

Abteilung für Anästhesiologie
und allgemeine Intensivmedizin

LEISTUNGSBERICHT

Intensivstation 1
Intensivstation 2
Intensivstation 3

S2

S3

S4

BEG

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	3
Anästhesie und Intensivstationen	6
Notfallmedizin / Schockraum	10
Prämedikationsambulanz	12
Interdisziplinäre Tagesklinik	16
Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin (ZISOP)	20
Multimodale Schmerztherapie (MMSTh)	22
Publikationen	24
Kontakt	28

VORWORT

Die Anzahl der stationären Aufnahmen steigt in Österreich deutlich an (Zunahme von 7,5 % vom Jahr 2002 bis zum Jahr 2004; Quelle: Gesundheitsbericht 2006 BMGF). Die Anästhesie hat sich daher immer größeren Herausforderungen zu stellen, da die Patienten älter und multimorbider werden.

Die Intensivmedizin nimmt innerhalb des Gesundheitssystems eine exponierte Position ein. Sie behandelt vital gefährdete Menschen. In keinem anderen Bereich ist die Gratwanderung zwischen erfolgreicher Therapie und Verlängerung des Sterbeprozesses so schmal. Die medizinisch-technischen Fortschritte steigern die Möglichkeiten therapeutischer Interventionen. Intensivmedizinische Bemühungen, dem Patienten ein Weiterleben mit guter Lebensqualität zu ermöglichen, sind jedoch nicht immer erfolgreich.



Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc



„Die Abteilung für Anästhesiologie und allgemeine Intensivmedizin bietet rasche, sichere, transparente und kompetente medizinische und pflegerische Dienstleistungen für Patienten in kritischen Situationen entsprechend dem Motto „Rasche Hilfe ist doppelte Hilfe.“ Das gilt sowohl für die Notfallmedizin und die Narkose wie auch für die Intensivmedizin und Anästhesiologie, Schmerztherapie und Palliativmedizin.“

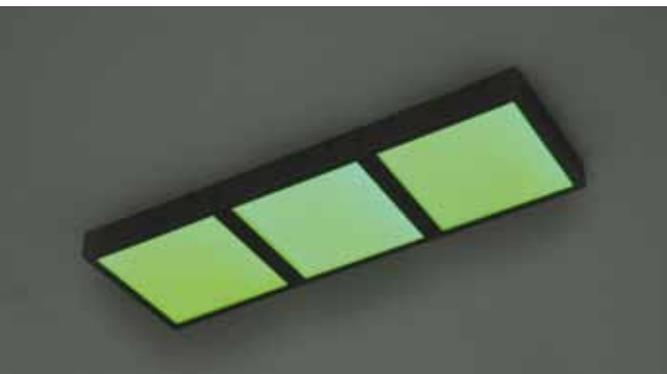
Unsere Mission

AUFGABEN DER ABTEILUNG FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND ALLGEMEINE INTENSIVMEDIZIN AM KLINIKUM KLAGENFURT AM WÖRTHERSEE

Die Abteilung versteht sich einerseits als **Primärleister** im Bereich der

- Intensivmedizin
- Schmerz-/Palliativmedizin
- Stabilisierung von lebensbedrohlich Erkrankten bzw. Verletzten im Schockraum, in der präklinischen Notfallmedizin und Sicherstellung der Notarztversorgung
- Führung der intramuralen Prämedikationsambulanz
- Ausbildung von Anästhesisten, Intensivmedizinern sowie der Sonderausbildung im Bereich der Pflege im gesamten Spektrum des Sonderfaches in Kärnten
- Ausbildung von Studenten und Famulanten insbesondere als Lehrkrankenhaus der Universität Graz
- Durchführung von wissenschaftlichen Tätigkeiten im Gebiet des Sonderfaches

Somit entstehen Standardleistungen im Primärbereich und Vorhalteleistungen für den notfallmedizinischen Bereich, welche aufgrund der Abteilungs- bzw. Sonderfachspezifität, weder potentiell reduzierbar sind, noch von anderen Abteilungen bzw. von Konsiliarärzten erbracht werden können.



In allen Zimmern kann die Lichttherapie eingesetzt werden: Diese kann beruhigend oder stimulierend wirken, das Raumklima verbessern und trägt letztendlich zur besseren Genesung der Patienten bei.

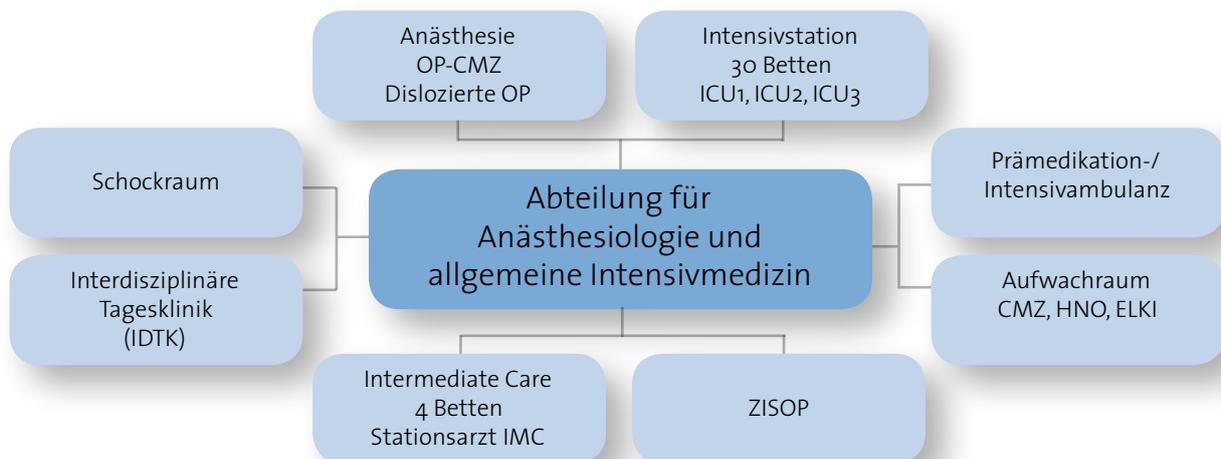
Optimale Wahrung der Intimsphäre: an den Intensivstationen gibt es ausschließlich Ein- und Zweibett-Zimmer.



Andererseits sieht sich die Abteilung als **Sekundärleister** vor allem im Bereich der

- Anästhesie
- intramuralen Schmerzmedizin
- intramuralen Versorgung des gesamten Klinikums im Bereich der Reanimation und bei kritischer Akutverschlechterung (Medical Emergency Team)
- Betreuung von kritisch Kranken und postoperativen Patienten an der IMC
- Führung der interdisziplinären Tagesklinik

BEREICHE DER ABTEILUNG FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND ALLGEMEINE INTENSIVMEDIZIN



S4

Intensivstation 3



Anästhesie und Intensivstationen

Die Intensivstation im Chirurgisch-Medizinischen Zentrum verfügt über modernste Ausstattung und gilt als eine Vorzeigeeinrichtung in Österreich.

Im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee haben wir im Jahr 2011 25.838 Narkosen durchgeführt.

Diese Leistung erfolgt täglich an 21 bzw. 22 Narkose-Arbeitsplätzen und in vier Aufwächerräumen, wobei der Aufwachraum im Chirurgisch-Medizinischen Zentrum (CMZ) 20 Betten umfasst. Ein zusätzlicher Aufwachraum besteht sowohl an der Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie im Gesundheitszentrum für Kinder, Jugendliche und Frauen (ELKI).

Der Anteil der bis jetzt durchgeführten Regionalanästhesien und rückenmarksnahen Verfahren ist in den letzten Jahren gestiegen. Weiters haben die Narkose-Arbeitsplätze (interventionelle Radiologie, interventionelle Gastroenterologie, Strahlentherapie) zugenommen. Der Anteil der anästhesiologischen Hochrisikogruppen (ASA 3 bis 4) beträgt rund 25 %.

Eine wesentliche Qualitätsverbesserung und die damit verbundene Erhöhung der Patientensicherheit wurde 2011 durch die Implementierung der OP-Sicherheits-Checkliste erreicht. Dazu zählen die Sicherstellung der Patienten- und Risikoidentifikation und dadurch die Risikominimierung sowie die verbesserte Teamarbeit.

INTENSIVSTATION

Im Klinikum Klagenfurt sind 30 Intensivbetten (Intensivstation der Kategorie drei, d. h. TISS-Punkte > 32) der Abteilung für Anästhesiologie und allgemeine Intensivmedizin zugeordnet. Die Intensivbetten teilen sich baulich auf drei „Finger“ des CMZ auf. Die Intensivstation ICU 3 ist rein anästhesiologisch geführt mit 17 Betten.

Die interdisziplinäre Intensivstation ICU 2 wird auch von der Neurologischen und der Neurochirurgischen Abteilung belegt, wobei der Anästhesie fünf Betten, der Neurochirurgie sieben Betten und der Neurologie sechs Betten zugeordnet sind.

Die Intensivstation ICU 1 wird gemeinsam mit der Medizinischen Abteilung belegt, wobei anästhesiologisch geführt acht Betten zur Verfügung stehen sowie vier CCU-Betten und sechs Intensivbetten der Medizinischen Abteilung zugeordnet sind.

VORTEILE DURCH DEN NEUBAU

Mit Inbetriebnahme des CMZ und der Neustrukturierung der Intensivbereiche wurde der Teamgedanke weiter verstärkt. Therapie und Pflegekonzepte wurden fachübergreifend implementiert und neue Verfahren gemeinsam umgesetzt. Das multiprofessionelle Zusammenarbeiten im Bemühen um den Menschen ist die ständige Herausforderung, der wir uns mit Engagement und Einsatz widmen.

Räumlich bilden OP-Bereich, Aufwachzimmer und die Intensivstationen eine Einheit und sichern so verbessertes Diagnosemanagement und eine vorbildhafte interdisziplinäre Zusammenarbeit.

An allen ICU-Stationen werden sämtliche modernen Intensivbehandlungsmaßnahmen inklusive der intraortalen Ballonpumpe, diskontinuierliche und kontinuierliche Blutreinigungsverfahren bis hin zur extrakorporalen Membranoxygenierung durchgeführt.

Im Jahr 2011 wurden 1.740 Intensivpatienten aufgenommen. Die durchschnittliche Verweildauer auf der Intensivstation betrug 5,8 Tage, die Auslastung lag bei 95,5 %.

AUSBILDUNG / FACHLICHER STANDARD

Die Abteilung für Anästhesiologie und allgemeine Intensivmedizin ist für die Intensivausbildung des Personals anderer Krankenhäuser innerhalb des Landes Kärnten zuständig. Es erfolgt eine Rotation von Ausbildungsärzten anderer Häuser. Die Abteilung hat ein hohes fachliches Niveau und auch die fachliche Ausbildung ist sehr fundiert, da ein breiter Bereich an Arbeitsgebieten vorhanden ist. Dazu zählen die Anästhesie, die Intensivmedizin, die Notfallmedizin, die interdisziplinäre Schmerztherapie, die Palliativmedizin, die Versorgung der Intermediate Care Station und die Betreuung der interdisziplinären Tagesklinik. Auch auswärtige Praktikanten aus dem Bereich Medizin und Pflege nehmen unsere Ausbildungsstätte gerne in Anspruch.

Fort- und Weiterbildung haben an der Abteilung einen hohen Stellenwert. Wöchentlich finden Abteilungsfortbildungen statt. Mitarbeiter werden bei der aktiven und passiven Teilnahme an fachbezogenen Kongressen unterstützt und gefördert. Auch als Austragungsort von nationalen und internationalen Veranstaltungen wird gerne auf das Know-how der Abteilung zurückgegriffen.

Beste apparative Ausstattung: die Narkosearbeitsplätze und Intensivstationen sind modernst ausgestattet, wie auch die interdisziplinäre Schmerzklinik und die Palliativstation. Das gibt den Patienten die Sicherheit, dass sie bestmöglich überwacht und betreut werden können.



So fand der Österreichische Palliativkongress 2011 in Klagenfurt statt. Weiters wurden mehrere lokale Veranstaltungen zu fachspezifischen Themen von der Abteilung organisiert bzw. mitorganisiert.

Vortragstätigkeit von Mitarbeitern aus der Medizin sowie Pflege an nationalen und internationalen Kongressen waren und werden auch in Zukunft unterstützt und forciert.

KUNDENORIENTIERUNG

Uns ist es ein Anliegen, vor allem auch die Angehörigen in den Betreuungsprozess miteinzubinden. Auch wenn ein Intensivpatient teilnahmslos erscheint, so wird doch vieles wahrgenommen. Somit sind die Angehörigenkontakte ein wichtiger Bestandteil des Genesungsprozesses. Die Besuchszeiten an den Intensivstationen und auch an der Palliativstation von 0 bis 24 Uhr sind als elementarer Faktor in der Patienten- und Angehörigenbetreuung zu sehen.

INTENSIVAMBULANZ

Die Zeit nach der Behandlung auf einer Intensivstation ist für einige Patienten manchmal problembehaftet. Daher wurde an der Abteilung eine eigene Intensivambulanz eingerichtet. Ein speziell geschultes Team (Intensivmediziner, diplomierte Pflegefachkraft, Psychologe) steht jeden ersten Dienstag im Monat für ehemalige Patienten der Intensivstation zur Verfügung. In Gesprächen und Beratungen wird Hilfe für die Zeit nach einem Aufenthalt an der Intensivstation angeboten.



A male medical professional in light blue scrubs is operating a Philips patient monitor in a clinical setting. The monitor displays the Philips logo. The professional is adjusting a knob on the monitor's control panel. The background shows a clinical environment with various medical equipment and a white cabinet.

Notfallmedizin/ Schockraum

Notfallmanagement oder Schockraummanagement ist zu einem Zeitmanagement geworden, welches auch suffizient umgesetzt wird.

ZWEI JAHRE INTERDISZIPLINÄRER SCHOCKRAUM IM CMZ DES KLINIKUM KLAGENFURT AM WÖRTHERSEE

Seit dem Umzug ins CMZ gelangen alle Notfallpatienten in einen Schockraum. Fachärzte aller Fachrichtungen übernehmen die Versorgung der Patienten mit ihren jeweiligen Bedürfnissen.

Zwei Jahre Erfahrung im Schockraummanagement zeigen, dass sich in den letzten Jahren viele Veränderungen ergeben haben. War früher die Schockraumversorgung hauptsächlich für schockierte bzw. vital gefährdete Patienten indiziert, so gibt es heute eine viel breitere Indikationsstellung für die Behandlung im Schockraum.

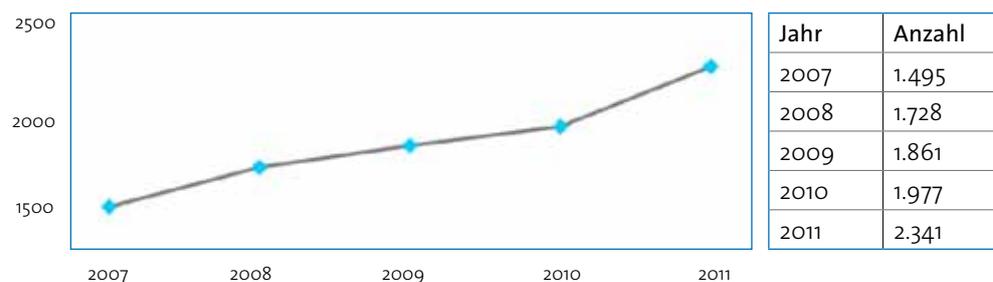
Durch ständige Adaptierung, sowohl in strukturellen wie auch medizinischen Belangen, konnte eine stetige Verbesserung der Versorgung von vital gefährdeten Patienten erreicht werden.

Die Ausstattung des Schockraums entspricht den neuesten Standards. Durch die enge Zusammenarbeit aller medizinischen Fachbereiche findet eine schnelle und exzellente Behandlung der schwerkranken Patienten statt.

Da im Klinikum Klagenfurt fast die ganze Diagnostikstraße um den Schockraum angeordnet ist, kann der "Schockraumpatient" schnell administriert, diagnostiziert und schlussendlich auch schnell einer adäquaten Therapie zugeführt werden.

Pro Jahr versorgen wir im Schockraum rund 2.400 Patienten, wobei unsere Leistungen die Stabilisierung, Diagnostik und Therapie umfassen.

Entwicklung Anzahl der Schockraumpatienten



STRUKTURENTWICKLUNG – UMSETZUNG

Das geplante Management im und um die Schockraumversorgung konnte in den letzten zwei Jahren nahezu vollkommen umgesetzt werden. Natürlich geht es darum, immer wieder neue Vorschläge und Ideen umzusetzen und auch neue Therapiekonzepte ins Management einfließen zu lassen.



Prämedikations- ambulanz

Die präoperative Patientenevaluierung hat sich in den letzten Jahren in Österreich zu einem eigenständigen Schwerpunkt des Faches „Anästhesie und Intensivmedizin“ entwickelt.

Im Jahre 2006 wurde die Arbeitsgruppe „Präoperatives Patientenmanagement“ gegründet. Deren Ziel ist es, eine umfassende und strukturierte Vorbereitung der Patienten für elektive Eingriffe zu ermöglichen. Auf die Selektion von Hochrisikopatienten und deren präoperative Evaluierung und Optimierung, aber auch die Vermeidung von Doppelbefunden und aus anästhesiologischer Sicht unnötiger Befunde sollte auch in Zukunft verstärktes Augenmerk gerichtet werden.

Diese Arbeitsgruppe besteht aus über 15 Mitgliedern aus allen Bundesländern Österreichs. In mehrmals jährlich stattfindenden Treffen werden die Leitlinien aktualisiert und Konsensempfehlungen für einzelne Spezialgebiete erstellt. Diese Empfehlungen sind auf der Homepage der ÖGARI (Österreichische Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin), ARGE „Präoperatives Patientenmanagement“, jederzeit kostenlos abrufbar.

Sie beruhen auf internationalen Empfehlungen der großen europäischen und amerikanischen kardiologischen und anästhesiologischen Fachgesellschaften und wurden für den österreichischen Raum entsprechend adaptiert.

Im Jahre 2011 wurde auch eine Bundesqualitätsleitlinie veröffentlicht, in der die Empfehlungen der ARGE verbindlich zitiert werden.

DIE PRÄMEDIKATIONSAMBULANZ DES KLINIKUM KLAGENFURT AM WÖRTHERSEE

Bereits im „alten LKH“ wurde durch den damaligen Abteilungsvorstand, Prim. Dr. Hanns Volker Schalk gemeinsam mit OA Dr. Ingo Kager und OÄ Dr. Bernadette Gschiel, DESA, der Aufbau einer Prämedikationsambulanz vorangetrieben.

Durch die zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten konnte man die alte gebräuchliche Sitte, „bedside“ Visiten am Tag vor der Operation durchzuführen, langsam beenden, und die Patienten in der Prämedikationsambulanz entsprechend den Guidelines vorbereiten.

Aus Personalgründen ist es uns leider noch immer nicht möglich, unsere Patienten in unserer Präanästhesieambulanz umfassend selbst präanästhesiologisch zu evaluieren. Aus diesem Grund sind wir nach wie vor auf die Mithilfe und Vorbereitung unserer geschätzten Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich angewiesen.

Im Jahr 2011 haben OA Dr. Kager und OÄ Dr. Gschiel gemeinsam mit den Juristen des Klinikums einen neuen Aufklärungsbogen entwickelt, der auch im LKH Villach in modifizierter Form zur Anwendung kommt.

Die ÖGARI-Leitlinien wurden in den hausinternen Standard, der mehrmals pro Jahr aktualisiert wird, aufgenommen. Dieser Standard steht jedem Mitarbeiter über das hausinterne Intranet frei abrufbar zur Verfügung.

Aufgrund der zunehmenden Auslastung des Augenoperationsssaales, wo hauptsächlich Cataract-Operationen in Lokalanästhesie mit monitored care-Anästhesie stattfinden, werden diese Patienten präoperativ in der Tageschirurgie evaluiert. Hier handelt es sich zumeist um multimorbide, vor allem cardiopulmonale Hochrisikopatienten, die oft auch bereits an kognitiven Defiziten leiden. Diesbezüglich sollten die erforderlichen Untersuchungen bereits extramural durchgeführt werden. Anamnese (inklusive Medikamentenanamnese), klinische Untersuchung und Gerinnungsanamnese sollten im Idealfall bereits vorhanden sein.

STRUKTURIERTE ZIELERFASSUNG DER PRÄOPERATIVEN EVALUIERUNG

Ziel der präoperativen Patientenevaluierung sollte es sein, Patienten, die sich elektiven chirurgischen Eingriffen in allgemeiner oder regionaler Anästhesie unterziehen müssen, rechtzeitig präanästhesiologisch zu untersuchen. Dies gilt auch für Eingriffe in Anästhesie-Stand-By (auch monitored care) genannt. In unserem Haus sind das insbesondere Cataract-Operationen.

Der Zeitrahmen entspricht dabei gemäß ÖGARI-Empfehlung maximal drei Monate vor dem Eingriff.

Die alte Vorgehensweise, multimorbide Hochrisikopatienten mit großen elektiven chirurgischen Eingriffen am Vortag der Operation der Anästhesie vorzustellen, sollte tunlichst verlassen werden.

Der ASA-Score, ein seit vielen Jahrzehnten bestehender, einfach anzuwendender und gut validierter Anästhesie-Score ist nach wie vor das wichtigste Hilfsmittel, um das Patientenrisiko richtig einzuschätzen und gegebenenfalls weitere Untersuchungen zu veranlassen. Hier spielt natürlich auch die Größe des Eingriffes eine wesentliche Rolle.

Eine klinische Untersuchung sowie eine ausführliche Anamnese inklusive Belastungsanamnese sind präoperativ unbedingt erforderlich. Aufgrund dieser Befunde und der Größe des Eingriffes können weitere Untersuchungen erforderlich sein, wobei hier sehr gezielt vorgegangen werden sollte. Gegebenenfalls können die Befunde konsultierender Abteilungen erforderlich sein, um im Rahmen der interdisziplinären Optimierung die geplante Operation durchführen zu können.

Dieses Vorgehen gilt nur für elektive Eingriffe.

LEISTUNGSÜBERSICHT

Insgesamt wurden im Jahr 2011 27.660 anästhesiologische Leistungen durchgeführt. Diese inkludieren neben allgemeinen Narkosen auch Regionalanästhesien und Monitored Care-Anästhesien. Im Vergleich zum Jahr 2010, wo 22.238 anästhesiologische Leistungen durchgeführt wurden, entspricht dies einer Steigerung von 5.422 Leistungen bzw. 24,38 %. Davon wurden im Jahre 2011 16.090 Patienten, das entspricht 71,03 % statistisch und elektronisch in der Prämedikationsambulanz erfasst. Die nicht erfassten Operationen beinhalten unter anderem alle kardiochirurgischen Eingriffe sowie dringliche und Notfalleingriffe, die aus organisatorischen Gründen noch nicht elektronisch erfasst werden können. Es kann jedoch von einer geschätzten Prämedikationsleistung von über 90 % ausgegangen werden.





Interdisziplinäre Tagesklinik

Viele medizinische Leistungen werden heute tagesklinisch durchgeführt.
Unsere Patienten können noch am selben Tag nach Hause gehen
und sich in gewohnter Umgebung erholen.

INTERDISZIPLINÄRE TAGESKLINIK (IDTK)

Mit der Übersiedelung ins CMZ im Juni 2010 wurde die „Interdisziplinäre Tagesklinik“ auf 22 Plätze, davon vier Einheiten für Sonderklassepatienten (mit erweiterter Hotellerieleistung), vergrößert. Mit der räumlichen Verbesserung der IDTK und der Bettenerweiterung steigerte sich auch die Anzahl der versorgten Patienten. In den alten Räumlichkeiten wurden 2010 knapp über 4.300 Patienten betreut. Im Jahr 2011 wurden in den neuen Räumlichkeiten insgesamt bereits über 9.150 erwachsene Frauen und Männer mit hoher Zufriedenheit und großem Engagement des Personals umsorgt. Davon wurden 2.725 Patienten in der Kataraktambulanz präoperativ untersucht und aufgeklärt. Eine weitere Steigerung dieser Leistungsdaten wird für 2012 erwartet.

Betreut und behandelt werden ausschließlich elektive, d. h. geplante Patienten verschiedener Fachabteilungen.

Schrittweise wurde auch das Leistungsspektrum der IDTK seit 2010 erweitert. Unser Spektrum umfasst die Logistik, d.h. Vorbereitung vor und Betreuung nach operativen und diagnostischen Eingriffen für die

- Augenabteilung
- Orthopädie
- Urologie
- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Unfallchirurgie
- Neurochirurgie und
- Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie.

Betreut werden ebenso Patienten mit endoskopischen Eingriffen und Untersuchungen, welche durch die Medizinischen Abteilungen und die Pulmologie ausgeführt werden. Koronarangiographien, Kardioversionen werden durch die Kardiologie und Angiographien mit PTA werden durch die Radiologie auch für externe Krankenhäuser wie z. B. das LKH Wolfsberg tagesklinisch ambulant durchgeführt.

Unser operatives Spektrum ist umfassend und beinhaltet als Beispiele von der Kataraktoperation über die Circumcision, die Carpal tunneloperation bis zur Kniearthroskopie ein breites Feld. Die tageschirurgischen Operationen werden in Lokalanästhesie, Regionalanästhesie, Spinalanästhesie und Allgemeinnarkose durchgeführt. Für Eingriffe in Lokalanästhesie werden auch Patienten mit schwereren Grunderkrankungen akzeptiert. Für Eingriffe in Allgemeinnarkose sind ausschließlich gesunde Patienten (ASA 1 und 2) tagesklinisch vorgesehen.

Weiters werden auch ambulante CT-gezielte Blockaden durchgeführt und von der Radiologie für die Schmerzambulanz und die Neurochirurgische Abteilung über die IDTK betreut.

Die IDTK arbeitet mit einer genau geregelten Terminvergabe, nach SOP's (Standard Operating Procedures) und hoch differenziertem logistischem Aufwand mit dem Ziel, eine möglichst hohe Patientenzufriedenheit zu erreichen.

Die Öffnungszeiten sind Montag von 7 bis 18.30 Uhr und Dienstag bis Freitag von 6.30 bis 18.30 Uhr. Die Patienten werden ausschließlich über die Fachabteilungen des Klinikum Klagenfurt terminisiert.



Vor dem Eingriff werden die Patienten von den Fachabteilungen entsprechend informiert bzw. aufgeklärt:

- Welche Befunde mitzubringen sind.
- Wann der Termin in der Tagesklinik stattfindet.
- Dass der Arztbrief der Fachabteilung bei der Entlassung den PatientInnen mitgegeben wird.
- Wo und wie die weitere Betreuung nach dem Aufenthalt in der IDTK geplant ist.
- Weiters erfolgt auch die Aufklärung über Abholung von der Tagesklinik durch Angehörige.



ZISOP

Das Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin – kurz ZISOP – ist ein in Kärnten einzigartiges, fächerübergreifendes Kompetenzzentrum für die Behandlung von Schmerzpatienten.

ZENTRUM FÜR INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZTHERAPIE, ONKOLOGIE UND PALLIATIVMEDIZIN (ZISOP)

Bestandteil des ZISOP sind die Palliativstation und die Schmerzambulanz. Das Ziel der palliativmedizinischen Betreuung ist es, die Patienten wieder in die Lage zu versetzen, selbständig in ihr häusliches Umfeld zurückzukehren. Derzeit können zwischen 60 und 70 % der Palliativpatienten nach Hause entlassen werden.

An der Palliativstation sind 14 Betten verfügbar, wobei im Jahr 2011 390 Patienten betreut wurden. 90 % der Patienten hatten eine Tumorerkrankung und 10 % der Patienten litten an neurologischen Erkrankungen (amyotrophe Lateralsklerose) oder chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen. 2011 lag die Auslastung bei 81 %. Die mittlere Verweildauer liegt bei 11,6 Tagen.

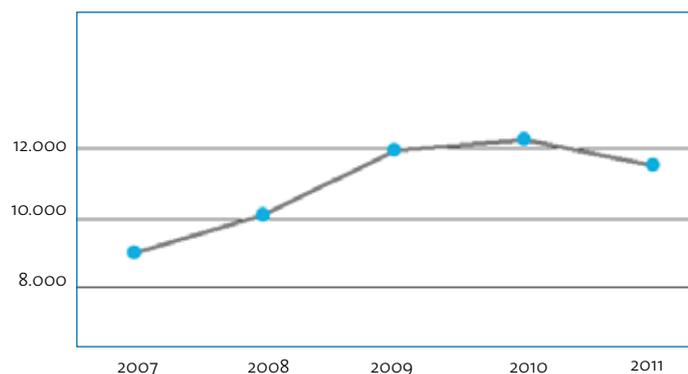
INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZAMBULANZ

Die Schmerzambulanz besteht bereits seit 20 Jahren, wobei die Leistungen laufend weiterentwickelt wurden und sich die Möglichkeiten der Schmerztherapie in den letzten Jahren entscheidend verbessert haben. Die vorbildhafte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Anästhesiologie und Intensivmedizin, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie und Radiologie ist gelebte Praxis.

Zu den Hauptaufgaben zählen:

- Schmerztherapie bei ambulanten und stationären Patienten (nach Operationen, bei chronischen Schmerzen, bei Tumorerkrankungen)
- interdisziplinäres Angebot von medikamentöser Einstellung
- psychologische Therapieformen
- invasive Techniken (z.B. Blockaden, Schmerzkatheter, rückenmarksnahe Stimulation, Schmerzpumpenimplantation)
- komplementäre Methoden (z.B. Akupunktur, Skenar)

Entwicklung Frequenzen Schmerzambulanz



A man and a woman are leaning over a large blue exercise ball outdoors. The man is on the left, wearing a green and white athletic shirt. The woman is on the right, wearing a purple athletic shirt with a yellow collar and a logo that says "ZURICH MARATÓ BARCELON". They are both smiling and looking towards the camera. The background is a dense green hedge.

Multimodale Schmerztherapie

Die Multimodale Schmerztherapie ist ein maßgeschneidertes, interdisziplinäres Therapiekonzept, das bei chronischen Schmerzen, Rücken- und Kopfschmerzen angeboten wird.

MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE (MMSTh)

Erstmals kann nun auch in Österreich ein bereits in Deutschland, den USA und Großbritannien erfolgreich praktiziertes Konzept der Behandlung von chronischen Schmerzen in Anspruch genommen werden. Organisiert und initiiert wurde das Projekt vom Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin.

Das Gruppenprogramm ist den einzelnen Verfahren langfristig deutlich überlegen und wird als integriertes Gesamtkonzept von Ärzten, Psychologen und physikalischen Mediziner/Therapeuten begleitet.

Zielgruppe sind Personen mit chronischen Schmerzen des Stütz- und Bewegungsapparates und chronischen Kopf- und Gesichtsschmerzen ab dem Chronifizierungsgrad II (gemäß dem Mainzer Stadien-Modell).

Das Leistungsspektrum umfasst die ambulante interdisziplinäre Versorgung chronischer Schmerz- und Kopfschmerzpatienten mit dem Ziel der Verbesserung von Lebensqualität, besserem Umgang mit chronischen Schmerzen, der Verringerung von Krankenständen, die Reintegration und dem Verbleib im Erwerbsleben sowie der Integration der erlernten Maßnahmen am Arbeitsplatz und im Alltag.

LEISTUNGSANGEBOT

- Medizinische Trainingstherapie
- Koordinationstraining
- Ausdauer-Krafttraining
- Psychologische Gruppentherapie

Zusätzlich helfen Schmerzbewältigungs- und Entspannungstraining, Stressbewältigung, Patientenschulung, ärztliche und psychologische Einzelgespräche, Adaptieren der medikamentösen Therapie, individualisierte, täglich zu wiederholende Übungsprogramme für zu Hause bei der Umsetzung im Alltag.





Publikationen

PUBLIKATIONEN

Stand: August 2012

1. Ultrasound-guided supraclavicular cannulation of the brachiocephalic vein in infants: a retrospective analysis of a case series.
Breschan C, Platzer M, Jost R, Stettner H, Feigl G, Likar R., Paediatr Anaesth. 2012 Aug 3.
2. Project to reduce preventable hospital transfer from homes for the aged and nursing home. Is it really always necessary?
Kada O, Janig H, Wiedermann W, Hollerer A, Pinter G, Likar R.
Pflege Z. 2012 Mar;65(3):176-8.
3. From the nursing home to hospital and back again... A mixed methods study on hospital transfers from nursing homes].
Kada O, Brunner E, Likar R., Pinter G, Leutgeb I, Francisci N, Pfeiffer B, Janig H.
Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2011;105(10):714-22.
4. Quality of postoperative pain therapy in Austria: national survey of all departments of anesthesiology.
Kinstner C, Likar R., Sandner-Kiesling A, Hutschala D, Pipam W, Gustorff B.
Anaesthesist. 2011 Sep;60(9):827-34. doi: 10.1007/s00101-011-1911-2.
5. Clonidine for remifentanyl-induced hyperalgesia: a double-blind randomized, placebo-controlled study of clonidine under intra-operative use of remifentanyl in elective surgery of the shoulder.
Schlimp CJ, Pipam W, Wolrab C, Ohner C, Kager HI, Likar R.
Schmerz. 2011 Jun;25(3):290-5.
6. Consecutive, prospective case series of a new method for ultrasound-guided supraclavicular approach to the brachiocephalic vein in children.
Breschan C, Platzer M, Jost R, Stettner H, Beyer AS, Feigl G, Likar R.
Br J Anaesth. 2011 May;106(5):732-7.
7. Blockade of intra-articular adrenergic receptors increases analgesic demands for pain relief after knee surgery.
Kager I, Mousa SA, Sieper J, Stein C, Pipam W, Likar R.
Rheumatol Int. 2011 Oct;31(10):1299-306.
8. Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network.
Laugsand EA, Kaasa S, de Conno F, Hanks G, Klepstad P; Research Steering Committee of the EAPC. J Opioid Manag. 2009 Jan-Feb;5(1):11-21.

2011

1. From the nursing home to hospital and back again... A mixed methods study on hospital transfers from nursing homes.
Kada O, Brunner E, Likar R, Pinter G, Leutgeb I, Francisci N, Pfeiffer B, Janig H.
Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2011;105(10):714-22.
2. Quality of postoperative pain therapy in Austria: national survey of all departments of anesthesiology.
Kinstner C, Likar R, Sandner-Kiesling A, Hutschala D, Pipam W, Gustorff B.
Anaesthesist. 2011 Sep;60(9):827-34. doi: 10.1007/s00101-011-1911-2.
3. Tonsillotomy and adenotonsillectomy in childhood. Study on postoperative pain therapy.
Platzer M, Likar R, Stettner H, Jost R, Wutti C, Leopold H, Breschan C.
Anaesthesist. 2011 Jul;60(7):625-32.
4. Recommendations for the management of chronic pain by intrathecal ziconotide.
Tronnier V, Hofacker W, Ilias W, Kleinmann B, Koulousakis A, Kress HG, Likar R, Lux EA, Müller-Schwefe G, Schütze G, Uberall M.
MMW Fortschr Med. 2010 Oct 14;152 Suppl 3:106-9.
5. Clonidine for remifentanyl-induced hyperalgesia: a double-blind randomized, placebo-controlled study of clonidine under intra-operative use of remifentanyl in elective surgery of the shoulder.
Schlimp CJ, Pipam W, Wolrab C, Ohner C, Kager HI, Likar R.
Schmerz. 2011 Jun;25(3):290-5.
6. Consecutive, prospective case series of a new method for ultrasound-guided supraclavicular approach to the brachiocephalic vein in children.
Breschan C, Platzer M, Jost R, Stettner H, Beyer AS, Feigl G, Likar R.
Br J Anaesth. 2011 May;106(5):732-7.
7. Topography of the lumbar sympathetic trunk in normal lumbar spines and spines with spondylophytes.
Feigl GC, Kastner M, Ulz H, Breschan C, Dreu M, Likar R.
Br J Anaesth. 2011 Feb;106(2):260-5.
8. Analgesic efficacy of TENS therapy in patients with gonarthrosis. A prospective, randomised, placebo-controlled, double-blind study.
Gschiel B, Kager H, Pipam W, Weichart K, Likar R.
Schmerz. 2010 Sep;24(5):494-500.
9. Current knowledge of buprenorphine and its unique pharmacological profile
Pergolizzi J, Aloisi AM, Dahan A, Filitz J, Langford R, Likar R, Mercadante S, Morlion B, Raffa RB, Sabatowski R, Sacerdote P, Torres LM, Weinbroum AA.
Pain Pract. 2010 Sep-Oct;10(5):428-50.

10. Blockade of intra-articular adrenergic receptors increases analgesic demands for pain relief after knee surgery.
Kager I, Mousa SA, Sieper J, Stein C, Pipam W, Likar R.
Rheumatol Int. 2011 Oct;31(10):1299-306.
11. Subcutaneous target stimulation (STS) in chronic noncancer pain: a nationwide retrospective study.
Sator-Katzenschlager S, Fiala K, Kress HG, Kofler A, Neuhold J, Kloimstein H, Ilias W, Mozes-Balla EM, Pinter M, Loining N, Fuchs W, Heinze G, Likar R.
Pain Pract. 2010 Jul-Aug;10(4):279-86. Epub 2010 Mar 3.
12. Efficacy of glycopyrronium bromide and scopolamine hydrobromide in patients with death rattle: a randomized controlled study.
Likar R, Rupacher E, Kager H, Molnar M, Pipam W, Sittl R.
Wien Klin Wochenschr. 2008;120(21-22):679-83.
13. Neuropathic pain among hospital in-patients. Analysis of Austrian hospital discharge data.
Dorner T, Gustorff B, Likar R, Lawrence K, Schwarz F, Rieder A.
Schmerz. 2009 Feb;23(1):59-64.
14. Transdermal buprenorphine in the management of persistent pain - safety aspects.
Likar R.
Ther Clin Risk Manag. 2006 Mar;2(1):115-25.
15. Improvement of pain therapy in Austria.
Likar R, Bernatzky G.
Schmerz. 2007 Jun;21(3):277.
16. Pain experience and pain therapy of tumor patients in the view of general practitioners.
Janig H, Pipam W, Lastin S, Sittl R, Bernatzky G, Likar R.
Schmerz. 2005 Apr;19(2):97-108.
17. Management of postoperative pain in children.
Sittl R, Griessinger N, Koppert W, Likar R.
Schmerz. 2000 Oct;14(5):333-9.



Kontakt

ANSPRECHPARTNER

Abteilungsvorstand:	Prim. Univ. Prof. Dr. Likar Rudolf, MSc
Erster Oberarzt :	EOA Dr. Roland Steiner
Stationsführender Oberarzt ICU 1:	EOA Dr. Roland Steiner
Stationsführender Oberarzt ICU 2:	OA Dr. Michael Oher
Stationsführender Oberarzt ICU 3:	OA Dr. Christian Wutti
Prämed.-IDTK	OA Dr. Ingo Kager
ZISOP	OA Dr. Jabarzadeh Hossein
	OA Dr. Ernst Rupacher

Abteilungsadministration Sekretariat Anästhesie

Nicole Jarosch
T +43 463 538-34303

Interdisziplinäre Tagesklinik Abteilungsleitung Pflege

DGKS Jutta Winkler, Akad. KH-Managerin
T +43 463 538-34477

Stationsleitung

DGKS Gabriele Griengl
T +43 463 538-32290

Leitstelle

T +43 463 538-34092

Intensivstationen (ICU/IMC) Abteilungsleitung Pflege

DGKP Egon van Houtum , MSc
T +43 463 538-34466

Stationsleitung ICU

DGKS Marion Stippich
(Vertretung Oberpfleger)
T +43 463 538-34463

ICU 1
Stationsleitung

DGKS Andrea Maier
T +43 463 538-32302

ICU 2
Stationsleitung

DGKS Sonja Pemberger
T +43 463 538-32339

ICU 3 Stationsleitung	DGKS Judith Lepuschitz T +43 463 538-32362
IMC 2 Stationsleitung	DGKS Monika Jahn T +43 463 538-32242
ZISOP Abteilungsleitung Pflege	DGKS Gerlinde Uran T +43 463 538-25702
Leitstelle	T +43 463 538-34303
Pallitivstation Stationsleitung	DGKS Irene Hussa T +43 463 538-32132

AMBULANZZEITEN:

Schmerzambulanz:	Mo - Fr 7 bis 14 Uhr
Prämedikationsambulanz:	Mo - Do 7 bis 16 Uhr Fr 7 bis 14 Uhr
Intensivambulanz:	jeden ersten Dienstag im Monat von 14 bis 16 Uhr
Multimodale Schmerztherapie:	Mo-Fr 8 bis 15 Uhr (ambulant)

VERANSTALTUNGEN / KONGRESSANKÜNDIGUNG:

- Gesundheitsmesse: 16.-18.11.2012
Medizin/Pflege Notfallmanagement, BLS
Multimodales Schmerzprojekt
- AIC Kongress 12.9.2012- 15.09.2012
- Österreichischer Schmerzkongress 09.05.-12.05.2013

Abkürzungsverzeichnis:

ASA: (American Society of Anesthesiologists) ASA-Physical Status
BLS: Basic Life Support
CCU: Coronar Care Unit
CMZ: Chirurgisch-Medizinisches Zentrum
ELKI: Gesundheitszentrum für Kinder, Jugendliche und Frauen
HNO: Abteilung für Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde
ICU: Intensive Care Unit (Intensivstation)
IDTK: Interdisziplinäre Tagesklinik
IMC: Intermediate Care
OP: Operation
ÖGARl: Österreichische Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin
TISS: Therapeutic Intervention Scoring System
ZISOP: Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie und Palliativmedizin

KABEG

KLINIKUM KLAGENFURT
AM WÖRTHERSEE

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Abteilung für Anästhesiologie und
allgemeine Intensivmedizin

Feschnigstraße 11
9020 Klagenfurt am Wörthersee
T +43 463 538-34303
F +43 463 538-34309

anaesthesie.klagenfurt@kabeg.at
www.klinikum-klagenfurt.at

Für den Inhalt verantwortlich: Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc
Fotos: Gleiss, KABEG, Fotolia

Wir legen großen Wert auf Gleichberechtigung.
Zur besseren Lesbarkeit haben wir jedoch bei Personenbezeichnungen
die männliche Schreibweise gewählt.

KABEGKKA