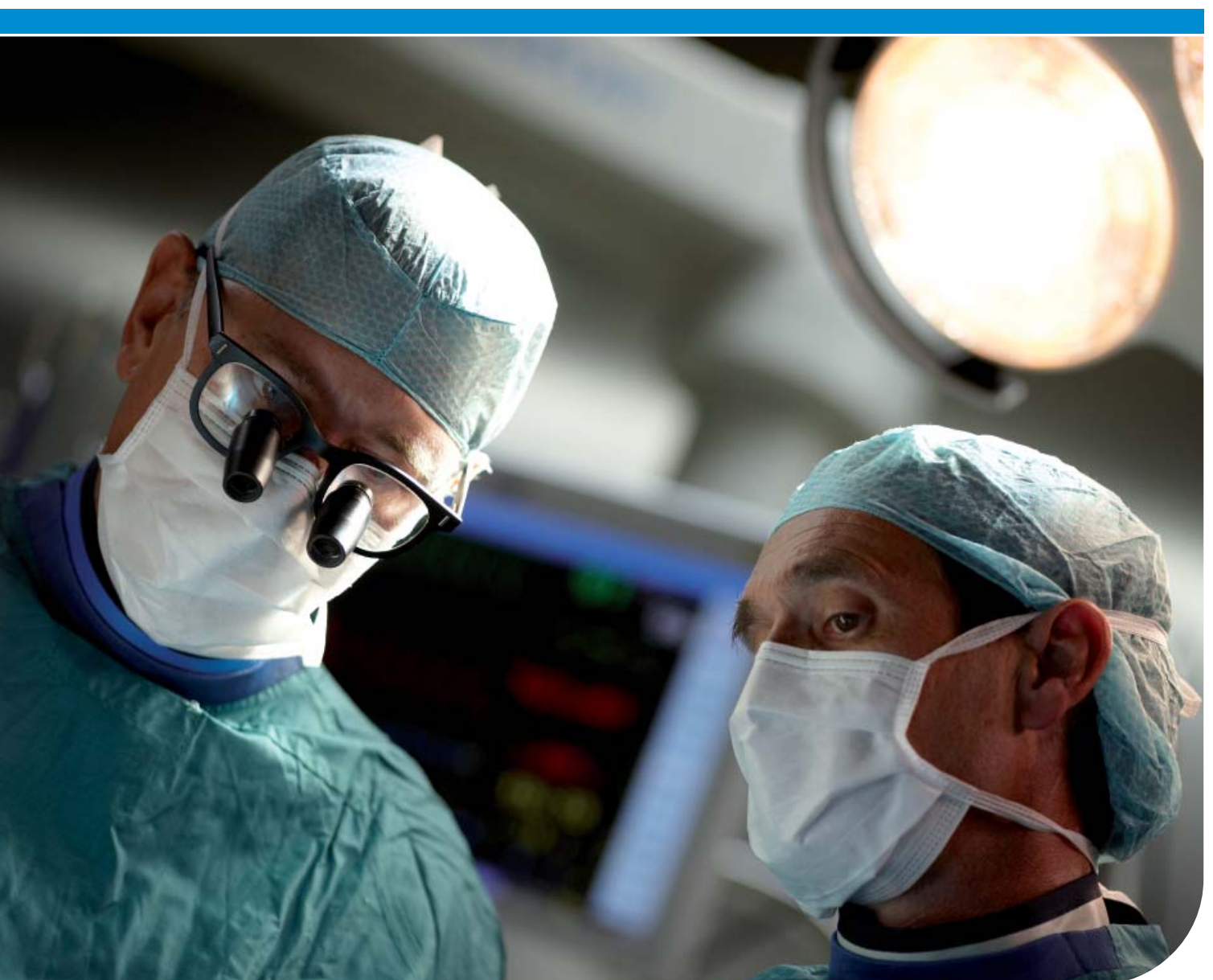


Jahresbericht 2010

Informationen für einweisende Ärzte und Akutkliniken



Inhalt

■ Ethische Bringschuld Kommentar Prof. Dr. med. Jürgen Ennker, im Deutschen Ärzteblatt Jg.108, Heft 17, 25. Februar 2011	02
■ Zahlen und Fakten	04
■ Myokardrevaskularisation ohne Herz-Lungen-Maschine – OPCAB	05
■ Minimalinvasive Klappenoperationen für die Aorten- und Mitralklappe	06
■ Transkatheter-Aortenklappen-Implantation TAVI	07
■ Aortenklappenersatz bei 80-Jährigen: Identifikation von Hochrisikopatienten	08
■ Interventionelle Gefäßchirurgie	09
■ Behandlung postoperativer Komplikationen nach Sternotomie	10
■ „Gehen Sie in die Tiermedizin“ Auswärtig zur Herz-OP abgelehnte Patienten Gründe – Ergebnisse der Operation in Lahr	11
■ Adipositas	12
■ Apikoaortales Conduit – eine zusätzliche Therapieoperation für Patienten mit Aortenklappenstenose und hohem Risiko	13
■ Herzchirurgische Ambulanz	14
■ Checkliste Voruntersuchungen/ Medikamente	15
■ ICU	16
■ Risiko- und Qualitätsmanagement im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden	18
■ Qualitätskliniken.de	19
■ PflegeneWS	20
■ Vorträge 2010	21
■ Publikationen ab 2010	22

STATT VORWORT

TRANSPARENZ DER MORTALITÄTSDATEN

Ethische Bringschuld

Wer in Deutschland ein Auto erwirbt, weiß um PS, Hubraum und Zylinder. Wer sich für die Behandlung in einem bestimmten Krankenhaus entscheidet, kennt hingegen nur wenige objektive Qualitätskriterien.

Angesichts von jährlich rund 100.000 akuten kardial bedingten Todesfällen in Deutschland, müsste die Notwendigkeit der Aufklärung hinsichtlich Präventions- und Therapiemöglichkeiten eigentlich selbstverständlich sein (um nur ein Beispiel zu nennen). Das Engagement, mit dem sich die Patienten um Informationen über Behandlungsstrategien, Risiken und Krankenhäuser bemühen, nimmt zudem immer mehr zu. Insofern besteht ein Bedarf, Erkrankten derartige Informationen zugänglich zu machen, Fragen zu beantworten und Ängste zu lindern. Diese Informationen können helfen, Vertrauen zum Arzt aufzubauen, was auch Einfluss auf den Behandlungserfolg hat.

Bereits 1995 verschickten wir aus dem MediClin Herzzentrum Lahr / Baden erstmals nach dem Vorbild der Society of Surgeons in den USA erhobene Mortalitätsdaten an unsere Einweiser und veröffentlichten diese per Jahresbericht.

(www.mediclin.de/herzzentrum-lahr, Stichwort Qualität).

Diese Vorgehensweise sorgte vor allem in den herzchirurgischen Reihen für Unruhe. Es wurde unterstellt, wer ein in der Medizin negativ besetztes Marketing betreibt, versuche sich einen Wettbewerbsvorteil zuungunsten der Kollegen zu verschaffen. Weiterhin wurde bemängelt, dass die Daten keiner externen Prüfung unterzogen worden waren. Eine für die Datenprüfung autorisierte unabhängige Institution gibt es in Deutschland allerdings bis heute nicht.

KOMMENTAR

Prof. Dr. med. Jürgen Ennker,
im Deutschen Ärzteblatt
Jg.108, Heft 17, 25. Februar 2011



Prof. Dr. med.
Jürgen Ennker

Andere fürchteten eine Verunglimpfung der eigenen Institution: Weil ein Vergleich plötzlich möglich war, wurden eben nicht nur die positiven, sondern auch negative Ergebnisse aufgezeigt. Aber wie in den USA und später auch anderswo deutlich wurde, kann ein Vergleich der Leistungen auch zu einer Qualitätsverbesserung zum Vorteil der betroffenen Patienten und zum Wettbewerbsvorteil des leistungstransparenten Krankenhauses führen. So wurde 1989 im US-Bundesstaat New York das medizinische Benchmarking eingeführt. Die Folge war ein Rückgang der Mortalität von koronarchirurgisch operierten Patienten von 3,5 auf 2,5 Prozent im Jahr 1994 (www.health.state.ny.us).

Nach einer Vergleichsanalyse und einer Ergebnisauswertung ergriffen die Kliniken dort Maßnahmen, um die Qualität der Behandlung zu erhöhen und im Wettbewerb besser abzuschneiden.

Allerdings wurde auch ein nicht unwesentlicher Kritikpunkt deutlich: die Möglichkeit der Risikoselektion. Hochrisikopatienten könnten abgelehnt oder an andere Krankenhäuser verwiesen werden, um die Statistiken zu schützen, lautet die berechtigte Sorge. Dies kann nur vermieden werden, indem risikoadjustierte Resultate veröffentlicht werden, die den Einfluss der Hochrisikopatienten auf das Ergebnis auslöschen. Daher veröffentlichte die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), neuerdings das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA), neben den reinen Zahlen auch die nach dem Euroscore risikoadjustierten Ergebnisse der einzelnen Kliniken. Dies hilft, den Anreizen zur Selektion der Hochrisikopatienten entgegenzuwirken. Leider waren beziehungsweise sind jedoch zum Beispiel herzchirurgische Daten (BQS, AQUA) derzeit nicht vergleichbar, weil die Follow-up-Rate teilweise nur bei 70 Prozent liegt (statt wie zu verlangen bei 100 Prozent).

Neben diversen Bundesstaaten in den USA ist auch Großbritannien bereits weiter als Deutschland. Dort werden alle herzchirurgischen Ergebnisse auch operatorsbezogen veröffentlicht (<http://heartsurgery.cqc.org.uk>).

In seinem Artikel „What is value in health care“ (NEJM 2010; 363:2477–2481) führt M. E. Porter aus: „Value in health care is measured by the outcomes achieved“.

In der Folge gilt es, medizinische Ergebnisse transparent zu machen. Denn durch einen Ergebnisvergleich wird es zu einer Verbesserung des „value“ im Gesundheitswesen kommen. Hierdurch werden Patienten, Finanzierer und Bereitsteller von Gesundheitsleistungen profitieren. Die ökonomische Belastbarkeit des Gesundheitswesens steigt.

Die gute Nachricht: Wegen der Umstrukturierungen im Gesundheitswesen steigt derzeit auch in Deutschland die Akzeptanz der medizinischen Transparenz. Die Kliniken sind gezwungen, sich verschärften Kostenzwängen zu unterwerfen, was auch zu einem Wettbewerb der Kliniken untereinander führt. Der Wettbewerb aber wird in allererster Linie über die Transparenz der Leistungen und Ergebnisse gesteuert. Dies gilt für jeden Wirtschaftssektor.

Um die Diskussion über die Datenqualität zu beheben, gilt es, einen externen Begutachtungsprozess zu etablieren, der die Veröffentlichung von falschen und unvollständigen Daten ausschließt. Bis dahin aber sehen wir die Veröffentlichung valider Qualitätsdaten als eine ethische Bringschuld an, die jeder Akteur des Gesundheitswesens zum Wohl des Patienten zu erfüllen hat. Denn die Beurteilung medizinischer Leistungserbringer ergibt sich nicht aus der Zahl der Publikationen oder durchgeführten wissenschaftlichen Studien, so wichtig diese auch sind, sondern primär aus der überprüfbaren Behandlungsqualität.

ZAHLEN UND FAKTEN:

Im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden wurden 2010 insgesamt 2113 Herzoperationen durchgeführt.

	2009		2010	
	DGTHG %	HZL % (n)	DGTHG %	HZL % (n)
Operationen am Herzen bei >= 70-Jährigen	50,8	54,3 (818/1506)	52,2	54,2 (822/1518)
Operationen am Herzen bei >= 80-Jährigen	11,8	12,0 (181/1506)	12,4	13,2 (200/1518)
Anteil der Re-Operationen	8,7	12,0 (181/1506)	8,6	15,3 (232/1518)
Isolierte Herzklappenchirurgie ohne Transkathetereinsatz				
Gesamtleletalität	4,7	1,6 (6/370)	4,9	1,7 (6/343)
Anteil Aortenklappenersatz	51	56,5 (209/370)	47	51,3 (176/343)
Anteil AK+MK	7	8,1 (30/370)	7	9,9 (34/343)
Anteil MK	22	21,0 (78/370)	21	23,6 (81/343)
Anteil TK	2	0,8 (8/370)	2	0,3 (5/343)
Anteil andere	18	11,9 (44/370)	23	13,7 (47/343)
Isolierte Aortenklappenchirurgie ohne Transkathetereinsatz				
Gesamtleletalität	2,9	1,4 (3/210)	3	1,1 (2/176)
Anteil Kunstklappe	18,1	2,4 (5/210)	15,9	1,7 (3/176)
Anteil Xenograft	81,9	97,1 (193/210)	84,1	98,1 (173/176)
Letalität Kunstklappe	1,7	0,0 (0/210)	1,5	0,0 (0/176)
Letalität Xenograft	3,2	1,5 (3/210)	3,3	0,6 (2/176)
Letalität TAVI	8,8 (195/2216)	3,3 (1/30)	7,16 (256/3573)	5,17 (3/58)
Isolierte Mitralklappenchirurgie				
Anteil Rekonstruktion	64,3	82,1 (64/78)	64,4	87,7 (71/81)
Anteil Mitralklappenersatz	35,7	17,9 (14/78)	35,6	12,3 (10/81)
Letalität Mitralklappenersatz	7,8	7,1 (1/14)	8,2	0,0 (0/10)
Letalität Rekonstruktion	2	1,6 (1/64)	1,8	0,0 (0/71)
Kombinationseingriffe isolierte Herzklappenchirurgie (Zweifach- und Dreifacheingriffe)				
Letalität	8,5	1,3 (1/74)	8,3	4,9 (4/81)
Isolierte Koronarchirurgie				
Anteil On-pump	86,9	20,6 (145/705)	85,8	5,6 (41/737)
Anteil Off-pump	13,1	73,3 (517/705)	14,2	94,4 (696/737)
Gesamtleletalität	2,8	1,7 (12/705)	2,8	1,1 (8/737)
Letalität On-pump	2,9	4,8 (7/145)	3	7,3 (3/41)
Letalität Off-pump	1,8	0,89 (5/560)	1,8	0,5 (5/696)
Anteil der komplett arteriell ausgeführten Operationen	20,7	56,6 (323/705)	20,9	56,6 (417/737)
Anteil der Operationen mit mindestens einer autologen Arterie	92,2	95,2 (672/705)	91,4	96,7 (713/737)
Kombinierte Eingriffe				
Letalität Koronarrevaskularisation u. Aortenklappenersatz	6,1	4,8 (8/165)	5,6 (439/7832)	6,4 (9/139)
Letalität Koronarrevaskularisation u. Mitralklappenersatz	14,5	16,6 (1/6)	12,6 (103/816)	50,0 (1/2)
Letalität Koronarrevaskularisation u. Mitralklappenrekonstruktion	6,5	5,4 (2/37)	8,4 (149/1772)	13,7 (7/51)
Letalität Koronarrevaskularisation u. Aneurysmaresektion	5,4	25,0 (1/4)	5,4 (12/224)	0,0 (0/4)
gesamt Letalität Kombinierte Eingriffe (Koronarrevaskularisation und Aortenklappenersatz / oder Mitralklappenersatz / oder Mitralklappenrekonstruktion / oder Aneurysmaresektion)	--	8,2 (17/207)	6,6	8,6 (17/196)
Thorakale Aortenchirurgie				
Letalität	7,6 (479/6297)	4,5 (5/110)	7,8 (530/6768)	3,3 (4/120)

B. KOJCICI / J. ENNKER

Myokardrevaskularisation ohne Herz-Lungen-Maschine – OPCAB



Dr. Kojcici

Das Off Pump Coronary Artery Bypass (OPCAB) Verfahren der Myokardrevaskularisation wird in unserer Klinik seit Ende 1997 eingesetzt. Diese Art der Bypasschirurgie bietet in erfahrener Hand erhebliche Vorteile für den Patienten durch die Reduktion der spezifischen Risiken des Einsatzes der Herz-Lungen-Maschine.

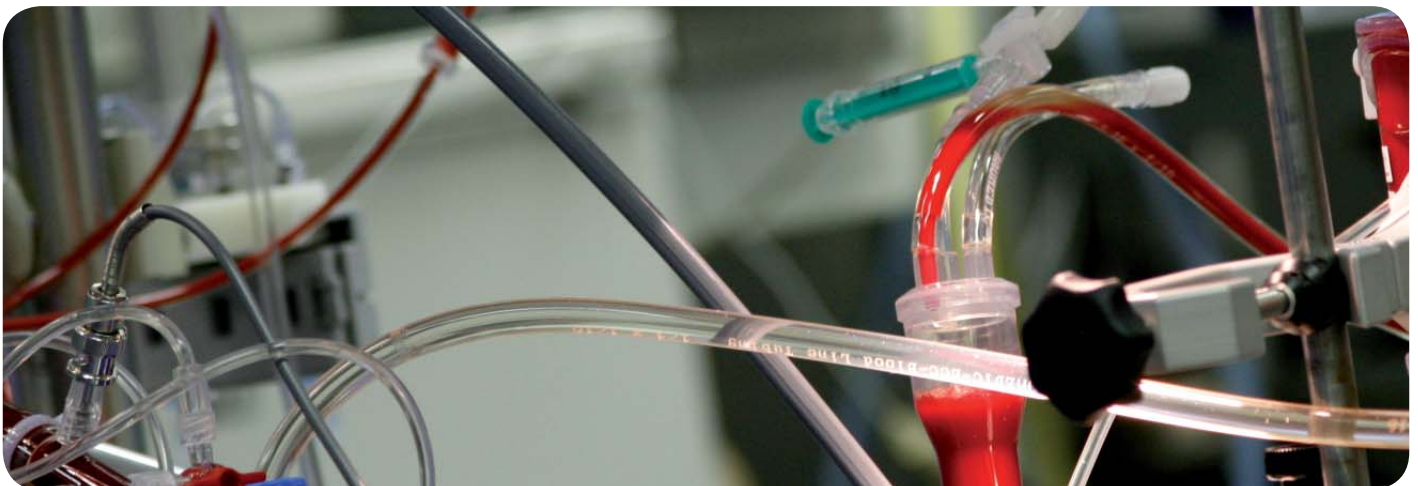
Eine derartige Vorgehensweise kann zu einer Verminderung der möglichen Komplikationen (wie Schlaganfälle, Myokardinfarkte, Nierenversagen) führen. Dies resultiert in kürzerer Nachbeatmung, in kürzerem Krankenhausaufenthalt und nicht zuletzt geringerer Mortalität.

Aufgrund dieser Faktenlage operieren wir, wenn die Gesamtsituation es erlaubt, möglichst alle Bypassoperationen mittels OPCAB-Verfahren. Wir haben daher unsere Vorgehensweise ab dem Jahr 2005 entsprechend umgestellt. Inzwischen hat sich die OPCAB-Technik in unserem Haus in solchem Umfang etabliert, dass wir im letzten Jahr 94% der Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine operieren konnten: Ein internationaler Spitzenwert!

Die folgenden Zahlen zeigen die Entwicklung der OPCAB Kompetenz der Gesamtklinik:

2004	41 Patienten oder 5% der Gesamtzahl der Isolierten Bypasschirurgie
2005	371 Patienten oder 43% der Gesamtzahl der Isolierten Bypasschirurgie
2008	546 Patienten oder 87% der Gesamtzahl der Isolierten Bypasschirurgie
2010	693 Patienten oder 93,9% der Gesamtzahl der Isolierten Bypasschirurgie

Zudem setzen wir das OPCAB-Verfahren zunehmend auch für Zweiteingriffe ein. So wurden im Jahr 2010, 15 Patienten, die schon voroperiert waren, ohne Herz-Lungen-Maschine operiert. 2010 wurden nur noch 45 Patienten mit HLM operiert, davon waren 17 Patienten (37,7%) bereits voroperiert. Weitere Zahlen, die im Vergleich erst für 2009 vorliegen, entnehmen Sie bitte Tabelle 2.



S. BAUER / J. ENNKER

Minimalinvasive Klappenoperationen für die Aorten- und Mitralklappe



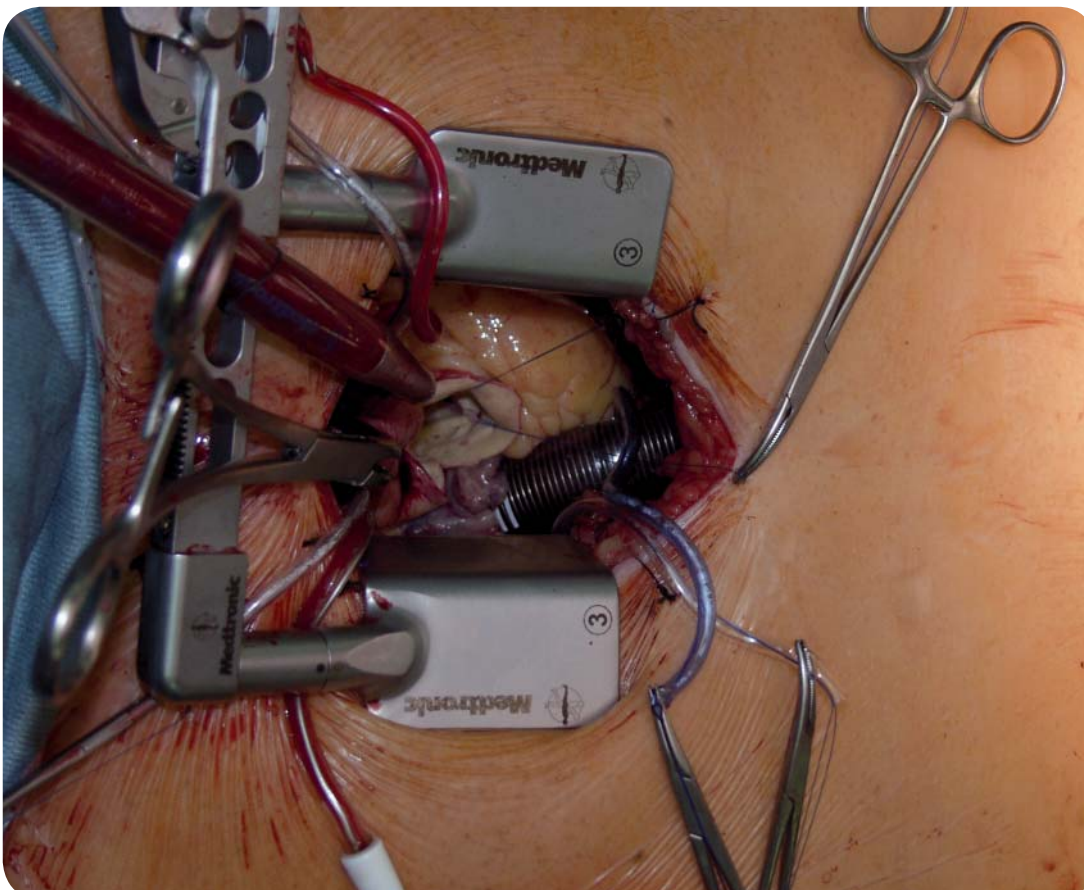
Dr. Bauer

Durch das zunehmende Alter und die damit verbundene Zunahme an Nebenerkrankungen der Patienten, ist der Chirurg gefordert, seine Operationsverfahren auf diese sich verändernden Patienten individuell abzustimmen.

Durch die Anwendung von minimalinvasiven Chirurgie (MIC) Verfahren tragen wir dieser Patientengruppe Rechnung. Im MediClin Herzzentrum Lahr / Baden kommen für beide Klappen die MIC-Verfahren im Routinebetrieb zum Einsatz.

Bei der Aortenklappenchirurgie wird über einen ca. 6-8 cm messenden Schnitt in der Brustmitte durch eine teilweise Durchtrennung des Brustbeines ein Zugang zur Aortenklappe geschaffen. Dabei wird die Herz-Lungen-Maschine wie üblich über die Hauptschlagader angeschlossen. Die implantierten Klappentypen unterscheiden sich nicht von denen der Chirurgie über „große“ Schnitte.

Bei der Mitralklappenchirurgie-MIC wird über einen ca. 6-8 cm messenden Schnitt im Bereich der rechten Brustseite zwischen den Rippen ein Zugang zur Mitralklappe und/oder der Trikuspidalklappe geschaffen. Die Herz-Lungen-Maschine wird über die Leistengefäße angeschlossen. Die Methode wird unter endoskopischer Kontrolle durchgeführt. Auch bei diesem Verfahren werden die in der konventionellen Chirurgie verwendeten Implantate eingesetzt. Über dieses Verfahren werden hauptsächlich Klappenreparaturen durchgeführt. Über den seitlichen Zugang ist es auch möglich, Vorhofflimmern mittels temperaturkontrollierter Ablation schonend zu behandeln. Limitationen dieses OP-Verfahrens stellen aufgrund des Anschlusses der Herz-Lungen-Maschine in der Leiste folgende Diagnosen dar: Verkalkung der Leistengefäße, Undichtigkeit der Aortenklappe, Erweiterung der Hauptschlagader, Verkalkung der Hauptschlagader.



Zu sehen ist der Minimalinvasive Zugang zur Aortenklappe.

Die Herz-Lungen-Maschine wird dabei über die großen Gefäße angeschlossen.

Das Brustbein bleibt weitgehend intakt.

U. ROSENDAHL / E. VON HODENBERG
 P. GRÜNEBAUM / J. ENNKER
**Transkatheter-Aortenklappen-
 Implantation TAVI**

U. Rosendahl



E. von Hodenberg

Der Ersatz der Aortenklappe gehört zu den Standard-
 eingriffen in der Herzchirurgie. Durch den demogra-
 phischen Wandel in der Bevölkerung nimmt die Zahl
 der Operationen dieser typischen Alterserkrankung seit
 Jahren kontinuierlich zu und erreicht in manchen hier-
 auf spezialisierten Zentren, wie dem MediClin Herzzen-
 trum Lahr / Baden, fast die Anzahl der reinen Koronar-
 bypass-Operationen. Obgleich die Patienten immer
 älter werden, ist das Mortalitätsrisiko der Aortenklap-
 penoperation, natürlich abhängig vom gesundheitli-
 chen Zustand des individuellen Patienten, erfreulicher-
 weise verhältnismäßig gering. Die Auswertung der Op-
 erationsdaten des Jahres 2010 durch die Deutsche Ge-
 sellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie ergab
 eine durchschnittliche Mortalitätsrate von 3,0% für alle
 deutschen Herzchirurgien, im MediClin Herzzentrum
 Lahr / Baden wurde eine Mortalitätsrate von 1,1 % fest-
 gestellt.

Ein Ersatz der Aortenklappe kann heutzutage in den
 Händen des Spezialisten bei praktisch jedem Patienten
 durchgeführt werden. Allerdings gibt es Patienten, bei
 denen das Risiko der konventionellen Operation eine
 Höhe erreicht, die die Entscheidung über das Für oder
 Wider des Eingriffs nicht leicht machen.

Für diese Hochrisikopatienten steht mittlerweile die
 sogenannte Transkatheter-Aortenklappen-Implantation
 (TAVI) als Alternative zur Verfügung. Im Gegensatz zum
 konventionellen Aortenklappenersatz wird hierbei die
 Aortenklappenprothese mittels eines Katheters ohne
 Einsatz der Herz-Lungen-Maschine und ohne Eröffnung
 des Brustbeines implantiert. Der Zugang zur nativen
 Aortenklappe erfolgt hierbei entweder über die Leisten-
 arterien oder über einen ca. 8 cm langen Schnitt am
 linksseitigen Brustkorb und dann direkt über die Herz-
 spitze. Durch den Verzicht auf den Einsatz der Herz-Lun-
 gen-Maschine und das Nichteröffnen des Brustbeines,
 ist der Eingriff insgesamt wesentlich schonender als
 die konventionelle Operationsmethode. Diesen Vorteil
 erkauft man sich jedoch durch eine ganze Reihe von
 Nachteilen, die mit einer Katheter gestützten Klappen-
 implantation verbunden sind.

Nach der Implantation dieser Prothesen bleiben recht häufig
 kleinere und größere Undichtigkeiten, die man meist, aber
 nur ungern, in Kauf nehmen muss.

Des Weiteren beschränken sich die wissenschaftlichen Er-
 kenntnisse derzeit nur auf einen kurzen Zeitraum, sodass
 keine Prognosen bezüglich der Dauerhaftigkeit dieser Pro-
 thesen abgegeben werden kann. Für den Hochrisikopati-
 enten spielen diese Nachteile nur eine untergeordnete Rolle, da
 hier das akute operative Risiko ganz im Vordergrund steht.

Als Indikation für die Wahl einer TAVI ist ein erwartetes Mor-
 talitätsrisiko von >10% für den Fall eines konventionellen
 Klappenersatzes, bzw. ein log. Euroscore von >20%, grund-
 sätzliche Voraussetzung.

Im MediClin Herzzentrum Lahr / Baden wird sowohl die Ent-
 scheidung, ob ein/e Patient/in für dieses Verfahren geeignet
 ist, als auch die Implantation selbst in dem speziell hierfür
 errichteten Hybrid-Operationssaal im interdisziplinären Team
 aus Herzchirurgen und Kardiologen durchgeführt.

Inzwischen wurden mehr als 120 Patienten mit einer TAVI ver-
 sorgt. Die 30 Tage Mortalität lag mit 3,8 % deutlich unter dem
 erwarteten Risiko von >10% und resultierte in ausnahmslos
 allen Fällen aus postoperativ aufgetretenen Komplikationen,
 die auf der Polymorbidität der Patienten/innen beruhten.
 Aufgrund dieser guten Ergebnisse ist Im MediClin Herzzen-
 trum Lahr / Baden die Katheter gestützte Klappenimplanta-
 tion mittlerweile als Routineoperation etabliert.

Es bleibt festzuhalten, dass die Katheter gestützte Klappenim-
 plantation ein interventionelles Verfahren ist, welches derzeit
 noch ausschließlich für den Hochrisikopatienten in Frage
 kommt. Bestrebungen, dieses Verfahren auf einen größeren
 Patientenkreis auszuweiten, sind vor dem Hintergrund der
 exzellenten Ergebnisse bei den konventionellen Aortenklap-
 penoperationen noch nicht zu vertreten.

	2010	
	DGTHG %	HZL % (n)
Letalität TAVI	7,16 (256/3573)	5,17 (3/58)

Aortenklappenersatz bei 80-Jährigen: Identifikation von Hochrisikopatienten

Angesichts der zunehmenden Zuführung von Hochrisikopatienten ist eine Definition der Patientenauswahl von entscheidender Bedeutung. Wir haben daher im 10-Jahreszeitraum 1996 und 2006 in Lahr 493 aufeinanderfolgende 80-jährige Patienten mit symptomatischer Aortenklappe untersucht. 51% erhielten einen zusätzlichen koronaren Bypass. (Eur J Cardiothorac Surg 2010; 37:1304-1310)

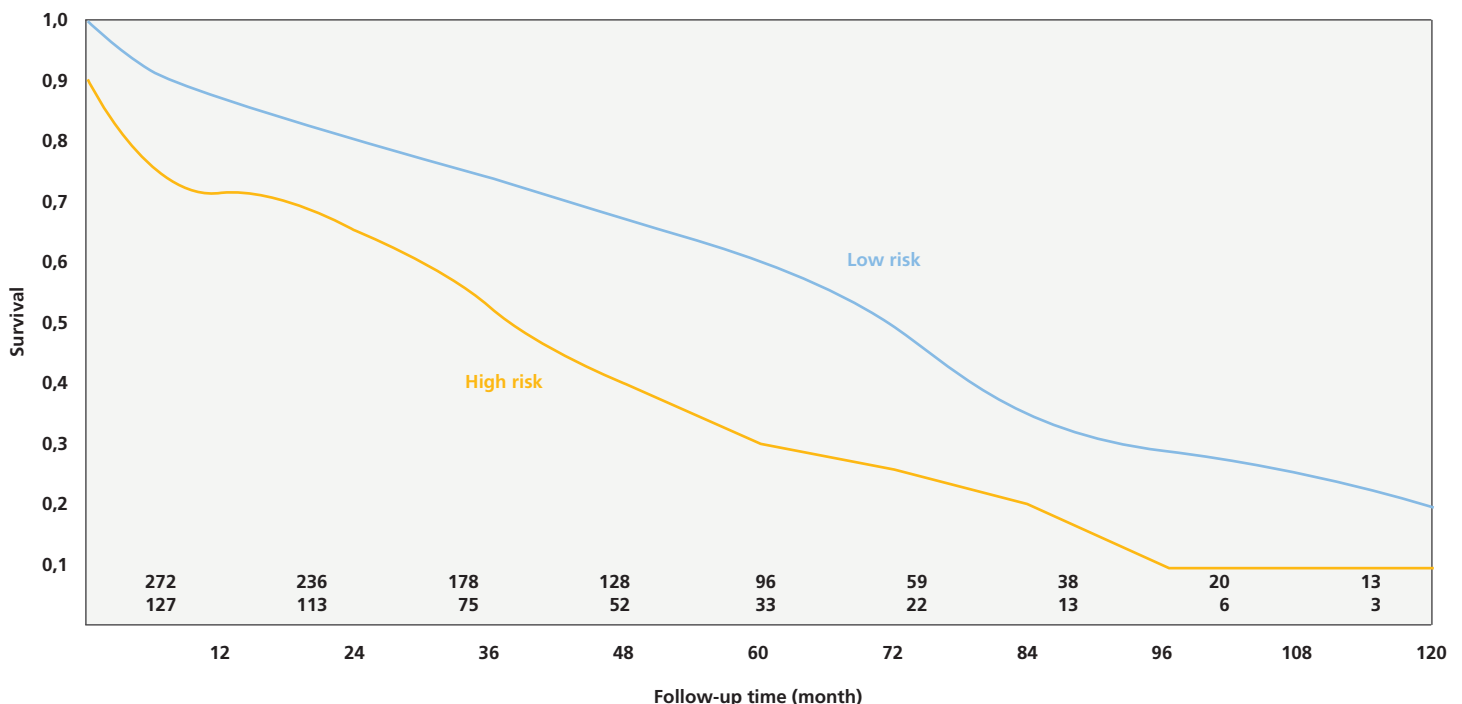
Um Hochrisikopatienten zu identifizieren, wurde die 6-Monate-Sterblichkeit mit Hilfe einer multivariablen logistischen Regression untersucht.

Die Ergebnisse zeigten eine 3-Tages-Sterblichkeit von 8,4%, die bis auf 15,2% nach Aortenklappenersatz anstieg. Unabhängige Risikofaktoren der 6-Monate-Sterblichkeit waren Patienten, die älter als 84 Jahre waren (OR: 2.2 (1.29 – 3.61)), linksventrikuläre Auswurf fraktion unter 60 % (OR: 2.5 (1.35 – 4.61)), Body-Mass-Index (BMI) < 24 (OR: 2.0 (1.22 – 3.36)), Kreatinin (OR: 1.6 (1.04 – 2.53)) und Blutzucker (OR: 1.01 (1.001 – 1.009)).

Hochrisikogruppen waren selten älter als 84 Jahre mit einer Ejektionsfraktion < 60% (6 Monats-Mortalität 28%) und Patienten jünger als 84 Jahre mit einer Ejektionsfraktion < 60% und einem Body-Mass-Index unter 24% (6-Monats-Mortalität 23,2%). Diese Hochrisikogruppen beinhalteten 37% aller Patienten. Nach isoliertem Aortenklappenersatz waren die 30 Tage-Mortalität und das Überleben nach 1 und 5 Jahren 11,6, 69% und 35%. Bei über 80-jährigen Patienten mit einem SDS-Score über 10 und einem Euro-Score über 20 betrug die 30-Tage-Sterblichkeit und das Überleben nach einem Jahr 10,5 und 80%, 11,6 und 77%.

Es lässt sich festhalten, dass bei den allermeisten 80-Jährigen der Aortenklappenersatz ein sicherer und Lebensqualität schenken-der Eingriff ist. Bei den Hochrisikopatienten, die durch ein SDS-Score über 10 und ein Euro-Score über 20 sowie bei den einfachen 3 Risikofaktoren (Alter > 80, Ejektionsfraktion < 60% und Body-Mass-Index < 24%) identifiziert werden, ist die Sterblichkeit nach chirurgischem Aortenklappenersatz nicht anders, als diejenige, die aktuell nach Transkatheter-Aortenklappenersatz berichtet werden. Bei 80-Jährigen mit niedrigem Risiko ist sie deutlich geringer, sodass das Alter allein keine Indikation für ein Transkathetervorgehen stellen kann.

Observed and predicted 30-day mortality by the present risk model and by STS and EuroScore for high and low risk patients.



C. LUTZ / U. ROSENDAHL
Interventionelle Gefäßchirurgie



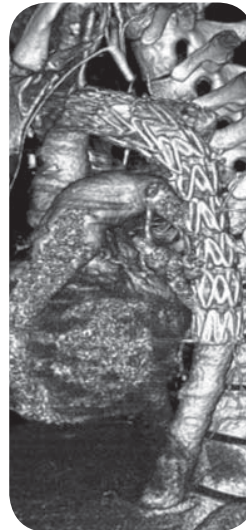
C. Lutz

Mit dem Bau unseres Hybrid-Operationssaals haben wir nun in unserer Klinik die optimale Voraussetzung zur Durchführung von endovaskulären bzw. interventionellen Prozeduren. Darüber hinaus ermöglicht der Hybrid-OP die bei bestimmten Erkrankungen oder anatomischen Besonderheiten für den Patienten so vorteilhafte Kombination von offen chirurgischen Verfahren mit interventionellen Eingriffen.

Unseren Fokus haben wir auf die interventionelle Therapie von Erkrankungen der Aorta und der A. iliaca gelegt. Dabei therapieren wir auch mit dem Einsatz von Hybridprothesen komplexe Pathologien, die ihren Ursprung in der Aorta ascendens und des Aortenbogens nehmen und sich weiter in die descendierende thorakale Aorta ziehen. Interventionell behandeln wir sämtliche Pathologien des Aortenbogens, der descendierenden- und infrarenalen Aorta. Neben elektiven Indikationen behandeln wir interventionell auch Notfallindikationen bei Dissektionen und Rupturen.

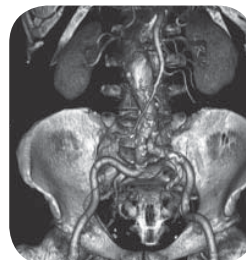
Aber auch bei peripheren gefäßchirurgischen Problemen sind wir in der Lage, interventionell gefäßchirurgisch tätig zu werden. Einen Überblick über unsere Gefäßtherapien gibt Ihnen folgender Link

http://www.mediclin.de/herzzentrum-lahr/desktopdefault.aspx/tabid-6096/7826_read-13352//



Die interventionelle Gefäßchirurgie kann ein Segen für Patienten sein durch die Reduzierung der Invasivität des Eingriffes

Mit unserer Röntgenanlage im Hybrid-Saal ist eine dreidimensionale Gefäßdarstellung und die Durchführung eines Dyna CT's möglich.



Dazu sind wir in der Lage, CT Daten eigenständig zu rekonstruieren und die Gefäße sachgerecht zu vermessen.



Behandlung postoperativer Komplikationen nach Sternotomie



Ina C. Ennker

Der Standardzugang für herzchirurgische Eingriffe ist die mediane Sternotomie. Die Mediastinitis nach herzchirurgischen Eingriffen ist eine seltene, mit einer Inzidenz von 1-4% auftretende Komplikation. Die Letalität ist je nach Behandlungsform mit bis zu 50% jedoch sehr hoch.

Als Risikofaktoren gelten:

- Insulinpflichtiger Diabetes (IDDM)
- Übergewicht
- Immunsuppression
- COPD
- Sternumosteoporose
- Bestrahlung des Operationsfeldes
- Verwendung von Doppelmammaria
- Körpergröße
- Nierenversagen

Derzeit gibt es keinen Konsens bzgl. einer routinemäßig anzuwendenden Therapie dieser Komplikation. Verschiedene Behandlungsoptionen stehen zur Verfügung und werden in den einzelnen deutschen Herzzentren unterschiedlich gehandhabt. Ziel des chirurgischen Managements ist es, die Infektion zu kontrollieren, eine Sternumstabilität, soweit es geht, wiederherzustellen und eine adäquate Weichteildeckung durchzuführen. Aus unserer Erfahrung mit seit Ende 2004 mehr als 8000 operierten Patienten konnte ein Therapiealgorithmus entsprechend dem Infektionsgrad entwickelt werden.

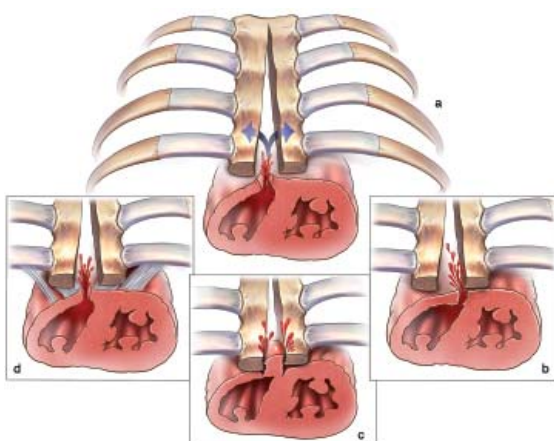
Die einzelnen Behandlungsschritte bestehen aus:

- wiederholtem radikalem chirurgischen Debridement
- Restabilisierung des Sternums je nach Zeitintervall zur Herzoperation
- Anlegen einer Vakuumversiegelung

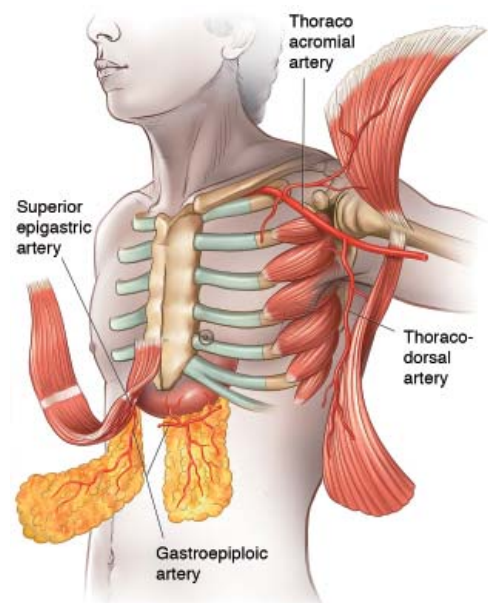
Wiederholung der Schritte, bis eine Konsolidierung erreicht wurde und ein Verschluss durchführbar ist.

Dieser erfolgt dann zumeist mittels einer Musculus pectoralis Plastik. Therapieversager werden einer Omentumplastik zugeführt. Die Vakuumbehandlung dient in unserem Vorgehen als Überbrückungsmaßnahme und nicht als alleinige Therapieform. Mit dieser Vorgehensweise konnten wir eine einstelligen Krankenhaussterblichkeit sicherstellen. Für unsere speziellen Patienten hat sich dieses Vorgehen als sicher und vorteilhaft erwiesen.

Right ventricle rupture



All muscles for sternal flap



„Gehen Sie in die Tiermedizin“

Auswärtig zur Herz-OP abgelehnte Patienten Gründe – Ergebnisse der Operation in Lahr

Im Januar 1995 bekamen wir von der Cardio-Alarmzentrale in Ludwigshafen einen 41-jährigen Patienten zur OP in unserer Klinik vorgestellt. Er hatte auswärts einen Herzinfarkt erlitten, wurde aufgrund von Kammerflimmern mehrfach reanimiert. Mehrere renommierte Kliniken hatten ihn abgelehnt, weil er deutlich übergewichtig war. Wir haben diesen und in der Folge weitere abgelehnte Patienten erfolgreich operieren können, sodass in der Folge herzchirurgische Patienten auch aus der Entfernung von mehreren hundert Kilometern zu uns nach Lahr in den Schwarzwald zur OP kamen.

Über 15 Jahre später im September 2010 stellte sich ein ursprünglich 225 kg schwerer 49-jähriger Patient mit einer Aortenklappenstenose vor, dem trotz Gewichtsabnahme auf 167 kg KG auswärts bei der Frage nach einer operativen Versorgung gesagt wurde:

„Stellen Sie sich in der Tiermedizin vor“.

Auch dieser Patient konnte erfolgreich operiert werden und verließ nach 8 Tagen die Klinik.

Weitere Details zu diesem Patienten und dem Stichwort Adipositas entnehmen Sie bitte S. 12.

Wir haben uns daraufhin die auswärts abgelehnten Patienten im Jahre 2010 angesehen. Was waren die Gründe für eine Operationsablehnung?

Bei insgesamt 25 Patienten reichte das Alter der Patienten von 43 – 83 Jahren. Als Hauptgrund wurde das „hohe Risiko“ der Operation angegeben. Dies bezog sich zum einen auf die Situation einer erneuten (RE-) Operation (10 Patienten), erhöhtes Körpergewicht (4 Patienten), zu komplexe Operation bei schwerkranken Patienten (8 Patienten) und Begleitumstände (Langzeitbeatmung bei 3 Patienten). Von den 25 auswärts abgelehnten, also als inoperabel eingestuft und dann bei uns operierten Patienten verstarben zwei im postoperativen Verlauf, entsprechend einer Erfolgsrate von 92%.

Während im Bundesdurchschnitt die Re-Operationsrate 2010 bei 8,6% lag, lag diese 2010 in Lahr bei 15,3%. Auch dies spiegelt unseren Wunsch, eine Therapieoption für Patienten zu finden, die eine besondere Anforderung an die Chirurgie stellen und die deshalb nicht überall gesehen wird. Die große Erfahrung im Bereich von Zweit- und auch Drittoperationen, unsere Klinikerfahrung von über 27.000 Operationen am offenen Herzen wie auch die hohe Expertise bzgl. des Vorgehens unter Verzicht auf die Herz-Lungen-Maschine im Rahmen der koronaren Herzerkrankung führen zu einer Erweiterung des Indikationsspektrum für die operative Therapie in unserer Klinik.

Hierzu ist auch die klinische Struktur mit einem Hybrid-Operationssaal hilfreich, in dem eine kardiologische Diagnostik bei Hochrisikopatienten simultan vorgehalten werden kann, um die Sicherheit für die uns anvertrauten Patienten zu erhöhen.

Für das optimale Therapieverfahren ist von entscheidender Bedeutung:

Jeder Patient wird individuell durch das herzchirurgische wie auch das kardiologische Team beurteilt. So erhalten auswärts abgelehnte Patienten von uns einen Therapieversuch, der, wie die Ergebnisse zeigen, ein vertretbares Risiko beinhaltet. Wir werden uns auch weiterhin konsequent bemühen, in Grenzbereichen eine Behandlungsmöglichkeit für die uns anvertrauten Patienten und Rat für deren behandelnde Ärzte zu finden.



A. MALKOC / D. M. DIAZ
Adipositas

A. Malkoc



D. M. Diaz

Der 48-jährige Herr N. stellte sich in unserer Klinik mit Atemnot bei geringer Belastung und wiederkehrenden Schwindelattacken vor. Einen Monat zuvor sei dem Hausarzt ein Herzgeräusch aufgefallen, der hinzugezogene Kardiologe diagnostizierte eine hochgradige Verengung (Stenose) der Aortenklappe als Ursache der zunehmenden Beschwerden.

Ein Ersatz der verengten Herzklappe durch eine Aortenklappenprothese war bei diesen klinischen Symptomen und dem Ultraschall-Ergebnis dringend notwendig.

Herr N. berichtete, dass zwei herzchirurgische Zentren in Deutschland abgelehnt hatten, ihn zu operieren.

Der Grund war sein stark adipöser Ernährungszustand:

Bei einer Größe von 1,86 m wog Herr N. nach Gewichtsabnahme von 58 kg noch 167 Kilogramm. Dies war den betreffenden Kliniken zu viel, weshalb die Operation verweigert wurde.

Bei einer dringenden Operationsindikation und einem zur Abnahme stark motivierten Patienten wurde der Ersatz der Herzklappe mit einer Freestyle Aortic Valve 29 mm im MediClin Herzzentrum Lahr / Baden ohne Komplikationen durchgeführt.

Auch in der medizinischen Literatur zeigen zahlreiche Veröffentlichungen, dass stark adipöse Patienten mit einem vertretbaren Risiko operiert werden können. Trotz des deutlichen Übergewichts kam es zu keinerlei Problemen im Verlauf der postoperativen Phase oder der Wundheilung.

Herr N. konnte nach elf Tagen in die Rehabilitation entlassen werden. Er war völlig beschwerdefrei und begann bereits in der Reha-Klinik mit einem medizinisch betreuten Programm zur Gewichtsreduktion.

Es kann festgehalten werden:

„Früher wurden Patienten mit Übergewicht wegen zu hohem Operationsrisiko nicht am Herzen operiert, bevor sie nicht entsprechend abgenommen hatten. Leider wird diese Meinung zum Teil auch noch heute in einigen Herzzentren vertreten. Unsere Erfahrung zeigt allerdings, dass übergewichtige Patienten kein wesentlich höheres Operationsrisiko als normalgewichtige Patienten besitzen.“



The impact of morbid obesity on the peri- and postoperative course after aortocoronary bypass surgery

Dtsch Med Wochenschr 2001 Apr 12;126(15):419-23
Ennker J, Schoeneich R, Schröder T, Schoeneich F, Ennker IC.

Apikoaortales Conduit – eine zusätzliche Therapieoperation für Patienten mit Aortenklappenstenose und hohem Risiko

Durch den demographischen Wandel werden die Patienten, die der Herzchirurgie zugeführt werden, immer älter und bringen neben dem Alter auch mehr Nebenerkrankungen mit. Diesem Wandel im Patientenkollektiv tragen neue Verfahren in der Herzchirurgie Rechnung. Die Implantation von Herzklappen über die Herzspitze oder über die Gefäße wurde aus diesem Grund für Patienten mit hohem Risiko eingeführt.

Die Ergebnisse sind insgesamt vielversprechend, aber es kommt wie im nachfolgenden Schaubild vergleichend dargestellt, zu einer relativ hohen Rate von lebensbedrohlichen Komplikationen.

Durch ein von Dr. Carell 1910 bereits bei verengter Aortenklappe eingesetztes Verfahren des sogenannten Apikoaortales Conduit können bei bestimmten Patienten viele dieser Komplikationen (Schrittmacher, Nierenversagen durch Kontrastmittel, Schlaganfall, Strahlenbelastung) vermieden werden. Das auch im Langzeitverlauf bewährte Verfahren wurde bereits über 2500 mal erfolgreich eingesetzt. Bei diesem Verfahren wird über einen ca. 12 cm messenden Schnitt im Bereich der linken Brustseite die Herzspitze und die absteigende Hauptschlagader dargestellt. Mit einer speziellen Klemme wird die Hauptschlagader ausgeklemmt und an die Hauptschlagader eine Gefäßprothese mit einer biologischen Klappe angesetzt. Dann wird mit einem speziellen Instrument ein Verbindungsflansch in die Herzspitze eingesetzt, über den dann das Blut aus dem Herzen über die biologische Klappe in die Hauptschlagader umgeleitet wird. Die verengte, eigene Herzklappe des Patienten wird belassen.

Das Verfahren wird am schlagenden Herzen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine durchgeführt. Mit diesem Verfahren können Patienten mit hohem Risiko, z.B. Voroperation mit offenen Bypassgefäßen, Z.n. Bestrahlung des Brustraumes, Z.n. Infektionen im Brustraum, Verkalkte aufsteigende Hauptschlagader (Porzellanaorta) oder Patienten, die für ein anderes interventionelles Verfahren (TAVI) nicht geeignet sind, versorgt werden.

Das Verfahren wurde im MediClin Herzzentrum Lahr / Baden für diese Hochrisikogruppe von Patienten eingeführt.

Abb. a

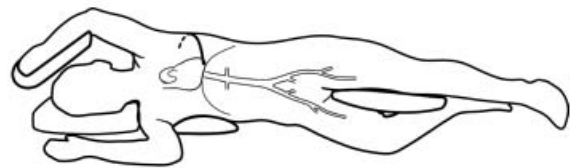


Abb. b

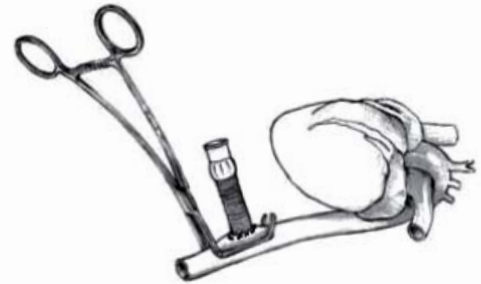


Abb. c

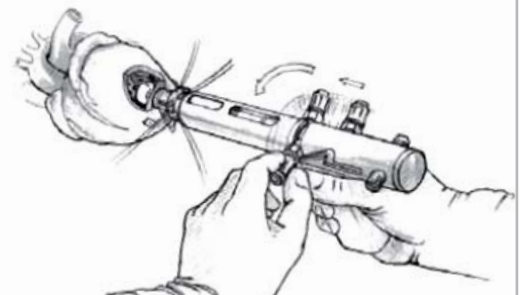
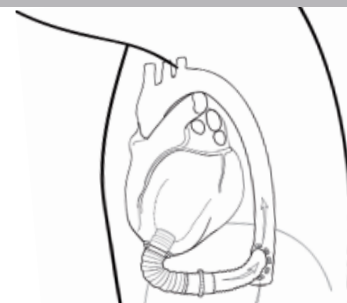


Abb. d



Die Bilder zeigen in chronologischer Abfolge den Ablauf der AVB OP an.

- a** Lagerung des Patienten
- b** Ausklemmen der absteigenden Hauptschlagader
- c** Einbringen des Flansche in die Herzspitze
- d** Ergebnis der Implantation

D. DIAMANTIS Herzchirurgische Ambulanz



Dr. Diamantis

Seit April 2009 erfolgt die Aufnahme und Vordiagnostik der stationär eingewiesenen Patienten der Herzchirurgie über die Herzchirurgische Ambulanz.

Hier werden die vorbereitenden Untersuchungen für die anstehende herzchirurgische Operation durchgeführt und gegebenenfalls weitere externe Untersuchungen und Konsile koordiniert.

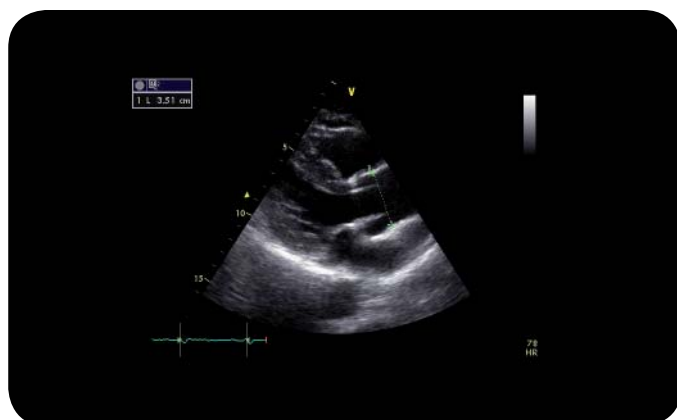
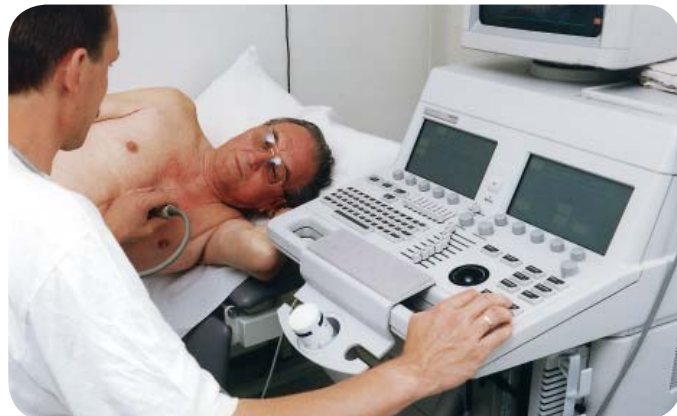
Nach Anamnese-Erhebung und Untersuchung der Patienten sowie Besprechung von Vorbefunden und Vorerkrankungen der Patienten werden notwendige weitere Untersuchungen durchgeführt oder veranlasst. Dazu gehören Ultraschall-diagnostik von Herz, Gefäßen und Abdomen, Ruhe-EKG, Langzeit-EKG, Belastungs-EKG und Doppleruntersuchungen der Gefäße.

Erforderliche radiologische Diagnostik (Röntgenuntersuchung des Thorax oder Nasennebenhöhlen, Computertomographie der Aorta, des Thorax oder Abdomens bzw. des Schädels) und spezielle labordiagnostische Untersuchungen werden veranlasst. Die erhobenen Befunde werden in Zusammenschau mit der Vordiagnostik mit den Patienten besprochen und gewertet.

In der Herzchirurgischen Ambulanz erfolgt außerdem auch die Besprechung und das Aufklärungsgespräch durch den Anästhesisten und die Operateure. Danach werden die Patienten der jeweiligen betreuenden Station zugeteilt (Intensivstation oder Normalstation). Teilweise wird die präoperative Diagnostik auch prästationär durchgeführt zur Klärung von Befunden und Abklären der Notwendigkeit / Indikation einer operativen Therapiemaßnahme.

Weiterführende kardiologische Diagnostik (z.B. koronarangiographische Untersuchungen) werden veranlasst. Für die weiteren ambulant zu erhebenden Befunde vor einer herzchirurgischen Operation wurde eine Checkliste für Patienten und Hausärzte erarbeitet.

Die Terminvergabe für Operationen wird über das Sekretariat der Herzchirurgie koordiniert. Die kardiologischen Leistungen werden auch über die Herzchirurgische Privatambulanz angeboten.



Ultraschallbild eines Herzens im Längsschnitt

Oberärztin:

Frau Dr. med. Despina Diamantis
Fachärztin für Innere Medizin / Kardiologie

Arzthelferin:

Frau Li Tiwy
Frau Anastasia Dick
(in Ausbildung zum Cardiology Assistant
Steinbeis Hochschule / Berlin)

Zur Planung der Operation und den notwendigen Untersuchungen sind die folgenden Voruntersuchungen sowie die Beachtung der Medikamenteneinnahme erforderlich, um die Abläufe zur Einplanung in das OP-Programm so einfach wie möglich zu gestalten.

Bitte besprechen Sie diese Checkliste auch mit Ihrem Hausarzt oder Kardiologen.

Voruntersuchungen

HNO-ärztliches Konsil – Fokussuche
(nicht älter als 4 Wochen)

Zahnärztliches Konsil – Fokussuche
(nicht älter als 4 Wochen)

Untersuchung der Halsschlagader
mit Ultraschall

Schilddrüsenwerte T3, T4, TSH
(nach Angiographie)

Letzte Röntgenaufnahmen mitbringen
(z.B. Lunge, Herz, Nasennebenhöhlen)

Als **Dialysepatient** Überweisungsschein
für „Gastdialyse“ mitbringen

Bei einer **Infektion**
(Grippe, Husten, Fieber, Unwohlsein)
unbedingt Ihren Hausarzt aufsuchen

14 Tage vor dem Aufnahmetermin
Einnahme von 200 mg Eisen pro Tag
erwünscht.

(bei kurzfristigem Aufnahmetermin Einnahme ab sofort)

Folgende Medikamente müssen abgesetzt werden:

ASS (über 100 mg / Tabl.)

Aspirin (über 100 mg / Tabl.)

Godamed

Clopidogrel

Plavix

Iscover

Efient

Prasugrel

Tyklad

Monobeltin

8 Tage vor Aufnahme absetzen

Achtung: Wenn Sie in den letzten 6 Monaten einen
Stent bekommen haben, diese Medikamente bis zur
Aufnahme weiter nehmen.

Cumarinpräparate (z.B. Marcumar)
4 Tage vor Aufnahme absetzen

Umstellung auf Heparin als „Bauchspritze“
durch Hausarzt oder Kardiologen

Metformin
einen Tag vor Aufnahme absetzen

Am Tag der Aufnahme folgende Diabetes- Medikamente nicht mehr einnehmen:

Biocos, Diabesin, Diabetase, Esba-Formin,
Glucophage Glucobon Biomo, Mediabet,
Meglucon, Mescorit, Met

ASS 100
bitte bis zur OP weiter nehmen

S. GÜRLER
ICU



Dr. Gürler

Bettenanzahl:

IPS I: 24
IPS II: 10
HIM: 10

Fallzahl pro Jahr:

2050

Durchschnittliche Verweildauer 2010:

4,5 Tage pro Patient

Beatmungsmöglichkeiten:

über 60%

Für die Versorgung der herzchirurgischen und der kardiologischen Patienten ist es wichtig, eine intensivmedizinische Einheit vorzuhalten, in der eine „rund um die Uhr Versorgung“ der Patienten auf höchstem Niveau gewährleistet werden kann. Unsere Klinik nimmt in dieser Hinsicht in Deutschland eine Spitzenposition ein und verfügt über 44 Intensivbetten.

Die Intensivstation ist unterteilt in eine Intensivpflegestation I (IPS I) und II (IPS II) und in eine Herzchirurgische Intermediate-care Station (HIM). Hier werden Patienten aufgenommen nach herzchirurgischen Operationen, präoperativ, wenn sie instabil sind und zur Überwachung nach invasiver kardiologischer Therapie (z.B. nach Herzkatheter, Ablation und Schrittmachersondenwechsel). Die künstlich beatmeten und schwer erkrankten Patienten werden hauptsächlich in IPS I, ein gemischtes Patientenkollektiv in IPS II und die nicht so schwer erkrankten Patienten in der Intermediate-care Station HIM versorgt.

Jedes Bett auf der Intensivstation ist mit einem kompletten Monitoring und allen Möglichkeiten zur umfassenden Intensivtherapie ausgestattet. Dazu zählen invasive- und nicht invasive Beatmungstechniken, invasives Kreislaufmonitoring, Nierenersatzverfahren, Intraaortaleballongegenpulsation-Einsatz (IABP), Extrakorporale Membranoxygenisierung (ECMO) und die therapeutische Kühlung nach Herzstillstand. Die Station wird sowohl im Tagesdienst als auch in der Nacht von ärztlichem interdisziplinärem Personal mit Facharztstandard und Intensivpflegepersonal rund um die Uhr betreut. Zur kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung werden die Qualitätsindikatoren der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) angewendet.



Die dargestellten Diagramme Bettsturz und Dekubitus zeigen, dass trotz der aktuellen demographischen Entwicklung der hohe Standard der pflegerischen Therapie eingehalten werden kann. Das zunehmende Lebensalter und die Mehrfacherkrankung der Bevölkerung erfordert unsererseits ein Umdenken und eine Reaktion. Die geringe Rate an Bettstürzen und die gering ausgeprägte Dekubitusentwicklung auf der Intensivstation zeugen von einem hohen pflegerischen Engagement.

Die niedrige Rate der Patienten, die auf der Intensivstation nach Verlegung wieder aufgenommen werden müssen, ist eine Folge der nachhaltigen guten medizinischen Versorgung und sie ist ein guter Qualitätsnachweis für den optimierten Verlegungsprozess innerhalb des Krankenhauses.

Eine Herzbeutelamponade (Perikardtamponade) ist eine der gefürchtetsten Komplikationen nach Herzoperation. Dem Entstehen dieser Komplikation wird durch eine spezielle Technik während der Operation präventiv entgegen gewirkt. Die geringe Rate der Herzbeutelamponaden in unserer Klinik wirkt sich somit positiv auf das Gesamtergebnis der Komplikationen nach einer Herzoperation aus.

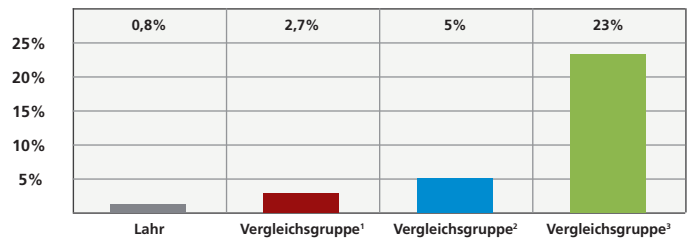
Eine Herzoperation mit der Anwendung der Herz-Lungen-Maschine hat oft eine respiratorische Insuffizienz (Störung der mechanischen Atmung) nach dem Eingriff zur Folge. Durch den hohen Einsatz der OPCAB-Verfahren (Bypassoperation ohne Herz-Lungen-Maschine) in unserer Abteilung kann die Rate der Atemstörungen nach den Operationen relativ gering gehalten werden.

Ein komplizierter Verlauf nach chirurgischen Eingriffen kann eine allgemeine Ausbreitung einer Infektion im Körper (Sepsis) zu Folge haben. Durch eine moderne differenzierte Therapie mit Antibiotika und Medikamenten gegen Pilze auf der Intensivstation haben wir gute Erfolge gegen Sepsisentwicklung nach Herzoperationen aufzuweisen.

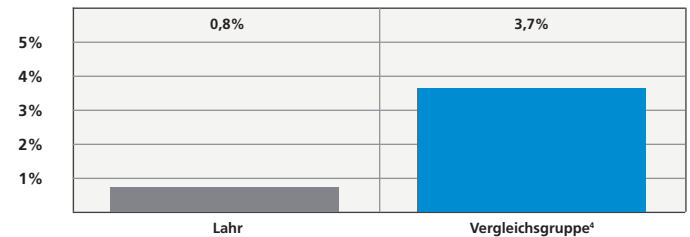
Die angegebenen Literaturangaben unterstreichen unsere Leistung im internationalen Vergleich.

¹ Williams et al. 2001
² Lyder et al., Arch Int Med 161(12):1:549-54
³ Bours et al. 2002 PUAP
⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2005
⁵ Bardel T et al., European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2003; 23:354-359
⁶ Boeken U et al., 128. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie München 2011
⁷ Bergs P et al., Z Herz Thorax Gefäßchir 2000;14:220-230
⁸ Jaggar I et al. Eur J Cardiothorac Surg 2004;26:1156-1160
⁹ Farzan F et al., Chest 2008;133:713-721
¹⁰ Faggian G et al., European Surgery 2011;2
¹¹ Burchardi et al., Die Intensivmedizin 10. Auflage, Springer Verlag; s 984
¹² Laura et al., The National Surgical Quality Improvement Program Perspective, Arch Surg 2010;145(7):695-700

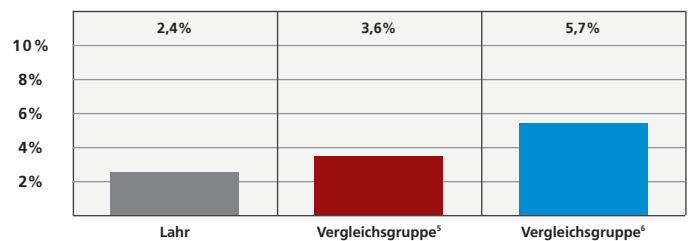
Dekubitus



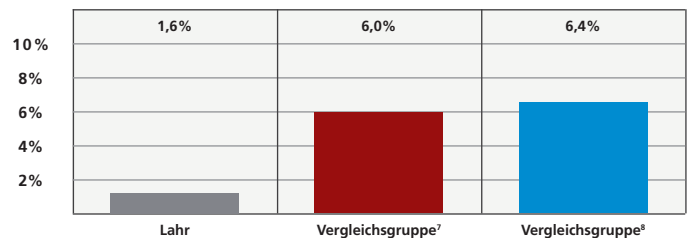
Bettsturz



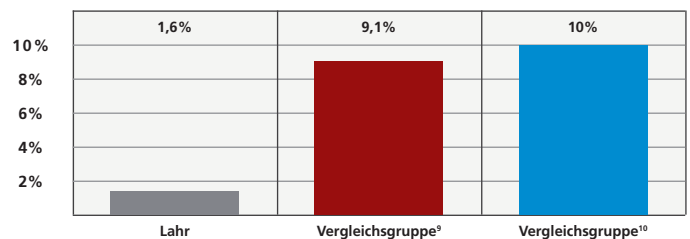
Wiederaufnahmen Intensivstation



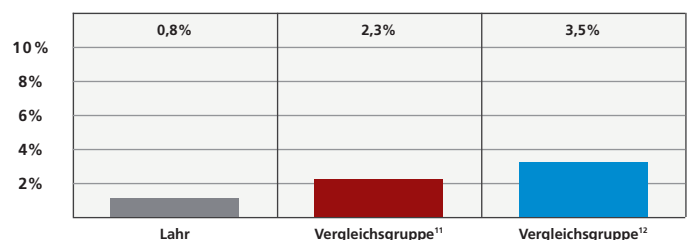
Perikardtamponade



Respiratorische Insuffizienz



Sepsis



H. GROSS

Risiko- und Qualitätsmanagement im MediClin Herzzentrum Lahr / Baden



H. Gross

Risikomanagementsysteme in Krankenhäusern gehören heutzutage als fester Bestandteil zu einem modernen Qualitätsmanagement. Gezielt und konsequent eingesetzt führt Risikomanagement zu einem höheren Maß an Patientensicherheit, einer gesteigerten Behandlungsqualität und letztendlich zu einer kostengünstigeren Versorgung.

Der Begriff Risiko beschreibt die Wahrscheinlichkeit eines Zwischenfalls in einer Klinik mit den möglichen Folgen wie Komplikationen, Verletzungen, Tod bzw. finanziellem Verlust.

Das Ziel des Risikomanagements ist, Risiken rechtzeitig zu identifizieren sowie Fehler und deren Ursachen zur Sicherstellung der Patientensicherheit und Versorgungsqualität zu minimieren. Die Analyse des Organisationsgrades und der Strukturen der Klinik ist ein wesentlicher Faktor im Rahmen des Risikomanagements.

Im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden wurde 2007 das Critical Incident Reporting System (CIRS) eingeführt. Das CIRS ist ein Berichtssystem zur Meldung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Fehlern im Gesundheitswesen.

Die konsequente Umsetzung des Risikomanagements im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden in Ergänzung zum medizinischen Qualitätsmanagement zahlt sich für alle Beteiligten und natürlich für die Patienten selbst aus.

Die Sicherung und das Management von Qualität haben im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Die Qualität des Gesundheitssystems ist weltweit zu einem wichtigen Thema geworden, wobei die neuen Betrachtungsweisen von Qualität keine Bedrohung, sondern eine Chance auch für unsere Klinik darstellen. Das MediClin Herzzentrum Lahr/Baden war das erste Herzzentrum in Deutschland, das 1999 nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert wurde.



NEU: Möglichkeit des Klinikvergleichs durch die



Unser Ziel: Durchblick.

Wenn Sie heute als einweisender Arzt die „richtige“ Klinik für die Behandlung eines bestimmten Patienten suchen, sehen Sie sich einer vielfältigen Krankenhauslandschaft gegenüber: Sie haben die Wahl zwischen den verschiedensten Kliniken. Kleine und große Häuser unterschiedlicher Träger, Unikliniken, allgemeine und spezialisierte Krankenhäuser. Die bisher zugänglichen Informationen über Qualität reichen jedoch nicht aus, um eine fundierte Entscheidung treffen zu können. Auch wenn die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte einen Schritt in die richtige Richtung darstellen, enthalten sie noch zu wenig differenzierte Qualitätsinformationen.

Qualitätskliniken.de verhilft Ihnen zu einem besseren Durchblick. Schnell und fundiert.

Unser Anspruch: Umfassende Information.

Qualitätskliniken.de ist ein werbefreies und unabhängiges Internetportal, das ausdrücklich alle Kliniken in Deutschland einlädt, sich zu engagieren und Mitglied von Qualitätskliniken.de zu werden. Unser Ziel ist es, echte Vergleiche für alle Nutzer auf der Grundlage umfassender Informationen zu ermöglichen.

Wir wollen Qualität im Krankenhaus für Sie und Ihre Patienten transparent und zuverlässig erkennbar machen.

Wir messen Qualität in vier Dimensionen.

Als erstes Portal vergleicht Qualitätskliniken.de die Qualität einer Krankenhausbehandlung in vier Dimensionen. Die Kliniken bringen Ergebnisse zur medizinischen Behandlungsqualität und Patientensicherheit ein, Patienten und einweisende Ärzte ergänzen dies mit ihren persönlichen Einschätzungen.

Unsere vier Dimensionen auf einen Blick:

- 1 Medizinische Qualität
- 2 Patientensicherheit
- 3 Patientenzufriedenheit
- 4 Einweiserzufriedenheit

Ein so umfassendes Bild von der Behandlung Ihrer Patienten liefert nur Qualitätskliniken.de.

Das bietet Ihnen Qualitätskliniken.de:

- Raschen Zugang zu einer aktuellen Übersicht.
- Gezielte Suchmöglichkeiten.
- Individualisiertes Ranking.
- Fundierte Entscheidungsgrundlage.
- Nachvollziehbare Argumentation im Patientengespräch.

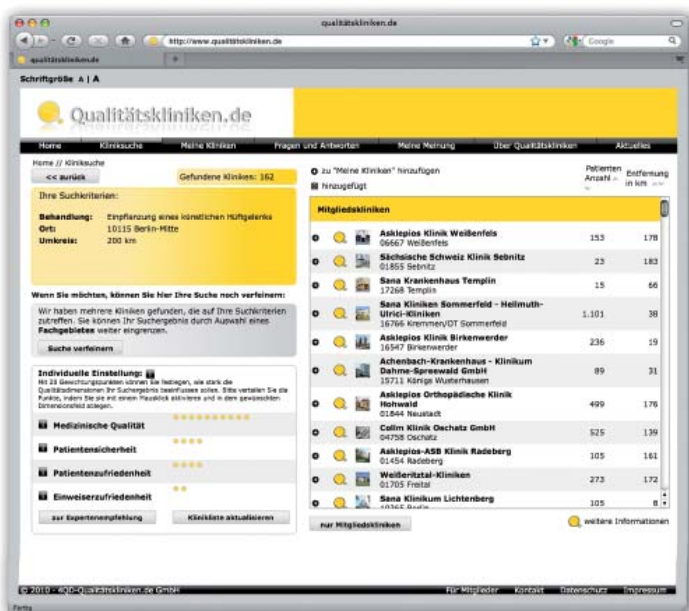
Ihre Meinung ist gefragt.

Haben Sie unser Webportal besucht?
Dann interessiert uns Ihre Erfahrung:

Ist die Seite aus Ihrer Sicht funktionell?
Helfen Ihnen die Ergebnisse bei der Suche?
Erleichtert das Portal die tägliche medizinische Praxis?

Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung an info@qualitaetskliniken.de oder direkt online über die Rubrik „Meine Meinung“ im Portal.

www.qualitaetskliniken.de



J. LUTZ
Pflegernews



J. Lutz

Die Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege stellen eine entscheidende Säule der Patientenversorgung im MediClin Herzzentrum Lahr/Baden dar.

Durch den demographischen Wandel, die steigenden Qualitätsanforderungen und die fortschreitenden Entwicklungen in der Medizin steht auch diese Berufsgruppe vor neuen Herausforderungen. Um eine professionelle Pflege unter sich verändernden Rahmenbedingungen gewährleisten zu können, ist uns die Aus-, Fort- und Weiterbildung unsere Mitarbeiter ein besonderes Anliegen.

Seit 2009 bilden wir in Kooperation mit dem Oekumenischen Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH Gesundheits- und Krankenpflegeschüler aus. Sie lernen bei uns die spezifische Pflege von Patienten mit herzchirurgischen oder kardiologischen Krankheitsbildern kennen. In den Einsatzbereichen der Pflegestationen, der kardiologischen Funktionsdiagnostik und der kardiologischen sowie herzchirurgischen Ambulanz werden die Auszubildenden von qualifizierten Mitarbeitern und Praxisanleitern in ihren Lernerfahrungen unterstützt. Im nächsten Jahr werden drei von mittlerweile neun Schülern die Ausbildung beenden.

Auch unsere langjährigen Mitarbeiter sind in einem kontinuierlichen Lernprozess eingebunden. Alle Mitarbeiter des Pflegedienstes nehmen einmal im Jahr an den Pflichtfortbildungen teil. Diese umfassen die Themen der Krankenhaushygiene, Reanimations- und Notfalltraining sowie das Arbeiten nach Pflegestandards und Geräteeinweisungen. Darüber hinaus wird durch ein breit gefächertes Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten eine kontinuierliche Personalentwicklung ermöglicht.

Hervorzuheben ist die zweijährige berufsbegleitende Fachweiterbildung in der Intensivpflege und Anästhesie. Während der Weiterbildung, in Kooperation mit den Weiterbildungsstätten des Kreiskrankenhauses Emmendingen und dem Universitätsklinikum Freiburg, erwerben die Teilnehmer fundiertes Wissen rund um die Themenbereiche der Anästhesie- und Intensivpflege. Besondere Schwerpunkte sind dabei die Pflege und Betreuung von Intensivpatienten mit Organunterstützungssystemen, Methoden der Anästhesie und die prä-, intra- und postoperative Überwachung. Weitere Themenbereiche sind die Physiologie, Pathophysiologie, Pharmakologie und Medizintechnik. Dieses Jahr haben vier Mitarbeiter diese Ausbildung erfolgreich abgeschlossen, zwei Mitarbeiter werden sie zum Ende des Jahres abschließen.



NEWS

- 15.02. **D. Diaz**
Tagung DGTHG Stuttgart
„Short and long term follow up after repair of postinfarction left ventricular aneurysm“
- 24.02. **J. Ennker**
Fortbildung für Niedergelassene, Kassel
„Koronare Herzkrankheit im Licht der Syntax-Studie“
- 20.03. **J. Ennker, U. Rosendahl**
Heilbronner Frühjahressymposium, Herzrhythmusstörungen 2010
„Chirurgische Möglichkeiten bei Herzrhythmusstörungen – nur in Kombination mit anderen Eingriffen?“
- 25.03. **J. Ennker**
9. Nationales DRG-Forumplus 2010 in Berlin DRG und die neue Gesundheitspolitik
„Klinik im Wettbewerb – Wie positioniere ich mein Krankenhaus am Markt?“
- 08.04. **J. Ennker, A. Böhning, A. Albert, U. Rosendahl, I. C. Ennker, I. Florath**
76. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Mannheim
„Outcome after surgical aortic replacement in high-risk patients“
- 09.04. **I. C. Ennker, A. Böhning, A. Albert, U. Rosendahl, J. Ennker, I. Florath**
76. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Mannheim
„Long-term results after aortic valve replacement with stentless porcine bioprosthesis in a large study cohort“
- 24.04. **J. Ennker**
Albert-Schweitzer-Klinik, Königfeld
„Qualitätskriterien der modernen Herzchirurgie“
- 15.05. **J. Ennker**
Pristina, Kosovo
„Quality criteria of modern heart surgery“
- 29.05. **J. Ennker**
Symposium Schloss Burgau
„Koronarchirurgie im Alter“
- 10.07. **J. Ennker**
13. Kardiologisches Symposium, Theresienklinik, Bad Krozingen
„Moderne chirurgische Therapie von Aortenklappenvitien“
- 15.07. **J. Ennker**
DKV, Köln
„Ergebnisse der Klappen- und Koronarchirurgie“
- 13.09. **D. Diaz**
EACTS, 24th EACTS Annual Meeting, CH-Genf
„Results of left ventricular aneurysmectomy: Influence of revascularisation of the left anterior descending coronary artery“
- 15.09. **J. Ennker**
EACTS, 24th EACTS Annual Meeting, CH-Genf
„Long-term outcome after Replacement of the aortic root with stentless porcine bioprostheses“
- 18.11. **J. Ennker**
Grand Round, The Methodist Hospital, Houston
„Aortic Valve Replacement – Interventional or conventional surgery?“

Efficacy and safety of very low-dose self-management of oral anticoagulation in patients with mechanical heart valve replacement.

Koertke H, Zittermann A, Wagner O, Ennker J, Saggau W, Sack FU, Cremer J, Huth C, Braccio M, Musumeci F, Koerfer R.
Ann Thorac Surg. 2010 Nov;90(5):1487-93.

Female gender does not increase perioperative risk in coronary bypass surgery.

Gulbins H, Ennker IC, Malkoc A, Ennker JC.
Thorac Cardiovasc Surg. 2010 Oct;58(7):403-7.

Management of protamine allergy with bivalirudin during coronary artery revascularization.

Koster A, Rosendahl U, von Hodenberg E, Ennker J.
Ann Thorac Surg. 2010 Jul;90(1):276-7.

Short term outcomes of total arterial coronary revascularization in patients above 65 years: a propensity score analysis.

Hassanein W, Hegazy YY, Albert A, Ennker IC, Rosendahl U, Bauer S, Ennker J.
J Cardiothorac Surg. 2010 Apr 18;5:25.

The late impact of surgical skills and training on the subcoronary implantation of the Freestyle stentless bioprosthesis.

Albert A, Florath I, Rosendahl U, Ismail M, Hassanein W, Ennker J.
J Heart Valve Dis. 2010 Jan;19(1):104-12; discussion 113-4.

Aortic valve replacement in octogenarians: identification of high-risk patients.

Florath I, Albert A, Boening A, Ennker IC, Ennker J.
Eur J Cardiothorac Surg. 2010 Jun;37(6):1304-10.

Böning A, Boedeker RH, Rosendahl UP, Niemann B, Haberer S, Roth P, Ennker JA.

Long-term Results of Mechanical and Biological Heart Valves in Dialysis and Non-Dialysis Patients.

Thorac Cardiovasc Surg. 2011 May 3.
[Epub ahead of print]

Albert A, Sergeant P, Florath I, Ismael M, Rosendahl U, Ennker J.

Process review of a departmental change from conventional coronary artery bypass grafting to totally arterial coronary artery bypass and its effects on the incidence and severity of post-operative stroke.

Heart Surg Forum. 2011 Apr 1;14(2):E73-80.

Ennker IC, Bär AK, Florath I, Ennker J, Vogt PM.

In search of a standardized treatment for poststernotomy mediastinitis.

Thorac Cardiovasc Surg. 2011 Feb;59(1):15-20. Epub 2011 Jan 17.
Erratum in: Thorac Cardiovasc Surg. 2011 Mar;59(2):130.

Ennker IC, Albert A, Dalladaku F, Rosendahl U, Ennker J, Florath I.

Midterm outcome after aortic root replacement with stentless porcine bioprostheses.

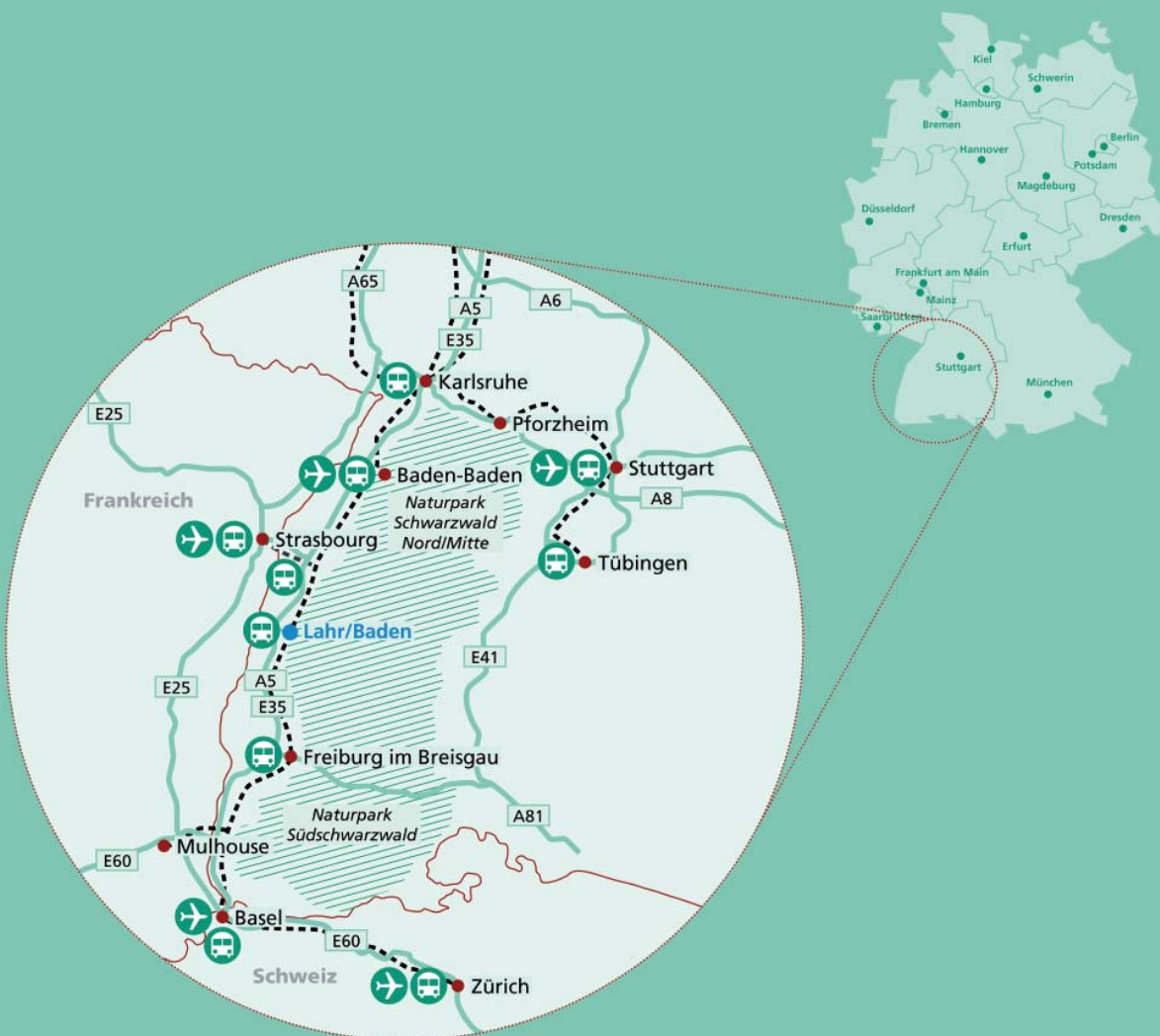
Eur J Cardiothorac Surg. 2011 Jan 27.
[Epub ahead of print]



MediClin
Herzzentrum Lahr / Baden
Hohbergweg 2
77933 Lahr
Tel. 0 78 21/925-0
Fax 0 78 21/925-39 25 00
info.HZL@mediclin.de

**Klinik für Herz-, Thorax- und
Gefäßchirurgie**
Prof. Dr. med. Jürgen Ennker
Tel. 0 78 21/925-10 00
Fax 0 78 21/925-39 10 00
www.ennker.de

www.mediclin.de/herzzentrum-lahr



© MediClin, Stand: 07/2011; Z/Öffentlichkeitsarbeit, Offenburg; MediClin Herzzentrum Lahr/Baden, Lahr/Baden; Satz und Layout: Time Klußmann, Karlsruhe

MediClin integriert.