

KABEG

KLINIKUM KLAGENFURT
AM WÖRTHESSEE



HERZ-THORAX- GEFÄSS-CHIRURGIE

JAHRESBERICHT 2015

www.klinikum-klagenfurt.at

Neuregelung der Arbeitszeit

Am 1.1.2015 trat auch in Österreich, lange nach den meisten anderen europäischen Ländern, eine Neuregelung der Arbeitszeit in Kraft, die eine Wochenarbeitszeit von 48 Stunden, mit Einverständnis der Angestellten in den öffentlichen Krankenanstalten bis 60 Stunden, vorsieht. Die ersten Monate des Jahres waren durch zum Teil Anpassungsschwierigkeiten gekennzeichnet, weil durch die Verknüpfung von Arbeitszeit und Einkommen der Verdienst der meisten Spitalsärzte drastisch zu sinken drohte und andererseits die Aufrechterhaltung von Nachtdienstbesetzungen und Ambulanzen gefährdet war.

Nach wochenlangen Gehaltsverhandlungen konnte unter Mitwirkung des KABEG Management ein Kompromiss bei der Anhebung der Grundgehälter gefunden werden. Durch Neuregelung der Besetzungsdichten, Einführung von Rufbereitschaftsdiensten und an manchen Abteilungen durch Opting-out der Ärzte wurde der Spitalsbetrieb neu organisiert.

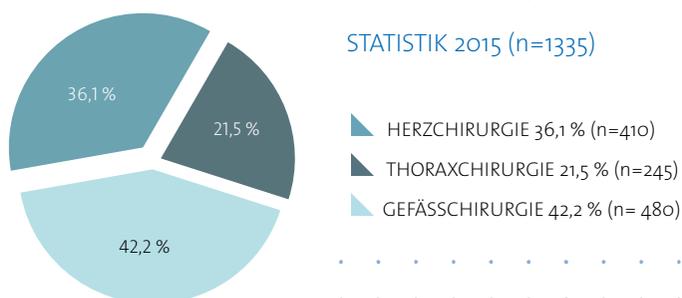
Da ein Opting-out, also die freiwillige Verpflichtung zu mehr als 48 Arbeitsstunden pro Woche, von der EU nur als Übergangslösung akzeptiert wird und spätestens 2021 ausläuft, müssen die aus der verkürzten Arbeitszeit entstehenden Herausforderungen schon heute angegangen werden. Vor allem folgende drei Themen müssen bearbeitet werden:

1. Zur Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes ist naturgemäß bei Reduktion der individuellen Arbeitszeit eine Personalvermehrung notwendig. Aufgrund der derzeit sehr restriktiven Ausbildungssituation an den österreichischen Medizinuniversitäten und der Konkurrenz aus dem Ausland ist in manchen Fachbereichen die Rekrutierung von Ausbildungsärzten, vor allem aber von Fachärzten schwierig.

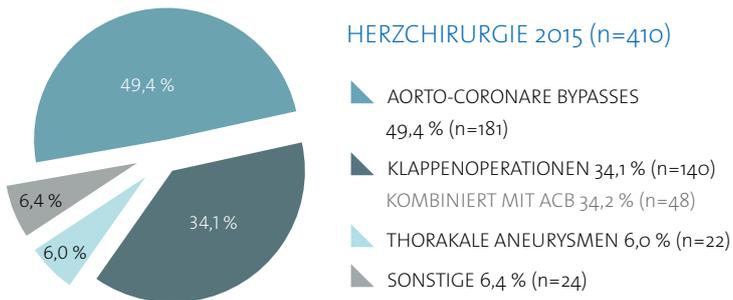
2. Zur Vermittlung von Fähigkeiten vor allem in den chirurgischen Fächern, aber auch in interventionellen Bereichen wie Radiologie oder Kardiologie, ist eine gewisse Zahl an Eingriffen notwendig. Wenn bei geringerer Arbeitszeit die in Ausbildung befindlichen Kollegen seltener an ihrem Arbeitsplatz sind, sind die manuellen Fähigkeiten, aber auch die klinische Expertise schwerer zu vermitteln und bedingt unter Umständen längere Ausbildungszeiten.

3. Kürzere Arbeitszeiten der Ärzte bedeutet auch eine stärkere Fluktuation in der Tagesbesetzung, sodass eine durchgehende Patientenbetreuung durch denselben Arzt nicht mehr möglich ist. Dies bedeutet einerseits Mehraufwand bei der Informationsweitergabe, andererseits weniger persönlichen Kontakt mit den Patienten und ihren Angehörigen.

Es wird die Herausforderung der nächsten Jahre sein, durch intelligente Organisation diese Probleme zu lösen und auch weiterhin eine gute medizinische Ausbildung sowie Patientenbetreuung zu gewährleisten.



Herzchirurgie



Die Mitralklappe, also die Herzklappe zwischen der linken Herzkammer und dem linken Vorhof, ist nach der Aortenklappe am häufigsten von pathologischen Veränderungen betroffen. Die häufigste Störung ist dabei die Schlussunfähigkeit der Klappe (Mitralsuffizienz), sodass sie ihre Ventilfunktion nicht mehr ausüben kann und sowohl der linke Ventrikel aufgrund des höheren Pumpvolumens als auch der Lungenkreislauf durch den erhöhten pulmonalen Blutdruck überlastet wird. Daher äußert sich die Mitralsuffizienz (wie übrigens die meisten

Klappenvitien) in erster Linie als Atemnot, vor allem bei Belastung, was für die Patienten oft unverständlich ist und zu manchmal langen Voruntersuchungen auf Lungenerkrankungen führt.

Während noch vor drei Jahrzehnten der Klappenersatz die häufigste Therapieform war, wird heute meistens versucht die Klappe zu reparieren, was z.B. an unserer Abteilung in über 90 % der Fälle auch gelingt.

Nur bei sehr stark verkalkten oder akut entzündlich veränderten Klappen (Mitralkarditis) ist oft die Entfernung der (infektiösen) Klappe mit nachfolgendem Ersatz durch eine mechanische oder biologische Prothese notwendig. Bei der Klappenrekonstruktion werden erkrankte Klappenanteile reseziert oder neu fixiert, der Klappenring wird gerafft und damit die Ventilfunktion wieder hergestellt. Vorteil des Klappenerhalts ist neben der zum Teil besseren Haltbarkeit der Verzicht auf Medikamente, die die Blutgerinnung herabsetzen, um Thromben an den Kunstklappen zu verhindern.

Für Patienten, die auf Grund schwerer Begleiterkrankungen oder eines massiv vorgeschädigten Herzens für eine Operation nicht in Frage kommen, gibt es seit einigen Jahren auch ein interventionelles Verfahren, bei dem kathetergestützt ein Clip die beiden Mitralsegel vereinigt und dadurch die Insuffizienz mildert (Mitralsclip®).



Abteilungsmitglied Prim. Dr. Wolfgang Wandschneider, MAS

Thoraxchirurgie

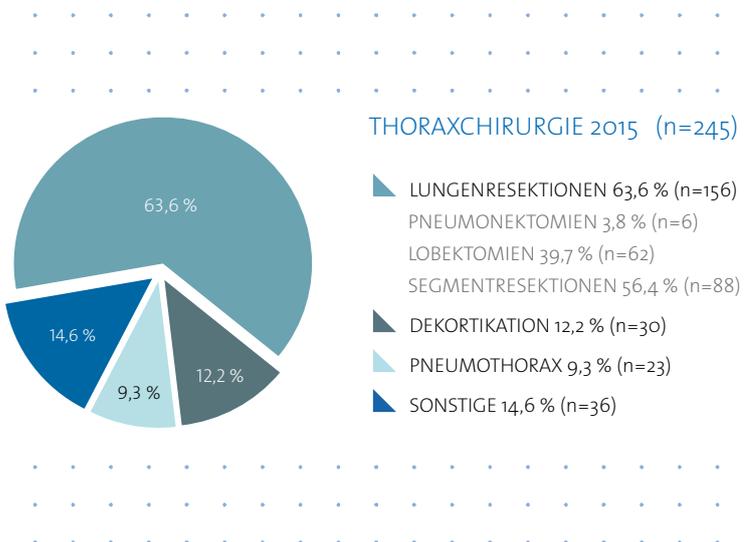
Neben dem Bronchialkarzinom ist die sog. COPD (chronic obstructive pulmonary disease) die schwerwiegendste Folge des Rauchens. Schätzungen der WHO zufolge wird die COPD im Jahr 2020 an dritter Stelle der häufigsten Todesursachen weltweit stehen. Neben Nikotinabusus sind wie bei vielen chronischen Erkrankungen auch Umwelteinflüsse für die Entstehung verantwortlich zu machen. So wird das Passivrauchen, aber vor allem auch die Feinstaub-Exposition als wesentlicher Risikofaktor angeschuldigt.

Alle diese Faktoren führen zu einer chronischen Bronchitis, die meist ein Vorstadium der COPD darstellt. Von einer chronischen Bronchitis spricht man, wenn Husten und Auswurf mehr als drei Monate lang in zwei aufeinander folgenden Jahren bestehen. Dies wird umgangssprachlich oft als „Raucherhusten“ bezeichnet. Vor allem morgendliches Husten ist typisch für die COPD.

Nach jahrelangem Husten sind Bronchien und Lungengewebe schließlich so weit geschädigt, dass die Atmung erschwert ist. Ebenso können Bronchialspasmen ein Engegefühl im Bereich des Brustkorbs und pfeifende Atemgeräusche hervorrufen.

Die Häufigkeit von COPD wird in Österreich auf ca. 11 % geschätzt, wobei tatsächlich nur etwa die Hälfte diagnostiziert wird. Dies stellt ein Hauptproblem in der Behandlung von COPD dar, weil eine frühe Diagnose bereits im (oft verkannten) frühen Stadium der Erkrankung eine wirksame therapeutische Beeinflussung des Krankheitsverlaufs ermöglicht.

Neben Atemfunktionstests kommt vor allem der chirurgischen Lungenbiopsie eine wesentliche diagnostische Funktion zu, da man damit histologisch andere interstitielle Lungenerkrankungen ausschließen kann. Daneben spielt die Thoraxchirurgie auch in der Behandlung von Komplikationen, wie etwa dem spontanen Pneumothorax, und im Rahmen der sogenannten „Volume-reduction“-Resektion eine Rolle.



Gefäßchirurgie

Schlaganfälle stellen in Österreich die dritthäufigste Todesursache (nach Herzkrankungen und bösartigen Tumoren) dar. Ungefähr 25.000 Menschen erleiden jährlich einen Schlaganfall. In den meisten Fällen bedeutet dies für die Betroffenen eine massive Einschränkung der Lebensqualität, lebenslange Behinderung und eine deutlich verkürzte Lebenserwartung.

Risikofaktoren für einen Schlaganfall sind wie bei anderen Herz- und Gefäßerkrankungen Rauchen, Übergewicht, erhöhte Blutfette, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck und Bewegungsmangel, wobei diese Risikofaktoren häufig kombiniert auftreten und einander noch gegenseitig verstärken.

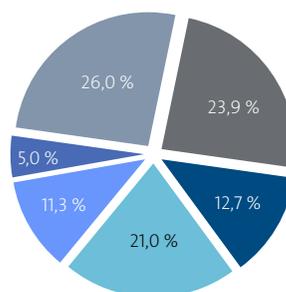
Etwa 8 % der Schlaganfälle werden durch intrazerebrale Blutungen verursacht, der größere Teil jedoch durch lokale Ischämie (Durchblutungsstörung) der betroffenen Hirnregionen. Hier spielen einerseits Verengungen oder Verschlüsse kleiner Hirngefäße, in etwa 30 % aber Veränderungen der extrakraniellen zuführenden Arterien eine Rolle. Die Revaskularisierung der Arteria carotis, also der Halsschlagader, stellt eine wirksame prophylaktische Maßnahme zur Vermeidung von Schlaganfällen dar, wie in den letzten beiden Jahrzehnten in zahlreichen Studien bewiesen wurde. Dabei stehen uns heute zwei Verfahren zur Verfügung:

- Die operative Endarteriektomie, also die Ausschälung des Gefäßes mit Entfernung des arteriosklerotischen Plaques
- Die interventionelle Dilatation und Stent-Applikation



In den neuesten Studien sind beide Verfahren im Langzeitbenefit ähnlich, wenn auch die Komplikationsrate der operativen Methode deutlich geringer ist. Bei Patienten mit erhöhtem Risiko sollten mittels Ultraschall die Halsschlagadern gescreened werden, um rechtzeitig Stenosen beheben zu können und damit die Gefahr eines Schlaganfalls zu minimieren.

GEFÄSSCHIRURGIE 2015 (n=480)



- ▲ AORTEN- UND BECKENEINGRIFFE 5,0 % (n=24)
- ▲ PERIPHERE REKONSTRUKTIONEN 26,0 % (n=125)
 - SUPRAGENUA 68,8 % (n=86)
 - INFRAGENUA 20,8 % (n=26)
 - CRURAL 10,4 % (n=13)
- ▲ CAROTIS-OPERATIONEN 23,9 % (n=115)
- ▲ EMBOLEKTOMIE 12,7 % (n=61)
- ▲ HÄMODIALYSESHUNTS 21,0 % (n=101)
- ▲ SONSTIGE 11,3 % (n=54)

Ihre Ansprechpartner

ABTEILUNGSVORSTAND

Prim. Dr. Wolfgang
Wandschneider, MAS

SEKRETARIAT

Renate Rassinger
T: +43 463 538-31603
F: +43 463 538-31609

PFLEGEDIENSTLEITUNG

OSr. Jutta Winkler
Akad. KH-Managerin
T: +43 463 538-26502
F: +43 463 538-32159

OPfl. Egon Van-Houtum, MSc
Intermediate Care Station

OPfl. Robert Jeschofnik
Ambulanzen

STATION F

CMZ – 1. Stock - N2
Stationsschwester:
DGKS Ingrid Leitner
T: +43 463 538-32150
F: +43 463 538-32159

STATION SKL 3

CMZ – 2. Stock - N3
Stationsschwester:
DGKS Alexandra Schmidt
T: +43 463 538-32270
F: +43 463 538-32279

IMC2 (INTERMEDIATE- CARE-STATION)

CMZ – 1. Stock - N4
Stationsschwester:
DGKS Manuela
Bonholzer-Malischnig
T: +43 463 538-32242
F: +43 463 538-32249

SPEZIALAMBULANZEN

CMZ – Parterre
Herz-Thoraxchirurgische
Ambulanz
T: +43 463 538-31450
F: +43 463 538-31459

Angiologische Ambulanz Dr. Ulrike Waldhauser-Fixl

T: +43 463 538-31451
F: +43 463 538-31459

