

Interview

Geplante Behandlungsabläufe sind eher für die Pflege sinnvoll

Über die Rahmenbedingungen in der Kardiologie sprach Horst Kreussler mit dem Reinbeker Chefarzt Prof. Herbert Nägele.

Neben dem Uni-Klinikum und den Schwerpunktkrankenhäusern des Landes haben auch Häuser der Grund- und Regelversorgung herausragende medizinische Kapazitäten vorzuweisen. Ein spezielles Beispiel ist die Kardiologie des Krankenhauses Reinbek St. Adolf-Stift. Im Jahr 2010 stellte die Klinik bei einer Pressekonferenz die bemerkenswerte Leistungsentwicklung der Kardiologie vor, und vor Kurzem berichtete das Haus über die Beteiligung an einer noch laufenden internationalen Studie über die Implantation spezieller Herzschrittmacher/Defibrillatoren sowie über die erfolgreiche Beteiligung an weiteren Studien. Das Ärzteblatt nahm einmal exemplarisch diese besonderen Aktivitäten zum Anlass, den zuständigen Ltd. Oberarzt der Medizinischen Klinik (Chefarzt Prof. Dr. Stefan Jäckle), Prof. Dr. Herbert Nägele, nach Hintergründen zu befragen.

Wie ist es zum „Herzzentrum Reinbek“ im St. Adolf-Stift gekommen und was sollten auswärtige Kollegen darüber wissen?

Nägele: Schon unter meinem Vorgänger Dr. Walter Seeger bildete die elektromedizinische Kardiologie einen Schwerpunkt, der Patienten im weiten Umkreis anzog. Heute haben wir alle etablierten und z.T. auch experimentelle Geräte mit speziellen Sensoren und Elektroden, spezielle Defibrillatoren und Atemstimulatoren. Auch personell gibt es – in Kooperation mit der AK Hamburg St. Georg – Spezialisten, um fast die gesamte Kardiologie auf universitärem Niveau anzubieten. Dazu gehören die moderne leitliniengerechte Behandlung von Rhythmusstörungen einschließlich Resynchronisation (CRT) und Kontraktionsmodulation (CCM), die Kathetereingriffe (Ltg. Dr. Krause), eine umfangreiche Diagnostik mit Herzecho (Oberarzt Dr. Behrens). Unser Ziel ist die kardiologische Rundumversorgung der Patienten im Hamburger Osten, etwa bis hin nach Lauenburg und zur Grenze von Mecklenburg-Vorpommern. Die anderen Herzzentren im Umkreis sind neben Hamburg in Lübeck und Bad Segeberg.

Gibt es noch Lücken bzw. Investitionsbedarf?

Nägele: Wir möchten gern für eine Reihe von Rhythmusstörungen wie Vorhofflimmern noch die Ablationstherapie anbieten, ebenfalls in Kooperation mit St. Georg. Dazu brauchen wir einen weiteren Kathetertisch, den wir räumlich in einem neuen Anbau als kombinierte Schrittmacher-Defi-Ablationstherapie einrichten wollen. Die Baupläne liegen vor, ich hoffe auf Fertigstellung in zwei Jahren. In dem Zusammenhang soll auch die zu klein gewordene internistische Aufnahme vergrößert werden.

Und wie ist es personell, könnten Sie eine Ergänzung gebrauchen, etwa bei der psychosozialen Versorgung der Herzpatienten?

Nägele: Ja, neben den anderen Oberärzten und Assistenzärzten in der Kardiologie gibt es im Forschungsbereich für Studien nur noch eine aus Drittmitteln selbst beschaffte Kollegin. Einen eigenen Psychotherapeuten haben wir zwar nicht, jedoch eine mehrere Kollegen umfassende konsiliarärztliche Unterstützung.

Im Übrigen ist eine Bewegungstherapiegruppe geplant für die schwer herzinsuffizienten Patienten, wie in Hamburg im Albertinen-Krankenhaus und im Rehazentrum/UKE. Die Krankenkassen dürfen ja heute nach Folgeverordnung eine Dauerbetreuung finanzieren, nicht nur wie früher eine einmalige Reha-Maßnahme.

Insgesamt wird die kardiologische Versorgung der Patienten in Deutschland als durchaus verbesserungswürdig bezeichnet. So hieß es beim letzten Internistenkongress, kaum 30 Prozent der Hypertoniker seien optimal medikamentös eingestellt, dafür gebe es aber einen starken Anstieg der Kathetereingriffe und damit insgesamt (so manche Kritiker) auch ökonomisch bedingt weit mehr Interventionen als streng indiziert seien.

Nägele: Für einen Teil der Patienten (z.B. mit Herzbefall) sind Kathetereingriffe (PCI) wirklich notwendig, auch wenn sie die Mortalität nur bei fri-

schen Infarkten signifikant senken. Wenn wir hierzu-lande die höchste PCI-Rate in Europa haben, hängt das auch mit gesundheitspolitischen Vorgaben zusammen, die zu einer bestimmten Honorierung von Leistungen geführt haben. Wir versuchen jedenfalls bei uns, den Patienten die ihnen individuell angemessene Behandlung – konservativ, elektromedizinisch, katheterinterventionell, operativ – zu geben. *Umgekehrt heißt es vonseiten der medizintechnischen Industrie, unser Gesundheitswesen lasse den Patienten zu wenige Schrittmacher und Defis zukommen?*

Nägele: Das lässt sich so allgemein wohl kaum sagen, denn es gibt eine sehr heterogene Versorgung in Deutschland – wir in Reinbek jedenfalls implantieren leitliniengerecht (nach der ESC, European Society of Cardiology) ausreichend Geräte für unsere Patienten. Studien haben einen deutlichen Überlebensvorteil für diese Geräte gezeigt, vielleicht mit Ausnahmen bei hochbetagten und multimorbiden Patienten. *Wieweit sind standardisierte Vorgaben, also etwa auf „Evidence-based Medicine“ beruhende Leitlinien (womöglich in der Kitteltasche des Arztes) oder Geplante Behandlungsabläufe (Beispiel aus der Kardiologie AK St. Georg) im klinischen Alltag aus Ihrer Sicht praktikabel?*

Nägele: Im Prinzip schon, wir halten uns an die maßgeblichen aktuellen Leitlinien. Allerdings bedürfen sie der Auslegung mit Blick auf den individuellen Patienten. Primär behandeln wir im Gespräch mit dem Patienten und mit gesundem Menschenverstand, aber natürlich geht es nicht ohne Standards. Auch Geplante Behandlungsabläufe sind für den einzelnen Patienten nicht immer maßgeschneidert und eher als Standards für die Pflege sinnvoll.

Wenn sich, wie es heißt, die Fächergrenzen von Interventioneller Kardiologie, Interventioneller Radiologie und Kardiochirurgie verschieben, müssten die beteiligten Ärzte nicht noch mehr über die Nachbarfächer wissen, also z.B. der Kardiologe über die sichere Beurteilung von spezifischen CT- und MR-Bildern?

Nägele: Ja, sollten wir einmal einen Cardio-CT bekommen, müssten entsprechende Kenntnisse sicher gefestigt und trainiert werden. Ein Cardio-MRT wäre für jüngere Patienten präventiv sinnvoll, aber für unsere eher „Geronto-Kardiologie“ weniger.

Auf der anderen Seite sind auch chirurgische Kenntnisse nötig, um zu beurteilen, was jenseits der kardiologischen Möglichkeiten von der Herzchirurgie nach neuestem Stand gemacht oder auch nicht sehr erfolgreich gemacht werden kann. Nicht nur die Er-

wartungen der Patienten sind manchmal zu optimistisch. Insofern ist die Verschiebungstendenz von der Herzchirurgie hin zu interventionellen Techniken nicht unverständlich.

In der Herzchirurgie gilt als Ultima Ratio die Transplantation eines Spenderherzens. Wie beurteilen Sie – auch aus langjähriger kardiochirurgischer Erfahrung im UKE – den immer wieder vorgebrachten Pauschalvorwurf einer zu geringen Spendebereitschaft und zu geringer Transplantationszahlen in Deutschland?

Nägele: Kritisch, denn ein „Mangel“ an Spenderorganen kann verschiedene Ursachen haben. Es wäre zu untersuchen, ob statt eines echten Mangels eher eine falsche Verteilung der Organe auf die Patienten vorliegt. Im Verbund der norddeutschen Transplantationskliniken gab es bis vor etwa zehn Jahren eine regionale, nicht starre Warteliste für Herzen mit nur ca. einem Monat Wartezeit – seitdem aber durch die europaweite Verteilung eine Wartezeit von ein bis zwei Jahren für unsere elektiven Patienten. Überdies müssen die Organe von weither ischämisch und gekühlt transportiert werden, was der Lebensdauer nicht förderlich ist. Das heißt: Die Wartezeiten sind so lang, dass diejenigen, die eine Transplantation wirklich benötigen, diese zum Teil nicht mehr erleben. Von daher können wir froh sein, dass inzwischen Kunstherzen praktisch genau so gut funktionieren wie Spenderherzen – ein großer Fortschritt der Medizin.



Prof. Herbert Nägele

- Geboren 7.3.1957 in Hessigheim/Neckar
- 1977 ff. Ausbildung zum Krankenpfleger
- 1981-87 Medizinstudium Hamburg
- 1987 ff. Wiss. Ass. im UKE (Prof. Greten) und Promotion
- 1992 ff. UKE-Klinik f. Herz- und Gefäßchirurgie/ Kardiologie, zuständig für EKG, Herzinsuffizienz, Herztransplantation und Schrittmacher, seit
- 2002 Leiter dieses Bereichs
- 2002 Weiterbildungsberechtigung Kardiologie
- 2003 Habil. (Grenzbereich Kardiologie/Kardiochirurgie)
- 2004 Oberarzt Med. Klinik Krankenhaus Reinbek, Ermächtigung KVSH
- 2005 Ltd. OA, i.V. Klinikchef Prof. Stefan Jäckle