lahr/Baden besteht ein seit 1999 international anerkanntes und seitdem mehrfach zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem (ISO 9001). Dieses ganzheitliche System stellt die Grundlage und Sicherheit allen Handelns dar.

Zukünftig werden wir uns weiter durch unsere hausinterne Vision leiten lassen, um den Herausforderungen des Gesundheitssystems und den Wünschen der Patienten, Zuweiser, Angehörigen und MitarbeiterInnen adäquat gerecht zu werden.

Zusammenfassend:
Erfolg kann man aus verschiedenerlei Blickwinkeln definieren. Dabei haben sich vier Blickrichtungen bewährt.

Erfolgreich bin ich:
- Wenn genügend Erträge erzielt werden (finanzielle Sicht).
- Wenn die Handlungsabläufe und Tätigkeiten reibungslos funktionieren (Prozesssicht).
- Wenn die Beschäftigten und man selbst zufrieden ist (Mitarbeitersicht).
- Wenn die Leistungsempfänger zufrieden sind (Kundensicht).



Organisation

Ansprechpartner
in der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie

Ärztlicher Direktor und Chefarzt

Herr Priv.-Doz. Dr. Ennker — Tel.: 0 78 21 / 9 25-100

Chefarztvertreter

Herr Dr. Rosendahl — Tel.: 0 78 21 / 9 25-101

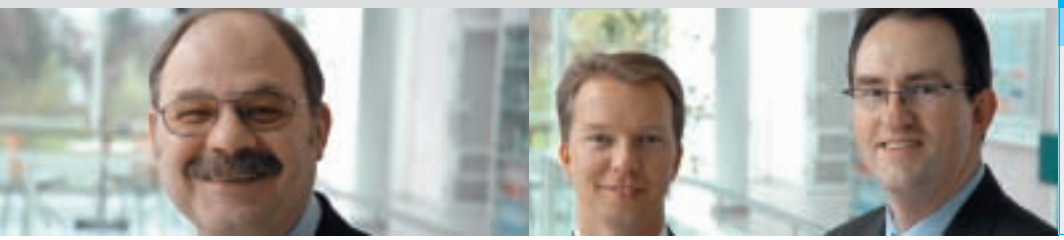
Chefsekretariat

Frau Bredemeyer — Tel.: 0 78 21 / 9 25-101

Privatambulanz
nach vorheriger telefonischen Vereinbarung — Tel.: 0 78 21 / 9 25-101

Anmeldung zur stationären Aufnahme
Montag - Freitag von 7:30 Uhr bis 18:00 Uhr
Sekretariat Frau Schaadt, Frau de Buhr — Tel.: 0 78 21 / 9 25-102

Notfallmäßige stationäre Einweisung
nach telefonischer Rücksprache mit dem Sekretariat
Montag - Freitag von 7:30 Uhr bis 18:00 Uhr — Tel.: 0 78 21 / 9 25-102
oder nach 18:00 Uhr Intensivstation 1 — Tel.: 0 78 21 / 9 25-188 bzw.
mit dem diensthabenden Arzt — Tel.: 0 78 21 / 9 25-0



Ansprechpartner

in der Klinik für Innere Medizin und Kardiologie

Herr Prof. Dr. von Hodenberg	Tel.: 0 78 21 / 9 25-200		*Chefarzt*
Herr Dr. Breidenbach	Tel.: 0 78 21 / 9 25-204		*Leitender Oberarzt*
Frau Burger	Tel.: 0 78 21 / 9 25-201		*Chefsekretariat*

Privatambulanz
nach vorheriger telefonischen Vereinbarung — Tel.: 0 78 21 / 9 25-201

Anmeldung zur stationären Aufnahme
Montag - Freitag von 7:30 Uhr bis 18:00 Uhr
Sekretariat Frau Baumann, Frau Friedrich, Frau Gramer — Tel.: 0 78 21 / 9 25-202

Notfallmäßige stationäre Einweisung
nach telefonischer Rücksprache
mit einem der kardiologischen Oberärzte
oder dem diensthabenden Kardiologen — Tel.: 0 78 21 / 9 25-202
nach 18:00 Uhr — Tel.: 0 78 21 / 9 25-0

Ansprechpartner
Anästhesiologie

Chefarzt

Herr Dr. Dr. Alexander — Tel.: 0 78 21 / 9 25-151

Leitender Oberarzt

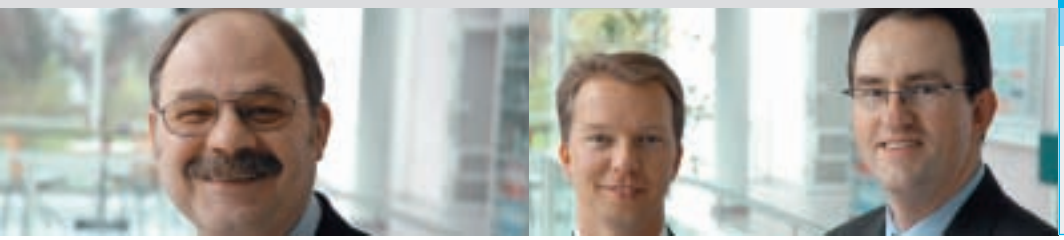
Herr Dr. Komar — Tel.: 0 78 21 / 9 25-150

Chefsekretariat

Frau Eichner — Tel.: 0 78 21 / 9 25-150

Privatambulanz
nach vorheriger telefonischen Vereinbarung — Tel.: 0 78 21 / 9 25-150

Anmeldung zur Eigenblutspende
Montag - Freitag von 7:30 Uhr bis 16:00 Uhr
Sekretariat Frau Eichner — Tel.: 0 78 21 / 9 25-150



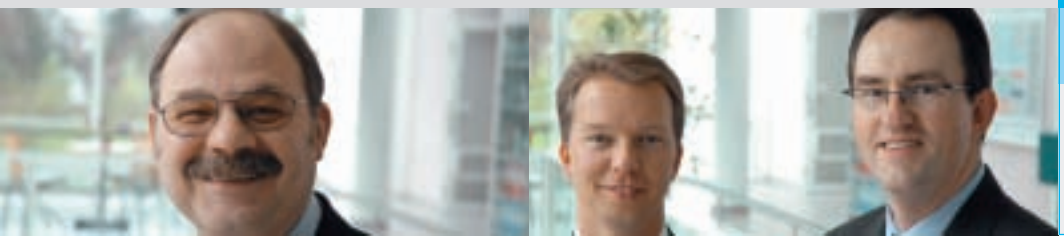
Ansprechpartner

Pflege

Herr Korn	Tel.: 0 78 21 / 9 25-116		*Pflegedirektor*
Herr Bolanz	Tel.: 0 78 21 / 9 25-261		*Stellvertretende Pflegedienstleitung*
Frau Ehret	Tel.: 0 78 21 / 9 25-118		*Sekretariat*

Ansprechpartner
Verwaltung

Kaufmännischer Leiter		Herr Dr. Goepfert	Tel.: 0 78 21 / 9 25-105
Assistent der Kaufmännischen Leitung		Herr Anwand	Tel.: 0 78 21 / 9 25-310
Sekretariat		Frau Friedemann	Tel.: 0 78 21 / 9 25-307



Öffentlichkeitsarbeit – Anästhesiologie

Wissenschaftliche Beiträge – Bücher – Kongresse

Difficult airway management in cardiac anaesthesia: the role of transillumination guided intubation. Br J Anaesthesia 1998, 80:S23	*A. Gille, T. Alexander*
Case presentation: The transillumination technique (Trachlight®) used for an expected difficult intubation. Poster at the WCA Montréal, 2000	*A. Gille, T. Alexander*
Die lichtgestützte blind-orale Intubation (Trachlight®) 2001. Video auf www.cardioanaesthesie.de	*A. Gille, T. Alexander*
Metoda alternativa de intubatie folosind tehnica de transiluminatie. Vortrag und Poster in Bukarest, 9/2002	*L. Bonna, T. Alexander*
Die Transilluminationstechnik bei der schwierigen Intubation in der Herzanaesthesie. Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerz-ther 2002; 37:604-608	*A. Gille, K. Komar, E. Schmidt, T. Alexander*
Trachlight in der Rettungsmedizin. Vorstellung und Praxis. Fortbildung in der Landesschule DRK, Bühl, 10/2002	*A. Gille*
Fünf Jahre Erfahrung mit der Transilluminationstechnik. Fortbildung der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Lahr, 3/2004	*A. Gille, T. Alexander*
Difficult airway management. Vortrag und Poster Bukarest 10/04	*T. Alexander*

Öffentlichkeitsarbeit – Herz-, Thorax- & Gefäßchirurgie

Wissenschaftliche Beiträge – Bücher – Kongresse

Originalarbeiten:

J. Ennker, U. Rosendahl, I.C. Ennker, S. Bauer, F. Dalladaku, I. Florath
Die gerüstlose Freestyle-Bioprothese in älteren Patienten: operatives Risiko und 7 Jahre follow-up, Z Herz Thorax Gefäßchir 2004; 18, 1:32-37

A. Albert, U. Rosendahl, J. Ennker, J. Freund
30-Tage follow-up in der Herzchirurgie: Methodik und Kosten
Gesundh ökon Qual manag 2004; 8:1-4

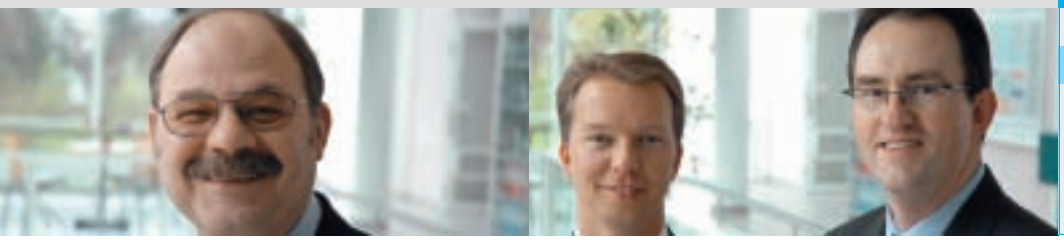
B. Arnrich, J. Walter, A. Albert, J. Ennker
Challenges and benefit of a data mart system in heart surgery,
Z Herz Thorax Gefäßchir 2004;18,1:13-19

A. Abugameh, U. Rosendahl, S. Bauer, I.C. Ennker, J. Ennker
Minimal-invasive Entnahme der Arteria radialis für die arterielle Myokardrevaskularisation, Z Herz Thorax Gefäßchir 2004;18,1:3-6

A. Albert, J. Walter, B. Arnrich, U. Rosendahl, J. Ennker
Förderung von Transparenz und Qualitätskontrolle in der Herzchirurgie,
Z Herz Thorax Gefäßchir 2004; 18, 1:7-12

A. Albert, J. Walter, B. Arnrich, W. Hassanein, U. Rosendahl, S. Bauer, J. Ennker
On-line variable live-adjusted displays with internal and external risk-adjusted mortalities. A valuable method for benchmarking and early detection of unfavourable trends in cardiac surgery, Eur J Cardio Thorac Surg 2004, 25 (3):312-319

A. Albert, B. Arnrich, A. Walter, W. Hassanein, U. Rosendahl, P. Gehle, F. Schön, J. Ennker
Hyperkalemic blood vs. crystalloid cardioplegia in longer clamping times
Asian Cardiovasc Thorac Ann 2004, 12 (2):123-128



Buchpublikationen:

Herzchirurgie und Recht, Steinkopff Verlag Darmstadt, 2004. 270 S. — *J. Ennker, B. Debong, C. Beller*

Herzschrittmacher und Defibrillatoren. Ein Patientenratgeber (Operationen am Herzen), Steinkopff Verlag Darmstadt, 2004. 146 S. — *K. Bauer, J. Ennker*

Jahresbericht 2003, Herzzentrum Lahr/Baden, Eigenverlag 2004 — *J. Ennker und Mitarbeiter*

Veröffentlichte Vorträge (Vortrag und Poster):

Quality of life after aortic valve replacement with mechanical and stentless biologic valves in elderly patients: an up to 5-year follow up
3rd EACTS/ESTS Joint Meeting 2004, 12.09.2004 in Leipzig — *J. Ennker, A. Albert, U. Rosendahl, E. Dumlu, I.C. Ennker, I. Florath*

Effects of 13 commercial membrane oxygenators on blood cell count, markers of organ function and clinical outcome in adult cardiac surgery
3rd EATCS/ESTS Joint Meeting 2004, 12.09.2004 in Leipzig — *A. Albert, B. Arnrich, J. Walter, F. Schoen, J. Ennker*

The use of non-invasive positive pressure ventilation (NIPPV) reduces the rate of endotracheal reintubation after cardiac surgery,
4. gemeinsame Jahrestagung Deutsche, Österreichische und Schweizerische Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, 15.-18.02.2004 in Hamburg,
The Thoracic and Cardiovascular Surgeon 2004, 52 (Suppl 1):101 PP-84 — *S. Bauer, V. Sojkin, K. Bauer, I.C. Ennker, U. Rosendahl, J. Ennker*

Topical negative pressure treatment for deep sternal wound infections: standard treatment for the future?,
4. gemeinsame Jahrestagung Deutsche, Österreichische und Schweizerische Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, 15.-18.02.2004 in Hamburg, The Thoracic and Cardiovascular Surgeon 2004, 52 (Suppl 1):101 PP-81 — *A. Sostarich, P. Kraemer, S. Bauer, J. Dehmelt, I.C. Ennker, J. Ennker*

B. Arnrich, A. Albert, J. Walter, F. Schön, M. Rothe, J. Ennker — Oxygenator type and blood cell trauma in cardiac surgery, 33. Fortbildungs- und Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiotechnik e.V., 20.-22.05.2004 in Celle

A. Lauruschkat, A. Albert, B. Arnrich, J. Walter, B. Amann, U. Rosendahl, J. Ennker — Prävalenz von unerkanntem Diabetes mellitus in der koronaren Bypasschirurgie, 39. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft Diabetes und Stoffwechsel 2004,13:V6, P3

A. Lauruschkat, A. Albert, B. Arnrich, J. Walter, B. Amann, U. Rosendahl, J. Ennker — Diabetes mellitus in coronary artery bypass surgery – experiences collected in more than 2.300 Patients, 4. gemeinsame Jahrestagung Deutsche, Österreichische und Schweizerische Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, 15.-18.02.2004 in Hamburg, The Thoracic and Cardiovascular Surgeon 2004, 52 (Suppl 1):93: PP-55

Unveröffentlichte Vorträge:

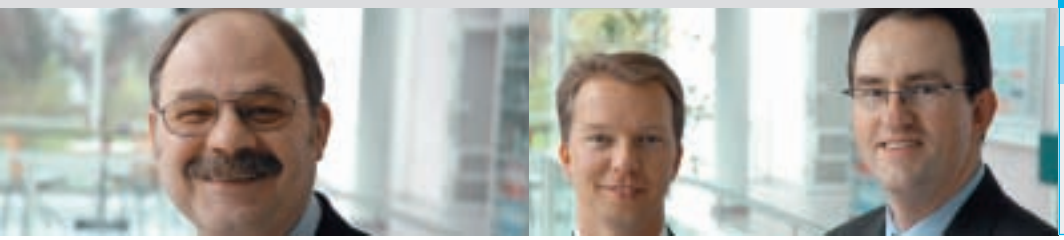
J. Ennker — Risk and quality in cardiac surgery, 31.01.2004, Sanger Clinic, Charlotte USA

J. Ennker — Herzchirurgische Möglichkeiten bei koronarer Herzerkrankung, Vortrag am 05.03.2004 in Waldachtal-Salzstetten

J. Ennker — Herzchirurgische Möglichkeiten bei koronarer Herzerkrankung; Diagnose und Therapie der koronaren Herzerkrankung aus kardiologischer Sicht, Vortrag am 25.03.2004 im Kreiskrankenhaus Bühl

J. Ennker — Herzchirurgie im höheren Lebensalter, Vortrag am 01.04.2004 in der Waldeck-Klinik, Bad Dürrheim

J. Ennker — Hand auf's Herz, Vortrag am 03.04.2004 beim Männergesundheitstag in Offenburg



Aortenaneurysma, *J. Ennker*
Vortrag am 08.05.2004, Fortbildung im Rahmen des Qualitätszirkels Kardiologie Nord-Württemberg e. V., Stuttgart

Stellenwert der totalen arteriellen Revaskularisation, *J. Ennker*
Vortrag am 10.06.2004, Kardiolunch Kantonsspital in Basel

Neues aus der Herzchirurgie, *J. Ennker*
Vortrag am 15.06.2004 im Kreiskrankenhaus Kehl

Transparenz und Qualitätssicherung in der Herzchirurgie, *J. Ennker*
Vortrag am 25.06.2004 in Dortmund

Transparenz und Qualitätssicherung in der Herzchirurgie, *J. Ennker*
Antrittsvorlesung am 08.07.2004 im Museum Augustinergasse Basel

Besonderheiten im Management kardiovaskulärer Patienten über 70 Jahre, *J. Ennker*
Vortrag am 10.07.2004 im Krankenhaus Düren

Thorakale Aortenchirurgie, *J. Ennker*
Vortrag am 17.07.2004 in der Theresienklinik in Bad Krozingen

Aktuelle Herzchirurgie, *J. Ennker*
Vortrag am 30.09.2004 in der Privatärztlichen Verrechnungsstelle in Freiburg

Herzchirurgische Möglichkeiten bei koronarer Herzerkrankung, *J. Ennker*
Vortrag am 07.10.2004 im Dietrich-Bonhoeffer-Saal in Baden-Baden

J. Ennker Erkrankung der Herzkranzgefäße: Aktuelle kardiologische und herzchirurgische Aspekte, Vortrag am 13.10.2004 in der Klinik am Zauberwald in Waldachtal

J. Ennker Herzchirurgische Optionen bei koronarer Herzerkrankung, Vortrag am 19.10.2004 im Herzzentrum Lahr/Baden

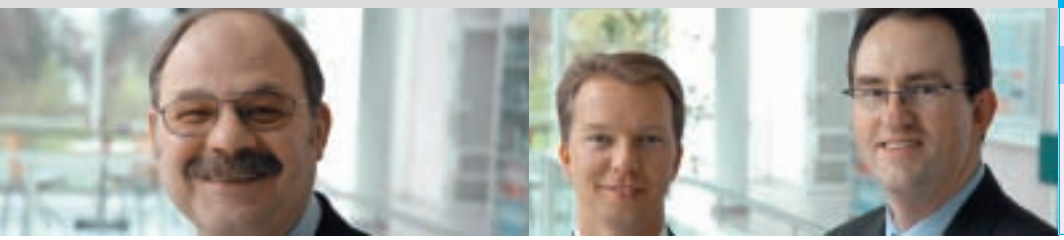
J. Ennker Herzfehlerchirurgie, Vortrag am 26.10.2004 im Klinikum Heilbronn

J. Ennker Herzchirurgische Optionen bei Herzklappenerkrankungen, Vortrag am 02.11.2004, Schwedenbau in Oberndorf am Neckar

J. Ennker Qualitätskontrolle in der Herzchirurgie, Vortrag am 13.11.2004 im Krankenhaus Waldbröl

J. Ennker Grenzgebiete des therapeutischen Vorgehens Herzchirurgie/Kardiologie, Vortrag am 25.11.2004, Medica Düsseldorf

J. Ennker Full root vs. subcoronary Trends – „Have we become more agressive in treating root disease?", Vortrag am 02.12.2004, Stentless Masters Summit, Salt Lake City, UT



Ausgerichtete wissenschaftliche Symposien:

Männergesundheitstag Ortenau 2004, Offenburg, Reithalle, 03. April 2004	*J. Ennker, R. Horsch*
Symposium 10 Jahre Herzzentrum Lahr/Baden, Kardiologie und Herzchirurgie im Wandel der Zeit, Europa-Park Rust, 01. und 02. Oktober 2004	*J. Ennker, E. von Hodenberg*

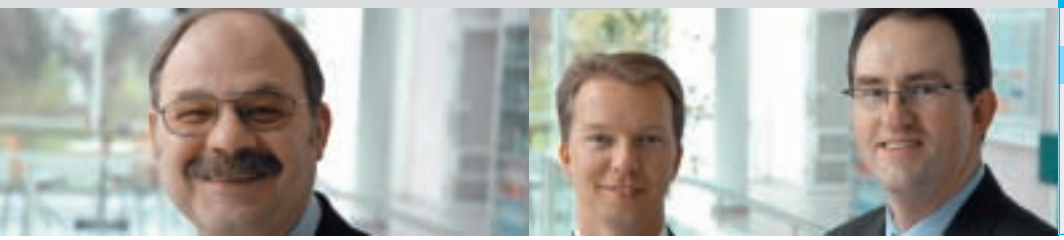
Öffentlichkeitsarbeit – Innere Medizin & Kardiologie

Wissenschaftliche Beiträge – Bücher – Kongresse

Bestehorn HP, Neumann FJ, Büttner HJ, Betz P, Stürzenhofecker P, von Hodenberg E, Verdun A, Levai L, Monassier JP, Roskamm H	Evaluation of the effect of oral Verapamil on clinical outcome and angiographic restenosis after percutaneous coronary intervention: the randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter Verapamil slow-release for prevention of cardiovascular events after angioplasty (VESPA) trial. J Am Coll Cardiol 2004, 43(12), 2161-2165
Binner P, Rackebrandt K, Scheffold T, Stürzenhofecker P, von Hodenberg E, Bestehorn HP	Methylenetetrahydrofolatreduktase (MTHFR) 677 C/T Mutation bei Patienten mit und ohne re-Stenose nach koronarintervention (PCI). Z f Kardiol 193: III, 359
Melichercik J	Role of autonomic nervous system on the efficacy of hybrid therapy in patients with paroxysmal atrial fibrillation. Ital Heart J, 2004, 5, Suppl 1:220S
Melichercik J, Florath I, von Hodenberg E	Hybridna liecba fibrilacie predsieni: Efektivita, bezpecnost a rizikove faktory recidivy fibrilacie predsieni. Cardiol 2004; 13:280-286

Vorträge

Breidenbach T	Neues aus der interventionellen Therapie, Lahr, 16.06.2004
Breidenbach T	Akutes Koronarsyndrom – Neues aus der Kardiologie, Klinikum Rottweil, 05.02.2004
Edte S	MADIT II und die Zukunft. Herzschrittmacher/ICD-Seminar München, 06.05.2004
von Hodenberg E	Statins and Cardiac Failure. 07.02.2004, Kongress der Slowakischen Kardiologischen Gesellschaft, Vysocke Tarty, Slowakei
von Hodenberg E	Sport und Herz, 26.03.2004, Kappelrodeck
von Hodenberg E	Lipidtherapie, neue Perspektiven durch duale Hemmung, Haigerloch, 02.04.2004
von Hodenberg E	Herzschwäche, Ettenheim, 25.06.2004
von Hodenberg E	Bedeutung von HDL-Cholesterin für das kardiovaskuläre Risiko, Pforzheim, 29.09.2004
von Hodenberg E	HDL und seine Bedeutung für das kardiovaskuläre Risiko, Herzzentrum Dresden, 03.11.2004

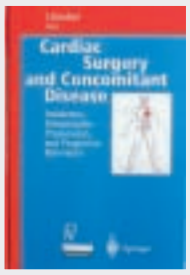


Sport und Herz, Dornstetten, 20.11.2004	*von Hodenberg E*
Grenzgebiete im Bereich der interventionellen Kardiologie. MEDICA Düsseldorf, 25.11.2004	*von Hodenberg E*
LDL-Cholesterin: Sind wir mit den modernen Leitlinien schon im Grenzbereich des Möglichen. Jahrestagung BNK Berlin, 27.11.2004	*von Hodenberg E*
Herzklappenerkrankungen aus kardiologischer und chirurgischer Sicht. Rottweil, 01.12.2004	*von Hodenberg E*
Pacient po infarkte myokardu so zlou funkciou lavej komory: Predlzenie zivota implantaciou biventrikularneho kardiostimulatora alebo defibrilatora? 2. Tatranske kardiologicke dni, Vysoke Tatry, Slowakei, 07.02.2004	*Melichercik J*
Role of autonomic nervous system on the efficacy of hybrid therapy in patients with paroxysmal atrial fibrillation. The XIIth Alpe-Adria Cardiology Meeting, 29.04.2004, Cividale del Friuli, Italien	*Melichercik J, Breidenbach T, von Hodenberg E*
„Leitlinien" nemeckej kardiologickej spolocnosti k liecbe pacientov s akutnym koronarnym syndromom bez elevacie ST segmentu. Liecime pacientov v Nemecku inak? 8. stretnutie Pracovnej skupiny invazivnej a intervencnej kardiologie, 11.06.2004, Modra, Slowakei	*Melichercik J*
Unklare Synkope bei Leistungssportlern. Kard. Seminar, Lahr 24.04.2004	*Selzer N*
Grundlagen Leistungsdiagnostik. Gesundheitsprävention: Winterlehrgang Deutscher Ruderverband, Dezember 2004.	*Selzer N*
Gesundheitsprävention. Lahr, 09.11.2004	*Selzer N*
Unklare Synkope-kardiologische / internistische Differenzialdiagnostik, Kardiol. Seminar, Lahr, 24.04.2004	*Stadthaus I*

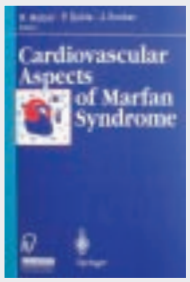
Fachliteratur

„Herzchirurgie“
J. Ennker, S. Bauer, W. Konertz
ISBN 3-13-128521-4

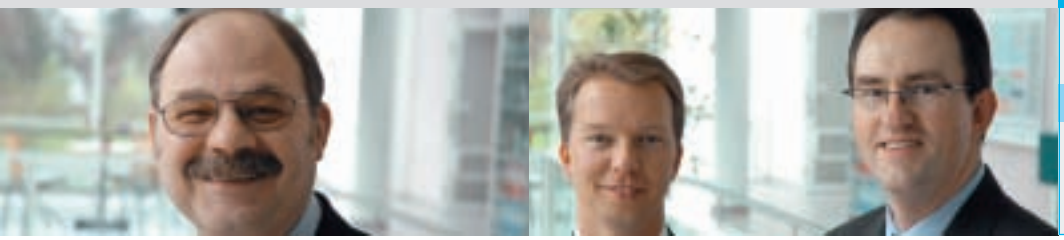
„Herzchirurgie und Recht“
J. Ennker, B. Debong, C. J. Beller
ISBN 3-7985-1393-7



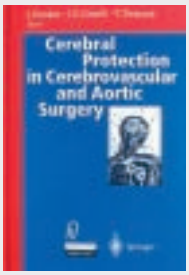
„Cardiac Surgery and Concomitant Disease“
J. Ennker
ISBN 3-7985-1130-6



„Cardiovascular Aspects of Marfan Syndrome“
R. Hetzer, P. Gehle, J. Ennker
ISBN 3-7985-0959-X



„Cerebral Protection in Cerebrovascular and Aortic Surgery“
J. Ennker, J. S. Coselli, T. Treasure
ISBN 3-7985-1051-2



„Fortschritte der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie“
J. Ennker
„Gewebeklebstoffe in der Thorax- und Kardiovaskularchirurgie“
Herausgegeben von R. Hetzer
ISBN 3-7985-0964-6

„Die Herzschule“
H.-D. Kempf (HG.)
unter Mitarbeit von E. von Hodenberg
ISBN 3-499-61009-4

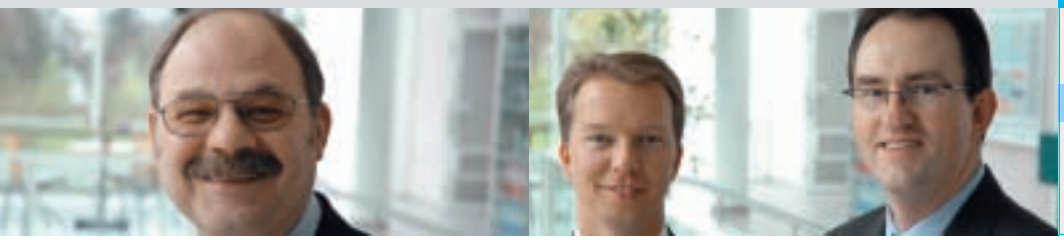
„Herzklappenchirurgie“
K. Bauer, J. Ennker
ISBN 3-7985-1313-9

„Herzkranzgefäße“
J. Ennker, K. Bauer
ISBN 3-7985-1207-8

„Herzschrittmacher und Defibrillatoren“
K. Bauer, J. Ennker
ISBN 3-7985-1478-X

„Vom Herzinfarkt bis Schlaganfall“
Stiftung Warentest
ISBN 3-931908-84-4
Mitwirkung I.C. Ennker

„Zeitschrift für Kardiologie“
Herzkreislauferkrankungen
Supplement 7-2000
J. Ennker, E. von Hodenberg
Steinkopff Verlag



„Zeitschrift für Kardiologie“
Aktuelle Diagnostik und Therapie von Herzklappenerkrankungen
Supplement 6-2001
J. Ennker, H. Körtke, R. Körfer
Steinkopff Verlag

„Herzinfarkt und Schlaganfall Manual“
H. C. Diener, E. von Hodenberg
ISBN 3-13-105522-7

„Handbuch Pflegestandards“
Herzzentrum Lahr/Baden

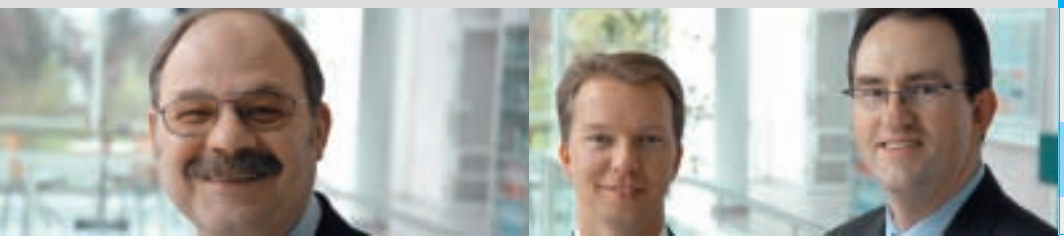
Rotationsplan

Klinik für Herz-, Thorax- & Gefäßchirurgie

Ärztlicher Direktor Priv.-Doz. Dr. J. Ennker (Chirurg, Herzchirurg, Gefäßchirurg, Thorax- und Kardiovaskularchirurg)
Chefvertreter OA Dr. U. Rosendahl (Herzchirurg)

	IPS 1	IPS 2 / Intermediär	H2 präop. / H2 postop.	Ambulanz
Oberärzte/ Oberärztinnen	*Albert* *Herzchirurg* *Bories* *Internist, Nephrologe* *Ennker I.C.* *Chirurgin, Thorako-vaskularchirurgin*	*Bauer K. ** *Herzchirurgin* *Bauer S.* *Herzchirurg* *Sojkin* *Anaesthesist*	*Dalladaku* *Herzchirurg* *Rosendahl* *Herzchirurg*	*Bories* *Internist, Nephrologe*
Ärzte/ Ärztinnen	*Abugameh* *Herzchirurg* *Bächle* *Anaesthesistin* *Lehmann* *Vöhringer* *Herzchirurgin* *Wanner* *Herzchirurg*	*Doktoroglu* *Anaesthesist* *Gehle* *Herzchirurgin* *Kojcici* *Lauruschkat* *Herzchirurg* *Sostarich*	*Bohnert* *Haag* *Herde (1/2)* *Koenig* *Nell-Brück* *Ngo* *Wagle*	
* z.Z. XÜ			*Rotationsplan* gültig ab 31.12.2004	

Dienstplanschreibung	*Bauer S.*	*OP Plan*	*Ennker J. / Rosendahl*	*Internet*	*Wanner*
Med Work Pflege	*Bauer K.*	*Wiss. Studien*	*Ennker J. / Bories*	*Qualitätsmanagement*	*Ennker I.C.*
Gutachten	*Bauer S.*	*Jahresbericht*	*Ennker J. / OÄ*	*Wissenschaftskoord.*	*Albert / Rosendahl*
Symposiumsvorbereit.	*Bauer S.*	*Kostenkommission*	*Rosendahl / Bauer S. / Bories*	*Vorträge*	*Alle*
Intern. Konsile / Echo	*Bories*			*Öffentlichkeitsarbeit*	*Alle*
Ausbildung	*alle OÄ / OA*	*Lehrvisite*	*Rosendahl / Bories*	*Publikationen*	*Pietrowski / Alle*
Kongreßliste	*Dalladaku*	*Pat. Einbestellung*	*Rosendahl*	*Schwesternunterricht*	*Alle*
Arzneimittelliste	*Bauer S. / Bories*	*Urlaubseinteilung*	*Bauer S.*	*Bettenplanung*	*OÄ / A.v.D.*
Hygienebeauftragte	*Ennker I.C. / Lauruschkat*	*Einarbeitung*	*Bauer K.*	*Med. Dokum.*	*Burger / OÄ*
Strahlenschutzbeauftragte	*Gehle*	*DRG*	*Koenig, OÄ, Arzthelf.*	*Fotos, Doku, Dias*	*Davis / Rothe*
Marfansprechstunde	*Gehle*				



Kontakt & Anfahrt

Herzzentrum Lahr/Baden

Anfahrt aus Richtung Süden/Norden:
Autobahn A5 Richtung Karlsruhe/Basel – Anschlussstelle Lahr ausfahren, links abbiegen Richtung Lahr/Biberach – in Lahr der Hauptstraße (B415) geradeaus Richtung Seelbach/Biberach folgen – ca. 7 km nach der Autobahnausfahrt, am östlichen Ortsende von Lahr, rechts einbiegen in den Hohbergweg – nach ca. 100 m (1. Einfahrt) ist bereits das Klinikgelände erreicht.
Fahrzeit ab Autobahn ca. 12 Minuten.

Anfahrt aus Richtung Osten (Kinzigtal):
B 33 von Villingen-Schwenningen in Richtung Offenburg Höhe der Ortschaft Biberach/Kinzigtal rechts abfahren in Richtung Lahr – nach 100 m links abbiegen auf die B415 Richtung Lahr – über eine schöne Bergstrecke erreicht man nach ca.12 km die Ortschaft Reichenbach – der Hauptstraße weiter folgen, durch die Ortschaft Kuhbach – direkt nach Kuhbach, wenige Meter nach dem Ortsschild von Lahr, links einbiegen in den Hohbergweg – nach ca.100 m (1. Einfahrt) ist bereits das Klinikgelände erreicht.
Fahrzeit ab B33/B415 ca. 22 Minuten.

Öffentliche Verkehrsmittel:
ICE-Verbindungen: Offenburg
Straßburg

Nahverkehr:
Lahr/Schwarzwald (Bus und Bahn)

Verkehrsflughafen:
Straßburg

Herzzentrum Lahr/Baden
Hohbergweg 2
77933 Lahr

Telefon: 07821/925-0
Telefax: 07821/925-253

E-Mail: info@herz-lahr.de
Internet: www.herz-lahr.de

Impressum

Herzzentrum Lahr/Baden
Hohbergweg 2
77933 Lahr

Telefon: 0 78 21 / 9 25-0
Telefax: 0 78 21 / 9 25-253

E-Mail: info@herz-lahr.de
Internet: www.herz-lahr.de

Herausgeber

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor
Internet: www.ennker.de

Redaktion, ViSdP

Dr. Andreas Goepfert, Kaufmännischer Leiter

Koordination

Hubertus Hamm
Internet: www.studiohamm.de

Fotografie

Martin Fritz Marketing Kommunikation GmbH
Ahaweg 6-8
76131 Karlsruhe

Telefon: 07 21 / 1 30 86-0
Telefax: 07 21 / 1 30 86-25

E-Mail: mail@fritz-marketing.de
Internet: www.fritz-marketing.de

Gestaltung und Gesamtherstellung