

Gespräch mit Prof. Friedrich-Wilhelm Mohr, Leipzig

Chirurg und Kardiologe: nur im Gespann erfolgreich

■ **CardioVasc:** Herr Prof. Mohr, Sie wurden als prominenter Herzchirurg zum Präsidenten der 76. Jahrestagung der Deutschen Kardiologen gewählt, eine etwas heikle Aufgabe. Denn eigentlich sind Kardiologen und Kardiochirurgen auf wichtigen Indikationsfeldern Wettbewerber geworden.

Mohr: Es ist richtig, dass eine gewisse Konkurrenzsituation entstanden ist, insbesondere weil sich die Kardiologen katheter-technisch in Felder vorwagen, die bisher eine Domäne der Chirurgen waren. In den letzten Jahren haben wir heftig über die Koronarchirurgie und die Stentimplantation diskutiert, jetzt ist eine ähnliche Diskussion über die Klappen entstanden.

■ **CardioVasc:** Befindet sich die Kardiochirurgie auf diesen Feldern auf dem Rückzug?

Mohr: Nein, das würde ich so nicht sagen. Man muss genau definieren, wo etwa ein Stent indiziert ist und wo nicht. Die meisten der Patienten mit Hauptstammstenose und Mehrgefäßerkrankung gehören heute operiert, nach der SYNTAX-Studie sind es 66%; das hat auch der Protagonist der Interventionisten, Prof. Serruys aus Rotterdam, hier bestätigt. Andererseits sind die Fortschritte der Stent-technologie unstrittig. Es wird sicher zu einer gewissen Umschichtung kommen und man wird sehen, welche Patienten interventionell behandelt und welche weiterhin operiert werden sollen. Dies in Studien herauszufinden, wird enorm schwierig werden, weil es kaum noch gelingt, vergleichbare Gruppen zu rekrutieren. In der Chirurgie haben wir es zunehmend mit komplexen, älteren und multimorbiden Patienten zu tun. Ich habe gezeigt, dass beide Disziplinen durchaus noch Optimierungspotenziale haben. Wenn man die Behandlungsergebnisse in den einzelnen Abteilungen – bundesweit gesehen – analysiert, sieht man, dass sie deutlich auseinandergehen, und zwar bei der PCI ebenso wie in der Koronarchirurgie. Die Erhebung zeigte, dass es in einigen Zentren zu einer inakzeptablen Häufung von Komplikationen (MACES) kommt – in beiden Disziplinen. Meine Sorge ist deshalb nicht, dass den Chirurgen oder Kardiologen



„Mit dem Hybrid-OP bekommen wir den Standard des Katheterlabors in den Operationsaal.“

Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Mohr, Herzzentrum Leipzig, Präsident der 76. Jahrestagung der DGK

die Arbeit ausgeht, sondern dass beide Disziplinen nicht genug tun, um einen exzellenten Standard zu gewährleisten.

Nicht akzeptabel: Wanderherzchirurgen

■ **CardioVasc:** Bei der Aortenklappenimplantation wird gefordert, diesen Eingriff nur dort durchzuführen, wo eine Herzchirurgie vor Ort ist.

Mohr: Das halte ich grundsätzlich auch für sehr sinnvoll. Wir haben über 700 Patienten in unserem Hause so behandelt und konnten akute Komplikationen so noch beherrschen. Allerdings kann ich zwei Tendenzen nicht akzeptieren:

- Den „Wanderherzchirurgen“, der mit seinem Kofferchen von Katheterlabor zu Katheterlabor zieht und dort als Stand-by dient, um im Falle von Komplikationen alle Probleme zu lösen. Das ist einfach falsch. Man löst hochkomplexe Komplikationen in einer fremden Umgebung einfach deutlich schlechter.
- Genauso halte ich es für falsch, wenn der Herzchirurg den Interventionisten ins eigene Haus holt, um ihm zu erlauben, hier seine Intervention zu machen.

Ich fordere deshalb, dass sich die Interventionisten und Herzchirurgen in ihren Häusern auf die komplexen Fälle konzentrieren und sich damit auseinandersetzen, was ihnen auch das nötige Know-how sichert.

■ **CardioVasc:** Kann die gemeinsame Arbeit im Hybrid-OP eine Lösung der aktuellen Probleme sein? Oder beruht dieses Konzept auf Illusionen?

Mohr: Nein. Der Hybrid-OP ist keine Illusion. Er ist das Ergebnis der neuesten medi-

zintechnischen Entwicklung, auch auf dem Gebiet der Bildgebung. Wir bekommen damit den Standard des Katheterlabors und sogar des CTs in den Operationsaal. Dadurch können wir die Erkrankung ziemlich vollständig erfassen und computergesteuert Implantate exakt platzieren. Ein Fortschritt in der Größenordnung wie etwa das GPS für den Autofahrer.

Ein weiterer Vorteil des Hybrid-OP ist das Umgebungsfeld, in dem der Herzchirurg arbeitet. Er kann hier komplexe Eingriffe durchführen, wie sie nötig werden, wenn es bei den Kathetertechniken zu Komplikationen wie Aortendissektion oder Ventrikelruptur kommt.

Wir profitieren alle von den neuen Möglichkeiten der Bildgebung. Meiner Ansicht nach waren diese Errungenschaften der wichtigste Fortschritt in den letzten zehn Jahren. Wir – Interventionalisten und Chirurgen – müssen diese Chancen nur richtig nutzen. Beide sind manchmal nicht in der Lage, die Bilder richtig zu interpretieren. Das lernen sie in ihrer Ausbildung nicht mehr, weil dafür keine Zeit bleibt. Meines Erachtens benötigen wir hier eine Korrektur.

■ **CardioVasc:** Sie haben den apikalen Zugang zum Herzen vorgestellt. Wo liegen die Vorteile?

Mohr: Das ist der kürzeste Weg zum Herzen, auf dem Sie so ziemlich alles Wichtige erreichen können. (...) Dieser Zugang wird sicher in den nächsten Jahren weiter an Bedeutung gewinnen. Mit der modernen Bildgebung geht das auch rasch, und man vermeidet die Komplikationen am „Eingangstor“ Femoralis.

Das Gespräch führte Jochen Aumiller. ■