







Inhaltsverzeichnis

Vorwort	Seite	4	
Interview	Seite	6	
Teil I: Klinik für Herz-, Thorax- und Gefässchirurgie			
Qualitätssicherung Herzchirurgie	Seite	18	
Ergebnisqualität, Wirtschaftlichkeit und medizinische Einflussanalysen	Seite	20	
Therapiefortschritte OPCAB	Seite	21	
Operative Eingriffe 2006	Seite	22	
Rekonstruktion der vorderen Brustwand	Seite	32	
Weltweit größte Implantationsserie der Freestyle Bioprothese	Seite	33	
Herzchirurgisches Reporting	Seite	34	
Mitralklappenrekonstruktion	Seite	36	
Zusammenarbeit mit der Steinbeis Universität	Seite	37	
Trikuspidalklappenrekonstruktion	Seite	38	
Gerinnung nach Koronarintervention	Seite	39	
Interdisziplinäre Versorgung von herzchirurgischen Patienten	Seite	40	
Neue chirurgische Methoden bei der Therapie des Vorhofflimmerns	Seite	41	
Rotationsplan	Seite	42	
Teil 2: Klinik für Innere Medizin und Kardiologie			
Vorwort	Seite	46	
Studienzentrum Kardiologie	Seite	47	
Interventionelle Kardiologie	Seite	48	
Kardiologische Leistungszahlen	Seite	49	
Elektrophysiologie	Seite	50	
Schrittmacher- & ICD-Implantationen	Seite	52	
Institut für Sportmedizin	Seite	54	
Die Ahteilung Pneumologie stellt sich von	Seite	55	



TEIL 3: KLINIK FUR ANASTHESIOLOGIE		
Vorwort Die Prämedikation	Seite Seite	
Rotem® – Analyse zur Diagnostik von Gerinnungsstörungen	Seite	60
Die Anästhesiologische Verlaufsbeobachtung	Seite	61
Management des schwierigen Atemweges	Seite	62
Einsatz der maschinellen Autotransfusion	Seite	63
Symposium "Patientenrecht – Patientenselbstbestimmung"	Seite	64
Teil 4: Pflege		
Im Mittelpunkt der Mensch	Seite	68
Gute Zusammenarbeit mit der Charité Berlin	Seite	70
Gezielte Förderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Seite	71
Teil 5: Einblicke und Berichte		
Hilfsorganisation "Menschen für Menschen"	Seite	74
Klinikseelsorge – wenn andere für mich entscheiden…	Seite	76
Neustrukturierung Medizincontrolling/Patientenmanagement	Seite	78
Strukturierte Mitarbeitergespräche, Beschwerde-, Risikomanagement	Seite	79
Teil 6: Organisation		
Ansprechpartner & Autoren	Seite	82
Veröffentlichungen	Seite	91
Veröffentlichungen Fachliteratur	Seite Seite	
		98
Fachliteratur	Seite	98 102
Fachliteratur Service & Links	Seite Seite	98 102 103



VORWORT ZUM MEDIZINISCHEN JAHRESBERICHT 2006

DIPL.-VOLKSWIRT BERND SIEBER, VORSTAND KRAICHGAU-KLINIK AG PRIV.-DOZ. DR. JÜRGEN ENNKER, ÄRZTLICHER DIREKTOR HERZZENTRUM LAHR/BADEN

Als eine der ersten Kliniken hat das Herzzentrum Lahr/Baden seine Ergebnisse der Leistungsanalyse der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung auf 325 Seiten ins Internet (www.herz-lahr.de) eingestellt. Das Thema Gesundheit steht weiterhin hoch im Kurs der öffentlichen Wahrnehmung. Wir haben daher an unserer Klinik seit langem Strukturen für einen permanenten Verbesserungsprozess geschaffen – für die Transparenz und Weiterentwicklung der medizinischen Qualität ebenso wie für die Steigerung der Effizienz.

Seit 1996 legt das Herzzentrum Lahr/Baden zusätzlich zu Publikationen in wissenschaftlich anerkannten Fachzeitschriften bzw. einer Vielzahl von Buchveröffentlichungen regelmäßig einen medizinischen Jahresbericht vor, in dem wir unsere Leistungen und unsere Qualität transparent machen.

Wir tun dies in der Überzeugung, dass nur die offene Information unseren Patienten, den einweisenden Ärzten und der Öffentlichkeit die Möglichkeit gibt, verantwortliche Entscheidungen zu treffen. Sich selbst stets auf den Prüfstand zu stellen und Verbesserungen aktiv voranzubringen, ist, so glauben wir, ein Grundpfeiler für den Erfolg des Herzzentrums Lahr/Baden – gerade in einer Zeit, in der sich Gesundheitseinrichtungen kritischen Fragen an ihre Qualität sowie großen wirtschaftlichen Herausforderungen stellen müssen.

Unter den die Klinik tragenden aktuellen medizinischen Innovationen besonders hervorzuheben, ist die Etablierung der Bypass-Chirurgie am schlagenden Herzen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine, das so genannte OPCAB-Verfahren (Off-Pump-Coronary-Artery-Bypass), als Standard an unserem Haus. Mit einem Anteil von derzeit deutlich über 50 Prozent an den Bypass-Operationen ist das Herzzentrum Lahr/Baden deutschlandweit führend auf diesem Gebiet. Von dieser Kompetenz profitieren vor allem ältere und mehrfach erkrankte Patienten, die so unter Reduktion bzw. Vermeidung von belastenden Nebenwirkungen der Herz-Lungen-Maschine operiert werden können. Bei komplett arterieller Bypassversorgung ergibt sich eine überlegene Offenheitsrate mit entsprechendem Vorteil für den Patienten.

Zudem muss in diesem Zusammenhang die minimalinvasive, mittels einseitiger Thorakospie durchgeführte, herzchirurgische Ablation von Vorhofflimmmern



genannt werden, die wir ebenfalls 2006 einführten, nachdem die Ablation bei gleichzeitiger Herzchirurgie schon seit Jahren durchgeführt wird.

In der Kardiologie wurde die interventionelle Stent-Therapie von Carotis-Stenosen etabliert. Die Behandlung von Koronarstenosen mit medikamentenbeschichteten Stents erfolgt differenziert unter Berücksichtigung kritischer Berichte von möglichen Spätthrombosierungen. Das Behandlungsspektrum wurde im letzten Jahr um eine Pneumologische Abteilung erweitert. Durch den Erwerb eines dreidimensionalen Mappingsystems ist die elektrophysiologische Abteilung nunmehr in der Lage, auch hochkomplexe Ablationsverfahren – wie bei Vorhofflimmern – durchzuführen.

Die nachweisbare Qualität öffnet auch Türen zu internationalen Kooperationen. So hat das Herzzentrum Lahr/Baden 2006 durch die Gründung von Partnerschaften mit Einrichtungen und staatlichen Stellen im Kosovo und in Rumänien neue Wege beschritten, um die wirtschaftliche Basis der Klinik zu verbreitern und einen Beitrag für eine bessere Gesundheitsversorgung auf europäischer Ebene zu leisten. Dies gilt ebenfalls für die schon durch mehrfache, gegenseitige Besuche gekennzeichnte Kooperation mit dem Herzzentrum in Kemerovo, Sibirien.

Unsere Patienten kommen seit Jahren nicht nur aus der Region, sondern zu zwei Drittel aus weiter entfernten Teilen Deutschlands. Dass ihr Weg dabei auch an zahlreichen anderen Herzzentren vorbeiführt, werten wir als besonderen Vertrauensbeweis. Wir möchten Patienten und einweisenden Ärzten dafür unseren besonderen Dank aussprechen. Dank gilt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unseres Hauses, die mit ihrer engagierten Arbeit unsere Position als eines der führenden Herzzentren in Deutschland tragen und mitgestalten.

Das Herzzentrum Lahr/Baden besitzt einen hervorragenden Qualitätsstandard. Dies beruht unter anderem auf dem konsequenten Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN ISO 2000. Unser Haus war bundesweit das erste Herzzentrum mit einem zertifizierten QM-System über das gesamte Haus. Nach erfolgreich durchlaufenem unabhängigem Audit im Jahr 2006 haben wir erneut die Rezertifizierung erhalten.

Bernd Sieber

lürgen Ennker



INTERVIEW MIT DR. ERNST BRUCKENBERGER

Die isolierten Bypassoperationen haben 2006 bundesweit ein weiteres Mal merklich abgenommen, während die Kombinationseingriffe und die isolierte Klappenchirurgie zugenommen haben. Trifft dieser Trend auch für das Herzzentrum Lahr/Baden zu?

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker: Nach rund 808 isolierten Bypassoperationen 2005 konnten wir 2006 886 isolierte Bypassoperationen durchführen, also ein Zuwachs um mehr als 10%. Wir verzeichnen hier, auch aufgrund der weiter zunehmenden Zahl von Bypassoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine, einen gegenläufigen Trend. Im Hinblick auf die Bypasschirurgie am schlagenden Herzen sind wir sowohl numerisch als auch prozentual 2006 Nummer 1 in Deutschland. Kombinationseingriffe und die isolierte Klappenchirurige haben bei uns ebenfalls zugenommen.

Sehen Sie als Ursache dieses Rückganges den ständig zunehmenden Einsatz der Perkutanen Coronaren Intervention (PCI) oder gibt es dafür auch andere Erklärungen, beispielsweise das zunehmende Alter der Patienten?

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker: Als Ursache für den Anstieg unserer Zahlen in der isolierten Bypasschirurgie sehe ich in erster Linie die Chirurgie am schlagenden Herzen. Hier konnten wir perioperativ ein neurologisches Risiko, welches nahezu gegen Null geht, erarbeiten. Hinsichtlich der Zunahme von Kombinations- und Klappeneingriffen spielt selbstverständlich das zunehmende Alter der Patienten eine Rolle, aber auch die Erkenntnis der Kardiologen, dass man nicht bis zum letzten Tag mit einer Klappenoperation warten sollte, insbesondere angesichts der doch bei günstiger Ausgangslage hervorragenden operativen Ergebnisse.

Der Einsatz der Drug-eluting-Stents (DES) wird derzeit etwas kritischer beurteilt als im Rahmen der Euphoriestimmung der Vorjahre. Welche Beurteilungskriterien kommen im Herzzentrum Lahr/Baden zum Ansatz?

Prof. Dr. Eberhard von Hodenberg: Bei der Anwendung von medikamentenbeschichteten Stents (Drug eluting-Stents) kommt es nur noch zu einer sehr geringen Wiederverengungs-(Re-Stenose)Rate. Folglich kam es zu einem breiten Einsatz dieser modernen Stents, wie auch in unserem Zentrum. Allerdings wurde



im letzten Jahr an einem relativ kleinen Schweizer Patientenkollektiv nach Verwendung beschichteter Stents eine etwas vermehrte Akutverschlussrate mit der Folge häufigerer Herzinfarkte beobachtet. Dies führte natürlich zu einer Verunsicherung bei Patienten und Kardiologen. Große Studien- und Registerdaten konnten diese Beobachtung nicht eindeutig bestätigen, deshalb wurde auch von der wichtigen amerikanischen FDA-Behörde (Food and Drug-Administration) die weitere Verwendung der Drug-eluting-Stents nicht untersagt. Wir sind trotzdem mit dem Einsatz beschichteter Stents zurückhaltender geworden und beschränken uns jetzt auf Patienten mit sehr englumigen Gefäßen, langstreckigen Stenosen sowie Patienten mit hohem Re-Stenose-Risiko.

Ist davon auszugehen, dass der Einsatz moderner CT- und MRT-Techniken die Zahl der Linksherzkatheter-Untersuchungen reduzieren wird?

Prof. Dr. Eberhard von Hodenberg: Derzeit kann die Computertomographie- (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT)-Technik noch nicht die Koronarangiographie ersetzen. Die CT erlaubt keine genaue Bestimmung des Verengungsgrades von Koronargefäßen, wohl aber ist diese Methode gut zum sicheren Ausschluss einer KHK. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die CT eine deutlich höhere Strahlenbelastung im Vergleich zu einer Koronarangiographie hat. Bei einem Nachweis von Verengungen muss dann in der Regel doch zusätzlich eine Koronarangiographie durchgeführt werden um den genauen Stenose- (Verengungs-)Grad zu messen und ggf. eine Intervention durchzuführen. Die MRT-Technik ist eine Methode, mit der wir heute viele zusätzliche Informationen über funktionelle Störungen des Herzens erhalten. Derzeit kann allerdings die MRT-Technik die Linksherzkatheteruntersuchung nicht ersetzen.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kardiologen, Herzchirurgen, Radiologen und Anästhesisten zur Entscheidung über die beste Behandlungsstrategie auf der Basis von Leitlinien wird als Konzept für die Zukunft gehandelt. Wird das vom Herzzentrum Lahr/Baden ebenso gesehen?

Prof. Dr. Eberhard von Hodenberg: Die Nähe der Fachrichtungen unter einem Dach erlaubt natürlich einen engen Austausch untereinander. Wir besprechen jeden Morgen gemeinsam Patienten mit komplexen Befunden, um so ein optimales, leitliniegerechtes Therapiekonzept zum Wohle der Patienten festzulegen.

Wie löst das Herzzentrum Lahr/Baden unter Anwendung der Leitlinie für die Koronare Herzkrankheit den Interessenkonflikt zwischen dem besseren operativen Langzeitergebnis und dem schonenderen Einsatz der PCI im hohen und höchsten Alter?

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker: Wir haben uns hier schon frühzeitig mit Patienten, auch in der neunten Lebensdekade auseinandergesetzt und die speziellen Notwendigkeiten hinsichtlich eines operativen Erfolgs erarbeitet. Insbesondere das schonendere Vorgehen ohne Herz-Lungen-Maschine hat unser Indikationsspektrum zum operativen Vorgehen bei Bypassoperationen nochmals erweitert. Nichtsdestotrotz muss jede Indikation individuell unter Berücksichtigung des Patientenanliegens gesehen werden. Kardiologen und Herzchirurgen sitzen bei uns jeden Morgen zusammen und diskutieren die Patienten des Vortages anhand des Herzkatheterfilmes, so dass wir durch interdisziplinäre Fallerörterung das beste Ergebnis für die uns anvertrauten Patienten erarbeiten. Sollte für Patienten im höchsten Alter eine percutane Intervention möglich sein, so wird diese naturgemäß zunächst angestrebt um ein eventuell höheres operatives Risiko vom Patienten fernzuhalten.

Der Anteil der Diabetiker, die sich einer Herzoperation unterziehen, hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Wie hoch ist der Anteil im Herzzentrum Lahr/Baden und welche besonderen Maßnahmen werden für diese Patienten ergriffen?

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker: Wir haben diabetischen Patienten in unserer Klinik



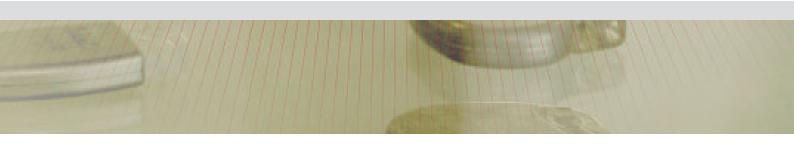
uns im letzten Jahr herausgegebenen Supplementband von Clinical Research in Cardiology zum Thema "Herzchirurgie und Diabetes mellitus". Herr Dr. Lauruschkat und Kollegen aus unserer Klinik haben in Circulation (Circulation 2005 Oct 18;112(16):2397-402) darüber publiziert; sie fanden heraus, dass allein 5 % unserer Patienten einen nicht diagnostizierten Diabetes mellitus aufwiesen. Der Anteil aller Patienten mit einem diagnostizierten Diabetes mellitus

immer besonderes Augenmerk geschenkt. Dies äußert sich auch durch den von

lation 2005 Oct 18;112(16):2397-402) darüber publiziert; sie fanden heraus, dass allein 5% unserer Patienten einen nicht diagnostizierten Diabetes mellitus aufwiesen. Der Anteil aller Patienten mit einem diagnostizierten Diabetes mellitus betrug im Jahr 2006 31%, hinzukomen die ca. 5% bei denen wir aufgrund des patholo-gischen Nüchtern – Blutzuckers eien Diabetes mellitus diagnostizierten. Diese Patienten werden speziell auch von diabetologisch geschulten Internisten behandelt. Wir legen größten Wert auf eine adäquate Einstellung des Blutzuckerhaushaltes. Dies ist insbesondere deswegen von großer Bedetung, weil ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus zu erheblichen Wundproblemen im Bereich der Wundheilung und des perioperativen Verlaufes führen kann.

Beeinflusst die demographische Entwicklung, d.h. die kurz- und mittelfristig unumkehrbare Überalterung der Patienten, die anästhesiologische Betreuung der Herzpatienten und die Operationstechniken?

Dr. Dr. Tejas Alexander: Natürlich wirkt sich der demographische Wandel, also die kurz- und mittelfristig irreversible Überalterung der Patienten, auf die anästhesiologische Betreuung der Herzpatienten und der Operationstechniken aus. Jüngste Vorausrechnungen er-gaben, dass sich die Zahl der Älteren allein in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2025 um 36% erhöht. Die Anzahl der Hochbetagten über 84 Jahre wird sich mehr als verdoppeln und im Jahr 2025 rund 421.000 betragen. Dies hat zur Folge, dass wir uns ebenfalls in den kommenden Jahren verstärkt an den Bedürfnissen der älteren Patienten orientieren müssen. Ältere bzw. hochbetagte Herzpatienten kommen mit verschiedenen Begleiterkrankungen zur Aufnahme. Ihr Metabolismus bzw. Stoffwechsel ist im Vergleich zu jüngeren Menschen niedriger. Die anästhesiologische Betreuung bzw. die Dosierung der Narkosemittel muss an diesen veränderten Stoffwechsel angepasst werden, um das chirurgische Ziel des Fast-Tracks (Frühextubation, Frühmobilisation, Frühre-



habilitation) zu erreichen. Daher versucht man, herzchirurgische Eingriffe mit der Herz-Lungen-Maschine zu umgehen und lieber die OPCAB-Methode anzuwenden. Die Einwirkung dieses Operationsverfahrens ist weniger gravierend auf den Kreislauf, die hämodynamische Stabilität kann leichter aufrechterhalten werden und perioperativ kommt es kaum zu einem neurologischen Defizit.

Mit welchen besonderen Maßnahmen begegnen Sie dem immer höher werdenden Alter Ihrer Patienten und der hierdurch entsprechend eingeschränkten operativen Belastbarkeit?

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker: Gerade der ältere Patient braucht eine präoperative Optimierung, perioperativ und postoperativ sind spezielle Kenntnisse und strukturelle Rahmenbedingungen notwendig. Es ist notwendig, den älteren Patienten länger intensiv zu betreuen. Die mit 35 Betten hohe Intensiv- und Intermediärkapazität unserer Klinik hilft uns hier besonders. Ein adäquater Pflegeschlüssel sowie Krankengymnastik, auch am Wochenende, tun ein Übriges. Nicht zuletzt das hohe Patientenaufkommen gerade in dieser Altersgruppe sichert die entsprechende "institutional experience" in diesem Bereich.

Bei den Bypassoperationen werden körpereigene Venen oder Arterien verwendet. Studien haben ergeben, dass arterielle Bypässe bessere Langzeitergebnisse zur Folge haben. Welchen Stellenwert hat der Einsatz der arteriellen Bypässe im Herzzentrum Lahr/Baden?

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker: Die arterielle Revaskularisation hat traditionell in unserer Klinik einen hohen Stellenwert. Wir waren hier seit Jahren Vorreiter auf diesem Gebiet. Konkrete, nachlesbare Zahlen haben wir über den BQS-Report 2006 in das Internet gestellt. Auf Seite 71 des BQS-Reports 2006 ist zu lesen Krankenhaus 2006 (Lahr) ITA links 90,7%, Gesamt (Bundesdurchschnitt) 2006 89,37%, ITA rechts 44%, Gesamt 12,84%.



Wie reagiert das Herzzentrum Lahr/Baden diagnostisch und therapeutisch auf die unterschiedlichen Symptome bei Herzerkrankungen zwischen Männern und Frauen?

Prof. Dr. Eberhard von Hodenberg: Wir achten darauf, dass die Symptome gerade bei Frauen nicht unterschätzt werden. Unser Vorgehen bei der Diagnose und Therapie von Herzerkrankungen unterscheidet sich allerdings nicht bei Frauen und Männern.

Durch welche Maßnahmen versuchen Sie die Zufriedenheit der Patienten zu steigern?

Michael Korn: Zufriedenheit hat mit Bestätigung von Erwartungen zu tun. Da wir wissen, dass unsere Patienten mit großen Erwartungen in unser Herzzentrum kommen, ist es das Ziel aller Mitarbeiter, diese Erwartungen zu erfüllen. Seit Jahren haben wir ein zertifiziertes Qualitätsmanagement, welches patientenorientierte Strukturen und Prozesse gewährleistet.

Bezogen auf die Ergebnisqualität ist unser Grundsatz: Qualität durch Qualifikation. Trotz verschärfter wirtschaftlicher Bedingungen setzen wir auf kontinuierliche Fortund Weiterbildung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Unser gemeinsames Ziel ist ein Höchstmaß an professioneller Qualität in Diagnostik, Therapie und Krankenpflege zu gewährleisten. Hierbei verlassen wir uns nicht nur auf die exzellente Fachkompetenz unserer Experten, sondern sehen uns ganz bewusst in der Verantwortung, unseren Patienten eine menschliche Atmosphäre zu bieten, in der sie sich mit ihren Ängsten, Nöten und Fragen gut und sicher aufgehoben fühlen. Durch verschiedene Patientenbefragungen bestätigt, wissen wir, dass unsere moderne Hightech-Medizin, gekoppelt mit unserer Hightouch-Atmosphäre, von unseren Patienten sehr positiv bewertet wird.

Unsere gemeinsame Überzeugung ist, nicht auf einem bestimmten Niveau stehen zu bleiben, sondern sich kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dazu gehört auch, bereit zu sein, von denjenigen zu lernen, um die es in einem Krankenhaus primär geht – von den Patienten.

Der ökonomische Druck, dem die Krankenhäuser ausgesetzt sind, führt unter anderem zur Forderung nach Zentralisierung der Intensiveinheiten (Flussprinzip). Dies betrifft auch die Zuständigkeit für die herzchirurgische Intensivstation, die bislang überwiegend von den Herzchirurgen geführt wird. Wie wird dieses Problem im Herzzentrum Lahr/Baden gelöst?

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker: Da wir hier ein spezialisiertes Herzzentrum sind (mit der Herzchirurgie als alleiniger operativer Einheit) ist unsere Intensivstation per se schon zentralisiert. Die Zuständigkeit liegt aus gutem Grund im Rahmen der Herzchirurgie, da man Verantwortung für den frisch Operierten als zuständiger Operateur nicht an der Tür zur Intensivstation abgeben kann. Nicht zuletzt die geringe Zahl an Schadensfällen und Regressen in unserer Klinik im Vergleich zu anderen Einheiten spiegelt die Sinnhaftigkeit einer durchgehenden, einheitlichen Verantwortung für herzchirurgische Patienten wider. Dies schließt aber nicht aus, dass unsere herzchirurgischen Patienten von anästhesiologischen und internistischen Intensivärzten umfassend mitbetreut werden.

Die Bildung von Klinikketten mit mehreren Herzzentren (Rhön-Klinikum, Sana) oder die Kooperation von mehreren Herzzentren aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung nimmt zu. Damit wächst der Einfluss auf die Patientensteuerung. Die Marktsituation "isolierter" Herzzentren wird schwieriger: Welche Strategien beabsichtigt hier das Herzzentrum Lahr/Baden? Dipl.-Volkswirt Bernd Sieber: Das Herzzentrum Lahr/Baden kooperiert bereits seit seiner Gründung eng mit den Kliniken des Ortenaukreises, einem großen kommunalen Klinikenverbund. Darüber hinaus ist das Herzzentrum Lahr/Baden seit fünf Jahren im Verbund der Sana Kliniken Gesellschaft. Da die Sana Kliniken Gesellschaft im Bereich der Herzmedizin einen Schwerpunkt hat, bestehen enge Kontakte zu den anderen Herzzentren im Verbund (München, Dresden, Cottbus, Hamburg, Stuttgart, Bad Oeynhausen). Es finden regelmäßige Treffen statt, innerhalb derer mit großer Offenheit Leistungen und Kosten miteinander verglichen werden. Im Bereich des Qualitätsmanagements war unser Herzzentrum Lahr/Baden allerdings von Beginn an führend. So können auch die anderen Herz-



zentren von unserem Haus profitieren. Unstrittig ist, dass ein isoliertes Haus nicht die Skalenerträge generieren könnte, die ein großer Verbund bietet. Insofern haben wir unser Haus in den letzten Jahren ganz nach dem Grundsatz weiterentwickelt, dass wir vieles in die Kooperation hineingegeben haben, vieles vom Verbund profitiert haben, aber dabei stets unsere eigene, sehr erfolgreiche Identität bewahrt haben.

Seit 01.01.2007 gibt es durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz verbesserte Möglichkeiten bei der Bildung sektorenübergreifender Angebotsstrukturen. Beabsichtigt das Herzzentrum Lahr/Baden davon Gebrauch zu machen?

Dipl.-Volkswirt Bernd Sieber: Die bisherigen Ansätze "neuer" Versorgungsformen beschränkten sich im Wesentlichen auf Modelle der integrierten Versorgung oder vielmehr Modelle der integrierten Vergütung. Dies war für ein Haus, welches zu einem Verbund gehört, der sowohl Akut- als auch Rehabilitationsangebote im Portfolio hat, durchaus interessant.

Sektorenübergreifende Modelle waren hierdurch jedoch nicht erreicht worden. Durch die deutliche Spezialisierung auf die Bereiche der Kardiologie und Kardiochirurgie sind die Möglichkeiten, die beispielsweise Medizinische Versorgungszentren (MVZ) bieten, etwas geringer ausgeprägt, als bei Krankenhäusern, die mehrere Disziplinen bieten. Allerdings planen wir gegenwärtig die Errichtung eines Facharztzentrums auf unserem Grundstück, wonach wir eine enge Verzahnung mit niedergelassenen Ärzten realisieren können. Ganz gezielt wollen wir dabei mit medizinisch kompatiblen Fachbereichen zusammenarbeiten und gezielte Synergien nutzen, wie z.B. die gemeinsame Nutzung von Großgeräten (CT, MRT) oder auch die Vermietung von OP-Kapazitäten.



In der Gesundheitspolitik wird die integrierte Versorgung als Regelversorgung angestrebt. Ist eine flächendeckende integrierte Versorgung von Herzkrankheiten für das Herzzentrum Lahr/Baden ein erstrebenswertes Ziel?

Dipl.-Volkswirt Bernd Sieber: Die bisherigen Modelle der integrierten Versorgung waren "Ableger" der alten "Komplexpauschalen", deren Hauptaugenmerk auf der Vergütungsseite lag. Flächendeckende integrierte Versorgungen gibt es bisher ausgesprochen selten. Nah im Umfeld des Herzzentrums Lahr/Baden gibt es ein interessantes und innovatives Modell einer flächendeckenden integrierten Versorgung. Die "Gesundes Kinzigtal GmbH", so der Name des Modells, welches in unmittelbarer Nähe zu unserem Herzzentrum entstanden ist, zeigt, dass es funktionierende Modelle bereits gibt. Gerade der zeitkritische Bereich der Erkrankungen im Herz-Kreislauf-Bereich legt nahe, dass hier eine flächendeckende integrierte Versorgung mit klaren Strukturen und Abläufen, bei der ein Patient zum richtigen Zeitpunkt die richtige Versorgung bekommt, sehr sinnvoll und notwendig ist.

Baden-Württemberg liegt bei der altersbereinigten Krankenhaushäufigkeit, der Zahl der Linksherzkatheteruntersuchungen, der PCI, der Herzoperationen und der Sterbeziffer unter dem jeweiligen Bundesdurchschnittswert und hält den Spitzenplatz im Länderranking. Haben Sie dafür eine Erklärung? Prof. Dr. Eberhard von Hodenberg: Baden-Württemberg hat eine hohe Lebensqualität, im Vergleich zu anderen Ländern wahrscheinlich auch eine geringere Umweltbelastung. Diese Faktoren könnten mitverantwortlich sein für eine hohe Lebenserwartung in diesem Land. Die niedrigere (aber trotzdem noch hohe!) Zahl von Linksherzkatheteruntersuchungen, Koronareingriffen oder Herzoperationen spricht vielleicht eher für eine gewissenhafte Indikationsstellung, dies muss nicht eine medizinische Unterversorgung bedeuten.



Hat das Herzzentrum Lahr/Baden Anlass, der endgültigen Einführung des Fallpauschalensystems nach dem Ende der Konvergenzphase im Jahre 2009 optimistisch entgegenzusehen?

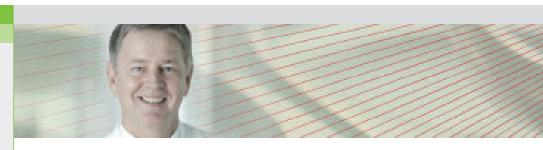
Dipl.-Volkswirt Bernd Sieber: Herzzentren haben mit ihren indikationsimmanent hochspezialisierten und komplexen Eingriffen bei Eintritt in die Konvergenzphase landauf, landab deutlich über dem kalkulierten landeseinheitlichen Fallwert gelegen und mussten entsprechend kritisch in die Zukunft sehen. Daran haben auch die sich im Rahmen des "lernenden Systems" verändernden Punktwerte nicht viel geändert. Das Herzzentrum Lahr/Baden nutzt die Konvergenzphase – ganz im Sinne des Gesetzgebers – um in dieser Zeit notwendige Anpassungsmaßnahmen vorzunehmen. Dies bedeutet konkret, die Kosten der zukünftigen Vergütung anzupassen. Auf der anderen Seite sehen wir den Hauptschwerpunkt unserer Aktivitäten in der Sicherung unserer Erlöse. Als hochspezialisiertes Herzzentrum, das aufgrund seiner großen Transparenz und seiner konsequenten Ausrichtung auf ein gelebtes Qualitätsmanagement über einen weit überregional hervorragenden Ruf verfügt, brauchen wir uns um die Nachfrage unserer Zuweiser keine Sorgen machen. Wir werden unsere Qualitätsoffensive weiter verstärken, sodass die zuweisenden Ärzte und die von uns behandelten Patienten auch in Zukunft mitunter auch weite Wege in Kauf nehmen werden, um in unser Herzzentrum nach Lahr zu kommen.





Qualitätssicherung Herzchirurgie Ergebnisqualität Herzchirurgie Therapiefortschritte OPCAB Operative Eingriffe 2006 Rekonstruktion vordere Brustwand Freestyle Bioprothese Herzchirurgisches Reporting Mitralklappenrekonstruktion Zusammenarbeit Steinbeis Universität Trikuspidalklappenrekonstruktion Gerinnung nach Koronarintervention Interdisziplinäre Versorgung Chirurgische Therapie Vorhofflimmern

Rotationsplan



Qualitätssicherung Herzchirurgie

PRIV.-DOZ. DR. JÜRGEN ENNKER, ÄRZTLICHER DIREKTOR

Der vollständige Datensatz ist auf unserer Homepage nachzulesen.

Wir nehmen wie alle anderen herzchirurgischen Kliniken neben der Leistungserfassung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie an der Qualitätssicherung Herzchirurgie der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) teil. Aktuell sind die Daten für das Verfahrensjahr 2006 für 75.234 Patienten aus 78 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.

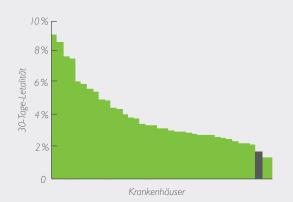
Die BQS führt weiter aus: "... darüber hinaus dokumentierte sonstige Operationen wurden aus den jeweiligen Grundgesamtheiten ausgeschlossen, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleisten zu können. Dadurch können sich Differenzen zwischen der Anzahl der an die BQS übermittelten und der Anzahl der ausgewerteten Datensätze ergeben".

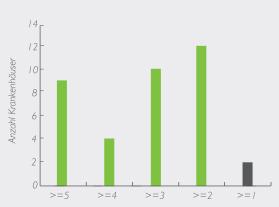
Ein fairer Vergleich zwischen den Kliniken fordert zum Einen eine akkurate Risikoadjustierung, zum Anderen eine vollständige Nachbeobachtung der Patienten. Durch Datenexportdifferenzen konnte 2006 kein vollständiger Export und keine vollständige Risikoadjustierung aller Fälle erreicht werden, während unsere Follow-up Rate wie in den Jahren zuvor wieder 100 % beträgt. Hierdurch kann es zu unterschiedlichen Ergebnissen im BQS Report und dem Jahresbericht kommen. Hinzu kommen unterschiedliche Datendefinitionen, so werden 2. oder 3. Eingriffe (Reoperationen) bei uns im Jahresbericht getrennt aufgeführt, während sie im BQS Report dazugerechnet werden. Die hier im Jahresbericht wiedergegebenen Ergebnisse (siehe Operative Eingriffe 2006) stellen die Endversion unserer vollständig analysierten Datensätze dar.

Die folgenden Daten und Abbildungen stellen einen Auszug aus dem BQS – Report 2006 dar. Es wird ein Vergleich der risikoadjustierten Ergebnisse zwischen solchen Kliniken, welche eine ausreichende 30-Tage-Letalität ermitteln konnten (38 von 78), durchgeführt. Nur die Fälle, die aufgrund der Datenlage EuroSCORE adjustiert werden konnten, wurden ausgewertet.

Koronarchirurgie, isoliert, Qualitätsindikator 5:
Letalität/In-Hospital-Letalität nach logist. EuroSCORE:
Follow-up-Rate: bek. Status am 30. postop. Tag: HZLB: 806/806 (100%), Gesamt: 35.490/47.191 (75,21%); Pat., deren Status am 30. postop. Tag bekannt ist:
Gruppe 1: HZLB 806/806 (100%), Gesamt: 26.453/26.635 (99,32%)
Pat. mit vollständ. Dokument. zum EuroSCORE: Gruppe 2: HZLB 689/806 (85,5%), Gesamt 25.493/26.456 (96,37%)
Beobachtete 30-Tage-Letalität: Gruppe 1: HZLB: 13/806 (1,6%), Gesamt: 958/26.453 (3,62%); Gruppe 2: HZLB: 45/689 (1,7%), Gesamt: 913/25.493 (3,58%)

Die schwarz gekennzeichneten Flächen spiegeln die Position des Herzzentrums Lahr/Baden (HZLB).





Herz-. Thorax- & Gefässchirurgie

Qualitätssicherung Herzchirurgie

Ergebnisqualität Herzchirurgie

Therapiefortschritte OPCAB

Operative Eingriffe 2006

Rekonstruktion vordere Brustwand

Freestyle Bioprothese

Herzchirurgisches Reporting

Mitralklappenrekonstruktion

Zusammenarbeit Steinbeis Universität

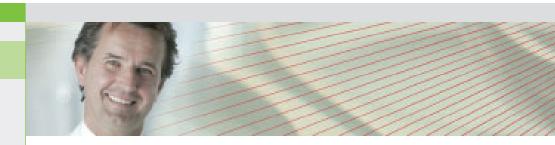
Trikuspidalklappenrekonstruktion

Gerinnung nach Koronarintervention

Interdisziplinäre Versorgung

CHIRURGISCHE THERAPIE VORHOFFLIMMERN

Rotationsplan



Ergebnisqualität, Wirtschaftlichkeit und medizinische Einflussanalysen

DR. PETER KRAEMER, ABTEILUNGSLEITER, OBERARZT

Das Medizincontrolling ist die Nahtstelle zwischen Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit sowie den notwendigen medizinischen Einflussanalysen.

Das Medizincontrolling versteht sich als Nahtstelle zwischen medizinischen und betriebswirtschaftlichen Interessen. Als wesentliche Instrumente zur Unterstützung aller notwendigen Krankenhausprozesse dienen dabei die Überwachung der Ergebnisqualität und der Wirtschaftlichkeit mit der Unterstützung von zielgerichteter Planung und Steuerung. Es besteht eine enge Verzahnung zwischen dem Medizin- und dem Finanzcontrolling. So lassen sich Leistungen- oder Kostensteuerungen nicht voneinander trennen. Hier wären zum Beispiel DRG-Analysen, DRG-Kalkulationen, die Erlössteuerung, das Berichtswesen, Kennzahlensysteme, das Investitionsmanagement oder auch strategische Angebotsplanungen zu nennen.

Neben den klassischen Aufgaben des operativen Controllings können weitere zusätzliche Aufgaben im strategischen Bereich beschrieben werden. Hier sind unter anderem die Kalkulationen neuer medizinischer Behandlungsformen, Trendanalysen, die Unterstützung bei der medizinischen Leistungsplanung, Strukturanalysen, Projektarbeiten oder auch Benchmarkanalysen angesiedelt. Qualitätsziele sind eng verbunden mit der Benennung von Kennzahlen, um die Wirksamkeit und Effizienz von Leistungsparametern nachweisen zu können. Von jeder Kennzahl lassen sich weitere ableiten, Kennzahlen lassen sich dabei verdichten und detailliert darstellen (unterschiedliche Aggregationsstufen). In Zusammenarbeit mit der herzchirurgischen Abteilung war es dabei wichtig, aus der Daten- und der Dokumentationsflut einen effizienten Informationsgewinn herauszufiltern. So konnten im Rahmen der regelmäßig anfallenden Apotheken- oder Sachkostenanalysen auf dem Boden der Paretoanalysen die wichtigsten Finanztreiber analysiert, nach indikationsspezifischen oder abteilungsspezifischen Gesichtspunkten geclustert und in einem monatlichen Reporting dargestellt werden. Über diese Ergebnisse kommt es dann zur Verbesserung von Ablaufstrukturen oder ganzer Ablaufprozesse. Im weiteren Verlauf gilt es, die Umsetzung und die Wirksamkeit dieser Verbesserungsmaßnahmen zu überwachen.



THERAPIEFORTSCHRITTE OPCAB

DR. ALEXANDER ALBERT, OBERARZT

Bypassoperationen am schlagenden Herzen (OPCAB = Off-Pump-Coronary-Artery-Surgery) und Bypassoperationen unter Verwendung ausschließlich arterieller Bypässe (TAR – Total Arterielle Revaskularisation) sind beides Markenzeichen der Herzchirurgie im Herzzentrum Lahr/Baden geworden.

Im Abteilungsdurchschnitt werden derzeit 60% der Bypassoperationen ohne Verwendung der Herz-Lungen-Maschine durchgeführt (s. Abbildung). Es zeigte sich im Jahr 2006 auch eine Ausbreitung des OPCAB-Verfahrens von wenigen spezialisierten Chirurgen, welche das OPCAB-Verfahren bei nahezu 100% ihrer Patienten anbieten können, auf nun alle Chirurgen der Abteilung. Mit 426 Operationen im Jahr 2006 führte das Herzzentrum Lahr/Baden die meisten OPCAB-Operationen in Deutschland durch.

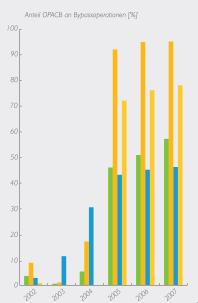
Es ist unser erklärtes Ziel, die Chancen, die sich aus der Vermeidung der Herz-Lungen-Maschine für die Patienten ergeben, konsequent zu nutzen (s. Jahresbericht 2004). Mit dem völligen Ausbleiben von Schlaganfällen nach den OPCAB-Operationen in den Jahren 2005 und 2006, sind wir dem Hauptziel, der Reduktion von postoperativen neurologischen Störungen, entscheidend näher gekommen. Dieses Ergebnis führen wir auf eine komplette Vermeidung von Manipulationen an der Hauptschlagader bei nahezu allen OPCAB-Operationen zurück (sog. "No Touch"-Technik, s. Jahresbericht 2005; S25: "OPCAB", oder S28: "Arterielle Revaskularisation").

Auch die anderen Qualitätsparameter der Bypassoperationen wie Letalität, die Inzidenzen von postoperativem Nierenversagen, Herzinfarkten oder der Anteil der arteriellen Revaskularisation wurden im Jahr 2006 unseren hohen Ansprüchen, die wir an die Bypassoperation stellen, gerecht und liegen im bundesweiten

Vergleich im Spitzenbereich. Von diesen wurde in nur 30% eine Beinvene verwendet, sämtliche Bypässe wurden mit beiden Brustwandarterien durchgeführt.

OPCAB: Ø Abteilung
OPCAB: Einzelne Chirurgen
TAR mit BIMA: Ø Abteilung
TAR mit BIMA: Einzelne Chirurger

Bypassoperationen unter Vermeidung der Herz-Lungen-Maschine, in Kombination mit der arteriellen Revaskularisation haben sich als ein Standard-Verfahren im Herzzentrum Lahr / Baden etabliert, welches nun nahezu allen Patienten angeboten werden kann. Im Jahr 2006 erreichten wir eine wesentliche Reduktion neurologischer Störungen gegenüber den konventionellen Bypassoperationen.

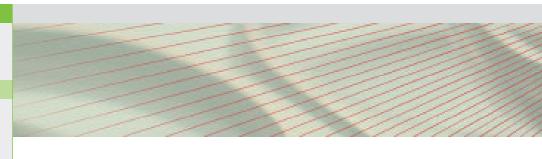


Herz-. Thorax- & Gefässchirurgie

Qualitätssicherung Herzchirurgie Ergebnisqualität Herzchirurgie Therapiefortschritte OPCAB

Operative Eingriffe 2006

Rekonstruktion vordere Brustwand Freestyle Bioprothese
Herzchirurgisches Reporting
Mitralklappenrekonstruktion
Zusammenarbeit Steinbeis Universität
Trikuspidalklappenrekonstruktion
Gerinnung nach Koronarintervention
Interdisziplinäre Versorgung
Chirurgische Therapie Vorhofflimmern
Rotationsplan



OPERATIVE EINGRIFFE 2006

	ALLE E	INGRIFF	E/30 TA	GE POS	TOPERA	TIV	
Altersgruppe (Jahre)	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	>=80	Gesamt
ACVB	l	30	59	136	1 4 7	29	402
Letalität % 30d (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	2.2 (3)	3.4 (5)	3.4(1)	2.2 (9)
OPCAB	3	29	90	139	1 44	22	427
Letalität % 30d (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.7 (1)	3.5 (5)	0.0 (0)	1.4 (6)
AKE	6	1 I	18	68	79	39	22 l
Letalität % 30d (n)	16.7(1)	0.0 (0)	0.0 (0)	2.9 (2)	2.5 (2)	7.7 (3)	3.6 (8)
AKE + ACVB	0	0	9	44	89	34	176
Letalität % 30d (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	22.2 (2)	0.0 (0)	1.1 (1)	14.7 (5)	4.5 (8)
MKE	0	l	6	3	6	2	18
Letalität % 30d (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	16.7(1)	0.0 (0)	5.6(1)
MKE + ACVB Letalität % 30d (n)	l 100.0 (1)	0 0.0 (0)	l 100.0(1)	100.0(1)	5 0.0 (0)	l 0.0 (0)	9 33.3 (3)
MKR	0	7	16	15	15	l	54
Letalität % 30d (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
MKR + ACVB	0	0	3	8	16	3	30
Letalität % 30d (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	12.5 (1)	12.5 (2)	0.0 (0)	10.0 (3)
AKE + (MKE oder MKR)	0	6	6	4	1 4	3	33
Letalität % 30d (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	33.3(1)	3.0(1)
Re-ACVB	0	0	2	12	6	0	20
Letalität % 30d (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	16.7 (2)	0.0 (0)	0.0 (0)	
Re-Klappen	2	4	0	2	18	6	32
Letalität % 30d (n)	0.0 (0)	25.0(1)	0.0 (0)	0.0 (0)	5.6 (1)	0.0 (0)	6.2 (2)
Ventrikelaneurysma	l	l	3	2	l	0	8
Letalität % 30d (n)	0.0 (0)	0.0 (0)	33.3(1)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	12.5 (1)
Aortenchirurgie	7	5	15	30	22	l	80
Letalität % 30d (n)	14.3 (1)	20.0(1)	0.0 (0)	3.3(1)	0.0 (0)	0.0 (0)	3.8 (3)
Sonstiges	2	l	9	14	29	1 I	66
Letalität % 30d (n)	0.0 (0)	0.0 (0)		0.0 (0)	6.9 (2)	0.0 (0)	4.5 (3)
Gesamt	23	95	237	478	591	152	1576
Letalität % 30d (n)	13.0 (3)	2.1 (2)	2.1 (5)	2.3 (11)	3.2 (19)	6.6 (10)	3.2 (50)

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

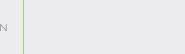
Notfalleingriff Eingriff innerhalb von 24 Stunden nach Herzkatheter

Dringlicher Eingriff Eingriff innerhalb von 14 Tagen

Elektiv-Eingriff Spätere Eingriffe

Letalität Hospital-Letalität (wie DGHT – Leistungsstatistik)

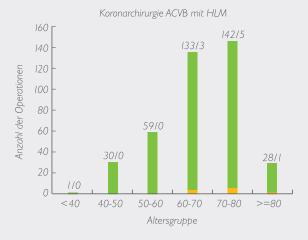
Qualitätssicherung Herzchirurgie Ergebnisqualität Herzchirurgie Therapiefortschritte OPCAB Operative Eingriffe 2006 Rekonstruktion vordere Brustwand Freestyle Bioprothese Herzchirurgisches Reporting Mitralklappenrekonstruktion Zusammenarbeit Steinbeis Universität Trikuspidalklappenrekonstruktion Gerinnung nach Koronarintervention Interdisziplinäre Versorgung Chirurgische Therapie Vorhofflimmern Rotationsplan

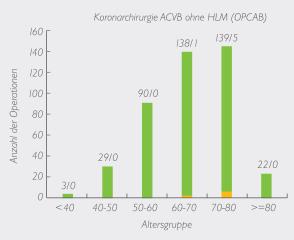


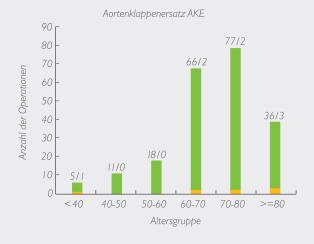
OPERATIVE EINGRIFFE 2006

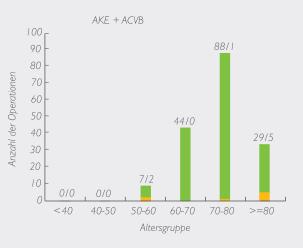
30 Tage Letalität in Abhängigkeit von Altersgruppen und nach Operations-Typ



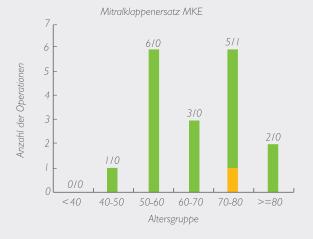


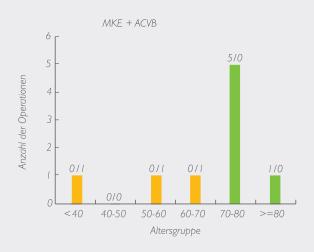


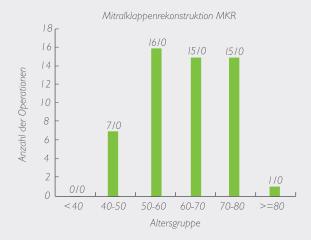


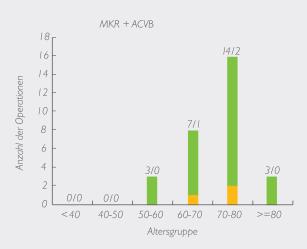


Datenquelle: Qualitätssicherung, Datendefinition: Dr. A. Albert, Statistik: B. Arnrich, PD Dr. J. Walter





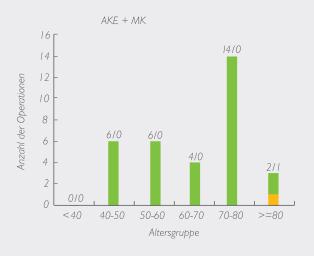


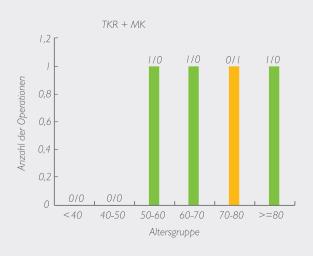


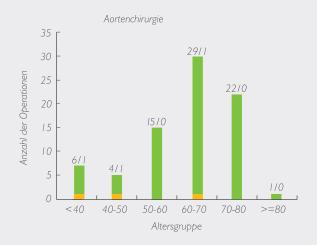
HERZ-, THORAX- & GEFÄSSCHIRURGIE QUALITÄTSSICHERUNG HERZCHIRURGIE ERGEBNISQUALITÄT HERZCHIRURGIE THERAPIEFORTSCHRITTE OPCAB OPERATIVE EINGRIFFE 2006 REKONSTRUKTION VORDERE BRUSTWAND FREESTYLE BIOPROTHESE HERZCHIRURGISCHES REPORTING MITRALKLAPPENREKONSTRUKTION ZUSAMMENARBEIT STEINBEIS UNIVERSITÄT TRIKUSPIDALKLAPPENREKONSTRUKTION GERINNUNG NACH KORONARINTERVENTION INTERDISZIPLINÄRE VERSORGUNG CHIRURGISCHE THERAPIE VORHOFFLIMMERN ROTATIONSPLAN

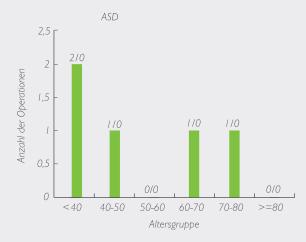
OPERATIVE EINGRIFFE 2006

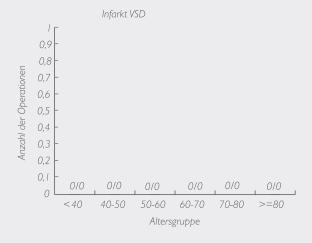
30 Tage Letalität in Abhängigkeit von Altersgruppen und nach Operations-Typ

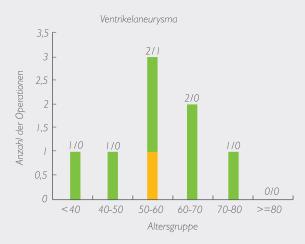


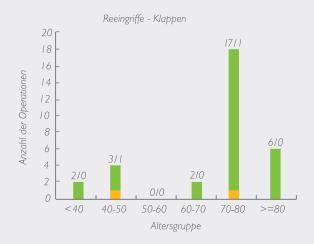


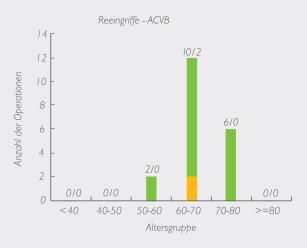




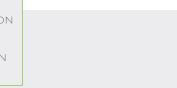








Herz-, thorax- & Gefässchirurgie Qualitätssicherung Herzchirurgie Ergebnisqualität Herzchirurgie Therapiefortschritte OPCAB Operative Eingriffe 2006 Rekonstruktion vordere Brustwand Freestyle Bioprothese Herzchirurgisches Reporting Mitralklappenrekonstruktion Zusammenarbeit Steinbeis Universität Trikuspidalklappenrekonstruktion Gerinnung nach Koronarintervention Interdisziplinäre Versorgung Chirurgische Therapie Vorhofflimmern Rotationsplan



OPERATIVE EINGRIFFE 2006

OPERATIONEN NACH JAHR UND TYP



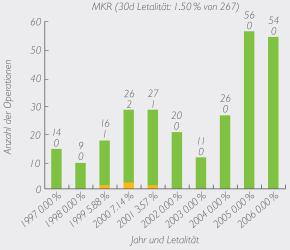












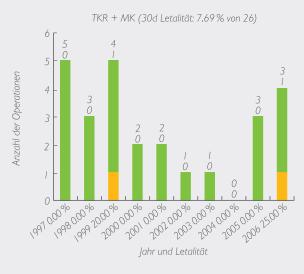


HERZ-, THORAX- & GEFÄSSCHIRURGIE QUALITÄTSSICHERUNG HERZCHIRURGIE ERGEBNISQUALITÄT HERZCHIRURGIE THERAPIEFORTSCHRITTE OPCAB OPERATIVE EINGRIFFE 2006 REKONSTRUKTION VORDERE BRUSTWAND FREESTYLE BIOPROTHESE HERZCHIRURGISCHES REPORTING MITRALKLAPPENREKONSTRUKTION ZUSAMMENARBEIT STEINBEIS UNIVERSITÄT TRIKUSPIDALKLAPPENREKONSTRUKTION GERINNUNG NACH KORONARINTERVENTION INTERDISZIPLINÄRE VERSORGUNG CHIRURGISCHE THERAPIE VORHOFFLIMMERN ROTATIONSPLAN

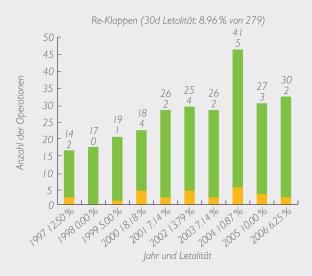
OPERATIVE EINGRIFFE 2006

OPERATIONEN NACH JAHR UND TYP

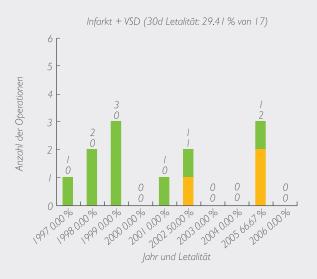


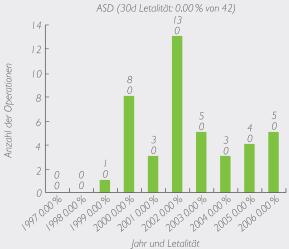












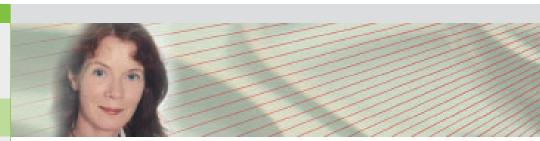


Herz-, thorax- & Gefässchirurgie

Qualitätssicherung Herzchirurgie Ergebnisqualität Herzchirurgie Therapiefortschritte OPCAB Operative Eingriffe 2006

Rekonstruktion vordere Brustwand Freestyle Bioprothese

Herzchirurgisches Reporting
Mitralklappenrekonstruktion
Zusammenarbeit Steinbeis Universität
Trikuspidalklappenrekonstruktion
Gerinnung nach Koronarintervention
Interdisziplinäre Versorgung
Chirurgische Therapie Vorhofflimmern
Rotationsplan



REKONSTRUKTION DER VORDEREN BRUSTWAND

Dr. Ina Carolin Ennker, Oberärztin

Mit der plastischen Rekonstruktion der vorderen Brustwand nach Mediastinitis und / oder Osteomyelitis mittels Muskulus Pektoralisplastik steht an unserer Klinik ein sicheres Therapieverfahren für ein schwerstkrankes Patientengut zur Verfügung.

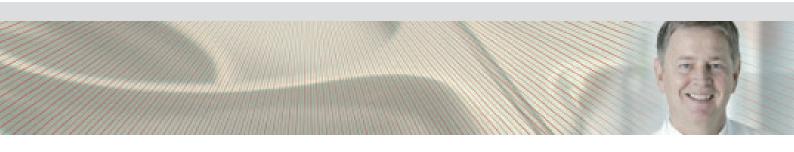
Rekonstruktionen mit Lappenplastiken sind indiziert, wenn eine Defektdeckung mit stabilem, gut durchblutetem Gewebe erforderlich ist. Im eigenen Krankengut wird der Eingriff erforderlich nach mit einem Weichteildefekt ausgeheilter Mediastinitis und / oder Sternumosteomyelitis. Diese postoperative Komplikation stellt ein schweres Krankheitsbild dar und verursacht einen deutlichen Anstieg von Mortalität und Morbidität. Spezielle Risikofaktoren hierfür sind Übergewicht, Diabetes mellitus, Immunsuppression, Operationstechnik und Operationsverlauf sowie Notfalloperationen. Die hauptsächlichen Erreger sind Staph. aureus, Staph. epidermis, Enterokokken und Pseudomonaden.

Ziele der Rekonstruktion: Debridement des infizierten und nekrotisierten Materials, Deckung vitaler Strukturen, Wiederherstellung der Funktionalität, Stabilisierung des Skelettanteils, Verschluss leerer Körpervolumina, Berücksichtigung ästhetischer Aspekte.

Die meisten vorderen Brustwanddefekte lassen sich mit ortsständigem muskulokutanem Gewebe therapieren. Bei infektbedingten Defekten nach Sternotomie ist der Muskulus pektoralis am besten geeignet.

Unbedingte Voraussetzung zum Gelingen der plastischen Rekonstruktion ist ein radikales chirurgisches Debridement. Die Entfernung der Drahtcerclagen ist obligat, eine Reverdrahtung in Abhängigkeit vom zeitlichen Abstand zur Herzoperation großzügig zu erwägen. Wird auf eine Restabilisierung des knöchernen Thorax verzichtet, muss eine ausreichende Bindegewebsplatte unterhalb des Sternums vorhanden sein, um eine Verletzung des Herzens durch das scharfkantige Sternum auszuschließen.

Im Jahr 2006 konnten 17 Patienten mittels einer Muskulus Pektoralisplastik erfolgreich behandelt werden. Bei den Patienten zeigten sich keine zusätzlichen Lungenfunktionsstörungen, die Funktion der oberen Extremität war nicht eingeschränkt, die Stabilität des Brustkorbes war gegeben und es konnte ein kosmetisch zufriedenstellendes Ergebnis erzielt werden. Die Patienten konnten im Schnitt 12 Tage nach dem Eingriff die Klinik verlassen. Mit dieser plastischen Operationstechnik steht eine sichere Therapieform für ein schwerstkrankes Patientengut an unserer Klinik zur Verfügung.



Weltweit grösste Implantationsserie der Freestyle Bioprothese

PRIV.-DOZ. DR. JÜRGEN ENNKER, ÄRZTLICHER DIREKTOR

Im September 2006 erreichten wir im Herzzentrum Lahr/Baden die weltweit höchste Zahl an Implantationen der Medtronic Freestyle Bioprothese. Diese gerüstlose Klappe, die wir seit April 1996 einsetzen, wurde mittlerweile über 1.400 Mal in unserer Klinik implantiert.

Gerüstlose Bioprothesen verfügen bei vergleichbarem Außendurchmesser über einen größeren Innendurchmesser, sodass höhere Klappengrößen zum Wohle des Patienten implantiert werden können.

Eine nach Ablauf eines Beobachtungszeitraumes von 10 Jahren abgeschlossene Nachuntersuchung von 1.014 in unserer Klinik operierten Patienten zeigt auch ein hervorragendes Langzeitergebnis dieses von uns bevorzugten Klappentyps, der im Gegensatz zu gerüsteten Bioprothesen auch initial kein Marcumar benötigt. Als vollständiger Aortenwurzelzylinder eingesetzt, ist es möglich, mit der Freestyle-Prothese auch Aufweitungen der Aortenbasis, sogenannte Bulbusaneurysmen, und Ascendensaneurysmen, dann auch mit zusätzlicher Implantation einer Prothese oberhalb der implantierten Klappe zu ersetzen. Durch dieses operative Vorgehen, welches wir mittlerweile bei 72 Patienten eingesetzt haben, ist es möglich, einen so genannten mechanischen Compositersatz, der zu einer lebenslangen Antikoagulation führt, den Patienten zu ersparen. Mittlerweile wurde bei über 250 Patienten ein kompletter Wurzelersatz durchgeführt. Eine Auswertung erbrachte, dass ein kompletter Wurzelersatz nicht das perioperative Risiko des Patienten erhöht, zudem ist der Drucksprung über der Klappe geringer, weil eine größere Klappe implantiert werden kann. Eine Analyse hinsichtlich der Lebensqualität im Follow-up zeigte Werte, die ähnlich waren wie in der allgemeinen deutschen Bevölkerung und zeigte insbesondere auch keinen Unterschied im Hinblick auf die verschiedenen Implantationstechniken. Eine Auswertung der Literatur und unserer Patienten ergab eine geringere Re-Operationsrate im Vergleich zu gestenteten Bioprothesen. Aufgrund guter Ergebnisse im Langzeiteinsatz setzen wir diese Klappe zunehmend auch bei jüngeren Patienten unter 70 Jahren mit großem Erfolg ein.

Als Anerkennung für die weltgrößte Implantationsserie bei Freestyle-Klappen erhielt das Herzzentrum Lahr/Baden eine Trophäe.

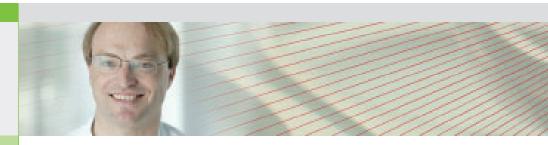
Im Jahr 2006 erhielten knapp 80% aller Patienten mit biologischem Klappenersatz eine gerüstlose Prothese in unserer Klinik.

Herz-, thorax- & Gefässchirurgie

Qualitätssicherung Herzchirurgie Ergebnisqualität Herzchirurgie Therapiefortschritte OPCAB Operative Eingriffe 2006 Rekonstruktion vordere Brustwand Freestyle Bioprothese

HERZCHIRURGISCHES REPORTING

Mitralklappenrekonstruktion
Zusammenarbeit Steinbeis Universität
Trikuspidalklappenrekonstruktion
Gerinnung nach Koronarintervention
Interdisziplinäre Versorgung
Chirurgische Therapie Vorhofflimmern
Rotationsplan



HERZCHIRURGISCHES REPORTING

DR. ALEXANDER ALBERT, OBERARZT

Eine im Herzzentrum Lahr/Baden seit Jahren auf den Prinzipien Datenvielfalt, Risikoadjustierung und Nachbeobachtung des Patienten aufbauende, interne Qualitätskontrolle wird seit 2006 zu einem systematischen "Herzchirurgischen Reporting" aufgebaut, welches alle relevanten Qualitätsindikatoren, risikoadjustiert, in kurzen Zeitabständen referiert.

Im Herzzentrum Lahr/Baden wird seit mehr als 10 Jahren eine klinikinterne Qualitätskontrolle durchgeführt, welche auf den Prinzipien Datenvielfalt, Risiko-adjustierung und systematische Nachbeobachtung des Patienten aufbaut [1]. Dies ist ein entscheidendes Werkzeug, um langfristig unsere überdurchschnittlichen Leistungen zu sichern.

Diese interne Qualitätskontrolle wird dabei als Ergänzung zur externen Qualitätssicherung der "Bundesgeschäftsstelle der Qualitätssicherung" aufgefasst (www.bqs-online.de). Sie ermöglicht es, medizinisch validere Aussagen zu den Behandlungsergebnissen und Fehlverläufe schneller zu korrigieren als eine externe Qualitätssicherung, weil:

- I. zur Bewertung des Krankheits- und Behandlungsverlaufs zahlreichere und spezifischere Routinedaten und spezielle Daten genutzt (z.B. Bypassflussmessung, transvalvuläre Gradienten bei Herzklappen, Lebensqualitätsstudien)
- 2. die statistischen Modelle differenzierter auf die jeweilige Fragestellung abgestimmt werden können.

Wir haben im Jahr 2006 begonnen, die bereits bestehenden Systeme zu einem umfassenden "Herzchirurgischen Reporting" auszubauen. Es werden

- I. die Zeitabstände der Analysen verkürzt (monatlich bis täglich)
- 2. Komplikationen wie Dialysepflichtigkeit, Myokardinfarkte, Nachblutungen, Wundinfekte, Dauer von Beatmung und Intensivaufenthalt ausgewertet.

Beispiel Postoperative Dialysepflichtigkeit bei OPCAB: Zunächst werden die Risikofaktoren für postoperative Niereninsuffizienz nach OPCAB identifiziert (s. Tabelle). Aus diesen lässt sich für jeden Patienten das "erwartete Risiko" für Dialysepflichtigkeit aus der Regressionsformel berechnen.

Risikofa	ktoren	Gewichtung
Hoch:	Alter Anzahl der Bypässe Kreatinin, preop [mg/dl]	- 0,103 - 0,427 - 0,766
Niedrig:	Hämatokrit, preop [%] Ejektionsfraktion [%]	0,114 0,030

Das Verhältnis der tatsächlich beobachteten zu der erwarteten Dialysepflichtigkeit ist ein Marker der Performance und es kann z.B. für jeden Chirurgen laufend gemonitort werden [2] (z.B. als "Variable Dialysis adjusted Display", s. Abbildung). Vergleichbare Analysen können für eine Vielzahl von Ergebnisparametern durchgeführt werden und ermöglichen ein faires und kontinuierliches Monitoring der Behandlungsergebnisse.

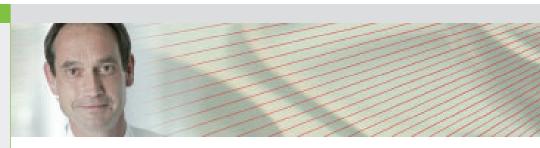


- [1] Albert et al.: Interne Qualitäts- und Risikoanalyse. Ennker J, Zerkowski H.R. "Risiko und Qualität in der Herzchirurgie", Steinkopff Darmstadt 2006.
- [2] Albert A., Hassanein W., Ennker J. Intra-clinic variation of OPCAB performance influences the incidence of postoperative renal failure. Implications for the evaluation and retraining of OPCAB. Clin Res Cardiol. 2007 Jan;95 Suppl 1:S49-S57.

Herz-, thorax- & Gefässchirurgie

Qualitätssicherung Herzchirurgie
Ergebnisqualität Herzchirurgie
Therapiefortschritte OPCAB
Operative Eingriffe 2006
Rekonstruktion vordere Brustwand
Freestyle Bioprothese
Herzchirurgisches Reporting
Mitralklappenrekonstruktion
Zusammenarbeit Steinbeis Universität
Trikuspidalklappenrekonstruktion
Gerinnung nach Koronarintervention
Interdisziplinäre Versorgung
Chirurgische Therapie Vorhofflimmern

Rotationsplan



MITRALKLAPPENREKONSTRUKTION

DR. ULRICH ROSENDAHL, OBERARZT

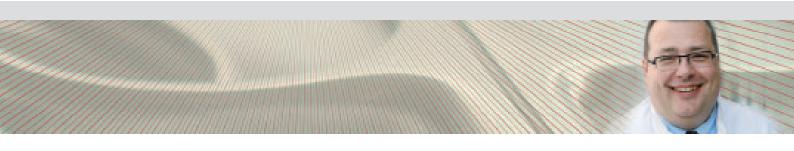
Aufgrund der über die Jahre gewonnenen herzchirurgischen Expertise im Hause kann eine schlussundichte Mitralklappe heute bei den meisten Patienten erfolgreich und mit sehr guten Langzeitergebnissen rekonstruiert werden. Ein Ersatz durch eine künstliche Klappenprothese ist meist nicht notwendig.

Im Herzzentrum Lahr/Baden ist die Mitralklappenrekonstruktion die Behandlungsform der Wahl zur Korrektur der Mitralinsuffizienz (MI). Auch komplexe Rekonstruktionstechniken zur Wiederherstellung einer adäquaten Koaptionszone, insbesondere beim Befall des vorderen Mitralsegels oder mehrerer Elemente des Klappenapparates werden routinemäßig angewendet.

Spezieller Diagnostik und Behandlung bedarf die ischämische Ml. Sie ist charakterisiert durch einen strukturell normalen Klappenapparat mit funktioneller Insuffizienz infolge Anulus- oder Ventrikeldilatation. Da sich bereits eine mäßige Insuffizienz als prognostisch ungünstig erwiesen hat, sollten diese Patienten frühzeitig chirurgisch behandelt werden.

Bei den nicht ischämischen Mitralinsuffizienzen sollte die Indikationsstellung zur chirurgischen Intervention bereits bei einer mittelschweren MI diskutiert werden. Bei jüngeren Patienten, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Rekonstruktion, kann das Auftreten von Vorhofflimmern, pulmonaler Hypertonie und Trikuspidalinsuffizienz verhindert werden.

Basierend auf den Untersuchungen der Mayo Clinic, die ein signifikant schlechteres Langzeitüberleben in Abhängigkeit des Schweregrades der ischämischen MI zeigen konnten, ist eine MKR bereits ab einer EROA (effective regurgitant orifice area) von >20 mm² und einem RVoI (Regurgitationsvolumen) von >30 ml indiziert, was der Hälfte der Werte einer schweren MI bei degenerativen Formen entspricht. Um eine ischämische MI nicht zu übersehen, sollten alle Patienten mit einem alten inferoposterioren oder anterioren Myokardinfarkt, einer eingeschränkten LV-Funktion (EF <45 %), einem dilatierten LV oder einer Dyspnoe als Leitsymptom in der Anamnese vor einer geplanten koronaren Revaskularisation einer echokardiographischen Evaluation der Mitralklappe unterzogen werden. Bis jetzt wurden im Herzzentrum Lahr/Baden mit zunehmender Frequenz fast 600 Mitralklappenrekonstruktionen durchgeführt. Im Jahr 2006 erreichte der prozentuale Anteil der Rekonstruktionen bei den reinen Insuffizienzen über 90 % durch alle Altersgruppen. Der Anteil bei allen Patienten, d. h. inklusive der kombinierten Vitien, lag immerhin noch bei 75,5 %.



Zusammenarbeit mit der Steinbeis Universität

DR. STEFAN BAUER, OBERARZT

Moderne Führung im Krankenhaus muss auf die Bedürfnisse des Klinikmanagements und des ärztlichen Managements individuell zugeschnitten sein, weil jeder der beiden Bereiche heute in hohem Maße voneinander abhängig ist. In den vergangenen 5 Jahren hat sich bereits ein zweiter Karrierepfad für Ärzte und Pflegekräfte, die nicht mehr in ihrem Kernkompetenzbereich tätig sind, sondern eine Funktion in der Leitung eines Teilbereiches oder einer Organisationseinheit innehaben, aufgezeigt.

Wegen der Rahmenbedingungen und deren Veränderungsmöglichkeiten zeigt sich eindeutig die Notwendigkeit, dass die im Gesundheitswesen tätigen Personen ihre Tätigkeit grundlegend überdenken und verändern müssen. Die Etablierung eines neuen Studienganges (Physician Assistants – PA) zusammen mit der Steinbeis Universität Berlin eröffnet für die verschiedenen Kliniken ungeahnte Möglichkeiten. In der klinischen Ausbildung können Lehransätze erprobt und als "Best-practice-Modelle" umgesetzt werden. Die Entwicklung von VetLab Bedingungen, medialen Ausbildungskonzepten und der Vergleich mit hands-on Praxismodellen kann durchgeführt werden.

Ziel der Zusammenarbeit mit der Steinbeis Universität (SU) Berlin ist es, durch impactfähige Publikationen diesen Veränderungsprozess voranzutreiben und durch fundierte Weiterentwicklung mittels akademischer Ausbildungsmöglichkeiten geeignetes Personal für die Anforderungen im sich verändernden Gesundheitsmarkt bereitzustellen.

Die Forschungstätigkeit verfolgt zusammenfassend folgende Geschäftsfelder bezogen auf das Gesundheitswesen:

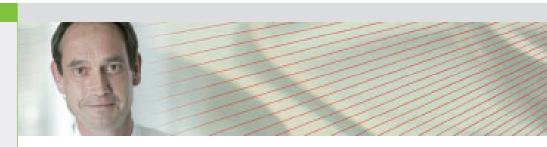
- Kurzfristiges Ziel: solide Weiterentwicklung des Studienganges PA, Schaffung einer Akzeptanz auf breiter Basis für neue Ausbildungskonzepte
- Mittelfristiges Ziel: Etablierung neuer akademischer Berufsbilder und einer staatlichen Anerkennung der Berufsbilder
- Langfristiges Ziel: Weiterentwicklung der Lehr- und Forschungstätigkeit innerhalb der SU Berlin, bezogen auf diese neuen Berufsbilder. Etablierung der SU Berlin und des HZL als Marktführer innerhalb der managerial und klinischen Aus- und Weiterbildung medizinischer Berufsgruppen.

Die Zusammenarbeit mit der Steinbeis Universität eröffnet die Möglichkeit, im Bereich Forschung und Lehre innovative Lösungsansätze für praktische medizinische Probleme zu erarbeiten und zur Behandlungsverbesserung bei Patienten einzusetzen.

Herz-, thorax- & Gefässchirurgie

Qualitätssicherung Herzchirurgie
Ergebnisqualität Herzchirurgie
Therapiefortschritte OPCAB
Operative Eingriffe 2006
Rekonstruktion vordere Brustwand
Freestyle Bioprothese
Herzchirurgisches Reporting
Mitralklappenrekonstruktion
Zusammenarbeit Steinbeis Universität
Trikuspidalklappenrekonstruktion
Gerinnung nach Koronarintervention

Zusammenarbeit Steinbeis Universität Trikuspidalklappenrekonstruktion Gerinnung nach Koronarintervention Interdisziplinäre Versorgung Chirurgische Therapie Vorhofflimmern Rotationsplan



Trikuspidalklappenrekonstruktion

DR. ULRICH ROSENDAHL OBERARZT

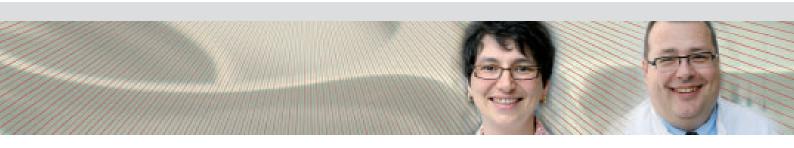
Die isolierten Trikuspidalklappeneingriffe sind keine Rarität mehr, zumal sie in den meisten Fällen über eine rechtslaterale Minithorakotomie in minimalinvasiver chirurgischer Technik patientenschonend durchgeführt werden können. Ein Trikuspidalanulus von >21 mm/m² BSA (body surface area, Körperoberfläche) gilt als schwer dilatiert.

Bei hochgradigen Vitien des linken Herzens ist eine sekundäre, funktionelle Trikuspidalklappeninsuffizienz häufig und das Resultat einer pulmonalvenösen Hypertonie mit Nachlasterhöhung des rechten Ventrikels und konsekutiver rechtsventrikulärer Gefügedilatation. Eine Trikuspidalinsuffizienz (TI) tritt bei bis zu 53 % der Patienten mit einer MI und in bis zu 68 % der Fälle im Spätverlauf nach einer Mitralchirurgie auf.

Während Konsens darüber herrscht, die Rekonstruktion einer hochgradigen TI zeitgleich mit der operativen Korrektur des Linksherzvitiums vorzunehmen, gilt dies "noch" nicht in gleichem Maße für die singuläre Insuffizienz dieser Klappe. Ein Trikuspidalanulus von >21 mm/m² BSA (body surface area, Körperoberfläche) gilt als schwer dilatiert.

Wegen der ernsten Langzeiteffekte mit einer Erhöhung der Mortalität und einer andauernden Morbidität nach der Mitralchirurgie sollte die TI aggressiv mitbehandelt werden. Zudem haben mehrere Studien gezeigt, dass sie durch die erfolgreiche Behandlung der Mitralklappe nicht eliminiert wird. Die Prävention einer schweren TI ist sehr wichtig, zum einen wegen deren hohen Mortalität bei einer späteren chirurgischen Behandlung, zum anderen wegen der schlechten Langzeitergebnisse nach der Reoperation infolge einer TI. Zur Behandlung der funktionellen TI hat sich der Einsatz eines rigiden Anuloplastierings gegenüber anderen Techniken sowohl hinsichtlich Dauerhaftigkeit als auch bezüglich der Reproduzierbarkeit als überlegen erwiesen. Die damit erzielten Resultate sind durchweg sehr gut und erhöhen die Risiken des Eingriffs nicht.

Im Herzzentrum Lahr/Baden wurden im Verlauf der Jahre mit guten Ergebnissen zunehmend rekonstruktive Eingriffe an der Trikuspidalklappe durchgeführt. Im Rahmen mitralchirurgischer Eingriffe wird nach den o.g. Kriterien mittlerweile bei fast jedem vierten Eingriff die Trikuspidalklappe mit saniert. Auch die isolierten Trikuspidalklappeneingriffe sind mittlerweile keine Rarität mehr, zumal sie in häufigen Fällen über eine rechtslaterale Minithorakotomie in minimalinvasiver chirurgischer Technik durchgeführt werden können.



GERINNUNG NACH KORONARINTERVENTION

Dr. Kerstin Bauer, Dr. Stefan Bauer, Oberärzte

Operationen am Herzen zählen zu den so genannten "großen chirurgischen Eingriffen". Bei Eingriffen am Herzen kann durch die Vermeidung der Herz-Lungen-Maschine bei Bypassoperationen das Risiko für eine Blutung während oder nach der Operation vermindert werden. Bei vielen Eingriffen, hier insbesondere die Chirurgie an Herzklappen, ist jedoch die Herz-Lungen-Maschine nicht zu vermeiden. Durch den vermehrten Einsatz von beschichteten Stents (im Rahmen einer Ballonaufdehnung an Herzkranzgefäßen) kommen immer mehr Patienten mit gerinnungshemmenden Mitteln (Aspirin, Clopidogrel) zu einer Herzoperation, da das Absetzen der so genannten Thrombozytenaggregationshemmer ein erhöhtes Risiko für einen Verschluss der Stents aufweist. Daher wird die Gabe dieser Medikamente bis zur Operation empfohlen. Dieses bedingt bei der Operation und nach der Operation ein erhöhtes Risiko für eine Blutung.

Mit Hilfe von engmaschigen Gerinnungskontrollen ist es möglich, die Gabe von Blutprodukten (Frischplasmen (FFP), Thrombozytenkonzentraten und Antifibrinolytika) nachvollziehbar zu gestalten, zu reduzieren und dem Patienten genau das notwendige Blutprodukt in der für den Patienten individuellen Dosierung zukommen zu lassen. Durch die Gabe von Antifibrinolytika (Tranexamsäure, Aprotinin) ist es zusätzlich möglich, den Blutverlust während der Operation zu senken. Die POC-Messung (Point of Care) wird im Herzzentrum Lahr/Baden mit neuester Labortechnik und Verwendung des ROTEM-Gerätes, ein Gerät welches in der Lage ist, durch eine aktivierte Thrombelastographie genau anzuzeigen, welcher Gerinnungsanteil bei den Patienten gestört ist, durchgeführt. Zusätzlich steht ein komplettes Gerinnungslabor mit der Möglichkeit eines Thrombzytenfunktionstestes zur Verfügung. Intraoperativ wird eine 30-minütige Gerinnungskontrolle im OP-Saal (ACT) durchgeführt. Mit diesen Maßnahmen ist es möglich, trotz erhöhtem Risikoprofil der Patienten und der Mehrfachantikoagulation die Anzahl der Transfusionen von Blut und Blutprodukten rational und individuell patientenzentriert durchzuführen. Durch die Durchführung des POC-Tests war es möglich, Blutproduktegaben zu reduzieren und die Ergebnisse zu verbessern.

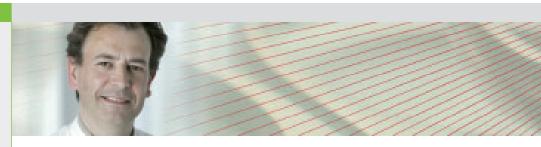
Der Einsatz von POC-Verfahren bei der Beurteilung der individuellen Gerinnungssituation des Patienten führt zu einer Verminderung der Blutproduktgaben und zu einer super-selektiven Gabe von Blutprodukten – damit auch zu einer größeren Sicherheit für den Patienten.

Herz-. Thorax- & Gefässchirurgie

Qualitätssicherung Herzchirurgie
Ergebnisqualität Herzchirurgie
Therapiefortschritte OPCAB
Operative Eingriffe 2006
Rekonstruktion vordere Brustwand
Freestyle Bioprothese
Herzchirurgisches Reporting
Mitralklappenrekonstruktion
Zusammenarbeit Steinbeis Universität
Trikuspidalklappenrekonstruktion
Gerinnung nach Koronarintervention
Interdisziplinäre Versorgung

CHIRURGISCHE THERAPIE VORHOFFLIMMERN

Rotationsplan



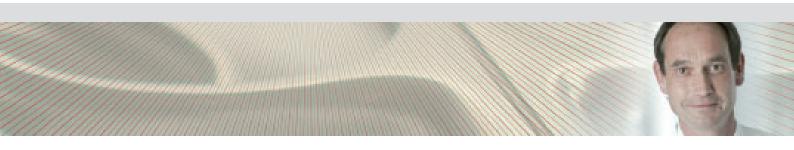
Interdisziplinäre Versorgung von herzchirurgischen Patienten

DR. HARALD PROSKE, OBERARZT

Der ältere, meist mehrfach chronisch erkrankte Patient bedarf einer fundierten, interdisziplinären, überwiegend internistischen Betreuung. Die Komplikationsrate kann hierdurch signifikant gesenkt werden. Eine besondere Verpflichtung stellt die interdisziplinäre Versorgung des herzchirurgischen Patienten dar. Die überwiegende Mehrheit der Patienten weist ein bereits höheres Lebensalter auf und bedarf intensiver internistischer Betreuung, da meist mehrere, bereits chronisch fixierte Gesundheitsstörungen vorliegen. Alle Anstrengungen müssen daher auf die enge Verzahnung von herzchirurgischoperativer und internistisch-konservativer Versorgung gerichtet sein. Dabei beginnt die Therapie bereits präoperativ um den bestmöglichen Gesundheitszustand vor dem elektiv geplanten operativen Eingriff zu erreichen. Hierauf aufbauend garantiert eine adäquate peri- und postoperative Therapie eine deutliche Verbesserung der Prognose des Patienten. Es finden sich dabei infektiologische, diabetologische, endokrinologische, nephrologische und pneumologische Erkrankungen. Ziel bei Diabetikern ist ein möglichst normnaher HbAIC-Wert. Orale Antidiabetika müssen frühzeitig abgesetzt werden, hierbei vor allem das Biguanid Metformin. Die Umstellung auf eine Insulintherapie erfolgt routinemäßig prä-, peri- und postoperativ. Die Fortsetzung einer bereits bestehenden Insulintherapie soll unter Einbindung des bereits geschulten Patienten erfolgen. Ziel ist es dabei, eine normoglykämische Stoffwechsellage zu erreichen und dauerhaft zu halten, da hierdurch sowohl die Komplikationsrate (z.B. Wundheilungsstörungen), als auch die Gesamtprognose und das subjektive Befinden des Patienten nachhaltig verbessert werden können.

Der chronische nierenkranke Patient weist eine besondere Risikokonstellation auf. Alle potenziell akut schädigenden Faktoren müssen ausgeschaltet bzw. minimiert werden. Dabei spielen die Auswahl von Medikamenten sowie deren Dosierung, ein ausgeglichener Flüssigkeitshaushalt und nicht zuletzt hämodynamische Faktoren die größte Rolle.

Der chronisch mehrfach erkrankte Patient bedarf intensiver interdisziplinärer Betreuung, dennoch bleibt ein Restrisiko bestehen. Das Erkennen und Therapieren der besserbaren Störungen schon im Vorfeld des operativen Eingriffes sowie die optimale Führung des Patienten stellen die eigentliche Aufgabe dar und ist unser erklärtes Ziel.



Neue Chirurgische Methoden bei der Therapie des Vorhofflimmerns

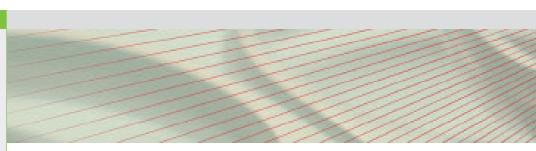
DR. ULRICH ROSENDAHL, OBERARZT

Vorhofflimmern (VHF) ist die häufigste anhaltende Herzrhythmusstörung. Etwa 1% der europäischen Gesamtbevölkerung leidet darunter. Dieses Krankheitsbild nimmt im Alter zu; etwa 6% der über 65-Jährigen und mehr als 10% der 80- bis 89-Jährigen leiden unter VHF. Internationalen Studien folgend wird sich die Anzahl der Menschen mit VHF in den nächsten 20 Jahren verdoppeln. VHF kann zwar ohne Symptome einhergehen – bis zu 80% der Patienten mit Vorhofflimmern zeigen jedoch Symptome und ihre Lebensqualität kann stark eingeschränkt sein. Zudem haben Patienten mit VHF ein fünf- bis siebenfach höheres Schlaganfall-Risiko, schlimmstenfalls kann VHF auch zur Herzinsuffizienz und damit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko führen. Nach der medikamentösen Therapie ist die elektrophysiologisiche interventionelle Katheterablation, eine etablierte Methode in der Therapie des VHF. Auch die chirurgische Ablation des VHF im Rahmen herzchirurgischer Eingriffe ist in spezialisierten Kliniken wie dem Herzzentrum Lahr/Baden mittlerweile Routine.

Seit 2006 bietet die Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie eine neue videoassistierte minimalinvasive Methode zur chirurgischen Behandlung des therapierefraktären Vorhofflimmerns an.

Seit 2006 bietet die Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie eine neue minimalinvasive Methode zur Behandlung des therapierefraktären Vorhofflimmerns an. Über drei oder vier 10 mm große Zugänge, so genannte Ports, wird mittels endoskopischer Kontrolle eine neu entwickelte Ablationssonde um die Basis des Herzen geführt und die Pulmonalvenen von den Vorhöfen isoliert. Die neue Methode konnte erfreulicherweise unter freundlicher internationaler Mitwirkung von Dr. F. La Meir, Universität Maastricht, etabliert werden. Unter Dr. La Meir konnten in Maastricht mittlerweile mehr als 120 Patienten erfolgreich behandelt werden. Die Methode eignet sich speziell für Patienten, bei denen die konventionellen Therapien versagt haben. Der Eingriff wird in Vollnarkose durchgeführt und dauert durchschnittlich 2 Stunden. Insgesamt ist mit einem stationären Aufenthalt von vier Tagen in der Klinik zu rechnen. Nach der Entlassung aus der Klinik werden ambulante Nachuntersuchungen im Zeitraum von drei Monaten durchgeführt. Abhängig von der Art und Dauer des VHF vor der Therapie ist mit langfristigen Erfolgen, einer Wiederherstellung des Sinusrhythmus in 60 bis 80 % der Patienten zu rechnen.

Herz-, thorax- & Gefässchirurgie
Qualitätssicherung Herzchirurgie
Ergebnisqualität Herzchirurgie
Therapiefortschritte OPCAB
Operative Eingriffe 2006
Rekonstruktion vordere Brustwand
Freestyle Bioprothese
Herzchirurgisches Reporting
Mitralklappenrekonstruktion
Zusammenarbeit Steinbeis Universität
Trikuspidalklappenrekonstruktion
Gerinnung nach Koronarintervention
Interdisziplinäre Versorgung
Chirurgische Therapie Vorhofflimmern
Rotationsplan



ROTATIONSPLAN

Klinik für Herz-, Thorax- und Gefässchirurgie

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

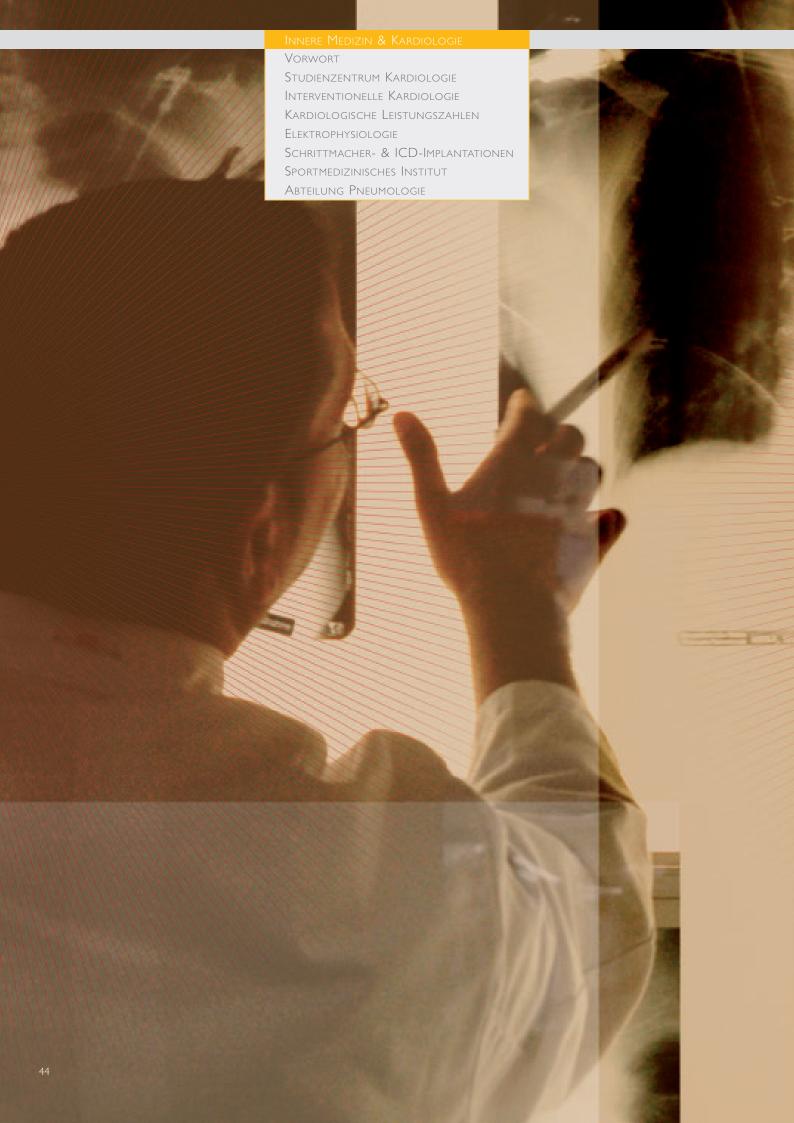
	IPS I	IPS 2/Intermediär	HIM	H2 präop./H2 postop.	Ambulanz
Oberärztinnen/ Oberärzte	S. Bauer (HCH)	K. Bauer (HCH)	F. Dalladaku (HCH)	K. Bauer (HCH)	Mittwoch 13:00-15:00 Uhr Rosendahl (HCH) Chirurg. Konsile Saal 5
Vertretung	Gulbins (HCH) I.C. Ennker (CH) Rosendahl (HCH)	Albert (HCH) Rosendahl (HCH)	K. Bauer (HCH) Rosendahl (HCH)	Dalladaku (HCH) Rosendahl (HCH)	Proske (INT)
Ärztinnen / Ärzte	Chavez (HCH) Lehmann Abugameh (HCH) Herde	Ujvari Diaz-Vazquez Pritisanac	Gehle (HCH) Vöhringer (HCH) Haag Kojcici	Wanner (HCH) Ngo Venercev	
Rotationsplan Stand 31.12.2006					.12.2006

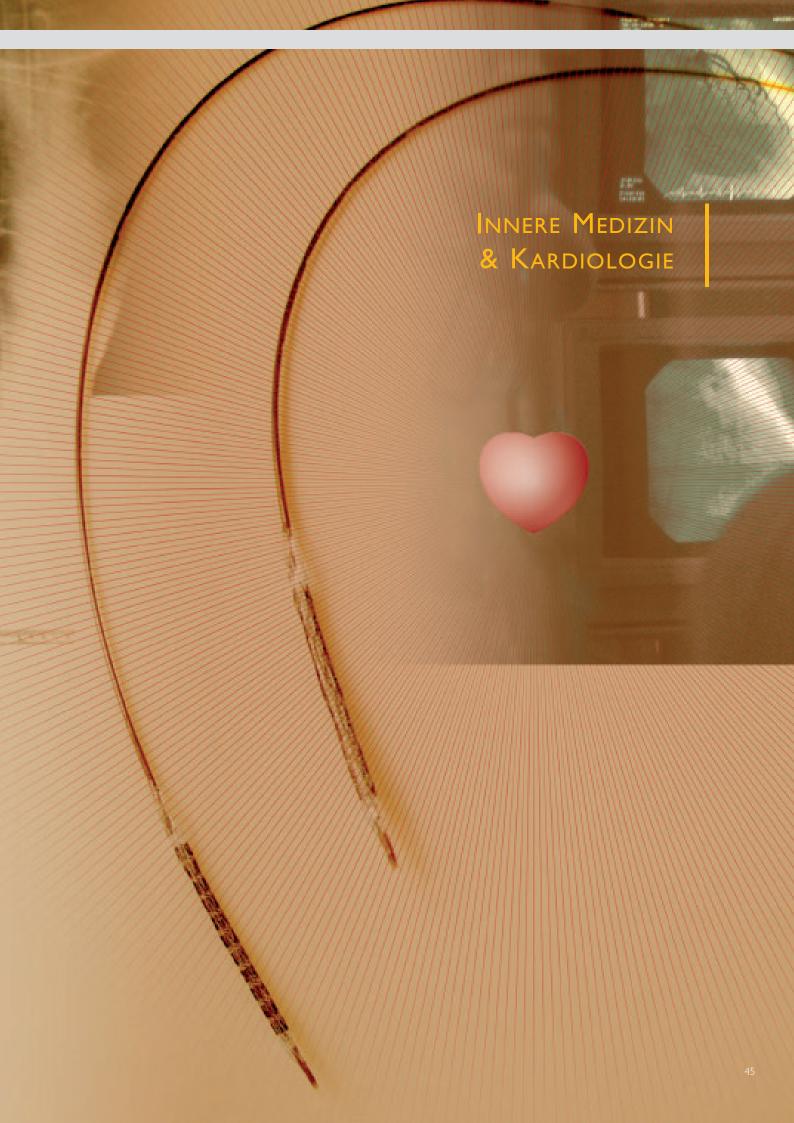
HCH = Herzchirurg	CH = Chirurgin,T	horax- und Kardiova	AN = Anästhesist	INT = Internist, Nephrologe	
AG Freestyle	J. Ennker/Florath/ S. Bauer/Ros.	AG OPCAB	Alb./Wanner/ Ujvari	AG Infektion	I.C. Ennker/Vöhr./ Koj./Rosend.
AG Aortenrekonst.	J. Ennker/Ros.	AG Vorhofflimmern	Ros./Vöhringer/ Kojcici	AG Schrittmacher	Rosendahl/Ngo/ Diaz/Ujvari
Kooperation Steinbeis Universität	S. Bauer	Rotation Medizinisc Hannover: Abt. plas	he Hochschule tische-rekonstruktive	Chirurgie	I.C. Ennker

Arbeitsschutz Arzneimittelliste Aufnahmemanagement Ausbildung Bettenmanagement Dienstplanschreibung Dienstreisen DRG-Beauftragte Einarbeitung Entlassungsmanagement Fotos, Doku, Dias Gutachten Herzch. Reporting Hygienebeauftragte Arztbriefschreibung Internet Intern. Konsile / Echo Jahresbericht Kard. / Chir. Konf. Klinikkonferenz Komplikat.konferenz Kongressliste Konsile

Dalladaku S. Bauer/Proske S. Bauer/Albert alle OÄ/OA diensth. OÄ/OA, Stat. Ärzte Wanner J. Ennker/Rosendahl/Bredemeyer Stat. OÄ/OA, Vöhringer/Wanner S. Bauer/Proske S. Bauer/Albert Davis/Rothe S. Bauer/Bredemeyer Albert I.C. Ennker/Vöhringer K. Bauer Albert Gehle J. Ennker/OÄ J. Ennker/Rosendahl Rosendahl K. Bauer Rosendahl/Albert/Bredemeyer Rosendahl/Proske

Kostenkommission S. Bauer S. Bauer Lehrvisite Burger / Albert Med. Dokum. Öffentlichkeitsarbeit alle OP Berichte Pflege K. Bauer OP Plan J. Ennker OP Konferenz Rosendahl/S. Bauer Rosendahl Pat. Einbestellung s. separate Einteilung Pat.-/Einweiserbetreuung Personalplanung J. Ennker/Rosendahl/S. Bauer alle Physician Assistant S. Bauer Krämer/I.C. Ennker/Wanner J. Ennker/Albert/Pritisanac Qualitätsmanagement Riskmanagement S. Bauer/alle Strahlenschutzbeauftragte K. Bauer Albert/Bredemeyer Rosendahl/S. Bauer/Bredemeyer Symposiumsvorbereitung Urlaubseinteilung Dalladaku/Albert Visite (Chef) Vorträge J. Ennker/Pietrowski/Florath Wiss. Studien Wissenschaftskoordination Wundmanagement I.C. Ennker







Innere Medizin & Kardiologie

Vorwort

Studienzentrum Kardiologie

Interventionelle Kardiologie

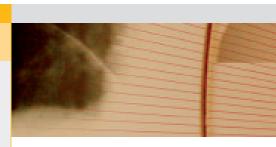
Kardiologische Leistungszahlen

Elektrophysiologie

Schrittmacher- & ICD-Implantationen

Sportmedizinisches Institut

Abteilung Pneumologie



VORWORT

Prof. Dr. Eberhard von Hodenberg, Chefarzt

Dank der hohen Kompetenz unserer Mitarbeiter sind wir in der Lage, die optimale Diagnostik und Therapie der uns anvertrauten Patienten sicherAuch im Jahr 2006 entwickelte sich die Klinik für Innere Medizin und Kardiologie weiter: Das Behandlungsspekrum wurde ergänzt (Pulmologie), neue Methoden wurden etabliert (u.a. Stent-Implantationen zur Behandlung der A. Carotis-Stenose), das Institut für klinische Forschung hat sich etabliert, das Institut für Sportmedizin betreut zwischenzeitlich auch viele überregionale Leistungssportler. Im Bereich der interventionellen Kardiologie haben wir die teilweise negativen Daten über den Einsatz medikamentenbeschichteter Stents zur Kenntnis nehmen müssen. So wurde berichtet, dass im Vergleich zu nicht-beschichteten Stents möglicherweise gering vermehrte Spät-Thrombosen, auch nach einem längeren Zeitraum, auftreten können. Große Langzeit-Register weisen allerdings daraufhin, dass Patienten doch von dem positiven Effekt einer geringeren Re-Stenoserate profitieren, wegen der fraglich marginal erhöhten Thromboserate jedoch die duale Plättchenaggregationshemmung mit Aspirin und Clopidogrel mindestens ein Jahr oder sogar länger fortgeführt werden sollte. Wir setzen medikamentenbeschichtete Stents nicht mehr in großlumigen Gefäßen ein, sondern beschränken ihren Einsatz auf sehr lange Gefäßläsionen, Re-Stenosen und Stenosen in englumigen Gefäßen. Die Abteilung für Elektophysiologie zeigt einen besonderen Zuwachs an behandelten Patienten. Neben den erfolgreichen Ablations-Behandlungen konnten wir bei vielen Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz durch die Implantation biventrikulärer Defi- und Schrittmachersysteme eine deutliche klinische Verbesserung erzielen. Besonders erfreulich ist die Erweiterung unseres Behandlungs-Spektrum durch den Aufbau einer Pneumologischen Abteilung, sodass wir nun in der Lage sind, auch Patienten mit schweren Lungenbegleiterkrankungen kompetent zu betreuen.

Ich möchte mich bei allen ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern bedanken, die mit fundiertem Wissen und großem Engagement eine möglichst optimale Behandlung unserer Patienten sicherstellen. Mein Dank gilt auch meinen Kollegen PD Dr. Ennker, Dr. Alexander und ihren Mitarbeitern für die ausgezeichnete kollegiale Zusammenarbeit, sowie der Geschäftsführung, Kaufmännischen Leitung und den Mitarbeitern der Verwaltung für ihre Unterstützung zum Erhalt der hohen Behandlungsqualität trotz Politik bedingter schwieriger Zeiten wirtschaftlicher Zwänge.



STUDIENZENTRUM KARDIOLOGIE DR. TIM SCHÄUFELE

Das Herzzentrum Lahr/Baden steht bei Patienten und Zuweisern im Ruf, Therapiestrategien und Behandlungsoptionen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und des medizinischen Know-hows anzubieten. Mit der Schaffung eines speziellen Studienzentrums haben wir einen wichtigen, neuen Baustein in diesem erfolgreichen Konzept ergänzt.

Ein exzellentes Instrument stellen dabei prospektive, d.h. auf die langfristige Nachbeobachtung heute therapierter Patienten ausgelegte Register dar. Mit der Gründung des Studienzentrums haben wir die Grundlage geschaffen, eine Vielzahl der in der Kardiologie behandelten Patienten in derartige Register aufzunehmen und uns durch ein regelmäßiges, telefonisches oder persönliches Follow-Up vom Erfolg der eingeleiteten Therapie zu überzeugen. Gerade bei komplexen Fragestellungen wie z.B. dem Einsatz medikamentenbeschichteter Koronarstents wird dadurch für den Patienten eine langfristige Betreuung und zusätzliche Therapiesicherheit gewährleistet. Die Teilnahme an einem derartigen Register ist für den Patienten selbstverständlich freiwillig, der Datenschutz wird zu 100% gewährleistet. Eine weitere wichtige Aufgabe übernimmt das Studienzentrum mit der Durchführung und Betreuung klinischer Studien. Dabei werden, ebenfalls auf freiwilliger Basis, interessierte Patienten mit spezifischen Problemen, im Gegensatz zu den auf Beobachtung ausgelegten Registern, in aktive klinische Untersuchungs- und Therapieprogramme aufgenommen. Im Rahmen dieser Programme können neue Behandlungsstrategien in einem wissenschaftlich abgesicherten Kontext bewertet werden. Diese Programme erstrecken sich in der Regel über mehrere Monate bis Jahre, in denen eine engmaschige Nachkontrolle und Nachsorge durch das Studienpersonal erfolgt. Große Untersuchungen haben dabei ergeben, dass gerade diese Nachsorge dazu führt, dass Studienpatienten gegenüber einer Vergleichsgruppe seltener Komplikationen oder ein Fortschreiten ihrer zugrunde liegenden Erkrankung aufweisen. Darüber hinaus besteht ein weiterer wesentlicher Vorteil für den Patienten in Therapiemöglichkeiten, die sonst nur an Universitätskliniken zur Verfügung stehen.

Über 200 Patienten nahmen in den vergangenen 12 Monaten an Studien im Bereich der Kardiologie teil. Dabei findet eine enge Kooperation mit der Universität Erlangen-Nürnberg, der Universität Dresden als auch der Universität Heidelberg statt.



Vorwort
Studienzentrum Kardiologie
Interventionelle Kardiologie
Kardiologische Leistungszahlen

Elektrophysiologie
Schrittmacher- & ICD-Implantationen
Sportmedizinisches Institut
Abteilung Pneumologie



Interventionelle Kardiologie

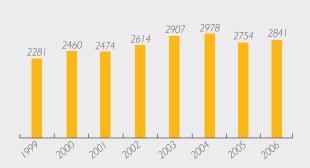
Dr. Thomas Breidenbach, Leitender Oberarzt

Im Bereich der interventionellen Kardiologie konnten wir erfreulicherweise unsere Untersuchungszahlen im Vergleich zum Vorjahr weiter steigern. Besonders hat die Anzahl von Koronarinterventionen, aber auch von anderen Eingriffen, wie z.B. interventionelle Schirmchen-Verschlüsse von Vorhofseptumdefekten oder ventiloffenen Foramen ovale sehr zugenommen. Im Rahmen der 24 Stunden Katheterbereitschaft wurden wieder viele Patienten mit akutem Herzinfarkt erfolgreich behandelt und somit bei den Betroffenen größere Myokardschädigungen verhindert. Die Notfallpatienten werden direkt im Herzkatheter aufgenommen, um Zeitverzögerungen bei der Gefäßwiederöffnung zu vermeiden. Falls indiziert, werden die Patienten auch routinemäßig mit der intraaortalen Ballonpumpe versorgt, so dass die Koronarperfusion rasch verbessert wird. Ein wesentlicher Anteil diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen wird zwischenzeitlich auch ambulant durchgeführt, wobei wir nun auch bei vielen Patienten die Punktion über die Arteria radialis anwenden. Dies trägt zu einem höheren Patientenkomfort bei, da kein langes Liegen mit einem Druckverband erforderlich ist. Im letzten Jahr wurden in unserer Klinik bei Koronarinterventionen zur Vermeidung von Re-Stenosen medikamentenbeschichtete Stents sehr großzügig eingesetzt. Die neueren Berichte über eine möglicherweise gering erhöhte Rate von späten Akutverschlüssen durch Thrombosierungen in beschichteten Stents führen jetzt zu einem differenzierteren Vorgehen. So muss wahrscheinlich die duale Plättchenaggregationshemmung mit Aspirin und Clopidogrel über einen längeren Zeitraum (1 Jahr) erfolgen. Patienten, bei denen in absehbarer Zeit eine Operation geplant ist oder die eine zusätzliche Indikation für eine Marcumartherapie haben, erhalten ebenso einen nichtbeschichteten Stent wie Patienten mit Läsionen in großlumigen Gefäßen. Hier ist auch bei normalen Stents die Re-Stenoserate gering. Es ist denkbar, dass in der Zukunft resorbierbare Stents eine sinnvolle Weiterentwicklung darstellen. Trotzdem meinen wir, dass bei Patienten mit ausgeprägten Befunden die koronare Bypass-Chirurgie oft der Behandlung mit multiplen Stents vorzuziehen ist. Neben den kardialen Interventionen wurde in unserer Klinik im letzten Jahr auch die Stent-Behandlung von Stenosen der Arteria carotis etabliert, nachdem Studienergebnisse keinen Nachteil im Vergleich zur Chirurgie zeigten.

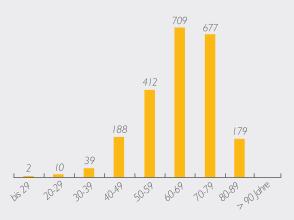


KARDIOLOGISCHE LEISTUNGSZAHLEN

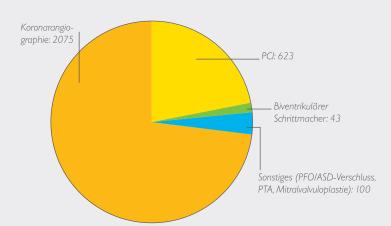
Anzahl invasive l'interventionelle Untersuchungen im Herzkatheterlabor von 1999-2006



Altersverteilung der invasiven Untersuchungen



Invasive / interventionelle Untersuchungen im Herzkatheterlabor 2006, n=2841





Innere Medizin & Kardiologie

Vorwort Studienzentrum Kardiologie Interventionelle Kardiologie Kardiologische Leistungszahlen

ELEKTROPHYSIOLOGIE

Schrittmacher- & ICD-Implantationen Sportmedizinisches Institut Abteilung Pneumologie



ELEKTROPHYSIOLOGIE

Dr. Juraij Melichercik, Leitender Oberarzt Elektrophysiologie

Im Jahr 2006 wurden im Herzzentrum Lahr/Baden insgesamt 453 elektrophysiologische Untersuchungen und Hochfrequenzstromablationen durchgeführt (siehe Grafiken rechts). Die Ergebnisse sind der Tabelle zu entnehmen. Insgesamt lag die Erfolgsrate der ablativen Eingriffe bei 94,9 %.

Zur Behandlung komplexer Herzrhythmusstörungen ist es oft notwendig, durch eine invasive elektrophysiologische Untersuchung (EPU) eine genaue Abklärung der Herzrhythmusstörungen zu erzielen, um einerseits die Diagnose, andererseits 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 so genannte Pulmonalvenenisolation durchgeführt. Dieses Verfahren ist konzeptionell ausgesprochen interessant und zukunftsweisend und wird auch in unserem Haus demnächst mit Hilfe eines so genannte dreidimensionalen Mapping-Systems routinemäßig eingesetzt.



Indikation zur EPU

Gesamt: 301 Patienten

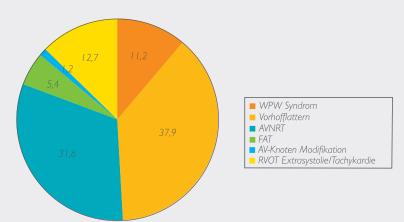
9,4

12,7

Itrachykarde Rhythmusstörungen
bradykarde Rhythmusstörungen
Synopenabklärung
Prognotische Simulation



RF Ablation Gesamt: 152 Patienten





Vorwort Studienzentrum Kardiologie Interventionelle Kardiologie Kardiologische Leistungszahlen Elektrophysiologie Schrittmacher- & ICD-Implantationen



SCHRITTMACHER- & ICD-IMPLAN
SPORTMEDIZINISCHES INSTITUT
ABTEILUNG PNEUMOLOGIE

SCHRITTMACHER- UND ICD-IMPLANTATIONEN

Dr. Juraij Melichercik, Oberarzt; Dr. Johannes Härtig, Facharzt Kardiologie; Dr. Ulrich Rosendahl, Oberarzt

Auch im Jahre 2006 wurde wieder eine große Anzahl von Aggregaten implantiert. So wurden insgesamt 268 Systeme eingebaut, davon 78 Defibrillatoren.

Auffallend ist vor allem der steigende Anteil an Resynchronisationsgeräten ("biventriculäre Defibrillatoren"), deren Anzahl im letzten Jahr nochmals gesteigert werden konnte. So wurden 38 solcher Systeme implantiert, was somit bereits fast die Hälfte der Defibrillatoren bedeutet (siehe nebenstehende Grafik).

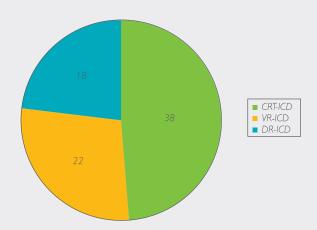
Diese Therapieform setzt sich auch weltweit immer mehr durch, da sie nicht nur Schutz vor dem plötzlichen Herztod bietet, sondern auch bei vielen herzinsuffizienten Patienten zu einer Besserung der Lebensqualität und der klinischen Symptomatik führt, gerade wenn die medikamentöse Therapie an ihre Grenze gekommen ist. Die richtige Indikationsstellung erfolgt nach definierten Kriterien, wobei hier der Echocardiographie eine besondere Bedeutung zukommt. Die individuelle Feineinstellung der Geräte, basierend auf neuen Studienerkenntnissen, ist sehr wichtig, wird aber auch immer komplexer und aufwändiger.

Dies spiegelt sich auch in der Schrittmacher-/ICD-Ambulanz des Herzzentrums Lahr/Baden wider, deren Patientenzahlen trotz der Mitbetreuung durch zahlreiche nieder-gelassene Kardiologen in der Nachsorge weiter zunahmen.



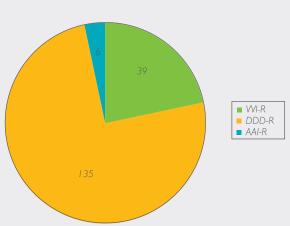
ICD-Systeme

Gesamt: 78 Implantationen



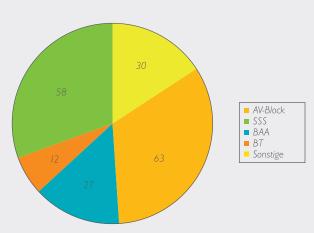
Schrittmacher-Systeme

Gesamt: 190 Implantationen



Schrittmacher-Systeme

Gesamt: 190 Indikationen

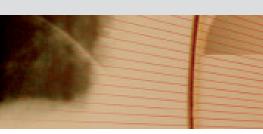




ABTEILUNG PNEUMOLOGIE

Vorwort Studienzentrum Kardiologie Interventionelle Kardiologie Kardiologische Leistungszahlen Elektrophysiologie SCHRITTMACHER- & ICD-IMPLANTATIONEN





INSTITUT FÜR SPORTMEDIZIN

Dr. Nikolaus Selzer, Facharzt Innere Medizin, TG Kardiologie und Sportmedizin

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

Institut für Sportmedizin Ansprechpartner und Leitung: Dr. Nikolaus Selzer Telefon: 0 78 21 / 925-12 45 E-Mail: sportmedizin@herz-lahr.de Seit Ende 2003 werden sportmedizinische Untersuchungen am Institut für Sportmedizin angeboten. Breiten-, Freizeit-, aber auch Leistungssportler können hier Ihre (möglichst sportartspezifische) Leistungsfähigkeit testen lassen. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen vor allem eine effizientere Trainingsgestaltung ermöglichen. Aber auch Patienten mit manifester organischer Herzerkrankung werden in zunehmender Zahl untersucht, um auch ihnen eine individuell optimierte und leitlinienkonforme Trainingsempfehlung zu geben.

Zur Leistungsdiagnostik wird vor allem die Spiroergometrie verwendet, bei der durch die kontinuierliche Erfassung physiologischer Parameter wie Sauerstoffaufnahme, Kohlendioxidabgabe und Atemminutenvolumen die kardiopulmonale wie auch die metabolische Kapazität bestimmt werden kann. Neuerdings ist die Spiroergometrie auch als "mobile" Einheit einsetzbar und kann somit sportartspezifisch und im "Feldtest" angewendet werden.

Eine zunehmende Zahl von nationalen und internationalen Leistungssportlern sucht daher die Zusammenarbeit mit unserem Institut. Seit 2005 besteht eine enge Kooperation mit dem sportwissenschaftlichen Institut der Universität Konstanz. Gemeinsam wurden hier systematisch neue Konzepte der Trainingssteuerung mittels Spiroergometrie erarbeitet. Aktuell werden drei Themenschwerpunkte wissenschaftlich untersucht:

- 1. Spiroergometrische Leistungsdiagnostik unter Höhenbedingungen (Engadin 1700 m ü.NN)
- 2. Spiroergometrische Trainingssteuerung im "Feldtest" bei Ruderern und Skilangläufern
- 3. Spiroergometrische Messungen zur Arbeitsökonomie bei Ruderern im "Feldtest"

Gleichzeitig wurde den beteiligten Sportstudenten der Universität Konstanz die Möglichkeit gegeben, Einblicke in die moderne Leistungdiagnostik zu gewinnen. Seit Februar 2006 richtet unser Institut sportmedizinische Wochenkurse (Engadiner-Skilanglaufkurs) für angehende Sportmediziner aus. Ab 2007 wird zusätzlich ein Engadiner-Sommerseminar (MTB, Bergwandern) stattfinden. Interessierte können über www.sportaerzte-engadin.de weitere Infomationen erhalten.



DIE ABTEILUNG PNEUMOLOGIE STELLT SICH VOR

Dr. D. Markus Schäfer, Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Notfallmedizin

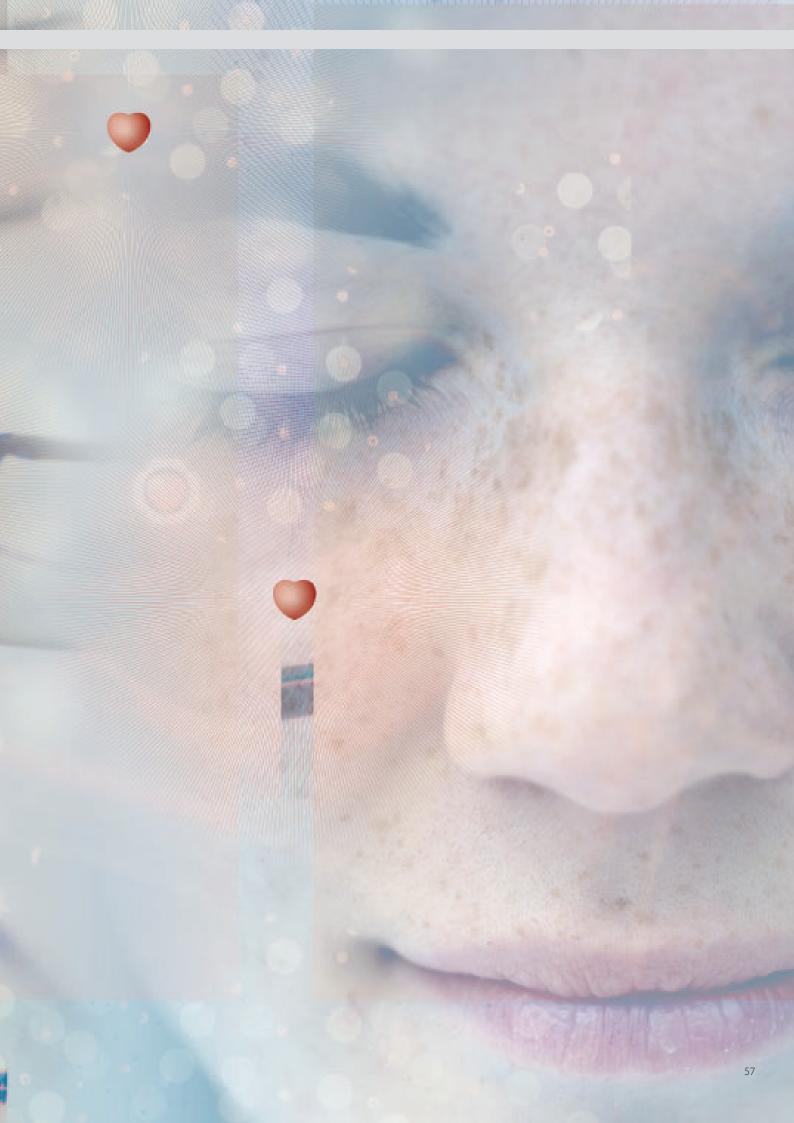
Seit Juli 2006 hat die Klinik für Innere Medizin/Kardiologie ihr Spektrum durch den Aufbau einer pneumologischen Abteilung erweitert. So können jetzt auch Lungenerkrankungen besser diagnostiziert und behandelt werden. Die Abteilung Pneumologie wird von Herrn Dr. D. Markus Schäfer geleitet. Herr Dr. Schäfer studierte an den Universitäten Heidelberg, Lyon/Frankreich und Harvard Medical School in Boston/USA. Die klinische Ausbildung zum Internisten und Pneumologen erfolgte an der Universität Freiburg. Die moderne Diagnostik der pneumologischen Abteilung umfasst die Bodyplethysmographie, CO-Diffusionskapazitätsmessung sowie unspezifische bronchiale Provokationstestung.

Weiterhin sind im Bereich der nicht-invasiven Diagnostik die kapilläre/arterielle Blutgasanalyse mit Ergometrie, 6-Minuten-Gehtest, Spiroergometrie und Allergiediagnostik (kutaner Pricktest, IgE und spezifische IgE Diagnostik) vorhanden. Für Patienten mit einer Langzeitsauerstoff-Therapie (LTOT) ist ein stationäres Flüssigsauerstoff-System vorhanden und kann kostenlos zum Aufladen von tragbaren Geräten verwendet werden. Die Indikation zur LTOT kann überprüft, ggf. eine Neu- oder Weiterverordnung übernommen werden.

Zudem bieten wir die ambulante Bronchoskopie an. Eigens dafür wurde ein komplett neues System installiert, um eine moderne Diagnostik inklusive der Möglichkeit zur bronchoalveolären Lavage, Biopsie und Frühkarzinomdiagnostik zu gewährleisten. Bei Verdacht auf pulmonalarterielle Hypertonie besteht die Möglichkeit zur Diagnostik mittels Echokardiographie und Rechtsherzkatheter bzw. medikamentöser Testung. Bei vermuteter Schlafstörung, auch gerade bei vorbekannter Herzerkrankung, bieten wir ein ambulantes Polygraphie-Screening an. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Vielzahl von Interaktionen zwischen Herz und Lunge. Zudem werden Patienten mit interstitiellen Lungenerkrankungen, z.B. Sarkoidose oder Lungenfibrose betreut. Hier besteht auch Kontakt mit den Spezialabteilungen der Universitätsklinik Freiburg, um auch bei schwierigen Krankheitsverläufen geeignete Therapieansätze zu finden. Alle pneumologischen Leistungen werden auch von Herrn Dr. Schäfer über die Pneumolgische Privatambulanz angeboten.

Auswirkungen von Lungenerkrankungen auf die Herzfunktion sind vielfältig.
Atmungsstörungen haben Auswirkungen auf die Funktion des rechten und linken Herzens. Die Behandlung einer Herzerkrankung sollte immer auch extrakardiale Mitursachen berücksichtigen.







Anästhesiologie

VORWORT

Die Prämedikation

Diagnostik Gerinnungsstörungen Anästhesiol. Verlaufsbeobachtung Schwieriger Atemweg Maschinelle Autotransfusion Patientenrecht

VORWORT

Dr. Dr. Tejas Alexander, Chefarzt

Der Anästhesist erfüllt insbesondere im perioperativen Bereich die Aufgabe der Überwachung und Stabilisierung der Atem- und Kreislaufsituation. Hierzu können wir unseren Patienten eine vielfältige Auswahl an technischen Möglichkeiten anbieten, sodass eine individuelle Anpassung möglich wird. Trotz aller technischen Möglichkeiten, die mittlerweile verfügbar und im Einsatz sind, spielt der Arzt in Zusammenarbeit mit der Anästhesiepflegekraft weiterhin eine wichtige Rolle. Durch die vielen unterschiedlichen individuellen Ansprüche, die der menschliche Organsimus stellt, ist eine Automatisierung bis jetzt undenkbar. Die Medizintechnik kann daher meist nur zum einfacheren Umgang und zur schnelleren Entscheidungsfindung dienen. Der kardioanästhesiologische Bereich stellt sicherlich im Fachgebiet der Anästhesie eine herausragende Anforderung dar. Die im Weiteren präsentierten Fallzahlen zeigen, in welch hohem Maße wir anerkannte Erfahrung besitzen, um uns diesen Herausforderungen zu stellen.

Ärztliche Aufgabe ist es nicht nur, die bestmögliche risikoärmste Versorgung zu garantieren, sondern auch Wissen weiterzugeben. Durch eine seit Jahren praktizierte Kooperation mit dem Ortenau-Klinikum Lahr wird einem Assistenzarzt für ein halbes Jahr die Möglichkeit gegeben, in unserer Abteilung mitzuarbeiten. Durch die zunehmende Zahl der von so genannten "Zivilisationskrankheiten" (wie z. B. die Herz-Kreislauf-Erkrankungen) Betroffenen, stellt diese Zeit eine wichtige Erfahrung dar, um auch im weiteren Berufsleben eine hochwertige Versorgung, z. B. in kooperierenden Krankenhäusern, zu gewährleisten. Außerdem kann dies als ein Zeichen angesehen werden, dass wir bei aller Internationalität unseres Hauses auch der Region aktiv verbunden sind. Selbstverständlich liegt die oberste Entscheidungskompetenz über jegliche Maßnahme in dem Willen des Patienten begründet. Durch unser Engagement, u.a. in öffentlichen Veranstaltungen, wollen wir dem Interessierten bzw. Betroffenen hier kompetente Hilfe anbieten.

Der Anästhesist betreut den Patienten meist in einer Zeit, in der durch Medikamente die Wahrnehmung erloschen oder zumindest eingeschränkt ist. Im Folgenden soll daher die kurze Beschreibung einiger Aspekte mehr Einblick in unsere tägliche Arbeit geben.



DIE PRÄMEDIKATION DR. MARTIN LUTZ, OBERARZT

Eine immer wieder erstaunliche Feststellung für den Anästhesisten ist die Tatsache, dass der Patient dem Arzt meist am Vorabend der Operation zu verstehen gibt, dass seine Angst vor der Narkose größer ist als vor dem operativen Eingriff selbst.

Zweifellos ist der Chirurg derjenige, der den Patienten in der Regel "heilt" und ihm für die Zukunft ein besseres Leben verspricht. Aber trotz der sehr guten Ergebnisse in unserem Herzzentrum ist die Gesamtletalität durch die Operation größer als 2%. Demgegenüber ist die Gefahr, an einem Narkosezwischenfall zu sterben, kleiner als 0,01%, also verschwindend klein.

Die Angst vor der Narkose kommt von dem Gefühl des "totalen Ausgeliefertseins". Der Patient gibt bei der Narkoseeinleitung sein Bewusstsein beim Narkosearzt ab und erlangt es erst nach Ende der Operation wieder. Was in der Zwischenzeit passiert, kann er nicht beeinflussen oder rückgängig machen.

Bei der Prämedikation muss der Narkosearzt neben der Anamneseerhebung, der Risikoeinstufung und der rechtskräftigen Einwilligung, vor allem den Patienten über den Ablauf aufklären und seine Ängste reduzieren. Er muss ihm das Gefühl der Sicherheit vermitteln und der Patient muss anschließend die Gewissheit haben, dass er während der Operation in seinen Händen gut aufgehoben ist.

Der Anästhesist "beschützt" während des gesamten Eingriffs den Patienten – er überwacht alle lebenswichtigen Körperfunktionen. Durch die Narkose verhindert er Schmerz und Stress und ermöglicht dem Chirurgen ein optimales Arbeiten, was sich dann in sehr guten Operationsergebnissen zeigt.

Einige Stunden nach der Operation erwacht der Patient auf der Intensivstation und sagt später, dass er von allem nichts mitbekommen hat. Das ist das beste Lob für den Narkosearzt.



Anästhesiologie

Vorwort

Die Prämedikation

DIAGNOSTIK GERINNUNGSSTORUNGEN

Anästhesiol. Verlaufsbeobachtung

Schwieriger Atemweg

Maschinelle Autotransfusion

Patientenrecht

Rotem® – Analyse zur Diagnostik von Gerinnungsstörungen

DR. MARTIN LUTZ, OBERARZT

Ein Hauptproblem bei herzchirurgischen Operationen ist die perioperative Blutung. Die Patienten sind oft mit gerinnungshemmenden Medikamenten vorbehandelt und die Operation mit der Herz-Lungen-Maschine und den großen Wundflächen führt meist zu zusätzlichen Störungen, die die Blutplättchen, die plasmatische Gerinnung, die Inhibitoren und das fibrinolytische System umfassen können. Das Problem für den Anästhesisten ist es, mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Testverfahren die komplexe Natur der Gerinnungsstörungen zu erkennen und entsprechend zu behandeln. Da die Aussagekraft der Routineparameter TPZ, aPTT und Thrombozytenzahl eher schwach ist, benutzen wir im Herzzentrum Lahr/Baden seit einiger Zeit das Rotem®-System, eine Weiterentwicklung der Thrombelastographie.

Die Rotem®-Analyse zeigt meist schon nach weniger als 15 Minuten die ersten Resultate. Diese rasche globale Information über die Qualität der Gerinnung zeigt sich in den typischen Reaktionskurven und numerischen Parametern über alle Phasen der Gerinnselbildung, Verfestigung und Lyse.

Durch den Vergleich mit Normalwerten hilft die Rotem®-Analyse die Differenzierung zwischen chirurgischer Blutung und Hämostasestörung zu verifizieren.

Weiterhin ist es die Methode der Wahl zum raschen Nachweis einer Hyperfibrinolyse oder einer Fibrinpolymerisationsstörung bzw. eines Fibrinogenmangels, hilft beim Monitoring der Therapie mit Gerinnungsfaktoren und beim Nachweis einer Hyperkoagulabilität.

Die Ergebnisse der Rotem®-Analyse können bei uns online abgefragt werden und helfen dem Anästhesisten bei der Diagnostik der perioperativen Gerinnungsstörung. Sie ist ein schnelles Verfahren, eine zuverlässige Methode und kann bei der Therapieentscheidung hilfreich sein. So hilft sie zum Beispiel, die unnötige Gabe von Thrombozytenkonzentraten zu vermeiden und zeigt Therapieerfolge nach Applikation von Gerinnungsfaktoren.



Die Anästhesiologische Verlaufsbeobachtung

RALPH NÖST, ASSISTENZARZT

Eine anästhesiologische Verlaufsbeobachtung (AVB) ist ein Ereignis

- das während der anästhesiologischen Zuständigkeit neu auftritt
- das Anlass gibt zu einer Intervention
- das für den Patienten Morbidität oder Mortalität bedeutet oder ohne Intervention hätte bedeuten können.

Durch Dokumentation auf dem Narkoseprotokoll gemäß den Vorgaben der Fachgesellschaften (u.a. Kerndatensatz Anästhesie, Erweiterter Datensatz Kardio-anästhesie der DGAI), können kritische Ereignisse ausgewertet und nachbereitet werden. Des Weiteren ist ein direkter Vergleich zwischen Kliniken möglich, da eine einheitliche Kodierung besteht.

Ziel ist es, unvorhergesehene Ereignisse zukünftig in die Vorbereitung und Versorgung zu integrieren und somit kontinuierlich zu einer verbesserten Versorgung zu gelangen.

Des Weiteren werden Besonderheiten auf einem Anästhesieausweis transparent vermerkt, der unseren Patienten ausgehändigt wird, um bei zukünftiger anästhesiologischer Versorgung auch außerhalb unseres Herzzentrums die Informationen weiterzugeben.

Ein typisches Beispiel wäre die an anderer Stelle erwähnte "unvorhergesehen schwierige Intubation", welche z.B. ein alternatives Atemwegsmanagement notwendig macht. Dies wird entsprechend protokolliert und schließlich als AVB Nr. 1301 kodiert.

Schließlich ist mittlerweile ein klinikweites fachübergreifendes Reportingsystem enstanden, ein so genanntes Clinical Incidence Reporting System (CIRS), von dem alle Abteilungen partizipieren sollen.



Anästhesiologie

Vorwort

Die Prämedikation

Diagnostik Gerinnungsstörungen

Anästhesiol. Verlaufsbeobachtung

SCHWIERIGER ATEMWEG

Maschinelle Autotransfusion

Patientenrecht

MANAGEMENT DES SCHWIERIGEN ATEMWEGES

RALPH NÖST, ASSISTENZARZT

Als eine wichtige Maßnahme zur Sicherstellung einer ausreichenden Ventilation und zum Schutz vor Aspirationsschäden während der Narkose wird eine endotracheale Intubation durchgeführt. Dies geschieht, indem unter direkter Sicht ein Beatmungsschlauch (Endotrachealtubus) in die Luftröhre (Trachea) eingeführt wird. Durch interindividuelle Unterschiede in der Anatomie der oberen Atemwege kann die direkte Sicht auf die Luftröhrenöffnung mit den Stimmbändern unmöglich sein. Dies wird u.a. als "schwieriger Atemweg" beschrieben. Ein "schwieriger Atemweg" tritt mit einer Wahrscheinlichkeit von 0.05-18% auf. Bei Versagen aller anderen Möglichkeiten steht dem Anästhesisten ein Bronchoskop zur Verfügung, mit dem er direkt die Luftröhre sondieren und einsehen kann und eine Tubusplatzierung möglich ist.

Im Jahr 2006 ist hier eine "Zahl" bemerkenswert: die Null. In keinem Fall war es notwendig, dass das Verfahren der bronchoskopisch gesteuerten Intubation beim schwierigen Atemweg notwendig wurde. Mittels der regelmäßigen Anwendung des Trachlight®Systems als Alternative zur direkten Larygoskopie kann ohne Nachteil für den Patienten ein Beatmungsschlauch innerhalb von Sekunden bei beobachteter Kreislauf- und Herzfrequenzstabilität platziert werden.



Endotrachealtubus mit Mandrin

EINSATZ DER MASCHINELLEN AUTOTRANSFUSION

RALPH NÖST, ASSISTENZARZT

Eine Herzoperation geht unweigerlich mit einem Blutverlust einher. Neben chirurgischen Techniken zur Verminderung desselben, muss der Anästhesist die notwendigen Voraussetzungen für die Hämostase schaffen. Hierzu zählt der Erhalt der Körpertemperatur, ein ausgeglichener pH-Wert sowie der rationale Einsatz notwendiger Medikamente.

Tritt ein Blutverlust ein, so wird eventuell die Übertragung von Fremdblutbestandteilen notwendig werden. Um den Zeitpunkt hierfür aufzuschieben, stehen prinzipiell mehrere Optionen zur Wahl. Die "klassische" Eigenblutspende, bei der einige Wochen vor der Operation eigenes Blut in großem Umfang entnommen und aufbewahrt wird, ist krankheitsbedingt bei vielen Patienten zur Herz-OP (Bypass, Klappenoperation) nicht möglich, da u.a. das Risiko der Abnahmen großer Mengen Blut in einigen Fällen zu lebensgefährlichen Veränderungen führen kann. Des Weiteren ist nach der Lagerung nur noch ein Teil des Blutes zum Sauerstofftransport fähig. Wenn es medizinisch vertretbar ist, können aber im OP-Bereich vor Beginn der Operation ca. 500 ml eigenes Blut abgenommen und durch Infusionsstärkelösung ersetzt werden (sog. normovoläme Hämodilution). Weiterhin wird die Möglichkeit genutzt, das im Operationsfeld verlorene Blut mittels eines speziellen sterilen Einmalabsaugsystems aufzufangen (Cell Saver) und anschließend aufzubereiten und zu retransfundieren (maschinelle Autotransfusion). Hierbei stehen unverzüglich zum Sauerstofftransport geeignete körpereigene rote Blutkörperchen (Erythocyten) zur Verfügung.



Cell-Saver-System in Betrieb



Anästhesiologie

Vorwort

Die Prämedikation

Diagnostik Gerinnungsstörungen

Anästhesiol. Verlaufsbeobachtung

Schwieriger Atemweg

Maschinelle Autotransfusion

PATIENTENRECHT

SYMPOSIUM "PATIENTENRECHT — PATIENTENSELBSTBESTIMMUNG" GABRIELE EICHNER, CHEFARZTSEKRETÄRIN

Die Würde des Menschen ist unantastbar – dieses im § I des Grundgesetzes verbriefte Recht ist auch im medizinischen Bereich zu achten. Daher ist für alle Mitarbeiter des Herzzentrums Lahr/Baden die Wahrung des Rechts der Patienten auf Selbstbestimmung und der Respekt vor einer vorgelegten Patientenverfügung oberstes Gebot.

Nach dem überwältigenden Erfolg des ersten Symposiums zu dieser Thematik "Patientenrecht – Selbstbestimmung – Wo bleibt die Würde des Menschen in der heutigen Medizin?" im Jahr 2005 fand am 01. Juli 2006 die zweite Veranstaltung statt. Trotz hochsommerlicher Temperaturen, Fußball-Weltmeisterschaft und Ferienzeit ließen es sich knapp 500 Teilnehmer nicht nehmen, nach Rust zu kommen und sich zum Thema "Patientenrecht – Selbstbestimmung – Hält das Krankenhaus, was der Patient sich erhofft?" zu informieren.

Hochkarätige Referenten garantierten wiederum ein hohes Niveau und einen vollen Erfolg der Vortragsveranstaltung und anschließenden Diskussionsrunde. Das Symposium wurde begleitet von einer Ausstellung mit Ständen der Industrie, verschiedener Organisationen, medizinischer Einrichtungen, Hospize und Selbsthilfegruppen.

Ein Stand fand besondere Aufmerksamkeit – der Informationsstand der Aktion "Menschen für Menschen" von Karlheinz Böhm. Das Symposium wurde begleitet von einer Spendenaktion für diese Stiftung. Anlass dieser Spendenaktion war die Übernahme der Patenschaft "Mit Medizin helfen" durch die Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, zu deren Verbund das Herzzentrum Lahr/Baden gehört.

Die Resonanz auf das zweite Symposium ermutigte die Programmverantwortlichen, ein weiteres Symposium im Jahr 2007 zu organisieren. Dieses findet am 20. Oktober 2007 zum Thema "Patientenrecht – Selbstbestimmung – Schwerkrank – was dann?" statt. Als Veranstaltungsort wurde wieder das Hotel Colosseo im Europa-Park in Rust gewählt.

Die Organisatoren konnten erneut hochkarätige Referenten gewinnen: Petra Vetter, Rechtsanwältin für Medizinrecht in Stuttgart, Ute Nerge, Initiatorin und Leiterin des Kinder-Hospizes "Sternenbrücke" in Hamburg, Herr Dr. Michael de Ridder, Leitender Arzt der Rettungsleitstelle am Vivantes-Klinikum "Am Urban" in Berlin-Kreuzberg. Des Weiteren stellt Wolfgang Kemmer, Leiter des DAK-Vertriebsbereiches Baden-Württemberg, den Standpunkt der Krankenkassen vor. Dr. Arnd T. May, Fachkoordinator Klinische Ethik am Universitätsklinikum Aachen referiert über den medizinethischen Aspekt dieser facettenreichen Thematik. Peter Lack, Geschäftsführer der GGG Begleiten/Voluntas aus Basel übernimmt die Moderation der Podiumsdiskussion und der Gesprächsrunde.

Frau Brigitte Zypries und Herr Karlheinz Böhm unterstützen das Symposium durch ein Grußwort. Die Schirmherrschaft übernimmt Herr Dr. Reinhard Schwarz, Vorsitzender der Geschäftsführung der Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA.







IM MITTELPUNKT DER MENSCH

MICHAEL KORN, PFLEGEDIREKTOR

Die zurzeit verstärkte Ökonomisierung des Gesundheitswesens beinhaltet die Gefahr, dass sich das Krankenhaus immer mehr zu einem standardisierten und herzlosen Reparaturbetrieb entwickelt. Hierbei wird der kranke Mensch mehr oder weniger zum anonymen Fall reduziert, für dessen individuelle Bedürfnisse im rationalisierten Behandlungsprozess die Sensibilität und die Zeit verloren gehen.

Hierzu ist unsere Einstellung deutlich anders und ganz klar: Für uns ist ein Krankenhaus etwas Besonderes – ein Ort, wo sich verantwortungsvolle Wissenschaft, gewissenhafte Praxis, Humanismus und soziale Verantwortung am Patienten konkretisieren. Diese Aspekte bestimmen die gesamte Atmosphäre unseres Herzzentrums und letztlich ist es diese Gesamtheit, die die Genesung des Patienten positiv beeinflusst.

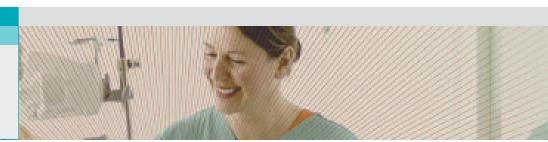
Für uns geht es immer um Menschen, die sich in einer Ausnahmesituation ihres Lebens der Institution Krankenhaus anvertrauen. Hierbei vertrauen die Patienten zu Recht auf Fach- und Sozialkompetenz. Gleichzeitig erwarten sie maximale Qualität und selbstverständlich, dass nach neuesten Standards behandelt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

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

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.

Im Mittelpunkt der Mensch

Zusammenarbeit Charité Berlin Mitarbeiterförderung



Wir vergleichen unsere Krankenpflege bewusst nicht mit anderen Berufen, die extrem arbeitsteilig strukturiert sind. Das Ziel ist immer: den Patienten ganzheitlich wahrzunehmen und zu pflegen.

Deshalb gilt für uns das "Gesetz": Direkt am Patienten pflegt nur examiniertes Personal!

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

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



Gute Zusammenarbeit mit der Charité Berlin

MICHAEL KORN, PFLEGEDIREKTOR

Sich weiterzuentwickeln, bedeutet auch über den eigenen Tellerrand zu schauen und sich mit anderen auszutauschen und vor allem von anderen zu lernen. Schon 1998 hat der Pflegedienst des Herzzentrums Lahr/Baden eine Kooperation mit der Charité in Berlin begonnen, die bis heute erfolgreich besteht.

Pro Jahr nehmen 2 Mitarbeiter aus unserem großen Intensivbereich am Weiterbildungslehrgang in der Intensivmedizin und Anästhesie in Berlin teil. Die Fachweiterbildung dauert insgesamt 24 Monate und ist in einem berufsbegleitenden Modulsystem organisiert. Die inhaltlichen Schwerpunkte bilden die Intensivpflege, die Pflege in der Anästhesie und die Gerätetechnik. Zusätzlich werden Themen aus Psychologie, Soziologie und Pädagogik unterrichtet.

Es stellt sich natürlich sofort die Frage: Warum akzeptieren wir eine Fachweiterbildungsstätte, die ca. 800 km weit entfernt ist? 800 km für sich betrachtet sind in der Tat keine zu vernachlässigende Größe, aber gemessen an den Kriterien, die wir an eine Fachweiterbildung stellen, hat diese Entfernung einen geringen Stellenwert. Entscheidend ist die Qualität!

Das heißt: Die Qualitätsarbeit, die wir von unseren Intensivpflegekräften erwarten, erwarten wir natürlich auch von einer Fachweiterbildungsstätte. Aus Gründen der Qualität – schon 1998 hat uns das differenzierte und gleichzeitig an der Praxis ausgerichtete Curriculum fasziniert – haben wir uns deshalb ganz bewusst für Berlin entschieden. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben immer wieder bestätigt, dass die Entscheidung für Berlin richtig war.

Zudem werden im Prozess der verschärften Ökonomisierung Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigt, die nicht nur fach- und sozialkompetent den Anforderungen gerecht werden, sondern die mit Verantwortung und Selbstbewusstsein moderne Krankenpflege gestalten. In diesem Sinne vermittelt die Fachweiterbildung in Berlin nicht nur neutrales Fachwissen, sondern fordert und fördert den einzelnen Teilnehmer auch als Persönlichkeit. Nach unserer Überzeugung ist das ein ganz wesentlicher Aspekt: Persönlichkeit, verbunden mit Fach- und Sozialkompetenz ist genau das, was eine leistungsstarke, qualitätsorientierte und auch wirtschaftliche Pflege braucht.

Im Mittelpunkt der Mensch Zusammenarbeit Charité Berlin Mitarbeiterförderung



Gezielte Förderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

HANJO BOLANZ, PERSONALENTWICKLUNG

Die strukturierte Personalentwicklung in der Pflege stellt einen entscheidenden Erfolgsfaktor für unsere Klinik dar. Den Bedürfnissen der Patienten, den fachlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen können wir nur mit kompetenten Teams begegnen. Deshalb ist mehr denn je Teamgeist gefordert, um in der Praxis Handlungen gemeinsam zu koordinieren, Prioritäten zu setzen und Verbesserungen zu erkennen. Es sind wichtige "Koordinaten" die dem Wohl unserer Patienten dienen. Dies gelingt uns durch konsequente Schulung von Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz.

An welchem Platz Pflegende auch immer Verantwortung tragen, die persönliche und fachliche Entwicklung wird vom richtigen Einsatz der Fähigkeiten und Kenntnisse bestimmt. Insofern passen wir die Qualifikationen und Kompetenzen unserer Mitarbeiter ständig den wachsenden Anforderungen an. Neben den notwendigen kontinuierlichen Stunden- und Tagesfortbildungen und dem Coaching in der Praxis auf den Stationen, werden gezielte Fort- und Weiterbildungen angeboten. In einer Fachklinik, wie dem Herzzentrum Lahr/Baden, mit seinen umfangreichen Anforderungen und der damit verknüpften aufwendigen Pflege, benötigen die Patienten ein Maximum an Sicherheit und vielfältigem Know-how.

Insofern stellen wir unseren Patienten ein Pflegeteam zur Verfügung, welches durch differenziertes Fachwissen und vielfältige Erfahrungen geprägt ist.

Das Ziel aller Qualifikationsmaßnahmen ist die fachliche und persönliche Förderung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, damit sie jederzeit sowohl den krankheitsbedingten als auch den sozialen Bedürfnissen unserer Patienten gerecht werden.







SANA PATENSCHAFT "MIT MEDIZIN HELFEN"

LARS ANWAND, LEITER DER ABTEILUNG FINANZEN/CONTROLLING

Im Jahr 2005 hat die Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, in deren Management sich die Kraichgau-Klinik AG und somit auch das Herzzentrum Lahr/Baden befinden, die Patenschaft "Mit Medizin helfen" im Rahmen der bekannten Stiftung "Menschen für Menschen" von Karlheinz Böhm übernommen.

Diese Patenschaft stellt eine Initiative von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen im Sana-Klinikenverbund dar. Durch diese sollen die vielfältigen persönlichen Einzelaktivitäten zu einem identitätsstiftenden, verbundweiten Projektvorhaben zusammengefasst werden. Ziel ist die aktive Begleitung der Projekte und Aktivitäten der Stiftung, insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung.

Die Stiftung "Menschen für Menschen" leistet mit ihren Klinikprojekten seit der Gründung im Jahr 1981 einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Basisgrundversorgung, vor allem in den ländlichen Regionen Äthiopiens.

So bilden im Südwesten des Landes die vier Krankenhäuser von Mettu, Jimma, Misan-Tafari und Gambella eine Einheit und sind zuständig für die medizinische Versorgung von über 10 Millionen Menschen. Um die Aufgabe dieser Krankenhäuser – die Basisgrundversorgung der Bevölkerung in der Region – zu unterstützen, haben die Sana Kliniken eine Patenschaft übernommen. Sie leisten damit konkrete Hilfe und unterstützen die genannten Krankenhäuser beim Ausbau der Infrastruktur, beim Ersatz von medizinischen Geräten sowie in der Weiterbildung der Mitarbeiter. Die Patenschaft für "Menschen für Menschen" wird durch Sana-Mitarbeiter getragen, die auch Ideengeber des Projektes sind.

Im Jahr 2006 hat die Kraichgau-Klinik AG die Schirmherrschaft für das Projekt übernommen. In vielen Veranstaltungen, z.B. dem Herzlauf 2006, dem Symposium "Patientenrecht-Patientenselbstbestimmung" der Klinik für Anästhesiologie am Herzzentrum Lahr/Baden im Juli 2006 oder dem Tag der offenen Tür im Herzzentrum Lahr/Baden am 19.11.2006 wurden die verschiedenen Projekte der Stiftung vorgestellt und Spenden gesammelt.

Einblicke & Berichte

Menschen für Menschen

Klinikseelsorge

Medizincontrolling

Qualitätsmanagement

Die gesammelten Spenden in Höhe von 5.555 Euro wurden in einer kleinen Feierstunde an den Gründer der Stiftung "Menschen für Menschen", Herrn Karlheinz Böhm, übergeben.

Der bekannte Schauspieler, dessen Name seit seinem legendären Auftritt bei der ZDF-Sendung "Wetten, dass…?", eng mit der Not in Afrika aber auch der realistischen Möglichkeit, Hilfe zu leisten, verbunden ist, nahm die Spende dankend entgegen. Karlheinz Böhm, dessen Motivation die Wut über die riesige Diskrepanz zwischen Arm und Reich ist, verschaffte den Gästen und anwesenden Mitarbeitern des Herzzentrums Lahr/Baden mit seinem eindringlichen Bericht einen Eindruck über die Situation vor Ort.

Wenn auch Sie die Stiftung "Menschen für Menschen" unterstützen möchten, können Sie sich im Internet unter den Adressen: www.menschenfuermenschen.de und www.sana.de über weitere Projekte informieren.



Die Protagonisten des Symposiums in Rust, Herr Dr. Dr. Tejas Alexander und Herr Bernd Sieber übergeben den Spendenscheck an Karlheinz Böhm.



Klinikseelsorge – wenn andere für mich entscheiden...

Andreas Rudolph, Martin Renner, Klinikseelsorger im Herzzentrum Lahr/Baden, Dr. Alexander Albert, Oberarzt Chirurgie

Nach Erfahrungen der Klinikseelsorge will ein Teil der Patientinnen und Patienten von sich aus die indizierte Herzoperation nicht. Bei ihnen scheint der Genesungsverlauf besonders häufig gestört zu sein: Eine ethische Herausforderung und Anlass für eine intensive Befragung vor der Operation.

Wer sich zu einer Herzoperation entschließt, verbindet damit meistens ganz bestimmte Hoffnungen: Die Abwendung eines drohenden Herztodes, eine Verbesserung der Lebensqualität, die Erhaltung der Selbstständigkeit. Ältere Patienten möchten oft ein besonderes Datum erleben – die Goldene Hochzeit, die Taufe des Enkelkindes. Wenn alles gut geht, sind diese Patientinnen und Patienten sehr dankbar. Zuweilen bezeichnen sie ihre Herzoperation als zweiten Geburtstag. In der Klinikseelsorge begegnen wir allerdings auch Menschen, die sich anders äußern. Im Rückblick sagen sie etwa: "Wenn ich das alles vorher gewusst hätte…". Nachgefragt erklären sie, dass die Entscheidung für eine Herzoperation eigentlich gar nicht von ihnen selbst ausging. Typische Sätze lauten:

"Ich hab's halt meiner Frau zuliebe machen lassen…" – "Die Kinder haben mich gedrängt…" – "Wenn es der Hausarzt rät, was soll ich dann sagen?" – "Ich hab mein Leben doch gelebt!" – Manchmal sprechen Menschen schon vor der Operation von ihrem inneren Widerstand. Sogar Zorn wird spürbar: "Ich wollte nicht ins Krankenhaus. Meine Tochter und der Hausarzt haben mich hergebracht." Auch Regression oder depressive Verstimmungen kommen vor: "Ich weiß gar nicht, warum ich hier bin." – "Ich will heim!"

Die weiteren Kontakte in der Klinikseelsorge zeigen: Das sind keine passageren Ängste vor der Operation. Sondern Menschen, die nicht zu ihrer geplanten Operation stehen, haben durchaus ein persönliches Konzept für ihr Leben und Sterben. Sie haben oft trotz Belastungen tapfer und gerne gelebt, akzeptieren nun aber, dass das Ende nahe ist. Nach unseren Beobachtungen leiden solche Menschen postoperativ besonders häufig unter Komplikationen, bleiben lange auf Beatmung angewiesen oder erleben gar keine Genesung. Der Qualitätsanspruch



einer Therapie, die den ganzen Menschen im Blick hat, führt zu einer ethischen Herausforderung: Wie lässt sich der Respekt vor der Autonomie eines Menschen verbinden mit der ärztlichen Sorgfaltspflicht und einer Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, die auch alten und mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten die Chance einer Herzoperation anbieten muss?

Ein Instrument, um den persönlichen Willen der Patientinnen und Patienten deutlicher wahrzunehmen, kann ein "Fragebogen zur Operationsentscheidung" sein. Ein Entwurf wird derzeit von Ärzten des Herzzentrums Lahr/Baden und der Klinikseelsorge entwickelt. Darin wird in allgemeinverständlicher Sprache das eigene Befinden erfragt und wer wie stark die Operationsentscheidung beeinflusst hat. Bedenken gegen die Operation können ausdrücklich genannt werden. Eine solche Fragebogenaktion enthält eine gewisse Brisanz und muss diskutiert werden. Aber sie kann das Vertrauen in die Klinik stärken und damit Heilkräfte fördern.



Neustrukturierung Medizincontrolling/ Patientenmanagement

DR. PETER KRAEMER, LEITER DER ABTEILUNG MEDIZINCONTROLLING/PATIENTENMANAGEMENT

Im Jahre 2006 wurde das bestehende Medizincontrolling am Herzzentrum Lahr/Baden um die Abteilungen Patientenabrechnung, Archiv und Rezeption

Hochrechnungen sagen die Zukunft voraus, sofern alles beim Alten bleibt.

Das Herzzentrum Lahr / Baden dagegen möchte innovative zukunftsorientierte
Wege beschreiten und dem Wandel des Gesundheitswesens aktiv entgegentreten

ergänzt. Die Abteilung wird nun fortgeführt unter der Namensgebung "Medizincontrolling/Patientenmanagement". Durch diese organisatorische Veränderung geht das Krankenhausmanagament neue und zukunftsweisende Wege. Die klassischen Führungsstrukturen und bestehenden Aufgabengebiete haben sich mit der Einführung des DRG-Abrechnungssystems gewandelt. Heute sind die Verantwortungsbereiche prozessorientiert ausgerichtet und umfassen nahezu alle Berufsgruppen, die am Handlungsprozess beteiligt sind. Neues oberstes Ziel ist die Unterstützung einer optimierten Patientendurchlaufsteuerung mit einer damit einhergehenden Steigerung einer Patientenzufriedenheit auf hohem medizinischen und administrativen Niveau. Weiterhin soll die menschliche Betreuung von Patienten und die Einbeziehung der Angehörigen im Vordergrund der Versorgung stehen. Durch die professionelle Begleitung während des Patientenaufenthaltes wird der ganzheitliche Charakter eines optimierten Patientenflusses unterstrichen und orientiert sich zudem an den Vorgaben des Qualitätsmanagementsystems auf dem Boden der DIN EN ISO 9001:2000, welches am Herzzentrum Lahr/Baden bereits seit dem Jahr 1999 etabliert ist. Der Leiter des Patientenmanagements nutzt dabei professionelle Kommunikationsund Informationsarbeiten, zusätzliche Kenntnisse oder Durchsetzungsstrategien von gesetzlichen Unterstützungsmöglichkeiten, sowie die Fähigkeit zur Koordinierung und Vernetzung von Institutionen im Sinne des Patienten. Zu den Voraussetzungen gehören daher die Kenntnisse von Grundlagen der Wirtschafts- und Gesundheitswissenschaften, sowie darüber hinausgehende frühzeitige Analysen von grundlegenden Veränderungen im Gesundheitswesen oder der rechtlichen Rahmenbedingungen. Das klassische Medizincontrolling ergänzt dabei die wirtschaftlichen Kontrollmöglichkeiten durch Überwachung des Abrechnungswesens im stationären und ambulanten Bereich, der Klärung von Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MdK), den Datenträgeraustausch mit den Kostenträgern, sowie die Zusammenarbeit mit dem betriebswirtschaftlichen Controlling.





Dr. Peter Kraemer, Leiter der Abteilung Medizincontrolling/Patientenmanagement

Erfolgreiche Organisationen sind dazu verdammt, immer nur das zu tun, was sie erfolgreich gemacht hat. Vor diesem Hintergrund hat sich das Herzzentrum Lahr/Baden immer als Wegweiser zur Umsetzung von innovativen, sowohl medizinisch-therapeutischen Maßnahmen, als auch im Rahmen von organisatorischen Prozessverbesserungen verstanden. Dabei ist das Herzzentrum Lahr/Baden bereits im Jahr 1999 als erstes Herzzentrum Deutschlands nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert worden. Vor dem Hintergrund der stetigen Verbesserung wurden im Jahre 2006 erstmalig strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt und ein hausübergreifendes strukturiertes Patienten- und Angehörigenbeschwerdemanagement eingeführt. Die Zufriedenheit der Patienten und der Mitarbeiter steht dabei weiterhin im Mittelpunkt des Handelns. Welche weiteren Möglichkeiten gibt es, sich im Kernleistungsbereich zu verbessern?

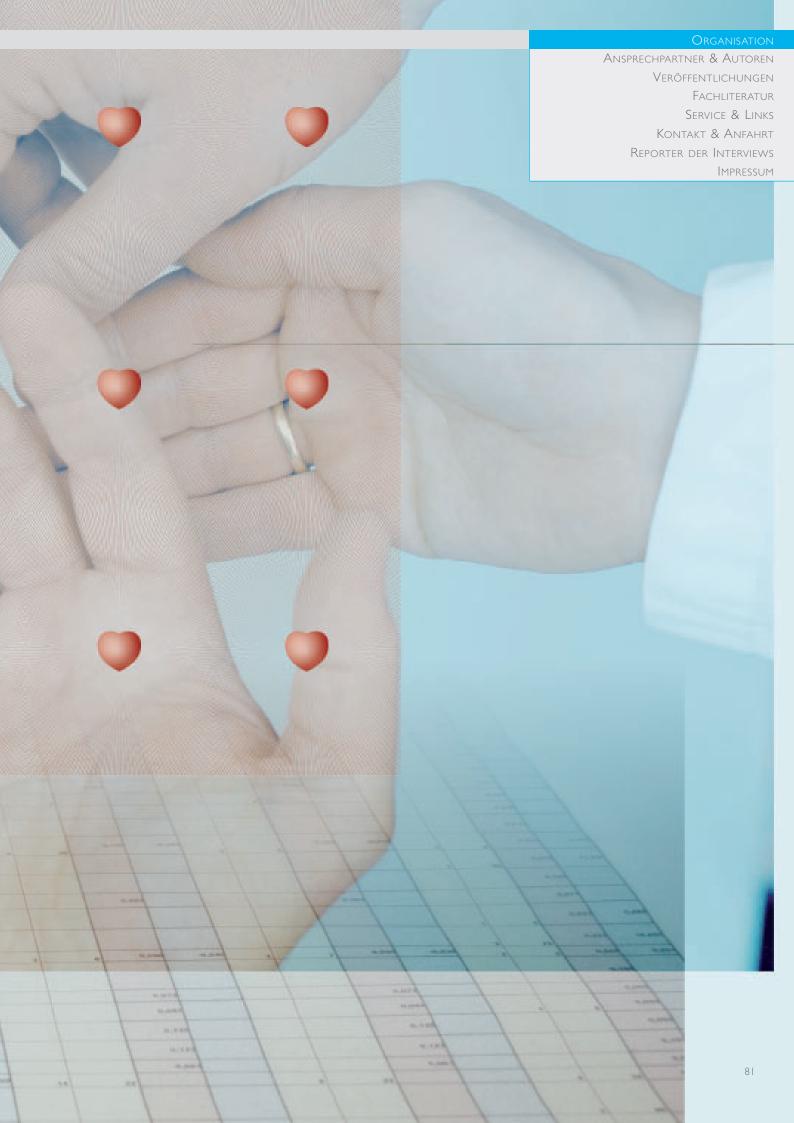
Im Zusammenhang mit dieser Frage hat sich das Krankenhausmanagement federführend über den Leiter des herzchirurgischen Fachbereiches mit dem Qualitätsmanagement dazu entschlossen, ein Risikomanagement zu etablieren. Das Erfassen von "Beinahe-Fehlern" und das Lernen aus Zwischenfällen kann die Wiederholung von irregulären Vorfällen vermeiden, bevor sich ein Schaden manifestiert hat.

Schwerpunkt der Arbeiten im Qualitätsmanagement der Rehakliniken war die Vorbereitung der geplanten Zertifizierungen nach dem integrierten Qualitätsmanagementsystem für Rehakliniken (IQMP-Reha).

So konnte als Erste der Rehabilitationseinheiten der Kraichgau-Klinik AG die Klinik in Bad Rappenau im September 2006 zertifiziert werden. Das Rehabilitationszentrum in Gernsbach folgte im März 2007. Damit können wir auch in unseren Rehakliniken nach außen neben der hohen fachlichen Qualifikation, der Einhaltung der externen Qualitässicherung, ein internes Qualitätsmanagement aufweisen, welches extern zertifiziert wurde.

Die Erfüllung der Anforderungen unserer Interessensgruppen, insbesondere unserer Patienten und Mitarbeiter, im Sinne von höchsten Qualitätsansprüchen sind dabei der Motor für unsere ständige Bereitschaft, aktiv in die vorhandenen Prozesse unseres Klinikbetriebes einzugreifen.







ANSPRECHPARTNER & AUTOREN

in der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefässchirurgie

Ärztlicher Direktor und Chefarzt



Herr Priv.-Doz. Dr. Ennker

Tel.: 07821/925-1000

Oberarzt



Herr Dr. Rosendahl

Tel.: 07821/925-1005

Oberarzt



Herr Dr. Albert

Tel.: 07821/925-1006

Oberärztin



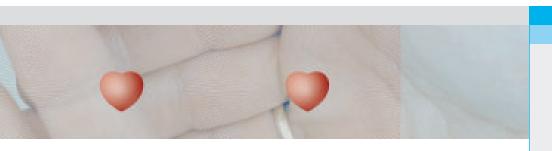
Frau Dr. Ennker

Tel.: 07821/925-1011

Oberärztin



Frau Dr. Bauer



ORGANISATION

Ansprechpartner & Autoren

Veröffentlichungen Fachliteratur Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews Impressum

Herr Dr. Bauer Tel.: 078 21 / 9 25-1007



Oberarzt

Frau Bredemeyer Tel.: 07821/925-1001



Chefsekretariat

Privatambulanz

nach vorheriger telefonischer Vereinbarung Tel.: 0 78 21 / 9 25-1001

Anmeldung zur stationären Aufnahme

Montag - Freitag von 8:00 Uhr bis 16:30 Uhr

Sekretariat

Frau Kohm, Frau de Buhr Tel.: 07821/925-1002

Notfallmäßige stationäre Einweisung

nach telefonischer Rücksprache mit dem Sekretariat Montag - Freitag von von 8:00 Uhr bis 16:30 Uhr oder nach 16:30 Uhr Intensivstation I mit dem diensthabenden Arzt

Tel.: 07821/925-1002 Tel.: 07821/925-1050 bzw.



ANSPRECHPARTNER & AUTOREN

in der Klinik für Innere Medizin und Kardiologie

Chefarzt



Herr Prof. Dr. von Hodenberg Tel.: 07821/925-1200

Leitender Oberarzt



Herr Dr. Breidenbach

Tel.: 07821/925-1205

Leitender Oberarzt Elektrophysiologie



Herr Dr. Melichercik



Veröffentlichungen Fachliteratur Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews Impressum

Herr Dr. Selzer Tel.: 07821/925-1222



Kardiologe und Sportmediziner

Frau Burger Tel.: 07821/925-1201



Chefsekretariat

Privatambulanz

nach vorheriger telefonischer Vereinbarung Tel.: 07821/925-1250

Anmeldung zur stationären Aufnahme

Montag - Freitag von 7:30 Uhr bis 18:00 Uhr

Sekretariat

Frau Baumann, Frau Friedrich, Frau Gramer Tel.: 07821/925-1202

Notfallmäßige stationäre Einweisung

nach telefonischer Rücksprache mit einem der kardiologischen Oberärzte oder dem diensthabenden Kardiologen

oder dem diensthabenden Kardiologen Tel.: 078 21/9 25-1202 nach 18:00 Uhr Tel.: 078 21/9 25-0



ANSPRECHPARTNER & AUTOREN ANÄSTHESIOLOGIE

Chefarzt



Herr Dr. Dr. Alexander

Tel.: 07821/925-1400

Leitender Oberarzt



Herr Dr. Komar

Tel.: 07821/925-1405

Oberarzt



Herr Dr. Lutz



Veröffentlichungen Fachliteratur Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews Impressum

Frau Eichner Tel.: 07821/925-1401



Chefsekretariat

Privatambulanz

nach vorheriger telefonischer Vereinbarung Tel.: 07821/925-1401

Anmeldung zur Eigenblutspende

Montag - Freitag von 7:30 Uhr bis 16:00 Uhr

Sekretariat

Frau Eichner Tel.: 07821/925-1401



Ansprechpartner & Autoren Pflege

Pflegedirektor



Herr Korn

Tel.: 07821/925-1600

Stellvertretende Pflegedienstleitung



Herr Bolanz

Tel.: 07821/925-1602

Sekretariat



Frau Ehret



Organisation Ansprechpartner & Autoren Veröffentlichungen Fachliteratur Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews

Impressum

Ansprechpartner & Autoren Verwaltung

Herr Sieber Tel.: 07821/925-2000



Geschäftsführer Herzzentrum Lahr/Baden

Herr Bendick Tel.: 07821/925-2005



Kaufmännischer Leiter

Frau Friedemann Tel.: 07821/925-2001



Sekretariat



ANSPRECHPARTNER & AUTOREN EINBLICKE & BERICHTE

Leiter Abteilung Medizincontrolling / Patientenmanagement



Herr Dr. Kraemer

Tel.: 07821/925-2020

Leiter Abteilung Finanzen / Controlling



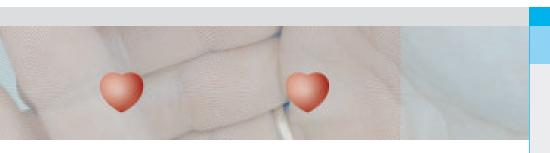
Herr Anwand

Tel.: 07821/925-2010

Leiter Abteilung Personal / Recht



Herr Nobereit



Organisation Ansprechpartner & Autoren Veröffentlichungen

Fachliteratur Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews Impressum

Veröffentlichungen – Herz-, Thorax- & Gefässchirurgie

Wissenschaftliche Beiträge – Bücher – Kongresse

Originalarbeiten:

The Stentless Freestyle Bioprosthesis: Impact of Age Over 80 Years on Quality of Life, Perioperative, and Mid-Term Outcome; J Card Surg 2006; 21(4): 379-385

J. Ennker, F. Dalladaku, U. Rosendahl, I. C. Ennker, M. Mauser, I. Florath

Current determinants of 30-day and 3-month mortality in over 2000 aortic valve replacements: impact of routine laboratory parameters; Eur J Cardiothorac Surg 2006 Nov; 30(5): 716-21

I. Florath, A. Albert, W. Hassanein, B. Arnrich, U. Rosendahl, I. C. Ennker, J. Ennker

Off-pump myocardial revascularisation in an octogenarian patient with dextrocardia and situs inversus; Cardiovasc J S Afr. 2006 Sept-Oct; 17(5):257-8

I. C. Ennker, D. Pietrowski, J. Ennker

Rund um die Aortenchirurgie Kardiologische Assistenz Band 18, Heft 3, September 2006, S. 5-13

K. Bauer, J. Ennker

Fracture of Colvin-Galloway-Future Band in a Patient with Mitral Valve Annuloplasty; Thorac Cardiov Surg 2006, 54(5): 352-353

S. Bauer, U. Rosendahl, D. Pietrowski, J. Ennker

Body mass index: a risk factor for 30-day or six-month mortality in patients undergoing aortic valve replacement? J Heart Valve Dis. 2006 May; 15(3): 336-44

I. Florath, A. Albert, U. Rosendahl, W. Hassanein, S. Bauer, I. C. Ennker, J. Ennker

Performance analysis of interactive multimodal CME retraining on attitude toward and application of OPCAB; J.Thorac Cardiovasc Surg. 2006 Jan; 131(1): 154-62

A. Albert, E. A. Peck, P. Wouters, J. van Hemelrijck, C. Bert, P. Sergeant

Supplementbände:

Herzchirurgie und Diabetes mellitus; Clinical Research in Cardiology, 2006, Vol. 95, Suppl. I

J. Ennker, S. Jacob, A. H. Lauruschkat

Steinkopff Verlag Darmstadt, 2006, 141 S.



Veröffentlichte Vorträge (Vortrag und Poster):

I. Florath, A. Albert, W. Hassanein, B. Arnrich, U. Rosendahl, I. C. Ennker, J. Ennker Current determinants of 30-day and 3-month mortality in over 2000 aortic valve replacements: impact of routine laboratory parameters 19th Annual Meeting of the European Association for Cardio-thoracic Surgery and the 13th Annual Meeting of the European Society of Thoracic Surgeons, Barcelona, Spain, Sept. 25-28, 2005; Eur J Cardiothorac Surg 2006 Nov; 30(5): 716-21

T. Chavez, D. Pietrowski, J. Bories, J. Ennker

Influence of off-pump artery bypass grafting on the expression of C-reactive protein 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft f.Thorax-, Herz- u. Gefäßchirurgie, 19.-22.02.2006 in Hamburg; Thorac Cardiovasc Surg, 54, Suppl. 1, 2006: S73

W. Hassanein, A. Albert, S. Bauer, U. Rosendahl, I. C. Ennker, F. Dalladaku, K. Bauer, J. Ennker

The differences in blood flow patterns in bypass grafts according to the revascularized coronary territories: analysis of 2618 grafts 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft f.Thorax-, Herz- u. Gefäßchirurgie, 19.-22.02.2006 in Hamburg, Thorac Cardiovasc Surg, 54, Suppl. 1, 2006: S88

A. Albert, W. Hassanein, M. Wanner, L. Vöhringer, A. Abugameh, U. Rosendahl, J. Ennker Sequential and composite internal thoracic artery grafts in off-pump coronary bypass: a simple way to estimate the required conduit length 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft f.Thorax-, Herz- u. Gefäßchirurgie, 19.-22.02.2006 in Hamburg, Thorac Cardiovasc Surg, 54, Suppl. 1, 2006: S91

A. Albert, I. Florath, U. Rosendahl, I. C. Ennker, F. Dalladaku, J. Ennker Seven years of aortic valve replacement with stentless bioprostheses 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft f.Thorax-, Herz- u. Gefäßchirurgie, 19.-22.02.2006 in Hamburg, Thorac Cardiovasc Surg, 54, Suppl. 1, 2006: S92

B. Arnrich, A. Albert, J. Walter, U. Rosendahl, J. Ennker Data mart based risk stratification in heart surgery: comparison to a prospective risk score validation 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft f.Thorax-, Herz- u. Gefäßchirurgie, 19.-22.02.2006 in Hamburg, Thorac Cardiovasc Surg, 54, Suppl. 1, 2006: S113



Veröffentlichungen

FACHLITERATUR Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews

IMPRESSUM



VERÖFFENTLICHUNGEN - INNERE MEDIZIN & KARDIOLOGIE

Wissenschaftliche Beiträge – Bücher – Kongresse

The importance of cholesterol lowering in patients after coronary-artery bypass surgery.

Clin Res Cardiol 2006, Jan 95, Suppl, 1:i78-i82

I. Melichercik

E. von Hodenberg, Th. Breidenbach,

Schwere kardiale Arrhytmien im Langzeit-Video-EEG von Patienten mit ph Epilepsien. Z Epileptol 2006, 19(2): 160

S. Zwernemann, U. Krauss, S. Bilic, C. Kurth, E. von Hodenberg, D. Altenmüller, BJ. Steinhoff

Vorträge:

Belastung und Beanspruchung im Skilanglauf unter sportmedizinischen Gesichtspunkten,

Brail/Engadin, 05.02. bis 10.02.2006

EKG in der Praxis – Interaktive Fallbeispiele,

Lahr, 15.02.2006

Th. Breidenbach

Th. Breidenbach

EKG Seminar, Qualitätszirkel Allgemeinärzte, Geislingen-Rosenfeld, 27.04.2006

Th. Breidenbach

EKG in der Praxis – Interaktive Fallbeispiele,

Lahr, 09.05.2006

Th. Breidenbach

EKG-Intensivkurs, Medica, Baden-Baden, 05.07. bis 07.07.2006

Th. Breidenbach

S. Eder

Nierenarterienduplex/Nierensono: Nierenarterienstenose als sekundäre Hypertonieursache, Nephrosklerose,

Lahr, Kardiologisches Seminar, 18.02.2006

Lahr, Kardiologisches Seminar, 25.11.2006

Drug-eluting-Stents: Ein Meilenstein mit Gefahrenpotential?,

Ph. Grunebaum





Veröffentlichungen

Fachliteratur Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews Impressum

Neues zur arteriellen Hypertonie, TV-Sendung Kaffee oder Tee E. von Hodenberg

SWR, Baden-Baden, 02.08.2006

Aortenstenose, Aorteninsuffizienz: Intensivkurs Kardiologie, E. von Hodenberg
Bund Deutscher Internisten, Freiburg, 29.9.2006

Herzinsuffizienz und Hochdruck, E. von Hodenberg Krankenhaus Bretten, 18.10.2006

Kardiale Resynchronisationstherapie, *J. Melichercik* Symposium, Lahr, 25.01.2006

CRT Therapie und Vorhofflimmern J. Melichercik

The III. Cardiology Symposium, Strbske Pleso, Slowakei, 05.02. bis 08.02.2006

Herz aus dem Takt, Seminar, Bühl, 01.06.2006 J. Melichercik

Current Indications for CRT + ICD: Which patients in Germany J. Melichercik 20th. Upper Rhine Meeting, Basel, Schweiz, 23.06. bis 24.06.2006

Neues aus der Elektrophysiologie J. Melichercik Seminar, Lahr, 05.07.2006

Modern Pacemaker-Therapy, The XI. Congress of the Slovak Society of Cardiology, Bratislava, Slovakia, 05.10. bis 07.10.2006

Moderne Schrittmachertherapie J. Melichercik
Kardiologische Seminarreihe, Lahr, 25.11.2006

Studien update Kardiologie 2006, S. Murad Lahr, Kardiologisches Seminar, 25.11.2006





Veröffentlichungen

Fachliteratur Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews Impressum



Veröffentlichungen – Anästhesiologie

Wissenschaftliche Beiträge – Bücher – Kongresse

Patientenrecht und Selbstbestimmung T. Alexander, B. Sieber

Difficult airway management in cardiac anaesthesia: A. Gille, T. Alexander the role of transillumination guided intubation

Br J Anaesthesia 1998, 80:S23

Case presentation: The transillumination technique (Trachlight $^{\! (\! s \!)}\!)$ A. Gille, T. Alexander

used for an expected difficult intubation Poster at the WCA Montréal, 2000

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

Metoda alternativa de intubatie folosind tehnica de transiluminatie. L. Bonna, T. Alexander

Vortrag und Poster in Bukarest, 9/2002

Die Transilluminationstechnik bei der schwierigen Intubation in der Herzanästhesie. A. Gille, K. Komar, E. Schmidt, T. Alexander

Trachlight in der Rettungsmedizin. Vorstellung und Praxis. A. Gille

Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther, 2002;37:604-608

Fortbildung in der Landesschule DRK, Bühl, 10/2002

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

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

FACHLITERATUR



"Risiko und Qualität in der Herzchirurgie" J. Ennker, H.-R. Zerkowski ISBN 3-7985-1498-4



"Risikomanagement in der operativen Medizin" J. Ennker, D. Pietrowski, P. Kleine ISBN 978-3-7985-1737-0



"Clinical Research in Cardiology Supplements" J. Ennker, J. Bories, A. Albert



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





Ansprechpartner & Autoren Veröffentlichungen

FACHLITERATUR

Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews **I**MPRESSUM



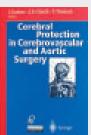
"Cardiovascular Aspects of Marfan Syndrome"

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



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





Ansprechpartner & Autoren Veröffentlichungen

FACHLITERATUR

Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews Impressum



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



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



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



"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

Kraichgau-Klinik AG

• www.kraichgau-klinik.ag

Einrichtungen der Kraichgau-Klinik AG

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

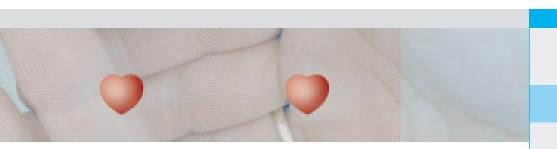
Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA

• www.sana.de



IMPRESSUM

Ansprechpartner & Autoren Veröffentlichungen Fachliteratur Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews



KONTAKT & ANFAHRT HERZZENTRUM LAHR/BADEN

Anfahrt aus Richtung Süden/Norden:

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

Anfahrt aus Richtung Osten (Kinzigtal):

B 33 von Villingen-Schwenningen in Richtung Offenburg Höhe der Ortschaft Biberach / Kinzigtal rechts abfahren in Richtung Lahr – nach 100 m links abbiegen auf die 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 B33/B415 ca. 22 Minuten.

Straßburg

B 28

B 36

Offenburg

Lahr/
Schwarzwald

B 33

Ppwzzwyy

A 5

B 3

B 28

A 5

B 36

Offenburg

Lahr/
Schwarzwald

B 33

Schwarzwald

B 33

B 294

Öffentliche Verkehrsmittel:

ICE-Verbindungen: Offenburg Straßburg

Nahverkehr:

Lahr/Schwarzwald (Bus und Bahn)

Verkehrsflughafen:

Straßburg

Herzzentrum Lahr/Baden Hohbergweg 2 77933 Lahr

Telefon: 0 78 2 1 / 925-0 Telefax: 0 78 2 1 / 925-39 25 00

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

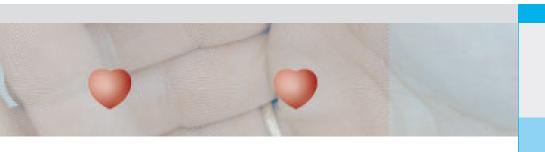
REPORTER DER INTERVIEWS

DR. BRUCKENBERGER



Geboren am 02.04.1940 in Gmunden/Oberösterreich. Studium der Rechtswissenschaften, Promotion, Tätigkeit in der Industrie und in der Sozialversicherung (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Linz). Von 1971 bis 1979 wissenschaftlicher Berater und Gutachter beim Deutschen Krankenhausinstitut e. V., Düsseldorf, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf. Von 1979 bis Anfang 2004 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung im Niedersächsischen Sozialministerium. Leitender Ministerialrat a. D., Lehrbeauftragter. Vortrags-, Berater- und Expertentätigkeit.

Drei Bücher: "Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen" (1978), "Dauerpatient Krankenhaus" (1989) und E. Bruckenberger, S. Klaue, H-P. Schwintowski; "Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb" (Springer, 2005). Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge über die Krankenhausfinanzierung und -planung, die Abstimmung beim Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte, die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen, die kooperative Regionalisierung, die Auswirkungen des DRG-Systems, die Probleme der Mindestmengenregelung und seit 1989 eine bundesweite jährliche sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie ("Herzberichte").



ORGANISATION

Ansprechpartner & Autoren Veröffentlichungen Fachliteratur Service & Links Kontakt & Anfahrt Reporter der Interviews

IMPRESSUM

Herzzentrum Lahr/Baden Hohbergweg 2 77933 Lahr Herausgeber

Telefon: 07821/925-0 Telefax: 07821/925-392500

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

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

Lars Anwand, Leiter Abteilung Finanzen/Controlling

Koordination

Peter Sonnabend Internet: www.no-comment.de

Fotografie

Martin Fritz Marketing Kommunikation GmbH Ahaweg 6-8 76131 Karlsruhe Gestaltung und Gesamtherstellung

Telefon: 07 2 I / I 30 86-0 Telefax: 07 2 I / I 30 86-25

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