

Herzchirurgie: «Patienten sollen aktiv mitentscheiden!»

Wie kommt ein Patient zum Herzchirurgen?

Über den Hausarzt oder Kardiologen, der den Patienten nach einer Herzkatheter-Untersuchung zum Chirurgen schickt. Besteht eine Indikation zur Operation, werden die Befunde mit dem Patienten besprochen. Oft schicken Hausärzte Patienten direkt zu mir, denn sie erkennen ja auch, wann ein operativer Eingriff in Betracht gezogen werden muss.

Was passiert dann?

Der Patient muss mit dem Eingriff einverstanden sein. Einige entscheiden schnell, andere benötigen mehr Zeit, um die Informationen zu verdauen. Es gibt aber auch Situationen, in denen der Patient keine andere Wahl mehr hat oder im Notfall seine Meinung nicht mehr abgeben kann. Dann entscheidet der Herzchirurg in der Annahme, dass der Patient weiterleben will.

Was kann der Patient vor dem Eingriff tun?

Sich informieren. Er soll den Grund und die Umstände des Eingriffs kennen und wissen, was auf ihn zukommt. Nur so kann er effektiv mit dem Herzchirurgen zusammenarbeiten. Gut informierte Patienten, die «da durch wollen», erleiden weniger Komplikationen und sind schneller wieder aus der Klinik entlassen. Und er muss sich natürlich für einen Herzchirurgen entscheiden.

Macht das nicht der Kardiologe?

Hausarzt und Kardiologe haben ihre Netzwerke, mit denen sie in der Regel zusammenarbeiten. Dennoch: Primär muss der Patient wissen, von wem er operiert werden will. Er soll sich nicht passiv «ergeben», und wichtige Entscheidungen anderen überlassen. Die Patienten sollten sich aktiv darum kümmern, was mit ihnen geschieht.

Was heisst aktiv?

Patienten sollen nachfragen: «Was habe ich genau?»; «warum genau muss ich operiert werden?». Es hilft, wenn sie Informationen oder eine Zweitmeinung einholen. Manchmal fragen mich Patienten, ob ich etwas dagegen hätte, wenn sie noch einen anderen Herzchirurgen konsultieren – hab' ich natürlich nicht – oder sie haben bereits drei Chirurgen konsultiert, bevor sie zu mir kommen. Die Patienten sollen fragen, wer den Eingriff macht und warum der Herzchirurg meint, dass gerade er dafür qualifiziert ist. Kritische Fragen sind nicht nur erlaubt – sie sind notwendig.

Wie kann sich ein Patient auf die Operation vorbereiten?

Die mentale Vorbereitung ist das Wichtigste. Daneben gibt es wenig, was in der verbleibenden Zeit bis zum Eingriff noch sinnvoll unternommen werden kann. Auf alle Fälle sollte das Rauchen eingestellt werden. Nur schon 14 Tage Rauchstopp vermindern die Risiken des Eingriffs und erleichtern den Heilungsverlauf. Eine Gewichtsabnahme reduziert zwar kaum das allgemeine Risiko, gestaltet die Hospitalisation aber erträglicher – und nützt für die Zukunft.

Was kann man tun, um eine Herzerkrankung zu vermeiden?

Man soll Risikofaktoren meiden: Rauchen, Übergewicht, fettreiche Mahlzeiten. Aber das ist ja bekannt. Weniger bekannt ist, dass ein Mangel an körperlichem Training das grösste Risiko darstellt, an einem Herzkreislauferkrankungen zu erkranken. Massvolle, aber um so regelmässige körperliche Betätigung über lange Zeit verlängert das Leben um 10 bis 15 Jahre. Sofern eine Herzoperation aber notwendig ist, kann diese natürlich nicht mehr durch ein kurzfristig angesetztes Training vermieden oder in die Zukunft verschoben werden.

Wie sieht ein solches Training aus?

Ganz einfach: Ausdauertraining, 150 Minuten, verteilt auf 1 Woche. Dabei soll der Puls während dieser Zeit über 120 liegen. Das kann man mit Joggen, Fahrradfahren, Rudern, usw. erreichen. Den größten Nutzen eines solchen Trainings haben jene, die gar keinen Sport betreiben. Ein Training dieser Art reduziert auch das Auftreten bösartiger Tumoren und psychischer Erkrankungen.

Wie sieht es nach dem Eingriff aus?

Genau gleich. An der Empfehlung zu diesem Ausdauertraining ändert sich nichts. Man sollte seine Gesundheit auch nach einem erfolgreichen Herzeingriff selber aktiv weiterpflegen.

Sie sind seit 26 Jahren in der Herz- und Gefässchirurgie tätig. Was sind die grössten Fortschritte in dieser Zeit?

Es gibt viele Fortschritte. Das Spektrum hat sich ge-

waltig erweitert. Es können viel mehr verschiedene und schwerere Leiden operativ erfolgreich behandelt werden. Dann hat die Sterberate bei herzchirurgischen Eingriffen massiv abgenommen und liegt heute bei circa 1%, gewisse Hoch-Risiko-Eingriffe ausgenommen. Schwere Komplikationen sind seltener geworden. Dazu zähle ich vor allem die neurologischen Komplikationen (Streifung, Hirnschlag), die Infektionen und die Re-Operationen, d.h. Zweiteingriffe wegen desselben Problems. Eine Herzoperation muss nicht immer eine «ultima ratio» sein, sondern stellt oft eine etablierte Therapieform dar, die viele Probleme definitiv lösen kann.

Was ist mit der minimal-invasiven Herzchirurgie?

Minimal-invasiv sollte man in der Herzchirurgie als Bezeichnung abschaffen. Niemand kann ernsthaft einen Eingriff mitten im Herzen als minimal-invasiv bezeichnen, wenn der Patient an der Herz-Lungen-Maschine auf 30 Grad abgekühlt wird und alle Organe unnatürlich durchblutet werden. Die Bezeichnung minimal-invasiv ist ein Werbeinstrument. Ehrlicher wäre es, diese Eingriffe in der Herzchirurgie als Eingriffe mit alternativen Zugängen zu bezeichnen, mit welchen der Hautschnitt nicht über dem Brustbein liegt, sondern der Brustkorb an einer anderen, weniger prominenten Stelle eröffnet wird.

Werden die minimal-invasiven Verfahren überschätzt?

Ja und nein. Minimal-invasive Verfahren können sehr elegante Resultate erzielen, wenn sie beim richtigen Patienten angewendet werden. Heute besteht das Problem allerdings oft darin, dass der Patient der Methode angepasst wird, weil jemand unbedingt minimal-invasiv operieren, diese oder jene Technik «ausprobieren» möchte. Richtig aber ist, für jeden Patienten diejenige chirurgische Methode zu wählen, welche bei tiefstem Risiko und geringster Komplikationsrate das beste Kurz- und Langzeitresultat erzielt.

Führen Sie keine minimal-invasiven Verfahren durch?

Doch. Ich kläre den Patienten über die Vor- und Nachteile des minimal-invasiven Eingriffes und des Standardverfahrens auf. Dann kann er mitbestimmen und mitentscheiden. Die minimal-invasiven Eingriffe beschreibe ich jedoch nicht mit: «Sie werden keine Schmerzen haben», «werden sofort nach Hause gehen», «ist praktisch gar keine Operation» oder ähnlichen überzogenen Versprechungen. Ob minimal-invasiv oder nicht: Die chirurgische Handarbeit ist der zentrale Punkt.

Wo liegen die Stärken der Herzchirurgie?

Die Herzchirurgie stellt eine komplette Behandlung einer Herzerkrankung dar. Die Behandlung ist nicht in mehrere Sitzungen fragmentiert, wie bei den kardiologischen Interventionen an den verengten Herzkranzgefässen, bei welchen der Patient in gewissen Abständen immer wieder «gestentet», d.h. durch das Einsetzen von Gitterröhrchen in die Herzkranzgefässe behandelt werden muss. Die zweite



Stärke der Herzchirurgie liegt in den Langzeitresultaten. Die Bypass-Chirurgie erzielt bei jenen Patienten, bei welchen alle drei Herzkranzgefässe verengt sind, klar bessere Langzeitresultate, vorausgesetzt als Bypass-Material werden nicht Venen aus dem Bein, sondern die Brustwand- oder Arterien verwendet.

Ist das nicht immer der Fall?

Leider nein. In Amerika werden im Rahmen einer Bypass-Operation nur bei 3% aller Patienten beide Brustwand-Arterien verwendet; in Europa bei 12%. In der «Klinik Im Park» haben wir eine Rate von 90% erreicht. Dies beinhaltet zwar einen deutlichen Mehraufwand – den man aber vor dem Hintergrund der besseren Resultate zu leisten gewillt sein muss.

Was bedeutet «TAVI» und was ist der Stellenwert?

Bei der «TAVI»-Technik wird, wie bei einer Herzkatheter-Untersuchung, eine neue Klappe von den Leistengefässen her in die eigene verengte Aortenklappe platziert. Ein chirurgischer Ersatz der Aortenklappe wird damit unnötig. Die «TAVI»-Technik ist nach den Stents («Gitterröhrchen») ein weiterer Durchbruch in der interventionellen Kardiologie. Bei schwerkranken Patienten ist diese Technik dem chirurgischen Aortenklappenersatz in der Zwischenzeit wohl überlegen. Bei Patienten mit mittlerem und kleinem Risiko erzielt der chirurgische Aortenklappenersatz aber nach wie vor die besseren Resultate. Die «TAVI»-Technik hat auch zu einer Re-Evaluation und qualitativen Verbesserung des chirurgischen Klappenersatzes geführt. Die besten, chirurgisch eingesetzten biologischen Klappen besitzen eine durchschnittliche Verweildauer von 19.7 Jahren. Bis ähnliche Langzeitresultate der «TAVI»-Technik vorliegen, dauert es noch. Das Thema der Langzeitresultate ist bei der Mitralklappe, der Klappe zwischen linkem Vorhof und linker Kammer, noch viel aktueller. Hier können die Resultate des «Mitra-Clips» auf keine Art und Weise mit den seit 40 Jahren erzielten exzellenten Resultaten der Mitralklappen-Chirurgie mithalten.

Was sind die wichtigsten Punkte in der Behandlung eines Herzpatienten?

Am wichtigsten ist die Frage der Indikation! Stimmt die Indikation? Ist ein Eingriff angezeigt? Kann der Patient operiert werden – das können prinzipiell alle – oder muss er operiert werden? Die Zunahme der Anzahl an Herz-Kreislauf-Experten und die Verfügbarkeit finanziell lukrativer Verfahren hat die Qualität der Indikationsstellung ganz sicher nicht verbessert. Die Tendenz, komplexe Interventionen durchzuführen, die in sich zwar technisch logisch sind, dem Patienten aber keinen Nutzen bringen, haben deutlich zugenommen. Die Frage der Indikation zu einem operativen Eingriff ist somit zentral geworden. Das gilt auch für die Kardiologie.

Und wenn die Indikation stimmt?

Ist ein Eingriff indiziert, braucht es eine «Partnerschaft» zwischen Patient und Chirurg. Der Patient muss sich bei «seinem» Chirurgen wohl fühlen, und das ist auch umgekehrt der Fall. Der operierende Chirurg muss die Übersicht über die gesamte Behandlung haben. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist wichtig, aber die moderne Fragmentation des Patienten und seiner Behandlung in viele eigenständige und scheinbar unabhängige Disziplinen ist abzulehnen. Der Patient muss auf einen festen, für ihn ansprechbaren Arzt zählen, der in einer schwierigen Situation auch willens ist, eine «Extra-

Meile» zu gehen.

Wieso steigen unsere Gesundheitskosten unaufhörlich?

Die Gesundheitskosten steigen nicht, weil wir immer älter werden. Es ist umgekehrt: Wir werden immer älter, weil wir immer mehr investieren. Es wird jedoch zu viel am falschen Ort investiert. Die Gesundheitspolitik ist ökonomisch fehlgeleitet, es gibt keine Qualitätskontrolle, aber jede Menge sinnloser, angeblich notwendiger «Dienstleistungen». Ein explosiver Mix angesichts der stetig steigenden Gesundheitskosten, bei welchem der Patient nicht mehr weiss, wo er mit seinem gesundheitlichen Anliegen steht und was zur Wahrung seiner Lebensqualität tatsächlich medizinisch sinnvoll ist – und eine nutzlose Verschwendung von 10 bis 20 Milliarden zu Lasten der Prämien- und Steuerzahler.

Macht es so noch Spass?

Ja, natürlich. Glücklicherweise ist die Herzchirurgie – weil zu komplex – von vielen politisch-administrativen Monstern entkoppelt, da nicht jeder beliebig reinreden kann.

Ist die Arbeit nach 26 Jahren Routine geworden? Sind Sie noch nervös?

Erfahrung ist das A und O in der Herzchirurgie. Doch sie wird nie Routine. Nervös bin ich nicht mehr – aber Respekt habe ich vor jedem einzelnen Eingriff, weil die Erfahrung auch gelehrt hat, dass für den Einzelnen sowie für seine Familie viel auf dem Spiel steht und selbst geringfügige Komplikationen dramatische Auswirkungen nach sich ziehen können.



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Paul R. Vogt
Klinik Im Park
Bellariastrasse 38, 8038 Zürich
www.eurasiaheart.com
www.paulvogt.com
paul.vogt@hirslanden.ch
Telefon Praxis: 044 209 2515
Fax Praxis: 044 209 2520