



Der Krankenhausspiegel

Welche Klinik bietet die beste Behandlung? Seit 2008 gibt es den Krankenhausspiegel Hannover, der unter der Internetadresse www.krankenhausspiegel-hannover.de die Qualitätsdaten fast aller Kliniken in der Region laienverständlich aufbereitet. Die HAZ hat das Projekt der Krankenhäuser und der Techniker Krankenkasse von Anbeginn begleitet. Bislang wurden Qualitätsergebnisse aus sechs Bereichen veröffentlicht: bei der Brustkrebsbehandlung, der Geburtshilfe, dem Einsatz eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks, der Erstimplantation eines Herzschrittmachers und der Gallenblasenentfernung. Drei neue Bereiche sind jetzt dazugekommen. **Ab sofort sind die aktuellen Daten im Internet abrufbar.** Wir geben Ihnen in unserer zweiteiligen Serie einen Überblick über die neuen Module und Kriterien.

► Folge 1: Der Oberschenkelhalsbruch
► Folge 2: Bypass und Herzkatheter

Herzbehandlung in Zahlen

Bypassoperationen werden nur in der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) durchgeführt. 687 Patienten wurden 2009 behandelt. In 91,8 Prozent der Fälle wurde die Engstelle mit der Brustwandarterie überbrückt, bundesweit waren es 93,1 Prozent. Wundinfektionen traten nach dem Eingriff in 0,2 Prozent der Fälle auf, bundesweit waren es 0,4 Prozent. 0,7 Prozent der MHH-Patienten erlitten 2009 eine Nierenfunktionsstörung, 0,4 Prozent neurologische Komplikationen. Nach der Bypass-OP verstorben sind 1,2 Prozent der Operierten, bundesweit waren es drei Prozent.

Herzkatheteranwendungen bieten acht Krankenhäuser der Region Hannover an: das Friederikenstift (79 Patienten in 2009), das Henriettenstift (444 Patienten), das Clementinenhaus (822 Patienten), das Klinikum Neustadt (544 Patienten), das Robert-Koch-Krankenhaus Gehrden (1793 Patienten), das Klinikum Siloah (1243 Patienten), die MHH (2406 Patienten) und das Vinzenzkrankenhaus (1181 Patienten). Die durchgeführten Herzkatheteruntersuchungen waren in allen Häusern zu mindestens 90 Prozent, meist sogar mehr als 95 Prozent medizinisch notwendig. Mit 68,3 Prozent sticht nur das Friederikenstift heraus, das jedoch gleichzeitig eine sehr geringe Zahl an Eingriffen aufweist, sodass dieses Ergebnis nochmals überprüft wird.

Nach der Herzkatheterbehandlung hat sich die Durchblutung in allen hannoverschen Kliniken, die diese Untersuchung anbieten, bei mindestens 90 Prozent der Patienten, teilweise sogar bei mehr als 97 Prozent verbessert.

Schwerwiegende Komplikationen gab es nach den Herzkatheteranwendungen nur in geringem Maße: Vinzenzkrankenhaus 0,2 Prozent, Klinikum Siloah 0,4 Prozent, Robert-Koch-Krankenhaus Gehrden 0,5 Prozent, Klinikum Neustadt 0,6 Prozent, Clementinenhaus 0,7 Prozent, MHH 1,7 Prozent, Friederikenstift 2,5 Prozent, Henriettenstift 3 Prozent.

VON NICOLA ZELLMER

Die verrückte Idee, einen Gefäßverschluss mit einem Bypass zu überbrücken, hatte 1967 der Argentinier René Favaloro in der US-Klinik in Cleveland (Ohio), erzählt Prof. Axel Haverich. „Damals hat er ein Stück Beinvene als Umgehung eingesetzt. Die Methode ging dann von Cleveland aus in fünf Jahren rund um die Welt.“ Noch heute ist die Bypassoperation gebräuchlich – auch Haverich, der die Klinik für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) leitet, hat den Eingriff Hunderte Male erfolgreich durchgeführt. „Inzwischen gibt es auch Langzeit-Studiendaten zu dieser Methode“, erklärt der Herzchirurg. „Sie beweisen, dass sich die Überlebenszeit von Herzkranken nach einer Bypass-Operation verlängert.“

Seit den Anfängen hat sich die Bypasstechnik kontinuierlich weiterentwickelt. So hat die Klinik in Cleveland bereits in den siebziger Jahren eine weitere Methode etabliert: die Nutzung der Brustwandarterie (Arteria mammaria interna) bei Patienten, deren Beinvenen wegen Krampfaderen ausscheiden. „Das ist technisch schwieriger, und die Mammaria muss in den ersten 24 Stunden mit Medikamenten ruhiggestellt werden, weil es Spasmen geben kann“, sagt Haverich. Ende der achtziger Jahre haben Langzeitstudien jedoch gezeigt, dass ein arterieller Bypass bessere Ergebnisse als der Bypass mit einer Beinvene bringt. Allerdings: Es gibt nur zwei Mammaria-Arterien, sodass häufig auch die Beinvenen gebraucht werden.

Einige Jahre später gelang es dem französischen Herzchirurgen Alain Carpentier dann, auch die Armarterie (Arteria radialis) für Bypassoperationen zu nutzen. In der MHH wurde diese Methode zu einer eleganteren Prothese in T-Form weiterentwickelt, die heute weltweit genutzt wird. „Nach zehn Jahren sind noch 80 Prozent dieser Bypässe offen“, berichtet Haverich. Wegen der guten Ergebnisse erhalten in der MHH 40 Prozent der Patienten komplett arterielle Bypässe. Bei individuellen Komplikationen oder in Notfällen ist das jedoch nicht möglich.

Eingesetzt werden die Bypässe normalerweise am offenen Herzen unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine. Das Blut wird umgeleitet, während der Chirurg das neue Gefäßstück annäht. Insgesamt dauert die unter Vollnarkose durchgeführte Operation drei bis dreieinhalb Stunden. „Dabei stellen wir uns vor allem auf die individuellen Probleme des Patienten ein“, sagt Haverich. Viele haben noch weitere Grunderkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck. Etwa die Hälfte hat vorher bereits einen Stent bekommen. 950 Bypässe haben Haverich und sein Team allein im Jahr 2010 eingesetzt. 246 davon nur mit arteriellen Bypässen. Im Schnitt waren die Patienten 72 Jahre alt.

„Häufig operieren wir Herzkranken zu zweiten oder dritten Mal – etwa weil sich Stents oder Bypässe wieder zugesetzt haben“, sagt Haverich. „Diese Operationen sind technisch sehr anspruchsvoll.“ Trotzdem liegt die Sterblichkeit in der Hochschulklinik mit weniger als zwei Prozent niedrig. Die häufigste Komplikation ist ein Herzinfarkt während der Operation. „Wichtig ist mir, dass die Operation nicht wehtut“, betont der MHH-Herzchirurg. „Das Brustbein wird nach dem Eingriff fest verdrachtet. Eine Blinddarm-Operation macht mehr Schmerzen.“

Im Schnitt bleiben die Bypasspatienten sechs bis sieben Tage in der Klinik. Dort werden sie so schnell wie möglich zur Bewegung angehalten. „Die Mobilisation passiert bei uns innerhalb von 24 Stunden nach der Operation“, sagt Haverich. Dabei helfe es, wenn die Angehörigen den Patienten motivieren. Nach dem Klinikaufenthalt geht der größte Teil der Patienten dann noch in eine ambulante oder stationäre Rehabilitation. „Vor allem die Patienten, die wir mit arteriellen Bypässen versorgt haben, sehen wir dann nicht so schnell wieder“, sagt Haverich schmunzelnd.

Umgehungsstraße für das Blut

Bei der Bypassoperation überbrückt ein Gefäßstück aus Arm oder Bein krankhaft verengte Herzkranzgefäße



Volle Konzentration: Prof. Axel Haverich (Mitte) bei einer Herzoperation in der MHH.

MHH

Nach dem Stent braucht Andreas Szymanski jetzt auch einen Bypass

„Es stand 50 zu 50“

VON NICOLA ZELLMER

Ein krankes Herz kann das ganze Leben auf den Kopf stellen. Das hat Andreas Szymanski bei seinem Vater gesehen. 45 Jahre alt war der, als er zum ersten Mal einen Herzinfarkt bekam. Mit der Arbeit war gleich danach Schluss. Die Herzbeschwerden kamen

trotzdem immer wieder. „Als er 60 war hatte er drei Bypässe“, sagt Szymanski über seinen Vater. Fünf Jahre später wartete dieser vergeblich auf ein Spenderherz. „Der Arzt hat damals nur zu ihm gesagt, gucken sie sich noch ein bisschen die Welt an.“

Die Herzprobleme liegen in der Familie. 2006 bekam auch Szymanski einen

sogenannten Hinterwandinfarkt. Der heute 48-Jährige kam mit dem Wochenendeinkauf nach Hause, doch im dritten Stock war Schluss. „Ich konnte gerade noch bei den Nachbarn klopfen. Die haben dann den Notarzt gerufen“, erzählt der Vater zweier Kinder. Mit einer per Katheter eingesetzten Gefäßstütze (Stent) konnte die Engstelle wieder geöffnet werden. Seitdem ist Szymanski regelmäßig beim Kardiologen in Behandlung – damit die ersten Vorboten eines möglichen weiteren Infarkts nicht übersehen werden.

Obwohl der Boxfan nicht raucht und Sport treibt, ging seine Leistungsfähigkeit vor ein paar Wochen wieder in den Keller. „Mein Belastungs-EKG war nicht so toll, ich hatte ständig Schmerzen in den Kieferknochen und Durchblutungsstörungen bei Kälte“, sagt er. Sichererhaltend ließ er zwei Katheteruntersuchungen in zwei verschiedenen Krankenhäusern machen. „Es stand 50 zu 50“, erklärt der 48-Jährige. „Die Ärzte schickten mich also in die Medizinische Hochschule Hannover (MHH).“

Dort überprüften Kardiologen und Herzchirurgen sämtliche Unterlagen, ließen zusätzlich ein Kernspintomogramm des Herzens machen, und gingen dann auf Nummer sicher. „Herr Szymanski hat eine Verengung am Hauptstamm der Aorta“, erklärt Prof. Axel Haverich, Direktor der Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie der MHH. „Da kann man keinen Stent

einsetzen. Ich habe daher zum Bypass geraten. Abwarten war mir zu gefährlich.“

Am 10. Juni war es dann für Szymanski so weit: Ihm wurde ein Stück der Radialisarterie aus dem Arm entnommen. Damit überbrückten die Chirurgen dann die verengte Stelle in der Aorta. Von dem Eingriff hat der 48-Jährige nicht viel mitbekommen. „Ich kriegte eine Beruhigungstablette, und kurz darauf bin ich weggedämmert.“ Als er aufwachte, ging es ihm gut – typisch für eine Bypassoperation, die die Durchblutung sofort verbessert. Schon am nächsten Wochenende konnte Szymanski die MHH verlassen. In Fallingb. wird er jetzt weiterbehandelt und bekommt eine Reha.

In der MHH hat der 48-Jährige sich jetzt überlegt, wie er am besten mit der familiären Herzkrankheit weiterlebt – zumal vor der Klinikeinweisung auch ein Diabetes Typ 2 festgestellt wurde. „Den Stationsarzt Thierry Siemeni konnte ich glücklicherweise über alles Löcher in den Bauch fragen“, sagt Szymanski. „Ich habe meiner Situation jetzt ins Auge gesehen und bin härter zu mir selbst geworden.“

Seinen Humor hat er trotzdem nicht verloren. Als er die 25 Zentimeter lange Narbe an seinem Unterarm vorführt, kann er sich ein Grinsen nicht verkneifen. „Schick, oder?“, fragt er. „Da kann ich mir 'ne schöne Tätowierung drauf machen lassen – 'ne Straßenbahn oder so.“



Operation überstanden: Andreas Szymanski (rechts) mit Prof. Axel Haverich (links) und Stationsarzt Thierry Siemeni.

„Brustschmerz und Atemnot immer ernst nehmen“

In vielen Fällen können die Kardiologen verengte Gefäße auch ohne Operation mit einem Kathetereingriff wieder aufgeweitet

VON NICOLA ZELLMER

Es könnte viel einfacher sein. Wenn nur alle kämen. „Ich kann nur jedem raten, Beschwerden wie belastungsabhängige Schmerzen im Brustkorb oder Atemnot ernst zu nehmen“, sagt Prof. Johann Bauersachs, Direktor der Klinik für Kardiologie und Angiologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Doch vor allem Männer neigen dazu, die Frühzeichen eines Herzinfarkts oder die Probleme durch eine chronische Verengung der Herzkranzgefäße als Nebensache abzutun. Die Folge: Etwa ein Drittel der Betroffenen schafft es bei einem Herzinfarkt nicht mehr rechtzeitig in die nächste Notaufnahme und stirbt.

Besonders gefährdet sind Raucher, Diabetiker, erblich vorbelastete Menschen und über 60-Jährige. „Aber auch alle anderen Männer über 40 Jahre und Frauen über 45 Jahre sollten regelmäßig zum Gesundheitscheck beim Arzt gehen“, rät

Bauersachs. Und eine notwendige Herzkatheteruntersuchung nicht hinauszögern. „Das Aufschieben einer Katheteruntersuchung birgt immer höhere Risiken als der Eingriff selbst“, betont der Kardiologe.

Bei der Herzkatheteruntersuchung schieben die Kardiologen einen biegsamen Schlauch von der Leiste aus bis in das Herz vor. Dort können sie dann die Durchgängigkeit der Herzkranzgefäße messen und diese – wenn nötig – beim Eingriff mit einem Ballon aufdehnen und mit einer Gefäßstütze (Stent) stabilisieren. Fast immer untersuchen die Ärzte beim Linksherzkatheter auch die Herzkammern, in

einigen Fällen auch den Blutdruck im Herzen. Sogar die Lungenfunktion kann per Katheter überprüft werden. Dieser Eingriff nennt sich Rechtsherzkatheter. „Im Allgemeinen bleiben die Patienten für die Untersuchung vorsichtshalber

zwei Tage auf der Station“, erklärt Bauersachs. „Der Eingriff selbst ist heute sehr sicher und die Komplikationsrate sehr gering.“ Noch am häufigsten ist ein Bluterguss in der Leiste, der aber laut Bauersachs fast immer komplett abheilt. „Die meisten Patienten sagen uns hinterher, wenn sie gewusst hätten, wie wenig belastend die Untersuchung ist, hätten sie nicht so lange gewartet“, sagt er. Rund 2500 Herzkatheteruntersuchungen macht die MHH pro Jahr. Bei einem Drittel bis der Hälfte der Patienten müssen die Gefäße aufgedehnt werden. „Komplikationen, bei denen wir die Herzchirurgen benötigen, treten nur bei etwa einem von 1000 Eingriffen auf“, sagt Bauersachs.

Im Laufe der Zeit sind Ballontechnik und Stents zudem immer ausgefeilter geworden. So gibt es inzwischen Stents mit einer speziellen Beschichtung, die vor allem in kleinen Kranzgefäßen oder bei der Überbrückung sehr langer Gefäßstücke das erneute Zusetzen der Blutgefäße verhindern sollen. Mitunter würden die Stents allerdings auch im Übermaß eingesetzt, meint Bauersachs. „20 Stents bei einem Patienten sind in der Regel nicht mehr sinnvoll“, sagt er. Zudem die Herz-

chirurgen, wenn dann doch ein Bypass nötig wird, an Gefäßen mit metallischer „Vollverkleidung“ kaum noch operieren können. In der MHH arbeiten Kardiologen und Herzchirurgen daher grundsätzlich als sogenanntes Heart-Team (Herzmannschaft) zusammen. Sie besprechen beispielsweise, ob im Einzelfall Stent oder Bypass besser geeignet sind. „Wenn man etwa einen viele Zentimeter langen Stent einsetzen müsste, um ein Gefäß noch offen zu halten, muss man überlegen, ob eine Bypass-Operation nicht doch die erste Wahl ist“, erklärt Bauersachs. Setzt sich andersherum ein Bypass Jahre nach der Operation wieder zu, sind häufig die Kardiologen gefragt, die das Gefäß mit einem Kathetereingriff wieder durchgängig machen können.

Einen guten Rat gibt der Direktor der Kardiologie allen Katheterpatienten mit auf den Weg. „Wer eine Erkrankung der Herzkranzgefäße hat, muss auch nach einer Aufdehnung Medikamente einnehmen, seinen Lebensstil überprüfen und regelmäßig zur Kontrolle beim Arzt gehen“, sagt er. „Das ist eine chronische Krankheit und kein kurzer Boxenstopp, nach dem alles wie gewohnt weitergeht.“



Stützender Stent für die Gefäße



Im modernen Herzkatheterlabor der MHH können Prof. Johann Bauersachs und seine Kollegen Herzprobleme diagnostizieren und verengte Gefäße wieder durchgängig machen. Surrey