

„Ich bin von der Lifebridge überzeugt ...“

Interview mit Prof. Dr. Albrecht Elsässer vom Klinikum Oldenburg

Noch vor wenigen Jahren war die zielgerichtete Diagnostik und Intervention bei Hochrisikopatienten mit Myokardinfarkt oder kardiogenem Schock eher eine Wunschvorstellung: Der Zeitfaktor, der bis zur spezialisierten Behandlung im Krankenhaus verging, entschied in $\frac{2}{3}$ der Fälle gegen den Patienten. Größtes Problem dabei war die Transportstabilisierung des Patienten. Durch den frühen Einsatz der Lifebridge, dem weltweit ersten CE-zertifizierten und FDA-zugelassenen mobilen Herz-Lungen-Unterstützungssystem, lässt sich die Prognose dieser Hochrisikopatienten deutlich verbessern. Über seine Erfahrungen mit dem System äußert sich Prof. Dr. Albrecht Elsässer vom Klinikum Oldenburg im Gespräch mit der Medizinjournalistin Marianne E. Tippmann.

M&K: Was waren Ihre Beweggründe für die Anschaffung der Lifebridge – das Klinikum Oldenburg hält doch sicherlich bereits mehrere herkömmliche Herz-Lungen-Maschinen vor?

Prof. Elsässer: Als Herzzentrum der Region versorgen wir hier ein Patientenkollektiv von rd. 1,5 Millionen – und damit natürlich auch eine sehr hohe Zahl an Infarktpatienten, die bezüglich ihrer Prognose am meisten von einer sofortigen Intervention profitieren. In der Notfallsituation standen wir in der Vergangenheit allerdings wiederholt vor dem Problem, dass sich beispielsweise die intraaortale Ballonpumpe bei Patienten im kardiogenen Schock als nicht ausreichend erwies. Da unsere Herzchirurgie ebenfalls sehr stark ausgelastet ist, weil im Jahr ca. 1.800 Herz-Lungen-Maschinen-Eingriffe durchgeführt werden, gab es immer wieder Engpässe, wo es uns nicht möglich war, auf die von der Kardiotechnik im Hause vorgehaltenen Systeme zurückzugreifen, sodass indizierte Therapien erst verspätet initiiert werden konnten. Hinzu kommt, dass – wie in den meisten Zentren



Prof. Dr. med. Albrecht Elsässer, Direktor der Klinik für Innere Medizin I, Kardiologie, Klinikum Oldenburg

Deutschlands – auch bei uns nicht immer ein Kardiotechniker vor Ort ist, sondern Rufbereitschaft hat, d. h. nach spätestens 20 Minuten im Klinikum sein sollte. Weitere zehn Minuten nimmt dann die Aufrüstung des Systems in Anspruch. Das sind für den instabilen Patienten 30 Minuten zu lange myokardiale Ischämie, Kreislaufinstabilität und Gabe von hochdosierten Katecholaminen. Die Lifebridge kann von jedem Mitglied des Katheterteams, das entsprechend geschult ist, zum Laufen gebracht werden, kommt also ad hoc ohne die Unterstützung eines Kardiotechnikers aus. Und das war der Grund für ihre Anschaffung. Mit diesem System haben wir in entsprechenden Situationen einen eindeutigen Zeitvorsprung, der über Leben und Tod

unseres Patienten entscheiden kann.

Worin unterscheidet sich dieses portable System von stationären Herz-Lungen-Maschinen? Welche Vorteile bietet es im Einzelnen?

Prof. Elsässer: Gleich mehrere. Ein entscheidender Vorteil ist, dass die Lifebridge einfach zu bedienen ist, sehr schnell aufgerüstet werden kann und durch ihre kompakten Arbeitsschritte auch absolute Sicherheit gewährleistet. Bedienerfreundliches Handling gepaart mit Schnelligkeit – das sind ja ganz ausschlaggebende Punkte. Wir brauchen solche verlässlichen Systeme, die eine Versorgung von Infarktpatienten im kardiogenen Schock ohne Zeitverlust erlauben, weil sie parallel zur Behandlung der Koronarsituation aufgebaut und implantiert werden können.

Schade ist, dass die Laufzeit des Oxygenators zulassungsbedingt vorerst nur für sechs Stunden vorgesehen ist, weil wir bei Eskalationen über 48, 72 oder gar 96 Stunden in der Phase des myokardialen Umbaus bzw. Remodellings dann doch auf die stationäre Herz-Lungen-Maschine angewiesen sind.

Ein weiterer Riesenvorteil des portablen Systems liegt in seiner Größe und der damit gegebenen Flexibilität. Dank der Lifebridge können wir Patienten im kardiogenen Schock in umliegenden Krankenhäusern abholen, was wir künftig auch verstärkt anbieten werden,

und sie hier zu uns bringen, um dann die entsprechende Intervention durchzuführen. Das ist ein ganz wichtiger Punkt, weil gerade dieses Patientenkollektiv die ungünstigste Prognose hat und demzufolge am meisten von einem solchen Vorgehen profitiert. Bislang werden diese Patienten – und das ist typisch für viele Regionen Deutschlands – zu lange konservativ geführt und haben dann kaum eine Überlebenschance, d. h., sie versterben in einem allgemeinversorgenden Krankenhaus, das keine invasive Kardiologie vorhält. Die Ausrichtung der Lifebridge ist also absolut sinnvoll und optimal, gewährleistet sie doch, dass ein Patient, wo immer er auch lebt, keinem Standortnachteil in seiner medizinischen Versorgung unterliegt. Und das ist gerade in so einem großen Einzugsgebiet wie dem hiesigen Weser-Ems-Kreis von ganz entscheidender Bedeutung.

Und wie sieht es mit der Schulung aus?

Prof. Elsässer: Die lässt nichts zu wünschen übrig – das muss man der Firma auch mal so zurückgeben. Die Bereitschaft zur Unterstützung ist sehr groß und beschränkt sich nicht allein auf die eigentliche Schulung. Auch nach Installation des Systems leistet die Firma permanenten Support, ist regelmäßig hier, erkundigt sich nach potentiellen Unklarheiten und schult gegebenenfalls nach.

Seit wann setzen Sie die Lifebridge ein?

Prof. Elsässer: Wir haben die Lifebridge jetzt seit vier Monaten hier im Haus und bereits bei mehreren Patienten erfolgreich eingesetzt. Es gab bisher keinerlei Probleme oder Komplikationen mit diesem System, es läuft hundertprozentig, wobei die logische und effiziente Bedienungsstruktur sicherlich auch dazu beiträgt, dass ich in sehr kurzer Zeit die optimale Unterstützung für meinen Patienten erreiche. Ich bin von der Lifebridge überzeugt. ■

