

¹ Anhang 3- 35 Presse...

H. Wiesinger

Ein «sanfter» Allround-Chirurg

...der Presstext² ↓



Ein «sanfter» Allround-Chirurg



Hubert Wiesinger ist der neue Primar der Allgemeinchirurgischen Abteilung

Den Patienten die Angst zu nehmen und ihnen ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln, betrachtet Dr. Hubert Wiesinger, der neue Primar der chirurgischen Abteilung am LKH Villach, als eine seiner grundlegendsten Aufgaben. Sollte mit dem heutigen Stand der Technik auch in der Chirurgie schon beinahe alles machbar sein, steht für Wiesinger noch immer die Humanität zentral im Mittelpunkt. Dazu gehört eine ganzheitliche Betrachtungsweise und die Frage: «Was bringt's dem Patienten wirklich?»

Humanität, Qualität und Ökonomie bilden für den Primar die drei Eckpfeiler seines Führungsstils. «Total Quality Management» ist für Wiesinger, der sich als «Primus inter pares» fühlt und sich selbst für keine Arbeit zu schade ist, kein leerer Begriff.

Hubert Wiesinger wurde am 18. Juni 1954 in Wels geboren. Nach seinem Medizinstudium an der Universität Innsbruck absolvierte er die Turnus und Facharztausbildung am Krankenhaus Wels. Die sanfte «Schlüssellochchirurgie» -hier wird mittels eines Endoskops via Bildschirm operiert, statt Narben bleiben dem Patienten nur noch 10 Millimeter kleine Einstiche- und die Krebschirurgie sind Wiesingers Spezialgebiete.

Ausdauersport, wie Joggen, Radfahren oder Mountainbiken sind für den Vater von zwei Töchtern als Freizeitbeschäftigung fast ebenso wichtig wie die Beschäftigung mit Literatur oder seinen Lieblingskomponisten Mozart. Lisa Kassin

Der neue Chefchirurg

...das Original³

Für Patienten das Maximum

Im LKH Villach leitet seit Jahresbeginn der 40 jährige Dr. Hubert WIESINGER aus Wels die Allgemeinchirurgische Abteilung

¹ Kapitel 35, Anhang 3

Sammlung von 1995-2005 erschienene Presseberichte die Allgemeinchirurgische Abteilung, LKH Villach betreffend

² aus einem Interview entstanden

³ schriftlich an die Presse übermittelt

«Machbar ist heute in der Medizin sehr viel, aber nicht alles, was machbar ist bedeutet auch einen Gewinn für den Patienten. Vor jeder Operation muss man genau abwägen, womit dem Patienten am besten gedient ist und ob auch seine Lebensqualität durch eine Operation verbessert werden kann,» so fasst Dr. Wiesinger, der die Abteilung vom langjährigen Leiter Dr. Alfred Perz übernommen hat, seine Leitlinie zusammen: «Nicht operieren um jeden Preis.»

Die «humane Medizin» ist ihm ein Anliegen, auch auf Grund persönlicher Erfahrungen. «Ich weiß, wie es ist, wenn man sich in einem Krankenhaus ganz klein und ohnmächtig fühlt»...

Bei seinem bisherigen Arbeitgeber, dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wels stand neben der Qualität auch die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund, das heißt optimales Ausschöpfen der personellen und apparativen Ressourcen.

«Ich bin es gewohnt, viel zu operieren und gleichzeitig darauf zu achten, dass ich am letzten Stand der Wissenschaft und Technik stehe» erklärt Dr. Wiesinger. Nur ein Chirurg, der häufig die verschiedensten Eingriffe durchführt, kann seiner Meinung nach ein guter Allgemeinchirurg sein.

Er will den Patienten im LKH Villach das Gefühl vermitteln, das sie menschlich gut aufgenommen, optimal beraten, und nach modernsten Erkenntnissen operiert werden.

Als einen seiner Schwerpunkte bezeichnet Dr. Wiesinger die sog. «Knopflochchirurgie», jene Technik, die dem Patienten große Schnitte erspart und bei welcher der Arzt über Sichtrohre (Endoskope) an denen eine Videokamera befestigt ist und kleine Einstiche durch die die Operationsinstrumente eingeführt werden die Operationen durchführt.

Gallenblasenentfernungen, Leistenbruch-, Blindarmoperationen und einzelne Eingriffe am Dick- und Dünndarm kann man derzeit laut Wiesinger gesichert auf diese Weise operieren.

Wann immer gesicherte Erkenntnisse über neue Anwendungsgebiete in der Allgemeinchirurgie («man muss immer am Ball bleiben») vorliegen, werde er einer der ersten Anbieter sein.

Wiesinger glaubt auch, dass in naher Zukunft auch Krebsoperationen, sein zweites Hauptgebiet, mit dieser «sanften OP-Methode» mit vergleichbaren Ergebnissen wie in der konventionellen Chirurgie möglich sind, wobei hier die berechnete Forderung nach maximaler Radikalität und nicht nach minimalen Schnitten im Vordergrund steht.

«Mit Teamegeist,» so lautet die Antwort Dr. Wiesingers auf die Frage nach seinem Führungsstil. «Ich glaube die Zeit der autoritären Chefpersönlichkeiten ist vorbei. Man muss das, was man von seinen Mitarbeitern verlangt auch selbst vorleben.»

Auch die Zusammenarbeit mit den (niedergelassenen) Kollegen und seinen Primararzt-kollegen hat für ihn einen großen Stellenwert: «Wir sind keine Solotänzer. Hinter dem Spital muss eine einheitliche Linie stehen, das macht den Erfolg aus, und in dieser Frage sind wir uns, glaube ich, in Villach einig.»

...und der Presstext⁴↓



⁴ aus einem Interview und einer schriftlichen Vorlage entstanden

«Nicht um jeden Preis»

LKH Villach hat seit Jahresbeginn neuen Chefchirurgen: Dr. Hubert Wiesinger (40) aus Wels



Qualität, Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit sind das Dreieck einer humanen Chirurgie

«Machbar ist in der Medizin sehr viel. Aber nicht alles, was machbar ist, bedeutet auch einen Gewinn für den Patienten. Vor jeder Operation muss man genau prüfen, ob dem Kranken damit auch am besten gedient ist und ob seine Lebensqualität gehoben wird.» So fasst Dr. Wiesinger, der die Abteilung vom langjährigen Leiter Dr. Alfred Perz übernommen hat, seine Leitlinie zusammen: «Nicht operieren um jeden Preis.» Die «humane Medizin» ist ihm ein Anliegen. Auch aufgrund persönlicher Erfahrungen. «Ich weiß, wie es ist, wenn man sich in einem Spital ganz klein und ohnmächtig fühlt.» Seine Gattin ist vor zwei Jahren an einer heimtückischen Krankheit gestorben...

Bei seinem bisherigen Arbeitgeber, dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wels, stand neben der Qualität auch die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund. Das hieß optimales Ausschöpfen der personellen und apparativen Ressourcen.

«Ich bin es gewohnt, viel zu operieren und gleichzeitig darauf zu achten, dass ich am letzten Stand der Wissenschaft und Technik stehe,» erklärt Wiesinger.

Nur ein Chirurg, der häufig die verschiedensten Eingriffe durchführt, kann seiner Meinung nach ein guter Allgemeinchirurg sein. Er will den Patienten im LKH Villach das Gefühl vermitteln, dass sie menschlich gut angenommen, optimal beraten und nachmodernsten Erkenntnissen operiert werden. Als einen seiner Schwerpunkte bezeichnet Wiesinger die «Knopflochchirurgie.» Jene Technik, die dem Patienten große Schnitte erspart. Der Arzt führt die Operation über kleine Einstiche, durch welche die Instrumente eingeführt werden und Sichtrohren (Endoskope) durch, an denen eine winzige Videokamera befestigt ist. Gallenblasenentfernungen Leistenbruch- und Blinddarmoperationen sowie einzelne Eingriffe am Dick- und Dünndarm kann man derzeit laut Wiesinger gesichert auf diese Weise vornehmen.

Wann immer verlässliche Erkenntnisse über neue mögliche Anwendungsgebiete («man muss immer am Ball bleiben») vorliegen, werde er einer der ersten Anbieter sein.

Wiesinger glaubt, dass diese «sanfte OP-Methode» in naher Zukunft auch bei Krebsoperationen, sein zweites Hauptgebiet, vergleichbare Ergebnisse wie in der konventionellen Chirurgie erbringen könnte. Doch dabei stehe die berechtigte Forderung nach maximaler Radikalität und nicht der Wunsch nach minimalen Schnitten im Vordergrund.

Qualität, Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit sind das Dreieck einer humanen Chirurgie. «Mit Teamgeist.» So lautet die Antwort Wiesingers auf die Frage nach seinem Führungsstil, «Ich glaube, die Zeit der autoritären Chefpersönlichkeiten ist vorbei. Man muss das, was man von seinen Mitarbeitern verlangt, auch selbst vorleben.»

Auch die Zusammenarbeit mit seinen Primararktkollegen hat für ihn einen großen Stellenwert:

«Wir brauchen keinen Solotänzer. Hinter dem Spital muss eine einheitliche Linie stehen, das macht seinen Erfolg aus.» Er glaubt, dass dieses Ziel im LKH Villach erreicht werden kann.

Teamarbeit will er auch mit niedergelassenen Ärzten pflegen. Jost

Moderne Chirurgie heute

...der Presstext⁵ ↓



⁵ aus einem Interview entstanden

Medizin

«Wichtig ist die Menschlichkeit»

Moderne Chirurgie heute:

Primar Hubert Wiesinger vom LKH Villach distanziert sich von den «Göttern in Weiß», er setzt auf Vertrauen, Sicherheit und Humanität

VILLACH. «Von Organverpflanzungen bis zur Operation am offenen Herzen ist heute in der Chirurgie fast alles möglich,» erklärt Dr. Hubert Wiesinger, Primar der Chirurgischen Abteilung am LKH Villach und meint weiter: «Im Mittelpunkt muss aber der Patient stehen, das heißt, ein Eingriff soll nur dann vorgenommen werden, wenn damit eine gesundheitliche Verbesserung des Betroffenen erreicht werden kann.» Von den «Göttern in Weiß» distanziert sich Wiesinger entschieden: «Das Wichtigste in unserem Beruf ist die Menschlichkeit. Ein guter Chirurg sollte nicht nur sein Handwerk beherrschen, sondern dem Patienten auch ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit vermitteln können.» Die Spezialgebiete des jungen Oberösterreichs sind die onkologische und die Knopflochchirurgie.

Krebschirurgie



Chirurg Hubert Wiesinger: «Ein Eingriff sollte nur dann durchgeführt werden, wenn damit eine gesundheitliche Verbesserung des Patienten erzielt wird»
Foto: Wodicka

Als eine Zivilisationskrankheit gilt der Darmkrebs, dessen Ursachen vermutlich in einer Lebensweise begründet sind, die die Darmtätigkeit hemmt. Das heißt: Falsche Ernährung -wir essen zuwenig Ballaststoffe, zuviel Fleisch und wir trinken zuwenig- das heißt aber auch ein Mangel an Bewegung. Jährlich erkranken daran tausende Österreicher. Die Sterblichkeitsrate ist auf Grund der meist zu spät gestellten Diagnose erheblich. «Der einzig sinnvolle therapeutische Ansatz ist dann nur noch eine möglichst radikale Entfernung der tumorösen Prozesse,» meint Wiesinger. Bei einer Früherkennung stehen die Heilungschancen hingegen sehr gut. «Jeder über 40 sollte sich jährlich einer Endoskopie unterziehen,» schlägt der Primar vor. Mit dieser Darmspiegelung kann man Polypen -ein potentiell Krebsrisiko- erkennen und noch während der Untersuchung entfernen.

Brustkrebs -ein tragisches Schicksal vieler Frauen. Hier lautete noch bis vor wenigen Jahren die Devise

des Chirurgen: «je radikaler, desto größer die Erfolgchancen.» Bis in die 50er Jahre hat es in den USA sogar vereinzelt Chirurgen gegeben, die die Oberarme der bedauernswerten Frau gleich mitamputiert haben. Und noch bis in die 70er Jahre war, es Routine den Brustmuskel mitzuentfernen.

Brusterhaltung

Mittlerweile hat sich die Medizin zum Glück wesentlich verbessert: **«Wenn das Karzinom eine bestimmte Größe nicht überschreitet, entsprechend lokalisiert ist und das Gewebe bestimmten Komponenten entspricht, hat man heute bei der Erhaltung der Brust gute Erfolge»,** meint Wiesinger und rät: **«Jede Frau ab 30 sollte sich einer jährlichen Mammographie unterziehen.»**

«Bei der Knopflochchirurgie werden im Unterschied zur herkömmlichen Chirurgie große Schnitte, die wegen der durchtrennten Muskulatur dem Patienten Schmerzen bereiten, vermieden,» erklärt Wiesinger. Bei Gallenblasenentfernungen ist diese Methode bereits Standard, aber auch bei Leistenbruchoperationen und Eingriffen am Dick- und Dünndarm wird sie angewendet. Der Chirurg führt durch den Nabel des Patienten eine Optik mit einer Lichtquelle, diese ist mit einer winzigen Videokamera außerhalb des Körpers verbunden und durch weitere zwei bis drei millimetergroße Einschnitte die chirurgischen Instrumente in die Bauchhöhle ein. Operiert wird dann via Monitor. Lisa Kassin

Porträt | Allgemeinchirurgische Abteilung LKH Villach

...der Presstext⁶ ↓



Schluss mit dem Schattendasein

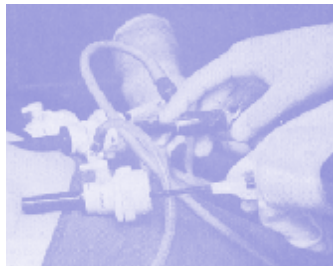


Die Allgemeinchirurgische Abteilung am LKH Villach entwickelt sich zu einem Zentrum der minimal invasiven «Schlüssellochchirurgie.» VILLACH. Die Villacher Chirurgie tritt aus ihrem Schattendasein heraus: Patienten, denen eine steingefüllte Gallenblase entfernt, ein Leistenbruch chirurgisch versorgt, eine Vergrößerung der Schilddrüse operiert oder ein Tumor aus dem Magendarmtrakt oder an der weiblichen Brust herausoperiert werden muss, finden an der Allgemeinchirurgischen Abteilung des LKH Villach rasche Hilfe. Spezialgebiete des neuen Primars, Hubert Wiesinger, der der Abteilung seit 1. Jänner dieses Jahres vorsteht, sind, die minimal-invasive «Schlüssellochchirurgie» und die Krebschirurgie.

Primar Hubert Wiesinger, Vorstand der Allgemeinchirurgie

Hohe Operationsfrequenz

In den ersten drei Monaten unter der neuen Führung wurde die Operationsfrequenz des Vorjahres bereits deutlich überschritten. Und die Tendenz ist steigend. Die sanfte Chirurgie breitet sich aus: «Operationen bei Gallensteinen, Blinddarm oder einem Leistenbruch werden großteils nur noch minimalinvasiv durchgeführt,» erklärt Wiesinger, der diese Technik als einer der ersten Chirurgen in Österreich angewendet hat.



Bereits im ersten Vierteljahr wurde bei laparoskopischen Eingriffen die Gesamtzahl des Vorjahres weit überschritten

Wiesinger: «Hier werden im Unterschied zur herkömmlichen Chirurgie große Bauchschnitte, die wegen der durchtrennten Muskulatur dem Patienten Schmerzen bereiten, vermieden.» Stattdessen gibt es nur noch drei bis vier etwa zehn Millimeter lange Schnitte. Durch sie werden dünne Rohre in die Bauchhöhle geschoben, durch die Instrumente -Scheren, Zangen, Klippautomaten- eingebracht werden können. Eine winzige Kamera überträgt das Operationsfeld auf einen Monitor. Gespannt verfolgt das OP Personal neben dem Operateur zwei Assistenten, eine Instrumentierschwester, ein Narkosearzt plus Assistent sowie ein Laufdienst die Entfernung einer Gallenblase am Bildschirm: Zuerst wird sie vorsichtig aus dem Umfeld herauspräpariert und schließlich mitsamt den Steinen durch eines der Rohre nach außen gezogen. «Vorteile eines solchen laparoskopischen Eingriffs - Laparoskopie bedeutet Bauchspiegelung sind neben der niedrigen Komplikationsrate der kurze Krankenhausaufenthalt, meist reichen drei bis vier Tage, bis der Patient wieder heimgehen kann,» erklärt Primar Wiesinger.

⁶ aus einem Interview entstanden

Gesamtzahl überschritten



Ein Schwerpunkt ist die Abdominalchirurgie- Eingriffe an den Bauchorganen
Fotos: Fritz

Bereits im ersten Vierteljahr wurde bei laparoskopischen Eingriffen die Gesamtzahl des Vorjahres weit überschritten. «Die Anwendung der Schlüssellochchirurgie bei Krebserkrankungen ist noch umstritten,» meint Wiesinger und erklärt: «Gerade bei einem bösartigen Tumor stellt sich die Frage: Ist der Eingriff auch radikal genug?» Konventionelle Chirurgie bleibt hier vorerst die Regel. Doch auch hier gibt es Fortschritte: Brustkrebs kann heute brusterhaltend operiert werden wenn bestimmte Voraussetzungen -etwa ein Tumordurchmesser von unter drei Zentimetern- gegeben ist. Und muss eine Brust doch ganz entfernt werden, so bieten sich durch die plastische Chirurgie Möglichkeiten des Wiederaufbaus. Krebschirurgie ist ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt im LKH Villach. Lisa Kassir

«Sanfte Chirurgie» breitet sich aus (minimalinvasive Chirurgie)

...der Presstext⁷ ↓



«Sanfte Chirurgie» breitet sich aus

H. Wiesinger

Patienten, denen eine steingefüllte Gallenblase entfernt, ein Leistenbruch chirurgisch versorgt, eine Struma (Vergrößerung der Schilddrüse) operiert oder ein Tumor aus dem Magen-Darm-Trakt oder an der weiblichen Brust herausoperiert werden muss sind an der Abteilung für Allgemeinchirurgie am LKH Villach (ACAVI) am richtigen Platz. Sie wird von Hubert Wiesinger geleitet und deckt ein weites chirurgisches Spektrum ab.

Ein Schwerpunkt sind Eingriffe an den Bauchorganen (Abdominalchirurgie). Das Wort «Abdominal» bedeutet soviel wie «die Bauchhöhle betreffend». Aber auch Eingriffe an der Schilddrüse, an der weiblichen Brust oder am Gefäßsystem (Venenoperationen, sog. Bypassoperationen etc.) werden an der Allgemeinchirurgischen Abteilung vorgenommen. Alles in allen dürfte nach Hochrechnung der Operationsfrequenz der ersten drei Monate nach Übernahme der Abteilung von Prim. Perz die Anzahl von 3000 Operationen jährlich überschritten werden.

Die Tendenz ist steigend. Die «sanfte Chirurgie» breitet sich aus.

Operationen bei Gallensteinen, Blindarmoperationen und Leistenbruchoperationen werden zum Großteil «minimalinvasiv» durchgeführt. Auch «Schlüssellochchirurgie» werden diese sanften Operationen oft genannt, denn die Ärzte machen hierfür keinen großen Bauchschnitt mehr wie früher, sondern nur noch drei bis vier winzig kleine Schnitte.

Durch sie werden dünne Rohre in die Bauchhöhle vorgeschoben -Rohre, durch die Instrumente wie z.B. feine Zangen- eingebracht werden können. Eine winzige Kamera überträgt das Operationsgebiet auf einen Monitor. So kann der Chirurg auf dem Bildschirm seine Tätigkeit verfolgen: z.B. das Herauspräparieren der Gallenblase, die schließlich komplett mitsamt den Steinen, durch eines der Rohre nach außen gezogen wird.

Vorteile eines solchen «laparoskopischen» Eingriffs («Laparoskopie» bedeutet Bauchspiegelung): Die Komplikationsrate ist niedrig, der Krankenhausaufenthalt mit drei bis vier Tagen äußerst kurz, und bereits nach acht Tagen sind die Patienten wieder voll arbeitsfähig. Laparoskopisch operieren darf nur, wer für die einzelnen Methoden entsprechend geschult wurde.

⁷ aus einem Interview und einer schriftlichen Vorlage entstanden

Täglich werden an der Allgemeinchirurgischen Abteilung inzwischen Gallenblasen und Blinddärme laparoskopisch entfernt und Leistenbrüche entsprechend verschlossen. Bereits im ersten Vierteljahr 1995 wurde bei laparoskopischen Eingriffen die Gesamtzahl des Vorjahres weit überschritten. Die Methode kann aber auch bei gutartigen Veränderungen am Dickdarm, bei Verwachsungen und in der Diagnostik eingesetzt werden. Den eklatanten Vorteilen gegenüber konventionellen Operationsmethoden -weniger Schmerzen, kürzere Verweildauer, frühere Belastungsmöglichkeit z.B. nach Leistenbruchoperationen- stehen die durch das bestehende Verrechnungssystem für den Spitalserhalter exorbitanten Kosten gegenüber. So sind z.B. an Materialkosten für eine laparoskopische Gallenblasenentfernung ca. ATS 9.000.-, für eine Blinddarmoperation ca. ATS 16.000.-, und für eine Leistenbruchoperation ca. ATS 14.000.-, hingegen im Vergleich dazu für eine konventionelle Gallenblasen-Operation ca. ATS 600.-, für eine Blinddarmoperation ca. ATS 250.- und für eine Leistenbruchoperation ca. ATS 300.- zu veranschlagen, sonstige Aufwände wie z.B. Personal-, Geräte oder Anästhesiekosten etc. sind dabei noch gar nicht berücksichtigt. Demgegenüber stehen bekannterweise von den Sozialversicherungsträgern bezahlte Tagessätze nach belegten Betten.

Dennoch: durch die eklatante Komfortverbesserung für den Patienten wird sich die «sanfte Chirurgie» weiter ausbreiten, viele Einsatzmöglichkeiten sind noch denkbar und neue Verrechnungssysteme werden sicher noch gefunden werden (müssen)...

Anmerkungen zum Kolonkarzinom (Dickdarmkrebs)

...der Presstext⁸ ↓



Dickdarmkrebs immer stärker im Vormarsch

Die Beschwerden treten oft zu spät auf - zumeist gedeiht der Tumor lange Zeit unbemerkt. Das Dickdarmkarzinom ist bereits die zweithäufigste Krebs- Todesursache.

«Unter den Krebserkrankungen steht der Dickdarmkrebs bereits an zweiter Stelle.» Mit der Sprache der Statistik will der Spittaler Internist Dr. Erich Kandutsch das Augenmerk auf die Vorsorge lenken. «Das Dickdarmkarzinom ist auch schon die zweithäufigste Krebstodesursache,» führt Dr. Hubert Wiesinger, Primar der Chirurgie am LKH Villach weiter aus. In fast allen hochindustrialisierten Staaten (einzige Ausnahme ist Japan) ist der Dickdarmkrebs stark im Vormarsch. Dementsprechend ist für die Fachmediziner der springende Punkt dabei neben der frühzeitigen Diagnostizierung auch die Vermeidung von Risikoverhalten. Kandutsch: «Studien haben gezeigt, dass typisch westliche Ernährung ein erhöhtes Erkrankungsrisiko zur Folge hat.»

Vermeidung und Vorsorge:

Besondere Vorsicht ist geboten bei Personen, deren nahe Verwandte (Eltern, Geschwister) bereits an Dickdarmkrebs erkrankt sind. Primar Wiesinger: «93 von 100.000 Einwohnern in der Europäischen Union erkranken pro Jahr am Dickdarmkarzinom. Diese Zahl wirft die Frage auf, wie man die Situation verbessern kann». Doch bei der Bevölkerung scheint vorerst das Bewusstsein um die Notwendigkeit von Früherkennung noch nicht gebildet. Bei der Behandlung freilich spielt sie eine wichtige Rolle. Je früher das Dickdarmkarzinom erkannt wird, desto besser stehen die Chancen des Patienten. Der Tumor muss durch Operation entfernt werden - oft ist auch eine chemotherapeutische Nachbehandlung nötig. Bei aufmerksamer Vorsorge, sind internationale Experten überzeugt, kann die Sterblichkeitsrate stark gesenkt werden. Wiesinger: «Ab dem 40. Lebensjahr sollte sich jeder zu einer Darmspiegelung entschließen.» Sie sollte spätestens alle fünf Jahre wiederholt werden. Wie er streicht auch Dr. Kandutsch die Bedeutung von Stuhluntersuchungen hervor: «Ab dem Alter von 40 Jahren einmal jährlich, um unsichtbares Blut festzustellen. Jede Blutung aus dem Analkanal hat so lange als krebsverdächtig zu gelten, bis das Gegenteil bewiesen ist.»

⁸ aus einem Interview entstanden

Chirurgischer «Lückenschluss» (Refluxchirurgie)

...der Presstext⁹ ↓



Chirurgischer «Lückenschluss»

Sie ist keine Zivilisationskrankheit und dennoch leidet jeder fünfte Mensch an ihr: Die Refluxkrankheit. Ätzende Magensäure verursacht quälende Schmerzen in der Speiseröhre.

Wen plagt schon nicht dann und wann einmal Sodbrennen? Wenn man diesen äußerst unangenehmen brennenden Schmerz kennt, hat man eine vage Vorstellung von den Leiden, die refluxkranke Menschen plagen. Nicht falsche Ernährung oder ungesunder Lebenswandel sind Auslöser für diese Krankheit, sondern körperliche Defekte. «Es kann eine angeborene Lücke im Bereich des Zwerchfelles sein (Zwerchfellbruch), eine muskulöse Störung (Muskelschwäche) oder aber auch eine Störung in der Beweglichkeit der Speiseröhre» klärt Primarius Dr. Hubert Wiesinger von der chirurgischen Abteilung im LKH Villach auf. Meistens aber sei eine Kombination von allen drei Gebrechen vorhanden. «Der Rückfluss von Magen- oder Dünndarmsaft in die Speiseröhre verursacht nicht nur quälende Schmerzen, auf die Dauer schädigt die säureartige Flüssigkeit die Schleimhaut der Speiseröhre. Dadurch kommt es eventuell zu bösartigen Tumoren,» ergänzt der Mediziner. Plakativ gesprochen verhält es sich wie mit einem funktionsuntüchtigen Verschluss: Er schließt nicht mehr, also kommen die Säfte wieder hoch.

Seinerzeit habe man ziemlich erfolglos operiert und bis vor kurzem beinahe nichts anderes gemacht als den Patienten ein Leben lang unter Medikamente gesetzt. 80% der Refluxkranken wurden konservativ, also mit Tabletten behandelt. «Heute,» so der erfahrene Chirurg, «versucht man nach gewissenhafter Abwägung den Defekt mit Hilfe der minimal-invasiven Chirurgie zu beheben.» In jedem Fall sei aber gründlich zu prüfen, ob ein chirurgischer Eingriff auch sinnvoll ist. Die Erfolgsquote derartiger Operation liegt bei über 95%. «Wir machen derzeit im Jahr zirka 20 minimalinvasive Eingriffe bei Refluxerkrankungen. In einer zwei- bis dreistündigen Operation wird die Lücke im Zwerchfell mit einer Manschette verschlossen. Sie wirkt wie ein Ventil, welches den Rückfluss der grauenhaft sauren Säfte blockiert,» erklärt Prim. Dr. Wiesinger und bedauert, dass in Österreich auf diese Art und Weise noch sehr wenig behandelt wird.

Porträt II Allgemeinchirurgische Abteilung LKH Villach

...der Presstext¹⁰ ↓



⁹ aus einem Interview und einer schriftlichen Vorlage entstanden

¹⁰ aus einem Interview und mehreren schriftlichen Vorlagen entstanden

SANFT MIT KLEINEN SCHNITTEN

DR. HUBERT WIESINGER, PRIMARIUS DER ALLGEMEINCHIRURGISCHEN ABTEILUNG, IST EIN ANHÄNGER DER «SANFTEN CHIRURGIE». WO IMMER ES MÖGLICH IST, OPERIERT ER DURCH DAS «KNOPFLOCH».

TEXT: ELENA MOSER KLEINE ZEITUNG



Steingefüllte Gallenblasen, Leistenbrüche, Struma (sprich Vergrößerungen der Schilddrüse, im Volksmund Kropf genannt) und Eingriffe im Bauchraum gehören für Primarius Dr. Hubert Wiesinger zur Tagesordnung. Der gebürtige Welser ist seit 1995 Chef der Abteilung für Allgemeinchirurgie am Landeskrankenhaus Villach und hat sich zum Ziel gesetzt, so wirkungsvoll und dabei gleichzeitig so schonend wie möglich die notwendigen operativen Eingriffe vorzunehmen.

Dr. Wiesinger ist ein großer Anhänger der Knopflochchirurgie, auf die er sich bereits in seiner Welser Zeit spezialisiert hat. «Eingriffe werden auf unserer Abteilung -wann immer es möglich ist- minimalinvasiv durchgeführt,» erklärt der Mediziner. «Hier hat das LKH Villach ganz sicher eine Vorreiterrolle übernommen!»

Dr. Wiesinger:
«Alter des Erkrankten spielt bei einer Operation heute keine Rolle mehr.»

Winzig klein

Anstatt des großen und in der Wundheilphase sehr schmerzhaften Bauchschnittes machen die Ärzte nur mehr drei bis vier winzig kleine Schnitte. Durch sie werden dünne Rohre in die Bauchhöhle des Patienten geschoben, Rohre als Tunnel für Instrumente wie Zangen beispielsweise. Eine winzige Kamera überträgt das Operationsgebiet im Bauchraum auf einen Monitor.



Der Chirurg kann nun quasi auf dem Bildschirm die Operation durchführen. Die besonderen Vorteile eines solchen laparoskopischen Eingriffs (Laparoskopie bedeutet Bauchspiegelung) erklärt Primarius Wiesinger: «Die Komplikationsrate ist sehr niedrig, der Krankenhausaufenthalt nach dem Eingriff ist ausgesprochen kurz, und nach acht Tagen sind die Patienten bereits wieder arbeitsfähig.»

Darm-Spezialist

Täglich werden an der Allgemeinchirurgischen Abteilung des LKH Villach Gallenblasen und Blinddärme durch das «Knopfloch» entfernt, Leistenbrüche entsprechend verschlossen. Diese für den Patienten besonders schonende Methode kann aber auch bei gutartigen Veränderungen am Dickdarm, bei Verwachsungen und in der Diagnostik angewendet werden. Apropos Darm: Besonders bei der laparoskopischen Darmresektion ist Dr. Hubert Wiesinger ein Spezialist. «Diese Methode ist ziemlich neu in Österreich. Seit eineinhalb Jahren operieren wir hier in Villach auch gutartige Dickdarmerkrankungen durch das Knopfloch,» berichtet Primarius Wiesinger. Patienten aus dem gesamten Kärntner Raum kommen nach Villach an seine Abteilung, um sich dort dem sanften Eingriff zu unterziehen. laparoskopische Darmresektionen sind jedoch alles andere als Routineangelegenheiten. «Sie sind technisch viel aufwendiger als beispielsweise die laparoskopische Entfernung einer Gallenblase,» sagt Wiesinger. «Bei der Galle wird «nur» ein Organ entfernt, bei der Darmresektion müssen die beiden Enden nach der Entfernung des kranken Teilstückes wieder zusammengenäht werden.» Angewendet wird diese Methode derzeit nur bei gutartigen Erkrankungen. «Ich schätze, dass sich laparoskopische Eingriffe bei Krebs erst in einigen Jahren und nur bei bestimmten Tumoren etablieren werden,» sagt Primarius Dr. Wiesinger

LÜCKEN SCHLIESSEN

JEDER FÜNFTE ÖSTERREICHER LEIDET AN «SOBBRENNEN». AM LKH VILLACH WERDEN PATIENTEN SANFT VON SCHMERZEN BEFREIT.

Ein Leiden, mit dem sich früher Generationen von Patienten abfinden mussten, wird heute auch auf der Allgemeinchirurgischen Abteilung im LKH Villach operiert. Die «Refluxkrankheit», bei der ätzende Magensäure in die Speiseröhre aufsteigt und quälende Schmerzen verursacht, peinigt jeden fünften Österreicher. «Es kann eine angeborene Lücke im Zwerchfell sein, eine muskulöse Schwäche, aber auch eine Störung in der Beweglichkeit der Speiseröhre,» erklärt Primarius Dr. Hubert Wiesinger.

Meist ist es eine Kombination von allen drei Gebrechen. Dabei ist es nicht nur unsinnig, sondern sogar gefährlich, sich mit den Schmerzen auf Dauer abzufinden: Die säureartige Flüssigkeit kann die Speiseröhre angreifen, bösartige Veränderungen sind in der Folge nicht ausgeschlossen.

Auch hier kommt dem Patienten von heute die Knopflochchirurgie zugute: «Die Erfolgsquote liegt bei 95%,» sagt Dr. Wiesinger. Freilich sei zuvor genau abzuklären, ob der Eingriff auch sinnvoll sei. Aber: «Der Bedarf liegt schätzungsweise bei 40-50 Eingriffen pro Jahr. In einem etwa dreistündigen Eingriff verschließen wir die Lücke im Zwerchfell mit einer Manschette, die aus einem Teil des Magens gebildet wird und dadurch wie ein Ventil wirkt.» Der Rückfluss der ätzenden Säure in die Speiseröhre wird so verhindert.

RUND UM DIE UHR

IHRE HAUPTAUFGABE IST DAS OPERIEREN. ABER DAS GESPRÄCH MIT DEM PATIENTEN IST FÜR PRIM. DR. HUBERT WIESINGER MINDESTENS GENAUSO WICHTIG!

2500 chirurgische Eingriffe werden an der Abteilung für Allgemeinchirurgie am LKH Villach pro Jahr durchgeführt. Dazu kommen noch rund 800 Spiegelungen und andere Untersuchungen. «Unser Bestreben ist es, die Arbeit mit dem Patienten so transparent wie möglich zu gestalten, und das Gespräch mit dem Erkrankten, den Angehörigen und dem Hausarzt sehr zu pflegen,» hat sich Dr. Wiesinger zum Vorsatz gemacht. Sechs Fachärzte, daneben drei weitere, die in Ausbildung stehen, arbeiten neben dem Primarius an der Abteilung. Insgesamt sind mehr als 110 Personen an der Abteilung beschäftigt, um den Patienten auf die Operation vorzubereiten, ihn zu versorgen und nach der Operation optimal zu betreuen. 90 Betten stehen zur Verfügung, in zwei modernsten ausgestatteten Operationssälen werden die chirurgischen Eingriffe vorgenommen. Was sich verändert hat, seit Wiesinger das Medizinstudium abgeschlossen hat? «Früher war es unüblich, einen Patienten zu operieren, der das 75. Lebensjahr überschritten hat,» erinnert sich der heute 43jährige Arzt. «Da hat sich viel getan!» Durch den Fortschritt in der Intensivmedizin sei es möglich, jedes Organ zumindest kurzfristig technisch zu ersetzen, durch verfeinerte Diagnosemethoden können Risiken abgeklärt und genau herausgefiltert werden, auch die Anästhesie hat sich bedeutend weiterentwickelt.

«Das Alter des Erkrankten spielt bei einer Operation heute keine Rolle mehr.»

Durchs Knopfloch zum Krebs: Neuer Weg der Medizin (onkologische minimalinvasive Chirurgie)

...der Presstext¹¹ ↓



¹¹ aus einem Interview entstanden

Gesundheit

Weniger Komplikationen, gleiche Resultate: LKH Villach punktet in der Tumorchirurgie.

VILLACH. Durchs Knopfloch zum Krebs -die Allgemeinchirurgie des LKH Villach entwickelte sich in den vergangenen Jahren zu einem laparoskopischen Zentrum. «Neben den bekannten Standardoperationen gehen wir innovative Wege und erzielen bei komplexen knopflochchirurgischen Tumoreingriffen an Dick- und Mastdarm die gleichen Ergebnisse wie in der offenen Chirurgie,» sagt Primarius Hubert Wiesinger. Die Vorteile für den Patienten liegen auf der Hand: Weniger Schmerzen und Komplikationen sowie ein kürzerer Spitalsaufenthalt.

Etablieren, kann sich die neue Methode laut Wiesinger nur an spezialisierten Zentren mit entsprechender Erfahrung und spezifischen Patientenzahlen. Ständiges Training sei daher unumgänglich. Wiesinger: «Unsere Chirurgen absolvieren regelmäßig Operationskurse und betreiben einen permanenten Erfahrungsaustausch mit den bedeutenden Zentren für minimalinvasive Chirurgie, daher beherrscht das gesamte Operateursteam diese Verfahren und kann sie auf breiter Basis anbieten.» Lisa Kassir

Neues aus der Allgemeinchirurgischen Abteilung des LKH Villach

das Original¹²...

Minimalinvasive («knopflochchirurgische») Operationsmethoden gewinnen in der Chirurgie zunehmend an Bedeutung. Während Eingriffe wie die laparoskopische Cholecystektomie («knopflochchirurgische» Entfernung der Gallenblase) bereits standardisiert und weit verbreitet sind, befinden sich die onkologische laparoskopische («Krebs»)Chirurgie am Dick- und Mastdarm und die laparoskopische Chirurgie der Narbenbrüche erst auf dem Weg dorthin.

Durch zunehmende Erfahrung in der laparoskopischen Darmchirurgie bei gutartigen Erkrankungen, den Einsatz moderner Technologien und Entwicklung moderner blutstillender Schneideinstrumente auf Ultraschallbasis (Ultracission®) haben laparoskopische Operationsverfahren auch in der Tumorchirurgie an Dick und Mastdarm neuen Aufwind erlebt. Vergleichsstudien haben hinsichtlich der Radikalität den konventionellen Operationsverfahren ebenbürtige Resultate erbracht. Der Benefit für den Patienten besteht in geringeren Schmerzmittelverbrauch, kürzeren Spitalsaufenthalt, Minimierung der Komplikationen [Wundheilungsstörungen, Narbenbrüche (s.u.)] und raschere Reintegration ins Berufsleben. Tatsache ist jedoch, dass vorläufig noch wenig Erfahrung mit der laparoskopischen Tumorchirurgie an Dick- und Mastdarm besteht, dass die Lernkurve eine sehr langsam ansteigende ist und anfangs lange Operationszeiten in Kauf genommen werden müssen. Daher wird sich diese Methode nur in spezialisierten Zentren mit entsprechender laparoskopischen Expertise und hohen spezifischen Patientenzahlen etablieren können. Dies wird in den in Österreich weit verbreiteten allgemeinchirurgischen, breit gefächerten Versorgungsanstalten nur sehr langsam und wahrscheinlich auch sehr komplikationsreich, da selten ausgeführt, möglich sein.

Die Allgemeinchirurgische Abteilung des LKH Villach entwickelte sich in den letzten Jahren zunehmend zum laparoskopischen Zentrum, wodurch es ermöglicht wurde, neben den bekannten Standardoperationen, auch innovative Wege zu beschreiten und auch komplexe laparoskopische Eingriffe am Dick- und Mastdarm sicher und mit gleichen Ergebnissen wie in der offenen Chirurgie auszuführen.

Um die entsprechenden Techniken zu erlernen und zu optimieren war und ist ein ständiges Training unumgänglich. Deshalb absolvier(t)en die Chirurgen regelmäßige Trainingskurse und betreiben einen regen Erfahrungsaustausch an den bedeutendsten Zentren für minimalinvasive Chirurgie.

Durch diese intensive Arbeit auf dem Gebiet der onkologischen minimalinvasiven Chirurgie beherrschen alle diese neuen Verfahren und können sie nun auch auf breiter Basis anbieten.

¹² schriftlich der Presse übermittelt

Auch die Operation der Narbenbrüche, die heute eine hohe sozioökonomische Bedeutung haben unterliegt einem grundlegenden Wandel. Trotz aller Fortschritte auf dem Gebiet des Wundverschlusses, der Verbesserung der Nahtmaterialien und Nahttechniken ist mit dem Auftreten eines Narbenbruches in etwa 20% aller Eingriffe mit Eröffnung der Bauchhöhle zu rechnen. Die jährlichen Behandlungskosten von Narbenbrüchen in Österreich betragen etwa 13 Mio. Euro (ohne Berücksichtigung der Kosten für Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation und ev. Berentung). Es besteht heute die Forderung, dass die Bauchdecke bei Vorliegen eines Narbenbruches grundsätzlich mit Fremdmaterialien (Kunststoffnetzen) verstärkt werden sollte. Grund genug, um auch hier durch einen minimalinvasiven Eingriff (laparoskopische Anlagerung eines Kunststoffnetzes an die vordere Bauchwand) eine sichere, komplikationsarme und kostengünstige Problemlösung anzubieten. Für den Patienten bringt dabei die Minimalisierung des Zugangstraumas eklatante Vorteile (geringerer Schmerzmittelverbrauch, weniger Wundheilungsstörungen, kürzerer Spitalsaufenthalt mit rascherer Reintegration ins Berufsleben) im Vergleich zu den konventionellen Operationsverfahren.

...und der Presstext¹³ ↓



LKH Villach/ Allgemeinchirurgische Abteilung
Neues über:

Minimal invasive Chirurgie

Minimal invasive («knopflochchirurgische») Operationsmethoden gewinnen in der Krebs-Chirurgie zunehmend an Bedeutung.



Prim. Dr. Hubert
Wiesinger;
Vorstand Allgem.
Chirurgische Abt.
LKH Villach.

Die Allgemeinchirurgische Abteilung des LKH Villach hat sich in den vergangenen Jahren zunehmend zu einem Zentrum der Knopflochchirurgie entwickelt. «Es gelang uns neben den bekannten Standardoperationen auch innovative Wege zu beschreiten und komplexe laparoskopische Eingriffe am Dick- und Mastdarm sicher und mit gleichen Ergebnissen wie in der offenen Chirurgie auszuführen,» sagt Primarius Hubert Wiesinger.

Während etwa die «knopflochchirurgische» Entfernung der Gallenblase bereits standardisiert und weit verbreitet ist, befindet sich die laparoskopische Krebschirurgie am Dick- und Mastdarm sowie die laparoskopische Chirurgie der Narbenbrüche erst auf dem Weg dorthin. Durch große Erfahrung in der laparoskopischen Darmchirurgie bei gutartigen Erkrankungen, den Einsatz moderner Technologien und blutstillender Schneideinstrumente auf Ultraschallbasis, haben die Villacher auch bei «knopflochchirurgischen» Krebs-Operationen an Dick- und Mastdarm Erfolge. Und das bei gleichen Resultaten. Wiesinger: «Vergleichsstudien mit konventionellen Operationsmethoden haben hinsichtlich der Radikalität ebenbürtige Resultate erbracht.» Der Benefit für den Patienten: Weniger Schmerzen, geringere Komplikationen, (Wundheilungsstörungen, Narbenbrüche) und ein kürzerer Spitalsaufenthalt.

Etablieren können wird sich diese Methode laut Wiesinger nur in spezialisierten Zentren mit entsprechender laparoskopischer Expertise und hohen spezifischen Patientenzahlen. Dies wird in den in Österreich weit verbreiteten allgemeinchirurgischen, breit gefächerten Versorgungsanstalten nur sehr langsam und wahrscheinlich sehr komplikationsreich, da selten ausgeführt, möglich sein.

Um die entsprechenden Techniken zu erlernen war und ist ein ständiges Training unumgänglich. Wiesinger: «Deshalb absolvieren unsere Chirurgen regelmäßig Trainingskurse und betreiben einen regen Erfahrungsaustausch an den bedeutenden Zentren für minimal invasive Chirurgie. Durch diese intensive Arbeit auf dem Gebiet der onkologischen minimal invasiven Chirurgie beherrschen wir alle diese neuen Verfahren und können sie auf breiter Basis anbieten.»

¹³ aus einem Interview und einer schriftlichen Vorlage entstanden

Auch die Operation der Narbenbrüche, die eine hohe sozialökonomische Bedeutung haben, unterliegt laut Wiesinger einem grundlegenden Wandel. Trotz aller Fortschritte auf diesem Gebiet des Wundverschlusses ist mit dem Auftreten eines Narbenbruchs bei 20% aller Eingriffe mit Eröffnung der Bauchhöhle zu rechnen (Behandlungskosten österreichweit ca. 13Mio. Euro!). Grund genug, um auch hier durch laparoskopische Fixierung eines Kunststoffnetzes an die vordere Bauchwand eine sichere, komplikationsarme und kostengünstige Lösung anzubieten.

Porträt III «Herzstück» des LKH

...der Presstext¹⁴ ↓



Villach: Chirurgische Abteilung -

«Herzstück» des LKH

Jeder fünfte Österreicher leidet an einer unangenehmen Refluxkrankheit, wie zum Beispiel Sodbrennen. Aber: «Sodbrennen muss nicht sein. Ein minimal invasiver Eingriff am Magen ist heute eine sichere und risikoarme Alternative zur meist lebenslang erforderlichen medikamentösen Behandlung,» betont Prim. Dr. Hubert Wiesinger, Leiter der Allgemeinchirurgischen Abteilung des LKH Villach.



«Die Behandlungsmethoden werden entsprechend dem zunehmenden Wissensstand ständig erweitert», betont Prim. Dr. Wiesinger.

Begleitmaßnahmen zur dauerhaften Gewichtsreduktion.

Als Schwerpunktabteilung behandelt die Villacher Allgemeinchirurgie bösartige Tumore des Verdauungstrakts -wie Magen, Bauchspeicheldrüse, Dick- und Mastdarm- sowie der weiblichen Brust. Den Krebspatienten in der Individualität seiner Erkrankung zu erfassen und ganzheitlich zu betreuen, ist das Ziel von Prim. Dr. Wiesinger und seinem Team. «Ohne entsprechende Einrichtung vor Ort ist eine maßgeschneiderte chirurgische Krebstherapie unter Nutzung aller technischen Möglichkeiten heute nicht mehr vertretbar.» Neben einem hochmotivierten Chirurgenteam mit exzellenten Techniken, einer modernen, apparativen Schnittbilddiagnostik wie Computer- und Magnetresonanztherapie zur OP-Planung, bedarf es auch einer funktionierenden Pathologie zur intraoperativen Gefrierschnittdiagnostik, um die Ausdehnung des

¹⁴ aus einem Interview entstanden

Eingriffes noch während der Operation festzulegen und zur postoperativen Bestimmung des Tumorstadiums. Hinzukommt die medizinische Onkologie, die eine eventuell erforderliche prä- oder postoperative Chemotherapie festlegt.

Das Magenband -ein chirurgisches Hilfsmittel zur Behandlung der krankhaften Fettsucht (morbiden Adipositas)

...das Original¹⁵

H. Wiesinger

Gesundheitsschädliches Übergewicht (morbide Adipositas) liegt vor, wenn eine Person mindestens doppelt soviel oder 45kg mehr als ihr Idealgewicht wiegt. Derartiges Übergewicht verringert die Lebenserwartung beträchtlich und ist mit einem hohen Risiko behaftet beispielsweise an Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Schlaganfällen etc. zu erkranken.

Berechnet wird das Ausmaß des Überwichtes anhand des Körpermaßindex (BMI-body mass index- Körpergewicht in kg dividiert durch die Körpergröße in Meter zum Quadrat).

Viele Menschen mit krankhaftem Übergewicht versuchen über Jahre vergeblich ihr Körpergewicht dauerhaft zu vermindern. Meist sind die Erfolge nur kurz, die Patienten nehmen im Anschluss an diverse Diätversuche mehr zu als sie abgenommen haben. Untersuchungen haben auch gezeigt dass über einem BMI von 40 eine dauerhafte Gewichtsreduktion durch Diät u./od. Medikamente nicht möglich ist.

Durch Einbau eines sog. verstellbaren Magenbandes wird das Füllvermögen des Magens künstlich reduziert, die Nahrung passiert nur langsam die durch das Band erzeugte Enge woraus ein längeres Sättigungsgefühl entsteht.

Das Magenband wird in der Regel «knopflochchirurgisch» eingebaut, die Bandedinstellung kann über ein unter der Haut eingebautes System vorgenommen werden.

Durchschnittlich kann man durch ein verstellbares Magenband bis zu 2/3 des Übergewichtes abnehmen. Für einen Behandlungserfolg ist es jedoch wichtig zu wissen, dass das verstellbare Magenband nur ein Hilfsmittel, das durch Appetitzügelung und verlangsamten Nahrungstransport Langzeitergebnisse bringen soll, darstellt, daneben ist auch eine Umstellung der Ernährungs- und Lebensgewohnheiten unumgänglich.

Um festzustellen ob das verstellbare Magenband als Behandlungsform in Frage kommt, ist neben einem ausführlichen ärztlichen Gespräch eine psychologische Begutachtung und eine Reihe von abklärenden Untersuchungen erforderlich. Voraussetzungen sind ein Alter zwischen 18 und 60 Jahren, ein BMI über 40 bzw. über 35 bei schon vorhandenen übergewichtsbedingten Erkrankungen, mehrfache erfolglose Abnehmversuche und die Bereitschaft die Ernährungs- und Lebensgewohnheiten zu ändern.

Weitere Informationen: Allgemeinchirurgische Abteilung LKH Villach, Adipositasambulanz

Refluxkrankheit: Zurück zur Chirurgie?

...das Original¹⁶

H. Wiesinger

«Sodbrennen» als Ausdruck der sog. Refluxerkrankung ist eines der häufigsten Symptome von Erkrankungen des Magens bzw. des oberen Verdauungstraktes. Etwa 15-20% der Bevölkerung leiden gelegentlich oder auch dauernd unter diesen unangenehmen Beschwerden. Ursache ist einerseits eine Zwerchfellücke mit teilweiser Verlagerung des Magens in den

¹⁵ Presseaussendung (Villacher

¹⁶ Presseaussendung (Villacher)

Brustraum, andererseits eine Funktionsstörung des Schließmuskels am Übergang der Speiseröhre in den Magen, der normalerweise das Zurückfließen von Magensaft in die Speiseröhre verhindert.

Die Behandlung ist abhängig vom Beschwerdebild. Eine sog. Lifestylemodifikation, Gewichtsreduktion, Verzicht auf Alkohol, Nikotin, fette Speisen, Süßigkeiten stehen dabei an erster Stelle. Medikamentös kann das Sodbrennen durch moderne, die Magensäure neutralisierende Medikamente dosisabhängig behandelt werden. Nachteile dabei sind, dass durch diese Behandlung lediglich die Symptome, nicht jedoch die Ursachen beseitigt werden, d.h. es wird der Rückfluss von Magensaft in die Speiseröhre nicht verhindert, sondern lediglich der Säureanteil reduziert, aber auch die durch den Rückfluss verursachte Entzündung der Speiseröhre heilt nicht ab. Deshalb leiden nach Absetzen der Medikamente fast 90% der Patienten wieder an Sodbrennen, sodass meist eine lebenslange medikamentöse säureblockierende Behandlung erforderlich wird.

Eine effektive Alternative zu diesen nur die Symptome behandelnden konservativen Maßnahmen kann die operative, definitiv die Ursachen beseitigende, heute «knopflochchirurgisch» durchführbare Sanierung der Funktionsstörung durch Verschluss der Zwerchfellücke und Konstruktion einer Magenmanschette um die untere Speiseröhre sein, Maßnahmen die effektiv den Rückfluss von Magensaft in die Speiseröhre verhindern. Ob die Operation eine geeignete Behandlungsform darstellt, muss durch eine vor der Operation durchgeführte Messung der Druckverhältnisse und des Ausmaß des Rückflusses abgeklärt werden.

Die Vorteile für den Patienten sind die durch die laparoskopische Technik bedingte Schmerzarmut, der nur einige Tage erforderliche Krankenhausaufenthalt und die definitive Beseitigung der Rückflussursachen durch die Operation, die eine weitere medikamentöse Behandlung überflüssig machen.

Weitere Informationen: Allgemeinchirurgische Abteilung LKH Villach, Ambulanz

Porträt IV Allgemeinchirurgische Abteilung LKH Villach

...der Presstext¹⁷ ↓

Unters Messer



¹⁷ aus einem eintägigen Besuch der Abteilung und aus Interviews entstanden (Draustädter)

Diagnosen mit Endungen wie «Hier müssen wir operieren» lösen beim Betroffenen in der Regel Unbehagen aus. Für jene, die Eingriffe vornehmen, scheint es tägliche Routine zu sein und doch stellt sich für den unbedarften Beschauer die Frage, was spielt sich tatsächlich, vor, während und nach einem chirurgischen Eingriff ab. Der Draustädter diesmal «in Grün» auf der Allgemeinchirurgischen Abteilung des LKH Villach.

Text: D.O. (Dieter OTTE)



Für die fachliche Beratung bedankt sich der DRAUSTÄDTER bei OA Dr. Christa Druml

Es ist unmöglich, sechs Stunden chirurgischen Background auf zwei Magazinseiten zu beschreiben, allein das Prozedere der Operationsvorbereitung würde ein ganzes Heft füllen. Bleibt eine Skizze zu schaffen, welche zumindest stichwortartig einer breiten Öffentlichkeit klarmacht, welche professionelle Arbeit vonnöten ist, dem Menschen sein Wohlbefinden wiederzugeben.

Fiktiver Patient «Klein»

Also unser fiktiver Patient heißt «Klein» und wird nach den Aufnahmeformalitäten vom Aufnahmefacharzt untersucht, der die Diagnose des niedergelassenen Arztes bestätigt. Während Klein im 4. Stock in der Chirurgie B Aufnahme findet und sein Befund den dortigen Schwestern übergeben wird, versucht Oberärztin Dr. Christa Druml dem Draustädter einen chirurgischen Tagesablauf zu vermitteln: «Täglich um 06.50Uhr treffen sich Turnusärzte, Fachärzte Assistenzärzte sowie Vorstand Prim. Dr. Wiesinger im Seminarraum II zur chirurgischen Morgenbesprechung. Sie alle werden vom diensthabenden Facharzt über die Geschehnisse und Akutoperationen der letzten 16h sowie über Neuzugänge und eventuelle Änderungen des OP-Programms informiert.»

Untersuchungen und Information

Unser Patient Klein wird inzwischen lungengeröntgt, vom Anästhesisten besucht und von DGKS Brigitte Glanznig informiert, was auf ihn, vor allem am Operationstag so alles zukommt. Unter anderem weiß er, dass sein Operationsgebiet rasiert wird, er sich anschließend duschen soll, ihm dann Stützstrümpfe angezogen werden und er noch einmal das WC benutzen kann, denn dann, ja dann erhält er ein vom Anästhesisten verordnetes Beruhigungsmittel und wartet in seinem Bett, bis die Aufforderung der OP Leitstelle erfolgt, ihn, Klein, in den Operationssaal zu transportieren.

Die keimfreie Welt

Die keimfreie Welt der OP-Säle ist eine eigene. Jeder, der sich dort aufhält, trägt «Grün» samt Mundschutz und Haube und ähnelt stark außererrestrischen Wesen. Das sterile Ambiente beeindruckt durch Hightech und Bildschirme, gibt dem Ganzen das Gepräge, hier sind Profis am Werk, das suggeriert Ruhe und Sicherheit.



Mobile Umbettung

Patient Klein wurde inzwischen in gedämpfter Stimmung durch die Schleuse transportiert, mobil umgebettet und dem Narkosearzt übergeben, der ihn aus Sicherheitsgründen noch einmal identifiziert und den Narkosevorgang zu erläutern versucht. Klein liegt jetzt angenehm, stressreduziert gebettet und wartet nur noch auf den schwarzen Tunnel, der ihn in wenigen Sekunden umgeben wird. Im OP Saal wird er dann in-

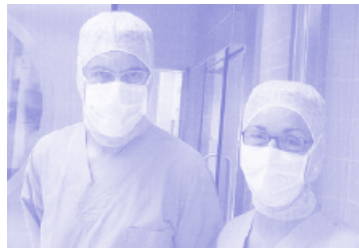
tubiert und seine zu operierende Zone desinfiziert. Das OP Personal baut inzwischen das technische Equipment für eine, laut Volksmund «Knopflochoperation» auf, denn Kleins operativer Eingriff soll durch diese äußerst schonende Operationsform durchgeführt werden.

Live-Übertragung aus dem Bauch

Für einen Laien ist diese Technik verblüffend -wird doch dem Beschauer eine Fernsehübertragung des operativen Eingriffs aus Kleins Bauch geliefert, noch dazu färbig und in gestochener Schärfe. Klein spürt, hört und sieht dabei absolut nichts, er wird einige Zeit später im Aufwachzimmer einer netten Schwester ins Auge blicken und sich fragen, war das alles? Übrig bleiben kleinste Schnitte und vielleicht drei bis vier Tage stationärer Aufenthalt im LKH.

50:50

Zur gleichen Zeit operiert Prim. Dr. Wiesinger im nächsten OP einen weit schwierigeren Fall. Die Chancen des Patienten stehen 50:50, sein Bauch ist vom Zwerchfell bis zum Schambeingeöffnet, die Hände des bekannten Chirurgen greifen tief in den Bauch des Patienten und «spülen» mittels einer Flüssigkeit die inneren Organe des Patienten. «Das dient in diesem Fall zur Eliminierung von Giftstoffen und unterstützt bei diesem Patienten die intensivmedizinische Behandlung,» weiß Dr. Christa Druml, welche mit viel Geduld die Situation zu erklären versucht. Selbst Operateurin, schafft sie täglich drei bis fünf Operationen, um anschließend etwa um 14Uhr zur zweiten großen Informationsbesprechung die neue Lage zu erörtern. Hier werden Neuzugänge und ihre Krankheitsgeschichten besprochen, die Befunde ihrer Vollständigkeit nach überprüft, um den Patienten anschließend aufs «Operationsprogramm» des nächsten Tages zu setzen. Primar Wiesinger entscheidet dann, wer wen operieren soll.



Prim. Dr. Hubert Wiesinger und OA Dr. Christa Druml

Die Leitstelle

Den Operationsbetrieb selbst organisiert vor Ort die Leitstelle. DGKS Monika Schmutz zeichnet hierfür verantwortlich:

«Ich organisiere den Ablauf von sechs Operationssälen und täglichen OP Programmen. Bei Nachmeldungen oder zeitlichen Programmverschiebungen ist diese zentrale Nahtstelle zwischen Operateur, Anästhesisten und Pflege sowie Hilfspersonal» Auch Oberschwester Ingeborg Skergeth sieht die Aufgaben der OP Leitung in einer zeitgemäßen Pflegequalität, im effizienten Patienten-, Mitarbeiter-, Kosten- und Wirtschaftsmanagement und einer Optimierung aller Organisationsbereiche zum Wohle der Patienten und Mitarbeiter. «Unser Pflegepersonal ist bemüht, durch Engagement und laufende Fortbildung, den Patienten bestens geschult und vor allem menschlich in ihrer Ausnahmesituation beizustehen!»

Teamfähiges Personal

Der OP Betrieb in der Allg. Chirurgie im LKH Villach hat bei all dem Tempo, der Konzentration und Qualität mit der die tägliche Arbeit verrichtet wird, einwichtiges Detail gezeigt, nämlich eine Teamfähigkeit, die ihres gleichen sucht. Vermutlich sind nur in einem solchen menschlichen Biotop Spitzenleistungen möglich.

Befragt: Vorstand Prim. Dr. Hubert Wiesinger

Herr Primarius, über wie viele Betten verfügt Ihre Abteilung und welche Leistungen werden angeboten?

Die Chirurgische Abteilung verfügt über 89 Betten. Die besonderen Leistungen, die hier vollbracht werden sind: das breite Spektrum der klassischen Bauchchirurgie, Operationen an der Schilddrüse, Eingriffe an den Gefäßen, Ambulanz für Mammachirurgie und Proktologie. Besondere Schwerpunkte sind neben der Tumorchirurgie die minimalinvasive Chirurgie (Knopflochchirurgie) für Gallen- und Leistenbruchoperationen, weiters Eingriffe an Dickdarm und Magen. Im chirurgischen Fachbereich Gefäßchirurgie werden Operationen an erkrankten Gefäßen, zum Beispiel Raucherbeine, eingeengte Halsschlagadern, erweiterte Bauchschlagadern, Arterienverletzungen und Krampfadern durchgeführt.

Welche Operationsform bevorzugen Sie?

Ich bin ein Anhänger der «sanften Chirurgie». Wo immer es möglich ist, operiere ich durch das sogenannte «Knopfloch».

Bilden Sie selbst Operateure aus?

Ja, wir haben tüchtige junge Chirurgen, die bei uns im Haus weiter ausgebildet und trainiert werden. Eine solche Ausbildung dauert in der Regel 10 Jahre.

Wie vielen Ärzten, Pflege und Hilfspersonal stehen Sie vor?

Es dürften in etwa 130 Personen sein.

Beschäftigen Sie Patientenschicksale auch als Privatmann?

Sicherlich, schwierige Patienten oder komplikationsträchtige Verläufe kann man nicht so einfach wegschieben. Komplikationen treten ja oft erst verzögert, mehrere Tage nach der Operation auf, da ist man mit den Gedanken immer beim Patienten.

Was wollen Sie mit Ihrer Abteilung noch erreichen?

(lacht) Wenn Arbeitsbedingungen und Umfeld weiterhin so optimal bleiben wie zurzeit, bin ich zufrieden.

Wie viele Eingriffe werden allein in Ihrer Abteilung im Jahr durchgeführt?

Es werden so an die 3.000 Eingriffe sein, dazu kommen noch die Magen - Darmspiegelungen.

Wann können Sie sich geistig am besten von ihrem Beruf lösen?

Am besten bei Gartenarbeit und beim Rennradfahren.



Reduktion des Zugangstraumas in der Allgemein Chirurgie: Erwartung und Realität

...das Original

«Technisch machbar sind nach dem heutigen Stand der minimalinvasiven knopflochchirurgischen Technik fast alle Operationen, ob es für den Patienten gut ist, ist die Frage,» sagt Primarius Dr. Hubert Wiesinger, Vorstand der Allgemein Chirur gischen Abteilung des LKH Villach, der die gängigen minimal-invasiven Operationen an seiner Abteilung seit 1995 erfolgreich anwendet.

Mitte der 80iger Jahre entwickelte sich großes chirurgisches Interesse an minimalinvasiven Eingriffen. Innerhalb weniger Jahre wurden fast alle allgemein chirurgischen Standardoperationen im Bauchraum, zumindest in spezialisierten Zentren, «zugangstraumareduziert» durchgeführt. «Die Ausbreitungsgeschwindigkeit ist einmalig in der Geschichte der Chirurgie,» sagt Wiesinger: «Beschleunigend wirkten dabei das kaufmännische Interesse der Industrie, der insgeheim erhoffte Konkurrenzvorteil und das durch Medienberichte beeinflusste Drängen der Patienten, das manche Chirurgen, um ihre Konkurrenzfähigkeit zu erhalten unter Zugzwang brachte, diese Techniken frühzeitig, vor einer systematischen Evaluierung, durchzuführen.» Zweifellos führt die Minimierung des Zugangstraumas zu geringeren postoperativen Schmerzen und einem überzeugenden kosmetischen Ergebnis. «Ganz klare Vorteile gibt es bei Gallenblasenentfernungen, Eingriffen am Dick- und Mastdarm bei gutartigen Erkrankungen, bei Sodbrennen oder bei der Implantation eines verstellbaren Magenbandes bei krankhafter Fettsucht. Operationen bei bösartigen Erkrankungen, bei denen durch die Minimierung des Zugangs gegebenenfalls Konzessionen im Radikalitätsausmaß gemacht werden (müssen), brauchen allerdings andere Argumente zur Rechtfertigung außer kurzfristig weniger Schmerzen und bessere Kosmetik,» hinterfragt Wiesinger kritisch: «Krebsoperationen geben nur dann Anlass die Notwendigkeit des Zugangstraumas zu überdenken, wenn der Eingriff gleich radikal wie bei konventioneller Technik durchgeführt werden kann, oder ev. mit kleineren Eingriffen gleich gute Ergebnisse erzielbar sind (z.B. endoskopisch-laparoskopischer Kombinationseingriff bei Frühstadien, zukünftige multimodale Therapiekon-

zepte, Palliativsituation).»

Beim Dick- und Mastdarmkrebs (in gut ausgewählten Fällen) beispielsweise zeigen die ersten Ergebnisse bei sämtlichen untersuchten Parametern -wie Überlebensrate, Möglichkeit des Wiederauftretens, Komplikationsrate und Sterblichkeit- keine Unterschiede zum konventionellen Vorgehen. Onkologische Langzeitergebnisse, die den Zeitraum von zehn Jahren überschreiten, liegen derzeit allerdings noch nicht vor. «Ein wesentliches Anliegen der modernen Chirurgie bei gutartigen und sorgfältig ausgewählten bösartigen Erkrankungen sollte die weitere Reduktion des Zugangstraumas sein, um die operative Behandlung für den Patienten noch schonender zu gestalten. Denn das Zugangstrauma ist verantwortlich für das Ausmaß der postoperativen Schmerzen, die Krankenhausverweildauer, die Schwere eventueller Komplikationen (Wundinfektion, Narbenbruch), die Dauer der Rekonvaleszenz und die Auswirkungen auf die Lebensqualität. Diese wesentlichen Vorteile sind allerdings auf die unmittelbare postoperative Phase beschränkt, die messbaren Unterschiede schwinden im späteren postoperativen Verlauf. Das soll aber die Bedeutung des knopflochchirurgischen Vorgehens nicht einschränken, denn die geringere Belastung des Patienten durch den chirurgischen Eingriff hat zweifellos die Attraktivität ökonomisch billigerer chirurgischer Behandlungsverfahren im Vergleich zu ökonomisch teureren konservativen (meist langzeitmedikamentösen) Behandlungsoptionen (z.B. bei Sodbrennen, Divertikulitis) erheblich verbessert,» sagt Wiesinger.

Bezogen auf Krebsoperationen weist der Chirurg noch auf noch eine Problematik hin: «Das Zugangstrauma ist zwar geringer, wird aber unter Umständen durch eine Erhöhung des Eingriffstraumas, resultierend aus den längeren Operationszeiten, aus der extremen Lagerung des Patienten während der Operation und nicht zuletzt durch die gesteigerten Anforderungen an den Chirurgen durch konkrete technische Probleme mit den heute zur Verfügung stehenden technischen Hilfsmitteln, erkaufte.»

...der Presstext ↓



«Operation» -was ist machbar?

minimal-invasive Operationen zeigen Vorteile bei Gallenblasenentfernungen, Sodbrennen, Eingriffen am Dick- und Mastdarm im Fall gutartiger Erkrankungen oder Implantation eines verstellbaren Magenbandes.



Dr. Hubert Wiesinger, Vorstand der Allgemeinchirurgischen Abteilung des LKH Villach

«Technisch machbar sind nach dem heutigen Stand der minimalinvasiven knopflochchirurgischen Technik fast alle Operationen, ob es für den Patienten gut ist, ist die Frage,» sagt Primarius Dr. Hubert Wiesinger, Vorstand der Allgemeinchirurgischen Abteilung des LKH Villach, der die gängigen minimal-invasiven Operationen an seiner Abteilung seit 1995 erfolgreich anwendet. Mitte der 80iger Jahre entwickelte sich großes chirurgisches Interesse an minimalinvasiven Eingriffen. Innerhalb weniger Jahre wurden fast alle allgemeinchirurgischen Standardoperationen im Bauchraum, zumindest in spezialisierten Zentren, «zugangstraumareduziert» durchgeführt. «Die Ausbreitungsgeschwindigkeit ist einmalig in der Geschichte der Chirurgie,» sagt Wiesinger. «Beschleunigend wirkten dabei das kaufmänni-

KNOPFLOCHCHIRURGIE
Laparoskopie: Bauchspiegelung
Minimalinvasive Eingriffe (Beispiele):
Gallenblasenentfernung, Leistenbruchoperation, Dickdarmentfernung bei der sog. Sigmadivertikulitis, verschiedene Operationen am Dün- Dick- und Mastdarm, Operation bei der Refluxkrankheit (Fundoplikatio), verstellbares Magenband bei krankhafter Fettsucht, Milzentfernung, Blinddarmoperation

sche Interesse der Industrie, der insgeheim erhoffte Konkurrenzvorteil und das durch Medienberichte beeinflusste Drängen der Patienten, das manche Chirurgen, um ihre Konkurrenzfähigkeit zu erhalten unter Zugzwang brachte, diese Techniken frühzeitig, vor einer systematischen Evaluierung, durchzuführen.» Zweifellos führt die Minimierung des Zugangstraumas zu geringeren postoperativen Schmerzen und einem überzeugenden kosmetischen Ergebnis. Ganz klare Vorteile gibt es bei Gallenblasenentfernungen, Eingriffen am Dick- und Mastdarm bei gutartigen Erkrankungen, bei Sodbrennen oder bei der Implantation eines verstellbaren Magenbandes bei krankhafter Fettsucht.

«Operationen bei bösartigen Erkrankungen, bei denen durch die Minimierung des Zugangs gegebenenfalls Konzessionen im Radikalitätsausmaß gemacht werden- (müssen), brauchen allerdings andere Argumente zur Rechtfertigung,» hinterfragt Wiesinger kritisch.

Krebsoperationen geben nur dann Anlass die Notwendigkeit des Zugangstraumas zu überdenken, wenn der Eingriffgleich radikal wie bei konventioneller Technik durchgeführt werden kann, oder eventuell mit kleineren Eingriffen gleich gute Ergebnisse erzielbar sind. Beim Dick- und Mastdarmkrebs beispielsweise zeigen die ersten Ergebnisse bei sämtlichen untersuchten Parametern -wie Überlebensrate, Möglichkeit des Wiederauftretens, Komplikationsrate und Sterblichkeit- keine Unterschiede zum konventionellen Vorgehen. Onkologische Langzeitergebnisse (über zehn Jahre) liegen derzeit noch nicht vor.

Ein wesentliches Anliegen der modernen Chirurgie bei gutartigen und sorgfältig ausgewählten bösartigen Erkrankungen sollte die weitere Reduktion des Zugangstraumas sein, um die operative Behandlung für den Patienten noch schonender zu gestalten. Denn das Zugangstrauma ist verantwortlich für das Ausmaß der postoperativen Schmerzen, die Krankenhausverweildauer, die Schwere eventueller Komplikationen, die Dauer der Rekonvaleszenz und die Auswirkungen auf die Lebensqualität. Diese wesentlichen Vorteile sind auf die unmittelbare postoperative Phase beschränkt, die messbaren Unterschiede schwinden im späteren postoperativen Verlauf. Das soll aber die Bedeutung des knopflochchirurgischen Vorgehens nicht einschränken, denn die geringere Belastung des Patienten durch den chirurgischen Eingriff hat zweifellos die Attraktivität ökonomisch billigerer chirurgischer Behandlungsverfahren im Vergleich zu ökonomisch teureren konservativen (meist langzeitmedikamentösen) Behandlungsoptionen (z.B. bei Sodbrennen, Divertikulitis) erheblich verbessert. Bezogen auf Krebsoperationen weist der Chirurg auf noch eine Problematik hin: Das Zugangstrauma ist zwar geringer, wird aber unter Umständen durch eine Erhöhung des Eingriffstraumas, resultierend aus den längeren Operationszeiten, aus der extremen Lagerung des Patienten während der Operation und durch die gesteigerten Anforderungen an den Chirurgen durch konkrete technische Probleme mit den zur Verfügung stehenden technischen Hilfsmitteln, erkauf.

Porträt V Allgemeinchirurgische Abteilung LKH Villach

...der Presstext¹⁸ ↓



¹⁸ aus einem autorisierten Interview entstanden

Primarius Dr. Hubert Wiesinger und sein Team haben ein behutsames Operationskonzept: Chirurgie ganz nach Maß im Landeskrankenhaus Villach

Das LKH Villach ist zu einer der Topadressen für chirurgische Eingriffe geworden. Das besondere an der Villacher Allgemein Chirurgie ist die individuelle Operationsplanung. Wenn operiert werden muss, dann mit einem für den jeweiligen Patienten «maßgeschneiderten» Behandlungskonzept. Basis dafür ist eine abteilungsübergreifende Kooperation



Primarius Wiesinger, Sport als Ausgleich zur Chirurgie

«Eine Operation, insbesondere bei Tumorerkrankungen, sollte immer erst am Ende aller Behandlungsmöglichkeiten stehen. Wir klären zuerst mit den Kollegen der anderen Abteilungen gewissenhaft ab, ob der Patient nicht besser von einer der Operation vorgeschalteten Chemo- und/oder Strahlentherapie profitieren kann.»

Das ist das Credo des Vorstandes der Allgemein Chirur gischen Abteilung des LKH Villach, Primarius Dr. Hubert Wiesinger. Das bei diesen Erkrankungen «nicht um jeden Preis sofort operieren,» wie es lange gehandhabt wurde und vielfach noch wird, spiegelt die große Verantwortung und Fortschrittlichkeit der Villacher Allgemein Chirurgie wider. Primarius Wiesinger und sein Team haben mit dem behutsamen Operationskonzept Maßstäbe gesetzt.

Versorgungskonzept

Die Villacher Allgemein Chirurgie ist aber auch durch ihre Operationsfrequenz und Vielfalt hochprofessionell. Sie ist die Chirurgie für Mittel- und Oberkärnten ein wichtiger Teil des Kärntner Versorgungskonzeptes der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft KABEG. Im Villacher LKH werden alle gängigen chirurgischen Eingriffe (Ausnahme Herz-Thorax) durchgeführt: Vom Magen-darmtrakt über die Schilddrüse, bis zu jeglicher Form von Bruchoperationen usw. Zudem gibt es auch eine eigene modernste Gefäßchirurgie (Ltg. Ass. Prof. Dr. Amann). Tumoroperationen am Magen, Dick- und Mastdarm und an der Bauchspeicheldrüse sind ein fixer Bestandteil des chirurgischen Alltags. Gerade bei der Diagnose Krebs ist die enge Kooperation mit den anderen Fachabteilungen, insbesondere mit den internistischen und radiologischen Partnern, Voraussetzung für einen Erfolg, geht es doch um die Feinabstimmung der verschiedensten Behandlungsmöglichkeiten.

Enorme Fortschritte

Der bereits angesprochene chirurgische Alltag hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Das sieht man am Beispiel der Magenoperationen deutlich. «Die sind in den letzten Jahren sehr stark zurückgegangen,» weiß Prim. Dr. Wiesinger. Gründe dafür sind die enormen Fortschritte in der konservativen medikamentösen Therapie und Endoskopie. Dass die Villacher Allgemein Chirurgie so einen guten Ruf hat, ist besonders auf die Führung der Abteilung zurückzuführen. Dr. Wiesinger feierte dieser Tage übrigens sein zehnjähriges Jubiläum als Primarius im LKH Villach. Zeit für eine Bilanz:

Dem Vorstand der Villacher Allgemein Chirurgie ist es in den ersten zehn Jahren gelungen modernste Technologien zu etablieren. Dazu gehört unter anderem die Laparoskopie, also die Operationen im Bauchraum über kleine Öffnungen mit Videokameras. Auch hier gilt für Villacher Chirurgen die besondere Schonung: «Wir operieren laparoskopisch nur dann, wenn es für den Patienten ein Optimum an Vorteilen bringt. In rund 40% der Eingriffe im Bauchraum ist das so.» Ein großes Plus in Wiesingers 10 Jahres-Bilanz ist sein Teamgedanke. Er bildet die jungen Ärzte im OP ständig persönlich weiter. Die fachliche Fortbildung an namhaften Häusern in ganz Europa gehört natürlich ebenso dazu: «Jedes Mitglied unseres chirurgischen Teams muss in der Lage sein, alle gängigen Routine- und Notfalleingriffe selbst vornehmen zu können,» so Primarius Wiesinger.

Teamarbeit

Dieser ausgeprägte Teamgedanke macht sich auch bei der täglichen Patientensite am Krankenbett der Allgemein Chirur gischen Abteilung bemerkbar. Der Herr Primarius lässt hier seinen Oberärzten den Vortritt. Er selbst ist jeden Tag auf einer Station als Visitenbegleiter dezent im Hintergrund.

Es sind tausende Eingriffe, die das allgemein Chirur gische Team des LKH Villach jährlich an den Patienten durchführt. Viele Operationen sind planbar, so manches aufgrund von akuten Problemen nicht. Operationen kennen keine geregelten Tageszeiten. Man macht sich als Patient oft zu wenig Gedanken, was es heißt Chirurg zu sein, immer in Topform sein zu müssen und im OP immer ausgeruht. Der Alltag eines Chirurgen, einer OP-Schwester, ja des ganzen OP- Teams ist anders als sonst in den meisten Berufen: Da

heißt es rechtzeitig schlafen gehen, oder hellwach zu sein bei einer Notoperation mitten in der Nacht. Feiern ist meist nicht angesagt. Primarius Dr. Hubert Wiesinger ist ein Paradebeispiel für diese gelebte Chirurgenphilosophie. Der gebürtige Oberösterreicher (Jahrgang 1954) hält sich, wenn es die Zeit zulässt, mit dem Rennrad fit. Egal ob Sommer oder Winter, er spult pro Jahr rund 10.000km auf Kärntens Straßen ab: «Da kann ich abschalten und nachdenken...». «Demütig sein und vollprofessionell,» das ist ein beruflicher Leitsatz des Vorstandes der Allgemeinchirurgischen Abteilung des LKH Villach. Ein Motto, das auf die gesamte Villacher Chirurgie zutrifft. Das hat das Vertrauen zu den Patienten wesentlich mit aufgebaut, weil jeder spürt: Im LKH Villach zählt die Menschlichkeit.