Mohr: „Die Kluft ist noch sehr groß, im letzten Herbst haben wir dazu eine Umfrage gemacht. Aus den herzchirurgischen Kliniken haben etwa 20% gemeldet, dass sie ein agierendes Herzteam haben. Die aktuelle Entwicklung zeigt aber, dass es täglich mehr werden.“

Erstmals leitet ein Kardiologe einen Herzchirurgenkongress

Eine Hauptsitzung der Tagung, die übrigens erstmals von einem Kardiologen, nämlich Prof. Christian Hamm, Bad Nauheim / Gießen,

geleitet wurde – eine Solidaritätsgeste zur rechten Zeit – ging zentral auf das Motto des Kongresses ein: Ein Herz, ein Team (Abb. 2). Und Mohr stellte in seinen „zukünftigen Visionen“ einen beispielhaften Fall dar, der plastisch demonstrierte, warum Herzteams die Herzmedizin generell weiterbringen können und was die Patienten davon haben.

Noch vor wenigen Jahren undenkbar

Er schilderte den Fall einer 89-jährige Frau, sie erhielt vor zehn Jahren zwei Bypässe rechts.

Sie kam jetzt mit einer hochgradig stenosierten rechten Koronararterie in die Klinik, außerdem hatte sie zusätzlich eine schwere Aortenstenose. Auch ihre Mitralklappe, bereits vor Jahren rekonstruiert, war wieder insuffizient geworden bei schlechter Ventrikelleistung. Das Leipziger Herzteam sah noch reelle Chancen. Innerhalb von 45 min erhielt sie einen Stent in die stenosierte rechte Koronararterie, gleichzeitig wurde über einen transapikalen Zugang eine Klappe in die Aortenposition und eine weitere in die Mitralklappe positioniert.

Veritables Sündenregister

Können Götter teilen?

Die ersten Herzzentren wurden in Deutschland auch deshalb gebaut, um die Herzfächer unter einem Dach zu bündeln – auch um die Kommunikation zwischen den Disziplinen zu fördern. Dass dies nicht überall klappte, ist ein offenes Geheimnis. In manchen Zentren reden die Chefs nicht einmal miteinander, es sei denn, sie werden vom Verwaltungsdirektor dazu genötigt. Oder seit kurzem: von den Krankenkassen.

Götter können offenbar nicht teilen. Nicht die Macht, nicht den Glorienschein, nicht die Pfründe. Und wehe, jemand legt den Finger in diese versuppte Wunde! Hätte nicht Patrick Serruys, Rotterdam, auf der Tagung der Herzchirurgen in Freiburg selbst die Ketzerrolle übernommen, niemand würde offen darüber reden, tuscheln schon, aber nicht mutig argumentieren.

Was hindert Interventionalisten und Herzchirurgen ein veritables Team zu bilden?

- Nach Serruys steht an erster Stelle das Bestreben, ein eigenes Imperium aufzu-

bauen, um so national und vielleicht auch international anerkannt zu werden.

- Bindungen an die Industrie können ebenfalls dazu führen, nur Produkte eigener Wahl einzusetzen und nicht etwa ein Konkurrenzprodukt, das der Kollege anfasst.

- Kooperation erscheint auch dann nicht nötig, wenn man seine eigenen Grenzen nicht kennt oder kennen will und damit keinen Grund sieht, mit anderen zu teilen.

- Schlichte Informationslücken mögen auch eine Rolle spielen, wenn man gar nicht über die PCI und / oder CABG auf dem Laufenden ist, was Indikation, Technologie und Outcome betrifft.

- natürlich menschelt es auch bei den Führungskräften. Persönliche Konflikte zwischen dem Interventionalisten und Chirurgen verderben nicht nur das Klima.

- Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten, insbesondere Privatpatienten, könnte zu „Verlustängsten“ führen.

- Das Vertrauen der Zuweiser könnte verloren gehen, wenn man andere Kollegen

als Experten auf Augenhöhe vorstellen muss.

- Die günstige Gelegenheit, seinen Patienten bei der Rekrutierung einer randomisierten Studie einzuschließen.

- „Turf protection“ nannte Serruys seinen letzten Punkt, also Revierdenken, Absicherung des Patientenzustroms samt der Privateinnahmen.

Anlass für Serruys, sich mit diesem spektakulären und höchst irritierenden Sündenregister zu beschäftigen, waren Studien, die zeigten, dass zwischen 59% und 68% der Patienten, die entweder einer PCI respektive einem Bypass unterzogen wurden, nicht über die alternative Therapieform aufgeklärt wurden. Eine US-Studie aus 2011 (Chan) fand auch, dass 11,6% der PCI-Eingriffe (Gesamtkollektiv 144 737) nicht sachgemäß waren. Das bedeutete, dass nicht leitliniengerecht entschieden wurde. Nicht zuletzt: Etwa ein Viertel der Patienten, für die eine Revascularisation indiziert wäre, bekommen sie nicht.

Jochen Aumiller ■