

Gefäß-Chirurgie 08

Herzchirurgie



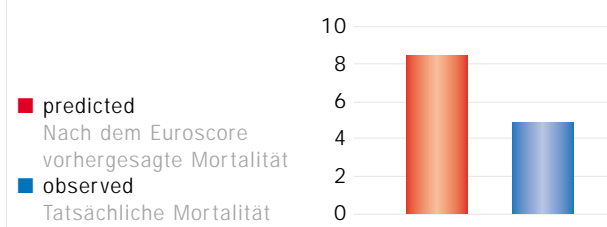
In der Herzchirurgie haben sich die beiden Trends, die schon in den letzten Jahren zu beobachten waren, weiter fortgesetzt: Das Durchschnittsalter unserer Patienten steigt weiter an. Das bedeutet, dass Begleiterkrankungen häufiger und schwerer werden und der Aufenthalt auf der Intensivstation sowie die Gesamtverweildauer im Spital verlängert werden. Durch schonendere Narkoseverfahren sowie weniger invasive Operationstechniken konnte das Operationsrisiko trotz höheren Lebensalters auf einem gleichbleibenden Niveau gehalten werden. Somit können auch betagte Patienten mit einem vertretbaren Risiko operiert werden.

Bedingt durch den Anstieg des Durchschnittsalters nehmen degenerative Klappenerkrankungen weiter zu und auch kombinierte Eingriffe (zB Herzklappenersatz mit gleichzeitiger Bypassoperation) werden häufiger. Auch diese Entwicklung bedeutet eine Zunahme des Schweregrades der Operationen, was natürlich auch einen höheren Ressourceneinsatz zur Folge hat.

Wie wir aus internationalem Vergleichen wissen, spielt sich diese Entwicklung weltweit ab und wird sich auch in den kommenden Jahren fortsetzen. Der Anteil Über-80-Jähriger im herzchirurgischen Krankengut steigt in allen Industrieländern an, auch 90+ ist heute bei uns keine Seltenheit mehr.

Seit Anfang dieses Jahres sind alle neun herzchirurgischen Zentren in einer gemeinsamen Datenbank unter der Aufsicht des ÖBIG („Gesundheit Österreich“) zusammengefasst. Die Ergebnisqualität dieser Abteilungen wird darin erfasst und verglichen. Die Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie war federführend an der Einführung dieser Datenbank beteiligt. Bereits seit 2006 werden an unserer Abteilung Daten gesammelt und in freiwilligen Benchmarks verglichen. Die präoperative Einschätzung der Patienten hinsichtlich ihres Risikos nach dem „Euroscore“ ermöglicht einerseits den objektiven Vergleich der (anonymisierten) Patientendaten, andererseits kann das vorhergesagte Risiko mit den tatsächlichen Ergebnissen verglichen und damit eine erste Einschätzung der Betreuungsqualität erreicht werden. Wie aus untenstehender Tabelle hervorgeht, liegen die Klagenfurter Ergebnisse deutlich unter der im Euroscore vorausgesagten Mortalität. Das bestätigt die gute Teamarbeit zwischen Kardiologie, Anästhesie/Intensivmedizin sowie Herzchirurgie und Kardiotechnik. Nur durch die enge Zusammenarbeit dieser Spezialisten kann für den Patienten ein optimales Resultat erzielt werden.

Gesamt mortalität aller herzchirurgischen Patienten 2008



Herzchirurgie 2008 (N = 452)

■ Bypass-Operationen	52,6 % (n = 238)
■ Klappen-Operationen	37,3 % (n = 169)
Kombiniert mit Bypass	39,0 % (n = 66)
Doppelklappenersatz	11,2 % (n = 19)
■ Thorakale Aneurysmen	5,5 % (n = 25)
■ Sonstige	4,4 % (n = 20)



Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie

Abteilungsvorstand

Prim. Dr. Wolfgang Wandschneider, MAS

Pflegeleitung

OSr. Christine Regoutz
Opfl. Egon Van-Houtum (IMC)

Sonderklasse: 7 Betten
Normalklasse: 41 Betten
IMC: 5 Betten

Station K

Neues Chirurgiegebäude, 5. Stock
Stationsschwester: Ingrid Leitner
Telefon 0463/538-22489
Fax 0463/538-23082

Station Klasse West

Chirurgiegebäude, 6. Stock
Stationsschwester: Alexandra Schmidt
Telefon 0463/538-22492
Fax 0463/538-23083

Intermediate Care Station (IMC)

Chirurgiegebäude, 2. Stock
Stationsschwester: Maria Mucher
Telefon 0463/538-22446
Fax 0463/538-22064

Herz-/Thorax-Ambulanz

Chirurgiegebäude Parterre
Telefon 0463/538-22440
Fax 0463/538-23198

Angiologische Ambulanz

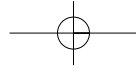
Leiterin: Dr. Ulrike Waldhauser-Fixl
Telefon 0463/538-22473
Fax 0463/538-23198



KABEG
LKH KLAGENFURT



Medieninhaber und Herausgeber:
LKH Klagenfurt
Fotos: LKH Klagenfurt
Gestaltung: GÄPasterk
Druckerei: Carinthian, Klagenfurt

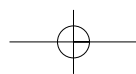
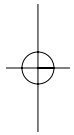
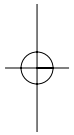


KABEG
LKH KLAGENFURT

LKH Klagenfurt

Herz-Thorax-Gefäß-Chirurgie

Jahresbericht 2008



Herz-Thorax-Gefäß

Einleitung

Die Bauarbeiten am LKH Klagenfurt Neu laufen auf Hochtouren und das Gebäude nimmt sichtbar Gestalt an. Damit rückt der Betriebsbeginn eines Krankenhauses in greifbare Nähe, das aus einer neuen und modernen Idee geboren wurde: Den Entwicklungen der modernen Medizin folgend sollten die Einzelabteilungen nicht räumlich isoliert bestehen, sondern organ- und krankheits-spezifische interdisziplinäre „Zentren“ geschaffen werden. Die enge diagnostische und therapeutische Verflechtung der Einzeldisziplinen wird künftig auch räumlich zusammengeführt. Damit wird es möglich sein, Patienten im Gesamtkontext des Krankenhauses zu betreuen anstatt sie von einer Abteilung zur nächsten zu schicken.

Die Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie stand von Anfang an für dieses neue Konzept Pate: Die fachbedingte enge Kooperation mit vielen anderen Disziplinen machte betriebsorganisatorisch immer schon eine interdisziplinäre Ausrichtung notwendig, und zwar nicht nur prozessorientiert, sondern auch räumlich. So wurden unsere Patienten schon bisher postoperativ in einer anästhesiologischen Intensivstation überwacht. Die weitere Betreuung erfolgt zusammen mit anderen chirurgischen Fachrichtungen in einer Intermediate-Care-Station und mündet nach Spitalentlassung zumeist in einer kardiologischen Rehab-Einrichtung.

Die Übersiedlung in das neue Haus (geplant in der ersten Hälfte 2010) wird diesem Behandlungsprozess Rechnung tragen und ein räumliches „Zusammenrücken“ mit der Kardiologischen Abteilung, den Herzkatheterplätzen und den Intensivbereichen (kardiologisch wie kardiochirurgisch) ermöglichen. Dadurch werden die Patientenwege deutlich verringert und dem Schlagwort „Der Arzt kommt zum Patienten“, das eines der Grundideen für die neue Betriebsorganisation war, Realität verliehen.

Auch die beiden anderen Schwerpunkte unserer Abteilung, die Thoraxchirurgie und die Gefäßchirurgie, werden von der neuen räumlichen Nähe mit zuweisenden und mitbetreuenden Abteilungen profitieren. Die Übersiedlung der Lungenabteilung in den Zentralbau vereinfacht die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die seit Jahren gut funktioniert, aber bisher in getrennten Pavillons stattfand.



Prim. Dr. Wolfgang Wandschneider

Operationen 2008 (N = 1249)

Herzchirurgie	36,1 % (n = 452)
Thoraxchirurgie	20,8 % (n = 260)
Gefäßchirurgie	42,9 % (n = 537)

In der Angiologie bilden die Angiologische Ambulanz, die diagnostische und interventionelle Radiologie und die Gefäßchirurgie seit langem eine eng kooperierende Einheit, die den modernen Erfordernissen dieser Erkrankungen entspricht. Die Möglichkeit, operative und interventionelle Techniken in einem Operationsaal zu kombinieren erspart dem Patienten wiederholte Eingriffe und kann die Erfolgsrate gefäßchirurgischer Operationen deutlich erhöhen. Es ist daher wichtig, Möglichkeiten gemeinsamer operativ-interventioneller Eingriffe im neuen OP-Konzept zu integrieren.

Wenn auch verschiedene Detailfragen noch diskutiert werden und wohl auch nach Einzug in das neue Haus noch Adaptationen notwendig sein könnten, wird doch das LKH Klagenfurt NEU für unsere Patienten ein modernes und nach den neuesten medizinischen und pflegerischen Konzepten ausgerichtetes Zentrum darstellen, in dem interdisziplinäre Medizin auf höchstem Niveau geboten wird.

fäß-Chirurgie 08

Thoraxchirurgie

Das missglückte österreichische Rauchergesetz, das seit Beginn dieses Jahres in Kraft ist, hat leider die Chance vertan, eine wirksame Prophylaxe für Lungenerkrankungen einzuführen. Vor allem der Schutz der Jugendlichen, von denen ca. 35 Prozent bereits im Alter unter 18 Jahren zu rauchen beginnen (© Statistik Austria 2007), wäre ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen.

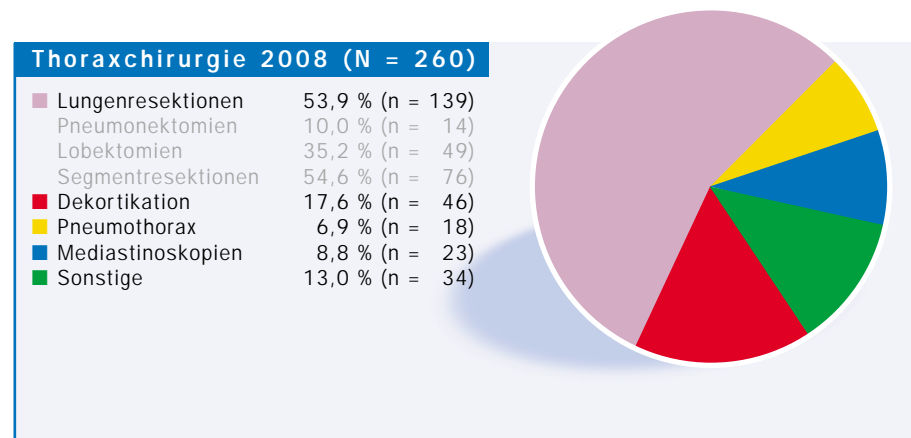


Vor allem zwei Krankheitsbilder sind eng mit Zigarettenkonsum verbunden: das Bronchuskarzinom und das Lungenemphysem. Während die Zahlen für Resektionen von Karzinomen in den letzten Jahren stabil sind, hat die Frequenz der sogenannten COPD („chronic obstructive pulmonary disease“) im letzten Jahrzehnt deutlich zugenommen. Neben dem Tabakkonsum ist als Risikofaktor für diese Erkrankung generell Feinstaubexposition zu nennen, für die erst in den letzten Jahren eine zunehmende Sensibilisierung in der Öffentlichkeit erfolgt ist.

Bei den Operationen unserer Abteilung spielen Lungenbiopsien eine wesentliche Rolle: Durch die (minimal-invasive) Entnahme von verändertem Lungengewebe ist es möglich, eine exakte pathologisch-feingewebliche Diagnose zu stellen und die Erkrankung danach gezielt zu behandeln. Da diese Eingriffe ohne Eröffnung des Brustkorbs und nur mittels kameragestützter Videotechnik durchgeführt werden können, ist

das Operationstrauma minimal und der Krankenhausaufenthalt auf zwei bis vier Tage beschränkt. Die Qualität der Behandlung kann gegenüber einer ungezielten Therapie bzw. abwartendem Beobachten deutlich verbessert werden.

Das video-assistierte Verfahren kommt an unserer Abteilung schon seit langem auch für die Behandlung des Spontan-Pneumothorax („Luftbrust“), für die Abklärung ungeklärter Rundherde sowie für die Behandlung von therapierefraktären Pleuraergüssen zur Anwendung, wie sie zB in der Spätphase von Tumorerkrankungen auftreten können. Auch bei diesen Patienten stellt die geringe Invasivität des Eingriffs einen wesentlichen Behandlungsvorteil dar.



Gefäßchirurgie



und dem Institut für Radiologie (Vorstand: Univ.-Doz. Dr. K. Hausegger) einen interdisziplinären Pathway entwickelt, der den State-of-the-Art in der Prophylaxe und Behandlung der cerebralen Durchblutungsstörung zusammenfasst und als Handlungsanleitung für die optimale Patientenbetreuung dienen soll.⁷⁾

Im Rahmen der engen interdisziplinären Zusammenarbeit wurde eine Datenbank eingerichtet,

Jährlich erleiden geschätzte 20.000 Personen in Österreich einen Schlaganfall. Die cerebrale Durchblutungsstörung kann damit als „Volkskrankheit“ bezeichnet werden, die neben dem menschlichen Leid eine große finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem darstellt.

in der alle an unserer Abteilung operierten Patienten erfasst werden. Jeder Patient wird dabei postoperativ von einem Neurologen evaluiert sowie mittels Ultraschall kontrolliert, womit eine externe Qualitätskontrolle der chirurgischen Ergebnisse gegeben ist.

Wie in zahlreichen großen Studien (ACAS, NASCET, ACST, SPACE) nachgewiesen wurde, kann die Operation einer extrakraniellen Karotisstenose das Schlaganfallrisiko sowohl bei asymptomatischen als auch bei bereits symptomatischen Patienten signifikant verringern. Für diesen positiven Effekt ist einerseits eine exakte Indikationsstellung nach Schweregrad der Stenose und neurologischem Stadium des Patienten, andererseits Erfahrung und Exzellenz des Chirurgen erforderlich.

Im Jahr 2008 haben wir bei insgesamt 124 operierten Patienten keinen einzigen verloren, die perioperative Insultrate lag bei 0,8%. Damit liegen unsere Ergebnisse nicht nur deutlich unter den in Multi-Center-Studien angegebenen Komplikationsraten sondern zeigen auch, dass durch die Betreuung der Patienten in einem interdisziplinären Team Carotisoperationen mit geringem Risiko und gutem Outcome möglich sind.

Wir haben in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Neurologie (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. J. Weber)

*) „Behandlung der extracraniellen Carotisstenose“ <http://www.cardiothoracic.at/pdf/Carotis-SOP.pdf>

