



LEISTUNGSBERICHT 2024 – 2025

Klinik für Kardiochirurgie



RHÖN-KLINIKUM
CAMPUS BAD NEUSTADT

INHALT

VORWORT	5
HERZCHIRURGISCHE LEISTUNGEN 2024 – 2025	6
HERZCHIRURGISCHE EINGRIFFE	6
SCHRITTMACHER- UND DEFIBRILLATOR-EINGRIFFE	8
ENTWICKLUNG DER OPERATIONSZAHLEN	10
BASISSTATISTIK	12
ALTERSENTWICKLUNG UND ALTERSGRUPPEN	14
RISIKOPROFIL	16
VERWEILDAUER	18
KOMPLIKATIONEN (MACCE)	19
STERBLICHKEIT	20
STANDORTBESTIMMUNG UND AUSBLICK	24
DAS TEAM DER KARDIOCHIRURGIE	26
KONTAKT	29

IMPRESSUM

Herausgeber: Klinik für Kardiochirurgie am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Von-Guttenberg-Straße 11, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale. Geschäftsführende Direktion und verantwortlich i. S. d. PresseG: Dr. Stefan Stranz, Juliane Domke, Hannah Gilles, Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale. Kontakt: Tel.: +49 9771 660; geschaeftsleitung@campus-nes.de. Unsere Angebote finden Sie ausführlich unter www.campus-nes.de.
Allgemeine Angaben zum Unternehmen nach § 5 TMG: RHÖN-KLINIKUM AG. Vorstand: Dr. Stefan Stranz, Dr. Gunther K. Weiß. Registergericht: Amtsgericht Schweinfurt, HRB 1670. Zuständige Aufsichtsbehörde nach § 30 GewO: Landratsamt Rhön-Grabfeld, Spörleinstr. 11, 97616 Bad Neustadt a.d. Saale. Redaktion: Prof. Dr. med. A. Diegeler, U. Hage. Bildnachweis: RHÖN-KLINIKUM AG, U. Hage. Grafik, Gestaltung und Satz: U. Hage. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Mit dieser Formulierung sind alle Personen des entsprechenden Personenkreises gemeint, gleich welchen (sozialen) Geschlechts und welcher Geschlechtsidentität.

VORWORT



Prof. Dr. med. A. Diegeler
Chefarzt Klinik für Kardiochirurgie

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Damen und Herren,**

auch für die Jahre 2024 und 2025 gibt es einen Leistungs- und Qualitätsbericht der Klinik für Kardiochirurgie am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt. Wie immer möchten wir den Umfang unserer medizinischen Leistungen zusammen mit einigen Qualitätsindikatoren darstellen. Dabei ist zu betonen, dass jeder individuelle Fall seine eigenen Besonderheiten und Herausforderungen mit sich bringt. Die plakative Bündelung in verschiedene Operations- bzw. Behandlungsgruppen kann diesem Umstand nicht vollständig gerecht werden. Dennoch hilft diese Art der Darstellung dabei, eine grobe Qualitäts- und Risikoeinschätzung für verschiedene Operationen bzw. Behandlungsstrategien abzubilden. Vor diesem Hintergrund freuen wir uns über eine messbare Konstanz unserer Leistungen und Qualitätsergebnisse. Gleichzeitig benötigen unsere Patientinnen und Patienten zunehmend komplexere Eingriffe, wofür uns heute verschiedene neue Behandlungspfade zur Verfügung stehen. Das jeweils beste Verfahren für den individuellen Patienten zu finden, ist die Aufgabe unseres sogenannten Herz-Teams.

Wie schon in den letzten Berichten haben wir bewusst zwei Jahre zusammengeführt, um bei der differenzierten Betrachtung kleinerer Gruppen das statistische Problem der „kleinen Zahlen“ zu vermeiden. Im Ergebnis blicken wir auf 4.484 primäre Operationen am Herzen sowie zusätzlich 1.314 Eingriffe im Bereich der CIED (Cardiac Implantable Electronic Devices, d. h. Schrittmacher- und Defibrillator-Eingriffe) zurück. Hinzu kommen zahlreiche sekundäre Eingriffe im Verlauf der Gesamtbehandlung, sodass wir in diesen zwei Jahren insgesamt 7.661 chirurgische Eingriffe in sechs Operationssälen unserer Klinik durchgeführt haben.

Diese beachtliche Anzahl herzchirurgischer Eingriffe erfordert eine anspruchsvolle Logistik. Die Eingriffe müssen in vielen Fällen sehr dynamisch geplant und

vorbereitet werden. Hinzu kommt die Berücksichtigung der zahlreichen individuellen Unterschiede sowie die persönliche Begleitung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen.

An dieser Stelle möchten wir ausdrücklich die Leistungen der Pflegerinnen und Pfleger hervorheben – zusammen mit denen der vielen medizinischen Funktionsdienste sowie der Sekretariate, die für die Planung der täglichen Abläufe verantwortlich sind. Nicht zuletzt haben auch alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen außerhalb unserer Klinik, die die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Diagnostik und der Operationsvorbereitung begleiten, einen erheblichen Anteil an den Prozeduren und deren Gelingen. Ihnen allen sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Wir freuen uns darauf, auch künftig gemeinsam mit Ihnen ein starkes „Herz-Team“ zu bilden.

Ihr

Prof. Dr. med. Anno Diegeler
Chefarzt Klinik für Kardiochirurgie

HERZCHIRURGISCHE LEISTUNGEN 2024 – 2025

HERZCHIRURGISCHE EINGRIFFE

Im Zeitraum 2024 bis 2025 wurden an der Klinik für Kardiochirurgie am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt insgesamt 4.484 größere herzchirurgische Eingriffe durchgeführt. Die Anzahl der Eingriffe ist in der nebenstehenden Grafik (Abbildung 1) dargestellt.

Im Zentrum steht die Gesamtzahl von 4.484, die das gesamte operative Volumen größerer herzchirurgischer Eingriffe im Zeitraum 2024-2025 widerspiegelt. Die umliegenden Segmente differenzieren dieses Gesamtvolumen der herzchirurgischen Eingriffe nach Eingriffsarten:

Den größten Anteil stellen isolierte Aortenklappenersatz-Operationen (n = 1.224) dar. Dies unterstreicht die hohe Expertise und Spezialisierung der Klinik im Bereich der Aortenklappentherapie.

Ebenfalls häufig durchgeführt wurden isolierte aortokoronare Bypassoperationen (ACB, n = 1.207), ein zentraler Bestandteil der koronaren Revaskularisation.

Kombinationseingriffe mit Herz-Lungen-Maschine (HLM, n = 881) zeigen, dass ein erheblicher Anteil der Patienten komplexe kardiale Pathologien mit simultanem Behandlungsbedarf aufweist.

Im Bereich der Mitralklappeingriffe wurden Mitralklappenrekonstruktionen bzw. -ersatz (MKR/MKE inklusive TKR, n = 646) durchgeführt, was die Bedeutung der Klappenerhaltung und -rekonstruktion in unserer Klinik widerspiegelt.

Operationen an der Aorta ascendens (n = 340) verdeutlichen zusätzlich die Kompetenz im Bereich der Aorten Chirurgie.

Kombinierte Eingriffe wie ACB + Aortenklappenersatz (AKE, n = 192) sowie ACB + Mitralklappeingriffe (MKE/MKR, n = 116) zeigen die Versorgung von Patienten mit Mehrgefäßerkrankung und gleichzeitiger Klappenpathologie.

Zusammenfassend zeigt die Grafik ein breites und ausgewogenes operatives Spektrum mit einem Schwerpunkt auf Klappen Chirurgie und koronaren Bypassoperationen. Der hohe Anteil an Kombinations- und komplexen Eingriffen weist auf eine Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen und multifaktoriellen Herzerkrankungen hin.

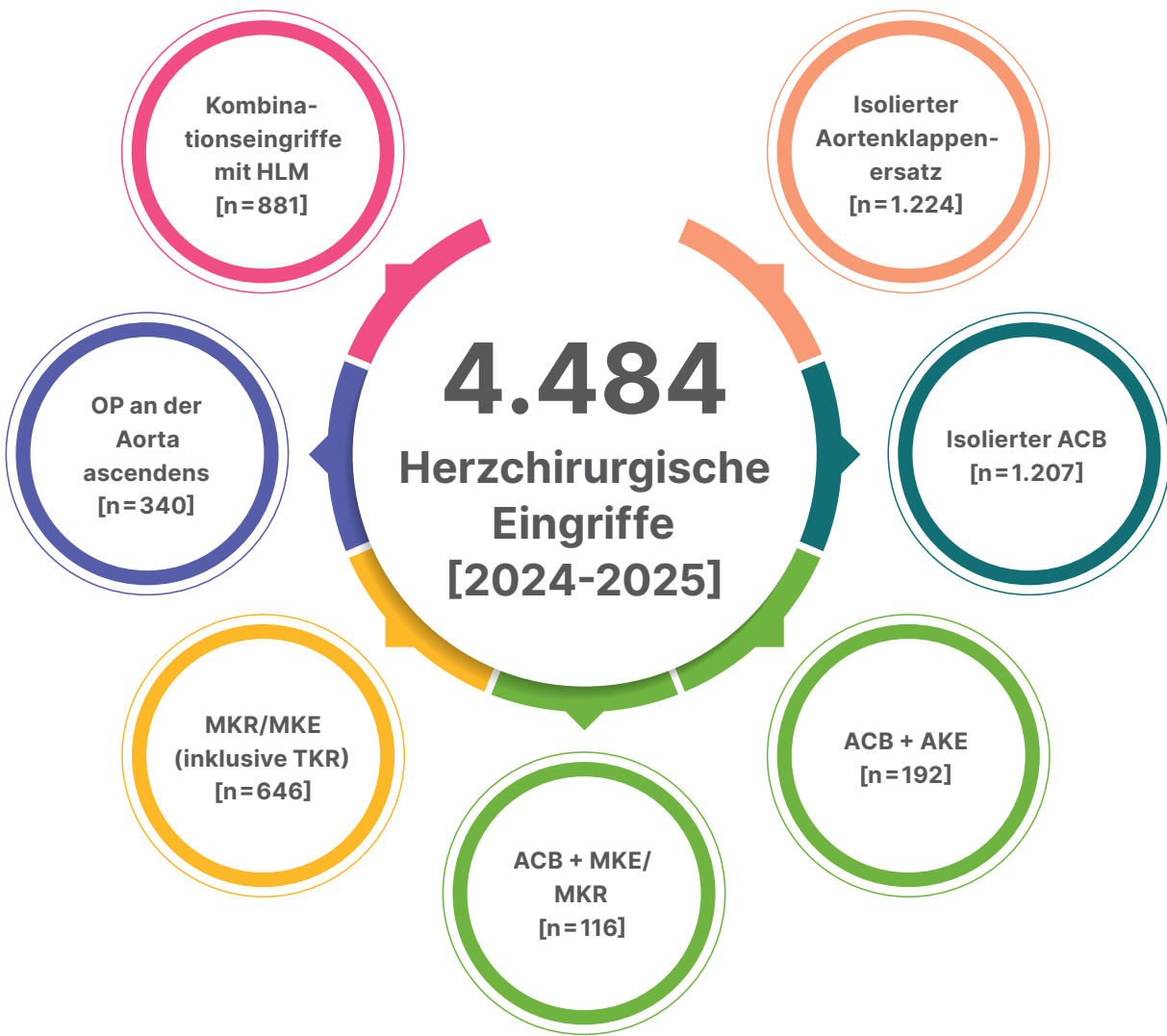


Abb. 1: Anzahl Herzoperationen [ohne Schrittmacher-/Defibrillator-Eingriffe] am RHÖN-KLINIKUM Campus im Zeitraum 2024 bis 2025 [n = 4.484]

INFO-FILME ZUR HERZ-OP

Vor der OP klären wir unsere Patienten umfassend über den Eingriff und die möglichen Komplikationen auf. Darüber hinaus empfehlen wir Ihnen unsere Info-Filme zur Herz-OP. In den Filmen geben wir Ihnen wichtige Informationen zur Bypass-Operation, Aortenklappen- und Mitralklappenoperation, Aorten Chirurgie, zu TAVIs, Herzschrittmacher- und Defibrillator-OP und zur LVAD-Implantation. Auch das Thema Narkose wird ausführlich behandelt. Zudem erhalten Sie Infos zum Aufenthalt auf Intensiv- und Intermediate Care-Station. Sie finden die Filme auf unserer Internet-Seite unter <https://www.campus-nes.de/infofilme-zur-herz-op> oder scannen Sie den nebenstehenden QR-Code.



SCHRITTMACHER- UND DEFIBRILLATOR-EINGRIFFE

Ereignisrekorder, Herzschrittmacher, Defibrillatoren und Systeme zur Therapie der Herzinsuffizienz wie die Kalziumkanalmodulation oder die Resynchronisationstherapie sind aus der modernen Herzmedizin nicht mehr wegzudenken. Die Klinik für Kardiochirurgie implantiert im Auftrag vieler Partner seit über 40 Jahren alle verfügbaren Systeme der namhaften Hersteller.

Die Systemwahl richtet sich nach der Indikation, den Wünschen des Patienten und des Zuweisers. Wir arbeiten mit allen namhaften Herstellern zusammen und können auf mehr als 19.000 erfolgreiche Operationen mit exzellenten Qualitätsdaten verweisen.

Unsere Leistungen umfassen

- Herzschrittmacher- und Defibrillatorimplantation
- Ereignisrekorder
- Sondenlose Transkatheterschrittmacher (TPS)
- HIS-Bündel-Stimulation
- Subkutane Defibrillatoren (S-ICD)
- Cardiac Resynchronisation Therapy (CRT)
- Cardiac Contractility Modulation (CCM)
- Aggregatwechsel
- Revisionen
- Minimalinvasive Revisionen
- Lasergestützte perkutane Sondenextraktion
- Offene Sondenextraktion mit Herz-Lungen-Maschine
- Epimyokardiale Herzschrittmacher und Defibrillatoren einschließlich CRT

Abbildung 2 stellt das Leistungsspektrum unserer Klinik im Bereich der kardialen Rhythmustherapie (Cardiac Implantable Electronic Device, CIED) für den Zeitraum 2024–2025 dar. Im Zentrum steht die Gesamtzahl von 1.314 Schrittmacher- und Defibrillator-Eingriffen,

die das gesamte interventionsbezogene Volumen in diesem Segment abbildet. Die umliegenden Kategorien differenzieren die Eingriffe nach Art und Indikation:

Den größten Anteil nehmen Schrittmacher-Erstimplantationen (n = 602) ein. Dies spiegelt die hohe Zahl an Patienten mit bradykarden Herzrhythmusstörungen wider, die eine primäre Versorgung benötigen. ICD-Erstimplantationen (n = 229) stellen einen weiteren wesentlichen Anteil dar und unterstreichen die Bedeutung der Primär- und Sekundärprävention des plötzlichen Herztodes in unserem Patientenkollektiv.

Aggregatwechsel bei implantierten Systemen machen ebenfalls einen relevanten Teil aus, mit ICD-Wechseln (n = 33) und Schrittmacher-Wechseln (n = 100).

Systemumstellungen bzw. -erweiterungen (SM oder ICD, n = 124) zeigen die Anpassung bestehender Therapiekonzepte an veränderte klinische Anforderungen, beispielsweise bei Progression der Grunderkrankung.

Unter sonstigen Schrittmacher- und ICD-Eingriffen (n = 126) werden weitere interventionsbezogene Maßnahmen zusammengefasst, etwa Revisionen oder Sondenkorrekturen.

Zusammenfassend verdeutlicht die Grafik ein breites Spektrum an Eingriffen der Rhythmustherapie mit einem Schwerpunkt auf Primärimplantationen. Gleichzeitig zeigt der Anteil an Wechsel- und Revisionseingriffen die kontinuierliche und langfristige Betreuung von Patienten mit kardialen Implantaten in unserer Klinik.

Als Fachärzte für Herzchirurgie sind wir davon überzeugt, dass

Fremdkörperchirurgie mit Verbindung zum Herzen unter optimalen sterilen Kautelen in einem Operationssaal mit einem vollwertigen chirurgischen Team erfolgen sollte. Auf diese Weise können wir jede Operation aus diesem Bereich vom intrakardialen Schrittmacher bis hin zu komplexen Revisionseingriffen mit dem Excimerlaser in einem zeit- und qualitätsoptimierten Aufenthalt in der Klinik für Kardiochirurgie am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt anbieten. Für die perioperative Sicherheit sorgt unsere leistungsfähige Anästhesieabteilung, die uns mit Regionalanästhesien ebenso versorgt wie mit Narkosen und intraoperativen transösophagealen Echountersuchungen.

Unser Service für Patienten
Patienten erhalten in unseren Infofilmen alle wichtigen Informationen zu ihrem Schrittmacher- oder Defibrillator-Eingriff.

<https://www.campus-nes.de/infofilme-zur-herz-op>

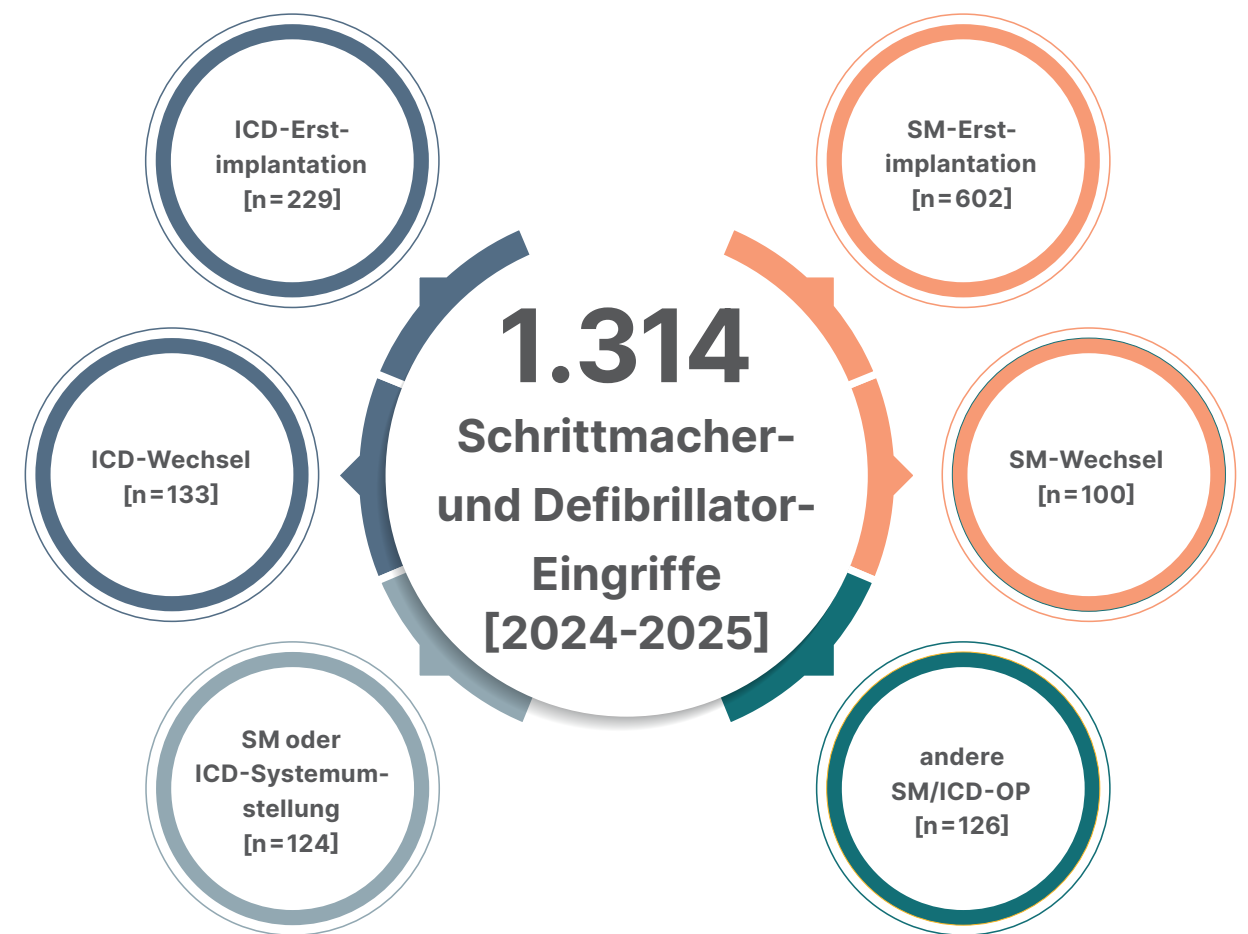


Abb. 2: Anzahl Schrittmacher-/Defibrillator-Eingriffe am RHÖN-KLINIKUM Campus im Zeitraum 2024 bis 2025 [n = 1.314]

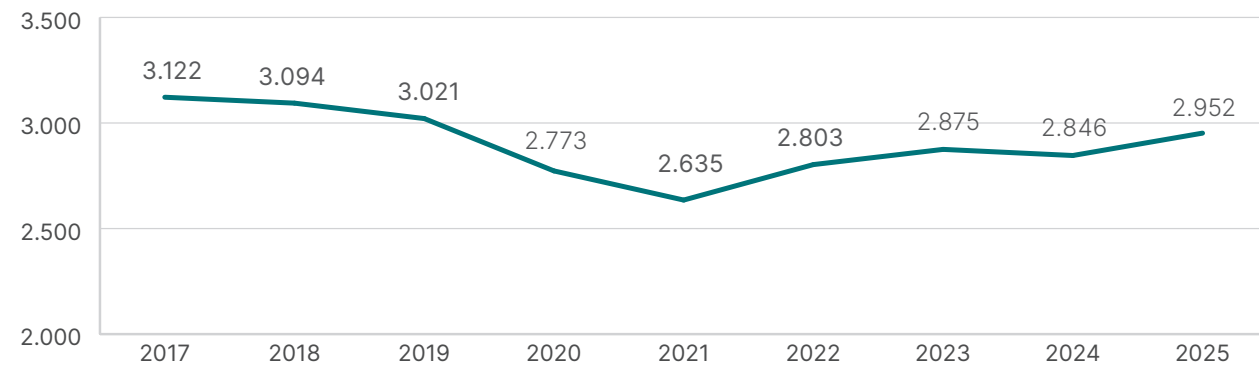


Abb. 3: Herzoperationen (inklusive TAVI und Schrittmacher/Defi) an der Herz- und Gefäß-Klinik (bis 2018) und am RHÖN-KLINIKUM Campus (ab 2019) im Jahresvergleich 2017 bis 2025

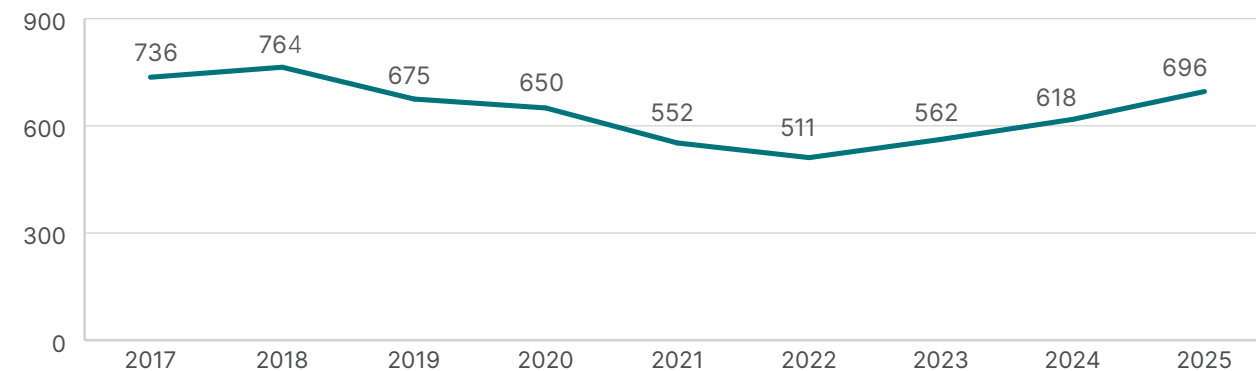


Abb. 4: Schrittmacher-/Defibrillator-Eingriffe an der Herz- und Gefäß-Klinik (bis 2018) und am RHÖN-KLINIKUM Campus (ab 2019) im Jahresvergleich 2017 bis 2025

ENTWICKLUNG DER OPERATIONSZAHLEN

Die Entwicklung der jährlich durchgeführten Herzoperationen in unserer Klinik über den Zeitraum von 2017 bis 2025 zeigt Abbildung 3. Aufgeführt sind hier sowohl klassische herzchirurgische Eingriffe als auch kathetergestützte Verfahren wie TAVI sowie Implantationen von Herzschrittmachern und Defibrillatoren.

Zu Beginn des Beobachtungszeitraums liegt die Fallzahl auf einem hohen Niveau von über 3.100 Eingriffen pro Jahr. In den darauffolgenden Jahren ist zunächst ein moderater Rückgang zu verzeichnen, der sich bis 2021 fortsetzt und dort mit rund 2.635 Eingriffen den niedrigsten Wert erreicht. Diese Entwicklung folgt dem allgemeinen Bundestrend, der sich während

der Corona-Pandemie noch einmal deutlich verstärkt hat. Ab 2022, also gegen Ende der Corona-Pandemie, zeigt sich eine kontinuierliche Erholung der Fallzahlen. Die Zahl der Eingriffe steigt wieder an und stabilisiert sich in den Jahren 2023 bis 2025 auf einem Niveau knapp unterhalb der Ausgangswerte, mit zuletzt rund 2.950 Eingriffen pro Jahr.

Wir sehen weiterhin einen Zuwachs an Prozeduren an der Aortenklappe, welche aber im Wesentlichen die kathetergestützten Klappenimplantationen betreffen. Stabil mit leicht zunehmenden Zahlen sind die Operationen an Mitralklappe und der Aorta ascendens. Rückläufig sind die isolierten Operationen an den Koronararterien, auch in

Kombination mit Eingriffen an der Aortenklappe oder Mitralklappeeingriffen. Dieses ist sicherlich auch der Tatsache geschuldet, dass in vielen Fällen PCI und TAVI kombiniert werden, anstelle eine offene chirurgische Bypass- und Aortenklappen-Operation durchzuführen. Deutlich angestiegen sind die Kombinationseingriffe mit Herz-Lungen-Maschine von 300 auf 460 Eingriffe zwischen 2019 und 2025 (Abb. 5).

Auch bei den Schrittmacher- und Defibrillator-Eingriffen an unserer Klinik verzeichnen wir nach der Corona-Pandemie wieder steigende Eingriffszahlen. Abbildung 4 zeigt die Entwicklung im Bereich der CIED-Chirurgie im Jahresvergleich 2017 bis 2025.

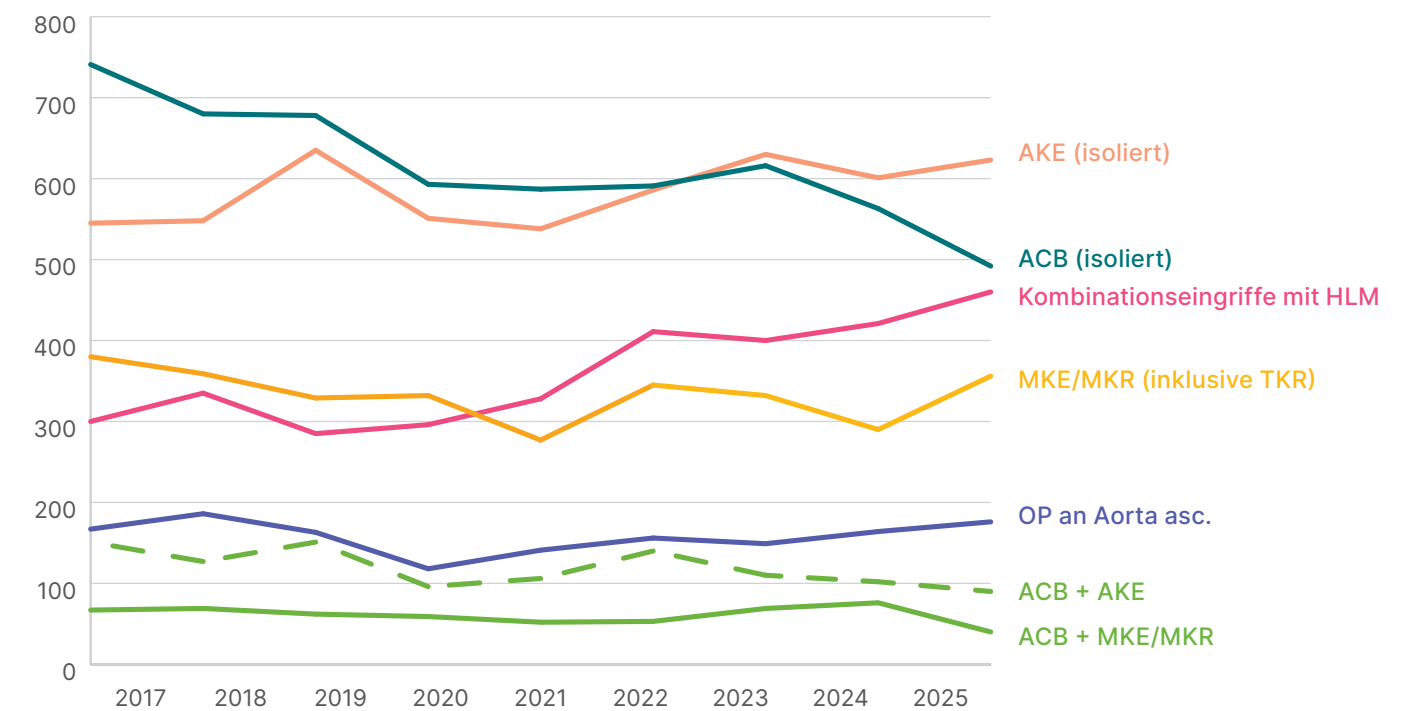


Abb. 5: Eingriffszahlen bei Herzoperationen an der Herz- und Gefäß-Klinik (bis 2018) und am RHÖN-KLINIKUM Campus (ab 2019) im Jahresvergleich 2017 bis 2025

Die Fallzahlen lagen 2017 bei 736 Eingriffen und stiegen zunächst leicht auf den Höchstwert von 764 Eingriffen im Jahr 2018 an. In den folgenden Jahren war ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten: Die Zahl der Eingriffe sank durch strukturelle Gegebenheiten (OP-Kapazitäten) in unserer Klinik auf 675 im Jahr 2019, in den folgenden Corona-Jahren bis auf den niedrigsten Wert im Jahr 2022 mit 511 Eingriffen.

Ab 2023 zeigt sich eine Trendwende. Die Fallzahlen nahmen wieder zu und stiegen auf 562 Eingriffe im Jahr 2023 sowie auf 618 im Jahr 2024. Für das Jahr 2025 konnten wir 696 Eingriffe verzeichnen. Damit liegt die Zahl der Eingriffe zwar deutlich über dem Tiefpunkt

von 2022, erreicht jedoch noch nicht das Niveau der Jahre 2017 und 2018.

Insgesamt verdeutlicht die Grafik einen Rückgang der Schrittmacher- und Defibrillator-Eingriffe zwischen 2018 und 2022, gefolgt von einer kontinuierlichen Erholung in den Jahren 2023 bis 2025. Die Entwicklung weist auf eine Stabilisierung und erneute Zunahme der Eingriffszahlen in den letzten Jahren hin.

BASISSTATISTIK

DURCHSCHNITTSALTER

Das Durchschnittsalter für einzelne herzchirurgische OPs führen wir in Abb. 6 auf. Das Patientenalter variierte deutlich in Abhängigkeit vom jeweiligen Eingriff. Die ältesten Patienten gab es beim isolierten Aortenklappenersatz (Median 78,7 Jahre). Auch bei kombinierten Aortenklappen- und Koronareingriffen (70,9 Jahre) sowie bei kombinierten Mitral- bzw. Trikuspidalklap- pen-OPs (73,1 Jahre) war das me-
diane Alter etwas höher.

Deutlich jünger waren dagegen Pa-
tienten mit isolierter Mitralklappen-
rekonstruktion (62,7 Jahre). Auch
Eingriffe an der Aorta ascendens
wurden bei vergleichsweise jungen
Patienten durchgeführt (65,3 Jah-
re). Das mediane Alter bei isolierten
Koronarbypassoperationen lag bei
67,6 Jahren und entsprach damit
dem typischen Altersprofil korona-
rer Herzerkrankungen.

Patienten-Charakteristika

Abb. 7 führt die Patienten-Charak-
teristika bei Herz-OPs im Zeitraum
2024 bis 2025 auf. Zwei Drittel un-

serer herzchirurgischen Patienten
waren Männer (69,7 Prozent),ein
Drittel waren Frauen (30,3 Prozent).
Frauen waren zum OP-Zeitpunkt et-
was älter als Männer (Median 71,4
vs. 68,1 Jahre) und wiesen einen
höheren präoperativen Risikoscore
auf (logistischer EuroSCORE 12,0
vs. 9,4). Dies spiegelt die in der
Herzchirurgie häufig beobachtete
spätere klinische Manifestation
kardiovaskulärer Erkrankungen bei
Frauen wider.

Auch hinsichtlich der Begleiterkran-
kungen zeigten sich geschlechts-
spezifische Unterschiede. Frauen
litten etwas seltener an einer
chronisch obstruktiven Lungener-
krankung (COPD; 6,0 % vs. 7,3 % bei
Männern), während Männer häu-
figer eine periphere arterielle Ver-
schlusskrankheit (15,7 % vs. 11,3 %),
akute Endokarditiden (5,9 % vs.
3,8 %), eine eingeschränkte links-
ventrikuläre Funktion (EF) (5,2 %
vs. 4,1 %) sowie neurologische
Vorerkrankungen (2,2 % vs. 1,5 %)
aufwiesen. Notfall-OPs wurden in
beiden Gruppen mit vergleichbarer
Häufigkeit durchgeführt.

Geschlechterverteilung nach Operationsgruppen

Einen überdurchschnittlich hohen
Frauenanteil zeigten kombinierte
Eingriffe mit Mitralklappenersatz
und Trikuspidalklappeneingriff
(54,5 %). Auch bei isolierten Mit-
ralklappeneingriffen war der Frau-
enanteil mit 56,7 % vergleichsweise
hoch. Demgegenüber dominierten
Männer insbesondere bei koronar-
chirurgischen Eingriffen. Ihr Anteil
betrug bei isolierter aortokoronarer
Bypass-OP (ACB) 82,8 %, bei kom-
binierten ACB- und Aortenklappe-
neingriffen ebenfalls 82,8 % sowie
bei ACB in Kombination mit MKR
83,9 %. Auch isolierte MKR (68,3 %),
Eingriffe an der Aorta ascendens
(70,6 %) und Kombinationseingriffe
(70,1 %) wurden überwiegend bei
Männern durchgeführt.

Insgesamt verdeutlichen die Daten
die hohe Bandbreite der versorgten
Patientenpopulation – von jüngeren
Patienten mit rekonstruktiven Klap-
peneingriffen oder Aortenerkran-
kungen bis hin zu hochbetagten
Patienten mit degenerativen Klap-
penvitien.



Abb. 6: Durchschnittsalter (Median; Angabe in Jahren) bei Herzoperationen nach Operationsgruppen am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt im Zeitraum 2024 bis 2025 (ohne Schrittmacher-/Defi-Eingriffe) [n=4.484]

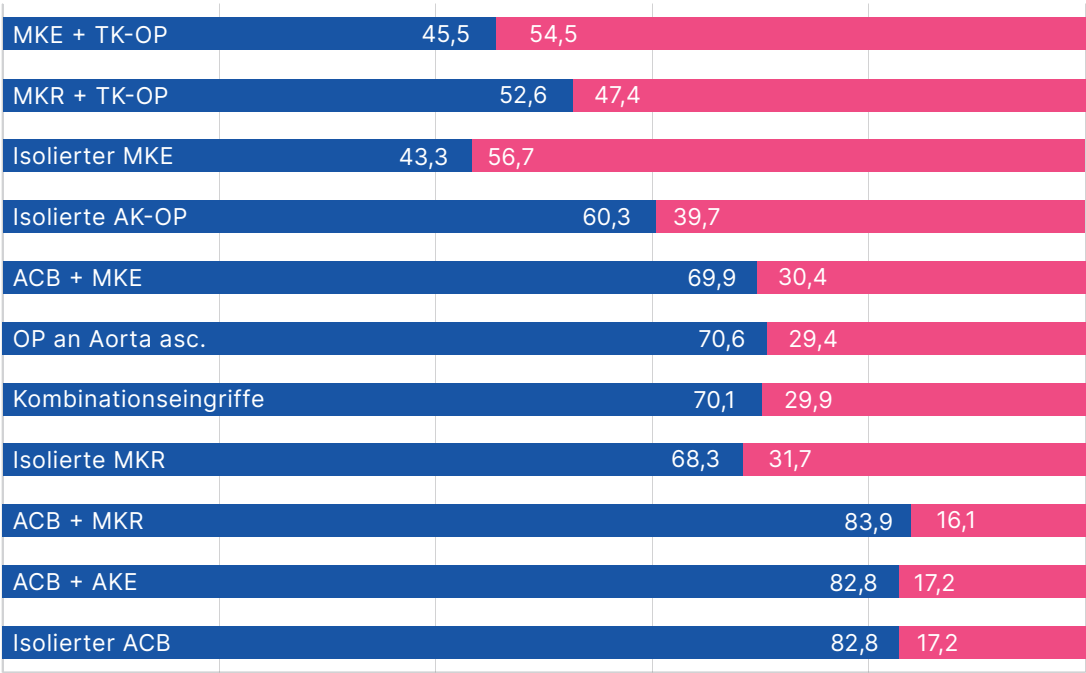
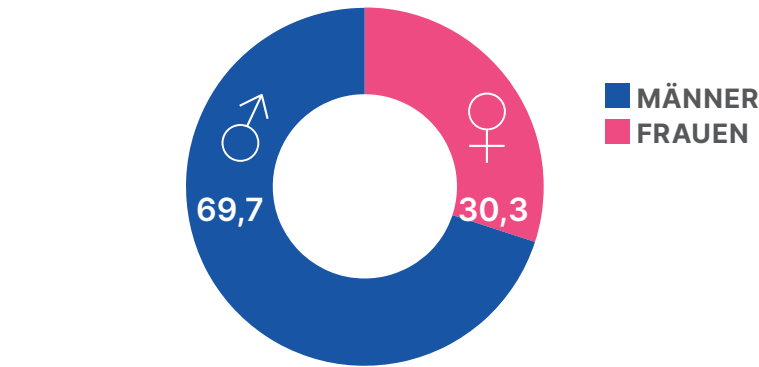
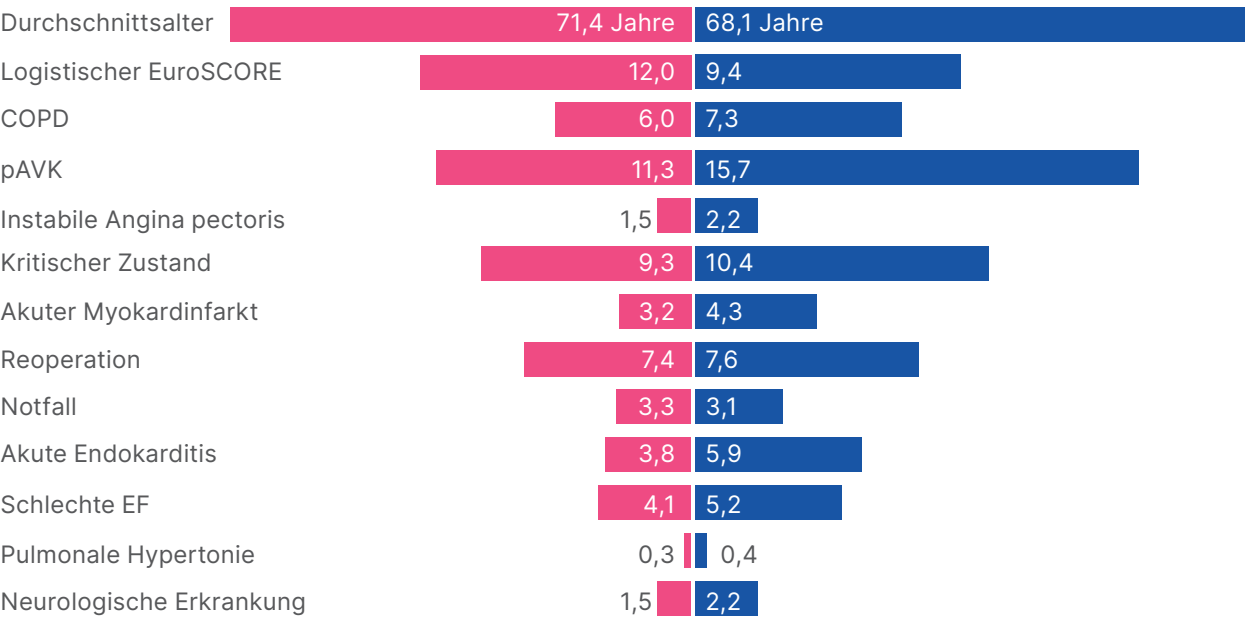


Abb. 7: Geschlechtsspezifische Patienten-Charakteristika bei Herzoperationen (ohne Schrittmacher-/Defi-Eingriffe) am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt im Zeitraum 2024 bis 2025 (Angabe in Prozent sofern nicht anders gekennzeichnet) [n = 4.484]

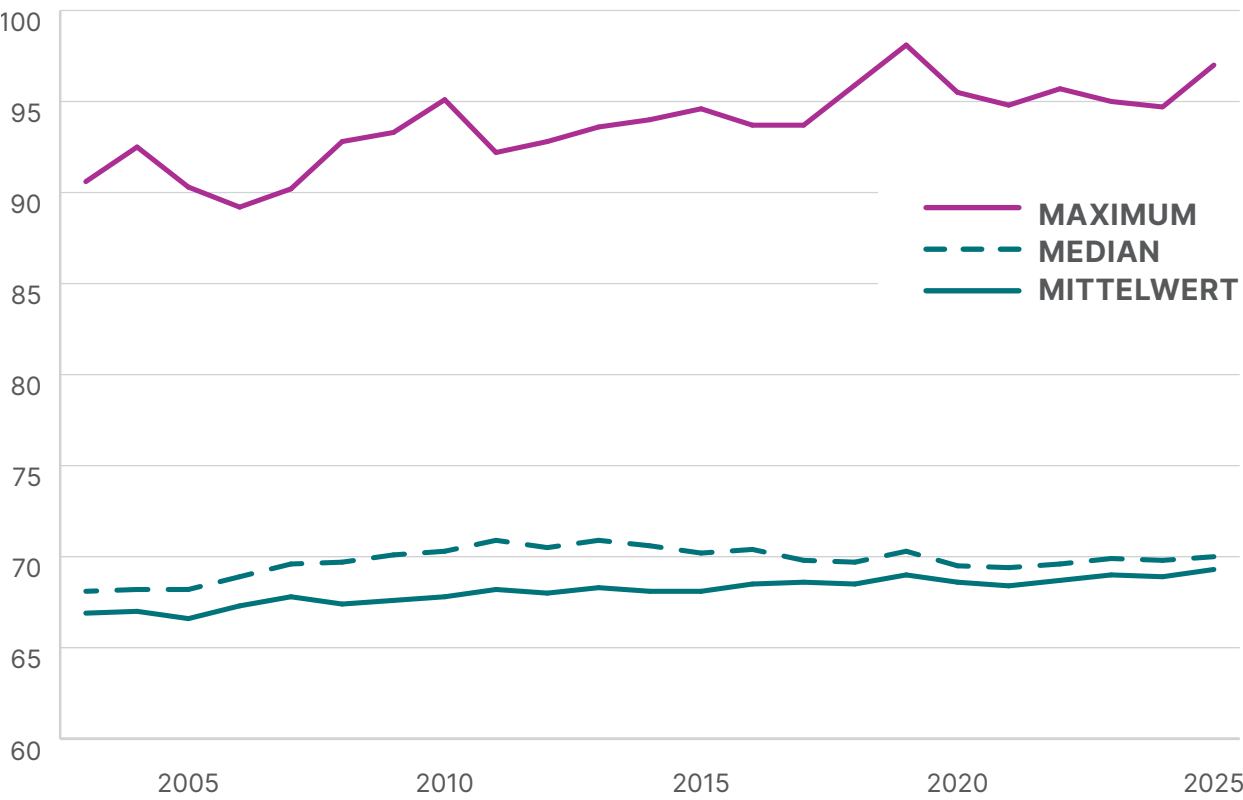


Abb. 8: Altersentwicklung bei Herzoperationen an der Herz- und Gefäß-Klinik (bis 2018) und am RHÖN-KLINIKUM Campus (ab 2019) im Jahresvergleich 2003 bis 2025 (ohne Schrittmacher-/Defi-Eingriffe)

ALTERSENTWICKLUNG UND ALTERSGRUPPEN

Die Auswertung der Altersentwicklung bei Herzoperationen an unserer Klinik zeigt über den gesamten Beobachtungszeitraum eine kontinuierliche Zunahme des Patientenalters (Abb. 8). Das durchschnittliche Alter der operierten der Patienten stieg von rund 67 Jahren zu Beginn der Erfassung (2003) auf knapp 70 Jahre im Jahr 2025. Parallel hierzu erhöhte sich auch der Median von etwa 68,5 auf über 70 Jahre. Dies verdeutlicht, dass die Herzchirurgie heute zunehmend ältere Patientenkollektive versorgt.

Auch das maximale Alter der operierten Patientinnen und Patienten nahm im Zeitverlauf zu. Während zu Beginn des Beobachtungszeitraums Höchstalter um 90 bis 93 Jahre dokumentiert wurden, lagen die Maximalwerte in den letzten Jahren wiederholt bei 95 bis 97 Jahren. Im Jahr 2025 wurde ein

Maximalalter von nahezu 98 Jahren erreicht. Insgesamt dokumentieren diese Daten die zunehmende Behandlung hochbetagter Patienten in unserer Klinik. (Abb. 8).

Die Analyse der Altersgruppen von 2017 bis 2025 zeigt eine deutliche Verschiebung hin zu älteren Patientenkollektiven (Abb. 10). Die Gruppe der 60- bis unter 70-Jährigen stellt über den gesamten Zeitraum die größte Patientengruppe dar. Ihr Anteil stieg von knapp 29% im Jahr 2017 auf rund 33% im Jahr 2025 an. Demgegenüber nahm der Anteil der unter 60-jährigen Patienten ab. Nach einem Höchstwert von etwa 24% im Jahr 2018 sank ihr Anteil kontinuierlich auf rund 18% im Jahr 2025.

Besonders auffällig ist die Entwicklung der 70- bis unter 75-Jährigen. Ihr Anteil erhöhte sich von etwa

15% im Jahr 2017 auf knapp 19% im Jahr 2025 und liegt damit erstmals über dem Anteil der unter 60-Jährigen.

Die Gruppe der über 80-Jährigen zeigte zwischenzeitliche Schwankungen. Nach einem Anstieg bis 2021 auf knapp 20 % lag ihr Anteil 2025 bei etwa 17 %.

Der Anteil der 75- bis unter 80-Jährigen nahm im Beobachtungszeitraum zunächst deutlich ab und stabilisierte sich anschließend. Nach Werten von über 20 % in den Jahren 2017 bis 2019 lag der Anteil 2025 bei rund 15 %.

Insgesamt bestätigen die Daten eine zunehmende Konzentration der herzchirurgischen Versorgung auf ältere und hochbetagte Patienten. Dies macht natürlich auch eine Anpassung der internen Ressour-

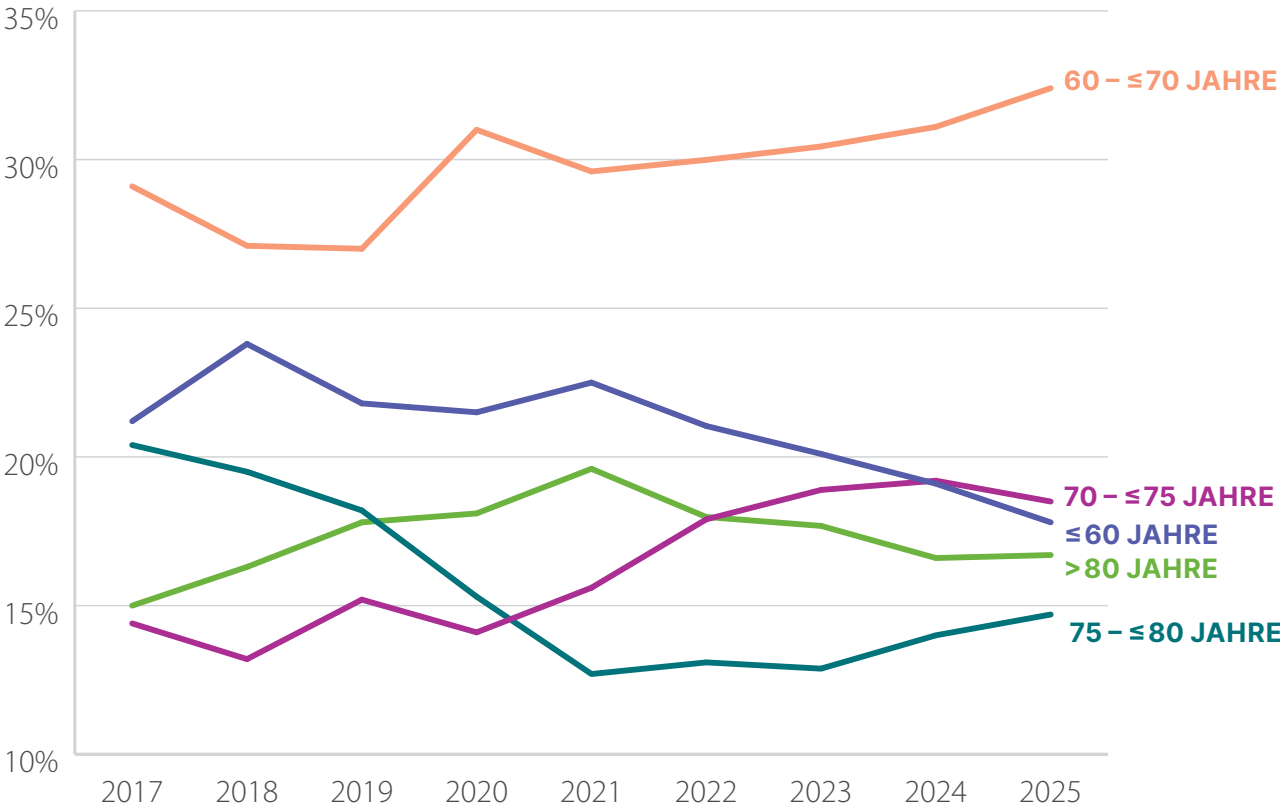


Abb. 10: Entwicklung der Altersgruppen bei Herzoperationen an der Herz- und Gefäß-Klinik (bis 2018) und am RHÖN-KLINIKUM Campus (ab 2019) im Jahresvergleich 2017 bis 2025 (ohne Schrittmacher-/Defi-Eingriffe)

cen notwendig, wobei neben den gewählten Eingriffstechniken, die Versorgung und Wiedereingliederung der älteren Menschen in ihre häusliche Umgebung einen schwierigen Punkt des internen Prozesses darstellt.

Für die Betrachtung der Altersgruppen im Zeitraum 2024 bis 2025 wurden insgesamt 4.484 herzchirurgische Eingriffe (ohne Schrittmacher- und Defibrillatoreingriffe) ausgewertet (Abb. 9). Die größte Altersgruppe bilden die 60- bis unter 70-Jährigen mit 1.424 Patienten (31,8 %). Es folgen die 70- bis unter 75-Jährigen mit 845 Patienten (18,8 %) sowie die unter 60-Jährigen mit 827 Patienten (18,4 %). Auf die Altersgruppe der über 80-Jährigen entfallen 746 Patienten (16,6 %), während 642 Patienten (14,3 %) zwischen 75 und unter 80 Jahren alt waren.

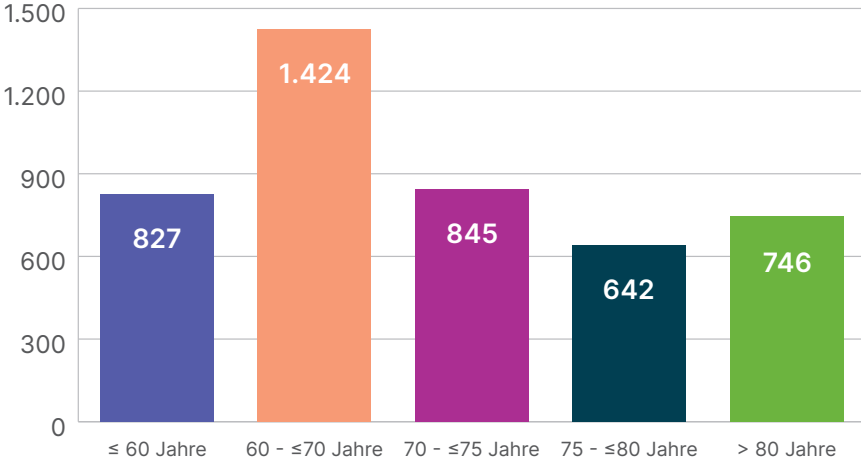


Abb. 9: Altersgruppen bei Herzoperationen am RHÖN-KLINIKUM Campus im Zeitraum 2024 bis 2025 (ohne Schrittmacher-/Defi-Eingriffe) [n = 4.484]

Damit waren 2.233 Patienten beziehungsweise knapp die Hälfte aller operierten Patienten 70 Jahre oder älter. Der Anteil der über 80-Jährigen lag bei rund einem Sechstel des Gesamtkollektivs. Diese Verteilung unterstreicht die hohe Bedeu-

tung der Behandlung älterer und häufig multimorbider Patienten in der modernen Herzchirurgie.

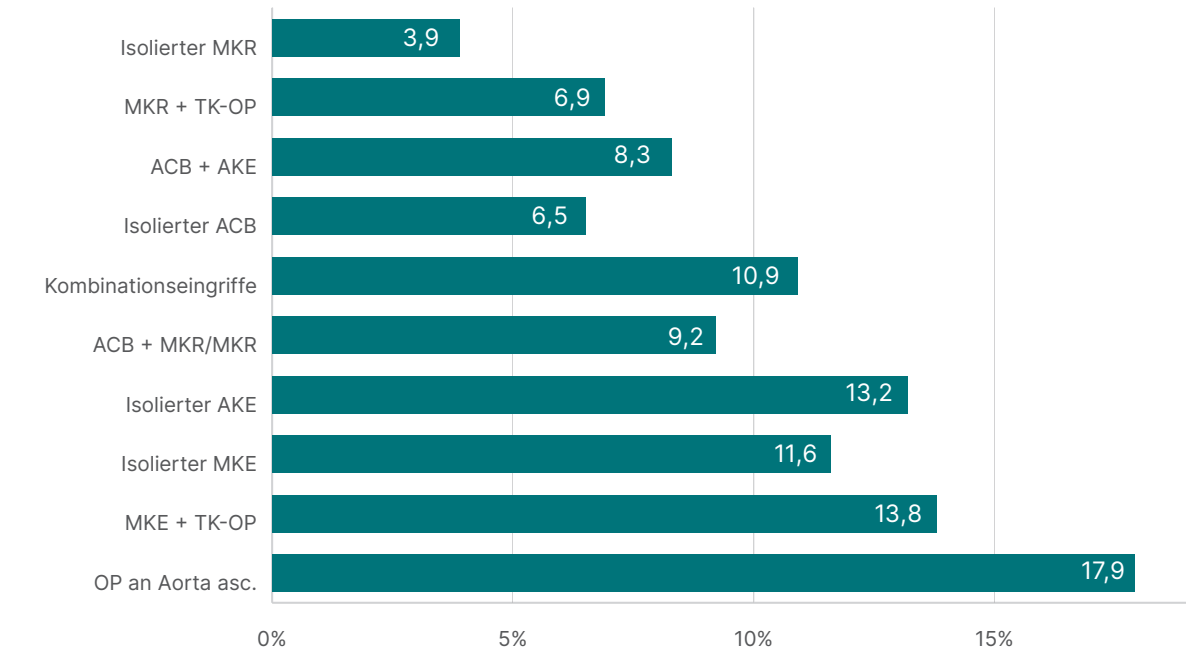


Abb. 11: Risikoprofil bei Herzoperationen am RHÖN-KLINIKUM Campus im Zeitraum 2024 bis 2025 (log. EuroSCORE; ohne Schrittmacher-/Defi-Eingriffe) [n = 4.484]

RISIKOPROFIL

Abbildung 11 zeigt das präoperative Risikoprofil unserer Patienten differenziert nach den jeweiligen herzchirurgischen Eingriffe in unserer Klinik. Patienten mit isolierten Mitralklappenrekonstruktionen weisen mit einem logistischen EuroSCORE von 3,9 die niedrigsten Werte auf. Auch Patienten mit isolierte ACB-Operationen haben ein vergleichsweise niedriges Risiko von 6,5. Die höchsten Risikowerte finden sich bei Patienten mit isoliertem Aortenklappenersatz (13,2) und insbesondere bei Operationen an der Aorta ascendens mit einem Wert von 17,9. Insgesamt spiegelt sich hier ein breites operatives Spektrum wider, bei dem mit zunehmender Eingriffskomplexität erwartungsgemäß auch das präoperative Risiko ansteigt.

Die Entwicklung des logistischen EuroSCORE (Abb. 12) zeigt im Jahresvergleich von 2017 bis 2025 zunächst einen Anstieg von 9,7 im Jahr 2017 auf einen Höchstwert von 13,1 im Jahr 2020. In den Folgejahren ist ein kontinuierlicher

Rückgang zu beobachten bis auf 9,8 im Jahr 2024, gefolgt von einem leichten Anstieg auf 10,6 im Jahr 2025. Dies weist auf Schwankungen im Risikoprofil des behandelten Patientenkollektivs hin, mit einer zwischenzeitlich höheren Risikobelastung. Angemerkt werden muss, dass mit 41,5 Prozent der größte Anteil unserer Patienten nach dem logistischen EuroSCORE zur Hochrisikogruppe gehört (Abb. 13). 27,4 % der Patienten gehören zur Niedrigrisikogruppe (0–5 %), 31,0 % zur mittleren Risikogruppe (>5–10 %) und 41,5 % zur Hochrisikogruppe (>10 %). Damit entfällt der größte Anteil in unserer Klinik auf Patienten mit hohem präoperativem Risiko, was die Behandlung eines komplexen Patientenguts unterstreicht.

Die Entwicklung des logistischen EuroSCORES bei unseren Herzoperationen in den Jahren 2017 bis 2025 zeigt Abbildung 12. Die Entwicklung zeigt zunächst einen Anstieg von 9,7 im Jahr 2017 auf

einen Höchstwert von 13,1 im Corona-Jahr 2020. In den Folgejahren ist ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten bis auf 9,8 im Jahr 2024, gefolgt von einem leichten Anstieg auf 10,6 im Jahr 2025. Nach einem zwischenzeitlichen Peak während der Corona-Pandemie um 2020 zeigt sich also eine Normalisierung des Risikoprofils mit zuletzt moderatem Niveau.

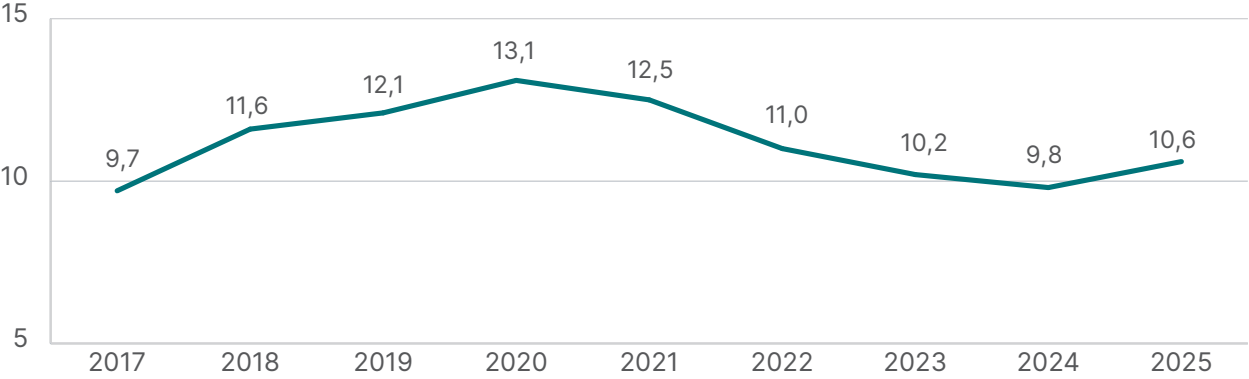


Abb. 12: Entwicklung logistischer EuroSCORE bei Herzoperationen an der Herz- und Gefäß-Klinik (bis 2018) und am RHÖN-KLINIKUM Campus (ab 2019) im Jahresvergleich 2017 bis 2025 (ohne Schrittmacher-/Defi-Eingriffe)

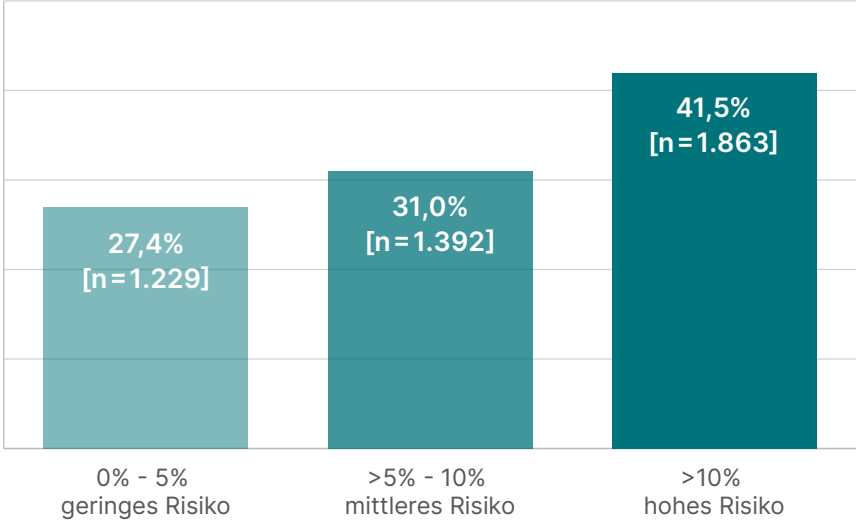


Abb. 13: Anteil Herzoperationen nach Risikogruppen (log. EuroSCORE) am RHÖN-KLINIKUM Campus im Zeitraum 2024 bis 2025 (ohne Schrittmacher-/Defi-Eingriffe) [n = 4.484]

DER LOGISTISCHE EUROSCORE

STATISTISCHE ORIENTIERUNG
Der logistische EuroSCORE ist ein standardisiertes Risikobewertungs-System in der Herzchirurgie. Er hilft uns, vor einer OP abzuschätzen, wie hoch das Risiko für Komplikationen oder Sterblichkeit sind. Der EuroSCORE berücksichtigt verschiedene Faktoren des Patienten, zum Beispiel:

- Alter
- Allgemeinzustand und Begleiterkrankungen (z. B. Nierenfunktion, Begleiterkrankungen)
- Herzfunktion
- Dringlichkeit der Operation
- Art und Komplexität des Eingriffs.

THERAPIEPLANUNG
Der Score unterstützt die Entscheidung:

- › Operation vs. alternative Verfahren (z. B. Katheterverfahren)
- › Zeitpunkt und Strategie der Operation

VERGLEICH UND QUALITÄTSSICHERUNG
Kliniken nutzen den EuroSCORE, um:

- › Ergebnisse fair zu vergleichen (auch bei unterschiedlich kranken Patienten)
- › die eigene Behandlungsqualität zu bewerten

EINORDNUNG DES PATIENTENKOLLEKTIVS
› Ein hoher durchschnittlicher EuroSCORE bedeutet:
→ Es werden viele schwere und komplexe Fälle behandelt

KURZ ZUSAMMENGEFASST
Der logistische EuroSCORE ist ein Werkzeug, das:

- › das Operationsrisiko in Prozent angibt
- › auf medizinischen Patientendaten basiert
- › Ärzten hilft, fundierte Entscheidungen zu treffen
- › und Transparenz für Patienten und Zuweiser schafft

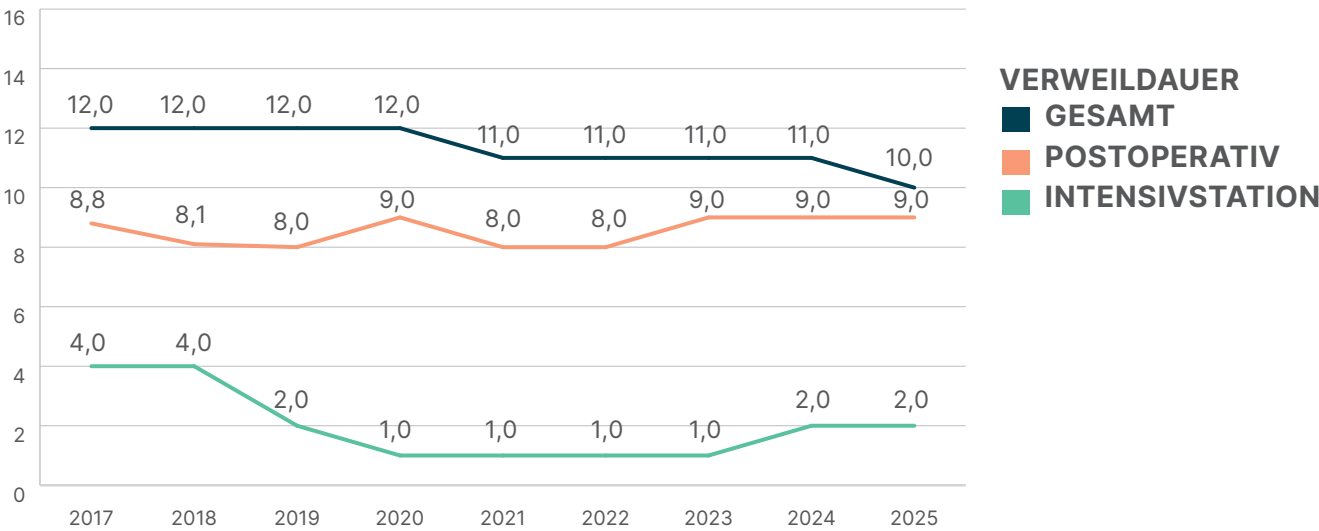


Abb. 14: Entwicklung Verweildauer bei Herzoperationen an der Herz- und Gefäß-Klinik (bis 2018) und am RHÖN-KLINIKUM Campus im Jahresvergleich 2017 bis 2025 (ohne Schrittmacher-/Defi-Eingriffe; Median; Angabe in Tagen)

VERWEILDAUER

Die Verweildauer (Abb. 14) konnte im Zeitraum von 2017 bis 2025 im Median um zwei Tage verkürzt werden. Auch der Aufenthalt auf Intensivstation und Intermediate Care-Station konnte in diesem Zeitraum um zwei Tage verkürzt werden. In unserer Grafik führen wir auf volle Tage auf- bzw. abgerundete Daten auf; insofern liegt die Verweildauer auf Intensiv- und IC-Station seit 2019 zwischen ein bis zwei Tagen.. Die mediane Gesamtverweildauer bewegt sich zwischen 14,8 und 16,8 Tagen und liegt zuletzt bei 14,9 Tagen. Die postoperative Verweildauer verläuft ebenfalls relativ konstant im

Bereich von etwa 12 bis 14 Tagen, zuletzt bei 13,0 Tagen. Demgegenüber ist für den Aufenthalt auf der Intensivstation ein leichter Rückgang von 3,8 Tagen im Jahr 2017 auf 2,5 Tage im Jahr 2024 zu erkennen, mit einem moderaten Anstieg auf 3,0 Tage im Jahr 2025. Zusammenfassend zeigt die Grafik über die Jahre stabile Behandlungs- und Verweildauerstrukturen bei einem gleichzeitig heterogenen, überwiegend risikobelastetem Patientenkollektiv.

- Die Gesamt- und postoperative Verweildauer zeigen über die Jahre nur geringe Schwankungen.

- Der Aufenthalt auf Intensivstation und Intermediate Care-Station ist insgesamt rückläufig mit leichtem Wiederanstieg im letzten Jahr.
- Trotz eines hohen Anteils an Risikopatienten bleibt die Verweildauer stabil.

	verstorben im Krankenhaus	Myokardinfarkt	cerebrale Events	postoperative Dialyse	postoperative PCI
Isolierter ACB	1,2	0,0	0,6	2,0	2,3
ACB + AKE	2,6	0,0	1,6	3,6	0,5
ACB + MKE	8,7	0,0	4,3	8,7	13,0
ACB + MKR	4,3	0,0	5,4	7,5	1,1
Isolierte AKE	1,6	0,1	1,3	2,7	1,0
Isolierter MKE	1,0	0,0	0,0	9,3	0,0
Isolierte MKR	1,1	0,3	1,1	0,8	0,8
MKE + TK-OP	5,5	0,0	3,6	14,5	0,0
MKR + TK-OP	0,0	0,0	1,5	6,6	0,7
OP an Aorta asc.	4,7	0,0	0,9	5,9	0,6
Kombinationseingriffe	5,1	0,2	2,2	11,6	0,8

Abb. 16: Peri-/postoperative Komplikationen (MACCE) bei Herzoperationen am RHÖN-KLINIKUM Campus im Zeitraum 2024 bis 2025 (Angabe in Prozent) [n = 4.484]

KOMPLIKATIONEN (MACCE)

Abbildung 16 stellt die peri- und postoperativen Komplikationen (MACCE) nach verschiedenen herzchirurgischen Eingriffsarten im Zeitraum 2024 bis 2025 dar. Die Angaben differenzieren zwischen Krankenhausmortalität, Myokardinfarkt, zerebralen Ereignissen, postoperativer Dialysepflicht sowie postoperativer PCI.

Über alle Eingriffsarten hinweg zeigt sich, dass die Krankenhausmortalität überwiegend im niedrigen einstelligen Bereich liegt. Die niedrigsten Werte finden sich bei isolierten Eingriffen, z.B. beim isolierten Mitralklappeneingriff (1,0 %) und isolierten ACB (1,2 %). Höhere Mortalitätsraten treten erwartungsgemäß bei komplexeren oder kombinierten Eingriffen auf, etwa bei ACB + MKE (8,7 %), MKE + Trikuspidalklappenoperation (5,5 %) sowie Kombinationseingriffen (5,1 %). Auch Aorta ascendens-OPs zeigen mit 4,7 % eine erhöhte Mortalität. Perioperative Myokardinfarkte sind insgesamt selten und liegen in

nahezu allen Gruppen bei 0 %. Einzelne geringe Werte finden sich bei isolierter Aortenklappenchirurgie (0,1 %), isolierter Mitralklappenrekonstruktion (0,3 %) sowie Kombinationseingriffen (0,2 %).

Zerebrale Ereignisse zeigen eine differenziertere Verteilung. Während isolierte Eingriffe niedrige Raten aufweisen (z. B. 0,6 % bei isoliertem ACB und 0 % beim isolierten MKE), steigen diese bei komplexeren Eingriffen deutlich an. Besonders betroffen sind ACB + MKR (5,4 %) sowie ACB + MKE (4,3 %) und kombinierte Klappenoperationen wie MKE + TK-OP (3,6 %).

Die Notwendigkeit einer postoperativen Dialyse variiert deutlich zwischen den Eingriffsarten und ist insbesondere bei komplexen Klappeneingriffen erhöht. Hohe Raten zeigen sich bei MKE + TK-OP (14,5 %), Kombinationseingriffen (11,6 %) sowie ACB + MKE (8,7 %) und isoliertem MKE (9,3 %). Demgegenüber sind die Raten bei Pro-

zeduren wie isoliertem ACB (2,0 %) oder isolierter MKR (0,8 %) deutlich niedriger.

Postoperative PCI werden insgesamt selten durchgeführt. Die höchsten Werte finden sich bei ACB + MKE (13,0 %), während die meisten anderen Eingriffe im Bereich unter 2 % liegen. Einige Gruppen zeigen keine postoperativen PCI (z. B. isolierter MKE, MKE + TK-OP).

Zusammenfassend zeigt die Abbildung eine klare Abhängigkeit der Komplikationsraten von der Komplexität des Eingriffs. Isolierte Standardoperationen weisen durchgehend niedrige Komplikationsraten auf, während kombinierte und komplexe Klappeneingriffe sowie Mehrfacheingriffe mit erhöhten Risiken insbesondere hinsichtlich Mortalität, neurologischer Ereignisse und postoperativer Nierenerersatztherapie einhergehen.

STERBLICHKEIT

Im Zeitraum 2024 bis 2025 wurden am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt insgesamt 4.484 herzchirurgische Eingriffe ausgewertet. Die nachfolgenden Darstellungen zeigen die perioperative Sterblichkeit differenziert nach OP-Gruppen (Abb. 17), die risikoadjustierte In-Hospital-Sterblichkeit (Abb. 18) sowie die Sterblichkeit nach Altersgruppen (Abb. 19) und präoperativem Risikoprofil (logistischer EuroSCORE) (Abb. 20) und erlauben eine differenzierte Einordnung der Ergebnisse im klinischen Alltag.

STERBLICHKEIT NACH OP-GRUPPEN (ABB. 17)

Die differenzierte Betrachtung nach OP-Gruppen zeigt heterogene Ergebnisse in Abhängigkeit von Eingriffsart und Komplexität. Bei isolierter aortokoronarer Bypassoperation (ACB) lagen die Mortalitäten für In-Hospital-Sterblichkeit bei 1,2 %, für die 30-Tage-Sterblichkeit bei 1,2 % und für die 90-Tage-Sterblichkeit 1,2 %. Für kombinierte Eingriffe ACB + Aortenklappenersatz (AKE) ergaben sich 2,6 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 2,6 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 3,1 % (90-Tage-Sterblichkeit), während ACB + Mitralklappenersatz (MKE) mit 8,7 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 8,7 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 13,0 % (90-Tage-Sterblichkeit) die höchsten Werte innerhalb der Bypass-kombinierten Verfahren zeigte. ACB + Mitralklappenrekonstruktion (MKR) wies 4,3 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 2,2 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 5,4 % (90-Tage-Sterblichkeit) auf.

Bei weiteren komplexen Kombinationseingriffen mit Herz-Lungen-Maschine (Kombinationseingriffe mit HLM) lagen die Werte bei 5,1 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 5,0 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 7,1 % (90-Tage-Sterblichkeit). Operationen an der Aorta ascendens zeigten

4,7 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 4,1 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 5,3 % (90-Tage-Sterblichkeit).

Isolierte Klappeneingriffe ergaben für den Aortenklappenersatz (AKE) 1,6 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 2,0 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 2,5 % (90-Tage-Sterblichkeit). Der isolierte Mitralklappenersatz (MKE) zeigte Werte von 1,0 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 2,1 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 4,1 % (90-Tage-Sterblichkeit), die isolierte Mitralklappenrekonstruktion (MKR) lag bei 1,1 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 1,4 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 1,4 % (90-Tage-Sterblichkeit).

MKE mit Trikuspidalklappeneingriff (TK-OP) als Kombinationseingriff hatte Sterblichkeiten von 5,5 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 3,6 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 5,5 % (90-Tage-Sterblichkeit), während MKR mit TK-OP als Kombinationseingriff bei 0,0 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 0,7 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 1,5 % (90-Tage-Sterblichkeit) lag.

STERBLICHKEIT NACH ALTERSGRUPPEN (ABB. 18, S. 22)

In der Analyse nach Altersgruppen zeigt sich erwartungsgemäß ein Anstieg der Sterblichkeit mit zunehmendem Lebensalter. Bei Patientinnen und Patienten ≤ 60 Jahre lag die In-Hospital-Mortalität bei 1,7 %, die 30-Tage-Mortalität bei 1,4 % und die 90-Tage-Mortalität bei ebenfalls 1,7 %. In der Gruppe der 60 bis <70-Jährigen betrugen die Werte 2,1 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 1,8 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 2,5 % (90-Tage-Sterblichkeit). Für die 70 bis <75-Jährigen ergaben sich 2,0 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 1,7 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 2,8 % (90-Tage-Sterblichkeit). Deutlich höher lagen die Werte in der Gruppe der 75 bis <80-Jährigen mit 4,0 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 4,7 %

(30-Tage-Sterblichkeit) und 6,4 % (90-Tage-Sterblichkeit). Bei Patientinnen und Patienten >80 Jahre betrugen die Mortalitäten 3,5 % (In-Hospital-Sterblichkeit), 4,3 % (30-Tage-Sterblichkeit) und 5,1 % (90-Tage-Sterblichkeit). Insgesamt zeigt sich somit insbesondere ab einem Alter von 75 Jahren ein relevanter Anstieg der 90-Tage-Mortalität.

STERBLICHKEIT NACH LOGISTISCHEM EUROSCORE (ABB. 19, S. 22)

Die Einteilung nach logistischer EuroSCORE-Risikoklassifikation bestätigt die enge Korrelation zwischen präoperativem Risiko und beobachteter Sterblichkeit. In der Niedrigrisikogruppe (0–≤5 %) lag die In-Hospital-Mortalität bei 0,6 %, die 30-Tage-Mortalität bei 0,5 % und die 90-Tage-Mortalität bei 0,8 %. In der mittleren Risikogruppe (5–≤10 %) betrugen die Werte 1,5, 2,0 % und 2,4 %. In der Hochrisikogruppe (>10 %) zeigten sich erwartungsgemäß deutlich höhere Raten mit 6,0 % (in-Hospital), 5,8 % (30 Tage) und 7,9 % (90 Tage). Damit wird die prognostische Güte der Risikostratifizierung im Kollektiv bestätigt.

Insgesamt verdeutlichen die Daten die erwartete Risikoadjustierung der Ergebnisse nach Alter, EuroSCORE und Eingriffsart. Komplexe kombinierte Verfahren sowie Hochrisikokonstellationen gehen mit erhöhten Mortalitätsraten einher, während isolierte Standardprozeduren niedrige perioperative Sterblichkeiten aufweisen.

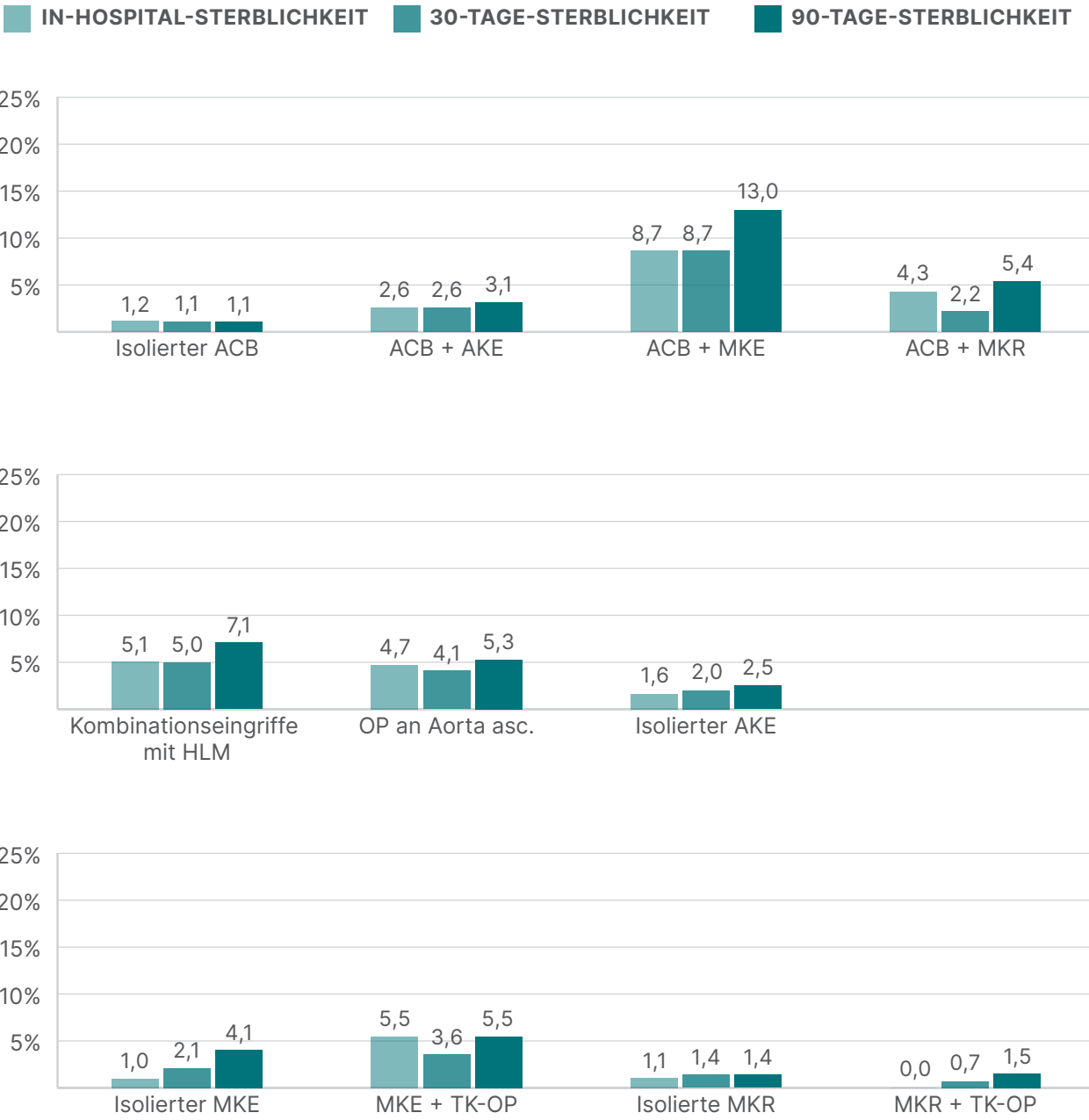


Abb. 17: Sterblichkeit nach OP-Gruppen bei Herzoperationen am RHÖN-KLINIKUM Campus im Zeitraum 2024 bis 2025 (Mittelwert; Angabe in Prozent) [n=4.484]

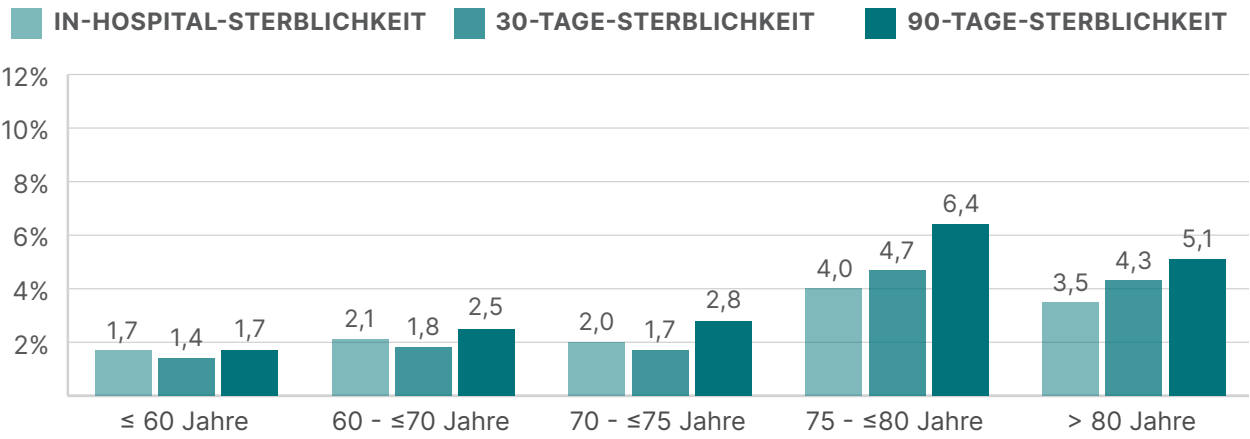


Abb. 18: Sterblichkeit nach Altersgruppen bei Herzoperationen am RHÖN-KLINIKUM Campus im Zeitraum 2024 bis 2025 (Mittelwert; Angabe in Prozent) [n=4.484]

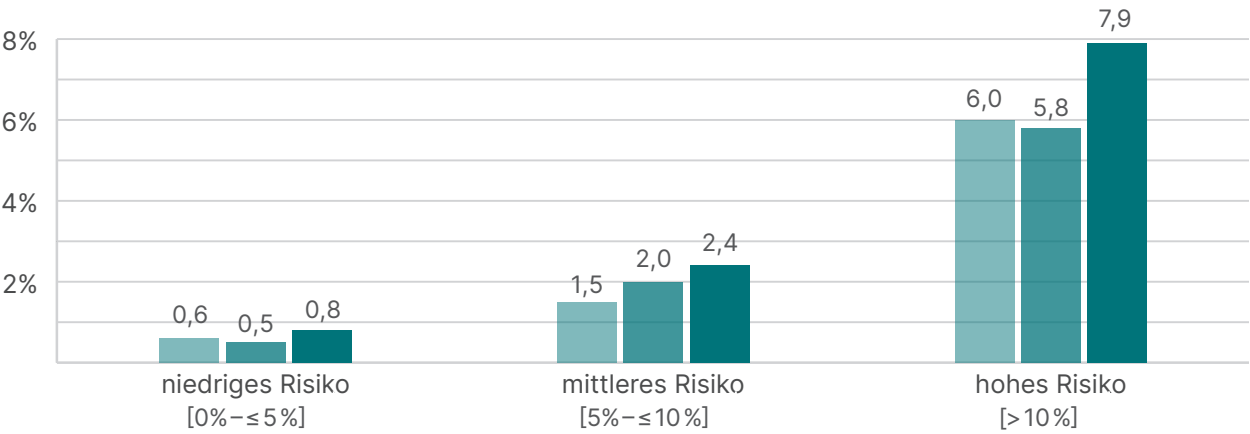


Abb. 19: Sterblichkeit nach logistischem EuroSCORE bei Herzoperationen am RHÖN-KLINIKUM Campus im Zeitraum 2024 bis 2025 (Mittelwert; Angabe in Prozent) [n=4.484]

RISIKOADJUSTIERTE STERBLICHKEIT (ABB. 20)

In Abb. 18 führen wir die risikoadjustierte In-Hospital-Sterblichkeit nach verschiedenen herzchirurgischen Eingriffsgruppen an unserer Klinik im Zeitraum 2024 bis 2025 auf. Dargestellt wird jeweils ein Vergleich zwischen der nach logistischer EuroSCORE erwarteten Sterblichkeit (E) und der tatsächlich beobachteten Sterblichkeit im Krankenhaus (O = observed). Zusätzlich ist der Quotient O/E angegeben.

Risikoadjustierte Sterblichkeit bedeutet, dass die Sterblichkeit eines Patientenkollektivs nicht isoliert betrachtet wird, sondern im Kontext der Schwere der Ausgangsrisiken

der Patienten. Dafür wird ein Prognosemodell verwendet: der logistische EuroSCORE. Dieser berechnet für jeden Patienten bzw. jede Patientengruppe die erwartete Sterbewahrscheinlichkeit (E = expected) auf Basis von Faktoren wie Alter, Komorbiditäten und Eingriffsart.

- O (observed) = tatsächlich beobachtete Sterblichkeit
- E (expected) = anhand des Risikomodells erwartete Sterblichkeit

Der Quotient daraus ist der O/E-Wert (Observed/Expected):

- O/E = 1 → Ergebnis entspricht exakt der erwarteten Risikosituation
- O/E < 1 → weniger Todesfälle als erwartet (besser als prognostiziert)

- O/E > 1 → mehr Todesfälle als erwartet (schlechter als prognostiziert)

In allen Operationsgruppen liegt an unserer Klinik die beobachtete Sterblichkeit unter der erwarteten Sterblichkeit. Dies gilt insbesondere für isolierte Verfahren. So beträgt bei isoliertem koronarem Bypass (ACB) die erwartete Mortalität 6,5 %, während die beobachtete bei 1,2 % liegt (O/E 0,2). Ähnlich zeigt sich dies bei isoliertem Aortenklappenersatz (AKE) mit 13,2 % erwartet versus 1,6 % beobachtet (O/E 0,1) sowie bei isoliertem Mitralklappenersatz (MKE) mit 11,6 % erwartet versus 1,0 % beobachtet (O/E 0,1).

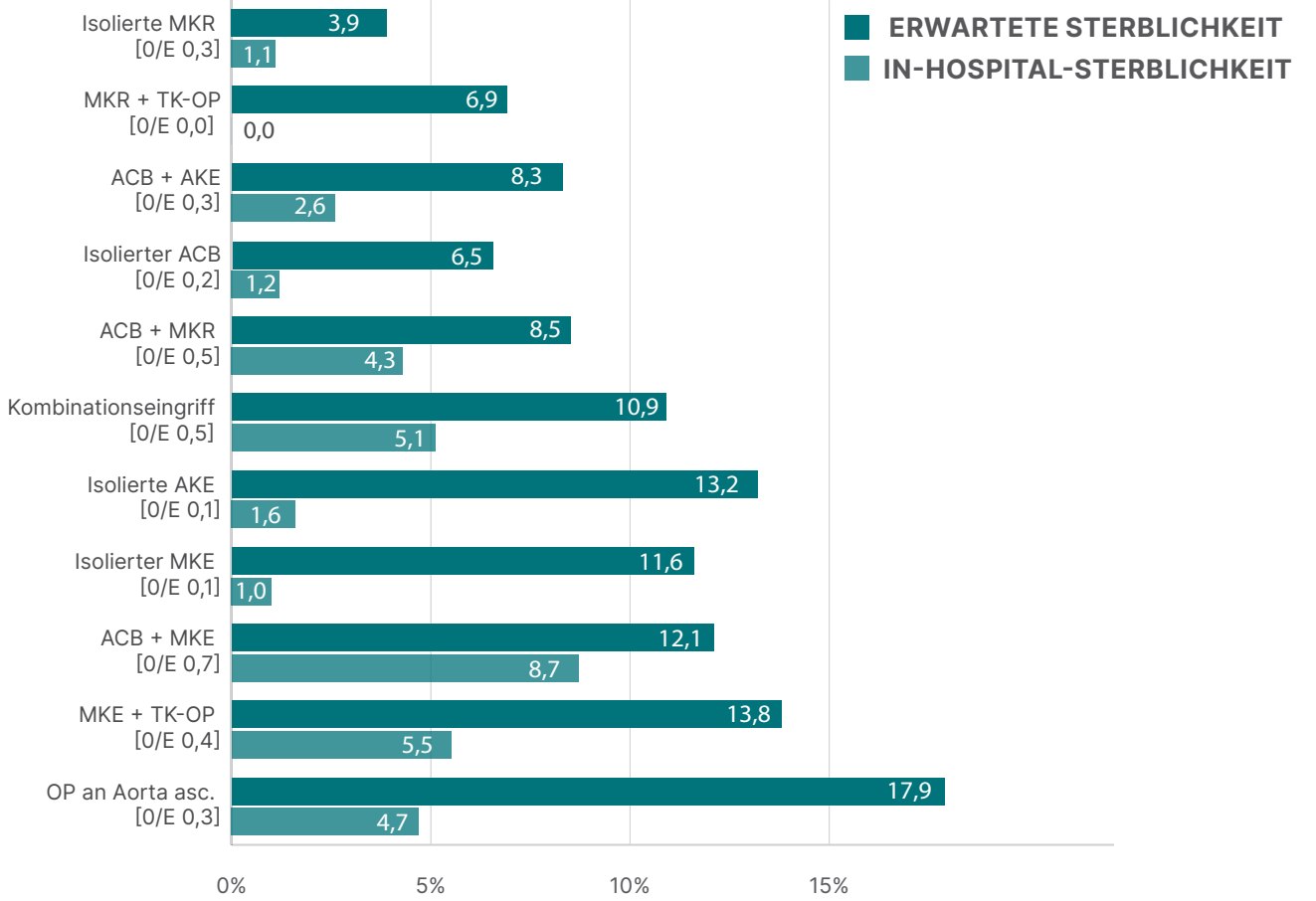


Abb. 20: Risikoadjustierte Sterblichkeit bei Herzoperationen am RHÖN-KLINIKUM Campus im Zeitraum 2024 bis 2025 (Sterblichkeitswahrscheinlichkeit nach logistischem EuroSCORE; ohne Schrittmacher-/Defi-Eingriffe) [n=4.484]

Auch bei kombinierten Eingriffen zeigt sich ein deutlich günstiger Verlauf im Vergleich zur Risikoprognose. Beispielsweise beträgt bei ACB + AKE die erwartete Sterblichkeit 8,3 %, die beobachtete 2,6 % (O/E 0,3), bei ACB + MKR 8,5 % versus 4,3 % (O/E 0,5) und bei ACB + MKE 12,1 % versus 8,7 % (O/E 0,7). Für komplexe Kombinationseingriffe liegt die erwartete Sterblichkeit bei 10,9 %, die beobachtete bei 5,1 % (O/E 0,5).

Bei Operationen an der Aorta ascendens zeigt sich eine erwartete Sterblichkeit von 17,9 %, während die beobachtete bei 4,7 % liegt (O/E 0,3). Auch bei MKE mit Trikuspidalklappeneingriff beträgt die erwartete Sterblichkeit 13,8 %,

die beobachtete 5,5 % (O/E 0,4). Lediglich bei wenigen Konstellationen nähert sich die beobachtete Sterblichkeit stärker der erwarteten an, ohne diese jedoch zu überschreiten.

Insgesamt zeigen unsere Daten, dass die beobachtete Krankenhaussterblichkeit in der Klinik für Kardiochirurgie in allen dargestellten Gruppen unter der nach logistischem EuroSCORE erwarteten Sterblichkeit liegt. Aus vielen Daten wissen wir, dass der logistische EuroSCORE inzwischen das Sterblichkeitsrisiko etwas zu hoch angibt. Dennoch freuen wir uns, für die meisten Eingriffe sehr deutlich unter unterhalb des Schätzwertes zu liegen.

STANDORTBESTIMMUNG UND AUSBLICK

Die Gesundheitsmedizin in Deutschland bleibt herausfordernd. Viele Veränderungen, die im Rahmen der medizinischen Leistungserbringung für die Zukunft geplant sind, werden auch die Herzchirurgie betreffen. Ziel ist es, ambulante und stationäre Versorgung besser miteinander zu verzahnen und damit die Liegezeiten in den Krankenhäusern zu reduzieren.

Die geplante Transformation trifft auf eine älter werdende Gesellschaft und auch auf eine Gesellschaft, in der die Versorgung älterer Menschen herausfordernd wird, da größere Familienverbände vor Ort zunehmend wegfallen. Gemeinsam mit dem Fachbereich Kardiologie, mit dem wir die Herzmedizin als Leistungserbringer abbilden, müssen und wollen wir diesen Weg proaktiv mitgestalten. Hierbei wer-

den neue Versorgungskonzepte zur heimatnahen Versorgung und Rehabilitation notwendig sein. Auch die Medizin selbst wird sich an die neuen Rahmenbedingungen anpassen müssen, so dass medizinische Strategien mit einem minimal-invasiven Ansatz weiter an Bedeutung zunehmen werden.

Eine große Herausforderung werden aber auch die komplexen kardialen Erkrankungen der betagten Patienten bleiben, die in sehr vielen Fällen heute erfolgreich und nachhaltig chirurgisch behandelt werden können. Für diese Patienten wird eine längere Rehabilitationsphase benötigt. Für diese Patientengruppe ist ein Stufenkonzept mit zeitnahe, postoperativ stationärer Rehabilitation und daran anschließend weiterführende heimatnahe Rehabilitation und Versorgung

notwendig. Mit unserem integrierten Versorgungskonzept für die Herzmedizin mit einer in allen Bereichen exzellent aufgestellten kardiologischen Diagnostik, mit interventionellen Therapiemöglichkeiten, Elektrophysiologie und einem breitem operativen Spektrum, welches wir in der Klinik für Kardiochirurgie anbieten, sind wir zusammen mit der Klinik für kardiologische Rehabilitation vor Ort am RHÖN KLINIKUM Campus Bad Neustadt sehr gut aufgestellt. Die Zukunft ist herausfordernd, wir gehen sie optimistisch an.



DAS TEAM DER KARDIOCHIRURGIE



Prof. Dr. med. A. Diegeler
Chefarzt



Dr. med. univ. A. Lenos
Leitender Oberarzt



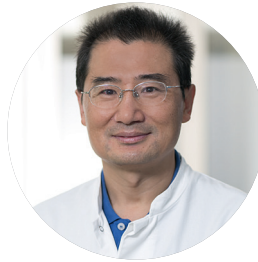
A. Sodah
Geschäftsführender Oberarzt



A. Atieh
Oberarzt



Dr. med. A. Siebel
Oberarzt, Leiter CIED-Programm



X. Zhan
Oberarzt



J. Abbas
Facharzt



O. Al Msallam
Assistenzarzt



Dr. med. P. Bougioukakis
Oberarzt



K. Doldurov
Oberarzt



H. Hijazi
Oberarzt



Dr. med. W. Hohenberger
Funktionsoberarzt



V. Balabushka
Assistenzarzt



F. Brand
Assistenzarzt



G. Kucinoski
Facharzt



Dr. med. W. Nasra
Facharzt



N. Heinz
Funktionsoberarzt



Dr. med. V. Irimie
Oberarzt



Priv.-Doz. Dr. med. M. Kirmse
Leitender Oberarzt
Intensivstation



Dr. med. F. Lakew
Oberärztin



O. Postupalskyi
Assistenzarzt



M. Pytlik
Facharzt



R. Striukov
Assistenzarzt



V. C. Serban
Assistenzarzt (Facharzt)



Dr. med. Y. Lindemann
Oberärztin IC-Station



Dr. med. M. Mandewirth
Oberarzt Intensivstation



Priv.-Doz. Dr. med. W. Reents
Oberarzt



Dr. med. B. Rosada
Oberarzt IC-Station



M. Davlatali
Assistenzarzt



O. A. Yazidi
Assistenzarzt

DAS TEAM DER KARDIOCHIRURGIE



K. Faust
LVAD-Koordinatorin



P. Hortschansky
LVAD-Koordinatorin



E. Möller
LVAD-Koordinatorin



K. Vollert
LVAD-Koordinatorin



A. Kirchner
Schreibsekretariat



A. Metz
Schreibsekretariat



A. Hanneke
Schreibsekretariat



A. Otter
Fachassistenz TAVI



D. Krause
Fachassistenz TAVI



P. Höche
Schrittmacher-Assistenz
MTA-F CIED-Programm



R. Göpfert
Schrittmacher-Assistenz



A.-M. Jimenez
Chefarztsekretariat



C. Markert
Leitung Chefarztsekretariat



S. Schön
Chefarztsekretariat



K. Ungerecht
Leitung Chefarztsekretariat



S.-M. Link
Schrittmacher-Assistenz



G. Rink
Schrittmacher-Assistenz



H. Katzenberger
Schrittmacher-Assistenz



M. Wolf
Studienassistentin



C. Klamt
Herzchirurgische
Aufnahme



C. Lembach
Herzchirurgische
Aufnahme



C. Stephan
Herzchirurgische
Aufnahme



D. Kirchner
Leitung Pflege
Intensivstation C4.1



N. Geis
Leitung Pflege
IC-Station C5.1



G. Mannig
Leitung Pflege
Station A6.1



N. Kammbach
Leitung Pflege
Station B5.2

KONTAKT

Bei Fragen steht Ihnen unser Behandlungsteam jederzeit gerne zur Verfügung – auch nach Ihrem stationären Aufenthalt. Den Kontakt vermittelt unser Sekretariat:

Tel.: +49 9771 66-23400 | Fax: +49 9771 66-9823400
info.kardiochirurgie@campus-nes.de
www.campus-nes.de

Kontakt



RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt

Klinik für Kardiochirurgie

Von-Guttenberg-Straße 11

97616 Bad Neustadt a.d. Saale

Tel.: +49 9771 66-23400

Fax: +49 9771 66-9823400

