



Unterm Messer

Die Königsdisziplin „Chirurgie“ hat Nachwuchssorgen. Hohe Arbeitsbelastung, hoher Stressfaktor, neue Krankheitsbilder sind große Herausforderungen. Traumberuf ist „Chirurg“ aber immer noch.

ILSE SPADLINEK

Der Werbeslogan des Berufsverbandes österreichischer Chirurgen auf dem Poster war in den eigenen Reihen nicht unumstritten: „We want you!“ und „Mach den ersten Schnitt!“, ein Blutstropfen auf dem Skalpell und das Konterfei von Jungmedizinerinnen im typischen Chirurgenoutfit. Alle Medizinuniversitäten im Land unterstützen die Aktion – und sie ist notwendig. Woran liegt's? Fragen, das weite Feld der „Chirurgie“ betreffend, haben die Uni-Nachrichten in einer Gesprächsrunde gestellt: mit Primar Dietmar Öfner-Velano und Dozentin Charlotte Rabl von der Salzburger Universitätsklinik für Chirurgie, mit Philipp Moroder, Unfallchirurg in Ausbildung, sowie mit Studentin Anna Schneider, die wie ihre Jahrgangskollegen derzeit durch die chirurgischen Abteilungen des Salzburger Universitätsklinikums „rotiert“; das gehört im 4. Studienjahr zum Curriculum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität.

UN: Ist das Fach Chirurgie nicht mehr attraktiv?

Dietmar Öfner-Velano: Das denke ich nicht. Aber wir steuern allgemein auf einen Ärztemangel hin, auch im Bereich Chirurgie, mit hoher Arbeitsbelastung und hohem Stressfaktor. Gewisse Werte haben heute für junge Leute mehr Gewicht als früher, Freizeit und Familie vor allem. Wir müssen also Mittel und Wege suchen, das entsprechend zu berücksichtigen. Was mich persönlich freut, ist die zunehmende Verweiblichung in der Chirurgie, die längst keine Männerdomäne mehr ist. In unserer Abteilung sind ein Drittel Frauen, Chirurginnen, die dort mitmachen wollen, wo die Männer auch mitmachen.

Anna Schneider: Also am Anfang des Studiums ist die Begeisterung groß, da will fast jeder Chirurg werden. Das lässt dann ein biss-

chen nach, aber auch jetzt kenne ich noch viele in meinem Jahrgang, die an Chirurgie sehr interessiert sind. Es ist ja ein sehr breites Spektrum, mit vielen Möglichkeiten, sich zu spezialisieren. Was mich besonders daran fasziniert, ist diese Mischung aus Handwerk und großem fachlichen Wissen. Es ist toll, wenn man das vereinbaren kann. Beim Rotieren durch die chirurgischen Abteilungen bin ich jetzt auch vom Umgangston, vom Klima auf den Stationen begeistert.

Philipp Moroder: Mir war schon am Anfang des Studiums klar, dass ich in diese Richtung gehen möchte. Mein Vater ist Unfallchirurg, vielleicht bin ich da vorbelastet. Mich fasziniert auch die Aussicht auf den unmittelbaren Heilerfolg, den man bei unfallchirurgischen Patienten häufig beobachten darf: da kommt ein Patient mit gerissenem Meniskus, man operiert ihn und nach einem Monat schaut Dir der Patient strahlend ins Gesicht und sagt: Danke, es passt wieder! Natürlich gibt es auch in der Unfallchirurgie Komplikationen und Krankheitsverläufe, die man beherrschen lernen muss, aber es gibt viele Glücksmomente mit dem Gefühl, etwas Gutes getan zu haben.

Charlotte Rabl: Chirurgie war für mich „die Medizin“ an sich, eigentlich hat Chirurgie „Arzt sein“ für mich bedeutet. Ich habe mich dann während meiner Facharztzubereitung für den oberen Gastrointestinaltrakt (=Speiseröhre- Magen-Darm) entschieden. Das ist immer noch mein Fachgebiet und die krankhafte Fettsucht ist ein Teil davon. Eigentlich so ein bisschen aus dem Mangel heraus, dass sich kaum jemand dafür interessiert hat. Viele übergewichtige Patienten sind auch zuckerkrank und die metabolische Adipositas-Chirurgie hilft, Diabetes zu heilen oder wesentlich zu verbessern. Das ist auch mein Forschungsgebiet, wir prüfen neue Methoden und stellen bei Qualitätsuntersuchungen fest, ob wir im internationalen Standard sind.

UN: Was macht denn einen guten Chirurgen, die gute Chirurgin aus?

Öfner: Dass ihm oder ihr bewusst ist, wie viel es vor und nach dem eigentlichen Hautschnitt an Überlegungen und Strategien gibt, um den Patienten in seiner Ganzheit zu sehen und eine Behandlung anbieten zu können, die am wenigsten Risiko und das beste Ergebnis bringt. Darauf kommt es an, diese beiden Aspekte sind immer miteinander verbunden. Das muss man für jeden Patienten individuell entscheiden.

Moroder: Man kann der beste Chirurg der Welt sein, wenn die Indikation falsch ist, dann wird nichts Gutes dabei herauskommen. Ein guter Chirurg muss überlegt handeln, er darf nicht zu forschen an die Sache herangehen und muss seine Fähigkeiten gewissenmaßen auch „zügeln“ können, in dem Sinne, ob man eventuell auch mehr Schaden anrichtet und ob Komplikationen zu erwarten sind. Nun ist es zwar so, dass man während der OP vor allem das Operationsfeld und seine Pathologie im Kopf hat, aber andererseits denkt jeder Chirurg hoffentlich daran, dass unter der Abdeckung ein Mensch liegt, mit Ansprüchen, Wünschen und Erwartungen. Das darf man nie vergessen.

Schneider: Bei der klinischen Rotation war ich überrascht, wie viel Zeit sich die Chirurgen bei den Visiten für die Patienten genommen haben. Ich habe geglaubt, jetzt werde ich einen Monat lang nur im OP sein, es gehören aber auch ganz andere Sachen dazu. Bei der plastischen Chirurgie hat mich besonders beeindruckt, wie viel Lebensqualität den Patienten bei rekonstruktiven Eingriffen zurückgegeben wird. Ich hab jedenfalls viele Vorurteile abgebaut, wie „plastische Chirurgie ist nur Lippen aufspritzen“ oder dass man als Chirurg hauptsächlich im OP steht und mit den Menschen nie richtig redet.

UN: Gibt es einen Trend in der Chirurgie, auch in der Forschung?

Öfner: Die Entwicklung von endoskopischen und minimalinvasiven Verfahren geht weiter, und vor allem in der chirurgischen Krebstherapie gibt es große Fortschritte. Wichtig ist auch die Sub-Spezialisierung, weil wir in der Allgemeinchirurgie ja ein sehr breites Spektrum haben: je spezialisierter jemand ist und je häufiger jemand operiert, desto besser ist die Qualität. Von unseren Forschungsthemen möchte ich drei Stoßrichtungen hervorheben. Wir entwickeln Parameter zur Vorhersage, bestimmte Dinge nicht machen zu müssen, beispielsweise eine OP – aber mit demselben guten Erfolg. Die zweite Stoßrichtung ist die chirurgische Infektiologie. Infektionen im Krankenhaus sind der Kostentreiber, sie einzudämmen ist enorm wichtig. Und dann widmen wir uns dem Qualitätsmanagement in der Chirurgie, als Forschungsthema eher ungewöhnlich. Dazu gehört die Entwicklung neuer Informationsstrukturen, mit mehr digitaler Unterstützung anstelle der mündlichen Informationsweitergabe, das ist vor allem an den Schnittstellen enorm wichtig. Abgesehen davon bin ich ein Vertreter der absolut transparenten Chirurgie: wir machen jetzt bei jeder Operation einen Video-Live-Mitschnitt, jeder kann alles sehen und darauf reagieren. So lernen alle neue OP-Methoden kennen, alle sind auf dem gleichen Wissensstand, auch jene, die nicht unmittelbar mit dem einen oder anderen Spezialfach zu tun haben.

Rabl: Wir haben bei uns einmal wöchentlich Tumorboard-Besprechungen, da kommen alle zusammen. Im Tumorboard diskutieren Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten und Chirurgen darüber, was das Beste für den individuellen Patienten ist. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit zur besseren Abklärung vor Operationen halte ich für besonders wertvoll und wichtig!



ZU DEN Personen

Univ. Prof. Dr. Dietmar Öfner-Velano (2. v. r. im Bild) Vorstand der Universitätsklinik für Chirurgie am Salzburger Landeskrankenhaus, engagiert in Lehre und Ausbildung an der Paracelsus Universität.

Dozentin Dr. Charlotte Rabl (r.), Chirurgin an der Universitätsklinik für Chirurgie, Spezialfach Chirurgie des Magens und der Speiseröhre inkl. metabolische Chirurgie.

Dr. Philipp Moroder (2. v. l.), derzeit Facharztzubereitung Unfallchirurgie, betreibt Schulterinstabilitäts-Forschung (J-Span-Technik nach Resch).

Anna Schneider (l.), Studentin im 4. Studienjahr an der Paracelsus Universität, interessiert an Neonatologie und Chirurgie.