

Universitäres Herzzentrum Lübeck –  
Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin)

## 10. Newsletter 04-2016

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wir senden Ihnen hiermit unseren 10. monatlichen klinischen Newsletter in dem wir wieder über Aktuelles und über für Sie hoffentlich wieder interessante Dinge aus dem Universitären Herzzentrum Lübeck berichten.

Die früheren Newsletter stehen unverändert auf unserer Homepage zum Download zur Verfügung unter:

[www.uksh.de/innere2-luebeck/Newsletter.html](http://www.uksh.de/innere2-luebeck/Newsletter.html)

Noch einmal zum Hinweis: Gemeinsam mit dem Universitären Herzzentrum Hamburg und dem Campus Kiel veranstalten wir in diesem Jahr in Kiel die **12. Norddeutschen Herztage vom 29.04.-30.04.2016**.

Wir haben einigen Kollegen separate Einladungskarten gesendet.

Weitere Informationen zu den Norddeutschen Herztagen finden Sie unter [www.norddeutsche-herztage.de](http://www.norddeutsche-herztage.de).

Basierend auf aktuellen Entwicklungen mit neuen Daten bei Kongressen und Entwicklungen in unserem Hause, berichten wir in diesem 10. Newsletter über folgende Punkte:

- Angiologie/pAVK (Seite 2)
- Komplexe HSM/ICD-Sondenextraktion (Seite 3)
- Intraoperatives LAA-Clipping (Seite 4)
- Kryoablation bei VHF (Seite 5-6)
- Kardiale Magnetresonanztomographie (Seite 7-8)
- Vorstellung neuer Kollegen (Seite 9)
- Veranstaltungen und Kontakt (Seite 10-11)

Über Veranstaltungen von uns informieren wir immer separat auf einer der letzten Seiten des Newsletters.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und freuen uns jederzeit über Ihre Anregungen!

Ihre,



Hans-Hinrich Sievers



Holger Thiele

Universitäres Herzzentrum Lübeck –  
Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin)

## Angiologie am Universitären Herzzentrum Lübeck

Die Angiologie bietet als Teil des universitären interdisziplinären Gefäßzentrums eingebettet in unser Universitäre Herzzentrum Lübeck das komplette Spektrum von Methoden zur Untersuchung und Behandlung von Gefäßerkrankungen an.

Diagnostik und Therapie werden eng mit der Abteilung für Gefäßchirurgie, der Klinik für Radiologie und den benachbarten Disziplinen der Inneren Medizin (wie Diabetologie, Rheumatologie und Nephrologie) abgestimmt und so für jeden Patienten ein individualisiertes Konzept erstellt. Einen besonderen Schwerpunkt stellt die interventionelle Therapie der pAVK dar, wobei hier alle modernen Techniken angeboten werden (z.B. retrograde und transpedale Rekanalisationen).

Die Abbildung zeigt eine digitale Subtraktionsangiographie des Unterschenkels bei einer Patientin mit pAVK Stadium 4 nach Fontaine, bei der eine Komplettrevascularisation erfolgte, um eine Abheilung der Gewebeläsionen zu ermöglichen.

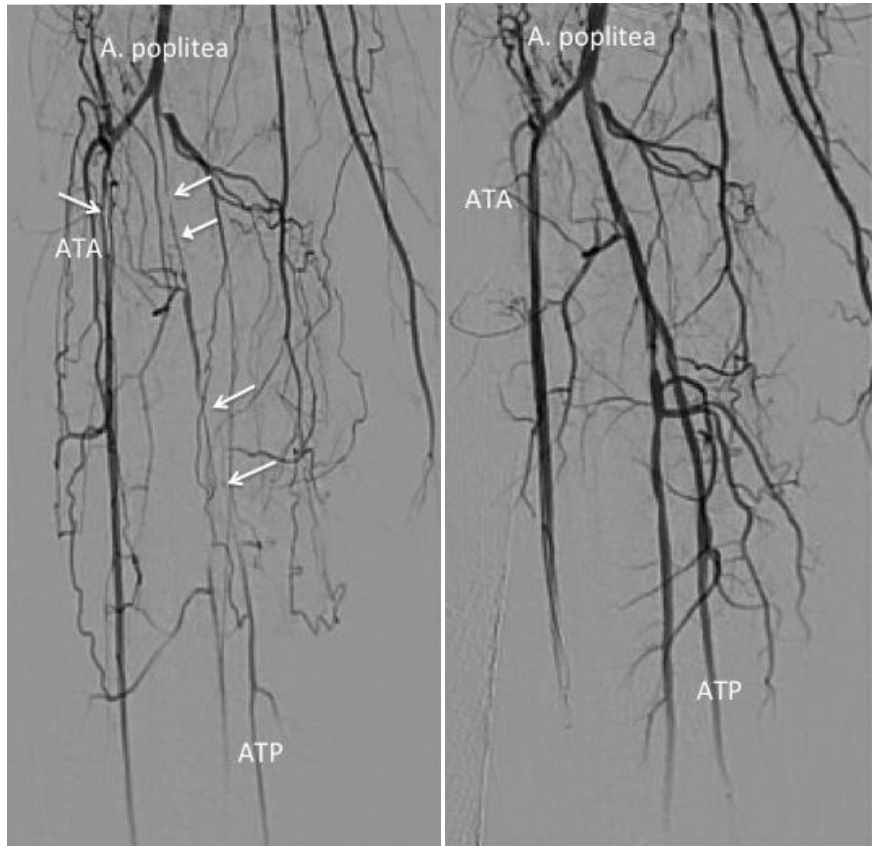


Abb. Komplexe 3-Gefäßintervention am Unterschenkel bei einer Patientin mit pAVK Stadium 4 nach Fontaine

Ansprechpartner:

Prof. Dr. med. S. Desch  
MD M. Saad

Universitätsklinikum  
Schleswig-Holstein  
Anstalt des  
öffentlichen Rechts

Vorstand:  
Prof. Dr. Jens Scholz  
(Vorsitzender)  
Peter Pansegrau  
Christa Meyer

Universitäres Herzzentrum Lübeck –  
Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin)

## Laser-Extraktionssheath oder Rotating Dilator Sheath bei schwieriger Extraktion von Schrittmacher- und ICD/CRT-Sonden

Die Anzahl der jährlich implantierten kardio-vaskulären elektronischen Devices steigt in den letzten Jahren deutlich an. So wurden in 2011 über 550.000 neue Devices implantiert; 2013 insgesamt 153.877 in Deutschland, mit 22.685 Revisions-Operationen.

Revisions-OPs sind häufig mit Sondenextraktionen verbunden, in der Regel im Rahmen von Infektionen. Nach Schrittmacher- und Sonden-Implantation kommt es besonders im Langzeitverlauf zur bindegewebigen Reaktion an den Kontaktstellen der Sonden mit dem Patientengewebe im Kreislaufsystem, insbesondere in der V. cava superior. Dieses erklärt, dass die Sondenextraktionen nicht nur schwierig, sondern auch riskant sein können mit Komplikationen, wie Blutungen oder einer Perikardtamponade mit lebensbedrohlichen Folgen. Deshalb wurden Entfernungsmandrins, Laser, elektronische Sheaths und andere besondere Hilfsmittel entwickelt.

Im Universitären Herzzentrum Lübeck wurden in Teamarbeit zwischen Herzchirurgie und Kardiologie in den letzten beiden Jahren 59 komplexe Operationen zur Extraktion von Schrittmacher- und ICD-Sonden durchgeführt. Am häufigsten auf dem Boden einer Sonden-Endokarditis (n=33). Bei 18 Patienten mussten besondere Hilfsmittel zur Sondenextraktion angewendet werden. Dafür standen zwei Systeme zur Verfügung: das TightRail™ & TightRail Mini™ Rotating Dilator Sheaths von Spectranetics und das Laser-Extraktionssheath. In 12 Fällen wendeten wir Laser-Extraktionssheaths an, wobei wir in 10 Fällen die Sonden komplett entfernen konnten und in 2 Fällen die komplette Entfernung trotz Laser nicht möglich war. Außerdem kam es bei der Anwendung des Lasers in 3 Fällen zu Perforationen im Gefäßsystem, welche chirurgisch beherrscht werden konnten. In 6 Fällen wendeten wir das mechanische Rotating Dilator Sheath System an und konnten in 100% die Sonden komplikationslos und komplett entfernen.

Aufgrund dieser Erfahrungen extrahieren wir standardmäßig Schrittmacher- und ICD-Sonden im Hybridsaal unter Durchleuchtung und in Bereitschaft der Herz-Lungen-Maschine.

Bei allen Eingriffen kommen Lead-Locking-Devices zur Anwendung, um ein Abreißen der Sonden bei manuellem Zug zu vermeiden. Bei schwierigen Sondenextraktionen verwenden wir aufgrund der sehr guten Erfahrung das mechanische Rotating Dilator Sheath System an.

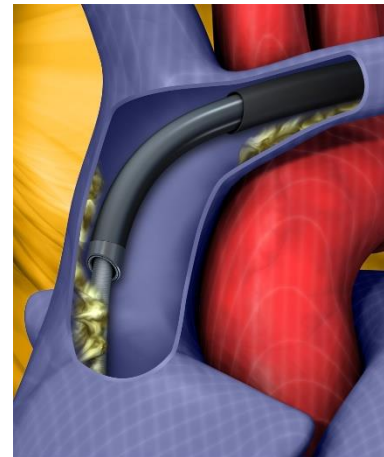


Abb. 1: Mechanisches Rotating Dilator Sheath von Spectranetics. Die rotierenden Messer an der Spitze des Devices durchtrennen die Adhäsion zwischen der SM-Sonde und der Wand der V. cava superior.



Abb. 2: Mechanisches Rotating Dilator Sheath von Spectranetics. Durch Bedienen des Handgriffes wird das Dissektionsmesser aus der Katheterspitze vorgeschoben und in Rotationsbewegung versetzt.

Universitäres Herzzentrum Lübeck –  
Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin)

## „Clipping“ als operatives Verfahren zum Verschluss des linken Vorhofohres bei Patienten mit Vorhofflimmern

Vorhofflimmern ist bei unseren älteren Patienten eine weit verbreitete Herzrhythmusstörung, welche oft mit neurologischen Komplikationen vergesellschaftet ist. Patienten mit Vorhofflimmern haben ein bis zu fünffach erhöhtes Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden (1). Nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand geht man davon aus, dass das linke Vorhofohr des Herzens hauptverantwortlich für das hohe Schlaganfallrisiko ist (2). Die Anatomie dieser Herzstruktur vereinigt in sich die klassische Virchow-Trias und bietet so den idealen Ort zur Ausbildung von Thromben (3).

Daher ist es nicht verwunderlich, dass operative Verfahren entwickelt wurden, um durch einen Verschluss des linken Vorhofohres das Schlaganfallrisiko bei Patienten mit Vorhofflimmern deutlich zu reduzieren (4).

Anfangs gab es lediglich zwei unterschiedliche operative Möglichkeiten, um das Vorhofohr zu verschließen: das endokardiale Übernähen oder epikardiale Legieren des linken Vorhofohres. Die Technik des Legierens ist zwar einfach und schnell durchführbar, jedoch konnte eine Studie aus dem Jahr 2005 zeigen, dass dieses Verfahren häufig nicht zu einem sicheren Verschluss des Vorhofohres führt, und es zu einer Rekanalisation kommen kann. In der Studie konnte bei 38% der Patienten, deren Vorhofohr legiert worden war, im anschließenden Kontroll-TEE ein unvollständig verschlossenes Vorhofohr nachgewiesen werden (5). Danach änderten wir die Operationsstrategie und resezierten seitdem das Vorhofohr (6).

Die komplette Resektion des Vorhofohres stellt eine absolut sichere Möglichkeit dar, einen vollständigen Verschluss ohne das Risiko einer Rekanalisation zu erreichen.

Vor wenigen Jahren wurde nun ein neues Verfahren entwickelt, welches sekundenschnell intraoperativ durchgeführt werden kann: das „Clipping“. Dabei wird mit Hilfe eines Clipsystems ein mit Polyester überzogener Clip über das Vorhofohr gestülpt und dadurch verschlossen (Abb. 1). Hierdurch wird die OP-Zeit deutlich reduziert.

Eine internationale Multicenterstudie konnte zeigen, dass bei 90% der Patienten ein erfolgreicher Verschluss des Vorhofohres möglich war. Nur in 1,6% der Fälle versagte das Verfahren (7).

In unserer Abteilung für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie verwenden wir seit 2013 erfolgreich das AtriClip® System von der Firma AtriCure®, mit dem wir seit dessen Einführung bereits bei mehr als 40 Patienten in ausgesuchten Fällen das linke Vorhofohr mittels Clip verschlossen haben. Mit diesem äußerst effektiven Verfahren ist es möglich, bei Patienten mit bekanntem Vorhofflimmern während eines herzchirurgischen Eingriffes ohne relevante Verlängerung der OP-Zeit das Schlaganfallrisiko signifikant zu senken (8).

### Literatur:

1. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991;22:983-988
2. Klein AL, Grimm RA, Murray RD, Apperson-Hansen C, Asinger RW, Black IW, Davidoff R, Erbel R, Halperin JL, Orsinelli DA, Porter TR, Stoddard MF. Assessment of cardioversion using transesophageal echocardiography investigators. Use of transesophageal echocardiography to guide cardioversion in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2011;344:1411-1420.
3. Watson T, Shantsila E, Lip GY. Mechanisms of thrombogenesis in atrial fibrillation: Virchow's triad revisited. Lancet 1999;373:155-166.
4. Blackshear JL, Odell JA. Appendage obliteration to reduce stroke in cardiac surgical patients with atrial fibrillation. Ann Thorac Surg. 1996;61:755-759.
5. Schneider B, Stöllberger C, Sievers HH. Surgical closure of the left atrial appendage – A beneficial procedure? Cardiology 2005;104:127-132.
6. Hanke T, Sievers HH, Doll N, Weimar T: Operative Verfahren zum Verschluss des linken Vorhofohr bei Patienten mit Vorhofflimmern. Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie 2013;24:53-57
7. Slater AD, Tatóoles AJ, Coffey A, Pappas PS, Bresticker M, Greason K, Slaughter MS. Prospective clinical study of a novel left atrial appendage occlusion device. Ann Thorac Surg 2002;93 :2035-2038.
8. Keiji Kamohara, et al.: A novel device for left atrial appendage exclusion. J Thorac Cardiovasc Surg. 2005;130:1639-1644 .



Bild 1: AtriClip® System

Universitäres Herzzentrum Lübeck –  
Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin)

## Ablation von Vorhofflimmern mittels Kryo-Ballon FIRE AND ICE-Studie

Seit Juli 2015 bieten wir in unserem Universitären Herzzentrum Lübeck ein innovatives Verfahren zur kathetergeführten Ablation von symptomatischem Vorhofflimmern an. Bisher wurden die Pulmonalvenen mittels Radiofrequenzenergie "Punkt für Punkt" elektrisch isoliert (Abbildung 1). In mehreren kleineren Studien wurde dieses Verfahren mit einem Kryoballon-Katheter (Abbildung 2) verglichen, wobei die Ergebnisse vielversprechend waren. Der Kryoballon-Katheter wird über eine einzige transeptale Punktion in den linken Vorhof eingebracht und im Bereich der Pulmonalvenenostien positioniert und inflatiert. Nach fluoroskopischer Lagekontrolle wird Kühlmittel in den Ballon gegeben, wodurch sich der Ballon auf Temperaturen von -35 bis -55 °C abkühlt. Dadurch entsteht eine Kältenekrose im Gewebe, das mit dem Ballon kontakt hat, welche die Pulmonalvenenostien technisch einfach und zuverlässig isoliert. In den letzten neun Monaten haben wir im Universitären Herzzentrum Lübeck bereits über 100 Pulmonalvenenisolationen mittels Kryoballon mit bisher exzellenten Kurzzeitergebnissen durchgeführt. Unser Eindruck wurde nun durch die kürzlich publizierten Ergebnisse der FIRE AND ICE-Studie bestätigt (1). In dieser großen randomisierten, kontrollierten Studie wurde in 16 Zentren die Kryoballon- mit der Radiofrequenzablation an 762 Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern verglichen. Der primäre Endpunkt, Therapieversagen innerhalb von 90 Tagen nach der

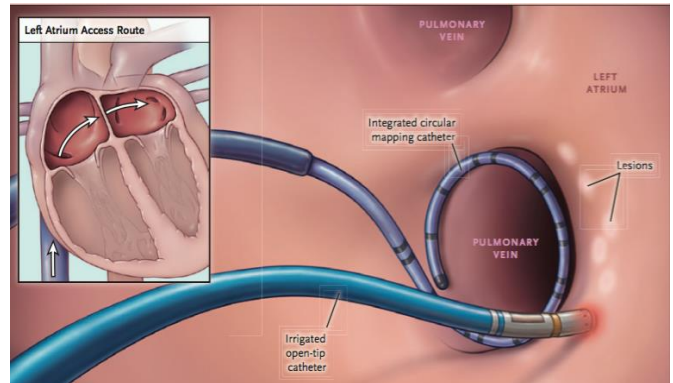


Abbildung 1:  
Isolation der Pulmonalvenen mittels Radiofrequenzenergie  
„Punkt für Punkt“  
Abbildung aus Kuck et a. NEJM 2016; epub ahead of print

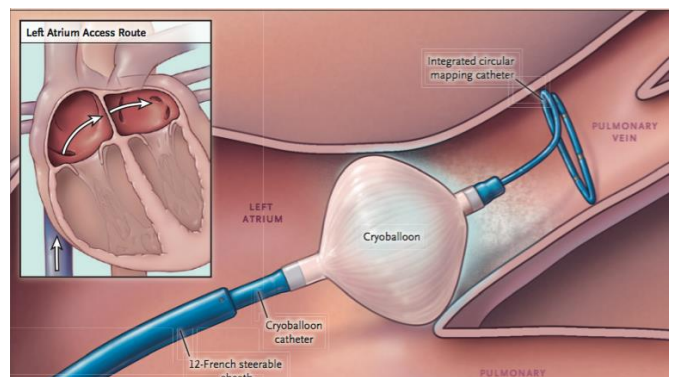


Abbildung 2:  
Isolation der Pulmonalvenen mittels Radiofrequenzenergie  
„Punkt für Punkt“  
Abbildung aus Kuck et a. NEJM 2016; epub ahead of print

Universitäres Herzzentrum Lübeck –  
Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin)

## Ablation von Vorhofflimmern mittels Kryo-Ballon FIRE AND ICE-Studie

Indexablation, trat in 34,6% und 35,9% der Patienten auf, die mittels Kälte- bzw. Radiofrequenzenergie ablatiert wurden. Primär wurde die Nicht-Unterlegenheit analysiert, welche mit einem P-Wert  $<0,001$  hochsignifikant war. Auch die Ergebnisse der sekundären Endpunkte decken sich mit unseren Erfahrungen. So sind die Prozedurzeiten aufgrund der technischen Einfachheit mit dem Kryoballon kürzer ( $140,9 \pm 54,9$  vs.  $124,4 \pm 39,0$  Minuten;  $p < 0,001$ ), aber die Durchleuchtungszeiten etwas länger ( $16,6 \pm 17,8$  vs.  $21,7 \pm 13,9$  Minuten;  $p < 0,001$ ). Letzteres ist methodisch dadurch bedingt, dass die Ballonposition fluoroskopisch kontrolliert wird, wohingegen bei der Radiofrequenzablation der Katheter primär mithilfe eines 3D-Mappingsystems navigiert wird. Die Komplikationsraten waren in beiden Armen vergleichbar, wobei sich die Verteilung der Komplikationen deutlich unterschied. Im Kryo-Ballon-Ablationsarm traten im Vergleich zur Radiofrequenzenergie-Gruppe numerisch seltener Herzbeuteltamponaden (0,3% vs. 1,3%,  $p=0,22$ ) und Leistenkomplifikationen (1,9 vs. 4,3%;  $p=0,09$ ), aber häufiger Phrenikusparesen bei Entlassung (2,7% vs. 0%,  $p=0,001$ ) auf. Hervorzuheben ist, dass die Phrenikusparese sich bei allen mit Ausnahme eines Patient innerhalb von 12 Monaten erholt hat.

Aufgrund der exzellenten Studienergebnisse und des hohen Sicherheitsprofils sowie unserer bisher sehr guten Erfahrungen, ist der Kryo-Ballon für viele Patienten mit Vorhofflimmern und 1. Ablationsstrategie die Technologie der Wahl.

1. Kuck KH, Brugada J, Furnkranz A, Metzner A, Ouyang F, Chun KR, Elvan A, Arentz T, Bestehorn K, Pocock SJ, Albenque JP and Tondo C. Cryoballoon or Radiofrequency Ablation for Paroxysmal Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2016. Epub ahead of print.

Vorteile Kryo-Ballon:

1. Exzellentes Sicherheitsprofil
2. Kurze Prozedurzeit

Vorteil Radiofrequenzablation:

1. Geringere Strahlenexposition aufgrund von 3D Mapping Technologie
2. Ablationen zusätzlich zur Pulmonalvenenisolation (Vorhofflattern, atriale Tachykardien, Rotoren,...) möglich.

Ihre Ansprechpartner für rhythmologische Fragestellungen sind Frau PD Dr. C. Eitel, Herr PD K. Dr. Rogacev, Herr Dr. A. Jobs, Herr Sawan und Herr PD Dr. Tilz. Sie können uns jederzeit unter der zentralen Anmeldung unter 0451 500 4477 erreichen!

**„Update zur Vermeidung des plötzlichen Herztodes“**, 11.05.2016, MediaDocks Lübeck.  
Im Rahmen dieser Veranstaltung erhalten Sie eine offizielle Einweisung in das Programmiergerät für den subkutanen Defibrillator.

Universitäres Herzzentrum Lübeck –  
Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin)

## Kardiale Magnetresonanztomographie

Die kardiale Magnetresonanztomographie (MRT) darf heute und vor allem in der Zukunft als eines der wichtigsten nicht-invasiven Bildgebungsverfahren in der Kardiologie angesehen werden. Nach dem derzeitigen Wissensstand sind bei Beachtung der Kontraindikationen keine Nebenwirkungen zu erwarten, zum anderen erhält man wie bei keinem anderen Bildgebungsverfahren sowohl morphologische als auch funktionelle Informationen.

Hauptindikationen der kardialen MRT sind neben der Darstellung von Struktur und Funktion des Myokards auch die Perfusion, die Ischämie- und Vitalitätsdiagnostik, die Differentialdiagnose von Kardiomyopathien, die nicht-invasive Klärung inflammatorischer Prozesse des Myokards (Myokarditis), die Differenzierung von Speicherkrankheiten des Herzens inclusive der Beteiligung des Herzens bei neuromuskulären Erkrankungen, die Analyse komplexer angeborener Herzfehler und die Quantifizierung von Klappenventilen.

Im Universitären Herzzentrum Lübeck werden die kardialen MRT Untersuchungen derzeit in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Radiologie und Nuklearmedizin durchgeführt. Hierfür stehen zwei moderne MRT-Geräte mit verschiedenen Feldstärken (1,5 Tesla und 3,0 Tesla) zur Verfügung.

Unter der Leitung von Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Ingo Eitel und Herrn Prof. Dr. Thiele besteht im Rahmen von „MRT-Slots“ jeweils dienstags und donnerstags, die Möglichkeit Patienten mittels der kardialen MRT weiterführend zu untersuchen.

Herr Prof. Dr. Thiele und Herr PD Dr. Eitel haben langjährige klinische als auch wissenschaftliche Expertise im Bereich der Herz-MRT Bildgebung und Herr PD Dr. Eitel ist aktuell stellvertretender und zukünftiger Sprecher der Arbeitsgruppe kardiale MRT der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Das Universitäre Herzzentrum Lübeck wurde als eine der ersten kardiologischen Kliniken als Fortbildungsstätte für die Zusatzqualifikation kardiales MRT zertifiziert.

(<http://curricula.dgk.org/cmr/zertifizierte-staetten/>).

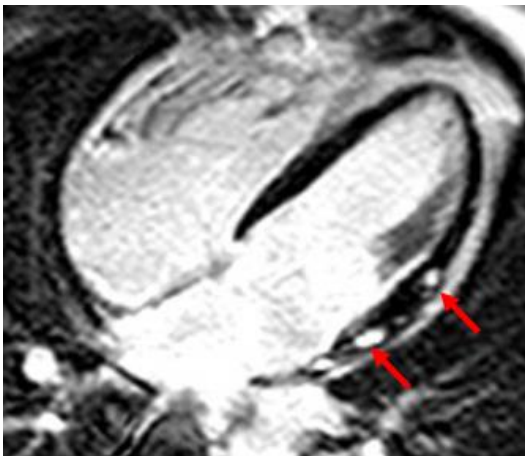


Abbildung 1:  
Kontrastmittelperverstärkte „late enhancement“ Sequenz im 4-Kammerblick eines 39-jährigen männlichen Patienten mit im MRT gesicherter Myokarditis mit fokaler, subepikardialer Kontrastmittelanreicherung in der basalen Lateralwand (rote Pfeile).

Universitäres Herzzentrum Lübeck –  
Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin)

## Kardiale Magnetresonanztomographie

Wesentliche Kontraindikation für ein Herz-MRT sind ältere, nicht MRT-kompatible Schrittmacher- und Defibrillatorsysteme. In einem geringen Prozentsatz ist aufgrund von Platzangst eine Untersuchung im MRT-Scanner nicht möglich.

Bei Patienten mit Indikation zur Ischämiediagnostik (sog. Stress-MRT) ist es wichtig, dass 24h vor der Untersuchung auf Kaffee (auch entkoffeiniert), Schokolade,

Tee, Cola- und Cola-Mischgetränke, Energy Drinks und Lakritze verzichtet wird. Bei allen anderen Herz-MRT Untersuchungen sind keine speziellen Vorbereitungen notwendig.

Eine Anmeldung zur Herz-MRT Untersuchung kann über die zentrale Anmeldestelle (0451-500 4477).

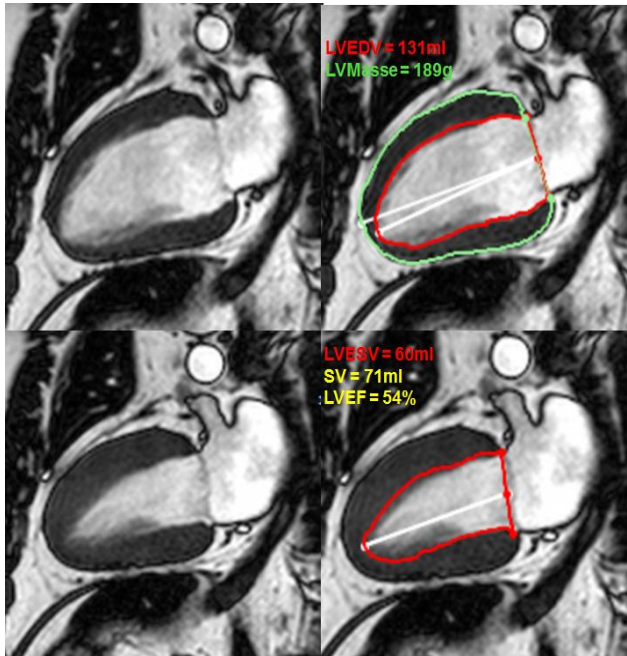


Abbildung 2: Bestimmung der linksventrikulären Volumina, Myokardmasse und Ejektionsfraktion mit dem Goldstandard MRT.



### Zertifikat

#### Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)

Das Universitäre Herzzentrum Lübeck UKSH Campus Lübeck  
Medizinische Klinik II - Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin  
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

unter der Leitung von

Herrn Prof. Dr. med. Holger Thiele

und der stellv. Leitung von

Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Ingo Eitel

ist als Qualifizierungsstätte für die Zusatzqualifikation  
Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR) anerkannt.

Diese Anerkennung ist nur zusammen mit der Anerkennung des Leiters und  
des stellv. Leiters des Zusatzqualifizierungsprogrammes wirksam.

Zertifizierung: 11. August 2015

Gültig bis: 10. August 2018

Prof. Dr. Karl-Heinz Kuck  
Präsident  
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
- Herz- und Kreislaufforschung e. V.

Prof. Dr. Hugo A. Katus  
Vorsitzender der Projektgruppe  
„Aus-, Weiter- und Fortbildung“  
der DGK

Abbildung 3: Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie als Stätte für kardiale Magnetresonanztomographie



Universitäres Herzzentrum Lübeck –  
Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin)

## Vorstellung neuer Kollegen

**PD Dr. Boris A. Nasser** arbeitet seit dem 15. März 2016 als Oberarzt in der Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie des Universitären Herzzentrums Lübeck.

Nach seinem Abitur begann Dr. Nasser das Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin. Sein Interesse für die Herzchirurgie wurde schon während seines Praktischen Jahres in den USA geweckt, wo er am Baylor College of Medicine in Houston, Texas unter Prof. Micheal E. DeBakey und Prof. George P. Noon arbeitete. Nach der Approbation begann Dr. Nasser als Arzt im Praktikum (AiP) in der Abteilung für Herz-Thorax- und Gefäßchirurgie unter Prof. Roland Hetzer am Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) zu arbeiten, wo sein besonders Interesse Herzinsuffizienz Patienten und den mechanischen Kreislaufunterstützungssystemen galt. Gleichzeitig promovierte Dr. Nasser mit dem Thema *In vitro* Experimente der kontinuierlichen veno-venösen Hämofiltration, Prädilution und Hämodiafiltration mit Filtern kleiner Oberflächen bei Prof. P. Lange in der Klinik für angeborene Herzfehler und Kinderkardiologie am DHZB.

Zu Forschungszwecken ging Dr. Nasser für 2 ½ Jahre nach Boston, Massachusetts, USA, wo er unter der Supervision von Prof. Joseph Vacanti im Tissue Engineering and Organ Fabrication Laboratory am Massachusetts General Hospital (MGH) im Bereich von Stammzelltransplantation bei ischämischer Kardiomyopathie forschte. Hier erhielt Dr. Nasser zweimal hintereinander den Partners in Excellence Award des MGH.

Nach seiner Rückkehr ans DHZB setzte er seine Weiterbildung zum Herzchirurgen fort und begann das Programm zur klinischen Stammzellforschung am DHZB aufzubauen. Nach Erlangung des Facharztes für Herzchirurgie spezialisierte sich Dr. Nasser auf die koronare Revaskularisation inklusive Off-Pump Bypass Chirurgie und komplette arterielle Revaskularisation, sowie Kombinations-Eingriffen mit Herzklappen. Dr. Nasser publizierte zahlreiche Artikel in internationalen Fachjournalen, schrieb mehrere Buchkapitel für Fachbücher und hält regelmäßig Vorträge auf nationalen und internationalen Kongressen. Dr. Nasser habilitierte mit dem Thema Translationale Aspekte der Zelltherapie bei Herzinsuffizienz und erhielt die *venia legendi* im Fach Herzchirurgie der Medizinischen Fakultät Charité Universitätsmedizin Berlin. Neben der klinischen Tätigkeit und Forschung engagiert sich Dr. Nasser besonders in der akademischen und nicht akademischen Lehre und Weiterbildung, wo er als Dozent und Prüfer regelmäßig tätig ist.



Universitäres Herzzentrum Lübeck –  
Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin)

## Geplante Veranstaltungen:

Ansprechpartnerin: Frau Lisa Schmütz: [lisa.schmuetz@uksh.de](mailto:lisa.schmuetz@uksh.de); Tel: 0451/500 2501

### 23.04.2016

Lübeck gegen den Herzinfarkt (Beginn 10.00 Uhr) – Patientenveranstaltung mit Vera Cordes – Visite NDR  
Rathaus Lübeck, Große Börse, Breite Straße 62, 23552 Lübeck

### 29.04.-30.04.2016

12. Norddeutsche Herztage (Beginn 12.30 Uhr)  
Halle 400, An der Halle 400 Nr. 1, 24143 Kiel  
[www.norddeutsche-herztage.de](http://www.norddeutsche-herztage.de)

### 11.05.2016

Update zur Vermeidung des plötzlichen Herztodes (Beginn 17.00 Uhr)  
MediaDocks Lübeck, Willy-Brandt-Allee 31, 23554 Lübeck

### Jeden 1. Mittwoch im Monat von 17.00 Uhr bis 18.30 Uhr

Offene Rhythmussprechstunde für Patienten und interessierte Laien  
UKSH, Zentralklinikum, Erdgeschoss, Seminarraum 3b

### 13.09.2016

Lübecker Kardiologen Stammtisch (Beginn 19.00 Uhr)  
Schiffergesellschaft, Lübeck

### 29.11.2016

Lübecker Kardiologen Stammtisch (Beginn 19.00 Uhr)  
Schiffergesellschaft, Lübeck

Zentrale Anmeldung Universitäres Herzzentrum Lübeck

[www.uksh.de/herzzentrum-luebeck](http://www.uksh.de/herzzentrum-luebeck)

Medizinische Klinik II  
[www.uksh.de/innere2-luebeck/](http://www.uksh.de/innere2-luebeck/)

Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
[www.uksh.de/herzchirurgie-luebeck](http://www.uksh.de/herzchirurgie-luebeck)

Von 08:00 h – 17:00 h  
Telefon: 0451/500-4477  
Fax: 0451/500-6292  
Oberarzt-Telefon: 0172/9428844

Von 07:00 h – 16:00 h  
Telefon: 0451/500-2108  
Fax: 0451 /500-2051  
Diensthabender Arzt: 0451/500-70555

Chest-Pain-Unit/Notaufnahme 24 h/Tag  
Telefonnummer: 0451/500-6032

Kunsthierzambulanz: 0451/500-6371  
24h-Notfall-Hotline (Kunsthertz) 0152/2748910

Universitäres Herzzentrum Lübeck –  
Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie  
Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/Intensivmedizin)

### **Kontaktdaten der ärztlichen Kollegen der Medizinischen Klinik II**

Prof. Dr. med.H. Thiele (Sekretariat Frau L. Schmütz)	0451/500-2501
Dr. med. J. Beideck	0172/6906260
Dr. med. S. de Waha	01520/4136500
Prof. Dr. med. S. Desch	0172/6905517
PD Dr. med. C. Eitel	0172/6906114
PD Dr. med. I. Eitel	0172/6905609
Dr. med. univ. G. Fürnau	0162/2141483
Dr. med. T. Graf	0162/2141728
Dr. med. D. Jain	0173/4167139
Dr. med. A. Jobs	0174/3318454
Dr. med. A. Joost	0173/8860840
Prof. Dr. med. T. Kurz	0173/4167149
Dr. med. J. Pöss	0162/2141634
Dr. med. J. Reil	0162/2810719
PD Dr. K. Rogacev	0172/8276368
MD M. Saad	0172/4556937
PD Dr. med. F. Sayk	0173/6221795
PD Dr. med. univ. R. Tilz	0173/4167176
Stationsarzt 42 C (rechte Seite)	0173/6238722
Stationsarzt 42 C (linke Seite)	0173/6325657
Stationsarzt 42 B	0174/1885338
Stationsarzt 41 CK	0174/1885471
Stationsarzt IMC/HFU	0174/1885525

### **Diensthabender ärztlicher Kollege der Herzchirurgie**

Prof. Dr. med. H.-H. Sievers (Sekretariat Frau P. Lingsen)	0451/500-2108
Dr. med. B. Bucsky	0451/500-70556
Prof. Dr. med. S. Klotz	0451/500-70551
PD Dr. med. B. Nasser	0451/500-70552
Dr. med. M. Petersen	0451/500-70554
Dr. med. B. Pieper	0451/500-70557
PD Dr. med. D. Richardt	0451/500-70553

C. Auer	0451/500-70558
Dr. med. S. Halder	0451/500-70562
Dr. med. A. Karluß	0451/500-70563
Dr. med. L. Putman	0451/500-70559
M. Salib	0451/500-70561
Dr. med. S. Stock	0451/500-70565
S. Tselodub	0451/500-70560
Dr. med. J. Yan	0451/500-70566