Medizinischer Jahresbericht 2005

Herzzentrum Lahr / Baden

Medizinischer Jahresbericht 2005

Herzzentrum
Lahr / Baden

Inhaltsverzeichnis

Vorwort Seite 4

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

Interview Seite 8
Operative Eingriffe 2005 Seite 14
Qualitätssicherung Herzchirurgie Seite 24
OPCAB-Operationen Seite 25
Koronare Herzerkrankung bei Frauen Seite 26
Aortenklappenersatz mit Bioprothese Seite 27
Arterielle Revaskularisation Seite 28
Mitralklappenerkrankungen Seite 29
Physician Assistance Seite 30
Chirurgische Therapie Vorhofflimmern Seite 31
Rotationsplan Seite 32

Teil 2: Klinik für Innere Medizin und Kardiologie

Interview Seite 36
Interventionelle Kardiologie Seite 38
Kardiologische Leistungszahlen Seite 39
Elektrophysiologie Seite 40
Schrittmacher- & ICD-Implantationen Seite 42
Kardiale Resynchronisationstherapie Seite 44
Sportmedizinisches Institut Seite 45

Teil 3: Klinik für Anästhesiologie

Interview	Seite 48
Airway Management	Seite 49
Die Prämedikation	Seite 50
Schmerz	Seite 51
Patientenrecht	Seite 52

Teil 4: Pflege

Interview	Seite 56
1. Preis Patientenzufriedenheit	Seite 60
Personalentwicklung Pflege	Seite 62
Kardiochirurgische Intensivpflege	Seite 63

Teil 5: Einblicke und Berichte

Klinikseelsorge	Seite 66
Medizincontrolling	Seite 68
Qualitätsmanagement	Seite 70

Teil 6: Organisation

Ansprechpartner	Seite 74
Veröffentlichungen	Seite 79
Fachliteratur	Seite 89
Service & Links	Seite 93
Kontakt & Anfahrt	Seite 94
Die Interviews	Seite 95
Impressum	Seite 97

Vorwort zum medizinischen Jahresbericht 2005

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

Im vergangenen Jahr konnte sich das Herzzentrum Lahr/Baden erneut erfolgreich entwickeln. 2005 wurden erneut über 4.000 Eingriffe vorgenommen. Die Patienten kamen dabei sowohl aus dem regionalen Umfeld, als auch zu einem großen Teil aus weit überregionalen Einzugsgebieten.

Auch im elften Jahr seines Bestehens hat sich das Herzzentrum Lahr/Baden neuen und innovativen Entwicklungen gewidmet. Bundesweit werden im Herzzentrum Lahr/Baden die meisten Operationen ohne Herz-Lungen-Maschine (OPCAB), prozentual gemessen an der Gesamtzahl der Bypassoperationen, durchgeführt. Mögliche, die Patienten belastende Begleiterscheinungen der klassischen Operation mit der Herz-Lungen-Maschine, können so in vielen Fällen vermieden werden.

Darüber hinaus hat das Herzzentrum Lahr/Baden bereits vor Jahren einen Schwerpunkt im Bereich der gerüstlosen, biologischen Herzklappen gewählt. Mittlerweile werden im Herzzentrum Lahr/Baden die meisten gerüstlosen Bioklappen in Aortenposition im europaweiten Vergleich eingesetzt, sehr zum Vorteil der Patienten.

Erfreulich ist auch die BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) Bundesauswertung 2005 für den Bereich Herzchirurgie. Diese positioniert bei durchweg überdurchschnittlichen Ergebnissen unsere Klinik, z. B. die Resultate im zahlenmäßig starken Bereich isolierte Bypasschirurgie (30 Tage Letalität adjustiert nach Euroscore) auf den Spitzenplatz in Deutschland.

Im Bereich der interventionellen Kardiologie setzen wir inzwischen überwiegend medikamentenbeschichtete Stents zur Behandlung von Gefäßverengungen ein. Wiederverengungen (Restenosen) in Stents können deshalb reduziert werden. So sind wir sicher, bei den uns anvertrauten Patienten auch länger anhaltende Behandlungserfolge zu erzielen. Für Herzinfarktpatienten steht ein erfahrenes 24-Stunden-Bereitschafts-Team täglich zur Verfügung, um mittels der Ballondilatation und Stent-Implantation eine sofortige Eröffnung akut verschlossener Herzkranzgefäße im Herzkatheterlabor durchzuführen. Dadurch soll eine infarktbedingte Schädigung des Herzmuskels vermieden werden.

Das Herzzentrum Lahr/Baden gibt in diesem Jahr zum zehnten Mal in Folge seinen medizinischen Jahresbericht heraus, ein in Deutschland einmaliges Zeichen für die umfassende Transparenz der im abgelaufenen Jahr erbrachten Leistungen.

Wir sind stolz darauf, dass diese offene Darstellung von Operationsergebnissen mittlerweile von vielen Einrichtungen, aber auch großen Klinikketten übernommen wurden.

Als nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziertes Krankenhaus prüfen wir regelmäßig unsere Leistungen. In der Patientenbefragung 2005 nahmen wir insbesondere in dem so wichtigen Bereich des Verhältnisses zwischen Patienten und Pflegekräften einen bundesweiten Spitzenplatz ein. Motivation für uns, diese Platzierung auch zukünftig zu bestätigen.

Die arbeitsteiligen, aufeinander abgestimmten Prozesse im Behandlungsablauf legen es nahe, sich mit anderen Leistungserbringern zu vernetzen. Wir sind daher bereits seit Jahren in enger Kooperation mit niedergelassenen Kollegen sowie klinischen Einweisern. Deshalb pflegen wir auch zu nachsorgenden Einrichtungen einen engen Kontakt mit abgestimmten Therapiekonzepten.

Wir wissen, dass wir die Leistungsvielfalt und die erreichte Qualitätsführerschaft nur dann weiter ausbauen können, wenn wir das Vertrauen unserer Partner haben. Hierzu ist die hohe Leistung und das außergewöhnliche Engagement unserer Mitarbeiter erforderlich. Dafür, dass wir den bisherigen Weg so erfolgreich gehen konnten, bedanken wir uns ganz herzlich bei unseren Partnern, aber auch unseren Mitarbeitern. Herzlichen Dank auch an die Kollegen, die mit hohem Einsatz das Erscheinen dieses Jahresberichtes möglich gemacht haben.

Bernd Sieber *Jürgen Ennker*

Aufbauend auf diese transparente und nachweisbare Qualität sind wir in der Lage, das Behandlungsrisiko unserer Patienten im Vorfeld anhand eigener Daten realistisch einschätzen zu können. Damit sind wir ein kompetenter Partner von einweisenden Kollegen, aber auch ein gefragtes Kompetenzzentrum für Patienten, die ihren persönlichen Risikoscore auf unserer Klinikhomepage (www.herz-lahr.de) errechnen können.

Herz-, thorax- & Gefässchirurgie
Interview
Operative Eingriffe 2005
Qualitätssicherung Herzchirurgie
OPCAB-Operationen
Koronare Herzerkrankung bei Frauen
Aortenklappenersatz mit Bioprothese
Arterielle Revaskularisation
Mitralklappenerkrankungen
Physician Assistance
Chirurgische Therapie Vorhofflimmern
Rotationsplan

Herz-, Thorax- & Gefässchirurgie

AHR / BADEN

Interview

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

Das Interview führte Nicola v. Lutterotti. Nähere Informationen zur Person finden Sie auf Seite 95.

Das Herzzentrum Lahr/Baden zählt zu den größten Herzzentren in Deutschland. Wie lassen sich die Leistungszahlen Ihrer Klinik mit jenen anderer großer Herzzentren vergleichen?
Seit Eröffnung des Herzzentrums im Dezember 1994 wurden an unserer Klinik über 50.000 Patienten behandelt, davon 20.000 im Bereich der Herzchirurgie und über 30.000 – stationär und ambulant – in der Kardiologie. Was die Leistungszahlen in der Herzchirurgie anbelangt, zählten wir im Jahr 1997 mit über 2.000 Operationen am offenen Herzen zu den Top Ten der deutschen Herzzentren. Auch dieses Jahr dürften wir mit einer Anzahl von hochgerechnet 1.600 bis 1.700 Herzoperationen einen der vordersten Plätze in Deutschland einnehmen.

Stammen Ihre Patienten vornehmlich aus Baden-Württemberg? Wie groß ist der Anteil an Patienten aus anderen Regionen Deutschlands oder Europas?
Rund ein Drittel unserer Patienten stammt aus der näheren Umgebung, ein weiteres Drittel aus dem Großraum Baden-Württemberg und das letzte Drittel aus anderen Bundesländern, darunter vor allem Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Zum Teil kommen unsere Patienten aber auch aus anderen Ländern, etwa aus Russland und den arabischen Ländern.

Verfügt das Herzzentrum Lahr/Baden – abgesehen von der Qualität der medizinischen Behandlung – über Besonderheiten, die herzkranke Patienten besonders schätzen?
Unsere Klinik ist eine Spezialklinik mit überschaubaren Ausmaßen. Dies wird von den meisten Patienten enorm geschätzt. Denn in Großkliniken erhält der Einzelne längst nicht so viel Aufmerksamkeit wie in kleineren Kliniken wie der unseren. Wir freuen uns daher ganz besonders über die vielen positiven Rückmeldungen, die wir von unseren Patienten erhalten – sowohl was die Qualität der medizinischen Versorgung als auch die pflegerische Betreuung betrifft.

Die Qualitätssicherung spielt in der Medizin eine enorme Rolle. In den USA sind bereits etliche Kliniken dazu übergegangen, ihre Ergebnisse im Internet zu veröffentlichen und damit jedermann zugänglich zu machen. Welche Strategie der Qualitätssicherung verfolgt Ihre Klinik?

Hinsichtlich der Qualitätssicherung hat unsere Klinik eine Vorreiterrolle eingenommen. Dies gilt im besonderen Maße für den Bereich der Herzchirurgie. Hier haben wir unsere Ergebnisse von Beginn an konsequent offen gelegt. Dies beinhaltet unter anderem, den einweisenden Ärzten einen detaillierten Bericht über den Ausgang der Operation zu senden. Zudem haben wir als erstes Herzzentrum in Deutschland unsere Letalitätszahlen veröffentlicht. Diese erscheinen seither regelmäßig in unseren Jahresberichten und sind mittlerweile auch im Internet abrufbar (www.herz-lahr.de).

Interessierte Patienten haben zudem die Möglichkeit, auf unserer Homepage mit Hilfe unseres hausinternen Risikoscores ihr individuelles Komplikationsrisiko zu berechnen. Unser Ziel ist es, mit den Instrumenten der Qualitätssicherung und des Risk-Managements die überdurchschnittlichen Ergebnisse unserer Klinik zu erhalten und dauerhaft zu sichern. Laut BQS-Report hat unsere Klinik im Jahr 2004 im Bereich der Koronarchirurgie den ersten Platz in Deutschland belegt (konkret: 30 Tage Letalität risikoadjustiert nach Euroscore).

Im Jahr 1999 wurde unsere Klinik überdies als erstes deutsches Herzzentrum ISO-zertifiziert und seither zweimal rezertifiziert. Unser Einsatz für die Qualitätssicherung spiegelt sich nicht zuletzt auch in meiner Wahl zum stellvertretenden Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie wider.

In letzter Zeit mehren sich Berichte, denen zufolge der Arztberuf in Deutschland zunehmend an Attraktivität verliert. Immer mehr junge Ärzte wandern demnach aus oder wählen andere medizinische Berufe. Macht sich der häufig zitierte Ärztemangel auch bei Ihnen bemerkbar?

Der Ärztemangel macht sich bei uns nicht bemerkbar. Wir haben uns konsequent darum bemüht, die Mitarbeiter, die seinerzeit zu uns aus dem Deutschen Herzzentrum Berlin gekommen sind, auszubilden. Von diesen sind inzwischen alle Fach- bzw. Oberärzte geworden. Bis heute haben wir zudem insgesamt 14 Fachärzte für Herzchirurgie ausgebildet. Bedenkt man, dass wir mit zwei Herzchirurgen begonnen haben, ist dies ein enormer Zuwachs. Dank der konsequenten und hochwertigen Ausbildung ist es uns gelungen, die Ärzte dauerhaft an unsere Klinik zu binden und zugleich eine hohe Behandlungskontinuität für unsere Patienten sicherzustellen.

Welche Möglichkeit bieten Sie jungen Ärzten, eine sachgerecht Ausbildung zu erhalten?

Abgesehen von der Transplantation bietet die herzchirurgische Klinik ein allumfassendes Leistungsspektrum an. Unser besonderes Augenmerk gilt dabei der minimal-invasiven Bypasschirurgie. Im Unterschied zu vielen anderen Kliniken verwenden wir hierfür inzwischen ausschließlich arterielle Gefäßbrücken, die im Vergleich zu Venen sehr viel haltbarer sind.

Zu unseren Schwerpunkten zählt außerdem die Implantation von gerüstlosen Herzklappen, eine Weiterentwicklung der herkömmlichen Klappen. In Europa haben wir die meiste Erfahrung mit dem Einsatz solcher Herzventile und weltweit stehen wir an zweiter Stelle, was die Anwendung der gerüstlosen Klappen in der Aorta angeht. Das hohe Operationsvolumen unserer Klinik, das sich unter anderem auch auf die Implantation von Herzschrittmachern und Elektroschockgeräten (Defibrillatoren) erstreckt, kommt dabei nicht nur dem Patienten zugute. Es garantiert nicht zuletzt auch jungen Ärzten eine sachgerechte Aus- und Weiterbildung. Einen wichtigen Stellenwert nehmen an unserer Klinik außerdem wissenschaftliche Fragestellungen ein. So haben wir in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld einen umfangreichen Datenpool erstellt, der uns die Möglichkeit zu wissenschaft-

lichen Untersuchungen gibt. Derzeit verfügen wir über mehr als 200 Messwerte von insgesamt 18.000 Patienten; diese Parameter können wir für wissenschaftliche Zwecke auswerten. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse konnten wir bereits in mehreren angesehenen Fachjournalen veröffentlichen – und das, obgleich wir in keine universitäre Struktur eingebunden sind. Unsere Aktivität auf dem wissenschaftlichen Sektor schlägt sich nicht zuletzt auch in der eigenständigen Organisation und Gestaltung von Symposien nieder (zuletzt Herzchirurgie und Diabetes, s. Anlage). Darüber hinaus entsenden wir regelmäßig Mitarbeiter an Universitätskliniken in Europa, etwa Homburg, Basel und Leuven, um sowohl die Fachkenntnisse unserer Mitarbeiter als auch das Know-how unserer gesamten Klinik zu erweitern.

Thema Herzchirurgie:

Die Bypass-Operation ist die mit Abstand häufigste Eingriffsart am Herzen. Verengte Herzkranzarterien lassen sich allerdings zunehmend besser und schonender auch mit dem Herzkatheter angehen. Hat die Bypasschirurgie bald ausgedient?

Die Bypasschirurgie dürfte immer einen wichtigen Stellenwert bei der Behandlung der koronaren Herzkrankheit einnehmen. Denn trotz der enormen Fortschritte im Bereich der Kardiologie gibt es immer noch etliche Situationen, in denen sich der Gefäßengpass – die so genannten Stenose – nicht oder nur schwer mit dem Katheter angehen lässt. Hierzu zählen unter anderem Stenosen in stark gekrümmten Herzkranzarterien, solche im Bereich von Gefäßgabelungen oder auch sehr lange Engpässe. Die Leitlinien der kardiologischen Fachgesellschaften geben klar Auskunft, welche Patienten zum Herzchirurgen und welche zum Kardiologen gehen sollten. Es gibt gleichwohl Hinweise darauf, dass die Kardiologen – an die sich herzkranke Patienten in der Regel zuerst wenden – vielfach auch solche Gefäßengpässe behandeln, die eigentlich ein Fall für die Herzchirurgie wären. Eine Folge davon ist, dass die Herzchirurgen zunehmend Patienten mit besonders komplexen Stenosen behandeln müssen.

Welche Herausforderungen erwartet die Herzchirurgie angesichts des enormen Zuwachses an Hochbetagten und Patienten mit weit fortgeschrittener koronarer Herzkrankheit?
Die Anforderungen an die Herzchirurge werden aufgrund des enormen Zuwachses solcher Patienten immer komplexer. Die Mehrzahl der heute am Herzen operierten Männer und Frauen wäre noch vor 10 bis 15 Jahren als inoperabel abgewiesen worden; dies gilt zumindest für die bei uns behandelten Herzkranken. Dass inzwischen auch Schwerstkranke und sehr alte Patienten am Herzen operiert werden können, liegt an den neuen medizinischen Entwicklungen. Hierzu zählen Herzoperationen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine, bessere Anästhesieverfahren und die Verwendung von Arterien als Gefäßbrücken.

Ein Großteil aller Bypassoperationen erfolgt nach wie vor am offenen Herzen. Weshalb konnten sich schonendere Verfahren, die ohne Herz-Lungen-Maschine auskommen, nicht besser durchsetzen?
Seit dem Herbst 1997 nehmen wir regelmäßig Bypassoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine (geplante Off-Pump Coronary Artery Bypass) vor. Inzwischen werden bei uns 50% aller Patienten, die sich einer alleinigen Bypasschirurgie unterziehen, ohne Herz-Lungen-Maschine operiert.

Für welche Patienten kommt eine Bypassoperation ohne Herz-Lungen-Maschine am ehesten in Betracht? Gibt es ein Alterslimit?
Es gibt kein Alterslimit, entscheidend ist im Einzelfall vielmehr die biologische Belastbarkeit. Der Altersdurchschnitt unserer Patienten verschiebt sich ja praktisch alle 10 Jahre nach oben, zumal die Lebenserwartung in den westlichen Ländern beständig ansteigt.

Zur Behandlung defekter Herzklappen, einer Domäne der Herzchirurgie, stehen mehrere, darunter auch einige experimentelle Verfahren zur Verfügung. Welchen Stellenwert messen Sie einer Rekonstruktion beschädigter Herzklappen bei?
Eine Rekonstruktion ist, wenn möglich, immer zu bevorzugen.

Welchen Vorteil bietet die Rekonstruktion gegenüber dem Einsatz künstlicher Herzventile?
Anders als bei der Verwendung einer mechanischen Herzklappe, ist bei der Rekonstruktion keine Behandlung mit blutverdünnenden Medikamenten, so genannten Antikoagulantien, notwendig. Denn an den künstlichen Oberflächen bilden sich leicht Gerinnsel, die – mit dem Blutstrom fortgespült – einen Gefäßverschluss im Gehirn und so einen Schlaganfall auslösen können. Diese Gefahr lässt sich mit den Antikoagulantien verringern, aber nicht ganz abwenden. Hinzu kommt, dass die Anwendung solcher Medikamente mit einem erhöhten Risiko von Blutungen einhergeht. Insgesamt ist die rekonstruktive Herzklappenchirurgie dem Klappenersatz somit deutlich überlegen, und zwar bezüglich der Lebenserwartung und der Komplikationsrate. Dies ist auch wissenschaftlich belegt.

Spielt die Transplantation von biologischen Herzklappen – also solche von menschlichen Spendern oder von Tieren – in der Klappenchirurgie eine Rolle?
Biologische Herzklappen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Bei uns liegt der Anteil solcher Klappen inzwischen bei 90 Prozent. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um gerüstlose Klappen, die als Ersatz für die Aortenklappe verwendet werden. Da die biologischen Herzklappen aus natürlichem Gewebe bestehen, muss der Patient keine Antikoagulantien einnehmen. Dieser gesundheitliche Vorteil wiegt vielfach die Risiken einer erneuten Operation auf. Denn die biologischen Klappen weisen bislang eine nur begrenzte Haltbarkeit auf und müssen daher – insbesondere bei jüngeren Patienten – nach einigen Jahren häufiger wieder ersetzt werden. Es bleibt zu hoffen, dass es mit Hilfe der Gewebezucht in Zukunft gelingen wird, Herzklappen mit wesentlich längerer Haltbarkeit herzustellen.

Operative Eingriffe 2005

	Alle Eingriffe						
Altersgruppe (Jahre)	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	>=80	Gesamt
ACVB	1	24	66	165	156	26	438
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	2.4 (4)	0.6 (1)	0.0 (0)	1.1 (5)
OPCAB	0	12	74	138	120	26	370
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	1.7 (2)	7.7 (2)	1.1 (4)
AKE	5	9	23	49	83	45	214
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	1.2 (1)	6.7 (3)	1.9 (4)
AKE+ACVB	0	2	9	24	60	42	137
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	8.3 (2)	3.3 (2)	7.1 (3)	5.1 (7)
MKE	2	3	7	4	11	1	28
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	14.3 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	3.6 (1)
MKE+ACVB	0	0	0	4	7	1	12
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
MKR	3	4	10	24	14	1	56
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
MKR+ACVB	1	0	3	7	15	4	30
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	14.3 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	3.3 (1)
AKE+(MKE oder MKR)	0	3	5	5	9	4	26
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	11.1 (1)	25.0 (1)	7.7 (2)
Re-ACVB	0	1	7	8	9	0	25
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	11.1 (1)	0.0 (0)	4.0 (1)
Re-Klappen	1	1	3	6	11	8	30
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	9.1 (1)	12.5 (1)	6.7 (2)
Ventrikelaneurysma	0	1	1	1	2	1	6
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	50.0 (1)	0.0 (0)	16.7 (1)
Aortenchirurgie	4	8	15	26	25	6	84
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	6.7 (1)	0.0 (0)	4.0 (1)	0.0 (0)	2.4 (2)
Sonstiges	2	3	1	18	20	11	55
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	5.6 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	1.8 (1)
Gesamt	23	72	225	482	544	176	1522
Letalität % (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	1.3 (3)	2.1 (10)	2.0 (11)	5.7 (10)	2.2 (34)

Appendix: Anzahl nichtberücksichtigter, da unvollständiger Fälle

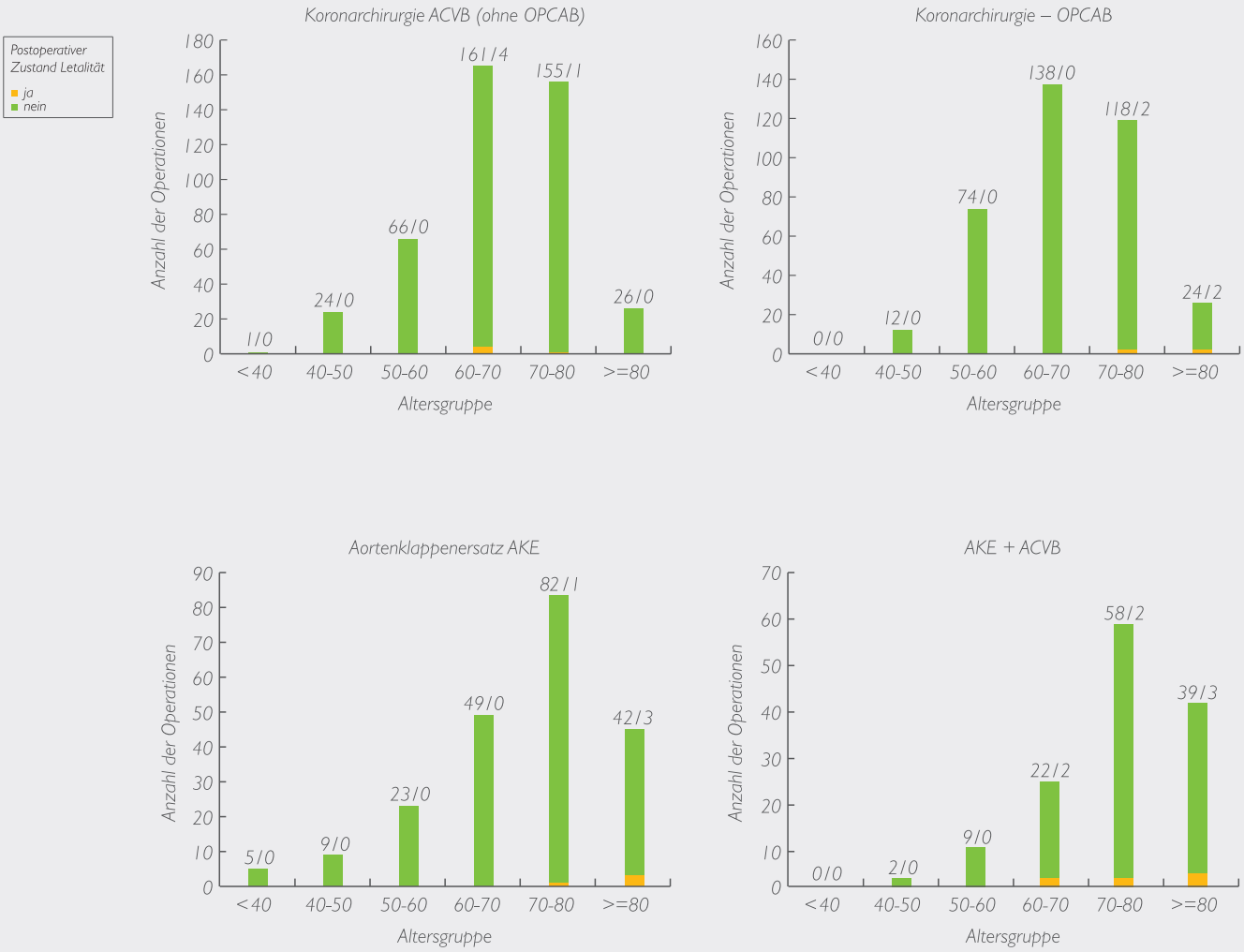
OP-Verfahren	Lebensalter	Dringlichkeit	Geschlecht	Voroperiert	Letalität	Anzahl
Sonstiges	NULL	1	NULL	0	0	1
Sonstiges	NULL	3	NULL	0	0	1
Sonstiges	59,5	NULL	1	0	0	1

Definitionen:

ACVB	Bypass-Operation
OPCAB	Off-Pump Coronary Artery Bypass (Koronarchirurgie ohne Herz-Lungen-Maschine)
AKE	Aortenklappenersatz
MKE	Mitralklappenersatz
MKR	Mitralklappenrekonstruktion
TKR	Trikuspidalklappenrekonstruktion
VSD	Ventrikelseptumdefekt
ASD	Vorhofseptumdefekt
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	Hospital-Letalität (wie DGHT – Leistungsstatistik)

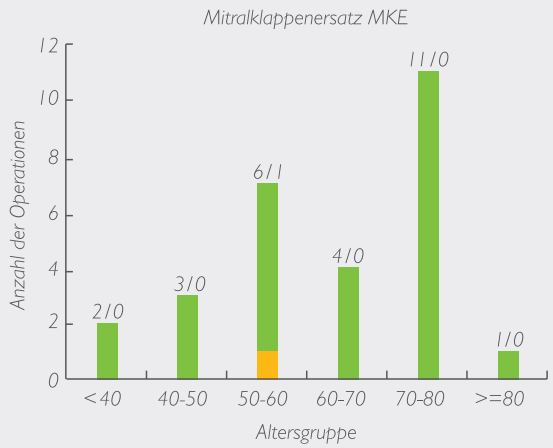
Operative Eingriffe 2005

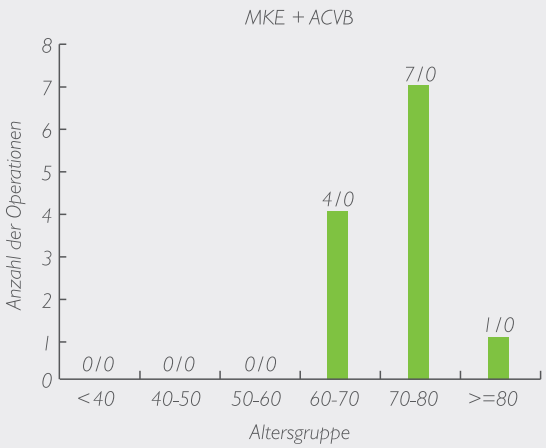
Hospital-Letalität in Abhängigkeit von Altersgruppe nach Op-Typ

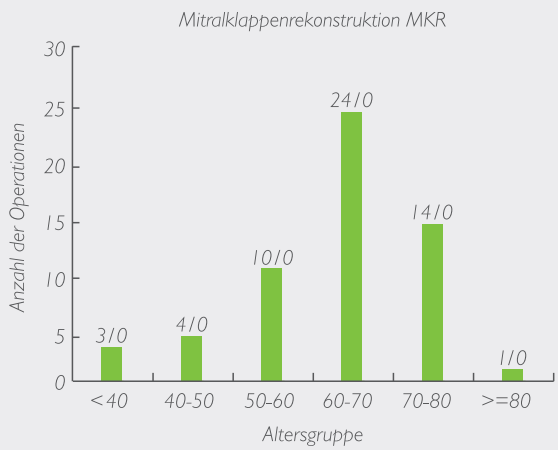


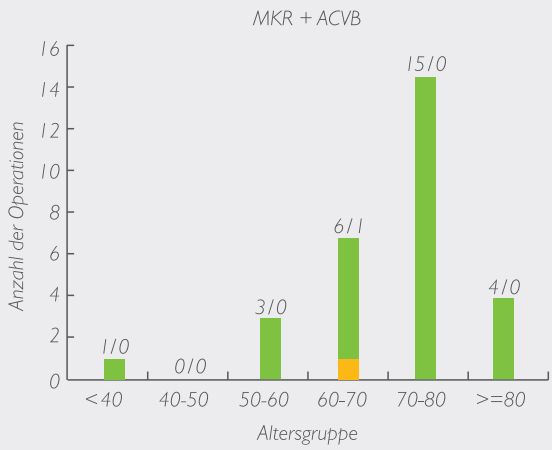
Datenquelle: Qualitätssicherung, Datendefinition: Dr. A. Albert, Statistik: B. Arnrich, PD Dr. J. Walter

AHR / BADEN


Mitralklappenersatz MKE
Anzahl der Operationen
0
2
4
6
8
10
12
2/0
3/0
6/1
4/0
11/0
1/0
<40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

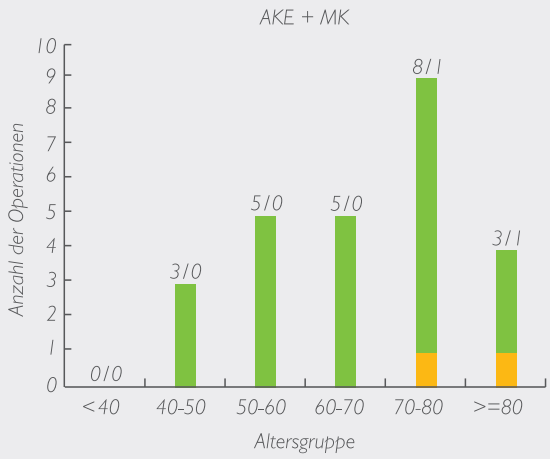

MKE + ACVB
Anzahl der Operationen
0
1
2
3
4
5
6
7
8
0/0
0/0
0/0
4/0
7/0
1/0
<40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

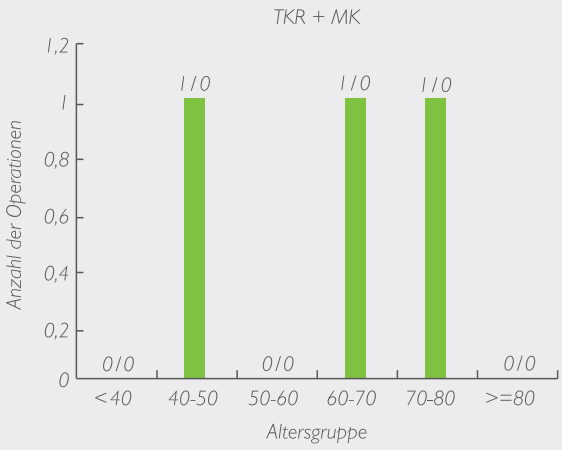

Mitralklappenrekonstruktion MKR
Anzahl der Operationen
0
5
10
15
20
25
30
3/0
4/0
10/0
24/0
14/0
1/0
<40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

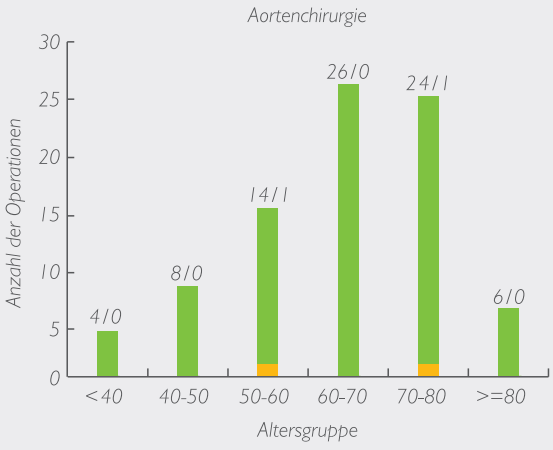

MKR + ACVB
Anzahl der Operationen
0
2
4
6
8
10
12
14
16
1/0
0/0
3/0
6/1
15/0
4/0
<40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

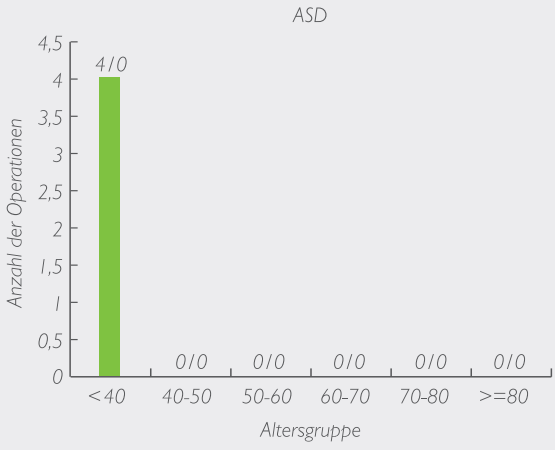
Operative Eingriffe 2005

Hospital-Letalität in Abhängigkeit von Altersgruppe nach Op-Typ

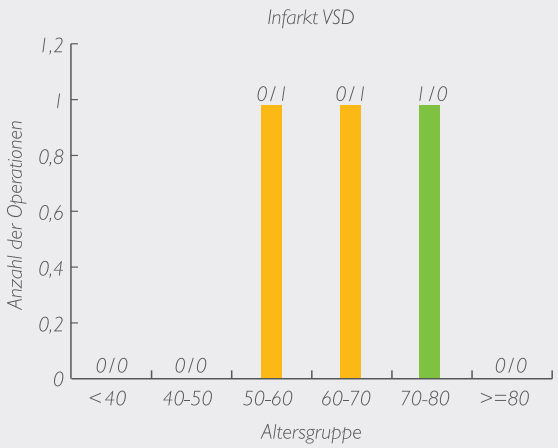


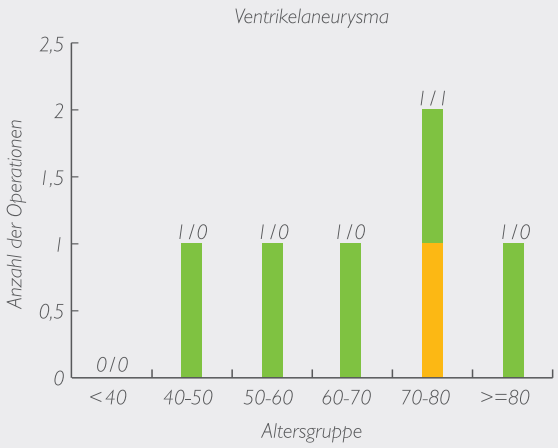


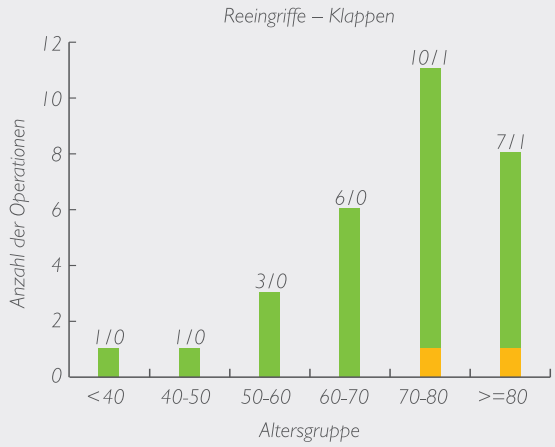


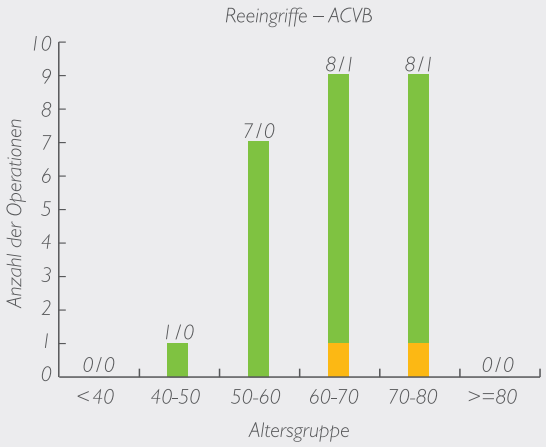


AHR / BADEN


Infarkt VSD
Anzahl der Operationen
1,2
1
0,8
0,6
0,4
0,2
0
0/0
0/0
0/1
0/1
1/0
0/0
<40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

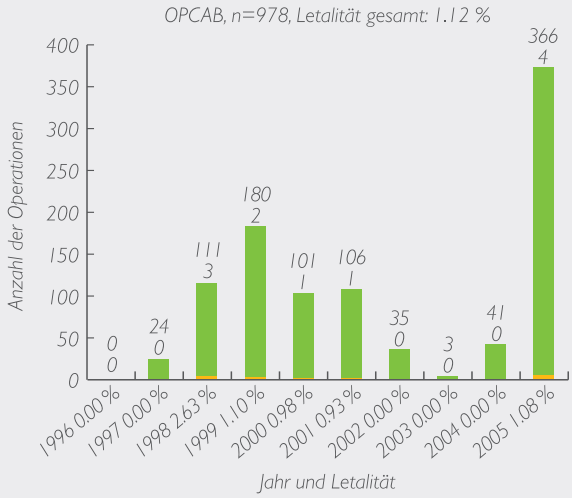

Ventrikelaneurysma
Anzahl der Operationen
2,5
2
1,5
1
0,5
0
0/0
1/0
1/0
1/0
1/1
1/0
<40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

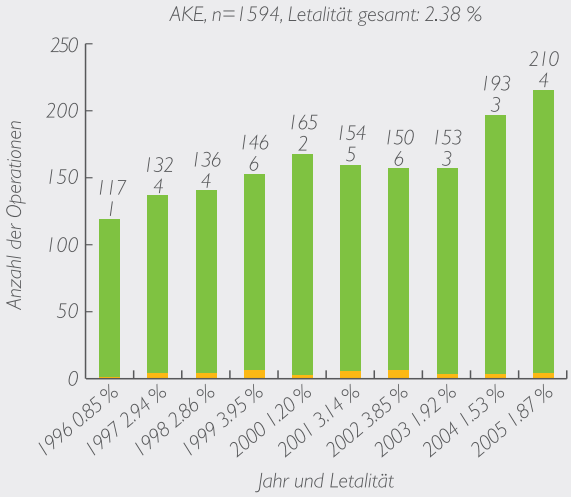

Reeingriffe – Klappen
Anzahl der Operationen
12
10
8
6
4
2
0
1/0
1/0
3/0
6/0
10/1
7/1
<40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

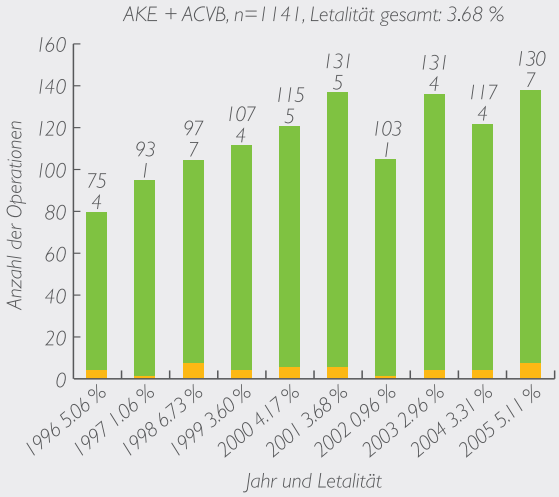

Reeingriffe – ACVB
Anzahl der Operationen
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
0/0
1/0
7/0
8/1
8/1
0/0
<40
40-50
50-60
60-70
70-80
>=80
Altersgruppe

Operative Eingriffe 2005

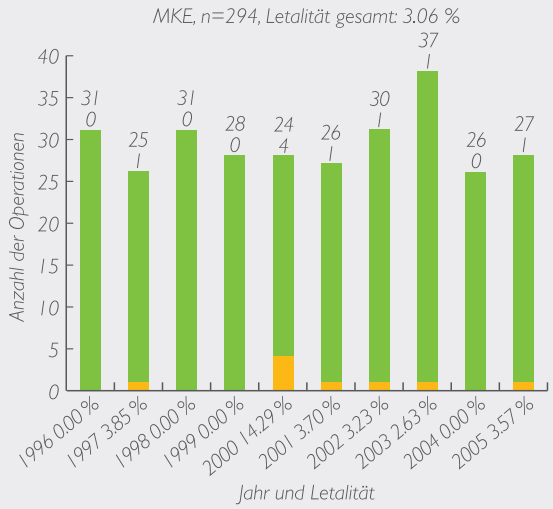
Operationen nach Jahr und Typ

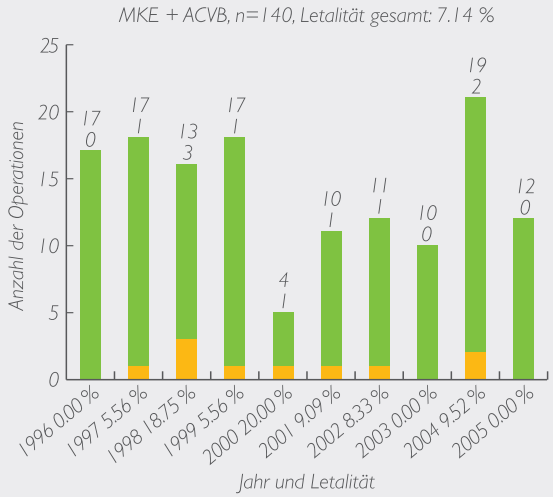


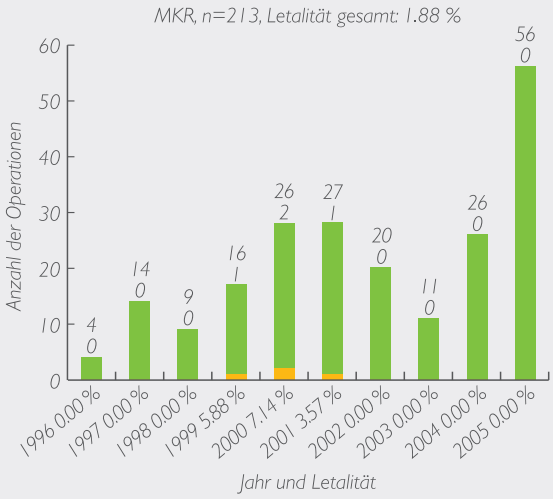


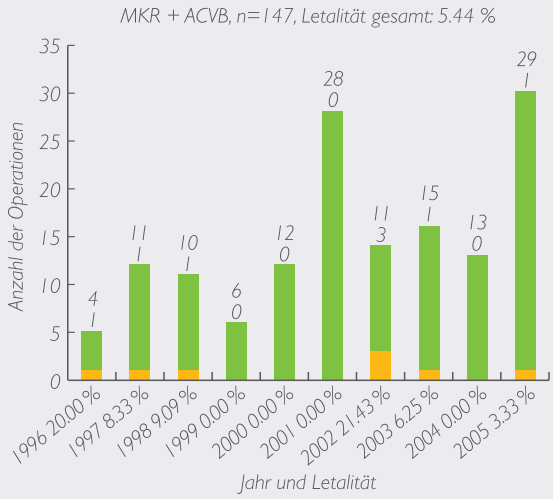


AHR / BADEN


MKE, n=294, Letalität gesamt: 3.06 %
Anzahl der Operationen
Jahr und Letalität
1996 0.00 %
1997 3.85 %
1998 0.00 %
1999 0.00 %
2000 14.29 %
2001 3.70 %
2002 3.23 %
2003 2.63 %
2004 0.00 %
2005 3.57 %

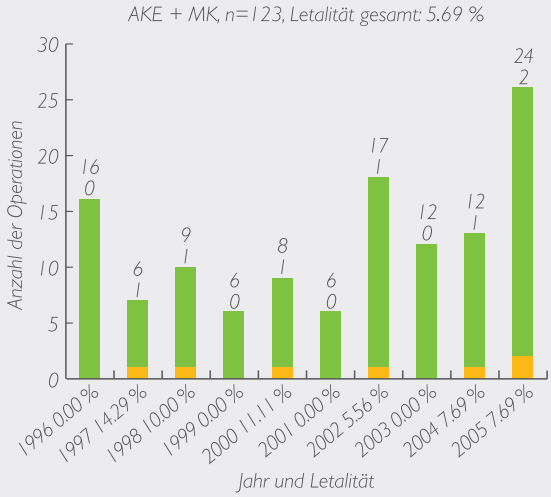

MKE + ACVB, n=140, Letalität gesamt: 7.14 %
Anzahl der Operationen
Jahr und Letalität
1996 0.00 %
1997 5.56 %
1998 18.75 %
1999 5.56 %
2000 20.00 %
2001 9.09 %
2002 8.33 %
2003 0.00 %
2004 9.52 %
2005 0.00 %

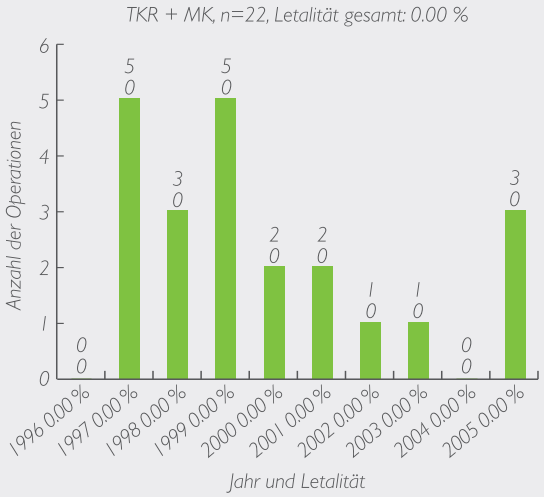

MKR, n=213, Letalität gesamt: 1.88 %
Anzahl der Operationen
Jahr und Letalität
1996 0.00 %
1997 0.00 %
1998 0.00 %
1999 5.88 %
2000 7.14 %
2001 3.57 %
2002 0.00 %
2003 0.00 %
2004 0.00 %
2005 0.00 %

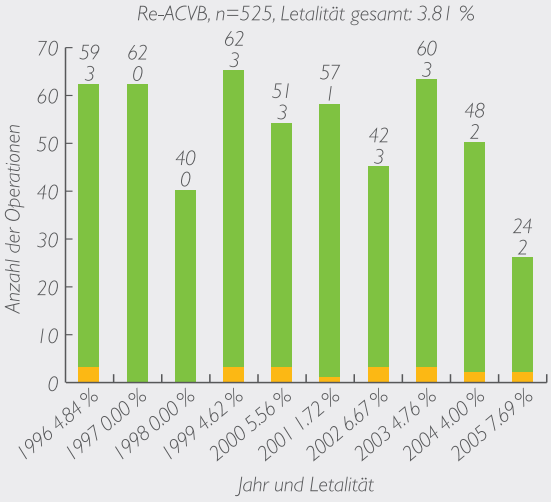

MKR + ACVB, n=147, Letalität gesamt: 5.44 %
Anzahl der Operationen
Jahr und Letalität
1996 20.00 %
1997 8.33 %
1998 9.09 %
1999 0.00 %
2000 0.00 %
2001 0.00 %
2002 21.43 %
2003 6.25 %
2004 0.00 %
2005 3.33 %

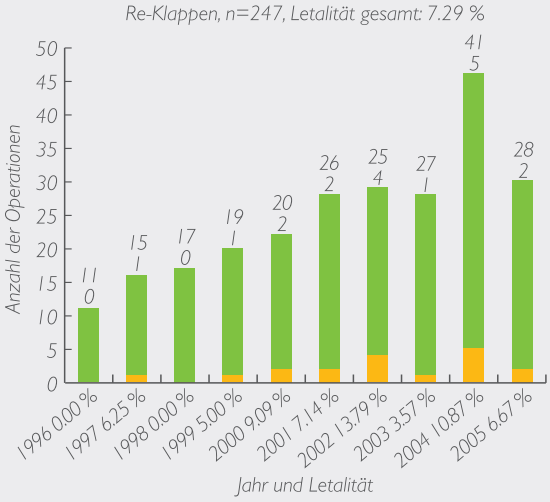
Operative Eingriffe 2005

Operationen nach Jahr und Typ

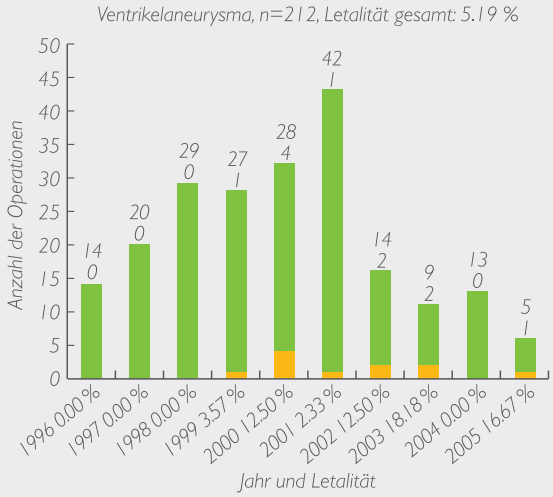


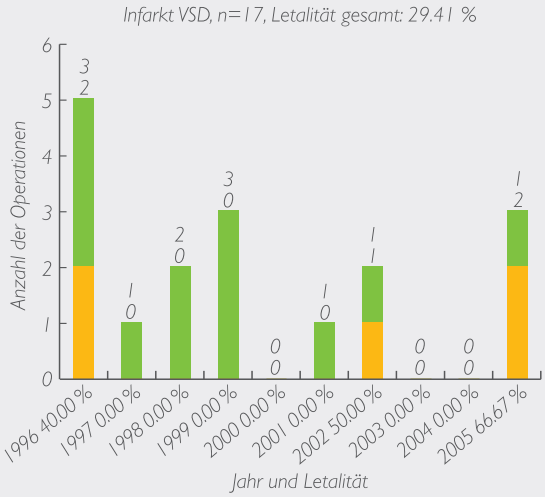


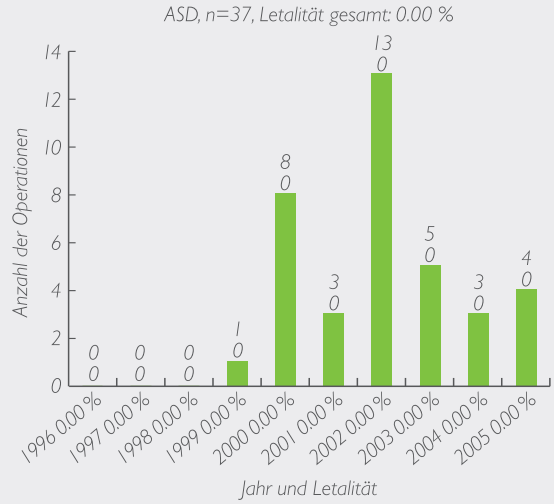


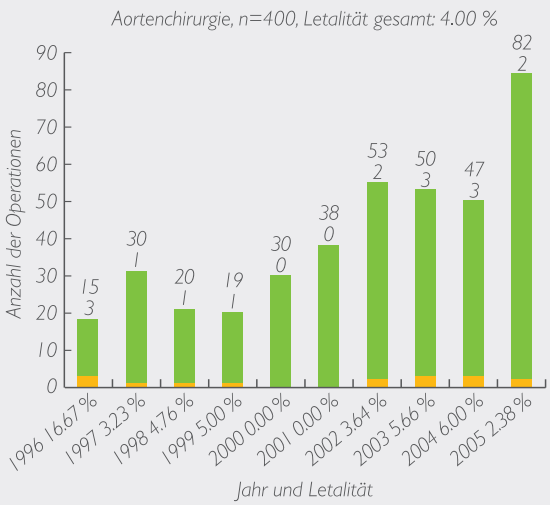


AHR / BADEN


Ventrikelaneurysma, n=212, Letalität gesamt: 5.19 %
Anzahl der Operationen
0
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50
14 0
20 0
29 0
27 1
28 4
42 1
14 2
9 2
13 0
5 1
1996 0.00 %
1997 0.00 %
1998 0.00 %
1999 3.57 %
2000 12.50 %
2001 2.33 %
2002 12.50 %
2003 18.18 %
2004 0.00 %
2005 16.67 %
Jahr und Letalität


Infarkt VSD, n=17, Letalität gesamt: 29.41 %
Anzahl der Operationen
0
1
2
3
4
5
6
3 2
1 0
2 0
3 0
0 0
1 0
1 1
0 0
0 0
1 2
1996 40.00 %
1997 0.00 %
1998 0.00 %
1999 0.00 %
2000 0.00 %
2001 0.00 %
2002 50.00 %
2003 0.00 %
2004 0.00 %
2005 66.67 %
Jahr und Letalität


ASD, n=37, Letalität gesamt: 0.00 %
Anzahl der Operationen
0
2
4
6
8
10
12
14
0 0
0 0
0 0
1 0
8 0
3 0
13 0
5 0
3 0
4 0
1996 0.00 %
1997 0.00 %
1998 0.00 %
1999 0.00 %
2000 0.00 %
2001 0.00 %
2002 0.00 %
2003 0.00 %
2004 0.00 %
2005 0.00 %
Jahr und Letalität


Aortenchirurgie, n=400, Letalität gesamt: 4.00 %
Anzahl der Operationen
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
15 3
30 1
20 1
19 1
30 0
38 0
53 2
50 3
47 3
82 2
1996 16.67 %
1997 3.23 %
1998 4.76 %
1999 5.00 %
2000 0.00 %
2001 0.00 %
2002 3.64 %
2003 5.66 %
2004 6.00 %
2005 2.38 %
Jahr und Letalität

Qualitätssicherung Herzchirurgie

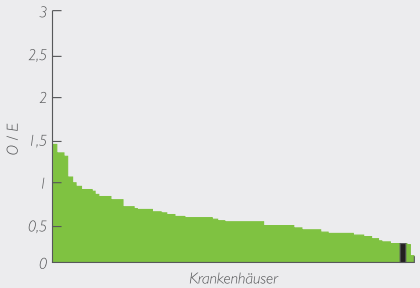
Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor

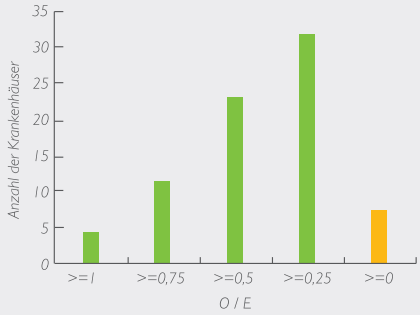
Das Herzzentrum Lahr / Baden nimmt wie alle anderen herzchirurgischen Kliniken an der Qualitätssicherung Herzchirurgie der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH teil. Im Jahr 2005 sind die Daten für das Verfahrensjahr 2004 für 81.954 Patienten aus 77 deutschen Krankenhäusern eingegangen. Die Veröffentlichung derartiger Zahlen werden in Fachkreisen sehr diskutiert, für uns ist es eine ärztliche Bringschuld, diese Zahlen, die sich aufgrund einer Vielzahl von Parametern ergeben, hier einzubringen.
Eine Auswertung der Daten erfolgt für die Leistungsbereiche
1. Isolierte Koronarchirurgie
2. Isolierte Aortenklappenchirurgie
3. Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Die BQS führt weiter aus: „… darüber hinaus dokumentierte sonstige Operationen wurden aus den jeweiligen Grundgesamtheiten ausgeschlossen, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleisten zu können. Dadurch können sich Differenzen zwischen der Anzahl der an die BQS übermittelten und der Anzahl der ausgewerteten Datensätze ergeben.
Im Verfahrensjahr 2004 bestand erstmalig eine Dokumentationspflicht für den Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe in der Herzchirurgie.“

Die Darstellung der Ergebnisse zur In-Hospital-Letalität im Leistungsbereich isolierte Koronarchirurgie erfolgte im Jahr 2004 erstmals in risikoadjustierter Form anhand eines von der BQS und der Fachgruppe Herzchirurgie gemeinsam entwickelten logistischen Registrationsmodells (Logistischer KCH-Score). Bezüglich der isolierten Koronarchirurgie wurde der logistische Euroscore in die Darstellung zu In-Hospital-Letalität aufgenommen, um den deutschen herzchirurgischen Kliniken auch einen Ergebnisvergleich auf europäischer Ebene zu ermöglichen. Der vollständige Datensatz ist auf unserer Klinik-Homepage (www.herz-lahr.de / Medizinische Infos / BQS 2005) nachzulesen. Weitere Informationen zur BQS-Bundesauswertung finden Sie auch auf der Homepage der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (www.bqs-outcome.de).

BQS Auswertung 2005
Qualitätssicherung Herzchirurgie
„Ersteingriff –
Patient mit isolierter Bypassoperation“





Bypassoperationen am schlagenden Herzen – OPCAB

Dr. Alexander Albert, Oberarzt

Im Herzzentrum Lahr / Baden werden immer häufiger die Bypassoperationen am schlagenden Herzen, d. h. ohne Anwendung der Herz-Lungen-Maschine (OPCAB = Off-Pump Coronary Artery Bypass Surgery) durchgeführt (siehe Abbildung). Aufgrund der seit 1996 bestehenden Erfahrungen mit OPCAB-Operationen, konnte der Anteil der OPCABs seit Frühjahr 2005 auf etwa 50 % der Bypassoperationen gesteigert werden. Bundesweit wurden von 2004 bis 2005 die Anteile der OPCAB-Operationen ebenfalls, allerdings in deutlich geringerem Maße, gesteigert (2004: 6 % auf 2005: 10 % der Bypassoperationen).

Ziel ist es, Risiken, die mit der Anwendung der Herz-Lungen-Maschine einhergehen, zu vermeiden. Dies trifft insbesondere für die Manipulationen an der Hauptschlagader (= Aorta) zu, die durch das OPCAB-Verfahren und einer Technik, mit der alle Bypässe in die linke Brustwandarterie anstatt der Aorta angeschlossen werden, möglichst ganz vermieden werden sollen (sog. „No-Touch-Technik"). Insbesondere Patienten mit Verkalkungen der Hauptschlagader und der Halsschlagadern hilft dieses Vorgehen, neurologische Komplikationen während der Operation zu vermeiden. So wurde in unserer Klinik im Jahr 2005 bei keinem der OPCAB
operierten Patienten ein Schlaganfall mit bleibenden Schäden beobachtet.

Neben der Senkung des Operationsrisikos ist es unser Ziel, möglichst lang haltbare Bypässe anzufertigen. Deshalb wird gerade die OPCAB-Operation meist

Die Kombination aus Bypassoperation am schlagenden Herzen mit der Verwendung beider Brustwandarterien ohne Manipulation der Hauptschlagader bietet die Chance auf eine schonende Operation bei gleichzeitiger optimaler Haltbarkeit der Bypässe. Zur Nutzung dieser Möglichkeiten ist Erfahrung notwendig, wie sie vor allem durch die Ausbildung von Routinen in der Abteilung und durch gezieltes Training der Teammitglieder erreicht wird.

	Entscheidungs-Faktor	Operations-Art	Cum. %
1.	*Operation der ersten Wahl*	*OPCAB & No-Touch-Technik & TAR*	*74 %*
2.	*Patienten > 80 Jahre, schwere Diabetes, schwere Lungenerkrankung, kleine RIMA*	*OPCAB & No-Touch-Technik mit einer Vene als T-graft in LIMA*	*92 %*
3.	*Kleine RIMA*	*OPCAB mit Venen-Anastomose in die Aorta*	*95 %*
4.	*Konversion von OPCAB zur Herz-Lungen-Maschine*	*Konventionelle Bypassoperation mit Herz-Lungen-Maschine*	*97 %*
5.	*Instabile Hämodynamik, sehr schlechte Herzfunktion*	*Konventionelle Bypassoperation mit Herz-Lungen-Maschine*	*100 %*

Koronare Herzerkrankung bei Frauen

Dr. Ina Carolin Ennker, Oberärztin

Bei 11.038 OPs im Zeitraum von 1995 bis 2005 sind 2.701 weibliche und 8.337 männliche Patienten, bei einem deutlich höheren Anteil der weiblichen Patienten mit Herzkreislauferkrankungen, behandelt worden.

Die weiblichen Patienten sind im Durchschnitt deutlich älter (69 Jahre versus 65 Jahre), haben schlechtere Herzfunktionen und mehr Begleiterkrankungen. Die Letalität ist doppelt so hoch wie bei den Männern.

Die häufigste Todesursache – noch vor allen Krebserkrankungen – ist auch bei Frauen der Herzinfarkt. Es herrscht allerdings immer noch der Glaube vor, dies sei das Mamma-Karzinom, gefolgt von anderen Karzinomen. Erst an dritter Stelle wird von Frauen die Herzerkrankung genannt. In der Realität sterben über 50% der Frauen an Herz-Kreislauferkrankungen und nur 4% am Mamma-Karzinom. Hieran hat sich in den letzten 15 Jahren nichts geändert.
Zudem erleiden Frauen häufiger einen zweiten Herzinfarkt und zeigen vermehrt Komplikationen. Vor der Menopause ist allerdings eine koronare Herzerkrankung bei Frauen selten. Das Herzinfarktrisiko steigt jedoch nach der Menopause sprunghaft an und mit etwa 75 Jahren sind Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer. Diese rasante Zunahme ist auch bedingt durch die stetig steigende Lebenserwartung, die Anpassung an männliche Lebensgewohnheiten (Rauchen) sowie durch die oft bestehende Doppelbelastung der Frau.

Die Diagnose einer koronaren Herzerkrankung ist bei weiblichen Patienten durch untypische Angina pectoris oder Infarktsymptome schwieriger als bei den männlichen Patienten. Bei den Frauen treten vorwiegend Übelkeit, Emesis, Pyrosis oder epigastrische Beschwerden auf. Häufig fehlen die typischen klassischen Infarktzeichen. Daher wird zunächst die Diagnostik fehlgeleitet und die weiblichen Patienten erhalten erst später eine entsprechende Behandlung. Auch invasive, internistische sowie chirurgische Maßnahmen sind unterrepräsentiert. Weltweit liegt der Anteil bei den operierten Patienten weiblichen Geschlechts bei 25 bis 30%. So auch im eigenen Krankengut. Ebenfalls sind Frauen in typischen KHK-Studien unterrepräsentiert. Bezüglich der postoperativen Ergebnisse gibt es in der Literatur durchaus unterschiedliche Ergebnisse zu Ungunsten der weiblichen Patienten. Im eigenen Krankengut konnten jedoch nahezu gleich gute Ergebnisse erzielt werden.

Wünschenswert ist sowohl ein vermehrtes Einbeziehen von weiblichen Patienten in Studien, als auch ein verstärktes Augenmerk auf die spezifischen Bedürfnisse und Symptome weiblicher Patienten.

Aortenklappenersatz mit der gerüstlosen Freestyle® Bioprothese

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

Seit über 10 Jahren wird die gerüstlose Freestyle® Bioprothese im Herzzentrum Lahr/Baden eingesetzt. Im Oktober 2005 wurde dem 1.000. Patienten diese Herzklappe implantiert. Unsere Klinik nimmt damit europaweit die Spitzenposition ein. Die Medtronic Freestyle® Bioprothese ist eine biologische Herzklappe. Im Gegensatz zu den konventionellen biologische Klappenprothesen mit Gerüst, den so genannten „gestenteten" Bioklappen, fehlt der Freestyle-Klappe dieses Gerüst. Daraus resultieren größere Innendurchmesser bei vergleichbarem Außendurchmesser und damit geringere transvalvuläre Druckgradienten, die zu einem besseren linksventrikulären Remodelling führen. Außerdem wird eine bessere Haltbarkeit erwartet, da die strukturellen Beschädigungen insbesondere im Bereich des Gerüstes vorkommen. Insbesondere ältere Menschen profitieren von der Implantation biologischer Herzklappen, da in dieser Altersgruppe die Inzidenz von strukturellen Veränderungen geringer ist und die lebenslange Antikoagulation vermieden werden kann.

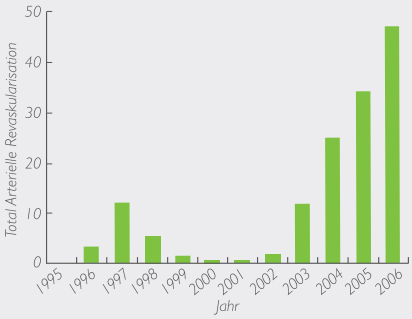
In einem Beobachtungszeitraum von über 10 Jahren hat sich anhand von über 1.000 implantierten Klappen, die Freestyle® Prothese als verlässliche Option für Patienten mit schweren Aortenklappenerkrankungen erwiesen, sodass diese Herzklappe aufgrund großer Erfahrung und ausgereifter Technik vornehmlich bei unseren Patienten zum Einsatz kommt.

Die Freestyle® Prothese wird als kompletter Aortenwurzelzylinder hergestellt. Somit können wie bei einem Homograft verschiedene Implantationstechniken angewendet werden. In der subkoronaren Technik wird die Prothese wie bei den gestenteten Bioprothesen in die Aortenwurzel eingesetzt und an der Klappenbasis fixiert. Die Kommissuren und der freie Prothesenrand werden mit der Wand der nativen Aorta vernäht. Beim kompletten Wurzelersatz wird die gesamte native Aortenwurzel zylinderförmig ausgetauscht. Das linke und das rechte Herzkranzgefäß werden anschließend reimplantiert. Der komplette Wurzelersatz bietet bei Patienten mit kleinem Aortenannulus den Vorteil, eine größere Aortenprothese zu implantieren. Damit kann ein „patient-prosthesis-mismatch" vermieden werden, das signifikante transvalvuläre Druckgradienten verursacht und Symptome einer Aortenstenose zeigt. Klinische Studien zeigen in einem Nachbeobachtungszeitraum von bis zu 10 Jahren geringere Thrombembolieraten, eine geringere Degenerationsneigung und eine bessere Hämodynamik als konventionelle biologische Herzklappen.

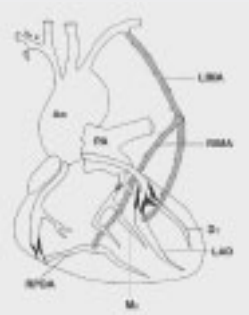
Arterielle Revaskularisation

Dr. Alexander Albert, Oberarzt

Die vollständige Bypass-Versorgung aller Herzkranzgefäße mit beiden Brustwandarterien ist in vielen Fällen möglich und die Methode der Wahl vor allem bei jüngeren Patienten. Wir bieten diese Technik unseren Patienten in zunehmendem Umfang an, um eine möglichst lange Haltbarkeit der Bypässe zu erreichen.



Die Haltbarkeit der Bypässe wird durch viele Faktoren wie Zustand der Herzkranzgefäße, Technik der Bypassoperation sowie Lebensstil und medikamentöse Therapie nach der Operation beeinflusst. Dementsprechend können Ärzte und Patienten an unterschiedlichen Punkten ansetzen um jeweils die besten Voraussetzungen für eine optimale Lebensdauer der Bypässe zu erreichen und ein Wiederauftreten von Herzbeschwerden zu verhindern. So werden nach der Operation die Risikofaktoren kontrolliert, insbesondere die Cholesterinwerte sollen niedrig sein, und auch die Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern, wie Acetylsalicylsäure (Aspirin®) oder Clopigrel (Plavix) verlängert nachweisbar die Offenheitsraten der Bypässe. Im Operationssaal soll das Bypassmaterial möglichst schonend aus dem Bein und der Brustwand entnommen und sorgfältige Nahttechniken angewendet werden. Arterielle Bypässe, insbesondere die beiden Brustwandarterien, sind die besten Bypassmaterialien. Die linke Brustwandarterie (LIMA) als Bypass auf den RIVA ist auch nach 10 bis 20 Jahren noch in > 90 % der Fälle offen. Im Herzzentrum Lahr / Baden wird die LIMA schon seit über 10 Jahren bei mehr als 90 % der Patienten verwendet. Nur in seltenen Fällen, wie Notfalloperationen, schlechter Qualität der LIMA, schweren Lungenerkrankungen etc. wurde darauf verzichtet. Durch zunehmende Erfahrung und die Kombination mit der Off-Pump Chirurgie werden derzeit in ca. 50 % der Fälle ausschließlich arterielle Bypässe angelegt, ohne dass eine Venenentnahme am Bein noch notwendig ist (siehe Diagramm).



Fast immer wird dabei die rechte Brustwandarterie in die LIMA genäht und als Bypass für mehrere Herzkranzgefäße verwendet (siehe Zeichnung). Dieses Vorgehen ist das derzeit beste Verfahren, um schon im OP die Voraussetzung für eine möglichst lange Haltbarkeit der Bypässe zu schaffen.

Chirurgie der Mitralklappenerkrankungen

Dr. Ulrich Rosendahl, Oberarzt

Die Mitralklappe und die Trikuspidalklappe sowie ihr subvalvulärer Halteapparat bilden zusammen mit der linken und rechten Herzkammer eine funktionelle Einheit. Die Kontraktion der Vorhöfe und Kammern sowie das Öffnen und Schließen der AV-Klappen laufen nach einem wohlgeordneten zeitlichen Plan der Fasersysteme ab. Operative Eingriffe, die mit einem Durchtrennen der Chordae tendineae und Resektion der Segel einhergehen, zerstören diese funktionelle Einheit und führen so zwangsläufig zu einer Störung der normalen Hämodynamik. Aufgrund dieses Verständnisses für die Funktion des Mitralklappenapparates als Ganzes und durch die Standardisierung und Präzisierung rekonstruktiver Verfahren wurde im Herzzentrum Lahr / Baden seit Jahren die Mehrzahl von Mitralklappenvitien nicht durch einen prothetischen Klappenersatz behandelt, sondern Klappen erhaltend rekonstruiert. Die Frequenz der klappenerhaltenden Operationen hat daher in unserer Klinik mit den Jahren zugenommen und ist heute das Standardverfahren in der Mitralchirurgie – mit einer Frequenz von 85 % Rekonstruktionen bei den reinen Mitralklappeninsuffizienzen.

Seit 1996 wurden im Herzzentrum Lahr / Baden insgesamt 1.067 Mitralklappenoperationen als isolierte Klappenoperation oder als Kombinationseingriff durchgeführt.

Bislang wurden 473 mechanische und 52 biologische Klappenprothesen, hauptsächlich bei Mitralstenosen und im Rahmen von Kombinationseingriffen, implantiert. In der gleichen Zeit wurden 542 Mitralklappenrekonstruktionen durchgeführt. Die 30 Tage Mortalität bei allen Mitralklappeneingriffen, d. h. unabhängig davon, ob eine rekonstruktive Maßnahme oder ein Klappenersatz durchgeführt wurde, lag bei 5,7 %. In der Gruppe der Patienten, bei denen eine Mitralklappenrekonstruktion durchgeführt wurde, lag die Mortalität insgesamt bei 2,3 %. Drei der Patienten, die innerhalb der Gruppe „Rekonstruktionen“ verstarben, hatten eine präoperativ höchstgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion von < 20 % Ejectionsfraction (EF), fünf andere Patienten hatten eine EF von < 35 %. Bei den Patienten mit noch nicht eingeschränkter Ventrikelfunktion und ohne kardialen Nebenbefund (KHK, anderes Vitium etc.) lag die 30 Tage Mortalität nach Klappenrekonstruktion bei 1,29 %. Diese guten Ergebnisse unterstützen die Forderung der Herzchirurgen, Mitralklappenvitien frühzeitig, d. h. lange vor Eintreten der Symptome schwerer Herzinsuffizienz, operativ zu sanieren.

Bachelor of Science in Physician Assistance – eine Chance für Ärzte, eine Option für die Pflege

Dr. Stefan Bauer, Oberarzt

Innovationen in der Medizin führen zur Kreation neuer Berufsbilder. Mit dem Bachelor of Science in Physician Assistance wird eine Lücke in der Schnittstelle Arzt-Pflege geschlossen und die Versorgung der Patienten wird verbessert.

Im Zuge der vermehrten Standardisierung chirurgischer Eingriffe in den unterschiedlichen Gebieten der operativen Medizin werden im internationalen Umfeld (vor allem in den USA und England) zunehmend operative Assistenzaufgaben an speziell ausgebildetes nicht-ärztliches Personal übertragen. Ziel dieser Maßnahme ist die Steigerung der Effizienz des Personaleinsatzes für operative Basisaufgaben, durch die Verringerung der Assistenzleistung ärztlichen Personals zugunsten spezieller neuer ärztlicher Assistenzberufe, so genannter Physician Assistants.

Kern des Aufgabenbereichs von Physician Assistants ist die eigenständige, jedoch ärztlich überwachte Durchführung von Assistenztätigkeiten in OP und Ambulanz. Hierzu gehören Aufgaben der Eingriffsvorbereitung sowie die fachlich kompetente Assistenz während des Eingriffs und die folgende Nachbereitung. Der Physician Assistant ist in seiner Tätigkeit eher mit einem ärztlichen Assistenten vergleichbar und ersetzt diesen während des Eingriffs in direkter Unterstützung des verantwortlichen Operateurs. Neben der Verbesserung der Effizienz des Personaleinsatzes soll durch die Einführung der neuen, akademisch ausgebildeten Berufsgruppe auch die Kontinuität der Assistenzleistungen in OP-Abteilung, Ambulanz und Station und damit direkt auch die Qualität verbessert werden. Zugleich werden durch die Entlastung von Assistenztätigkeiten Freiräume in der ärztlichen Arbeitszeit geschaffen, die für andere Tätigkeiten genutzt werden können, z. B. die vermehrte ärztliche Zuwendung zum Patienten. Auf diese Weise sollen einerseits dem Krankenhaus wirtschaftliche Vorteile im Betrieb durch verbesserte personelle Resourcenallokation und vereinheitlichte Standards im Qualitätsmanagement gegeben werden. Andererseits soll eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit erreicht werden, in dem auf ärztlicher Seite Entlastungen geschaffen werden und auf Seiten des Assistenzpersonals eine neue, hoch attraktive Laufbahnoption geschaffen wird. In einigen Kliniken wird das Konzept der Physisian Assitance bereits als ein klinikbezogenes Projekt durchgeführt. Eine akademische Ausbildung hierfür gab es jedoch noch nicht. Diese akademische Ausbildung wird nun erstmalig in Deutschland in Kooperation zwischen dem Herzzentrum Lahr/Baden und der Steinbeis Universität Berlin durchgeführt. Der erste klinische Kurs hat im November 2005 begonnen.

Chirurgische Therapie des Vorhofflimmerns

Dr. Ulrich Rosendahl, Oberarzt

Vorhofflimmern ist die am häufigsten auftretende, klinisch relevante Herzrhythmusstörung in der Bevölkerung entwickelter Staaten. Die Häufigkeit des Auftretens weist einen deutlichen Anstieg mit fortschreitendem Alter auf. Durch den arhythmischen Herzschlag werden die Patienten subjektiv und objektiv beeinträchtigt. Das Risiko für Hirnembolien bei Menschen mit Vorhofflimmern beträgt in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen pro Jahr 1,5 % und erreicht Werte bis zu 30 % bei über 80-Jährigen. Im Juni 2000 wurde im Herzzentrum Lahr / Baden erstmals eine chirurgische Hochfrequenzablation des Vorhofes bei chronischem Vorhofflimmern durchgeführt. Seither wird dieser Eingriff als Simultaneingriff im Rahmen herzchirurgischer Interventionen bei Patienten mit chronischem oder intermittierendem Vorhofflimmern als Hochfrequenzstromablation des linken Vorhofes durchgeführt. Die für die Ablation erforderlichen Schritte dauern ca. 15-30 Minuten. Aufgrund der gesammelten Erfahrungen und der verbesserten Technik ist mittlerweile auch eine Ablation am schlagenden Herzen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine möglich und wird regelmäßig durchgeführt.

Berücksichtigt man die Ergebnisse von mehreren tausend Patienten, die weltweit mit dieser Methode bisher behandelt wurden, so kann man davon ausgehen, dass 65 bis 75 % der Patienten 6 Monate nach dem chirurgischen Eingriff einen regelmäßigen Sinusrhythmus haben. Die Ergebnisse sind allerdings von der Größe des linken Vorhofes, von der Art des Vorhofflimmerns (chronisch oder paroxysmal) und von der Dauer der Erkrankung abhängig. Die Ergebnisse bei unseren eigenen Patienten zeigen gleichermaßen gute Erfolge mit > 70 % langfristiger Erfolgsrate bei den in dieser Art behandelten Patienten. Die Weiterentwicklung der minimalinvasiven chirurgischen Techniken ermöglicht es uns, nach langjähriger Erfahrung in der Rhythmuschirurgie zukünftig Ablationstechniken in endoskopischer chirurgischer Technik für Patienten anzubieten. Diese zukunftsweisenden Methoden werden in Kooperation mit den Rhythmologen aus unseren kardiologischen Partnerkliniken entwickelt und zum Wohle unserer Patienten gemeinsam vorangetrieben.

Rotationsplan

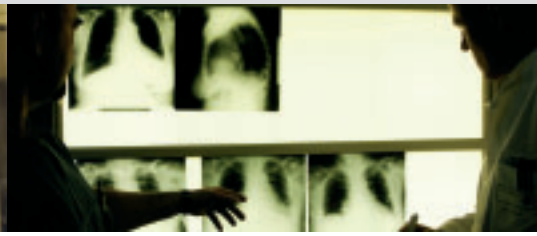
Klinik für Herz-, Thorax- und Gefässchirurgie

Ärztlicher Direktor Priv.-Doz. Dr. J. Ennker (Chirurg, Herzchirurg, Gefäßchirurg, Thorax-Kardiovaskularchirurg)
Leitender Oberarzt Dr. U. Rosendahl (Herzchirurg)

	IPS 1	IPS 2 / Intermediär	HIM	H2 präop. / H2 postop.	Ambulanz
Oberärzte/ Oberärztinnen	*I.C. Ennker* *Thorax-Kardio-vaskularchirurgin*	*Albert* *Herzchirurg*	*Dalladaku* *Herzchirurg*	*S. Bauer* *Herzchirurg*	*I.C. Ennker* *Thorax-Kardio-vaskularchirurgin*
	Bories *Internist, Nephrologe*	*Sojkin* *Anaesthesist*	*Rosendahl* *Herzchirurg*	*K. Bauer* *Herzchirurgin*	
Vertretung	*Albert* *Herzchirurg*	*I.C. Ennker* *Thorax-Kardio-vaskularchirurgin*	*S. Bauer* *Herzchirurg*	*Dalladaku* *Herzchirurg*	
	Sojkin *Anaesthesist*	*Bories* *Internist, Nephrologe*	*K. Bauer* *Herzchirurgin*		*Bories* *Internist, Nephrologe*
	Rosendahl *Herzchirurg*	*Rosendahl* *Herzchirurg*	*Rosendahl* *Herzchirurg*	*Rosendahl* *Herzchirurg*	*Rosendahl* *Herzchirurg*
Ärzte/ Ärztinnen	*Chavez* *Herzchirurg*	*Ujvari*		*Haag*	
	Lehmann	*Nell-Brück*		*Osthoff*	
	Vasques-Diaz	*Gehle* *Herzchirurgin*		*Venercev*	
	Abugameh *Herzchirurg*	*Vöhringer* *Herzchirurgin*		*Ngo*	
	Lauruschkat *Herzchirurg*	*Kojcici*		*Wanner* *Herzchirurg*	
	Bohnert	*Herde (1/2)*			
				Rotationsplan gültig seit 01.01.2006	

Arbeitsschutz	*Dalladaku*
Arzneimittelliste	*S. Bauer / Bories*
Ausbildung	*alle OÄ / OA*
Bettenplanung	*diensth. OÄ / OA, Stat. Ärzte*
Dienstplanschreibung	*Rosendahl / Wanner*
Dienstreisen	*J. Ennker / Rosendahl / Bredemeyer*
DRG-Freigabe	*Oberärztinnen / Oberärzte*
Einarbeitung	*S. Bauer / Bories*
Fotos, Doku, Dias	*Davis / Rothe*
Gutachten	*S. Bauer / Bredemeyer*
Herzch. Reporting	*Albert*
Hygienebeauftragte	*I.C. Ennker / Lauruschkat*
Arztbriefschreibung	*K. Bauer*
Internet	*Albert*
Intern. Konsile / Echo	*Bories / Gehle*
Jahresbericht	*J. Ennker / OÄ*
Klinikkonferenz	*Rosendahl*
Komplikat.konferenz	*Dalladaku*
Kongressliste	*Rosendahl / Albert / Bredemeyer*

Konsile	*I.C. Ennker*
Kostenkommission	*S. Bauer / Bories*
Lehrvisite	*S. Bauer / Bories*
Med. Dokum.	*Burger / Albert*
Öffentlichkeitsarbeit	*alle*
OP Berichte Pflege	*K. Bauer*
OP Plan	*J. Ennker / Rosendahl*
Pat. Einbestellung	*Rosendahl / I.C. Ennker*
	Schaadt / de Buhr
Publikationen	*Rosendahl / Pietrowski*
Qualitätsmanagement	*I.C. Ennker / Wanner*
Schwesternunterricht	*S. Bauer / alle*
Strahlenschutzbeauftragte	*K. Bauer*
Symposiumsvorbereitung	*Albert / Bredemeyer*
Urlaubseinteilung	*Rosendahl / S. Bauer / Bredemeyer*
Vorträge	*alle*
Wiss. Studien	*J. Ennker / Bories*
Wissenschaftskoordination	*Rosendahl / Albert*



Innere Medizin & Kardiologie

Interview

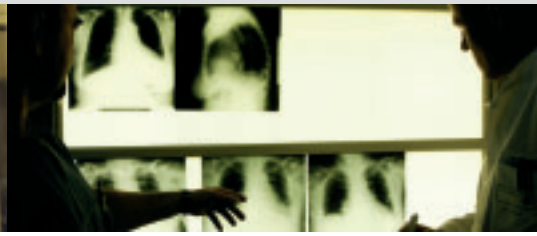
Prof. Dr. Eberhard v. Hodenberg, Chefarzt

Das Interview führte Nicola v. Lutterotti. Nähere Informationen zur Person finden Sie auf Seite 95.

Die meisten Patienten mit verengten Herzkranzarterien werden heute nicht mehr vom Herzchirurgen, sondern vom Kardiologen behandelt. Spielt die Aufdehnung mit dem Ballonkatheter dabei noch eine Rolle oder versieht man Gefäßengpässe im Herzen heute grundsätzlich mit einer Gefäßstütze, einem Stent?
In der Regel werden heute Stents eingesetzt, da es dabei seltener zu erneuten Gefäßverengungen – so genannten Restenosen – kommt und die Langzeitergebnisse daher besser sind. Bei sehr geschlängeltem Gefäßverlauf kann es aber sein, dass eine Stent-Implantation nicht möglich ist. Auch bei kleinen Nebenästen wird gelegentlich keine Stent-Implanation vorgenommen.

Die neue Generation von medikamentenbeschichteten Stents hat sich den herkömmlichen „nackten" Gefäßstützen als überlegen erwiesen, zumal es dabei seltener zu Wiederverengungen kommt. Nicht alle Patienten benötigen gleichwohl solche neuartigen Stents. Implantieren Sie diese nur Herzkranken mit erhöhtem Rückfallrisiko oder allen Patienten gleichermaßen?
Aufgrund der sehr geringen Restenoserate medikamentenbeschichteter Stents nutzen wir diese neuen, leider sehr teuren Stents inzwischen bei über 80 % unserer Patienten. Nicht geeignet sind diese Gefäßstützen bei Patienten mit erhöhter Blutungsneigung oder einer bevorstehenden Operation. Denn in solchen Fällen muss der Kranke mindestens sechs Monate lang Aspirin® und Clopidogrel einnehmen.

Wie gehen Sie vor, wenn die Stenttherapie versagt und das gestützte Gefäß wieder zuwächst? Verwenden Sie mitunter auch die Brachytherapie, eine Strahlenbehandlung des kranken Gefäßes?
Die lokale Bestrahlung zur Behandlung einer so genannten In-Stent-Restenose wenden wir seit ca. zwei Jahren nicht mehr an. Kommt es zu einer Wiederverengung in einem herkömmlichen Stent, implantieren wir mit Erfolg einen medikamentenbeschichteten Stent (so genannte Stent-in-Stent-Implantation). Wächst auch dieser Stent wieder zu, verweisen wir die Patienten an die Herzchirurgie zur Bypass-Operation.



Patienten mit akutem Herzinfarkt werden inzwischen an vielen Kliniken notfallmäßig mit dem Katheter behandelt. Stehen am Herzzentrum Lahr/Baden auch rund um die Uhr Ärzte bereit, die einen solchen Eingriff vornehmen können?
Seit mehr als 10 Jahren haben wir einen 24-Stunden-Bereitschaftsdienst, um bei Patienten mit akutem Herzinfarkt sofort eine Katheterbehandlung vornehmen zu können. Dank dieser Einrichtung, konnten wir bei etlichen Patienten größere, durch den Infarkt bedingte Herzmuskelschäden verhindern.

Für welche Infarktkranken ist diese Form der Infarkttherapie geeignet und wann kommt sie nicht in Betracht?
Wir behandeln alle Infarktpatienten mit der Kathetertechnik (+ Stent-Implantation), um eine schnelle und sichere Wiedereröffnung der Infarktgefäße zu erzielen. Natürlich profitierten die Patienten umso mehr, je schneller sie nach Einsetzen der Schmerzsymptomatik in die Klinik kommen.

Auch manche Herzrhythmusstörungen lassen sich inzwischen mit Hilfe des Katheters beheben. Werden solche elektrophysiologischen Behandlungen, bei denen man den elektrischen Unruheherd am Herzen mit Hochfrequenzstrom ausschaltet, auch an Ihrer Klinik vorgenommen?
Ja, wir führen seit vielen Jahren solche Hochfrequenzkatheter-Ablationen zur Behandlung komplexer Herzrhythmusstörungen durch. Gegenüber der medikamentösen Therapie hat dieses Verfahren den Vorteil, dass sich Rhythmusstörungen hiermit heilen lassen. So benötigen die Patienten im Anschluss daran keine zusätzlichen Medikamente zur Stabilisierung des Herzrhythmus mehr.

Lässt sich mit diesem Verfahren auch Vorhofflimmern, eine der häufigsten Herzrhythmusstörungen, angehen?
Die Katheterablation zur Behandlung des Vorhofflimmerns war bis vor kurzem ein noch eher experimentelles Verfahren. Die Methode wird heute nur bei Patienten eingesetzt, bei denen das Vorhofflimmern ausgeprägte Beschwerden verursacht und Medikamente nicht mehr wirksam sind, um einen stabilen Rhythmus zu erhalten.

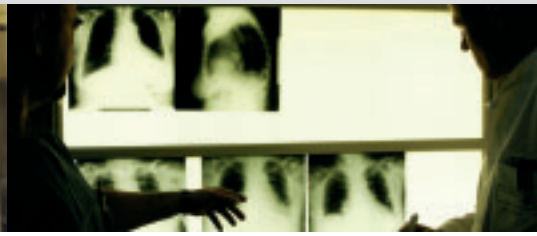
Interventionelle Kardiologie

Dr. Thomas Breidenbach, Leitender Oberarzt
Prof. Dr. Eberhard v. Hodenberg, Chefarzt

In der Behandlung der koronaren Herzerkrankung hat es in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung der Stent-Technologie gegeben, so dass auch komplexere Herzkranzgefäßverengungen mit guten Erfolgsraten interventionell therapiert werden können.

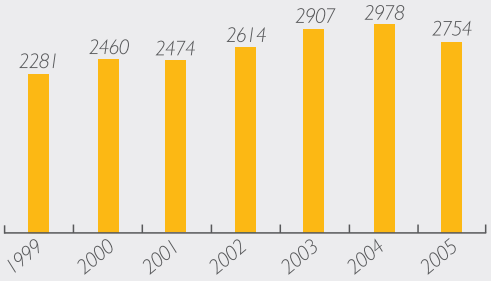
Ein geradezu bahnbrechender Fortschritt wurde mit der Entwicklung der medikamentenbeschichteten Stents (Drug-eluting Stents = DES) erzielt. Mittels lokaler Abgabe wachstumshemmender Medikamente wird die diffuse Wiederverengung (Re-Stenosierung) sehr effektiv verhindert (Restenoseraten von 5-11 % anstatt 25-40 %). Diese neuen, leider wesentlich teureren Stents wurden in Deutschland Anfang 2005 nur in etwa 15 % der Fälle eingesetzt. Inzwischen liegt der Anteil dieser Stents in unserer Abteilung bei 70-80 %. Bei kurzen (Typ A) Stenosen mit großem Gefäßkaliber, Patienten mit bevorstehenden Operationen oder bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko setzen wir weiterhin unbeschichtete Stents ein. Bei beschichteten Stents ist die Reendothelisierung der Stents verzögert. Um Thrombosierungen an der thrombogenen Stent-Oberfläche zu verhindern, muss so die bekannte Kombinationstherapie mit Clopidogrel und Acetylsalicylsäure (Aspirin®) vom Patienten (anstatt 4 Wochen beim normalen Stent) mindestens über einen Zeitraum von 6 Monaten eingenommen werden. Bei früherem Absetzen der Kombination droht eine akute Thrombose als zwar seltenes, aber sehr gefährliches Ereignis. Während der Behandlung mit Clopidogrel und Acetylsalicylsäure (Aspirin®) sind die Patienten operativen Eingriffen nur mit erhöhtem Risiko zugänglich. So können je nach Beibehalten oder Absetzen der Kombinationstherapie bedeutsame operationsbedingte Blutungen oder auch akute Stentthrombosen mit perioperativem Infarkt auftreten.

Die deutliche Verringerung der Restenose-Rate führt natürlich zu einer Reduktion von erneut notwendigen Kathetereingriffen. So wurde zwischenzeitlich gezeigt, dass diese teuere Stent-Technologie offenbar auch volkswirtschaftlich effektiv, auf jeden Fall aber kostenneutral ist. Für das einzelne Krankenhaus ist im derzeit bestehenden System die Situation betriebswirtschaftlich problematisch: Die derzeit noch sehr hohen Stent-Preise decken kaum die Erlöse, natürlich sind auch weniger abzurechnende Wiederholungseingriffe die Folge. Da es aber um die Prognose und das Auskommen der Patienten geht, führt an dieser neuen Stent-Generation wahrscheinlich für keine Klinik ein Weg vorbei.

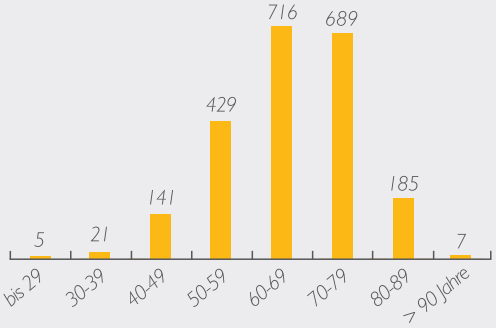


Kardiologische Leistungszahlen

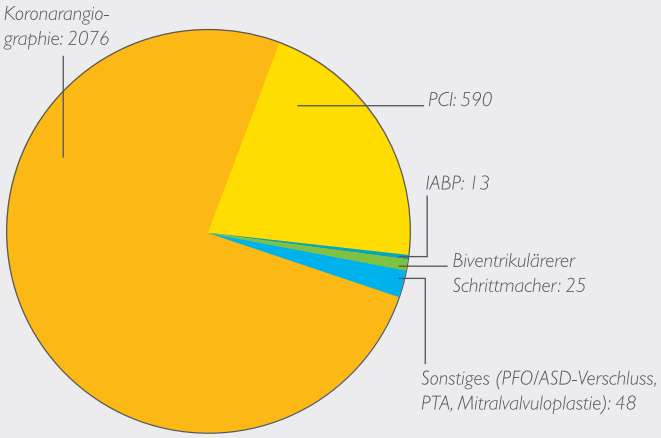
Anzahl invasive / interventionelle Untersuchungen im Herzkatheterlabor von 1999-2005



Altersverteilung der invasiven Untersuchungen



Invasive / interventionelle Untersuchungen im Herzkatheterlabor 2005



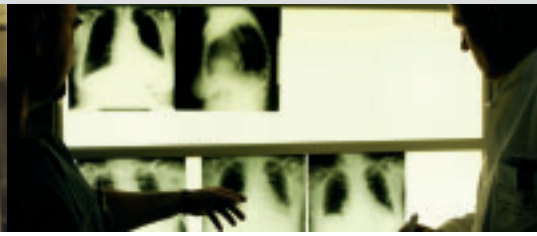
Elektrophysiologie

Dr. Juraij Melichercik, Leitender Oberarzt Elektrophysiologie

Zur Diagnostik und Therapie komplexer Herzrhythmusstörungen hat die invasive elektrophysiologische Untersuchung im Herzzentrum Lahr/Baden einen besonderen Stellenwert. Besonders durch Entwicklungen der kurativen Hochfrequenz-Ablation ist es möglich, tachykarde Rhythmusstörungen kurativ zu heilen. Hiervon konnten in den letzten Jahren mehr als 1.000 Patienten in unserer Klinik profitieren.

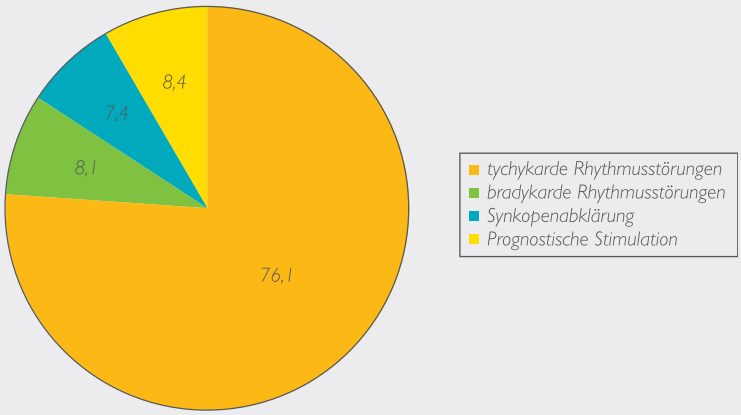
Zur Behandlung komplexer Herzrhythmsusstörungen ist es oft notwendig, durch eine invasive elektrophysiologische Untersuchung (EPU) eine genaue Abklärung der Herzrhythmusstörungen zu erzielen, um einerseits die Diagnose, anderseits die Prognose und eventuelle spezifische Therapiemöglichkeiten zu definieren. Aufgrund der Invasivität der Untersuchung muss die Notwendigkeit einer EPU für die verschiedenen Rhythmusstörungen differenziert betrachtet werden. Auch im Herzzentrum Lahr/Baden hat die EPU besonders für die Untersuchung der tachykarden Rhythmusstörungen durch die Einführung der Ablationstechniken an Bedeutung gewonnen. So hat in unserer Klinik in der Therapie von tachykarden Herzrhythmusstörungen die Hochfrequenzstrom-Katheterablation einen wichtigen Stellenwert. Mittlerweile ist bei folgenden Herzrhythmusstörungen 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 Vorhofflimmerns 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.

Im Jahr 2005 wurden im Herzzentrum insgesamt 422 elektrophysiologische Untersuchungen und Hochfrequenzstromablationen durchgeführt (Tab. 1 und 2). Die Ergebnisse sind der Tabelle zu entnehmen. Insgesamt lag die Erfolgsrate der ablativen Eingriffe bei 92,6 %.



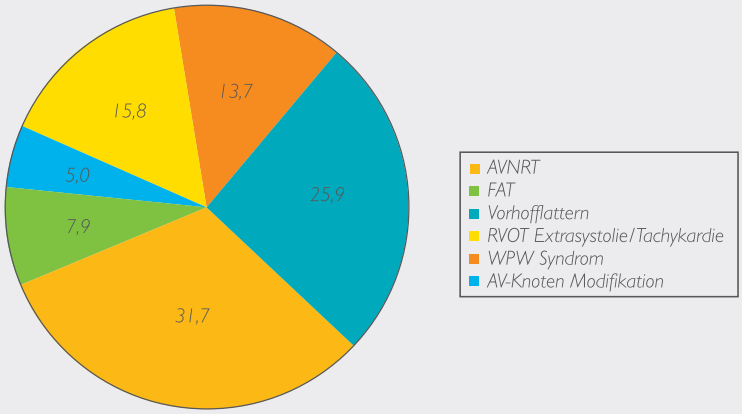
Indikation zur EPU

Gesamt: 285 Patienten



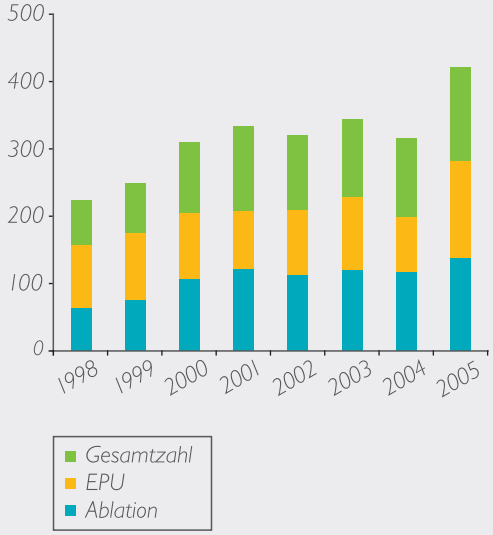
RF Ablation

Gesamt: 137 Patienten



RF Ablation und EPU

Gesamttrend 1998-2005



Schrittmacher- und ICD-Implantationen

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

Auch im Jahr 2005 konnte die Gesamtzahl der Aggregat-Implantationen nochmals gesteigert werden. So wurden insgesamt 292 Systeme implantiert, wobei 94 Defibrillatoren eingesetzt wurden.

Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies eine Steigerung der ICD-Implantationen um über 60 %. Dies erklärt sich vor allem aufgrund neuer Studiendaten zur Indikation einer Defibrillatorimplantation. Dieser Trend ist weltweit zu objektivieren.

Die Anzahl der so genannten Resynchronisationsgeräte (biventrikuläre Schrittmacher-Defibrillatoren) konnte im Vergleich zu 2004 verdoppelt werden.

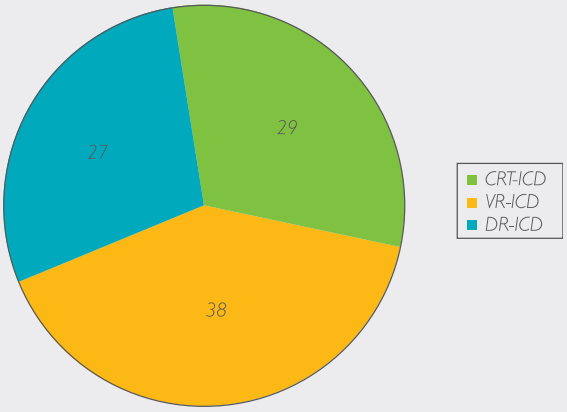
Von diesem Gerätetyp wurden insgesamt 29 Systeme transvenös implantiert. Gerade im zurückliegenden Jahr konnten weitere Studiendaten die Wirksamkeit dieser Therapieform bei ausgesuchten Herzinsuffizienzpatienten weiter untermauern. Mittlerweile konnte sogar eine Prognoseverbesserung durch diese Therapieform gezeigt werden.

Insgesamt entwickelt sich dieser Arbeitsbereich im Herzzentrum Lahr / Baden in den letzten Jahren stetig nach oben. Dies auch vor dem Hintergrund einer hohen Patientenzufriedenheit, welche sich nicht zuletzt durch hohe Patientenzahlen in der Schrittmacher- / ICD-Ambulanz widerspiegelt.

ICD-Systeme

Gesamt: 94

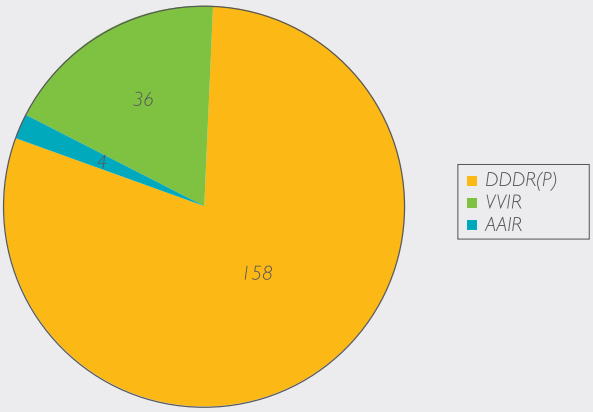
Implantationen



Schrittmacher-Systeme

Gesamt: 198

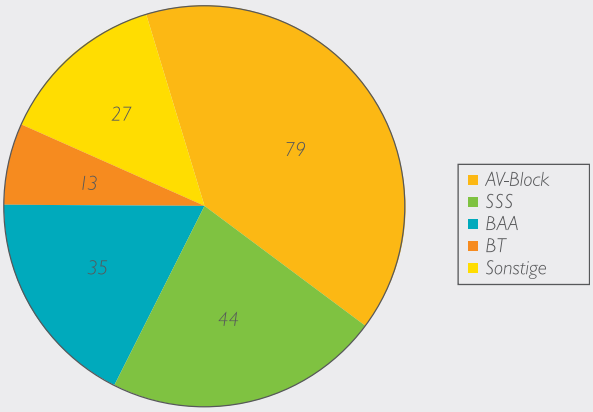
Implantationen



Schrittmacher-Systeme

Gesamt: 198

Indikationen



Komplikationen

Nachblutungen (Hämatome):	*2,4 %*
Sondendislokationen:	*1,7 %*
Infektionen der SM-Tasche:	*0,3 %*
Pneumothorax:	*0,3 %*

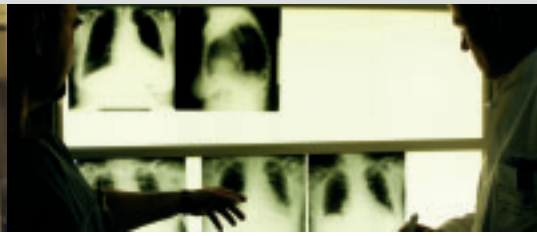
Kardiale Resynchronisationstherapie

Dr. Juraij Melichercik, Leitender Oberarzt Elektrophysiologie
Dr. Ulrich Rosendahl, Oberarzt

Die kardiale Resynchronisationstherapie führt bei Patienten mit fortgeschrittener Herzschwäche (Herzinsuffizienz) zu einer Verbesserung der klinischen Beschwerdesymptomatik und der Prognose.

In Deutschland leiden etwa 1,3 Millionen Menschen an einer Herzinsuffizienz. 70 % der Betroffenen sind älter als 65 Jahre und haben häufig eine fortgeschrittene Erkrankung der NYHA Stadien III und IV. Etwa ein Drittel dieser Patienten weisen intrakardiale Leitungsstörungen auf, die mit einer asynchronen Kontraktion des linken Ventrikels und folglich mit einer erheblichen linksventrikulären Funktionsstörung assoziiert sind. Die kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) mittels biventrikulärem Herzschrittmacher bietet eine neue Option für die Behandlung dieser Patienten. Bis 2005 wurden insgesamt 8 große randomisierte Studien erfolgreich beendet. Ergebnisse dieser Studien weisen darauf hin, dass durch die CRT die Verbesserung der Hämodynamik, der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität sowie eine Reduktion der Mitralinsuffizienz, Hospitalisationsrate und vor allem der Mortalität erzielt werden kann. Dabei kommt es zu einer Umkehr des linksventrikulären Remodeling-Prozesses mit Verbesserung der linksventrikulären Pumpfunktion bei der Mehrzahl der Patienten. Basierend auf den Studienergebissen haben sowohl die europäischen als auch die deutschen kardiologischen Fachgesellschaften die kardiale Resynchronisationstherapie als etabliertes Therapieverfahren bei Patienten gewertet, die trotz optimaler medikamentöser Therapie weiterhin eine symptomatische Herzinsuffizienz (NYHA III / IV) mit einer EF < 35 %, eine linksventrikuläre Dilatation (enddiastolisch > 55 mm) und eine intraventrikuläre Leitungsverzögerung haben.

Im Herzzentrum Lahr / Baden wird die kardiale Resynchronisationstherapie seit 1999 angewandt. Bis Ende 2005 wurden in unserer Klinik 68 Patienten mit dieser Therapie erfolgreich versorgt, wobei die Anzahl der im Jahr 2005 implantierten Resynchronisationsgeräte im Vergleich zu 2004 doppelt so hoch lag. Bei den bislang positiven Ergebnissen darf wohl mit einem weiteren Anwachsen der Implantationszahlen gerechnet werden.



Institut für Sportmedizin erweitert seine Aktivitäten

Dr. Nikolaus Selzer, Kardiologe und Sportmediziner

Seit Ende 2003 werden sportmedizinische Untersuchungen im Institut für Sportmedizin am Herzzentrum Lahr / Baden angeboten.

Die Untersuchungen richten sich an Breiten-, Freizeit- aber auch Leistungssportler. Sie dienen zur Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Anhand der gewonnenen Daten lässt sich eine effizientere Trainingsgestaltung ableiten.

Zur kontinuierlichen Datenerfassung physiologischer Parameter wie Sauerstoffaufnahme, Kohlendioxidabgabe, Atemminutenvolumen und Herzfrequenz dient eine Spiroergometrieeinheit. Neuerdings ist diese auch mobil einsetzbar und kann somit sportartspezifisch und im „Feldtest" angewendet werden.

Hier wurden erfolgreich neue Wege beschritten. Eine zunehmende Zahl von national und international erfolgreichen Leistungssportlern suchte daher die Zusammenarbeit mit unserem Institut. So wurde wissenschaftlich die Anwendbarkeit der Spiroergometrie auch unter Höhenbedingungen untersucht (Oberengadin 1700 m ü. NN).

Seit Anfang 2005 besteht eine enge Kooperation mit dem sportwissenschaftlichen Institut der Universität Konstanz. Gemeinsam wurden hier neue Konzepte der Trainingssteuerung mittels Spiroergometrie erarbeitet. Gleichzeitig wurden den dort studierenden Sportstudenten die Möglichkeit gegeben, Einblicke in die moderne Leistungsdiagnostik zu gewinnen.

In Zusammenarbeit mit diesem Institut wurden zwischenzeitlich Fortbildungskurse für Sportärzte veranstaltet, die von allen Teilnehmern sehr positiv bewertet wurden und deshalb auch 2006 fortgesetzt werden.

Sportbegeisterte, die Interesse an einer Leistungsdiagnostik haben, können sich gerne mit dem Team in Verbindung setzen.

Institut für Sportmedizin
Ansprechpartner und Leitung:
Dr. N. Selzer
Telefon: 0 78 21 / 925-202
E-Mail: sportmedizin@herz-lahr.de

Anästhesiologie
Interview
Airway Management
Die Prämedikation
Schmerz
Patientenrecht

Anästhesiologie

Interview

Dr. Dr. Tejas Alexander, Chefarzt

Das Interview führte Nicola v. Lutterotti. Nähere Informationen zur Person finden Sie auf Seite 95.

Die Fortschritte in der Anästhesie haben wesentlich dazu beigetragen, dass die Herzchirurgie sehr viel sicherer geworden ist. Dennoch können bei Bypass-Operationen und anderen herzchirurgischen Eingriffen weiterhin schwere Komplikationen auftreten. Besonders gefürchtet sind etwa Schlaganfälle bei Verwendung der Herz-Lungen-Maschine. Welche Möglichkeiten gibt es, solche Komplikationen zu vermeiden?
Die Fortschritte im Bereich der Anästhesie und der Herzchirurgie erlauben es inzwischen, Operationen am schlagenden Herzen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine vorzunehmen. Schlaganfälle können zudem auch bei vielen anderen Operationen auftreten, sind also keine typische Komplikation einer Herzoperation. Um sie zu vermeiden, bedarf es gut ausgebildeter Anästhesisten und Chirurgen. Von erheblicher Bedeutung ist es zudem, den Patienten während des Eingriffs ununterbrochen zu überwachen.

Wie groß ist das Risiko älterer herzkranker Patienten, schwere Komplikationen zu erleiden. Lassen sich diese vermeiden?
Wie groß diese Gefahr im Einzelfall ist, hängt von den Zusatzerkrankungen des Patienten ab. Ein erhöhtes Komplikationsrisiko besteht etwa bei Personen mit Erkrankungen der Lunge, der Niere und der Leber und bei Patienten mit neurologischen Leiden. Um schwere Komplikationen abzuwenden, sind eine sachgerechte Vorbereitung und Einleitung der Narkose unabdingbar. Auch gilt es, die Kreislauffunktionen des Patienten während der Operation ununterbrochen zu kontrollieren, um gegebenenfalls rasch eingreifen zu können. Einen wichtigen Stellenwert nimmt ferner die Wahl eines geeigneten Narkosemittels ein.

Am Herzen operierte Patienten können nach dem Eingriff teilweise an starken Schmerzen leiden. Wie gut lassen sich diese beherrschen?
Schmerzen lassen sich durch eine sachgerechte Therapie in aller Regel erträglicher machen. An unserer Klinik werden hierzu vor, während und nach dem Eingriff jeweils geeignete schmerzstillende Maßnahmen angewendet. Unser Ziel ist es dabei, eine Reputation als „schmerzfreies Haus“ zu erhalten.

Airway Management

Dr. Dr. Tejas Alexander, Chefarzt

Das patientengerechte Airway Management ist ein besonderer Schwerpunkt der Narkoseführung unserer 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 aufgenommmen. Mittlerweile ist das Herzzentrum Lahr/Baden für diese Methode ein Referenzzentrum in Deutschland.

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, sodass 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.

Nach der Vorstellung der Transilluminationstechnik hat das Herzzentrum im Herbst 1997 diese Methode in der Klinik für Anästhesiologie eingeführt. Seit Beginn des Jahres 1998 wurde schon ein Algorithmus vorgesehen.

Im Jahr 2005 haben alle Patienten von dieser Art der Sicherung der Atemwege profitiert, sodass 11,4 % (245 von 2.146 Narkosen) aller Intubationen mit der Trachlight-Unterstützung ausgeführt wurden.

Seit Anfang 2005 verfügt die Abteilung Anästhesie über das „videoassistierte" Intubationsverfahren, dem Nachfolger der lichtgestützten Intubation.

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 schwierigen Intubationen unabdingbar, dass bei der Narkoseeinleitung die myokardiale Sauerstoffbilanz nicht aus dem Gleichgewicht gebracht wird.

Die Prämedikation

Dr. Martin Lutz, Oberarzt

Das präoperative Gespräch zwischen dem Narkosearzt und dem Patienten dient, neben der Anamneseerhebung, der Risikoeinstufung und der rechtskräftigen Einwilligung, vor allem der Aufklärung des Patienten und der Reduzierung seiner Ängste.

Vor dem Gespräch informiert sich der Anästhesist anhand der Unterlagen über die Krankengeschichte und übernimmt alle wichtigen Befunde auf ein Anästhesieprotokoll. Das Patientengespräch selbst findet in ruhiger Umgebung, ohne störende Einflüsse von außen und ohne Zeitdruck statt. Wir erklären das Sedierungsschema – den Ablauf der Narkoseeinleitung und den weiteren Verlauf, die Situation beim Aufwachen, die typischen Risiken und die möglichen Komplikationen – am Vorabend der Operation.
Da nahezu alle Patienten Angst vor der Narkose und der Operation haben, ist es unsere Aufgabe, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und diese Ängste zu mindern. In der präoperativen Phase haben die Patienten mehr Angst vor der Narkose als vor dem chirurgischen Eingriff. Das Gefühl des „totalen Ausgeliefertseins" oder Narkose als Bewusstseinsverlust und Pseudotod beschäftigt sie mehr als die möglichen Folgen der Operation. Auch das Warten auf die Operation oder eine Verschiebung des Termins, die Wirksamkeit der Narkose, mögliche Komplikationen und frühere unangenehme Erfahrungen sind Quellen der präoperativen Angst.

Unsere Hauptaufgabe ist es also, diese Ängste zu reduzieren und dem Patienten ein Gefühl der Sicherheit zu geben. Wenn es uns gelingt, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, dann kommen die Patienten stabil, relativ entspannt und zufrieden in den Operationssaal.

Am meisten Sicherheit und Vertrauen gibt dem Patienten die Tatsache, dass er während der Narkose mit modernem Monitoring auf höchstem Niveau überwacht und ununterbrochen von gut ausgebildeten Pflegekräften und Ärzten betreut wird.

Schmerz

Dr. Erika Schmidt, Oberärztin

„Divinum est sedare dolorem.“ (Galen)
Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist.

Als Alarmsignal soll der Schmerz die Unversehrtheit des Körpers eines Individuums gewährleisten, indem er den Organismus rechtzeitig auf schädliche Einwirkungen aufmerksam macht. Der Schmerz hat somit eine wichtige biologische Schutzfunktion.

Gelingt es jedoch nicht, sich der schädigenden Einwirkung zu entziehen, wirkt sich der anhaltende Schmerz auf die Dauer nachteilig auf den Organismus aus – er wird selbst zum schädigenden Agens, zur Noxe.

Es ist unabdingbar, dass Schmerzen während und nach einer Operation wirksam bekämpft werden. Gelingt dies nicht, kommt es über die begleitende Sympathikusaktivierung zum Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz und damit zu einer zusätzlichen Belastung des Kreislaufs. Die regionale Minderdurchblutung bedingt eine Behinderung der reparativen Vorgänge und somit einen verzögerten Heilungsverlauf und vermehrte Komplikationen. Für den Menschen bedeuten Schmerzen Leiden, Angst und Schlaflosigkeit. Der Schmerz beeinflusst letztendlich alle Organsysteme und die gesamten Lebensabläufe.

Die heute zur Verfügung stehenden Medikamente und Techniken zur Schmerzbekämpfung machen es möglich, dass kein Patient mehr während und nach seiner operativen Behandlung Schmerzen erdulden muss. Die Erfassung und Beurteilung der Schmerzintensität anhand von Skalen gehört, wie die Messung von Blutdruck oder Körpertemperatur, zur regelmäßigen Dokumentation und erlaubt die zeitnahe Anpassung der schmerzbekämpfenden Maßnahmen an die individuellen Bedürfnisse und momentanen Erfordernisse. Die Erarbeitung und Standardisierung geeigneter Behandlungsschemata sind wichtige Schritte zu unserem gemeinsamen Ziel – der schmerzfreien Klinik.

Patientenrecht – Patientenselbstbestimmung

Gabriele Eichner, Chefarztsekretärin

„Wo Menschenwürde berührt ist, zählen keine wirtschaftlichen Argumente."
Johannes Rau (1931-2006)

Die Wahrung des im Artikel 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland verbrieften Rechtes auf die unantastbare Würde des Menschen ist auch im Bereich der Medizin unabdingbar. Daher ist für alle Mitarbeiter im Herzzentrum Lahr/Baden das Recht der Patienten auf Selbstbestimmung, auf Patientenautonomie und der Respekt vor einer vorgelegten Patientenverfügung unbedingt zu beachten.

Die Klinik für Anästhesiologie hat in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung des Herzzentrums Lahr/Baden am 08.10.2005 ein ganztägiges und öffentliches Symposium zum Thema „Patientenrecht – Selbstbestimmung – Wo bleibt die Würde des Menschen in der heutigen Medizin?" im Hotel Colosseo des Europa-Parks in Rust veranstaltet.

Es war den Veranstaltern ein großes Bedürfnis, nicht nur Fachleute zu dieser Veranstaltung einzuladen, sondern auch die breite Bevölkerung mit einzubinden. Dieses Angebot fand eine enorme Resonanz, denn mehr als 550 Teilnehmer informierten sich in der mit hochkarätigen Referenten besetzten Vortragsveranstaltung und anschließenden Diskussionsrunde.

Der Erfolg war so überwältigend, dass sich die Veranstalter zu einem weiteren Symposium zu diesem Themenbereich entschlossen haben. Dieses fand am 01.07.2006 zum Thema „Patientenrecht-Selbstbestimmung – Hält das Krankenhaus, was der Patient sich erhofft?" wiederum in Rust statt.

Auch diese Veranstaltung war ein voller Erfolg, zu dem erneut hochkarätige Referenten beitrugen: Frau Dr. jur. Elke Attermeyer, Rechtsanwältin bei der Verbraucherzentrale NRW in Düsseldorf, Herr Dr. jur. Elmar Biermann, Justitiar der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) in Nürnberg, Frau Prof. Dr. Ursula Immenschuh, Pflegepädagogin an der Katholischen Fachhochschule Freiburg, Herr Klaus Kutzer, Vors. Richter am Bundesgerichtshof a. D., Herr Peter Lack, Geschäftsführer der GGG Begleiten/Voluntas, aus Basel sowie Herr Prof.

Dr. Christof Müller-Busch, Leiter der Abteilung für Palliativmedizin, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin stellten die Problematik aus der Sicht der Mediziner, Juristen, der Pflege und der Patienten dar. Die Moderation der an die Vortragsreihe anschließenden Diskussionsrunde wurde wieder von Herrn Karl-Dieter Möller, dem ARD-Rechtsexperten und Chefredakteur Recht und Justiz übernommen.

Frau Brigitte Zypries und Herr Frank Elstner unterstützten das Symposium durch ein Grußwort, die Schirmherrschaft übernahm Herr Dr. Reinhard Schwarz, Vorsitzender der Geschäftsführung Sana Kliniken GmbH & Co, KGaA.

Pünktlich zu diesem Termin erschien auch das im Buchhandel erhältliche Buch über die erste Veranstaltung mit dem Titel „Patientenrecht-Selbstbestimmung – Das können Sie tun, um richtig vorzusorgen".

Die Resonanz auf dieses zweite Symposium war erneut großartig und bewies die Aktualität dieser Thematik und den Informationsbedarf der Besucher. Daher findet am 20. Oktober 2007 in Rust eine dritte Veranstaltung zum facettenreichen Leitgedanken „Patientenrecht-Selbstbestimmung" statt.

Pflege

Interview

1. Preis Patientenzufriedenheit

Personalentwicklung Pflege

Kardiochirurgische Intensivpflege

Interview

Michael Korn, Pflegedirektor

Das Interview führte Nicola v. Lutterotti. Nähere Informationen zur Person finden Sie auf Seite 95.

Der Pflegedienst im Herzzentrum Lahr / Baden verfügt seit Jahren über eine eigene Fachgruppe, die das Pflegepersonal systematisch für die Aufgaben im Bereich der Kardiologie und Herzchirurgie aus- und weiterbildet.

In einigen Ländern zeichnet sich ein Trend ab, aus Kostengründen auf qualifiziertes Pflegepersonal zu verzichten. Werden auch bei Ihnen solche Sparmaßnahmen vorgenommen?
Dieser auch in Deutschland zu beobachtende Trend wird von uns mit Sorge betrachtet. Für uns kommt eine solche Entwicklung nicht in Betracht, zumal die Pflege von herzkranken Patienten ein enormes Maß an beruflichen Kenntnissen erfordert. Denn der Zustand der Betroffenen kann sich zu jedem Zeitpunkt rapide verschlechtern. Nur gut ausgebildetes Personal ist in der Lage, solche Veränderungen zu erkennen. Für den Patienten stellt der Verzicht auf qualifiziertes Personal daher ein erhebliches Risiko dar und wird von uns schon aus diesem Grund abgelehnt.

Welche Bedeutung messen Sie der Ausbildung des Pflegepersonals bei?
An den fachlichen Weiterbildungen, die in der Regel berufsbegleitend über zwei bis drei Jahre laufen, nehmen unsere Mitarbeiter der Intensivpflege, der Anästhesie und des OPs teil. Da dieses Programm seit Eröffnung des Herzzentrums besteht, verfügen wir in den Bereichen Intensivstation, Anästhesie, OP und Herzkatheterlabor über einen großen Anteil an Fachgesundheitspfleger / -innen.

Einen wichtigen Stellenwert nimmt außerdem unser hausinterner Pflegequalifikationskurs ein. Hierbei handelt es sich um eine einjährige berufsbegleitende Schulung, in der medizinische und pflegerische Aspekte von Herzkrankheiten behandelt werden. Nach Bestehen der Prüfungen erhalten die Teilnehmer / innen ein hausinternes Zertifikat. Seit sechs Jahren werden mit diesem Schulungsprogramm jährlich 10 Mitarbeiter / innen ausgebildet.

Große Bedeutung messen wir außerdem den Pflichtfortbildungen bei, an denen alle Mitarbeiter / innen einmal im Jahr teilnehmen müssen. Zu den Inhalten dieser Fortbildungsveranstaltungen gehören Wiederbelebungstechniken, Hygienemaßnahmen und die sachgerechte Anwendung von medizinischen Geräten.

Um die Patienten sachgerecht betreuen zu können, bedarf es nicht zuletzt einer ausreichenden Zahl an Gesundheitspfleger/-innen. Ist dies am Herzzentrum Lahr/Baden gewährleistet?
Herzkranke Patienten benötigen ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und pflegerischer Betreuung. Dies lässt sich nur mit einer entsprechend großen Zahl an Mitarbeitern bewerkstelligen. Aus diesem Grund nimmt die Pflege, ungeachtet aller ökonomischen Zwänge, an unserem Herzzentrum einen besonderen Stellenwert ein und wird entsprechend mit einer ausreichenden Zahl an Mitarbeitern versehen. Schließlich legen wir großen Wert darauf, dass unsere Patienten mit der medizinischen Versorgung und der Pflege zufrieden sind. Eine nur Kostenaspekte berücksichtigende Personalausstattung kann dies aber nicht gewährleisten. In unseren Pflegebereichen haben wir daher eine gute Personalbesetzung und nicht nur das – bei uns arbeitet in der direkten Patientenversorgung nur ausgebildetes Personal.

Zusammengefasst verfügt unsere Krankenpflege über ein umfassendes, kontinuierliches Trainingsprogramm für das Pflegepersonal. Unsere Mitarbeiter/innen verfügen daher über ein hohes Maß an beruflicher Qualifikation und werden außerdem beständig über Neuerungen und Veränderungen in Pflege und Medizin informiert.

Nicht nur die Quantität, auch die Qualität der Mitarbeiter spielt für uns eine wichtige Rolle. Um den pflegerischen Anforderungen unserer herzkranken Patienten gerecht zu werden, brauchen wir besonders gute Mitarbeiter. Gewissenhaftigkeit, Sorgfalt und Engagement sind für uns keine altmodischen Tugenden, sondern – zusammen mit fachlichem Know-how – eine selbstverständliche Grundlage unserer Pflege.

Viele Patienten empfinden die medizinischen Apparate, etwa die Beatmungsgeräte, als beängstigend. Wie gelingt es Ihnen, den Kranken diese Furcht zu nehmen?
Leider hört man auch heute noch viel zu häufig Bemerkungen über die so genannte kalte Apparatemedizin, die einer menschlichen Medizin und Pflege gegenübergestellt wird. Eine solche Einstellung ist praxisfern und am Herzzentrum Lahr/Baden keine Realität. Um es ganz eindeutig zu formulieren: ohne eine moderne und ausgereifte Medizintechnik sind herzchirurgische Operationen und kardiologische Eingriffe nicht möglich.

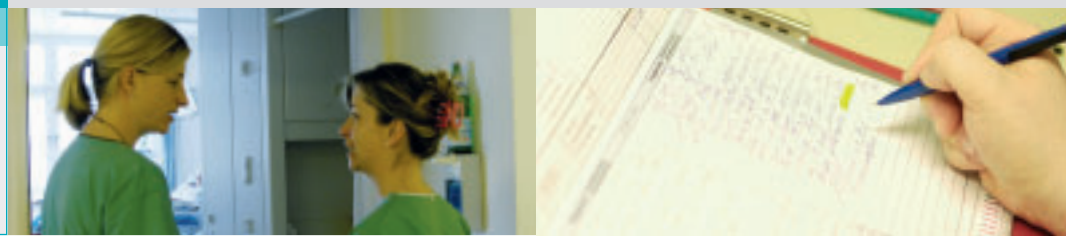
Denn Pflege besteht für uns nicht nur im Ausführen bestimmter Handgriffe, sondern vielmehr in zwischenmenschlicher Kommunikation und Interaktion. Dies bedeutet für uns, von Anfang an für die Patienten da zu sein, sie anzunehmen und emotional zu begleiten und nicht nur ihre körperlichen Leiden zu pflegen.

Natürlich wissen wir, dass unsere Patienten, die in der Regel medizinische Laien sind, ein großes Bedürfnis nach Information, Orientierung und Sicherheit haben. Diese Bedürfnisse von Anfang an wahrzunehmen und auf sie adäquat einzugehen, ist selbstverständlicher Bestandteil unserer Pflege. Wir nehmen uns daher immer viel Zeit für unsere Patienten, sprechen mit ihnen und beantworten ihre Fragen.

Auch die Angehörigen vergessen wir dabei nicht. Eine ältere Dame z. B., die ihren Mann nach der Operation das erste Mal auf der Intensivstation besucht, braucht viel Zuwendung. Unsere Gesundheitspfleger/-innen erläutern ihr daher zunächst, wie es ihrem Mann geht und mit welchen Apparaten er gerade unterstützt wird. Am Bett ihres Mannes erhält die Frau dann weitere Erklärungen. Uns ist bewusst, dass herzkranke Patienten schon aufgrund ihrer Erkrankung mit Ängsten und Unsicherheiten zu kämpfen haben. Daher bemühen wir uns auch, ihnen den Schrecken vor den Apparaten zu nehmen und keine zusätzlichen Ängste zu verursachen. Unsere Devise dabei ist: Je mehr Technik wir verwenden – und in einem Herzzentrum spielt die Technik nun einmal eine wichtige Rolle – desto mehr wenden wir uns dem Patienten und seinen Angehörigen zu.

Wie viele Gesundheitspfleger/-innen kümmern sich normalerweise um einen Patienten?

Diese Frage lässt sich nicht mit bestimmten Zahlenverhältnissen beantworten, zumal die Patienten bezüglich ihrer Erkrankung sehr unterschiedliche Bedürfnisse haben. Herzinfarkt ist nicht gleich Herzinfarkt. Keine Bypassoperation gleicht der anderen. Gerade auf der Intensivstation machen wir immer wieder die Erfahrung, dass sich die Bedürfnisse der einzelnen Patienten teilweise erheblich unterscheiden. So gibt es Herzkranke, für die wir pro Schicht eine/n Gesundheitspfleger/-in einsetzen und solche, die zeitlich begrenzt zwei Gesundheitspfleger/-innen benötigen. Grundsätzlich kommt es darauf an, bei Veränderungen des Gesundheitszustands des Patienten jeweils schnell und angemessen reagieren zu können. Eine professionelle Flexibilität bei der Personaleinsatzplanung ist daher – dies gilt insbesondere für unsere große Intensivstation – sehr viel wichtiger als eine starre Personaleinteilung.



Muss sich der Kranke ständig an neue Gesichter gewöhnen oder wird er in der Regel von denselben Personen betreut?
Der Idealfall der pflegerischen Betreuung besteht meines Erachtens nicht darin, von der Aufnahme bis zur Entlassung von ein- und derselben Gesundheitspfleger/-in gepflegt zu werden. Entscheidend ist vielmehr, welches Pflegesystem in einer Klinik etabliert ist. Arbeitet man z. B. mit dem veralteten System der Funktionspflege, so ergibt sich zwangsläufig, dass der Patient im Tagesverlauf von verschiedenen Gesundheitspflegern/-pflegerinnen betreut wird. Denn jede Pflegekraft erfüllt in dem Fall nur ganz bestimmte Aufgaben. In einem solchen System gibt es beispielsweise Gesundheitspfleger/-innen, die Wundverbände wechseln und solche, die die Körperpflege vornehmen. Der Patient ist also in verschiedene Funktionsbereiche aufgeteilt und erhält folglich den Status eines Arbeitsobjektes.

Eine solche Form der Pflege lehnen wir strikt ab; sie widerspricht unserer Philosophie und unserer Einstellung zum Patienten. Auch kranke Menschen besitzen eine individuelle Persönlichkeit und wollen, dass diese entsprechend respektiert wird.

Auf unseren Krankenstationen arbeiten wir deshalb nach dem System der Zimmerpflege. Das heißt, unsere Gesundheitspfleger/-innen sind nicht für bestimmte Tätigkeiten zuständig, sondern vielmehr für bestimmte Patienten, bei denen sie alle pflegerischen Aufgaben, inkl. der Dokumentation erfüllen. Schon aus diesem Grund erlebt der Patient nur eine begrenzte Anzahl von Mitarbeitern pro Schicht. Zugleich schaffen wir mit diesem System die Grundlage für eine gute Beziehung zum Patienten, die wiederum die Basis für die Entstehung von Vertrauen darstellt. Pflege ist eben nicht nur körperliche Fürsorge, sondern auch Pflege der Beziehung.

Pflegedienst im Herzzentrum Lahr/Baden erhält den 1. Preis in der Kategorie Patientenzufriedenheit

Michael Korn, Pflegedirektor

Foto von links nach rechts:
Hintere Reihe: T. Votteler (Anästhesie), M. Korn (Pflegedirektor), A. Volz (Herzkatheterlabor), E. Löbe (Herzchirurgie)
Vordere Reihe: J. Kubsdela (OP), H. Wesseling (Kardiologie), P. Hättig (Kardiologie), J. Solf (Intensivstation), C. Ködderitzsch (Aufbereitung), B. Ehret (Sekretariat)

Das klare Ziel heißt: Alles für unsere Patienten!
Wie heißt es so schön: Im Mittelpunkt eines Krankenhauses steht der Patient. Und selbst wenn man mit seinen Mitarbeitern dafür viel getan hat, bedeutet dies nicht zwingend, dass es auch zutrifft. Entscheidend ist, wie derjenige, der die Hauptperson im Krankenhaus ist – der Patient –, seinen Krankenhausaufenthalt erlebt und beurteilt. Wer sich seriös darum bemüht, Strukturen und Prozesse auf den Patienten abzustimmen, kommt nicht umhin, sich mit den Urteilen, mit den Kritiken und den Verbesserungsvorschlägen seiner Patienten auseinander zu setzen. Patientenbefragungen, durchgeführt von einem professionellen und vor allem unabhängigen Unternehmen, sind dazu ein gutes Mittel.

An erster Stelle der Patient!
Als bekannt wurde, dass wir an der Picker-Umfrage teilnehmen, haben wir das sehr begrüßt. Obwohl wir mit unseren hausinternen Patientenbefragungen schon diverse Erfahrungen gemacht hatten, war uns immer bewusst, dass Befragungen, die außerhalb des Krankenhauses stattfinden und von einem externen Unternehmen durchgeführt werden, einen höheren Grad an Objektivität haben. Was auch bedeutet, dass sich aus den Ergebnissen die Verbesserungspotenziale deutlicher erkennen lassen. Und darum geht es ja letztendlich: Nicht einmal schnell durch das Ziel zu rennen, sondern im Sinne der Patienten ganz bewusst den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu gestalten. Und natürlich auch von denen zu lernen, um die es in erster Linie im Krankenhaus geht, von den Patienten.

Von nichts kommt nichts!
Es steht außer Frage, dass wir uns über den ersten Preis riesig gefreut haben, aber – ohne überheblich klingen zu wollen – eine totale Überraschung war es für uns nicht. Wir sehen uns als einen professionellen Pflegedienst und wir arbeiten kontinuierlich daran, unseren effektiven Beitrag für das gesamte Herzzentrum Lahr/Baden zu leisten. Hierbei ist unser erster Grundsatz: Qualität kommt von Qualifikation! Seit Jahren verfügen wir über eine eigene Abteilung Personalentwicklung, die mit einer klaren Struktur systematisch und zielorientiert unsere

Gesundheitspfleger/-innen qualifiziert. Im Mittelpunkt dieser Bemühungen steht immer die Frage, was benötigen unseren herzkranken Patienten. Das heißt, unser Konzept der Personalentwicklung ist bewusst praxisorientiert ausgerichtet.

Pflege ist wichtig!
Gerade in Zeiten, die durch starke wirtschaftliche Herausforderungen geprägt sind, kann sich ein leistungsfähiger Pflegedienst beweisen. Ein gut aufgestellter Pflegedienst kann nicht nur andere Berufsgruppen im Krankenhaus entlasten, sondern kann, wenn man den Gesundheitspflegern/-pflegerinnen ihre eigene berufliche Identität lässt und stärkt, ein wirkungsvoller Wettbewerbsvorteil sein.
Es sind immer die Pflegekräfte, die im Tagesablauf des Krankenhauses die meisten Kontakte zu den Patienten haben. In diesen vielfältigen Interaktionssituationen entsteht Vertrauen und Sicherheit und je besser die Pflege ausgebildet ist, desto besser kann sich der Patient orientieren und Sicherheit empfinden. Für uns ist ein gut ausgebildeter Pflegedienst das Rückgrat eines Krankenhauses.

Foto von links nach rechts:
M. Korn (Pflegedirektor),
C. Bendick (Kfm. Leiter),
B. Sieber (Vorstand)

Wir sagen Danke!
Wir haben den ersten Platz für „größte Patientenzufriedenheit hinsichtlich der Kategorie Pflegende aller Krankenhäuser" erreicht und dafür den Sana-Qualitätspreis 2006 erhalten. Nach Durchsicht der Auswertungen ist uns unser Ergebnis noch wichtiger. Die vom Picker-Institut durchgeführte Befragung bewerten wir als sehr differenziert und aussagekräftig.

Wir bedanken uns:
1. bei unseren Patienten, insbesondere auch für die konstruktiven Verbesserungsvorschläge.
2. dafür, dass im Sana-Verbund nicht nur über Qualität diskutiert wird, sondern mit der Beauftragung des Picker-Instituts ein konkretes und deutliches Qualitätssignal gesetzt wurde.
3. für den Preis und das Preisgeld und dafür, dass in den Sana-Häusern die Gesundheitspfleger/-innen nicht vergessen und auch gerecht gewürdigt werden.

Personalentwicklung im Pflegedienst

Hanjo Bolanz, Personalentwicklung

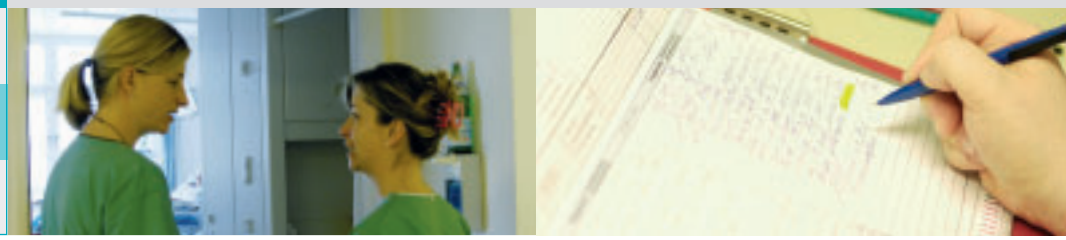
Die Pflege von herzkranken Menschen erfordert spezielles Wissen. Um gezielt den krankheitsbedingten Bedürfnissen unserer Patienten gerecht zu werden, haben wir innerhalb des Pflegedienstes die Abteilung Personalentwicklung etabliert. In enger Zusammenarbeit mit unseren Fachärzten, unseren Pflegeexperten und externen Dozenten arbeiten wir kontinuierlich an der Qualifikation unseres Personals. Ziel hierbei ist: ein sehr hohes Niveau von Fach- und Sozialkompetenz bei allen unseren Mitarbeitern. Im vergangenen Jahr haben mehr als 96 % aller Pflegenden im Herzzentrum Lahr / Baden 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 sind für uns nur dann sinnvoll, wenn sie sich in der Praxis bewähren. Entscheidend ist das, was der Patient braucht! Aus diesem praxisorientierten Ansatz hat sich unser eigener „Herz-Qualifikationskurs“ entwickelt. Es handelt sich dabei um einen einjährigen berufsbegleitenden Fortbildungskurs, der praxisorientiert kardiologische und herzchirurgische Schwerpunkte behandelt. Über theoretische und praktische Übungen und Prüfungen führt er unsere Mitarbeiter / -innen zu einem hausinternen Zertifikat.

Unsere Stationsleitungen verfügen über anerkannte Managementausbildungen. Die Einarbeitung unserer neuen Kolleginnen und Kollegen 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.



Mit Herz und Verstand – Kardiochirurgische Intensivpflege

Jochen Solf, Stationsleitung

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 auch den Aufenthalt im Krankenhaus enorm.

Allerdings ist die Folgerung Intensivpflege ist gleich Medizintechnik nicht zutreffend. Der Patient wird allumfassend und individuell wahrgenommen und das Pflegepersonal ist in allen Belangen 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 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 in besonderem 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.

Einblicke & Berichte

Klinikseelsorge – auf dem Weg zu einem Ethikkomitee. Was ist möglich – was ist geboten? – was ist erlaubt?

Andreas Rudolph, Martin Renner, Klinikseelsorger im Herzzentrum Lahr/Baden

Aus Gesprächen mit der Klinikleitung, vor allem aber aus der Begleitung von Patientinnen und Patienten, ist der Klinikseelsorge eine neue Aufgabe zugewachsen: Die Mitwirkung bei der Einrichtung eines klinikinternen Ethikkomitees. Diakon Andreas Wilhelm, der sich besonders dafür einsetzte, hat inzwischen nach 10 Jahren engagierter Tätigkeit in der Klinikseelsorge einen anderen Dienst übernommen. Als katholischer Klinikseelsorger im Herzzentrum Lahr/Baden arbeitet nun Pastoralreferent Andreas Rudolph mit dem evangelischen Krankenhauspfarrer Martin Renner zusammen.

Die Aufgabe bleibt: Klinikleitung, Mitarbeitende und nicht zuletzt Patientinnen und Patienten mit ihren Angehörigen erwarten eine transparente und qualifizierte Form der Entscheidungsprozesse bei ethischen Fragen. Dazu gehören:

- die fallbezogene ethische Beratung des Personals in der Patientenversorgung;
- die Anhörung von Patientinnen und Patienten, deren gerichtlich bestellten Betreuern oder Angehörigen zu konkreten ethischen Fragestellungen;
- die Durchführung von berufsgruppenübergreifenden Ethik-Konsilen am Krankenbett;
- die Beratung bei ethischen Grundsatzfragen.

Natürlich wurden bisher schon gewissenhaft verantwortete ethische Entscheidungen getroffen. Dazu fanden informelle oder eigens einberufene Gesprächsrunden und Konzile statt. Aber das Ziel ist nun, eine praktikable Organisationsform, die bei einem ethischen Konflikt alle Beteiligten einbeziehen kann und die Last der Entscheidung auf mehrere Schultern verteilt. Die Notwendigkeit dafür ergibt sich aus den fortschreitenden Möglichkeiten der Medizin, aus dem zunehmenden Bedürfnis von Patientinnen und Patienten nach Autonomie sowie aus den drängenden Fragen der gerechten Verteilung knapper werdender Ressourcen.

Erfahrungen mit Ethikkomitees in anderen Kliniken ermutigen. Die Mühe lohnt:

- Ein bisher engagiert gelebtes, aber oft nicht hinterfragtes „paternalistisches Ethos“ in der Medizin wird überführt in einen kommunikativen Prozess der

beteiligten Berufsgruppen. Das fördert Motivation und Verantwortungsbereitschaft.
- Die Anhörung betroffener Patientinnen und Patienten bzw. ihrer gerichtlich bestellten Betreuer oder Angehörigen eröffnet ein vertrauensvolles Miteinander von Kranken, ihren Angehörigen und dem Personal.
- Die Begleitung durch ein Ethikkomitee erspart zeitraubende Konflikte.

Auf dem Weg dorthin versuchte die Klinikseelsorge bisher die klinikinterne Kommunikation zu fördern und Satzungen und Geschäftsordnungen von Ethikkomitees anderer Kliniken ins Gespräch zu bringen, die auf die Verhältnisse im Herzzentrum Lahr/Baden adaptiert werden können.

Außerdem wird die Klinikseelsorge in der weiteren Diskussion die Fragen zu stellen haben, die im Grunde allen Beteiligten am Herzen liegen: Welches Menschenbild leitet die Behandlung? Wird der kranke Mensch ausschließlich definiert durch sein gesundheitliches Defizit? Wie viel an Versehrtheit halten die Betroffenen, das ärztliche und pflegende Personal, die Gesellschaft aus? Ist der kranke Mensch Objekt oder Partner, Empfänger von Belehrung und Behandlung – oder weiß er letztlich über sich selbst am besten Bescheid? Daraus folgt die Frage: Welches Bild von Gesundheit steht im Hintergrund? Wie weit trägt der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO): Gesundheit als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur Freisein von Krankheit und Gebrechen"? Wer diese Frage mit kranken Menschen gemeinsam zu beantworten versucht, macht spannende Erfahrungen. In der Klinikseelsorge lernen wir: Gesundheit bedeutet „Kraft zum Menschsein" (Karl Barth). Das bedeutet: Patientinnen und Patienten gelingt es, ihr Leben auch im Angesicht von Krankheit sinnvoll zu deuten.

Wichtig ist der gemeinsame Diskurs der an Diagnose, Therapie, Behandlung, Pflege und Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen. Dabei sind die Patientinnen und Patienten zu respektieren in ihrer Autonomie und in ihrem Wissen um ihren Zustand.

Medizincontrolling

Dr. Peter Kraemer, Medizincontroller, Qualitätsmanagement-Beauftragter (QMB) der Kraichgau Kliniken AG

Als eine für das Krankenhaus spezifische Managementstruktur stellt das Medizincontrolling die Nahtstelle zwischen medizinischem und betriebswirtschaftlichem Fachwissen dar.
Die Überwachung der Ergebnisqualität und der Wirtschaftlichkeit der Leitungserbringung dienen dabei als wesentliche Instrumente zur Unterstützung des Krankenhausmanagements bei der zielgerichteten Planung und Steuerung.

Das Medizincontrolling ist ein fester Bestandteil im Unternehmenscontrolling und unterstützt zahlreiche Prozesse u. a. durch die Analyse von Daten und Kennzahlen und der Weitergabe der Informationen. Der DRG-Erlös stellt dabei im Finanzreport nur ein Baustein auf der Erlösseite dar. Vorausschauend zum Jahresbeginn, müssen dabei mit Chefärzten und Kaufmännischer Leitung die internen Sollvorgaben für das gesamte laufende Jahr festgelegt werden. Schwankungen in Patientenzahlen oder in der Erlössituation durch Änderungen der DRG-Kodiervorgaben und den Abrechnungsregeln müssen dabei ebenso berücksichtigt werden wie Änderungen in medizinischen Leistungsfeldern durch neue Verfahren und Methoden oder aufgrund der Änderungen von Leitlinien der Fachgesellschaften auf der Basis aktueller Studien.

Instrumente des Medizincontrollings sind das monatliches DRG-Berichtswesen mit der Analyse der erbrachten Leistungszahlen und die Überwachung aller erlösrelevanten Prozesse wie z. B. die Überwachung der Ausgaben für Blutprodukte, Sachkosten, Laborkosten, Krankentransporte, Konsilien und vieles mehr.

Vor dem Hintergrund steigender Anfragen der Krankenkassen über den Medizinischen Dienst mit der Frage nach der Notwendigkeit der stationären Betreuung eines Patienten per se oder der Länge eines stationäres Aufenthaltes, hat sich in den letzten Jahren der Dokumentationsaufwand drastisch gesteigert. Zur Unterstützung und Entlastung, insbesondere des herzchirurgischen ärztlichen Personals, stehen Kodierhelferinnen / Medizinische Dokumentatorinnen zur Verfügung, um alle Dokumentations- und Kodierarbeiten zu begleiten, bei Bedarf zu ergänzen oder anzupassen. Die frühzeitigen Schulungsmaßnahmen aller an der Kodierung beteiligten Mitarbeiter aktuell auf die Anforderungen für 2006 (ICD-GM 2006, OPS 2006 und Fallpauschalenkatalog 2006) ist eine der wesentlichen Maßnahmen, die stetigen Veränderungen des komplexen Abrechnungssystems in seiner Bedeutung zu vermitteln und die wirtschaftliche und strategische Planung abzusichern.

Aktuelle Vorträge / Arbeiten / Veröffentlichungen 2005:

Das Krankenhaus 7 (Juli 2005):
EDV im Krankenhaus:
„Software zur Optimierung der Krankenhausorganisation durch Simulation“
Seiten 600-602

Krankenhaus, Technik und Management, Ausgabe 10, Oktober 2005:
„Lohnenswerte Planspiele“
Seiten 32-34

Deutsches Ärzteblatt 44 vom 04.11.2005:
„Nutzen der Simulationstechnologie“
Seite 2572

Präsentation auf dem 15. Münchener Qualitätsforum 2005:
„Der interne Qualitätsbericht des Herzzentrum Lahr / Baden unterstützt als strategisches Tool das Krankenhausmanagement bei der zielorientierten Planung und Steuerung“
10. und 11.11.2005

MCC DRG update 2006 am 27.09.2005 in Köln
„Anreize und Probleme des DRG Systems, Schwerpunkt Kardiologie und Intensivmedizin“

Qualitätsmanagement

Dr. med. Peter Kraemer, Qualitätsmanagement-Beauftragter (QMB) der Kraichgau Kliniken AG

Das Qualitätsmanagementsystem am Herzzentrum Lahr / Baden ist ein Baustein auf dem Weg der Sicherung der Qualitätsführerschaft und zur Entwicklung einer exzellenten Organisation. Politik, Pläne, Ziele und Prozesse werden zur Entfaltung der Strategie entwickelt und umgesetzt.

Es ist nicht gesagt, dass etwas besser wird weil es anders wird,
aber soll etwas besser werden, muss es anders werden!
Oder:
Alles sollte so einfach wie möglich gemacht werden –
Aber auch nicht einfacher!
(Albert Einstein)

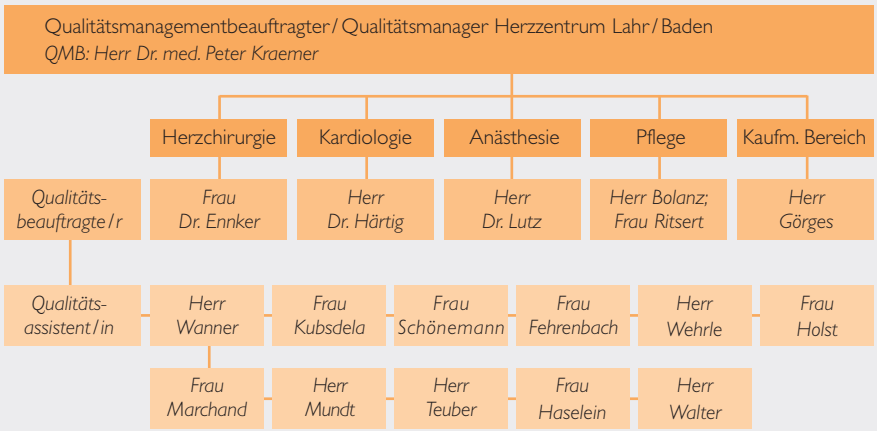
Das Herzzentrum Lahr / Baden ist im Jahr 1999 als erstes Herzzentrum Deutschlands nach der DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert worden. Im Sommer 2005 konnte die zweite Rezertifizierung erfolgreich abgeschlossen werden. Erneut wurde dem gesamten Herzzentrum Lahr / Baden damit im nunmehr 7. Jahr eindrucksvoll bestätigt, die Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagement-Systems zu erfüllen.

Die Akzeptanz der Mitarbeiter spielt dabei eine entscheidende Rolle für den Erfolg. Menschen bewegen Dinge und verfolgen Ziele. Dabei sind die Identifikation des Mitarbeiters mit der Einrichtung sowie seine persönliche Motivation von zentraler Bedeutung. Überzeugungen und Regeln führen wiederum zu Handlungen, so dass die Unternehmenskultur ein Spiegelbild dessen ist, was in einem Unternehmen gelebt wird.

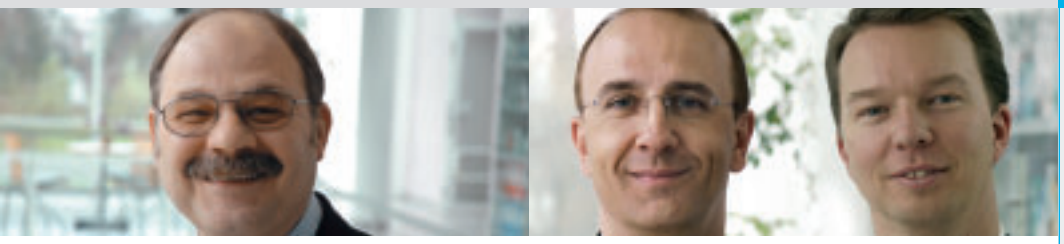
Mit einer neuen Aufbaustruktur des bestehenden Qualitätsmanagement-Systems wurde Ende 2005 begonnen, die Mitarbeiter noch stärker einzubinden. Ziel muss es sein, Qualitätsmanagement im Unternehmen zu „leben".
Damit die Mitarbeiter aktiv zur Verbesserung der Unternehmensstrategie beitragen und sich Ziele der Organisation zu Eigen machen können, ist es erforderlich, auf allen Ebenen das Engagement und die Problemlösungskompetenz zu fördern.

Sich verbessern zu wollen bedeutet, aktiv nach Verbesserungspotenzialen zu suchen.
„Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört, gut zu sein!"

In den fünf Abteilungen am Herzzentrum Lahr/Baden wurden insgesamt sechs Qualitätsbeauftragte und zusätzlich zahlreiche Qualitätsassistenten benannt. Durch eine gemeinsame hausinterne Schulung zum Thema Grundzüge der DIN ISO 9001:2000 und sechswöchige interne Treffen wird diese Gruppe, geführt vom Qualitätsmanagement-Beauftragten, sich allen aktuellen Anforderungen stellen – auf dem Weg der ständigen Verbesserung. Die Beauftragten der Abteilungen werden zusätzlich im Jahr 2006 die Prüfung zum Qualitätsmanagement-Beauftragten bei der Deutschen Gesellschaft für Qualität ablegen, sodass neben dem notwendigen Engagement eine erhebliche Steigerung der theoretischen Grundlagen und der Kompetenz den Prozess begleiten werden.



Unsere Mitarbeiter sollen in der Gestaltung der Entscheidungsprozesse einbezogen werden.
Denn: Jeder Mitarbeiter, der in der Lage ist, Produkte, Leistungen, Systeme und Prozesse zu verbessern, trägt Verantwortung, die übergeordneten Unternehmensziele zu erreichen.



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

Oberarzt

Herr Dr. Rosendahl — Tel.: 0 78 21 / 9 25-226

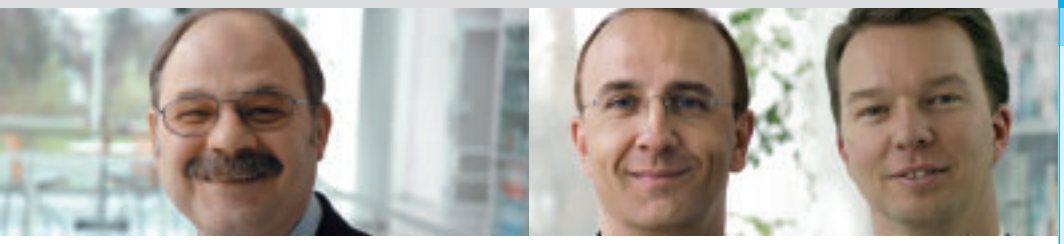
Chefsekretariat

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 Kohm, 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

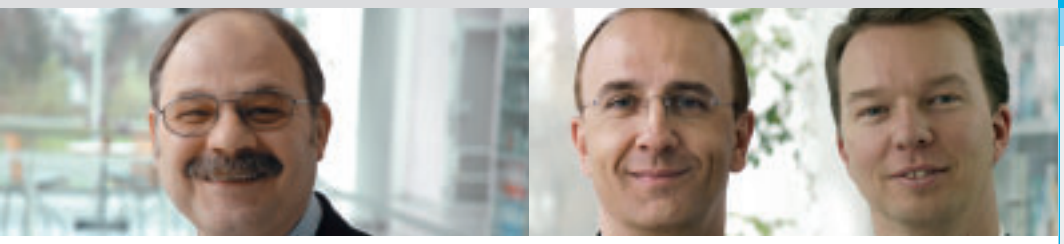
Herr Dr. Komar — Tel.: 0 78 21 / 9 25-150

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



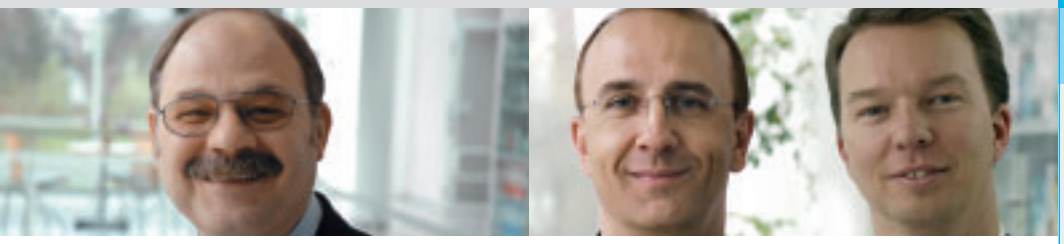
Ansprechpartner

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 Bendick	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



Veröffentlichungen – Herz-, Thorax- & Gefässchirurgie

Wissenschaftliche Beiträge – Bücher – Kongresse

Originalarbeiten:

Stentless Bioprostheses in Small Aortic Roots: Impact of Patient-Prosthesis Mismatch on Survival and Quality of Life, J Heart Valve Dis 2005 Jul; 14 (4): 523-530	*J. Ennker, U. Rosendahl, A. Albert, E. Dumlu, I.C. Ennker, I. Florath*
Low-Dose International Normalized Ratio Self-Management: A Promising Tool. To Achieve Low Complication Rates After Mechanical Heart Valve Replacement, Ann Thorac Surg 2005; 79: 1909-14	*H. Koertke, A. Zittermann, K. Minami, G. Tenderich, O. Wagner, M. El-Arousy, A. Krian, J. Ennker, U. Taborski, W.P. Klövekorn, R. Moosdorf, W. Saggau, M. Morshuis, J. Koerfer, D. Seifert, R. Koerfer*
Intraoperative transit time flow measurement: off-pump versus on-pump coronary artery bypass, Ann Thorac Surg 2005 Dec; 80(6): 2155-61	*W. Hassanei., A. Albert, B. Arnrich, J. Walter, I.C. Ennker, U. Rosendahl, S. Bauer, J. Ennker*
Prevalence and risks of undiagnosed diabetes mellitus in patients undergoing coronary artery bypass grafting, Circulation 2005 Oct 18; 112(16):2397-402	*A. H. Lauruschkat, B. Arnrich, A. A. Albert, J. A. Walter, B. Amann, U. P. Rosendahl, T. Alexander, J. Ennker*
Mid term outcome and quality of life after aortic valve replacement in elderly people: mechanical versus stentless biological valves, Heart 2005 Aug; 91(8): 1023-9	*I. Florath, A. Albert, U. Rosendahl, T. Alexander, I.C. Ennker, J. Ennker*
Intraoperative Bypass Flow Measurement Reduces the Incidence of Postoperative Ventricular Fibrillation and Myocardial Markers After Coronary Revascularisation, Thorac Cardiov Surg 2005 Aug; 53(4):217-222	*S. F. Bauer, K. Bauer, I.C. Ennker, U. Rosendahl, J. Ennker*

Buchpublikationen:

J. Ennker, D. Pietrowski
Gesund und fit in der zweiten Lebenshälfte
Steinkopff Verlag Darmstadt, 2005, 161 S.

K. Bauer, J. Ennker
Operationen am Herzen - Herzschrittmacher und Defibrillatoren.
Ein Patientenratgeber.
Steinkopff Verlag Darmstadt, 2005, 141 S.

Herzzentrum Lahr / Baden
Jahresbericht 2004, Herzzentrum Lahr / Baden, Eigenverlag 2005

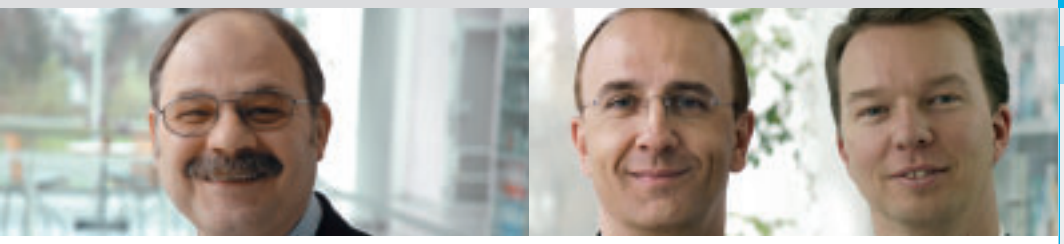
Veröffentlichte Vorträge (Vortrag und Poster):

J. Ennker
Choice of prostheses in the 9th decade of life
1. International Congress Cardiac Surgery in the 3rd Millennium
– Biological Solutions, 30.11.-02.12.2005 in Salzburg, Österreich,
The Thoracic and Cardiovascular Surgeon 2005; 53, Suppl. 3, S. 161

J. Ennker, U. Rosendahl, I.C. Ennker, F. Dalladaku, S. Bauer, I. Florath
The Freestyle valve in the ninth decade of life:
Increased risk for adverse perioperative outcome?
1. International Congress Cardiac Surgery in the 3rd Millennium
– Biological Solutions, 30.11.-02.12.2005 in Salzburg, Österreich,
The Thoracic and Cardiovascular Surgeon 2005; 53, Suppl. 3, S. 167

J. Ennker, A. Albert, U. Rosendahl, F. Dalladaku, I.C. Ennker, I. Florath
Impact of full root implantation of stentless aortic valves on clinical outcome:
A propensity score analysis
1. International Congress Cardiac Surgery in the 3rd Millennium
– Biological Solutions, 30.11.-02.12.2005 in Salzburg, Österreich,
The Thoracic and Cardiovascular Surgeon 2005; 53, Suppl. 3, S. 167

J. Ennker, A. Albert, U. Rosendahl, S. Bauer, I.C. Ennker, I. Florath
Body Mass Index – A Risk Factor For 30-day Or 6-month Mortality In Patients
Undergoing Aortic Valve Replacement? 3rd Biennial Meeting of the Society for
Heart Valve Disease, 17.06.-20.06.2005 in Vancouver BC, Canada

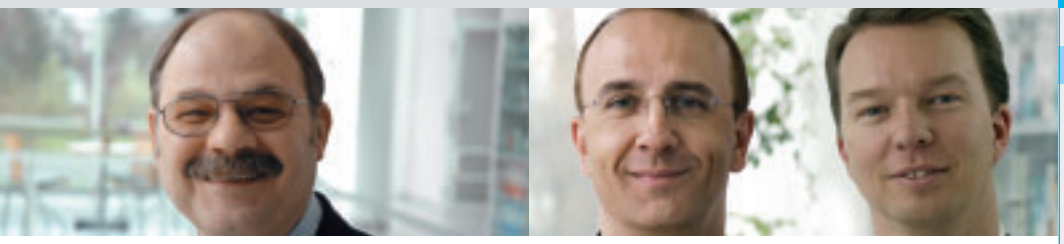


Current Determinants of Operative Mortality in 2204 Aortic Valve Replacements: Impact of laboratory parameters, 4th EACTS/ESTS Joint Meeting, 24.-28.09.2005, Barcelona, Spanien, Book of Abstracts	*A. Albert, J. Ennker, U. Rosendahl, S. Bauer, I.C. Ennker, I. Florath*
Optimized molecular genetic diagnostics of the Fibrillin-1 gene in patients with thoracic aortic aneurysms/dissections, 34. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, 13.-16.02.2005 in Hamburg, The Thoracic and Cardiovascular Surgeon, 53, Suppl. 1, 2005: 99	*S. Waldmüller, J. Foernke, E. Tsvetkova, S. Botios, P. Gehle, J. Ennker, P. Binner, M. Schulz, T. Scheffold, G. Walterbusch*
Diabetes mellitus als Risikofaktor für pulmonale Komplikationen im perioperativen Verlauf koronarer Bypassoperationen, 40. Jahrestagung Deutsche Diabetes Gesellschaft, 04.-07.05.2005 in Berlin, Diabetes und Stoffwechsel, 14/2005, S. 82, P-180	*A.H. Lauruschkat, B. Arnrich, A. Albert, J. Walter, B. Amann, U. Rosendahl, T. Alexander, J. Ennker*
Up to what extent can a prolonged ventilatory support beyond the DRG important 96 hours-limit be predicted reliably by illness severity alone?, 34. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, 13.-16.02.2005 in Hamburg, The Thoracic and Cardiovascular Surgeon, 53, Suppl. 1, 2005: 54	*A. Albert, P. Kraemer, J. Walter, B. Arnrich, A. Goepfert, J. Ennker*

Unveröffentlichte Vorträge

Total arterielle Bypassversorgung – OPCAB State of the Art 04.05.2005, Kreiskrankenhaus Schwetzingen	*J. Ennker*
Klappenrekonstruktion, Indikation und Vorgehensweise 28.06.2005, Heidenheim	*J. Ennker*
Neue Entwicklungen in der Bypasschirurgie 18.10.2005, Hotel Dorint-Fontana, Kreisärzteschaft Stuttgart	*J. Ennker*

J. Ennker	Telefonaktion der Biberacher Zeitung im Rahmen der Herzwochen der Deutschen Herzstiftung 07.11.2005, 17:00 Uhr in Biberach
J. Ennker	Telefonaktion der Badischen Zeitung, Geschäftsstelle Lahr im Rahmen der Herzwochen der Deutschen Herzstiftung 08.11.2005, 09:00 Uhr in Lahr
J. Ennker	Neue Aspekte aus der Herzchirurgie mit Aortengeschichten 08.11.2005, 20:00 Uhr für die Kreisärzteschaft in der Hunsrück-Klinik Simmern
J. Ennker	Telefonaktion des Schwarzwälder Boten im Rahmen der Herzwochen der Deutschen Herzstiftung 09.11.2005, 11:00 Uhr in Oberndorf
J. Ennker	Vortrag im Rahmen der Herzwochen der Deutschen Herzstiftung im Herzzentrum Lahr/Baden 09.11.2005, 17:00 Uhr im Herzzentrum Lahr/Baden
J. Ennker, D. Pietrowski, U. Rosendahl	Chirurgische Erfahrungen mit dem Medtronic CG-Future Band bei Mitralklappeninsuffizienz Options & Outcomes Meeting + 4. German Round Table, 17.-20.11.2005, Istanbul, Türkei
	Ausgerichtete wissenschaftliche Symposien:
J. Ennker, J. Bories	1. Symposium Herzchirurgie und Diabetes mellitus 03. und 04. Juni 2005, Tagungszentrum Salmen/Offenburg



Veröffentlichungen – Innere Medizin & Kardiologie

Wissenschaftliche Beiträge – Bücher – Kongresse

Optimization of cholesterol reduction: principles and clinical results of dual inhibition. Internist 2005; 46:18-23	*E. von Hodenberg*
Verminderung der basalen Stickstoffmonoxid-Aktivität bei Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen durch oxidativen Stress. Med. Klin 2005; 100:71	*T. Schäufele, C. Delles, A. Klingbeil, B. Schmidt, RE Schmieder*
Effects of Erythropietin on Retinal Capillary Flow in Normotensive and Hypertensive Subjects. Nephrol Dila Transpl 2005; 20 (Suppl 5):V195	*T. Schäufele, J. Harazny, S. Oehmer, C. Delles, G. Michelson, RE Schmieder*
Does Acute Volume Depletion Influence the Assessment of Left Ventricular Structure, Function and Vascular Compliance. J. Hypertens 2005; 23 (Suppl 2):9	*T. Schwarz, J. Schwab, T. Schäufele, MG Gottwik, I. Bär, RE Schmieder*
Effects of Erythropoietin on Retinal Capillary Flow in Humans. J Hypertens 2005; 23 (Suppl 2):59	*T. Schäufele, J. Harazny, S. Oehmer, C. Delles, G. Michelson, RE Schmieder*
Impact of Vitamin C as an Antioxidative Agent on Renal Hemodynamics in Normotensive and Hypertensive Subjects. J Hypertens 2005; 23 (Suppl 2):178	*T. Schäufele, C. Delles, B. Schmidt, E. Fleischmann, RE Schmieder*
Effects of Erythropoetin on Retinal Capillary Flow in Humans. Nephrology 2005; 10 (Suppl):A317	*RE Schmieder, T. Schäufele, J. Harazny, S. Oehmer, C. Delles, G. Michelson*

Vorträge:

Th. Breidenbach — Gerinnungsmanagement bei koronarkranken Patienten, Karlsruhe, 11.03.2005

Th. Breidenbach — Dozent EKG-Grundkurs, Med. Kongress 2005, 32. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Baden-Baden, Juli 2005

Th. Breidenbach — Paktisches EKG – Seminar, Fortbildungsveranstaltung, Lahr, 25.10.2005

R. Busch — Studienüberblick 2004/05 – Kardiologie, Kardiologisches Seminar, Lahr, 05.03.2005

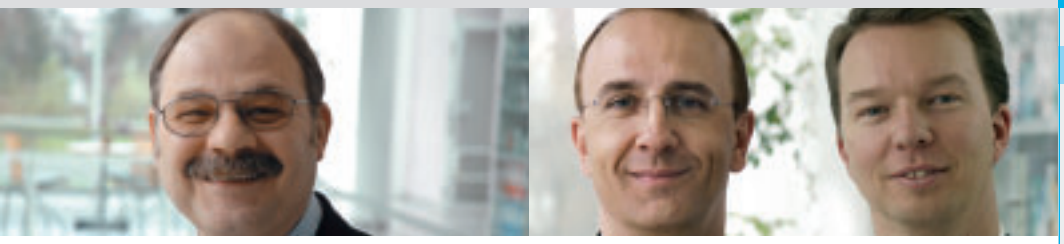
S. Eder, Th. Breidenbach — Supraventrikuläre Tachykardien – Diagnostik, Kardiologisches Seminar, Lahr, 24.09.2005

J. Härtig — Therapie der Herzinsuffizienz – neue Leitlinien, Kardiologisches Seminar, Lahr, 24.9.2005

E. von Hodenberg — Optimierte Cholesterinsenkung – Prinzip und klinische Resultate der dualen Hemmung, Dt. Ges. für Innere Medizin, 03.04.2005, Wiesbaden

E. von Hodenberg — PCI zur Behandlung des akuten Myokardinfarktes: Studienergebnisse und Realität, Oberrheinische Kardiologentagung, Badenweiler, 08.04.2005

E. von Hodenberg — Neue Leitlinien zur Lipidtherapie: Möglichkeiten zur effektiven Cholesterinsenkung, Rastatt, 20.04.2005



Sport und Herz, Lahr, 23.04.2005	*E. von Hodenberg*
Diagnostik und Therapie der akuten infektiösen Endokarditis, Anästhesie Symposium, Lahr, 04.06.2005	*E. von Hodenberg*
Leitlinien zur Lipidtherapie, Offenburg, 08.06.2005	*E. von Hodenberg*
Therapieempfehlungen im postoperativen Langzeitverlauf: Lipidsenker, 1. Symposium Herzchirurgie und Diabetes mellitus, Offenburg, 04.06.2005	*E. von Hodenberg*
PCI zur Behandlung des akuten Myokardinfarktes: Studienergebnisse und Realität, Intensivkurs Innere Medizin der Dt. Gesellschaft für Innere Medizin, Bad Krozingen, 09.10.2005	*E. von Hodenberg*
Evidenzbasierte Therapie der chronischen Herzinsuffizienz, Baiersbronn, 12.10.2005	*E. von Hodenberg*
Diagnostik und Therapie des Herzinfarkts, SWR Fernsehen, 09.11.2005	*E. von Hodenberg*
Herzklappenerkrankungen: Trikuspidalklappenvitium und Mitralklappenvitium, MEDICA, Düsseldorf, 18.11.2005	*E. von Hodenberg*
Das akute Koronarsyndrom, Achern, 30.11.2005	*E. von Hodenberg*

J. Melichercik Role of autonomic nervous system on the efficacy of hybrid therapy in patients with paroxysmal atrial fibrillation, the VII. Slovac Congress of Cardiac Arrhtythmia and Pacing, Piestany, Slowakei, 25.01.2005

J. Melichercik Supraventrikuläre Tachykardien – Therapie, Kard. Seminar Lahr, 24.09.2005

J. Melichercik Neues aus der Elektrophysiologie, Fortbildungsveranstaltung Ärztekammer Südbaden, Lahr 16.11.2005

T. Schäufele Konventionelle nicht-invasive Koronardiagnostik, Kardiologisches Seminar, Lahr, 05.03.2005

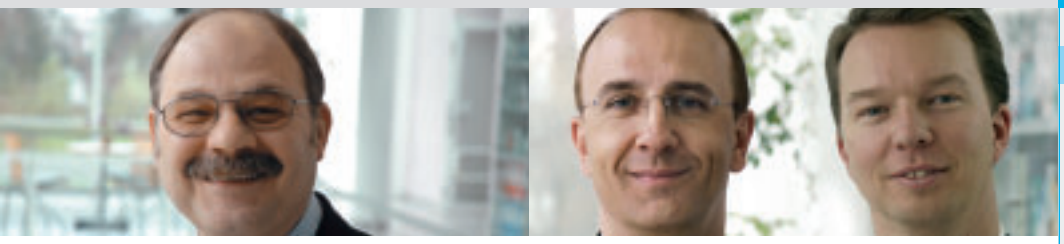
N. Selzer Kardiale Resynchronisationstherapie: Historisches und Aktuelles, Lahr, 26.01.2005

N. Selzer Möglichkeiten der modernen Leistungsdiagnostik, Lehrgang des Deutschen Ruderverbandes, Brail, Schweiz, 23.02.2005

N. Selzer Einsatz der mobilen Spiroergometrie zur Trainingssteuerung im Ski-Langlauf, Kurs Wintersport-Schwerpunktfach der Universität Konstanz, Brail, Schweiz, 27.02.2005

N. Selzer Altern – war's das: Körperliche Aktivität in höherem Alter, Oberweier, 14.04.2005

N. Selzer Herzsport – ist das wirklich nötig?, Lahr, 23.04.2005



Leistungsdiagnostik / Trainingssteuerung im Hochleistungssport, Tagung der Berglauf-Nationalmannschaft, Lahr, 28.05.2005	*N. Selzer*
Spiroergometrische Trainingssteuerung beim Höhentraining, Kurs Radsport-Schwerpunktfach der Universität Konstanz, Brail, Schweiz, 24.07.2005	*N. Selzer*
Leistungsdiagnostik / Trainingssteuerung im Hochleistungssport, Tagung der Berglauf-Nationalmannschaft, Unterharmersbach, 23.08.2005	*N. Selzer*
Workshop Stellenwert der Spiroergometrie in der Kardiologie, Lahr, 11.06.2005, 24.09.2005, 05.11.2005	*N. Selzer, R. Busch, M. Löffel*
Spiroergometrische Trainingssteuerung beim Höhentraining, 39. Kongress der Dt. Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, Hamburg, 2005	*N. Selzer*
1. Workshop Sportmedizin: Theoretische Einführung in die Leistungsdiagnostik / Sportkardiologie, praktische Demonstration einer Leistungsdiagnostik, Lahr 02.03.2005, 11.05.2005, 15.06.2005, 07.12.2005	*N. Selzer*

Veröffentlichungen – Anästhesiologie

Wissenschaftliche Beiträge – Bücher – Kongresse

A. Gille, T. Alexander — 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

T. Alexander, A. Gille — Die lichtgestützte blind-orale Intubation (Trachlight®) 2001;
Video auf *www.cardioanaesthesie.de*

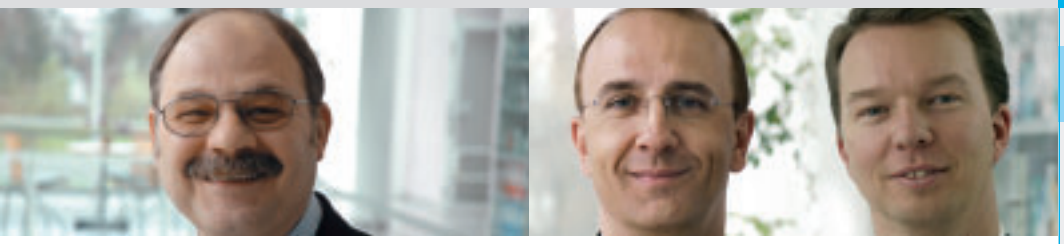
L. Bonna, T. Alexander — Metoda alternativa de intubatie folosind tehnica de transiluminatie.
Vortrag und Poster in Bukarest, 9/2002

A. Gille, K. Komar, E. Schmidt, T. Alexander — Die Transilluminationstechnik bei der schwierigen Intubation in der Herzanästhesie.
Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerz-ther, 2002;37:604-608

A. Gille — Trachlight in der Rettungsmedizin. Vorstellung und Praxis.
Fortbildung in der Landesschule DRK, Bühl, 10/2002

A. Gille, T. Alexander — Fünf Jahre Erfahrung mit der Transilluminationstechnik.
Fortbildung der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Lahr, 3/2004

T. Alexander — Difficult airway management
Vortrag und Poster Bukarest 10/04



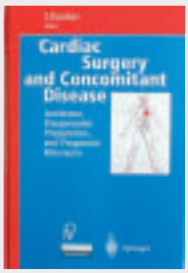
Fachliteratur

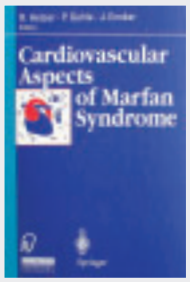
„Herzchirurgie“
J. Ennker, S. Bauer, W. Konertz
ISBN 3-13-128521-4

„Aortenchirurgie“
K. Bauer, J. Ennker
ISBN 3-7985-1363-5

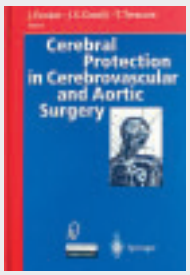
„Herzchirurgie und Recht“
J. Ennker, B. Debong, C. J. Beller
ISBN 3-7985-1393-7

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





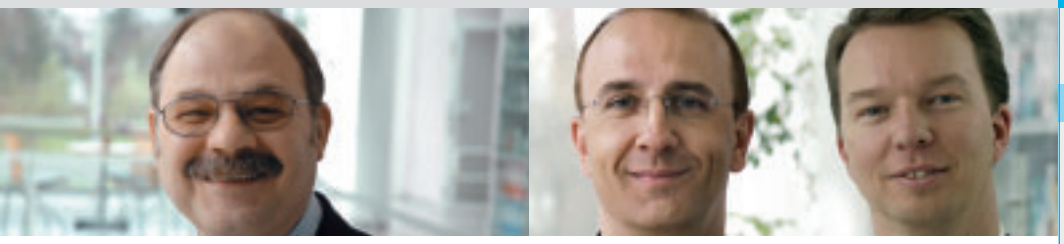
„Cardiovascular Aspects of Marfan Syndrome“
R. Hetzer, P. Gehle, J. Ennker
ISBN 3-7985-0959-X



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

„Clinical Research in Cardiology“
Herzchirurgie und Diabetes mellitus
Supplement 1-2006
J. Ennker, S. Jacob, A. H, Lauruschkat
Steinkopff Verlag

„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

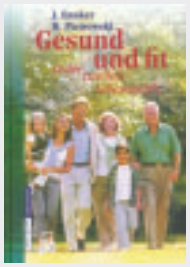
„Herzschrittmacher und Defibrillatoren“
K. Bauer, J. Ennker
ISBN 3-7985-1478-X

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

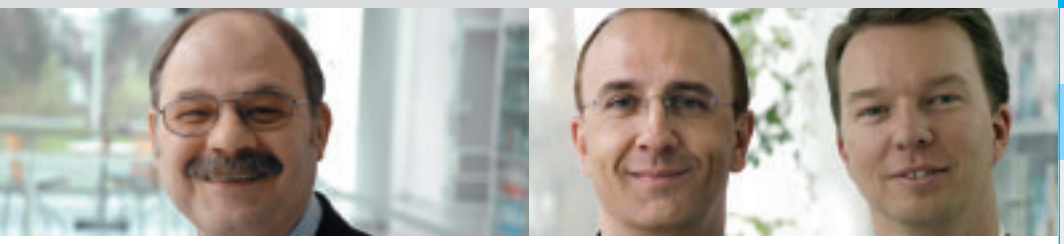
„Zeitschrift für Kardiologie“
Aktuelle Diagnostik und Therapie von Herzklappenerkrankungen
Supplement 6-2001
J. Ennker, H. Körtke, R. Körfer
Steinkopff Verlag

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

„Handbuch Pflegestandards“
Herzzentrum Lahr/Baden



„Gesund und fit in der zweiten Lebenshälfte“
J. Ennker, D. Pietrowski
ISBN 3-7985-1567-0



Service & Links

Übernachtungen & Hotels

- www.lahr.de
- www.adler-lahr.de
- www.gruenerbaum-lahr.de
- www.loewen-lahr.de
- www.schwanen-lahr.de

Anfahrt

- www.map24.de

Einrichtungen der Kraichgau-Klinik AG

- Herz-Kreislauf-Zentrum Gernsbach
  www.hkz-gernsbach.de
- Kraichgau-Klinik Bad Rappenau
  www.kraichgau-klinik.de
- Vitalisklinik Bad Hersfeld
  www.vitalisklinik.de

Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA

- www.sana.de

Kontakt & Anfahrt

Herzzentrum Lahr / Baden

Herzzentrum Lahr / Baden
Hohbergweg 2
77933 Lahr

Telefon: 0 78 21 / 925-0
Telefax: 0 78 21 / 925-253

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

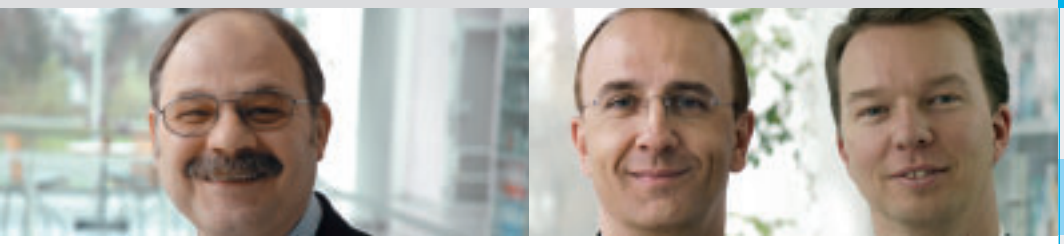
Anfahrt aus Richtung Süden / Norden:
Autobahn A5 Richtung Karlsruhe / Basel – Anschlussstelle Lahr ausfahren, links abbiegen Richtung Lahr / Biberach – in Lahr der Hauptstraße (B 415) geradeaus Richtung Seelbach / Biberach folgen – ca. 7 km nach der Autobahnausfahrt, am östlichen Ortsende von Lahr, rechts 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 B 415 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 B 33 / B 415 ca. 22 Minuten.

Öffentliche Verkehrsmittel:
ICE-Verbindungen: Offenburg
Straßburg

Nahverkehr:
Lahr / Schwarzwald (Bus und Bahn)

Verkehrsflughafen:
Straßburg



Die Interviews ...

... wurden geführt von der Medizinjournalistin Nicola v. Lutterotti.

Zur Person:

Nach meiner Promotion bei Prof. Albrecht Fleckenstein in Freiburg über die Hypertonie, habe ich drei Jahre am Cornell-Medical College in New York bei Prof. John Laragh als Post-Doc über das Renin-Angiotensin-System geforscht und war anschließend noch zwei Jahre an der Poliklinik in Mailand bei Prof. Alberto Zanchetti auf demselben Gebiet tätig.

Mit dem Medizinjournalismus habe ich bereits während des Studiums begonnen und bin inzwischen ausschließlich als Journalistin tätig. Seit 1995 schreibe ich regelmäßig für die FAZ und seit 2004 auch regelmäßig für die NZZ. Hin und wieder berichte ich außerdem für die CardioNews und die DMW. Darüber hinaus habe ich zwischen 1995 und 2004 als Pressereferentin der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie gearbeitet.

Nicola v. Lutterotti erstellte die Interview-Fragen zum Jahresbericht 2005.

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

Lars Anwand, Assistent Kaufmännischer Leiter

Koordination

Claus Dick
Internet: www.clausdick.com

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