

# NEWSLETTER

Ausgabe 02/2016



**Dr. Michael Piorkowski: Neue Räumlichkeiten für die Angiologie im CCB**

**„DIE ABLÄUFE KÖNNEN REIBUNGSLOSER GESTALTET WERDEN“**

*Herr Dr. Piorkowski, am Standort des Cardioangiologischen Centrums am Bethanien-Krankenhaus sind die Räumlichkeiten für die Angiologie erweitert worden. Was genau wurde gemacht und warum?*

Mit Unterstützung des Krankenhausträgers haben wir weitere Flächen angemietet. Da nicht nur weitere interventionelle und ambulante Angiologen als Kollegen hinzugekommen sind, sondern auch unsere Expertise im CCB Gefäß Centrum um das neue Gerinnungslabor erweitert wurde, konnte die Praxis so in direkter räumlicher Nähe vergrößert werden. Uns steht nun eine zusammenhängende Fläche zur Verfügung, so dass wir nicht auf verschiedenen Ebenen im Krankenhaus verteilt sind. Denn der Umbau hat dazu geführt, dass wir neue vereinfachte Wege haben, um unser umfassendes Angebot aus ambulanter Angiologie, Hämostaseologie und natürlich interventioneller Angiologie sinnvoll den Patienten zukommen lassen zu können. Außerdem stehen für uns Angiologen nun mehr Arztzimmer zur Verfügung. Das erlaubt uns, die Abläufe reibungsloser zu gestalten.

*Sind noch weitere Baumaßnahmen für die Angiologie geplant?*

Im Sommer wird auch noch ein neues Katheterlabor dazukommen, das ist schon bestellt. Wir werden dazu eines unserer bestehenden Herzkatheterlabore u.a. mit einer technisch noch leistungsfähigeren Röntgenanlage inklusive eines größeren Detektors aufwerten. Mit dem erneuerten Katheterlabor können wir dann einfacher und Kontrastmittel-sparender arbeiten.

*Welches Diagnostik- und Behandlungsspektrum bietet die Angiologie des CCB nun?*

Die personelle Besetzung ermöglicht uns, die komplette Bandbreite der angiologischen Versorgung darzustellen: sowohl die konservative, ambulante Seite mit der Ultraschalldiagnostik, als auch im Prinzip alle angiologischen interventionellen Eingriffe – unterstützt und flankiert durch die Hämostasiologie. Wir haben mit Prof. Lindhoff-Last eine sehr kompetente Partnerin, die sehr versiert ist und komplex erkrankte Patienten betreuen kann. Darüber hinaus haben wir aber auch die Möglichkeit, die gesamte Diagnostik, die während der Betreuung von Patienten mit

peripheren Gefäßerkrankungen anfällt, im Gerinnungslabor selbst zu machen. Durch unsere interventionellen Möglichkeiten sind wir in der Lage, die Gefäßmedizin auf einem ganz neuen Level zu betreiben. Nahezu alle Gefäßerkrankungen sind in unserer Abteilung behandelbar.

*Können Sie einige Beispiele geben, die das interventionelle Spektrum verdeutlichen?*

Wir können sowohl Patienten mit Gefäßverschlüssen behandeln, als auch Patienten mit aneurysmatischen Gefäßerkrankungen. Das ist schon ein sehr breites Spektrum. Einem Großteil unserer Patienten mit peripheren Gefäßerkrankungen – es gibt sicherlich Einzelfälle, wo wir einen Chirurgen brauchen – lässt sich mit interventionellen Prozeduren helfen. Hier verschieben sich die Grenzen immer weiter. Darüber hinaus arbeiten wir sehr eng mit unserem Diabetologen im CCB, Dr. Mertes, zusammen. So ein fachübergreifendes Zusammenspiel in der Gefäßmedizin gibt es nicht an vielen Häusern. Diese Kooperation ist aber am Ende für eine erfolgreiche Wundversorgung bei Gefäßpatienten mit einem Diabetes als Begleit- oder Grunderkrankung von entscheidender Bedeutung. □

# Eiskalt – sichere und erfolgreiche Ablation bei Vorhofflimmern

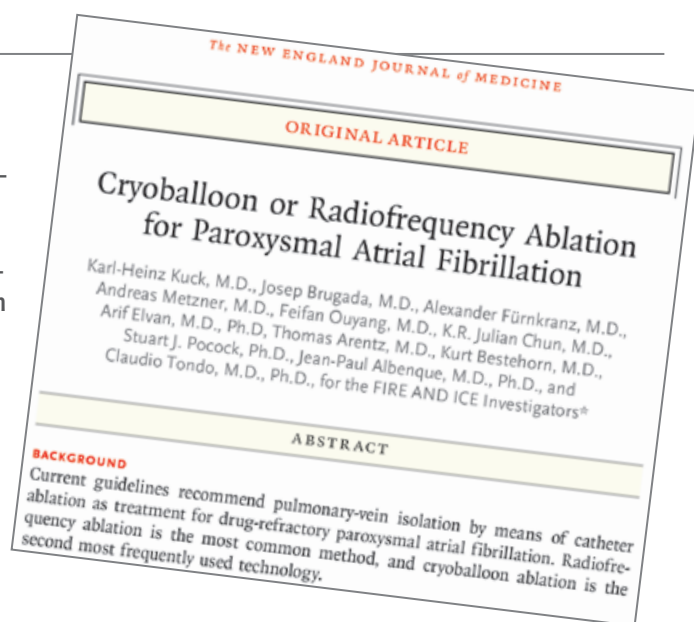
FIRE AND ICE – was sich im ersten Augenblick wie der Name einer Eislauf-Revue anhört, ist das Akronym einer wichtigen Studie.\* Diese wird die Behandlung von Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern durch interventionelle Ablation entscheidend verändern. In der Studie, an der mit Priv.-Doz. Dr. KR Julian Chun und Dr. Alexander Fürnkranz zwei Rhythmologen des CCB maßgeblich beteiligt waren, wurde die etablierte Radiofrequenzablation zur elektrischen Isolation der Pulmonalvenen mit der Ablation mittels Kryoballonkatheter verglichen. Bei diesem Verfahren, eine im Vergleich zur RF-Ablation deutlich einfachere Prozedur, wird Katheter-gestützt ein Ballon in den Ansatzbereich der jeweiligen Pulmonalvene am linken Vorhof vorgeschoben.



Dr. Alexander Fürnkranz

An der gewünschten Position wird der Ballon unter Druck gegen die Gefäßwand gepresst, um die Pulmonalvene im besten Fall komplett zu verschließen, und mit gasförmigem Kühlmittel geflutet. Durch den Kontakt mit der Gefäßwand können diese Bereiche verödet und die elektrische Leitfähigkeit unterbrochen werden – mit dem Ziel der vollumfänglichen elektrischen Isolation der Pulmonalvenen.

„Die Studie hat in einer großen Patientenpopulation gezeigt, dass beide Verfahren in ihrer klinischen Effektivität und Sicherheit äquivalent sind. In puncto Sicherheit zeichnete sich ein Trend zugunsten des Kryoballons ab, wenn auch nicht statistisch signifikant. Erwähnenswert ist aber, dass Perikardtamponaden numerisch im Kryoballon-Arm deutlich seltener aufgetreten sind, was durch die Biophysik der unterschiedlichen Energieformen zu erklären ist“, berichtet Fürnkranz über die wichtigsten Erkenntnisse aus der Studie. Die Kryoballon-Ablation findet am CCB seit Jahren parallel zur Radiofrequenzablation bei Vorhofflimmern Anwendung. Patienten, die hinsichtlich des Managements einer Tamponade Risiken (z.B. Adipositas) aufweisen, würden primär mit dem Kryoballon ablatiert, verdeutlicht Fürnkranz das



Vorgehen am CCB. Einen weiteren Vorteil sieht der Rhythmologe im Handling: „Die technische Vereinfachung kommt dabei jüngeren Teammitgliedern zugute.“ Die deutlich steilere Lernkurve und die reduzierte technische Komplexität der Kryoballonablation im Vergleich zur RF-Ablation führen schneller zu einer sicheren Beherrschung der Technik. Davon profitieren auch die Patienten. Aufgrund der reduzierten Prozedurzeiten können mehr Patienten mit Vorhofflimmern in etablierten Zentren behandelt werden. Darüber hinaus erlaube die Technik, dass Zentren, „die ein Vorhofflimmerprogramm aufbauen, die Trainingszeit der Operateure von Jahren auf Monate reduzieren können“, sagt Fürnkranz.

\*Kuck K-H et al., N Engl J Med, online am 4.4.2016  
<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1602014>

## Die TAVI-Prozedur ist sicher – auch ohne eigene herzchirurgische Abteilung

Der Katheter-gestützte Aortenklappenersatz (TAVI) ist längst im klinischen Alltag angekommen und etabliert – bei Patienten mit isolierter Aortenklappenstenose und in einem Alter von mehr als 70 Jahren. Prof. Holger Eggebrecht, im CCB zuständig für das Klappenprogramm, präsentierte dazu auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie im Frühjahr in Mannheim aktuelle Daten. Grundlage ist eine Auswertung von Daten aus den Jahren 2008 bis

2014 des deutschen AQUA-Registers, die Eggebrecht gemeinsam mit Dr. Rajendra H. Mehta, Duke Clinical Research Institute in Durham/USA, kürzlich auch im Fachjournal Euro Intervention publiziert hat.\*

„Im Jahr 2014 wurden 69 Prozent der Patienten im Alter von über 70 Jahren mit isolierter Aortenklappenstenose mit TAVI behandelt. Wenn man sich das für die 90-Jährigen anguckt, dann sind das 99 Prozent aller Aortenklappeneingriffe“, berichtete Eggebrecht in Mannheim. Von Patienten im Alter von mindestens 80 Jahren mit isolierter Aortenklappenstenose, werden 89 Prozent mit TAVI behandelt. „Das ist also ein Standardverfahren“,

machte Eggebrecht deutlich. In einem weiteren Vortrag auf der EuroPCR-Tagung Mitte Mai in Paris konnte der Klappenspezialist ebenfalls basierend auf Daten des AQUA-Registers zeigen, dass die Sicherheit der TAVI-Patienten auch gegeben ist<sup>#</sup>, wenn keine eigene herzchirurgische Abteilung am Klappenzentrum angegliedert ist. Entscheidend sei die gewissenhafte Patientenselektion durch das Herzteam. Diese Ergebnisse bedürfen der Bestätigung durch weitere Studien, wie Eggebrecht in Paris sagte. □

\*Eggebrecht H, Mehta RH, EuroIntervention 2016; 11: 1029 – 1033  
[http://dx.doi.org/10.4244/EIJY15M09\\_11](http://dx.doi.org/10.4244/EIJY15M09_11)

<sup>#</sup>Eggebrecht H et al., EHJ online 17.5.2016  
<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw190>

## Innerhalb eines Jahres konnte die Amputationsrate um die Hälfte reduziert werden

„Wir machen keinen Spaß und keine Experimente.“ Dr. Bernardo Mertes, Diabetologe im Cardioangiologischen Centrum Bethanien, lässt keinen Zweifel an der Ernsthaftigkeit des Vorgehens. Immerhin geht es darum, Amputationen zu vermeiden und Extremitäten zu retten. „Seit Februar vergangenen Jahres gibt es am Bethanien-Krankenhaus ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren zur Vermeidung von Bein- und Fußamputationen (Majoramputationen). Dadurch konnte die Amputationsrate in kürzester

Zeit um mehr als 50 Prozent reduziert werden. Von der Amputationsinitiative profitieren alle Diabetiker mit Fußläsion, aber besonders diejenigen mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK)“, erklärt Mertes.

Grundlage der Initiative am Bethanien-Krankenhaus ist der Konsilbogen „Initiative gegen Amputationen“, der den strukturierten Ablauf dokumentieren soll und die multidisziplinäre Zusammenarbeit inklusive der vorgeschriebenen Angiografieuntersuchungen verpflichtend

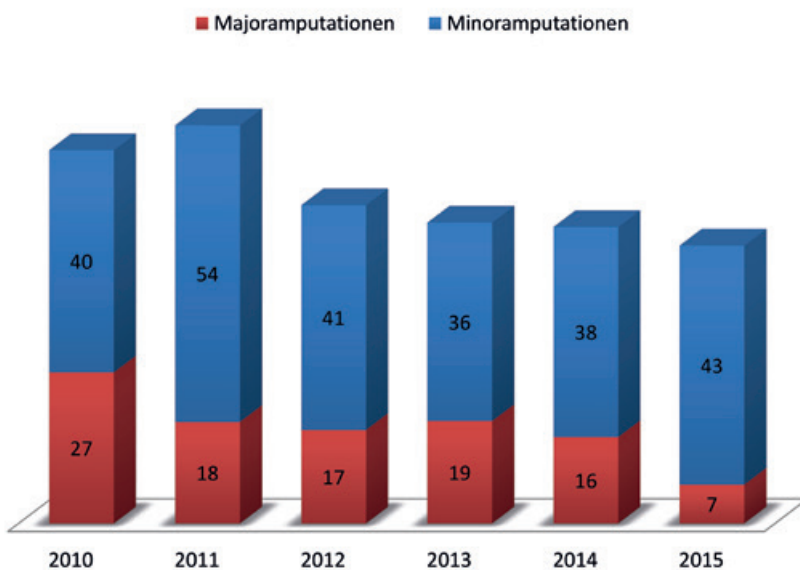


Dr. Bernardo Mertes

vorschreibt. Mit der Initiative hat das Bethanien-Krankenhaus im Vorhinein schon die Forderung vom Anfang dieses Jahres der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) nach „obligatorischer Einholung einer qualifizierten Zweitmeinung“ vor einer Amputation umgesetzt. Dass es dabei nicht um Lippenbekenntnisse handelt, verdeutlicht Mertes auch. Bisher würden die verpflichtenden Abläufe zwar im kollegialen Austausch umgesetzt. Sollten sich Ärzte allerdings nicht daran halten, kann das Krankenhaus über die Androhung und Umsetzung von Einbußen in der Vergütung reglementierend tätig werden.

Dass ein solches rigides Vorgehen durchaus Sinn macht, verdeutlicht auch die DDG. Nach Angaben der Gesellschaft werden in Deutschland jedes Jahr allein 50.000 Füße in Folge einer Diabetes-erkrankung amputiert. „Diese Zahl ist, auch im internationalen Vergleich, viel zu hoch“, kritisiert Prof. Dr. Ralf Lobmann, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der DDG, der auch Dr. Mertes angehört. □

Amputationen im Bethanien-Krankenhaus pro 1000 Fälle mit pAVK



## KHK: Risikokalkulation mittels Mammografie

Dass Gynäkologen nun zum Kardiologen für die Frau werden, ist nicht zu erwarten. Aber offenbar könnten sie, zumindest diejenigen die Mammografien anfertigen, dem Kardiologen wichtige Hinweise zum kardiovaskulären Risiko ihrer Patientinnen liefern. Denn wie sich in einer Studie zeigte, die auf der Jahrestagung des American College of Cardiology im

Frühjahr in Chicago vorgestellt wurde, korreliert offenbar der Verkalkungsgrad der Brustarterien mit dem kardiovaskulären Risiko – offenbar sogar besser als viele andere Risikofaktoren wie Bluthochdruck, erhöhtes Serumcholesterin oder Diabetes. Verschiedene Vergleichsmessungen zwischen der Bestimmung des Kalkscores der Brustarterien mittels Mammografie und der Koronarkalkbestimmung mittels Cardio-CT ergaben beispielsweise eine Sensitivität für die Detektion durch Mammografie

von 63 Prozent bei Frauen über 60 Jahre und immerhin noch 50 Prozent bei jüngeren Frauen. Dafür kam es bei den Frauen unter 60 Jahren weniger häufig zu falsch-positiven Befunden. Wurden bei diesen Frauen Kalzifikationen der Brustarterien nachgewiesen, hatten sie mit einer Wahrscheinlichkeit von 83 Prozent auch Kalkablagerungen in den Koronarien. □

\*Margolie M et al., JACC Cardiovascular Imaging 2016, 9 (4): 350 – 360  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcmg.2015.10.022>

# Müssen die Blutdruckzielwerte überdacht werden?

Was sind die korrekten Grenzwerte, um einen Bluthochdruck zu definieren? Diese Frage steht immer mal wieder zur Debatte. Die Deutsche Hochdruckliga (DHL) hat kürzlich gefordert, die Leitlinien zur Behandlung von Patienten mit krankhaft erhöhtem Blutdruck zu überarbeiten. Der Zielblutdruck müsse für eine definierte Gruppe von Risikopatienten auf unter 130 mmHg systolisch gesenkt werden, fordert der DHL-Vorstandsvorsitzende Prof. Martin Hausberg. Hintergrund für diese Forderung sind Erkenntnisse aus der Studie SPRINT (Systolic blood pressure intervention trial), die im vergangenen Jahres frühzeitig beendet wurde. Es hatte sich gezeigt, dass bestimmte Patienten von einer Blutdrucksenkung unter 120 mmHg erheblich mehr profitieren im Vergleich zu einem ähnlichen Patientenkollektiv, bei dem der Blutdruck nur unter einen Zielwert von 140 mmHg gesenkt wurde.

Die Risikopatienten, die von diesem Vorgehen profitieren, sind folgendermaßen charakterisiert: Alter über 75 Jahre, vorliegende kardiovaskuläre Erkrankungen, Nierenerkrankungen und ein Framingham-Risiko-Score von mehr als 15 Prozent. Für Patienten mit Bluthochdruck, die an Diabetes leiden oder einen Schlaganfall hatten, eine Behinderung haben oder pflegebedürftig sind, ist ein Vorteil eines niedrigen systolischen Zielblutdrucks, wie die DHL in einer Mitteilung verdeutlicht, weiterhin nicht belegt.

Besonders bei Patienten im höheren Alter deuten die Resultate aus SPRINT auf einen erheblichen Vorteil einer strikten Blutdruckeinstellung. Bisher konnte ein Vorteil einer Senkung des systolischen Blutdrucks auf weniger als 140 mmHg allgemeingültig nicht belegt werden. Die zur Zeit aktuellen Leitlinien geben für betagtere Patienten sogar einen systoli-

schen Zielblutdruckwert von nur weniger als 150 mmHg an.

Die DHL peilt allerdings für „ein definiertes Patientenkollektiv mit einem erhöhten kardiovaskulärem Risiko“ nicht den in SPRINT gewählten Grenzwert von 120 mmHg oder weniger an, sondern 130 mmHg und weniger. Begründet wird dies mit den Messverfahren, die in der Studie zur Anwendung kamen. Diese hätten automatisch den Weißkitteleffekt herausgefiltert, so dass die Blutdruckwerte denen bei der Messung zu Hause entsprächen, die in der Regel niedriger liegen. „Im übrigen belegen neuere Metaanalysen“, so erklärt Hausberg, „im Hinblick auf die kardiovaskuläre Ereignisrate auch nur einen Vorteil einer Blutdrucksenkung bis unter 130 mmHg systolisch.“

„Die SPRINT-Studie hat endlich Klarheit in Bezug auf die Senkung von erhöhten Blutdruckwerten geschaffen. Bei vergleichsweise gesunden Patienten, die aber ein erhöhtes Risiko haben, bringt die Blutdrucksenkung in den Bereich bis 120/80 mmHg deutliche Vorteile. Wichtig ist, dass die Blutdruckwerte zuverlässig gemessen werden. Eine gelegentliche Praxismessung reicht nicht aus, eher z.B. häusliche Selbstmessungen oder eine Langzeitmessung“, kommentiert Prof. Axel Schmermund, Kardiologe im CCB.

Patienten mit schwer einstellbarem Blutdruck sollten sich nicht entmutigen lassen. Auch eine nicht so intensive Senkung der Blutdruckwerte sei bereits vorteilhaft. Bei Patienten mit schweren Vorerkrankungen (Herzgefäßprobleme, schlechter Allgemeinzustand) müsse die Blutdrucksenkung ohnehin eher vorsichtig geschehen. Schmermund: „Ein gesunder Lebensstil, vor allem regelmäßige Bewegung, kann neben den Medikamenten zu einer intensiveren Blutdrucksenkung beitragen.“ □

## KURZ UND BÜNDIG

### PRÜFUNGEN BESTANDEN

□ Zwei Kollegen im CCB haben ihre Prüfungen zum Facharzt für Kardiologie abgelegt und bestanden: Dr. Christiane Götz und Dr. Christopher Schneeweis. Götz ist seit 2014 als Assistenzärztin in der stationären Versorgung tätig. Schneeweis gehört seit 2015 zum Ärzteteam. Er absolvierte ab 2006 an der Charité und am Deutschen Herzzentrum in Berlin seine kardiologische Weiterbildung, wo er auch im Bereich kardialen Magnetresonanztomografie (CMR) seine Ausbildung machte.



### ERÖFFNET UND ERWEITERT

□ Das CCB Gefäß Centrum wurde um neue Räumlichkeiten erweitert, das neue CCB Gerinnungs Centrum wurde vor anderthalb Jahren gestartet und hat sich inzwischen als fester Bestandteil der Praxis etabliert. Nun werden beide Abteilungen eröffnet. Dazu lädt das CCB am 13.7.2016 ab 16 Uhr zum Tag der offenen Tür in die Praxisräume am Bethanien Krankenhaus ein. Sie sind herzlich willkommen. Weitere Informationen im Internet unter: [www.ccb.de](http://www.ccb.de)

### GEPRÜFTER INTENSIVMEDIZINER

□ Dr. Achim Jäckel arbeitet als Facharzt für Nephrologie auf der Intensivstation des Bethanien-Krankenhauses und als Konsilarzt des CCB für die Berufsgenossenschaftliche Unfall-Klinik Frankfurt. Jäckel hat nun die fakultative Weiterbildung Intensivmedizin erfolgreich abgeschlossen und darf auch diese Zusatzbezeichnung zum Facharztstitel führen.

## Impressum

CCB  
im AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS  
Medizinisches Versorgungszentrum  
Im Prüfling 23  
60389 Frankfurt  
Tel.: 069 945028-0  
Fax: 069 461613  
[info@ccb.de](mailto:info@ccb.de)



**Konzeption**  
VAV – Verlag Axel Viola  
**Redaktion**  
Prof. Dr. Holger Eggebrecht (V.i.S.d.P.)  
Axel Viola  
**Layout**  
Stansfield Grafikdesign | Dennis Stansfield  
**Bildnachweis**  
CCB