



Medizinischer Jahresbericht 2007



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Interview	6

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

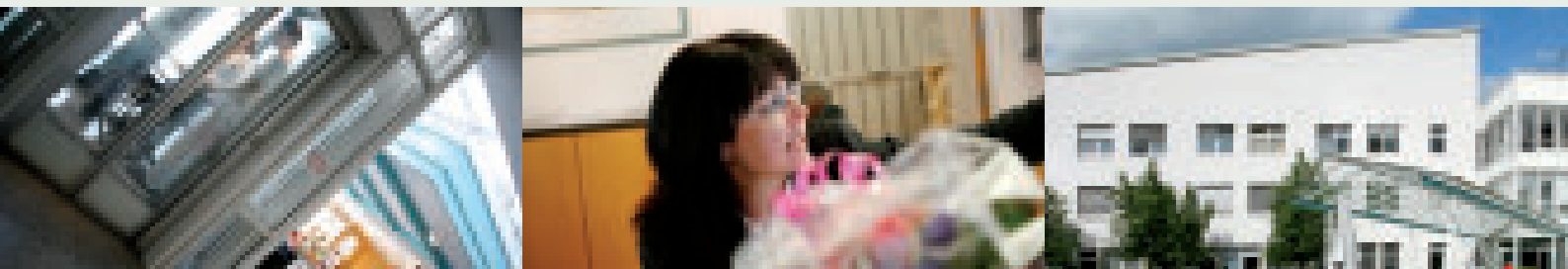
Vorwort	10
Operative Eingriffe 2007	12
OPCAB: das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden als Vorreiter	14
Arterielle Revaskularisation	15
Biologischer Composite-Einsatz	16
Aortenklappenersatz (AKE) bei jüngeren Patienten	17
Fortschritte in der Mitralklappenrekonstruktion	18
Präoperative Patientenvorbereitung	19
Verbesserte Ergebnisse auf dem Gebiet der Aortendissektion	20
HIT II	21
Hygiene	22
Risikomanagement	23

Teil 2: Klinik für Innere Medizin und Kardiologie

Erfolgreiches Jahr mit einem kompetenten Ärzteteam	26
Neues von der interventionellen Kardiologie	27
Vorteile der ambulanten Koronarangiographie	28
Leistungszahlen Kardiologie	29
Elektrophysiologie: Rückblick 2007	30
Leistungszahlen Elektrophysiologie und Schrittmacher	31
Elektrophysiologie: 3D-Mapping-Verfahren	32
Neue Entwicklungen bei Schrittmachern und Defibrillatoren	34
Studienzentrum Kardiologie	35
Die Abteilung Pneumologie	36
Spiroergometrie – für wen, warum?	37

Teil 3: Klinik für Anästhesiologie

Vorwort	40
Schmerztherapie	41
OPCAB	42
Monitoring	44
Schwierige Intubation	46
Symposium Patientenrecht und Selbstbestimmung	48



Teil 4: Unsere Mitarbeiter

Vorwort	52
MediClin-Akademie: Zielgerichtete Qualifizierung und „lebenslanges Lernen“	53
Personalentwicklung im ärztlichen Bereich	54
Personalentwicklung in der Pflege	56
Bachelor of Science in Physician Assistance betrifft Chirurgie und Pflege	57
Neues Leitungsteam OP	58
IPS und ich – eine fast normale Beziehung	59
Beachten, was die Seele braucht	60

Teil 5: Integrierte Gesundheitsversorgung

Unternehmensstrategie: MediClin integriert	64
Wo kommen unsere Patienten her? Unsere Einweiser	66
Einweiserinterview Prof. Dr. Gulba	67
Abgestimmte Behandlungspfade Reha	68
Weiterversorgung im MediClin Reha-Zentrum Gernsbach	70
Nachsorge Patienten, die nicht in die Reha gehen	72
Qualitätsmanagement – optimierte Aufnahme- und Entlassprozesse	73
Warum Lahr?	74
Weiterversorgung Reha: Warum Gernsbach?	75

Teil 6: Blickpunkte

Ansprechpartner	78
Veröffentlichungen	84
Circulationinterview Dres. Ennker	88
Qualitätssicherung Herzchirurgie	89
Interviewpartner	90
Fotografenteam und Bildkonzept	91
Hochschule für Gestaltung Karlsruhe	92
Kontakt und Anfahrt	93
Operative Eingriffe 2007	94
Impressum	101



Vorwort zum medizinischen Jahresbericht 2007

*Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor MediClin Herzzentrum Lahr/Baden
Dipl.-Kaufmann Thomas Nobereit, Kaufmännischer Direktor MediClin Herzzentrum Lahr/Baden*

Transparenz medizinischer Leistungen ist und bleibt eine Kernaussage unserer Klinik seit dem Beginn unserer Tätigkeit in Lahr an. Wir legen Ihnen daher auch in diesem Jahr wieder unsere Leistungszahlen in Form des medizinischen Jahresberichtes vor.

Die Ergebnisse aus der Analyse der herzchirurgischen Daten positionieren unsere Klinik im bundesweiten Vergleich erneut weit überdurchschnittlich. Dies hat auch in 2007 auf breiter Ebene dazu geführt, dass die überwiegende Zahl unserer Patienten längere Strecken als bis zum nächsten herzchirurgischen Krankenhaus auf sich nimmt, um sich bei uns im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden behandeln zu lassen. Das uns hierdurch entgegengebrachte Vertrauen stellt für alle Mitarbeiter eine besondere Verpflichtung dar.



Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker

Neben den in diesem Jahresbericht eingebrachten Aussagen finden Sie weitere Zahlen, Daten und Fakten auf unserer Klinikhomepage www.mediclin.de/herzzentrum-lahr, insbesondere auch den Vergleich unserer Klinik mit dem Bundesdurchschnitt unter dem Stichwort „BQS-Bundesauswertung“.

Ende 2007 ist durch den Hauptgesellschafter der Kraichgau-Klinik AG – dem Träger des Herzzentrum Lahr/Baden – die Entscheidung getroffen worden, seine Gesellschaftsanteile an die MediClin AG zu veräußern. Infolge wird das Herzzentrum nun im MediClin-Verbund geführt und trägt den Namen MediClin Herzzentrum Lahr/Baden. Von der Einbindung in den Klinikverbund MediClin profitieren das Herzzentrum und unserer Patienten u. a. durch Know-how-Transfer und abgestimmte medizinische Behandlungspfade. Der Vorstand der MediClin AG hat umfassende Kompetenzen an die Entscheidungsträger vor Ort im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden delegiert, wodurch schnelle und sachgerechte Entscheidungen ermöglicht werden.

Die Ampeln stehen klar auf grün, d. h. wir setzen auf vermehrte Leistung für unsere Patienten und Zuweiser. Es ist unser erklärtes Ziel, Wunschtermine für operative und medizinische Leistungen, insbesondere bezüglich der OP-Terminvergabe, zu realisieren. Der Umsetzung des medizinischen Fortschrittes, dem wir uns verschreiben, und der unsere Klinik im Bereich der Herzchirurgie auf mehreren Gebieten schon in eine Spitzenposition gebracht hat, – Bypasschirurgie am schlagenden Herzen, Implantation gerüstloser Aortenklappen, Mitralklappenrekonstruktion – sehen wir uns konsequent weiterhin verpflichtet.



In der Kardiologie konnte das Spektrum interventioneller Methoden erweitert werden. So wurde die interventionelle Stent-Therapie zur Behandlung von Carotis Stenosen etabliert. In der interventionellen Elektrophysiologie steht uns zwischenzeitlich ein 3D-Mapping-Verfahren zur Verfügung, so dass jetzt auch komplexe atriale Tachykardien oder Vorhofflimmern ablativ behandelt werden. Für Herzinfarktpatienten bieten wir weiterhin die 24-Stunden-Herzkatheter-Bereitschaft an, um mittels Ballondilatation und Stent-Implantation eine sofortige Wiedereröffnung akut verschlossener Koronargefäße durchzuführen.

Wir möchten das Therapieangebot der modernen kardiovaskulären Medizin gleichermaßen Fachleuten wie Laien, Betroffenen und Nichtbetroffenen nahebringen und dadurch auch die häufig vorhandenen Schwellenängste von Erkrankten mindern.

Das Ende der DRG-Konvergenzphase ist absehbar. In der Zukunft werden die Kostenträger mit kompetenten Anbietern eigene Verträge abschließen. Das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden ist hierzu adäquat positioniert; eine leistungsbereite Mitarbeiterschaft und eine mittlerweile lang gewachsene „institutional experience“ ermöglicht es uns, im Wettbewerb eine klare und nachhaltige Wachstumsstrategie umzusetzen.

Für das unserer Klinik auch im Jahr 2007 entgegengebrachte Vertrauen möchten wir unseren Dank aussprechen. Wir danken insbesondere unseren Patienten, die uns in einer oft lebensbedrohenden Situation ihr Vertrauen entgegengebracht haben, sowie unseren Einweisern und Kooperationspartnern, die derzeit und zukünftig vertrauensvoll und kooperativ mit uns zusammenarbeiten. Last but not least danken wir unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit ihrem Engagement den Ruf unserer Klinik tragen und sich auch im Jahr 2007 in herausragender Art und Weise für das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden engagiert haben.



Thomas Nobereit

Mit der MediClin AG hat das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden eine Muttergesellschaft gewonnen, die sich gleichermaßen dem medizinischen Fortschritt, einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung, klaren unternehmerischen Entscheidungsprozessen sowie der Mitarbeiterorientierung verschrieben hat.


Jürgen Ennker


Thomas Nobereit



Interview

Fragen: MediClin Herzzentrum Lahr/Baden

Antworten: Dr. Jochen Messemer, Mitglied des Vorstandes der Deutschen Krankenversicherung (DKV), Ressort Leistungs- und Gesundheitsmanagement/Internationale Krankenversicherung und Aufsichtsratsmitglied MediClin AG

Das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden zählt zu den „Best-Care-Partnern“ der DKV. Was kann man sich unter dieser Partnerschaft vorstellen?

Die DKV bemüht sich um eine Optimierung der medizinischen Versorgung ihrer Versicherungsnehmer im Krankheitsfall. Sie hat sich deshalb die Entwicklung innovativer Behandlungs- und Versorgungskonzepte zur Aufgabe gemacht, um die Behandlungsqualität zu verbessern und durch eine optimale Behandlung Unter-, Fehl- und Überversorgungen zu vermeiden. Im Rahmen dieses Bemühens hat die DKV mit dem Tarif Best Care ein innovatives Produkt entwickelt, das diese Zielsetzung stützen soll. Der Tarif Best Care garantiert bei bestimmten, schwerwiegenden Diagnosen einen Termin bei einem auf dem jeweiligen Gebiet spezialisierten Arzt innerhalb von fünf Werktagen. Hier wird entweder die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der Experte praktiziert, oder die vor der stationären Aufnahme stattfindende Sprechstunde beim Experten zugesichert.

Nach welchen Kriterien sucht die DKV ihre Partner aus?

Die Bewertung erfolgt durch unabhängige wissenschaftliche Institute, welche wir mit beauftragt haben und die folgende Kriterien zugrunde legen:

- wissenschaftliche Expertise der Ärzte (z. B. Anzahl ihrer Veröffentlichungen in internationalen Zeitschriften, Cochrane Library),
- Auswertungen von nationalen und internationalen Kongressen hinsichtlich der aktiven (Vorträge) und passiven (Fortbildung) Teilnahme der Ärzte,
- Mitarbeit der Ärzte in wissenschaftlichen Fachgesellschaften,
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Ärzte,
- medizinisch-technische Ausstattung der Klinik, in der die Ärzte tätig sind,
- Befragung von Patientenselbsthilfegruppen durch die Institute bzgl. deren Zufriedenheit mit den Leistungen der entsprechenden Ärzte.

Mit welchen Qualitäten konnte das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden die DKV überzeugen?

Das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden hat schon früh die Sinnhaftigkeit eines validen Qualitätsmanagements erkannt und als erstes Herzzentrum in Deutschland



auch Outcome-Parameter seines Leistungsspektrums der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Vor anderen Herzzentren hat es die BQS-Daten (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung), z. B. zur Koronar- und Klappenchirurgie, auf seiner Homepage veröffentlicht und so mit seinen hervorragenden Ergebnissen auch die Krankenkassen und privaten Krankenversicherer überzeugen können. Die Philosophie der offenen Kommunikation, eine konsequente Qualitätssicherung und der nachweislich hohe Zufriedenheitsgrad der Patienten veranlassten die DKV, das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden als Best Care Partner auszuwählen. Die guten Erfahrungen aus dieser Kooperation bestätigen die Richtigkeit dieser Wahl.

Was beinhaltet diese Partnerschaft?

Im Rahmen der Partnerschaft wird die Aufnahme der Patienten zur stationären Behandlung oder zur prästationären Diagnostik innerhalb von fünf Werktagen (Mo-Fr) sichergestellt. Falls nach der prästationären Diagnostik eine stationäre Behandlung notwendig ist, erfolgt eine unverzügliche stationäre Aufnahme. Außerdem legen wir Wert auf die persönliche Leistung des Best Care Partnerarztes bei Erstuntersuchung, Beratung, Operation und der schriftlichen second opinion. Das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden fördert das persönliche Wohlbefinden der Patienten und vermittelt unseren Kunden das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. Darüber hinaus wird die umfangreiche und ausführliche Beratung in ruhiger, individueller Atmosphäre und Umgebung und – im Einvernehmen mit dem Patienten – unter Einbindung der Angehörigen und Partner in die Beratung, Aufklärung und gegebenenfalls Therapie durchgeführt.

Wie prüfen Sie nach, ob auch die Patienten mit der Behandlungsqualität im Rahmen der Partnerschaft zufrieden sind? Gibt es spezielle Fragebögen?

Wir senden jedem von uns begleiteten Kunden, nachdem er sich dem Experten vorgestellt hat oder ein Zweitmeinungsgutachten für ihn erstellt wurde, einen Patientenfragebogen zu. Der Patientenfragebogen wurde von einem unabhängigen Institut erstellt und umfasst Fragen zum Ablauf und zur Behandlung, bzw. zur Verständlichkeit des Inhalts der schriftlichen Zweitmeinung.

Zitat Dr. Messemer:

„Wir können bereits auf eine dreijährige Partnerschaft zurückblicken, seit dem 1. Januar 2005 ist das Herzzentrum Lahr unser Kooperationspartner.“

Vorwort

Operative Eingriffe 2007

OPCAB

Arterielle Revaskularisation

Biologischer Composite-Einsatz

AKE bei jüngeren Patienten

Fortschritte Mitralklappenrekonstruktion

Präoperative Patientenvorbereitung

Verbesserte Ergebnisse Aortendissektion

HIT II

Hygiene

Risikomanagement





Herz-, Thorax- & Gefäßchirurgie



Vorwort

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

Die hier für 2007 vorgelegten Ergebnisse der herzchirurgischen Klinik spiegeln auch im institutionellen Vergleich die hohe Sicherheit des operativen Vorgehens für die uns anvertrauten Patienten wider.

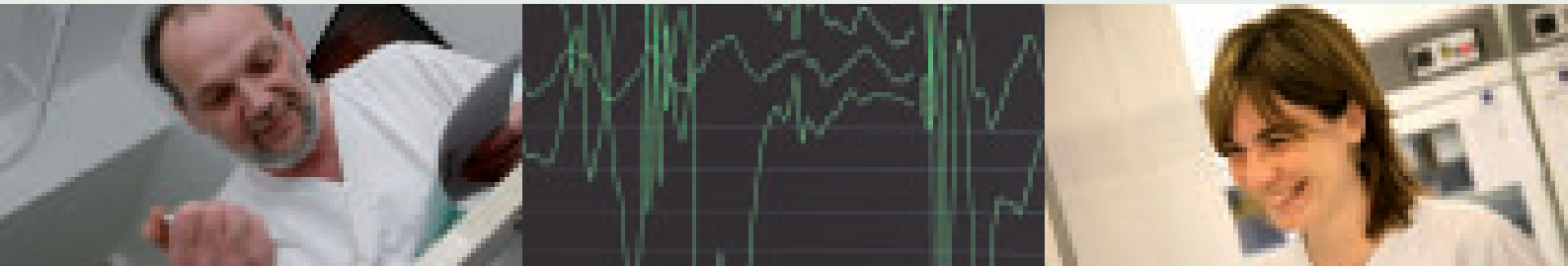
Die herzchirurgische Abteilung unseres Zentrums positioniert sich mit den im Jahr 2007 erreichten Operationszahlen im oberen Leistungsbereich Deutschlands und mit den Ergebnissen erneut in einer Spitzenposition.

Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass Kliniken mit hohen Operationszahlen wie das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden prozessuale, personale und infrastrukturelle Faktoren aufweisen, die nicht nur kurz-, sondern auch langfristig bessere Ergebnisse erarbeiten. Entsprechend spiegeln beispielsweise die Resultate von über eintausend Bypassoperationen – überwiegend isoliert aber auch als Wiederholungseingriff, bzw. simultan mit Herzklappenoperationen – die hohe Effizienz und „institutional experience“ unserer Klinik wider. Unterstützend wirken hierbei 15 Fachärzte, sowie ein von den Mitarbeitern getragenes in unserer Klinik frühzeitig eingeführtes Qualitäts- und Risikomanagement.

Mittlerweile über 22.000 Operationen am offenen Herzen seit Klinikeröffnung Ende 1994 unterstreichen diese Zahl.

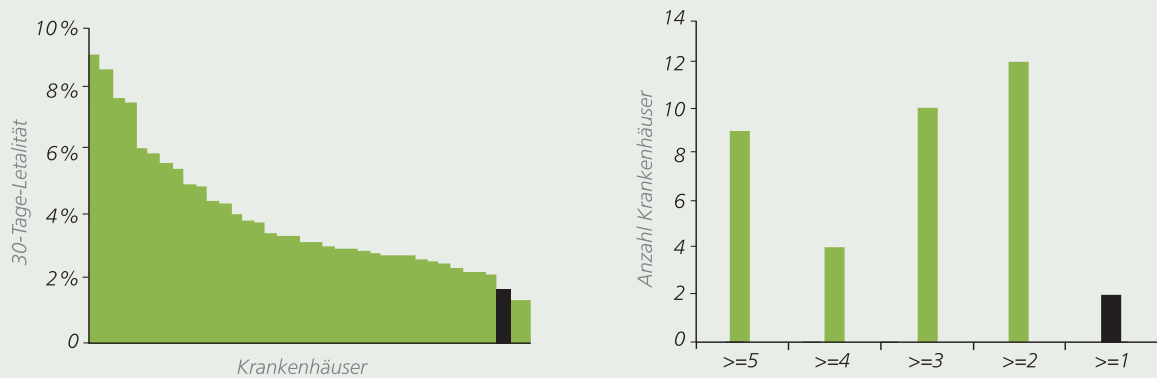
Die Unterstützung, die wir durch den neuen Klinikträger, die MediClin AG, erfahren, ermöglicht uns in Verbindung mit unseren motivierten Mitarbeitern, unseren Patienten und Einweisern eine noch bessere Betreuung anzubieten. Es ist unser Ziel, durch Leistungserhöhung, von einer Warteliste für Herzoperationen zu einer Organisationsliste mit „Wunschterminen“ für Herzoperationen zu kommen.

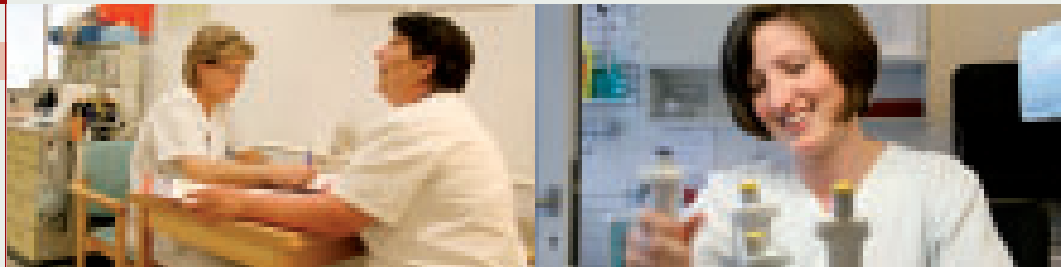
Bundesweit konnte sich unsere Klinik erneut auf dem Gebiet der Bypasschirurgie am schlagenden Herzen auf Platz Eins positionieren. Auf diesem Gebiet verfügen wir anhand von über 2.000 operierten Patienten eine über zehn Jahre betragende Erfahrung. Die auch bei den Eingriffen mit Herzlungenmaschine vergleichsweise günstiger als der Bundesdurchschnitt liegende operative Sterblichkeit betrug bei den so genannten OPCAB-Operationen im Berichtszeitraum nur 0,7 Prozent.



Bezüglich der Neueinführung von speziellen operativen Methoden verfahren wir von Anfang an nach dem folgenden Grundsatz: Wir müssen nicht die Ersten sein, sondern die besten Ergebnisse für unsere Patienten erarbeiten! Eine komplikationsträchtige Lernkurve, wie diese z. B. bei dem Versuch der Einführung der roboter-gestützten Herzchirurgie oder der letztlich nicht erfolgreichen Laserchirurgie zu verzeichnen war, konnten wir somit unseren Patienten ersparen. Diese Vorgehensweise hindert uns aber nicht, auf anderen Gebieten neue Wege zu gehen. Hierzu mehr im Folgenden:

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





Operative Eingriffe 2007

Altersgruppe (Jahre)	Alle Eingriffe * / 30 Tage postoperativ **						gesamt
	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	>=80	
ACB mit HLM Letalität % 30d (n)	1 0.0(0)	12 0.0(0)	56 0.0(0)	99 1.01(1)	117 1.71(2)	24 12.5(3)	309 1.94(6)
ACB ohne HLM (OPCAB) Letalität % 30d (n)	3 0.0(0)	26 0.0(0)	66 0.0(0)	146 0.68(1)	166 0.0(0)	21 9.52(2)	428 0.7(3)
AKE Letalität % 30d (n)	5 0.0(0)	17 0.0(0)	28 0.0(0)	48 0.0(0)	101 1.98(2)	45 0.0(0)	244 0.82(2)
AKE + ACB Letalität % 30d (n)	— —	— —	12 0.0(0)	39 0.0(0)	108 1.85(2)	50 8.0(4)	209 2.87(6)
AKE + (MKE oder MKR) Letalität % 30d (n)	1 0.0(0)	3 0.0(0)	6 0.0(0)	8 0.0(0)	17 11.76(2)	6 0.0(0)	41 4.88(2)
Aorten Chirurgie Letalität % 30d (n)	4 0.0(0)	16 0.0(0)	18 0.0(0)	33 0.0(0)	22 9.09(2)	4 0.0(0)	97 2.06(2)
MKE Letalität % 30d (n)	— —	— —	3 0.0(0)	4 0.0(0)	6 0.0(0)	— —	13 0.0(0)
MKE + ACB Letalität % 30d (n)	— —	— —	3 0.0(0)	8 12.5(1)	4 25.0(1)	1 (1)	16 18.75(3)
MKR (+TKR) Letalität % 30d (n)	— —	7 0.0(0)	11 0.0(0)	26 3.85(1)	25 4.0(1)	4 0.0(0)	73 2.74(2)
MKR + ACB Letalität % 30d (n)	— —	2 0.0(0)	6 0.0(0)	13 0.0(0)	13 15.38(2)	3 33.33(1)	37 8.11(3)
Re-ACB Letalität % 30d (n)	— —	1 0.0(0)	4 0.0(0)	10 0.0(0)	23 8.7(2)	1 0.0(0)	39 5.13(2)
Re-Klappen-Ersatz Letalität % 30d (n)	1 0.0(0)	1 0.0(0)	7 0.0(0)	8 25.0(2)	20 15.0(3)	3 0.0(0)	40 12.5(5)
Andere Kombinations-OPs Letalität % 30d (n)	4 0.0(0)	1 0.0(0)	7 14.29(1)	11 0.0(0)	9 11.11(1)	5 40.0(2)	37 10.81(4)
Ventrikelaneurysma-R. Letalität % 30d (n)	— —	1 0.0(0)	7 0.0(0)	5 0.0(0)	4 25.0(1)	— —	17 5.88(1)
gesamt Letalität % 30d (n)	19 0.0(0)	87 0.0(0)	234 0.43(1)	458 1.31(6)	635 3.31(21)	167 7.78(13)	1600 2.56(41)



		Vergleich zu USA (Society of Thoracic Surgeons; www.sts.org ***)		
		Lahr 2007	Lahr 1997 bis 2007	STS 1-6/2007
ACB + ACB ohne HLM (OPCAB)	N % verstorben	737 1,22	12872 1,42	130.176 2,10
AKE	N % verstorben	244 0,82	2059 2,67	8867 3,00
AKE + (MKE oder MKR)	N % verstorben	41 4,88	197 6,09	598 9,00
AKE + ACB	N % verstorben	209 2,87	1526 4,33	7617 5,00
MKE	N % verstorben	13 0,00	325 3,70	2128 6,30
MKE + ACB	N % verstorben	16 18,75	165 7,88	1251 10,40
MKR (+ TKR)	N % verstorben	73 2,74	340 3,61	2526 1,8 (ohne TKR)
MKR + ACB	N % verstorben	37 8,11	214 5,60	2388 6,40
Ventrikulaneurysma-R.	N % verstorben	17 5,88	237 5,6	571 8,8

Definitionen:

HLM: Herz-Lungen-Maschine
 ACB: Bypass-Operation
 ACB ohne HLM (OPCAB): Off-Pump Coronary Artery Bypass (Koronarchirurgie ohne Herz-Lungen-Maschine)
 AKE: Aortenklappenersatz
 MKE: Mitralklappenersatz
 MKR: Mitralklappenrekonstruktion
 TKR: Trikuspidalklappenrekonstruktion
 VSD: Ventrikelseptumdefekt
 ASD: Vorhofseptumdefekt
 Re-ACB: Erneuter Aortokoronarer Venenbypass
 Re-Klappe: Erneute Herzklappenoperation

Ventrikulaneurysma-R. (Resektion): Operation von Aussackungen der Herzkammer nach Herzinfarkt
 Aortenchirurgie: Eingriffe im Bereich der großen Körperschlagader

* Inkl. Rezidiveingriffe (wie DGHT-Leistungsstatistik)
 ** Erfassung der 30-Tage-Letalität mit > 99 % Vollständigkeit
 *** <http://www.sts.org/sections/stsnationaldatabase/publications/executive/article.html>

Vorwort

Operative Eingriffe 2007

OPCAB

Arterielle Revaskularisation

Biologischer Composite-Einsatz

AKE bei jüngeren Patienten

Fortschritte Mitralklappenrekonstruktion

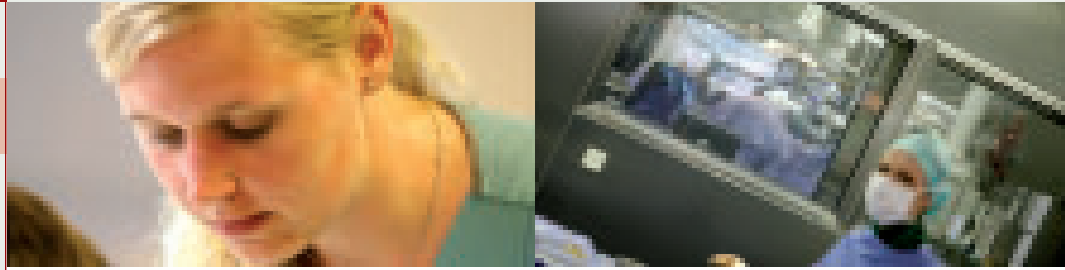
Präoperative Patientenvorbereitung

Verbesserte Ergebnisse Aortendissektion

HIT II

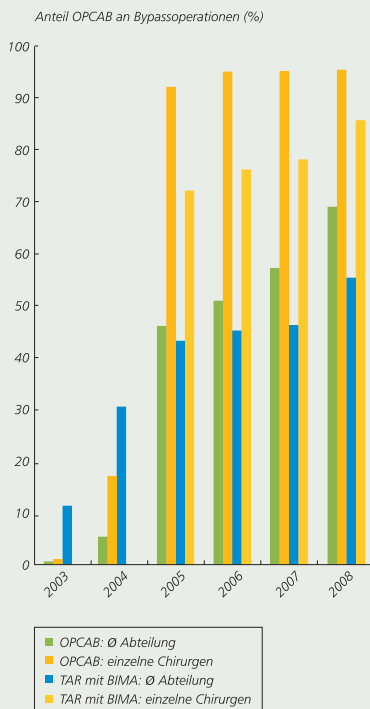
Hygiene

Risikomanagement



OPCAB: das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden als Vorreiter

Dr. Alexander Albert, Oberarzt



Literatur:

1. Puskas, J; Cheng, D, et al. (2005) *Technology & Techniques in Cardiothoracic & Vascular Surgery*. 1(1):3-27 (→Review)
2. Raja SG (2005) *Tex Heart Inst J*; 32(4):489-501 (→Review)
3. Albert A, Peck EA, et al. (2006) *J Thorac Cardiovasc Surg* 131(1):154-162 (→Training)
4. Albert A, Ennker J. *Z Herz- Thorax- Gefäßchir* (2008) · 22:81–90; DOI 10.1007/s00398-008-0624-6 (→Techniken)

Mit mehr als 400 Bypassoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine (OPCAB = Off-Pump-Coronary-Artery-Bypass-Surgery) im Jahr 2007, führte das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden die meisten dieser Operationen in Deutschland durch (lt. Jahresbericht der deutschen Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie 2007). Innerhalb unserer Klinik breitete sich 2007 das OPCAB-Verfahren weiter von wenigen spezialisierten Chirurgen auf nun alle Chirurgen aus. Dadurch steigt der Anteil der OPCAB-Operation an der Bypasschirurgie auch im Klinikdurchschnitt weiter an und liegt derzeit bei 70 % (s. Abbildung). Typischerweise wird die OPCAB Operation bei uns mit der arteriellen Revaskularisation kombiniert (s. Beitrag „Arterielle Revaskularisation“), deren Anteil gegenüber der Revaskularisation mit (Bein-)Venen ebenfalls weiter zunimmt und derzeit weit über dem Bundesdurchschnitt liegt (s. Abbildung).

Auf der Basis von Meta-Analysen (1,2) wird OPCAB derzeit empfohlen, um die perioperative Komplikationsrate der Bypassoperation zu senken [Evidenz-Klasse I, Level A], kann OPCAB empfohlen werden, um die Inzidenz postoperativer kognitiver Dysfunktionen zu senken [Klasse IIa, Level A] und sollte OPCAB insbesondere bei Hochrisikopatienten erwogen werden, um perioperative Letalität und Morbidität zu senken [Klasse IIa, Level B]. Entsprechend konnten wir auch im Jahr 2007 durch OPCAB und die komplette Vermeidung jeglicher Manipulation an der Aorta wie bereits in den beiden Jahren zuvor, intraoperative Schlaganfälle komplett vermeiden. Es bleibt dann nur noch ein minimales Restrisiko durch kardiale Embolien z.B. im Rahmen von postoperativen Rhythmusstörungen einen Schlaganfall zu erleiden; dies betraf 2007 leider einen unserer OPCAB-Patienten. Auch bezüglich anderer Parameter wie niedrige Letalität, Herzinfarktrate und postoperative Niereninsuffizienz liegen wir weiter im Spitzenbereich. Um das Potential dieses schonenden und innovativen Verfahrens weiter zu entwickeln, spielen ein spezielles Training, standardisierte Techniken, eine interne Qualitätskontrolle und die Entwicklung von Routinen eine besonders wichtige Rolle (3,4).



Arterielle Revaskularisation

Dr. Alexander Albert, Oberarzt

Die Verwendung der linken Brustwandarterie als Bypass für das Vorderwandgefäß, ist wegen der exzellenten Langzeitergebnisse (Offenheitsrate von > 90 % nach 10-20 Jahren) Standard in den allermeisten Kliniken der Welt. Doch auch die rechte Brustwandarterie ist wegen ihrer Resistenz gegen Atherosklerose und ihrer günstigen Wandeigenschaften den Beinvenen (und der Armarterie) überlegen. Um optimale Voraussetzungen für eine lange Haltbarkeit der Bypässe zu schaffen, verwenden wir daher bevorzugt beide Brustwandarterien für die komplette Versorgung des Herzens (s. Tabelle & Graphik). Dieses Verfahren wird bundesweit noch selten angewendet [Herzzentrum Lahr 2007: 53 % (je nach Operateur > 90 %), Deutschland: 18 %]. Bei Operationen am schlagenden Herzen ist der Anteil der „Arteriellen Revaskularisation“ erfahrungsgemäß höher [Herzzentrum Lahr 63 %; Deutschland: 28,8 %].

Tabelle: Entscheidungs-Algorithmus zu den verschiedenen Techniken der Bypasschirurgie.

Entscheidungsfaktor	Bypassmaterial	Technik
Methode der Wahl	RIMA & LIMA-Sequentialbypass	TAR & OPCAB & Aortic-No-Touch
Risiken für Sternuminfekte*, schlechte LIMA-Qualität	LIMA & Venen-Sequentialbypass	TAR & OPCAB & Aortic-No-Touch
unbrauchbare Beinvenen (z.B. Krampfadern, Re-Operationen)	LIMA & Radialis-Sequentialbypass	OPCAB & Aortic-No-Touch
RCA dominant und nicht hochgradig stenosiert, sehr kleinkalibrige IMAs	RIMA & LIMA & Einzel-Venenbypass	OPCAB & aortale Anastomose
sehr schlechte Herzfunktion (EF<25%)	LIMA & Einzel-Venenbypässe	HLM & aortale Anastomosen

* wenn mehr als 2 der folgenden Risikofaktoren vorliegen: schwere COPD, insulin-abhängiger Diabetes mellitus, schweres Übergewicht

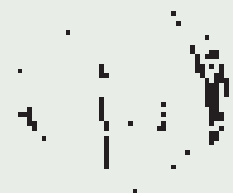
Abkürzungen:

LIMA (left internal mammaria artery): linke Brustwandarterie; RIMA (right internal mammaria artery): rechte Brustwandarterie; A.radialis: linke oder rechte Armarterie; RCA (right coronary artery): rechte Herzkranzarterie; HLM: Herz-Lungen-Maschine; Aortic-No-Touch: ohne Manipulation der Aorta (Hauptschlagader) zur Minimierung des Schlaganfallrisikos; TAR: Total Arterielle Revaskularisation; OPCAB: Operation am schlagenden Herzen



Dr. Alexander Albert

Abb.: Typische Anordnung beider Brustwandarterien für die komplett arterielle Versorgung des Herzens. Wegen der begrenzten Länge muss die Bypassanordnung sorgfältig überdacht sein und wie hier gezeigt Zusatzlängen wegen notwendiger Bögen eingeplant werden [Zeichnung von Victor Gross, Stuttgart]



Vorwort

Operative Eingriffe 2007

OPCAB

Arterielle Revaskularisation

Biologischer Composite-Einsatz

AKE bei jüngeren Patienten

Fortschritte Mitralklappenrekonstruktion

Präoperative Patientenvorbereitung

Verbesserte Ergebnisse Aortendissektion

HIT II

Hygiene

Risikomanagement



Biologischer Composite-Einsatz

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

Der Einsatz von biologischen Conduits ist für ältere und geeignete jüngere Patienten mit Erkrankungen der Aortenklappe und aufsteigenden Körperschlagader optimal geeignet und wird unseren Patienten zur Vermeidung der Risiken einer Antikoagulantientherapie eines mechanischen Klappenersatzes standardmäßig angeboten.

Bei symptomatischen und progredient wachsenden Aneurysmen besteht die Indikation zum Ersatz der Aorta ascendens. Bei asymptomatisch degenerativen Aortenaneurysmen sollte der chirurgische Eingriff ab einem Durchmesser der Aortenwurzel von 5 cm erfolgen, da das Risiko einer Ruptur oder Dissektion bei einem Aneurysma dieser Größe deutlich ansteigt.

Als chirurgische Standardtherapie gilt der von Bentall und de Bono eingeführte Ersatz der Aortenwurzel durch ein mechanisches klappentragendes Conduit („composite graft“, Dacron-Prothesenrohr mit mechanischer Klappe), wenn sich das Aneurysma auf den Aortenannulus oder auf den Sinus-Valsava erstreckt. Da die mechanischen Conduits eine lebenslange Antikoagulationstherapie erfordern, werden in den letzten Jahren zunehmend alternative Methoden wie die klappenerhaltenden Rekonstruktionsverfahren nach David oder eine Kombinationen von biologischen Aortenklappenprothesen mit Dacron-Prothesen angewendet („biologisches Composite“). Dabei wird je nach pathologisch-anatomischen Gegebenheiten entweder nur die Aortenklappe oder die gesamte Aortenwurzel ersetzt, wobei bei letzteren die Koronararterien re-implantiert werden müssen. Die Gefäßprothese wird dann im Bereich des sinutubulären Überganges an die Rest-Aorta (bei subkoronarem Ersatz) bzw. an die gerüstlose biologische Aortenklappenprothese (bei kompletten Wurzelersatz) anastomosiert.

Zwischen 2001 und 2007 erhielten 145 Patienten eine Kombination aus einem Aorta ascendens-Ersatz mittels Dacron-Rohrprothese und einer gerüstlosen biologischen Herzklappe (Medtronic Freestyle® Aortic Root). Bei 97 Patienten wurde die komplette Aortenwurzel ersetzt und bei 48 Patienten wurde der Aortenklappenersatz in subkoronarer Technik durchgeführt. Das Durchschnittsalter betrug 68 ± 9 Jahre und 34 % der Patienten waren jünger als 65 Jahre. Der Anteil der weiblichen Patienten betrug 29 %.

Der simultane Ersatz der Aortenwurzel und der Aorta ascendens mittels Rohrprothesen und gerüstlosen Bioprothesen in kompletter Wurzelersatztechnik hatte eine vergleichbar geringe operative Letalitätsrate von 2,1 % wie die Standardtherapie mit mechanischen klappentragenden Conduits (2,8 %).



Aortenklappenersatz bei jüngeren Patienten

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

Für den Aortenklappenersatz stehen im Prinzip zwei Arten von künstlichen Herzklappen zur Verfügung: mechanische und biologische Prothesen. Mechanische Klappen besitzen eine praktisch unbegrenzte Haltbarkeit. Sie erfordern jedoch eine lebenslange Therapie mit Gerinnungshemmern, welche die Blutungsneigung erhöhen. Beim Ersatz mit biologischen Prothesen ist keine lebenslange Antikoagulation nötig. Diese weisen jedoch eine altersabhängige begrenzte Haltbarkeit auf. Hierdurch können Reoperationen mit Ersatz der degenerierten Prothese erforderlich werden. Während bei konventionellen Bioprothesen („mit Gerüst“) die Gewebeherzklappe auf einem Klappengerüst aufgenäht ist, wird die gerüstlose Bioprothese unmittelbar in der Aorta des Patienten angebracht. Dies bewirkt ein der nativen Aortenklappe ähnliches Flussprofil (physiologische Struktur) mit niedrigeren transvalvulären Gradienten. Hierdurch wird eine längere Haltbarkeit erwartet.

Die aktuellen Richtlinien zur Wahl der Herzklappenprothese [ACC/AHA guidelines, Bonow RO et al., Circulation 2006] empfehlen eine Bioprothese, falls der Patient keine Antikoagulationstherapie verträgt oder wünscht, da ein Schwangerschaftswunsch besteht oder ein sehr aktiver Lebensstil geführt wird, sowie ab einem Alter von 65 Jahren für Patienten, die kein erhöhtes Risiko für Thromboembolien aufweisen. Neuere Studien zeigen, dass nicht der Prothesentyp sondern patientenabhängige Risikofaktoren die Überlebenszeit nach Klappenersatz bestimmen. Eine Meta-Analyse von 32 Studien [Lund, O. and Bland, M. J., Thorac Cardiovasc Surg 2006] konnte keine Unterschiede in der risikokorrigierten Gesamtleblichkeitsrate für mechanische und biologische Klappenprothesen nachweisen. Zwischen April 1996 und Dezember 2007 wurden 1.670 gerüstlose Bioprothesen (Medtronic Freestyle® Aortic Root) am MediClin Herzzentrum Lahr/Baden eingesetzt.

Davon waren 234 Patienten im Alter von 20 bis 65 Jahren, 74 % waren männlich. Die Letalität (2,6 %) in dieser Altersgruppe lag erwartungsgemäß risikoadjustiert niedriger als bei älteren Patienten. Die mit Bioprothesen verbundene überlegene Lebensqualität führt in unserer Klinik dazu, dass immer mehr jüngere Patienten sich für diesen Klappentyp entscheiden.

Aufgrund der überlegenen Lebensqualität der gerüstlosen biologischen Freestyle Aortenklappenbioprothese stieg der Anteil der jüngeren Patienten, die diese Klappe in unserer Klinik wählten, kontinuierlich auf zuletzt 59 Patienten im Jahr 2007.

Vorwort

Operative Eingriffe 2007

OPCAB

Arterielle Revaskularisation

Biologischer Composite-Einsatz

AKE bei jüngeren Patienten

Fortschritte Mitralklappenrekonstruktion

Präoperative Patientenvorbereitung

Verbesserte Ergebnisse Aortendissektion

HIT II

Hygiene

Risikomanagement



Chirurgie bei Herzklappenfehlern – Rekonstruktion von Aorten und Mitralklappen

Dr. Ulrich Rosendahl, Oberarzt



Dr. Ulrich Rosendahl

Eine schlussundichte (insuffiziente) Herzklappe kann meist erfolgreich und mit sehr guten Langzeitergebnissen klappenerhaltend operiert werden. Ein Ersatz durch eine künstliche Klappenprothese ist nicht notwendig.

Im Gegensatz zur Aortenklappenstenose ist es mit der entsprechenden chirurgischen Expertise und der Anwendung moderner chirurgischer Verfahren möglich, Mitralklappen- und Aortenklappeninsuffizienzen zu einem sehr großen Prozentsatz klappenerhaltend zu operieren. Zunehmende Beachtung findet bei den Mitralklappeninsuffizienzen die Dysfunktion des anterioren Segels.

Rekonstruktive Maßnahmen, die das anteriore Segel der Mitralklappe betreffen, stellen meist eine Herausforderung für den behandelnden Chirurgen dar. Komplexere Rekonstruktionstechniken, wie die Resuspension des anterioren Segels durch die Implantation künstlicher Haltefäden (Chordae) sind oft notwendig, um ein adäquates und langfristig konstant gutes Rekonstruktionsergebnis zu erreichen. Bei der Therapie der Aortenklappeninsuffizienzen werden ebenfalls standardisierte klappenerhaltende Operationsmethoden bevorzugt.

Vorraussetzung für eine sinnvolle Rekonstruktion der Klappe ist die Morphologie der Klappensegel und des Aortenannulus. Abgerissene, verkürzte bzw. fibrotische Segel sprechen gegen eine Rekonstruktion. Bikuspid angelegte Klappen eignen sich oft nur dann für eine rekonstruktive Maßnahme, wenn die Segel an sich morphologisch unauffällig sind. Bestens geeignet sind dagegen in den meisten Fällen Klappen, bei denen eine Insuffizienz durch Annuludilatation bzw. Dysproportion eines Segels, zu einer fehlenden Koaptation der Klappensegel führt. Zur Anwendung kommen Operationsverfahren nach David bzw. Yacoub, bei denen die Aortenwurzel remodelliert, bzw. die Segel der Klappe resuspensiert werden, sowie Eingriffe an den Segeln selbst.

Studienergebnisse konnten bisher zeigen, dass nach erfolgreicher Rekonstruktion der Aortenklappe gute Langzeitergebnisse mit geringer Reoperationsrate zu erwarten sind. 2007 konnte, wie schon in den Vorjahren, der größte Teil der Patienten, die mit einer Herzklappeninsuffizienz zur Operation zugewiesen wurden, durch rekonstruktive chirurgische Maßnahmen klappenerhaltend operiert werden. Der Anteil der Rekonstruktionen bei den reinen Mitralklappeninsuffizienzen erreichte weit über 90 %. Bei 65 Patienten konnte die Aortenklappe klappenerhaltend operiert werden.



Präoperative Patientenvorbereitung

Harald Proske, Oberarzt

Eine besondere Bedeutung kommt der Risikobewertung des meist älteren, häufig internistisch mehrfach erkrankten und jetzt herzchirurgisch zu versorgenden Patienten zu. Ziel muss es sein, das allgemeine und individuelle Risiko so weit wie möglich auf einen nicht weiter senkbaren Wert zu minimieren. Grundsätzliche Risiken, wie ein höheres Lebensalter, können nicht beeinflusst werden, wohl aber Faktoren, die eine potentiell besserbare Gesundheitsstörung betreffen. Folgende Punkte sind hierbei zu beachten:

- Erkennen von symptomatischen und asymptomatischen Infektionen
- zeitnaher präoperativer Focusschluss/-Sanierung im HNO-/Zahnbereich
- Beurteilung des Schweregrades einer Niereninsuffizienz
- Bestimmung der Schilddrüsenparameter sowohl prä-, als auch postinterventionell
- Optimierung der Lungenfunktion mittels präoperativer Atemtherapie
- adäquate Diabetes mellitus-Einstellung, Absetzen von Metformin mind. 48 Stunden vor der Aufnahme
- bei Re-AC(V)B-OP eventuell Durchführung eines CT Thorax, wenn die Lage der Bypässe alleine durch die Coronarangiographie nicht sicher bestimmbar ist
- Mitführung der Vormedikation, insbesondere spezieller Therapeutika (z. B. Antiparkinsonmittel)
- Absetzen von Antikoagulantien wie ASS, Clopidogrel oder Ticlopidin ca. 10-14 Tage vor OP, es sei denn spezielle Indikationen zwingen zur Fortsetzung der Therapie, Umsetzen einer Marcumartherapie auf Heparin
- Prüfung und gegebenenfalls Einleitung eines Betreuungsverfahrens, falls die Willensbildung oder Entscheidungsfindung des Patienten beeinträchtigt ist,
- Sicherstellung der zweifelsfreien Zustimmung des Patienten für die erforderliche Operation.

Selbstredend gelten alle aufgeführten Punkte nicht für eine Notfallsituation. Handelt es sich jedoch um einen elektiven Eingriff, so wird der Patient sicherlich von der verbesserten Ausgangssituation profitieren.



Harald Proske

Das allgemeine und individuelle Risiko kann durch eine optimierte präoperative Vorbereitung gesenkt werden.



Verbesserte Ergebnisse auf dem Gebiet der Aortendissektion

Dr. Stefan Bauer, Oberarzt, MBA

Eine akute Dissektion der aufsteigenden Hauptschlagader ist eine lebensbedrohliche Erkrankung – durch die Einführung eines vereinfachten und für den Patienten schonendes Operationsverfahrens steigt die Überlebenschancen.

Das Auftreten einer akuten Dissektion (Auseinanderweichen der zwiebelschalenartigen Schichten) der Hauptschlagader ist eine lebensbedrohliche Erkrankung, die in den meisten Fällen ohne Vorwarnung auftritt. Dabei erleiden die Patienten ein schwerstes Schmerzerlebnis und in 20 % der Fälle kommt es zum Einreißen der Hauptschlagader mit einem sofortigen innerlichen Verbluten. Die Sterblichkeit an diesem Krankheitsbild beträgt in den ersten 24 Stunden über 60 %. In weiteren 24 Stunden nochmals 25 %. Die Risiken des Krankheitsbildes liegen im Auftreten von organbezogenen Durchblutungsstörungen, da durch den Einriss der Innenwand der Hauptschlagader die Gefäßabgänge verschlossen werden. Durch Blutungen innerhalb des Herzbeutels kann die Herzfunktion beeinträchtigt werden. Oft kommt es zur Fehlfunktion der Hauptschlagaderklappe (diese wird undicht). Symptome wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Nierenversagen und Minderdurchblutung der Arme oder Beine sind ein Ausdruck dieser Erkrankung. Nach Diagnosestellung ist die Notfalloperation in einem herzchirurgischen Zentrum die mitunter einzige Therapieoption, um das Überleben des Patienten zu sichern. Seit 2/96 wurden im Herzzentrum Lahr/Baden 92 Patienten mit diesem Krankheitsbild behandelt. Dabei wurde ein innovatives Verfahren angewendet bei dem die Patienten geringer abgekühlt werden (auf 28 Grad), mit einem besseren Schutz für das Gehirn und ohne die Notwendigkeit eines zusätzlichen Schnittes für einen Gefäßzugang. Die behandelten Patienten hatten ein Lebensalter zwischen 32-85 Jahren (mittleres Alter 66.3 Jahre). Die Sterblichkeit lag mit 7.3 % deutlich unter der in der Literatur angegebenen Sterblichkeit von bis zu 25 %. Die Verwendung von Blutprodukten und der Blutverlust nach der Operation war geringer verglichen mit konventionellen Operationsverfahren, bei denen die Patienten auf eine niedrigere Körpertemperatur (18 Grad) abgekühlt werden. Der Anteil der Patienten mit einem Schlaganfall war ebenfalls mit 6 % deutlich geringer als bei der herkömmlichen Operation (bis zu 16 % Schlaganfall). Bei 82 Patienten war es möglich die defekte Herzklappe zu reparieren. Durch die Einführung des neuen Operationsverfahrens, welches im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden jederzeit als 24 Stunden/7 Tage die Woche angeboten werden kann, ist es möglich, das schwere Krankheitsbild der akuten Typ A-Aortendissektion sofort zu behandeln. Das innovative und schonende Operationsverfahren ermöglicht eine umfassende Versorgung auch von schwierigen Aortenerkrankung.

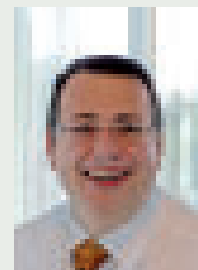


HIT II – In der Medizin gibt es nichts ohne Nebenwirkungen

Dr. Stefan Bauer, Oberarzt, MBA

Durch die routinemäßige postoperative Antikoagulation (Blutverdünnung) mit Heparinen konnte das Auftreten von Komplikationen (Embolie, Thrombose) während Krankenhausaufenthalten deutlich gesenkt werden. Diese Einführung der Thromboseprophylaxe zeigte aber bald eine für die behandelten Patienten lebensbedrohliche Komplikation (Allergie und damit verbundene Antikörperbildung) durch das Heparin. Bei dem Krankheitsbild der heparininduzierten Thrombocytopenie Typ II (HIT II) bildet der Patient nach Gabe von Heparin Antikörper, die zur Verklumpung der Blutplättchen (Thrombozyten) führen und ein Krankheitsbild mit Thrombosen und Embolien auslösen. Durch die weitverbreitete Gabe von Heparinen steigt auch die Allergiehäufigkeit gegen die Heparine und die Inzidenz der HIT II dramatisch an. Besonders bei Patienten, die über längere Zeit mit Heparinen behandelt wurden, also oft die schwerer kranken Patienten, zeigt sich ein Auftreten des Krankheitsbildes bei bis zu 12 % der Patienten. Die Therapie des Krankheitsbildes ist durch die Einführung von Anti-Thrombin-Medikamenten verbessert worden. Diese Medikamente hatten bisher den Nachteil, dass ihre Wirkung schlecht zu steuern war, so dass das Auftreten von Blutungen die Hauptkomplikation darstellte. Mit einem neuen Medikament auf Basis der Aminosäure Arginin (Agatra®) wird die Steuerbarkeit und Verträglichkeit der Therapie verbessert. Es wurden 102 Patienten mit HIT II von 8/2006 bis heute behandelt. Das Durchschnittsalter betrug 74,6 Jahre. 15,6 % waren Notfallpatienten und hatten zu 100 % eine präoperative Heparintherapie erhalten. Die HIT II-Patienten waren zu 76 % Patienten mit kombinierten Eingriffen (Klappen- und Bypassoperation). Das Auftreten der HIT II wurde in der Regel am 6. postoperativen Tag festgestellt. 28,5 % der Patienten erlitten vor Einführung der neuen Therapie thrombembolische Komplikationen.

Das Auftreten der Komplikationen und der Sterblichkeit konnte durch die Einführung und sehr frühzeitige Therapie mit Agatrobán® deutlich reduziert werden. Blutungskomplikationen traten unter der Therapie mit Agatrobán® nicht auf. Die Sterblichkeit am Krankheitsbild HIT II konnte von 58,8 % auf 8,1 % drastisch abgesenkt werden. Unsere Klinik nimmt damit eine Spitzenposition in Deutschland bei der Versorgung von HIT II-Patienten ein.



Dr. Stefan Bauer

Eine durch das Medikament Heparin ausgelöste allergische Reaktion führt zur Bildung von Blutpfropfen, die zu einem lebensbedrohlichen und unerkannt zu einem tödlich endendem Krankheitsbild führt. Die frühzeitige Behandlung mit verträglichen Medikamenten senkt das Risiko ab.

Vorwort

Operative Eingriffe 2007

OPCAB

Arterielle Revaskularisation

Biologischer Composite-Einsatz

AKE bei jüngeren Patienten

Fortschritte Mitralklappenrekonstruktion

Präoperative Patientenvorbereitung

Verbesserte Ergebnisse Aortendissektion

HIT II

Hygiene

Risikomanagement



Hygienestandards am MediClin Herzzentrum Lahr/Baden

Dr. Ina Carolin Ennker, Oberärztin



Dr. Ina Carolin Ennker

Auswahl von Vorschriften und Arbeitsanweisungen Hygiene am MediClin Herzzentrum Lahr/Baden: Hautdesinfektion, Vorgehen bei Verbandswechsel, Infusionstherapie, Isolierungsrichtlinien, Epidemiologisches Protokoll, Antibiotikaprophylaxe, Kleiderordnung, Desinfektionspläne, Vorgehen bei MRSA/ORSA/VRE, Parentrale Mischlösungen, Personalschutz

Nach Angaben des Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) im Jahre 2007 sterben in Europa jedes Jahr 50.000 Menschen durch im Krankenhaus erworbene Infektionen. Daher ist die Einhaltung von strengsten Hygienestandards eine absolut zwingende Aufgabe für jeden, der in einem Krankenhaus arbeitet. Im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden wird daher auf die Einhaltung der Hygienevorschriften besonders geachtet. Neben der Herausgabe eines Handbuchs Hygiene, das für jeden Mitarbeiter über das hausinterne Intranet einsehbar und verbindlich ist, sind alle wesentlichen Maßnahmen des Hygienemanagements als Standards im Hause verwirklicht. Dazu gehören:

- Überwachung aller hygienerelevanter Arbeitsabläufe in Diagnostik, Therapie und Pflege, sowie Lebensmittelherstellung
- Erfassung der Resistenzermittlung spezieller Erreger auf deren Antibiotikempfindlichkeit in Zusammenarbeit mit einem externen Speziallabor
- regelmäßige eigenständige Durchführung von Personal- und Umgebungsuntersuchungen zum Zwecke der Qualitätssicherung und zur prophylaktischen Aufdeckung potenzieller Risikobereiche
- regelmäßige laborgestützte Hygienevisiten und Kontrolle der Compliance des bakteriologischen Monitorings
- tägliche Hygiene-Begehung aller Bereiche des Krankenhauses unter besonderer Berücksichtigung der Intensivstationen, der Pflegestationen und der zentralen Funktionsbereiche, um Hygienearisiken zu beseitigen
- standardisierte mikrobiologische Überprüfung der Sterilisations- und Desinfektionseinrichtungen sowie sämtlicher Hygiene relevanter Geräte und Anlagen im Operationssaal
- eigene statistische Auswertungen aller Daten zur Infektionsstatistik und Vergleich dieser krankenhausspezifischen Kennzahlen mit Referenzdaten des Nationalen Referenzzentrums

Mit Hilfe dieser in unserem Hause verwirklichten Standards des Hygienemanagements ist es uns gelungen, den Anteil der Infektionen im Krankenhaus seit Jahren weit unter dem europäischen Durchschnitt zu halten.



Risikomanagement

Dr. Peter Kraemer, Oberarzt, Risikomanager

Das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden ist seit 1999 nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert. Die Einführung eines operativen Risikomanagements ist die logische Erweiterung unserer Forderung nach maximaler Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung in Diagnostik, Therapie und Pflege. Zwischenfälle oder unerwünschte Ereignisse sollen mit höchster Priorität erfasst und bearbeitet werden, der Lerneffekt soll dabei bereits vor dem Auftreten eines Schadens eintreten.

Die Patienten erwarten die Einhaltung höchster Sicherheitsstandards bei möglichst geringen Komplikationen und können ihre Diskrepanz zwischen den erwarteten Leistungen und den subjektiv empfundenen Minderleistungen immer häufiger artikulieren. Zwischenfälle jeglicher Art werden daher seit dem 1. Mai 2007 im Rahmen eines Critical Incident Reporting System (CIRS) über alle Mitarbeiter im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden erfasst. Die Bearbeitung erfolgt durch ein ernanntes Auswertungsteam unter Einhaltung der Datenschutzvorgaben. Bewertet werden die Auftretenswahrscheinlichkeit und die Bedeutung für den Patienten bzw. für die organisatorischen Abläufe.

Ziel ist es, Verbesserungs- und Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Es wurden 108 Zwischenfallmeldungen (CIRS) erfasst, davon mussten 24 als zu ignorieren eingestuft werden (Eingaben im Rahmen der Schulungsmaßnahmen als Test). Aufgrund der Meldungen konnten 84 Risiko-, Identifikations- und Präventionsanalysen (RIPAs) erstellt werden. Die durchschnittliche Risikopunktzahl (Auftreten x Bedeutung) lag bei 5,22 (bei max. 9 möglichen Punkten). Es wurden bisher 50 Publikationen angelegt, die als Ergebnis für alle Mitarbeiter im Intranet einsehbar sind.

Beispiele für CIRS Meldungen:

- Anordnungen mit unleserlicher Schrift/nicht rutschfeste neue Fußböden
- Wartezeit von Patienten in der OP-Einleitung bei noch belegtem OP-Saal
- insulinpflichtige Patienten, die bereits Insulin gespritzt hatten, erhielten kein Essen
- Doppelbelegung von Einzelzimmern ohne adäquate Raumausstattung
- Zuständigkeiten für Notfallpatienten (Ablaufschema Annahme und Behandlung von Notfallpatienten)



Dr. Peter Kraemer

No risk – No fun?

Nein, Zwischenfälle oder unerwünschte Ereignisse sollen mit höchster Priorität erfasst und bearbeitet werden, der Lerneffekt soll dabei bereits vor dem Auftreten eines Schadens eintreten.

Innere Medizin & Kardiologie

Erfolgreiches Jahr

Interventionelle Kardiologie

Ambulante Koronarangiographie

Leistungszahlen Kardiologie

Elektrophysiologie: Rückblick 2007

Leistungszahlen Elektrophysiologie

Elektrophysiologie: 3D-Mapping-Verfahren

Schrittmacher und Defibrillatoren

Studienzentrum Kardiologie

Pneumologie

Spiroergometrie



Innere Medizin & Kardiologie

Innere Medizin & Kardiologie

Erfolgreiches Jahr

Interventionelle Kardiologie

Ambulante Koronarangiographie

Leistungszahlen Kardiologie

Elektrophysiologie: Rückblick 2007

Leistungszahlen Elektrophysiologie

Elektrophysiologie: 3D-Mapping-Verfahren

Schrittmacher und Defibrillatoren

Studienzentrum Kardiologie

Pneumologie

Spiroergometrie

Erfolgreiches Jahr mit einem kompetenten Ärzteteam

Prof. Dr. Eberhard von Hodenberg, Chefarzt



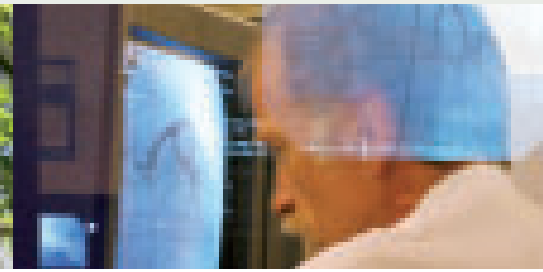
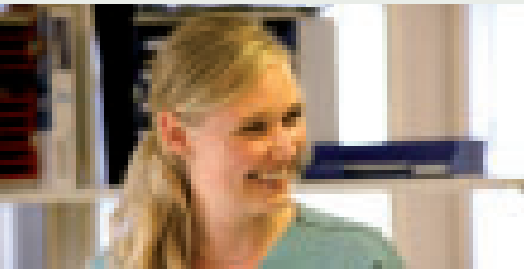
Prof. Dr. Eberhard von Hodenberg

Eine besonders hohe fachliche Kompetenz der ärztlichen Mitarbeiter ist Voraussetzung für eine optimale und qualifizierte medizinische Versorgung der uns anvertrauten Patienten.

Im diesjährigen Jahresbericht möchte ich die hohe fachliche Kompetenz der ärztlichen Mitarbeiter besonders würdigen. Das Gebiet der Kardiologie hat in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht. Dabei ist es notwendig, auch mit komplexen technologischen Neuerungen immer vertraut zu sein. Dies gilt nicht nur für die interventionelle Kardiologie und Elektrophysiologie, sondern auch für diagnostische Verfahren, wie die Echocardiographie, Spiroergometrie etc. Umso wichtiger ist es, dass unsere Mitarbeiter intensiv und häufig an aktuellen Fort- und Weiterbildungen teilnehmen, dabei auch eigene Seminare organisieren und gestalten. Wenige Mitarbeiter sind kurz vor der kardiologischen Fachprüfung, alle anderen sind ausgebildete Kardiologen, und/oder haben zusätzliche Qualifikationen wie Diabetologie (Dr. Löffel) oder Pneumologie (Dr. Schäfer). Nur so ist es möglich die uns anvertrauten Patienten mit hoher medizinischer Qualität zu betreuen. Im Rahmen der Personalentwicklung wurde ein Mitarbeiter (Dr. Schäufole) für ein Jahr freigestellt um sich intensiv in Berlin und an der Universitätsklinik Heidelberg mit der Cardio-Magnet Resonanztomographie zu beschäftigen mit dem Ziel diese Technologie bald kompetent in unserer Klinik einzuführen.

Das Spektrum interventioneller Methoden konnte erweitert werden: Hierzu gehört die Angioplastie und Stent-Implantation zur Behandlung von Carotisstenosen. In der interventionellen Elektrophysiologie steht uns zwischenzeitlich ein 3D-Mapping-Verfahren zur Verfügung, so dass jetzt auch komplexe atriale Tachykardien oder Vorhofflimmern ablativ behandelt werden können. Die Abteilung für Pneumologie hat sich etabliert und erlaubt so auch eine bessere Therapie von Patienten mit kardio-pulmonalen Problemen. Das Studienzentrum beteiligt sich an zahlreichen wissenschaftlichen Studien und hat auch eigene Untersuchungen konzipiert und begonnen.

Obwohl zwischenzeitlich Herzkatheterplätze in früheren Zuweisungsgebieten installiert wurden, ist es uns durch den Gewinn neuer Zuweiser gelungen, eine fast ähnliche Anzahl von Patienten wie im Vorjahr zu behandeln. Wir wollen weiterhin eine optimale, qualifizierte und engagierte Betreuung der uns anvertrauten Patienten sicherstellen. Allen hierbei beteiligten Mitarbeitern und Kollegen danke ich für Ihre Unterstützung und ihr großes Engagement.



Neues von der interventionellen Kardiologie

Dr. Thomas Breidenbach, Leitender Oberarzt

Die Diskussion um die Sicherheit medikamentenbeschichteter Stents (drug eluting stents) ist in letzter Zeit wieder ruhiger geworden, zeigten doch große Metaanalysen keine erhöhte Mortalität oder Infarktraten im Vergleich zu nicht beschichteten Stents. Im Hinblick auf die Gefahr von späten Stentthrombosen nach dem Einsatz beschichteter Stents rückt die Effektivität der dualen Plättchenhemmung mittels Clopidogrel und Acetylsalicylsäure (ASS) immer mehr in den Vordergrund. Daher wurde in unserer Abteilung bezüglich des Clopidogrel-Einsatzes ein ADP-Test und bezüglich des ASS-Einsatzes ein entsprechender Test nach Koronarintervention eingeführt (Multiplate®). Obwohl in vitro und in vivo Situationen der Thrombozytenaggregation und ihre Testung immer ein Diskussionsfall bleiben wird, ist dieser Test im Bereich der interventionellen Therapie mittlerweile anerkannt. Tatsächlich werden Clopidogrel- oder ASS-„non responder“ identifiziert. Durch Verdopplung der Dosis – insbesondere bei Clopidogrel – kann ein großer Anteil dieser „non responder“ in einen wirksamen therapeutischen Bereich konvertiert werden. Selten ist es auch sinnvoll, auf Ticlopidin zu wechseln.

Die Stent-Interventionen zur Therapie von Carotis Stenosen konnten bislang ohne Komplikationen gut in unserem Zentrum etabliert werden und erweitern somit unser Angebot, neben den Koronarinterventionen (auch mit 24-Stunden-Bereitschaft für Infarktpatienten), interventionellen Verschlüssen von persistierender Formina Ovale (PFO) und Vorhofseptumdefekten (ASD) sowie der Mitralklappenplastik.

Ermutigend sind die Berichte über Fortschritte im Bereich des interventionellen Aortenklappenersatzes bei Patienten mit massiv erhöhtem OP-Risiko (Polymorbidität, hohes Alter). Falls anatomisch möglich, wird der Zugang von transfemorale gewählt und die gestentete Aortenklappe retrograd platziert nach vorheriger Ballonaufdehnung der Klappe. Alternativ ist es sonst möglich, die Klappe von transapical minimal-invasiv antegrad zu positionieren. Groß angelegte Studien sind noch abzuwarten.

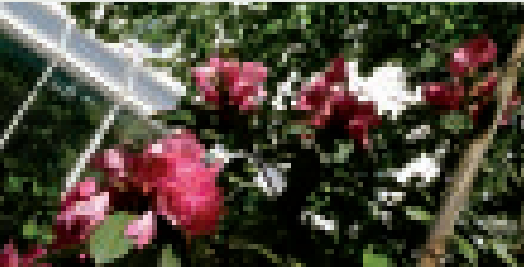


Dr. Thomas Breidenbach

24 Stunden tags und nachts ist das Herzkatheter-team in Bereitschaft, um bei Herzinfarktpatienten eine sofortige Wiedereröffnung der verschlossenen Infarktgefäße durchzuführen (falls erforderlich auch mit Unterstützung der Anästhesie und Herzchirurgie).

Innere Medizin & Kardiologie

Erfolgreiches Jahr
Interventionelle Kardiologie
Ambulante Koronarangiographie
Leistungszahlen Kardiologie
Elektrophysiologie: Rückblick 2007
Leistungszahlen Elektrophysiologie
Elektrophysiologie: 3D-Mapping-Verfahren
Schrittmacher und Defibrillatoren
Studienzentrum Kardiologie
Pneumologie
Spiroergometrie



Die ambulante Koronarangiographie

Dr. Jean-Philippe Grunebaum, Oberarzt



Dr. Jean-Philippe Grunebaum

Vorausgesetzt die Patienten werden gut präselektioniert, birgt die ambulante Durchführung einer Koronarangiographie kein erhöhtes Risiko und ist für die Patienten ein komfortables Verfahren.

Im Rahmen der andauernden Kostendämpfungsbemühungen im deutschen Gesundheitswesen wird die ambulante Koronarangiographie zunehmend auch im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden durchgeführt. Im Jahr 2007 wurden 195 ambulante Koronarangiographien erbracht. Bei der ambulanten Koronarangiographie haben die Patienten den großen Komfort, dass sie bereits nach wenigen Stunden Überwachung nach Hause gehen können. Die routinemäßige Benutzung von dünnen 4F-Kathetern hat die lokale Komplikationsrate verringert. Der, wenn möglich, gewählte Zugang über die Arteria radialis erlaubt dem Patienten bereits das direkte Aufstehen am Ende der Untersuchung.

Die ambulante Koronarangiographie hat gegenüber der stationären keine zusätzlichen Risiken, vorausgesetzt, die Indikation wird richtig gestellt und der Patient erhält eine sorgfältige Aufklärung.

Extrem wichtig ist die Berücksichtigung der Ausschlusskriterien für die Durchführung einer ambulanten Herzkatheter-Untersuchung.

Die Ausschlusskriterien stellen sich wie folgt dar:

- Der Patient ist älter als 75 Jahre.
- Der Patient ist alleinstehend.
- Der Patient wird als instabil eingestuft.
- Der Wohnort ist über eine Stunde Fahrtzeit entfernt.
- Der Patient weist eine manifeste Herzinsuffizienz auf.

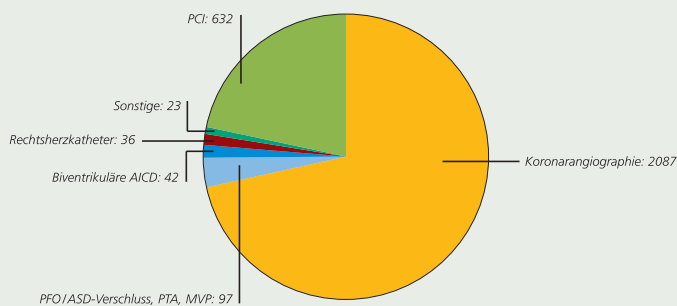
Falls jedoch aufgrund des Koronarbefundes eine „Sofort“-Koronarintervention durchgeführt wird, müssen die Patienten in stationärer Behandlung bleiben. Hierüber werden die Patienten zuvor aufgeklärt.

Es gibt Hinweise, dass die Komplikationsrate von ambulanten Linksherzkatheteruntersuchungen in einem präselektierten Patientengut sogar niedriger als bei den unter stationären Bedingungen angiographierten Patienten ist. Sicherlich wird in Zukunft die Anzahl ambulant durchgeführter Katheteruntersuchungen weiter zunehmen.

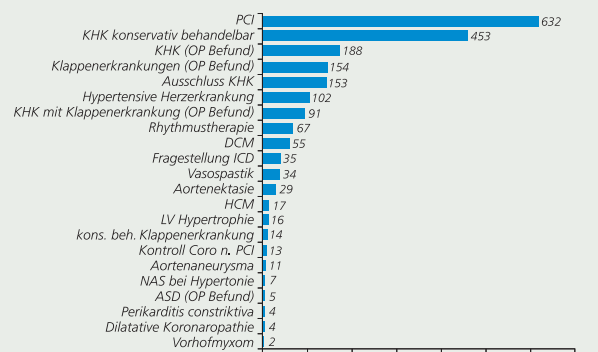


Leistungszahlen Kardiologie

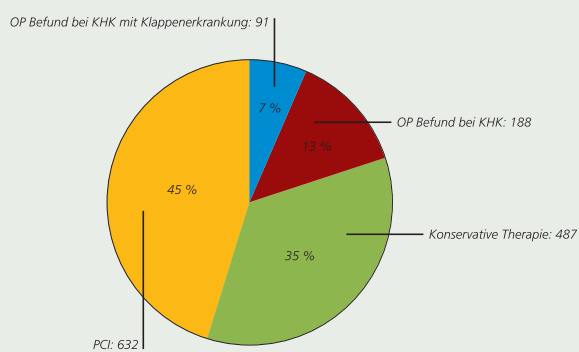
Invasive / interventionelle Untersuchungen im Herzkatheterlabor 2007, n=2917



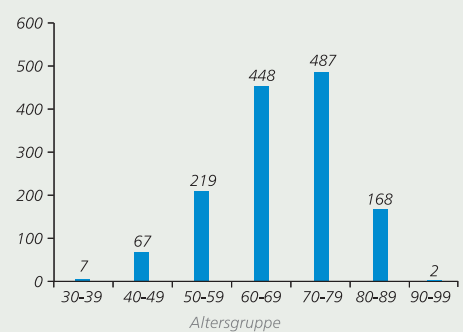
Befund Koronarangiographien



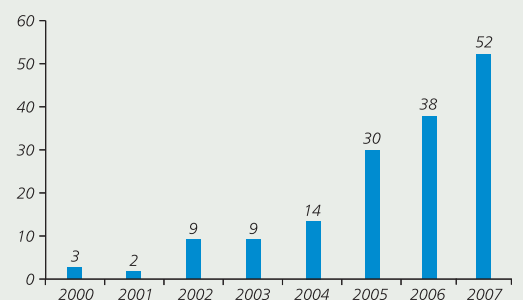
Therapie bei KHK (Koronarer Herzkrankheit)



Patientenalter bei diagnostizierter KHK



Zahl der Implantationen der CRT Systeme MediClin Herzzentrum Lahr/Baden 2000-2007





Innere Medizin & Kardiologie

Erfolgreiches Jahr
Interventionelle Kardiologie
Ambulante Koronarangiographie
Leistungszahlen Kardiologie
Elektrophysiologie: Rückblick 2007
Leistungszahlen Elektrophysiologie
Elektrophysiologie: 3D-Mapping-Verfahren
Schrittmacher und Defibrillatoren
Studienzentrum Kardiologie
Pneumologie
Spiroergometrie



Elektrophysiologie: Rückblick 2007

Dr. Juraj Melicherčík, Oberarzt Elektrophysiologie

Im Jahr 2007 wurden im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden insgesamt 509 elektrophysiologische Untersuchungen und Hochfrequenzstromablationen durchgeführt. Insgesamt lag die Erfolgsrate der ablativen Eingriffe bei 93,2%.

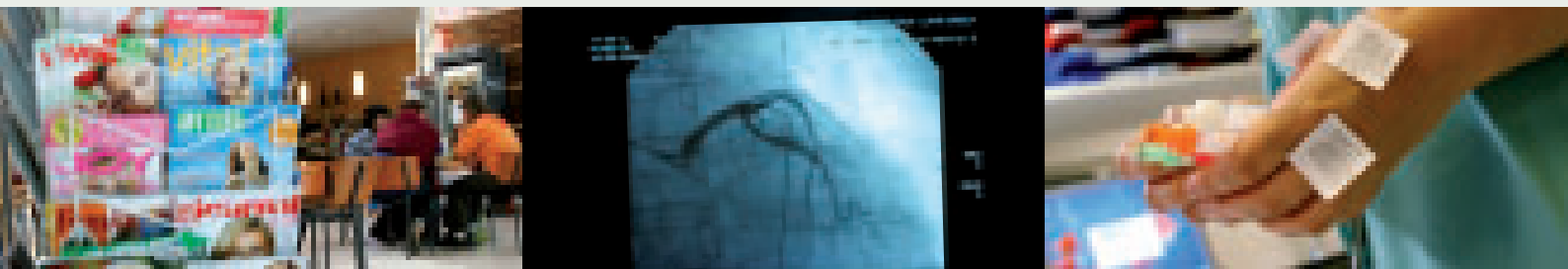
Zur Behandlung komplexer Herzrhythmusstörungen ist es oft notwendig, durch eine invasive elektrophysiologische Untersuchung (EPU) eine genaue Abklärung der Herzrhythmusstörungen zu erzielen, um einerseits die Diagnose, andererseits die Prognose und eventuelle spezifische Therapiemöglichkeiten zu definieren.

Aufgrund der Invasivität der Untersuchung muss die Notwendigkeit einer EPU für die verschiedenen Rhythmusstörungen differenziert betrachtet werden. Auch im MediClin 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:

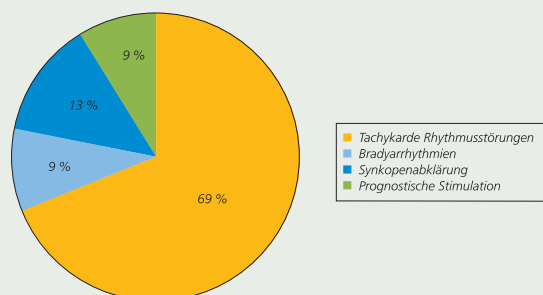
- WPW-Syndrom
- AV-Knoten-Reentry-Tachykardie
- Vorhofflattern
- Vorhoftachykardie
- Kammertachykardie
- Vorhofflimmern

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 sogenannte Pulmonalvenenisolation durchgeführt. Dieses Verfahren ist konzeptionell ausgesprochen interessant und zukunftsweisend und wird auch in unserem Haus mit Hilfe eines sogenannten dreidimensionalen Mapping-Systems routinemäßig eingesetzt (die neuen Möglichkeiten der Therapie durch 3D-Mapping-Verfahren werden auf Seite 32 thematisiert).

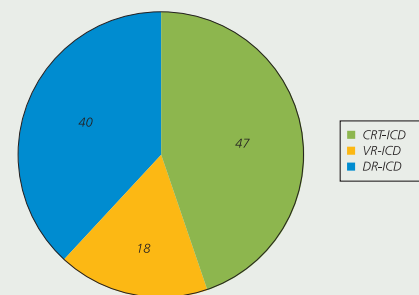


Leistungszahlen Elektrophysiologie

Indikation zur elektrophysiologischen Untersuchungen (EPU)
Gesamt: 333 Patienten



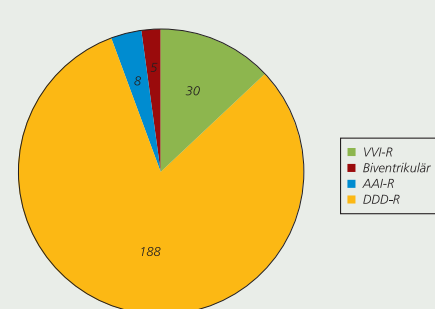
ICD Systeme
Gesamt: 105 Implantationen



RF Ablation und elektrophysiologische Untersuchungen (EPU)
Gesamttrend 2000-2007

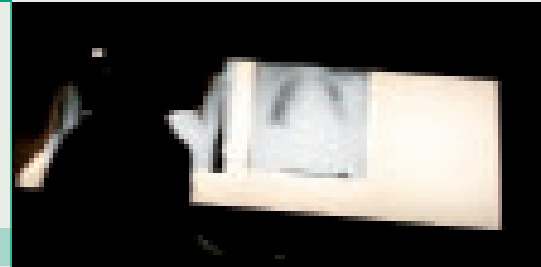


Schrittmacher-Systeme
Gesamt: 231 Implantationen



Innere Medizin & Kardiologie

Erfolgreiches Jahr
Interventionelle Kardiologie
Ambulante Koronarangiographie
Leistungszahlen Kardiologie
Elektrophysiologie: Rückblick 2007
Leistungszahlen Elektrophysiologie
Elektrophysiologie: 3D-Mapping-Verfahren
Schrittmacher und Defibrillatoren
Studienzentrum Kardiologie
Pneumologie
Spiroergometrie



Elektrophysiologie: Neue Möglichkeiten der Therapie durch 3D-Mapping-Verfahren

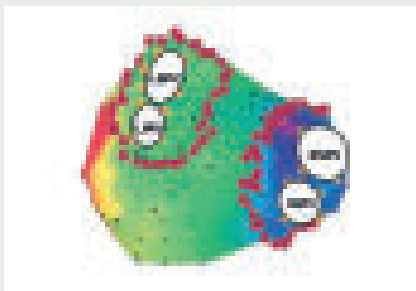
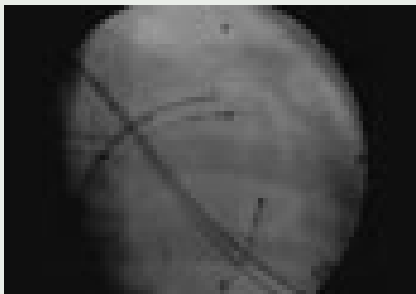
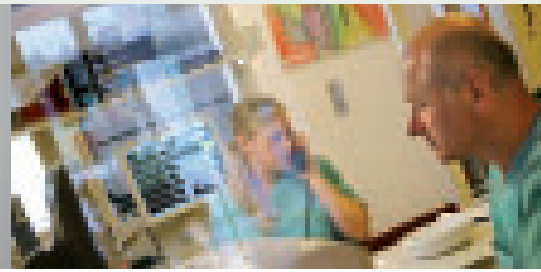
Dr. Juraj Melicherčík, Oberarzt Elektrophysiologie



Dr. Juraj Melicherčík

Die Katheterablation von Herzrhythmusstörungen wurde anfänglich durch die Visualisierung der unterschiedlichen Katheter im Herzen mittels konventioneller Röntgendurchleuchtung durchgeführt. Diese ist aufgrund ihrer Zweidimensionalität limitiert. Zusätzlich ist die Röntgendurchleuchtung auch mit einer höheren Strahlenbelastung für Untersucher und Patient verbunden. Zur Verbesserung der Katheterführung kombiniert mit einer Reduktion der Strahlenbelastung wurden in den letzten Jahren mehrere dreidimensionale Mapping-Verfahren entwickelt, die Echtzeitdarstellungen des Katheters in den entsprechend untersuchten anatomischen Höhlen ermöglichen. Bei den am häufigsten angewandten Verfahren handelt es sich zum einen um das elektroanatomische Mapping-Verfahren CARTO und das NavX-Verfahren. Die Rekonstruktion von kardialen Strukturen durch das CARTO-System beruht auf der Ortung eines Magnetsenders innerhalb der Katheterspitze im Verhältnis zu einem Referenzsender, platziert am Rücken des Patienten. Alternativ zu dem CARTO-Mapping-System ist das NavX-System verfügbar. Dieses System funktioniert ohne integrierte Magnetsensoren, daher können alle Standardablationskatheter benutzt werden.

Mit der Einführung neuer dreidimensionaler Mapping-Verfahren bei der Diagnostik und Therapie von komplexen Herzrhythmusstörungen konnte nicht nur die Ablation komplexer atrialer Tachykardien sondern auch von ventrikulärer Tachykardien und vor allem von Vorhofflimmern wesentlich erleichtert und verbessert werden. Aufgrund neuer wegweisender pathophysiologischer Erkenntnisse über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Vorhofflimmern sind in den letzten Jahren für das Vorhofflimmern auch kurative Behandlungsstrategien durch die Katheterablation entstanden. Diese Ablationsstrategien basieren überwiegend auf anatomisch geführten Ablationslinien im linken Vorhof. Für den Erfolg der Katheterablation ist die genaue Platzierung der Ablationslinien mit Hilfe von dreidimensionalen Mapping-Verfahren an vordefinierten anatomischen Regionen entscheidend. Der Einsatz dieser bildgebenden dreidimensionalen Mapping-Verfahren ist heute bei verschiedenen Strategien der Ablation des Vorhofflimmern nicht mehr wegzudenken und eröffnet somit die neue Dimension der kurativen Behandlung der am häufigsten vorkommenden Herzrhythmusstörung.



Mapping-Verfahren bei der Diagnostik und Therapie von Vorhofflimmern

Innere Medizin & Kardiologie

Erfolgreiches Jahr
Interventionelle Kardiologie
Ambulante Koronarangiographie
Leistungszahlen Kardiologie
Elektrophysiologie: Rückblick 2007
Leistungszahlen Elektrophysiologie
Elektrophysiologie: 3D-Mapping-Verfahren
Schrittmacher und Defibrillatoren
Studienzentrum Kardiologie
Pneumologie
Spiroergometrie



Neue Entwicklungen bei Schrittmachern und Defibrillatoren

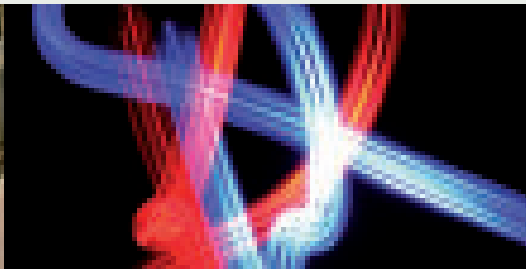
*Dr. Juraj Melicherik, Oberarzt Elektrophysiologie / Johannes Härtig, Facharzt Kardiologie /
Dr. Ulrich Rosendahl, Oberarzt Herzchirurgie*



Johannes Härtig

In den letzten Jahren hat sich die Technik von Schrittmachern und Defibrillatoren rasant weiterentwickelt. Durch Telemedizin ist ein Home-Monitoring der Patienten möglich. Mit Event-Recordern können auch selten auftretende, aber möglicherweise gefährliche Rhythmusstörungen erkannt werden.

Das Jahr 2007 war nicht nur durch einen quantitativen Zuwachs an implantierten Schrittmacheraggregaten und Defibrillatoren, sondern auch durch qualitative Fortschritte der Gerätetechnik gekennzeichnet. Bei zahlreichen neuen Aggregaten ist z.B. eine Telemetriefunktion („Home-Monitoring“) eingebaut, die es erlaubt, via Mobilfunk Schrittmacherdaten der Patienten direkt an uns zu übermitteln. Hierdurch können möglicherweise in Zukunft Nachsorgeintervalle individuell den Patienten angepasst werden, auch führt dies zu einer größeren Sicherheit der Patienten. Die für einige Patienten oft langen Anfahrtswege zur Nachsorge können so reduziert werden. Unsere Klinik beteiligt sich auch in Form von wissenschaftlichen Studien zur telemetrischen Nachsorge an diesem zukunftsrelevanten Thema. Wie in den letzten Jahren steigt die Zahl der kardialen Resynchronisationsgeräte („biventrikuläre Schrittmacher bzw. -Defibrillatoren“) zur Behandlung der Herzinsuffizienz. Die Industrie arbeitet am Fortschritt der Speicherfunktionen der Geräte, die neben den gut ausgebauten Möglichkeiten zur Aufzeichnung von Herzrhythmusstörungen zunehmend auch spezifische Marker der Herzinsuffizienz erfassen können. Z.B. gelingt es durch eine Messung des Widerstandes im Brustraum, frühzeitige Wasseransammlungen in der Lunge zu erkennen und den Patienten durch ein akustisches oder optisches Signal zu warnen. So kann der begleitende Arzt frühzeitig einer drohenden Überwässerung mit damit verbundenen Symptomen oder Krankenhausaufenthalten therapeutisch gegensteuern. Eine wichtige Rolle in der Kardiologie spielt die Abklärung von kurzzeitigem Bewusstseinsverlusten („Synkopen“), die zu Stürzen mit Verletzungen führen und oft durch Herzrhythmusstörungen verursacht sein können. Hier spielen zunehmend kleine unter die Haut (neben dem Brustbein) eingepflanzte „Event-Recorder“ eine Rolle, die Rhythmusstörungen aufzeichnen. Die Aufzeichnungsqualität und Lebensdauer der Batterien (inzwischen bis 3 Jahre) haben sich hier im vergangenen Jahr deutlich verbessert, so dass gerade selten auftretende Ereignisse, die der bisherigen Diagnostik verborgen blieben, in ihrer Ursache aufgeklärt und definitiv behandelt werden können. Entsprechend wird der Einbau dieser Geräte nach den neuesten medizinischen Leitlinien frühzeitig empfohlen und demnach auch häufiger im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden durchgeführt.



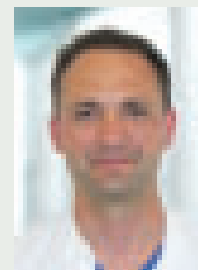
Das Studienzentrum gewinnt an zunehmender Bedeutung

Dr. Tim G. Schäufele, Facharzt Innere Medizin und Kardiologie

Eine aktive Beteiligung am wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn war von Anfang an die Zielsetzung, als das Studienzentrum der Kardiologie oder „Clinical Investigation Center“, kurz CIC, vor zwei Jahren gegründet wurde. Dabei stand die Überzeugung im Vordergrund, dass nur eine enge Vernetzung von Klinik und Forschung eine optimale Patientenversorgung gewährleistet; auch wurde gezielt auf die Schaffung der notwendigen Infrastruktur für die Umsetzung eigener Forschungsvorhaben hingearbeitet.

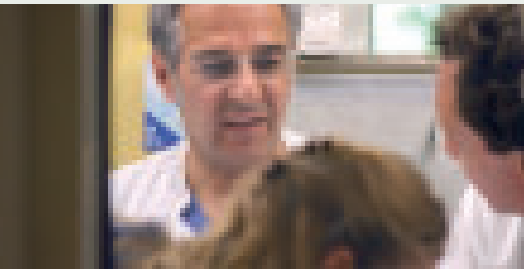
Im zweiten Jahr seines Bestehens betreut das Studienzentrum rund 350 Patienten in den Forschungsschwerpunkten akutes Koronarsyndrom, Herzrhythmusstörungen, Schrittmachertherapie und Herzinsuffizienz. Neueste Erkenntnisse aus den meist weltweit durchgeführten Untersuchungen werden regelmäßig noch vor deren Publikation auf internationalen Treffen der Prüfzentren diskutiert und fließen direkt, „from Bench to Bedside“, in die Patientenversorgung ein. Dabei schätzen die Patienten vor allem die exzellente, oft über Jahre dauernde Nachsorge, die Gelegenheit zur Klärung drängender Fragen, auch über das im heutigen Gesundheitssystem normale Maß hinaus. Neben der außergewöhnlichen Akzeptanz bei den Probanden hat die Qualität der geleisteten Arbeit das CIC zu einem gefragten Partner klinischer Forschungsorganisationen gemacht. In drei der derzeit durchgeführten sechs Studien war Lahr 2007 unter den deutschen „Top Ten“ der Studienzentren zu finden.

Mit der so geleisteten Vorarbeit konnte im Herbst dieses Jahres nun der zweite Schritt unternommen werden. Neben der bisherigen Beteiligung an auswärtig geplanten Projekten wurde eine eigene, groß angelegte Studie mit über 600 Patienten initiiert. Dabei wird untersucht, inwieweit das Verfahren der Linksherzkatheteruntersuchung über den Arm (Arteria radialis), im Gegensatz zu der herkömmlichen Variante über die Leiste (Arteria femoralis), für den Patienten ein nachweisbares Plus an Komfort, aber auch eine Reduktion möglicher Komplikationen darstellt. Beide Verfahren werden am MediClin Herzzentrum Lahr/Baden schon lange erfolgreich von allen Untersuchern angewandt, und nun weltweit erstmals anhand einer derartigen Patientenzahl in der täglichen Routine gegenübergestellt. Weitere interessante Projekte befinden sich in Vorbereitung.



Dr. Tim G. Schäufele

Klinische Forschung leistet einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Patientenversorgung und verbessert erheblich den Wissenstransfer. Die Umsetzung eigener Forschungsvorhaben sichert unserer Klinik darüber hinaus eine permanente Weiterentwicklung medizinischer Leistungsfähigkeit auf höchstem Niveau.



Innere Medizin & Kardiologie

Erfolgreiches Jahr
Interventionelle Kardiologie
Ambulante Koronarangiographie
Leistungszahlen Kardiologie
Elektrophysiologie: Rückblick 2007
Leistungszahlen Elektrophysiologie
Elektrophysiologie: 3D-Mapping-Verfahren
Schrittmacher und Defibrillatoren
Studienzentrum Kardiologie
Pneumologie
Spiroergometrie



Die Abteilung Pneumologie

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



Dr. D. Markus Schäfer

*Pneumologische Privatambulanz
Ansprechpartner und Leitung:*

Dr. D. M. Schäfer

Tel.: 0 78 21/9 25-12 01

Fax: 0 78 21/9 25-39 12 00

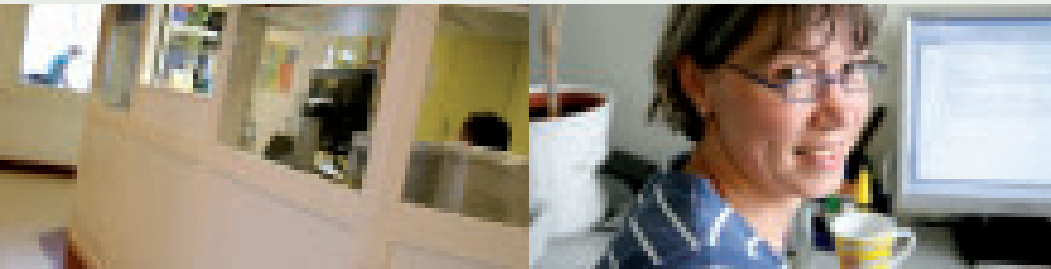
markus.schaefer@heart-lahr.com

Seit Juli 2006 wurde die Klinik für Innere Medizin und Kardiologie durch die Abteilung Pneumologie unter der Leitung von Dr. Schäfer erweitert. Neben der lungenfunktionellen Diagnostik (2007 ca. 1.000 Ganzkörperplethysmographien und CO-Diffusionskapazitätsmessungen) und der pulmonalen Leistungsdiagnostik (6MWT, BGA-Ergometrie, Spiroergometrie) hat sich auch die diagnostische Bronchoskopie etabliert. Unsere Patienten können nun parallel zu den Interventionen im Haus, aber auch bei z. B. präoperativer Risikoabschätzung umfassend diagnostiziert und behandelt werden. Zudem bieten wir die ambulante Bronchoskopie inkl. bronchoalveoläre Lavage, Schleimhaut- und transbronchialer Biopsie an. Besonderes Augenmerk liegt auf der Schnittmenge von kardialen und pulmonalen sowie seltenen pulmonalen bzw. Systemerkrankungen. Die kardio-pulmonalen Symptome konnten von Patienten neben den obstruktiven Erkrankungen erstmals z. B. einer Systemsklerose, Sarkoidose, Histiozytose X oder verschiedenen Lungenfibrosen zugeordnet und einer spezifischen Therapie zugeführt werden. Dies macht eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen der Universität Freiburg (z. B. Immunzytologisches Labor, Rheumatologie, Radiologie) notwendig.

Im Rahmen der neu aufgestellten Pneumologischen Seminarreihe am MediClin Herzzentrum Lahr/Baden wurden seit 2007 drei wissenschaftliche Veranstaltungen zu diesem Themenbereich organisiert. Im Juli 2007 widmeten wir uns den vielfältigen kardiopulmonalen Interaktionen bei interstitiellen Lungenerkrankungen, aber auch von Medikamenten. Im November 2007 wurden der aktuelle wissenschaftliche Stand der Diagnostik bzw. neue Therapieansätze der Systemerkrankung und der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) dargestellt. Zuletzt richteten wir eine Fortbildung zum Thema Pulmonale Hypertonie inkl. echokardiographischer Diagnostik aus. Hier konnte am betroffenen Patienten das Erlernte direkt angewandt werden. Die Pneumologische Seminarreihe wird im Jahr 2008 fortgesetzt werden. Die weiteren Termine und Inhalte können im Sekretariat der Kardiologie erfragt werden. Reges Interesse finden auch die Schulungen von Praxispersonal. Hier wird vor Ort Unterricht zum Thema Spirometrie angeboten.

Weitere Informationen zur Abteilung Pneumologie finden Sie unter:

www.mediclin.de/herzzentrum-lahr oder auch www.lungenaerzte-im-netz.de.



Spiroergometrie – für wen, warum?

Dr. Mirjam Löffel, Fachärztin für Innere Medizin, Kardiologie, Diabetologin DDG

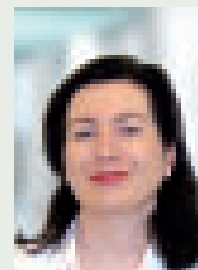
Der Begriff Spiroergometrie setzt sich zusammen aus „Spiro“ für Atmung, „ergo“ für Arbeit und „metrie“ für Messung. Es handelt sich dabei um eine Belastungsuntersuchung, bei der in der Regel eine Fahrradergometrie unter zusätzlicher Bestimmung der Atemgase durchgeführt wird.

Ziel einer spiroergometrischen Untersuchung ist die Beurteilung der Funktion von Herz, Kreislauf, Atmung und muskulärem Stoffwechsel in Ruhe und unter Belastung. Pro Atemzug oder pro Zeiteinheit werden die transportierten Atemvolumina erfasst. Durch die sogenannte „breath-by-breath“-Analyse kann für jeden Atemzyklus die Bestimmung von Sauerstoffaufnahme und Kohlendioxydabgabe erfolgen. Diese Messungen und vor allem die Bestimmung der maximalen Sauerstoffaufnahme ermöglichen eine Beurteilung der aeroben Kapazität der eingesetzten Muskelgruppen, der Funktion des Herz-Kreislaufsystems und somit auch der maximalen körperlichen Leistungsfähigkeit.

Folglich sind Leistungsdiagnostik und kardiopulmonale Funktionsbeurteilung Anwendungsschwerpunkte der Spiroergometrie. Entsprechend eignet sich die Methode nicht nur zur Beurteilung von herzinsuffizienten oder lungenkranken Patienten, sondern hat auch einen hohen Stellenwert in der Sportmedizin, gerade bei Hochleistungssportlern.

Die Spiroergometrie wird z. B. in folgenden Bereichen angewandt:

- Beurteilung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit bei
 - Freizeit-, Breiten-, Leistungssportler (Trainingssteuerung)
 - präventiven Untersuchungen
- Abklärung „Dyspnoe“ (= Atemnot)
 - kardial: KHK, Herzinsuffizienz, Blutdruck
 - pulmonal: restriktive, obstruktive Ventilationsstörung
 - sonstige: muskulär, Adipositas, Operabilität
- Arbeitsmedizin, Begutachtung
- Prognoseabschätzung beispielsweise bei bereits bekannten Erkrankungen
- Überprüfung von Therapiemaßnahmen



Dr. Mirjam Löffel

Die Spiroergometrie eignet sich besonders für die Leistungsuntersuchung in der Sportmedizin aber auch zur kardiopulmonalen Funktionsdiagnostik bei herzinsuffizienten oder auch lungenkranken Patienten.

A photograph of an operating room. In the foreground, an anesthesiologist wearing a blue surgical cap and a white face mask is looking towards the right. In the background, two surgeons in blue scrubs and masks are performing an operation. The room is lit with bright surgical lights, and there are various medical equipment and monitors visible.

Anästhesiologie

Vorwort

Schmerztherapie

OPCAB

Monitoring

Schwierige Intubation

Symposium Patientenrecht

Anästhesiologie





Vorwort

Dr. Dr. Tejas Alexander, Chefarzt



Dr. Dr. Tejas Alexander

Dank eines eingespielten Teams aus Ärzten und Pflegepersonal konnte die Klinik für Anästhesiologie im Jahr 2007 bei über 2.450 Eingriffen eine optimale anästhesiologische Betreuung garantieren. Einen Schwerpunkt stellte die anästhesiologische Versorgung bei Operationen an Herzklappen sowie bei der Bypasschirurgie ohne Herz-Lungen-Maschine (OPCAB), wobei wir in diesen Bereichen auf einen jahrelangen Erfahrungsschatz bauen können. Dies sollte nicht unterschätzt werden, denn gerade in der OPCAB-Chirurgie trägt ein gut harmonisierendes Team, das bereits vorausschauend intraoperative Veränderungen in der Versorgung berücksichtigt, wesentlich zum reibungslosen Ablauf der OP bei. Natürlich möchten wir uns aber keineswegs auf dem Erreichten ausruhen. Eine neue technische Ausstattung im Bereich der Monitore und der Beatmungsgeräte ermöglicht uns auch weiterhin eine optimale Patientenversorgung nach aktuellstem Stand. Dabei wird uns die Kontrolle über Narkose, Herz-Kreislauffunktion und Beatmung nicht nur erleichtert, sondern uns stehen hochmoderne, computergestützte Therapieüberwachungsfunktionen zur Verfügung.

Ein gänzlich anderer Themenschwerpunkt im doch eher technisch geprägten Arbeitsumfeld der Anästhesie bot im vergangenen Jahr der „Lahrer Kodex“, eine Initiative, welche als eine logische Weiterentwicklung aus der jährlichen Fortbildungsreihe zum Leitgedanken „Patientenrecht und Selbstbestimmung“ hervorging.

Wenn man die permanente Anpassung an sich ändernde Umstände, an neue Verfahren und Wünsche nicht als Last betrachtet, sondern gerade darin auch eine Herausforderung sieht, steht man auch aufgeschlossen zukünftigen Entwicklungen gegenüber.

Auch wenn für unseren Bereich des MediClin Herzzentrum Lahr/Baden gilt, „dass das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile“ – wie auch Aristoteles bemerkte – so werden wir Ihnen auf den folgenden Seiten einen kleinen Einblick in unseren Alltag präsentieren.



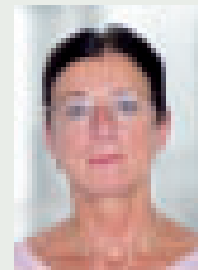
Perioperative Schmerztherapie

Dr. Erika Schmidt, Oberärztin

Im Rahmen einer anstehenden Operation fürchten sich die meisten Patienten vor Schmerzen, gepaart mit der Angst, vorzeitig oder gar nicht mehr aus der Narkose zu erwachen. Wie jeder aus dem Alltag weiß, sind Schmerzen im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff unvermeidlich.

Es ist unabdingbar, dass Schmerzen während und nach einer Operation wirksam bekämpft werden. Durch den chirurgischen Eingriff wird das Gewebe verletzt, die dadurch freigesetzten chemischen Substanzen reizen die Schmerzrezeptoren, der operative Eingriff hat ebenfalls eine direkte mechanische Reizung sowie eine Durchtrennung einer Vielzahl von Nervenfasern zur Folge. Gelingt die Schmerzbekämpfung nicht, kommt es über die begleitende Sympathikusaktivierung zum Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz und damit zu einer zusätzlichen Belastung des Kreislaufs. Die Minderdurchblutung im Operationsbereich verursacht eine Behinderung und Verzögerung des Heilungsverlaufes sowie vermehrte Komplikationen. Für den Menschen bedeuten Schmerzen Leiden, Angst und Schlaflosigkeit. Der Schmerz beeinflusst letztendlich alle Organsysteme und die gesamten Lebensabläufe.

Heute stehen dem Anästhesisten moderne Medikamente und Techniken zur Schmerzbekämpfung zur Verfügung, die es ermöglichen, dass kein Patient mehr während und nach seiner operativen Behandlung Schmerzen ertragen muss. Anhand von Skalen erfolgt die Erfassung und Beurteilung der Schmerzintensität, wie z.B. die Messung der Körpertemperatur und des Blutdruckes. Diese Dokumentation ermöglicht die zeitnahe Anpassung der schmerzbekämpfenden Maßnahmen an die individuellen Bedürfnisse und momentanen Erfordernisse. Vor allem nach der Operation ist die sensible pflegerische Beobachtung der individuellen Schmerzreaktion essentiell. Kombiniert mit einem patientenadäquaten Behandlungsschema bringt uns dies zu unserem gemeinsamen Ziel: dem Ziel der schmerzfreien Klinik.



Dr. Erika Schmidt

„Divinum est sedare dolorem.“ (Galen)



Anästhesiologie

Vorwort

Schmerztherapie

OPCAB

Monitoring

Schwierige Intubation

Symposium Patientenrecht

Das anästhesiologische Management bei OPCAB

Dr. Dr. Tejas Alexander, Chefarzt

Obwohl in der Fachliteratur über die Vor- und Nachteile sowie die Grenzen der Myokardrevaskularisation am schlagenden Herzen immer noch kontrovers diskutiert wird, ist diese Methode aus dem chirurgischen Repertoire nicht mehr wegzudenken. Sie ist als weiterer Schritt zur Risikominimierung in der Koronarchirurgie im Allgemeinen anerkannt. Die technologische Entwicklung des Instrumentariums zur Herzpositionierung bzw. -stabilisierung des zu operierenden Areals ermöglicht den Chirurgen immer bessere Operationsbedingungen.

Durch den Verzicht auf die Herz-Lungen-Maschine entfallen die negativen Auswirkungen der extrakorporalen Zirkulation, wie z. B. systemische Entzündungsreaktion (SIRS), Mikroembolien, Gerinnungsaktivierung, Hämolyse und Thrombozytenfunktionsstörungen. Zahlreiche Studien, sowohl prospektive, randomisierte als auch retrospektive, haben belegt, dass die Off-Pump-Coronary-Artery-Bypass (OPCAB)-Technik

- den postoperativen Blutverlust und dadurch die Notwendigkeit einer Transfusion signifikant reduziert,
- die Nachbeatmungszeit und die Verweildauer auf der Intensivstation signifikant verkürzt und
- zu einem besseren Outcome der neurokognitiven Funktion führt.

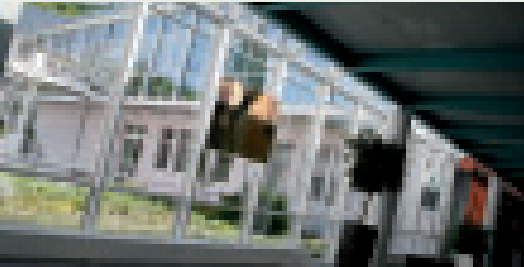
Die Myokardrevaskularisation in Off-Pump-Technik ist eine Herausforderung sowohl für den Chirurgen als auch für den Anästhesisten, eine perfekte Teamarbeit ist für den Erfolg der Operation unerlässlich. Durch das Umpositionieren, Luxieren und gegebenenfalls Drehen des Herzens, um den bestmöglichen Zugang zu den Anastomosestellen zu erzielen, ändert sich die Geometrie des Ventrikels, was zu Veränderungen in der Hämodynamik führt. Prinzipiell handelt es sich um eine Abnahme des Schlagvolumens, des mittleren arteriellen Drucks und des Herzzeitvolumens mit konsekutiver Abnahme der Organperfusion. Hingegen erhöhen sich die intrakavitären Füllungsdrücke, der PAP und der PCWP.



Diese Veränderungen sind von unterschiedlichem Ausmaß, können jedoch in extremis dazu führen, dass man von Off-Pump auf On-Pump umsteigen muss. Die Häufigkeit dieses gezwungenen Umstiegs wird in der Fachliteratur mit bis zu 11% angegeben. Die postulierten Mechanismen der Dekompensation beinhalten eine signifikante regionale systolische Dysfunktion, eine verminderte diastolische Füllung, die Kompression des Ventrikels und die Myokardischämie.

Das anästhesiologische Management sieht folgendes Procedere vor:

- Eine adaptierte Prämedikation
- Monitoring: EKG mit V5-Ableitungen und ST Segment-Analyse, Pulsoximetrie, Beatmungsmonitoring, Temperaturüberwachung, invasive Blutdruckmessung, zentralvenöser Katheter, Einschwemmkatheter (evtl. kontinuierliche HZV-Messung), Blasenkatheter
- Narkose: gut steuerbare Narkotika (Propofol, Remifentanyl, Atracurium, Vecuronium, Isofluran)
- Die Beatmung wird im IPPV-Modus mit einem reduzierten Frischgasflow von weniger als 2 l/min durchgeführt.
- Zur Hypothermieprophylaxe werden halbgeschlossene Narkosesysteme, warme Infusionen, konvektive Aufwärmungssysteme und eine erhöhte Raumtemperatur eingesetzt.
- Die hämodynamische Stabilität ist von größter Bedeutung und wird als Resultat des Gleichgewichts zwischen Vorlast, Inotropie und Nachlast, auf den Background eines adäquaten Herzrhythmus angesehen. Eine rechtzeitige, ausreichende Volumengabe, verknüpft mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Trendelenburglage, ist zur Aufrechterhaltung des Schlagvolumens unerlässlich. Die Füllungsdrücke sollen im oberen Normbereich bleiben. Durch die Auswahl der Narkotika und durch die bewusste Volumensubstitution lässt sich die Herzfrequenz in der Regel gut kontrollieren. Bei Bedarf setzen wir β -Blocker ein. Die Indikation für Adenosin ergibt sich immer weniger.



Monitoring: Generationenwechsel Narkosegeräte

Dr. Markus Lanzenstiel, Oberarzt



Dr. Markus Lanzenstiel

Literatur

1. Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, et al. (2008): Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. *Lancet* Jan 12; 371 (9607):126-34.

Ende des Jahres 2007 hat im OP-Bereich ein Generationenwechsel begonnen. Die Narkosegeräte, das sind die Beatmungsmaschinen, die in den OP-Sälen die Patienten mit einer individuell angepassten Atmung sowie mit den für die Anästhesie notwendigen Narkosegasen versorgen, wurden durch neueste Geräte ersetzt. Mit den neuen Geräten kann eine erhebliche Verringerung des Frischgasflusses erreicht werden. Desto niedriger der Frischgasfluss ist, umso mehr kann ein „natürliches“ Klima in den Luftwegen des Patienten erhalten werden. Geringe Frischgasflüsse sind direkt proportional zu den Wärmeverlusten, die ein Patient während der Operation erleiden muss. Den Wärmeverlust so gering wie möglich zu halten, ist ein wichtiges Ziel bei den in unserer Klinik häufig durchgeführten Eingriffen in OPCAB-Technik (Off-Pump-Coronary-Artery-Bypass/Koronarchirurgie ohne Herz-Lungen-Maschine).

Diese neue Generation von Narkosegeräten ermöglicht uns, auch in den kommenden Jahren unsere Patienten optimal zu beatmen und einen wichtigen Beitrag zur Verkürzung der Beatmungszeiten zu leisten. Die Reduktion der Beatmungszeiten ist ein allgemein anerkanntes Zeichen für eine Verbesserung der klinischen Ergebnisse, also ein Gewinn für unsere Patienten. Kürzere Beatmungszeiten haben aber auch einen positiven, ökonomischen Aspekt.

Dank der klar strukturierten und unkompliziert zu bedienenden Geräte verlief die Umstellung unproblematisch. Anfängliche Vorbehalte bzw. eine gewisse natürliche Scheu vor dem Neuen waren schnell überwunden. Wenige Tage nach der Veränderung erschienen die neuen Geräte als „alte Bekannte“.

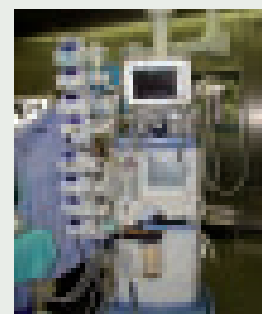
Auch die Geräte zur Überwachung der Vitalfunktionen unserer Patienten standen für einen Generationenwechsel an. Diese Maschinen sind ein unverzichtbares Utensil, um eine adäquate Narkose und intensivmedizinische Behandlung bei Patienten durchzuführen. Zu den bekanntesten Mess- bzw. Darstellungsfunktionen gehört das EKG (Elektro-Kardiogramm), selbst in TV-Arztserien ein „unverzichtbares“ Detail. Für die klinische Realität ist das EKG nicht minder wichtig. Andere Parameter,



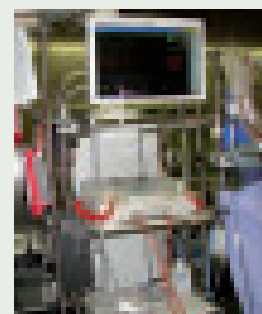
die überwacht oder im klinischen Jargon „gemonitort“ werden, sind: die Blutdrucke, die in den unterschiedlichen Gefäßregionen gemessen werden, am bekanntesten der arterielle Blutdruck; die Gehirnströme (EEG, Elektro-Enzephalogramm), die zur Messung der Narkosetiefe genutzt werden; das Herz-Zeit-Volumen, häufig genutzter Parameter bei einer Narkose im herzchirurgischen OP; oder so „einfache“ Dinge wie die Körpertemperatur.

Gewünscht war ein System, das den Patiententransport vereinfacht und damit die erforderliche Zeit verkürzt und dabei die Sicherheit des Patienten erhöht. Ein Kabelmanagement, das den Kabelsalat reduziert und somit die Fehlerquellen reduziert. Ein Monitor, der zusammen mit dem Patienten vom Anfang bis zum Ende der Behandlung „mitwandert“, ohne permanent Kabel abziehen und wieder anschließen zu müssen. Eine Überwachungseinheit, die den Patienten zu den wechselnden Pflegebereichen begleitet. Der Bildschirm passt sich automatisch der spezifischen Konfiguration der jeweiligen Einheit an, was den Arbeitsablauf erleichtern und die Sicherheit erhöhen sollte.

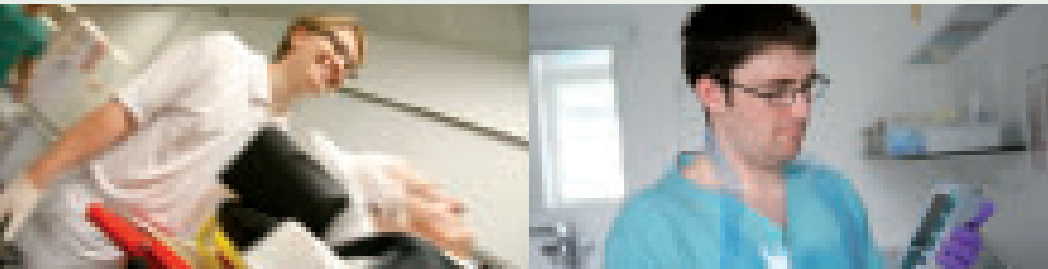
Unser neues System erfüllt unsere Wünsche zu einem Gutteil. Die Reduktion des „Kabelsalats“ (vulgo für Kabelmanagement) bleibt aber nach wie vor hinter den Erwartungen zurück. Die Einführung erforderte, bedingt durch den großen Umfang, einen längeren Zeitraum. In der Umstellungsphase kam es zwangsläufig zu einem Nebeneinander unterschiedlicher Systeme. Der Wechsel wurde bei unvermindert laufendem, klinischem Betrieb vorangetrieben, ohne dass es für die Patienten zu spürbaren Behinderungen gekommen ist. Dieser schier unmerklich vollzogene Monitoring-Wechsel ist einer hoch flexiblen und motivierten Mitarbeiterschaft zu verdanken. Insbesondere dem intensivmedizinischen und dem anästhesiologischen Pflegepersonal, den Hauptträgern der zusätzlichen Arbeit, gilt mein Dank für den reibungslosen und für die Patienten gefahrlosen Ablauf.



Beatmungsgerät



Monitoringgerät



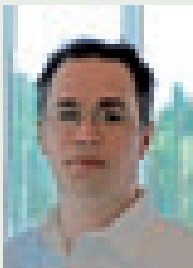
Die schwierige Intubation

Ralph Nöst, Facharzt

Als eine wichtige Maßnahme zur Sicherstellung einer ausreichenden Ventilation (Beatmung) und zum Schutz vor Aspirationsschäden (bei erloschenen Schutzreflexen, wie z.B. Husten) 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“ trat 2007 mit einer Wahrscheinlichkeit ca. 3,5 % auf (d.h. unter ca. 28 Intubationen befindet sich eine, bei der keine Idealbedingungen vorliegen). 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.



Ralph Nöst

Am MediClin Herzzentrum Lahr/Baden wird seit 1998 regelmäßig die sogenannte Transilluminationstechnik angewandt. Durch die lange Erfahrung mit dieser alternativen schonenden Technik bei über 2.000 Fällen bedienen wir uns dieser vor einer eventuell notwendigen semi-invasiven Bronchoskopie erfolgreich. Dies geschieht ohne Nachteile für den betroffenen Patienten, wobei von uns regelmäßig eine stabilere Herz-Kreislaufsituation (Hämodynamik, Herzfrequenzvariation) als bei wiederholten Versuchen der direkten Laryngoskopie beobachtet wird.

Außerdem passt sich dieses Vorgehen auch in existierende medizinische Algorithmen (z.B. der American Society of Anesthesiologists) ein.

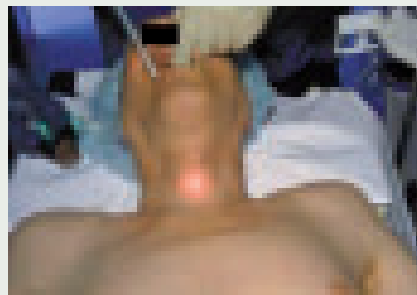
Bei der Transilluminationstechnik wird, wie dargestellt, ohne Berührung die Lage durch einen Lichtstrahl dargestellt. Bei Durchtritt des Lichtes durch den Eingang der Luftröhre ist dies vom Behandler zweifelsfrei zu erkennen, so dass der Endotrachealtubus platziert werden kann. Beim Zurückziehen der Lichtquelle erfolgt eine zweite Sichtkontrolle und im weiteren Verlauf erfolgen die Kontrollen mittels Auskultation der Lungen und Messung des ausgeatmeten Kohlendioxids.



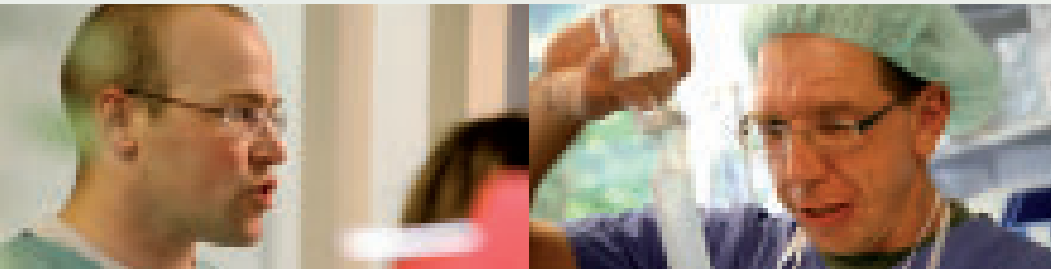
*Endotrachealtubus
mit flexiblem stumpfem Mandrin*



*Transillumination
in falscher Position (Recessus piriformis)*

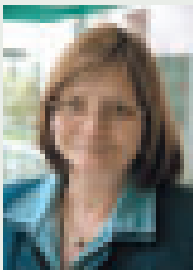


*Korrekte Position mit Transillumination
unterhalb des Stimmbandebene*

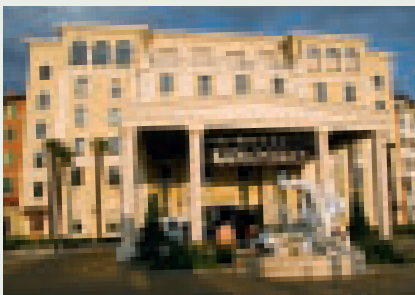


Symposium Patientenrecht und Selbstbestimmung

*Gabriele Eichner, Leitung Sekretariat Klinik für Anästhesiologie
Projektmanagerin Symposium Patientenrecht und Selbstbestimmung*



Gabriele Eichner

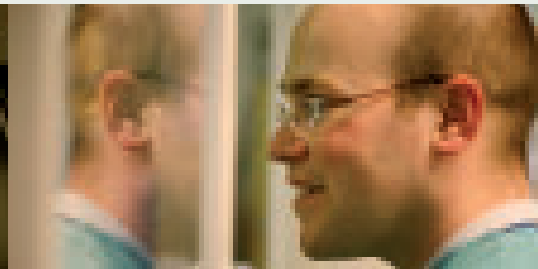


*Veranstaltungsort Hotel Colosseo,
Europa-Park Rust*

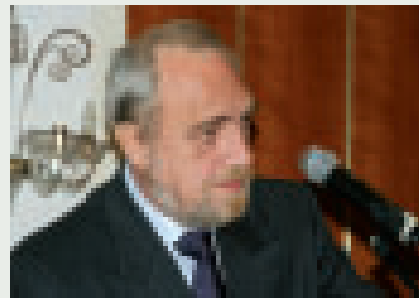
Für alle Mitarbeiter des MediClin Herzzentrum Lahr/Baden ist die Wahrung des Rechts der Patienten auf Selbstbestimmung und die Achtung einer vorgelegten Patientenverfügung oberstes Gebot. Daher wurde am 27. September 2007 eine Initiative unseres Hauses, der „Lahrer Kodex“, anlässlich einer Pressekonferenz in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt. Dieser Lahrer Kodex soll im Jahr 2008 in eine Stiftung überführt werden.

Seit Oktober 2005 informiert die Klinik für Anästhesiologie in einer großen öffentlichen Veranstaltungsreihe zum Leitgedanken „Patientenrecht und Selbstbestimmung“. Das dritte Symposium zum Thema „Schwerkrank – was dann?“ fand am 20. Oktober 2007 im Hotel Colosseo im Europa-Park in Rust statt und war mit ca. 500 Teilnehmern wieder überaus erfolgreich. Unterstützt wurde die Veranstaltung von Karlheinz Böhm, für dessen Stiftung „Menschen für Menschen“ während des Symposiums zu einer Spende aufgerufen wurde.

Folgende hochkarätige Experten informierten zur Thematik aus medizinischer, juristischer, medizin-ethischer sowie ökonomischer Sicht: Dr. phil. Arnd T. May M.A., Fachkoordinator Klinische Ethik am Universitätsklinikum Aachen, Dr. Michael de Ridder, Leitender Arzt der Rettungsstelle und Aufnahmestation des Vivantes-Klinikums Am Urban in Berlin, Ute Nerge, Initiatorin und Leiterin des Kinderhospizes „Sternenbrücke“ in Hamburg, Petra Vetter, Rechtsanwältin (Medizinrecht) in Stuttgart, sowie Wolfgang Kemmer, Leiter des Vertragsbereiches Baden-Württemberg der DAK – Unternehmen Leben in Stuttgart. Zusammen mit Sabine Kraft, Geschäftsführerin des Bundesverbandes Kinderhospiz in Freiburg nahmen die Experten an der anschließenden Podiumsdiskussion unter der Moderation von Peter Lack, Geschäftsführer der GGG Voluntas in Basel, teil, und beantworteten zahlreiche Fragen aus dem Publikum. Mit dem Vortrag von Ute Nerge über lebensbegrenzt erkrankte Kinder wurde deutlich, dass nicht nur Senioren mit Schwersterkrankungen konfrontiert sind. Ein zusätzliches Highlight war der Auftritt des Ehrengastes Prof. Dr. em. Carl-Christoph Schweitzer, Ehrenpräsident der Aktion Gemeinsinn aus Bonn, der sich in einer kurzen Ansprache im Alter von 83 Jahren sehr authentisch zum Selbstbestimmungsrecht äußerte und dafür Standing Ovation erhielt.



Referentin Petra Vetter



*CA Dr. Dr. Tejas Alexander,
Programmverantwortlicher*



Referenten, Moderator, Organisatoren



Veranstaltungssaal La Scala

A collage of hospital scenes. In the background, a woman in blue scrubs is seen through a doorway, and a man in teal scrubs is in the foreground. The foreground shows a bed with white linens. A vibrant, multi-colored light streak (red, orange, yellow, green, blue) curves across the image from the bottom left towards the top right.

Unsere Mitarbeiter

Mitarbeiter

Vorwort

MediClin-Akademie

Personalentwicklung Ärzte

Personalentwicklung Pflege

Bachelor of Science

Neues Leitungsteam OP

IPS und ich

Was die Seele braucht





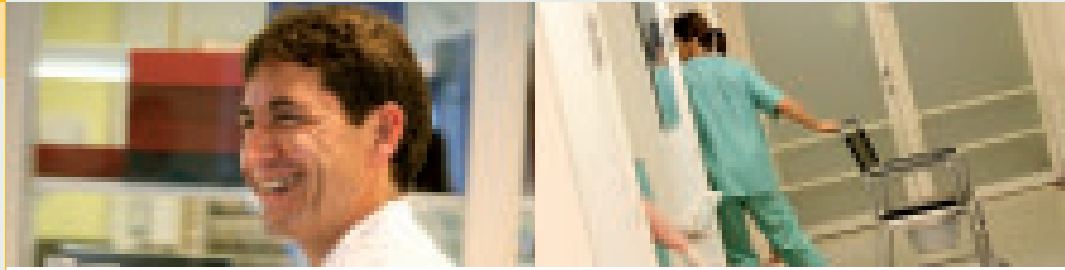
Vorwort

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor / Thomas Nobereit, Kaufmännischer Direktor

Im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden sind ca. 430 Mitarbeiter in verschiedenen Berufsgruppen beschäftigt. Die größte im Haus vertretene Berufsgruppe ist die Pflege. An dieser Stelle danken wir allen Mitarbeitern für ihre Leistungen und ihren hohen Arbeitseinsatz im Jahr 2007, wobei wir uns durchaus bewusst sind, dass die Rahmenbedingungen dafür nicht immer einfach waren. Unser besonderer Dank gilt den Ärztinnen und Ärzten sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes, die sich mit höchstem persönlichen Engagement für die Patientinnen und Patienten des MediClin Herzzentrum Lahr/Baden eingesetzt haben. Zudem danken wir natürlich auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des kaufmännischen Bereichs für ihre tatkräftige Unterstützung.

Die qualitativ hochwertige Patientenversorgung kann nur mit qualifizierten und motivierten Mitarbeitern erreicht werden. Die Zielsetzung der Klinikleitung für das Personalmanagement sind daher für die Zukunft klar definiert: Das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden will ein fairer und langfristig verlässlicher Arbeitgeber sein. Dabei wünschen wir uns – im Rahmen einer von gegenseitiger Wertschätzung geprägten Zusammenarbeit – den offenen und ehrlichen Dialog mit allen Mitarbeitern. Besondere Bedeutung messen wir der Personalentwicklung und dem Personalmarketing bei, da es gerade im Ärztlichen Bereich und im Bereich der Pflege einen immer stärker werdenden Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter geben wird. Uns geht es ganz klar darum, leistungsorientierte Mitarbeiter, die sich in unserem Hause bewährt haben, langfristig an das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden zu binden, und neue, leistungsbereite Mitarbeiter für unser Haus zu gewinnen.

Wie sehr im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden bereits eine aktive Personalentwicklung betrieben wird, wird beispielsweise am Thema Frauenförderung in der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie deutlich. Vier Oberarztstellen in dieser Klinik sind mit qualifizierten Fachärztinnen besetzt; von den derzeit in der Abteilung zur Verfügung stehenden 25 Stellen sind zwölf Stellen mit Frauen besetzt. Diese 48 Prozent Frauenquote dürfte in der Bundesrepublik Deutschland – auch im Vergleich zu anderen herzchirurgischen Kliniken – wegweisend sein.



MediClin-Akademie: Zielgerichtete Qualifizierung und „lebenslanges Lernen“

Jochen Hahn, MediClin Personalentwicklung / MediClin-Akademie

Im Gesundheitswesen werden an das Personal täglich große Erwartungen gestellt. Nur durch zielgerichtete Qualifizierung und „lebenslanges Lernen“ der Mitarbeiter ist eine dauerhaft hohe Qualität der Patientenversorgung möglich. Um sich dieser Herausforderung stellen zu können, investiert MediClin auch im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden in seine Mitarbeiter und unterstützt diese durch eine systematische Personalentwicklung.

Fundamentaler Bestandteil bildet dabei der kontinuierliche Wissenstransfer und die Bündelung von Kompetenzen. Dies wird u.a. durch spezifische Seminare und Tagungen der zentralen MediClin-Akademie sowie durch zahlreiche Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen in den jeweiligen Einrichtungen gewährleistet. Die Förderung eines strukturierten Austauschs durch interne Referenten und Fachgruppen ist Teil der MediClin-Unternehmenskultur, wie auch die gezielte Ergänzung durch externe Experten.

Das Angebot der MediClin-Akademie richtet sich dabei an alle Berufsgruppen und umfasst neben den unverzichtbaren fachspezifischen Themen eine Vielzahl von Seminaren zur Vermittlung von Schlüsselkompetenzen.

Zielgruppenspezifisch sowie interdisziplinär wird Methoden-, Sozial- und Persönlichkeitskompetenz gefördert und entwickelt. Exemplarische Seminarthemen sind Kommunikation, Zeitmanagement, Patientenorientierung, Qualitätsmanagement oder Führungskompetenz.

Die MediClin-Akademie versteht sich als kompetenter Dienstleister und Ansprechpartner für bedarfsorientierte Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen, sei es für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unserer Einrichtungen, wie auch für externe Teilnehmer.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.mediclin.de/akademie



Jochen Hahn

*MediClin-Akademie
Okenstraße 27
77652 Offenburg
Telefon: 07 81/4 88-208
akademie@mediclin.de
www.mediclin.de/akademie*



Personalentwicklung im ärztlichen Bereich

*Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor, Chefarzt Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Prof. Dr. Eberhard von Hodenberg, Chefarzt Klinik für Innere Medizin und Kardiologie*

Die Personalentwicklung der herzchirurgischen Abteilung des MediClin Herzzentrum Lahr/Baden hat das Ziel, die berufliche und persönliche Entwicklung der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern und in diesem Rahmen zu einer Qualitätssteigerung und -sicherung beizutragen. Zielsetzung ist u. a., eine optimale individuelle und abteilungsorientierte Entwicklung der Mitarbeiter im Gefüge einer langfristig orientierten Personalplanung zu realisieren, welche den ökonomischen Zielen der Abteilung und den steigenden Ansprüchen in der Patientenversorgung gerecht wird.

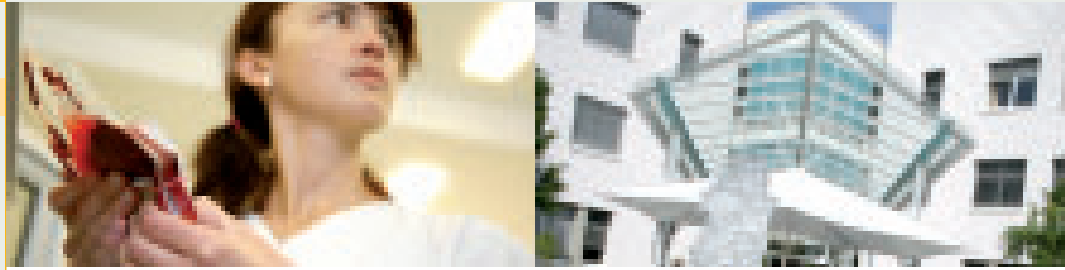
Der Ärztliche Direktor Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker verfügt über die volle Weiterbildungsmächtigung für das Fach Herzchirurgie sowie für die Herzchirurgische Intensivmedizin. Im Jahr 2007 erfolgte eine intensive theoretische und operative Facharztausbildung, so dass im Jahr 2008 vier ärztliche Mitarbeiter/innen die Prüfung für den Facharzt für Herzchirurgie absolvieren können.

Unterstützt wird die Facharztausbildung durch das Logbuch für Herzchirurgie, welches die Deutsche Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie herausgegeben hat. Aufgeführt werden darin die bisher erlangten Qualifikationen im theoretischen und praktischen Teil der Ausbildung.

Als weiteres Instrument der Personalentwicklung werden regelmäßig stattfindende, strukturierte Mitarbeitergespräche zwischen dem Ärztlichen Direktor und den Ärzten eingesetzt. Ziel dieser Gespräche sind u. a. die Förderung der Selbsteinschätzung und Motivation, die Entwicklung von Zielvereinbarungen und Potenzialen, die Lösung von Konflikten sowie die Informationserhaltung. Ein weiteres Instrument der personellen Entwicklung stellen die angebotenen externen Fortbildungen und Kurse dar, z. B. Operationstraining, Seminare für Echokardiographie, Intensivmedizin, Bronchoskopie, Hygiene, Psychosomatik.

Mitarbeiter

Vorwort
MediClin-Akademie
Personalentwicklung Ärzte
Personalentwicklung Pflege
Bachelor of Science
Neues Leitungsteam OP
IPS und ich
Was die Seele braucht

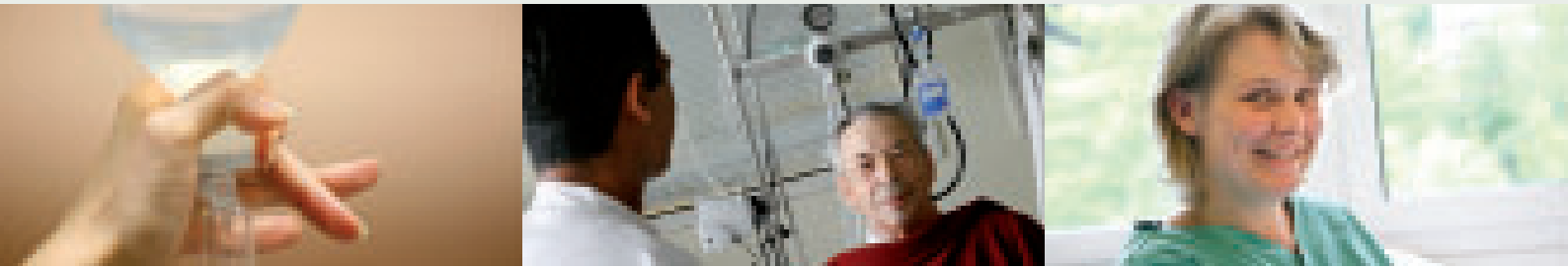


Dem fundierten wissenschaftlichen Wissensaustausch dienen Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, an welchen sich die ärztlichen Mitarbeiter durch eigene Studien und Vorträge beteiligen. Auch Publikationen in international anerkannten Fachjournalen sind auch im Hinblick auf die Außenwirkung für das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden erwünscht. Veröffentlichungen in den genannten Fachzeitschriften sind auch im Jahre 2007 regelhaft erfolgt (Bitte entnehmen Sie die Übersicht dieser Veröffentlichungen den Seiten 84 bis 88).

In der kardiologischen Abteilung hat sich ein strenges Rotationsschema bewährt, so dass die ärztlichen Mitarbeiter eine umfassende Aus- und Weiterbildung erhalten. Dies gewährleistet, dass die Mitarbeiter mit allen nicht-invasiven und invasiven kardiologischen Verfahren vertraut sind. Da Herr Prof. Dr. Eberhard von Hodenberg über die volle Weiterbildung im Fach Kardiologie verfügt, konnten über die Jahre zahlreiche kardiologische Fachärzte ausgebildet werden. Die hohe Anzahl kardiologischer Fachärzte ermöglicht eine optimale Versorgung der uns anvertrauten Patienten.

Den Mitarbeitern wird die Gelegenheit gegeben, externe Weiterbildungsangebote großzügig zu nutzen. Darüber hinaus werden sie auch angehalten, selbst als Referent aktiv zu sein und sich wissenschaftlich zu beschäftigen. Regelmäßige interne Fortbildungen dienen dazu, dass die Mitarbeiter über die neueste Fachliteratur informiert sind.

Einem Mitarbeiter wurde es jetzt ermöglicht, sich in Berlin und Heidelberg über den Zeitraum eines Jahres in die Methode der kardialen Magnet-Resonanz-Tomographie einzuarbeiten, mit dem Ziel diese Methode in Kürze in unserer Klinik kompetent einzuführen.



Personalentwicklung in der Pflege

Severin Hohlbein, Personalreferentin

Die Pflegenden stellen, wie in anderen Krankenhäusern auch, die größte Berufsgruppe im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden. Durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die kontinuierliche Weiterentwicklung und die Forschung in der Medizin steigen auch die fachlichen und persönlichen Anforderungen an die Pflegekräfte.



Severin Hohlbein

Die Einarbeitung neuer Kollegen erfolgt mittels eines Einarbeitungskonzepts und mehrmonatiger Begleitung durch eine Fachkraft, einen Mentor oder eine Pflegekraft mit Berufserfahrung in der Kardiologie/Herzchirurgie. Weiter ist es uns wichtig, dass auch nach der Einarbeitung die Möglichkeit besteht, dass neue Kollegen einen Ansprechpartner haben und dass das „Lernen“ auch nach der Einarbeitung weiter geht, und die Qualifikation der Pflegenden beständig durch Personalentwicklung ausgebaut wird. Um eine professionelle pflegerische Qualität aufrechtzuerhalten, wird nach einem festgelegten Pflegestandard gearbeitet, der für alle Mitarbeiter jederzeit im Intranet zugänglich ist.

Von großer Bedeutung ist die berufliche Weiterentwicklung und Förderung des Personals. Einen besonderen Stellenwert nimmt der hausinterne Pflegequalifikationskurs ein. Ca. 10 bis 12 Pflegekräfte haben in diesem Rahmen die Möglichkeit, ihr Fachwissen in einem einjährigen berufsbegleitenden Kurs zu vertiefen, welcher mit einer schriftlichen/mündlichen und praktischen Abschlussprüfung endet.

In Kooperation mit verschiedenen anderen Kliniken erhalten jährlich mehrere Pflegekräfte die Möglichkeit, an einer zweijährigen Fachweiterbildung Anästhesie/Intensivmedizin mit staatlicher Abschlussprüfung teilzunehmen. Für Mitarbeiter mit weitergehenden Karriereambitionen besteht die Möglichkeit, an einem Stationsleitungslehrgang teilzunehmen.

Ein weiterer wichtiger Faktor der Personalentwicklung ist die enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Unser Motto heißt „Voneinander, miteinander und übereinander lernen“.



Bachelor of Science in Physician Assistance oder „Nichts ist beständig – nur der Wandel“

Dr. Stefan Bauer, Oberarzt, MBA

Aufgrund sich verändernder Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen auf den Klinikbetrieb müssen die im Gesundheitswesen tätigen Personen ihre Tätigkeitsprofile z. T. grundlegend überdenken und anpassen. Hierbei eröffnet die Etablierung neuer Studiengänge (z.B. Bachelor of Science in Physician Assistance, Bachelor of Science in Cardiac Perfusion und Masterabschlüsse) zusammen mit der Steinbeis-Hochschule Berlin für die verschiedenen Mitarbeitergruppen umfassende personelle Entwicklungsmöglichkeiten.

Die Pflegeausbildung ist in Deutschland noch nicht akademisch ausgerichtet. Durch die Anbindung an eine Hochschule kann ein akademischer Abschluss auf dem Niveau eines Bachelors of Science (6 Semester) sowie einem optionalen darauf aufbauenden Masterabschluss (4 Semester) erzielt werden. Mit dem in Deutschland ersten „Bachelor of Science in Physician Assistance“-Kurs hat das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden sein Innovationspotenzial bezüglich der Ausbildung von Pflegekräften gezeigt. In der klinischen Ausbildung können Lehransätze erprobt und als best-practice-Modelle umgesetzt werden. Es werden VetLab-Bedingungen, mediale Ausbildungskonzepte und der Vergleich mit „hands-on“-Praxismodellen entwickelt. Die hieraus generierten Ergebnisse können in andere Bereiche der Medizin transferiert werden (z.B. Mediziner Ausbildung, Praxishilfen, Notfallmedizin, Katastrophenmedizin, Entwicklungsländer...). Im Rahmen der Personalentwicklung ist zu beachten, dass nur durch die fundierte Weiterentwicklung mittels akademischer Ausbildungsmöglichkeiten geeignetes Personal für die Anforderungen im sich verändernden Gesundheitsmarkt bereitgestellt werden kann.

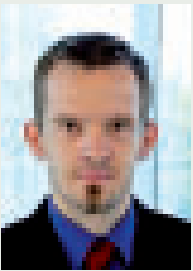
Ziel im deutschen Gesundheitswesen muss die Weiterentwicklung von innovativen marktgerechten Studiengängen mit allgemeiner Akzeptanz bis hin zur Etablierung neuer akademischer staatlich anerkannter Berufsbilder sein. Zudem gilt es langfristig, Lehr- und Forschungstätigkeit bezogen auf diese neuen Berufsbilder zu entwickeln. Innerhalb der managerial und klinischen Aus- und Weiterbildung medizinischer Berufsgruppen können sich die Steinbeis-Hochschule Berlin und das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden als Marktführer positionieren.

Durch Professionalisierung innerhalb der Medizin werden auch in der Pflege akademische Abschlüsse notwendig werden. Die „Ausnahmeländer“ – Österreich und Deutschland – werden unter dem Druck der Europäischen Union zukünftig eine Akademisierung der Pflegeberufe anstreben.



Das neue Leitungsteam OP: Herausforderungen gemeinsam angehen

*Jörg Huber, Fachpfleger für Anästhesie/Intensiv, Bereichsleitung OP
Jens Kubsdela, Fachpfleger für OP-Pflege, stellv. Bereichsleitung OP*



Jörg Huber



Jens Kubsdela

Bei der Zusammenführung der Pflegegruppen legen wir besonderen Wert darauf, dass die bisher erreichten Qualitätsstandards erhalten bleiben und keine Gefährdung des Patienten eintritt.

Können Sie kurz etwas zur neuen Struktur im OP- Pflegebereich sagen?

Herr Huber: Mit Wirkung vom 1. März 2008 wurden die bisher strikt getrennten Bereiche Anästhesie- und OP-Pflege organisatorisch zusammengeführt. Gemeinsam mit der ehemaligen OP-Leitung habe ich die Bereichsleitung übernommen und wir sehen uns als gleichgestelltes Leitungsteam.

Was ist das Besondere an der Arbeit in der OP-/Anästhesie-Pflege?

Herr Huber: Ich war sechs Jahre auf der Intensivstation (IPS 1) hier im Herzzentrum tätig und bin seit gut 2 Jahren in der Anästhesiepflege im OP. Das besondere daran ist, dass man mit dem Anästhesisten auf fachlich hohem Niveau Hand in Hand zum Wohle des Patienten zusammenarbeitet.

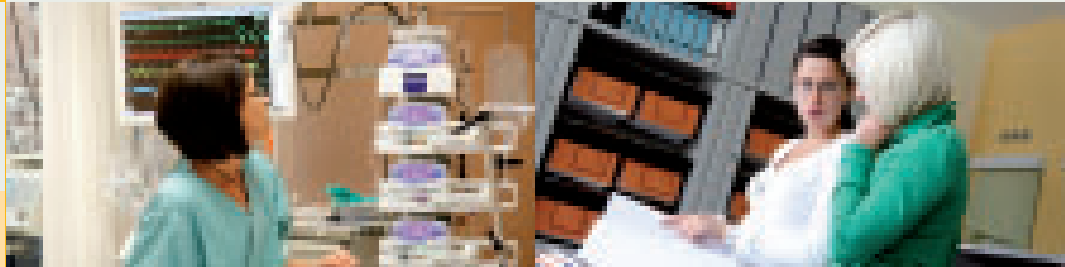
Herr Kubsdela: Ich bin seit dem ersten Tag als Krankenpfleger seit nunmehr über 27 Jahren im OP in den verschiedensten Fachrichtungen tätig, davon über 15 Jahre in der Herzchirurgie und mich hat die Faszination OP die man hier in der Kürze nicht beschreiben kann, nie losgelassen. Sonst würde ich diesen Beruf bestimmt auch nicht mehr mit Freude und Einsatz ausüben können und wollen.

Welche besonderen Fähigkeiten/Eigenschaften benötigt ein guter OP-/Anästhesiepfleger?

Herr Huber/Herr Kubsdela: Eine allgemein physisch und psychisch hohe Belastbarkeit vorausgesetzt, sollte man eine fachliche, emotionale und soziale Intelligenz und Kompetenz mitbringen, Organisationstalent sowie ein gutes Zeitmanagement besitzen und kritik- und konfliktfähig sein.

Wie sieht ein ‚normaler‘ Tagesablauf im OP-Bereich aus?

Herr Huber: Die Anästhesievorbereitungen beginnen bei uns um 6:30 Uhr, da die ersten Patienten gegen 7:00 Uhr in den OP eingeschleust werden. Dann beginnt die Narkosevorbereitung in den Einleitungsräumen. Um 7:30 Uhr stößt der Anästhesist dazu und gegen 8:00 Uhr wird der Patient in den OP-Saal gefahren. Nun beginnen die chirurgischen Maßnahmen. Um 14:30 Uhr endet die Frühschicht. Dann übernehmen die Spätschicht und der Rufdienst die weitere Betreuung, bis der letzte Patient auf die Intensivstation verlegt wurde. Das ist in der Regel gegen 18:00 Uhr. Der Rufdienst ist dann bis zum nächsten Morgen für die Notfallversorgung in Bereitschaft.



IPS und ich – eine fast normale Beziehung

Heidrun Keller, Krankenschwester auf der Intensivstation

1. Phase: Leidenschaftliches Engagement

Seit den Gründertagen der Klinik (Oktober 1994) arbeite ich als Krankenschwester auf der Intensivpflegestation (IPS) des MediClin Herzzentrum Lahr/Baden. Zu Beginn stellten wir ein überregional zusammengewürfeltes Team dar, welches mit minimaler Einrichtung und noch nicht fixierten Abläufen die Klinik ganz von vorne aufgebaut hat. Wir konnten mitgestalten an einem größeren Ganzen und unseren Visionen Form geben. Der totale Einsatz, die völlige Identifizierung war gefragt und wurde von mir und meinen Kolleginnen und Kollegen geleistet. Es war eine tolle Zeit.

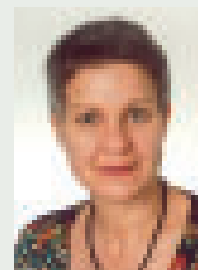
2. Phase: Verstetigung

Die Klinik hat sich etabliert, das Team der IPS gefunden. Der Stations- und Pflegealltag ist in die Klinik eingekehrt. Nebeneinander stehen Stolz auf das Erreichte, und auch ein wenig Enttäuschung über nicht Erfülltes. Doch bei allen Hochs und Tiefs bleibt die IPS ein lebendiges, sich immer in Bewegung und Auseinandersetzung befindliches Team.

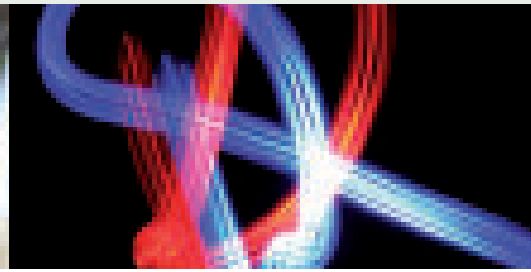
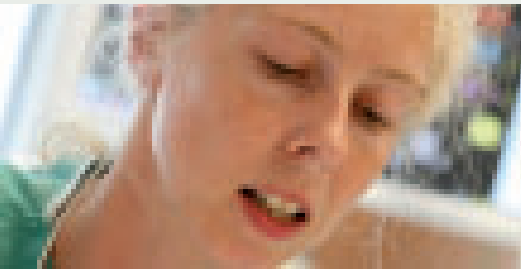
3. Phase: Trennung und Rückkehr

Im Jahr 1999 verließ ich die Klinik und machte weitergehende Erfahrungen in zwei anderen Häusern. Nach zweieinhalb Jahren kehrte ich wieder ins Herzzentrum auf die IPS in mein Team zurück. Für mich hat sich effiziente Routine etabliert. Man weiß, was man hat, man weiß um die Potenziale, und man weiß, wo die Chancen für die Zukunft liegen.

Hier, auf der Intensivstation des MediClin Herzzentrum Lahr/Baden finde ich auch heute nach 14 Jahren immer noch mehr Bewegung als Stagnation; die Tendenz Neues auszuprobieren. Das und die Möglichkeit die Arbeit mit, am und für den Patienten in den Wirkungsmittelpunkt zu stellen, machen die Arbeit auf der IPS aus.



Heidrun Keller



Beachten, was die Seele braucht

*Martin Renner, Andreas Rudolph, Klinikseelsorger
Dr. Alexander Albert, Harald Proske, Oberärzte Chirurgie*



Martin Renner



Andreas Rudolph

Therapeutisch-zwischenmenschliche und religiös-rituelle Bedürfnisse von Patienten finden durch die Präsenz der Klinikseelsorge eine Anlaufstelle. Medizin und Pflege im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden profitieren von dieser Kooperation.

Warum ist die Präsenz von Seelsorgern in einem Herzzentrum wichtig?

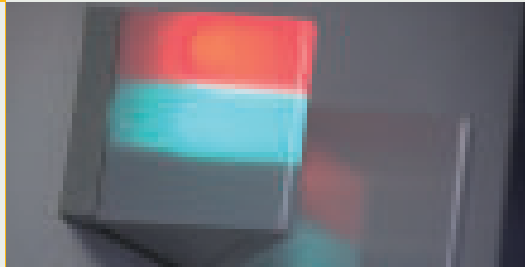
Herr Renner, Herr Rudolph: Vielen Patienten macht eine Herzoperation Angst und bringt sie dazu, über ihr bisheriges Leben und auch über ihren Glauben nachzudenken. Einige wollen diesen Lebensabschnitt der Krankheit bewusst rituell begleitet wissen (z.B. durch Gebet, Sakramente, Segen). Auch Mitarbeitende sprechen uns immer wieder an. Außerdem arbeiten wir im Ethik-Komitee mit.

Worin besteht aus Sicht der operativen Medizin die wichtige Rolle der Klinikseelsorge im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden?

Herr Dr. Albert, Herr Proske: Die herzchirurgische Operation bedeutet, wie die schwere, oft lebensbedrohliche Erkrankung selbst, einen Eingriff in die Autonomie und Integrität des Patienten. Fragen nach der Existenz, nach Leben und Tod, nach dem Weiterleben und Überleben rücken weit in den Vordergrund. Fragen, die Hilflosigkeit bewirken und nach Antworten suchen. Entscheidungen, die getroffen werden müssen und dabei oft zur Last werden und zu Unsicherheit führen. Das Gespräch mit dem Seelsorger gewinnt in dieser Ausnahmesituation auf mehreren Ebenen eine überragende Bedeutung: die Möglichkeit, seine Sorgen und Ängste mitteilen zu können, entlastet den Patienten, das Zwiegespräch eröffnet einen anderen Blickwinkel und festigt so das Vertrauen in die eigene Urteilskraft und in die Bemühungen der Ärzte und der Pflegekräfte. Das gemeinsame Gespräch mit Gott hilft dem gläubigen Patienten Angst zu verringern, Mut zu fassen und schafft Platz für ein Gefühl, diesen Weg begleitet beschreiten zu können.

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche – wie Herzchirurgen, Kardiologen, Anästhesisten, Pflegepersonal – wird im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden groß geschrieben. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der Medizin mit der Klinikseelsorge?

Herr Dr. Albert, Herr Proske: In Gesprächen mit Patienten oder Verwandten spüren wir häufig deren Bedürfnis nach Zuspruch und Rat und erkennen gleichzeitig, dass wir diesem Aspekt wegen der Fülle der Aufgaben nicht immer gerecht werden können. Der gedankliche Austausch ist wichtig.



Herr Rudolph, Herr Renner: Das Pflegepersonal hat durch seinen engen Kontakt mit den Patienten und Angehörigen ein gutes Gespür dafür, wer ein offenes Ohr und Zuspruch nötig hat. Mit Ärzten stehen wir im Kontakt zu interdisziplinären und ethischen Themen.

Was für Erwartungen haben die Patientinnen/Patienten sowie die Mitarbeiter/innen der Klinik an die Klinikseelsorge?

Herr Renner, Herr Rudolph: Nach neueren Untersuchungen* werden unter dem therapeutisch-zwischenmenschlichen Aspekt hohe soziale Kompetenzen erwartet: Der Seelsorger hört zu (82,2 %), redet über Sterben, Angst und Hoffnung, tröstet, hilft, einen klaren Überblick zu gewinnen (69,1 %). Den zweiten Strang der Erwartungen kann man dem religiös-rituellen Aspekt zuordnen: Der Seelsorger hilft bei der Frage nach dem „Warum?“ (61,2 %), feiert Gottesdienste und das Heilige Abendmahl, spendet die Krankenkommunion, hilft bei der Orientierung für die Zukunft, bei Glaubensproblemen und betet (55,1 %). 94 % der Befragten halten Klinikseelsorge für wichtig, 75 % für sehr wichtig.

Von der Klinikseelsorge wird dazu eine institutionelle Präsenz erwartet: Seelsorgerliche Ansprechbarkeit für Anliegen der Mitarbeitenden; Beteiligung an der Entwicklung der Klinik (Leitbilddiskussion, Klinische Ethik-Komitees); der inhaltliche Diskurs mit der Pflege, der Medizin und anderen Fachgebieten.

Können Sie uns etwas über Ihr Selbstverständnis als Seelsorger sagen?

Herr Renner, Herr Rudolph: Klinikseelsorge leitet sich aus dem Auftrag Jesu ab, Kranke zu besuchen. Freilich ist unser Dienst nicht auf Kirchenmitglieder beschränkt. Wir bieten allen Kranken und Angehörigen Zeit zum Gespräch an. Wir respektieren und achten ihre Weltanschauung und Spiritualität. Wir freuen uns mit ihnen über ihre Genesung, begleiten sie aber auch in lebensbedrohenden Situationen. Auf Wunsch beten wir mit den Kranken und stehen Trauernden bei. Im Auftrag unserer Kirchen arbeiten wir ökumenisch zusammen und sind an die Schweigepflicht gebunden.

*- Lublewski-Zienau A., Kittel J., Karoff M.: Was erwarten Patientinnen und Patienten von der Klinikseelsorge? Eine Studie in der kardiologischen Rehabilitation. In: Wege zum Menschen, 55/Suppl. 7 (2003) 463-478.

- Wigant T.: Krankenhauseelsorge: Ein Beitrag zur Entwicklung von Ethik in Kliniken. In: Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen, Centrum für Kommunikation am Klinikum Nürnberg, (2005) Modul 3, Lehrbrief 6.



| Integrierte Gesundheitsversorgung

Integrierte Gesundheitsversorgung

Unternehmensstrategie

Wo kommen unsere Patienten her?

Einweiserinterview Prof. Dr. Gulba

Abgestimmte Behandlungspfade Reha

Reha-Zentrum Gernsbach

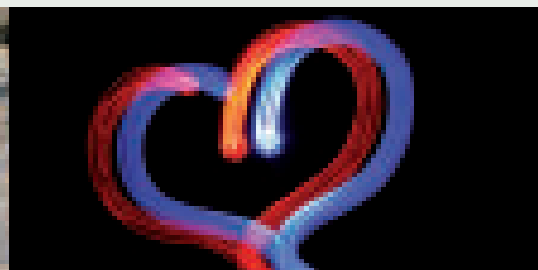
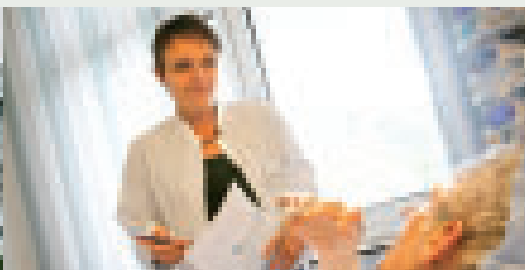
Nachsorge Patienten

Qualitätsmanagement

Warum Lahr?

Weiterversorgung Reha: Warum Gernsbach?





Niedergelassene
Kardiologen /
Akut-Kliniken

MediClin
Herzzentrum
Lahr/Baden

MediClin Reha-
Zentrum Gernsbach,
weitere Rehakliniken
des Verbundes

Niedergelassene
Kardiologen

Unternehmensstrategie: MediClin integriert

Dr. Ulrich Wandschneider, Vorstand MediClin AG



Dr. Ulrich Wandschneider

MediClin steht für die Verknüpfung des ambulanten, stationären und nachstationären Sektors zur Schaffung einer hochwertigen medizinisch-therapeutischen Versorgung entlang des gesamten Behandlungsprozesses.

Seit vielen Jahren ist MediClin verlässlicher Partner in der Patientenversorgung. Die Krankenhausversorgung und die medizinische Rehabilitation inklusive Frührehabilitation stellen wesentliche Säulen unseres Portfolios dar. Darüber hinaus betreiben wir drei Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Leipzig, Plau am See und Bad Dübener Heide, welche eng mit den MediClin-Kliniken in Bad Dübener Heide, Coswig und Plau am See zusammenarbeiten – koordiniert durch ein übergreifendes Case-Management. Zu den jüngeren Geschäftsfeldern gehört das Angebot an stationärer Pflege inklusive Kurzzeitpflege.

MediClin zeichnet sich durch eine patientenorientierte enge medizinisch-therapeutische Vernetzung aus. Durch ein breit gefächertes Leistungsangebot decken wir die gesamte Versorgungskette des Patienten ab. Unser Know-how reicht von der Prävention und ambulanten Versorgung über die akut-stationäre Behandlung bis hin zur Frührehabilitation und medizinisch-beruflichen Rehabilitation oder Leistungen der Pflege. Auch für Patienten, welche nach einer Krankenhausbehandlung nicht in die Rehabilitation, sondern zurück in ein einweisendes Krankenhaus oder nach Hause gehen, unterstützen wir eine optimale Weiterversorgung durch enge Kommunikation/Kooperationen mit den nachsorgenden Kliniken und niedergelassenen Ärzten. Somit können wir die einzelnen Bereiche der medizinischen Versorgung effizient miteinander verknüpfen. Für unsere Patienten entfallen dadurch die mühsame Suche nach den richtigen Spezialisten ebenso wie lästige Doppel- und Mehrfachuntersuchungen und lange Wartezeiten. Die Behandlungsdauer insgesamt wird deutlich verkürzt. Der Patient kann sich auf seine Behandlung konzentrieren und wird von uns durch die gesamte Versorgungskette begleitet.

Übergreifende Behandlungskonzepte realisieren wir mit eigenen Einrichtungen und Kooperationspartnern. Dabei nutzen unsere Einrichtungen insbesondere die Möglichkeiten der integrierten Versorgung. Die neu erworbenen Kliniken der Kraichgau-Klinik AG – das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden, das MediClin Reha-Zentrum Gernsbach und die MediClin Kraichgau-Klinik, Bad Rappenau – fügen sich mit



Integrierte Gesundheitsversorgung

Unternehmensstrategie

Wo kommen unsere Patienten her?

Einweiserinterview Prof. Dr. Gulba

Abgestimmte Behandlungspfade Reha

Reha-Zentrum Gernsbach

Nachsorge Patienten

Qualitätsmanagement

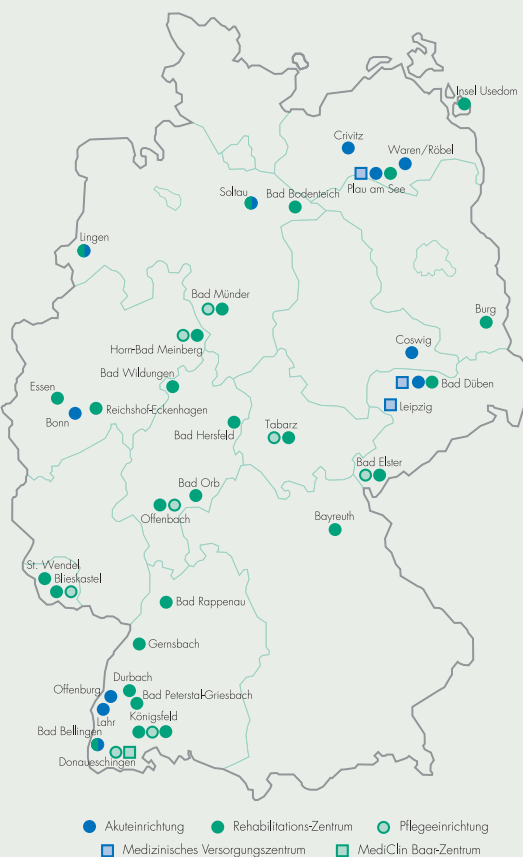
Warum Lahr?

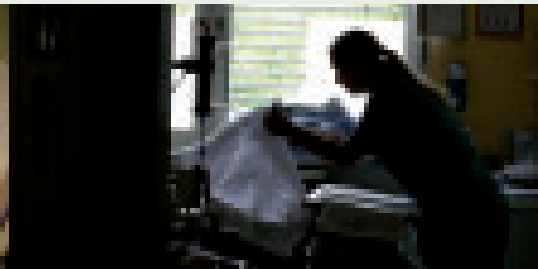
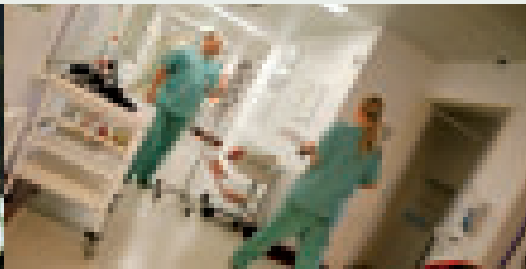
Weiterversorgung Reha: Warum Gernsbach?



ihrem differenzierten Leistungsspektrum optimal in die strategische Ausrichtung von MediClin ein. Die Kliniken und deren Patienten profitieren von der Einbindung in den MediClin Verbund u.a. durch medizinisch-therapeutischen Know-how Transfer und abgestimmte Behandlungspfade.

Die MediClin ist ein bundesweit tätiger Klinikbetreiber. Mit 34 Akut- und/oder Rehaklinikbetrieben, acht Pflegeeinrichtungen und drei Medizinischen Versorgungszentren in elf Bundesländern verfügt die MediClin über eine Gesamtkapazität von rund 8.100 Betten.





Niedergelassene
Kardiologen /
Akut-Kliniken

MediClin
Herzzentrum
Lahr / Baden

MediClin Reha-
Zentrum Gernsbach,
weitere Rehakliniken
des Verbundes

Niedergelassene
Kardiologen

Unsere Einweiser

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

Prof. Dr. Eberhard von Hodenberg, Chefarzt Klinik für Innere Medizin und Kardiologie

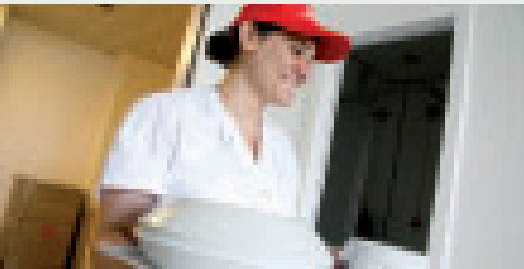
Das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden versorgt Patienten regionaler und überregionaler Herkunft sowie ausländische Patienten. Eine integrierte Versorgungskette optimiert die Behandlungsabläufe.

Die Herkunftsorte unserer Patienten sind weit gestreut: 1/3 unserer Patienten kommen aus der Ortenau, 1/3 aus dem übrigen Baden-Württemberg und 1/3 aus dem übrigen Bundesgebiet mit Schwerpunkt Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen sowie aus dem Ausland. Eine überwiegende Anzahl unserer Patienten legt weite Strecken zurück, um sich bei uns behandeln zu lassen.

Ein enges Netz mit zuweisenden niedergelassenen Kardiologen/Internisten und einweisenden Akutkliniken ist hierfür von Bedeutung. Wir stehen mit unseren regionalen und überregionalen Einweisern im permanenten persönlichem Kontakt, was eine effiziente Kommunikation und einen Informationsaustausch bezüglich gegenseitiger Anforderungen und patientenzentrierter Erfordernisse ermöglicht. Die Kontakte zu unseren Einweisern vor Ort pflegen wir zudem durch regelmäßige kardiologische Seminare, in welchen wir aktuelle klinische Fragen mit den einweisenden Kollegen diskutieren. Austausch und effiziente Zusammenarbeit mit unseren Einweisern ist wichtiger Bestandteil der ganzheitlichen Versorgung unserer Patienten. Bei uns beginnt die Versorgung der Patienten nicht erst mit deren Überweisung in unsere Klinik, sondern bereits einen Schritt zuvor. Stellen die einweisenden Kollegen fest, dass eine kardiologische Intervention oder ein herzchirurgischer Eingriff notwendig ist, werden auf kurzen Wegen Untersuchungsergebnisse ausgetauscht. Die engmaschige Abstimmung mit unseren Einweisern, ein effizientes Überleitungs- und auch Rückverlegungsmanagement ermöglichen eine optimale medizinische Versorgung der uns anvertrauten Patienten.

Unsere Einweiser zählen auf uns: durch die Vorhaltung einer 24-Stunden-Bereitschaft im Herzkatheterlabor (Behandlung von Herzinfarktpatienten) und in der Herzchirurgie stellen wir die kurzfristige Notfall-Behandlung unserer regionalen aber auch überregionalen Patienten jederzeit sicher.

In Ergänzung zu den guten Beziehungen mit unseren einweisenden Kollegen streben wir deren Sicherung, Vertiefung und Erweiterung durch Kooperationen mit und/oder im Rahmen integrierter Versorgungsformen an, um unseren Patienten auch in Zukunft eine innovative und kontinuierlich verbesserte Versorgung gewährleisten zu können.



Integrierte Gesundheitsversorgung	
Unternehmensstrategie	
Wo kommen unsere Patienten her?	
Einweiserinterview Prof. Dr. Gulba	
Abgestimmte Behandlungspfade Reha	
Reha-Zentrum Gernsbach	
Nachsorge Patienten	
Qualitätsmanagement	
Warum Lahr?	
Weiterversorgung Reha: Warum Gernsbach?	



Interview mit Prof. Dr. Dietrich Gulba

Prof. Dr. Dietrich Gulba, Chefarzt Klinik für Innere Medizin / Kardiologie im Krankenhaus Düren

Welche Kriterien muss ein Krankenhaus erfüllen, damit Sie einen Patienten guten Gewissens dorthin überweisen können?

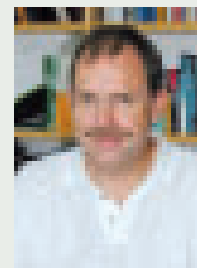
Prof. Dr. Gulba: Aus ärztlicher Sicht ist vor allem das klinische Ergebnis entscheidend. Wir müssen davon ausgehen können, dass auch die kritisch Kranken und die Patienten mit hohem Risiko sicher und komplikationsfrei zurückkommen. Darüber hinaus wünschen wir uns auch eine ebenso nachhaltige wie innovative Chirurgie. Herr PD Dr. Ennker und sein Team haben sehr früh auf die Stentless Bioprothese beim Aorteneinsatz gesetzt und damit zahlreichen Patienten ein Leben mit Marcumar erspart. Aber auch die konsequente Verfolgung der Strategien: Klappenerhalt (-rekonstruktion) geht vor Klappenersatz bzw. eine voll arterielle Versorgung (nicht nur LIMA Graft) geht vor LIMA plus, viele Venengrafts sind für uns gewichtige Argumente, die für die Chirurgie am MediClin Herzzentrum Lahr/Baden sprechen.

Besitzt das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden in Ihren Augen besondere medizinische Kompetenzen? Z.B. das Operieren am schlagenden Herzen?

Prof. Dr. Gulba: Wir versorgen in Düren viele Patienten im Alter > 80 Jahre. Für diese Patienten bedeutet eine Operation mit Herz-Lungen-Maschine ein besonderes Risiko und somit die Operation am schlagenden Herzen einen großen Gewinn, der leider heute noch nicht an allen Herzchirurgien Deutschlands mit gleichem Enthusiasmus verfolgt wird. Die Gewissheit, dass man in Lahr mit diesem Verfahren eine außergewöhnliche Erfahrung besitzt, ist für uns – trotz der weiten Entfernung – ein weiteres Argument, gerade unsere älteren Patienten in Lahr operieren zu lassen.

Was spricht aus Ihrer Sicht sonst noch für das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden?

Prof. Dr. Gulba: Herr Dr. Ennker wird von unseren Patienten für seine ärztliche Kompetenz, sein großes Engagement und seine persönliche Zuwendung geschätzt. Unsere Patienten berichten uns darüber hinaus auch immer davon, dass sie sich im Herzzentrum in Lahr jederzeit gut aufgehoben gefühlt haben. Bei Herrn Dr. Ennker und seinem Team können wir sicher sein, dass unsere Ideologie von einer Behandlung mit Kompetenz, Zuwendung und Herz ebenso wie unsere eingeschlagenen Behandlungsprinzipien nahtlos weitergeführt werden. Unsere Patienten danken uns das täglich.



Prof. Dr. Gulba

„Wir überweisen unsere Patienten für die ganze Bandbreite der Herzchirurgie nach Lahr, d.h. Koronarpatienten zur Bypassversorgung, Klappenpatienten zur Klappenchirurgie, Aneurysmapatienten zur Aortenchirurgie und in Einzelfällen auch Patienten mit chronischem Vorhofflimmern zur sog. Mini-MAZE-Operation.“



Niedergelassene
Kardiologen/
Akut-Kliniken

MediClin
Herzzentrum
Lahr/Baden

MediClin Reha-
Zentrum Gernsbach,
weitere Rehakliniken
des Verbundes

Niedergelassene
Kardiologen

Abgestimmte Behandlungspfade Reha – Medizinische Kompetenz aus einer Hand

Birgit Mandl, Sozialberaterin



Birgit Mandl

Im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden erfährt der Patient modernste Therapieformen zur Behandlung seiner Herz-Kreislauf-Erkrankung. Im Anschluss an einen Infarkt bzw. eine Bypass-, Klappen- oder Aorten-Operation wird, sofern der Patient dies wünscht, eine Anschlussrehabilitationsmaßnahme eingeleitet. Unsere Sozialberatung empfiehlt in Absprache mit dem entlassenden Stationsarzt vor dem Hintergrund der abgestimmten medizinischen Versorgung die Weiterbehandlung in den verbundenen MediClin-Reha-Kliniken, jedoch stets unter Berücksichtigung der Kostenträgervorgaben und des persönlichen Wunsches der Patienten.

Eine große Erleichterung dabei ist, dass dem Patienten sämtliche organisatorische und bürokratische Arbeiten von der Antragstellung bis hin zur Organisation des Transportes abgenommen werden, so dass dieser sich voll und ganz auf seine Genesung konzentrieren kann.

Besonders bewährt hat sich seit nahezu zehn Jahren der nahtlose Übergang in das MediClin Reha-Zentrum in Gernsbach, in dem sich ein hoch qualifiziertes Reha-Team um die gesundheitliche Wiederherstellung und Genesung des Patienten kümmert. Dabei ist von großem Vorteil, dass die medizinischen Daten aus dem MediClin Herzzentrum Lahr/Baden sofort vorliegen. Ein ständiger ärztlicher Austausch und kontinuierlicher Dialog ermöglichen so eine besondere effiziente Behandlung, beschwerliche Doppeluntersuchungen werden vermieden. Für den Patienten besteht ein breit gefächertes Angebot an medizinischen Programmen und Freizeitaktivitäten. Darüber hinaus bietet das Rehazentrum eine spezielle Frührehabstation an, die anfänglich noch etwas hilfsbedürftigeren Patienten die notwendige Hilfe und Sicherheit bietet, so dass kein Patient die Befürchtung haben muss, in der Reha alleingelassen zu werden.

Im Rahmen dieser medizinisch gut abgestimmten Behandlungskonzepte stehen seit Anfang des Jahres 2008 weitere Rehakliniken des MediClin-Verbundes mit kardiologischen Therapieangeboten zur Verfügung, wie die MediClin Albert-Schweitzer-Klinik in Königfeld/Schwarzwald, die Fachkliniken für Innere Medizin in Blieskastel/Saarland und die Fachklinik Rhein-Ruhr in Essen-Kettwig.



Integrierte Gesundheitsversorgung
Unternehmensstrategie
Wo kommen unsere Patienten her?
Einweiserinterview Prof. Dr. Gulba
Abgestimmte Behandlungspfade Reha
Reha-Zentrum Gernsbach
Nachsorge Patienten
Qualitätsmanagement
Warum Lahr?
Weiterversorgung Reha: Warum Gernsbach?



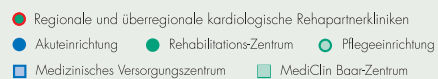
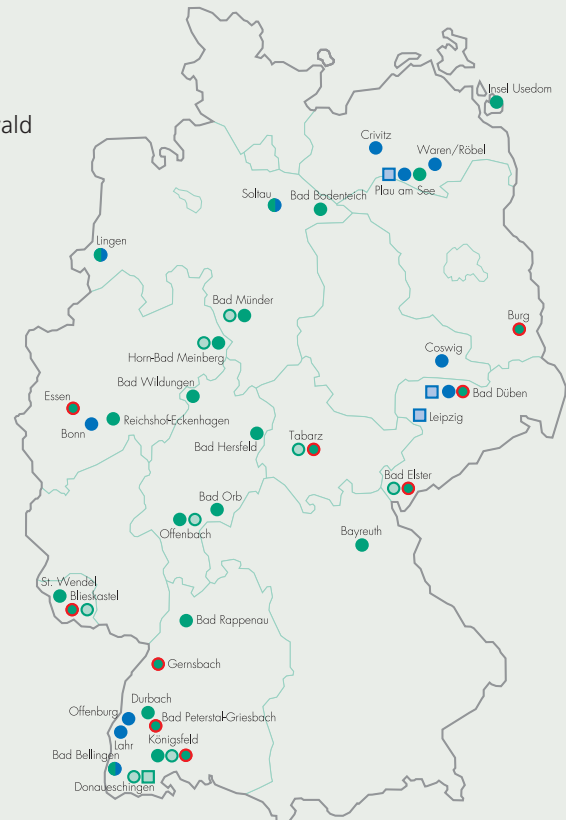
Einer der Schwerpunkte der MediClin im Bereich der Rehabilitation liegt in der Kardiologie. Im Verbund MediClin findet sich für unsere Patienten des MediClin Herzzentrum Lahr/Baden die optimale Weiterversorgung in medizinischer, aber auch ortsbezogener Hinsicht.

Unsere regionalen kardiologischen Rehapartnerkliniken:

- MediClin Reha-Zentrum Gernsbach
- MediClin Albert-Schweitzer-Klinik in Königsfeld/Schwarzwald
- MediClin Schlüsselbad Klinik in Bad Peterstal

Unsere überregionalen kardiologischen Rehapartnerkliniken:

- MediClin Bliestal Kliniken in Blieskastel/Saarland
- MediClin Fachklinik Rhein-Ruhr in Essen
- MediClin Reha-Zentrum Bad Dübener
- MediClin Dünenwald Klinik (Trassenheide)
- MediClin Klinik am Brunnenberg (Bad Elster)
- MediClin Klinik am Rennsteig (Tabarz)
- MediClin Reha-Zentrum Spreewald (Burg)



Bitte besuchen Sie für weitergehende Informationen über die Kliniken im MediClin Verbund unsere Homepage www.mediclin.de.

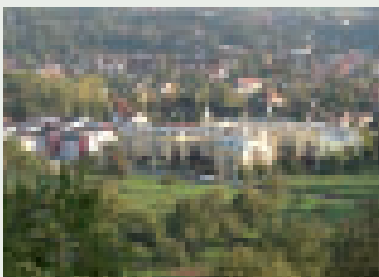
Über das Leistungsspektrum der MediClin-Kliniken und das Angebot an kardiologischer Rehabilitation können Sie sich zudem kostenlos informieren unter folgender Hotline: 0800 44 55 888.



Medizinische Weiterversorgung im MediClin Reha-Zentrum Gernsbach

Priv.-Doz. Dr. Eckart Miche, Ärztlicher Direktor des MediClin Reha-Zentrum Gernsbach

Durch die Möglichkeiten einer Frührehabilitation, nachgewiesener Fachkompetenz und hohem Engagement ist eine maximale Sicherheit für den Patienten gegeben. Daher ist eine Anschlussheilbehandlung im MediClin Reha-Zentrum Gernsbach empfehlenswert.



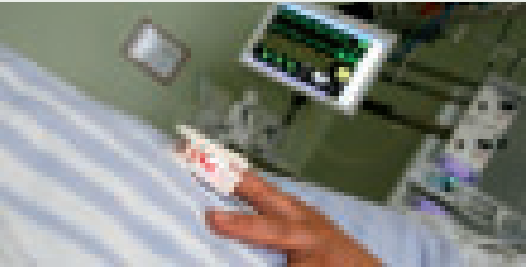
MediClin Reha-Zentrum Gernsbach
Telefon: 0 72 24/992-0
info.gernsbach@mediclin.de
www.mediclin.de/gernsbach

Die gesundheitliche Wiederherstellung der Patienten im MediClin Reha-Zentrum Gernsbach knüpft idealerweise nahtlos an die Behandlung im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden an. Der klinikeigene Fahrservice ermöglicht eine unkomplizierte Abholung von zu Hause oder aus dem MediClin Herzzentrum Lahr/Baden nach Gernsbach, welche für unsere Patienten kostenlos ist. In Gernsbach kümmert sich ein hoch qualifiziertes Reha-Team um die rasche Genesung. Für jeden Patienten wird ein individuelles Therapieprogramm zusammengestellt.

Das MediClin Reha-Zentrum Gernsbach ist eine Fachklinik zur Frührehabilitation nach Herzinfarkt und herzchirurgischen Eingriffen. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz erhalten ein spezielles Nachsorgeprogramm. Der zweite fachliche Schwerpunkt ist die Behandlung von Patienten nach orthopädischen Eingriffen, z.B. nach Knie- und Hüftoperationen, bei degenerativen bzw. entzündlichen Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen, bei Osteoporose und rheumatischen Beschwerden. Unter der Leitung erfahrener Fachärzte für Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie und Orthopädie betreut ein engagiertes Team die Patienten nach modernsten wissenschaftlichen Standards. Dieses ermöglicht einen optimalen Behandlungserfolg.

Ein ständiger ärztlicher Austausch und kontinuierlicher Dialog mit dem MediClin Herzzentrum Lahr/Baden ermöglicht eine besonders effiziente Behandlung. Ein erheblicher Vorteil ist auch, dass die medizinischen Daten aus dem MediClin Herzzentrum Lahr/Baden sofort vorliegen und somit zeitaufwändige Doppeluntersuchungen vermieden werden. Moderne Kommunikationsmöglichkeiten stehen allen Beteiligten zur Verfügung, Daten werden über das Intranet ausgetauscht, Labor-Befunde stehen online zur Verfügung. Somit werden viele medizinische Strukturen gemeinsam vom MediClin Herzzentrum Lahr/Baden und dem MediClin Reha-Zentrum Gernsbach genutzt.

Zwischen den Chefärzten besteht eine enge Kooperation. Gemeinsame wissenschaftliche Publikationen zur Rehabilitationsbehandlung nach herzchirurgischen Eingriffen sind verfasst worden.



Integrierte Gesundheitsversorgung

Unternehmensstrategie
Wo kommen unsere Patienten her?
Einweiserinterview Prof. Dr. Gulba
Abgestimmte Behandlungspfade Reha
Reha-Zentrum Gernsbach
Nachsorge Patienten
Qualitätsmanagement
Warum Lahr?
Weiterversorgung Reha: Warum Gernsbach?



In einem bundesweiten Pilot-Projekt wurden die Voraussetzungen geschaffen, die zu einer heute medizinisch notwendigen Behandlungskette zwischen Herzchirurgie und Rehabilitation gehören. In diesem Pilot-Projekt waren Kostenträger mit einbezogen und es konnte durch die gemeinsame Arbeit eine Verbesserung in der medizinischen Versorgung mit verkürzten Liegezeiten für den Patienten dokumentiert werden.

Die im Jahre 1998 eröffnete Einrichtung verfügt über 203 Patientenzimmer mit großzügiger und moderner Ausstattung. Für die Unterbringung von Angehörigen stehen zusätzlich zehn Doppelzimmer zur Verfügung, wobei auch die Einzelzimmer mit einem Zustellbett ausgestattet werden können. Die Fachklinik bietet den kompletten Service mit einer ausgezeichneten Gastronomie mit Hotelcharakter, Hallenbad, Sauna, herrlichen Rundwanderwegen direkt von der Klinik aus, Sport- und Wellnessangeboten und zahlreichen Unterhaltungsangeboten, die den Aufenthalt zu einem erholsamen Erlebnis machen.

Das MediClin Reha-Zentrum Gernsbach liegt am Ortsrand von Gernsbach, einem kleinen idyllischen Städtchen im Nordschwarzwald in der Nähe von Baden-Baden. Für Patienten und Gäste wird ein wöchentlicher klinikeigener Transfer nach Baden-Baden und in andere Ausflugsregionen angeboten.

Die ausgezeichneten persönlichen Kontakte zwischen den Medizinern, dem Pflegepersonal und der Verwaltung der beiden Einrichtungen führen zu einem ganzheitlichen Konzept in der Betreuung. Arbeitsabläufe werden gestrafft, unnötige Untersuchungen vermieden, um einen reibungslosen Übergang zwischen den einzelnen Versorgungsstrukturen zu gewährleisten.

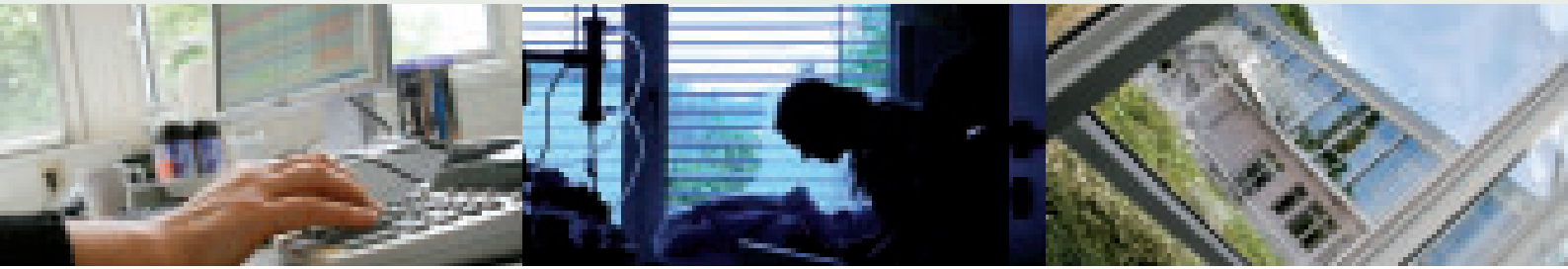
Regelmäßig werden klinisch kardiologische gemeinsame Konferenzen durchgeführt, um den Patienten ein Optimum auch in der Nachsorge zu ermöglichen. Hierdurch gelingt die Koordination eines auf den individuellen Fall bezogenen, integrativen Prozesses.



Priv.-Doz. Dr. Eckart Miche

Telefon: 0 72 24/9 92-501

Für Fragen rund um das Thema Anschlussheilbehandlung im MediClin Reha-Zentrum Gernsbach stehen Ihnen Herr Priv.-Doz. Dr. Eckart Miche, Ärztlicher Direktor, und sein Team gerne zur Verfügung.



Nachsorge für unsere Patienten

Harald Proske, Oberarzt

Im Verbund der MediClin-Klinikgruppe, welche die Strategie der integrierten Versorgung verfolgt, setzt das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden eine stärkere Ausrichtung auf eine sektorenübergreifende Versorgung um, z.B. in Form von Kooperationen mit niedergelassenen Kardiologen.

Die optimale medizinische Versorgung unserer Patienten sicherzustellen, ist unser Anspruch. Dies erfordert die Durchführung des medizinischen Eingriffes und der Pflege unserer Patienten auf höchstem Niveau. Ein ganzheitlicher reibungsloser Behandlungsablauf erfordert einen optimalen Informationsfluss zwischen dem MediClin Herzzentrum Lahr/Baden und den vorbereitenden wie auch den nachsorgenden Ärzten. Ein strukturierter Ablauf von der Diagnosestellung und Einweisung hin zur Durchführung der operativen Therapie und Einleitung der rehabilitativen Maßnahme bei gleichzeitig zeitnaher Informationsweitergabe bewirkt eine geschlossene Versorgungskette.

Aus diesem Grund erhält zum Beispiel jeder einweisende bzw. beteiligte Arzt von uns einen noch am Tag der Operation erstellten OP-Bericht, welcher ihn über den Eingriff und den Verlauf der Operation des zu uns eingewiesenen Patienten berichtet. Dieser so genannte „Ersttagsbrief“ als Vorab-Bericht zum Entlassbericht stellt einen beispielhaften Service unserer Klinik dar.

Wenn die medizinische Behandlung bei uns nach einem Aufenthalt von durchschnittlich 7-8 Tagen abgeschlossen ist, werden die meisten Patienten direkt in die Rehabilitation verlegt. Nur ein geringer Anteil unserer Patienten wünscht keine Rehabilitation und wird von unserem kostenlosen Fahrdienst nach Hause gebracht. Hin und wieder ist die Bearbeitung des von uns für den Patienten gestellten Antrages auf Rehabilitation seitens der Rehaträger zeitintensiver. Dann werden Patienten, sofern dies medizinisch vertretbar ist, zunächst nach Hause und damit in die Hände der niedergelassenen Kollegen verwiesen, um von dort zu einem späteren Zeitpunkt die Rehabilitation antreten zu können. Bevor wir unsere Patienten entlassen oder in die Reha oder in ein Akutkrankenhaus weiter-/zurückverlegen, werden alle erforderlichen Abschlussuntersuchungen vorgenommen. Am Tag der Entlassung erhält der Patient persönlich den Entlassbericht ausgehändigt. So haben nachsorgende Ärzte ohne Zeitverlust alle erforderlichen Informationen für eine optimale medizinische Nachsorge.



Integrierte Gesundheitsversorgung

Unternehmensstrategie
Wo kommen unsere Patienten her?
Einweiserinterview Prof. Dr. Gulba
Abgestimmte Behandlungspfade Reha
Reha-Zentrum Gernsbach

Nachsorge Patienten
Qualitätsmanagement

Warum Lahr?
Weiterversorgung Reha: Warum Gernsbach?



Niedergelassene
Kardiologen/
Akut-Kliniken

MediClin
Herzzentrum
Lahr/Baden

MediClin Reha-
Zentrum Gernsbach,
weitere Rehakliniken
des Verbundes

Niedergelassene
Kardiologen

Qualitätsmanagement – optimierte Aufnahme- und Entlassprozesse

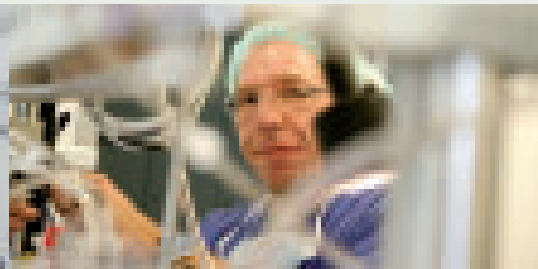
Dr. Peter Kraemer, Oberarzt

Die Zufriedenheit unserer Patienten hängt ab von einer qualitativ hochwertigen, professionellen Dienstleistung. Die Abteilung Patientenmanagement erfasst dabei alle Prozesse von der Anmeldung der Patienten in den einzelnen Sekretariaten über die Rezeption, den Sozialdienst, die Patientenabrechnung und das Archiv. Zur Steigerung der „Kundenzufriedenheit“ wird u.a. ein strukturiertes Beschwerdemanagement oder die Kooperation und Kontakte zu den Kostenträgern und den Einweisern genutzt. Bereits an der Rezeption treffen unsere Patienten auf hilfsbereites kompetentes Personal. Hier werden über strukturierte Vorgaben die Patientendaten erfragt. Danach werden die Patienten auf Station begleitet. Im stationären Verlauf unterstützen der Sozialdienst und eine Casemanagerin unsere Patienten bezüglich der Weiterversorgung, z.B. durch Hilfestellungen zu Hause oder durch Vermittlung einer adäquaten Rehabilitation, jeweils auf Basis der medizinischen Vorgaben der behandelnden Ärzte.

Auch nach großen herzchirurgischen Eingriffen ist die frühzeitige Integration unserer Patienten zurück in das Alltagsleben unser primäres Ziel. Dazu gehört neben der frühen Mobilisation gleich am ersten Tag nach einer Herzoperation, der umfassenden physiotherapeutischen Betreuung während des gesamten Aufenthaltes auch die Weiterbehandlung direkt durch unsere Partnerkliniken in der Rehabilitation. Geplant ist im Jahr 2008 bereits die telefonische Kontaktaufnahme, ca. 14 Tage vor dem Termin zum stationären Aufenthalt, zu unseren Patienten durch unsere Casemanagerin. Über den persönlichen Kontakt, die Weitergabe von relevanten Informationen und die Aufklärung bezüglich des Ablaufes des bevorstehenden stationären und nachstationären Aufenthaltes, möchten wir eine noch intensivere Patientenbindung realisieren. Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Handelns und soll dabei ganzheitlich mit seinen Angehörigen betreut werden.

Wesentlich sind neben den rein medizinischen Fragestellungen auch die Unterstützung, Information und frühzeitige Aufklärung unserer Patienten und die Optimierung aller Prozesse, die notwendig sind, um Patienten optimal und mit höchster Zufriedenheit durch den Behandlungsprozess zu führen.

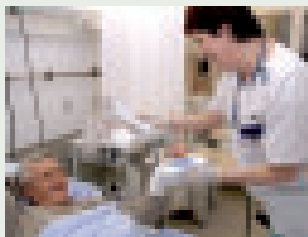
Neben der hohen Qualität der medizinischen Versorgung ist die Zufriedenheit der uns anvertrauten Patienten und ihrer Angehörigen ein entscheidender Qualitätsindikator unserer täglichen Arbeit. Das prozessorientierte Handeln wird dabei auf der Basis der DIN EN ISO umgesetzt.



Warum Lahr?

Peter Hofer, Patient des MediClin Herzzentrum Lahr/Baden, rein arterielle Bypassversorgung am schlagenden Herzen

„Ich habe mich im Internet informiert und war vom Auftritt des Herzzentrums in Lahr sehr beeindruckt. In einer Offenheit, wie ich es bei keiner anderen Klinik angetroffen habe, wird dort über Umfang und Risiken aller Operationen berichtet. Diese Transparenz ist beispielhaft.“



Wieso haben Sie als Stuttgarter Ihre Herz-OP in Lahr durchführen lassen?

Herr Hofer: Mein Kardiologe hat mir von den Vorteilen der Operation am schlagenden Herzen berichtet und mich auf das Herzzentrum Lahr hingewiesen, weil dort Bypassoperationen überwiegend nach dieser Technik ausgeführt werden. Ich habe mich dann im Internet informiert und war vom Auftritt des Herzzentrums in Lahr sehr beeindruckt. In einer Offenheit, wie ich es bei keiner anderen Klinik angetroffen habe, wird dort über Umfang und Risiken aller Operationen berichtet. Diese Transparenz ist beispielhaft. Am Herzzentrum Lahr wurden 2006 deutlich mehr OPCAP-Operationen als an der führenden Klinik in Stuttgart durchgeführt. Entscheidend war für mich letztlich, dass der für mich in Frage kommende Chirurg über 90% der Bypass-Operationen ohne Herz-Lungen-Maschine durchgeführt hat. Diese Erfahrung wollte ich mir zu Nutze machen.

Was war das besondere an der OP? Gab es spezielle Anforderungen?

Herr Hofer: Ich ging sehr zuversichtlich in die Operation. Ich wusste, dass alle Argumente für das Verfahren und die Erfahrung an dieser Klinik sprachen. Ich war überrascht von der kurzen Zeit auf der Intensivstation, und dass ich schon nach einer Woche die Fahrt in die Reha-Klinik antreten konnte. Das ist ein überzeugender Beweis für diese schonende Operationstechnik. In der Anschlussheilbehandlung kam ich im Vergleich zu anderen Patienten wieder relativ schnell zu Kräften.

Wie geht es Ihnen heute? Würden Sie für eine ähnliche OP wieder nach Lahr kommen?

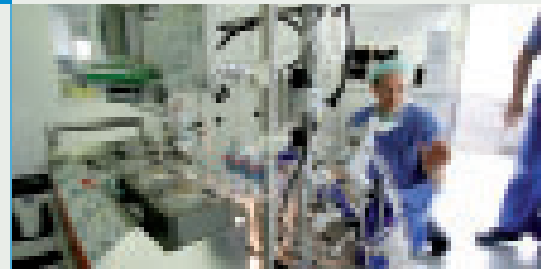
Herr Hofer: Ich kann mein Herz wieder belasten und lebe nicht mehr in der Furcht vor einem Infarkt, wenn ich Sport treibe. Mich hat der überschaubare Rahmen des Herzzentrums in Lahr angesprochen. Neben der chirurgischen Kompetenz wäre das für mich ein weiterer Grund, um mich in einer vergleichbaren (hoffentlich nicht eintretenden) Situation wieder dem MediClin Herzzentrum Lahr/Baden anzuvertrauen.



Integrierte Gesundheitsversorgung

Unternehmensstrategie
Wo kommen unsere Patienten her?
Einweiserinterview Prof. Dr. Gulba
Abgestimmte Behandlungspfade Reha
Reha-Zentrum Gernsbach
Nachsorge Patienten
Qualitätsmanagement

Warum Lahr?
Weiterversorgung Reha: Warum Gernsbach?



Weiterversorgung Reha: Warum Gernsbach?

Inge Schubert, Patientin des MediClin Herzzentrum Lahr/Baden und des MediClin Reha-Zentrum Gernsbach, Bypass-OP mit anschließender Reha

Frau Schubert, Sie wurden im März dieses Jahres im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden operiert. Ist der Eingriff gut verlaufen?

Frau Schubert: Ja, alles verlief problemlos. Bei mir wurde eine Bypassoperation durchgeführt. Eigentlich hätte ich nur zwei Bypässe bekommen sollen. Einen Tag vor der Operation musste ich jedoch noch einmal zur Untersuchung zu Herrn PD Dr. med. Jürgen Ennker. Der erklärte mir dann, dass insgesamt vier Bypässe nötig sind. Ich war froh, dass ich am nächsten Tag die erste Patientin war, die operiert wurde. Bereits um 7:00 Uhr wurde ich in den OP-Saal gefahren. Nach dem Eingriff lag ich jeweils zwei Tage auf der Intensivstation 1 und dann auf Intensivstation 2 bevor ich wieder auf die H2-Station verlegt wurde. Drei Tage später war mein Aufenthalt im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden beendet.

Im Anschluss an Ihren Krankenhausaufenthalt haben Sie die Anschlussrehabilitation im MediClin Reha-Zentrum Gernsbach vorgenommen. Was sprach für diese Reha-Klinik?

Frau Schubert: Meine Bekannten und Freunde haben mir dieses Haus wärmstens empfohlen. Ein Verwandter meiner Nachbarin war zu dieser Zeit gerade in Gernsbach zur AHB. Den habe ich dann angerufen und gefragt, wie er mit dem Aufenthalt zufrieden sei. Auch er konnte die Aussagen nur bestätigen. Da war für mich klar, dass ich nach Gernsbach gehe. Ein weiterer wesentlicher Punkt war, dass das Haus über eine Aufnahmestation mit Intensivbetten verfügt. Das gab mir enorme Sicherheit. Ich war natürlich froh, dass ich davon keinen Gebrauch machen musste.

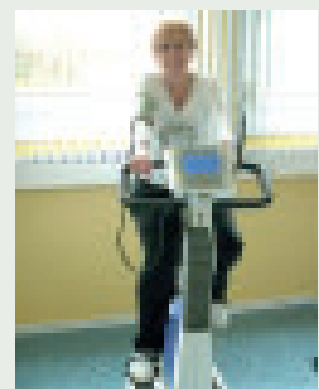
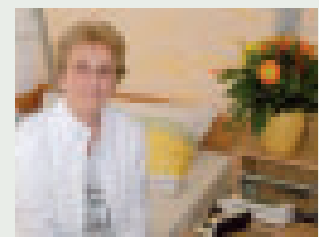
Inwiefern wurden Sie dabei seitens des Herzzentrums unterstützt?

Frau Schubert: Frau Mandl, die Sozialdienstmitarbeiterin im Herzzentrum hat sich sofort darum gekümmert, dass meinem Wunsch nach einem AHB-Aufenthalt in Gernsbach entsprochen wird. Mit dem Patiententransfer aus Gernsbach wurde ich dann ins MediClin Reha-Zentrum Gernsbach gefahren.

Der Übergang zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation ist also reibungslos verlaufen?

Frau Schubert: Absolut. Ich bin rundum zufrieden – von der Aufnahme bis zur Entlassung. In beiden Häusern wurde ich sehr herzlich aufgenommen und kann diese Kliniken nur weiterempfehlen.

„Ein weiterer wesentlicher (für das Reha-Zentrum Gernsbach sprechender) Punkt war, dass das Haus über eine Aufnahmestation mit Intensivstation verfügt. Das gab mir enorme Sicherheit. Ich war natürlich froh, dass ich davon keinen Gebrauch machen musste.“



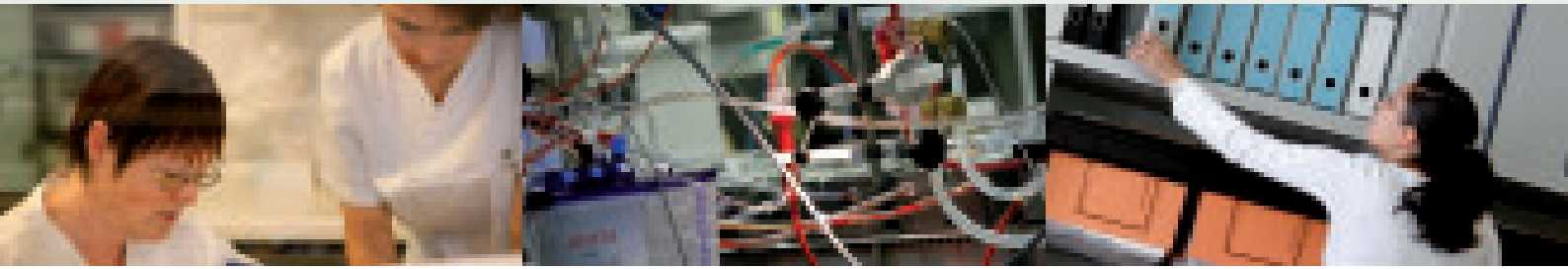


| Organisation

Blickpunkte

Ansprechpartner
Veröffentlichungen
Circulationinterview
Qualitätssicherung Herzchirurgie
Interviewpartner
Fotografenteam
Hochschule für Gestaltung Karlsruhe
Kontakt und Anfahrt
Operative Eingriffe 2007
Impressum



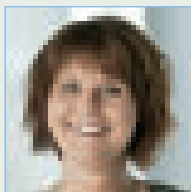


Ansprechpartner

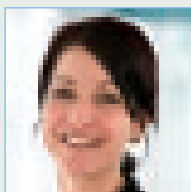
Kaufmännischer Bereich



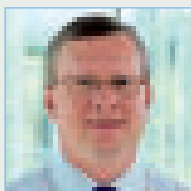
Thomas Nobereit
Kaufmännischer Direktor
Tel.: 0 78 21/9 25-20 05



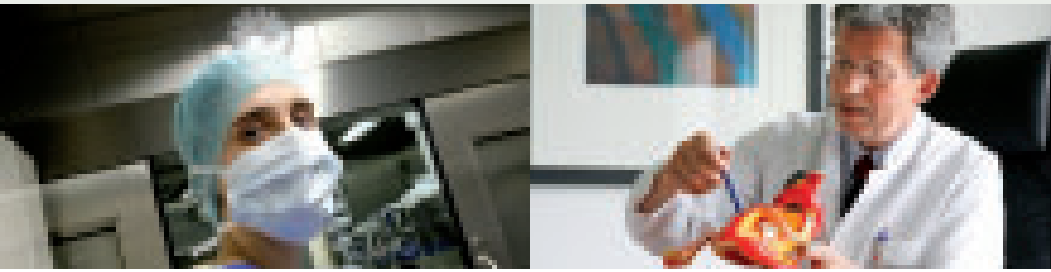
Daniela Friedemann
Sekretariat
Tel.: 0 78 21/9 25-20 01



Severin Hohlbein
Personal
Tel.: 0 78 21/9 25-20 06



Siegfried Ködderitzsch
Einkauf
Tel.: 0 78 21/9 25-20 15

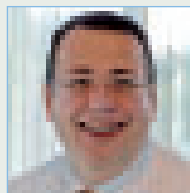


Blickpunkte

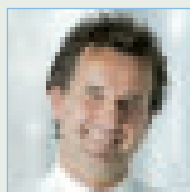
Ansprechpartner
Veröffentlichungen
Circulationinterview
Qualitätssicherung Herzchirurgie
Interviewpartner
Fotografenteam
Hochschule für Gestaltung Karlsruhe
Kontakt und Anfahrt
Operative Eingriffe 2007
Impressum

Ansprechpartner

Medizincontrolling und Patientenmanagement



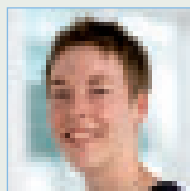
Dr. Stefan Bauer
Oberarzt
Medizincontrolling ab 08/2008
Tel.: 078 21/9 25-1007



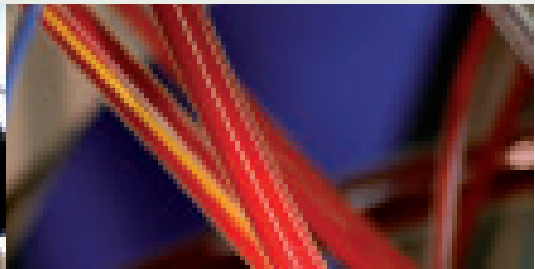
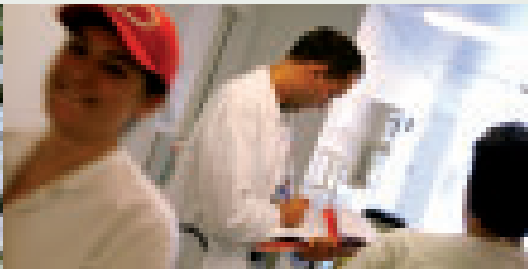
Dr. Peter Kraemer
Leiter Abteilung
Medizincontrolling/
Patientenmanagement
Tel.: 078 21/9 25-20 20



Michael Benz
Medizincontrolling
Tel.: 078 21/9 25-20 16



Birgit Mandl
Sozialberatung
Tel.: 078 21/9 25-25 15



Ansprechpartner

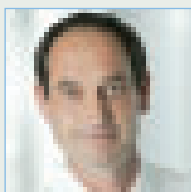
Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie



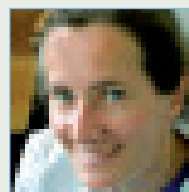
Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker
Ärztlicher Direktor
und Chefarzt
Tel.: 078 21/9 25-1000



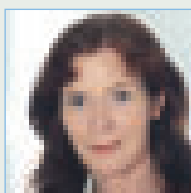
Dr. Kerstin Bauer
Oberärztin
Tel.: 078 21/9 25-10 08



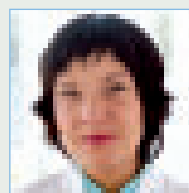
Dr. Ulrich Rosendahl
Oberarzt und Stellv. Leiter
Herz-Thorax- und Gefäß-
chirurgie
Tel.: 078 21/9 25-10 05



Petra Gehle
Funktionsoberärztin
Tel.: 078 21/9 25-10 22



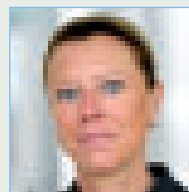
Dr. Ina Carolin Ennker
Oberärztin
Tel.: 078 21/9 25-10 11



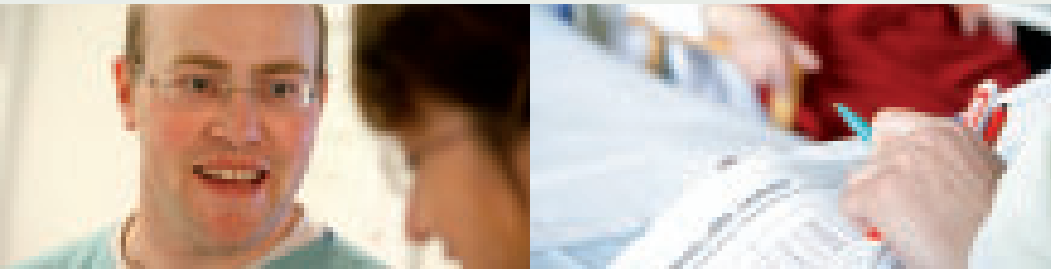
Dr. Anita Malkoc
Funktionsoberärztin
Tel.: 078 21/9 25-10 34



Dr. Alexander Albert
Oberarzt
Tel.: 078 21/9 25-10 06

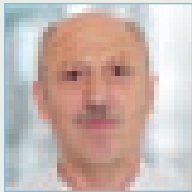


Dr. Mareike Bächle
Funktionsoberärztin
Tel.: 078 21/9 25-10 09

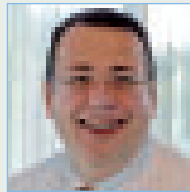


Blickpunkte

Ansprechpartner
Veröffentlichungen
Circulationinterview
Qualitätssicherung Herzchirurgie
Interviewpartner
Fotografenteam
Hochschule für Gestaltung Karlsruhe
Kontakt und Anfahrt
Operative Eingriffe 2007
Impressum



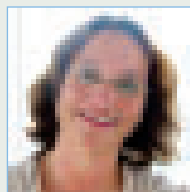
Dr. Fatmir Dalladaku
Oberarzt
Tel.: 07821/925-1010



Dr. Stefan Bauer
Oberarzt
Tel.: 07821/925-1007



Harald Proske
Oberarzt
Tel.: 07821/925-1012



Petra Bredemeyer
Sekretariat
Tel.: 07821/925-1001

Privatambulanz

nach vorheriger telefonischer Vereinbarung

Tel.: 07821/925-1001

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 8:00 Uhr bis 16:30 Uhr

oder nach 16:30 Uhr Intensivstation I

mit dem diensthabenden Arzt

Tel.: 07821/925-1002

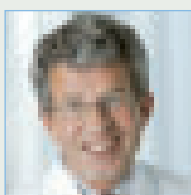
Tel.: 07821/925-1050 u.

Tel.: 07821/925-0

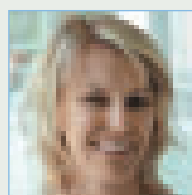


Ansprechpartner

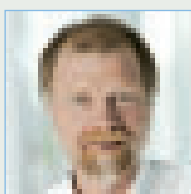
Klinik für Innere Medizin und Kardiologie



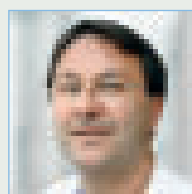
**Prof. Dr. Eberhard Freiherr
von Hodenberg**
Chefarzt
Tel.: 078 21/9 25-12 00



Susanne Burger
Sekretariat
Tel.: 078 21/9 25-12 01



Dr. Thomas Breidenbach
Leitender Oberarzt
Tel.: 078 21/9 25-12 05



Dr. Juraj Melichercik
Oberarzt Elektrophysiologie
Tel.: 078 21/9 25-12 07

Privatambulanz

nach vorheriger telefonischer Vereinbarung

Tel.: 078 21/9 25-12 50

Anmeldung zur stationären Aufnahme

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

Sekretariat

Frau Baumann, Frau Friedrich, Frau Gramer

Tel.: 078 21/9 25-12 02

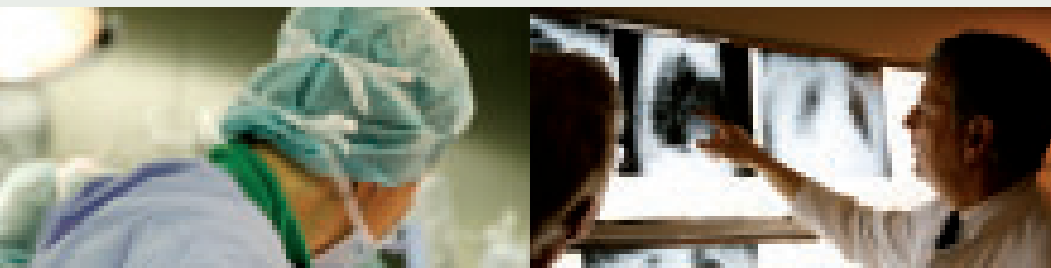
Notfallmäßige stationäre Einweisung

nach telefonischer Rücksprache

Tel.: 078 21/9 25-12 02

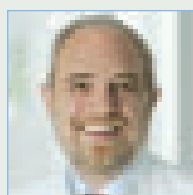
nach 18:00 Uhr

Tel.: 078 21/9 25-0

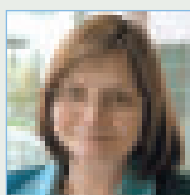


Ansprechpartner

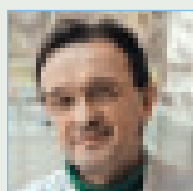
Anästhesiologie



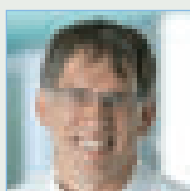
Dr. Dr. Tejas Alexander
 Chefarzt
 Tel.: 07821/925-1400



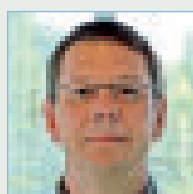
Gabriele Eichner
 Sekretariat
 Tel.: 07821/925-1401



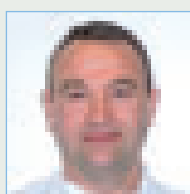
Dr. Krzysztof Komar
 Leitender Oberarzt
 Tel.: 07821/925-1405



Dr. Martin Lutz
 Oberarzt
 Tel.: 07821/925-1407



Dr. Markus Lanzenstiel
 Oberarzt
 Tel.: 07821/925-1408



Dr. Valerij Sojkin
 Oberarzt
 Tel.: 07821/925-1410

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



Veröffentlichungen

MediClin Herzzentrum Lahr/Baden 2007

- I. C. Ennker, J. Ennker* An unusual team of cardiothoracic surgeons
Circulation 2007; 115; C16 f 75-76
- H. Gulbins, A. Pritisanac,
I. C. Ennker, J. Ennker* Safety of a Cardiac Surgical Training Program over a Twelve-Year Period.
Thorac Cardiovasc Surg. 2007 Dec, 55(8): 494-9
- A. Albert, I. Florath, U. Rosendahl,
W. Hassanein, E. von Hodenberg,
S. Bauer, I. Ennker, J. Ennker* Effect of surgeon on transprosthetic gradients after aortic valve replacement with Freestyle stentless bioprosthesis and its consequences: A follow-up study in 587 patients. J Cardiothorac Surg. 2007 Oct 5; 2(1): 40
- E. Miche, J. Knosp, N. Pappenroth, J. Ennker,
W. Beinhofer, P. Dirschedl, A. Radewitz* Komplexfallpauschalen in der Herzchirurgie – ein Modellprojekt zur Frührehabilitation, in: Versicherungsmedizin, 59. Jg., Heft 3, 1.09.2007, S. 123-128
- H. Koertke, A. Zittermann, G. Tendereich,
O. Wagner, M. El-Arousy, A. Krian,
J. Ennker, U. Taborski, WP. Klövekorn,
R. Moosdorf, W. Saggau, R. Koerfer* Low-dose oral anticoagulation in patients with mechanical heart valve prostheses: final report from the early self-management anticoagulation trial II. Eur Heart J. 2007 Oct; 28(20): 2479-84
- S. Waldmüller, M. Müller, H. Warnecke,
W. Rees, W. Schöls, G. Walterbusch,
J. Ennker, T. Scheffold* Genetic testing in patients with aortic aneurysms/dissections: a novel genotype/phenotype correlation? Eur J Cardiothorac Surg. 2007 Jun; 31(6): 970-5
- A. Pritisanac, H. Gulbins,
U. Rosendahl, J. Ennker* Outcome of heart surgery procedures in octogenarians: is age really not an issue? Expert Rev Cardiovasc Ther. 2007 Mar; 5(2): 243-50
- H. Gulbins, T. Chavez, J. Ennker* Postoperative manifestation of heparin-induced thrombocytopenia with intracavitary thrombosis: Diagnostic pitfalls and conservative therapy J Thorac Cardiovasc Surg. 2007 Mar; 133(3): 809-10



Blickpunkte

Ansprechpartner
 Veröffentlichungen
 Circulationinterview
 Qualitätssicherung Herzchirurgie
 Interviewpartner
 Fotografenteam
 Hochschule für Gestaltung Karlsruhe
 Kontakt und Anfahrt
 Operative Eingriffe 2007
 Impressum

Axillary versus Femoral Cannulation for Aortic Surgery: Enough Evidence for a General Recommendation? *Ann Thorac Surg* 2007; 83 (3): 1219-1224

H. Gulbins, A. Pitisanac, J. Ennker

Concomitant aortic valve replacement and coronary bypass: the effect of valve type on the blood flow in bypass grafts *Eur J Cardiothorac Surg*. 2007 Mar; 31(3): 391-396

*W. Hassanein, A. Albert, I. Florath,
Y. Hegazy, U. Rosendahl, S. Bauer, J. Ennker*

Gerüstlose Biologische versus mechanische Aortenklappen: Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Mortalität und Morbidität – aber mehr Lebensqualität ohne Antikoagulation, in: *MedReview* 4/2007, S. 18/19

J. Ennker, I. Florath

Die komplette Bypassversorgung am schlagenden Herzen, Minimal-invasive Bypasschirurgie, in: *Management & Krankenhaus* 02/2007, S. 8

J. Ennker

Transparenz und Qualitätssicherung am Herzzentrum Lahr/Baden – Ein Update, in: *Management & Krankenhaus* 01/2007, S. 4

J. Ennker, M. Korn, B. Sieber

Bypassoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine, Wege zur Implementierung als Routineverfahren, in: *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, 21: 39-43 (2007)

A. Albert, J. Ennker

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

A. Albert, W. Hassanein, J. Ennker

Strategies of OPCAB implementation in the Heart Institute Lahr/Baden. *Z Herz- Thorax- Gefäßchir* 21: 93-137 (2007)

A. Albert, J. Ennker

The impact of renal dysfunction on early mortality after cardiac surgery. Evaluating the threshold for an unfavourable creatinine clearance and the role of comorbidities. *Clin Res Cardiol*. 2007 Jan; 95 Suppl 1: S22-S29

*A. Albert, J. Walter, W. Hassanein,
J. Ennker*



K. Bauer, S. Bauer, J. Ennker

Standards in der offenen Aorten Chirurgie,
in: Chirurgische Allgemeine, 8. Jg., 2. Heft, Februar 2007, S. 71-77

*A. Lauruschkat, B. Arnrich, A. Albert,
J. Walter, B. Amann, U. Rosendahl,
T. Alexander, J. Ennker*

Diabetes mellitus als Risikofaktor für pulmonale Komplikationen im
postoperativen Verlauf koronarer Bypassoperationen, in: Diabetologie und
Stoffwechsel 2007; 2: 38-45

J. Ennker et al

Medizinischer Jahresbericht 2006, Herzzentrum Lahr/Baden, Eigenverlag 2007

*A. Prasse, D.M. Schäfer,
J. Mueller-Quernheim*

CCL 18 as an indicator of pulmonary fibrotic activity in idiopathic interstitial
pneumonias and systemic sclerosis, in: Arthritis Rheum 2007; 65(5):1685-93

*C. Ott, M.P. Schlaich, B.M. Schmidt,
S.I. Titze, T. Schäufele, R.E. Schmieder*

Rosuvastatin improves basal nitric oxide activity of the renal vasculature in
patients with hypercholesterolemia, in: Atherosclerosis. 2008 Feb; 196(2):704-11
Epub 2007 Feb 12

J. Ennker, D. Pietrowski, P. Kleine

Risikomanagement in der operativen Medizin, Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2007

J. Ennker, J. Bories, A. Albert

Herzchirurgie und Nephrologie, Clinical Research, in: Cardiology Supplements,
Band 2, Sonderheft 1, Januar 2007, Springer Verlag, Darmstadt, 2007

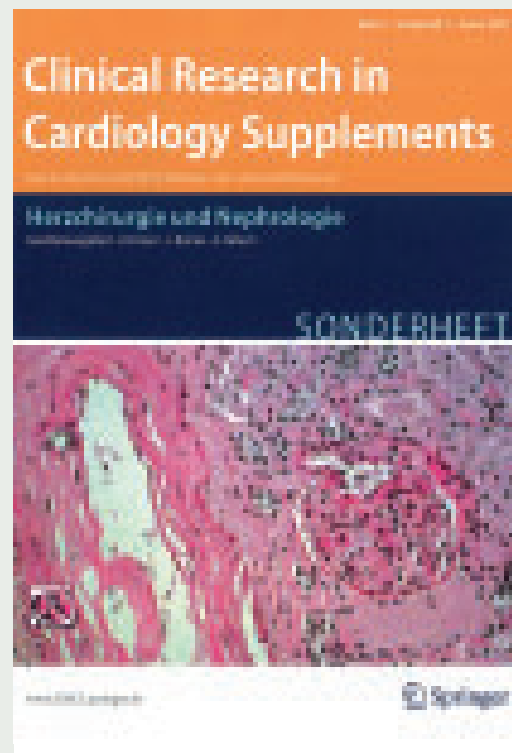


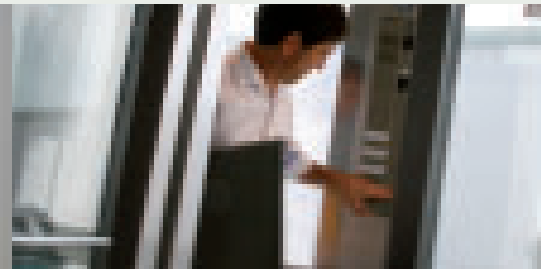
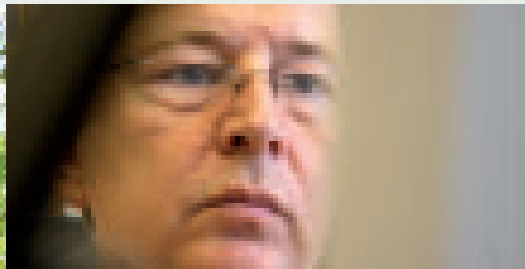
Blickpunkte

Ansprechpartner
 Veröffentlichungen
 Circulationinterview
 Qualitätssicherung Herzchirurgie
 Interviewpartner
 Fotografenteam
 Hochschule für Gestaltung Karlsruhe
 Kontakt und Anfahrt
 Operative Eingriffe 2007
 Impressum

Bücher

MediClin Herzzentrum Lahr/Baden 2007





Circulation interview

Drs. Ennker

Circulation

American Heart Association
Care and Cure

Circulation April 24, 2007

175

An Unusual Team of Cardiothoracic Surgeons

Ina Ennker, MD, and Jergen Ennker, MD, Make Up a Husband-and-Wife Cardiothoracic Surgical Partnership.

Proven cardiothoracic surgeons are rare, but Ina Ennker, MD, is particularly unusual. She is married to Jergen Ennker, MD, who is the chief surgeon at the Heart Institute in Berlin, Germany, where they both work. Despite their hectic work schedules, they have a family of 3 children. Eugini Sierpina, MD, speaks to them about their life, work, and expectations.



Circulation: European Perspectives

While half of medical students in Germany are women, women comprise only 1% of doctors in cardiothoracic surgery. Ten years ago, that figure was only 2%. Against the backdrop, any woman embarking on a career in cardiothoracic surgery has to be determined, because she will face an uphill struggle and will have to be prepared to make compromises in other areas of her life.

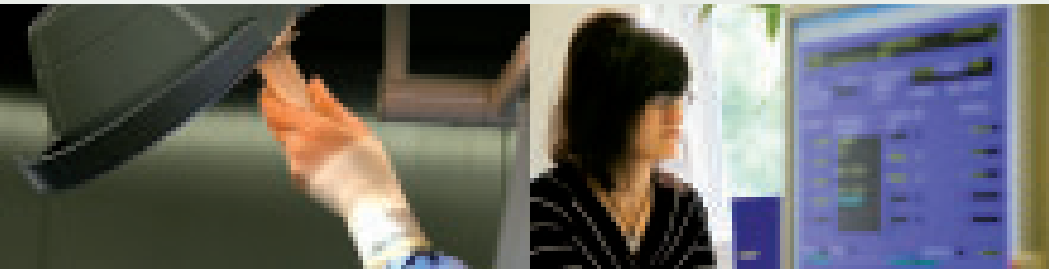
In the Ennkers, the only German member of Berlin's Cardiothoracic Surgery has succeeded despite the odds, achieving what against her she explains, "It is definitely harder for a woman to become a successful cardiothoracic surgeon, particularly in a leading position. Many female physicians are critical of the long working hours and physical endurance that go along with cardiothoracic surgery. They may away from their field, especially if they have children."

She admits that the situation has improved in the last few years for women who are prepared to give a hard life, but she acknowledges that it is still very difficult for women who cannot be mothers. Most 20% of the cardiothoracic surgeons at her hospital are now women, but she credits that to, and

make a special contribution to the city, which was at the time still divided."

Dr Ina Ennker came to the Institute with a cardiothoracic fellowship under Dr Böhm as part of her surgical education at the Hannover Medical School. On graduating, she became a consultant in general and transplantation surgery in Hannover. However, the birth of her first son changed things. "I considered my career in abdominal surgery but however and turned again to her with my husband because I couldn't write my own and my family," she says. Dr Ina Ennker could not find a job as assistant professor in general surgery in Berlin, so she began further qualifications in cardiothoracic surgery in Berlin-Charlottenburg under Dr. Katus, MD. Her first year hints to her second child and the first of 3 children.

In 1994, the family moved to Lake Berlin to the newly established Heart Institute. Dr Ina Ennker to take part as a consultant in cardiothoracic surgery and her husband to take the post of chief surgeon—and they are still there. She says that she does not regret anything, her career in abdominal surgery. "I wanted to stay together with my family, and there



Blickpunkte

Ansprechpartner
Veröffentlichungen
Circulationinterview
Qualitätssicherung Herzchirurgie
Interviewpartner
Fotografenteam
Hochschule für Gestaltung Karlsruhe
Kontakt und Anfahrt
Operative Eingriffe 2007
Impressum

Qualitätssicherung Herzchirurgie

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Ennker, Ärztlicher Direktor MediClin Herzzentrum Lahr/Baden

Das MediClin Herzzentrum Lahr/ Baden nimmt wie alle herzchirurgischen Kliniken Deutschlands an der Erfassung relevanter Leistungsparameter zwecks Sicherung der Qualität der herzchirurgischen Versorgung unseres Landes teil.

Nähere Informationen finden Sie hierzu unter: www.bqs.outcome.de

In der Qualitätssicherung Herzchirurgie sind für das Erfassungsjahr 2007 Daten von 70.197 Patienten aus 80 deutschen Krankenhäusern eingegangen.

Eine Auswertung der Daten erfolgte für die drei Leistungsbereiche

- Isolierte Koronarchirurgie
- Isolierte Aortenklappenchirurgie
- Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

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.

Zur Validierung der Auswertung erfolgte ein mehrstufiges Prüfverfahren bei der BQS und in der Fachgruppe Herzchirurgie.

Um auch auf diesem Gebiet größtmögliche Daten- und Ergebnistransparenz zu ermöglichen ist der Datensatz der BQS bezüglich des MediClin Herzzentrum Lahr/Baden (umfasst für das Jahr 2007 192 Seiten) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt auf der Klinikhomepage www.mediclin.de/herzzentrum-lahr unter BQS-Bundesauswertung ebenso wie die seinerzeit ebenfalls online versandten Jahrgänge 2005 und 2006 zu finden.



Unsere Interviewpartner

*Dr. Jochen Messemer, Vorstand der Deutschen Krankenversicherung (DKV)
Ressort Leistungs- und Gesundheitsmanagement / Internationale Krankenversicherung*

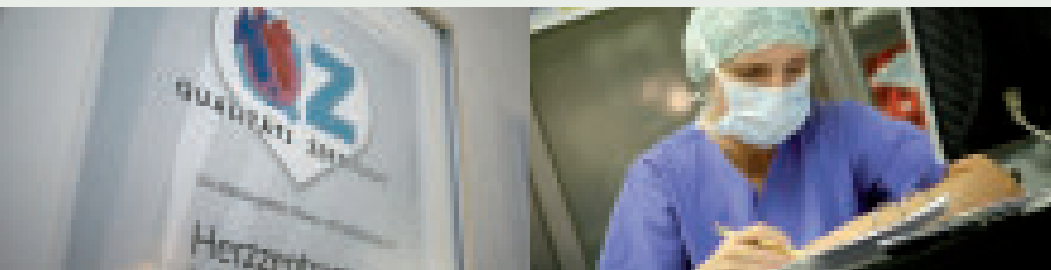
Kurzbiografie Dr. Jochen Messemer



Dr. Jochen Messemer

- | | |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28. März 1966 | geboren in Ludwigshafen |
| 1988 - 1992 | Grundstudium der Volkswirtschaft und Politikwissenschaft in Freiburg,
Hauptstudium der Betriebswirtschaftslehre in Passau |
| 1994 - 1997 | Berufsbegleitende Promotion an der Universität Passau |
| 1993 - 2001 | Unternehmensberater bei McKinsey & Company, Düsseldorf |
| 2001 - 2003 | Partner bei McKinsey & Company (Principal, Mitglied der deutschen und europäischen Sektorleitung Krankenversicherung, Leistungserbringer und Pharma) |
| 2004 | stellvertretendes Mitglied der Vorstände der DKV Deutsche Krankenversicherung AG und der VICTORIA Krankenversicherung AG |

Derzeitige Funktion: seit 2005 ordentliches Mitglied der Vorstände der DKV Deutsche Krankenversicherung AG und der VICTORIA Krankenversicherung AG



Blickpunkte

Ansprechpartner
Veröffentlichungen
Circulationinterview
Qualitätssicherung Herzchirurgie

Interviewpartner
Fotografenteam

Hochschule für Gestaltung Karlsruhe
Kontakt und Anfahrt
Operative Eingriffe 2007
Impressum

Fotografenteam & Bildkonzept

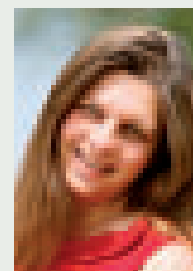
Michaele Höinig, Fotografin / Jürgen Reichert, Fotograf / Oliver Karl Boeg, Medienkünstler

In diesem Jahr wandten wir uns mit der Bildgestaltung des Jahresberichtes an die Hochschule für Gestaltung Karlsruhe. Die Fotografin Michaele Höinig, der Fotograf Jürgen Reichert und der Medienkünstler Oliver Karl Boeg übernahmen die Aufgabe, Konzept und Bildgestaltung auszuarbeiten.

In der Auseinandersetzung mit dem Thema Herz/Kreislauf wurde deutlich, wie sehr diese Thematik mit funktionierenden Verbindungen innerhalb des menschlichen Körpers, den Blutbahnen und Blutkreisläufen zusammenhängt.

Wir spürten Verbindungen innerhalb des Herzzentrums auf: Verbindungen zwischen den Stationen, den Teammitgliedern, zum Patienten, zu den funktionalen Räumlichkeiten und der Medizintechnik im alltäglichen Ablauf. Wir veranschaulichten durch rote und blaue Farblicht-Linien, die für die Darstellungsfarben von arteriellem und venösem Blut stehen, wie Kreisläufe des Teams um den Patienten kreisen. In der Zeichnung der Pflege- und Versorgungswege des Teams thematisieren wir somit Zirkulationen des Arbeitsbereiches. Ferner untersuchen wir die Arbeitsräume und setzen sie neu zusammen, um simultan verschiedene Ebenen hervorzuheben: die reale, die symbolische, die Beziehungsebene zwischen Menschen untereinander, Mensch und Raum und Mensch und Technik. Vorder-, Mittel- und Hintergrund werden aufgeteilt und wieder miteinander verschmolzen. Halbtransparente Ebenen überlagern sich und fügen sich neu zusammen. Das hochkomplexe Raumgefüge, was dadurch geschaffen wird, symbolisiert die hochkomplexe Welt des menschlichen Herzens und des menschlichen Kreislaufes. In dieser hochkomplexen Welt bewegt sich unser Herzzentrum-Team freilich erkennbar sicher, konzentriert und kompetent.

In den Momentaufnahmen, die im Geschäftsbericht oben im Balken abgebildet sind, nehmen wir die Perspektive des Patienten ein, entdecken mit ihm die Räumlichkeiten, nehmen unzählige Eindrücke in uns auf, verweilen an bedeutsamen und an unscheinbaren Plätzen, gehen Verbindungen ein mit dem Team,... Die zahlreichen Bilder wiederum gehen eine Beziehung zueinander ein und schaffen so ein Muster, das sich um den Patienten webt, eine Struktur, die den Halt symbolisiert, den der Patient mit der Zeit bei seinem Aufenthalt empfindet.



Michaele Höinig



Jürgen Reichert

*Michaele Höinig und Jürgen Reichert sind seit 1998 gemeinsam als Fotografen selbstständig. Frau Höinig studierte im Fachbereich Medienkunst an der HfG Karlsruhe 3 Gastsemester 2004/2005. Beide leiteten fotografische Seminare als Gastdozenten an der HfG.
www.reichert-fotografie.de*



Hochschule für Gestaltung Karlsruhe

Klaus Heid, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Staatliche Hochschule für Gestaltung Karlsruhe

Die Staatliche Hochschule für Gestaltung Karlsruhe (HfG) versteht sich als eine akademische Institution, an der eine neue, den Gegebenheiten der avancierten Industrie- und Informationsgesellschaft angemessene Synthese von Forschung, Lehre und Experiment auf künstlerischem und wissenschaftlichem Gebiet vollzogen wird.

Die HfG nimmt innovatorische Impulse aus dem Hochschulleben des 20. Jahrhunderts auf, andererseits schlägt sie eigenständige neue Wege ein, um zeitgenössische Entwicklungen, vor allem den Einbruch der digitalen Techniken in die künstlerischen Verfahren, aufzunehmen und weiterzuführen.

Zu ihren konzeptionellen Merkmalen gehört, dass sie die Design-Disziplinen mit den neuen Medienkünsten, der kuratorischen Praxis, den Kunstwissenschaften sowie der Philosophie und Medientheorie unter einem erweiterten Gestaltungsbegriff zusammenführt. Ausbildungsziel ist nicht der Erwerb von isoliertem Fachwissen, sondern eines beweglichen und steigerungsfähigen Könnens in den gewählten Praxisfeldern und ihren Grenzbereichen. In diesem Sinn versteht sich die HfG als eine „Schule der Selbstständigkeit“. Das wichtigste Merkmal der Lehrkörperstruktur der HfG besteht in der Tatsache, dass die Lehre in den praktischen Fächern grundsätzlich durch Professoren auf Zeit geleistet wird.

Gemäß der Gründungskonzeption besteht eine enge sachliche und institutionelle Zusammenarbeit zwischen HfG und dem Zentrum für Kunst und Medientechnologie (ZKM). Dadurch ist ein weltweit einzigartiges kreatives Kraftfeld entstanden, in dem Medienkunst, kuratorische Praxis, Forschung und Lehre sowie Kontakte in die Wirtschaft vielfältig ineinandergreifen.

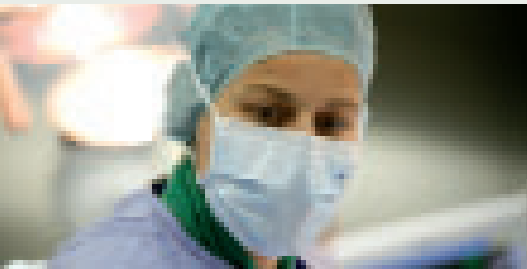
Im Jahr 2008 bescheinigte der Wissenschaftsrat in seinem Evaluationsbericht der HfG Karlsruhe ein „ausgezeichnetes Ausbildungskonzept“. www.hfg-karlsruhe.de



Oliver Karl Boeg, Medienkünstler

Oliver Karl Boeg ist Postgraduierten-Student der Medienkunst an der HfG Karlsruhe und bereits seit 2002 als freier Medienkünstler und freier Kurator u.a. für das Zentrum für Kunst und Medientechnologie Karlsruhe tätig.

Er entwickelte zusammen mit den beiden Fotografen das Bildkonzept für diesen Jahresbericht.



Blickpunkte

Ansprechpartner
Veröffentlichungen
Circulationinterview
Qualitätssicherung Herzchirurgie
Interviewpartner
Fotografenteam

Hochschule für Gestaltung Karlsruhe
Kontakt und Anfahrt
Operative Eingriffe 2007
Impressum

Kontakt & Anfahrt

So erreichen Sie uns...

...von Süden/Norden kommend

- Autobahn A5
- Ausfahrt Lahr (Nr. 56)
- links abbiegen Richtung Lahr / Friesenheim / Kippenheim / Biberach auf die B 415
- durch den Ort immer geradeaus
- nach etwa 3,5 km links abbiegen in den Hohbergweg
- Wegweisender Beschilderung folgen

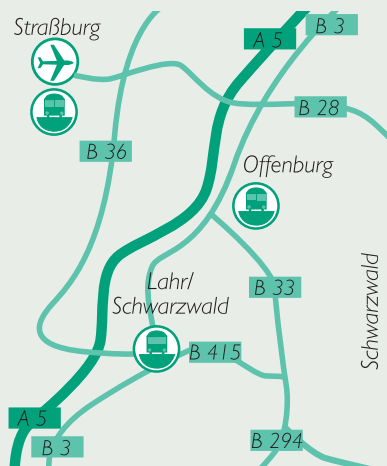
...von Osten (Kinzigtal) kommend

- B33 von Villingen-Schwenningen Richtung Offenburg
- in Höhe von Biberach rechts abfahren Richtung Lahr
- Durchfahrt von Reichenbach und Kuhbach
- wenige Meter nach dem Ortsschild Lahr links abbiegen in den Hohbergweg
- wegweisender Beschilderung folgen

MediClin Herzzentrum Lahr/Baden
Hohbergweg 2
77933 Lahr

Telefon: 0 78 21/9 25-0
Telefax: 0 78 21/9 25-392 500

info.herzzentrum-lahr@mediclin.de
www.mediclin.de/herzzentrum-lahr



Öffentliche Verkehrsmittel:

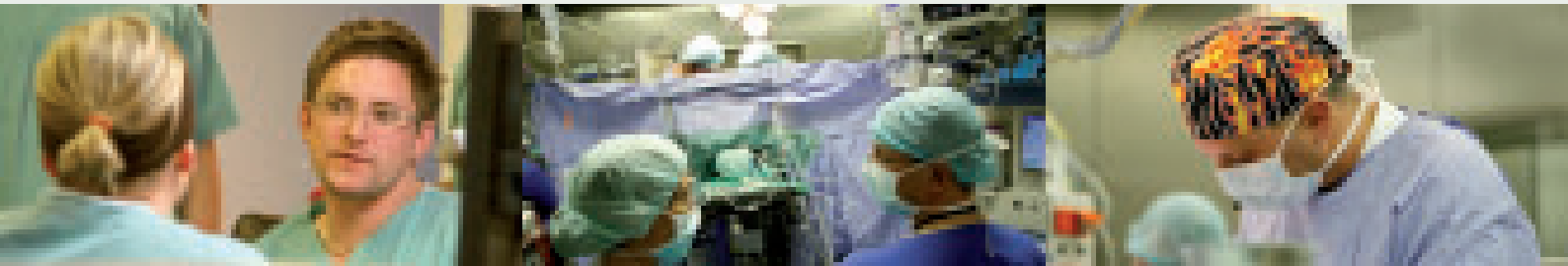
ICE-Verbindungen: Offenburg
Straßburg

Nahverkehr:

Lahr/Schwarzwald (Bus und Bahn)

Verkehrsflughafen:

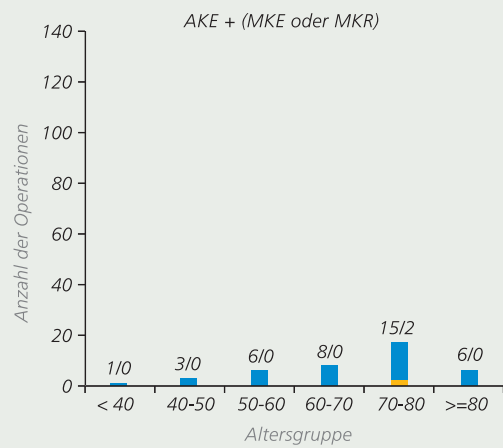
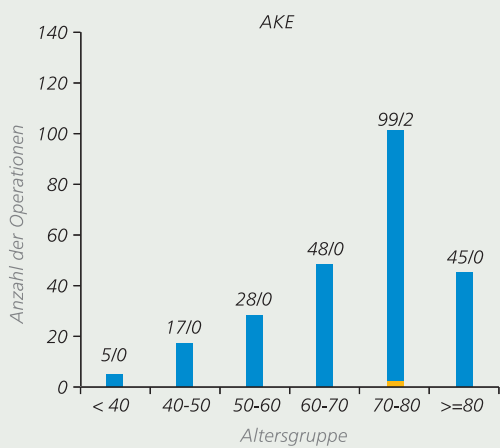
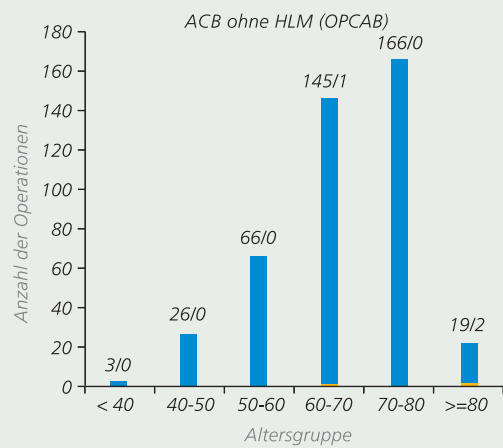
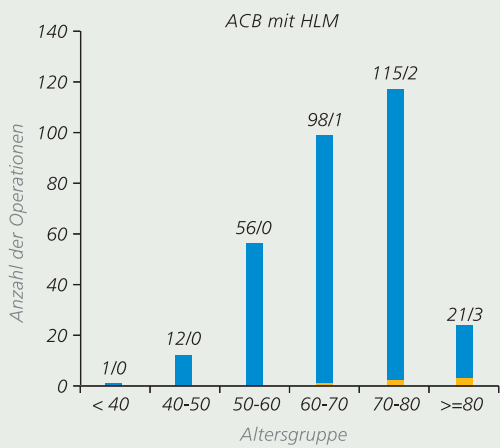
Straßburg

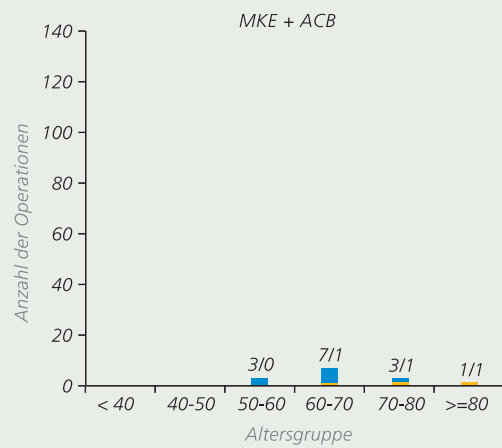
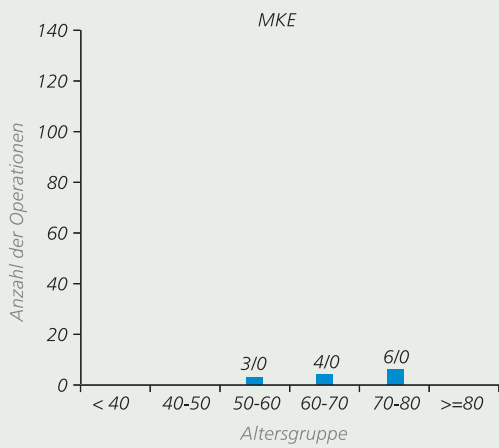
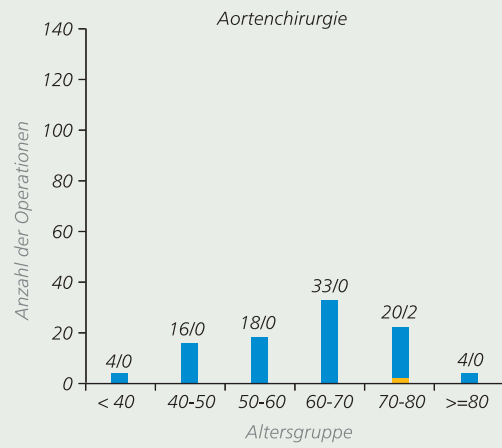
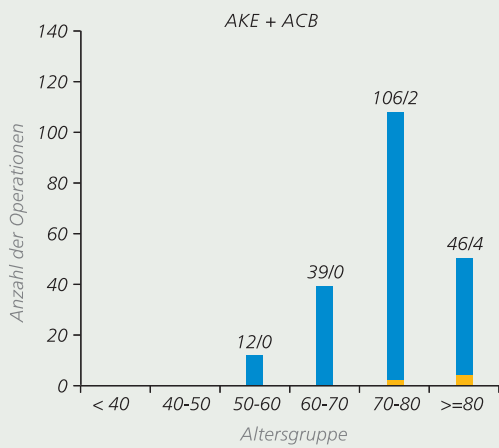
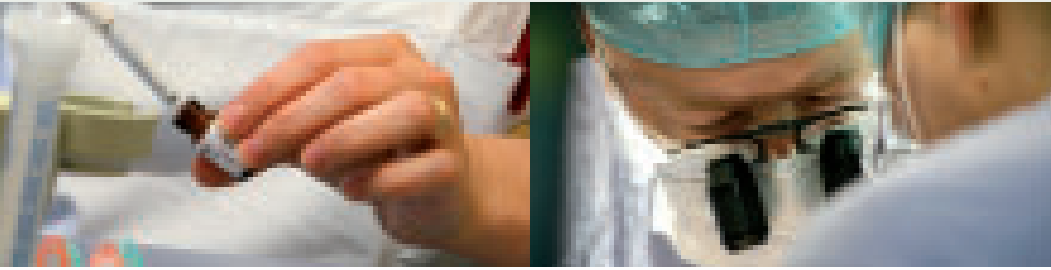


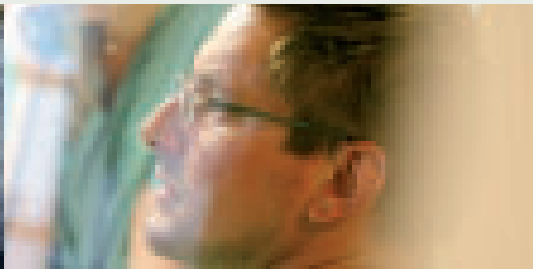
Operative Eingriffe 2007

30-Tage-Letalität in Abhängigkeit von Altersgruppen und nach Operationstyp

Postoperativer Zustand
Letalität
■ ja
■ nein

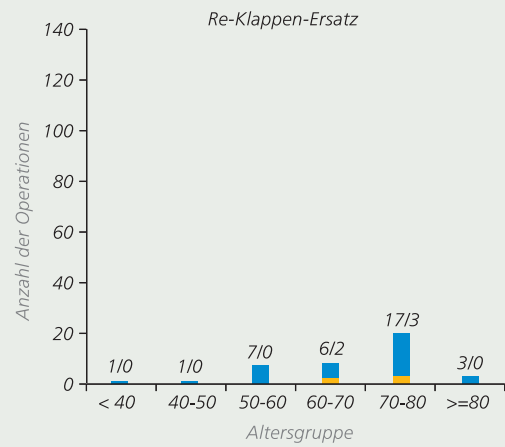
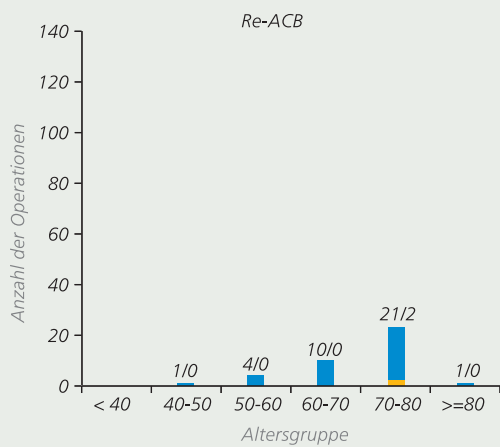
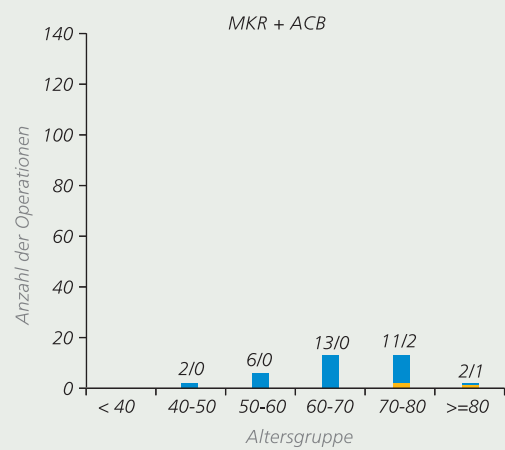
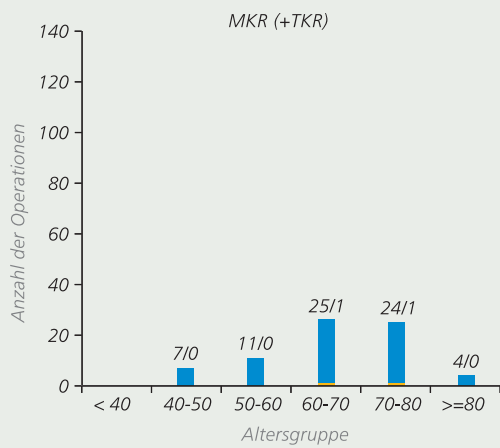


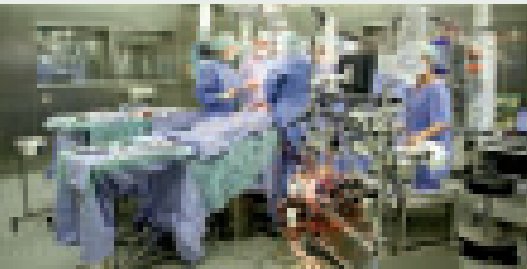




Operative Eingriffe 2007

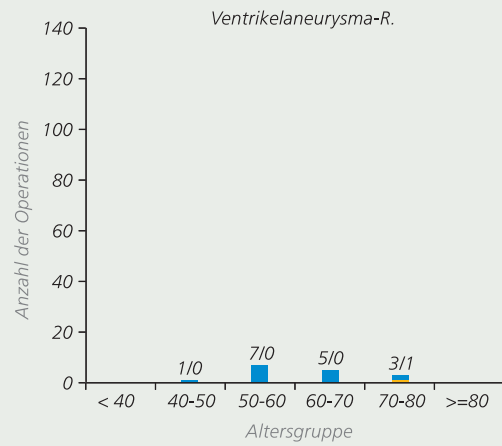
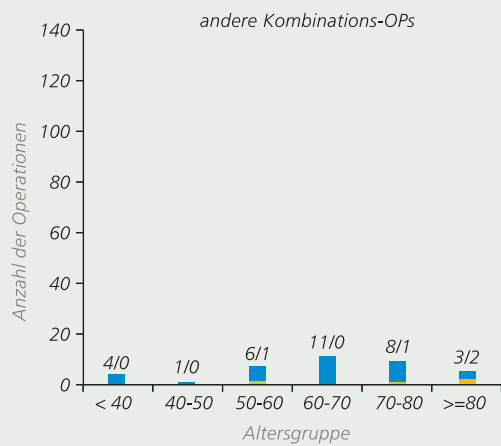
30-Tage-Letalität in Abhängigkeit von Altersgruppen und nach Operationstyp

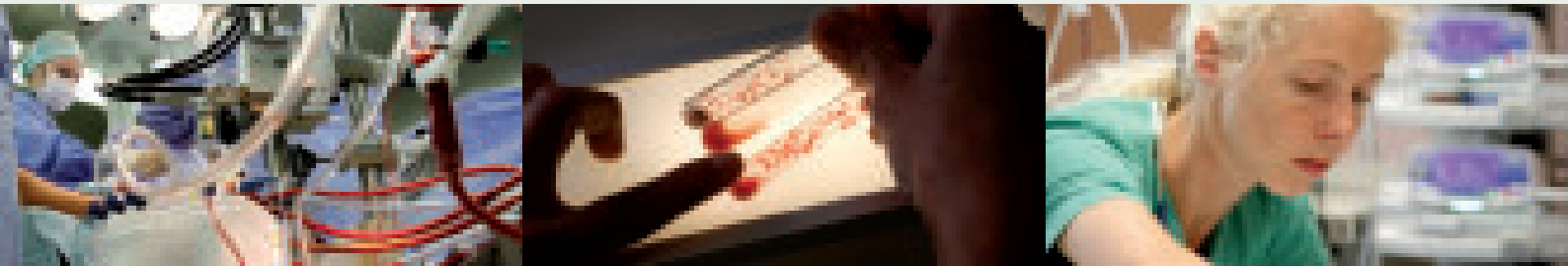




Blickpunkte

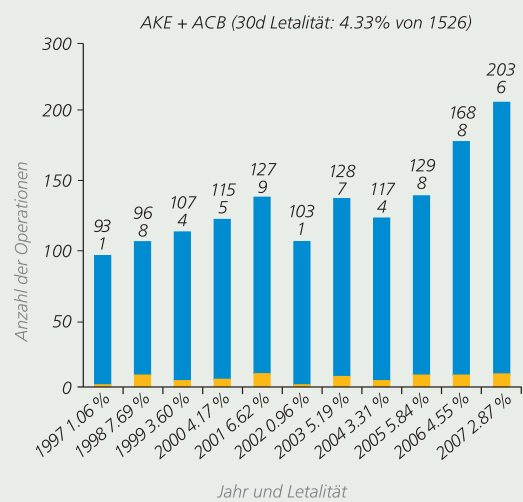
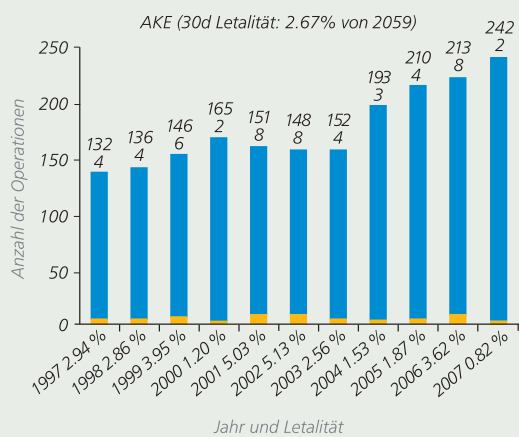
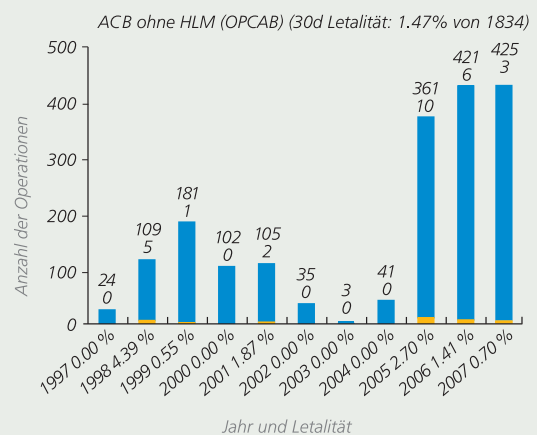
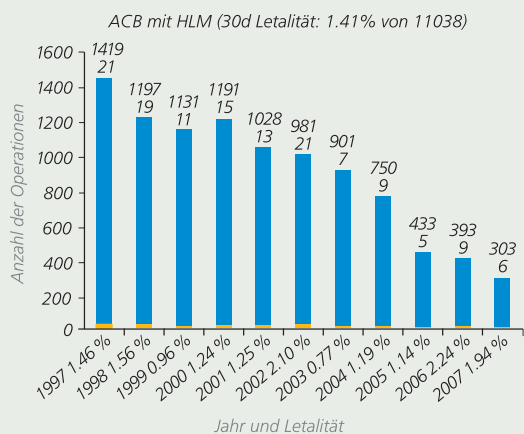
- Ansprechpartner
- Veröffentlichungen
- Circulationinterview
- Qualitätssicherung Herzchirurgie
- Interviewpartner
- Fotografenteam
- Hochschule für Gestaltung Karlsruhe
- Kontakt und Anfahrt
- Operative Eingriffe 2007
- Impressum

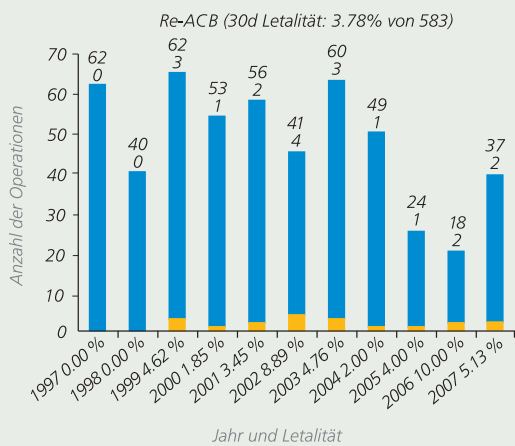
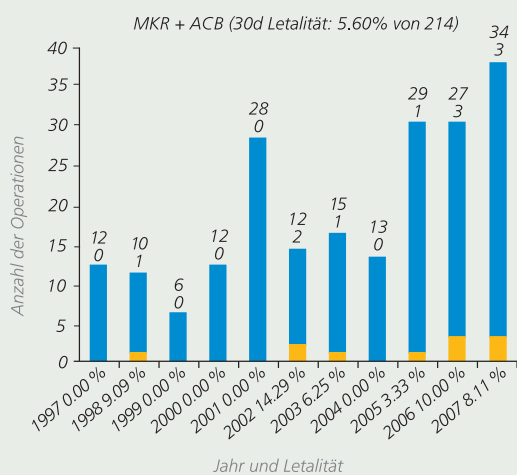
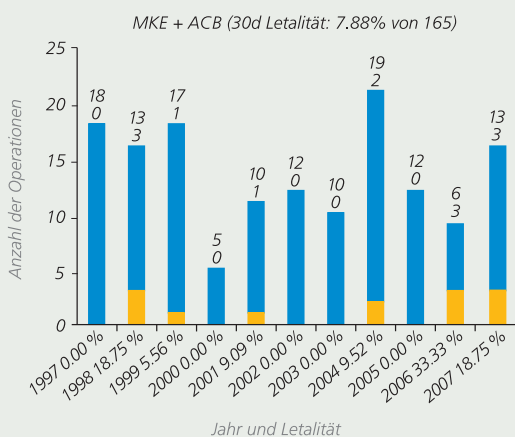
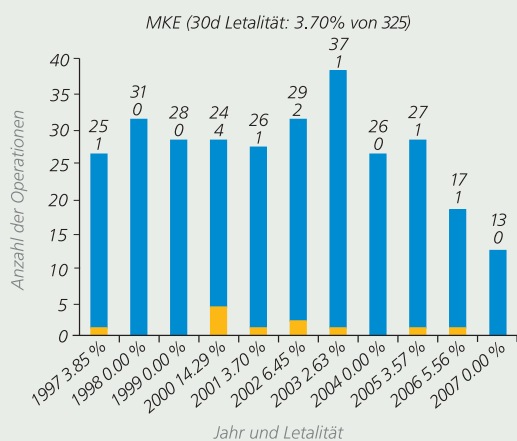
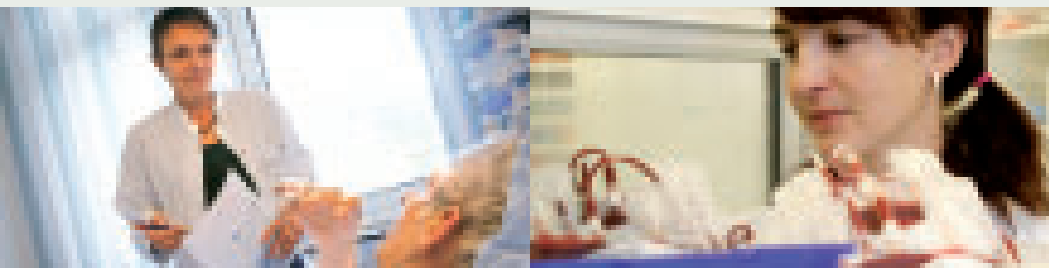


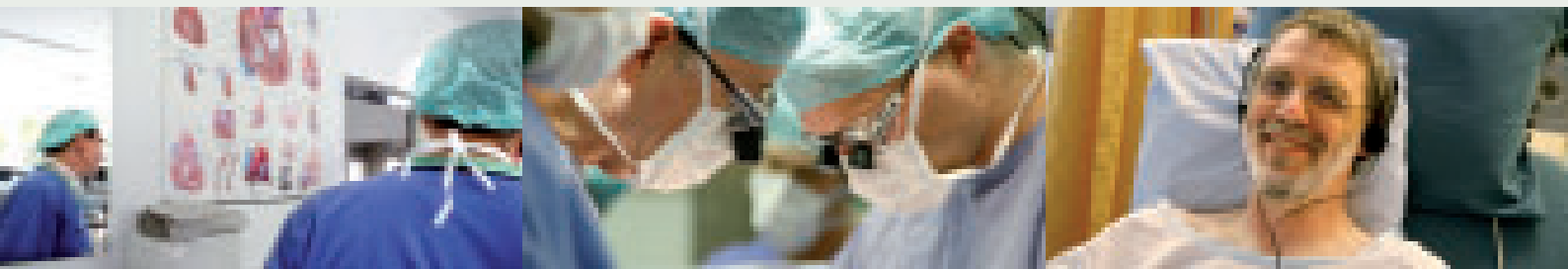


Operative Eingriffe 2007

Operationen nach Jahr und Typ

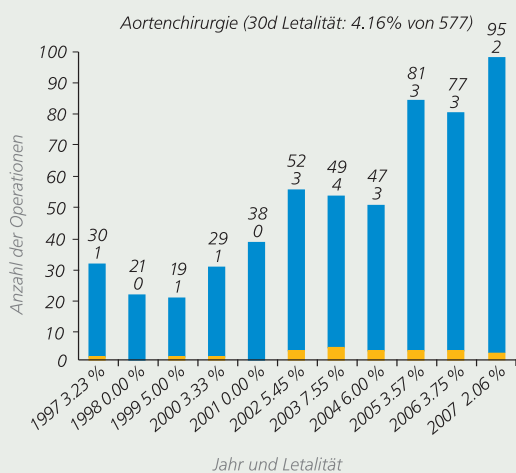
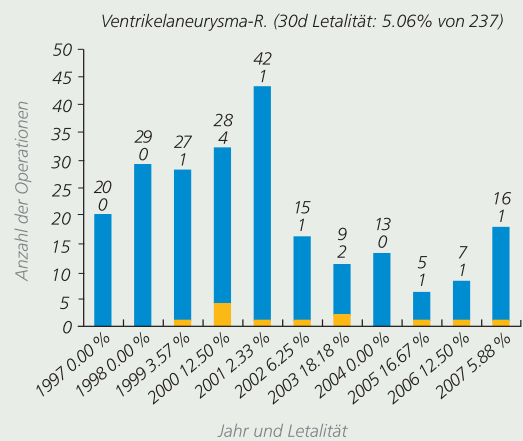
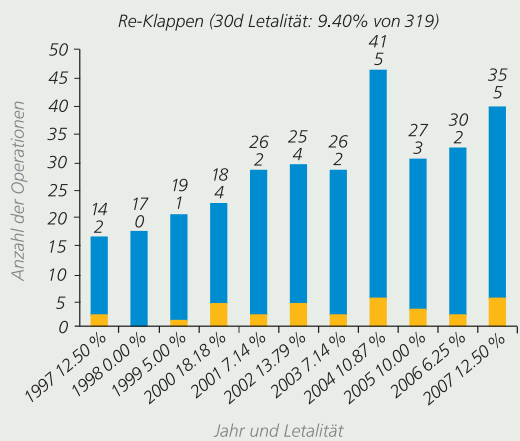






Operative Eingriffe 2007

Operationen nach Jahr und Typ



Für die Richtigkeit der Leistungsparameter zeichnet sich die Dokumentations-Abteilung um Herrn Dr. Alexander Albert verantwortlich.



MediClin Herzzentrum Lahr/Baden

Hohbergweg 2

77933 Lahr

Telefon: 07821 925-0

Telefax: 07821 925-392 500

info.herzzentrum-lahr@mediclin.de

www.mediclin.de/herzzentrum-lahr

