

KABEG

KLINIKUM KLAGENFURT
AM WÖRTHESSEE



HERZ-THORAX- GEFÄSS-CHIRURGIE

JAHRESBERICHT 2010



KLINIKUM-KLAGENFURT AM WÖRTHESSEE

www.kabeg.at

Neubau bringt viele Vorteile

Nach jahrelanger Planungs- und Bautätigkeit wurde im Juni 2010 der Neubau des LKH Klagenfurt – nun offiziell „Klinikum Klagenfurt am Wörthersee“ – eröffnet. Abteilungen, die zum Teil in sehr alten baulichen Strukturen arbeiten mussten, befinden sich nun in einem modernen, den aktuellen medizinischen Bedürfnissen angepassten Gebäude.

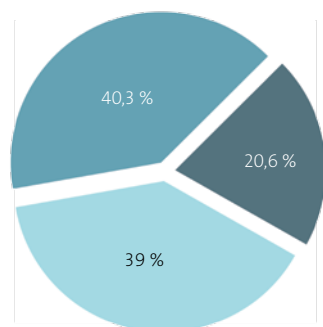
Auch für die Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie hat die Übersiedlung eine deutliche Verbesserung des räumlichen Umfeldes gebracht: geräumige Patientenzimmer mit maximal zwei Betten, ausreichende Neben- und Aufenthaltsräume auf den Stationen sowie eine hotelartige Ausstattung der Sonderklassezimmer mit zahlreichen Zusatzoptionen wie persönlichem TV, Internetzugang, Zeitungsangebot und vielem mehr. Dadurch soll der Spitalsaufenthalt so angenehm wie möglich sein.

Aber auch die medizinischen Kernstrukturen erfüllen die Anforderungen an ein modernes Krankenhaus. Dazu zählen geräumige, mit IT-Zugang ausgestattete Operationssäle, Isolierzimmer auf jeder Station, um die Keimübertragung möglichst eindämmen zu

können und Intensivstationen sowie Intermediate-Care-Betten, die eine anforderungsgerechte Betreuung der Patienten in der postoperativen Phase gewährleisten.

Anfangsschwierigkeiten, die nach dem Umzug vor allem in der ambulanten Patientenversorgung aufgetreten sind, sind bei einem Projekt dieser Dimension wahrscheinlich unvermeidlich. Im letzten halben Jahr wurden diese Abläufe weitgehend verbessert. Natürlich erfordert die Organisation eines Großkrankenhauses laufende Adaptierungen. Die Betriebsorganisation, die quasi am Reißbrett entstanden ist, muss laufend an die tatsächlichen Erfordernisse angepasst und optimiert werden.

Daneben stellt vor allem die unter engen budgetären Rahmenbedingungen stattfindende Leistungs- und Personalplanung eine große Herausforderung für die Zukunft dar. Ein Großkrankenhaus wie das Klinikum Klagenfurt wird seine Funktion in der Patientenversorgung des Landes nur mit adäquater Ressourcenzuteilung erfüllen können.



EINGRIFFE 2010

HERZCHIRURGIE	n = 463
THORAXCHIRURGIE	n = 237
GEFÄSSCHIRURGIE	n = 448
GESAMT	n = 1148



Herzchirurgie: Optimale postoperative Versorgung

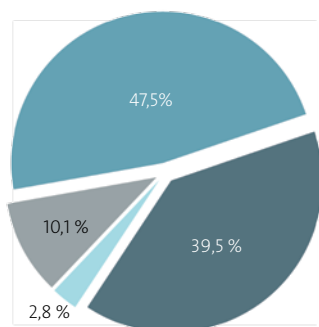
Die Anzahl herzchirurgischer Eingriffe ist an unserer Abteilung im letzten Jahrzehnt weitgehend gleich geblieben. Das neue Haus bietet neben geräumigen und gut ausgestatteten Operationssälen auch bessere Intensivkapazitäten. Somit mussten bisher kaum Operationen auf Grund fehlender Intensivbetten verschoben werden. Die für Patienten und Verwandte äußerst belastenden Verzögerungen gehören somit weitgehend der Vergangenheit an.

In den vergangenen Jahren ist die Anzahl der Klappenoperationen bzw. der kombinierten Eingriffe (Klappen- und Bypassoperationen) weiter gestiegen. Das ist ein in der gesamten industrialisierten Welt zu verzeichnender Trend, der auf Grund der hohen Implantatpreise natürlich auch auf die Kosten Auswirkungen hat.

Eine besondere Problematik ergibt sich in dieser Hinsicht bei medizinischen Neuentwicklungen wie z.B. kathetergestützten Klappen. Diese werden über die Leiste bzw. die Herzspitze implantiert, ohne dass der Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine erforderlich

ist. Diese Implantate, die vor allem für Hochrisikopatienten zum Einsatz kommen, bei denen eine konventionelle Operation zu belastend erscheint, werden nach dem derzeitigen Honorierungsschema noch nicht ausreichend bezahlt. Sie sind daher eine große Belastung für Krankenhaus-Budgets. Trotzdem ist es notwendig, diese Neuerungen in das Behandlungsspektrum aufzunehmen. Ansonsten würde der Anschluss an den medizinischen Fortschritt verloren gehen, da die Expertise mit den neuen Methoden fehlen würde und Patienten in andere Bundesländer geschickt werden müssten.

Auf Grund der demographischen Entwicklung werden degenerative Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems in naher Zukunft zunehmen. Um Wartezeiten und Engpässe in der Patientenversorgung zu vermeiden, müssen daher die Behandlungskapazitäten entsprechend angepasst werden.

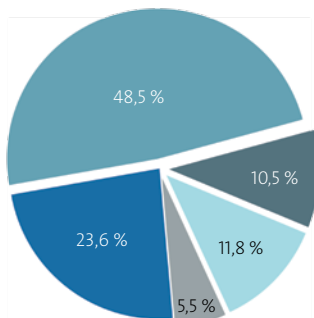


HERZCHIRURGIE 2010 (n=463)

- ▲ AORTO-CORONARE BYPASSES 47,5 % (n=220)
- ▲ KLAPPENOPERATIONEN 39,5 % (n=183)
KOMBINIERT MIT ACB 30,0 % (n=55)
- ▲ THORAKALE ANEURYSMEN 2,8 % (n=13)
- ▲ SONSTIGE 10,1 % (n=47)



Thoraxchirurgie: Lappenentfernung und andere Eingriffe werden minimal-invasiv durchgeführt



THORAXCHIRURGIE 2010 (n = 237)

- ▲ LUNGENRESEKTIONEN 48,5 % (n=115)
- ▲ PNEUMONEKTOMIEN 9,5 % (n=11)
- ▲ LOBEKTOMIEN 34,0 % (n=39)
- ▲ SEGMENTRESEKTIONEN 56,5 % (n=65)
- ▲ DEKORTIKATION 10,5 % (n=25)
- ▲ PNEUMOTHORAX 11,8 % (n=28)
- ▲ MEDIASTINOSKOPIE 5,5 % (n=13)
- ▲ SONSTIGE 23,6 % (n=56)



Trotz Verbesserung des Nichtraucher-Schutz-Gesetzes und leichtem Rückgang der Zahl der Raucher, vor allem im Jugendalter, steht der Lungenkrebs in der Karzinom-Todesursache des Mannes immer noch an erster Stelle. Bei der Frau nimmt er immerhin Platz drei ein, Tendenz steigend.

Diese Häufigkeit spiegelt sich auch in unserer Operationsstatistik wider, in der Lobektomien (Entfernung eines Lungenlappens) immer noch die häufigste Resektionsart bei Lungentumoren darstellen. Seit 2010 erfolgt die Lappenentfernung in Frühstadien der Erkrankung minimal-invasiv. Der Eingriff wird mit einem kleinen Hautschnitt videoassistent mit Hilfe einer Endokamera durchgeführt. Durch den Verzicht auf eine große Thorakotomie, Spreizer und manuelle Manipulation der Lunge ist dieser Eingriff wesentlich schonender. Für den Patienten ist das – auch im Hinblick auf das steigende Durchschnittsalter – ein großer Vorteil.

Ebenfalls minimal-invasiv operiert werden können spontane Pneumothoraces. Diese kommen häufig im jugendlichen Alter vor, aber auch hochbetagte Patienten mit COPD sind davon betroffen.

Zusätzlich zu den kosmetischen und funktionellen Vorteilen ist bei der minimal-invasiven Methode mit sehr niedrigen Rezidivraten zu rechnen. Wegen der oft angeborenen Neigung zu dieser Erkrankung muss jedoch zu einem späteren Zeitpunkt häufig auch die kontralaterale Seite behandelt werden.

Die dritte wichtige Indikation für video-assistierte Eingriffe stellen Biopsien aus dem Thoraxraum dar. Dazu gehören Lungenbiopsien, Pleurabiopsien oder die Behandlung gekammerter Ergüsse. Die Untersuchung des gewonnenen Materials ist dabei die Voraussetzung für eine gezielte Therapie. Vor allem bei entzündlichen Erkrankungen kann damit rasch eine histologische und/oder bakteriologische Diagnose gestellt werden.

Im Fall ausgeprägter Empyeme, wie sie hauptsächlich nach nicht adäquat therapierten Pneumonien oder posttraumatisch auftreten, ist allerdings die klassische offene Dekortikation mit Ausräumung des infektiösen Materials, Befreiung der Lunge und Spülung des Pleuraraums nach wie vor die Therapieoption der Wahl.

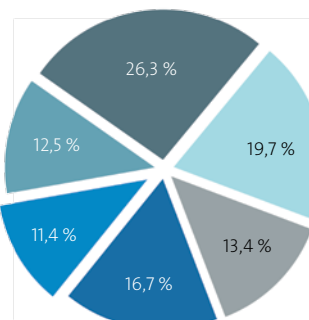
Gefäßchirurgie: Enge Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen

Wir haben im Jahr 2005 begonnen, in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den Abteilungen für Radiologie (Vorstand: Univ.- Doz. Dr. Klaus Haussinger) und Neurologie (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Jörg Weber) einen Behandlungsstandard für die Therapie extrakranieller Carotisstenosen zu entwickeln. Gleichzeitig wurde ein Register eingerichtet, in dem die Daten aller operierten Patienten, die von einem Neurologen und einem Radiologen vor- und nachuntersucht wurden, aufgearbeitet sind. Derzeit überblicken wir fast 600 operierte Patienten, wobei die Ergebnisse dem internationalen Vergleich durchaus standhalten. So lag die Komplikationsrate bei unseren Patienten deutlich unter jener der meisten randomisierten Studien. Im Jahr 2010 wurden alle 88 Patienten ohne perioperativen Insult und ohne Todesfall operiert. Wir sind überzeugt, dass ein solch exzellentes Ergebnis nur durch die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Chirurgen, Neurologen, Radiologen und Anästhesisten möglich ist.

Periphere Durchblutungsstörungen nehmen auf Grund der demographischen Entwicklung in unserem Bundesland seit einigen Jahren deutlich zu. Diese Erkrankung, die häufig durch ungesunden

Lebensstil (Nikotinabusus, Übergewicht etc.) ausgelöst und durch Begleiterkrankungen wie Diabetes, Niereninsuffizienz oder Hypertonie mitverursacht bzw. aggraviert wird, verlangt neben hohem interventionellen und operativen Know-how auch einen großen Ressourceneinsatz, insbesondere im Bettenbereich. Die periphere arterielle Verschlusskrankheit fordert wie kaum ein anderes Krankheitsbild eine integrative Behandlung in einem Kompetenz-Zentrum: der interventionelle Radiologe bzw. der Gefäßchirurg, manchmal auch in unmittelbarer Kombination, müssen von einem interdisziplinären Team anderer Fachrichtungen unterstützt werden.

Neben der diagnostischen Radiologie, an die auf Grund der Komplexität der Veränderungen bezüglich Bild- und Befundqualität hohe Ansprüche gestellt werden, sind Diabetologen, Anästhesisten, Plastische Chirurgen, Dermatologen, Physiotherapeuten etc. an der individuellen Behandlung jedes Patienten beteiligt. Als Drehscheibe für diese Zusammenarbeit hat sich unsere Gefäßambulanz (Leitung: Dr. Ulrike Waldhauser-Fixl), die auch als Ansprechstelle für Patienten, Angehörige und externe Kollegen dient, sehr bewährt.



GEFÄSSCHIRURGIE 2010 (n = 448)

- ▲ AORTEN- UND BECKENEINGRIFFE 12,5 % (n=56)
- ▲ PERIPHERE REKONSTRUKTIONEN 26,3 % (n=118)
 - SUPRAGENUAL 65,2 % (n=77)
 - INFRAGENUAL 34,7 % (n=41)
- ▲ CAROTIS-OPERATIONEN 19,7 % (n=88)
- ▲ EMBOLIEKOTOMIE 13,4 % (n=60)
- ▲ HÄMODIALYSEHUNTS 16,7 % (n=75)
- ▲ SONSTIGE 11,4 % (n=51)

Ihre Ansprechpartner

ABTEILUNGSVORSTAND

Prim. Dr. Wolfgang
Wandschneider, MAS

PFLEGEDIENSTLEITUNG

OSr. Waltraud Krumpl

Sonderklasse: 8 Betten
Normalklasse: 30 Betten
Intermediate Care
Station: 8 Betten
Aufnahme- und
Beobachtungsstation: 1 Bett
Interdisziplinäre
Tagesklinik: 1 Bett

OSr. Margarete
Peternel-Scheiber

Sonderklassestationen/
Interdisziplinäre Tagesklinik

OPfl. Egon Van-Houtum, MSc
Intermediate Care Station

OPfl. Robert Jeschofnik
Aufnahme- und
Beobachtungsstation

STATION F

CMZ – 1. Stock - N2

Stationsschwester:
DGKS Ingrid Leitner

T: 0463/538-32150

F: 0463/538-32159

STATION SK3

CMZ – 2. Stock - N3

Stationsschwester:

DGKS Alexandra Schmidt

T: 0463/538-32270

F: 0463/538-32279

IMC2 (INTERMEDIATE- CARE-STATION)

CMZ – 1. Stock - N4

Stationsschwester:

DGKS Monika Jahn

T: 0463/538-32241

F: 0463/538-32249

SPEZIALAMBULANZEN

CMZ – Parterre

Herz-Thoraxchirurgische
Ambulanz

T: 0463/538-31450

F: 0463/538-31459

Angiologische Ambulanz

T: 0463/538-31451

F: 0463/538-31459



KABEG

KLINIKUM KLAGENFURT
AM WÖRTHERSEE

KLINIKUM-KLAGENFURT AM WÖRTHERSEE
St. Veiter Straße 47, 9020 Klagenfurt am Wörthersee

www.kabeg.at