

LKH Klagenfurt

# Herz-Thorax-Gefäß-Chirurgie Jahresbericht 2006



# Herz-Thorax-Gefäß Kompetenzzentren

Die Medizin hat in den letzten 10 Jahren rasante Fortschritte gemacht, die viele Fachgebiete radikal verändert hat. Als Beispiele seien die Entwicklung der Kathedertechniken in der Kardiologie, die Produktion neuer Herzklappen in der Herzchirurgie, die Markteinführung onkologischer Chemotherapeutika für eine ganze Reihe von Tumoren – die erstmals eine selektive Bekämpfung von Karzinomzellen ermöglichen – sowie die enorme technische Weiterentwicklung spezieller Diagnostikverfahren wie Computertomographie und Magnetresonanztomographie genannt.

All diese – zum Teil neu eingeführten, zum Teil radikal verbesserten – Verfahren bringen für Patienten und behandelnde Ärzte deutliche Vorteile,



Prim. Dr. Wolfgang Wandschneider

Operationen 2006 (N = 1528)	
Herzchirurgie	26,2 % (n = 401)
Thoraxchirurgie	22,1 % (n = 339)
Gefäßchirurgie	39,2 % (n = 599)
Sonstiges	12,3 % (n = 189)

genügend hohe „Fallzahlen“ sind notwendig, um diese Techniken zu erlernen und zu beherrschen und zum Wohle der Patienten einsetzen zu können.

Die immer wieder geführte Diskussion um eine flächenübergreifende Leistungsplanung ist eine Folge der oben skizzierten Entwicklung. „Alle Leistungen überall“ zu erbringen ist schon aus finanziellen Gründen nicht möglich, weil Großinvestitionen weder finanzierbar noch von der Auslastung her ökonomisch sinnvoll wären. Aber auch die ärztliche Expertise ist begrenzt, wenn bestimmte Behandlungen oder Untersuchungen vom einzelnen Arzt zu selten durchgeführt werden und die entsprechende Erfahrung damit fehlt.

werfen für das Gesundheitssystem aber auch logistische und finanzielle Probleme auf.

Durch die Entwicklung neuer therapeutischer und diagnostischer Techniken wird auch die Spezialisierung in der Medizin weiter vorangetrieben. Hohe Expertise, kontinuierliches Training und Fortbildung sowie



Die Zentrierung hochspezialisierter Leistungen ist daher die einzige Möglichkeit, fachliche Kompetenz und ökonomischen Ressourceneinsatz zu gewährleisten.

Die drei Spezialgebiete, die die Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie abdeckt, sind typische Beispiele für diese Entwicklung. Chirurgen mit Sonderausbildung garantieren ein hohes Behandlungsniveau im stationären Bereich und in unseren Spezialambulanzen arbeiten erfahrene und geschulte Ärzte und Pflegepersonal zum Wohle des Patienten. Die breit gefächerten modernen Diagnostikmöglichkeiten erlauben Untersuchungen nach internationalen Standards. Nicht zuletzt sind Nachbetreuungseinrichtungen wie onkologische Tumorboards oder die Strahlentherapie außerhalb eines Zentralkrankenhauses schwer möglich.

Diese Zentrierung von Spezialleistungen soll aber nicht dazu verführen, generell jede Behandlung im Zentralspital durchzuführen. Mit Recht fordern Patienten auch wohnortnahe Therapiemöglichkeiten. Die Zusammenarbeit zwischen zentralen Spezialisten und dezentralen Versorgern wie niedergelassenen Ärzten, Pflegeeinrichtungen und Sozialdiensten ist wichtig, um eine durchgehende medizinische Betreuung der Patienten auch nach Entlassung aus dem Zentralspital zu gewährleisten. Dies verbessert die Qualität der Behandlung, berücksichtigt das gewohnte Umfeld der Patienten und ermöglicht einen ökonomisch sinnvollen Einsatz der Ressource „Spital“.

# Fäß Chirurgie 06

## Herzchirurgie



In der Herzchirurgie haben sich internationale Trends auch an unserer Abteilung durchgesetzt. Die Erfolge der interventionellen Kathethertherapie mit beschichteten Stents haben vorerst den Anteil der reinen Koronarchirurgie weiter reduziert. Wenn auch einzelne Berichte über Spätthrombosen vor der unreflektierten Anwendung warnen müssen, stellt diese Behandlungsmöglichkeit in der Frühphase der koronaren Herzkrankheit eine effiziente und wenig invasive Methode dar.

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung hat andererseits zu einer deutlichen Zunahme degenerativer Klappenerkrankungen geführt, sodass heute bereits etwa 40 % unserer Eingriffe (siehe Tabelle 2) auf dieses Segment fallen. Dabei ist die Kombination mit zusätzlichen Bypasses aufgrund einer begleitenden koronaren Herzerkrankung bei einem Drittel dieser Operationen notwendig.

Um die Belastung der Operation für diese oft ältere Patientengruppe mit zum Teil multiplen Begleiterkrankungen möglichst gering zu halten, sind wir bemüht, diese Eingriffe minimal-invasiv durchzuführen: Reine Aortenklappenoperationen werden bereits seit Jahren über eine partielle Sternotomie (nur mehr teilweise Durchtrennung des Brustbeins) durchgeführt, worüber wir auch mehrfach auf Fachtagungen berichtet haben. Seit etwa zwei Jahren werden auch Mitralklappeneingriffe über eine Mini-Thorakotomie (kleine Eröffnung zwischen den Rippen) mit Endokameraunterstützung durchgeführt, was neben dem geringeren Wundtrauma auch eine geringere Gefahr von Wundinfektionen und bessere kosmetische Ergebnisse zur Folge hat.

Die in meinem Leitartikel bereits angesprochene Entwicklung verbesserter biologischer Herzklappen versetzt uns heute in die Lage, vielen unserer Patienten durch die Implantation einer biologischen Klappe eine lebenslange Herabsetzung der Blutgerinnung zu ersparen.

In der Mitralklappenchirurgie hat sich die Rekonstruktion, d.h. die Reparatur der eigenen Klappe



**Herzchirurgie 2006 (N = 401)**

Bypass-Operationen	51,3 % (n = 206)
Klappen-Operationen	38,4 % (n = 154)
Kombiniert m. Bypass	32,4 % (n = 50)
Doppelklappenersatz	7,7 % (n = 12)
Thorakale Aortenoperation	4,4 % (n = 18)
Sonstige	5,7 % (n = 23)



ohne Klappenersatz, weitgehend etabliert und kann bei etwa 80 % unserer Patienten erfolgreich angewandt werden. Wie in großen internationalen Studien nachgewiesen wurde, ist die Haltbarkeit einer solchen Reparatur durchaus mit dem Klappenersatz vergleichbar und hat zusätzlich den Vorteil der erhaltenen Herzfunktion und der besseren Lebensqualität durch die Vermeidung einer Antikoagulation (medikamentöse Behandlung zur Hemmung der Blutgerinnung).

Da Patienten mit länger bestehendem Mitralklappenfehler häufig an Rhythmusstörungen leiden, kombinieren wir die Klappenoperation immer häufiger mit einer sogenannten „Vorhofablation“, einem Verfahren, das diese Rhythmusstörungen durch Ausschaltung fehlerhafter Reizleitung beheben und in einen normalen vorhofsteuerten Rhythmus zurückführen kann. Die Langzeitergebnisse dieses Verfahrens sind als positiv zu bezeichnen.

# Thoraxchirurgie



Die Hauptzahl der thoraxchirurgischen Eingriffe umfasste auch im Vorjahr die Tumorchirurgie. Dazu zählen neben den typischen anatomischen Lungenresektionen (Lobektomie, selten Pneumonektomie) auch Segmentresektionen zur Entfernung histologisch ungeklärter Rundherde. Diese Maßnahme, die meistens minimal-invasiv als sogenannte „Video-assistierte Thorakoskopie“ durchgeführt werden kann, stellt eine wichtige Strategie zur Früherkennung bösartiger Lungentumore dar. Die routinemäßige Einführung der PET-Computertomographie, die neben dem LKH Klagenfurt nur an wenigen Zentren in Österreich möglich ist, liefert wertvolle Hinweise auf potentiell bösartige Veränderungen, die frühzeitig abgeklärt und/oder chirurgisch entfernt werden können.

Die in meinem Leitartikel bereits erwähnte Entwicklung und Markteinführung neuer antitumoröser Chemotherapeutika, die erstmals in der Geschichte der Medizin eine selektiv gegen den Tumor gerichtete Wirkung ohne Zerstörung gesunder Körperzellen ermöglichen, wird auch die Behandlung des Bronchuskarzinoms in Zukunft verändern. Es ist nach wie vor eine traurige Tatsache, dass aufgrund der Symptomarmut dieses Karzinoms nur etwa 30 % der Tumore bei Diagnosestellung chirurgisch entfernt und der Patient damit potentiell geheilt werden kann. In zwei Drittel der Fälle ist der Tumor bereits zu weit fortgeschritten oder hat Metastasen gesetzt. Durch den Einsatz selektiver Chemotherapeutika erhoffen wir uns eine Rück-



**Thoraxchirurgie 2006 (N = 339)**

Lungenresektionen	49,2 % (n = 167)
Pneumonektomien	5,9 % (n = 10)
Lobektomien	29,3 % (n = 49)
Segmentresektionen	64,4 % (n = 108)
Dekortikation	10,0 % (n = 34)
Spontan-Pneumothorax	5,3 % (n = 18)
Mediastinoskopien	11,2 % (n = 38)
Thoraxwandeingriffe	12,3 % (n = 42)
Sonstige (Bolau-Drainagen: 207)	11,7 % (n = 40)



führung der Tumorgöße auf ein operables Stadium („Downstaging“) bzw. die effektive Eliminierung von Frühmetastasen. Damit könnte die insgesamt schlechte Prognose des Bronchuskarzinoms deutlich verbessert werden.

Da das Auftreten eines Bronchuskarzinoms eng mit den Rauchergewohnheiten des Patienten zusammenhängt, wie in unzähligen internationalen Studien belegt worden ist, kann eine echte Lösung dieses Problems nur die Prävention durch Eindämmung des Zigarettenrauchens bringen. Rauchverbote in öffentlichen Bereichen in vielen Ländern Europas und auch die zunehmende öffentliche Diskussion des Problems in Österreich weisen in die richtige Richtung. Trotzdem muss man bedenken, dass heute in Österreich immer noch etwa 35 % der Bevölkerung (Daten der Statistik Austria® 2005) rauchen. Auf Grund der langen Latenzzeit zwischen Schädigung und Auftreten eines Bronchuskarzinoms wird selbst bei deutlicher Reduktion der Raucherpopulation die Anzahl der Neuerkrankungen in den nächsten Jahren eher zu- als abnehmen.

Die Zahl der Eingriffe wegen Infektionen im Thoraxraum ist seit Jahren gleichbleibend. Trotz des Einsatzes wirksamer Antibiotika ist die Ausräumung von entzündlichem Material aus der Pleurahöhle eine wichtige Maßnahme, um chronische Infektionen zu unterbinden und die Ausbildung von Pleuraschwarten mit der nachfolgenden Lungenfunktionseinschränkung zu verhindern.

Auch die Abklärung ungeklärter Lungenerkrankungen durch video-assistierte Lungenbiopsie ist eine wichtige diagnostische Maßnahme, bei der die enge Zusammenarbeit mit unseren Pathologen von besonderer Bedeutung ist.

# Gefäß-Chirurgie 06

Im Juli 2005 wurden die gefäßchirurgischen Leistungen am LKH Klagenfurt an unserer Abteilung zusammengeführt und damit eine „Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie“ geschaffen. Für das Jahr 2006 liegen nun erstmals Ganzjahresdaten in diesem Bereich vor (siehe Tabelle 4).

Bei fast 600 Eingriffen im Vorjahr kristallisieren sich drei Schwerpunkte heraus:

Die Chirurgie der Carotis-Stenose stellt nach wie vor den „golden standard“ dar. Wie zwei multi-zentrische Vergleichsstudien\* zwischen chirurgischer und interventioneller (Stenting) Behandlung ergeben haben, ist die Chirurgie der Intervention zumindest ebenbürtig, bei Hoch-Risiko-Patienten sogar überlegen. Zudem bestehen gut dokumentierte Untersuchungen über die stabilen Langzeitergebnisse der chirurgischen Carotis-Desobliteration, während beim Carotis-Stent in Analogie zu den Coronarstents mit einem neuerlichen Verschluss gerechnet werden muss. Langzeitergebnisse stehen in der interventionellen Therapie jedoch noch aus und werden die Wertigkeit der beiden Verfahren noch besser definieren.

Die zweite große Gruppe der Gefäßrekonstruktionen stellen die peripheren Bypasses zur Behandlung der gestörten Extremitätdurchblutung dar. Auffallend ist, dass distale Bypasses (peripherer Anschluss unterhalb des Kniegelenks) am häufigsten sind, was durch die oft fortgeschrittene Degeneration der Beinarterien bedingt ist. Zigarettenrauch, Diabetes mellitus aber auch Fettstoffwechselstörungen durch falsche Ernährungsgewohnheiten sind hier ursächlich zu nennen.

In diesem Setting bilden gefäßchirurgische und interventionelle Verfahren meist nicht alternative, sondern einander ergänzende Optionen, die immer häufiger auch während desselben Eingriffs eingesetzt werden. Die Ausstattung eines Operations-

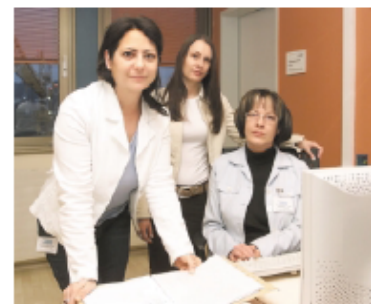


saales, in dem beide Verfahren durchgeführt werden können, stellt damit eine Investition für die Zukunft dar.

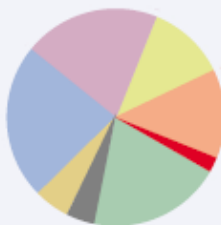
Mit 113 Eingriffen im Jahr 2006 stellt die Gruppe der Dialysepatienten den dritten Schwerpunkt in unserer gefäßchirurgischen Tätigkeit dar. Die enge Kooperation mit der 1. Medizinischen Abteilung des Hauses, aber auch mit dem Krankenhaus Wolfsberg und niedergelassenen Kollegen führt zu hoher Expertise in diesem Bereich. Die gute Kooperation mit unserer Radiologischen Abteilung ist in diesem Bereich besonders wichtig, da optimale Ergebnisse nur durch ein gutes interdisziplinäres Zusammenspiel von Nephrologen, diagnostischen und interventionellen Radiologen und Gefäßchirurgen mit großer einschlägiger Erfahrung zu erzielen sind.

\* SPACE Collaborative Group. 30 day results from the SPACE trial of stent-protected angioplasty versus carotid endarterectomy in symptomatic patients: a randomised non-inferiority trial. Lancet 2006; 368: 1239-47.

EVA-35 Investigators. Endarterectomy versus stenting in patients with symptomatic severe carotid stenosis. N Engl J Med. 2006; 355: 1660-71.



**Gefäßchirurgie 2006 (N = 599)**  
(Kombinationseingriffe möglich)



Aorten-/Beckeneingr.	8,5 %	(n = 51)
Periphere Bypasses	14,1 %	(n = 85)
Supragenaal	42,3 %	(n = 36)
Infragenaal	57,6 %	(n = 49)
Embolektomie/Thrombektomie	21,5 %	(n = 129)
Carotis-Operationen	20,7 %	(n = 124)
Extra-anatomische Bypasses	1,5 %	(n = 9)
Hämodialyse-Shunts	18,8 %	(n = 113)
Intraoperative PTA	6,6 %	(n = 40)
Amputationen	8,0 %	(n = 48)

# Personalstruktur

KABEG  
LKH KLAGENFURT

## **Vorstand (DW 22570)**

Prim. Dr. Wolfgang Wandschneider, MAS  
E-Mail: wolfgang.wandschneider@kabeg.at

## **Oberschwester**

DGKS Maria Hoja  
E-Mail: maria.hoja@kabeg.at  
DGKS Christine Regoutz  
E-Mail: christine.regoutz@kabeg.at

## **Sekretariat (DW 22570)**

Renate Rassingner  
Natascha Kornherr  
E-Mail: htgc.klagenfurt@kabeg.at

## **Ärzte**

EOA Dr. Miladin Djordjevic  
OA Dr. Tarek Alameddine  
OA Dr. Peter Hlatky  
OA Dr. Georg Kapsch  
OA Dr. Petra Preiß  
OA Dr. Ömer Senbakiavaci  
Ass. Dr. Harald Baumer  
Ass. Dr. Martina Holzer  
Ass. Dr. Gerhard Jenic  
Ass. Dr. Stephan Paier  
Ass. Dr. Thomas Ulbing  
Stationsärztin: Dr. Sandra Meurers bis 31.05.2006;  
Dr. Petra Jan ab 01.06.2006

## **Kardiotechniker (DW 24138)**

Norbert Haberfellner  
(Leiter der medizinischen Dokumentation)  
Franz Hofbauer  
Jürgen Struckl

## **Station Klasse-West (DW 22492)**

Stat.Sr. Alexandra Schmidt  
Instr. DGKS Mag. Claudia Hebein  
DGKS Nicole Descovich  
DGKS Isabelle Herrnhofner  
DGKS Isabella Kremser  
DGKS Cornelia Kullnig  
DGKS Anna Leibler  
DGKS Monika Rappitsch  
DGKS Simone Schlieschitz  
DGKS Adelheid Sillan  
DGKS Petra Sulzer  
DGKS Melanie Urabel

## **Pflegehelfer**

PFH Renate Kainbacher  
PFH Edeltraud Knafel  
PFH Romana Olschnig  
PFH Cristine Pink  
PFH Olga Urabl  
PFH Brigitte Varch  
PFH Ulrike Winkler

## **Station 5. OG Ost (DW 22489)**

Stat.Sr. Ingrid Leitner  
Instr. DGKP Bernhard Klumbacher  
DGKS Evelyn Dreier  
DGKP Thomas Fleischhacker  
DGKS Sandra Galler  
DGKS Elisabeth Gaube

DGKS Petra Karpf  
DGKS Kerstin Kaspar  
DGKS Evelyn Krainig  
DGKS Monika Leben  
DGKS Brunhilde Mokina  
DGKS Cindy Pauscht  
DGKS Angelika Pitzl  
DGKS Tamara Poppitsch  
DGKS Kathrin Radl  
DGKP David Redecsy  
DGKS Evelyn Russ  
DGKP Bernhard-Franz Strassnig  
DGKS Alexandra Theiss  
DGKS Denise Unterdorfer

## **Pflegehelfer**

PFH Andrea Azmann  
PFH Renate Drug  
PFH Lucienne Lipitz  
PFH Regina Matschek  
PFH Daniela Ninaus  
PFH Elisabeth Steiner  
PFH Astrid Tamegger  
PFH Hannelore Völth  
PFH Hannelore Wigisser  
PFH Monika Zellnig

## **Intermediate-Care-Station (DW 22446)**

Stat.Sr. Maria Mucher  
DGKS Alexandra Ambrosch  
DGKS Andrea Christoph  
DGKS Katharina Druml  
DGKS Judith Görgl  
DGKS Nicole Gritsch  
DGKS Maria Haberl  
DGKS Anna-Katharina Hudler  
DGKS Ute Jary  
DGKS Cornelia Kienzl  
DGKS Michaela Kofler  
DGKP Anton Nuck  
DGKS Birgit Peintner  
DGKS Gertrud Pluch  
DGKP Kajan Povsner  
DGKS Kathrin Robinig  
DGKS Cornelia Rosenzopf  
DGKS Anke Schriebl  
DGKS Manuela Seidner  
DGKS Daniela Steiner  
DGKS Marina Steininger  
DGKS Melanie Taupe  
DGKS Silvia Trippold  
DGKS Elvira Widrich

## **OP Herz-Thorax-Gefäß-Chirurgie**

OP-OSr. Evelin Reiner  
Dienstf. OP-DGKS Karin Slamanic  
OP-DGKS Ingrid Bretis  
OP-DGKS Ingrid Bürscher  
OP-DGKS Elisabeth Fabbro  
OP-DGKS Chiara Gaugg  
OP-DGKS Renate Job  
OP-DGKS Nedelka Kresovic  
OP-DGKS Helga Kropfisch  
OP-DGKS Renate Kunauer  
OP-DGKS Elisabeth Lichtinger  
OP-DGKS Theresia Liptajnik  
OP-DGKS Erika Maier  
OP-DGKS Albine Martinschitz  
OP-DGKS Birgit Mauhart  
OP-DGKS Marisa Modre  
OP-DGKP Meinfried Primig  
OP-DGKS Martina Rappitsch  
OP-DGKS Michaela Skerlak  
OP-DGKS Rosina Wallner  
OP-DGKS Sigrid Wallner  
OP-DGKS Amela Zukanovic  
OP-Geh. Herwig Bamberger  
OP-Geh. Petra Duller  
OP-Geh. Ursula Ficke  
OP-Geh. Erich Joas  
OP-Geh. Gerhard Köchl  
OP-Geh. Maria Moll  
OP-Geh. Gerhard Moswitzer  
OP-Geh. Bernhard Olipp  
OP-Geh. Thomas Petersmann  
OP-Geh. Gerald Stimpfl



Telefon 0463/538-22570.

Montag – Donnerstag von 7.30 bis 16 Uhr, Freitag von 7.30 – 13 Uhr. Außerhalb der Sekretariatszeiten bitte über die Telefonzentrale – Telefon 0463/538-0 – mit dem diensthabenden Oberarzt verbinden lassen



Medieninhaber:  
Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft  
Herausgeber:  
LKH Klagenfurt – Krankenhausdirektorium  
Foto, Fotopress:  
Gestaltung: GAPsterk  
Druckerei: Carinthian, Klagenfurt