



„40 Jahre Kardiologie am HerzZentrum Saar“



Dr. Cem Özbek ist Chefarzt der Medizinischen Klinik I, Kardiologie/Angiologie am HerzZentrum Saar der SHG-Kliniken Völklingen. Der Facharzt für Kardiologie/Angiologie und Ärztlicher Direktor der SHG-Kliniken Völklingen spricht im Interview über die herausragenden Entwicklungen innerhalb der Klinik für Kardiologie in den zurückliegenden 40 Jahren, über seine nunmehr 20-jährige Chefarztstätigkeit, die Bedeutung der Mitarbeiter und über die Herausforderungen der Zukunft.

Die Kardiologie im HerzZentrum Völklingen feiert in diesem Jahr ihr 40-jähriges Bestehen. 20 plus 20 Jahre. Was bedeutet dieses Jubiläum für die Kardiologie?

Dr. Özbek: Die ersten 20 Jahre der Kardiologie waren bestimmt durch die Etablierung der Abteilung sowie ihre feste, permanente Absicherung unter meinem Vorgänger Professor Hennersdorf.

Die nächsten 20 Jahre waren dann durch eine erhebliche Vergrößerung der Abteilung und Ausweitung der Funktionen gekennzeichnet. So stieg die Anzahl der Krankenhausbetten von 60 auf 94 und der Intensivbetten von 3 auf 25. Die Anzahl der Herzkatheterlaboratorien wurde von 2 auf 6 gesteigert, die Abteilungen Elektrophysiologie und kar-

diale Schnittbildverfahren wurden ergänzt, die interventionelle Angiologie etabliert; das Spektrum der Herzschrittmacher wurde erweitert und vervollständigt.

Herr Doktor Özbek, wie bewerten Sie die enorme Vergrößerung der Abteilung in diesem Zeitraum?

Dr. Özbek: Diese deutliche Vergrößerung der Abteilung war niemals Selbstzweck. Sie diente und dient einzig und allein der Steigerung der medizinischen Qualität und der optimalen Behandlung von Patienten. Wer einen Eingriff oft durchführt, der macht ihn naturgemäß auch besser als ein Anderer, der selten einen solchen Eingriff vornimmt. Darüber hinaus führt die Etablierung neuer Methoden in Diagnostik und Therapie dazu, dass wir den Patienten eine Kardiologie auf höchstem Niveau anbieten können.

Worin sehen Sie weitere bedeutsame Faktoren für die Kardiologie?

Dr. Özbek: Eine weitere entscheidend wichtige Tatsache für die Kardiologie ist, dass wir beste Beziehungen zur Herz- und Thorax-Chirurgie am HerzZentrum haben. Das betrifft nicht nur die Chefärzte Prof. Dr. Seipelt und seinen Vorgänger Dr. Isringhaus, sondern alle Mitarbeiter unter-



einander. Die Zusammenarbeit der beiden Abteilungen bei uns kann als vorbildlich charakterisiert werden.

Unsere Zusammenarbeit ist gekennzeichnet durch die Sorge um die gemeinsamen Patienten und eine intensive Kommunikation um die jeweils beste individuelle Therapie. Sie findet kontinuierlich statt, nicht nur in den regelmäßigen wöchentlichen Konferenzen, die selbstverständlich als Kommunikationsbasis etabliert sind. Sie findet auch immer dann statt, und sei es mehrmals täglich, wenn es erforderlich ist, bei einem individuellen Patienten eine zeitnahe optimale Therapie, sei sie nun konservativ, interventionell oder operativ, im interdisziplinären Dialog herauszuarbeiten.

Die Zusammenarbeit zwischen Herrn Prof. Seipelt und mir wird dabei getragen durch gemeinsame Überzeugungen in den Grundzügen der Patientenbehandlung und Klinikführung. Darüber hinaus führen wir gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen für die ärztlichen Kollegen im südwestdeutschen Raum und gemeinsame Patientenseminare durch.

Nach 20 Jahren Erfahrung als Chefarzt und nach 3 Jahren als ärztlicher Direktor, was zeichnet ein funktionierendes Krankenhaus aus?

Dr. Özbek: Es braucht nicht besonders unterstrichen zu werden, dass ein Krankenhaus als ein Dienstleistungsunternehmen in erster Linie von den Fähigkeiten und Fertigkeiten seiner Mitarbeiter abhängt. Die professionelle Behandlung der Patienten erfordert einerseits tiefgehende Fachkenntnisse, andererseits aber die Fähigkeit zur Empathie mit den anvertrauten Patienten.

Das oberste Leitmotiv des HerzZentrums ist: „Behandle deinen Patienten so, wie Du selbst behandelt werden möchtest“. Das mag ein hoher Anspruch sein, hilft aber in den meisten Fällen, wo man nicht genau weiß, wie man im Einzelfall weiter behandeln sollte. Mit diesem Leitspruch im Hinterkopf kann man relativ rasch den richtigen Weg finden. Die Fürsorge für den Einzelfall, das Eingehen auf die individuellen Nöte der Patienten ist und bleibt trotz aller Professionalität die herausragende Aufgabe der Kardiologie. Der Anspruch ist nicht geringer, als dass jeder

Patient mit kardiovaskulären Erkrankungen in dieser Abteilung optimal behandelt wird.

Dies betrifft nicht nur die medizinische Seite der Behandlung, sondern auch die menschlichen, sprich psychologischen Aspekte eines kranken Menschen. Weder die Kommunikation mit Patienten noch die Situation, in der sich Menschen mit Krankheiten befinden, werden während des Studiums erlernt. Sie müssen in der Weiterbildung trainiert und verinnerlicht werden. Daher ist es unabdingbar geworden, dass Assistenzärzte eine entsprechende, strukturierte Lehre durchlaufen, in der sie auf die besondere Kommunikation mit Patienten und auf das Rollenverständnis Arzt und Patient vorbereitet werden.

Tatsächlich bemüht sich die Kardiologie des HerzZentrums in Völklingen, dieser Aufgabe gerecht zu werden. Eine permanente Rückkopplung zum Patienten und den ärztlichen Zuweisern ist dabei von entscheidender Bedeutung.

Man darf sich auch hier mit dem Erreichten nicht zufrieden geben und muss das Verbesserungspotential kontinuierlich ausloten. Ein Gradmesser hierfür sind Beschwerden von Patienten und Kollegen. Während wir überwiegend mit zustimmender Beurteilung von Patienten konfrontiert sind, erleben wir doch in 5 bis 8% der Fälle auch Kritik.

Wir haben erkannt, dass die überwiegende Mehrzahl dieser Kritik auf Kommunikationsprobleme durch Ärzte und Pflege mit dem Patienten, aber auch untereinander zurückzuführen ist. Die Zufriedenheit der Zuweiser drückt sich in der Zahl der Einweisungen aus. Auch hier ist die Kommunikation auf Augenhöhe mit den niedergelassenen Kollegen – seien es Haus- oder Fachärzte – entscheidend.

Begreifen wir uns doch als Dienstleister an unseren Patienten. Die Annahme einer berechtigten Kritik und das Umsetzen, der oft gleich auch mitvorgeschlagenen Lösungen, sind hierbei entscheidend.

Was sehen Sie in diesem Zusammenhang als weitere bedeutsame Faktoren?

Dr. Özbek: Eine der großen Herausforderungen für die Krankenhausleitung ist es, qualifiziertes Personal, sowohl



auf pflegerischer als auch insbesondere auf ärztlicher Ebene zu gewinnen.

Seit der drastischen Reduktion der Studienplätze in Deutschland werden nicht ausreichend Ärzte an deutschen Hochschulen ausgebildet. Hinzu kommt, dass zwei Drittel der Absolventen an medizinischen Hochschulen mittlerweile weiblichen Geschlechtes sind. Frauen wollen oft nicht Vollzeit tätig werden. Zudem kommt es zu Ausfallzeiten durch die, Gott sei Dank, steigenden Kinderzahlen.

Allein diese beiden Faktoren führen dazu, dass wir auf Kollegen aus dem Ausland angewiesen sind, um den Betrieb des Krankenhauses aufrecht zu erhalten.

Wir sind sehr dankbar, dass wir dadurch den Mangel an in Deutschland ausgebildeten Kollegen zum Teil kompensieren können. Verständigungsprobleme wegen noch unzureichender Sprachkenntnisse, kulturelle Unterschiede und gelegentlich auch Qualitätsunterschiede hinsichtlich der medizinischen Ausbildung sind zu beachten. Ja, tatsächlich die universitäre Ausbildung in Deutschland ist auf einem sehr hohen Niveau, das nicht überall in Europa oder der übrigen Welt erreicht wird.

Was lässt sich Ihrer Meinung nach hier tun?

Dr. Özbek: Wir investieren mit großem Engagement in die Sprachkompetenz der Mitarbeiter, unterstützen sie bei Sprachkursen und der Äquivalenzprüfung für Ärzte. Des Weiteren investieren wir viel Brainpower in die Erarbeitung von medizinischen Standards für die Diagnostik und Behandlung von Patienten und in die kardiologische Fortbildung.

Trotz des Rückgriffs auf ausländische Ärzte lässt sich aber der Mangel an Ärzten insgesamt nicht völlig beseitigen. Die Lösung dieses Problems besteht nach meiner Ansicht in der Delegation von ärztlichen Aufgaben auf medizinisches Assistenzpersonal. Ich bin der Auffassung, dass vor allem Pflegekräfte mit langjähriger klinischer Erfahrung in diesem Sinne fortgebildet werden können. Vor allem solche ärztlichen Aufgaben, die gut abgrenzbar, inhaltlich logisch definierbar und unproblematisch zu kontrollieren sind, bieten sich hier an.

Wir haben so bereits in der Echokardiographie, in der Elektrophysiologie und im Device-Team bei Schrittmachern mit dieser Strategie gute Erfahrungen sammeln können. Allerdings werden diese punktuellen Lösungen in Zukunft sicher nicht ausreichen.

Denkbar wären auch weitere Aufgaben, wie die ärztliche Stationstätigkeit, die generelle Vorabklärung der Patienten und die Besprechung der Grundzüge der Erkrankung, die man delegieren könnte. Natürlich bleibt das Gespräch mit dem Arzt unabdingbar. Ich bin aber überzeugt, dass durch die Vorab-Gespräche der Arzt erheblich an Zeit sparen kann.

Das hört sich sehr innovativ an. Sind denn solche Modelle schon anderswo erprobt worden?

Dr. Özbek: Damit betritt die Kardiologie tatsächlich Neuland in Deutschland. Allerdings kann man sich an den Vereinigten Staaten von Amerika orientieren, wo man schon allein wegen des ökonomischen Drucks mit den Organisationsstrukturen den deutschen Strukturen 10 Jahre vorausseilt: von so genannten physician assistants (PA) werden erstaunlich viele Tätigkeiten übernommen, die bei uns



früher nur von Ärzten wahrgenommen werden; dabei sind jeweils ein bis zwei physician assistants jedem Facharzt im Krankenhaus persönlich zugeordnet.

Dies führt zu einer deutlichen Entlastung der Ärzte und ermöglicht ihnen, sich auf die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen und Prozesse zu konzentrieren und ausreichend mit dem Patienten zu kommunizieren. Dieses Vorgehen kehrt die seit 40 Jahren zu beobachtbare Entwicklung in Deutschland, in der sich die Pflege immer weiter von der Verantwortung zur Patientenbehandlung entfernt, in ihr Gegenteil um.

Was sind die Herausforderungen der Zukunft?

Dr. Özbek: „In den kommenden Jahren stehen neben der ständigen Modernisierung der Gerätschaften und Räumlichkeiten, die mit erheblichen Investitionen verbunden sind, auch die ständige Verbesserung der Prozessabläufe sowie die Etablierung eines Kard-MRTs, einer Rechtsherz-katheterereinheit, und von Spezial-Ambulanzen, z.B. Psychokardiologie, im Vordergrund.“

Nach dem vorgesagten wird auch deutlich, dass daneben gleichrangig die Verbesserung der Fähigkeiten und Fertigkeiten ärztlicher Mitarbeiter, ihr optimaler Einsatz und der

Aufbau von Diensten, die delegierbare ärztliche Aufgaben übernehmen, stehen. Gleiches trifft auch für die Pflege zu. Ohne eine Weiterentwicklung der Pflege, wie sie in unserem Hause geübt wird, ist die Kardiologie im Herzzentrum Saar – so wie sie heute dasteht – nicht denkbar. Bereits heute werden bei uns sehr viele Aufgaben, die andernorts von Ärzten wahrgenommen werden, durch die Pflege durchgeführt. So wird durch eine intensivierete Kooperation und Verzahnung von Ärzten und Pflege die Behandlung des Patienten optimiert.

So rasant und vielfältig die Entwicklung der letzten 20 Jahre auch war, so rasant, vielleicht sogar noch rasanter und vielfältiger, muss man sich die kommenden Entwicklungen in den nächsten 20 Jahren vorstellen. Wir werden im Herzzentrum Saar auch weiterhin neue Wege und Therapien identifizieren, um das Leben unserer Patienten zu verbessern um Ihnen neue Chancen und Lebensperspektiven zu geben.

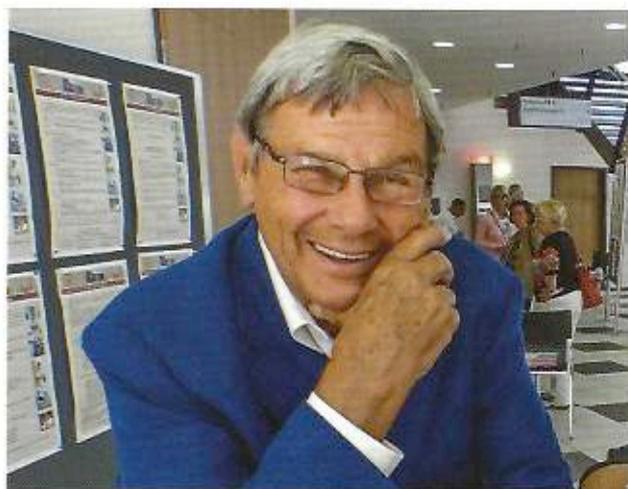
Nach 20 Jahren Tätigkeit in der Kardiologie bin ich den Mitarbeitern außerordentlich dankbar und mit ihnen gemeinsam auch etwas stolz auf das, was wir gemeinsam geschaffen haben.

Herr Dr. Özbek, wir danken Ihnen für das Gespräch.



Krisen als Chance verstehen

Paul Quirin, einer der Gründerväter der Völklinger Kardiologie



Paul Quirin war lange Jahre Geschäftsführer der SHG und Verwaltungsdirektor der SHG-Kliniken Völklingen. Als Vermittler und Gestalter hat er das Gesicht der Kardiologie und des HerzZentrums Saar entscheidend mit geprägt.

Es war schon eine besondere Zeit, als ich in Völklingen als Verwaltungsdirektor mit meiner Arbeit angefangen habe. Es war die Zeit, in der das sogenannte „Kreiskrankenhaus Völklingen“ auf der Liste der zu schließenden Krankenhäuser des Saarlandes stand. So kamen Anforderungen und Aufgaben auf uns zu, die nicht zum normalen Betrieb eines Krankenhauses gehören.

Die Schließung des Krankenhauses doch noch zu verhindern, das betrachteten wir als unsere wichtigste Aufgabe. Ein bedeutsamer Schritt in diese Richtung war es, zunächst die Zusammenarbeit mit den Nachbarkliniken Püttlingen und St. Michael besser zu koordinieren.

Damals waren Kliniken mit Abteilungen wie Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe und Innere Medizin üblich. Entgegen dem damaligen Trend haben wir beschlossen, das Kreiskrankenhaus zu einem sogenannten Fachkrankenhaus mit spezialisierten Abteilungen zu entwickeln. Wir waren damit die erste Klinik im Saarland, die diese Umstrukturierung wagte.

Die schwierigste Aufgabe bestand zunächst darin, die Fachabteilungen Chirurgie, Gynäkologie und die Belegabteilungen HNO und Urologie zu schließen, um aus der

Konkurrenz mit anderen Krankenhäusern herauszukommen. Aus meinen damals gemachten Erfahrungen empfehle ich Krankenhäusern, die sich ebenfalls spezialisieren wollen wie wir damals, zunächst bestimmte Abteilungen zu schließen, um sich aus dem Konkurrenzgewirr herauszuhalten.

Nachdem wir die anderen benachbarten Krankenhäuser über die Schließung einzelner Abteilungen informiert hatten, leiteten wir die entsprechende Umstrukturierung in Völklingen ein. Wir teilten die Innere Abteilung in drei Spezialkliniken auf, zu denen primär die Kardiologie gehörte, aber auch eine Abteilung Gastroenterologie und später die Nephrologie. Die Urologie wurde als eine Hauptfachabteilung etabliert.

Als nächster Schritt war es notwendig, einen namhaften Kardiologen zu gewinnen. Aufgrund einer öffentlichen Ausschreibung haben wir Herrn Prof. Dr. Hennersdorf von der Universität Hannover gewinnen können, der dann sofort in die damals noch verhältnismäßig junge invasive Kardiologie einstieg. Es stand damals nur ein Messplatz zur Verfügung, dessen Ausstattung jedoch nicht dem aktuellen Stand der Technik entsprach. Dennoch war in der Kardiologie durch steigende Leistungszahlen eine deutliche Aufwärtsentwicklung zu verzeichnen.

Mich beeindruckt, wie sich aus einer Idee innerhalb von 40 Jahren ein Zentrum der kardiologischen Hochleistungsmedizin mit überregionaler Bedeutung zum Wohle von Herzpatienten entwickelt und etabliert hat. Noch mehr beeindruckt mich die Menschen, die dies maßgebend sowie mit viel Leidenschaft zustandegebracht haben – Respekt. Alles Gute zum Geburtstag und weitere erfolgreiche Jahre.

Dr. Kamil Uysal

“

Es wurde dann aufgrund der Entwicklung im kardiologischen Bereich auch die Technik der Gefäßerweiterung (Dilatation) eingeführt. Diese Behandlung musste zunächst im sogenannten „Stand by“ herzchirurgisch begleitet werden. Am Anfang erfüllte das Krankenhaus Kaiserslautern diese Aufgabe. Dazu musste bei jedem Ballon-Eingriff ein Rettungshubschrauber am Krankenhaus Völklingen betriebsbereit stationiert werden. Das war bei den steigenden Leistungszahlen nicht dauerhaft umsetzbar, so dass wir uns intensiv um die Einrichtung einer Herzchirurgie in Völklingen bemüht haben – keine leichte Aufgabe, da die invasive Kardiologie und die Herzchirurgie bis dato den Universitäten zugeordnet wurden. Die Reaktion der Fachwelt äußerte sich negativ: „Ein Kreiskrankenhaus maßt sich an, diese universitären Aufgaben anzugehen“.

Wir konnten aufgrund der Leistungszahlen und des Nachweises, dass insbesondere herzchirurgische Behandlungen von saarländischen Patienten zunehmend in Kaiserslautern und in Karlsruhe, aber auch in Nancy durchgeführt wurden, gute Argumente vorbringen. Die Landesregierung und die damalige hierfür zuständige „Krankenhauskonferenz“ folgte deshalb der Empfehlung der Planungsbehörde und genehmigte die Einrichtung einer Herzchirurgie in Völklingen.

Wir suchten wir einen namhaften Herzchirurgen, der gemeinsam mit Prof. Dr. Hennersdorf das sogenannte Herzzentrum Saar aufbaute. Dr. Isringhaus, damals Oberarzt der Herzchirurgie des Universitätsklinikums im Saarland unter Prof. Dr. Stapenhorst, war bereit, diese Aufgabe zu übernehmen. Mit seinem Kommen 1991 war nun die Grundlage zum Aufbau des Herzzentrums Saar geschaffen.

Die zunehmende Zahl der herzchirurgischen Eingriffe in den folgenden Jahren erforderte es, auch einen weiteren Ausbau der Kardiologie ins Auge zu fassen. 1997 gelang es uns, den damaligen Leiter der Herzkatheterlaboratorien am Universitätsklinikum in Homburg, Herrn Dr. Cem Özbek, für eine 2. Kardiologische Abteilung am Herzzentrum Saar zu gewinnen. Bei der Abschiedsfeier vor dem damaligen Chef, Professor Dr. Schiefer angemerkt: „Das wird der beste Mann für Sie sein, aber auch der meiste, was die Ausstattung seiner neuen Abteilung angeht.“

Mit Weitsicht, Mut, Engagement und Leidenschaft zum international anerkannten Herzzentrum Saar

2003 wurde eine internistische Intensivstation mit 20 Betten, 2005 wurde die Elektrophysiologie eingeführt, 2006 wurde das 1. kardiologisch-herzchirurgische Hybrid-Katheterlabor eingerichtet und eine kardiologische Notaufnahmestation eröffnet. In 2007 wurde das erste Kard-CT im südwestdeutschen Raum in Betrieb genommen. Die Anzahl der Herzkatheter-Messplätze wurde der rasant steigenden Patientenzahl angepasst.

So konnte der neue Chefarzt Dr. Cem Özbek seine Visionen in die Tat umsetzen. Es wurde zwar teuer, aber der Abteilung gelang es immer, alles aus eigener Kraft zu finanzieren.

All dies und die hohe Qualität der Leistungen sowie die enge Zusammenarbeit mit der Herzchirurgie führten zu einem überregionalen und grenzüberschreitenden exzellenten Ruf der Kardiologie als Teil des Herzzentrums Saar. Ein Beweis, dass Spezialisierung zu hervorragenden Leistungen führen kann.

Es hat auch dazu geführt, dass der Staatssekretär des saarländischen Gesundheitsministeriums Herr Kolling das Herzzentrum Saar der SHG-Kliniken Völklingen als Beispiel für eine gelungene Spezialisierung nennt.

All dies zeigt, dass Krisen auch eine große Chance bergen, wenn man sie nutzt. Das haben wir getan. Das erfordert Mut, liebgeordnete Abteilungen zu schließen und neue Aufgaben zu übernehmen. So gebührt den damaligen Mitarbeitern auch heute noch großes Lob, dass sie die gravierenden Veränderungen in unserem Haus mitgetragen haben.

Dieser Weg kann also, wenn man mit Engagement und Leidenschaft seine Aufgaben wahr nimmt, heute mehr denn je ein Erfolgsrezept sein.



Meine Erinnerungen an die Entstehungszeit

Prof. Dr. med. Günter Hennersdorf, ein Pionier der ersten Stunde



Professor Dr. med. Günter Hennersdorf war von 1977 bis 1997 Chefarzt der Klinik für Kardiologie am HerzZentrum Saar der SHG-Kliniken Völklingen.

„Am 1. Juli 1977 tritt ein junger Privatdozent von der Medizinischen Hochschule Hannover seine Chefarztstelle am Kreiskrankenhaus in der saarländischen Mittelstadt Völklingen an. Diese ist vor allem bekannt durch die alles beherrschenden Röchlingwerke, die viel Staub und Schmutz, aber auch für die damalige Zeit hochwertige Stähle produzieren. Zehntausende von Arbeitern gehen dort - noch - ihrer Beschäftigung nach. Es ist eine nicht übermäßig attraktive Stadt mit etwa 75.000 Einwohnern, die später einer schweren Zeit entgegenseht.“

Die Stadt verfügt zu jener Zeit über drei respektable Kliniken mit jeweils etwa gleicher allgemein-medizinischer Ausrichtung, nämlich das Michaelskrankenhaus, die Knappschaftsklinik und das Kreiskrankenhaus mit seiner über hundertjährigen, mit den Röchlingwerken verbundenen Geschichte.

Das medizinische Überangebot führt zu der auch heute so aktuellen Frage der Betreiber: „Schließen wir eine dieser Einrichtungen und wenn ja, welche?“

Diese Schicksalsfrage trifft nun alle, aber das Kreiskrankenhaus mit seiner gealterten Bausubstanz und strukturellen Problematik mit voller Wucht und ruft den damaligen Stadtverband auf den Plan, um zu

retten, was zu retten ist. Das sieht zwar eine Zeitlang nicht gut aus, doch es ändert sich ganz substantiell. Nebenbei bemerkt: die Knappschaftsklinik zieht irgendwann nach Püttlingen, das Michaelskrankenhaus schleppt sich noch bis in das 21. Jahrhundert hin, um dann geschlossen zu werden.

Überlebt hat mit allen Konsequenzen der Erneuerung: das totesagte, das sterbende Kreiskrankenhaus, heute stolze Zentrumsklinik mit der Hochleistungseinrichtung Herzzentrum Saar...

Der Auftrag lautet also, dieses „sterbende“ Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung durch neue Ideen einer radikalen Spezialisierung nicht nur zu reanimieren, sondern auch möglichst vollständig zu rehabilitieren.

Die Therapie dazu war: Einrichtung einer kardiologischen Abteilung als überregionale Versorgungseinheit, als Fachkrankenhaus. Wie sollte das gehen?“

Meine Einstellungsverhandlungen begannen im April 1977 mit dem Träger, dem Stadtverband Saarbrücken. Herzkrankheiten, besonders der Herzinfarkt, nahmen damals bundesweit und weltweit zu, und man konnte seit etwa 10 Jahren die Erkrankung sehr wirksam mittels der Methode der Bypassoperation behandeln.

Das setzte einen Linksherzkatheter-Meßplatz voraus, und der sollte daher, so der Bewerber, der Kopf der neuen Abteilung sein. Man ließ sich darauf ein, auch weil der damalige Ärztliche Direktor, der Radiologe Professor Reinhardt, diese Spezialisierung mit Koronardiagnostik unterstützte, selbst wenn er damals durchaus auch eigennützig dachte. Auch die Kosten sollten sich in einer damals vertretbaren Größenordnung von etwa 500.000 DM halten. Der Privatdozent nahm die Stelle an und wurde zum 1. Juli 1977 eingestellt.

Damals gab es im Saarland außer der schon leistungsfähigen kardiologischen Uniklinik in Homburg nur noch eine „Herz“-Abteilung am städtischen Klinikum Saarbrücken („Winterbergklinik“), die jedoch damals über keinen modernen Linksherzkatheter-Messplatz verfügte.

Es wurde ein Labor der Fa. Siemens in den Räumen der Radiologie, also im damaligen Mittelbau, dem ältesten Teil des Krankenhauses mißtrauisch beobachtet durch den bereits erwähnten Radiologen, Professor Reinhardt, eingerichtet; die Anlage kostete 1 Mio. DM. Es war eine Drehmalde mit feststehender Röhre und Bildverstärker, mit der ab 17. Januar in 1978 immerhin 145 Untersuchungen an doch recht leidensfähigen Patienten vorgenommen wurden.

Die neue Abteilung hielt - im historischen Altbau - 92 Betten vor, mit einer Kassenzulassung, einem Echokardiografie-Arbeitsplatz (M-Mode-Gerät der Fa. Siemens „Schopan“), zwei Bettenstationen und vier Betten auf einer chirurgisch-anaesthesistischen Station mit ein paar Überwachungsmonitoren. Den heute so wichtigen Ausbildungsgang zur Fachkraft für Intensivpflege gab es damals noch nicht. Herzschrittmacher wurden ebenfalls schon seit 1977 implantiert, zusammen mit der Chirurgie-Abteilung des Professors Schrader.

Die Katheterzahlen wurden bis 1985 auf 400 pro Jahr begrenzt, obwohl die niedergelassenen Ärzte sich mit Überweisungen sehr zurückhielten, da die Methode für viele gefährlich galt. Durch regelmäßige Fortbildungen ließ sich diese Haltung langsam, aber doch stetig, ändern und die Zuweiserzahlen nahmen langsam zu.

Die Abteilung arbeitete von Beginn an eng mit der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie am Universitätsklinikum Homburg (Professor Stapenhorst) zusammen.

„Unser HerzZentrum unterscheidet sich von anderen Krankenhäusern darin, dass hier viel Energie in das Wohl der Patienten und der Mitarbeiter gesteckt wird. Die freundliche Stimmung unter den verschiedenen Berufsgruppen bemerken auch die Patienten und stellen fest, dass sie nicht als Nummern sondern als Menschen zählen.“

Dr. Christoph Stamm

Gemeinsame Herzkonferenzen waren die Regel, die wöchentlich, zusammen mit der Kardiologischen Uniklinik in den recht provisorischen Räumen der Herzchirurgie tagten. Die Homburger Kliniken Prof. Bettes unterstützten die Abteilung damals sehr.

Von „normaler“ Arbeit einer kardiologischen Station konnte man eigentlich erst mit dem Bezug des Neubaus im Jahr 1986 sprechen.

Von 1977 bis 1986 war die Völklinger Kardiologie mit einem Chefarzt, einem Oberarzt und fünf Assistenten in den Räumen eines uralten, 1899 eröffneten Gebäudes untergebracht, während die anderen Abteilungen, vor allem die Chirurgie, in einem in den 60er Jahren erstellten neueren Teilersatzneubau arbeiteten. Nach intensiver politischer Vorarbeit in den späten 70ern und besonders ab 1980 wurde ein dringend notwendiger Teilersatzneubau nun auch für die Kardiologie, die Intensivstation und die Radiologie, aber auch für die Verwaltung, in Angriff genommen.

Dieser „Neubau“ wurde 1986 bezogen, und eigentlich begann erst jetzt die „normale“ Arbeit einer kardiologischen Abteilung. Diese nannte sich nun um in Medizinische Klinik I – Kardiologie, und es kam zu einer doch recht akzeptablen Blütezeit in den 80er Jahren.

Diese Klinik erhielt bis 1991 zwei neue Katheterlabore der Firma General Electric (ADVANTX®) in eigenen Räumen. Die Untersuchungszahlen steigerten sich von 145 in 1978 auf mehr als 1000 in den neuen Räumen. Auch die neue Methode der Ballonaufdehnung der „Koronaren Herzkrankheit – KHK“, die PTCA, wurde eingeführt. Der bisher diagnostische Katheterraum wurde zum Therapiezentrum umfunktioniert.

Wir begannen mit der PTCA 1985. Der Chefarzt hatte vorher einige Lehrgänge in Frankfurt bei Prof. Kaltenbach und Atlanta/USA bei Prof. Grüntzig selber besucht und fühlte sich sicher.

Die Universitätskliniken waren jedoch aus recht eigenützigen Gründen der Ansicht, dass eine solche riskante Maßnahme wie die PTCA nur an Universitätskliniken oder mindestens an Häusern mit einer fest etablierten Herzchirurgie durchgeführt werden könnten, um Not-

fälle rasch einer Bypass-OP zuführen zu können. Es gab ja die Stents noch nicht, die dieses Thema letztendlich erledigt haben. Andere Kliniken versuchten, die Problematik durch einen notfallmäßigen Helikoptertransport in eine herzchirurgische Klinik zu umgehen. Das erschien uns, die die Methode unter allen Umständen einführen wollten, ein logistisch schwieriger, aber gangbarer Weg, zumal die Herzchirurgie in Homburg nicht allzuweit entfernt war. Ich bekam die Zustimmung der Verwaltung. Leider lehnte Professor Stapenhorst eine solche Unterstützung im „standby“ für uns in Völklingen rundweg ab, was erstmalig den Gedanken einer Herzchirurgie am eigenen Hause aufwarf. Als diese Idee auf einer der Chefarztsitzungen vorgebracht wurde, löste das große Verwunderung aus, und die Idee wurde als Megalomanie verlacht und abgetan.

Also versuchten wir – erfolgreich – mit der allerdings weiter entfernten Herzchirurgie von Professor Seybold-Epting in Kaiserslautern das Problem der Notversorgung zu lösen. Es wurde ein Hubschrauber an unserer Klinik platziert, und einen Notfall sollte dieser dann nach Kaiserslautern fliegen, was ein- bis zweimal gelang, aber auch misslang. Dies führte zu einer politischen Diskussion und zu der schmerzhaften Konsequenz, meine PTCA-Aktivitäten in Absprache mit der Verwaltung „zunächst“ einzustellen.

Wir nutzten unsere Chance

Nun bemühten wir uns verstärkt um das Thema Herzchirurgie in Völklingen. Das begann zu Beginn der 90er Jahre auch politisch interessant zu werden. Es gab nämlich die herzchirurgischen Wartezeiten, die unter dem Stichwort „Tod auf der Warteliste“ öffentlich und Homburg zum Vorwurf gemacht wurden. Dies war den politischen Entscheidern nicht gleichgültig, und so kamen zwei Interessen – einerseits Politik und Öffentlichkeit, andererseits medizinisches Komplettangebot, zusammen. Ein Ausbau der Homburger Herzchirurgie kam für die Politik aus Kostengründen nicht in Frage, sondern ein nicht-universitäres Zentrum wurde bevorzugt.

Wir erklärten uns bereit, ein kosten- und bettenneutrales Angebot aus dem Bestand der kardiologischen Abteilung zu entwerfen, was schließlich ausschlaggebend war. Außerdem konnten wir – besonderer Glücksfall –

den Oberarzt der herzchirurgischen Klinik, Dr. Helmut Isringhaus, für die neue Abteilung gewinnen. Wie bekannt, bekamen wir den Zuschlag. Am 1. April 1990 nahm die neue Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie unter Leitung des neuen Chefarztes Dr. Isringhaus ihre Arbeit auf.

Es begann die Ära einer fruchtbaren Zusammenarbeit des ersten und bisher einzigen nicht-universitären, überaus erfolgreichen Herzzentrums im Saarland, das jetzt HerzZentrum Saar heißt. Es war die erste frühe Form einer Zusammenarbeit in einem richtigen Herzteam.

1997 vollzieht sich ein zukunftsweisender Schritt

1997 – also nach 20 Jahren erfolgreicher Arbeit der Primärklinik – wurde die Basis für die klinische Weiterentwicklung durch die Einrichtung einer zweiten kardiologischen Klinik mit ihrem Chefarzt Dr. Özbek gelegt, da der Ruhestand des „alten“ Chefarztes und ärztlichen Direktors nicht mehr lange auf sich warten ließ. Dieser einerseits schmerzhaft, andererseits aber auch zukunftsweisende Schritt hat sich im Rückblick als richtig erwiesen. Die Klinik blickt inzwischen ebenfalls wieder auf 20 Jahre höchst erfolgreicher Tätigkeit zurück.

Diese Entwicklung zeigt, dass Fortschritt nur durch engagiertes Zusammenwirken vieler möglich ist, vor allem der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aber auch der Verwaltung, und den damaligen Verantwortlichen des Stadtverbands, Paul Quirin und Franz Ludwig Triem. Auch zwangsläufige äußere Bedingungen haben letztlich zu diesem großen und dauerhaften Erfolg geführt.

Ich wünsche dem HerzZentrum Saar, aber vor allem der Medizinischen Klinik I/Klinik für Kardiologie und Angiologie, die gegenwärtig ihr 40jähriges oder 2mal 20jähriges Bestehen feiert, und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, für die Zukunft Bestand, fruchtbares Wachstum und gute klinische Arbeit zum Wohle der Patienten.

Glückauf!



„1977 – Ein besonderes Jahr für die Kardiologie“

Das Jahr 1977 ist für die Kardiologie tatsächlich ein besonderes Jahr – ein Jahr der Superlative – und das weltweit.

Dr. Özbek: „Für uns hier in der kardiologischen Abteilung des Herzzentrums Saar ist es natürlich ein besonderes Jahr, weil in diesem Jahr in Völklingen die Kardiologie etabliert wurde. Im gleichen Jahr 1977 – und das macht dieses Jahr für die Kardiologie weltweit so einzigartig – wurde durch Andreas Grüntzig die erste sogenannte perkutane transluminale Coronarangioplastie, die PTCA, in Zürich, Schweiz, durchgeführt. Nach Einführung des EKG durch Wilhelm Einthoven in Leiden, Niederlande, 1901, der selektiven Koronarangiographie durch Mason Sones in Cleveland Ohio USA 1960, übrigens durch einen Zufall, und der aortokoronaren Bypasschirurgie durch René Favaleo ebenfalls in Cleveland 1967 war die Einführung der PTCA ein vierter „coronerstone“ des Faches, ein Eck- und Meilenstein, der seitdem die Kardiologie in ihren Möglichkeiten zur nicht-operativen Behandlung der Koronaren Herzkrankheit entscheidend verändert hat.“

Was geschieht bei der PTCA? Es ist denkbar einfach: Bei der PTCA werden Verengungen der Herzkranzarterien, die durch Fett- und hier hauptsächlich Cholesterineinlagerungen und Verkalkungen der Gefäßinnenschicht verursacht werden, mit einem Ballon aufgedehnt. Dabei werden die das Gefäßinnere ausfüllenden Fettpolster und Verkalkungen durch den aufgeblasenen Ballon vom Inneren der Gefäße nach Außen in das Gewebe, das das Gefäß umgibt, gedrückt. Damit wird die Engstelle beseitigt und das Blut kann wieder ungehindert zum Herzmuskel fließen. Diese Verengungen der Herzkranzarterien sind deshalb so bedeutsam, weil sie unbehandelt Auslöser von Herzinfarkten sind. Zu einem Herzinfarkt kommt es dann, wenn das Lumen der Herzkranzarterie ganz verschlossen ist und dadurch der Blutstrom zu den Herzmuskelzellen unterbrochen wird.

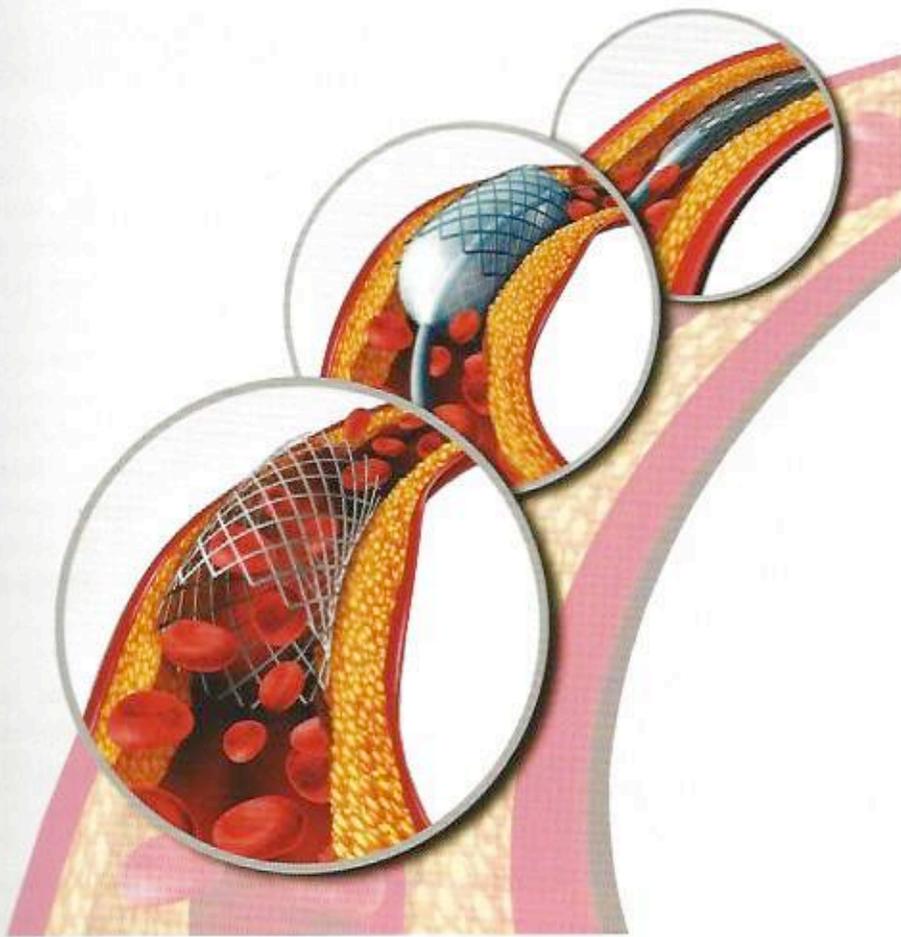
Dr. Özbek: „Wenn es bei den Ballon-Kathetern, mit denen wir Kardiologen zunächst gearbeitet und Verengungen aufgedehnt haben, geblieben wäre, würde sich wahrscheinlich niemand mehr an dieses Verfahren erinnern. Doch bereits 1982 gab es entscheidende Innovationen: es wurde von John Simpson die sogenannte „over the wire“ Technik vorgeschlagen. Das war gegenüber dem

zunächst angewandten Verfahren des „fixed wire“ Systems ein erster riesiger Schritt nach vorne. Durch die neue Technik konnten die Verengungen mit einem dünnen Draht schonender überwunden werden. Erst nach Passage des Drahtes und seinem Verschieben bis in die Peripherie des Koronargefäßes konnte über diesen Draht als Schiene der Ballon elegant vorgeschoben werden. Der Wechsel eines Ballons war allerdings mit dieser Technik noch recht umständlich. Entweder musste man das ganze System entfernen und mit einem neuen Ballon und Katheter die Verengung erneut passieren oder den Draht mit einem sogenannten „doc“ Draht auf ca. 3 m verlängern, um bei einem in der Koronarie liegenden Draht den Ballon zu wechseln.“

So hatte bereits 1984 Herr Tassilo Bonzel in Freiburg die Idee, den Führungsdraht nach 15 bis 20 cm von der Spitze aus dem Schaft austreten zu lassen. Die sogenannte **Monorail Technik** war damit geboren und wurde 1985 erstmals bei einem Patienten angewandt. Heute werden 95-99% aller Eingriffe weltweit mit dieser Technik vorgenommen. Natürlich entwickelten sich parallel die Werkstoffe weiter. PVC, mit dem man begonnen hatte, wurde durch neuere, flexiblere Kunststoffe (Polyethylen PE, Polyethylenterephthalat PET) ersetzt, die zudem sehr viel dünner verarbeitet werden konnten.

1986 wurde der erste Stent durch Ulrich Sigwart in einer Koronarie eingebaut. Durch einen Stent, ein Röhrchen aus Metallgeflecht, das sich der Innenwand des Herzkranz-





...anlegt, wird die Aufdehnung des Gefäßes stabilisiert. Heute weiß man, dass tatsächlich Jacques Puel es war, der den sogenannten Wallstent in einer Notfallsituation sogar einige Monate vor Sigwart benutzt hatte. Die Entwicklung führte zu immer besseren Stents. 2001 wurden dann die ersten sogenannten "Medikamenten freisetzenden Stents" eingeführt, die eine überschießende Narbenbildung an der Aufdehnungsstelle verhindern sollen. Stents als Weiterentwicklung der PTCA haben sich ihren Platz im klinischen Alltag erobert. Nahezu jede PTCA wird heutzutage mit einem Stent abgeschlossen.

Nach 1977 gab es eine ganze Reihe alternativer Verfahren, die mit der PTCA konkurrieren sollten. Hier sind u.a. die Coronarschatherektomie, die übrigens von dem gleichen Kollegen wie die "over the wire" Technik eingeführt wurde, sowie die Laserangioplastie zu nennen.

Das einzige dieser alternativen Verfahren, das bis heute angewendet wird, ist die sogenannte Rotationsangioplastie (ROTA), bei der sehr harte, nicht aufdehnbare Verengungen mit einem rotierenden Messer weggefräst werden. Sie darf

in der interventionellen Kardiologie ein Nischendasein für diese speziellen Verengungen führen.

Dr. Özbek: „Die erste PTCA im Saarland wurde durch die Ärzte Dr. Jan Dyckmans, Dr. Manfred Müller und Prof. Hermann Schieffer im Jahr 1983 vorgenommen. Ich war damals als junger Arzt der Stationsarzt dieses Patienten, der aus Pirmasens stammte und beim Schneeschippen bewußtlos geworden und kollabiert war. Die Herzkatheteruntersuchung zeigte eine isolierte Verengung des absteigenden vorderen Astes der linken Herzkranzarterie, eine sogenannte „Typ A-Läsion“. Nachdem der Patient nach ausgiebiger Aufklärung mit dem ganz neuen Verfahren der PTCA einverstanden war und die Herzchirurgen bereit standen und einen OP-Saal für eventuelle Komplikationen reservierten, wurde dieser Eingriff erfolgreich vorgenommen. Es war für mich als jungen Kardiologen ein einschneidendes Erlebnis, diesen Eingriff zu beobachten.“

Inzwischen werden weltweit über eine Million Eingriffe, hier vor allem Aufdehnungen mittels Katheter an den Herzkranzgefäßen durchgeführt.

40 Jahre Kardiologie in Völklingen

Herzschrittmacher und mehr: die Kardiale Device-Therapie



Von Dr. med. Klaus Dieter Heib,
Leitender Oberarzt der Kardiologie,
Leiter Kardiale Device-Therapie

Mit der Etablierung der Kardiologie an den SHG-Kliniken in Völklingen (Professor Dr. med. Günter Hennersdorf) wurde die Herzschrittmachertherapie zur Behandlung langsamer Rhythmusstörungen mehrheitlich mit Einkammer-, später auch Zweikammer-Schrittmachern durchgeführt. Diese Behandlungsform wurde bereits vor der Entstehung des HerzZentrums und gemeinsam mit der chirurgischen Abteilung realisiert.

Durch die Erweiterung der Kardiologie unter Chefarzt Dr. med. Cem Özbek 1997 kamen auch im Bereich der Rhythmologie neue Behandlungsverfahren hinzu.

Oberarzt Dr. Heib, Leiter der Abteilung Schrittmacher- und Device-Therapie und leitender Oberarzt der Kardiologie, erinnert sich: „Am 26. Januar 1998 implantierten Dr. Özbek und ich im Herzkatheterlabor einem 73-jährigen Patienten den damals neuesten Schrittmacher, einen sogenannten DDD-Schrittmacher, der nicht in starrer Abfolge elektrische Impulse zur Stimulation

des Herzens abgab, sondern nur on demand, also bei Bedarf, das Herz bei der elektrischen Aktivierung unterstützte. Auch heute noch gewinnen durch diese Device-Schrittmacher die Patienten eine neue Lebensqualität.“

Ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung einer modernen Device-Therapie war die Implantation eines Defibrillators, den ich am 16. Dezember 1999 einem ebenfalls 73-jährigen Patienten einbaute. Dieser hatte zuvor einen plötzlichen Herztod durch Reanimation überlebt und war von dem benachbarten St. Michaels-Krankenhaus zu dem Eingriff in unsere Abteilung verlegt worden.“

Defibrillatoren werden im Gegensatz zu Herzschrittmachern zur Behandlung von gefährlichen, schnellen Herzrhythmusstörungen wie Herzkammerflimmern eingesetzt.

Eine weitere bahnbrechende Verbesserung der Behandlung von Herzschwäche und Schenkelblock mittels elektrischer Implantate, die kardiale Resynchronisationstherapie, kam kurz darauf, am 27. Januar 2000, erstmals im HerzZentrum einem 77-jährigen Patienten mit schwerer Herzschwäche zu Gute.

Oberarzt Dr. Heib erläutert die Resynchronisationstherapie: „Sie kommt dann zum Einsatz, wenn sich mit zunehmender Herzschwäche das Herz vergrößert und hierdurch die Erregungsausbreitung des elektrischen Signals zum Schlagen des Herzens nicht mehr uniform und zielgerichtet in den verschiedenen Bereichen des Herzmuskels erfolgt. Es resultiert dann eine Ungleichzeitigkeit des Herzschlags, die so weit gehen kann, dass Areale im Herzmuskel sich bereits entspannen, während andere entferntere Areale erst mit der Kontraktion beginnen.“

Eine solche Situation führt dazu, dass das Herz nicht stark genug schlägt und der Organismus nicht optimal mit Blut versorgt wird. Werden jetzt diese verschiedenen Areale des Herzens mit Kabelelektroden verbunden, kann der Impuls zur Kontraktion über diese Leitung erfolgen, die Herzmuskelzellen können wieder gleichzeitig erregt werden. Infolge dieser Resynchronisation kann

Zertifikat

Anerkennung als Fortbildungsstätte zur
Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie
Aktive Herzrhythmusimplantate

Die SHG-Kliniken Völklingen, Med. Klinik I, Kardiologie/Angiologie
Richardstr. 5-9, 66633 Völklingen
unter der Leitung von Herrn Dr. Klaus-Dieter Heib

ist als Fortbildungsstätte anerkannt.

Diese Anerkennung ist nur zusammen mit der Anerkennung eines Leiters des
Zusatzqualifizierungsprogrammes wirksam.

Düsseldorf, 28.02.2013



Prof. Dr. Christian W. Herron
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
- Herz- und Kreislaufforschung e.V.
German Cardiac Society



Prof. Dr. Ingo A. Katus
Vorsitzender der Projektgruppe
„Aus-, Weiter- und Fortbildung“
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
- Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Im Rahmen der technischen Entwicklungen und Innovationen in der Devicetherapie konnten zahlreiche „Meilensteine“ der angebotenen Therapiemöglichkeiten in Völklingen bereits realisiert werden:

Am 6. Dezember 2010 erfolgte die erste Implantation eines Herzstimulators zur kardialen Kontraktilitätsmodulation oder CCM-Therapie im Saarland. Ein solches System kommt bei einer mittelgradigen bis schweren linksventrikulären Herzinsuffizienz zum Einsatz und stärkt nachhaltig die Pumpkraft des Herzens.

Oberarzt Dr. Heib: „Im Unterschied zur Resynchronisationstherapie, die ich oben erklärt habe, erfolgt die Stärkung der Kontraktilität bei der CCM-Therapie über eine Beeinflussung des Calciumstoffwechsels der Herzmuskelzellen. Durch die Abgabe elektrischer Reize in der Refraktärphase des Herzmuskels, wenn keine elektrische Stimulation möglich ist, wird eine Normalisierung zellulärer Prozesse angestoßen. Über eine Veränderung der genetischen Expression kann ein sogenanntes Remodeling des Herzmuskels erreicht werden.“

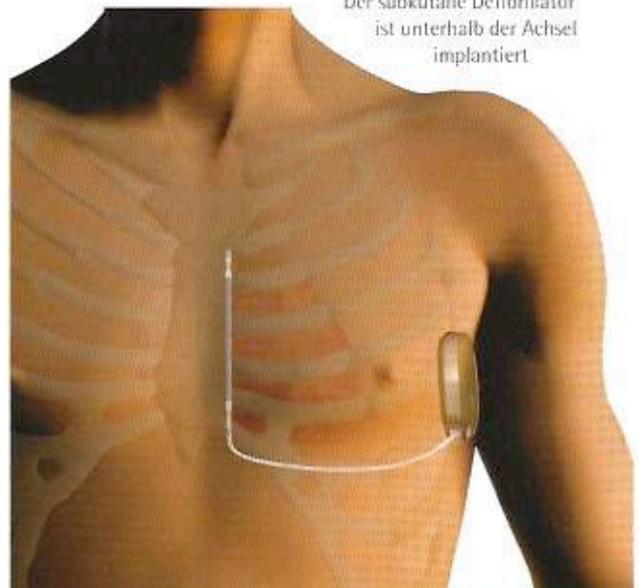
die Herzleistung um 10-15 % gesteigert werden – für herzinsuffiziente Patienten eine oft entscheidende, die Lebensqualität deutlich steigernde Verbesserung.

Kontinuierliche Verbesserung der Therapien und Techniken und eine Vielzahl am Herzen wirksamer Implantate führten in den folgenden Jahren vom Begriff der Herzschrittmachertherapie zum Begriff der kardialen Device-Therapie, einem Sammelbegriff für Herzschrittmacher-, Defibrillator-, Resynchronisations- und anderen Therapien mit elektrischen Implantaten und Wirkungen am Herzen.

Unter der Leitung von Dr. Heib entstand ein hochspezialisiertes Team von Mitarbeitern und Ärzten, das Device-Team, das die stationäre und ambulante Betreuung für Patienten mit Herzschrittmachern, Defibrillatoren und weiteren Implantaten zur Beeinflussung des Herzrhythmus kompetent und „mit Herz“ sicherstellt.

Im Jahr 2013 ist die Klinik als Fortbildungsstelle zur Erlangung der neu geschaffenen Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie – Aktive Herzrhythmusimplantate“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie anerkannt.

2014 konnte die erste Implantation eines subkutanen Defibrillators durchgeführt werden. Das Besondere an einem solchen System ist, dass es im Gegensatz zu konventionellen Systemen nicht mittels einer Sonde über die Blutbahn mit dem Herzen verbunden ist. Der den Herzrhythmus regulierende Stromstoß wird von einer Elektrode abgegeben, die im Unterhautfettgewebe in Herznähe implantiert ist und somit keine direkte Verbindung zur Blutbahn oder zum Herzen hat.



Der subkutane Defibrillator ist unterhalb der Achsel implantiert.



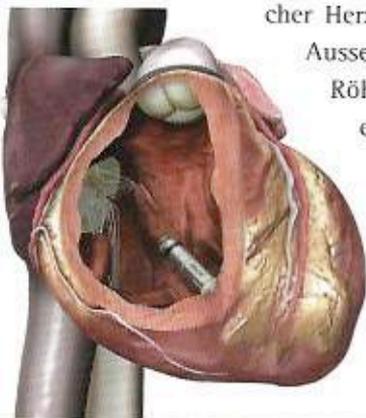
Dr. Edith Hoffmann wird beim Einbau eines Herzschrittmachers unterstützt von Michelle Wenzel, einer MTAF (medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik) aus dem Device-Team

Ein solcher subkutaner Defibrillator ist im Speziellen für Patienten von Bedeutung, bei denen es zuvor zu einer bakteriellen Infektion eines herkömmlichen Defibrillatorsystems gekommen ist. Wegen des möglichen Auftretens einer lebensbedrohlichen Blutvergiftung stellt eine solche Infektion eine besondere Gefährdung dar. Das dazu gehörende Batterieaggregat wird unterhalb der Achsel, also ebenfalls an besonderer Stelle, eingesetzt.

Zur Überbrückung von Zeiten, in denen Patienten, die durch das Auftreten von Kammerflimmern lebensbedrohlich gefährdet sind, jedoch keinen herkömmlichen oder subkutanen Defibrillator haben, wird am HerzZentrum die „LifeVest“ verordnet. Das ist ein am Körper tragbarer Defibrillator, der ähnlich einer Weste an- und ausgezogen werden kann.

Eine weitere Premiere im Saarland erfolgte am 24. Februar 2016 mit der Implantation des weltweit kleinsten kabellosen Herzschrittmachers in Völklingen. Ein solcher Herzschrittmacher hat das

Aussehen eines winzigen Röhrchens und misst nur ein Zehntel der Größe eines herkömmlichen Systems. Er kann über die Leistenvene minimalinvasiv

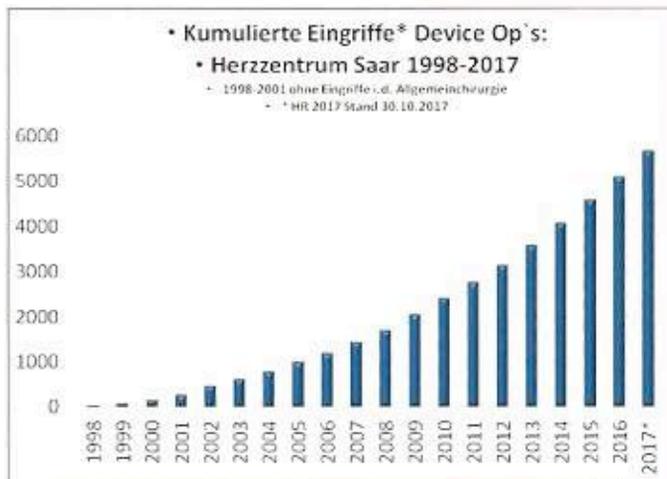


eingeführt und in die rechte Herzkammer vorgeschoben werden.

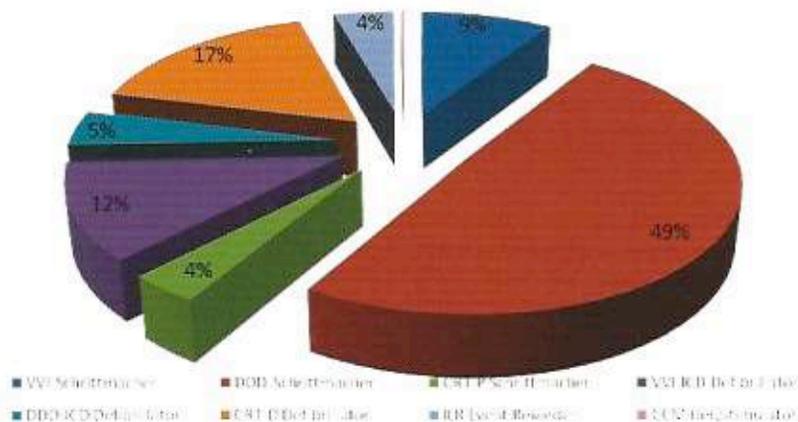
Darüber hinaus wurden die Verfahren zur Entfernung von Elektroden, so dies einmal nötig sein sollte, von mechanischen Verfahren ab 1998, über gepowerte Rotations-Schneidverfahren bis hin zu Laser-Extraktionsverfahren 2012 entwickelt. Die erfolgreiche Behandlung durch Elektroden-Extraktion wurde auch wegen der außergewöhnlich guten Zusammenarbeit mit der Abteilung für Herz-Thorax-Chirurgie (Dr. med. H. Isringhaus, Prof. Dr.med. R. Seipelt) möglich.

Oberarzt Dr. Heib: „Zu Beginn haben wir die überwiegende Anzahl der Device-Eingriffe im Herzkatheterlabor durchgeführt. Lediglich besondere Prozeduren wie z.B. die Entfernung eingewachsener Elektroden wurden gemeinsam mit der Abteilung für Herz-Thorax-Chirurgie im Operationssaal vorgenommen.“

Aufgrund der zunehmenden Anzahl der Eingriffe entstand dann 2006 das erste Hybrid-Katheterlabor, das sowohl die Voraussetzungen eines Operationsraumes als auch eines Katheterlabors in sich vereinigte und 2015 völlig neu und mit neuester Technik errichtet wurde. So haben wir auch die räumlichen Voraussetzungen optimiert und der Hochleistungsmedizin entsprechend entwickelt.“



Device-Op's: Eingriffsarten



Vor 40 Jahren: Geburtsstunde der Kardiologie in Völklingen und der interventionellen Kardiologie weltweit



Von Dr. med. Fernando Gatto,
Leiter der Herzkatheterlaboratorien

Das Jahr 2017 ist für die Kardiologie in Völklingen das Jahr der Jubiläen. Einerseits wurde im Krankenhaus Völklingen vor 40 Jahren die Abteilung Kardiologie mit dem damaligen Chefarzt Prof. Hennersdorf gegründet. Andererseits feiern Kardiologen weltweit einen runden Geburtstag. Im September wird es 40 Jahre her sein, dass der deutsche Kardiologe Andreas Grüntzig in Zürich erstmals an einem Patienten ein verengtes Herzkranzgefäß – ohne chirurgische Eröffnung des Brustkorbes – mit einem Ballonkatheter aufgedehnt hat. Dies gilt bis heute als die Geburtsstunde der interventionellen Kardiologie mit all ihren Entwicklungen. Selten hat eine Innovation die Behandlungsmöglichkeiten einer ganzen Fachrichtung so revolutionär verändert.

In den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts hatte sich der Herzkatheter bereits als Standardmethode in der Diagnostik etabliert. Behandelt wurden Erkrankungen der Herzkranzgefäße jedoch noch überwiegend medikamentös-konservativ. Für Patienten, die auf diese Therapie nicht ansprachen, war zu dieser Zeit die Bypassoperation die einzige Therapieoption.

Die Therapie des Herzinfarktes war zu der damaligen Zeit frustrierend, da man die Ursache – den Verschluss eines Herzkranzgefäßes durch ein Blutgerinnsel – nicht beseitigen konnte. Die Therapie bestand im Wesentlichen in der Überwachung der Infarktpatienten, um gefährliche Herzrhythmusstörungen schnellstmöglich

mittels einer elektrischen Defibrillation behandeln zu können. Das Konzept der schnellen Wiedereröffnung des verschlossenen Infarktgefäßes durch eine Koronarintervention – was heute Standard ist – war noch nicht geboren.

Die Ballondilatation kam nach 1977 nur bei geplanten Eingriffen und in Kliniken mit angeschlossener Herzchirurgie zum Einsatz. Hauptproblem einer alleinigen Ballondilatation ist das Einreißen der Gefäßwand an dilatierten Stelle mit der Folge eines akuten Gefäßverschlusses oder ein Nachgeben in Richtung des Gefäßlumens mit erneuter Einengung. Diese traten bei jedem zweiten dilatierten Patienten auf. Kam es zu einem akuten Gefäßverschluss, war eine notfallmäßige Bypassoperation oft die einzige Therapieoption. Aus diesen Gründen wurden wenige Ballondilatationen durchgeführt.

In Völklingen erfolgte die erste Ballondilatation 1985. Da es in Völklingen zu diesem Zeitpunkt keine Herzchirurgie gab, wurden die Ballondilatationen in Kooperation mit der Herz-Chirurgie Kaiserslautern – unter Standby eines Rettungshubschraubers – durchgeführt.

1985 kam es zu einer weiteren bahnbrechenden Innovation: Es wurden in Frankreich und in der Schweiz zum ersten Mal Stentimplantationen am menschlichen Herzen durchgeführt. Anfangs wurde der Stent zur Behebung von Komplikationen nach konventioneller Angioplastie eingesetzt. Im Gegensatz zur Ballondilatation

„ Ich bin stolz darauf, ein Mitarbeiter des HerzZentrums zu sein, weil wir Spitzenmedizin für unsere Patienten machen. Unsere Patienten schätzen am meisten, dass wir uns für sie Zeit nehmen und sie wertschätzend behandeln.

Dr. Erkan Eroglu

“



Dr. Gatto, Leiter der Herzkatheterlaboratorien (links) und sein Stellvertreter Dr. Watremez bei einer Herzkatheteruntersuchung

verbleiben Stents im Gefäß. Ihre Aufgabe ist es, die Gefäßwand an der dilatierten Stelle von innen zu stützen und gegen Ablösung, Einreißen oder ein Nachgeben in Richtung des Gefäßlumens mit erneuter Einengung zu sichern.

Durch die Einführung von Metallstents konnte ein Rückgang von notfallmäßigen Bypassoperationen verzeichnet werden, die früher bei drohenden Gefäßverschlüssen nach Angioplastie den einzigen Ausweg darstellten.

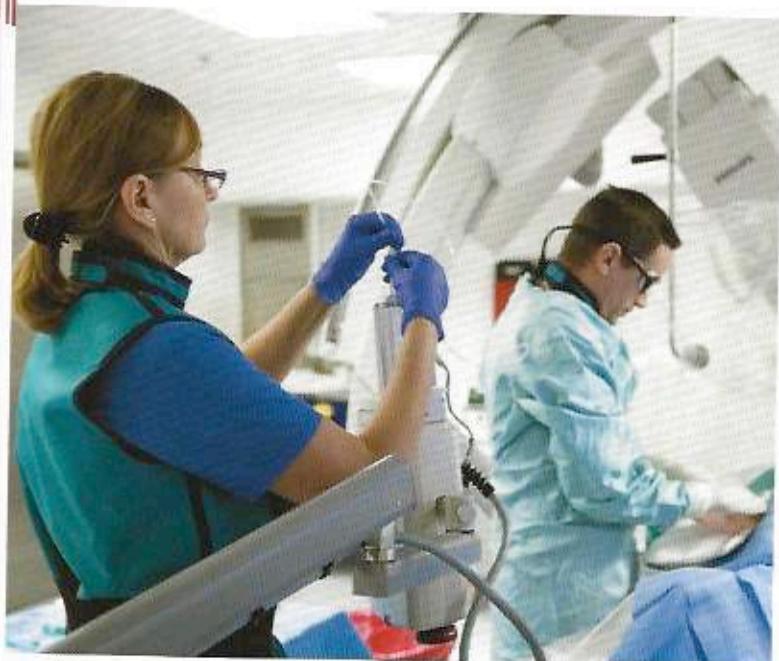
Das Problem der Stentimplantation war jedoch, dass sich an dem körperfremden Material Blutgerinnsel, sogenannte Stentthrombosen, bilden und diese wiederum einen akuten Myokardinfarkt verursachen konnten. Aus diesem Grund war der Einsatz von Stents meist auf Notfallsituationen begrenzt. Erst durch die Verbesserung der antithrombotischen Medikamenten-Regime (Kombination von Aspirin und Clopidogrel/Ticlopidin) 1995 wurde die Implantation von Koronarstents sicher, da in der Einheilungsphase der Stents lokale Thrombosen verhindert werden.

In Studien konnte gezeigt werden, dass eine Stentimplantation der alleinigen Ballondilatation überlegen ist und die Wiederverengungsrate um 20-30% reduziert wird. Dies war der Durchbruch für die Stentimplantation. Es begann die sogenannte Stent-Ära.

Nach der Implantation eines Metallstents treten in ca. 30% der Fälle Wiederverengungen auf. Seit 2002 sind medikamentenfreisetzende Stents (DES – Drug Eluting Stents) verfügbar. DES sind mit Wirkstoffen beschichtet, die gezielt das Zellwachstum hemmen, ohne dabei die Regeneration der Gefäßwand zu behindern. In den ersten Wochen nach dem Eingriff gibt der Stent die Wirkstoffe langsam an das umliegende Gewebe ab. So wird die unkontrollierte Zellvermehrung und somit die Wiederverengung des Gefäßes (Restenose) verhindert. Durch DES konnte die Wiederverengungsrate von rund 30% auf unter 10% gesenkt werden.

Das heutige kardiologische Behandlungsspektrum in Völklingen ist innovativ, modern aufgestellt und umfasst eine Vielzahl von Kompetenzen

1997 noch in der „nicht beschichteten Stent“-Ära übernahm Dr. Özbeğ die Stelle als Chefarzt der interventionellen Kardiologie in Völklingen. Seither sind nicht nur die Anzahl der Koronarinterventionen stetig angestiegen – so wurden im letzten Jahr über 1800 Patienten mit Stents im HerzZentrum versorgt – sondern auch sämtliche Innovationen der interventionellen Kardiologie etabliert worden. Die Kardiologie verfügt mittlerweile über insgesamt 6 Herzkatheterlaboratorien, wovon je ein Labor für die Elektrophysiologie, die Herzschrittmacher-/Devicetherapie sowie die Angiologie vorgesehen ist.



Der stv. Leiter der Herzkatheterlaboratorien OA Dr. Watremez wird bei einer Stentimplantation unterstützt von Susanne Becker, einer Krankenschwester aus dem Herzkathetersteam

In den weiteren 3 Herzkatheterlaboren werden ca. 4.000 Herzkatheteruntersuchungen pro Jahr durchgeführt. Dabei handelt es sich einerseits um rein diagnostische Untersuchungen des linken sowie auch des rechten Herzens zur Beurteilung des Herzkranzgefäßsystems, der Herzklappen und spezieller Fragestellungen, wie z.B. eines Lungenhochdrucks.

Andererseits werden sämtliche Techniken der Koronarintervention angewandt: von der selten gewordenen Implantation nicht-beschichteter Stents über das heutige Standardverfahren der medikamentenbeschichteten Stents bis hin zur Implantation bioresorbierbarer Stents unter Anwendung von Druckdrahttechnologie sowie intravaskulärer Bildgebung. Hierbei werden neben komplexen Herzkranzgefäßläsionen, wie Verengungen des sogenannten Hauptstammes oder von Bypassgefäßen, auch chronische Verschlüsse der Herzkranzgefäße behandelt. Als Zugangsweg für die Herzkatheteruntersuchung wird sowohl die Arteria radialis an der Hand sowie die Arteria femoralis in der Leiste verwendet.

24-Stunden Akutversorgung beim Herzinfarkt

Von den geplanten Eingriffen abzugrenzen ist die immer vorrangige Akutversorgung beim Herzinfarkt, wel-

che durch eine 24-Stunden-Katheterbereitschaft sichergestellt wird.

Die Akutversorgung von Herzinfarkt und Herz-Kreislauf-Schock umfasst neben der sofortigen Herzkatheteruntersuchung auch den Einsatz von Herz-Kreislauf-Unterstützungssystemen (IABP, Impella®) bis hin zur mobilen Herz-Lungen-Maschine (ECMO).

Darüber hinaus gewinnt die interventionelle Behandlung struktureller Herzerkrankungen im HerzZentrum immer mehr an Bedeutung. So werden mittlerweile insgesamt ca. 200 Klappeneingriffe pro Jahr mittels Katheterverfahren über die Leiste durchgeführt, mehr als 160 davon an der Aortenklappe (TAVI), die übrigen an der Mitralklappe (Mitraclip).

Hinter der heute immer populärer werdenden Bezeichnung TAVI verbirgt sich ein minimalinvasives kathetergeführtes Verfahren zur Behandlung der hochgradigen Verengung der Aortenklappe bei Patienten mit einem hohen Operationsrisiko. Die Mitraclip-Implantation kommt ebenfalls bei Hochrisikopatienten zur Behandlung einer schweren Undichtigkeit der Mitralklappe zum Einsatz.

Weitere interventionelle, im HerzZentrum angewandte Therapieoptionen sind die Aortenklappen- oder Mitralklappen-Ballonvalvuloplastie bzw. Klappensprengung bei schweren Verengungen, der Verschluss eines Vorhofseptumdefektes sowie die Implantation eines sogenannten Parachute®-Systems zur Behandlung ausgewählter Patienten mit Vorderwandaneurysma nach einem Herzinfarkt. Auch die Probenentnahme von Herzmuskelgewebe (Myokardbiopsie) zur mikroskopischen Untersuchung und Diagnosesicherung bei speziellen Fragestellungen wird routinemäßig durchgeführt.

Aufgrund dieses breiten interventionellen Spektrums haben junge Kardiologen im HerzZentrum die Möglichkeit, eine fundierte Ausbildung zum interventionellen Kardiologen zu erhalten.

Die interventionelle Kardiologie bietet auch weiterhin großes Entwicklungspotenzial. So sind im Bereich der kathetergestützten Therapie der Mitralklappen- und Trikuspidalklappe in Zukunft weitere Fortschritte zu erwarten.

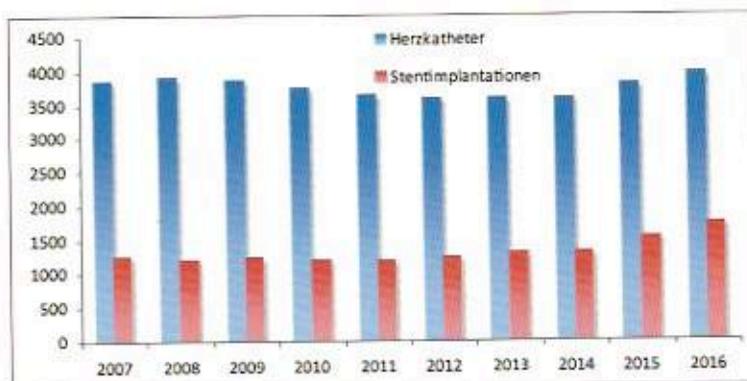


Abb. 1: Herzkatheteruntersuchungen und Stentimplantationen von 2007 - 2016

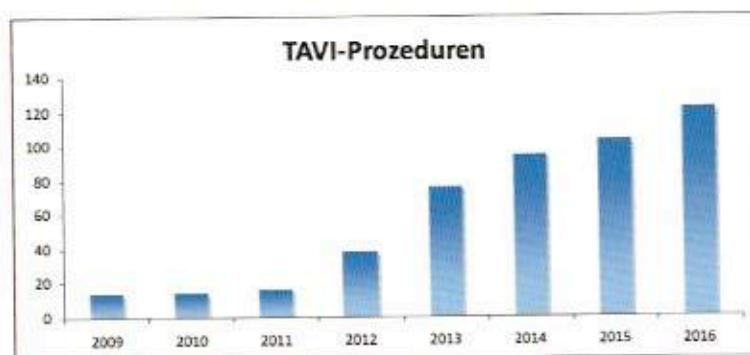


Abb. 2: Einbau von Aortenklappen mittels Katheter von der Leiste aus (TAVI) seit 2009. Der erste Einbau wurde am 6. Mai 2008 durchgeführt.

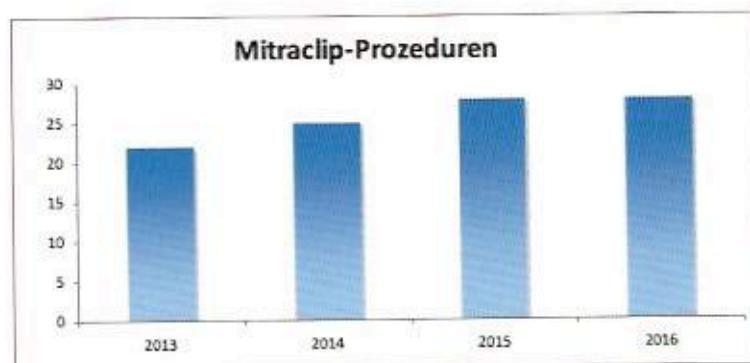


Abb. 3: Mitraclip Prozeduren seit 2012. Der erste Patient wurde am 13. November 2012 behandelt.



Fallbeispiel Herzinfarkt!

Wenn der Blutfluss im Herzen stockt

[Folgende Patientengeschichte ist beispielhaft für viele weitere.
Die erwähnten Ärzte und Pflegekräfte stehen beispielhaft für das ganze Team.]

Von Dr. Ulrich Schmitt, Team Interventionelle Kardiologie

Nach einer längeren Phase starker beruflicher Belastung hatte es seit einigen Tagen viel Ärger im Büro gegeben. Gestern hatte er dem Chef Rede und Antwort stehen müssen. Jetzt ist er erleichtert, dass endlich Wochenende ist.

Herr Schmitt (Name geändert), ein 47-jähriger, leicht übergewichtiger Mann, verspürt plötzlich nach dem Mittagessen ein starkes Druckgefühl in der Brust.

Er geht auf die Terrasse, atmet tief durch. Jetzt geht es ihm etwas besser, doch nach ca. einer Stunde breitet sich ein heftiger starker Schmerz in den Rücken und in den linken Arm aus – so stark, dass ihm übel wird und er zu schwitzen beginnt. Angst steigt in ihm auf. Seine Frau ist in höchstem Maße beunruhigt. Sie ruft schließlich den Notarzt, nachdem sich keine Besserung abzeichnet.

Nach 10 Minuten, scheinbar eine Ewigkeit für Herrn Schmitt, kommt der Notarzt.

Auf seine Frage nach den aktuellen Beschwerden und den bekannten Vorerkrankungen klagt Herr Schmitt darüber, dass das Druckgefühl in der Brust und die Schmerzen immer stärker würden und er mittlerweile auch schlecht Luft bekomme. An Vorerkrankungen sei außer einem Bluthochdruck, wogegen er sporadisch Tabletten einnehme, nichts bekannt.

Der Notarzt stellt aufgrund der Symptome die Verdachtsdiagnose eines akuten Herzinfarktes und zeichnet ein EKG auf. Tatsächlich: es sind die typischen Veränderungen eines akuten Hinterwandinfarktes mit ST-Strecken-Hebungen in den EKG-Ableitungen II, III und aVF zu sehen.

Bei einem Herzinfarkt kommt es in der Regel zum Aufbrechen einer Verengung in der Innenschicht eines Herzkranzgefäßes, die sich über eine längere Zeit gebildet hat und meist aus eingelagertem Cholesterin und Fetten sowie Kalk besteht. Wenn dieser sogenannte arteriosklerotische Plaque aufbricht, bildet sich explosionsartig ein Blutgerinnsel, um die verletzte Stelle im Herzkranzgefäß abzudichten. Hierdurch wird allerdings das Gefäß oft komplett verschlossen.

Durch den Verschluss kommt der Blutfluss zum Erliegen, und die Herzmuskelzellen, die über das Blutgefäß dauernd mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden müssen, können aufgrund des nun ausbleibenden Sauerstoffs und der fehlenden Energie ihre Arbeit nicht

mehr vollbringen. Der Herzmuskel wird an dieser Stelle schwach. Aber es kommt noch schlimmer: Nach und nach sterben Herzmuskelzellen ab, was sich in den Laborwerten als Anstieg der herzspezifischen Enzyme abbildet. Nach drei Stunden sind circa 50 % der betroffenen Herzmuskelzellen abgestorben.

Kommt es zu einem Hinterwandinfarkt, ist in der Regel die rechte Herzkranzarterie, die die Hinterwand des Herzens mit Blut versorgt, von dem Verschluss durch das Blutgerinnsel betroffen. Bei einem Vorderwandinfarkt die linke Herzkranzarterie, die die Vorderwand des Herzens versorgt. Die unterschiedlichen Lokalisationen bedingen unterschiedliche EKG-Veränderungen.

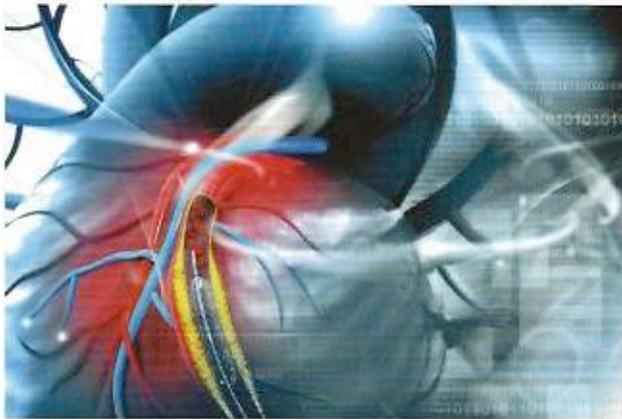
Seit Beginn der Beschwerden von Herrn Schmitt sind bisher zweieinhalb Stunden vergangen. Es gilt jetzt schnell zu handeln. Zunächst gibt der Notarzt Herrn Schmitt Medikamente, die die Vergrößerung des Blutgerinnsels stoppen und die Gefäße insgesamt erweitern und den Blutdruck erniedrigen: Aspirin, Heparin sowie Nitro-Spray. Gegen die starken Schmerzen zusätzlich noch Morphium. Die Beschwerden des Patienten verbessern sich. Durch diese Maßnahmen wird das Herz entlastet.

Der Notarzt kündigt Herrn Schmitt telefonisch beim diensthabenden Arzt der kardiologischen Intensivstation der SHG Kliniken in Völklingen an. Er berichtet ihm über die Beschwerden des Patienten und den Verdacht auf Hinterwandinfarkt. Sofort informiert der Diensthabende das Team des Herzkatheterlabors sowie der Notaufnahme über das baldige Eintreffen des Patienten.

Sofort beginnen in den SHG-Kliniken Völklingen die Vorbereitungen für den Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt:

In der Notaufnahme wird ein Behandlungsraum zur ersten Sichtung und erneuten Untersuchung des Patienten reserviert, das nächst verfügbare Herzkatheterlabor wird freigehalten und für die anstehende Koronarangiographie vorbereitet, außerdem wird ein Platz auf der Intensivstation zur Patientenüberwachung bereit gehalten.

Bei Ankunft von Herrn Schmitt in der Notaufnahme wird dieser schon vom Arzt der Intensivstation erwartet. Beschwerden, EKG und Laborwerte bestätigen den dringenden Verdacht auf Herzinfarkt. Herr Schmitt wird schnellstens darüber informiert, dass man durch eine



Herzkatheteruntersuchung die Engstelle, die den Herzinfarkt verursacht hat, lokalisieren, aufdehnen und – falls erforderlich – mit einer Gefäßstütze aus Metall, einem sogenannten Stent, versehen kann. Es werden Herrn Schmitt der Ablauf eines solchen Eingriffs sowie die möglichen Komplikationen und Risiken erklärt.

Nachdem Herr Schmitt seine Einwilligung zu der Untersuchung gegeben hat, wird er im Herzkatheterlabor durch das Pflege- und Ärzteteam auf die Herzkatheteruntersuchung vorbereitet.

Für Oberarzt Dr. Gatto vom interventionellen Ärzteteam sind der klinische Zustand des Patienten sowie die bisher erhobenen Befunde, also insbesondere das EKG und die Laborwerte, wichtige Parameter, die Situation einzuschätzen. Wichtig ist für ihn auch zu wissen, welche Medikamente in welcher Dosierung bisher verabreicht wurden und wie die Vormedikation war.

Das interventionelle Kardiologenteam, neben Dr. Gatto auch sein Stellvertreter Oberarzt Dr. Watremez, Oberarzt Dr. Sood und die weiteren Fach- und Assistenzärzte, sowie die für die Tätigkeiten rund um die Katheterisierung spezialisierten Krankenpflegekräfte, allen voran der Pflegeleiter des Katheterlabors Herr Knerr, sind in besonderer Weise erfahren und aufeinander eingespielt, um die komplizierten Prozeduren in höchster Perfektion auszuführen und zu begleiten.

Im Rahmen der unmittelbar anschließend durchgeführten Herzkatheteruntersuchung wird die Verdachtsdiagnose Hinterwandinfarkt bestätigt: Die rechte Koronararterie zeigt sich in der Koronarangiographie thrombotisch verschlossen und wird mittels eines auf einen Herzkatheter montierten Ballons erweitert.

Dieses Verfahren nennt man Ballondilatation oder PTCA (Perkutane Transluminale Coronar-Angioplastie). Ab-

schließend wird ein sogenannter DE-Stent in die aufgedehnte Stelle des Herzkranzgefäßes eingesetzt.

Oberarzt Dr. Gatto: „Diese Gefäßstütze aus Metall hält das Gefäß offen. Während der Phase, in der der Stent im Gefäß einheilt, müssen 2 blutverdünnende Medikamente in Kombination eingenommen werden, damit sich kein Blutgerinnsel an der Stelle bilden kann. Das kann bis zu einem Jahr erforderlich sein. Der Stent, den wir bei Ihnen eingesetzt haben, hat darüber hinaus eine Besonderheit: er ist mit Medikamenten beschichtet (DES = drug eluting stent), die in der Folgezeit eine überschießende Vernarbung und erneute Verengung des Blutgefäßes verhindern sollen.“

Herr Schmitt verspürt sofort eine große Erleichterung, die Schmerzen und das Druckgefühl lassen nach. Mit Kontrastmittel stellt Herr Dr. Gatto das Ergebnis dar: der Blutfluss ist wiederhergestellt. Im Anschluss an die Herzkatheteruntersuchung wird der Patient auf die kardiologische Intensivstation verlegt. Der Oberarzt der Intensivstation Dr. Tost erklärt Herrn Schmitt, dass jetzt eine kontinuierliche Überwachung von Herzrhythmus und Blutdruck sowie engmaschige klinische Kontrollen und Laboruntersuchungen notwendig sind.

Oberarzt Dr. Tost: „Diese Überwachungs- und Beobachtungszeit ist deshalb von enormer Bedeutung, weil in dieser Zeit in 8-10 % der Fälle Herzrhythmusstörungen auftreten können, die – wenn sie nicht umgehend behandelt werden – zum Tode führen können.“

Schwester Judith Oblinger, Leiterin des Intensiv-Pflegeteams: „In der kardiologischen Abteilung des Herzzentrums Saar sind alle Krankenschwestern und Krankenpfleger sowohl im Herzkatheterlabor und den kardiologischen Funktionsabteilungen als auch auf der Intensiv- und kardiologischen Normalstation speziell auf kardiologische Krankheitsbilder geschult, um den Patienten optimal durch die nächsten Tage zu begleiten.“

Nach einer Beobachtungsphase von 24 bis 36 Stunden wird Herr Schmitt bei stabilen Kreislaufverhältnissen auf die kardiologische Normalstation verlegt. Es werden jetzt noch ein Langzeit-EKG sowie eine Echokardiographie durchgeführt, um Komplikationen wie Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche zu erfassen.

Eine europäische Ära beginnt

Kardiologische Akutversorgung über Grenzen hinweg



Von Saskia Rybarczyk
Beauftragte für grenzüberschreitende Zusammenarbeit/
Chargée de coopération transfrontalière

Im Jahr 2005 unterzeichneten die Französische Republik und die Bundesrepublik Deutschland das Rahmenabkommen über grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich mit dem Ziel „einen besseren Zugang zu einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung für die Bewohner des Grenzgebietes sicherzustellen“. Diese Worte nahmen sich die Krankenhäuser in Völklingen und Forbach im wahrsten Sinne des Wortes „zu Herzen“: Es entstand eine einmalige deutsch-französische Krankenhauspartnerschaft, die seit 2013 regelmäßig Leben von Infarktpatienten aus dem lothringischen Kohlebecken rettet.

Einmalige Krankenhauspartnerschaft zwischen Völklingen und Forbach

Im Falle eines Herzinfarktes zählt jede Sekunde. Dies gilt sowohl für Deutschland als auch für unseren Nachbarn Frankreich. Was aber, wenn zwischen Notfallort und nächstgelegenen Herzkatheterlabor eine nationale Grenze verläuft? Diese kann die Betroffenen Lebensqualität und sogar Leben kosten. Eine Tatsache, die der französische Kardiologe Dr. Jean-Philippe Godenir aus Forbach und die Chefarzte des HerzZentrums Saar, Dr. Cem Özbek, Leiter der Kardiologie, und Dr. Helmut Isringhaus, ehemaliger Leiter der Herz-Thorax-Chirurgie, so nicht hinnehmen wollten. Nach zehn Jahren Gesprächen, Verhandlungen und Annäherung war es im

Frühjahr 2013 schließlich soweit: Die SHG-Kliniken Völklingen, das C.H.I.C. Unisanté+ (Krankenhaus Marie Madeleine Forbach), die Agence Régional de Santé und die französische Krankenkasse CPAM Bas-Rhin unterzeichneten eine einmalige Kooperationsvereinbarung zur Verbesserung der kardiologischen Akutversorgung im lothringischen Kohlebecken.

Seither kann der französische Rettungsdienst akute Herzinfarktpatienten aus 27 Gemeinden rund um Forbach auch ins HerzZentrum Saar der SHG-Kliniken Völklingen bringen. Jeder Patient entscheidet natürlich weiterhin frei über seinen Behandlungsort. Wenn der Patient am HerzZentrum Saar behandelt und stabilisiert wurde, bringt ihn der französische Rettungsdienst zurück nach Frankreich. Damit wurden das HerzZentrum Saar der SHG-Kliniken Völklingen in die französische Versorgungskette einbezogen.

Natürlich stellte sich zu Beginn die Frage, wie die Sprachbarriere zwischen den deutschen und französischen Ärzten bei Adressierung, Versorgung und Rückverlegung überwunden werden kann. In engem Austausch wurde ein besonderer Behandlungspfad eingeführt: Die französischen Ärzte haben in Völklingen rund um die Uhr einen französischsprachigen Kardiologen als Ansprechpartner. Zudem baute Völklingen ein deutsch-französisches Ärzte-, Pflege- und Verwaltungsteam auf, welches bis heute beständig wächst.

Schließlich wird auch bei der Rückverlegung/Entlassung auf die Behandlungskontinuität geachtet, indem der Arztbrief in der Muttersprache des Empfängers verfasst wird, natürlich: Französisch.

„Ich wünsche mir sehr, dass die Zusammenarbeit mit Frankreich noch weiter intensiviert und ausgebaut wird.“

Michèle Stein

“

Die Kombination von hochkarätigen Ärzten und fachlich kompetentem Pflegepersonal ermöglicht für die Patienten eine optimale Anwendung von den besten Therapien in der Kardiologie. Für mich in der Nachsorge ist dabei wichtig, dass viele Patienten auch kommen, weil die hohe Kompetenz des Herzzentrums und seiner Institutionen auch die psychosoziale „persönliche“ Dimension integriert.

Dr. Liliana Siemsen

“

Gleichzeitig vereinbarten die Unterzeichner, dass es für die Verbesserung der kardiologischen Akutversorgung in leistungsfähigen Kohlebecken notwendig ist, die Forbacher Kardiologie zu stärken. Dies erfolgt, indem französischsprachige Ärzte aus Völklingen Dienste in Forbach übernehmen und der kollegiale Erfahrungsaustausch über gemeinsame Fortbildungen gefördert wird.

Das Rahmenabkommen wurde vor nunmehr über 10 Jahren unterschrieben. Nur wenige lokale Vereinbarungen wurden seither zwischen Deutschland und Frankreich unterzeichnet. Noch weniger werden mit Leben

gefüllt. In diesem Sinne ist die grenzüberschreitende Kooperationsvereinbarung im Bereich Kardiologie eine einzigartige Erfolgsgeschichte.

Oberarzt Dr. Stephan Watremez erklärt: *„Der Aufbau einer erfolgreichen deutsch-französischen Partnerschaft, über Sprach- und Systemunterschiede hinweg, endet nicht mit einer Unterschrift, sie nimmt an diesem Tag ihren Anfang.“*

Über 200 zufriedene Patienten

Dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich über ihre originären medizinischen, pflegerischen und administrativen Tätigkeiten hinaus täglich für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit einsetzen, begründet den gelebten Erfolg der Vereinbarung.

Dieses Engagement spiegelt sich Ende 2017 in einer Bilanz von über 200 zufriedenen französischen Patientinnen und Patienten, die am Herzzentrum Saar behandelt wurden sowie einer rund um die Uhr einsatzbereiten Forbacher Kardiologie wider.

Aktuell wird geprüft, ob auch das Gebiet um Saargemünd in die grenzüberschreitende Kooperation einbezogen werden kann. Dann könnten auch Patienten von dort vom bisherigen Erfolg der wegweisenden deutsch-französischen Initiative profitieren.



Wahl der Partnerschaft des Kooperationsvertrages